
Fachbereich 11

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

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

vorgelegt von

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

Berlin 30.11.2016

Gutachter

Prof. Dr. Heinz Rothgang
Prof. Dr. Stefan Görres

Die Recherchen der hier vorgelegten Arbeit wurden zu großen Teilen bereits im Jahr 2013 abgeschlossen. Insbesondere für die untersuchten Länder England und Schweden wird damit in der Regel der Sachstand zu jenem Zeitpunkt dargestellt. Jüngere Entwicklungen der deutschen Rahmenbedingungen wurden hingegen aufgegriffen und aktualisiert.

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

4.3.3	Länderauswahl.....	69
5	Die berufliche Regulierung von Pflegekräften in Großbritannien.....	71
5.1	Das Gesundheits- und Pflegesystem	71
5.2	Gesetzliche Grundlagen und institutionelle Ausgestaltung der beruflichen Regulierung	74
5.2.1	Historische Entwicklung	74
5.2.2	Organisationsstrukturen, Aufsicht und Finanzierung	80
5.3	Aufgaben und Funktionen der beruflichen Regulierung.....	83
5.3.1	Berufsordnung und Überwachung der Berufspflichten	83
5.3.2	Berufsregister	87
5.3.2.1	Zulassung zum Berufsregister	87
5.3.2.2	Rezertifizierung.....	88
5.3.2.3	Zahl der registrierten und erwerbstätigen Pflegekräfte	89
5.3.2.4	Zulassung ausländischer Pflegekräfte	96
5.3.3	Aus- und Weiterbildung.....	100
5.3.3.1	Historische Entwicklung der Ausbildung und Akademisierung der Pflege.....	100
5.3.3.2	Zugangs- und Ausbildungsstandards der Erstausbildung.....	105
5.3.3.3	Regulierung der Weiterbildung und Schutz der „Advanced Practice“	106
5.3.3.4	Akkreditierung von Ausbildungsstätten und Zahl der Ausbildungsplätze	111
5.3.4	Interessenvertretung und Mitwirkung an der (unter-)gesetzlichen Normgebung.....	113
6	Die berufliche Regulierung von Pflegekräften in Schweden.....	115
6.1	Gesetzliche Grundlagen und institutionelle Ausgestaltung der beruflichen Regulierung	118
6.1.1	Historische Entwicklung	118
6.2	Aufgaben und Funktionen der beruflichen Regulierung.....	122
6.2.1	Berufsordnung und Überwachung der Berufspflichten	122
6.2.1.1	Berufsordnung	122
6.2.1.2	Überwachung der Berufsordnung.....	122
6.2.2	Berufsregister	125
6.2.2.1	Protection of Title, Protection of Function	125
6.2.2.2	Zulassung zum Berufsregister	126

6.2.2.3	Zahl der registrierten und der erwerbstätigen Pflegekräfte	126
6.2.2.4	Zulassung ausländischer Pflegekräfte	130
6.2.3	Aus- und Weiterbildung.....	133
6.2.3.1	Historische Entwicklung der Ausbildung und der Akademisierung in der Pflege.....	133
6.2.3.2	Zugangs- und Ausbildungsstandards der Erstausbildung	137
6.2.3.3	Regulierung der Weiterbildung und Schutz von „Advanced Practice“	140
6.2.3.4	Akkreditierung von Ausbildungsstätten und Zahl der Ausbildungsplätze	146
6.2.4	Interessenvertretung und Mitwirkung an (unter-)gesetzlicher Normgebung	148
7	Die berufliche Regulierung von Pflegekräften in Deutschland.....	149
7.1	Gesundheits- und Pflegesystem	149
7.2	Gesetzliche Grundlagen und institutionelle Ausgestaltung der beruflichen Regulierung	151
7.3	Aufgaben und Funktionen der beruflichen Regulierung.....	152
7.3.1	Berufsordnung und Überwachung der Berufspflichten	152
7.3.1.1	Berufsordnung	152
7.3.1.2	Überwachung der Berufsordnung.....	154
7.3.2	Berufsregister	154
7.3.2.1	Berufsregister	154
7.3.2.2	Zahl der registrierten und erwerbstätigen Pflegekräfte	160
7.3.2.3	Zulassung ausländischer Pflegekräfte	165
7.3.3	Aus- und Weiterbildung.....	168
7.3.3.1	Historische Entwicklung der Ausbildung und Diskussion um die Akademisierung der Pflege.....	168
7.3.3.2	Zugangs- und Ausbildungsstandards der Erstausbildung	178
7.3.3.3	Regulierung der Weiterbildung und Schutz von „Advanced Practice“	182
7.3.3.4	Akkreditierung von Ausbildungsstätten und Zahl der Ausbildungsplätze	187
7.3.4	Interessenvertretung und Mitwirkung an (unter-)gesetzlicher Normgebung.....	193
8	Vergleichende Darstellung und Diskussion der beruflichen Regulierung in Großbritannien, Schweden und Deutschland.....	195
8.1	Angebot von Pflegekräften.....	195

8.1.1	Zugangsvoraussetzungen zur Ausbildung und Zahl der Ausbildungsplätze.....	195
8.1.2	Zugangsvoraussetzungen für ausländische Pflegerkräfte.....	201
8.1.3	Zahl der Pflegekräfte und Preis der Dienstleistung	204
8.1.3.1	Zahl der Pflegekräfte	204
8.1.3.2	Einkommen von Pflegekräften.....	209
8.1.4	Tätigkeitsprofile von Pflegekräften	211
8.2	Qualität des Angebots.....	219
8.2.1	Einhaltung der beruflichen Standards	219
8.2.1.1	Berufsbezeichnungs- und Berufsausübungsschutz sowie Rezertifizierung	219
8.2.1.2	Sanktionen bei Verstößen gegen berufsrechtliche Vorgaben.....	225
8.2.2	Zur Wissensbasis der Pflege	228
8.3	Interessenvertretung und Mitwirkung der Berufsgruppe an (unter-)gesetzlicher Normgebung	231
9	Zusammenfassung und Schlussfolgerungen.....	233
9.1	Zusammenfassung der Ergebnisse.....	233
9.1.1	Hintergrund der Forschungsarbeit	233
9.1.2	Forschungskontext, methodisches Vorgehen und Forschungsfragen.....	236
9.1.3	Gesetzliche Grundlagen und institutionelle Ausgestaltung der beruflichen Regulierung in Großbritannien, Schweden und Deutschland	240
9.1.4	Ergebnis der vergleichenden Analyse der beruflichen Regulierung	242
9.2	Einordnung der Ergebnisse in den Forschungskontext und Limitationen der Forschungsarbeit	254
9.3	Schlussfolgerungen.....	260
10	Schriftliche Erklärung	266

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Aufgaben der beruflichen Regulierung bzw. der beruflichen Selbstverwaltung	56
Abbildung 2:	Strukturierung der Forschungsfragen der vorliegenden Arbeit	59
Abbildung 3:	THE-Volumen in Prozent des BIPs 2009	64
Abbildung 4:	Verwaltungsausgaben und Zahl der Mitarbeiter des NMC 2002-2012	82
Abbildung 5:	Berufsrechtliche Untersuchungen nach Beschwerdeführern	84
Abbildung 6:	Gründe für berufsrechtliche Beschwerden	85
Abbildung 7:	Ablauf der berufsrechtlichen Anhörungen („Fitness to Practise“)	86
Abbildung 8:	Zahl der registrierten Pflegekräfte und Hebammen in Großbritannien (1993-2012)	90
Abbildung 9:	Zahl und Altersstruktur registrierter Pflegekräfte und Hebammen in Großbritannien (1993-2008*)	91
Abbildung 10:	Zu- und Abgänge von Pflegekräften und Hebammen in Großbritannien (1993-2008*)	93
Abbildung 11:	Zahl der Pflegekräfte, Hilfskräfte und Ärzte (Vollzeitäquivalente) in England (2002-2012)	95
Abbildung 12:	Anteil ausländischer Pflegekräfte an allen neu registrierten Pflegekräften	98
Abbildung 13:	Pflegekräfte nach Herkunftsland (nicht EWR)	99
Abbildung 14:	Anzahl der Bewerber (In- und Ausland) und der vergebenen Pflege- und Hebammen-Ausbildungs- bzw. Studienplätze in Großbritannien (2008-2013)	112
Abbildung 15:	Zahl der in Großbritannien qualifizierten Neuzugänge zum Berufsregister 1993-2013	113
Abbildung 16:	Prozess der Überwachung der Berufsordnung	123
Abbildung 17:	Zahl der registrierten Pflegekräfte (Sjuksköterska)	127
Abbildung 18:	Zahl der innerhalb des Gesundheits- und Sozialwesens erwerbstätigen Pflegekräfte und Ärzte in Schweden (2001-2011)	129
Abbildung 19:	Personen, die erstmals eine Lizenz erhalten haben, sowie Anzahl derjenigen, die innerhalb eines Jahres nach Erhalt dieser erwerbstätig waren	133

INHALTSÜBERSICHT UND VERZEICHNISSE

Abbildung 20: Übersicht der Ausbildungsinhalte nach Ausbildungsstätten (anonymisiert), Schweden.....	140
Abbildung 21: Zahl der Pflegekräfte allgemein und derjenigen mit Postgraduierten-Weiterbildungen, die innerhalb des Gesundheitswesens erwerbstätig sind; Schweden (1995-2010).....	142
Abbildung 22: Art der Postgraduierten-Weiterbildungen von Pflegekräften in Schweden, die innerhalb des Gesundheitswesens erwerbstätig sind (2000-2010).....	143
Abbildung 23: Anzahl Studierende im Studiengang Bachelor of Nursing und Anzahl der Examina pro Jahr; Schweden (1998-2012)	147
Abbildung 24: Anteil bewilligter Studienplätze für den Bachelor of Nursing in Schweden (1998-2012)	148
Abbildung 25: Zahl der erwerbstätigen Pflegekräfte, Hilfskräfte und Ärzte (VZÄ) in Deutschland 2001-2011	161
Abbildung 26: Zahl der Zuwanderer, die eine mindestens 1-jährige Pflegeausbildung vor dem Zuzug nach Deutschland besaßen, nach Herkunftsland 2010.....	167
Abbildung 27: Absolventen der Studiengänge Pflegewissenschaft/-management, Gesundheitspädagogik und Gesundheitswissenschaften/-management.....	175
Abbildung 28: Absolventen mit bestandener Abschlussprüfung an Schulen des Gesundheitswesens	191
Abbildung 29: Zahl der Schüler an Schulen des Gesundheitswesens in Deutschland (2000-2011)	192

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Übersicht zu den aktuellen Gesetzesinitiativen zur Errichtung von Pflegekammern in den deutschen Bundesländern (Stand April 2016)	18
Tabelle 2:	Veranschaulichung einer möglichen Länderauswahl	63
Tabelle 3:	Übersicht der jeweiligen Gesundheits- und Pflegesysteme*, der Akademisierung der Pflege und der Pflegekammern	67
Tabelle 4:	Übersichtsdaten des Gesundheits- und Pflegesystems in England	72
Tabelle 5:	Pflegekräfte und Hebammen nach der Gliederung des Berufsregisters in Großbritannien (März 2007*)	92
Tabelle 6:	Zahl und Entwicklung der erwerbstätigen Pflegekräfte und Hebammen in Großbritannien (2002-2012).....	94
Tabelle 7:	Kennziffern zur Zahl der Pflegekräfte, Hilfskräfte und Ärzte (Vollzeitäquivalente: VZÄ) in England (2002-2012).....	96
Tabelle 8:	Pflegekräfte mit der Erlaubnis zur Verordnung von Arzneimitteln	111
Tabelle 9:	Übersichtsdaten des schwedischen Gesundheits- und Pflegesystems	116
Tabelle 10:	Zahl der entzogenen Zulassungen und der verfügbaren Probezeiten 2004 bis 2012.....	125
Tabelle 11:	Zahl der registrierten Pflegekräfte nach Arbeitsmarktstatus in Schweden (2001-2011).....	128
Tabelle 12:	Kennziffern zur Zahl der Pflegekräfte, der Hilfskräfte und der Ärzte in Schweden (2005-2011).....	130
Tabelle 13:	Zahl der ausländisch lizenzierten Pflegekräfte in Schweden (2003-2011)	132
Tabelle 14:	Lern- und Kompetenzziele des Studiengangs „Bachelor of Science in Nursing“ in Schweden	139
Tabelle 15:	Übersichtsdaten des deutschen Gesundheits- und Pflegesystems	150
Tabelle 16:	Landesrechtliche Vorgaben zur Anzeigepflicht bei Ausübung einer Pflege Tätigkeit.....	156
Tabelle 17:	Zahl der erwerbstätigen Pflegekräfte (VZÄ) in Deutschland 2011	160

INHALTSÜBERSICHT UND VERZEICHNISSE

Tabelle 18:	Kennziffern zur Zahl der Pflegekräfte, Hilfskräfte und Ärzte (Vollzeitäquivalente) in Deutschland (2001-2011).....	162
Tabelle 19:	Zahl der Gesundheits- und Krankenpfleger und Altenpfleger – alle Tätigkeitsbereiche (2003-2011)	163
Tabelle 20:	Pflegekräfte und Hilfskräfte (VZÄ) auf Basis der Pflege- und Krankenhausstatistik in Deutschland – Tätigkeitsbereich Pflege und Betreuung (2003-2011)	164
Tabelle 21:	Übersicht zu den länderspezifischen curriculären Vorgaben für die Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflegeausbildung und für die Altenpflegeausbildung (Stand 2010)	181
Tabelle 22:	Übersicht über die Geltung des Schulrechts bei der (Kinder-) Krankenpflegeausbildung und Altenpflegeausbildung (Stand 2010)	188
Tabelle 23:	Vergleichende Darstellung der Zugangsvoraussetzungen zur Ausbildung und der Zahl der Ausbildungsplätze	200
Tabelle 24:	Vergleichende Darstellung der Zugangsvoraussetzungen für ausländische Pflegekräfte	203
Tabelle 25:	Vergleichende Darstellung von Kennzahlen zur Quantität von Pflegekräften	205
Tabelle 26:	Monatliche Median-Brutto-Entgelte von (vollzeitbeschäftigten) Pflegekräften in Deutschland 2013	210
Tabelle 27:	Vergleichende Darstellung der Übernahme von ärztlichen Tätigkeiten	214
Tabelle 28:	Vergleichende Darstellung von Kennzahlen zum Skill-Mix	216
Tabelle 29:	Vergleichende Darstellung des Berufsbezeichnungs- und des Berufsausübungsschutzes sowie der Rezertifizierungs-Regeln	223
Tabelle 30:	Vergleichende Darstellung von Sanktionen bei Verstößen gegen berufsrechtliche Vorgaben	228

1 Einleitung

Am 1. Januar 2016 hat die erste Landespflegekammer in Deutschland ihre Arbeit aufgenommen. In einer Reihe weiterer Bundesländer wird die Einführung von Pflegekammern intensiv diskutiert, teils liegen bereits diesbezügliche Gesetzesentwürfe vor. Bisher war die Kammer als berufsständische Form der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen allein Ärzten, Zahnärzten, Psychotherapeuten und Apothekern vorbehalten.

Innerhalb Europas und im angloamerikanischen Raum findet sich eine Vielzahl von Staaten, in denen Pflegekammern die beruflichen Belange der Pflegekräfte seit langer Zeit vertreten. Vorreiter auf diesem Weg waren die Vereinigten Staaten, dort entstand in North Carolina bereits im Jahr 1903 das erste *Board of Nursing* (Dorsey und Schowalter 2008). Bis zum Jahr 1923 waren dann entsprechende Gesetze in allen Bundesstaaten eingeführt worden. Die Gesetze dieser Zeit schützten jedoch lediglich die Berufsbezeichnung. Die verpflichtende Registrierung durch sogenannte *mandatory licensure laws* setzte sich erst zwischen 1930 und 1950 durch (White 1983, Law und Marks 2012). Da die Gesetzgebungskompetenz für diesen Bereich bei den Bundesstaaten liegt, entstanden insgesamt 60 regionale *Nursing Boards*, die 1978 das *National Council of State Boards of Nursing (NCSBN)* gründeten.

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

Auch in Irland, Australien, Neuseeland oder Kanada finden sich Pflegekammern. Neben diesen angloamerikanischen Staaten bestehen zudem in weiteren Ländern wie Italien oder Spanien Pflegekammern. In den skandinavischen Ländern wie auch in den Niederlanden existiert keine berufliche Selbstverwaltung von Pflegekräften. In diesen Ländern ist zwar eine zentrale Registrierung notwendig, diese erfolgt in der Regel jedoch bei einer dem Gesundheitsministerium nachgelagerten Behörde.¹

Vor diesem Hintergrund stellen sich zwei Fragen:

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

¹ Für einen Überblick über die jeweiligen beruflichen Regulierungen siehe *Global Database of Nurse Regulators* des *International Council of Nurses* (<http://www.icn.ch/>) sowie Martini 2014.

nach der sozialen und der politischen Konflikt- und Durchsetzungsfähigkeit der Angehörigen dieser Berufe. Döhler (1997) hat in Bezug auf diese Fragen herausgearbeitet, dass die frühe sozialrechtliche Privilegierung des Arztvorbehalts – nämlich vor der Herausbildung von Berufsgesetzen – kennzeichnend für den deutschen Entwicklungspfad ist und für die nicht ärztlichen Berufe zu einem „schwer umgeharen Entwicklungskorridor“ wurde.

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

Die hier vorgelegte Untersuchung wird die zweite Betrachtungsweise wählen.

Diskutiert werden diese Aspekte in Deutschland seit mehr als 30 Jahren. Die Befürworter von Pflegekammern heben hervor, dass durch eine Stärkung der beruflichen Selbstverwaltung die Qualität der pflegerischen Versorgung verbessert werde. Auch werde durch Pflegekammern die Fremdbestimmung der Berufsgruppe verringert, die Professionalisierung der Pflege vorangetrieben und das Ansehen der Berufsgruppe erhöht. Für die Gegner sind Berufskammern generell ein demokratisch nicht legitimierte Relikt aus dem 19. Jahrhundert. Die Aufgaben, die Pflegekammern zugeschrieben werden, könnten bzw. würden bereits heute durch Berufsverbände, Gewerkschaften, Behörden wie auch die Politik wahrgenommen. Eine erzwungene Vereinheitlichung der Interessenvertretung würde nicht helfen, die bestehenden Probleme zu lösen.

Im (fach-)öffentlichen Diskurs hat die „Interessenvertretung“ dabei ein hohes Gewicht. Vorweggenommen sei insofern bereits an dieser Stelle, dass die Aufgaben von (Pflege-)Kammern in Deutschland verfassungsrechtlich begrenzt sind. Berufskammern sind nur dann legitimiert, wenn sie öffentliche Aufgaben im Sinne des Allgemeinwohls wahrnehmen. Oder anders formuliert: Die Wahrnehmung der beruflichen Belange – die „Interessenvertretung“ – darf sich nicht auf die privaten Interessen der Berufsgruppe beschränken, sondern muss im Sinne der Allgemeinheit erfolgen. Eine Interessenvertretung, die allein der Berufsgruppe Vorteile verschafft, wäre deshalb kein verfassungskonformer Zweck von Pflegekammern.

Bei der hierzulande geführten Diskussion muss aber Folgendes bewusst gemacht werden: Mit Hinweis auf den demografischen Wandel und einen prognostizierten Fachkräftemangel werden die Interessen der Pflegekräfte – bessere Bezahlung, bessere Arbeitsbedingungen, besseres Ansehen des Pflegeberufs – häufig gleichgestellt mit gesellschaftlichen Interessen. Zugespißt bedeutet dies: Für die Pflegekammer wird eine im Kontext anderer Berufskammern kritisierte Folge, nämlich die Durchsetzung privater Interessen, als primärer Zweck diskutiert.

In der hier vorgelegten Arbeit sollen die Wirkungen von Pflegekammern jedoch in den Stand der internationalen Forschung eingebettet sowie aus einer gesamtgesellschaftlichen Perspektive analysiert werden. Die Durchsetzung von Eigeninteressen wird folglich vorrangig als Wirkung und nicht als Zweck von Pflegekammern betrachtet. Ziel ist es zunächst, die verschiedenen beruflichen Regulierungsformen darzustellen. Im nächsten Schritt werden dann die Wirkungen der jeweiligen Regulierungsformen beschrieben und vergleichend diskutiert. Bewertungskriterien dafür sind Aspekte wie z. B. die Zahl der Pflegekräfte, deren Tätigkeitsprofile, die Einhaltung der beruflichen Standards sowie die Wissensbasis der Pflege. Indirekt soll hierdurch die Wirtschaftlichkeit des Angebots, der Zugang zur Versorgung und die Qualität der Versorgung diskutiert werden.

Die genannten Fragen sollen mithilfe eines Ländervergleichs beantwortet werden. Mit Schweden und Großbritannien wurden zwei Länder ausgewählt, die jeweils einmal eine Pflegekammer aufweisen und einmal nicht. In Großbritannien gibt es ein *Nursing and Midwifery Council* (NMC) – also eine Pflegekammer. In Schweden sind mit dem *National Board of Health and Welfare* und dem *Health and Social Care Inspectorate* zwei staatliche Behörden mit der Umsetzung der beruflichen Regulierung beauftragt. Die beiden Länder weisen darüber hinaus aber ähnliche Rahmenbedingungen auf in Bezug auf die Ausgestaltung des Gesundheits- und Pflegesystems und auf den Stand der Akademisierung der Pflege. Die aus dieser vergleichenden Analyse gewonnenen Erkenntnisse werden anschließend in Bezug zu Deutschland gesetzt, um Schlüsse für die hierzulande zu erwartenden Wirkungen von Pflegekammern abzuleiten.

Aufbau der Arbeit

Zu Beginn der Arbeit wird in Kapitel 2 eine Übersicht zum Stand der Errichtung von Pflegekammern in Deutschland gegeben und der diesbezügliche interessenpolitische Diskurs skizziert. Ebenso werden geplante Aufgabenzuschnitte und verfassungsrechtliche Aspekte von Pflegekammern dargelegt. Als Referenzrahmen werden die rechtlichen Rahmenbedingungen der Ärztekammern kurz dargestellt sowie die Gesetzgebung zu den geplanten Pflegekammern in Rheinland-Pfalz, Schleswig-Holstein und Niedersachsen. Im Ergebnis werden die möglichen Aufgaben von Pflegekammern in Deutschland expliziert und die begleitende fachöffentliche Diskussion in diesem Lichte noch einmal reflektiert.

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

Notwendigkeit einer Verwissenschaftlichung der Pflege und andererseits in Forderungen nach dem Aufbau einer beruflichen Selbstverwaltung in Form von Pflegekammern (Bollinger et al. 2006).

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

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

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

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

² Die in dieser Diskussion gewonnenen Erkenntnisse wurden in den folgenden Artikeln der Verfasserin bereits veröffentlicht: Schwinger, A. (2016): Die Pflegekammer: Eine Interessenvertretung für die Pflege? In: Jacobs, K. et al. (Hrsg.): Pflege-Report 2016. Schwerpunkt: Die Pflegenden im Fokus, Stuttgart: Schattauer, 109-125 sowie Schwinger, A. (2016): Pflegekammer – Fortschritt oder neue Bürokratie? Ein Blick nach Großbritannien und Schweden. Gesundheits- und Sozialpolitik, 70. Jg., Heft 1/2016, 44-51.

2 Pflegekammern in Deutschland

2.1 Initiativen und Diskurs

2.1.1 Gesetzesinitiativen zur Einführung von Pflegekammern in Deutschland

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

Bereits in den 1970er-Jahren sprachen sich Pflegekräfte für die Verkammerung der Pflegeberufe aus. Vor dem Hintergrund des Pflegenotstands der späten 1980er-Jahre nahm die Diskussion dann an Fahrt auf (Linberg-Klotz und Helm-Kerkhoff 1990, Albrecht 1996, Albrecht et al. 2002). So entstand beispielsweise 1990 in Bayern der erste „Förderkreis zur Gründung einer Pflegekammer“. Dem folgten eine Vielzahl weiterer landesspezifischer Fördervereine, die sich 1995 unter dem Dach der „Nationalen Konferenz zu Errichtung von Pflegekammern in Deutschland“ zusammenschlossen (Niehus 2007). Die ersten Initiativen auf der Ebene der Gesetzgebung gab es 1993 in Rheinland-Pfalz, 1996 im Saarland und in Bayern sowie 1999 in Berlin (Tabelle 1). Alle damaligen Vorstöße scheiterten. Heute, rund 15 Jahre später, ist eine zweite Welle von Kammerinitiativen zu beobachten, diesmal mit deutlich mehr Erfolg: In Rheinland-Pfalz hat am 1. Januar 2016 die erste Pflegekammer Deutschlands ihre Arbeit aufgenommen.

Im Dezember 2012 hatte die damalige rheinland-pfälzische Ministerin für Soziales und Gesundheit, Maria Luise Dreyer (SPD), auf eine Große Anfrage der CDU reagiert und angekündigt, dass die Landesregierung die Errichtung einer Pflegekammer grundsätzlich anstrebe, soweit dies auch von der Mehrzahl der Pflegekräfte bejaht werde. Begleitet durch eine breit angelegte Öffentlichkeitsarbeit des Ministeriums wurden die professionell Pflegenden in Rheinland-Pfalz eingeladen, sich an einer Befragung zu beteiligen. Hierzu wurde eine Befragungs- und Registrierungsstelle beim Deutschen Institut für Pflegeforschung (dip) eingerichtet. Anfang des Jahres 2013 konnten diejenigen, die sich hatten registrieren lassen, über die Errichtung einer Pflegekammer abstimmen. Von den rund 9.000 Registrierten – dies sind rund 25 Prozent der dortigen Pflegefachkräfte – nahmen 7.000 an der Befragung teil, 76 Prozent davon stimmten mit „ja“ (MSAGD 2013).

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

Bundesland	Stand der Gesetzesinitiativen
Baden-Württemberg	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Gespräche mit Verbänden sind angekündigt
Bayern	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 1996: Gesetzesentwurf zur Pflegekammer ➤ 2010: Der damalige Gesundheitsminister Söder (CSU) greift die Idee der Pflegekammer wieder auf, ein Gesetzesentwurf wird vorgelegt, weitere Umsetzungsschritte erfolgen jedoch nicht. ➤ 2013: Eine Repräsentativbefragung von 1.000 zufällig ausgewählten Pflegekräften ergibt eine Zustimmung zur Pflegekammer von 50 Prozent. ➤ Die zuständige Ministerin wertet die Ergebnisse der Studie als „Votum der Pflegekräfte [...] in Richtung Pflegekammer“. Es wird eine Arbeitsgruppe eingesetzt. ➤ Anfang 2015 wird dann stattdessen jedoch ein Konzept „Interessenvertretung Pflege“ vorgelegt, das die Bildung einer Körperschaft des öffentlichen Rechts mit freiwilliger Mitgliedschaft vorsieht.
Berlin	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Die Senatsverwaltung für Gesundheit hat eine Studie über die Chancen und Grenzen einer Pflegekammer in Auftrag gegeben. ➤ Darin enthalten ist eine repräsentative Befragung von Pflegekräften: 60 Prozent votierten für eine Pflegekammer.
Brandenburg	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Zurzeit gibt es keine Gesetzesinitiative seitens der Landesregierung.
Bremen	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Zurzeit gibt es keine Gesetzesinitiative seitens der Landesregierung.
Hamburg	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Mai 2013: Antrag der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen zur Einrichtung einer Pflegekammer ➤ 2013/2014: Repräsentativbefragung von 1.100 Pflegekräften – nur 36 Prozent äußern sich positiv zu einer Pflegekammer. ➤ Februar 2014: Die Gesundheitssenatorin stellt klar, dass der Hamburger Senat kein Gesetz zur Gründung einer Pflegekammer auf den Weg bringen wird.
Hessen	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 2014: Die Prüfung einer Errichtung wird im Koalitionsvertrag zwischen CDU und Bündnis 90/Die Grünen festgehalten.
Mecklenburg-Vorpommern	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Im Auftrag des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales wurde von März bis Mai 2014 eine Befragung von Pflegekräften zu ihrer Arbeitssituation durchgeführt. Bestandteil war auch die Erfassung von Einstellungen zur Pflegekammer. Die Ergebnisse wurden nicht veröffentlicht.
Niedersachsen	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 2013: Ankündigung eines Referentenentwurfs bis Anfang 2014 ➤ Mai 2013: Konstituierende Sitzung eines Arbeitskreises auf Fachebene zur Errichtung einer Pflegekammer ➤ Jahreswechsel 2013/2014: Repräsentativbefragung von 1.200 zufällig ausgewählten Pflegekräften – Zustimmung zur Pflegekammer 67 Prozent, aber nur 42 Prozent stimmen einer Kammer mit Pflichtmitgliedschaft zu. ➤ Juli 2014: Eckpunktepapier der Regierung als Grundlage für den weite-

Bundesland	Stand der Gesetzesinitiativen
	<ul style="list-style-type: none"> ren Dialog ➤ Februar 2016: <i>Entwurf eines Gesetzes über die Pflegekammer Niedersachsen</i> ist in den Landtag eingebracht.
Nordrhein-Westfalen	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Februar 2016: Antrag der CDU-Fraktion (Opposition) zur Errichtung einer Pflegekammer (Drs. 16/11224) ➤ Oktober 2016: Öffentliche Anhörung des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit und Soziales
Rheinland-Pfalz	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 2012: Die Landesregierung reagiert auf eine Große Anfrage der CDU: Eine Pflegekammer würde bejaht werden, falls dies auch die Mehrzahl der Pflegekräfte täte. ➤ März 2013: Abstimmung zur Pflegekammer ergibt ein „Ja“ (25 % der professionellen Pflegekräfte beteiligen sich). ➤ Dezember 2014: Verabschiedung eines neuen Heilberufsgesetzes ➤ Errichtung einer Pflegekammer zum 1.1.2016
Saarland	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 2013 wird ein runder Tisch zur Stärkung der Pflegekräfte initiiert.
Sachsen	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Zurzeit gibt es keine Gesetzesinitiative seitens der Landesregierung.
Sachsen-Anhalt	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Zurzeit gibt es keine Gesetzesinitiative seitens der Landesregierung.
Schleswig-Holstein	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 2010 und 2011: Versuche der damaligen Opposition, auf die Einführung einer Pflegekammer hinzuwirken ➤ Nach dem Regierungswechsel 2012: Der Koalitionsvertrag sieht Errichtung einer Kammer vor. ➤ 2013: Repräsentativbefragung von 1.200 zufällig ausgewählten Pflegekräften zu ihrer Meinung zur Pflegekammer (51 % Befürworter) ➤ Juli 2015: Der Gesetzesentwurf zur Errichtung einer Kammer für die Heilberufe (Drs. 18/2569) wird durch den Landtag beschlossen.
Thüringen	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Zurzeit gibt es keine Gesetzesinitiative seitens der Landesregierung.

Quelle: eigene Darstellung

Nach dieser Abstimmung in Rheinland-Pfalz wurde bereits im Juli 2013 eine sogenannte Gründungskonferenz aus Vertretern der Berufsgruppe, der Gewerkschaften und der Berufsverbände durch den damals amtierenden Minister Alexander Schweitzer (SPD) einberufen. Mit der Verabschiedung des Heilberufsgesetzes im Dezember 2014 wurde die Errichtung einer Landespflegekammer dann gesetzlich gefasst (RLP GVBl. 2014, 302).

In **Schleswig-Holstein** wurde Mitte Juli 2015 ein Gesetz zur Errichtung einer Kammer für die Heilberufe in der Pflege im Landtag beschlossen. Bereits in den Jahren 2010 und 2011 hatte die damalige Opposition aus SPD und Bündnis 90/Die Grünen versucht, auf die Einführung einer Pflegekammer in Schleswig-Holstein hinzuwirken. Vor dem Regierungswechsel 2012 wurde dieses Ziel im Koalitionsvertrag zwischen der SPD, Bündnis 90/Die Grünen und dem Süd-

schleswigschen Wählerverband Landesverband (SWW) festgehalten.³ Im Dezember 2014 legte die Regierung schließlich den Entwurf eines Gesetzes zur Errichtung einer Kammer für die Heilberufe (SH Drs. 18/2569) vor. Dieses ist mittlerweile verabschiedet, sodass Anfang 2016 ein Errichtungsausschuss eingesetzt worden sein sollte mit dem Auftrag, innerhalb von 30 Monaten die Wahl zur ersten Kammerversammlung durchzuführen (SH Drs. 18/2569).

Vorausgegangen war auch hier eine Befragung von Pflegekräften. Anders als in Rheinland-Pfalz wurde in Schleswig-Holstein jedoch eine repräsentative Meinungsumfrage – und keine auf freiwilliger Beteiligung fußende Abstimmung – durchgeführt. Es wurden rund 1.200 zufällig ausgewählte examinierte Pflegekräfte persönlich mündlich befragt. Die Auswahl ist repräsentativ – soweit eine Beurteilung bei ungewisser Grundgesamtheit möglich ist – hinsichtlich der Ausbildung der Befragten (Kranken-/Alten-/Kinder-Krankenpfleger), ihrer Arbeitsstätte (Krankenhaus, Reha-Klinik, Pflegeheim, ambulante Pflegeeinrichtung etc.) und in Bezug auf die vertretenen Regionen (TNS Infratest Sozialforschung GmbH 2013b).

Auf die Frage „*Wie bewerten Sie die Errichtung einer Pflegekammer in Schleswig-Holstein?*“ antworteten 51 Prozent der Befragten, dass sie dies „gut finden“, 24 Prozent, dass sie dies „nicht gut finden“, 25 Prozent antworten mit „Weiß nicht, kann ich nicht beurteilen“. Die Befragung hat auch aufgezeigt, dass die Pflegekräfte nicht besonders gut über die Pflegekammer informiert sind. Normiert über eine Skala von 1 = „*Ich höre davon zum ersten Mal*“ bis 7 = „*Ich verfolge die Diskussion genau*“ bejahten lediglich 15 Prozent einen hohen Informationsstand (Einstufung 6 und 7). 42 Prozent sagten von sich, dass sie einen niedrigen Informationsstand haben (Einstufung 1 und 2). Die Bewertung der Pflegekammer durch die beiden Gruppen unterscheidet sich dabei deutlich: Die gut Informierten stimmen der Pflegekammer mit 58 Prozent deutlich überproportional zu, von den gering Informierten bejahen nur 44 Prozent die Kammer (TNS Infratest Sozialforschung GmbH 2013b).

Niedersachsen wird voraussichtlich das dritte Bundesland sein, welches eine Pflegekammer errichtet. Zuerst waren die Bestrebungen zur Errichtung einer Kammer ins Stocken geraten: Bereits im Jahr 2010 hatte die Fraktion Bündnis 90/Die Grünen einen Gesetzesentwurf zur Einführung einer Pflegekammer in den Landtag eingebracht. Zudem gab es einen Entschließungsantrag seitens der SPD, damals ebenfalls in der Opposition (Drs. 16/2179). Nach der Neuwahl 2013 haben SPD und Bündnis 90/Die GRÜNEN, nun als Regierungsparteien, einen Referentenentwurf angekündigt und unter anderem einen Arbeitskreis auf Fachebene zur Errichtung einer Pflegekammer eingerichtet (Drs. 17/345). Der

³ Siehe „Bündnis für den Norden: Neue Horizonte für Schleswig-Holstein – Koalitionsvertrag 2012 bis 2017 zwischen der Sozialdemokratischen Partei Deutschlands Landesverband Schleswig-Holstein, Bündnis 90/Die Grünen Landesverband Schleswig-Holstein und dem Südschleswigschen Wählerverband Landesverband“ URL: http://www.schleswig-holstein.de/DE/Landesregierung/koalitionsvertrag2012_2017.pdf?__blob=publicationFile&v=1 [Stand 12.08.2015].

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

Auch das niedersächsische Ministerium für Soziales, Frauen, Familie, Gesundheit und Integration hatte zum Jahreswechsel 2012/2013 eine Befragung in Auftrag gegeben. Wie in Schleswig-Holstein war auch dies eine – quotiert nach Geschlecht, Ausbildung und Tätigkeitsbereich – repräsentative Befragung von rund 1.000 zufällig ausgewählten examinieren sozialversicherungspflichtig beschäftigten Pflegekräften. Auf den ersten Blick fällt die Zustimmung zur Pflegekammer mit 67 Prozent deutlicher höher aus als in Schleswig-Holstein. Gleichzeitig stimmte aber fast die Hälfte (47 Prozent) der Befragten der Aussage zu: *„Wenn jede Pflegekraft einer Pflichtmitgliedschaft unterworfen wird und Beitrag zahlen muss, lehne ich die Pflegekammer ab“*; nur 42 Prozent lehnten diese Aussage ab. Für eine Kammer mit Pflichtmitgliedschaft findet sich folglich keine Mehrheit unter den befragten Pflegekräften (Infratest dimap 2013).⁴

Das Ergebnis muss unter dem Licht betrachtet werden, dass auch in Niedersachsen die Mehrzahl der Befragten vor der Befragung nicht genauer über das Thema Pflegekammer informiert war. Rund jeder Dritte (30 Prozent) gab sogar an, davon zum ersten Mal gehört zu haben. Auch in diesem Fall korreliert der Informationsgrad mit der Zustimmung zur Kammer: Von den Personen, die angaben, bereits genauer informiert zu sein, waren 83 Prozent Kammerbefürworter (Infratest dimap 2013). Als Basis für den weiteren Dialog mit „allen interessierten Pflegefachkräften und ihren Verbänden“ hatte das Ministerium im Sommer 2014 ein Eckpunktepapier zum Thema Pflegekammer vorgelegt und dies im August 2015 in einem Gesetzesentwurf konkretisiert.

Nach Vorstößen zur Errichtung einer Pflegekammer in **Bayern** in den 1990er-Jahren, welche 1996 in einen Gesetzesentwurf (Drs. 13/5190) mündeten, der dann aber nicht umgesetzt wurde, nahm auch hier die Diskussion um die Pflegekammer in den letzten Jahren wieder erheblich an Fahrt auf. So griff im Jahr 2010 der damalige Gesundheitsminister Söder (CSU) – für einige überraschend – die Idee der Pflegekammer wieder auf. Diese Aktivitäten mündeten in einen Gesetzesentwurf der Landesregierung zur Änderung des Heilberufekammergesetzes und anderer Gesetze (07.03.2011). Konkrete Schritte zu einer Umsetzung erfolgten letztlich aber wiederum nicht.⁵

Melanie Huml, die Nachfolgerin von Söder im Ministeramt, ließ Anfang bis Mitte des Jahres 2013 dann eine „Bayerische Pflegekräftebefragung“ durchführen. Von den rund 1.000 zufällig ausgewählten, auf postalischem Wege befragten Pflegekräften bejahten 50 Prozent die Errichtung einer Pflegekammer, 34 Prozent lehnten ein solche ab. Die Ablehnung steigt aber auch hier deutlich,

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

⁵ Für eine ausführliche Darlegung siehe Martini 2014.

wenn der Pflichtcharakter der Kammer in die Frage aufgenommen wird: 48 Prozent der Befragten stimmen der Aussage zu „Eine Pflegekammer ist aufgrund ihrer Pflichtmitgliedschaft abzulehnen“ (TNS Infratest Sozialforschung GmbH 2013a).

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

Die Ministerin hatte die Ergebnisse der Studie als „Votum der Pflegekräfte [...] in Richtung Pflegekammer“ gewertet und alle Beteiligten eingeladen, den Weg dorthin „gemeinsam zu bestreiten“.⁶ Hierzu wurde eine Arbeitsgruppe aus Befürwortern und Gegnern der Pflegekammer gegründet. Im Ergebnis hat die Ministerin Anfang 2015 ein Konzept namens „Interessenvertretung Pflege“⁷ vorgelegt, das die Bildung einer Körperschaft des öffentlichen Rechts für die Vertretung der Interessen der Pflegekräfte in Bayern vorsieht, die Mitgliedschaft in dieser jedoch freistellt (auch als „Pflegekammer light“ bezeichnet).

Auch in **Hamburg** hatte der Senat als Reaktion auf einen Antrag der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen (Drs. 20/8215) zum Jahreswechsel 2013/14 eine Befragung von Pflegekräften durchführen lassen. Hierfür wurden rund 1.100 Hamburger Pflegekräfte – repräsentativ nach Ausbildung und Beschäftigungsort – im Sinne einer Zufallsstichprobe ausgewählt und schriftlich befragt (Info GmbH 2014).

Anders als in den übrigen Bundesländern äußerten sich bei dieser Erhebung nur 36 Prozent der Befragten positiv und 48 Prozent ablehnend gegenüber einer Pflegekammer. Die Ablehnung der Aussage „*Wenn jede Pflegekraft einer Pflichtmitgliedschaft unterworfen wird und Beitrag zahlen muss, lehne ich die Pflegekammer ab*“ betrug sogar nur 22 Prozent. Auch in Hamburg zeigten sich die Pflegekräfte alles in allem schlecht informiert – wenn auch zu einem geringeren Anteil als in Rheinland-Pfalz, Schleswig-Holstein und Bayern. In Hamburg gaben immerhin noch 44 Prozent an, die Diskussion genauer verfolgt zu haben, aber auch hier hörte jeder Fünfte (20 Prozent) zum ersten Mal von diesem Thema (Info GmbH 2014).

Als Folge der Umfrage hat die Gesundheitsministerin im Februar 2014 klargestellt, dass dies als ein deutliches Votum gegen die Einrichtung einer Pflege-

6 Pressemitteilung des Gesundheitsministeriums Bayerns vom 03.12.2013 URL: <http://www.stmgp.bayern.de/aktuell/presse/detailansicht.htm?ID=BTB5ZwrX0gSh1bXTf%2Fakg%3D> [Stand 05.03.2015].

7 URL: <http://www.stmgp.bayern.de/pflege/interessenvertretung/index.htm?tid=31816> [Stand 05.03.2015].

kammer gesehen werde und der Hamburger Senat deshalb kein Gesetz zur Gründung einer Pflegekammer auf den Weg bringen werde.⁸

In **Berlin** ist die Senatsverwaltung für Gesundheit seit dem Jahr 2013 mit einer Reihe von Fachveranstaltungen und mit einer Informationsoffensive in den Diskurs um die Pflegekammer eingestiegen. Die Alice Salomon Hochschule wurde in diesem Zusammenhang beauftragt, eine Studie über die Chancen und Grenzen einer Pflegekammer zu erstellen und die Akzeptanz einer Berliner Pflegekammer bei der Berufsgruppe zu erfragen. Die Befragungsergebnisse wurden im April 2015 vorgestellt. Neben qualitativen Interviews mit Vertretern unterschiedlicher Akteursgruppen wurde auch eine repräsentative computergestützte persönliche Befragung (CAPI) von rund 1.000 in Berlin beschäftigten examinierten Pflegefachpersonen durchgeführt. Die zufällig ausgewählten Pflegekräfte erhielten vorab ein Informationsschreiben inkl. eines Informationsflyers mit Pro-und-contra-Argumenten sowie den Fragebogen. Auf die Frage „Sind Sie persönlich für die Einrichtung einer Pflegekammer in Berlin?“ antworteten rund 60 Prozent mit „ja“, rund 15 Prozent gaben an, dass Sie dies nicht beurteilen könnten. Dabei gibt etwas mehr als jeder Dritte (36 Prozent) an, die Diskussion näher verfolgt zu haben, rund jeder Fünfte (18 Prozent) hatte davon zum ersten Mal gehört. Auch ergab die Befragung unterschiedliche Ansichten zum Kammermitgliedsbeitrag. Von den 703 Personen, die einer Kammer zustimmen, gaben rund 10 Prozent an, hierfür keinen Beitrag zahlen zu wollen.⁹

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

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

8 Pressemitteilung der Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz: „Nur eine Minderheit votiert für eine Pflegekammer. Gesundheitssenatorin Prüfer-Storcks legt Ergebnisse der repräsentativen Umfrage unter Pflegekräften vor“ vom 4. Februar 2014; URL: <http://www.hamburg.de/pressearchiv-fhh/4262544/2014-02-04-bgv-pflegekammer/> [Stand 03.05.2015].

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

10 URL: http://www.regierung-mv.de/cms2/Regierungsportal_prod/Regierungsportal/de/sm/_Service/Presse/Aktuelle_Pressemitteilungen/index.jsp?pid=71502 [Stand 09.04.2015].

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

Auch in anderen Bundesländern finden zurzeit Gespräche statt, in weiteren wurde die Prüfung der Errichtung einer Pflegekammer angekündigt: Die Sozialministerin von **Baden-Württemberg**, Katrin Altpeter, hatte im März 2015 betont, dass die *„Pflegeberufe im Land nach ihrer Ansicht dringend eine Selbstverwaltung bräuchten“*, und einen Beteiligungsprozess der entsprechenden Verbände zur Entwicklung von Ausgestaltungsvorschlägen angekündigt.¹¹ In **Hessen** wurde im Koalitionsvertrag von 2014 festgehalten, dass die Einführung einer Pflegekammer unter Einbindung der Betroffenen geprüft werde.¹² Im **Saarland** besteht seit April 2013 ein „Runder Tisch zur Stärkung der Pflegekräfte im Saarland“, der sich mit dem Thema Pflegekammer befasst.¹³

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

2.1.2 Interessenpolitischer Diskurs über die Errichtung von Pflegekammern

Die Initiativen zur Errichtung von Pflegekammern sind eingebettet in einen intensiven – nicht immer ganz sachlich wirkenden – Diskurs der Fachöffentlichkeit. Dieser seit nun rund 30 Jahren währende Streit zwischen Kammergegnern und -befürwortern soll (und kann) im Rahmen dieser Arbeit nicht systematisch aufbereitet werden. Insbesondere die Positionen der jeweils landespezifischen Fördervereine und Interessenvereine zur Gründung von Pflegekammern¹⁴ werden hier nicht im Einzelnen analysiert. Auf die Vielzahl von Diskussionsartikeln in (Pflege-)Fachzeitschriften sei an dieser Stelle lediglich verwiesen. Ebenso können die im Rahmen der parlamentarischen Prozesse durchgeführten Expertenanhörungen hier nicht aufbereitet werden.

11 URL: <http://sozialministerium.baden-wuerttemberg.de/de/service/presse/pressemitteilung/pid/sozialministerin-katrin-altmeter-nimmt-unterschriften-des-landespflegerats-zur-errichtung-einer-pfle/> (Zugriff 09.04.2015).

12 Koalitionsvertrag zwischen der CDU Hessen und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN Hessen „VERLÄSSLICH GESTALTEN – PERSPEKTIVEN ERÖFFNEN“ URL: http://www.gruene-hessen.de/partei/files/2014/02/HE_Koalitionsvertrag_2014-2018_final.pdf [Stand 12.08.2015].

13 URL: http://www.saarland.de/6767_101549.htm [Stand 12.07.2015].

14 URL: <http://www.pflegekammer-niedersachsen.de> oder URL: <http://www.pflegekammer-bayern.de> [Stand 12.07.2015].

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

Aus Sicht des DBfK, der Mitgliedsorganisationen des DPRs und der Landespflegeräte ist das oberste Ziel von Pflegekammern die Sicherstellung einer fachgerechten und professionellen Pflege der Bevölkerung. Dies werde durch verschiedene Funktionen der Pflegekammer erreicht:¹⁵

Eine Pflegekammer werde dazu beitragen, die Qualität der pflegerischen Dienstleistungen zu verbessern, und insbesondere mithelfen, pflegebedürftige Menschen vor unsachgemäßer Pflege zu schützen. Als Mittel dafür sollen dienen: die Verpflichtung zur kontinuierlichen Weiterqualifizierung der Berufsangehörigen, die Schaffung einer Berufsordnung mit ethischen Leitlinien für das Handeln professionell Pflegenden sowie Sanktionen bei Verstößen dagegen. Ferner werde durch eine einheitliche Festlegung von Maßnahmen der Fort- und Weiterbildung für eine besonders in diesem Bereich notwendige Vergleichbarkeit gesorgt. Aus Sicht von DBfK und DPR werde sich die Pflegekammer ferner mit der Festlegung und der Weiterentwicklung von fachlichen Standards und von Qualitätskriterien in der Pflege befassen mit dem Ziel, die derzeit noch stark schwankenden Qualitätsniveaus pflegerischer Dienstleistungen zu vereinheitlichen und zudem Forschungsdefizite im Handlungsfeld Pflege zu ermitteln.

Damit könne eine Pflegekammer auch verhindern, dass die Definition der Inhalte und des Spektrums der Pflege weiterhin durch Dritte – in der Regel fachfremde Personen, Gruppen und Institutionen – erfolge. DBfK und DPR zeigen sich überzeugt, dass eine Pflegekammer die Belange der Berufsgruppe gegenüber der Öffentlichkeit, der Politik und den verschiedenen Akteuren im Sozial- und Gesundheitswesen bündeln und vertreten werde. Insbesondere sei so eine gezieltere Mitwirkung bei Gesetzgebungsverfahren möglich. All dies helfe, den Professionalisierungsprozess in der Pflege zu beschleunigen.

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

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

15 Die folgenden Standpunkte sind eine Zusammenfassung der Zusammenstellungen und der Flyer auf der Internetseite des DBfK, die in Zusammenarbeit mit den Mitgliedsorganisationen des Deutschen Pflegerats und der Landespflegeräte erstellt wurden. URL: <http://pflegekammer-jetzt.de> [Stand 12.07.2015].

Aus Sicht von ver.di hingegen steht fest: Eine Pflegekammer würde die bestehenden Probleme nicht lösen.¹⁶ Das von den Befürwortern formulierte Ziel, eine professionelle Pflege zu sichern und die Bevölkerung besser vor schlechter Pflege zu schützen, werde durch die Errichtung von Pflegekammern nicht erreicht werden. Denn schlechte Pflegequalität resultiere aus den schlechten Rahmenbedingungen des Berufsalltags: hoher Arbeitsdruck, Überstunden, Einspringen an freien Tagen, zu wenig Zeit für Patientinnen und Patienten. Für bessere Arbeitsbedingungen bedürfe es einer verbindlichen Personalbemessung und einer entsprechenden Finanzierung. Auf diese Rahmenbedingungen jedoch könne eine Pflegekammer auch nicht mehr Einfluss ausüben, als dies heute die Berufsverbände und Gewerkschaften bereits täten.

Ferner bezweifelt ver.di – auch vor dem Hintergrund der Erfahrungen mit den Ärztekammern –, dass sich ein durch den eigenen Berufsstand ausgeübtes Disziplinarrecht positiv auf die Qualität auswirkt. Aus Sicht von ver.di bedarf die korrekte Berufsausübung vielmehr der Kontrolle durch unabhängige Gremien wie etwa Gerichte. Hinzu käme, dass der Großteil der in der Pflege Beschäftigten in einem Angestelltenverhältnis tätig sei, weshalb hier bereits ausreichende Regelungen vorhanden seien. Auch Verpflichtungen zu Weiterbildungen durch die Kammer seien aus diesem Grund überflüssig, da dies bereits in der Verantwortung der Arbeitgeber läge. Entscheidend sei vielmehr, dass diese die Teilnahme an Fortbildungen auch tatsächlich ermöglichen und finanzieren. ver.di lehnt es ab, die Regelungskompetenz für Aus- und Weiterbildungen an eine Kammer zu delegieren. Dies sei eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe und müsse deshalb in staatlichen Händen verbleiben.

Auch hinsichtlich der Wahrnehmung der beruflichen Belange ist ver.di skeptisch: Da Kammerrecht Landesrecht sei, ergäben sich 16 Kammern, in denen letztlich jeweils die Interessen der auch heute existierenden Verbände gebündelt werden müssten. Auch werde die Kammer nicht dazu beitragen, das Ansehen des Berufs zu erhöhen. Das Ansehen eines Berufsstands hänge mit den Verdienstmöglichkeiten sowie mit den Arbeitsbedingungen zusammen. Eine Pflegekammer könne an beidem nichts verändern. Verdi spricht sich folglich gegen eine Zwangsverkammerung aus. Die entstehenden Kosten stünden in keinem Verhältnis zu einem möglichen Nutzen.

Der Bundesverband privater Anbieter e. V. (bpa) hebt in seinen Argumenten gegen eine Kammer insbesondere die Zwangsmitgliedschaft, die Kosten für die Pflegenden und die zusätzliche Bürokratie hervor.¹⁷ Aus Sicht des bpa werde eine Pflegekammer ohnehin „nicht mitreden dürfen“, da die Berufsverbände weiterhin die fachlich motivierten verbandspolitischen Aufgaben übernehmen und die Gewerkschaften sich um die Tarifpolitik kümmern. Da die Kammer

16 Für einen Überblick über die Positionen von ver.di siehe URL: <https://gesundheit-soziales.verdi.de/berufe/pflegeberufe/pflegekammer> [Stand 02.03.2015].

17 URL: http://www.bpa.de/fileadmin/user_upload/MAIN-dateien/pflegekammer/index.html [Stand 02.03.2015].

politisch zudem nur beratend tätig sein könne, werde Sie auch in dieser Rolle nicht in der Lage sein, die Position der beruflich Pflegenden zu stärken.

Eine Pflegekammer gehe insofern vollständig an den Interessen der Pflegekräfte vorbei. Diese müssten aber die Kosten aufbringen, wobei der bpa mit 120 Euro Mitgliedsbeitrag pro Jahr rechnet. Zusätzlich würden für die „teure Pflegekammer“ weitere öffentliche Mittel benötigt, die dann an anderer Stelle für die Pflege fehlten. Dazu kommen aus Sicht des bpa nun noch weitere, zusätzliche Kontrollen durch die Pflegekammer, neben denen durch die Heimaufsicht und den MDK. Ferner würden die Pflegekräfte verpflichtet, sich bei Veranstaltungen der Pflegekammer regelmäßig fortzubilden – in ihrer Freizeit und teilweise auf eigene Kosten.

2.2 Aufgabenzuschnitt und verfassungsrechtlicher Rahmen von Pflegekammern in Deutschland

2.2.1 Aufgabenzuschnitt von Pflegekammern in Deutschland

Aufgabenzuschnitt der Ärztekammern als Referenzrahmen

Als Referenzrahmen für den Aufgabenzuschnitt von Pflegekammern liegt es erst einmal nahe, die Regelungen der Ärztekammern heranzuziehen. Die Gesetzgebungskompetenz für die Errichtung von Ärztekammern obliegt den Bundesländern (Kluth 1997, Igl 2014). Somit finden sich auf Grundlage der jeweiligen landesspezifischen Kammer- und Heilberufsgesetze in Deutschland 17 Ärztekammern,¹⁸ welche die Rechtsform einer Körperschaft des öffentlichen Rechts besitzen.

Die Ärztekammern haben sich im Sinne einer Arbeitsgemeinschaft zur Bundesärztekammer zusammengeschlossen. Die Bezeichnung „Bundesärztekammer“ ist insofern missverständlich, da es sich hierbei lediglich um einen freiwilligen privatrechtlichen Zusammenschluss der Landesärztekammern mit dem Ziel der Abstimmung von Verbandstätigkeiten handelt. Die Bundesärztekammer hat damit keine Regelungs- oder Aufsichtsbefugnis über die selbstständigen Landesärztekammern (Böge 2010). Auch hat der Bundesgesetzgeber keine Regelungskompetenz für die Schaffung einer solchen Kammer auf Bundesebene (Igl 2014). Gleichwohl wird der Bundesärztekammer, welche z. B. – trotz fehlender gesetzlicher Ermächtigung – die Musterberufs- und Musterweiterbildungsordnung sowie Richtlinien, Leitlinien und Empfehlungen erlässt, ein hohes Normierungspotenzial zugesprochen (Berger 2005). Auch gibt es de facto eine explizite Einbindung der Bundesärztekammer in legislative Verfahren, etwa im Rahmen des Transfusionsgesetzes und des Transplantationsgesetzes, oder bei den Maßnahmen zur Qualitätssicherung nach § 137 ff SGB V (Berger 2005).

¹⁸ In Nordrhein-Westfalen gibt es zwei Ärztekammern.

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

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

Wolf et al. (2004) differenzieren hierbei zwischen Binnen- und Außenfunktionen. Die Binnenfunktionen umfassen u. a.

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

Zu den Außenfunktionen zählen z. B.

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

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

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

¹⁹ Änderungen der Bundesärzteordnung bedürfen sowohl der Zustimmung des Bundestages als auch des Bundesrates.

zudem durch die Approbationsordnung für Ärzte (ÄAppro) beschrieben, welche durch das Bundesministerium für Gesundheit mit Zustimmung des Bundesrats erlassen wird.

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

Auf Grundlage des Kammerrechts können allein Warnungen, Verweise, Geldstrafen und ein Entzug des Wahlrechts erfolgen sowie die Feststellung, dass ein Mitglied unwürdig ist, seinen Beruf auszuüben (Wolff et al. 2004). Auch die Prüfung und die Anerkennung der Gleichwertigkeit von ausländischen Abschlüssen erfolgt durch die zuständige Landesbehörde. Die jeweiligen Ärztekammern führen lediglich die Anerkennung von Fachweiterbildungen (also von Facharztabschlüssen) durch.

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

Die Aufsicht über die Ärztekammern obliegt dem zuständigen Fachminister des jeweiligen Bundeslands. Die Aufsicht umfasst z. B. die Genehmigung der Satzung, der Beitrags- und der Geschäftsordnung. Die Aufsichtsbehörde ist jedoch auf allgemeine Weisungen beschränkt, Weisungen im Einzelfall dürfen lediglich bei Gefährdung der Erfüllung der vorgeschriebenen Aufgaben erfolgen (Kluth 1997).

Aufgabenzuschnitte von Pflegekammern nach aktuellen Gesetzesvorlagen

Die Gesetzgebungskompetenz zur Errichtung von Pflegekammern obliegt – analog der ärztlichen Kammergesetzgebung – den Ländern. In Rheinland-Pfalz und in Schleswig-Holstein liegen diesbezüglich aktuelle Gesetze bzw. Gesetzesentwürfe vor. Während in Rheinland-Pfalz die Pflegekammer in das Kammergesetz für die übrigen Heilberufe (HeilBG) eingegliedert wurde²⁰, ist in Schleswig-Holstein ein Gesetz zur Errichtung einer Kammer für die Heilberufe in der Pflege (PflBerErG SH) und ein Pflegeberufekammergesetz (PBKG) geschaffen worden (SH Drs. 18/2569). In Niedersachsen wird in der Folge von NDS Drs. 17/5110 voraussichtlich ebenfalls ein eigenes Pflegeberufekammergesetz entstehen.

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

20 Das Heilberufsgesetz wurde in diesem Zuge grundlegend überarbeitet (RLP Drs. 16/3626).

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

Ebenso können in Schleswig-Holstein Hilfskräfte in der Altenpflege (Altenpflegehelfer, Pflegeassistenten etc.) der Kammer freiwillig beitreten. Zudem kann sowohl in Rheinland-Pfalz als auch in Schleswig-Holstein die Kammer darüber hinaus weiteren Personen den freiwilligen Beitritt ermöglichen. Im rheinland-pfälzischen Heilberufegesetz ist jedoch festgelegt, dass die freiwilligen Mitglieder nicht dem Kammerrecht unterliegen. Personen, die im Sinne der europäischen Dienstleistungsrichtlinie ihre Tätigkeit nur vorübergehend und gelegentlich ausüben, sind nicht Mitglieder der Kammer.

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

- Die Wahrnehmung der beruflichen und der sozialen Belange der Gesamtheit der Berufsgruppe der Pflegenden im Sinne des Allgemeinwohls. Die Wahrung eines kollegialen Verhältnisses der Kammermitglieder untereinander sowie gegenüber Dritten und die Kooperation mit Angehörigen sonstiger Gesundheitsberufe. Der schleswig-holsteinische Gesetzesentwurf (PBKG) sieht ferner explizit vor, dass die Pflegekammer „sich für eine langfristige Verbesserung der Arbeitsbedingungen in der Pflege einsetzt“.
- Die Beratung des Gesetzgebers, der Behörden und weiterer Dritter, etwa durch Stellungnahmen bei Gesetzes- und Verordnungsentwürfen und anderen Fragen mit Bezug zur Berufsausübung.
- Die Überwachung der Berufsausübung, insbesondere der Einhaltung der Berufspflichten und der Berufsordnung, also auch die Mitwirkung der Kammermitglieder an der Sicherung der Qualität der beruflichen Leistungen und die Erarbeitung von Empfehlungen zur Qualitätsentwicklung und -sicherung der pflegerischen Berufsausübung.
- Die Führung eines Verzeichnisses der Berufsmitglieder sowie die Ausgabe von Berufsausweisen und sonstigen Bescheinigungen (wie ggf. auch die Mitwirkung bei der Anerkennung und der Bewertung ausländischer Bildungsnachweise).
- Die Regelung der beruflichen Fort- und Weiterbildung sowie die Führung eines entsprechenden Weiterbildungsregisters.

Die Errichtung von Versorgungseinrichtungen für ihre Mitglieder – wie bei den Ärztekammern üblich – ist nicht vorgesehen. Ebenso wenig sind Kompetenzen im Sinne einer Arbeitnehmervertretung angestrebt.

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

Analog zu den Ärztekammern bekommen auch die Pflegekammern die Rechtsform einer Körperschaft des öffentlichen Rechts. Aufsichtsbehörde ist wiederum das jeweils zuständige Landesministerium. Die Aufsicht bezieht sich auf die Rechtsaufsicht und auf Genehmigungsvorbehalte – etwa bezüglich der Kammersatzungen – sowie auf Berichts- und Auskunftspflichten der Kammer.

2.2.2 Verfassungsrechtlicher Rahmen von Pflegekammern

Berufskammern sind Teil der sogenannten funktionalen Selbstverwaltung, zu welcher auch wirtschaftliche Kammern, Realkörperschaften (wie z. B. Wasser- und Forstwirtschaftsverbände), die soziale Selbstverwaltung (wie z. B. Sozialversicherungsträger und Kassenärztliche Vereinigungen) und die Hochschul-Selbstverwaltung gezählt werden (Wolff et al. 2004). Kennzeichnend für diese funktionale Selbstverwaltung ist

„die selbstständige, fachweisungsfreie Wahrung enumerativ oder global überlassener oder zugewiesener öffentlicher Angelegenheiten durch unterstaatliche Träger oder Subjekte der öffentlichen Verwaltung“ (Stern 1984).

Die funktionale Selbstverwaltung kann folglich als demokratisch partizipative Organisationsform verstanden werden, durch die sowohl die besondere Sachkenntnis und Sachnähe der Betroffenen als auch ihre (ehrenamtliche) Verwaltungskraft genutzt wird (Kluth 1997). Auf die wissenschaftlich geführte Diskussion um die demokratische Legitimation der funktionalen Selbstverwaltung soll an dieser Stelle lediglich verwiesen werden (Emde 1991, Kluth 1997). Das Bundesverfassungsgericht bestätigt der verpflichtenden Kammermitgliedschaft sogar eine *„freiheitssichernde und legitimatorische Funktion“*,

„weil sie auch dort, wo das Allgemeininteresse einen gesetzlichen Zwang verlangt, die unmittelbare Staatsverwaltung vermeidet und stattdessen auf die Mitwirkung der Betroffenen setzt“ (BVerfG NVwZ 2002, 335[337]).

Die verfassungsrechtliche Zulässigkeit von Pflegekammern wird von verschiedenen juristischen Gutachtern und Autoren grundsätzlich bejaht (Plantholz 1994, Seewald 1998, Roßbruch 2001, Igl 2008, Schulz-Koffka und Deter 2012, Martini 2014). Im Kern der juristischen Betrachtungen und Bewertungen steht dabei

- a) die Frage, ob eine aus der Pflichtmitgliedschaft resultierende Einschränkung der Vereinigungsfreiheit (Art. 9 Abs. 1 GG) sowie der Berufsfreiheit (Art. 12 Abs. 1 GG) der Kammermitglieder verfassungsrechtlich möglich ist,
- b) die Frage, ob eine Einschränkung der allgemeinen Handlungsfreiheit (Art. 2 Abs. 1 GG) sowie der Koalitionsfreiheit (Art. 9 Abs. 1 GG) Dritter (maßgeblich der Berufsverbände und Gewerkschaften) durch die Verfassung gedeckt wäre.

Bejaht wird dies, soweit mit der Errichtung der Kammer „legitime öffentliche Aufgaben“ im Sinne des Allgemeinwohlbelangs wahrgenommen werden. Dies umfasst nach Auffassung des Bundesverfassungsgerichts Aufgaben,

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

Eingriffe in die jeweiligen Grundrechte sowohl der Mitglieder als auch Dritter sind im Sinne des Verfassungsrechts in Hinblick auf ihre Erforderlichkeit und ihre Verhältnismäßigkeit zu bewerten. Martini (2014) führt dazu u. a. aus, dass die Einschränkung der Vereinigungsfreiheit der Mitglieder einer Berufsgruppe als erforderlich bewertet werden kann, wenn der Gesetzgeber eine umfassende Interessenrepräsentation aller in dieser Gruppe beruflich Tätigen erreichen möchte. Insbesondere vor dem Hintergrund des derzeit geringen Organisationsgrads der Pflegekräfte in freiwilligen Berufsverbänden stehe es dem Gesetzgeber frei, eine solche umfassende Interessenrepräsentation höher zu gewichten als eine mögliche private Selbstorganisation in Berufsverbänden. Gleichzeitig weist Martini aber auf die Problematik hin, dass durch die Errichtung von Pflegekammern ggf. die verfassungsrechtlich geschützte Vereinigungsfreiheit – hier also in Berufsverbänden – rechtlich beeinträchtigt werden könnte. Anders als bei den Gewerkschaften – hier sieht er keine Konkurrenz der Tätigkeits- und Aufgabenbereiche – drohten Pflegekammern den Entfaltungsraum von Berufsverbänden auszuhöhlen. Soweit der Kammer jedoch lediglich Aufgabenbereiche zugewiesen würden, deren Ziele sich nur durch die Einbindung aller Pflegekräfte erreichen ließen, habe der Gesetzgeber im Sinne des Allgemeinwohls einen entsprechenden Gestaltungsspielraum.

Roßbruch (2001) weist aber auch darauf hin, dass die Wahrnehmung einer „legitimen öffentlichen Aufgabe“ nicht beschränkt sei auf die Übernahme von ansonsten staatlichen Aufgaben, sondern dass das Bundesverfassungsgericht hierunter ausdrücklich auch die Förderung der beruflichen Interessen der Mitglieder der verkammerten Berufsgruppe versteht. Jedoch seien die Funktionen der Kammer klar zu umreißen, sodass „ein spezielles, auf das Berufsbild bezogenes“, aber kein sogenanntes „allgemeinpolitisches Mandat“ legitimiert sei (Roßbruch 2001, S. 4).

Hinsichtlich der Frage, ob es darüber hinaus spezifischer Berufsmerkmale bedarf, um eine Verkammerung zu legitimieren, sind sich – zumindest die jüngeren – Bewertungen weitgehend einig. Die Frage, ob einer Verkammerung des Pflegeberufs notwendigerweise eine Definition vorbehaltener Tätigkeiten für die Pflege vorausgehen müsse, wurde durch Planholz (1994) noch bejaht. Diese Einschätzung teilen aber weder Seewald (1998) noch Roßbruch (2001), Igl (2008) und Martini (2014). Igl (2008) weist zudem darauf hin, dass insbesondere die Frage, ob die zu verkammernde Tätigkeit durch Laien ausgeführt werden kann, keine Bewertungsrelevanz habe. Aus seiner Sicht scheint auf dem Gebiet der Kranken- und Altenpflege ohnehin ein Missverständnis dahingehend

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

Auch die Frage, inwiefern eine Verkammerung nur für „Freie Berufe“ möglich ist, verneinen die zuvor genannten Autoren. Igl (2014) führt dazu aus, dass der Freie Beruf für das Berufsrecht keine besondere Bedeutung habe, da er verfassungsrechtlich kein geschütztes Rechtsinstitut darstelle. Gleichwohl merkt Martini (2014) an, dass der Spielraum für die Selbstverwaltung einer vorwiegend abhängig beschäftigten Berufsgruppe wie der Pflege im Vergleich zu den „klassischen“ Berufskammern Freier Berufe eingeengt sei. Dies resultiere aus dem Direktionsrecht des Arbeitgebers, dem auch die verkammerten Pflegekräfte weiterhin unterlägen.

Soweit Pflegekammern also öffentliche Aufgaben im Sinne des Allgemeinwohls wahrnehmen und dafür die Eingriffe in die Grundrechte der Mitglieder als auch Dritter erforderlich und verhältnismäßig sind, wird die verfassungsrechtliche Zulässigkeit von Pflegekammern in der fachöffentlichen Diskussion nicht grundsätzlich infrage gestellt. Hanika (2012) weist zudem darauf hin, dass Berufskammern und eine Pflichtmitgliedschaft in diesen auch nach Einschätzung des Europäischen Gerichtshofs mit dem Gemeinschaftsrecht vereinbar sind, und zwar sowohl hinsichtlich der Dienstleistungs- als auch der Niederlassungsfreiheit.

Gleichzeitig finden sich aber auch kritische Stimmen: Bauckhage-Hoffer (2014) hebt im Sinne des BVerfG noch einmal hervor, dass an der Erfüllung der legitimen öffentlichen Aufgaben ein gesteigertes öffentliches Gemeinschaftsinteresse bestehen müsse. Ansonsten rücke eine Kammer schnell in die Nähe einer *„freiwilligen Vereinigung, die allein deshalb besteht, um eine Aufgabe zu erfüllen, an der lediglich ein privates Interesse ihrer Mitglieder besteht“* (S. 110). Da einer Pflegekammer aber keine originären Aufgaben zugewiesen werden könnten, die heute nicht bereits durch andere staatlichen Stellen wahrgenommen werden, sei auch die Verfassungsmäßigkeit einer solchen Kammer infrage gestellt.

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

Im Jahr 2016 hat in Deutschland erstmals eine Landespflegekammer ihre Arbeit aufgenommen. In Schleswig-Holstein wurde im Juli 2015 ebenfalls ein Gesetz zur Errichtung einer Kammer für die Heilberufe in der Pflege durch den Landtag verabschiedet. In Niedersachsen liegt ein Entwurf eines solchen vor. Von einer flächendeckenden, bundesweit in allen Ländern eingeführten Selbstverwaltung von Pflegekräften ist man damit aber noch weit entfernt. Jedoch wird in einer Reihe weiterer Bundesländer die Einführung von Pflegekammern intensiv diskutiert. So hat z. B. sowohl in Berlin als auch in Mecklenburg-Vorpommern das zuständige Ministerium eine Studie über die Chancen und

Grenzen einer Pflegekammer in Auftrag gegeben, in Hessen ist die Prüfung der Errichtung einer Pflegekammer im Koalitionsvertrag festgehalten, in Baden-Württemberg wurden seitens des Ministeriums Gespräche bezüglich einer Selbstverwaltung der Pflegekräfte angekündigt. Hamburg und Bayern haben sich hingegen gegen die Errichtung einer Pflegekammer entschieden.

Die Aufgaben, die einer Pflegekammer in Deutschland zugewiesen werden können, sind (verfassungs-)rechtlich begrenzt. Wie bereits ausgeführt, ist eine Kammer verfassungsrechtlich nur dann legitimiert, wenn sie öffentliche Aufgaben im Sinne des Allgemeinwohls wahrnimmt. Daraus ergibt sich: Die Wahrnehmung der beruflichen Belange – die „Interessenvertretung“ – darf sich nicht auf die Eigeninteressen der Berufsgruppe beschränken, sondern muss im Sinne der Allgemeinheit erfolgen. Eine Interessenvertretung, die Eigeninteressen fördert, also der Berufsgruppe z. B. hinsichtlich des Einkommens oder anderer Belange Privilegien verschafft, darf folglich nicht als Zweck von Pflegekammern verstanden werden.

Eine weitere grundlegende Einschränkung ist die vorrangige Regelungskompetenz des Bundes hinsichtlich der „Zulassung zu ärztlichen und anderen Heilberufen“ (Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 GG i. V. m. Art. 72 Abs. 1 GG). Insofern darf der Landesgesetzgeber in diesem Bereich nur die Befugnis zur Regelung der Weiterbildung den entsprechenden Berufskammern übertragen. Auch bei weiteren Aufgabenübertragungen gilt entsprechend: Nur Aufgabengebiete, die in der Regelungskompetenz des Landes liegen, können durch dieses an eine Kammer übertragen werden. Nicht in die Hände von Kammern gelegt werden kann insbesondere die Vertretung von Arbeitnehmern im gewerkschaftlichen Sinne oder Qualitätssicherungsmaßnahmen, die durch Bundesgesetze wie z. B. das SGB XI geregelt sind.

Die zentralen Aufgaben von Pflegekammern können somit beschrieben werden als Standesvertretung, Standesförderung und Standesaufsicht (Seewald 1998, Martini 2014). Zur Standesvertretung gehört insbesondere die durch die Kammer institutionalisierte Einbindung der Berufsgruppe in Gesetzgebungsprozesse und in die Ausgestaltung untergesetzlicher Normgebungen. Mit Standesförderung sind Binnenfunktionen gemeint wie die Entwicklung des Berufsverständnisses, und hier insbesondere die Ausformulierung der Wege und Ziele von Fort- und Weiterbildung. Die Standesaufsicht umfasst die Überwachung der Berufspflichten, wozu auch die Herausbildung bzw. Weiterentwicklung eines beruflichen Wertekanons nötig ist (Martini 2014).

Konkret verbleibt von der „Interessenvertretung“ als Aufgabe einer Pflegekammer folglich lediglich die Einbindung der – gesamten – Berufsgruppe in Gesetzgebungsprozesse und in weitere gesellschaftliche Meinungsbildungsprozesse. In der fachöffentlichen Diskussion in Deutschland steht die Interessenvertretung und die damit assoziierte Aufwertung des Berufs jedoch stark im Vordergrund (siehe Abschnitt 2.1.2). Die hier vorgelegte Arbeit wird die „Interessenvertretung“ allein im Sinne einer institutionalisierten Mitwirkung der Berufsgruppe an gesetzlichen bzw. untergesetzlichen Normen aufgreifen und beschreiben.

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

3 Ökonomische und professionssoziologische Sicht auf die berufliche Regulierung

3.1 Ökonomische Sicht auf die berufliche Regulierung

3.1.1 Marktversagen als Ausgangspunkt von Regulierungen

Aus ökonomischer Perspektive stellen berufsständische Kammern eine Einschränkung des Wettbewerbs dar. Aus Sicht der Wohlfahrtsökonomik sind derartige staatliche Eingriffe aber gerechtfertigt, wenn die dem Markt ansonsten zugesprochene Funktion eines nutzenoptimalen Ausgleichs zwischen Menge, Qualität und Preis eines Guts versagt und keine im wohlfahrtsökonomischen Sinne beste Lösung erzielt werden kann (Knieps 2005, Fritsch et al. 2007, Schmidt 2012).

Im Gesundheitswesen geht man in der Regel von einem bestehenden Marktversagen aus, dessen zentrale Ursache in der Informationsasymmetrie zwischen den Marktteilnehmern gesehen wird. Eine solche Asymmetrie besteht einerseits zwischen Versicherungen und ihren Nachfragern und andererseits zwischen Anbietern von Gesundheitsdienstleistungen und deren Nachfragern. Für den Kontext der beruflichen Regulierung ist dabei Letzteres relevant. Da der Patient nicht über dasselbe Fachwissen (also dieselben Informationen) verfügen kann wie diejenigen, welche die Leistungen erbringen, sind Qualität und Preis für ihn nur eingeschränkt bewertbar (Pauly et al. 2012). Dieses Informationsungleichgewicht wird noch dadurch verstärkt, dass es sich bei Gesundheitsdienstleistungen häufig um Erfahrungs- bzw. Vertrauensgüter handelt, sowie dadurch, dass Produktion und Verbrauch von Gesundheitsgütern i. d. R. zeitgleich erfolgen („Uno-acto-Prinzip“). Die Leistung kann folglich nicht im Vorhinein durch den Verbraucher begutachtet und bewertet werden (Breyer et al. 2005, Pauly et al. 2012).

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

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

lierung besteht darin, die Qualität des Inputs – nämlich die Gesundheitsberufe selbst – zu regulieren (Pauly et al. 2012).

3.1.2 Theorien der Regulierung

Die Public-Interest-Theorie

Die Public-Interest-Theorie geht im Sinne einer normativen Theorie davon aus, dass Marktversagen durch regulierende Eingriffe korrigiert werden könne. So greift der Staat zum Mittel der beruflichen Regulierung, wenn ein Marktversagen vorliegt und führt politisch gewollte wettbewerbliche Eingriffe im Interesse der Allgemeinheit durch. Die Ausgestaltung der Regulierung erfolgt laut dieser Theorie am rationalsten und am effizientesten durch Unternehmen, Politiker und Verwaltungsapparat. Damit unterstellt die Public-Interest-Theorie, dass es objektives Wissen darüber gibt, wo Marktversagen oder die Gefahr eines solchen besteht, sodass an dieser Stelle eingegriffen werden kann. Ferner wird angenommen, dass den Regulierenden effiziente Steuerungsinstrumente zur Verfügung stehen, mit denen die gewünschten Wohlfahrtsgewinne erzielt werden können (Behrends 2001, Knieps 2005, Schmidt 2012).

Kritiker der Public-Interest-Theorie führen an, dass solche Annahmen wirklichkeitsfremd seien und die Empirie dafür keine Belege biete. Folgt man den Prämissen der Public-Interest-Theorie, so die Kritiker, müsste Regulierung vornehmlich in Märkten zu finden sein, in denen die Marktkonzentration hoch ist oder externe Effekte eine starke Rolle spielen. Dies sei aber nicht der Fall (Stigler 1971, Posner 1974, Peltzman 1976). Ein weiteres Defizit der Public-Interest-Theorie ist laut Literatur, dass sie keinerlei Erklärung dafür enthalte, wie die Nachfrage der Öffentlichkeit nach staatlicher Regulierung in politische Entscheidungsprozesse kanalisiert werde (Posner 1974).

Die ökonomische Theorie der Regulierung

Dem entgegen steht die ökonomische Theorie der Regulierung, die Regulierung als Ergebnis polit-ökonomischer Einflussnahme spezieller Interessen ansieht. Es wird davon ausgegangen, dass die Umsetzung der Regulierung primär den Gruppeninteressen der an diesem Prozess beteiligten Berufe, Unternehmen, Politiker und Verwaltungsakteure entspricht und für die Allgemeinheit nicht das optimale Ergebnis darstellt (Behrends 2001, Knieps 2005, Schmidt 2012). Maßgeblich beeinflusst wurde die Theorie durch die US-amerikanischen Ökonomen Georg Stigler und Sam Peltzman.²¹

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

²¹ Beide stammen von der University of Chicago, weshalb die ökonomische Theorie auch „Chicago-Theorie“ genannt wird.

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

Neben der Politik und den Unternehmen stehen aber auch diejenigen Akteure im Fokus der Theorie, welche die Regulierung in den entsprechenden Verwaltungsorganen umsetzen. Die Verwaltung ist als Akteur der Regulierung insofern relevant, als die eigentliche Ausgestaltung der politischen Vorgaben in der Regel auf der administrativen Ebene erfolgt und die Administration bei der Umsetzung folglich über diskretionäre Handlungsspielräume verfügt. Nach der ökonomischen Theorie der Regulierung ist aber auch das Verhalten der Administration durch Eigeninteressen geprägt: Einerseits seien die Verwaltungsakteure von der Legislative abhängig, da diese ihre Amtszeit bestimme. Andererseits bestehe bei den Akteuren häufig das Interesse, nach Ablauf ihrer Amtszeit in dem bis dahin durch sie regulierten Wirtschaftszweig tätig zu werden („Revolving Door“-Effekt) (Hilton 1972, Russell und Shelton 1974, Croley 2011, Schmidt 2012).²²

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

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

²² Marver H. Bernstein 1955 beschreibt schon viele Jahre vor der Formulierung der ökonomischen Theorie der Regulierung durch Stigler und Peltzman einen Prozess der „Kaperung“ (*Capture*) einer ursprünglich zum Schutz der Allgemeinheit etablierten Regulierungsbehörde durch den regulierten Wirtschaftsbereich. Demnach erfolgt die Instrumentalisierung einer Behörde in den vier Stufen *gestation, youth, maturity* und *old age*, im Zuge derer sich Denken und Handeln von Unternehmen und kontrollierenden Behörden immer weiter annäherten. Aus diesem Grund wird die ökonomische Theorie der Regulierung manchmal auch *Capture-Theory* genannt (S. Bernstein, (1955): *Regulating business by independent commission*. Princeton University Press).

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

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

Gegen den Ansatz der ökonomischen Theorie der Politik gab es erhebliche Vorbehalte und eine breite Kritik. Dies betrifft zum einen die mittlerweile auch durch die Verhaltensökonomie widerlegte Vorstellung des *homo economicus* als Grundpfeiler dieser Theorie (DellaVigna 2009), kritisiert wurden darüber hinaus aber auch weiterführende methodologische „Pathologien“ (Green und Shapiro 1999). Mit Bezug zur ökonomischen Theorie der Regulierung argumentieren die Kritiker insbesondere, dass die Theorie die komplexen formellen und informellen Prozesse einer Interessenorganisation nicht hinreichend erfasse. Ferner sei in demokratischen Staaten bei der Errichtung von Kammern von einem breiten Spektrum von gesellschaftlichen und politischen Zielen auszugehen (Croley 2011, Baldwin et al. 2012, Feintuck 2010). Dass die Theorie zu kurz greife, werde zudem durch zahlreiche empirische Untersuchungen belegt (Feintuck 2010, Veljanovski 2010, Christensen 2011, Croley 2011).

Gleichzeitig wird aber darauf verwiesen, dass auch die Public-Interest-Theorie keine hinreichende Alternative darstelle (Croley 2011). Hantke-Domas (2003) beschreibt dieses Defizit dahingehend, dass es die Public-Interest-Theorie in diesem Sinne auch nie gegeben habe. Er legt dar, dass es nie originäre Vertreter dieser Theorie gegeben habe (bzw. gäbe). Die Public-Interest-Theorie sei vielmehr erst durch die Begründer der ökonomischen Theorie der Regulierung als eine Bewertungsfolie ihrer eigenen Theorie formuliert und so benannt worden. Vor diesem Hintergrund bedürfe es einer Neudefinition der Public-Interest-Theorie, die insbesondere die gesellschaftlichen Ansprüche an das Gemeinwohl ausformuliere und damit empirisch bewertbar mache (Hantke-Domas 2003, Feintuck 2010). Feintuck (2010) bemerkt hierzu, dass die Legitimität des Anspruchs, im öffentlichen Interesse zu handeln, eher bekräftigt werden könne, wenn die demokratische Berechtigung eines solchen Anspruchs besser erforscht und hervorgehoben würde – insbesondere bezüglich der Erwartungen der Bürger und der Sicherung von Grundwerten –, weshalb sich eine solche Legitimität nicht alleine aus messbaren wirtschaftlichen Werten ergeben könne:

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

Schmidt (2012) geht davon aus, dass sowohl die ökonomische als auch die Public-Interest-Theorie keinen Anspruch auf Allgemeingültigkeit hat. Zwar dominiere der ökonomische Ansatz – insbesondere in der US-amerikanischen Literatur –, es fänden sich aber eine Reihe von Hinweisen, die sowohl das theoretische Konstrukt als auch die empirische Gültigkeit der ökonomischen Theorie der Regulierung fragwürdig erscheinen lassen. Gleichzeitig erscheine die Public-Interest-Theorie nicht ausreichend, um zu erklären, warum in manchen Wirtschaftsbereichen, die keiner Regulierung (mehr) bedürfen, eine solche weiterhin bestehe. Andererseits erlaube es die Public-Interest-Theorie, solche Bereiche zu identifizieren, die staatliche Interventionen aus normativer Sicht notwendig machten (Schmidt 2012).

3.1.3 Zum Kontext der Regulierung von Gesundheitsberufen

Der Aufgabenbereich einer Regulierung im Kontext von Gesundheitsberufen umfasst in erster Linie die Definition von Zulassungsvoraussetzungen, und damit einhergehend den Schutz der Berufsbezeichnung (*Protection of Title*). Werden darüber hinaus Tätigkeiten definiert, die nur Personen ausüben dürfen, die diesen Berufstitel tragen, so spricht man von Berufsausübungsschutz (*Protection of Function*).

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

Die Einbindung eines Berufs in eine Regulierung – z. B. durch eine Delegation von Aufgaben in diesem Bereich an Berufskammern – soll unter anderem die Verwaltungseffizienz sichern. Schließlich sind es die Berufsangehörigen selbst, die das beste Fach- und Insiderwissen haben, um die berufliche Qualität zu bewerten und die Regulierung im Zuge medizinisch-technischer und gesellschaftlicher Entwicklungen anzupassen (Baldwin et al. 2012).

So würde sich die Lage aus Sicht der Public-Interest-Theorie darstellen. Die ökonomische Theorie der Regulierung käme zu einer ganz anderen Bewertung: Hier würden die Markteingriffe nicht im Sinne der Verbraucher erfolgen, sondern vielmehr den Eigeninteressen der Berufsgruppen dienen.

Folgt man der ökonomischen Theorie der Regulierung, so ist das Ziel des Berufsbezeichnungs- und Berufsausübungsschutzes in erster Linie eine Marktabschottung. Durch hohe qualifikatorische Zugangshürden soll das Angebot der Gesundheitsdienstleistung verknappt und damit die Preise für diese erhöht werden. Durch Weiterbildungsvorgaben und Werbeverbote werde zudem der innerberufliche Wettbewerb – auch der zwischen unterschiedlichen Fachrichtungen – verringert (Pauly et al. 2012).

Zudem sei nach der Erteilung einer Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung die Leistung aller Anbieter für den Verbraucher pro forma gleich, wodurch der Qualitätswettbewerb zwischen den Anbietern nivelliert werde (Pauly et al. 2012). Leland (1979) hat dies am Beispiel der Ärzte herausgearbeitet: Durch die künstliche Gleichstellung aller Angehöriger einer Berufsgruppe sei das Verbleiben im Markt für solche Vertreter, die eine überproportionale Qualität aufweisen, nicht mehr rational. Er verweist hierbei auf Akerlofs Theorie,²³ die besagt, dass in Märkten, in denen eine Informationsasymmetrie herrscht, qualitativ hochwertige Güter aus dem Markt gedrängt werden, da die Verbraucher diese nicht als solche erkennen. Nach Leland (1979) schafft die Definition von Kriterien für den Marktzutritt somit lediglich einen Mindeststandard, wenn die Berufsgruppe für ihre Mitglieder nach deren Marktzutritt keine weiteren Qualitätsdifferenzierungen implementiert.

Auch eine angestrebte Weiterentwicklung der professionellen Qualifikationsprofile und die Ausübung von Tätigkeiten im allgemeinen Interesse stellen im Sinne der ökonomischen Theorie der Regulierung keinen Rechtfertigungsgrund für eine Regulierung dar. Solche Tätigkeiten hätten nicht zur Folge, dass medizinisch-technische und gesellschaftliche Entwicklungen aufgegriffen würden, vielmehr dienten sie lediglich dazu, anderen Berufsgruppen die qualifikatorische Voraussetzung für eine vergleichbare Leistungserbringung vorzuenthalten (Price 2003). Nötige und mögliche Anpassungen der herrschenden Arbeitsteilung bei Gesundheitsdienstleistungen würden deshalb verhindert. Aufgrund der Verhinderung einer möglichen Substitution z. B. von ärztlichen Tätigkeiten durch Pflegekräfte lägen die Preise über dem eigentlich möglichen Marktpreis, was die Optimierung der Wirtschaftlichkeit des Systems behindere (Pauly et al. 2012).

Für Friedman (1962) stellt der Berufsausübungsschutz insbesondere auch eine Einschränkung der Konsumentenfreiheit dar. Ein Patient könne so z. B. keinen Leistungserbringer mit niedrigeren Qualifikationen mehr wählen. Der Informationsasymmetrie wäre aus Friedmans Sicht bereits hinreichend durch den Schutz der Berufsbezeichnung begegnet. Der Patient könnte dann eigenständig entscheiden, ob er die Leistung von jemandem mit oder ohne Berufsbezeichnung in Anspruch nimmt.

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

²³ Akerlof hat Anfang der 1970er-Jahre in seinem Aufsatz „The Market for Lemons: Quality Uncertainty and the Market Mechanism“ Märkte mit Informationsasymmetrien am Beispiel des Markts für Gebrauchtwagen beschrieben. Siehe Akerlof 1970.

Ergebnisse empirischer Studien zur Regulierung von Gesundheitsberufen

Empirisch untersucht wurde die berufliche Regulierung überwiegend im US-amerikanischen Kontext. Für die ärztliche Regulierung konnten Law und Kim (2005) zeigen, dass für den Untersuchungszeitraum von 1870 bis 1930 ein signifikanter positiver Zusammenhang zwischen den Anforderungen an die Zulassung und der Zahl der Ärzte bestand. Gleichzeitig wurde aber auch ein signifikanter Zusammenhang zwischen den Anforderungen an die Zulassung und dem Rückgang von Müttersterblichkeit sowie der Sterblichkeit durch Appendizitis – und damit der Qualität der ärztlichen Tätigkeit – nachgewiesen (Law und Kim 2005).

Ein anderes Ergebnis zeitigte eine Studie von Kleiner und Kudrle (2000) zur zahnärztlichen Regulierung. Als Indikator für hohe Berufszugangshürden wurde dabei die Erfolgsquote bei der zahnärztlichen Approbationsprüfung herangezogen. Hier konnte kein Zusammenhang zwischen den Erfolgsquoten und der Qualität der zahnärztlichen Versorgung festgestellt werden (Kleiner und Kudrle 2000).

Nachgewiesen wurde aber ein Zusammenhang zwischen den Zulassungsvoraussetzungen und dem Einkommen von Ärzten. Kleiner (2006) untersuchte mithilfe von Daten des US-Zensus, inwiefern sich das Einkommen lizenzierter Berufe von dem anderer Berufe unterscheidet. Als Referenz für die Einkommen in ärztlichen und in zahnärztlichen Berufen wurden jene von Absolventen der Biologie und der Lebenswissenschaften (*life sciences*) ausgewählt. Das Ergebnis weist laut Kleiner (2006) auf erhebliche „Zulassungsprämien“ hin: So erzielen Ärzte ein Gehalt pro Stunde, das 40 Prozent, und Zahnärzte eines, das 60 Prozent über dem der Referenzberufsgruppen liegt.

Für den europäischen Raum finden sich lediglich zwei Studien über die Wirkungen ärztlicher Regulierung. Zweifel und Eichenberger (1992) untersuchten die Frage, welche Auswirkung der ärztliche Korporatismus auf das Angebot und den Preis von Ärzten hat. Unter das Phänomen „Korporatismus“ werden neben den Ärztekammern jedoch noch weitere Institutionen wie die Kassenärztlichen Vereinigungen subsumiert. Anlässlich eines Ländervergleichs zwischen Belgien, Frankreich, Deutschland, Schweden, der Schweiz, Großbritannien und den USA kommen Zweifel und Eichenberger zu dem Schluss, dass in Ländern, die einen stärkeren ärztlichen Korporatismus aufweisen, eine stärkere Markt- abschottung herrscht und höhere ärztliche Einkünfte erzielt werden.

Zudem hat Kleiner (2006) die bereits dargestellte Methode, die ärztlichen Gehälter mit denen eines Referenzberufs zu vergleichen, auch für Großbritannien, Frankreich und Deutschland angewandt. Es zeigt sich, dass in europäischen Ländern die Unterschiede zwischen verkammerten und nicht verkammerten Referenzberufen geringer ausfallen als in den USA. So beträgt der Gehaltsunterschied zwischen Ärzten und Personen, die in Berufen der Lebenswissenschaften arbeiten, in Großbritannien lediglich 12 Prozent. Für Deutschland zieht Kleiner (2006) Daten des Bundesinstituts für Berufsbildung (BIBB) aus dem

Jahr 1991/1992²⁴ heran und gelangt auf dieser Basis zu dem Ergebnis, dass Ärzte lediglich 1 Prozent mehr pro Stunde verdienen als die hier herangezogene Vergleichsberufsgruppe der Chemiker. Kleiner (2006) erklärt diesen Unterschied zu den USA damit, dass die Berufe in Europa zwar beim Zugang weniger reguliert seien, dafür aber einer weitaus stärkeren Regulierung nach der Zulassung unterlägen. Dies betreffe insbesondere Preisregulierungen und Einschränkungen bei der Werbung.

Über die Wirkungen von Pflegekammern liegen lediglich drei US-amerikanische Studien vor. Mithilfe des US-Zensus untersuchten Law und Marks (2012) die Frage, inwiefern die Umstellung von einer freiwilligen auf eine verpflichtende Lizenzierung zwischen den 1950er- und den 1970er-Jahren Auswirkungen auf das Gehalt der Pflegeberufe hatte.²⁵ Dabei kommen sie zu dem Schluss, dass diese Umstellung weder die Gehälter (und damit den Preis der Leistung) erhöht noch einen Einfluss auf die Zahl der Berufsangehörigen ausgeübt hat. Law und Marks (2012) erklären diesen Befund damit, dass der Markt für Pflegekräfte, welche die Berufsbezeichnung nicht führten, auch vor Einführung der verpflichtenden Registrierung eher klein war, da die meisten Pflegekräfte bereits in Einrichtungen arbeiteten, die das Führen der Berufsbezeichnung als Einstellungsvoraussetzung verlangten.

Daneben finden sich zwei Studien zur Regulierung von Advanced Nursing Practice (ANP)²⁶. Kleiner et al. (2012) untersuchten die Auswirkungen der ANP-Regulierung auf die Preise von spezifischen Vorsorgeuntersuchungen und auf die Gehälter von Ärzten. Die Bundesstaaten wurden danach differenziert, ob die ANP-Pflegekräfte Medikamente bzw. Betäubungsmittel ohne Supervision eines Arzts verordnen können und wie sich dies in den letzten zehn Jahren verändert hat. Im Ergebnis zeigt sich, dass in solchen Staaten, in denen die selbstständige Tätigkeit der ANP-Kräfte ausgeweitet wurde, deren Einkommen stiegen. Gleichzeitig stiegen jedoch auch die Einkommen der Ärzte, was Kleiner et al. (2012) schließen lässt, dass ANP-Pflegekräfte nicht als reine Substitute der Ärzte fungieren, sondern den Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen verbreitern.

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

²⁴ Heute BIBB-/BAuA-Erwerbstätigenbefragung.

²⁵ Law und Marks (Law und Marks 2012) machten sich zunutze, dass die Einführung verpflichtender Lizenzierung in den 50 Bundesstaaten nicht gleichzeitig erfolgte. Zwar war die Berufsbezeichnung Pflege bereits seit Ende der 1920er-Jahre in allen Bundesstaaten geschützt (*Protection of Title*), die verpflichtende Lizenzierung (*Protection of Function*) erfolgte in der Mehrzahl der Staaten aber erst zwischen den 1950er- und 1970er-Jahren. Law und Marks (ibid.) unterteilten die Staaten somit in solche, die diese bis 1958 (für *Registered Nurses*) bzw. bis 1968 (für *Practical Nurses*) eingeführt hatten, und solche, die diese erst zu einem späteren Zeitpunkt implementierten.

²⁶ Zur Erläuterung von ANP siehe Kapitel 4.1.2 Begriffliche Klärung des Terms „Advanced Nursing Practice“.

Bundesstaaten findet sich nämlich eine geteilte Verantwortung der Berufsüberwachung bzw. der Konkretisierung der Tätigkeiten der APNs durch ein gemeinsames Medical und Nursing Board. Im Ergebnis zeigt sich, dass die Mitbestimmung von Ärzten einen signifikanten negativen Einfluss auf den Umfang der Tätigkeiten von APNs sowie deren eigenverantwortliche Durchführung von Behandlungen hat. Lugo et al. (2010) sind der Ansicht, dass hierdurch der Zugang der Patienten zu preisgünstigen Leistungen negativ beeinflusst werde.

Alles in allem finden sich damit zumindest für den US-amerikanischen Raum empirische Hinweise, welche die von der ökonomischen Theorie postulierte Marktabschottung bestätigen. Anzuerkennen ist jedoch, dass aufgrund der Verkammerung der Berufe um die Jahrhundertwende der empirische Nachweis methodisch nicht leicht zu erbringen ist. Auch wenn Studien, die mithilfe von Zensusdaten historische Vorher-nachher-Betrachtungen anstellen, teilweise widersprüchliche Ergebnisse aufweisen – etwa hinsichtlich der Auswirkungen einer Verkammerung auf die Zahl der Ärzte, auf deren Einkommen und auf die Qualität der Versorgung –, so zeigen andere Studien doch klare Ergebnisse, etwa beim Vergleich der Einkommen mit anderen Berufen im Querschnitt, der deutlich zugunsten der Ärzte ausfällt. Für den europäischen Kontext konnten diese Ergebnisse jedoch nicht reproduziert werden.

Einkommenswirkungen durch die Regulierung des Pflegeberufs im Allgemeinen konnten ebenfalls nicht nachgewiesen werden. Nur bei der Übernahme von heilkundlichen Tätigkeiten durch Pflegekräfte hatte die Form der Regulierung Einfluss auf die Einkommen der US-amerikanischen ANP-Pflegekräfte.

3.1.4 Zusammenfassung und Zwischenfazit

Die Allokationswirkung des Gesundheitsmarkts gilt als gestört aufgrund von Informationsasymmetrien zwischen der Gruppe der Ärzte und der Pflegekräfte auf der einen Seite und den Patienten auf der anderen Seite, aufgrund der Gleichzeitigkeit von Produktion und Verbrauch von Gesundheitsgütern sowie aufgrund von externen Effekten. Eingriffe in einen solchen Markt sind aus ökonomischer Sicht legitimiert und können auf vielfältige Weise erfolgen.

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

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

sowie darüber hinaus auch

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

Dass die Regulierung tatsächlich im Sinne der Allgemeinheit geschieht – wie es die Public-Interest-Theorie sieht –, wird kritisch hinterfragt. Folgt man der ökonomischen Theorie, findet die Regulierung vielmehr im Eigeninteresse der Berufsgruppe statt. Angestrebt werde demnach eine Marktabschottung gegen Dritte, aber auch der innerberufliche Wettbewerb soll verringert werden.

Empirische Belege für die Wirkungen beruflicher Regulierung beschränken sich auf den US-amerikanischen Markt und sind zum Teil widersprüchlich. Die Wirkungen der Verkammerung des Pflegeberufs sind kaum untersucht. Allein für die Regulierung der *Advanced-Nursing-Practice* finden sich Hinweise, die die ökonomische Theorie bestätigen. Aber auch das theoretische Konstrukt der ökonomischen Theorie der Regulierung wird infrage gestellt. Alles in allem wird von der Mehrzahl der konsultierten Autoren weder der Public-Interest-Theorie noch der ökonomischen Theorie der Regulierung eine Allgemeingültigkeit zugesprochen.

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

Folgt man der Public-Interest-Theorie der Regulierung, hat die berufliche Regulierung einen positiven Einfluss auf die Qualität der Gesundheitsleistungen. Die Berufsgruppe sichert durch Aus- und Weiterbildungsanforderungen wie auch durch die Festlegung von Berufsstandards und die Verfolgung eines Berufsethos ein bestimmtes Qualitätsniveau. Die Überwachung dieses Niveaus und die Anpassung der Vorgaben erfolgt effizient und zielgenau.

Die ökonomische Theorie der Regulierung hingegen geht aufgrund der Marktabschottung infolge einer Regulierung von einer künstlichen Verknappung des Angebots von Gesundheitsdienstleistungen aus. Dadurch verteuern sich die Gesundheitsdienstleistungen und die Berufsgruppe verzeichnet Einkommenszuwächse. Durch die Verknappung des Angebots, aber auch durch den Preisanstieg, wird der Zugang zu Gesundheitsleistungen reduziert.²⁷ Wird neben dem Schutz des Berufstitels auch noch ein Berufsausübungsschutz realisiert, so werden die Ineffizienzen noch verstärkt, da Leistungen nicht durch andere Berufsgruppen substituiert werden können.

3.2 Berufsständische Kammern im Kontext des Professionalisierungsdiskurses

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

²⁷ Dieser Faktor ist nicht ganz so relevant für Leistungen in Ländern, in denen die Finanzierung und die Inanspruchnahme von Leistungen aufgrund der Kostenübernahme durch Versicherungen oder staatliche Gesundheitssysteme voneinander unabhängig sind.

Professionalisierungsbestrebungen der Berufe verortet. Vor diesem Hintergrund soll im Folgenden ein kurzer Überblick zu Professionstheorien erfolgen und auch kurz der Diskussionsstand beim Thema Professionalisierung der Pflege in Deutschland aufgezeigt werden.

3.2.1 Professionstheorien

In der Professionssoziologie wird i. d. R. zwischen merkmalsorientierten, funktionalistischen und machtorientierten Professionsansätzen unterschieden. Ferner ist für den deutschsprachigen Raum die *revidierte Theorie professionellen Handelns* nach Oevermann hervorzuheben (Mieg 2003).²⁸

Indikatorisch-merkmalstheoretische Ansätze

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

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

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

²⁸ Bollinger et al. (Bollinger, et al. 2006) machen darauf aufmerksam, dass bei der Rezeption der vornehmlich aus dem angloamerikanischen Raum stammenden merkmalsorientierten, funktionalistischen und machtorientierten Professionsansätze der kulturelle Kontext zu beachten ist. Dabei sollte berücksichtigt werden, dass es den „Beruf“ im europäischen Sinne im angloamerikanischen Raum nicht gibt. Dort werden Berufsformen meist als „professions“ bezeichnet, während im Deutschen die Bezeichnung „Professionen“ nur für akademische Berufe verwandt werde. Auch die Tatsache, dass im angloamerikanischen Raum kein dem deutschen vergleichbares Berufsbildungssystem bestehe, sei bei der Debatte um eine Verortung von Berufen im tertiären Bildungssektor zu berücksichtigen. Im Vergleich von US-amerikanischer und deutscher Pflegeausbildung gelte es deshalb, den Blick eher auf die Inhalte als auf die Träger der Ausbildung zu richten.

Professionalisierung der Ausbildung zu dieser Tätigkeit. Soweit diese nicht von Beginn an an den Universitäten erfolge, würden Vertreter der aufstrebenden Profession versuchen, diese dort zu verankern. Im nächsten Schritt folge dann die Schaffung einer beruflichen Vereinigung und die Abgrenzung der eigenen Tätigkeiten gegenüber jenen anderer Berufsgruppen. Hierbei sei zu beobachten, dass alle aufstrebenden Berufe versuchten, ihre neuen Funktionen auf der hierarchischen Tätigkeitsskala weiter oben zu verorten und bisherige, zusätzlich ausgeübte, „niedere“ Tätigkeiten an andere Berufsgruppen zu delegieren. Als typischen nächsten Schritt konstatiert Wilensky (1964) dann ein politisches Lobbying mit dem Ziel, die beruflichen Aktivitäten durch Regulierung (etwa durch eine Lizenzierung) gesetzlich zu schützen. Als letzten Schritt beschreibt er die Herausbildung eines Berufsethos sowie Versuche, dessen Einhaltung durch die eigene Berufsgruppe zu kontrollieren und zu garantieren.

Funktionalismus (klassisches Professionsmodell)

In der Auseinandersetzung mit einer solchen merkmalsbezogenen Perspektive entstand die funktionalistische Sicht auf Professionen. Als Gründer dieses sogenannten klassischen Professionsmodells gilt der US-amerikanische Soziologe Talcott Parsons. Für ihn hatten Professionen eine zentrale Bedeutung für gesellschaftliche Modernisierungsprozesse (Parsons 1939). Den Professionen kam demnach eine immer wichtigere gesamtgesellschaftliche Funktion zu. Parsons (1939) räumt ein, dass es dabei zu einer Monopolisierung von spezifischen Fähigkeiten gekommen ist, die zu überdurchschnittlichen Einkommen dieser Gruppen führte und zu einem überproportionalen Einfluss auf die Legislative und die Administration sowie auf weitere gesellschaftliche Sphären. Dieser professionelle Status sei aber das Ergebnis eines (stillschweigenden) Austauschprozesses zwischen der Gesellschaft und den Professionen.

Folglich erhalten Professionen aus Sicht der Funktionalisten ihre privilegierte Stellung und ihr Recht auf Selbstregulierung im Austausch dafür, dass sie ein für die Gesellschaft sehr zentrales Wissen kontrollieren – ohne dieses Wissen jedoch ungehörlich auszunutzen. Die Gesellschaft erkennt dieses verantwortliche Verhalten durch geldwerte und andere Vorteile an (Pfadenhauer 2003). Laut Daheim (1992) steckt hinter einem solchen Verständnis von Professionalisierung ein gesellschaftstheoretisches Konzept, das den Auswirkungen einer zunehmenden Kapitalisierung des qualifizierten Dienstleistungssektors Einhalt gebieten möchte, indem es diesem Sektor einen alternativen Rahmen gibt. Einem solchen Konzept liege aber letztlich ein falsches harmonisches Gesellschaftsbild zugrunde, das die politische Ökonomie des kapitalistischen Systems ignoriere, weshalb ein solcher Rahmen seine zuge dachte Funktion nicht erfüllen könne.

Der machttheoretische Ansatz

Dieser funktionalistischen Sicht entgegen steht eine machtorientierte Sicht auf die professionellen Prozesse. Ein wesentlicher Beitrag hierzu stammt von Eliot

Freidson, der mit Blick auf die ärztliche Profession herausarbeitete, was später als machththeoretischer Ansatz bezeichnet wurde (Freidson 1970).

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

Aufbauend auf Freidson beschreibt auch Larson (1977) die durch Abschottung erzielte Kontrolle des Markts – und damit des Einkommens, der Autonomie und des Prestiges – durch die Professionen. Aus Larsons Sicht sind Professionen das Ergebnis eines erfolgreich durchgeführten Projekts insbesondere der Mittelschicht, die auf diese Weise eine Alternative zum gesellschaftlichen Aufstieg durch Besitz und Unternehmertum verwirklichen konnte. Abbott (1988) erweitert diesen Aspekt rund ein Jahrzehnt später durch die Beschreibung von Prozessen, die dazu führen, dass die Professionen sich immer wieder selbst reproduzieren.

Kritisiert oder relativiert wird die machththeoretische Sicht durch Freidson (2001) selbst. In seinem späteren Werk *Professionalism, the third Logic* beschreibt er einen Idealtypus von *Profession*, der als Gegengewicht zu einer Organisation durch den Markt und durch den Staat dienen könne. Zwar zweifelt er die damals durch ihn beschriebenen Mechanismen der Marktabschottung nicht an, bewertet diese nun aber anders. Eine berufliche Monopolbildung sei legitimiert, da sie die Sicherung und die Weiterentwicklung des jeweiligen beruflichen Wissens garantiere. Die Kritiker von Kammern übersähen, dass diese nicht nur die ökonomische Situation der Angehörigen der verkammerten Berufe verbessere, sondern gleichzeitig auch deren Disziplinierung organisiere. Gerade diese Disziplinierung, so Freidson (2001), sei nur auf Grundlage der Abschottung der Berufsgruppe und der hieraus resultierenden Identifikation mit dieser (und mit dem gemeinsamen Ethos) möglich. Zudem weist er auf die Bedeutung des beruflichen Ethos hin. Professionen seien eben nicht allein abhängig von denen, die sie bezahlten, denn als Bewertungsfolie für ihr Handeln könnten sie auf ihre berufliche Ethik verweisen. Dies mache die Profession – zu einem gewissen Grad – unabhängig von den unmittelbaren Anforderungen des Markts, der Verbraucher oder des Staats.

Aus Freidsons Sicht steht damit all das, was Professionen ausmache, der Logik des Markts diametral gegenüber. Kernkriterium einer Profession sei immer das Monopol, welches dem Marktprinzip widerspreche. Gleichzeitig sei der individuelle Dispositionsspielraum ein zentrales Merkmal. Dieser wiederum widerspreche dem Verwaltungs- bzw. Managementgedanken, welcher versuche, durch standardisierte Handlungsabläufe die Effizienz zu steigern.

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

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

Die revidierte Theorie professionellen Handelns

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

Aus Oevermanns (1996) Sicht liegt das Defizit der klassischen Professionstheorien darin, dass diese die relative Autonomie der Professionen und die institutionelle Erscheinungsform der jeweiligen Profession zwar betonen, die „*handlungslogische Notwendigkeit*“ beider aber nicht hinreichend erfassen (S. 70). Für ihn ist professionelles Handeln stets gekennzeichnet durch eine Vermittlung von Theorie und Praxis. Denn erst durch wissenschaftlich fundiertes Fallverstehen werde eine stellvertretende Krisenbewältigung der Probleme eines Klienten möglich. Die Notwendigkeit solcher stellvertretender Problemlösungen besteht aus Sicht von Oevermann (1996) aber nur in Bereichen, die eines dieser Ziele verfolgen:

- a) die „*Aufrechterhaltung und Gewährleistung einer kollektiven Praxis von Recht und Gerechtigkeit*“,
- b) die „*Aufrechterhaltung und Gewährleistung von leiblicher und psychosozialer Integrität*“ bzw.
- c) die „*Kritik der diesbezüglichen Geltungsfragen und die methodische Sicherung dessen, was Wahrheit ist*“ (S. 88).

Aus dieser Perspektive ist eine Professionalisierung dann auch nur in jenen Bereichen nötig, in denen Problemfelder existieren, die einer solchen Vermittlung bedürfen. Damit rückt Oevermann die Binnenstruktur professionellen Handelns – genauer: deren Strukturlogik – in den Vordergrund der Professionsbetrachtung.

3.2.2 Zur Diskussion um den Stand der Professionalisierung der Pflege in Deutschland

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

Laut Schaeffer (1994) drehten sich Anfang der 1990er-Jahre die Debatten zur Professionalisierung meist darum, wie der gesellschaftliche Status einer Dienstleistung verbessert und wie dies begründet werden könne. Hierbei wäre jedoch ein unzureichender Begriff von Professionalisierung zum Tragen gekommen, denn auch wenn ein Beruf akademisiert und lizenziert sei, bedeute dies nicht, dass dieser Beruf eine gesellschaftlich bedeutende Rolle spiele. Professionsattribute seien demnach kein Garant für Professionalität (Schaeffer 1994). Schaeffer (1994) stellt stattdessen für die Pflege (und für Public Health) die Frage, ob die Berufe überhaupt *professionalisierungswillig* und *professionalisierungsfähig* seien. Darauf sucht die Autorin eine Antwort anhand der Kriterien Werteorientierung, Wissensbasis, Autonomie und Struktur des professionellen Handelns.

Zum Zeitpunkt der Veröffentlichung ihres Beitrags, 1994, kommt sie zu dem Schluss, dass die Pflege keine universelle – von der Medizin losgelöste – Wissensbasis vorzuweisen hat. Auch von einer Klientenautonomie im Sinne Oevermanns kann zu jenem Zeitpunkt aus Sicht von Schaeffer (1994) nicht die Rede sein, da die hierfür notwendige Wissensbasis fehle. Hinsichtlich einer autonomen Organisation zeigt sie sich zudem skeptisch, ob die Pflege sich künftig aus ihren bisherigen Organisationen und bürokratischen Strukturen zurückziehen und im Sinne eines freien Berufs agieren könne. Falls nicht, werde dies einer Professionalisierung Grenzen setzen. Potenzial bestehe aber hinsichtlich der Struktur des professionellen Handels, da hier – im Sinne Oevermanns – der stellvertretende und fallbezogene Charakter eindeutig gegeben sei. Alles in allem kommt Schaeffer (1994) zu der Prognose, dass die Pflege allenfalls ein Entwicklungspotenzial zur „mimic profession“ aufweise.

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

Das heutige Verhältnis von Wissenschaft und Praxis wird von den Autoren ambivalent bewertet. Einerseits könne von einer Durchdringung der Praxis mit akademisch ausgebildeten Pflegekräften nicht gesprochen werden. Auch zeigten viele Pflegekräfte ein beachtliches Verharren in gewohnten Routinen und Problemlösungsansätzen. Dennoch hätten akademische Absolventen Veränderungen angestoßen. So würden diese z. B. erweiterte Aufgaben wahrnehmen in

den Bereichen Case-und-Care-Management und Entlassungs-Management sowie im Zuge von klinischen Spezialisierungen wie Schmerz- und Wundmanagement. Zu einem von vielen Praktikern befürchteten „Heimatverlust“ der Pflege sei es hingegen nicht gekommen. Alles in allem schreiben die Autoren dem eingeleiteten Prozess der „nachgeholten Modernisierung“ gute Weiterentwicklungschancen zu (Schaeffer et al. 2010).

Auch Bögemann-Großheim (2004) kritisiert die Ausrichtung berufspolitischer Strategien an einem merkmalsbezogenen Professionsverständnis und den damit einhergehenden Forderungen nach Pflegekammern, Vorbehaltstätigkeiten und Akademisierung. Vor dem Hintergrund der Reformvorschläge der Robert Bosch Stiftung in der Schrift „Pflege neu denken“ zur Akademisierung von Teilen der Pflege (siehe hierzu auch Kapitel 7.3.3.1) gibt Bögemann-Großheim zu bedenken, dass das Herausbilden einer solchen Elite kein Beitrag zur Professionalisierung sei. Eine Expertenelite in der direkten Pflege führe zu einer viel größeren Schicht von nunmehr deprofessionalisierten Kräften, welche die an sie delegierten Aufgaben unselbstständig ausführten. Fachlichkeit benötige aber eine Einheit – und keine Trennung – von Denken und Handeln. Gerade die Kompetenz, flexibel und unmittelbar auf die situativen Erfordernisse in der Betreuung einzugehen, sei ein Merkmal professionellen Handelns. Aus Sicht von Bögemann-Großheim (2004) ist die Steigerung der Befähigung nur weniger Pflegekräfte weder für eine Professionalisierung noch für eine verbesserte Versorgungsqualität hinreichend.

Auch aus Sicht von Bollinger (2006) greift ein rein merkmalsorientierter Ansatz deutlich zu kurz. Eine solche berufspolitisch betriebene Professionalisierung, welche vor allem „ständische Merkmale“ im Auge habe, habe keine Chance. Als zielführender, wenn es darum geht, sich der Professionalisierung von Pflege zu nähern, hält Bollinger (2006) eine funktionalistische Sicht, die Professionalisierung als Gegenpool zu einer Ökonomisierung sieht. Auch die Oevermannsche Interpretation von Professionalisierung ist für ihn in diesem Sinne hilfreich. Bollinger (2006) wirft jedoch die Frage auf, ob die heutige akademisierte Pflege ihre pflegewissenschaftliche Fundierung überhaupt im Kontext des individuellen Fallverstehens anwendet. Da die heutigen akademischen Ausbildungsstrukturen allein ins Management und in die Lehre führten, sei keine Personalunion von Theorie und Praxis zu beobachten. Seiner Einschätzung nach stellt die heute gelebte Akademisierung vielmehr eine „*Flucht aus ungeliebten Tätigkeiten*“ dar (S. 89). Ohne eine echte Akademisierung der Praxis würden die Chancen einer Professionalisierung jedoch verspielt.

Auch weitere Autoren verweisen auf die Hermeneutik des Fallverstehens als zentralen Schlüssel zu Fragen der Professionalisierung der Pflege. Für Isfort (2003) sollten Fragen nach dem professionellen pflegerischen Handeln in den Mittelpunkt gerückt werden. Am Beispiel einer Fallkonferenz zeigt er die Merkmale professioneller Fallarbeit auf und argumentiert, dass diese hier bereits umgesetzt würden. Aus seiner Sicht ist professionelle Pflege durch den Oevermannschen Ansatz erfass- und beschreibbar.

Hutwengler (2005) untersucht die Versorgung von Schlaganfallpatienten und kommt zu dem Schluss, dass hier ebenfalls die Oevermannschen Kriterien der Profession erfüllt sind. Aus Sicht dieser Autoren kann eine Professionalisierung gelingen, wenn sich das dabei vermittelte Wissen am Fallverstehen ausrichtet. Folgt man dem Oevermannschen Verständnis von Profession, dann – so ihre Sicht – müssten sich die Debatten über eine Professionalisierung auch nicht mehr um das Thema Emanzipation bzw. Abgrenzung von der Ärzteschaft oder um die Einrichtung von Pflegekammern drehen.

Cassier-Woidasky (2011) plädiert ebenso für einen Perspektivenwechsel weg von Professionsattributen hin zum Gegenstand der Arbeit selbst. Auch aus ihrer Sicht ist von einer Akademisierung der Pflege in der Praxis noch nicht viel zu spüren. Sie schreibt der Pflege zwar zu, dass sie auf dem Weg zur Profession bereits ein gutes Stück zurückgelegt hat. Jedoch seien unreflektierte Wertzuschreibungen der klassischen Professionstheorien hinderlich für eine neue Arbeitsteilung. Eine Zuspitzung erfährt diese Entwicklung aus Sicht von Cassier-Woidasky (2011) dadurch, dass die Übernahme von ärztlichen Tätigkeiten durch Pflegekräfte angestrebt werde. Sie vermisst eine Reflektion darüber, warum die Pflege solche Tätigkeiten überhaupt als eigene Kernaufgaben betrachte.

Andere Autoren fragen nach dem Nutzen einer Professionalisierung für die Qualität der gesundheitlichen Versorgung. So kommt Gerlach (2005) anhand einer Befragung von Pflegekräften, die einen primärqualifizierenden Studiengang durchlaufen haben, zu dem Schluss, dass es zwar Beispiele für die unmittelbare Beteiligung dieser Kräfte an neuen Tätigkeitsfeldern gebe, dass insgesamt festzustellen sei, dass sie in ihrem professionellen Selbstverständnis eher auf Distanz gingen zur direkten Tätigkeit am Patienten. Jedoch zeige sich, dass die Mechanismen der Hochschulbildung durchaus „kritische Geister“ hervorbrächten, welche die Rahmenbedingungen der Pflege gestalten wollten und auch strukturell dazu in der Lage schienen. Gerlach (2005) spricht diesen Entwicklungen in seinem Fazit das Potenzial zu, sowohl die berufliche Situation der Pflegenden als auch die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung zu verbessern.

Für die Diskussion um die Professionalisierung der Pflege in Deutschland ist zusammenfassend festzuhalten, dass merkmalsorientierte Argumentationsformen, die den Stand der Professionalisierung allein an der Erlangung von professionellen „Insignien“ – wie der Akademisierung oder auch der Verkammerung des Berufs – ausrichten, kritisch gesehen werden. Forderungen nach einer Professionalisierung auf der Grundlage solcher berufspolitischer Motive werden dabei nur geringe Chancen eingeräumt. Stattdessen wird der Blick auf Fragen nach der prinzipiellen Professionalisierungsfähigkeit und -notwendigkeit gerichtet. Insbesondere die Theorie professionellen Handelns von Oevermann wird häufig rezipiert. Im Mittelpunkt stehen hierbei einerseits Fragen nach dem Wesen der pflegerischen Arbeit. Andererseits machen diese Betrachtungen deutlich, dass professionelles Handeln nur erreicht werden kann, wenn die akademisierten Pflegekräfte ihr Wissen in der direkten Patiententätigkeit

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

3.2.3 Zusammenfassung und Zwischenfazit

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

Professionalisierung setzt die Schaffung eines berufseigenen Wissenskanons voraus. Sie geht einher mit der Akademisierung des Berufs, da so die hierfür notwendige Spezialisierung erreicht und die Hoheit über die Weiterentwicklung des Wissens gesichert werden kann. Ein solcher berufseigener Wissenskanon in Bezug auf Inhalt und Qualität von Leistungen kann dazu beitragen, dass sich das Handeln der Berufsangehörigen von Bewertungen durch Dritte emanzipiert. Die Berufsgruppe kann so eine Deutungshoheit über ihr Handeln erlangen und damit eine berufliche Autonomie, die sogenannte *Klientenautonomie*. Professionalisierung umfasst darüber hinaus aber auch das Erlangen eines gewissen Grads an *Organisationsautonomie*, welche sich in einer mit staatlichen Befugnissen ausgestatteten Selbstverwaltung des Berufs ausdrücken kann.

Pflegekammern sind folglich lediglich als *ein* Attribut von Professionalisierung zu betrachten. Der Prozess einer Professionalisierung umfasst jedoch weitere wesentliche Attribute. Dazu gehört insbesondere eine Akademisierung oder besser gesagt eine Verwissenschaftlichung der Tätigkeit. Denn erst wenn sich ein von anderen Wissenschaften unabhängiger Wissenskanon und ein Selbstverständnis des Mehrwerts der eigenen Tätigkeit herausgebildet/entwickelt haben, kann sich auch die für eine Professionalisierung notwendige Autonomie entwickeln/herausbilden. Professionalisierung kann – muss aber nicht – sich auch als Organisationsautonomie in Form von einer Kammer ausdrücken. Zwar zeigt die Diskussion um die Professionalisierung der Pflege in Deutschland, dass Kammern als Professionsattribut als überholt angesehen werden. Die Diskussion dreht sich vielmehr um Fragen nach der Professionalisierungsfähigkeit und nach dem Nutzen einer Professionalisierung aus Versorgungssicht. Dennoch ist festzuhalten: Akademisierung und berufliche Organisationsautonomie in Form von Pflegekammern sind nicht unabhängig voneinander zu betrachten. Dieser Umstand ist sowohl bei der Auswahl der Untersuchungsländer als auch bei der Diskussion der Wirkungen von Pflegekammern zu berücksichtigen.

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

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

4 Forschungsfragen und methodisches Vorgehen

4.1 Begriffliche Klärungen

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

Für den hier vorgesehenen Ländervergleich sind einige begriffliche Klärungen unumgänglich. Dabei ist die alleinige Übersetzung von Begriffen häufig nicht ausreichend, um die Landesspezifika beruflicher Regulierung bzw. beruflicher Selbstverwaltung zu erfassen. Als irreführend erweist sich alleine schon die Annahme, ein *Nursing Board* oder ein *Nursing Council*, wie pflegerische Standsvertretungen etwa im angloamerikanischen Raum heißen, wäre eine Kammer im deutschsprachigen Verständnis. Aufgaben und Funktionen von berufsständischen Kammern können von Land zu Land sehr unterschiedlich ausfallen. Auch der Handlungsspielraum der jeweiligen Institutionen kann sich erheblich unterscheiden.

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

Abbildung 1: Aufgaben der beruflichen Regulierung bzw. der beruflichen Selbstverwaltung



Quelle: eigene Darstellung

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

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

- Berufsordnung und Überwachung der Berufspflichten

- o Berufsordnung
- o Überwachung der Berufsordnung
- Berufsregister
 - o Zulassung zum Berufsregister
 - o Rezertifizierung
 - o Zahl der registrierten und der erwerbstätigen Pflegekräfte
 - o Zulassung ausländischer Pflegekräfte
- Aus- und Weiterbildung
 - o Historische Entwicklung der Ausbildung und der Akademisierung der Pflege
 - o Zugangs- und Ausbildungsstandards der Erstausbildung
 - o Regulierung der Weiterbildung und Schutz von „Advanced Practice“
 - o Akkreditierung von Ausbildungsstätten und Zahl der Ausbildungsplätze
- Mitwirkung der Berufsgruppe an (unter-)gesetzlichen Normgebungen

4.1.2 Begriffliche Klärung des Terms „Advanced Nursing Practice“

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

Der Begriff *Advanced Practice Nursing* (APN) hat sich in der angloamerikanischen Literatur in den 1980er-Jahren etabliert (Delamaire und Lafortune 2010). APN ist ein Oberbegriff für Pflegeberufe, der auch jene Tätigkeiten bzw. Berufsbilder umfasst, die neu entstanden sind und durch ihre Ausdifferenzierung über das historische Verständnis von Pflege hinausgehen. Letztlich wird hierunter eine Vielzahl an Aufgaben und Verantwortlichkeiten gefasst, die heute international durch Pflegekräfte wahrgenommen werden.

Die Ausbildungen, Qualifikationen und Tätigkeiten im Rahmen des *Advanced Practice Nursing* sind landesspezifisch, abhängig von dem jeweiligen Entstehungsprozess des *Advanced Practice*, was einen Konsens über eine international einheitliche Definition erschwert (Delamaire und Lafortune 2010). Dies geht so weit, dass noch nicht einmal eine Einheitlichkeit beim Terminus besteht: Wird im US-amerikanischen Kontext bei klinischen Rollen i. d. R. von *Advanced Practice Nursing* (APN) gesprochen (Hamric et al. 2009), hat sich in Großbritannien oder auch in Deutschland grundsätzlich der Begriff *Advanced Nursing Practice* (ANP) eingebürgert (Hinchliff und Rogers 2008, DBfK 2011).

Als kleinster gemeinsamer Nenner gilt insofern die Definition des International Council of Nursing (ICN), das *Advanced Practice* wie folgt beschreibt:

„A Nurse Practitioner/Advanced Practice Nurse is a registered nurse who has acquired the expert knowledge base, complex decision-making skills and clinical competencies for expanded practice, the characteristics of which are shaped by the context and/or country in which s/he is credentialed to practice. A Master’s degree is recommended for entry level“ (ICN 2008).

Wichtig für das Verständnis von *Advanced Nursing Practice* ist zudem, dass es sich bei der Erweiterung der pflegerischen Rollen nicht immer allein um die Übernahme von vormals heilkundlichen Tätigkeiten handelt. Delamaire und Lafortune (2010) unterscheiden erweiterte Tätigkeiten, bei denen z. B. im Bereich von Case- und Care-Management oder auch im Kontext der Primärversorgung völlig neue Aufgabenfelder für Pflegekräfte erschlossen werden, von solchen erweiterten Tätigkeiten, bei denen Pflegekräfte originäre ärztliche Tätigkeiten übernehmen.

Exemplarisch für die Vielzahl der verliehenen *Advanced-Nursing*-Titel stehen *Clinical Nurse Specialist* und *Nurse Practitioner*. Unter Ersterem sind eher Aufgabenfelder subsumiert, die dem Pflegeprozess nahe sind. Aufgaben der *Nurse Practitioners* sind hingegen eher solche, durch die ärztliche Tätigkeiten durch die eigenständige Übernahme von Diagnosestellung und Verordnung substituiert werden (Hamric et al. 2009). *Advanced Nursing* zeichnet sich dabei aus durch eine wissenschaftliche und ethische Fundierung des Handelns, durch die Wahrnehmung von Führungsverantwortung, die Förderung der berufsübergreifenden Zusammenarbeit sowie die Durchführung von Beratung und Forschung (Hamric et al. 2009).

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

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

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

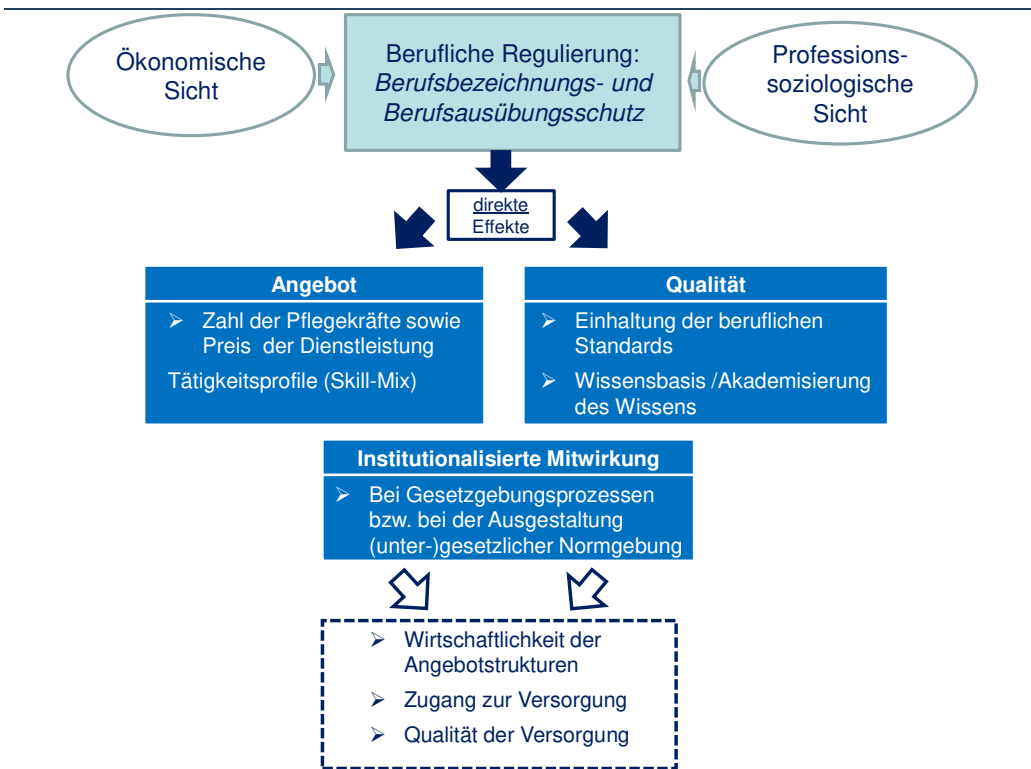
In diesem Sinne werden die jeweiligen landesspezifischen Ausgestaltungen in den Kapiteln 5.3.3.3, 6.2.3.3 und 7.3.3.3 jeweils unter dem Gliederungspunkt *Regulierung der Weiterbildung und Schutz von „Advanced Practice“* ausgeführt.

4.2 Forschungsfragen

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

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

Abbildung 2: Strukturierung der Forschungsfragen der vorliegenden Arbeit



Quelle: eigene Darstellung

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

nalisierte Interessenvertretung erlangen, desto stärker werden sie in dieser Richtung aktiv werden.

Im positiven Sinne wird die berufliche Selbstverwaltung von der vorliegenden Literatur jedoch als ein effizienter Weg der beruflichen Qualitätskontrolle interpretiert. So sei die Überwachung – aufgrund der professionellen Autonomie – überhaupt nur durch die eigenen „Peers“ zu gestalten und auf diese Weise zudem noch kostengünstig, da dabei überwiegend ehrenamtliches Engagement zum Tragen komme. Ferner gehe die Institutionalisierung der Selbstverwaltung einher mit einer Professionalisierung der Berufsgruppe. Verwissenschaftlichung und Abschottung werden dabei als Mittel zum Wissenserhalt und zur Berufsidentifikation verstanden. Dies wiederum befördere die Durchsetzung eines Standesethos und von Berufsstandards. Eine solche ethische Fundierung, die sich in den Standards der beruflichen Selbstverwaltung widerspiegelt, helfe das Wesen und das Ansehen der Leistung als eine nicht ökonomisierbare Ware zu bewahren.

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

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

Dahinter steht die Frage, ob die Hürden zum Beruf in Systemen mit einer Pflegekammer höher ausfallen. Die Beantwortung umfasst Betrachtungen zu den Zugangsvoraussetzungen und zur Länge der Ausbildung. Zudem wird hinterfragt, ob Pflegekammern durch die Befugnis über die Zulassung von Ausbildungsstätten Einfluss auf die Zahl der Ausbildungsplätze nehmen können. Ebenso wird beleuchtet, wie leicht oder schwer die Anerkennung von im Ausland erworbenen Berufsabschlüssen ist. Zudem soll untersucht werden, wie die Gehälter der Pflegekräfte in den jeweiligen Ländern strukturiert sind.

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

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

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

Sodann folgen zum einen Fragen danach, wie wirksam der Berufsbezeichnungs- bzw. Berufsausübungsschutz durch die berufliche Selbstverwaltung oder

durch eine Behörde kontrolliert wird. Von Bedeutung ist hierbei auch die Frage nach dem Umgang mit Rezertifizierungen, also mit der Überprüfung der durch die Berufsbezeichnung erwarteten Mindeststandards im Zeitverlauf. Zum anderen geht es um die Überwachung der berufsrechtlichen Vorgaben und Standards unter diesem Aspekt: Wie strikt setzt die berufliche Selbstverwaltung Sanktionen um?

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

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

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

Insbesondere im deutschen Diskurs spielt die Standesvertretung der Berufsgruppe durch die Kammer eine wesentliche Rolle. Konkret bedeutet dies, dass dem Gesetzgeber mit den Pflegekammern ein Ansprechpartner bei Fragen von beruflichem Belang zur Verfügung stünde. Gleichwohl werden in der Regel bei derartigen Prozessen auch andere Interessenvertretungen wie die Berufsverbände oder die Gewerkschaften angehört. Welche Folgen hat es nun, wenn mit einer Pflegekammer ein alleine autorisierter Ansprechpartner vorhanden ist? Welches Gewicht erhält dieser – insbesondere auch bei der Ausgestaltung untergesetzlicher Normen?

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

4.3 Methodisches Vorgehen bei der Länderauswahl

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

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

Um das Dilemma der „many variables, small number of cases“ möglichst zu begrenzen, können unterschiedliche Ansätze verfolgt werden (Lijphart 1971). Erfolgversprechend erscheint ein fallorientierter Ansatz, bei dem – anders als bei variablenorientierten Ansätzen – jeder Fall (also das jeweilige Land) als Ganzes betrachtet und nicht nach mehreren Variablen differenziert wird (Ragin 1989). Hierdurch kann die Komplexität der Fälle durch eine dichte Beschreibung erfasst und so u. a. auch Interdependenzen zwischen Einzelaspekten aufgedeckt und diskutiert werden. Gleichzeitig wird die Zahl der Variablen reduziert, um so die Einzelaspekte qualitativ diskursiv zu verdichten. Ferner kommt der problemadäquaten Auswahl von Fällen eine zentrale Bedeutung zu (Lijphart 1971, King et al. 1994). King et al. (1994) heben die Vorteile von theoriegeleiteten „selection rules“ für Forschungsdesigns mit geringen Fallzahlen hervor. Nur so könne letztlich verhindert werden, dass die Auswahl aufgrund der geringen Stichprobe zufällig verzerrt sei. Zum einen müsse sichergestellt werden, dass – unbewusst oder bewusst – nicht nur solche Fälle in die Analyse eingeschlossen werden, welche die Hypothese bestätigen (oder zumindest zu einem gewissen Grad bestätigen, sodass die Effektstärke verzerrt wird). Erheblich problematischer in diesem Sinne ist eine Verzerrung der Ergebnisse aufgrund mangelnder Berücksichtigung weiterer relevanter Einflussvariablen (*omitted variable bias*). Die Schlüsse, die aus der Analyse gezogen werden, können in diesem Fall sogar falsch sein, wenn der nicht berücksichtigte Confounder den Effekt nivelliert oder umkehrt (King et al. 1994).

Ein Ansatz für eine solche problemadäquate Länderauswahl wäre die *vergleichende Methode (Comparative Method)*. Diese basiert auf der durch John Stuart Mills beschriebenen *Method of Agreement* (Konkordanzmethode) bzw. auf der *Method of Difference* (Differenzmethode) (Mill 1843 [1974]).²⁹ Vereinfacht gesagt beschreibt die Konkordanzmethode den logischen Schluss, dass wenn mehrere Ereignisse ausschließlich eine Ausprägung gemeinsam haben (und alle anderen unterschiedlich sind), dass dann diese eine Ausprägung das Ergebnis bedingt. Umgekehrt wird bei der Differenzmethode geschlussfolgert, dass wenn alle Ereignisse sich nur in einer Ausprägung unterscheiden (und alle anderen gleich sind), dass dann die Ausprägung das Ereignis bestimmt. Für ein solches erklärendes Design müssten folglich Fälle (hier also Länder) ausgewählt werden, die sich lediglich in der Ausprägung der beruflichen Regulierung unterscheiden, ansonsten aber ähnliche Rahmenbedingungen aufweisen (Tabelle 2).

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

Tabelle 2: Veranschaulichung einer möglichen Länderauswahl

	Land 1	Land 2	Land 3
Kontrollierende Variablen (Rahmenbedingungen)	A B	A B	A B
Erklärende Variable (Pflegekammer)	ja	ja	nein
Abhängige Variable (Angebot und Qualität)	?	?	?

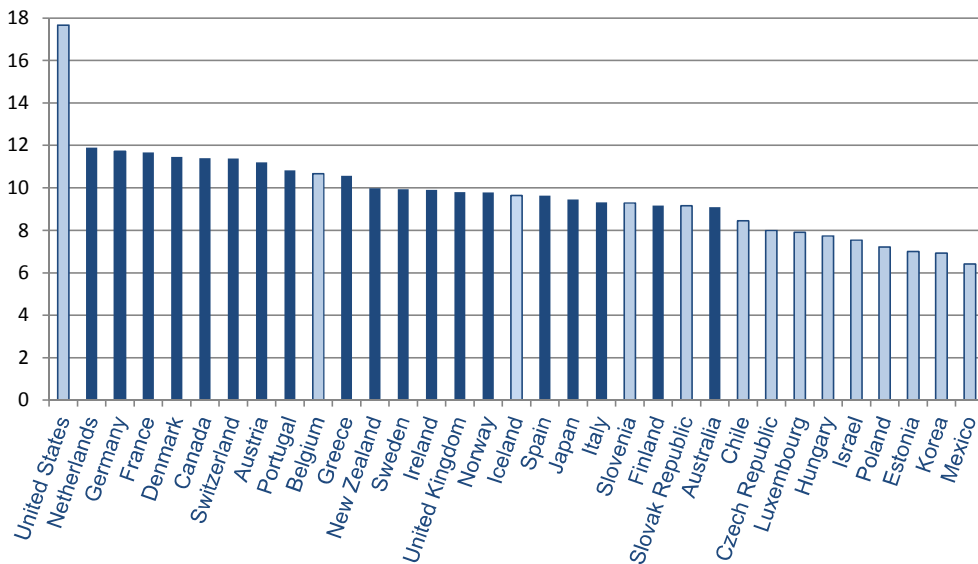
Quelle: eigene Darstellung

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

4.3.1 Auswahlkriterium: Ausgestaltung des Gesundheits- und Pflegesystems

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

Abbildung 3: THE-Volumen in Prozent des BIPs 2009



Quelle: eigene Darstellung nach Daten von OECD.stat

Für die in diesem Sinne verbleibenden Länder mit ähnlichen Gesundheitsausgaben wie Deutschland sind in einem zweiten Schritt die Gesundheits- und Pflegesysteme zu analysieren. Um die unterschiedlichen Systemformen zu erfassen, kann auf gängige Typologien zurückgegriffen werden.

Ein weit verbreiteter Ansatz ist die wohlfahrtsstaatliche Typologie von Esping-Andersen (1990), die – aufbauend auf den Dekommodifizierungsgrad – zwischen konservativen, liberalen und sozialdemokratischen wohlfahrtsstaatlichen Regimen unterscheidet. Für Gesundheitssysteme wird dieser Ansatz aber von vielen Autoren als unzureichend angesehen, da die tatsächlichen Akteure der Leistungserbringung dabei nicht berücksichtigt werden (Moran 1999).³⁰ Aufgrund dieser Kritik wurde eine ganze Reihe von speziellen Typologien für Gesundheitssysteme entwickelt.

So hat etwa die OECD bereits Ende der 1980er-Jahre in einem grundlegenden Papier Gesundheitssysteme auf Basis des Verhältnisses von sozialer Gleichheit (*social equity*) und Konsumentensouveränität (*consumer sovereignty*) unterschieden und hierauf die Kategorien staatliches Gesundheitssystem (*national health service model*), Sozialversicherungssystem (*social insurance model*) und privates Gesundheitssystem (*private insurance model*) mit den prototypischen Länderrepräsentanten U. K., Deutschland und USA unterschieden. Als Dimensionen von Gesundheitssystemen wurden die Art der Finanzierung, der Zugang zu und der Umfang von Leistungen sowie die Vergütungs- und Organisationsformen der Leistungserbringer unterschieden (OECD 1987).

30 Dies ist u. a. darauf zurückzuführen, dass Esping-Anderson Geld- und nicht Sachleistungen in den Fokus seiner Studie gestellt hat.

Das durch die OECD geprägte Systemverständnis wurde um die Jahrtausendwende zunehmend ergänzt um die Dimension der „Governance“, also um den Aspekt der Akteure (Burau und Blank 2006). So charakterisiert Moran (1999, 2000) Staaten danach, wie der Zugang zu Gesundheitsgütern (*governing of consumption*), Leistungserbringern (*governing of provison*) und Technologien (Arzneimittel, Medizintechnik etc.) (*Governing of technology*) gesteuert wird.

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

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

Ferner sind Pflegekräfte nicht mehr allein im Gesundheitswesen, sondern zunehmend auch in der Langzeitpflege tätig. Auch für die Systeme der Langzeitpflege liegen umfangreiche Arbeiten vor, welche die unterschiedlichen Pflegesysteme ausführlich beschreiben und diverse Typologien diskutieren (Haber Kern und Brandt 2010, Kraus et al. 2010, Colombo et al. 2011, Heintze 2012). Die OECD kategorisiert Langzeitpflegesysteme hierbei nach den Dimensionen *Zugang (universal or means-tested)* und *Systemintegrität (single system or multiple benefits, services and programmes)*. Hierauf aufbauend werden die Cluster *universal coverage within a single programme, mixed systems* und *means-tested safety-net schemes* differenziert (Colombo et al. 2011). Heintze (2012) hingegen argumentiert, dass für die Beschreibung von Pflegesystemen die Höhe der öffentlichen Finanzierung sowie der Anteil von formeller und informeller Pflege ausschlaggebend seien. Dem folgend unterscheidet

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

sie *familienbasierte* und *servicebasierte Pflegesysteme* und differenziert diese nochmals nach der Höhe der Finanzierung der Langzeitpflege gemessen am BIP.

Aber auch diese Form der Einordnung ist für die vorliegende Betrachtung der Kranken- und der Altenpflege nicht ganz unproblematisch. Zwar erfassen diese Analysen, zu welchem Grad die Pflege durch Laien oder durch professionelle Kräfte erfolgt, jedoch fällt eine Abgrenzung zwischen Pflege- und Sozialsystem nicht immer leicht. So werden die Niederlande und Schweden regelmäßig als Systeme mit einem hohen Anteil an Langzeitpflegeleistungen am BIP dargestellt (Kraus et al. 2010, Colombo et al. 2011, Heintze 2012). In beiden Systemen gibt es aber – anders als in Deutschland – keine sozialrechtliche und damit finanzierungsrelevante Trennung von Pflege und Behinderung. Vergleiche, die auf die Versorgung zielen, mag dies letztlich nicht tangieren, hier hingegen bedürfte es einer Abgrenzung von Ausgaben, die auf die (Alten-)Pflege, und solchen, die auf Sozialarbeit entfallen.

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

4.3.2 Auswahlkriterium: Stand der Akademisierung der Pflege

Ein weiterer relevanter Rahmenparameter im Kontext dieser Untersuchung ist der Grad der Akademisierung der Pflege. In Kapitel 3.2 wurde ausführlich aufgezeigt, dass Akademisierung und Verkammerung nicht als unabhängig voneinander existierende Faktoren gesehen werden können. Insbesondere in der Professionssoziologie wird die Akademisierung als Voraussetzung für die Schaffung eines berufseigenen Wissenskanons betrachtet. Dieser berufseigene Wissenskanon wiederum ist ein notwendiger Schritt hin zu einem professionellen Selbstverständnis und zu einer beruflichen Autonomie. Erst dann, wenn diese berufliche Autonomie bestehe, könne sie auch in Form einer beruflichen Selbstverwaltung weiter verstetigt werden. Aus diesem Grund wird in Tabelle 3 auch der Grad der Akademisierung der Pflege – ausgedrückt durch das Ausmaß der Verortung der pflegerischen Erstausbildung im (Fach-)Hochschulsektor (also im tertiären Bildungssektor) – in den untersuchten Ländern gegenübergestellt.

Wie zu erwarten war, zeigt sich, dass es keine Länder mit geringem Akademisierungsgrad gibt, die eine Pflegekammer aufweisen. Wohl aber finden sich Staaten, die einen hohen Akademisierungsgrad aufweisen – dies sind insbesondere die skandinavischen Länder –, ohne dass eine Pflegekammer vorhanden ist.

Table 3: Übersicht der jeweiligen Gesundheits- und Pflegesysteme*, der Akademisierung der Pflege und der Pflegekammern

Land	Rahmenbedingung A	Rahmenbedingung B	Erklärende Variable
	Gesundheits- und Pflegesystem (LTC)*	Akademisierung der Pflege: Erstausbildung und Abschluss* erfolgt an ...	Regulierungsform**
Australien	National health service type (access control) + Social insurance system (provision) [3] / LTC: mixed systems [6] / LTC: Servicebasiertes Pflegesysteme, geringe öffentliche Finanzierung [7]	University/University college	Pflegekammer: Nursing and Midwifery Board of Australia
Deutschland	Social insurance [1] / corporist state [2] / social insurance system [3] / societal-based mix type [4] / health service provision oriented type [5] / LTC: universal coverage within a single programme [6] / LTC: Familienbasiertes Pflegesystem, starke Regulierung [7]	Nursing School	Keine Pflegekammer
Dänemark		Higher professional school / Polytechnic	Keine Pflegekammer
Finnland		Higher professional school / Polytechnic	Keine Pflegekammer
Frankreich	Social Insurance [1], Health Service Provision oriented type [5] / LTC: mixed systems [6]	Nursing School	Keine Pflegekammer
Griechenland		Higher professional school / Polytechnic and University / University college	Pflegekammer: Hellenic Regulatory Board of Nurses (HRBON)
Italien		University / University college	Pflegekammer: Federazione dei Collegi Ipasvi
Irland		University / University college	Pflegekammer: The Irish Nursing Board
Japan	Social insurance system (NHS with cost control) [3] / LTC: universal coverage within a single programme [6]	Nursing School, Higher professional school / Polytechnic University / University college	Keine Pflegekammer
Kanada		University / University college	Canadian Nurses Association
Niederlande	Social insurance system (NHS with cost control) [3] / LTC: universal coverage within a single programme [6] / LTC: Servicebasierte Pflegesysteme, mittlere öffentliche Finanzierung [7]	Higher professional school / Polytechnic	Keine Pflegekammer

KAPITEL 4 – FORSCHUNGSFRAGEN UND METHODISCHES VORGEHEN

Rahmen- bedingung A	Rahmen- bedingung B	Erklärende Variable
Land	Gesundheits- und Pflegesystem (LTC)	Regulierungsform
Neuseeland	University / University college	<u>Pflegekammer</u> : Nursing Council of New Zealand
Norwegen	University / University college	Keine Pflegekammer
Österreich	health service provision oriented type [5] / LTC: mixed systems [6] / LTC: Familienbasiertes Pflegesystem, starke Regulierung [7]	Keine Pflegekammer
Portugal	Higher professional school / Polytechnic and University / University college	<u>Pflegekammer</u> : Ordem dos Enfermeiros
Spanien	low budget – restricted access type [5] LTC: Familienbasiertes Pflegesystem, prekäre Regulierung [7]	<u>Pflegekammer</u> : Consejo General de Colegios Oficiales de Enfermería de España
Schweden	entrenched command-and-control state [2] / national health service [3] / state health care system [4] / universal coverage controlled access type [5] / LTC: universal coverage within a single programme [6] / LTC: Servicebasiertes Pflegesystem, große öffentliche Finanzierung [7]	Keine Pflegekammer
Schweiz	Nursing School and Higher professional school / Polytechnic	Keine Pflegekammer
U. K.	University / University college	<u>Pflegekammer</u> : National Council of Nursing and Midwifery

Quelle:

* soweit Typologien vorliegen; ⁺ Spitzer und Perrenoud 2006, Hanika und Roßbruch 2007, Robinson und Griffiths 2007; ⁺⁺ International Council of Nurses 2010; [1] OECD 1987; [2] Moran 1999; [3] Blank und Burau 2007; [4] Wendt et al. 2009; [5] Wendt 2009; [6] Colombo et al. 2011; [7] Heintze 2012

4.3.3 Länderauswahl

Neben den zu berücksichtigenden Rahmenbedingungen „Ausgestaltung des Gesundheits- und Pflegesystems“ und „Stand der Akademisierung der Pflege“ ist in Tabelle 3 auch eingetragen, ob im jeweiligen Land eine Pflegekammer besteht. Hierfür wurde auf die Datenbank des *International Council of Nursing* zurückgegriffen, die jeweils kurze Übersichten zum beruflichen Regulierungsrahmen von Pflegekräften bereitstellt (International Council of Nurses 2010). Das Bestehen einer Pflegekammer ist kodiert, wenn regulatorische Aufgaben an eine nicht staatliche Institution (wie z. B. *Boards* oder *Councils*) delegiert werden und diese mit einer gewissen Eigenständigkeit agieren. Eine Registrierung bei einer staatlichen Behörde, wie dem *National Board of Health and Welfare* in Schweden, wurde hingegen nicht als „Kammer“ aufgefasst.

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

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

Diese Untersuchung verwendet deshalb ein evaluatives Design. Ausgewählt wurden mit Schweden und Großbritannien zwei Länder mit hohem Akademisierungsgrad, wovon eines die Pflegekammer aufweist und eines nicht. Beide Länder verfügen zudem über ein staatliches Gesundheits- und Pflegesystem. Die systemischen Rahmenbedingungen sind damit zumindest ähnlich. Folglich werden zwei Länder mit ähnlichen – wenn auch von Deutschland verschiedenen – Rahmenbedingungen betrachtet, in denen die erklärende Variable variiert. Die aus dieser vergleichenden Analyse gewonnenen Erkenntnisse können dann in Bezug zu Deutschland diskutiert und daraus Schlüsse für die hier zu erwartenden Wirkungen von Pflegekammern gezogen werden.

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

KAPITEL 4 – FORSCHUNGSFRAGEN UND METHODISCHES VORGEHEN

Berufsordnung referiert sowie die Modalitäten der Zulassung zum Beruf und des Führens eines Berufsregisters sowie die Definition von Aus- und Weiterbildungsinhalten. Vorangestellt wird jedem Kapitel eine kurze Übersicht zum Gesundheits- und Pflegesystem, in dem der Beruf zu verorten ist.

5 Die berufliche Regulierung von Pflegekräften in Großbritannien

5.1 Das Gesundheits- und Pflegesystem

Die Gesundheitsversorgung in Großbritannien wird verwaltet durch den staatlichen *National Health Service (NHS)*. Mit der Übertragung von mehr und mehr legislativen Kompetenzen an die nationalen Parlamente in England, Schottland, Wales und Nordirland („Devolution“) finden sich heute genau genommen vier unterschiedliche NHSs. Die berufliche Regulierung hingegen ist länderübergreifend definiert. Aus Gründen der Vereinfachung wird sich der folgende kurze Überblick zum Gesundheits- und Pflegesystem auf die Rahmenbedingungen in England beschränken.

Der organisatorische Rahmen in England

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

Auch die Versorgung mit Leistungen der Langzeitpflege – diese werden unter *Social Care* gefasst – fällt in den Verantwortungsbereich des *Department of Health*. Anders als bei der Gesundheitsversorgung obliegt die Ausführung und die Finanzierung der *Social Care* jedoch den 150 *Councils* (Kommunen) mit einer sogenannten *Adult Social Service Responsibility (CASSR)*. Das *Department of Health* ist folglich lediglich eingebunden in die Formulierung der übergeordneten gesetzlichen Rahmenbedingungen des *Social-Care-Systems*, nicht aber direkt in dessen Ausführung (Boyle 2011).

Die Finanzierung des Gesundheitssystems in England

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

³² Nähere Informationen finden sich unter URL: www.nhs.uk.

schnittliche Niveau der Gesundheitsausgaben – wie politisch intendiert – seit dem Jahrtausendwechsel langsam dem europäischen Niveau angenähert hat (Tabelle 4).

Bei der Finanzierung der *Social-Care*-Leistungen wird nicht unterschieden zwischen den Ursachen der Hilfebedarfe, also ob es sich um einen Alterungsprozess, um eine Behinderung oder eine psychische Erkrankung usw. handelt. Deshalb werden hierunter auch Leistungen gefasst, die in Deutschland z. B. in den Bereich der Eingliederungshilfe fallen. Die Ausgaben für Langzeitpflege in England werden deshalb hilfswise über die Altersgrenze „65 Jahre und älter“ abgebildet. Die Sozialausgaben der Kommunen für diese Altersgruppe betrug 2011 ca. 11 Mrd. Euro (£ 8,92 Mrd., siehe Tabelle 4).

Tabelle 4: *Übersichtsdaten des Gesundheits- und Pflegesystems in England*

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

Quelle: OECD Stat (2013), *2008 Boyle 2011, **The Information Centre 2013b
***The Information Centre 2013a und eigene Berechnung auf Grundlage des 2011 Census (March 2011)

Organisation und Versorgungsstrukturen des Gesundheitswesens in England

Der primäre Zugang zur Versorgung erfolgt durch den *General Practitioner* (GP) vor Ort, bei dem jeder Bürger eingeschrieben sein sollte. Welche GP-Praxis(-gemeinschaft) gewählt wird, ist freigestellt, auch innerhalb einer Praxisgemeinschaft besteht das Anrecht auf „freie“ Arztwahl. Die GP-Praxis fungiert als „Gatekeeper“ sowohl für die spezialfachärztliche Versorgung als auch für die stationäre Versorgung im Krankenhaus. Die durchschnittliche jährliche Zahl der Arztkontakte lag 2008 bei 5 pro Einwohner, hinzu kommen durchschnittlich 2 Besuche bei einer in der Arztpraxis angestellten Pflegekraft (Practice Nurse) (Boyle 2011).

Die (spezial-)fachärztliche Versorgung (durch sogenannte *Consultants*) ist im teilstationären Krankenhaussetting angesiedelt. Die Zahl der Akutbetten ist auch in England kontinuierlich gesunken und liegt mit 241 je

100.000 Einwohner im EU-Mittel (Tabelle 4). Auch die Verweildauerrate ist – wie in allen europäischen Ländern – kontinuierlich gesunken und liegt mit 6,5 Tagen im Jahr 2011 über der Schwedens, aber deutlich unter der Deutschlands.

Organisation und Versorgungsstrukturen des Pflegewesens in England

Öffentliche Leistungen im Rahmen von Langzeitpflege sind zum großen Teil durch die Gemeinden verantwortete Sozialleistungen, die – anders als die Gesundheitsversorgung, welche in der Regel „free at point of entry“ ist – nur einkommensabhängig gewährt werden. Im ambulanten Sektor kann die Kommune frei über die Bemessungsgrenze entscheiden, bis zu der die Leistungen kostenlos erbracht werden. Bei der Übernahme von Kosten der stationären Versorgung ist diese national einheitlich auf £ 23.250 (rund 28.000 Euro) festgesetzt. Das bedeutet, dass nur Personen mit einem Vermögen (dies schließt den Besitz von Wohneigentum ein) unterhalb dieser Grenze Anspruch auf Übernahme der Kosten von stationärer Langzeitpflege in einem Heim oder betreutem Wohnen haben (Comas-Herrera et al. 2010).

Im Jahr 2011 erhielten 2 Prozent der über 65-Jährigen stationäre Leistungen der Langzeitpflege durch die Kommune finanziert. 6 Prozent bezog Unterstützung im ambulanten Setting (Tabelle 4). Dies umfasst Leistungen von ambulanten Pflegediensten und Angebote wie Tages-, Verhinderungs- und Kurzzeitpflege. Darüber hinaus besteht die Möglichkeit, „Essen auf Rädern“ und haushaltsnahe Dienstleistungen zu erhalten. Zudem sind die Kommunen verpflichtet, die pflegenden Angehörigen zu beraten. Unter bestimmten Bedingungen haben Pflegebedürftige und Pflegepersonen auch Anrecht auf eine Art Pflegegeld (*Attendance Allowance* bzw. *Carer Allowance*), das einkommensunabhängig gewährt und von der Rentenversicherung getragen wird (Comas-Herrera et al. 2010, The Information Centre 2013a).

Im Vergleich zu Deutschland und zu Schweden ist der Anteil öffentlich finanzierter Unterstützung von älteren Menschen mit Pflegebedarf in England bezogen auf das BIP unterproportional. Kritisiert wird seit langem, dass eine Absicherung des Pflegerisikos nicht gewährleistet sei. Das Kernproblem sei die Ausrichtung der Leistungen an Einkommensprüfungen. Ein solches System könne weder dem medizinischen noch dem demografischen Wandel gerecht werden (Humphries 2013). Nach jahrzehntelanger Diskussion über eine entsprechende Reform des *Social-Care-Systems* wurde Anfang 2013 im britischen Unterhaus ein Gesetzesentwurf vorgelegt. Danach wird (voraussichtlich) ab 2017 ein *Lifetime-Cap* von £ 72.000 gelten, bis zu dessen Überschreiten die Kosten der Pflege unabhängig von der Vermögenslage übernommen werden. Ein weiterer zentraler Reformpunkt ist die Anhebung der Bemessungsgrenze für Vermögen, bis zu der ein Anspruch auf Leistungen besteht. Diese soll von £ 23.250 auf £ 118.000 angehoben werden (Humphries 2013).

5.2 Gesetzliche Grundlagen und institutionelle Ausgestaltung der beruflichen Regulierung

5.2.1 Historische Entwicklung

Die Selbstverwaltung des Pflegeberufs – wie übrigens auch die des ärztlichen Berufs – hat sich in Großbritannien innerhalb der letzten 35 Jahre stark gewandelt. Anders als in Deutschland findet die Diskussion um die Ausgestaltung der Regulierung in Großbritannien auf einer breiten gesellschaftlichen Basis statt. Durch mehrere Medienskandale um Missstände in der ärztlichen wie der pflegerischen Versorgung hatte das Thema Mitte der 1990er-Jahre die politische Agenda, aber auch das mediale Rampenlicht erreicht. Nach einer Phase der Stärkung in den 1970er-Jahren hat der Gesetzgeber die Institutionen der Selbstverwaltung im Laufe der Jahre eher in verwaltungsnahe Einrichtungen umgewandelt (Humphreys 2000, Davies 2003, 2007).

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

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

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

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

Der Briggs-Bericht befasste sich vornehmlich mit der Reform des Bildungssystems, da dieses als zentraler Ausgangspunkt einer Reihe von Problemen innerhalb der Profession erachtet wurde. In diesem Zusammenhang – also eigentlich mehr als Mittel zum Zweck – wurde dann auch die Reform der beruflichen Selbstverwaltung thematisiert. Durch die Errichtung eines berufs- und länderübergreifenden Gremiums erhofften sich die Verfasser des Berichts eine Stär-

kung des *Councils* gegenüber den Krankenhäusern, die bis dahin die Ausbildung der Pflegekräfte übernommen hatten. Aus Sicht des Berichts galt es, die Rolle derjenigen, welche die Ausbildungsstandards definieren, gegenüber denjenigen, die sie dann ausführen, zu stärken. Auch wurde durch die neuen Strukturen die als notwendig erachtete Systematisierung und regionale Standardisierung der Ausbildung anvisiert (Davies und Beach 2000).

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

Formal nahm das UKCC seine Arbeit 1983 auf – nach einer dreijährigen Aufbau- und Übergangsphase. Aufgabe des zentralen *Council* war die Organisation eines einheitlichen Berufsregisters und die Definition von Ausbildungs- und Berufsstandards. Die verbleibenden regionalen *Boards* waren zuständig für die Umsetzung der Ausbildungsstandards und für die Anerkennung von Ausbildungseinrichtungen. Berufsrechtliche Untersuchungsverfahren und berufliche Rechtsprechung jedoch waren zwischen den regionalen *Boards* (Ersteres) und dem zentralen *Council* (Letzteres) aufgeteilt. Von den Pflegekräften gewählt wurden die Mitglieder der vier regionalen *Boards*, welche dann wiederum die Mitglieder des zentralen *Council* aus ihren Reihen wählten (J M Consulting 1998).

Im Rahmen des ersten – damals noch fünfjährig angelegten – Statusberichts des *Departments of Health* über das UKCC wurden erste Organisationsreformen wie die Verschlinkung der *Boards* und die Verankerung der berufsrechtlichen Untersuchungen beim *Council* empfohlen und 1992 mit dem *Nurses, Midwives and Health Visitors Act 1992* umgesetzt (Davies und Beach 2000).

Health Act 1999 und Gründung des Nursing and Midwifery Councils

Die 1990er-Jahre brachten die berufliche Selbstverwaltung dann erstmals ins mediale Rampenlicht (Davies 2007). Auslöser war eine Untersuchung von Missständen im Krankenhaus *Bristol Royal Infirmary*. Dort hatte man auf der Station für Kinderherzchirurgie für den Zeitraum von 1991 bis 1995 eine stark erhöhte postoperative Mortalitätsrate festgestellt. Schätzungsweise waren ca. 30 Säuglinge mehr verstorben, als man dies in einer „typischen“ Klinik zu erwarten gehabt hätte.³³ In diesem Umfeld wurden zunehmend Fragen nach der Effektivität von beruflicher Selbstverwaltung in Bezug auf den Schutz der Öffentlichkeit gestellt. Auch Verbraucherschutzorganisationen begannen Fragen zu stellen. Unter diesen Umständen entschied sich die Regierung, eine umfassende Untersuchung der Regulierung sowohl von ärztlichen als auch von

33 URL: <http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/+http://www.bristol-inquiry.org.uk> [Stand 23.06.2015].

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

Das Ergebnis der Untersuchung führte zur Umstrukturierung des UKCCs und seiner *Boards* zum *Nursing and Midwifery Council*. Auf Grundlage von Visitationen und unter Einbezug einer öffentlichen Anhörung kamen die Berater zu dem Schluss, dass unter der damaligen gesetzlichen Ausgestaltung die Selbstverwaltung den Zweck des Schutzes der Allgemeinheit nicht erfülle. Die Gesetzgebung trage den aktuellen Entwicklungen in der Versorgung und den sich hieraus ergebenden veränderten pflegerischen Tätigkeiten nicht Rechnung. Die Strukturen des UKCC seien unflexibel und intransparent, die Zuständigkeiten zwischen Council und Boards nicht eindeutig bzw. überlappend (J M Consulting 1998).

Aus diesem Grund empfahl der Bericht die Gründung eines zentralen *Nursing and Midwifery Council*, welches in Zusammenarbeit mit regionalen Niederlassungen die Funktionen der heutigen *Boards* und die des *Councils* übernehmen solle. Zudem sollte das *Council* für Laienmitglieder (d. h. Personen ohne pflegeberuflichen Hintergrund) geöffnet, das *Council* von 60 auf 27 Mitglieder verschlankt – ein Drittel hiervon benannt, nicht gewählt – und mit verbesserten Verwaltungsstrukturen ausgestattet werden. Gleichzeitig wurde empfohlen, mehr Entscheidungsbefugnis über einzelne Regelungen an das *Council* selbst zu übertragen. Gesetze sollten auf die primäre Ausgestaltung des *Council* beschränkt sein, während deren Konkretisierung durch Verordnungen oder durch das *Council* selbst erfolgen sollte (J M Consulting 1998).

Deutlich wird im Untersuchungsbericht auch der gewandelte Anspruch an eine berufliche Selbstverwaltung: Die Funktionen des *Council*, wie z. B. die Entwicklung und die Führung der Profession, seien dem primären Ziel des Schutzes der Allgemeinheit („Protection of Public“) unterstellt (J M Consulting 1998).

Aufgegriffen wurden die Empfehlungen im *Health Act 1999* und das *Nursing and Midwifery Order 2001*³⁴. Auf dieser Grundlage nahm 2002 das neue *Nursing and Midwifery Council* seine Arbeit auf. Es bestand aus 12 durch die Berufsgruppe gewählten und 11 durch das *Privy Council*³⁵ ernannten Mitgliedern, mit einer Amtszeit von maximal vier Jahren. Die gewählten Mitglieder kamen jeweils zu gleichen Teilen aus den vier Landesregionen (England, Schottland, Wales und Nordirland) sowie aus den drei Berufsbereichen des ebenfalls neu strukturierten Registers (*nurses*, *midwives* und *specialist community public health nurses*) (*Nursing and Midwifery Order 2001*).

34 Dies geschah auf der Grundlage des Art. 60 des Health Act 1999.

35 Das Privy Council ist der britische Kronrat, ein Geheimrat, der früher das zentrale politische Beratungsgremium der Königin darstellte. Heute verbleiben dem Kronrat nur noch wenige Funktionen, die in der Regel durch Gesetze an ihn delegiert wurden. Die Mitglieder des Kronrates werden durch die Königin auf Lebenszeit benannt – heute sind dies 550 an der Zahl. Mitglieder sind u. a. Kabinettsmitglieder, aber auch Vertreter der Opposition, einige Richter, Bischöfe sowie Angehörige der königlichen Familie (www.privycouncil.independent.gov.uk).

White Paper „Trust, Assurance and Safety“ 2006

Vier Jahre später erfolgte eine erste größere Untersuchung und Bewertung der neuen Strukturen. Der Auslöser zur erneuten Überprüfung der beruflichen Regulierung von Pflegekräften waren die Ergebnisse der sogenannten *Shipman-Inquiry*³⁶. Harold Fredrick Shipman war ein niedergelassener Arzt, der im Zeitraum zwischen 1972 und 1998 mindestens 250 seiner Patienten mit Betäubungsmitteln getötet hatte. Der Ergebnisbericht der öffentlichen Untersuchung des Vorfalls monierte insbesondere die fehlenden Mechanismen zur Rezertifizierung („re-validation“) von Ärzten und stellte auch die durch das General Medical Council (GMC) geplanten Mechanismen infrage. Zudem wurden darin die im GMC herrschenden Strukturen angeprangert. Diese dienten mehr den Interessen der Ärzteschaft als denen der Patienten. Das Department of Health veranlasste daraufhin auch eine Untersuchung der beruflichen Regulierung des nicht ärztlichen Personals.

Der Bericht trug den Titel *„The Regulation of the non-medical Healthcare Profession – a Review by the Department of Health“*. Er empfahl zum einen die Einführung von Rezertifizierungen, zum anderen die Verbesserung der Ablauforganisation der berufsrechtlichen Untersuchungsverfahren (DH 2006b). Die Rezertifizierung sollte als ein Mittel zur beruflichen Fortentwicklung dienen als auch ein Mittel zur Überprüfung von beruflichen Mindeststandards sein. Dabei wurde ein risikogestufteter Ansatz empfohlen, der zwischen Personen unterscheidet, die innerhalb des NHS arbeiteten, bei privaten Anbietern beschäftigt oder selbstständig tätig sind. Für Erstere könne die Rezertifizierung allein durch die Arbeitgeber erfolgen, etwa im Zuge der jährlichen Mitarbeiterbewertung. Bei den beiden letzteren Gruppen müsse die berufliche Selbstverwaltung eine stärkere Rolle bei der Rezertifizierung einnehmen (DH 2006b).

Neben der Rezertifizierung diskutierte der Bericht zudem eine Fülle von Vorschlägen zur Verbesserung der berufsrechtlichen Anhörungen. Diese sollten für die Öffentlichkeit wie für die Betroffenen transparenter gestaltet werden. Kritisiert wurden die unterschiedlichen Verfahrensabläufe und Bewertungskriterien in den insgesamt neun beruflichen Selbstverwaltungen (Ärzte, Apotheker, Pflege, Osteopathen etc.), selbst bei vergleichbaren Fällen oder gar ein und demselben Fall. So sei es für Betroffene häufig nicht nachvollziehbar, warum bei einem Fall, in den z. B. ein Arzt und eine Krankenschwester involviert waren, die Ermittlungen, die Verfahren und die Verurteilungen sehr unterschiedlich verlaufen und enden könnten. Ferner wurde ein einheitlicher Ansprechpartner für Beschwerden auf lokaler Ebene diskutiert, und zudem eine Verbesserung der Koordinierung zwischen Council und Arbeitgebern empfohlen (DH 2006b).

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

36 URL: <http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20090808154959/http://www.the-shipman-inquiry.org.uk/reports.asp> [Stand 12.08.2015].

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

Im auf beide Berichte – den zur ärztlichen wie den zur nicht ärztlichen Regulierung – aufbauenden White Paper „*Trust, Assurance and Safety*“ kündigte die Regierung im Jahr 2007 jedoch hauptsächlich Veränderungen bei der ärztlichen Regulierung an. Für die übrigen Selbstverwaltungskörperschaften wurden nur kleinere Reformansätze konkretisiert. Die *Councils* sollten verkleinert, weiter für Laienmitglieder geöffnet sowie die Wahlen abgeschafft und die Mitglieder stattdessen gänzlich durch das Privy Council benannt werden (Stationery Office 2007).

Zwei Sonderuntersuchungen durch die Aufsicht des NMC

Etwa zur selben Zeit, in der das White Paper erschien, geriet das NMC in die Schlagzeilen. Der hierauf im gleichen Jahr erarbeitete Sonderbericht der Aufsichtsbehörde des NMC warf aber alles in allem kein gutes Licht auf die Organisation. Der Bericht attestierte dem NMC unzureichende Verwaltungsstrukturen, eine inakzeptable Umgangskultur innerhalb des *Council* und Defizite bei der strategischen Führung und bei der strategischen Entscheidungsfindung. Zudem stellte er ein mangelndes Vertrauen von Key-Stakeholdern zum NMC fest. Ferner wurden die Bearbeitungszeiten, die Qualitätssicherung und unzureichende Managementstatistiken zu berufsrechtlichen Verfahren heftig kritisiert und auf die unterentwickelte IT-Unterstützung dieser Problemfelder hingewiesen (CHRE 2008).

Als Antwort erfolgte mit dem Erlass der *Nursing and Midwifery Council (Constitution) Order 2008* der britischen Regierung ein weiterer Versuch, durch Verschlinkung des NMC auf 7 Pflegekräfte bzw. Hebammen und 7 Laienmitglieder die Professionalität der Arbeit weiter zu erhöhen. Ergänzt wurde dies durch Verhaltensregeln für die Mitglieder.

Vier Jahre später im Jahr 2012 hat ein erneuter Bericht der Aufsichtsbehörde wenig Besserung festgestellt. Auch in diesem wird dem Management des NMC schlechte Kommunikation untereinander, ein Fehlen an gegenseitigem Respekt und gegenseitigem Vertrauen vorgeworfen. Der Vorsitzende und der Geschäftsführer des NMC traten hierauf zurück (CHRE 2012, Nursing Times 2012a, b).

Command Paper

Nach der Ablösung der Labour-Regierung im Jahr 2011 äußerte sich die neue konservativ-liberale Koalition zur Zukunft der Regulierung von Gesundheitsberufen. Im Command Paper „*Enabling Excellence – Autonomy and Accountability for Healthcare Workers, Social Workers and Social Care Workers*“ skizziert

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

Zum einen wird dabei das Kosten-Nutzen-Verhältnis der heutigen Ausgestaltung kritisch diskutiert. Ineffizienzen resultierten u. a. aus der Überlappung von Aktivitäten der Selbstverwaltungskörperschaften auf der einen und solchen der Arbeitgeber auf der anderen Seite. Ziel müsse es sein, die Qualität der beruflichen Leistung zukünftig vermehrt dort zu bewerten, wo sie anfalle – nämlich durch den Arbeitgeber vor Ort. Ferner seien Fusionen von Selbstverwaltungskörperschaften zu diskutieren (Stationery Office 2011).

Einer weiteren Ausdehnung der Regulierungstätigkeit der jeweiligen Organe wird eine klare Absage erteilt – außer, wenn es klare Nachweise gäbe, dass durch die Maßnahmen ein signifikanter Zugewinn an Patientensicherheit gewonnen werden könne, werde die Regierung diesem zustimmen. Zudem wird auch die Ausweitung der beruflichen Regulierung auf weitere Berufe – insbesondere auf Hilfskräfte im Gesundheitswesen – abgelehnt und stattdessen eine freiwillige Akkreditierung durch die Aufsichtsbehörde (CHRE) vorgeschlagen. Ferner solle die Balance zwischen Rechenschaft gegenüber dem Parlament bzw. der Regierung und den Handlungsspielräumen des Managements verbessert werden (Stationery Office 2011).

Die daraufhin vom Gesundheitsminister mit einer entsprechenden Prüfung beauftragte *Law Commission* empfahl die gesetzlichen Grundlagen der neun unterschiedlichen beruflichen Regulierungsorgane in einem Gesetz zusammenzufassen. Ferner soll die Rolle des *Privy Council* entfallen. Einerseits sollen die *Councils* mehr Handlungsspielraum bei der Definition ihrer eigenen *Statutory Orders* bekommen. Andererseits soll die Gestaltungs- und Aufsichtskompetenz des Parlaments gestärkt werden. Ferner wurden eine Reihe von Vorschlägen dazu erarbeitet, wie die berufsrechtlichen Anhörungen transparenter, professioneller und im Sinne einer Gewaltenteilung gestaltet werden könnten sowie die Rolle der Aufsicht in diesem Kontext zu stärken wäre (Law Commission 2012).

Mid-Staffordshire-Foundation-Trust-Untersuchung

Aktuell ist auch die Kritik der beruflichen Selbstverwaltung, die im Rahmen der Untersuchung des *Mid Staffordshire Foundation Trust* erhoben wurde. Im Mid-Staffordshire-Foundation-Skandal wurden in beiden Krankenhäuser dieser Region zwischen 2005 und 2008 erhebliche Defizite in der medizinischen und pflegerischen Versorgung und eine damit einhergehende erhöhte Mortalitätsrate festgestellt. Die Regierung setzte 2010 eine öffentliche Untersuchungskommission unter der Leitung von Robert Francis ein (Mid Staffordshire Foundation Trust Public Inquiry 2013).

Der Bericht kommt zu dem Schluss, dass das NMC, auch wenn hier in den letzten Jahren eine positive Entwicklung zu sehen sei, nicht in ausreichendem Maße selbstständig Untersuchungen einleite, sondern allein auf Beschwerden reagiere. Da z. B. keine Beschwerden aus den betroffenen Krankenhäusern in Staffordshire vorgelegen hätten, habe das NMC – trotz bereits verbreiteter

Medienberichte über die dortigen Zustände – keine Initiative ergriffen (Mid Staffordshire Foundation Trust Public Inquiry 2013).

Ferner wird kritisiert, dass aufgrund des fehlenden IT-Reporting-Systems systematische Häufungen von Beschwerden in einem Krankenhaus, hätten sie denn vorgelegen, nicht erfasst worden wären. Systemische – und nicht allein auf Individuen bezogene – Herangehensweisen müssten durch das NMC durchgesetzt werden. Ferner seien die Prozesse der Zusammenarbeit zu verbessern – hier insbesondere zwischen den *Nurse Managern*, der NHS-Aufsichtsbehörde (*Care Quality Commission*), dem *General Medical Council* und dem NMC. Zudem sei der Bevölkerung nicht ausreichend bekannt, dass Beschwerden über Ärzte und Pflegekräfte an die jeweiligen Berufskörperschaften gerichtet werden können (Mid Staffordshire Foundation Trust Public Inquiry 2013).

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

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

Die berufliche Regulierung in Großbritannien hat folglich in den letzten 15 Jahren einen erheblichen Wandel durchlaufen. Vor dem Hintergrund sich verändernder Strukturen im Gesundheitswesen, veränderter gesellschaftlicher Einstellungen gegenüber medizinisch-pflegerischem „Expertentum“ wie auch einer wachsenden Patientensouveränität und mehreren Medienskandalen um ärztliche wie auch um pflegerische Versorgung hat der Gesetzgeber eine ganze Reihe von Anhörungen, Untersuchungen und Reformen initiiert. Hervorzuheben ist dabei neben dem Wandel der Selbstverwaltungsstrukturen hin zu eher administrativen Organen und den Bemühungen, den Schutz der Allgemeinheit als deren primäre Aufgabe zu verankern, auch die erhöhte Aufmerksamkeit auf das Kosten-Nutzen-Verhältnis.

5.2.2 Organisationsstrukturen, Aufsicht und Finanzierung

Die verpflichtende berufliche Selbstregulierung von Pflegekräften in ihrer heutigen Form beruht, wie dargestellt, maßgeblich auf der *Nursing and Midwifery Order* aus dem Jahr 2001. Das dort definierte *Nursing and Midwifery Council (NMC)* hat die Rechtsform einer gemeinnützigen Körperschaft. Zentra-

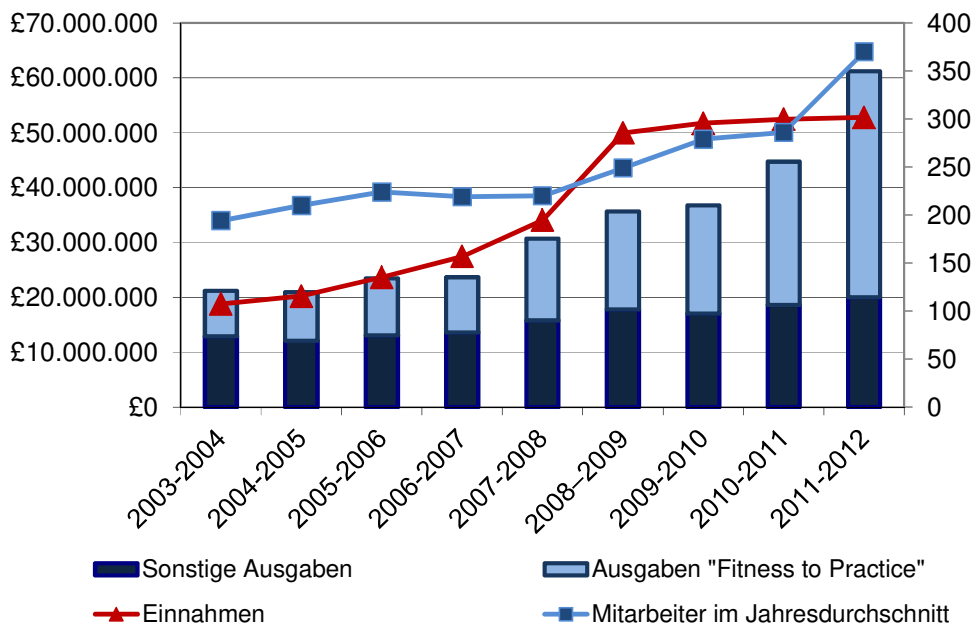
Die Aufgabe des NMC ist es, Standards für die Ausbildung und die Berufsausübung zu definieren und hierdurch die Gesundheit und das Wohlergehen derjenigen Personen zu schützen, die Dienstleistungen von in der Körperschaft erfassten Personen in Anspruch nehmen (Nursing and Midwifery Order 2001 Art. 2).

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

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

Die Verwaltungsausgaben des NMC haben sich innerhalb der letzten zehn Jahre verdreifacht, von rund 20 Mio. Pfund (rund 25 Mio. Euro) im Jahr 2002 auf 61 Mio. Pfund (rund 75 Mio. Euro) im Jahr 2011/12. Die Zahl der Mitarbeiter ist im gleichen Zeitraum von rund 200 auf 370 gestiegen. Der starke Ausgabeanstieg zwischen 2010/11 und 2011/12 ist dabei hauptsächlich auf den Anstieg der Kosten im Zusammenhang mit berufsrechtlichen Untersuchungen („Fitness to Practice“) zurückzuführen: Insgesamt zwei Drittel der Ausgaben fließen in die berufsrechtlichen Untersuchungen. Die Kosten hierfür waren von 2010/11 auf 2011/12 von 26 Mio. auf 41 Mio. gestiegen (Abbildung 4).

Abbildung 4: Verwaltungsausgaben und Zahl der Mitarbeiter des NMC 2002-2012



Quelle: eigene Darstellung nach NMC Annual Report and Accounts (www.nmc-uk.org) [ein Haushaltsjahr umfasst den 1.4 bis 31.3. des Folgejahres]

Die Kosten der beruflichen Selbstverwaltung werden durch die registrierten Mitglieder aufgebracht. Die innerhalb der letzten Jahre stark gestiegenen Kosten und die hieraus resultierenden Anhebungen der Beiträge führten jedoch zu Kritik. Das NMC musste 2004 die damals noch alle drei Jahre erhobene Mitgliedsgebühr von 60 auf 129 Pfund (43 Pfund pro Jahr) und 2007 dann auf 76 Pfund pro Jahr erhöhen (NMC 2009). Der auf dieser Grundlage mögliche Abbau der Defizite wurde jedoch durch den aktuellen Kostenanstieg wieder ins Gegenteil verkehrt, sodass das NMC im Jahr 2012 die Gebühren wiederum von 76 auf 120 Pfund anheben wollte. Das NMC begründete dies u. a. auch damit, dass die inflationsbereinigte Gebühr bereits heute bei 86 Pfund pro Jahr liegen müsste. Aufgrund heftiger Kritik sowohl seitens der Berufsgruppe wurde im Oktober 2012 jedoch entschieden, dass das NMC einen Kredit über 20 Mio. Pfund von der Regierung annehmen und die Gebühren auf lediglich 100 Pfund erhöhen wird (alpha research 2012). Die Anhebung auf 120 Pfund – dies sind rund 170 Euro pro Jahr – erfolgte dann schließlich im März 2015.³⁷

³⁷ URL: <http://www.nmc.org.uk/news/news-and-updates/nmc-council-make-the-difficult-decision-to-increase-the-annual-registration-fee-to-120/> [Stand 03.05.2015].

5.3 Aufgaben und Funktionen der beruflichen Regulierung

5.3.1 Berufsordnung und Überwachung der Berufspflichten

Primäre Aufgabe des NMC ist es, die beruflichen Standards zu formulieren und deren Einhaltung zu überwachen. Dies erfolgt mithilfe des sogenannten „Codes“: *The code: Standards of conduct, performance and ethics for nurses and midwives*. Der Code setzt sich aus insgesamt vier Grundprinzipien zusammen, welche dazu dienen sollen, das dem Code überstellte Leitziel – nämlich das Vertrauen der Gepflegten in die Pflegekräfte – zu befördern.

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

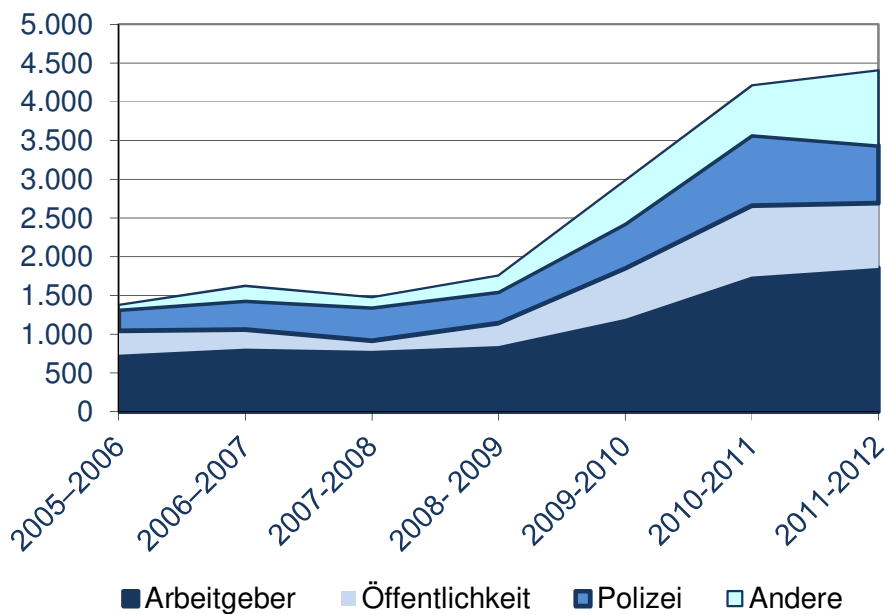
Der *Code* ist Grundlage des Handelns des NMC. So werden z. B. die Ausbildungsstandards wie die berufsrechtlichen Untersuchungen auf dieser Basis formuliert. Dabei ist der *Code* aber nicht als ein starres Gebilde misszuverstehen, vielmehr wurde er seit der ersten Ausformulierung bei der Gründung des UKCC im Jahr 1983 mehrfach überarbeitet und den veränderten beruflichen Rahmenbedingungen und Aufgaben der Pflege angepasst (Davies und Beach 2000, Pattison und Wainwright 2010).

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

Das NMC nimmt Beschwerden über registrierte Mitglieder und Anschuldigungen gegenüber diesen auf. Zudem hat das NMC das Recht, auch ohne eine Beschwerde aufgrund eigener Anhaltspunkte (z. B. aufgrund von Medienberichten über Missstände) selbst zu investigieren. Jeder Bürger kann sich also an das NMC wenden, jedoch nehmen die Anfragen durch Arbeitgeber den höchsten Anteil der Beschwerden ein. Zwei von fünf Beschwerden erfolgen durch diese, nur eine von fünf Beschwerden durch Patienten oder die Öffentlichkeit. Aber auch die Polizei oder Arbeitskollegen wenden sich an das NMC (Abbildung 5).

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

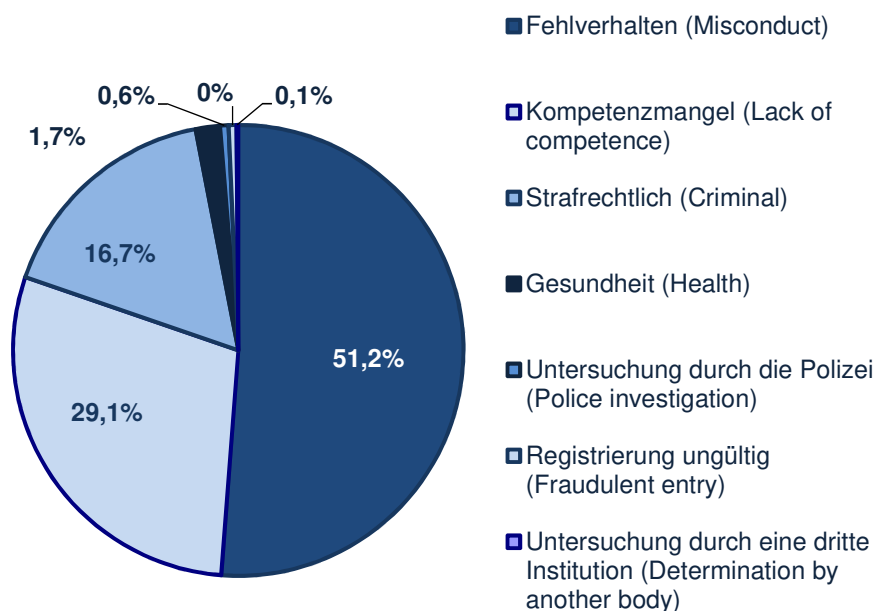
Abbildung 5: Berufsrechtliche Untersuchungen nach Beschwerdeführern



Quelle: eigene Darstellung nach NMC Fitness to practise annual report (www.nmc-uk.org)

Die Anschuldigungen können sich dabei auf ein Fehlverhalten (wie z. B. Vernachlässigen von Patienten, fehlerhafte Arzneimittelgabe) oder ein Fehlen an Kompetenz (wie z. B. Dokumentationsfehler) gründen. Zusammen betrifft dies rund 80 Prozent der Beschwerden (Abbildung 6). Ebenso kann die Verurteilung im Rahmen einer Straftat der Auslöser der Untersuchung sein. In 2 Prozent der Fälle sind gesundheitliche Einschränkungen der Grund der Beschwerden (siehe auch *Nursing and Midwifery Order*, Art. 22).

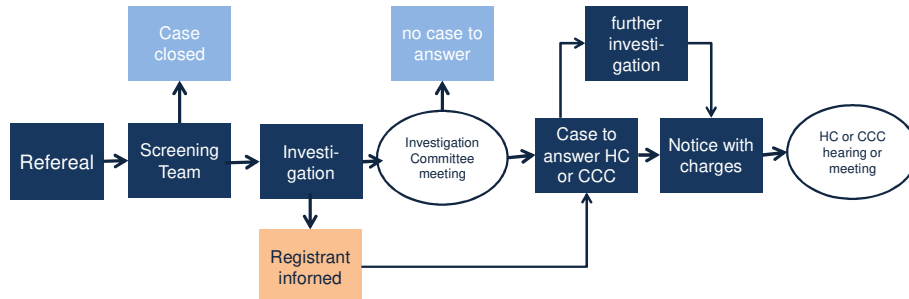
Abbildung 6: Gründe für berufsrechtliche Beschwerden



Quelle: NMC 2012a

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

Abbildung 7: Ablauf der berufsrechtlichen Anhörungen („Fitness to Practise“)



Quelle: NMC 2012a

Die Untersuchungsphase soll in maximal 12 Monaten abgeschlossen sein. Zur Zeit beträgt die Dauer jedoch rund 18 Monate (NMC 2012a). Die eigentliche berufsrechtliche Rechtsprechung soll wiederum ein halbes Jahr nicht überschreiten. Auch diese Bearbeitungszeit lag im Jahr 2010/2011 jedoch bei knapp 10 Monaten (NMC 2012a).

Im Ergebnis erfolgte im Jahr 2011/2012 bei rund 365 Personen der Entzug der Berufsbezeichnung und bei rund 200 eine Verwarnung oder eine Suspendierung mit Auflagen. Rund 100 Personen wurden entlastet (NMC 2012a). Alle Fälle, die das *Conduct and Competence Committee* oder das *Health Committee* erreicht haben – dies mag für den deutschen Kulturkreis vielleicht etwas ungewöhnlich sein –, sind im Internet veröffentlicht (und frei einsehbar). Außer bei gesundheitlichen Gründen finden sich zudem minutiöse Beschreibungen der Anschuldigungen, der Zeugenaussagen sowie das Ergebnis und die Begründung der jeweiligen berufsrechtlichen Ermittlung.³⁸

Für das Management seiner berufsrechtlichen Anhörungen steht das NMC in der Kritik. Dies betrifft vor allem die zeitliche Verzögerung der Untersuchungen und den hieraus resultierenden Rückstau an Fällen. Als Ursachen hierfür wurden das Fehlen eines IT-basierten Case-Management-Systems sowie fehlende Performance-Assessments der jeweiligen Komiteemitglieder benannt (CHRE 2008). Laut einem zweiten Sondergutachten des CHRE aus dem Jahr 2012 hatte sich die Lage auch zu diesem Zeitpunkt nicht wesentlich verbessert. Die IT-Infrastruktur sei weiterhin mangelhaft und erlaube keine zeitnahe und angemessene Aufbereitung der Daten für das Management. Weiterhin fehlten eine strategische und eine finanzielle Planung, die auf Performancedaten basierten. Gleichwohl wird auch eingeräumt, dass die Budgetrestriktionen das Handeln des NMC erschwerten (CHRE 2012).

³⁸ Der interessierte Leser sei auf die Website <http://www.nmc.org.uk/concerns-nurses-midwives/hearings-and-outcomes/schedule-and-outcomes/hearings-may-2015/> verwiesen.

5.3.2 Berufsregister

5.3.2.1 Zulassung zum Berufsregister

Pflegekräfte oder Hebammen, die diesen Beruf in Großbritannien ausüben wollen, müssen beim NMC registriert sein. Nur wer dort registriert ist, darf sich *Registered Nurse* (RN), *Registered Midwife* (RM) bzw. *Specialist community public health Nurse* (SCPHN) nennen. Damit besteht formal zwar ein Schutz der Berufsbezeichnung (*Protection of Title*), jedoch wird häufig kritisiert, dass der Titel „nurse“ allein nicht geschützt ist. Damit sind übliche Verwendungen wie in „nursery nurse“ (Erzieherin), „dental nurse“ (zahnmedizinische Assistentin) oder „Advanced Practice Nurse“ zulässig. Die Wirkung der geschützten Berufsbezeichnung – so einige Kommentatoren – sei somit stark eingeschränkt, da die Öffentlichkeit über die Vielzahl der Titel irritiert bzw. über deren Bedeutung nicht ausreichend informiert sei (J M Consulting 1998, The Prime Minister’s Commission 2010).

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

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

Das Berufsregister umfasst heute die drei Bestandteile *Nursing* (Teil 1), *Midwifery* (Teil 2) und *Specialist Community Public Health Nursing* (SCPHN) (Teil 3) (*Nurses and Midwives (Parts of and Entries in the Register) Order of Council 2004*).³⁹ Bei den Pflegekräften mit dreijähriger Ausbildung wird zudem bei der Registrierung unterschieden zwischen den grundständigen Spezialisierungen Erwachsenen-, Kinder- und psychiatrische Pflege sowie der Pflege von Menschen mit Behinderung (*Adult nurse, Children's nurse, Mental health nurse, Learning disabilities nurse*).⁴⁰ In Teil 3 des Registers werden weitere Fachqualifikationen für das *Specialist Community Public Health Nursing* (SCPHN) registriert (*Health visitor, School nurse, Occupational health nurse, Family health nurse, Specialist community public health nurse*).

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

³⁹ In Teil 1 des Registers wird dann noch einmal nach first und second level nurses differenziert, denn bis zur zentralen Ausbildungsreform – genannt Project 2000 – gab es zwei Wege, als Registered Nurse tätig zu werden. Dies war einerseits eine dreijährige Ausbildung, die zur ersten Ebene führte, und andererseits eine meist zweijährige, eher praxisorientierte Ausbildung zur Enrolled Nurse (second level). Die zweite Ausbildung war während des zweiten Weltkriegs eingeführt worden und wurde mit der Umsetzung der Project-2000-Reform wieder abgeschafft.

⁴⁰ Für die bis Ende der 1980er-Jahre ausgebildeten Enrolled Nurses findet sich eine ähnliche, wenn auch historisch bedingt leicht anders geartete Gliederung.

geschlossen haben (die Verfahren für die Anerkennung von nicht in Großbritannien ausgebildeten Pflegekräften werden anschließend in Abschnitt 5.3.2.4 dargestellt).

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

5.3.2.2 Rezertifizierung

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

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

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

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

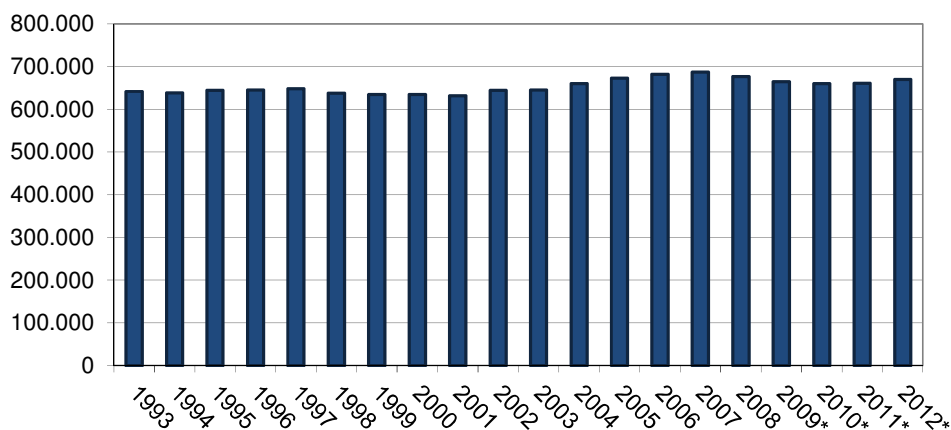
Nachdem dann aber in der Untersuchung des *Mid-Staffordshire*-Skandals der Ausbau der Rezertifizierungen auch für das NMC empfohlen wurde, ist die Rezertifizierung der Pflegekräfte wieder auf der Agenda (Mid Staffordshire Foundation Trust Public Inquiry 2013). Als Folge gab es formal seit Februar 2013 wieder die Stichprobenprüfung. Das NMC hat zudem unter Einbeziehung relevanter Stakeholder die Kriterien für die Rezertifizierung überarbeitet. Neben den bereits genannten Nachweisen über Fortbildungen und Praxisstunden sind durch die Pflegekraft zukünftig Nachweise über die qualifikatorischen und persönlichen Kompetenzen im Sinne des *Codes of Practice* zu erbringen. Hierfür bedarf es Referenzen seitens der Arbeitgeber, aber auch von Peers oder Patienten. Die Überprüfung dieser Unterlagen erfolgt aber weiterhin nur stichprobenartig. Ausgewählt wird nach dem Zufallsprinzip, aber optimiert nach der Risikolage. Die neuen *Revalidation Standards* wurden Anfang 2014 konsentiert und veröffentlicht. Die neuen Vorgaben zur Rezertifizierung sind seit 2015 in Kraft (NMC 2013).

5.3.2.3 Zahl der registrierten und erwerbstätigen Pflegekräfte

Das Berufsregister in Zahlen

Die Zahl der beim NMC registrierten Kräfte ist über die letzten Jahre relativ konstant geblieben. Waren 1993 rund 642.000 registriert, sank diese Zahl 2001 auf 632.050 und stieg dann bis 2008 auf ein Hoch von 677.000 Pflegekräfte und Hebammen an. Hiernach nahm die Zahl der beim NMC registrierten Personen in den Jahren 2009 und 2010 wieder ab, um dann wieder auf 669.953 im Jahr 2012 zu steigen.

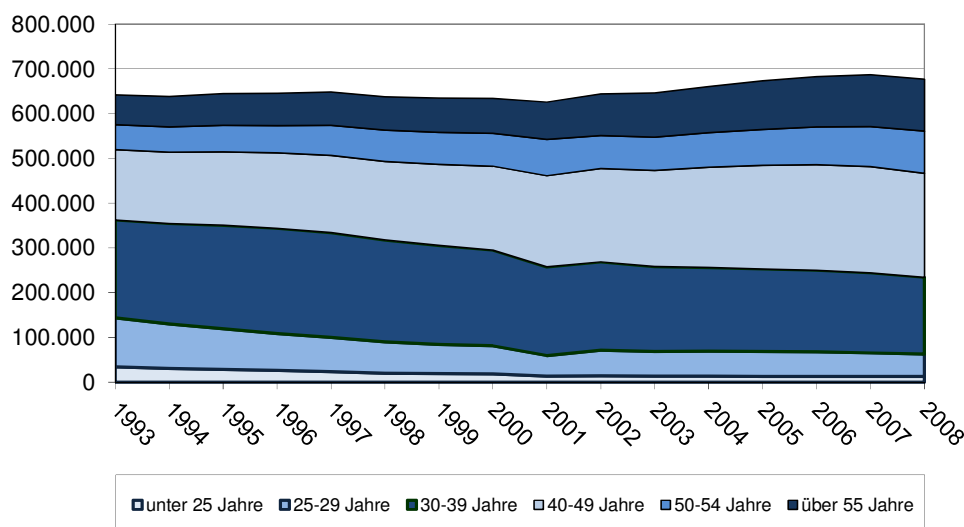
Abbildung 8: Zahl der registrierten Pflegekräfte und Hebammen in Großbritannien (1993-2012)



Quelle: eigene Darstellung nach NMC Statistical analysis of the register (www.nmc-uk.org); Daten ab 2009 Buchan, J. und Seccombe, I. (2010, 2011, 2012)

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

Abbildung 9: Zahl und Altersstruktur registrierter Pflegekräfte und Hebammen in Großbritannien (1993-2008*)



Quelle: eigene Darstellung nach der NMC Statistical analysis of the register (www.nmc-uk.org) [Angaben liegen nur bis 2008 vor]

Die Mehrzahl der registrierten Pflegekräfte und Hebammen – nämlich ca. 90 Prozent – ist nach wie vor weiblich. Der Anteil männlicher Pflegekräfte ist zwischen 2002 mit 9,9 Prozent und 2009 mit 10,6 Prozent nahezu konstant geblieben. Männliche Hebammen finden sich 2008 gerade einmal 132 (*NMC Statistical analysis of the register*).

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

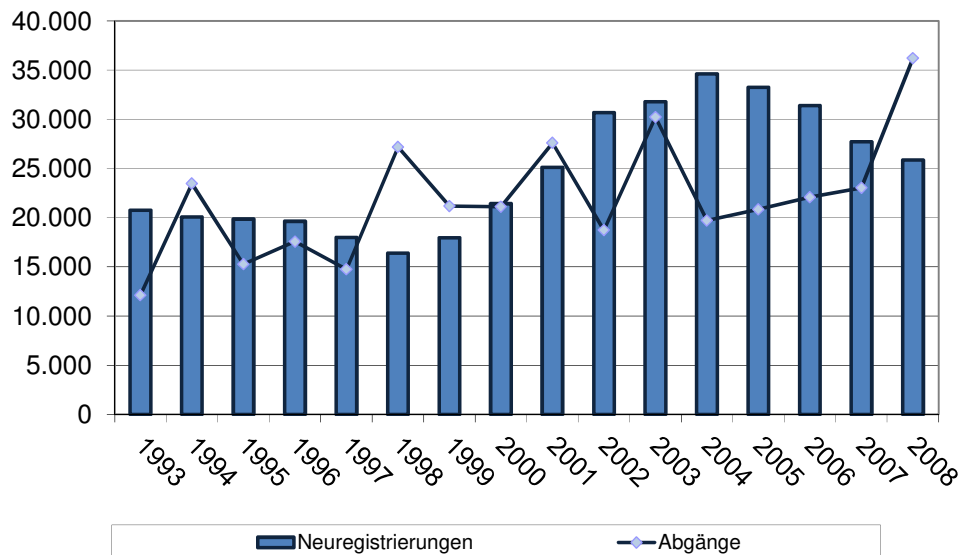
Tabelle 5: Pflegekräfte und Hebammen nach der Gliederung des Berufsregisters in Großbritannien (März 2007)*

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

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

Abbildung 10 veranschaulicht die Zu- und Abgänge zum bzw. vom Register. Deutlich wird, dass 2008 erstmals wieder mehr Pflegekräfte das Register verlassen hatten, als neu aufgenommen wurden. Dies war auch 1998 und 1999 der Fall gewesen, damals aber durch einen deutlichen Rückgang der Zahl der Auszubildenden zu erklären, der infolge der Ausbildungsreform *Projekt 2000* eingetreten war (siehe hierzu auch 5.3.3.1). Die Zahl der Neuregistrierten war hiernach wieder deutlich angestiegen. Dies war übrigens – wie im folgenden Abschnitt noch verdeutlicht wird – bedingt durch die starke Zunahme von neu registrierten ausländischen Kräften in den Jahren 2001 bis 2004. Ab dem Jahr 2005 ging Zahl der Neuzulassungen dann deutlich zurück, sodass den rund 25.000 Zugängen im Jahr 2008 mehr als 35.000 Abgänge gegenüberstanden (Abbildung 10).

Abbildung 10: Zu- und Abgänge von Pflegekräften und Hebammen in Großbritannien (1993-2008*)



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

Zahl der erwerbstätigen Pflegekräfte

Eine Darstellung aller in Großbritannien erwerbstätigen Pflegekräfte ist nur eingeschränkt möglich. Zum einen umfassen die offiziellen Statistiken lediglich Informationen über beim NHS beschäftigte Pflegekräfte. Der NHS ist zwar Arbeitgeber der meisten Pflegekräfte, insbesondere die Altenpflege erfolgt aber mehrheitlich durch den gemeinnützigen oder den privaten Sektor. Grundsätzlich wird in Großbritannien zwischen *Residential Care Homes*, *Nursing Homes* und *Long-stay Hospitals* differenziert – wenngleich die gesetzlichen Regularien für die ersten beiden seit 2002 vereinheitlicht wurden. Leistungen in *Residential Care Homes* umfassen nur die Grundpflege – die Behandlungspflege wird bei Bedarf dann durch die Gemeindegeschwister erbracht. Leistungen in den *Nursing Homes* beinhalten hingegen sowohl Grund- als auch Behandlungspflege. Die Mehrheit der *Residential Homes* und alle *Nursing Homes* werden durch den privaten Sektor betrieben. *Long-stay Hospitals*, betrieben durch das NHS, spielen heutzutage nur noch eine untergeordnete Rolle und werden vor allem für Kurzzeit- oder Verhinderungspflege, für Übergänge aus dem Krankenhaus oder als Rehabilitationseinrichtung genutzt (Comas-Herrera et al. 2010). Statistiken über die Zahl der registrierten Pflegekräfte, die in diesem Kontext tätig sind, konnten nicht eruiert werden.

Ferner werden in den Statistiken der NHS der vier Landesteile – England, Schottland, Wales und Northern Irland – unterschiedliche Definitionen und Abgrenzungen verwandt (Buchan und Seccombe 2012).

In Tabelle 6 ist die Zahl der beim NHS erwerbstätigen Pflegekräfte und Hebammen für die jeweiligen Landesteile dargestellt. Betrachtet man die Entwicklung der letzten 10 Jahre, so zeigt sich, dass die Zahl der Pflegekräfte in England und Nordirland um 10 Prozent bzw. 15 Prozent gestiegen ist, während sie in Wales stagnierte (für Schottland liegen Daten erst ab 2006 vor). Bezogen auf 1.000 Einwohner kamen damit im Jahr 2012 in Großbritannien durchschnittlich 6,8 erwerbstätige Pflegekräfte. Tabelle 6 zeigt auch, dass die Gesamtzahl der erwerbstätigen Pflegekräfte und Hebammen 2012 bei rund 436.000 und damit deutlich unter der beim NMC registrierten – dies waren 2012 669.953 – lag.

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

	2002	2011	2012	2002-2012	2011-2012
England	314.879	348.693	346.410	110 %	99 %
Schottland	-	47.979	47.532		99 %
Wales	25.821	25.344	25.344	98 %	100 %
Nordirland	14.137	16.016	16.241	115 %	101 %
Gesamt	-	438.032	435.527		99 %

Quelle: England: The NHS Information Center 2012 – Zeitarbeitskräfte sind darin nicht enthalten; Schottland: ISD Workforce Statistics 2012 – Daten vor 2006 sind nicht vergleichbar mit denen ab 2007; Wales: StatWales 2012; Nordirland: DHSSPSNI 2012.

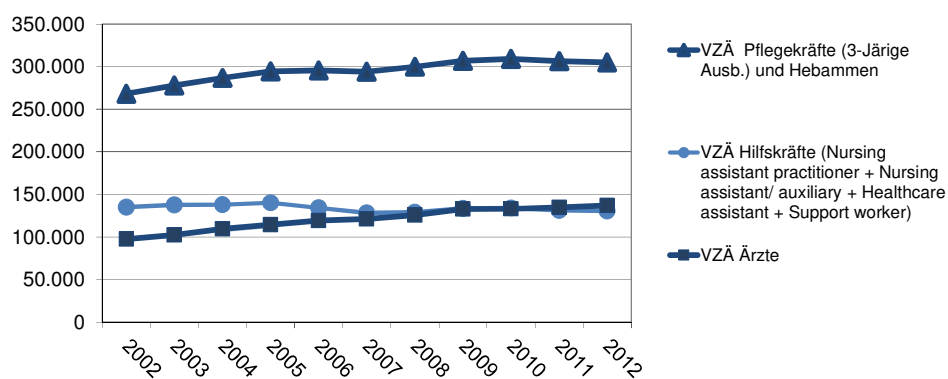
Betrachtet man beispielhaft an England das Verhältnis der Zahl der Pflegekräfte zu den ihnen zugeordneten Hilfskräften, aber auch im Verhältnis zur Zahl der praktizierenden Ärzte, so zeigt sich für den Zeitraum 2002-2012 das in Abbildung 11 dargestellte Bild. Während die Zahl der Ärzte in diesem Zeitraum von 97.415 Vollzeitäquivalenten (VZÄ) auf 136.77 VZÄ und damit um rund 40 Prozent gestiegen ist, veränderte sich die Zahl der VZÄ von Pflegekräften und Hebammen im gleichen Zeitraum von 268.214 auf 305.060 und damit nur um 14 Prozent.

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

⁴¹ URL: <http://www.nhs.uk/explore-by-career/wider-healthcare-team/careers-in-the-wider-healthcare-team/clinical-support-staff/healthcare-assistant/> [Stand 12.08.2015].

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

Abbildung 11: Zahl der Pflegekräfte, Hilfskräfte und Ärzte (Vollzeitäquivalente) in England (2002-2012)



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

Tabelle 7 fasst die Entwicklungen von 2002 bis 2012 noch einmal in einigen Kennzahlen zusammen. Bezogen auf die Bevölkerungsentwicklung in England sind sowohl die Zahl der Ärzte als auch die des Pflegepersonals deutlich langsamer gestiegen, nämlich lediglich von 1,96 auf 2,56 Ärzte je 1.000 Einwohner (30 Prozent) und von 5,40 auf 5,70 Pflegekräfte und Hebammen je 1.000 Einwohner (6 Prozent). Somit gab es 2002 noch 2,75 Pflegekräfte je Arzt, 2012 waren es nur noch 2,23.

Die Zahl der Hilfskräfte – ausgedrückt in Vollzeitäquivalenten – ist von 2002 bis 2012 um 10 Prozent gesunken, von 2,72 je 1.000 Einwohner auf 2,44. Auf jede registrierte Pflegekraft (mit mindestens 3-jähriger Ausbildung) kamen im Jahr 2002 0,5 Hilfskräfte, 2012 waren dies nur noch 0,43 (Tabelle 7). Oder anders ausgedrückt: Der Anteil der 3-jährig qualifizierten und damit beim NMC registrierten Kräfte an allen in der Pflege eingesetzten Kräften ist von 67 Prozent auf 70 Prozent im Jahr 2012 angestiegen.

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

	2002	2012	% 2002-2012
VZÄ Ärzte	97.415	136.770	40 %
je 1.000 Einwohner	1,96	2,56	30 %
Pflegekräfte (3-jährige Ausb.) und Hebammen je 1.000 Einwohner	314.879 (6,3)	346.410 (6,5)	7 % (2 %)
VZÄ Pflegekräfte (3-jährige Ausb.) und Hebammen je 1.000 Einwohner	268.214 (5,4)	305.060 (5,7)	14 % (6 %)
Zahl der Pflegekräfte (3-jährige Ausb.) und Hebammen je Arzt	2,75	2,23	-19 %
VZÄ Hilfskräfte (Nursing assistant practitioner + Nursing assistant/auxiliary + Healthcare assistant + Support worker)	135.063	130.518	-3 %
Hilfskräfte je 1.000 Einwohner	2,72	2,44	-10 %
Hilfskräfte je Pflegekraft mit 3-jähriger Ausbildung	0,50	0,43	-15 %

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

5.3.2.4 Zulassung ausländischer Pflegekräfte

Pflegefachkräfte, die für die allgemeine Pflege verantwortlich sind und in Ländern der Europäischen Union (EU), des sonstigen Europäischen Wirtschaftsraums (EWR) oder der Schweiz ausgebildet wurden, wird ihre Qualifikation aufgrund der EU-Berufsanerkennungsrichtlinie (2005/36/EG)⁴² automatisch anerkannt. In der Richtlinie sind in Artikel 31 Mindestanforderungen für die Ausbildung in der allgemeinen Pflege vorgegeben, die teilnehmenden Staaten müssen die Umsetzung der Vorgabe in ihren jeweiligen Ausbildungsgesetzen und Berufsordnungen gewährleisten. Vorgegeben sind z. B.

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

⁴² Inkl. Änderungen aufgrund der Richtlinie 2013/55/EU vom 20. November 2013.

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

Mit Blick auf erforderliche Sprachkenntnisse gibt die Richtlinie allein vor, dass „*Personen, deren Berufsqualifikation anerkannt wird, [...] über die Sprachkenntnisse verfügen [müssen], die für die Ausübung ihrer Berufstätigkeit im Aufnahmemitgliedsstaat erforderlich sind.*“ (EU-Berufsanerkennungsrichtlinie (2005/36/EG) Artikel 53). Vorschriften zum Niveau der erforderlichen Sprachkenntnisse oder ob (und wie) Nachweise zu erbringen sind, enthält die Richtlinie auch nach ihrer Änderungen im Jahr 2013 weiterhin nicht. Ein Vorschlag der Europäischen Kommission (KOM(2011) 883 endgültig 19/12/2011). Derartiges zu konkretisieren, hatte der Binnenmarktausschuss des EU-Parlaments Ende Januar 2013 abgelehnt (Committee on Internal Market and Consumer Protection 23/01/2013).

Für alle Antragsteller, die nicht aus der Europäischen Union (EU), aus dem sonstigen Europäischen Wirtschaftsraum (EWR) oder der Schweiz stammen und die damit nicht unter die Regelung der EU-Berufsanerkennungsrichtlinie (2005/36/EG) fallen, hat das NMC die Anerkennung von Abschlüssen zu prüfen (*Nursing and Midwifery Order* Art 13). Die Ausbildungsinhalte und die Voraussetzungen müssen dabei vergleichbar mit denen in England sein. Ferner wird für Antragsteller, die aus Ländern kommen, in denen Englisch keine Amtssprache ist, der Nachweis von Englischkenntnissen durch einen IELTS-Test verlangt. Die Mindestanforderung ist heute ein Testergebnis von mindestens 7.0 (dies bedeutet „fortgeschrittene Kenntnisse“).⁴³ Zudem müssen die Antragsteller mindestens ein Jahr Berufserfahrung vorweisen können oder, falls sie schon länger ausgebildet sind, eine Tätigkeit innerhalb des Berufs von mindestens 450 Stunden innerhalb der letzten drei Jahre (NMC 2008b).

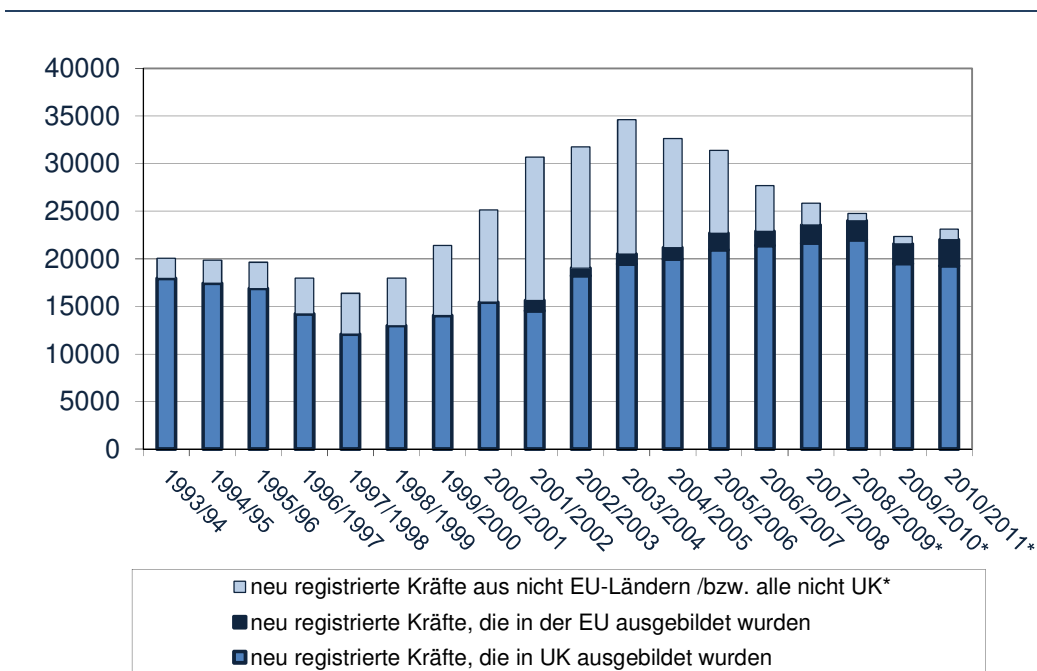
Seit 2005 müssen alle Antragsteller, welche die obigen Anforderungen erfüllen – auch solche aus Australien oder den USA – darüber hinaus ein sogenanntes *Overseas Nurses Programme (ONP)* durchlaufen, bevor sie sich beim NMC registrieren können. Der Kurs umfasst 20 Tage theoretischen Unterrichts sowie je nach Erfahrungshintergrund einen Praxiseinsatz von 3 bis 12 Monaten. Die ONP-Kurse sind wiederum durch das NMC akkreditiert.

In Abbildung 12 ist die Zahl der Zulassungen ausländischer Pflegekräfte aufgeführt. Zur Verdeutlichung des Anteils der Zuwanderung sind auch Neuregistrierte, die eine Ausbildung in Großbritannien abgeschlossen haben, dargestellt. Deutlich wird, dass die Zahl der im Ausland ausgebildeten Pflegekräfte innerhalb der letzten Jahre zuerst einen starken Anstieg verzeichnet hat und dann wieder stark abgesunken ist. Betrug die Zahl der Zuwanderer 1996/97 knapp 4.000 Personen, so hatte sich diese Zahl in gerade einmal fünf Jahren auf 16.000 Personen im Jahr 2001/02 vervierfacht. In diesem Jahr wurden mehr

43 2007 wurden die Anforderungen von 6.5 auf 7.0 angehoben.

ausländische Pflegekräfte als innerhalb der UK ausgebildete durch das NMC zugelassen. Hiernach nahm die Zulassung ausländischer Kräfte kontinuierlich ab. 2008/09 wurden lediglich rund 800 Personen aus Übersee und 2.000 Personen aus dem EWR-Raum zugelassen. Seit diesem Zeitpunkt steigt der Anteil der ausländischen Zulassungen wieder langsam an (Abbildung 12).

Abbildung 12: Anteil ausländischer Pflegekräfte an allen neu registrierten Pflegekräften



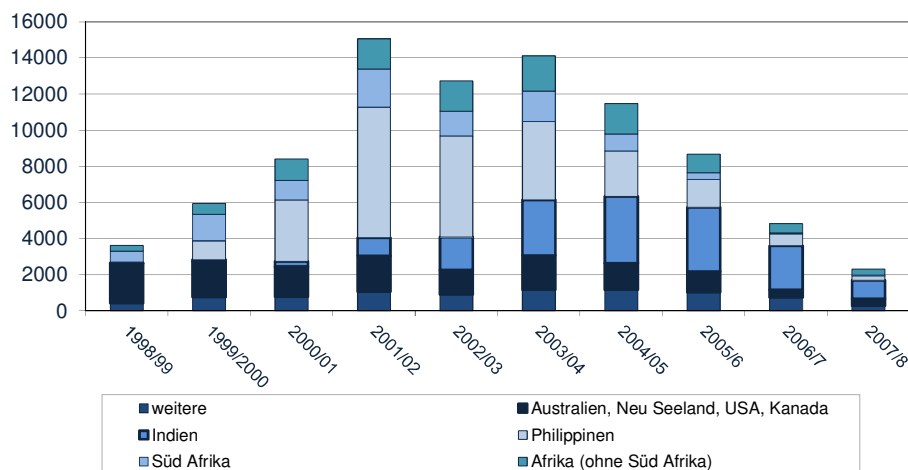
Quelle: eigene Darstellung nach der NMC Statistical Analysis of the Register/*RCN 2013, 2014 (Anmerkung: Erst ab 2001 liegen Daten differenziert nach EU und sonstigem Herkunftsland vor.)

Der erhebliche Rückgang an international rekrutierten Pflegekräften wird jedoch nicht mit einem Rückgang der Nachfrage nach Pflegekräften begründet, sondern vielmehr zum einen mit der Einführung des ONP-Kurses (bzw. den Wartelisten für eine Kursteilnahme und den für die Bewerber verbundenen Kosten des Kurses), und zum anderen mit den veränderten Immigrationsbedingungen. Denn seit 2006 stehen Pflegekräfte nicht mehr auf der *Shortage Occupation List (SOL)* für dringend benötigte Arbeitskräfte (Buchan und Secombe 2006, 2008). Nur noch für Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen mit einer Zusatzqualifikation für neonatologische Intensivpflege (*specialist nurse*

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

Das *Migration Advisory Committee* definiert die *SOL* und damit Berufe, für die es nicht genügend inländische Bewerber unter den Angehörigen der Berufsgruppe gibt, um freie Stellen zu besetzen. Möchte ein Arbeitgeber einen internationalen Bewerber (worunter in diesem Fall Bewerber aus Nicht-EU-Ländern gemeint sind) in einem Berufsfeld einstellen, das auf der *SOL* gelistet ist, so bedarf es hierfür keiner weiteren Formalitäten. Der Bewerber wird die Kriterien für den Erhalt einer Aufenthalts- und Arbeitserlaubnis automatisch erfüllen. Ist der Beruf nicht auf der *SOL* geführt, so dürfen Arbeitgeber zwar dennoch international rekrutieren – sie müssen aber nachweisen, dass sie auf dem heimischen wie auch auf dem EU-weiten Arbeitsmarkt keinen geeigneten Bewerber haben finden können. Die Streichung der Pflege von der *SOL* hat die Rekrutierung internationaler Kräfte damit erheblich erschwert (Buchan und Seccombe 2006, 2008).

Abbildung 13: Pflegekräfte nach Herkunftsland (nicht EWR)



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

Die NHS-Arbeitgeber wurden bei der Rekrutierung von ausländischen Pflegekräften zudem durch das *Department of Health* verpflichtet, den *Code of practice for the international recruitment of healthcare professionals*⁴⁵ einzuhalten. Dieser Code definiert ethische Grundsätze der Rekrutierung und erlaubt das Anwerben aus Entwicklungs- bzw. Schwellenländern nur, wenn ein diesbezüg-

⁴⁴ URL: „Tier 2 Shortage Occupation List Government-approved version valid from 6 April 2015“ https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/423800/shortage_occupation_list_april_2015.pdf [Stand 10.06.2015].

⁴⁵ URL: <http://www.nhsemployers.org/your-workforce/recruit/employer-led-recruitment/international-recruitment/uk-code-of-practice-for-international-recruitment> [Stand 12.08.2015].

liches Abkommen mit diesen Ländern besteht (ein solches besteht allein mit Indien, China und den Philippinen). Insofern verwundert es nicht, dass der größte Anteil der international zugewanderten Pflegekräfte aus Indien und von den Philippinen nach Großbritannien kommt (Abbildung 13).

5.3.3 Aus- und Weiterbildung

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

5.3.3.1 Historische Entwicklung der Ausbildung und Akademisierung der Pflege

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

In den 1970er- und den 1980er-Jahren rückte diese Form der Pflegeausbildung dann zunehmend in die Kritik. In diesem Umfeld rief die Regierung Ende der 1960er-Jahre schließlich die Briggs-Kommission ins Leben, welche wesentlich zur Gründung des UKCC beitrug. Ganz oben auf der Agenda des neu gegründeten UKCC stand somit die Ausbildungsreform, und 1984 nahm eine erste Projektgruppe ihre Arbeit auf. Die Ergebnisse wurden nach zweijähriger Arbeit 1986 in dem Bericht *Project 2000 - A New Preparation for Practice* veröffentlicht (Davies und Beach 2000).

Project 2000 - A New Preparation for Practice

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

als ein „extra Paar Hände“ angesehen würden, also als preiswerte Hilfskräfte. Zudem wurden die reine Ausbildung im Krankenhaus und der damit einhergehende Ausschluss der Lernenden von einer höheren Bildung als Defizit erfasst. Lediglich zwei Drittel eines Jahrgangs schlossen die Ausbildung ab. Dies sei vor dem Hintergrund des demografischen Wandels und dem Rückgang potenzieller Pflegeanwärter nicht akzeptabel (UKCC 1986).

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

- Die Umstellung auf eine einheitliche dreijährige Ausbildung für alle registrierten Pflegekräfte, d. h. die Abschaffung der zweijährigen Ausbildung zur „*Enrolled Nurse*“.
- Die Anhebung des Theorieanteils auf mindestens die Hälfte des Curriculums sowie die Einführung eines sogenannten *Common Foundation Course* und der hieran anschließenden grundständigen Spezialisierungen für die Bereiche Erwachsenen-, Kinder- und psychiatrische Pflege und die Pflege von Menschen mit Behinderung. Die Hebammenausbildung sollte sowohl grundständig als auch durch eine 18-monatige Spezialisierung möglich sein. *Community* und *District Nursing* sowie *Health Visiting* sollten als Weiterbildung konzipiert werden. Die ausbildenden Institutionen sollten durch flexiblere Vorgaben einen größeren Handlungsspielraum erhalten, zudem sollte der Fokus der Ausbildung weniger auf das Krankenhaus, sondern mehr auf die ambulante Versorgung gerichtet werden.
- Zudem sollte die Ausbildung von den Krankenhäusern losgelöst und möglichst in Fachhochschulen und Universitäten verankert werden. Angestrebt wurde jedoch kein vollwertiger Graduiertenstatus, sondern ein Abschluss, der ungefähr einer zweijährigen Ausbildung auf (Fach-)Hochschulniveau entspricht.
- Die Auszubildenden sollten nicht mehr Angestellte, sondern Studierende sein, die eine Ausbildungsförderung („bursary“) erhalten. Sie sollten während der Ausbildung nicht – zum Zweck der Erfüllung des Stellenplans – als Arbeitskräfte mitgezählt werden.
- Stattdessen sollten die vormals durch die Auszubildenden übernommenen Tätigkeiten vermehrt durch vom Arbeitgeber geschulte Hilfskräfte übernommen werden (UKCC 1986).

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

Enrolled Nurses steigen würden. Die Kosten würden nach Schätzungen Price Waterhouse pro Studierenden um 25 Prozent sowie durch die notwendige Erhöhung der Zahl dieser um weitere 50 Prozent steigen (Price Waterhouse 1987, Davies und Beach 2000).

Trotz aller Bedenken – und nach einigen Anpassungen der Vorschläge durch das UKCC (insbesondere sollten Studierende nun doch zu 20 Prozent in den Stellenplan eingerechnet werden) – stimmte die Regierung 1988 dem *Project 2000* zu. Mit Erlass der notwendigen *Statutory Orders* im Jahr 1989 konnten Anfang der 1990er-Jahre schließlich die ersten „Project 2000“-Kurse beginnen (Davies und Beach 2000).

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

Nach Implementierung des Programms „*Project 2000*“ geriet vor allem die Frage nach den Fähigkeiten der neuen Absolventen in den Fokus, wobei sich letztlich zwei „Lager“ gegenüberstanden. Für die einen zeigte die mangelnde Sicherheit der neuen Absolventen in der klinischen Arbeit, dass das *Project 2000* keine ausreichende Praxisfundierung aufweise. Für die anderen war ein solches – wenn auch im Sinne des Arbeitgebers willkommenes – praktisches „Funktionieren“ schon zu Beginn der beruflichen Tätigkeit nicht vorrangig. Sie verwiesen darauf, dass die neuen Berufsanfänger stattdessen mit grundlegenden Fähigkeiten wie eigenständigem Denken und evidenzbasiertem Handeln ausgerüstet seien. Die negativen Einschätzungen der neuen Absolventen seien ein Resultat der (falschen) Erwartungen von Management und Pflegekräften. Empirische Belege für eine schlechtere Qualität der Versorgung durch die neuen Pflegekräfte gäbe es keine (Elkan 1995, Bradshaw und Merriman 2007, Lauder et al. 2008).

Vor diesem Hintergrund wurde 1998 eine Kommission mit Mitgliedern des UKCC, der Leistungserbringer, der Ausbildungsstätten, der Verbraucherschützer und von Regierungsbeamten gegründet, um die Effizienz der neuen Ausbildung zu evaluieren. Alles in allem konzipierte der Report, dass die Pflegekräfte weniger praktische Fähigkeiten mitbrächten und deshalb direkt nach ihrer Ausbildung bei vielen Aspekten eine Supervision benötigten, wobei solche Lücken in der Regel innerhalb des ersten halben Jahres der Berufstätigkeit kompensiert würden. Ein „Funktionieren“ unmittelbar nach Abschluss der Ausbildung würde von Ärzten schließlich auch nicht verlangt. Die Grundsätze des *Project 2000* – nämlich die Heranbildung von „*knowledgeable doers*“, die kritisch, eigenständig und wissenschaftsbasiert analysierten, planten und implementierten – sollten deshalb auch in Zukunft gelten (UKCC 1999).

Ein zentrales Problem – so der Bericht – sei aber die fehlende Verzahnung von Praxis und Theorie. Dies gründe aus der Verlagerung des Unterrichts „in das Klassenzimmer“, aber auch aus der unzureichenden Qualifikation und der – durch Personalengpässe hervorgerufenen – mangelnden Motivation der Mentoren bei den Praxiseinsätzen (UKCC 1999). In der Folge wurden die Ausbildungsstandards überarbeitet und, sodass neu registrierte Pflegekräfte nicht nur

„*fit for practice*“ (befähigt zur Ausübung des Berufs im Allgemeinen) sein mussten, sondern auch „*fit for purpose*“ (befähigt zur Ausübung spezieller praktischer Tätigkeiten). Um dieses Ziel zu unterstützen, wurde der *Common-Foundation*-Kurs auf ein Jahr verkürzt, eine dreimonatige Praxisphase am Ende der Ausbildung eingeführt und neue Standards für Praxismentoren und Lehrer festgelegt (NMC 2004).

Doch auch nach dieser Überarbeitung des *Project 2000* brach die Diskussion um die Fähigkeiten der neu ausgebildeten Pflegekräfte nicht ab, sodass sich das NMC im Jahr 2005 zu einer erneuten Überarbeitung der Standards genötigt sah. Auslöser dafür waren vor allem zwei Studien, die Defizite in der Ausbildung der Mentoren monierten und erhebliche Zweifel an der Reliabilität und der Validität der Beurteilung der studentischen Leistungen äußerten (NMC 2006a).

Eine schriftliche Anhörung von registrierten Pflegekräften, Auszubildenden wie auch Key-Stakeholdern ergab eine deutliche Zustimmung zu durch das NMC vorgeschlagenen Veränderungen. Auf breite Zustimmung stieß u. a. der Vorschlag den Ausbildungseinrichtungen eine größere Kompetenz für die praktische Anleitung und das Assessment zu geben. Ferner sollten nach Einschätzung der Befragten die Auszubildenden mindestens 40 Prozent ihrer Praxiszeit mit ihrem zugeordneten Mentor zusammenarbeiten, die Schulung und die Unterstützung der Mentoren verbessert und diese in einem größeren Maße von ihren üblichen Pflichten freigestellt werden. Ferner wurde vorgeschlagen, dass zu bestimmten Punkten in der Ausbildung speziell hierfür akkreditierte Mentoren („Sign-off-Mentoren“) die Fähigkeiten der Auszubildenden abprüfen (Ball 2006b, NMC 2006a).

Auf dem Weg zum Bachelorabschluss

Bereits zwei Jahre später erfolgt dann die nächste Anhörung des NMC zur Pflegeausbildung. Vorausgegangen war u. a. die Publikation einer Analyse des NMC zur Zukunft der Pflege, welche die steigenden Anforderungen und die veränderten Aufgaben bei gleichzeitig rückläufigem Arbeitskräfteangebot darstellte. Eines der Ergebnisse der Studie war die Einschätzung, dass die sich sowohl horizontal als auch vertikal ausweitenden Aufgaben von Pflegekräften eine weitere Akademisierung der Ausbildung erfordern. Dadurch werde zudem der notwendige fachliche Austausch mit anderen – bereits akademisierten – Gesundheitsberufen erleichtert. Das durch das NMC vorgegebene Ausbildungsniveau entsprach damals jedoch noch einem Niveau von 5 des Europäischen Qualifikationsrahmens (EQR). Verliehen wurde i. d. R. ein *Diploma of Higher Education in Nursing* (DipHE in Nursing), was ungefähr 120 ECTS-Punkten⁴⁶ entspricht. Ein vollwertiger Graduiertenstatus wird jedoch erst mit

⁴⁶ European Credit Transfer and Accumulation.

dem Bachelor⁴⁷ erreicht, also bei Niveau 6 des EQF bzw. bei 180 ECTS-Punkten (Longley et al. 2007).

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

Im Zentrum der Befragungen stand der Wunsch nach einer Anhebung des Ausbildungsniveaus auf das eines Bachelors. Die Einschätzung der Key-Stakeholder und der befragten Bürger unterschieden sich hierbei deutlich. So sprachen sich die 19 Key-Stakeholder wie auch die ca. 300 weiteren Bildungsinstitutionen und NHS-Einrichtungen, die an der Befragung teilnahmen, für die Anhebung der Ausbildung auf Bachelorniveau aus (84 Prozent bzw. 62 Prozent). Als Grund wurde häufig die Notwendigkeit zum kritischen Denken in zunehmend komplexeren Versorgungsstrukturen genannt (alpha research 2008). Die befragten Bürger sprachen sich hingegen mit einer Mehrheit gegen eine Anhebung der akademischen Standards aus (57 Prozent). Aus deren Sicht bedarf es keiner Akademisierung der Ausbildung, um ein Verständnis von komplexen Bedürfnissen und die Fähigkeit zu guter Pflege zu vermitteln (alpha research 2008).

Eine weitere wichtige Frage der Konsultation betraf die Überarbeitung des bisherigen Konzepts der strikten Trennung von Fachrichtungen, also der grundständigen Spezialisierung für eines der vier Gebiete Erwachsenenpflege, Kinderkrankenpflege, psychiatrische Pflege und Pflege von Menschen mit Behinderung. Das Ergebnis hierzu war ambivalent. Alles in allem wurde die Beibehaltung der Spezialisierung favorisiert. Andererseits wurde durchaus ein Bedarf an einer breiteren Vermittlung von fachübergreifenden Fähigkeiten gesehen. Die weitere Frage nach einer verbindlichen Begleitung von Berufsanfängern in einer obligatorischen Phase der Praxisanleitung („*Preceptorship*“) wurde hingegen durch alle befragten Parteien mehrheitlich positiv beantwortet.

Auf der Grundlage der Anhörung beschloss das NMC folgende Prinzipien für die Weiterentwicklung der pflegerischen Erstausbildung:⁴⁸

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

⁴⁷ Im englischen Sprachgebrauch bedeutet *Degree* (kurz für *Bachelor-Degree*) dasselbe wie der kontinentale Titel Bachelor.

⁴⁸ URL: <http://www.nmc-uk.org/Get-involved/Consultations/Past-consultations/By-year/Pre-registration-nursing-education-Phase-1-/Confirmed-principles-to-support-a-new-framework-for-pre-registration-nursing-education/> [Stand 03.05.2013].

von bislang erreichten Ausbildungsinhalten und Fähigkeiten bei Abbruch bzw. Unterbrechung des Studiums;

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

Anschließend erfolgte von 2009 bis 2011 eine zweite Anhörung zur Ausgestaltung dieser Prinzipien. Nach umfangreichen Konsultationen mit Experten und Stakeholdern zur Formulierung von Standards wurden diese mit der Öffentlichkeit und mit Patienten (aber auch mit deren Angehörigen, etwa von demenziell Erkrankten) diskutiert, und zwar wiederum in Form einer Onlinebefragung und in Fokusgruppen.⁴⁹ Das Ergebnis dieser Unterfangen sind die heute gültigen Ausbildungsstandards.

5.3.3.2 Zugangs- und Ausbildungsstandards der Erstausbildung

Ab 2013 führen nur noch Ausbildungsgänge auf Bachelorniveau, also mit einem Niveau von 180 ECTS (und damit einem EQR-Niveau von 6), zur Zulassung beim NMC (NMC 2010). Die Dauer der Bachelorstudiengänge ist auch nach Anhebung der Anzahl der ETC-Punkte von 120 auf 180 bei drei Jahren geblieben⁵⁰. Die Zugangsvoraussetzungen zur Pflegeausbildung sind damit sowohl indirekt durch deren Verortung auf (Fach-)Hochschulniveau als auch explizit durch die *Nursing and Midwifery Order* reguliert. Ersteres bewirkt, dass generell eine 12-jährige Schulbildung auf A-Level-Niveau (vergleichbar mit unserem (Fach-)Hochschulabschluss vorausgesetzt wird. Letzteres überträgt die Definition von Ausbildungsinhalten wie auch der Zugangsvoraussetzungen an das NMC. Das NMC hat diese in Form von *Standards for pre-registration nursing education* ausformuliert (NMC 2010).

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

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

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

sung die Richtlinie *Accreditation of prior learning* (APL) zu beachten (NMC 2010).

Die Ausbildungsstandards werden auf drei Ebenen definiert. Das NMC definiert dabei Struktur- und Prozessstandards, welche durch die ausbildenden Institutionen sicherzustellen sind, Kompetenzen bzw. Lernziele, welche die Auszubildenden erwerben bzw. erreichen müssen und Standards bei der Unterstützung der Lernenden in den Praxissettings (NMC 2010).

Ergänzend hierzu sind die Standards zur Unterstützung der Lernenden in den Praxissettings formuliert. Jeder Student ist einem Mentor zugewiesen, der im gleichen Teil des Registers registriert ist wie der Auszubildende. Dieser soll mindestens 40 Prozent der Zeit mit seinem Mentor zusammenarbeiten. Nach jedem Praxiseinsatz (*Placement*) müssen die praktischen Lernerfahrungen schriftlich in einem sogenannten „*Ongoing achievement record*“ festgehalten werden, der beim nächsten Praxiseinsatz fortgeführt wird (NMC 2008c).

Mentoren sind Pflegekräfte, die mindestens ein Jahr Berufserfahrung sowie eine durch das NMC anerkannte Fortbildung durchlaufen haben. Im letzten Praxiseinsatz sollen die Fähigkeiten dann durch sogenannte Sign-off-Mentoren abgeprüft werden. Diese müssen auf einer entsprechenden (regionalen) Liste der Praxiseinsatzanbieter erfasst sein und alle drei Jahre ihre Zulassung als Sign-off-Mentor durch den Nachweis spezieller Fortbildungen erneuern (NMC 2008c).

5.3.3.3 Regulierung der Weiterbildung und Schutz der „Advanced Practice“

Anders als zum Beispiel in den USA⁵¹ ist *Advanced Practice Nursing* in Großbritannien bis heute keine geschützte Berufsbezeichnung. Das bedeutet, dass Pflegekräfte oder Arbeitgeber diesen Begriff in ihrem Ermessen verwenden dürfen. Eine Ausnahme stellt die Erlaubnis zur Verordnung von Arzneimitteln dar, auf die im Folgenden gesondert eingegangen werden wird.

Auf der Ebene von postgraduierten Weiterbildungen formuliert das NMC lediglich für die sogenannten *Specialist Community Nurses* Ausbildungs- und Praxisstandards. Die in seinem Register vermerkten Titel *Specialist Community Public Health Nurse* mit den jeweiligen Spezialisierungen *Family Health Nurse*, *Health Visitor*, *Occupational Health* bzw. *School Nurse* sind damit geschützte Berufsbezeichnungen.

Dies sind die Voraussetzungen, um eine der Qualifikationen zu erlangen:

- Registrierung als Pflegekraft,
- ausreichende Berufserfahrung als registrierte Kraft,
- Nachweis erweiterter Qualifikationen.

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

⁵¹ Siehe Hamric, et al. 2009.

Vollzeit oder berufsbegleitend. Die Studiengänge haben mindestens zu 50 Prozent aus Theorieanteilen zu bestehen, sie müssen einen grundständigen Teil beinhalten und zusätzlich Schwerpunktfächer aufweisen. Ferner werden für die jeweiligen Spezialisierungen spezifische Lernziele benannt (NMC 2001).

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

Advanced Nursing Practice

Hiervon zu unterscheiden ist die Diskussion um *Advanced Nursing Practice*. Anfang der 1990er-Jahre erfolgten die ersten Initiativen des UKCC, Tätigkeitsfelder von Pflegekräften neu zu definieren. Im Kontext sich wandelnder Aufgaben und unterstützt durch Bestrebungen der Regierung, die Arbeitszeit von Stationsärzten wie auch Wartezeiten (z. B. bei *Minor Injuries*) zu verkürzen, erfolgte 1992 ein Umdenken in Bezug auf die Tätigkeitsprofile von Pflegekräften (Daly und Carnwell 2003, Hinchliff und Rogers 2008).

Waren zuvor Zertifikate nötig, um Tätigkeiten wie z. B. Blutabnahme, i.v.-Medikamentengabe etc. auszuüben, so wurde nun die professionelle Verantwortung der Pflegenden definiert. Pflegekräften wurde die Verantwortung übertragen – heute ist dies Bestandteil des Berufskodex – sich kontinuierlich weiterzubilden und nur Tätigkeiten zu übernehmen, für die sie ausreichendes Wissen und Erfahrung mitbringen. Deutlich stellte das UKCC heraus, dass es nicht alleine auf Zertifikate ankomme, sondern vielmehr die einzelne Pflegekraft Verantwortung für ihren Tätigkeitsumfang trage (UKCC 1992, S. 9).

Von einer weiteren Konkretisierung wie auch einer generellen Regulierung von *Advanced Nursing* nahm das UKCC 1997 jedoch zunächst Abstand (UKCC 2002). Das RCN hingegen veröffentlichte bereits 1996 Standards für *Advanced Nursing Practice*. Ferner wurden auch Ausbildungsstandards definiert, sodass eine Akkreditierung von Advanced-Practice-Kursen durch das RCN möglich wurde (Hinchliff und Rogers 2008, RCN 2012).

Die Erweiterung des pflegerischen Aufgabenspektrums wurde zudem durch die Regierung vorangetrieben. Im „NHS Plan“ wurde formuliert, dass die Karriereöglichkeiten innerhalb des NHS verbessert, die Vergütung stärker erfahrungs- und wissensbasiert sowie die Professionsgrenzen durchlässiger gestaltet werden sollten. Explizit wurden zudem NHS-Arbeitgeber verpflichtet, Pflegekräften das Anordnen von Untersuchungen (Labor, Röntgen etc.), das Verordnen von Medikamenten, das Anordnen von Konsilen sowie das eigenständige Entlassen von Patienten zu ermöglichen (Stationery Office 2000).

Tatsächlich weitete sich der Umfang der *Advanced Nursing Practice* seit Anfang der 1990er-Jahre erheblich aus. Hinzu kamen Berufsbezeichnungen wie *Clinical Nurse Specialist* (CNS), *Nurse Practitioner* (NP), *Advanced Nurse Practitioner* (ANP), *Higher Level Practitioner* (HLP) und *Nurse Consultant* (NC) (Ball 2006a). Klare Rollenabgrenzungen oder Qualifikationsanforderun-

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

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

Während die teilnehmenden Individuen dies mit einer überwältigenden Mehrheit befürworteten, waren die Einschätzungen der befragten Organisationen ambivalent. Zwar drückten alle ihre Besorgnis über die Vielzahl an Titeln und Arbeitsfeldern aus. Gleichzeitig wurde jedoch infrage gestellt, ob eine Regulierung durch das NMC tatsächlich das beste Instrument sei, die ANP sicher zu gestalten. Einerseits bestünde die Gefahr, dass eine Regulierung auf nationaler Ebene zu unflexibel sei. Andererseits wurde auf die Gefahr hingewiesen, dass auch trotz des Schutzes des Titels „Advanced Nursing“ für Arbeitgeber die Möglichkeit bestünde, weiter Titel zu „kreieren“. Auch wurde das Kosten-Nutzen-Verhältnis hinterfragt und eine stärkere Verantwortung der Arbeitgeber anstelle der Einbindung des NMC präferiert (Ball 2005b).

Dennoch entschied sich das NMC auf der Grundlage dieser Anhörung, ein Framework für *Advanced Nursing* zu schaffen (Ball 2005b). Um das Register erweitern zu können, bedurfte es jedoch dessen Anpassung durch das *Privy Council* (siehe hierzu auch Abschnitt 5.3.2.1). Ein diesbezüglicher Antrag wurde Anfang 2006 an das *Privy Council* gestellt, von diesem jedoch nicht umgesetzt, obwohl damals sowohl im White Paper „*Trust, Assurance and Safety*“ als auch im Bericht über die Zukunft der Pflege (siehe auch Abschnitt 5.2.1) die Einführung von Standards und in Letzterem auch explizit die Registrierung von ANP empfohlen worden war (Stationery Office 2007, The Prime Minister's Commission 2010).

Im Jahr 2010 publizierte dann das *Department of Health* (DH) eine Liste von Standards für das *Advanced Level Nursing*. Ziel war eine Vereinheitlichung der Verwendung des Begriffs *Advanced Level Practice*. Die formulierten 28 Standards sollten als Orientierung für Patienten, Arbeitgeber und andere Gesundheitsberufe dienen. Unter Einbeziehung der bestehenden, damals noch durch das RCN formulierten Standards wurde beschrieben, in welchem Umfang welche Kompetenzen für einen *Advanced Level* vorauszusetzen sind (DH 2010).

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

Regulierung nicht notwendig sei (CHRE 2009). *Advanced Practice* sei vielmehr als normale berufliche Entwicklung zu verstehen. Zudem seien die verkammerten Gesundheitsfachberufe schon heute durch ihre jeweiligen Berufsordnungen dazu verpflichtet, ihre Kompetenzen nicht zu überschreiten. Gleichzeitig hätten jedoch insbesondere auch die Arbeitgeber die Verantwortung, die Qualität der bei ihnen tätigen *Advanced Practitioners* zu überwachen (CHRE 2009).

Die durch das CRHE formulierte Einschätzung wird nach dem Regierungswechsel 2010 auch im Command Paper „Enabling Excellence“ aufgegriffen. Darin wird die berufliche Regulierung als zu wenig regional und vor allem zu wenig arbeitgeberbezogen und flexibel bewertet. Deutlich wird die Verantwortung der Arbeitgeber hervorgehoben. Ziel müsse es sein, Aufsicht und Sanktionen möglichst im Arbeitsumfeld zu verankern. Weitere Regulierungen von *Advanced Practice* durch die beruflichen Selbstverwaltungen würden aus Sicht der Regierung nur befürwortet, wenn ein verbesserter Schutz der Öffentlichkeit nachweisbar und dieser Nutzen in einem vertretbaren Verhältnis zu den hierdurch verursachten Kosten stehe (Stationery Office 2011).

Nurse Prescribing

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

Bereits Mitte der 1980er-Jahre empfahlen zwei Untersuchungen im Auftrag des *Department of Health* – der Cumberlege Report (1986) und der Crown Report (1989) – im ambulanten Primärversorgungskontext (Community Setting) auch Pflegekräften das Verordnen von Arzneimitteln zu ermöglichen. 1992 folgte die gesetzliche Umsetzung dieser Empfehlung durch den *Medical Prescription by Nurses etc. Act*. Nach erfolgreicher Evaluation erster Pilotverfahren war es dann ab 1998 allen *District Nurses* und *Health Visitors* möglich, Arzneien und Medizinprodukte, die auf der *Nurse Prescribers Formulary* als Anhang des *British National Formulary*⁵² veröffentlicht wurden (z. B. Wundpflaster, Katheter und Stoma-Produkte), zu verordnen (McHale und Tingle 2007, Cooper et al. 2008).

1999 folgte dann eine weitere Untersuchung im Auftrag des *Department of Health*, der sogenannte „zweite Crown Report“. Dieser empfahl, das Verordnen noch weiteren nicht medizinischen Berufsgruppen zu ermöglichen, etwa Apothekern und auch Pflegekräften im Krankenhaus oder in anderen Versorgungskontexten. Verordnungen sollten jedoch beschränkt sein auf spezifische medizinische und innerhalb des Tätigkeitsrahmens der Pflegekraft liegende therapeutische Felder. Auch Betäubungsmittel sollten von der Verordnungsfähigkeit

52 Das BNF (British National Formulary) definiert alle im Sinne des NHS verordnungsfähigen Arzneien im Sinne einer Positivliste. Siehe <http://www.bnf.org/bnf/index.htm>.

durch Apotheker/Pharmazeuten und Pflegekräfte ausgenommen werden. Zudem wurde empfohlen, zwischen *Independent Prescribers* und *Dependent Prescribers* (später *Supplement Prescribers* genannt) zu unterscheiden. Erstere sollen befugt sein, selbstständige Assessments, Diagnosen und Behandlungsregimes zu erstellen. Letztere sollten das Management des Patienten übernehmen und die weitere Behandlung im Sinne des Protokolls veranlassen, wenn Diagnose und Versorgungsplan durch einen Arzt erstellt worden waren (DH 1999).

Diese Empfehlungen wurden im Rahmen des *Health and Social Care Act 2001* aufgegriffen, sodass von 2001 an alle Pflegekräfte – und nicht mehr nur *District Nurses* und *Health Visitors* – mit einer entsprechenden, durch das NMC anerkannten Qualifikation verordnen durften. Ab 2002 gab es für Pflegekräfte die Möglichkeit, nach einer sogenannten *Nurse Prescribers Extended Formulary (NPEF)* Arzneien aus vier spezifischen klinischen Gebieten zu verordnen. Im Jahr 2005 wurde das Verordnen dann auch für weitere nicht medizinische Berufsangehörige – wie Physiotherapeuten, Podologen und Optiker – möglich (McHale und Tingle 2007, Cooper et al. 2008).

Positive Evaluierungen wie auch eine Anhörung durch das *Joint Department of Health and the Medicines and Healthcare Products Regulatory Agency (MHRA)* führten zu einer weiteren Öffnung der Verschreibungserlaubnis von *Independent Prescribers* (Latter et al. 2005, Latter et al. 2010). Diese durften laut der Verordnung *The Medicines for Human Use (Prescribing) (Miscellaneous Amendments) Order 2006* fast alle Arzneien des BNF verordnen, die innerhalb ihrer klinischen Kompetenz lagen. 2012 wurde schließlich auch die Einschränkung der Verordnungsfähigkeit bei Betäubungsmitteln aufgehoben (*Misuse of Drugs (Amendment No.2) (England, Wales and Scotland) Regulations 2012*).

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

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

2008 hatten rund 50.000 Pflegekräfte – dies sind rund 7 Prozent aller registrierten Kräfte – eine beim NMC eingetragene Qualifikation, die sie zum Verordnen berechtigt. Seit 2005 ist die Zahl der Pflegekräfte mit Verordnungserlaubnis damit um 30 Prozent gestiegen (Tabelle 8). Jedoch ist das Volumen der tatsäch-

lichen Verordnung eher gering – 2006 wurden nur 0,8 Prozent aller Verordnungen (items) durch Pflegekräfte ausgestellt (Cooper et al. 2008).

Tabelle 8: Pflegekräfte mit der Erlaubnis zur Verordnung von Arzneimitteln

Prescribing Qualification	2005	2006	2007	2008*
Community Practitioner Nurse Prescriber	31.914	33.069	34.000	33.843
Nurse Independent / Sup- plementary Prescriber	4.151	7.181	10.750	13.965
Nurse Independent Prescriber	1.618	1.653	1.648	1.620
Total	37.683	41.903	46.398	49.428

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

5.3.3.4 Akkreditierung von Ausbildungsstätten und Zahl der Ausbildungsplätze

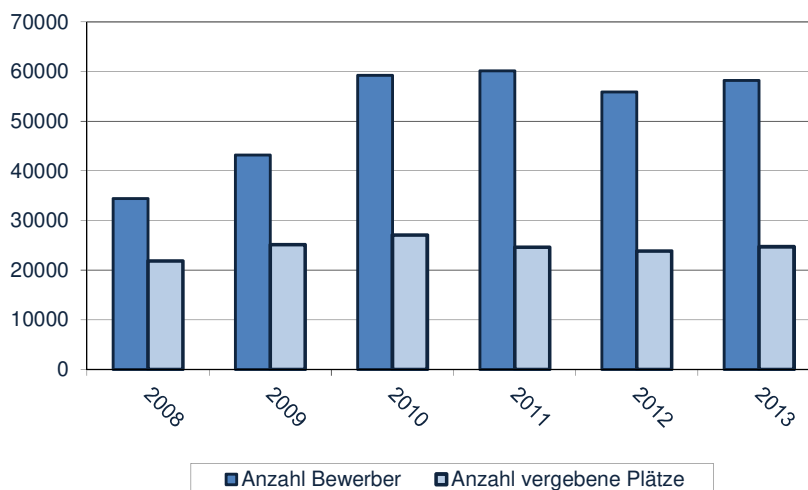
Ausbildungsstätten bedürfen der Zulassung durch das NMC (*Nursing and Midwifery Order Art. 6 (6)*). Das NMC kann zudem Visitationen bei den Ausbildungsstätten durchführen, um die Einhaltung der Standards zu kontrollieren. In der Konsequenz können Mängel auf diesem Gebiet oder ein anderer Tatbestand,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

Die Zahl der Ausbildungsplätze ist jedoch nicht durch das NMC definiert, sondern wird letztlich durch das *Department of Health* gesteuert (Buchan und Seccombe 2011). Das System des sogenannten *Workforce Planning* hat hierbei eine Vielzahl von Reformen durchlaufen (Imison et al. 2009). Die Planung und die Ausführung sollen zukünftig durch die Behörde *Health Education England* (HEE) und durch die *Local Education and Training Boards* (LETBs) erfolgen. Ersteres ist eine dem *Department of Health* unterstehende Behörde, Letztere sind regionale Gremien (DH 2012). Wissenschaftlich unterstützt werden diese Einrichtungen durch das *Centre for Workforce Intelligence* (CfWI). Das HEE übernimmt die strategische Planung der Ausbildung auf nationaler Ebene und ist verantwortlich für das insgesamt rund 5. Mrd. Pfund umfassende Ausbildungsbudget des NHS (dies umfasst die jährlichen Kosten aller Gesundheitsberufe). Die *Local Education and Training Boards* sind regionale Gremien, in denen u. a. Arbeitgeber, Ausbilder und Politiker vertreten sind. Die beruflichen Selbstverwaltungsorganisationen haben keine direkte Funktion im Planungsprozess, sind aber in Form von „Arbeitsbeziehungen“ eingebunden (DH 2012). Das Angebot an Ausbildungsplätzen ist aus Sicht von Buchanan und Seccombe (2010) im Wesentlichen ein Resultat der finanziellen Ressourcen, die durch die Regierung und weitere Policy-Akteure hierfür bereitgestellt werden.

Im Jahr 2013 wurden in Großbritannien insgesamt 25.000 erstqualifizierende Studienplätze (Undergraduate) vergeben. Aus der Statistik der zentralen Stu-

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

Abbildung 14: Anzahl der Bewerber (In- und Ausland) und der vergebenen Pflege- und Hebammen-Ausbildungs- bzw. Studienplätze in Großbritannien (2008-2013)



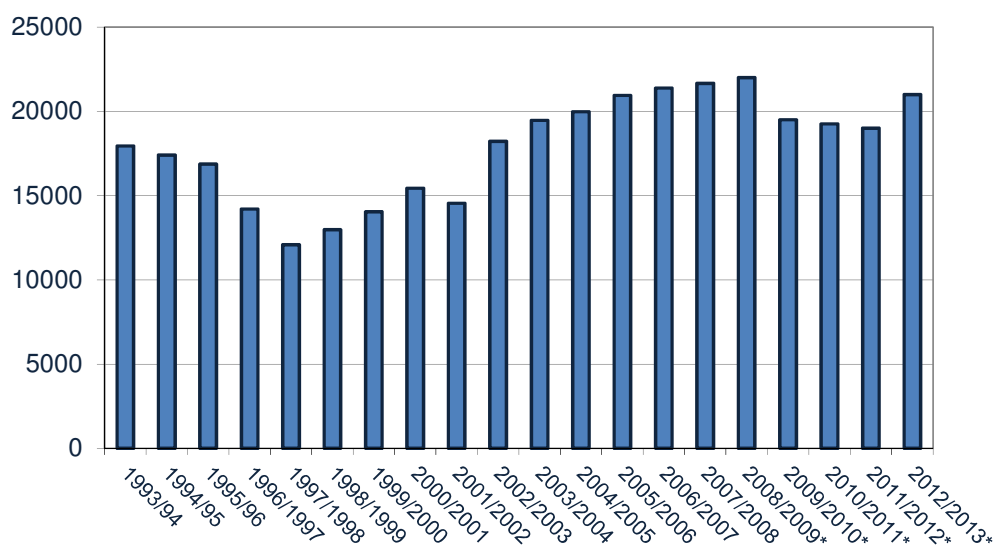
Quelle: UCAS-Annual data files (Subject line Nursing B7)

Längere Zeitreihen zur Entwicklung der Zahl der Ausbildungsplätze sind auf Grundlage der Statistik der zentralen Studienvergabe UCAS nicht möglich, da diese erst ab 2008 Gesamtangaben zu Diploma- und Degree-Kursen erfasst. Bis dahin unterlag die Vergabe der Diploma-Kurse dem *Nursing and Midwifery Advisery Service* (NMAS). Hilfsweise kann jedoch die Statistik über Neuzugänge zum Berufsregister herangezogen werden, welche die im Inland qualifizierten Pflegekräfte gesondert erfasst.

Abbildung 15 zeigt den Verlauf der Erstzugänge nach einer Ausbildung innerhalb von Großbritannien. Deutlich zu sehen ist der Einbruch Ende der 1990er-Jahre, gefolgt von einer starken Zunahme der ausgebildeten Kräfte bis 2008/09. Die Jahre von 2009/10 bis 2011/12 zeigen jedoch wiederum einen Rückgang, wobei die Neuzugänge im Jahr 2012/13 bereits wieder stark gestiegen sind. Betrachtet man die gesamten letzten 20 Jahre, so ist festzustellen, dass die Zahl der Neuzugänge 2011/12 nur leicht über dem Niveau von 1993/94 lag. Eine 10-Jahres-Betrachtung zeigt aufgrund des Einbruchs Ende 1990er-Jahre hingegen Zuwächse im zweistelligen Bereich.

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

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



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

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

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

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

Memorandums of Understanding schriftlich ausformuliert. Hervorzuheben ist hier die Kooperationsvereinbarung mit der *Care Quality Commission (CQC)*⁵³, die als nachgelagerte Behörde („arm’s-length“ body) des Department of Health fungiert. Die CQC ist die Aufsichtsbehörde der NHS wie auch der privaten Leistungserbringer im Gesundheits- und Sozialwesen ((Boyle 2011)). Als nachgelagerte Behörde ist die CQC damit indirekt in die Policy-Entwicklungen des Gesundheitsministeriums (*Department of Health*) eingebunden. Die Kooperationsvereinbarung verpflichtet beide Partner, Missstände, die in den Verantwortungsbereich des jeweils anderen fallen, an diesen zu melden. Darüber hinaus wurden „runde Tische“ mit weiteren Stakeholdern zu Regulierungs- und allgemeinen Public-Policy-Fragen eingerichtet. Ferner findet einmal jährlich eine Anhörung (*Accountability Hearing*) im Gesundheitsausschuss (*Health Committee*) statt, in welchem jedoch primär Sachstandsberichte über die Aktivitäten des NMC sowie Anpassungen des *Nursing and Midwifery Order* auf der Tagesordnung stehen.⁵⁴

Bezüglich der Mitwirkung an untergesetzlicher Normgebung gibt das NMC folgende Aktivitäten an⁵⁵: Eingebunden ist das NMC in die Anhörung einer geplanten Reform der Regulierung von Gesundheitsberufen. Bereits seit 2010 wird eine Überarbeitung der Regulierung der Gesundheitsberufe durch die Regierung geprüft. Diskutiert wird, wie die Gesetzesgrundlagen der heute bestehenden 9 Berufskammern vereinheitlicht bzw. in einer Gesetzgebung zusammengefasst werden könnte. Ziel ist es, die Zusammenarbeit der Regulierungskörperschaften zu verbessern, die Regulierung flexibler zu gestalten (also den Kammern mehr Gestaltungsrechte zuzugestehen), überlappende Tätigkeiten wie auch Aufgabenzuschnitte abzubauen und damit die Effizienz der Arbeit zu erhöhen (Law Commission 2012). Darüber ist das NMC Mitglied der *Alliance of UK Health Regulators on Europe* (AURE). Dieser Zusammenschluss der 9 Berufskammern dient dazu, auf EU-Ebene Einfluss auf die Gestaltung der Europäischen Anerkennungsrichtlinie zu nehmen (NMC 2014). Darüber hinaus finden sich noch einige wenige weitere Positionspapiere zu aktuellen Diskussionen in der Gesundheitspolitik des Landes.⁵⁶ Im Fokus stehen aber auch hier Diskurse mit sehr engem Bezug zu Regulierungsfragen. Zum Beispiel wird in der Diskussion um eine Personalmindestausstattung (*Safe Staffing Level*) keine Stellung bezogen, sondern stattdessen darauf verwiesen, dass eine Bemessung und Festlegung solcher nicht Aufgabe der beruflichen Regulierung und damit des NMC sei.⁵⁷

⁵³ URL: <http://www.nmc.org.uk/about-us/who-we-work-with/mous/> [Stand 12.08.2015].

⁵⁴ URL: <http://www.nmc.org.uk/about-us/who-we-work-with/> oder auch die NMC-Jahresberichte unter: URL: <http://www.nmc.org.uk/about-us/reports-and-accounts/> [Stand 12.08.2015].

⁵⁵ URL: <http://www.nmc.org.uk/about-us/policy/> [Stand 12.08.2015].

⁵⁶ URL: <http://www.nmc.org.uk/about-us/policy/position-statements/> [Stand 12.08.2015].

⁵⁷ URL: <http://www.nmc.org.uk/globalassets/sitedocuments/press/safe-staffing-position-statement.pdf> [Stand 12.08.2015].

6 Die berufliche Regulierung von Pflegekräften in Schweden

Regulierungsrahmen

Das schwedische Gesundheits- und Pflegesystem ist im hohen Maße dezentralisiert. Parlament und Regierung geben lediglich die gesetzlichen Rahmenbedingungen vor, deren konkrete Ausgestaltung obliegt aber den Provinzial-Landtagen (*landsting*) und den Kommunen (*kommun*). Vereinfacht ausgedrückt sind die Provinzen zuständig für die Gesundheitsversorgung und die Kommunen für Gesundheits- und Sozialleistungen für Menschen mit Pflegebedarf oder einer Behinderung. Die konkrete Ausgestaltung der Versorgung obliegt folglich den 21 Provinzen und den 290 Kommunen, die in der *Swedish Association of Local Authorities and Regions* (SALAR) zusammengeschlossen sind (Anell et al. 2012, Baroni und Axelsson 2012).

Die Erarbeitung der gesetzlichen Rahmenbedingungen obliegt dem Ministerium für Gesundheit und Soziales [*Socialdepartementet*]. Unterstützt wird es hierbei durch eine Reihe von nachgelagerten Behörden. Hervorzuheben ist das *National Board of Health and Welfare* [*Socialstyrelsen*], welches eine Vielzahl von Funktionen übernimmt. Neben Aufsichtstätigkeiten umfasst dies die Bereiche Entwicklung von Normen und Standards, Beratung, Datenbereitstellung, Analysen sowie weitere Informationstätigkeiten (Anell et al. 2012).

Finanzierung

Die Finanzierung des Gesundheitssystems erfolgt zu rund 80 Prozent durch öffentliche Gelder, welche die Provinzen und Kommunen in Form von Einkommenssteuern einnehmen (Tabelle 9). 70 Prozent der Gesundheitsausgaben gehen hierbei auf Steuereinnahmen der Provinzen, 8 Prozent auf solche der Gemeinden und nur 2 Prozent auf nationale Steuereinnahmen zurück. Die privat erhobenen Finanzmittel generieren sich aus Zuzahlungen der Patienten, die u. a. fällig werden bei Arztbesuchen (11-22 €, bzw. 25-35 € bei Spezialfachärzten), bei Krankenhausaufenthalten (9 € pro Tag) und bei Arzneiverordnungen (bis max. 244 € pro Jahr) (Anell et al. 2012). Insgesamt (öffentlich und privat) entfielen im Jahr 2011 rund 9 Prozent des BIP auf Gesundheitsausgaben (Tabelle 9). Hinzu kommen weitere 3,71 Prozent des BIP, welche für *Social Care* aufgewandt werden. Dies umfasst jedoch neben den Ausgaben für die Langzeitpflege auch solche für Menschen mit Behinderung und andere psychisch oder chronisch Kranke unter 65 Jahre.

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

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

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

Organisation und Versorgungsstrukturen des Gesundheitswesens

Der *Health and Medical Service Act (1982:763)* [Hälsa-och sjukvårdslag] übertrug den insgesamt 21 Provinzen die Verantwortung für die Gesundheitsversorgung der in der jeweiligen Region lebenden Bevölkerung. In der Regel sind die Provinzen nochmals in Regionen unterteilt, manchmal sind auch Primär- und spezialisierte Versorgung organisatorisch voneinander getrennt oder sogenannte Purchaser-Provider-Splits implementiert. Alles in allem lässt der *Health and Medical Service Act* erheblichen Spielraum für die Ausgestaltung der konkreten regionalen Organisations- und Versorgungsformen. In der Regel wird die Primärversorgung in Gesundheitszentren, die spezialfachärztliche sowie die akut-stationäre Versorgung in Krankenhäusern erbracht (Baroni und Axelsson 2012).

Die Zahl der Krankenhausbetten ist seit den 1970er-Jahren kontinuierlich gesunken. Einen Schub erhielt diese Entwicklung Anfang der 1990er-Jahre, als im Zuge von Reformen die Ambulantisierung der Versorgung gestärkt und die Verantwortung für die Langzeitpflege an die Kommunen übertragen wurde. Im Jahr 2009 gab es insgesamt rund 70 Provinzkrankenhäuser und 7 überregionale, universitäre Krankenhäuser der Maximalversorgung (Anell et al. 2012). Die Zahl der Betten belief sich auf rund 200 pro 100.000 Einwohner, was im europäischen Vergleich unterdurchschnittlich ist. Neben der Zahl der Betten ist auch die Verweildauer kontinuierlich gesunken. Sie liegt heute mit rund 5 Tagen (bei Akut-Krankenhäusern) ebenfalls deutlich unter dem europäischen Durchschnitt.

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

Personal (vorwiegend Pflegekräften). Die Gesundheitszentren übernehmen jedoch keine Gatekeeping-Funktion, sodass die Patienten auch spezielle Fachärzte eigenständig aufsuchen können. Die spezialfachärztliche Versorgung ist hierbei an die Krankenhäuser angegliedert und wurde seit den Strukturreformen Anfang der 1990er-Jahre ausgebaut (Anell et al. 2012).

Organisation und Versorgungsstrukturen des Pflegewesens

Die Versorgung von Menschen mit Pflegebedarf, Behinderungen oder psychischen Erkrankungen obliegt den 290 Kommunen. Diese umfasst einerseits die medizinische Versorgung – dies ist im *Health and Medical Service Act (1982:763)* [Hälso- och sjukvårdslag] verankert –, andererseits die Bereitstellung von Eingliederungshilfen, Betreuungsangeboten und weiteren Sozialleistungen. Dies ist u. a. festgelegt im *Social Service Act* [Socialtjänstlag (2001:453)] sowie im *Act concerning Support and Service for Persons with Certain Functional Impairments* [Lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade].

Bis zur sogenannten ÄDEL-Reform 1992 sowie der Reform der Behindertenhilfe und der psychiatrischen Versorgung Mitte der 1990er-Jahre waren die Provinzen für diese Leistungen verantwortlich. Ziel der Übertragung dieser an die Kommunen war eine bessere Verzahnung mit den übrigen Sozialleistungen sowie eine bessere Ausrichtung der Angebote an den lokalen Bedarfen (Anell et al. 2012, Baroni und Axelsson 2012).

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

Der Fokus der Langzeitpflege ist dabei seit der ÄDEL-Reform auf die ambulante Versorgung gerichtet. Jeder zehnte Heimplatz ist in den letzten 10 Jahren abgebaut worden, die Inanspruchnahme der häuslichen Hilfen und der häuslichen Pflege hat entsprechend zugenommen. Insgesamt wurden 16 Prozent der über 80-Jährigen in Pflegeheimen und 26 Prozent durch ambulante Dienste versorgt. Die durchschnittlichen Gesamtausgaben für Langzeitpflege (für Personen über 65 Jahre, inkl. Pflege für psychisch Kranke und Menschen mit Behinderung) betragen 2008 3,6 Prozent des BIP, was im europäischen Vergleich sehr hoch ist. Das schwedische System setzt dabei überwiegend auf formelle Pflegeangebote, die informelle Pflege wird jedoch zunehmend ausgebaut, insbesondere durch Entlastungsangebote (Fukushima et al. 2010, Baroni und Axelsson 2012, Heintze 2012).

6.1 Gesetzliche Grundlagen und institutionelle Ausgestaltung der beruflichen Regulierung

6.1.1 Historische Entwicklung

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

Neben der beruflichen Regulierung werden im *Patient Safety Act* die Pflichten der Leistungsanbieter in Bezug auf den Patientenschutz und die Aufsicht über das Gesundheits- und Sozialwesen durch das *Socialstyrelsen* [*National Board of Health and Welfare*] definiert.

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

- *Lag (1960:409) om förbud i vissa fall mot yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område:*
Bereits 1915 wurden die ersten gesetzlichen Regeln eingeführt, die definierten, wer als „Arzt“ fungieren und welche Krankheiten er behandeln darf. Aber erst im *Lag (1960:409) om förbud i vissa fall mot yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område* wurde die Ausführung professioneller Dienstleistungen im Gesundheitswesen näher festgelegt. Auch wurde die Berufsbezeichnung Arzt geschützt und ärztliche Vorbehaltstätigkeiten (wie Operieren, Betäuben, Verschreiben von Medikamenten und Behandlung bestimmter Infektionskrankheiten) expliziert (SOU 2008:117).
- *Lag (1984:542) om behörighet att utöva yrke inom hälso- och sjukvården m.m.:*
Dieses Gesetz regulierte die Zulassung und die Erlaubnis der Ausübung eines Berufs im Gesundheitswesen – auch der Pflegeberufe.
- *Lag (1994:953) om åligganden för personal inom hälso- och sjukvården (ÅL) sowie Lag (1994:954) om disciplinpåföljd m.m. på hälso- och sjukvårdens område (DL):*
Diese Gesetze definieren die Pflichten von Personen, die im Gesundheitswesen tätig sind, und die disziplinarischen Folgen bei Verstößen.
- *Lag (1996:786) om tillsyn över hälso- och sjukvården (TL)*
Das Gesetz zur Überwachung des Gesundheitswesens führte die Meldepflicht aller im Gesundheitswesen tätigen Personen beim National Board of Health and Welfare ein. Ebenso wurden Geldbußen bei Unterlassung der Meldung eingeführt und dem NBHW weitergehende Informations- und Aufsichtsrechte übertragen. Die Veränderungen waren

notwendig geworden, da in mehreren Studien und Berichten in den 1990er-Jahren hervorgehoben worden war, dass die bisherigen Maßnahmen nicht ausreichend seien (SOU 2008:117).

Mitte der 1990er-Jahre war auch eine Kommission mit der Evaluation der Zulassungs- und Aufsichtsregularien beauftragt worden. Kritiker der bestehenden Regeln bemängelten, dass die Patienten durch diese nicht wirksam geschützt wären. Es wurde moniert, dass die Zulassungsvorschriften keine wirkliche Kontrolle der individuellen Eignung beinhalteten und sich allein auf den Abschluss einer Ausbildung beschränkten. Die Kommission empfahl jedoch in ihrem Abschlussbericht (SOU 1996:138) keine weitere Veränderung in Bezug auf die allgemeine Eignung der Antragsteller, dafür aber den Schutz weiterer Berufsbezeichnungen und die Zusammenfassung der bisher fünf separaten gesetzlichen Regelungen (SOU 2008:117).

Diese Vorschläge wurden durch die Regierung aufgegriffen und mit dem *Professional Activities in the Health and Medical Field Act (Lag (1998:531) (LYHS)* umgesetzt. Damit sind seit 1999 alle Gesundheits- und Sozialberufe einer einheitlichen beruflichen Regulierung unterworfen. Auch unter dem LYHS oblag deren operative Aufsicht dem *National Board of Health and Welfare*. Die Arbeit war regional organisiert. Seit den frühen 1990er-Jahren war man zudem bemüht, statt rein verwaltungstechnischer „Schreibtischprüfungen“ eine aufsuchende, präventive Aufsicht zu etablieren. Diese erfolgte nun vermehrt in den betroffenen Institutionen vor Ort, mit dem Ziel, einen Dialog über Fragen der Sicherheit mit den Verantwortlichen und den betroffenen Mitarbeitern zu führen und damit zukünftig ähnlichen Missständen vorzubeugen (SOU 2008:117).

In Fällen, in denen die gemeldeten Missstände oder kritischen Ereignisse auf Angehörige der Gesundheitsberufe zurückzuführen waren, wurde das *Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN)* [Medical Responsibility Board] eingeschaltet oder direkt durch die betroffenen Patienten informiert. Die Funktionen dieses Disziplinausschusses für Gesundheitsberufe war bis Anfang der 1980er-Jahre durch einen Ausschuss innerhalb des *National Board of Health and Welfare* wahrgenommen worden. Um dessen Unabhängigkeit zu verbessern und eine Trennung von „Ermittlung“ und „Rechtsprechung“ zu erreichen und damit die Rechtssicherheit zu erhöhen, wurde der Disziplinausschuss als eigenständige Institution ausgegliedert (SOU 2008:117).

Der mit dem LYHS geschaffene Rechtsrahmen wurde jedoch durch verschiedene Akteure (Berufsverbände, Patientenorganisationen, Gewerkschaften und Wissenschaftler) kritisiert. Eine vor diesem Hintergrund gegründete Kommission kam zu dem Schluss, dass die bestehenden Regelungen zur beruflichen Regulierung keine Vorteile für die Patientensicherheit böten. Das damalige System reduziere Zwischenfälle allein auf menschliches Versagen, Einflüsse des Gesundheitssystems würden hingegen ausgeblendet. Zudem seien die im Regulierungsrahmen angelegten repressiven Maßnahmen kontraproduktiv. Ziel müsse es stattdessen sein, Zwischenfälle gemeinsam mit den Betroffenen zu untersuchen, um so auf eine Verbesserung der Patientensicherheit hinzuwirken.

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

Ein weiteres zentrales Problem der damaligen Regelungen waren – so der Schluss der Kommission – die unterschiedlichen Rechtsfolgen, je nachdem, wo die Beschwerden über Mitarbeiter im Gesundheitswesen eingereicht würden. Bei einer Beschwerde direkt beim Disziplinarausschuss HSAN würde nur der unmittelbar gemeldete Tatbestand untersucht. Ferner erführen nur 70 Prozent der gemeldeten Fälle überhaupt eine Prüfung, wobei 85 Prozent dieser dann vom Ausschussvorsitzenden allein geprüft würden. Eine Beschwerde beim *National Board of Health and Welfare* hingegen wurde – u. a. aufgrund der besseren Ressourcenlage, aber insbesondere aufgrund der allgemeinen Aufsichtspflicht des NBHW – viel umfassender geprüft. Dadurch kämen erheblich mehr Faktoren zutage, die für einen Vorfall verantwortlich sein können (SOU 2008:117).

Die Kommission empfahl vor diesem Hintergrund, das LYHS in ein Patientenschutzgesetz zu überführen. Das neue Gesetz sollte insbesondere die Verantwortlichkeiten der Leistungserbringer hinsichtlich der Patientensicherheit spezifizieren und eine aktive Fehlervermeidungskultur fördern (SOU 2008:117). Im Ergebnis wurde der *Patient Safety Act (Patientsäkerhetslag (2010:659))* verabschiedet. Damit wurden vor allem die Kompetenzen des *National Board of Health and Welfare* weiter ausgebaut und alle eingehenden Beschwerden nun hier gebündelt.

Eine kurz nach Inkrafttreten des *Patient Safety Act* durchgeführte Evaluation zeigte jedoch deutliche Schwachstellen bei der Umsetzung des neuen Gesetzes. Zwar habe das *National Board of Health and Welfare* seine Aufsichtsfunktion erheblich ausgeweitet, es sei aber versäumt worden, die Managementprozesse des *National Board of Health and Welfare* entsprechend anzupassen. Die neuen Aufsichtstätigkeiten erforderten einerseits transparente Prozesse und zum anderen ein adäquates Monitoring der Anträge sowie der Bearbeitungsfälle. Daran habe es aber gemangelt, sodass die Zahl der unbearbeiteten Fälle im Jahr 2011 um 60 Prozent angestiegen sei. Ferner seien die Kosten der Aufsicht nicht transparent dargelegt (SOU 2012:11).

Die mit der Evaluation beauftragte *Swedish Agency für Public Management* empfahl vor diesem Hintergrund die Errichtung eines eigenständigen Aufsichtsamts: dies einerseits aufgrund der oben beschriebenen Defizite in der Umsetzung, andererseits aber auch aufgrund von Governance-Aspekten. Zum einen solle die Zwitterrolle des *National Board of Health and Welfare* – nämlich als Gestalter von Normen und Standards sowie Berater und gleichzeitig als Aufsicht zu fungieren – aufgelöst werden. Zum anderen wäre eine eigenständige Behörde dem Parlament – und nicht wie heute der Regierung – Rechenschaft schuldig und damit stärker demokratisch legitimiert (SOU 2012:11).

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

(IVO)) übertragen. Damit obliegt heute zwar die Zulassung zu den regulierten Gesundheitsberufen weiterhin dem *National Board of Health and Welfare*, das Führen des Berufsregisters sowie die Aufsicht jedoch dem *Health and Social Care Inspectorate*, während für die berufsrechtlichen Untersuchungen und die „Rechtsprechungen“ weiterhin das *Medical Responsibility Board (Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd)* zuständig ist.

Heutige Ausgestaltung

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

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

Die neue Behörde hat eine Zentrale in Stockholm und sechs Regionalbüros in den Städten Umeå (Norden), Örebro (Mitte), Stockholm (Osten), Jönköping (Südosten), Gothenburg (Südwesten) und Malmö (Süden). Unterstellt ist sie dem Ministerium für Gesundheit und Soziales (*Socialdepartementet*). Insgesamt arbeiten ca. 550 Mitarbeiter beim IVO, welches über ein Jahresbudget von rund 75 Mio. Euro verfügt.⁵⁸ Die Regierung hat das IVO in der Aufbauphase u. a. dazu verpflichtet, Prozesse und deren Monitoring transparent zu machen sowie ein Reporting über die durchgeführten Tätigkeiten aufzubauen. Ferner ist eine Haushaltsplanung aufzustellen (Regeringsbeslut S2012/8855/SAM).

Untersuchungen über berufsrechtliche Sanktionen hat das IVO an das *Medical Responsibility Board* zu verweisen (7 Kap. § 29 und § 30 Patientsäkerhetslag). Das *Medical Responsibility Board (HSAN)* besteht aus einem Vorsitzenden mit der Qualifikation eines Richters und acht weiteren Mitgliedern, die spezielles Fachwissen im Gesundheitswesen aufweisen. Vorsitzender und Mitglieder werden für jeweils drei Jahre durch die Regierung benannt (9 Kap. § 2 Patientsäkerhetslag). Die Mitglieder werden durch die Provinzen und die Kommunen, die Gewerkschaften, die Zentralorganisation der Angestellten und die Zentralorganisation Schwedischer Akademiker vorgeschlagen. Vier weitere Personen sind so ausgewählt, dass davon auszugehen ist, dass sie im Interesse der Allgemeinheit agieren.⁵⁹

⁵⁸ URL: <http://www.ivo.se> [Stand 05.03.2013].

⁵⁹ URL: <http://www.kammarkollegiet.se/rattsavdelningen/hsan/namndens-sammansattning> [Stand 05.03.2013].

6.2 Aufgaben und Funktionen der beruflichen Regulierung

6.2.1 Berufsordnung und Überwachung der Berufspflichten

6.2.1.1 Berufsordnung

Im Kapitel 6 des Patientenschutzgesetzes sind die beruflichen Pflichten der Angehörigen der dort regulierten Berufe – und damit auch die der Pflegekräfte – festgelegt. Diese sind dazu verpflichtet, ihre Handlungen am Stand des Wissens bzw. der vorliegenden Evidenz auszurichten und den Patienten in den Behandlungsprozess mit einzubeziehen (6 Kap. Patientsäkerhetslag).

Die Vorgaben stellen u. a. klar, dass die handelnde Kraft persönlich verantwortlich ist für ihre Tätigkeiten, und dass sie Aufgaben nur an Dritte delegieren darf, wenn diese hierfür ausreichend qualifiziert sind und weiterhin eine sichere und qualitativ hochwertige Versorgung gewährleistet ist. Dokumentationen über den Gesundheitszustand und den Behandlungsverlauf sind mit Sorgfalt anzufertigen. Den Angehörigen von Verstorbenen ist mit Respekt zu begegnen (6 Kap. Patientsäkerhetslag).

Die Gesundheitsberufe sind zudem verpflichtet, Behandlungsfehler, kritische Ereignisse oder andere Gegebenheiten zu melden, welche die Patientensicherheit gefährden können. Zudem müssen sie Verletzungen des Kindeswohls melden. Beschrieben sind auch die Aufklärungspflichten gegenüber dem Patienten oder dessen Angehörigen, denen die Angehörigen der Gesundheitsberufe nachzukommen haben. Liegen gleichwertige Behandlungsalternativen vor, so ist der Patient bei der Wahl einer der Behandlungen zu unterstützen. Die Schweigepflicht ist zu wahren, es sei denn, es liegen im Gesetz genannte Ausnahmetatbestände vor wie etwa die Anfrage eines Gerichts (6 Kap. Patientsäkerhetslag).

6.2.1.2 Überwachung der Berufsordnung

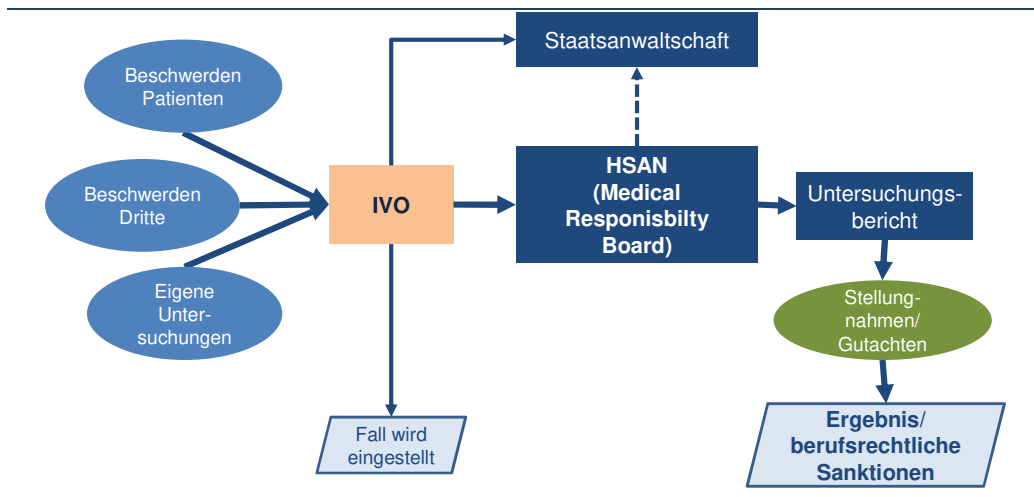
Das *Health and Social Care Inspectorate (IVO)* wird eigenständig oder aufgrund von Beschwerden tätig (7 Kap. Patientsäkerhetslag). Die Behörde ist verpflichtet, Beschwerden nachzugehen, außer die Beschwerde bezieht sich auf einen Vorfall, der mehr als zwei Jahre zurückliegt. Auch wenn sich zeigt, dass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

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

Liegen hinreichende Erkenntnisse über oder Beschwerden gegen Personen vor, die einen regulierten Gesundheits- oder Sozialberuf ausüben, so ist das IVO

verpflichtet, entweder – soweit eine Straftat vorliegt – Strafanzeige zu erstatten oder berufsrechtliche Sanktionen durch das *Medical Responsibility Board* (HSAN) prüfen zu lassen (7 Kap. § 29 und § 30 Patientsäkerhetslag) (Abbildung 16).

Abbildung 16: Prozess der Überwachung der Berufsordnung



Quelle: eigene Darstellung

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

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

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

- (1) grob fahrlässig agiert hat,
- (2) eine schwere Straftat begangen hat oder eine Straftat, die das Vertrauen in ihn hinsichtlich einer sicheren Berufspraxis nachhaltig erschüttert hat,

- (3) absichtlich oder grob fahrlässig gegen die beruflichen Vorschriften verstoßen hat, sodass er einem Patienten maßgeblich hätte schaden können,
- (4) aus anderen Gründen in seiner Berufstauglichkeit angezweifelt wird.

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

Bei Verhängung einer Probezeit wird gemeinsam mit dem Betroffenen ein verpflichtender Maßnahmenplan aufgestellt, der festlegt, wie den zugrunde liegenden Defiziten bzw. Problemen zu begegnen ist. Verweigert der Betroffene die Mitarbeit bei der Umsetzung des Maßnahmenplans, oder zeigt sich in der Probezeit erneut, dass er seinen Beruf nicht adäquat ausüben kann, so ist die Lizenz zu entziehen (8 Kap. § 4 Patientsäkerhetslag).

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

Auf der Grundlage dieser gesetzlichen Vorgaben wurde im Jahr 2012 26 Pflegekräften und Hebammen (sowie 20 Ärzten) die Zulassung entzogen. Die Einschränkung der Zulassung auf Probe erfolgte bei 17 Pflegekräften und Hebammen (sowie bei 6 Ärzten) (Tabelle 10).

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

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Entzug der Zulassung									
Ärzte	12	13	14	13	10	16	10	7	20
Pflegekräfte /Hebammen	11	15	24	17	18	25	7	13	26
Zahnärzte	1	1	1	0	6	1	1	2	2
Andere				1	3	5	1	2	2
Insgesamt	24	29	41	31	37	47	19	24	50
3-jährige Probezeit									
Ärzte	6	8	6	11	16	13	8	6	6
Pflegekräfte/ Hebammen	15	14	19	18	10	24	24	15	17
Zahnärzte	1	1	1	0	1	1	5	2	2
Andere			2	2		3	1	1	1
Insgesamt	22	23	28	31	27	41	38	24	26

Quelle: eigene Darstellung nach HSAN 2006-2013

Der häufigste Grund sowohl für den Entzug der Lizenz als auch für die Verhängung einer Probezeit für den Betroffenen waren gesundheitliche Probleme (u. a. Suchtprobleme) (HSAN 2013).

6.2.2 Berufsregister

6.2.2.1 Protection of Title, Protection of Function

Die Ausübung des Berufs des Apothekers und des Pharmakologen, der Hebamme, des Arzts sowie des Zahnarzts ist in Schweden nur Personen erlaubt, die eine entsprechende Erlaubnis zur Führung der jeweiligen Berufsbezeichnung haben (4 Kap. § 4 Patientsäkerhetslag). Auch die übrigen im *Patient Safety Act* regulierten Berufe – und damit alle Pflegekräfte – sind verpflichtet, eine Lizenz zu erwerben. Jedoch ist für diese allein die Berufsbezeichnung geschützt, und nicht – wie bei Ärzten – die Ausübung des Berufs an sich (4 Kap. Patientsäkerhetslag).

Personen, die eine entsprechende Tätigkeit aufnehmen, haben dies nicht später als einen Monat nach Beginn der Tätigkeit gegenüber dem *Health and Social Care Inspectorate* (IVO) anzuzeigen (2 Kap. § 1 Patientsäkerhetslag). Das IVO führt ein Register über alle im *Patient Safety Act* regulierten Berufe (2 Kap. § 4 Patientsäkerhetslag). Wird die Anzeige unterlassen, wird ein Bußgeld erhoben. Ärzten oder Zahnärzten, die ohne Lizenz praktizieren, droht zudem eine Haftstrafe von bis zu 6 Monaten.

Darüber hinaus sind im *Patient Safety Act* die den Gesundheitsberufen vorbehaltenen Tätigkeiten explizit definiert. Nur lizenzierte Angehörige der Gesund-

heitsberufe dürfen folgende präventive, kurative oder palliative Tätigkeiten ausführen:

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

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

6.2.2.2 Zulassung zum Berufsregister

Die Zulassung zum Beruf erfolgt durch das *National Board of Health and Welfare*, das Führen der Berufsregister der im *Patient Safety Act* reglementierten Berufe ist jedoch mit der Schaffung des IVO an dieses übertragen worden (4 Kap. § 10 Patientsäkerhetslag). Die Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung als *sjuusköterska* [Gesundheits- und Krankenschwester] erhält, wer einen Bachelor of Science in Nursing nachweisen kann. Ausgenommen sind Personen, die

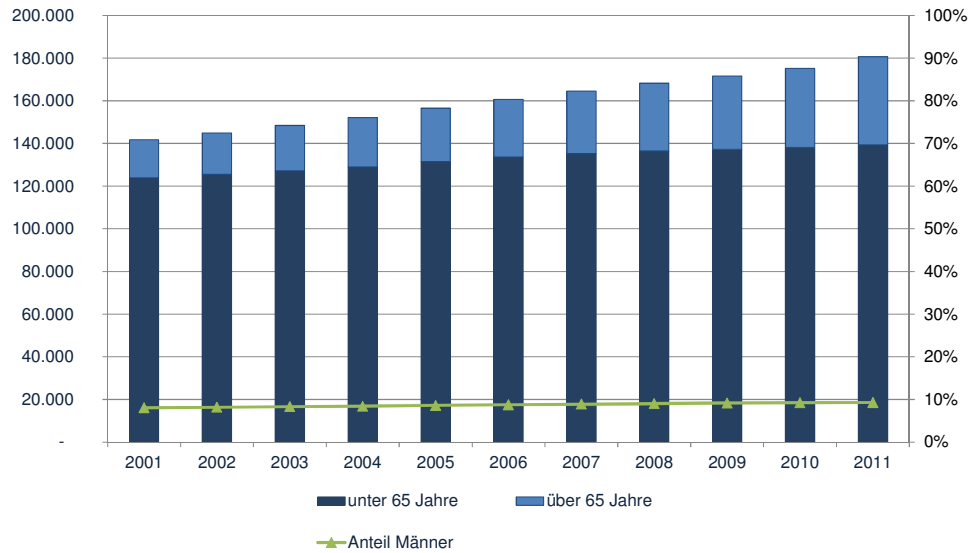
- ihrem Beruf in grob fahrlässiger Weise nachgegangen sind,
- innerhalb oder außerhalb ihres Berufs eine Straftat begangen haben, die das Vertrauen in die Ausübung des Berufs untergräbt,
- auf andere Weise gezeigt haben, dass sie nicht geeignet sind, den Beruf auszuüben oder
- aufgrund einer Erkrankung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

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

6.2.2.3 Zahl der registrierten und der erwerbstätigen Pflegekräfte

Die Zahl der zugelassenen Pflegekräfte ist von 141.723 im Jahr 2001 auf 180.613 im Jahr 2011 und damit um rund 27 Prozent angestiegen (Abbildung 17). Bei den potenziell erwerbstätigen Kräften unter 65 ist der Anstieg jedoch wesentlich moderater. Die Zahl der registrierten Kräfte im erwerbsfähigen Alter stieg im gleichen Zeitraum von 123.928 auf 139.402 und damit lediglich um 12 Prozent. Der Anteil männlicher Pflegekräfte ist über die Jahre recht konstant geblieben. Er betrug im Jahr 2011 9 Prozent (Abbildung 17).

Abbildung 17: Zahl der registrierten Pflegekräfte (Sjuksköterska)



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

Betrachtet man die Zahl der registrierten Kräfte nach Arbeitsmarktstatus, so wird deutlich, dass lediglich rund zwei Drittel der Personen, die eine Lizenz besitzen, erwerbstätig sind. Aufgrund der Zunahme der pensionierten Pflegekräfte ist der Anteil der nicht Erwerbstätigen von 22 Prozent im Jahr 2001 auf 27 Prozent im Jahr 2011 gestiegen. Jede vierte registrierte Pflegekraft war folglich nicht erwerbstätig. Der Anstieg ist maßgeblich durch den Anstieg der verrenteten Pflegekräfte begründet. Der Anteil der registrierten Personen, die im Gesundheitswesen oder im Sozialleistungsbereich arbeiten, ist mit rund 88 Prozent über die Jahre jedoch konstant geblieben (Tabelle 11).

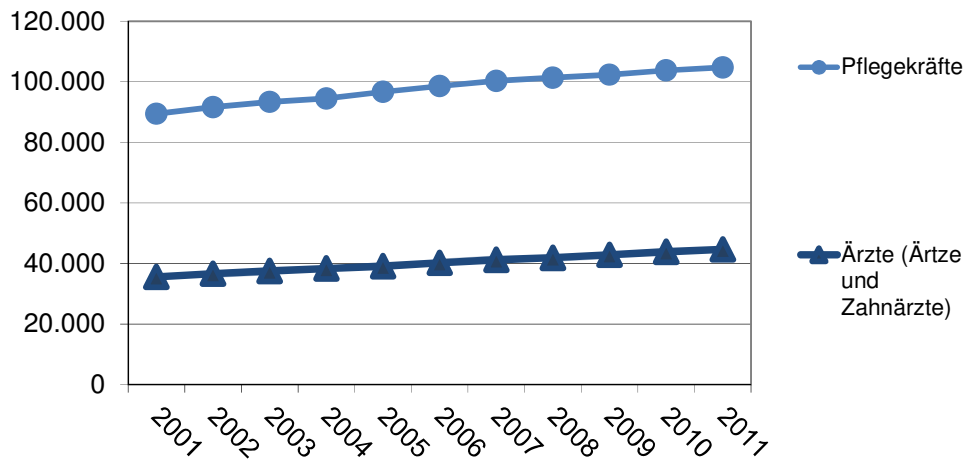
Tabelle 11: Zahl der registrierten Pflegekräfte nach Arbeitsmarktstatus in Schweden (2001-2011)

	2001		2011	
Erwerbstätig	103.951	77,0 %	119.073	71 %
<i>innerhalb Einrichtungen des Gesundheits- oder Sozialwesens</i>	91.605	88,1 %	104.747	88 %
<i>außerhalb des Gesundheits- oder Sozialwesens</i>	12.346	11,9 %	14.326	12 %
Nicht erwerbstätig	29.739	22,0 %	45.154	27 %
<i>Nicht in Schweden gemeldet</i>	5.239	17,6 %	6.225	13,8 %
<i>Keine Einkünfte</i>	1.327	4,5 %	1.281	2,8 %
<i>Im Ruhestand</i>	21.220	71,4 %	35.482	78,6 %
<i>Anderer</i>	1.953	6,6 %	2.166	4,8 %
Ohne Sozialversicherungsnummer	1.233	0,9 %	2.402	1 %
Gesamt	134.923		166.629	100 %

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

Insgesamt ist die Zahl der innerhalb des Gesundheits- oder Sozialwesens tätigen Pflegekräfte von 2001 bis 2011 um 17 Prozent gestiegen. Auf 1.000 Einwohner kamen damit 2001 9,9 und 2011 11,1 Pflegekräfte. Die Zahl der Ärzte ist im gleichen Zeitraum von 36.000 auf 45.000 und damit um gut 25 Prozent gestiegen (Abbildung 18).

Abbildung 18: Zahl der innerhalb des Gesundheits- und Sozialwesens erwerbstätigen Pflegekräfte und Ärzte in Schweden (2001-2011)



Quelle: eigene Darstellung nach Socialstyrelsens statistikdatabas 2014

Die Abbildung von Hilfskräften ist über die Statistiken des *National Board of Health and Welfare* jedoch leider nicht möglich. Um hier Anhaltspunkte zu geben, wurde die schwedische Berufsstatistik (Swedish Occupational Register) herangezogen. Die Zahlen zu den Ärzten und Pflegekräften sind zwar nicht deckungsgleich zu denen des NBHW, die Statistik enthält aber auch Angaben zu Pflegehilfskräften, die im Krankenhaus (Assistant nurses and hospital ward assistants) und solchen, die im ambulanten Sektor (Home-based personal care and related workers) tätig sind. Tabelle 12 zeigt noch einmal einige Kennziffern auf Basis der Berufsstatistik. Je 1.000 Einwohner sind rund 4,4 Ärzte und 11 Pflegekräfte zu beobachten. Auf einen Arzt kommen rund 2,5 Pflegekräfte. Dass die Zahl der Ärzte überproportional gestiegen ist, wird auch hier deutlich: 2005 waren es noch 2,7 Pflegekräfte je Arzt.

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

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

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

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

6.2.2.4 Zulassung ausländischer Pflegekräfte

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

Für Personen, die ihren Abschluss in einem EU-Mitgliedsland oder in den Ländern Norwegen, Island, Liechtenstein und Schweiz erworben haben, gilt insofern die über die EU-Richtlinie definierte automatische Anerkennung. Personen, die andere Abschlüsse aufweisen oder solche vor Erlass der EU-Richtlinie, müssen sich deren Gleichwertigkeit anerkennen lassen. Generell ist von einer Gleichwertigkeit auszugehen, wenn die Person den Beruf in einem Mitgliedsland mindestens drei der letzten fünf Jahre aktiv und legal ausgeübt hat und die dortigen Aufgaben die Planung, die Organisation und die Ausführung allgemeiner Erwachsenenkrankenpflege umfasst haben. Darüber hinaus sind Nachweise über die persönliche Eignung und darüber, dass die Lizenz in keinem anderen Land entzogen worden ist, zu erbringen.⁶⁰

⁶⁰ URL: <http://www.socialstyrelsen.se> [Stand 03.05.2013].

Auch erworbene Fachweiterbildungen aus EU-Mitgliedstaaten können im Sinne der EU-Richtlinie anerkannt werden. Folgende Titel sind hierbei in Schweden geschützt:⁶¹

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

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

Anders ist dies für Interessenten aus Staaten geregelt, die nicht unter die Anerkennungsrichtlinie fallen. Für diese Fälle ist die Regierung durch den *Patient Safety Act* legitimiert, Kriterien für die Zulassung zu definieren (4 Kap. § 1 Patientsäkerhetslag). Vorgegeben ist, dass die Anwärter neben der Anerkennung der Gleichwertigkeit ihrer Qualifikation einen Sprachtest und einen Wissenstest über Schweden, eine Hospitation sowie ein Berufserfahrungspraktikum von drei bis fünf Monaten durchlaufen müssen.⁶²

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

⁶¹ URL: <http://www.socialstyrelsen.se> [Stand 03.05.2013].

⁶² URL: <http://www.socialstyrelsen.se/applicationforswedishlicencetopractiseothercountries/nursesresponsibleforgeneralcare> [Stand 03.05.2013].

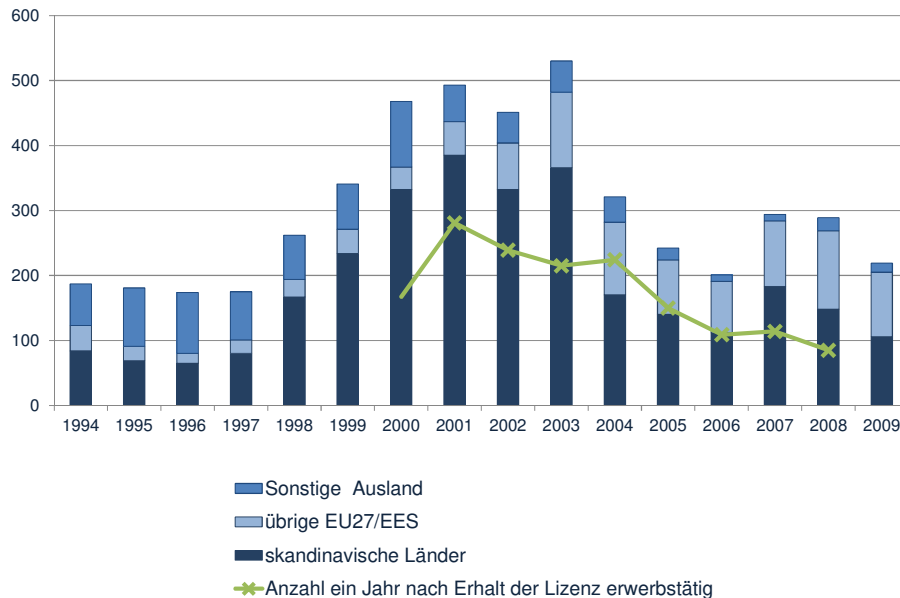
Tabelle 13: Zahl der ausländisch lizenzierten Pflegekräfte in Schweden (2003-2011)

Jahr	skandinavische Länder	übrige EU27/EES	Sonstiges Ausland	Gesamt	Anteil an allen registrierten Kräften
2003	86,7 %	12,1 %	1,2 %	3.935	2,6 %
2005	95,0 %	4,6 %	0,4 %	4.790	3,1 %
2007	93,3 %	6,4 %	0,3 %	4.525	2,8 %
2009	94,7 %	5,0 %	0,4 %	4.262	2,5 %
2011	93,5 %	5,4 %	1,1 %	4.538	2,5 %

Quelle: eigene Darstellung nach Socialstyrelsen „Statistik om hälso- och sjukvårdspersonal“ 2002-2012

Die Zahl der anerkannten ausländischen Qualifikationen variiert jedoch zwischen den Jahren erheblich (Abbildung 19). Lag sie bis zum Jahr 1998 bei unter 200 pro Jahr, so verdoppelte sie sich in den Jahren bis 2003, um dann wieder auf ca. 200 im Jahr 2009 zu sinken. Der Anteil an Pflegekräften aus dem Nicht-EU-Ausland ist dabei kontinuierlich gesunken. Gleichzeitig ist zu beachten, dass die Zahl der zugelassenen ausländischen Pflegekräfte nicht gleichzusetzen ist mit der Zahl der tatsächlich Beschäftigten. In Abbildung 19 ist für die Jahre 2000-2008 die Zahl derjenigen aufgeführt, die innerhalb eines Jahres nach Erhalt ihrer Lizenz tatsächlich in Schweden erwerbstätig waren. Es war zum Teil deutlich weniger als die Hälfte der neu zugelassenen Pflegekräfte.

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



Quelle: eigene Darstellung nach Socialstyrelsen 2011

6.2.3 Aus- und Weiterbildung

6.2.3.1 Historische Entwicklung der Ausbildung und der Akademisierung in der Pflege

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

- die Einführung eines einheitlichen Ausbildungsprogramms unter der Aufsicht des *National Board of Health and Welfare* im Jahr 1963,
- die Reform „Care 77“ im Jahr 1982, welche die wissenschaftliche Ausrichtung der Ausbildung einführte bzw. vertiefte und
- die Einführung der dreijährigen Ausbildungsdauer im Jahr 1993, einhergehend mit der Verortung auf universitärem Niveau und einer Ausrichtung am Bolognaprozess.

Vor dem Hintergrund der sich wandelnden Anforderungen im Gesundheitswesen war im Jahr 1962 eine Kommission damit beauftragt worden, die bisherige Pflegeausbildung zu evaluieren. Hintergrund war, dass aufgrund des medizinischen Fortschritts die bisherigen Kompetenzen der Pflegekräfte nicht mehr ausreichend erschienen. Auf der Grundlage des Reports der Kommission wurde 1963 erstmals eine einheitliche Ausbildung von 5 Semestern eingeführt. Die Ausbildung erfolgte in Pflegeschulen, die den jeweiligen Provinzen unterstellt waren. Die Auszubildenden erhielten von nun an einen Sonderstatus und wur-

den nicht mehr als „Arbeitskräfte“ mitgezählt. Die Ausbildung war spezialisiert und technikorientiert, der Schwerpunkt des Curriculums lag auf Anatomie, Physiologie, Pharmakologie und Erkrankungslehre (Kapborg 1998).

Die „Care 77“-Ausbildungsreform

1982 wurde die Ausbildung dann in das höhere Bildungswesen transferiert. Hintergrund war auch hier ein Kommissionsbericht, jener der 1977 eingerichteten Kommission „Care 77“. Empfohlen und 1982 umgesetzt wurde eine 2-jährige Ausbildung auf Fachhochschulniveau. Die Studenten konnten eine von sechs Spezialisierungen wählen: allgemeine Pflege, psychiatrische Pflege, OP-Pflege, ophthalmologische Pflege, onkologische Pflege oder diagnostische Radiologie. Die Curricula waren zentral reguliert und die Stundenanteile der jeweiligen Theorie- und Praxisanteile sowie deren Ablauf fest vorgegeben (Kapborg 1998).

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

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

Einführung der dreijährigen Ausbildungsdauer und Verortung auf universitärem Niveau

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

Die notwendig gewordene Angleichung an den EU-Ausbildungsrahmen ging einher mit einer allgemeinen Bildungsreform Anfang der 1990er-Jahre. Ziel der Reform war eine Dezentralisierung und Deregulierung der bisherigen Hochschulbildung. Die Hochschulen haben damit heute einen größeren Spielraum bei der Ausgestaltung des Curriculums wie auch bei der Definition eigener Zugangsvoraussetzungen (Öhlén et al. 2011).

Seit 1993 ist eine kontinuierliche Ausrichtung am Bologna-Prozess (der Harmonisierung des Europäischen Hochschulraums) erfolgt. So wurde mit der Reform „New world – New University“ [*Ny värld – ny högskola* (Prop. 2004/05:162)] die 3-Stufigkeit der Bildungsangebote weiter an die Bologna-Vorgaben angepasst. Um die internationale Attraktivität der schwedischen Hochschulangebote und -abschlüsse zu erhöhen, wurde u. a. mit Beginn des akademischen Jahres 2007 ein zweijähriger Masterausbildungsgang (Second Level) eingeführt, ebenso wurde die Leistungsbewertung am *European Credit Transfer and Accumulation System (ECTS)* ausgerichtet. Dies bedeutete, dass der bis dahin 120 ECTS Punkte umfassende *Bachelor of Science in Nursing* nun vom Umfang her auf 180 ECTS-Punkt (EQR-Niveau 6) angehoben werden musste (Ministry of Education 2005).

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

Kritik der heutigen Ausbildungsform

Die Reform der Pflegeausbildung wurde dabei immer wieder auch von kritischen Stimmen und von Evaluationen mit negativen Resultaten begleitet. Zu Beginn der Überführung der Ausbildung an die Hochschulen stand dabei die Diskussion darüber, ob dabei das erforderliche Niveau tatsächlich erreicht werde. Eine Untersuchung aus dem Jahr 1994 hatte z. B. aufgezeigt, dass ein solches Niveau an 10 Hochschulen nicht erreicht worden war (Kapborg 1998). Aber bereits in einer erneuten Evaluation im Jahr 1997 kam die *National Agency for Higher Education* [Högskoleverket] zu einer positiveren Bewertung sowohl der akademischen Tiefe wie auch der regionalen Verteilung der Ausbildungsangebote, wobei Verbesserungspotenzial hinsichtlich der Theorie-Praxis-Verzahnung sowie die Notwendigkeit einer verstärkten Akademisierung des Lehrpersonals aufgezeigt wurden (Högskoleverket 1997).

Diskussionen über die Ausrichtung der Curricula sowie über die Qualität der Ausbildung – insbesondere deren regionaler Varianz – sind jedoch über die Jahre nicht abgebrochen (Öhlén et al. 2011). So forderte z. B. im Jahr 2002 das *National Board of Health and Welfare* die Einführung eines sechsmonatigen Pflichtpraktikums analog zur deutschen AIP (Arzt im Praktikum)-Ausbildung mit anschließender staatlicher Prüfung und Lizenzierung. Eine Erhebung des Boards hatte ergeben, dass die Absolventen sowohl ihre praktischen Fähigkeiten als auch ihre Führungskompetenzen als unzureichend einstufen. Zudem wären Arbeitgeber und Aufsichtsbehörden in den meisten Fällen zwar zufrieden mit den Leistungen der neu ausgebildeten Pflegekräfte, dennoch gäbe es Mängel und regionale Unterschiede bei der Ausbildungsqualität (Socialstyrelsen 2002).

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

ab, da keine ausreichenden Befunde für die durch das *National Board of Health and Welfare* deklarierten Defizite vorgelegen hätten. Erstens sei die durch das Board durchgeführte Erhebung aufgrund fehlender Repräsentativität (unzureichende Stichprobengröße, keine Zufallsstichprobe) nur bedingt aussagekräftig. Zweitens gäbe es keine Längsschnittvergleiche, welche die heutigen Fähigkeiten der Absolventen mit denen früherer Ausbildungskohorten verglichen. Bei der Interpretation der in der Studie aufgezeigten wahrgenommenen Kompetenzdefizite sei folglich zu bedenken, dass Diskussionen über die unzureichende Qualität der Krankenpflegeausbildung schon vor deren Akademisierung geführt worden seien (Högskoleverket 2003).

Der Vorschlag, ein Pflichtpraktikum wie das deutsche AIP einzuführen, wurde ferner vor dem Hintergrund der hierdurch entstehenden zusätzlichen Ausbildungskosten sehr kritisch bewertet. Statt zusätzliche Ressourcen in eine Qualifikation nach der 3-jährigen Ausbildung zu investieren, sollten diese – wenn überhaupt – für eine Verbesserung der jetzigen Praxisphasen genutzt werden. Zudem äußerte die *National Agency for Higher Education* erhebliche Zweifel an der Rechtmäßigkeit einer staatlichen Abschlussprüfung über bereits während der Ausbildung geprüfte Inhalte (Högskoleverket 2003).

Vier Jahre später kam dann aber auch die *National Agency for Higher Education* [Högskoleverket] in einer eigenen Untersuchung zu einer durchaus kritischen Beurteilung der Ausbildungssituation (Högskoleverket 2007). Zwar habe die Ausbildung an vielen Universitäten ein hohes Niveau, gleichzeitig gäbe es aber auch Ausbildungsstätten mit erheblichen Problemen. Letztlich sei es noch nicht gelungen, die beruflichen Anforderungen mit denen einer universitären Ausbildung zu verbinden. Im Einzelnen hob der Bericht für die Grundausbildung folgende Kritikpunkte hervor (Högskoleverket 2007):

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

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

chend, wenn die Ausbildungsstätten über weitergebildete Fachkräfte in den jeweiligen Gebieten verfügten und zudem auf diesen auch klinisch spezialisiert seien. Nur so seien die wissenschaftliche Fundierung und die berufliche Relevanz der Fachweiterbildung gewährleistet. Insbesondere bei Onlineangeboten sei die Relevanz der Bildungsangebote fraglich. Insgesamt wird kritisiert, dass es an klinischen Dozenten mit dem entsprechenden Fachwissen und dem nötigen akademischen Niveau mangle, weshalb keine Verzahnung von Theorie und Praxis auf dem geforderten wissenschaftlichen Niveau zu erwarten sei (Högskoleverket 2007).

Jüngere Studien beschäftigen sich mit Fragen nach der Gestaltung der praktischen klinischen Ausbildung (Lindahl et al. 2009, Löfmark et al. 2012), nach der Kompetenzentwicklung bei neuen Pflegekräften im Zeitverlauf (Rudman et al. 2010, Pennbrant et al. 2013) oder danach, inwiefern die Auszubildenden kritisches Denken entwickeln und komplexe Arbeitssituationen meistern (Andersson und Edberg 2012). Zudem gab es Studien, die erneut die Einführung einer staatlichen Prüfung diskutierten, und testeten, wie eine solche ausgestaltet werden könnte (Athlin et al. 2012), sowie Evaluationen von (freiwilligen) Einführungsprogrammen für bereits registriertes Pflegepersonal („Post-registration introduction programmes“) (Bisholt 2012).

6.2.3.2 Zugangs- und Ausbildungsstandards der Erstausbildung

Die Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung (also eine Lizenz) erhalten – soweit keine gegenteiligen Gründe vorliegen – Personen, die einen „Bachelor of Science in Nursing“ erlangt haben (4 Kap. § 10 Patientsäkerhetslag). Zugangs- wie auch Ausbildungsstandards zur pflegerischen Erstausbildung sind in Schweden durch den *Swedish Higher Education Act* [Högskolelag (1992:1434)] und die hieraus nachfolgenden Verordnungen gefasst.

Zugang zur Ausbildung

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

Ausbildungsinhalte

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

bildung schließt mit dem Abschluss „Bachelor of Science in Nursing“ (Sjuksköterskeexamen). Bis zum Jahr 2007 umfasste dieser 120 ECTS. Durch die Reform „New World – New University“ wurde der Bachelorabschluss jedoch auf 180 ECTS angehoben. Auch die Lernzielvorgaben wurden im Zuge der Reform überarbeitet. Die Vorgaben sind relativ abstrakt gehalten (Tabelle 14). Sie besagen lediglich, dass der Auszubildende das Wissen und die Fähigkeiten erwerben soll, die für die Tätigkeit als lizenzierte Pflegekraft notwendig sind. Vorgegeben ist zudem ein Abschlussprojekt, das eine eigenständige Studienarbeit von mindestens 15 ECTS umfassen soll. Darüber hinaus finden sich keine weiteren Konkretisierungen hinsichtlich Gliederung, Stundenumfang oder Fächerausrichtung. Die Hochschulen haben insoweit einen erheblichen Spielraum bei der Ausgestaltung der Lernziele.

Erst in einer Verordnung des *National Board of Health and Welfare* werden die Lernziele genauer ausgeführt. Unter dem Titel „Beschreibung der Kompetenzen einer zugelassenen Krankenschwester“ [Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska] finden sich unter den Überschriften „Theorie und Praxis der Pflege“, „Forschung und Entwicklung“ sowie „Ausbildung und Personalführung“ Anforderungen, die lizenzierte Kräfte erfüllen müssen. Die diesbezügliche Richtlinienkompetenz erhält das Board durch den *Patient Safety Act*. Letztlich sind aber auch diese Vorgaben nur eine etwas detailliertere Beschreibung der durch die *Higher Education Ordinance* definierten Lernziele (Socialstyrelsen 2005).

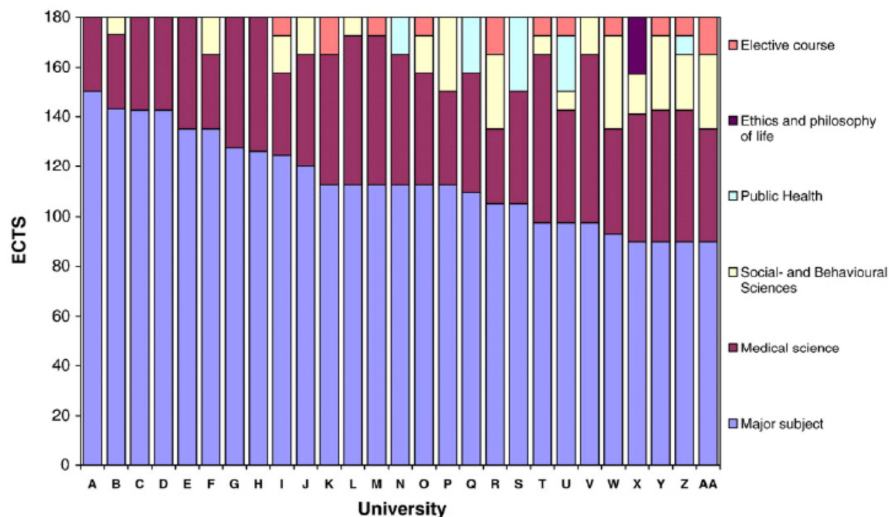
Tabelle 14: Lern- und Kompetenzziele des Studiengangs „Bachelor of Science in Nursing“ in Schweden

Wissen
<p>Der Studierende soll</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ die Wissensgrundlage des Felds beherrschen und ein Bewusstsein für aktuelle Forschungs- und Entwicklungsarbeiten sowie für die Verbindung von Forschung und Praxis entwickelt haben; ➤ Kenntnisse von Planung, Steuerung und Koordination in der Gesundheitsversorgung besitzen; ➤ Kenntnisse über gesellschaftliche und medizinische Ursachen von Erkrankungen bei Kindern, Frauen und Männern aufweisen; ➤ die gesetzlichen Rahmenbedingungen der Gesundheitsversorgung kennen.
Kompetenzen und Fähigkeiten
<p>Der Studierende soll</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ selbstständig Pflegebedarfe erfassen und in Zusammenarbeit mit dem Patienten und den Angehörigen Pflegepläne aufstellen und umsetzen; ➤ Arzneimittel anwenden und verwalten sowie Patienten über Wirkungen und Nebenwirkungen informieren können; ➤ präventive Maßnahmen identifizieren und umsetzen können; ➤ methodische Verbesserungen und Schritte zur Qualitätssicherung initiieren; ➤ die erlernten Fähigkeiten situationsgerecht anwenden können und auf die Bedürfnisse der Betroffenen eingehen; ➤ zielgruppengerecht informieren und instruieren können sowie Aufsichtspflichten nachkommen; ➤ Behandlungen in Wort und Schrift mit den Betroffenen zu erläutern und nach den gesetzlichen Vorgaben zu dokumentieren in der Lage sein; ➤ die Fähigkeit zu Teamarbeit und Kooperation mit anderen Berufsgruppen aufweisen; ➤ die Fähigkeit besitzen, neue Daten, Phänomene und Probleme kritisch zu überprüfen, zu bewerten und zu benutzen sowie diese mit verschiedenen Zielgruppen zu diskutieren und so dazu beitragen, den Berufsstand und die berufliche Praxis weiterzuentwickeln.
Bewusstsein und Herangehensweisen
<p>Der Studierende soll</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ selbstreflektiert agieren können und die Fähigkeit zur Empathie entwickelt haben; ➤ Interventionen unter einen ganzheitlichen Ansatz umsetzen und Menschenrechte berücksichtigen; ➤ professionell mit Kunden, Patienten und deren Angehörigen umgehen; ➤ eigene Fortbildungsbedarfe erfassen und benennen können und sich verpflichten, seine Kenntnisse und Fähigkeiten weiterzuentwickeln.

Quelle: eigene Übersetzung des Annex 2 - The Higher Education Ordinance (inkl. Act on Amendment of the Higher Education Ordinance (2011:946))

Vor diesem Hintergrund variieren die Ausbildungsinhalte zwischen den jeweiligen Hochschulen, die einen Bachelor in Pflege anbieten, zum Teil erheblich (Abbildung 20). So zeigten Öhlén et al. (2011) im Zuge einer Analyse der Rahmenlernpläne aller 26 ausbildenden Universitäten, dass der Umfang der Themenblöcke erheblich variiert. Auch die Verortung der Praxiseinsätze (z. B. in weiteren Tätigkeitsfeldern wie der Prävention) sowie deren Umfang variierten zwischen 36 und 37 ECTS – durchschnittlich sind 45 ECTS für Praxisanteile vorgesehen (Raholm et al. 2010, Öhlén et al. 2011).

Abbildung 20: Übersicht der Ausbildungsinhalte nach Ausbildungsstätten (anonymisiert), Schweden



Quelle: Öhlén et al. 2011

6.2.3.3 Regulierung der Weiterbildung und Schutz von „Advanced Practice“

Regulierung der Weiterbildung in der Pflege

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

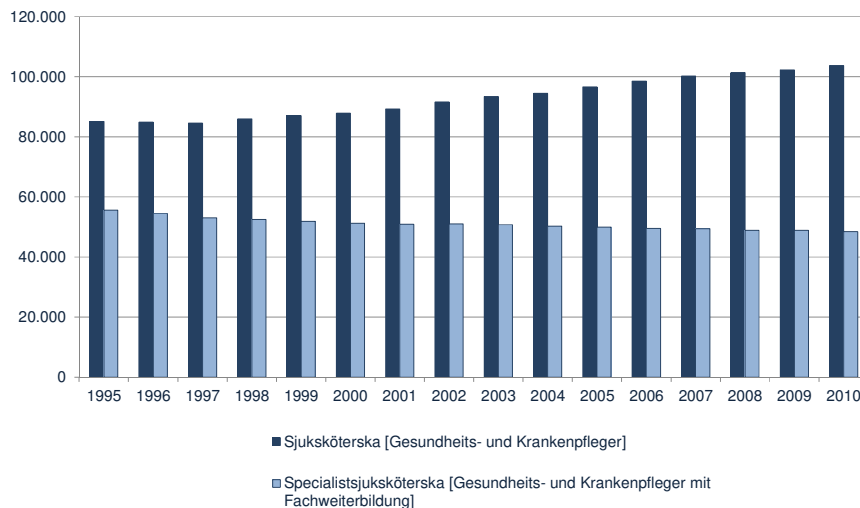
- *Fachpflege für Anästhesie (Anesthetic Nursing)*
- *Fachpflege in Intensivstationen (Intensive Care Nursing)*
- *Fachpflege im Operationsdienst (Operating room Nursing)*
- *Fachpflege für Vorstationäre Pflege (Pre-hospital Nursing)*
- *Fachpflege für Chirurgie (Surgical Nursing)*
- *Fachpflege für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

⁶³ Eigene Übersetzung.

Die Lizenzierung der Weiterbildung erfolgt durch das *National Board of Health and Welfare* (4 Kap. § 10 Patientsäkerhetslag). Wie die Erstausbildung unterliegen auch die Weiterbildungen dem *Swedish Higher Education Act* [Högskolelag (1992:1434)] und den nachfolgenden Verordnungen. Lernzielvorgaben verbleiben auch für den postgraduierten Bereich auf einem recht abstrakten Niveau. Annex 2 der *Higher Education Ordinance* (1993:100 und Amendments) spezifiziert lediglich, dass die Qualifikation zum *Primary Health Care Specialist* mindestens 75 Credit Points, alle übrigen mindestens 60 Credit Points umfassen müssen. Festgelegt ist wiederum eine Abschlussarbeit im Umfang von 15 ECTS. Ferner ist bestimmt, dass ein Praxiseinsatz entsprechend den Anforderungen der Spezialisierung erfolgen muss, wobei dessen Länge nicht festgelegt ist. Im Ergebnis sollen die Absolventen die Pflege im gewählten Schwerpunkt eigenständig und verantwortlich ausüben.

Zudem werden allgemeine Lernziele formuliert, die in allen Spezialisierungen erfüllt sein müssen. Dies sind zum Beispiel die Beherrschung der fachlichen Grundlagen des Spezialgebiets sowie der Erwerb eines Überblicks über den aktuellen Stand des Wissens in diesem. Andererseits ist die Fähigkeit zu entwickeln, bezogen auf das Fachgebiet komplexe Interventionen durchführen und evaluieren zu können. Zudem wird erwartet, dass die Fachkraft in der Anleitung anderer Pflegekräfte aktiv ist und mitwirkt, das Fachwissen des Spezialgebiets weiterzuentwickeln und voranzubringen. Darüber hinaus sind je nach Spezialisierungsfeld weitere spezifische Lernziele sicherzustellen (*Annex 2 - The Higher Education Ordinance (inkl. Act on Amendment of the Higher Education Ordinance (2011:946))*).

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

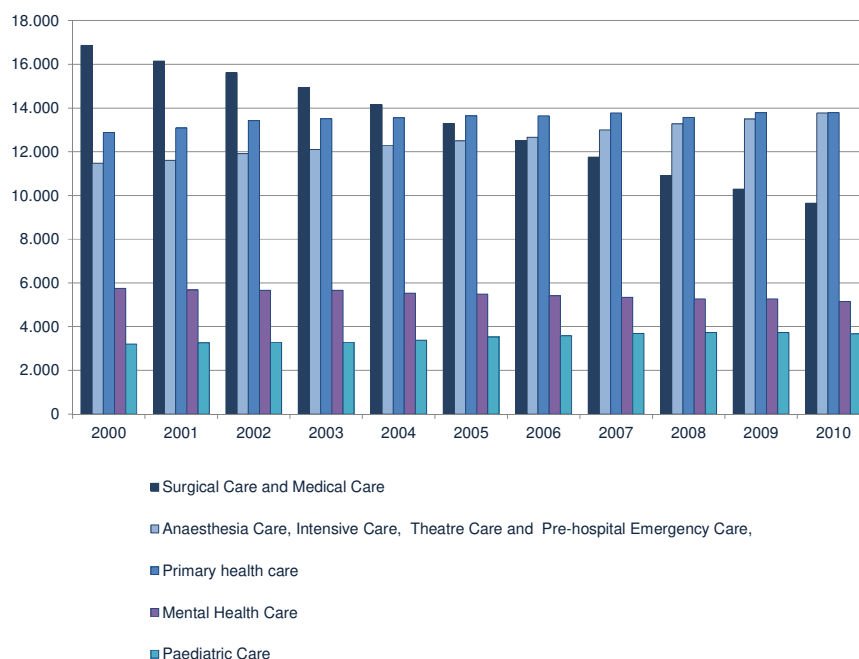


Quelle: eigene Darstellung nach Socialstyrelsens statistikdatabaser 2013 [Die Zahlen beziehen sich nur auf Personen, die ein Beschäftigungsverhältnis innerhalb des Gesundheitswesens innehaben, und legen nicht die Zahl der Personen dar, die das Anrecht haben, den Titel zu führen.]

Knapp jede zweite erwerbstätige Pflegekraft hatte im Jahr 2010 eine Fachweiterbildung absolviert und die Erlaubnis erhalten, den entsprechenden Titel zu führen (Abbildung 21). Seit den 1990er-Jahren ist dieser Anteil jedoch kontinuierlich gesunken.

Zahlenmäßig dominieren dabei die Spezialisierungen mit Bezug zur Intensiv- bzw. OP-Pflege und zur Gemeindepflege (Abbildung 22). Beide Fachrichtungen machten im Jahr 2010 ungefähr ein Drittel der Abschlüsse aus. Hierbei ist die Zahl der *Emergency Care Specialists* innerhalb der letzten zehn Jahre um 10 Prozent, die der *Primary health Care Nurses* um 7 Prozent gestiegen. Die Zahl der generalisierten Spezialisierungen, etwa in allgemeiner chirurgischer oder in medizinischer Pflege, ist hingegen um 40 Prozent gesunken. Dadurch ist auch die absolute Zahl der Personen mit einer spezialisierten Ausbildung rückläufig (minus 8 Prozent). Auch proportional ist der Anteil an spezialisierten Kräften innerhalb der letzten Jahre gesunken – betrug er im Jahr 2000 noch 65 Prozent, so 2010 nur noch 45 Prozent.

Abbildung 22: Art der Postgraduierten-Weiterbildungen von Pflegekräften in Schweden, die innerhalb des Gesundheitswesens erwerbstätig sind (2000-2010)



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

Der Rückgang der Pflegekräfte mit Fachweiterbildung wurde im Zuge einer Evaluation der beruflichen Regulierung im Gesundheitswesen untersucht (SOU 2010:65). Der Bericht kommt zu dem Schluss, dass die Kommunen zwar auf Schwierigkeiten hinweisen, Fachkräfte mit den entsprechenden Qualifizierungen zu rekrutieren. Besonders betroffen seien die Schwerpunkte Intensiv- und OP-Pflege sowie psychiatrische Pflege. Gleichzeitig wird aber argumentiert, dass die absolute Lücke nicht quantifiziert werden könne, da Entscheidungen über den eingesetzten Qualifikationsmix dezentral in den jeweiligen Einrichtungen und Stationen erfolgen und deshalb keine Normzahlen vorlägen (SOU 2010:65).

Hinsichtlich der Ursachen für den Rückgang der spezialisierten Pflegekräfte kommt der Bericht zu keinem abschließenden Fazit. Die Erhebung habe jedoch gezeigt, dass die spezialisierten Kräfte häufig weder erweiterte Aufgaben noch eine höhere Bezahlung erhalten. Fehlende Anreize für eine Spezialisierung bejaht der Regierungsreport zwar, gleichzeitig wird aber auf die diesbezügliche Tarifhoheit der Arbeitgeber und der Gewerkschaften verwiesen (SOU 2010:65).

Als zweiten wesentlichen Punkt wirft der Bericht die Frage auf, ob eventuell ein weiterer Regulierungsbedarf bestehe. So sei die Frage zu stellen, inwiefern

die heutigen Spezialisierungen den Bedarf tatsächlich deckten. Dies sei nicht der Fall, was als Hinweis darauf interpretiert wird, dass die Leistungserbringer Qualifizierungsmaßnahmen außerhalb der heutigen elf Spezialisierungsfelder einkauften. Als Mittel dagegen empfiehlt der Regierungsbericht eine weitergehende Flexibilisierung der Fachweiterbildungen (SOU 2010:65).

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

Nurse Prescribing

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

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

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

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

(Wilhelmsson et al. 2001). Die medizinische Gesamtverantwortung und die Aufsichtspflicht verbleibt jedoch beim behandelnden Arzt (Anell et al. 2012).

Eine Evaluation im Jahr 1996 zeigte, dass rund 4.600 Gemeindeschwestern eine Lizenz zum Verschreiben erhalten hatten und 1 Prozent aller Verordnungen in Schweden nun durch sie erfolgte. Die Studie kam zu dem Schluss, dass sich die Verordnungstätigkeit positiv auf die Kompetenzen und auf die Professionalisierung der Gemeindeschwestern ausgewirkt hat (Wilhelmsson et al. 2001).

Im Jahr 2001 wurde dann allen registrierten Pflegekräften die Möglichkeit eröffnet, eine Verschreibungserlaubnis zu erlangen. Je nach Vorqualifikation sind heute Kurse mit 40 bis 120 ECTS-Punkten sowie Praxiserfahrungen nachzuweisen. Auch wurde die Wirkstoffliste mit der Zeit mehrfach angepasst. Für die Verordnung durch entsprechend qualifizierte Pflegekräfte sind heute rund 150 Wirkstoffe freigegeben und zwar für die Bereiche: (1) Mund-Rachen, (2) Magen-Darm, (3) Ernährung, (4) Wundversorgung, (5) Hautinfektionen, (7) Ekzeme, (8) Gesicht und Kopfhaut, (9) Allgemeine Hautpflege, (9) Infektionen, (10) Harnwege und Geschlechtsorgane, (11) Mutterschaft, (12) Schmerzen, (13) Hals-Nasen-Ohren, (14) Augen und (15) Sonstiges (*Socialstyrelsens föreskrifter om kompetenskrav för sjuksköterskor vid förskrivning av läkemedel (SOSFS 2001:16)* und alle weiteren *Ändringsförfattning inkl. SOSFS 2011:1*).

Ein Bericht des *National Board of Health and Welfare* aus dem Jahr 2007 zeigt jedoch, dass die Bedeutung von Verordnungen durch Pflegekräfte eher marginal ist. Neben den rund 1.600 Gemeindeschwestern, die eine Verordnungserlaubnis besaßen, hatten im Jahr 2004 lediglich 75 weitere Pflegekräfte eine solche erworben. In Zuge einer Befragung wurde festgestellt, dass diese eher selten von ihrer Möglichkeit zum Verschreiben Gebrauch machten. Die Hälfte der Befragten gab an, dass sie zwischen zwei und fünf Rezepte je Monat schrieben. Verordnet wurden überwiegend Arzneimittel für trockene Haut, gegen Verstopfung und Augenentzündung. Die Mehrzahl der Befragten sah keine Notwendigkeit, mehr Wirkstoffe verschreiben zu dürfen als bislang. Alles in allem bewerteten die Pflegekräfte die Möglichkeit zu verschreiben aber sehr positiv. Einerseits wurden die verbesserten eigenen pharmakologischen Kenntnisse hervorgehoben, andererseits die damit einhergehende Zeitersparnis und höhere Effizienz der Arbeit (Socialstyrelsen 2004).

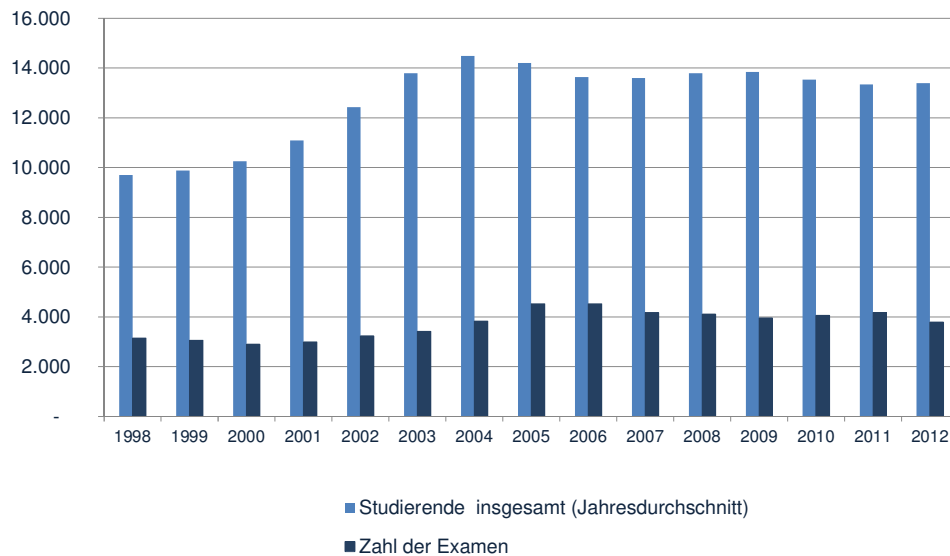
Überraschend ist, wie wenige Evaluationen über die Wirkungen der Verordnungstätigkeit vorliegen. Konnten Creedon et al. (2009) im Rahmen einer systematischen Literaturrecherche für den angloamerikanischen Kontext eine Vielzahl an Studien identifizieren, etwa mit Fragen nach den notwendigen Qualifikationsanforderungen oder Nutzenbewertungen, so lagen für Schweden lediglich zwei Befragungsstudien vor, eine von Wilhelmsson und Foldevi (2003), und eine von Wilhelmsson et al. (2001). Beide Studien zeigen, dass die Verordnungen durch Pflegekräfte von den Ärzten eher negativ eingeschätzt, von den Gemeindeschwestern aber begrüßt wurden. Ursächlich dafür könnte sein, dass das Wissen der Ärzte über die entsprechende Weiterbildung der Schwestern ebenso unzureichend erschien, aber auch die Kommunikation zwischen den beiden Berufsgruppen.

6.2.3.4 Akkreditierung von Ausbildungsstätten und Zahl der Ausbildungsplätze

Eine Akkreditierung von Ausbildungsstätten ist nicht Bestandteil der beruflichen Regulierung in Schweden. Die Hochschulen und deren Finanzierung sind vielmehr im Rahmen des *Higher Education Act* sowie der *Higher Education Ordinance* reguliert. Das *National Board of Health and Welfare* ist damit beauftragt, jährlich eine aktuelle Prognose zu Angebot und Nachfrage bei Hebammen, Ärzten und Zahnärzten, Zahnarzhelfern und Pflegekräften vorzulegen (Socialstyrelsen 2013). Ergänzt wird dies durch aktuelle Arbeitsmarktprognosen des Amtes *Statistics Sweden* – dem Pendant zum Statistischen Bundesamt. So überstieg die Nachfrage nach berufserfahrenen Pflegekräften 2011 als auch 2012 das Angebot dieser auf dem Arbeitsmarkt. Für Berufseinsteiger wurde jedoch ein ausgewogenes Verhältnis festgestellt (Socialstyrelsen 2013).

Die Zahl der Personen, die Pflege an einer Hochschule studieren, ist dabei seit der Jahrtausendwende von unter 10.000 auf über 14.000 Studierende im Jahr 2004 gestiegen und auf einem relativ konstanten Niveau verblieben (Abbildung 23). Für das Jahr 2013 hatte die Regierung die Finanzierung weiterer 414 Studienplätze angekündigt (Socialstyrelsen 2013). Jährlich rund 4.000 Personen haben in den letzten Jahren erfolgreich ihr Examen beendet (Abbildung 23). Bezogen auf die 105.000 erwerbstätigen Pflegekräfte waren dies folglich rund 3,8 Personen mit erfolgreichem Examen je 100 Erwerbstätige, bezogen auf alle 166.000 lizenzierten Pflegekräfte rund 2,4 Abschlüsse je 100 Registrierte.

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

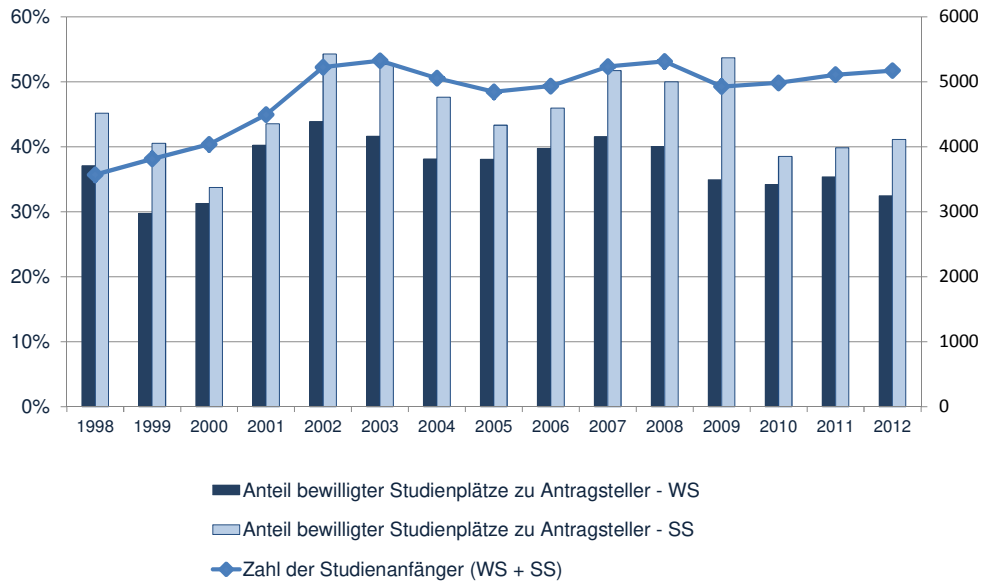


Quelle: eigene Darstellung nach „Statistik om högskolan - Grundnivå och avancerad nivå“ (<http://www.hsv.se>)

Die Gegenüberstellung der Zahl der Studienbewerber mit der Zahl jener, die tatsächlich eine Ausbildung im entsprechenden Semester beginnen, zeigt deutlich, dass die Nachfrage das Angebot von Studienplätzen erheblich übersteigt (Abbildung 24). So hatten sich z. B. im Wintersemester 2012 rund 8.000 Personen für einen Studienplatz beworben, aber nur 2.500 einen erhalten. Die Quote ist dabei seit 2002, als fast jeder zweite Bewerber einen Studienplatz erhielt, deutlich gesunken.

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

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



Quelle: eigene Darstellung nach „Statistik om högskolan – Grundnivå och avancerad nivå“ (<http://www.hsv.se>)

6.2.4 Interessenvertretung und Mitwirkung an (unter-)gesetzlicher Normgebung

Die Ausführung der beruflichen Regulierung obliegt in Schweden nicht dem Gesundheitsministerium, sondern diesem nachgelagerten Behörden. Dies könnte der Grund dafür sein, dass sich in der gesetzlichen Grundlage der Regulierung – dem *Patient Safety Act [Patientsäkerhetslag (2010:659)]* – keine Vorgaben zur Interessenvertretung des Pflegeberufs und zur Mitwirkung an (unter-)gesetzlicher Normgebung durch diesen finden.

7 Die berufliche Regulierung von Pflegekräften in Deutschland

7.1 Gesundheits- und Pflegesystem

Regulierungsrahmen

Das deutsche Gesundheits- und Pflegesystem ist in hohem Maße korporatistisch geprägt. Die Gesundheitsversorgung wird durch das Sozialgesetzbuch V normiert, die Versorgung mit Leistungen der Langzeitpflege durch das Sozialgesetzbuch XI (in Teilen auch durch das Sozialgesetzbuch XII). Die Ausgestaltung von konkretisierenden untergesetzlichen Normen wird dabei an die gemeinsame Selbstverwaltung, also an die Verbände der Krankenkassen und der Leistungserbringer übertragen (Busse und Riesberg 2005).

Alle abhängig Erwerbstätigen mit einem Einkommen unterhalb einer gewissen Grenze müssen sich bei einer der rund 135 gesetzlichen Krankenkassen versichern. Kranken- und Pflegekassen sind dabei formal getrennte Körperschaften, jedoch bedingt die Wahl einer Krankenkasse automatisch die Versicherung auch bei der Pflegekasse dieser Krankenkasse. Die Kranken- und Pflegekassen schließen für die Versorgung ihrer Versicherten Verträge mit Leistungserbringern ab, etwa mit den Kassenärztlichen Vereinigungen, den Krankenhäusern (über die Höhe des Krankenhausbudgets), den Rehabilitationseinrichtungen, mit Pflegedienstleistern und Pflegeheimen. Auf welche Leistungen Versicherte Anspruch haben, ist dabei einerseits gesetzlich durch das SGB V normiert und wird andererseits durch den Gemeinsamen Bundesausschuss – ein Gremium, in dem alle Partner der gemeinsamen Selbstverwaltung vertreten sind – konkretisiert.

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

Finanzierung

Die Finanzierung von Gesundheits- und Pflegeleistungen erfolgt in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) über Beiträge, die vom Erwerbseinkommen abhängen, in der PKV hingegen über risikoäquivalente Prämien. Insgesamt entfallen 11 Prozent des BIPs auf Gesundheitsausgaben, zusätzlich hierzu noch einmal 1 Prozent des BIPs auf Leistungen der Langzeitpflege (Tabelle 15). Knapp ein Viertel (23 Prozent) der Finanzmittel im Gesundheitswesen werden privat aufgebracht. Hierunter fallen einerseits die Prämien der privat Versicherten sowie z. B. Zuzahlungen für Arzneimittel und Heil- und Hilfsmittel sowie Eigenbeteiligungen beim Zahnersatz.

Auch die Finanzierung der Pflegeversicherung erfolgt über einkommensabhängige Beiträge bzw. über Prämien in der Privaten Pflegeversicherung. Anders als bei der Gesundheitsversorgung werden Leistungen der Langzeitpflege jedoch nur zu Teilen finanziert (Teilleistungsprinzip). Je nach Grad der Pflegebedürftigkeit sind Höchstsätze festgelegt, auch wenn der tatsächliche Bedarf diese übersteigt. Daher sind die privaten Zuzahlungen im Langzeitpflegebereich in Tabelle 15 nicht abgebildet.

Tabelle 15: Übersichtsdaten des deutschen Gesundheits- und Pflegesystems

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

Quelle: OECD Stat (2013)

Organisation und Versorgungsstrukturen des Gesundheitswesens

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

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

Organisation und Versorgungsstrukturen des Pflegewesens

Leistungen zur Langzeitpflege werden seit Einführung der Pflegeversicherung Mitte der 1990er-Jahre überwiegend durch diese getragen. Bis dahin erhielten die Betroffenen entweder häusliche Pflegehilfen durch die gesetzliche Krankenversicherung oder – soweit sie aufgrund ihres geringen Einkommens hierzu berechtigt waren – Leistungen der Sozialhilfe (dies insbesondere für stationäre Pflege). Seit Einführung der Pflegeversicherung haben alle Versicherten unabhängig von der Ursache ihres Pflegebedarfs Anspruch auf Leistungen. Im Jahr 2011 erhielten 4 Prozent der Bevölkerung über 65 Jahre stationäre und 7 Prozent ambulante Pflegeleistungen (Tabelle 15). Hierin enthalten sind auch jene Personen, die ausschließlich Pflegegeld erhalten – rund 65 Prozent der im häuslichen Setting versorgten Pflegebedürftigen nehmen ausschließlich diese Leistungsform zur Unterstützung der informellen Pflege in Anspruch (Rothgang et al. 2012b).

Ambulante Pflegeleistungen umfassen neben solchen von Pflegediensten auch Angebote der Tages- und Nachtpflege oder zur periodischen Entlastung der pflegenden Angehörigen (Verhinderungspflege, Kurzzeitpflege). Auch Beratungsangebote und Leistungen zur Absicherung der informellen Pflegepersonen wurden in den letzten Jahren verstärkt. Ferner wurden im Rahmen der letzten beiden Pflegereformen (2009 und 2013) (Betreuungs-)Leistungen für Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz (wie z. B. Demenzkranke) ausgeweitet.

Kritisiert wird die Pflegeversicherung zum einen wegen der ihr zugrunde liegenden somatisch ausgerichteten Bedarfserfassung. Für die Legislaturperiode 2013-2017 wird jedoch die Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs erwartet. Zum anderen werden Leistungen an den Schnittstellen zur Krankenversorgung (z. B. Rehabilitation oder medizinische Behandlungspflege) oder der Kommunen (Altenfürsorge, Sozialhilfe, Eingliederungshilfe etc.) kritisch diskutiert. Nicht zuletzt das Teilleistungsprinzip bzw. die z. T. hohen Eigenbeteiligungen insbesondere bei länger andauerndem Pflegeverlauf sind Gegenstand kritischer Diskussion (Rothgang et al. 2012b, Rothgang und Jacobs 2013).

7.2 Gesetzliche Grundlagen und institutionelle Ausgestaltung der beruflichen Regulierung

In Deutschland hat in Rheinland-Pfalz am 1. Januar 2016 die erste Pflegekammer ihre Arbeit aufgenommen, in Schleswig-Holstein wird eine solche zurzeit errichtet. Bis dahin und dies ist der Bezugsrahmen der hier vorgelegten Arbeit, gab es in Deutschland keine berufliche Selbstverwaltung des Pflegeberufs. Der Pflegeberuf ist dennoch auch heute schon durch das Heilberufsrecht reguliert. Geschützt und gesetzlich definiert sind die Berufsbezeichnungen: „Gesundheits- und Krankenpfleger(in)“, „Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger(in)“ sowie „Altenpfleger(in)“. Die Regelungen erfolgen durch das *Krankenpflegegesetz* (KrPflG) bzw. das *Altenpflegegesetz* (AltPflG). Ergänzt werden diese durch die *Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege*

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

Beide Gesetze – das Kranken- und seit 2003 auch das Altenpflegegesetz – sind Bundesgesetze und normieren folglich bundesweit einheitlich. Die Gesetzgebungskompetenzen sind jedoch insofern zwischen Bund und Ländern verteilt, als dem Bund aufgrund Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 GG die Regelung zur Berufszulassung obliegt, den Ländern die der Berufsausübung.

Darüber hinaus ist auch das indirekte Berufsrecht zu beachten. Bezogen auf die Pflegekräfte ist dies insbesondere das Sozialleistungsrecht nach dem V. Sozialgesetzbuch (Gesetzliche Krankenversicherung) und dem XI. Sozialgesetzbuch (Soziale Pflegeversicherung), aber auch das zivile Haftungs- und Strafrecht haben indirekt Einfluss auf die Berufsausübung (Igl 2014). So sind z. B. durch § 71 Abs. 3 SGB XI Vorgaben zur Berufserfahrung und zur Weiterbildung von verantwortlichen Pflegefachkräften in Pflegeheimen und bei Pflegediensten festgelegt. Im Sinne des indirekten Berufsrechts ist aber z. B. auch auf § 15 SGB V und § 28 SGB V hinzuweisen. Die Vorschriften normieren ärztliche Behandlung im Rahmen des SGB und haben damit indirekt – sozusagen als Negativabgrenzung – erheblichen Einfluss auf den Tätigkeitsrahmen von Pflegekräften.

7.3 Aufgaben und Funktionen der beruflichen Regulierung

7.3.1 Berufsordnung und Überwachung der Berufspflichten

7.3.1.1 Berufsordnung

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

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

- „eines Verhaltens schuldig gemacht hat, aus dem sich die Unzuverlässigkeit zur Ausübung des Berufs ergibt“ oder
- „in gesundheitlicher Hinsicht zur Ausübung des Berufs ungeeignet ist“ (§ 2 KrPflG und § 2 AltPflG).

Im Zuge der Rechtsprechung wurde der unbestimmte Rechtsbegriff „Unzuverlässigkeit“ – in Anlehnung an die Rechtsprechung beim Entzug einer Approbation⁶⁴ – dahingehend eingegrenzt:

„Eine Unzuverlässigkeit zur Ausübung des Berufs [...] setzt ein Verhalten voraus, das nach Art, Schwere und Zahl von Verstößen gegen Berufspflichten die zu begründende Prognose rechtfertigt, der Betroffene biete aufgrund der begangenen Verfehlungen nicht die Gewähr, in Zukunft die berufsspezifischen Vorschriften und Pflichten zu beachten. Dabei sind die gesamte Persönlichkeit des Betroffenen und seine Lebensumstände im Zeitpunkt des Abschlusses des Verwaltungsverfahrens zu würdigen“ (siehe z. B. Bayerischer VGH, Urt. v. 02.03.2010 – 21B08.3008 oder VG Köln, Urt. v. 26.07.2006 – 9K794/05).

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

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

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

Die Berufsordnungen des Saarlands (2008: *Berufsordnung für Pflegefachkräfte im Saarland*), Hamburgs (2009: *Pflegefachkräfte-Berufsordnung*) und Sachsens (2012: *Berufsordnung Pflegekräfte*) ähneln der Berufsordnung in Bremen. Unterschiede bestehen aber beispielsweise bei der konkreten Ausformulierung der Aufgaben und Pflichten und beim Umfang der verlangten Kompetenzerhaltung.

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

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

(DPR 2004). Auch hier sind Aufgaben und Berufspflichten ähnlich wie in den landesrechtlichen Berufsordnungen formuliert. Verpflichtend nach dieser Berufsordnung ist jedoch auch die Registrierung bei der Registrierungsstelle „*Registrierung beruflich Pflegender GmbH*“ (RbP). Dies erfordert eine Fortbildung im Umfang von 40 Punkten innerhalb eines Zeitraums von 2 Jahren.⁶⁵ Gleichzeitig verweist ein eigener Paragraf (§ 5) darauf, dass die „Aufsicht über die Einhaltung der berufsrechtlichen Vorschriften bei der jeweiligen Gesundheitsbehörde des Landes [liegt]“ (DPR 2004). Pflichten zur Überwachung der Berufsordnung durch die Mitgliederverbände sind nicht formuliert. Nach Angaben von Martini (2014) haben sich jedoch bis 2009 bei der RbP nur rund 9.000 Personen registrieren lassen.

7.3.1.2 Überwachung der Berufsordnung

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

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

7.3.2 Berufsregister

7.3.2.1 Berufsregister

Das Führen der Berufsbezeichnungen „Gesundheits- und Krankenpfleger(in)“, „Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger(in)“ und „Altenpfleger(in)“ ist bundesweit gesetzlich geschützt. Die Einrichtung von Registern ist jedoch nicht vorgegeben. Die Erlaubnis zur Führung dieser Berufsbezeichnungen ist zu erteilen, wenn der Antragsteller

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

⁶⁶ URL: http://www.regbp.de/images/stories/dokumente/4_RbP_Falzflyer.pdf [Stand 14.02.2013].

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

Die zuständige Behörde für die Erteilung der Erlaubnis ist durch das Land zu bestimmen (§ 20 KrPflG und § 26 AltPflG). Einige Länder haben darüber hinaus im Zuge ihrer Kompetenz zur Überwachung der Berufsausübung Meldepflichten für Pflegende geschaffen, diese betreffen jedoch vornehmlich selbstständig tätige Pflegepersonen und private ambulante oder stationäre Pflegeanbieter.

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

Bayern, Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern verlangen von diesen Arbeitgebern darüber hinaus für alle pflegerisch Beschäftigten Nachweise über deren Befähigungen – dies jedoch nur, wenn es sich um private Träger handelt; das Saarland nur, wenn es sich um selbstständig Tätige handelt. Manche Länder, wie Berlin und Mecklenburg-Vorpommern, verlangen die Meldung der Zahl der tätigen Pflegekräfte (in Tabelle 16 symbolisiert durch c).

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

Die Festlegung der jeweils zuständigen Behörde erfolgt aufgrund landesspezifischer Verordnungen oder Verwaltungsvorschriften. In der Regel sind als zuständige Behörden für die Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung die Landesgesundheitsämter oder die Regierungsbezirke benannt. Einzige Ausnahme ist Nordrhein-Westfalen, wo dies auf Ebene der Kreise und kreisfreien Städte erfolgt (Tabelle 16). Insgesamt gibt es rund 80 zuständige Stellen für die Erteilung der Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung. Es gibt kein landes- oder bundesweit einheitliches „Register“ und damit auch keine Liste mit den Namen und den aktuellen Adressen aller Pflegekräfte, die eine Erlaubnis zur Führung des Berufs besitzen.

Table 16: Landesrechtliche Vorgaben zur Anzeigepflicht bei Ausübung einer Pflegetätigkeit

B L	Krankenpflege	Gesetzliche Grundlage	Altenpflege	Gesetzliche Grundlage	Anzeige der Tätigkeit Anzeige, wenn nicht für ...	Gesetzliche Grundlage
BW	Regierungspräsidien	Heilberufe- und Gesundheitsfachberufe-Zuständigkeitsverordnung	Regierungspräsidien	Heilberufe- und Gesundheitsfachberufe-Zuständigkeitsverordnung			
BY	Regierungen (Oberbayern, Niederbayern, Oberpfalz, Oberfranken, Mittelfranken, Unterfranken, Schwaben)	HeilBZustV	Regierungen	HeilBZustV	a), b), c)*	*c) nicht für Krankenhäuser im LKH-Plan, wenn Dienst Träger der freien Wohlfahrtspflege nach § 5 SGB XII ist oder in Hand des Landes oder des Kreises der Gemeinde	§ 18 GDVG
B	Landesamt für Gesundheit und Soziales		Landesamt für Gesundheit und Soziales		a), b), c)*	*c) nur Zahl der Pflegekräfte einmal jährlich	§ 14 GDG
BB	Landesamt für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz	Verordnung zur Bestimmung der Zuständigkeiten für Fachberufe des Gesundheitswesens (FGZV)	Landesamt für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz	Verordnung zur Bestimmung der Zuständigkeiten für Fachberufe des Gesundheitswesens (FGZV)	a), b), c)*	*c) nicht für Krankenhäuser im LKH-Plan, wenn Dienst Träger der freien Wohlfahrtspflege nach § 3 SGB XII oder in Hand des Landes oder des Kreises der Gemeinde ist sowie bei Assistenz oder familiärer Pflege	§ 12 BbgGDG

B L	Krankenpflege	Gesetzliche Grundlage	Altenpflege	Gesetzliche Grundlage	Anzeige der Tätigkeit Anzeige, wenn nicht für ...	Gesetzliche Grundlage
HB	Senatorin für Bildung, Wissenschaft und Gesundheit	KrPflIGZustBek			a), b)*	*b) nur bei Anforderung, die Zahl der Tätigen einmal jährlich anzuzeigen (Beschränkung auf Überwachung der Einhaltung der qualifizierten Fachaufsicht durch Arbeitgeber)	§ 27 ÖGDG
HH	Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz		Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz		a), b)	Beschränkung auf Überwachung der Einhaltung der qualifizierten Fachaufsicht durch Arbeitgeber	§ 19 HmbGGD
HE	Regierungspräsidium Darmstadt	ZustVO-Gesundheitsfachberufe			a), b)		§ 12 HGöGD
MV	Landesamt für Soziales und Landesprüfungsamt für Heilberufe	LPHZustLVO M-V	Landesamt für Soziales - Landesprüfungsamt für Heilberufe	LPHZustLVO M-V	a), b), c)*	*c) von nicht selbstständig tätigen Personen, kann ein Nachweis angefragt werden /Krankenhäuser, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen und Heime im Sinne des Heimgesetzes müssen nur einmal jährlich über die Zahl informieren	§ 27 ÖGDG M-V
NDS	Landesamt für Soziales, Jugend und Familie	Zuständige Behörden für andere als ärztliche Heilberufe (Verwaltungsvorschrift)	Landesamt für Soziales, Jugend und Familie	Zuständige Behörden für andere als ärztliche Heilberufe			

B L	Gesetzliche Grundlage		Anzeige der Tätigkeit Anzeige, wenn nicht für ...	Gesetzliche Grundlage
	Krankenpflege	Altenpflege		
NRW	Kreise und kreisfreie Städte	ZustVO HB	a), d)	§ 18 ÖGDG NRW
RP	Landesamt für Soziales, Jugend und Versorgung		a)	§ 14 ÖGDG
SAR	Landesamt für Soziales		a), b), c)* *c) nur wenn im Rahmen einer selbstständigen Tätigkeit Beschäftigte angestellt werden	§ 17 ÖGDG
SAH	Kommunaler Sozialverband Sachsen (KSV)	Verwaltungsneuerordnungsgesetz	a)	§ 10 Sächs-GDG
SA	Landesverwaltungsamt Sachsen-Anhalt - Landesprüfungsamt für Gesundheitsberufe	Landesverwaltungsamt Sachsen-Anhalt - Landesprüfungsamt für Gesundheitsberufe	keine	§ 15 GDG LSA
SH	Landesamt für soziale Dienste Schleswig-Holstein		a)	§ 12 GDG-
Th	Thüringer Landesverwaltungsamt	GesHeilpRZustV TH	a)	§ 7 GesDV TH

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

Auch die Einführung des Heilberufsausweises im Kontext der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) nach § 291a SGB V wird diese dezentral angelegten Strukturen nicht verändern. Der Gesetzgeber hat mit den Vorgaben zur Einführung der eGK festgelegt, dass der Zugriff auf darin hinterlegte Daten nur in Verbindung mit einem elektronischen Heilberufsausweis bzw. Berufsausweis erfolgen darf. Die Abstimmung der Verfahren und die Ausgabe der Heilberufsausweise für approbierte Berufe wie Ärzte und Apotheker erfolgt durch die jeweiligen Kammern auf Landesebene bzw. durch deren Bundesdachverbände.⁶⁷ Für die Angehörigen nicht verkammerter Gesundheitsfachberufe in Praxen (z. B. medizinische Fachangestellte), in Apotheken (z. B. pharmazeutisch-technische Assistenten) oder in Krankenhäusern (z. B. Pflegekräfte, Physiotherapeuten) erfolgt der Zugriff auf die Kartendaten jeweils über die Identifikation der Praxis, der Apotheke bzw. des Krankenhauses (83. GMK 2010).

Für die Ausgabe von Heil- bzw. Berufsausweisen für alle übrigen nicht verkammerten Berufe, die Zugriff auf elektronische Patientenakten benötigen, ist der Aufbau eines landesübergreifenden Berufsregisters für Gesundheitsfachberufe (eGBR) geplant. Die Länder haben in diesem Zusammenhang von ihrem Recht Gebrauch gemacht, eine gemeinsame Stelle mit der Ausgabe des elektronischen (Heil-)Berufsausweises zu betrauen (§ 291a Abs. 5a S. 2 SGB V). Auf der 82. Gesundheitsminister-Konferenz (GMK) wurde beschlossen, auf Grundlage eines entsprechenden Staatsvertrags eine entsprechende länderübergreifende Stelle mit Sitz in Bochum zu errichten. Die GMK ging von einem zunehmenden Bedarf an Heilberufsausweisen aus, insbesondere für Tätigkeiten an der Schnittstelle von stationärer und ambulanter Versorgung, aber auch angesichts der verstärkten Übernahme von ärztlichen Tätigkeiten durch Pflegekräfte und der damit verbundenen eigenständigen Verordnung und Erbringung von Leistungen (83. GMK 2010).

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

Darüber hinaus gibt es eine Initiative zur freiwilligen Registrierung beruflich Pflegender, die vom Deutschen Pflegerat koordiniert wird. Pflegende können sich bei der eigens hierfür gegründeten *Registrierung beruflich Pflegender GmbH* gegen eine Gebühr von 25 Euro registrieren. Die Registrierung gilt für jeweils 2 Jahre und kann dann verlängert werden mit dem Nachweis von 40 Fortbildungspunkten sowie der Zahlung der Folgeregistrierungsgebühr von 50 Euro.⁶⁸

67 Laut § 291a Abs. 5a SGB V sind zwar die Länder hierfür verantwortlich, sie haben diese Aufgabe aber über die Heilberufsgesetze an die Kammern übertragen.

68 www.regbp.de.

7.3.2.2 Zahl der registrierten und erwerbstätigen Pflegekräfte

Wie bereits erwähnt, gibt es in Deutschland kein Register über Personen mit der Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnungen „Gesundheits- und Krankenpfleger(in)“, „Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger(in)“ sowie „Altenpfleger(in)“. Da es auch keine weiteren gesetzlichen Grundlagen zur Erhebung von Daten in diesem Kontext gibt, liegen keine amtlichen Statistiken über die Zahl der Zu- und Abgänge oder über die soziodemografische Struktur von Personen, die diese Berufsbezeichnungen führen, vor. Jedoch liefert die Gesundheitspersonalrechnung – eine Sekundärstatistik des Statistischen Bundesamts – Informationen zu erwerbstätigen Pflegekräften.

Im Jahr 2011 waren, ausgedrückt in Vollzeitäquivalenten, 590.000 Gesundheits- und Krankenpfleger – darunter 14.000 Hebammen – in Deutschland erwerbstätig. Zwei von drei dieser Pfleger waren in Krankenhäusern tätig, circa jeder fünfte in der ambulanten oder in der stationären Altenpflege (Tabelle 17). Ferner erfasst die Gesundheitspersonalrechnung 202.000 Gesundheits- und Krankenpflegehelfer. Bei der Altenpflege hingegen wird in der Statistik nicht nach qualifiziertem Personal und Hilfspersonal unterschieden. Für 2011 werden 334.000 Vollzeitäquivalente an Altenpflegern und Altenpflegehelfern ausgewiesen, die Mehrzahl ist in der stationären Pflege tätig (Tabelle 17).

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

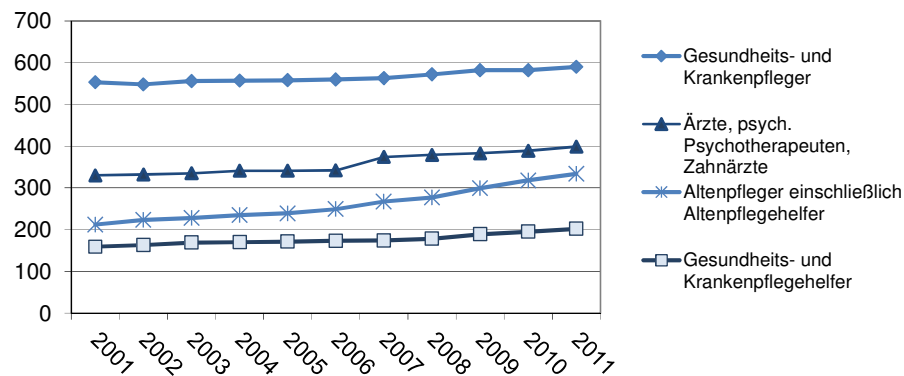
	Gesundheits- und Kranken- pfleger sowie Hebammen	Gesundheits- und Kranken- pflegehelfer	Altenpfleger einschl. Alten- pflegehelfer
insgesamt	590.000	202.000	334.000
<i>davon in</i>			
Krankenhäusern	392.000	36.000	22.000
Vorsorge- /Rehabilitationseinr.	21.000	9.000	7.000
stationärer/ teilstationärer Pflege	46.000	13.000	189.000
ambulanter Pflege	59.000	9.000	70.000
sonstigen ambulanten Einrichtungen	4.000	10.000	13.000
Arzt- und Zahnarzt- sowie sonstige Praxen med. Berufe	37.000	34.000	22.000
sonstigen Einrichtungen	15.000	22.000	-
Verwaltung	4.000	14.000	8.000

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

Die Zahl der Gesundheits- und Krankenpfleger ist in den letzten 10 Jahren um 7 Prozent von 553.000 auf 590.000 gestiegen. Die Zahl der Krankenpflegehelfer stieg im gleichen Zeitraum um 30 Prozent, die Zahl der Altenpfleger und

Altenpflegehelfer sogar um 60 Prozent. Zum Vergleich: Die Zahl der Ärzte nahm im gleichen Zeitraum von 330.000 auf 399.000 um 22 Prozent zu (Abbildung 25).

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



Quelle: eigene Darstellung nach Statistischem Bundesamt 2013; Personal - Lange Reihen: Fachserie 12 Reihe 7.3.2

Tabelle 18 fasst die Entwicklung nochmals mit einigen Kennziffern zusammen. Auf 1.000 Einwohner kamen damit im Jahr 2001 6,71 und 2011 7,21 Gesundheits- und Krankenpfleger. Bezogen auf die Berufsgruppe der Ärzte waren dies 2001 1,68 und 2011 nur noch 1,48 Gesundheits- und Krankenpfleger je Arzt. Auch das Verhältnis von qualifizierten Pflegern zu Krankenpflegehelfern hat sich im gleichen Zeitraum von 0,29 Helfern pro qualifizierter Kraft auf 0,34 Helfer je qualifizierter Kraft leicht verschlechtert (Tabelle 18).

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

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

Quelle: eigene Darstellung nach Gesundheitspersonalrechnung, Statistisches Bundesamt 2014

Das Bild ist verzerrt, da die Altenpfleger und Altenpflegehelfer hier nicht mit ausgewiesen sind. Dies ist der Aufbereitung der Gesundheitspersonalrechnung (GPR) geschuldet, die bei der Altenpflege nicht nach 3-jährig qualifizierten und nicht qualifizierten Kräften unterscheidet. Will man diese ergänzen, muss auf die Grundstatistiken, auf denen die GPR aufbaut, zurückgegriffen werden. Relevant für die Altenpflege sind hier die Pflegestatistik und die Krankenhausstatistik. Die Vergleichbarkeit von GPR und Pflege- sowie Krankenhausstatistik ist jedoch sehr eingeschränkt. So weist die Krankenhausstatistik die Qualifikationen von Pflegekräften nur für den Pflegedienst aus. Gesundheits- und Krankenpfleger sowie -helfer, die z. B. im medizinisch-technischen oder im Funktionsdienst arbeiten, werden nicht explizit nach Qualifikation ausgewiesen. Die Pflegestatistik wiederum erfasst regulär keine Vollzeitäquivalente – das Statistische Bundesamt weist hier lediglich ab 2003 durch sie geschätzte VZÄ aus. Auch werden in der Pflegestatistik nur Personen erfasst, die im Sinne der Pflegeversicherung tätig sind, nicht aber solche, die (im ambulanten Sektor) allein medizinische Behandlungspflege auf Kosten der Krankenversicherung erbringen (siehe hierzu auch (Simon 2012)).

In Tabelle 19 wurde aus diesem Grund die Zahl der Gesundheits- und Krankenpfleger sowie Hebammen der GPR ergänzt um die Zahl der Altenpfleger nach der Pflegestatistik. Insgesamt waren damit im Jahr 2011 rund 1 Mio. 3-jährig qualifizierte Pflegekräfte – gemessen in VZÄ 760.000 – in Deutschland tätig. Seit 2003 ist die absolute Zahl der Pflegekräfte um 16 Prozent gestiegen, die Zahl der VZÄ um 12 Prozent. Zurückzuführen ist dies maßgeblich auf den Anstieg der tätigen Altenpflegekräfte. Bezogen auf 1.000 Bundesbürger waren 2011 somit 12,64 qualifizierte Pflegekräfte (in VZÄ 9,28) tätig.

Tabelle 19: Zahl der Gesundheits- und Krankenpfleger und Altenpfleger – alle Tätigkeitsbereiche (2003-2011)

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

Quelle: eigene Darstellung nach s. o. Statistisches Bundesamt 2014; ¹Gesundheitspersonalrechnung sowie ²Pflegestatistik 2011 – Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung Deutschlandergebnisse (2013) sowie Bericht: Pflegestatistik 2003 – Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung – Deutschlandergebnisse (2005)

Für eine Übersicht darüber, wie viele Hilfskräfte im Verhältnis zu Pflegekräften tätig sind, wurde im Folgenden ebenso auf die Ausgangsstatistiken der GPR – die Krankenhaus- und Pflegestatistik – zurückgegriffen. In Tabelle 20 sind die Zahlen der Gesundheits- und Krankenpfleger, der Kinderkrankenpfleger und der Altenpfleger aufgeführt, die im Sinne der Krankenhausstatistik im „Pflegedienst“ und im Sinne der Pflegestatistik in der „Grundpflege“ (ambulante Dienste) sowie in der „Pflege und Betreuung“ (stationäre Heime) tätig sind.

Deutlich wird noch einmal der erhebliche Anstieg der Zahl der Altenpflegekräfte in den letzten Jahren: Diese hat sich von rund 113.000 VZÄ im Jahr 2003 auf rund 160.000 im Jahr 2011 erhöht, also um rund 40 Prozent. Die Zahl der Gesundheits- und Krankenpfleger ist im gleichen Zeitraum hingegen nur um 3 Prozent gestiegen (Tabelle 20). Betrachtet man die Zahl aller Hilfskräfte, die nach der Krankenhaus- und Pflegestatistik in der direkten Pflege tätig sind, so zeigt sich, dass sich deren Gesamtzahl (VZÄ) von 190.000 im Jahr 2003 auf 245.000 im Jahr 2011 erhöht hat, was einen Zuwachs von 28 Prozent bedeutet. Die Mehrzahl dieser Hilfskräfte ist jedoch im Altenpflegebereich tätig. Kamen im Pflegedienst der Krankenhäuser lediglich auf rund jede 10. qualifizierte Pflegekraft eine Hilfskraft, so kommt in der Altenpflege (Grundpflege, Pflege und Betreuung) fast auf jede qualifizierte Kraft eine Hilfskraft. Während die Fachkräftequoten im Krankenhaus zwischen 2003 und 2011 stabil geblieben sind, haben sich diese im Altenpflegebereich leicht verschlechtert (Tabelle 20).

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

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

*Quelle: eigene Darstellung nach: Krankenhausstatistik; Statistisches Bundesamt 2014; ²Pflegestatistik 2011 – Deutschlandergebnisse (2013); Bericht: Pflegestatistik 2003 – Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung – Deutschlandergebnisse (2005) [*ausgenommen Heilerziehungspflegehelfer, Heil- und Sozialpädagogen, Physio- oder Ergotherapeuten sowie sonstige Absolventen im Bereich der nicht ärztlichen Heilberufe, Familienpfleger, Dorfhelfer]*

7.3.2.3 Zulassung ausländischer Pflegekräfte

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

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

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

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

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

Rumänien sowie Bulgarien, die am 1. Januar 2007 der EU beigetreten sind, haben dies Recht am 01.01.2014 erhalten. Für Arbeitskräfte aus diesen Ländern gelten jedoch Übergangsregelungen. Sie benötigen weiterhin eine sogenannte Arbeitserlaubnis-EU, welche durch die Zentrale Auslands- und Fachvermittlung (ZAV) ausgestellt wird (Merda et al. 2012).

⁶⁹ Ausnahmen waren lediglich Malta und Zypern.

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

Noch einmal angepasst wurden die Vorgaben zur Anerkennung von ausländischen Abschlüssen 2012 durch das *Gesetz zur Verbesserung der Festlegung und Anerkennung von im Ausland erworbenen beruflichen Qualifikationen und Berufsabschlüssen*.⁷⁰ Insbesondere wurden für die Anerkennung von Krankenpflegeausbildungen verbindliche Fristen vorgeschrieben: 3 Monate für Abschlüsse, die unter die EU-Richtlinie fallen, und 4 Monate für sonstige Abschlüsse sowie für die Ausstellung von rechtsmittelfähigen Bescheiden über die Gründe der Entscheidung (§ 20a KrPflAprV, siehe Begründung zum BQFG BT-Drs. Drucksache 17/6260).⁷¹

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

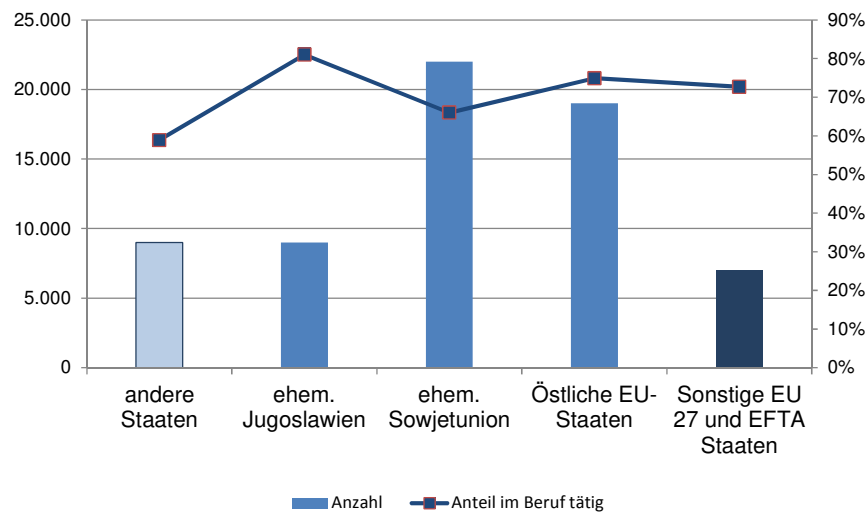
Die Rahmenbedingungen der Anerkennung werden folglich durch den Gesetzgeber definiert, deren Ausführung erfolgt nach § 20 KrPflG und § 26 AltPflG wiederum durch die zuständigen Landesbehörden. Die Länder können aber auch vereinbaren, dass die Aufgaben von einer gemeinsamen Einrichtung wahrgenommen werden,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

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

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

Amtliche Statistiken über die Zahl der Personen, die eine Anerkennung ihres Kranken- oder Altenpflegeabschlusses beantragt bzw. erhalten haben, wurden bis 2012 nicht erstellt. Mit dem Gesetz zur *Verbesserung der Festlegung und Anerkennung von im Ausland erworbenen beruflichen Qualifikationen und Berufsabschlüssen* wurde das Führen einer solchen Statistik jedoch eingeführt.⁷² Nach Angaben des Statistischen Bundesamts hatten 2016 rund 6.600 Personen eine Anerkennung ihrer Qualifikation als Gesundheits- und Krankenpfleger/innen erhalten (Statistik zum Anerkennungsgesetz des Bundes, Statistisches Bundesamt 2016).

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



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

Nach Afentakis und Maier (2013) gibt es rund 70.000 Migranten in Deutschland, die vor ihrem Zuzug nach Deutschland in ihrem Herkunftsland einen mindestens 1-jährigen Pflegeabschluss besaßen (Abbildung 26). Die überwiegende Mehrheit dieser Personen stammt aus der ehemaligen Sowjetunion und den östlichen EU-Staaten. Aussagen darüber, wie viele Abschlüsse dieser Migranten anerkannt wurden, sind auf Basis der Datengrundlage jedoch nicht möglich. Einen Hinweis hierauf gibt jedoch der Anteil dieser Personen, die heute in der Pflege tätig sind. Dies sind zwischen 60 bis 80 Prozent, wobei die Personen aus Staaten außerhalb des EU-Raums und des Ostblocks deutlich höhere Quoten aufweisen als Personen aus sonstigen Ländern (Abbildung 26).

⁷² Das Berufsqualifikationsfestlegungsgesetz (BFQG) findet für die Kranken- und Altenpflege nur Anwendung bezogen auf § 17, der die Einführung der Statistik bewirkt (§ 2 Abs. 6 KrPflG, § 2 Abs. 6 AltPflG).

Afentakis und Maier (2013) haben die Zuwanderung auch im Zeitverlauf analysiert. Die meisten Zuwanderer, die 2010 in Pflegeberufen beschäftigt waren, kamen in den Jahren 1989-1995 nach Deutschland. Insgesamt kamen in diesem Zeitraum 44.000 Personen (durchschnittlich 6.000 pro Jahr). Hierin enthalten sind jedoch auch solche, die ihren Abschluss in Deutschland erworben haben. Weitere 28.000 Personen kamen in den Jahren 1996-2002 (durchschnittlich 4.000 pro Jahr). Innerhalb der sieben Jahre von 2003-2010 waren es dann jedoch nur noch 17.000 (durchschnittlich 2.000 pro Jahr).

7.3.3 Aus- und Weiterbildung

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

Das Berufsbild der Pflege erfuhr in der Bundesrepublik in den 1950er- und 1960er-Jahren einen grundlegenden Wandel. Die bis dahin immer noch präsente und durch die konfessionellen Schwesternschaften gelebte Vorstellung, dass Pflege ein „Liebesdienst“ sei, verlor in dieser Zeit zunehmend an Zuspruch. Stattdessen etablierte sich ein Verständnis von Pflege als „Dienstleistung“. Gleichzeitig wandelten sich aufgrund der in dieser Zeit fortschreitenden Technisierung und Spezialisierung der Medizin die Anforderungen an die Fähigkeiten der Pflegekräfte. Begleitet wurde dies durch einen auf dem Wirtschaftswachstum fußenden Ausbau der Krankenhauslandschaft (Kreutzer 2005).

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

Nicht verändert wurde jedoch der Sonderstatus der Pflege im bundesdeutschen Ausbildungssystem. Sie wurde weder in das seit 1969 bestehende duale Berufsbildungssystem integriert noch in die landesrechtlich regulierte Berufsfachschulausbildung (Bögemann-Großheim 2002, Dielmann 2006).⁷³ Beides hätte erhebliche Auswirkungen auf die damals (wie heute) an Krankenhäusern angegliederten Pflegeschulen gehabt: Im dualen System hätte die Berufsschule die

⁷³ Der Wissenschaftsrat unterbreitete im Zuge der Reformdiskussion übrigens die Empfehlung, die Ausbildung für die Pflege (wie auch für weitere Gesundheitsfachberufe) im tertiären Sektor, also im Hochschulwesen zu verankern. So sollte sowohl den gestiegenen Anforderungen der Versorgung Rechenschaft getragen werden als auch die vertikale wie horizontale Durchlässigkeit des Systems verbessert werden. Siehe Wissenschaftsrat 1970.

Durchführungsverantwortung erhalten, im System der Berufsfachschulen wäre die Praxiserfahrung in Form von Praktika erfolgt.

Beide Lösungsansätze wurden durch die Krankenhausträger, aber auch durch die Berufsorganisationen abgelehnt. Insbesondere die kirchlichen Träger befürchteten nach Einschätzung von Bögemann-Großheim (2002) den Verlust ihres Einflusses auf die Auswahl und die Prägung ihrer Schüler sowie kürze Arbeitszeiten für die Pflegeschüler auf den eigenen Stationen. Die Berufsorganisationen seien auch zu dieser Zeit noch von dem Selbstverständnis geprägt gewesen, dass die „Wesensbildung“⁷⁴ das eigentliche Qualifizierungsziel der Ausbildung sei und eine Herausnahme aus dem praktischen Alltag diesem Ziel entgegenwirke (Bögemann-Großheim 2002). Auch für die Länder stellt die Beibehaltung des Sonderwegs letztlich eine kostengünstige Alternative dar, denn die öffentlichen Haushalte werden bei diesem aufgrund der Finanzierung der Ausbildung über die Pflegesätze der Krankenhäuser nicht belastet (Bögemann-Großheim 2002) (siehe hierzu auch Kapitel 7.3.3.4)

Reform der Alten- und Krankenpflege um die Jahrtausendwende

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

Im November 2000 wurde ein Altenpflegegesetz verabschiedet, welches die Altenpflegeausbildung erstmals bundesweit einheitlich regeln sollte. Das geplante Inkrafttreten zum 1. August 2001 wurde jedoch aufgrund einer Klage des Bundeslands Bayerns vor dem Bundesverfassungsgericht ausgesetzt und erfolgte (größtenteils) erst nach dessen Beschluss im August 2003. Auf eine ursprünglich vorgesehene bundesweite Regelung zur Altenpflegehilfeausbildung (und in der Folge auch zur Krankenpflegehilfe) musste aufgrund des Entscheids des Bundesverfassungsgerichts jedoch verzichtet werden.

Eine Vereinheitlichung der bis dahin landesspezifischen Altenpflegeausbildungen wurde seit Mitte der 1980er-Jahre diskutiert. Ein Gutachten im Auftrag des Bundesverfassungsgerichts kam 2002 zu dem Schluss, dass – trotz der 1985 vereinbarten Rahmenvorgaben – die bestehenden 17 Ausbildungsregelungen deutliche Unterschiede bezüglich Dauer, Struktur, Inhalte, Finanzierung und Zugang aufwiesen (BVerfGE v. 24.10.2002 I 4410 - 2 BvF 1/01).

Hintergrund waren sinkende Schülerzahlen und ein kurzer Verbleib im Beruf, aufgrund des demografischen Wandels, dem auch aufgrund der Einführung der Pflegeversicherung Mitte der 1990er-Jahre eine stetig wachsende Nachfrage nach Fachkräften gegenüberstand. Die bundesweite Vereinheitlichung hatte deshalb das Ziel, insbesondere durch eine Angleichung an die Ausbildung der

⁷⁴ Hierin lebt das Verständnis von Pflege als „Liebesdienst“ letztlich fort, wonach Pflege kein „Job“, sondern eben mehr ist. Danach kommt es mehr auf ein spezifisches (weibliches) Wesens an und weniger auf das Fachwissen.

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

Eine Evaluation der neuen Ausbildungsstrukturen im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend kam im Jahr 2006 zu dem Schluss, dass die Qualität der Ausbildung gestiegen sei und mittlerweile insbesondere auch innovative Lernkonzepte Raum fänden. Gleichzeitig wurde auf die weiterhin bestehende landesspezifische Heterogenität verwiesen, zudem wurden auch kritische Stimmen wiedergegeben, wonach der neue Ansatz die Schulen überfordere (Görres et al. 2006).

Zwei Jahre später – zum 1. Januar 2004 – wurde auch das Krankenpflegegesetz novelliert. Zentrale Punkte darin waren die Änderung der Berufsbezeichnung in „Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger“, eine Anhebung des Umfangs der Unterrichtsstunden, eine Erhöhung der Ausbildungsanteile zum Thema ambulante Pflege (aber auch zu weiteren Fachgebieten wie der Prävention), eine Anhebung der Qualifikationsanforderungen an Schulleitungen und Lehrkräfte sowie an die Praxisanleiter.

Verbessert wurde ferner die Durchlässigkeit zum Ausbildungsgang zur Kinderkrankenschwester durch eine gemeinsame Ausbildung in den ersten zwei Jahren. Eine vollständige Integration aller drei Ausbildungsgänge (Kranken-, Kinderkranken- und Altenpflege) erfolgte jedoch nicht. Stattdessen wurde im Rahmen beider Gesetze (KrPflG und AltPflG) die Möglichkeit geschaffen, Modellprojekte durchzuführen mit einer zeitlich befristeten Erprobung solcher Ausbildungsangebote.

Modellprojekte zur Erprobung einer integrierten bzw. generalistischen Ausbildung

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

Hierauf gründend haben sich zahlreiche Modellprojekte zur Erprobung von integrierten und von generalistischen Ausbildungen entwickelt. Acht davon (in Bayern, Berlin, Hessen, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Sachsen-Anhalt) wurden durch das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend gefördert (BMFSFJ 2008).

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

Pflegeausbildung als eine integrierte Pflegeausbildung mit generalistischer Ausrichtung zu gestalten. Die Evaluation habe gezeigt, dass

„es hinsichtlich der berufsfachlichen und -pädagogischen Fragen in den Feldern der Curriculumentwicklung, der Kooperationen, der Theorie-Praxis-Verzahnung und der Prüfungsmodalitäten keine Hindernisse für eine Zusammenführung der Pflegeausbildungen gibt“ (BMFSFJ 2008 S. 206).

Im Rahmen einer weiteren Studie konnten Görres et al. (2009) insgesamt 42 Modellvorhaben identifizieren. Davon waren 7 auf (Fach-)Hochschulebene verortet. Es wurden drei Grundtypen identifiziert: erstens Modelle, welche die Pflegeausbildung im Bereich Gesundheits- und Krankenpflege mit der im Bereich Gesundheits- und Kinderkrankenpflege integrierten (15 Modelle). Zweitens gab es integrativ ausgerichtete Ausbildungen, die über die intendierten Projektdimensionen hinausgingen und z. B. durch Verlängerung der Ausbildungszeit auf 3,5 Jahre den Erwerb zweier gleichwertiger Berufsabschlüsse (Kranken- und Altenpflege) ermöglichten (10 Projekte). Drittens fanden sich sieben Modelle, die eine vollständig generalistische Ausrichtung aufwiesen (Görres et al. 2009).

Bei den im tertiären Bildungssektor verorteten Modellprojekten lag der Schwerpunkt nicht in der modellhaften Zusammenführung der getrennten Pflegeausbildungen, sondern in der Kombination eines akademischen Abschlusses mit einem Berufsabschluss (5 „duale“ Projekte mit einer Kooperation von Berufsschulen und Hochschulen) oder in der Möglichkeit der Erstausbildung im Hochschulbereich (2 Modellprojekte) (Görres et al. 2009). Ferner identifizierten Görres et al. (2009) 3 Modellprojekte, die sich ausschließlich mit einer allgemeinen Curriculumsentwicklung beschäftigten.

Als Ergebnis ihrer Studie gaben Görres et al. (2009) die Empfehlung, die bisherigen Pflegeausbildungswege zusammenzufassen zu einer modular aufgebauten generalistischen Ausbildung mit dem Ziel eines allgemeinen Pflegeberufs, der entsprechend eine einheitliche Berufsbezeichnung führen sollte (Görres et al. 2009).

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

Die Vorgaben des § 4 Abs. 6 KrPflG waren entsprechend dieser Intention so gestaltet, dass eine primärqualifizierende Ausbildung an Hochschulen gar nicht praktikabel oder zumindest mit erheblichen Rechtsunsicherheiten verbunden war. So erlaubte die Modellklausel zwar eine Anpassung der Prüfungsordnungen und eine Abweichung von der bislang vorgesehenen und ausschließlich

praktizierten Verortung des Unterrichts an staatlich anerkannten Schulen, es fehlte jedoch eine explizite Erlaubnis, dass die Hochschulen die Gesamtverantwortung für die Ausbildung übernehmen können. Ferner herrschten unterschiedliche Rechtsauffassungen darüber, ob die Hochschulen ebenfalls zur Auszahlung der vorgesehenen Ausbildungsvergütung verpflichtet gewesen wären (Dielmann 2006, Hanika und Roßbruch 2007).

Akademisierung der Pflegeausbildung

Der Wissenschaftsrat hatte bereits 1970 empfohlen, die Ausbildung der nicht ärztlichen Gesundheitsberufe in den tertiären Bildungssektor zu verlagern. Die Etablierung der Ausbildung an der Hochschule war aus Sicht des Rats nötig, da der medizinisch-technische Fortschritt (zukünftig) eine „anspruchsvolle Ausbildung“ bedinge und da nur so eine Verknüpfung der Ausbildung der Heilhilfsberufe mit der ärztlichen Ausbildung möglich sei (Wissenschaftsrat 1970).

Die gesetzliche Grundlage, die Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung auch über eine Ausbildung im tertiären Bildungssektor zu erlangen, wurde jedoch nicht geschaffen. Dennoch entstanden ab Beginn der 1990er-Jahre die ersten Studiengänge im Bereich von Pflegemanagement und Pflegepädagogik.⁷⁵ Als Impuls für diese Entwicklung wird der Pflegenotstand der 1980er-Jahre gesehen sowie die langjährige Diskussion um die Einführung der Pflegeversicherung, hinzu kam die Wiedervereinigung und die damit einhergehende Auseinandersetzung mit der ostdeutschen Pflegeausbildung (Bollinger 1999a, Lücke 2013). Als Impulsgeber gilt zudem die 1992 erschienene Denkschrift der Robert Bosch Stiftung „Pflege braucht Eliten“, welche für eine Akademisierung insbesondere der Leitungsfunktionen plädierte (Robert Bosch Stiftung 1992). Insgesamt sei – so Lücke (2013) – die Zurückhaltung gegenüber einer Akademisierung der Pflege zu dieser Zeit auch seitens der Berufsverbände „erstaunlich“ groß gewesen.

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

Nach Einschätzung von Bollinger und Grewe (2002) ist damit die Entwicklung der akademisierten Pflege als Sonderweg zu bezeichnen, denn die Studienangebote für Lehr- und Leitungsfunktionen setzen eine abgeschlossene Berufsausbildung voraus. Dies sei für die berufspädagogische Hochschulausbildung

⁷⁵ Ende der 1970er-Jahre sowie Anfang der 1980er-Jahre gab es lediglich erste kleinere Versuche an der Freien Universität Berlin als auch in Osnabrück, Studiengänge für Pflegelehrkräfte zu etablieren. Siehe Lücke 2013.

unüblich, zudem fehle der pflegepädagogischen Ausbildung das für andere Fachrichtungen übliche Referendariat. Die zwingende berufliche Erstausbildung als Zugangsvoraussetzung für ein Pflegemanagementstudium halten Bollinger und Grewe (2002) für „noch exotischer“. Dass sich dann dennoch primärqualifizierende Studiengänge – in Form von dualen Studiengängen oder im Kontext von Modellprojekten – herausbildeten, schreibt Bollinger (1999a) überwiegend den Akteuren der Hochschulpolitik auf Landesebene zu sowie innovativen Kräften an den jeweiligen (Fach-)Hochschulen, weniger der Berufspolitik.

Im Jahr 2000 erschien mit „Pflege neu denken“ ein weiteres Positionspapier der Robert Bosch Stiftung, das von einem Expertenkreis in einer „Zukunftswerkstatt“ erarbeitet worden war. Hierin wurde ein System mit drei Qualifikationsebenen vorgeschlagen, welches auch eine akademische Primärqualifikation ermöglichen sollte. Die erste Qualifikationsstufe bestand aus einer zweijährigen Ausbildung zur qualifizierten Hilfsperson. Die zweite Qualifikationsstufe sollte entweder durch eine vierjährige Ausbildung oder ein Studium mit Diplom- bzw. Bachelorabschluss erreicht werden. Die Pflegefachpersonen dieser Stufe sollten für die Durchführung der Pflege verantwortlich sein. Die Gruppe derer mit Hochschuldiplom sollte Leitungsaufgaben übernehmen. Die dritte Qualifikationsstufe sollte ermöglichen, im Rahmen eines ein- bis zweijährigen Masterstudiums eine Spezialisierung in klinischen Bereichen oder für das Management zu erwerben (Robert Bosch Stiftung 2000).

Das Konzept erfuhr eine große Resonanz. Kritiker verwiesen dabei vor allem auf die Einführung von innerpflegerischen Hierarchien. Zudem würden sich die Kosten für die Ausbildung und für die Vergütung der voraussichtlich kleinen „Elite“ erhöhen, was zwangsläufig eine Anhebung der Quote von Hilfskräften (bzw. von Kräften mit zweijähriger Ausbildung) nach sich ziehen werde. Darüber hinaus wurde bezweifelt, dass die Akademisierung (kleiner) Eliten die Professionalisierung der Pflege voranbringen wird. Auch führe das Konzept nicht zur Überwindung des bisherigen Bildungssonderwegs in der Pflege (Bischhoff-Wanner 2001, Dielmann 2001, Meifort 2001, Bögemann-Großheim 2004).

In die Reform des zur gleichen Zeit diskutierten Alten- und Krankenpflegegesetzes fand das Konzept der stufenweisen Akademisierung keinen Eingang. Zwar schaffte der Gesetzgeber mit der Neufassung der Berufsgesetze – wie bereits aufgezeigt – die Möglichkeit, Modellvorhaben zur Weiterentwicklung der Pflegeberufe zeitlich befristet zuzulassen (§ 4 Abs. 6 KrPflG, § 4 Abs. 6 AltPflG). Die Weiterentwicklung der Ausbildungsangebote im Sinne einer Akademisierung war damit aber explizit nicht intendiert (Bollinger und Grewe 2002, BT-Drs. 14/8714). Dennoch entwickelten sich – wie bereits dargestellt – auch ohne eine Berücksichtigung der Hochschulausbildung in den Berufsgesetzen eine Reihe von primärqualifizierenden Pflegestudiengängen. Dabei scheinen sich heute jene dualen Studiengänge durchgesetzt zu haben, welche aufgrund der Verzahnung des Studiums mit einer Ausbildung gleichzeitig zur Erlangung der Berufsbezeichnung führen: Stöcker und Rheinhard (2012) zählten im September 2012 29 solcher dualen Studiengänge sowie

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

Darüber hinaus hat Nordrhein-Westfalen durch den Erlass der *Verordnung über die Durchführung von Modellvorhaben zur Weiterentwicklung der Berufe in der Alten- und Krankenpflege, für Hebammen, Logopäden, Ergotherapeuten und Physiotherapeuten* vom 25. Februar 2012 als erstes Bundesland die Möglichkeit geschaffen, dass auch Hochschulen an die Stelle der staatlich anerkannten Fachschulen des Gesundheitswesens treten können. Die Modellvorhaben sind nach Maßgaben der BMG-Richtlinie über die wissenschaftliche Begleitung und Auswertung von Modellvorhaben⁷⁶ zu evaluieren (§ 6 der Verordnung). Vor dem Hintergrund der gemessenen Kompetenzgewinne und der internationalen Evidenz, dass diese im Zusammenhang mit einer verbesserten Versorgungsqualität stehen (siehe hierzu auch Abschnitt 8.2.2), empfahlen die Gutachter, die hochschulische Erstausbildung in der Pflege in den Regelbetrieb zu überführen und die entsprechenden Studiengänge auszubauen (Darmann-Finck et al. 2014).

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

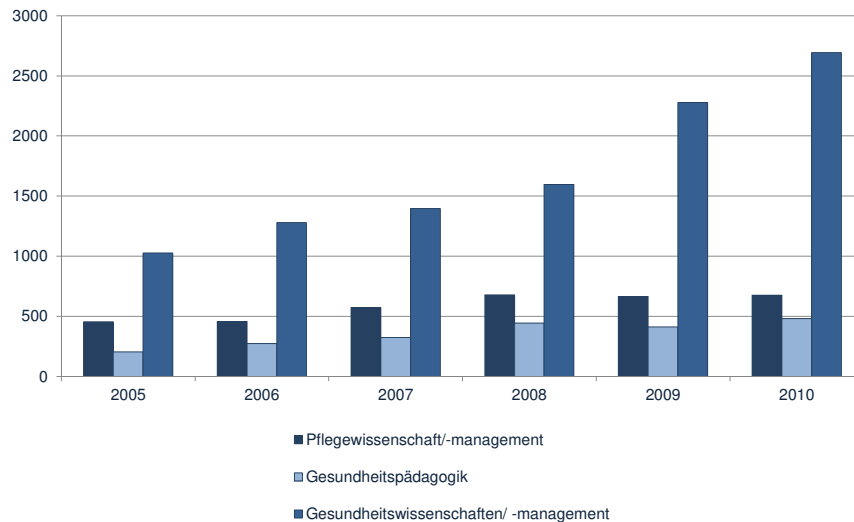
Empfehlungen des Wissenschaftsrats

Im Jahr 2012 hat der Wissenschaftsrat erneut eine Empfehlung bezüglich der weiteren Akademisierung der Pflege abgegeben (Wissenschaftsrat 2012). Der Rat stellt einerseits fest, dass sich die Zahl der Studienanfänger in grundständigen wie auch in weiterbildenden Studienangeboten von 2005 auf 2010 verdoppelt und die der Absolventen im gleichen Zeitraum um die Hälfte zugenommen hat. Andererseits sei damit aber weiterhin nur einer von 30 pflegerischen Abschlüssen ein akademischer.⁷⁷

⁷⁶ Der Gesetzgeber hatte 2009 auch für Hebammen, Logopäden, Physiotherapeuten und Ergotherapeuten die Erprobung einer Ausbildung auf Hochschulniveau eröffnet, jedoch eine verpflichtende Evaluation der Studiengänge implementiert und diese durch eine Richtlinie über die wissenschaftliche Begleitung und Auswertung von Modellvorhaben (16. November 2009 BAnz 2009, Nr. 180, S. 4052) konkretisiert.

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

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



Quelle: eigene Darstellung nach Wissenschaftsrat 2012

Der Wissenschaftsrat kommt vor dem Hintergrund der zunehmenden Komplexität der Berufe, der Notwendigkeit einer veränderten Arbeitsteilung und der zunehmenden interprofessionellen Zusammenarbeit zu dem Schluss, dass ein Ausbau des Angebots an pflegewissenschaftlichen Studiengängen erforderlich ist. Dabei werden explizit der Ausbau der primärqualifizierenden Studiengänge und eine stärkere Etablierung dieser an den Universitäten empfohlen. Gleichzeitig soll die Berufsqualifizierung durch Ausbildung weiter bestehen bleiben; die hier herrschenden Defizite bei der Qualifizierung des Lehrpersonals und die landesspezifischen Unterschiede sollten aber abgebaut werden. Alles in allem wird eine Akademikerquote von 10 bis 20 Prozent des Personals empfohlen (Wissenschaftsrat 2012). Auch der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen kommt in seinem Sondergutachten von 2012 zu dem Schluss, dass ein Ausbau sowohl der primärqualifizierenden Hochschulangebote als auch der herkömmlichen Ausbildungsangebote notwendig sei (SVR Gesundheit 2012).

Empfehlungen der Arbeitsgruppe der Robert Bosch Stiftung

Die Empfehlungen des Wissenschaftsrats und des SVR-Gesundheit wurden mit der im Jahr 2013 erschienenen Denkschrift der Arbeitsgruppe der Robert Bosch Stiftung „Gesundheitsberufe neu denken, Gesundheitsberufe neu regeln“ weiterentwickelt (Robert Bosch Stiftung 2013).

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

Gesundheitsberufe und der Sicherstellung des zukünftigen Fachkräftebedarfs führt die Denkschrift erforderliche Neugestaltungen des Gesundheitsberufsrechts aus. Mit Blick auf die hochschulische Ausbildung wird dargelegt, nach welchen Grundsätzen die Verantwortungsteilung zwischen Bund, Ländern und Hochschulen rechtlich geregelt sein sollte. Ausgeführt wird ferner, welche Möglichkeiten bestünden, die Voraussetzungen für einen selbstständigen Zugang zur Leistungserbringung auch für andere Gesundheitsberufe als den ärztlichen zu schaffen bzw. zu verbessern. Plädiert wird für die Einführung von Teilapprobationen. Als eine solche könne die Erlaubnis zur Ausübung von Heilkunde (nach § 1 Abs. 1 Satz 2 KrPflG und § 1 Satz 2 AltPflG) im Zusammenhang von Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3c SGB V verstanden werden. Zentral seien in diesem Zusammenhang die Formulierung von Ausbildungsgegenständen und -zielen, sowie die Differenzierung von selbstständigen, eigenverantwortlichen, und mitwirkend auszuführenden Tätigkeiten. Dies werde helfen – so die Autoren der Denkschrift – auch die rechtlichen Probleme bei der Kooperation und Koordination der Gesundheitsberufe zu klären und damit die Voraussetzungen für die multiprofessionelle Zusammenarbeit zu verbessern (Robert Bosch Stiftung 2013).

Aufgrund der Weiterentwicklung des Wissens, aber auch aufgrund gesellschaftlicher Prozesse sind die Anforderungen an Ausbildungsinhalte und Kooperationsbedarfe jedoch einem kontinuierlichen Wandel unterzogen. Gestaltung und Fortentwicklung der Gesundheitsberufe sind aus Sicht der Autoren der Denkschrift in Deutschland aber alles andere als kohärent (Robert Bosch Stiftung 2013). Damit die gesetzlichen Rahmenbedingungen in angemessenen Zeiträumen weiterentwickelt werden können, bedürfe es einer institutionalisierten Form des Dialogs zwischen den beteiligten Akteuren. Zur verbesserten Kommunikation zwischen Arbeitsmarkt, Bildungsinstitutionen, Berufsverbänden und der Politik empfiehlt die Denkschrift deshalb die Etablierung eines Nationalen Gesundheitsberuferrats. Die Denkschrift regt ferner an, durch die Schaffung eines neuen Allgemeinen Heilberufsgesetzes die teilweise widersprüchlichen, teilweise veralteten Gesundheitsberufsgesetze zusammenzufassen (Robert Bosch Stiftung 2013).

Ein neues Pflegeberufsgesetz

Im März 2012 legte die Bund-Länder-Arbeitsgruppe „Weiterentwicklung der Pflegeberufe“ ein Eckpunktepapier zur Vorbereitung eines Entwurfs eines neuen Pflegeberufsgesetzes vor (BMG 2012). Das Eckpunktepapier empfahl eine Zusammenführung der Berufsgesetze und auch der Berufsbezeichnungen für Gesundheits- und Krankenpfleger, Kinderkrankenpfleger und Altenpfleger. Die 3-jährige Ausbildung solle in der heutigen berufsrechtlichen Sonderform erhalten bleiben, jedoch solle die Ausbildung generalisiert erfolgen. Die Auszubildenden sollen ein Schwerpunktfach wählen, aber auch wesentliche Inhalte aus den anderen Versorgungsbereichen belegen. So sollen etwa ambulante Pflegedienste feste Lernorte der Ausbildung werden, aber auch Hospize, Rehabilitationseinrichtungen oder Pflegeberatungsstellen. In einem zweiten Teil des

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

Der Gesetzgeber hat die Vorschläge im Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Pflegeberufe (Pflegeberufereformgesetz – PflBRefG) aufgegriffen (BT-Drs. 18/7823). Krankenpflege- und Altenpflegegesetz werden durch das neue Pflegeberufsgesetz (PflBG) abgelöst. Die neue Berufsbezeichnung wird „Pflegefachfrau“ bzw. „Pflegefachmann“ lauten (§ 1 PflBG). Formuliert werden durch § 4 ferner den Pflegekräften vorbehaltene Tätigkeiten. So sind die Erhebung und Feststellung des individuellen Pflegebedarfs, die Organisation, Gestaltung und Steuerung des Pflegeprozesses sowie die Analyse, Evaluation, Sicherung und Entwicklung der Qualität der Pflege fortan den Pflegekräften vorbehalten.

Durch Teil 3 des neuen Pflegeberufsgesetzes wird die hochschulische Pflegeausbildung geregelt. Die hochschulische Ausbildung soll Kompetenzen vermitteln, die über die der schulischen Ausbildung hinausgehen (§ 37 PflBG). Dies sind u. a. die Steuerung hochkomplexer Pflegeprozesse, kritisch-reflexive Auseinandersetzung mit praktischem und theoretischem Wissen, die Erschließung wissenschaftlich gesicherter Erkenntnisse und Lösungsansätze sowie vertieftes Wissen auch über den gesellschaftlich-institutionellen Rahmen, um dadurch die Weiterentwicklung der pflegerischen Versorgung maßgeblich mitzubestimmen. Das Studium dauert mindestens 3 Jahre, die hochschulische Prüfung umfasst auch die staatliche Prüfung zur Erlangung der Berufsbezeichnung (§ 38 und § 39 PflBG).

Die geplante Reform beinhaltet auch eine neue Ausbildungs- und Prüfungsverordnung. Hierzu wurde Anfang März 2016 ein Eckpunkte-Papier⁷⁸ vorgelegt. Es skizziert die geplanten Regelungen zur Dauer, Struktur, zur inhaltlichen Gestaltung sowie zum praktischen Teil der beruflichen Pflegeausbildung. Ferner sind Bestimmungen zur staatlichen Prüfung sowie zur Praxisbegleitung und -anleitung enthalten. Weitere Festlegungen betreffen das berufsqualifizierende Pflegestudium.

Nach Vorlage einer Kabinettsfassung im Januar 2016, ersten Lesungen in Bundesrat und Bundestag im Februar und März, sowie einer Anhörung im Gesundheitsausschuss Ende Mai 2016 ist der parlamentarische Prozess ins Stocken geraten. Vorbehalte bestehen insbesondere gegen die geplante generalistische Pflegeausbildung. Geplant war, dass ab 1. Januar 2018 die Pflegeausbildung nach den Vorgaben des neuen Pflegeberufsgesetzes erfolgt. Damit wäre erstmals – d. h. ausgenommen von Modellversuchen – eine hochschulische Pflegeausbildung in Deutschland möglich.

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

7.3.3.2 Zugangs- und Ausbildungsstandards der Erstausbildung

Die Normgebungskompetenz für die Zulassung zum ärztlichen Beruf wie auch zu den anderen Heilberufen obliegt dem Bund. Die Zugangsvoraussetzungen und Ausbildungsstandards der Erstausbildung zur „Gesundheits- und Krankenpfleger(in)“, „Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger(in)“ sowie „Altenpfleger(in)“ sind im *Krankenpflege-* (KrPflG) und *Altenpflegegesetz* (AltPflG) definiert. Die Ausbildungsinhalte sind ergänzend weiter ausgeführt in der *Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege* (KrPflAPrV) und in der *Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für den Beruf der Altenpflegerin und des Altenpflegers* (AltPflAPrV).

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

Zugang zur Ausbildung

Voraussetzung für den Zugang zur Ausbildung zur Kranken- wie auch zur Altenpflege ist der Abschluss einer zehnjährigen allgemeinen Schulbildung oder ein Hauptschulabschluss in Verbindung mit einer abgeschlossenen mindestens zweijährigen Berufsausbildung oder einer abgeschlossenen mindestens einjährigen Ausbildung zur Krankenpflege- oder Altenpflegehelferin. Dies entspricht den Vorgaben der EU-Berufsanerkennungsrichtlinie (2005/36/EG).

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

Diese Regelung wird auch weiterhin Bestand haben können. Ein Vorschlag der Europäischen Kommission (KOM(2011) 883 endgültig 19/12/2011), die Voraussetzung für die Zulassung zur Ausbildung in der Krankenpflege von 10 auf 12 Jahre Schulbildung zu erhöhen – wie dies (außer in Deutschland, Österreich

79 Die beiden Berufsgesetze enthalten in Abschnitt 3 (KrPflG) bzw. 4 (AltPflG) zudem Vorgaben zum Ausbildungsverhältnis, zur Ausbildungsvergütung sowie zur Kündigung und zur Probezeit. Diese Regelungen gleichen denen der Berufsbildungsgesetze. Die Regelungskompetenz ergibt sich aus Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG, das dem Bund die Gestaltung des Rechts auf Arbeit zuerkennt. Siehe Dielmann 2006.

und Luxemburg) heute bereits in allen anderen 24 Mitgliedstaaten Standard ist – hatte der Binnenmarktausschuss des EU-Parlaments Ende Januar 2013 abgelehnt.

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

Diese Entscheidung wurde in Deutschland von einer kontroversen Diskussion begleitet. Der Bundestag sprach sich – mit Ausnahme von Bündnis 90/Die Grünen – einstimmig dafür aus, dass die Bundesregierung als Vertreterin eines der größten Mitgliedstaaten der EU ihren Einfluss dafür nutzen solle, die bisherigen Zugangsvoraussetzungen zu erhalten (BT-Drs. 17/8181).

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

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

Ausbildungsinhalte

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

80 URL: <https://gesundheit-soziales.verdi.de/++file++50b4902a6f684465a7000008/download/Appell-Spitzenorganisationen.pdf> [Stand 12.08.2105].

81 URL: http://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/pressemitteilungen/Letter_IMCO_MP_121213.pdf [Stand 12.08.2105] und URL: <http://www.dbfk.de/pressemitteilungen/wPages/index.php?action=showArticle&article=Pyrrhussieg-fuer-Bundesregierung-in-Bruessel-10-Jahre-Allgemeinbildung-sind-zu-wenig-.php&navid=> [Stand 12.08.2105].

jeweiligen staatlichen Prüfungen bestehen aus einem schriftlichen, einem mündlichen und einem praktischen Teil (§ 3 KrPflPrV, § 5 AltPflPrV).

Die Inhalte der Ausbildungen werden durch die Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen der Bundesregierung konkretisiert. Jedoch wird auch hier nur ein grober Rahmen für die Berufsausbildung gesteckt (Anlage 1 KrPflPrV, Anlage 1 AltPflPrV). So werden z. B. für die Krankenpflegeausbildung zwölf Themenbereiche benannt, die in Theorie und Praxis zu vermitteln sind. Dies umfasst z. B. die Befähigung zur Erfassung und Bewertung der Pflegesituation und die Auswahl geeigneter Pflegemaßnahmen auf Grundlage pflegewissenschaftlicher Erkenntnisse. Ebenso sollen die Schüler zur Beratung der Patienten, zur Mitwirkung bei der ärztlichen Diagnostik und Therapie sowie zur Zusammenarbeit im Team und mit anderen Berufsgruppen befähigt werden. Ferner sind Kenntnisse über Qualitätskriterien und über die rechtlichen Rahmenbedingungen der Tätigkeit zu vermitteln. Der zeitliche Umfang der Wissensvermittlung zu den jeweiligen Themenbereichen und die praktischen Einsatzorte werden ebenso spezifiziert. Die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Altenpflege legt dieselben Inhalte fest.

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

Weitere Vorgaben zur konkreten Ausgestaltung der Lehrinhalte erfolgen durch die Länder. Eine Übersicht hierzu bietet Tabelle 21. Die Vorgaben reichen von Handreichungen bis hin zu Lehrplänen und Stundentafeln. Mit wenigen Ausnahmen liegen damit Vorgaben zu den schulischen wie den praktischen Anteilen der Ausbildung vor. Bei der Altenpflegeausbildung haben einige Länder zudem die schulische Stundenzahl angehoben.

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

	Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflegeausbildung		Altenpflegeausbildung	
	Vorgaben für Schule und Praxis	Abw. Std.-Zahl	Vorgaben für Schule und Praxis	Abw. Std.-Zahl
Baden-Württemberg	LP (S), ARP (P), HR (S&P)		LP (S)	
Bayern	LPR (S), ST (S&P)		LPR (S), ARP (P), ST (S&P)	
Berlin	k.A.		HR&ST (S)	
Brandenburg	RP (S&P)		RP (S&P)	
Bremen	HR (S&P)		RLP (S)	(S): 2.400
Hamburg	HR (S&P)		Bildungsplan (S&P)	
Hessen	RLP (S)		RLP (S&P)	
Mecklenburg-Vorpommern	In BFS-Verordnung		In BFS-Verordnung	
Niedersachsen	HR (S&P), RRL (S)		RRL&ST (S)	(S): 2.400
Nordrhein-Westfalen	Ausbildungsrichtlinie (S&P)		RL P, RLP (S&P)	
Rheinland-Pfalz	RP&ARP (S&P)		LP& RP (S&P)	(S): 2.300
Saarland	BIBB-Curriculum (S&P)		BIBB-Curriculum	
Sachsen	LP (S&P)		LP	(S): 2.140
Sachsen-Anhalt	NRW-Ausbildungsrichtlinie (S&P)		RRL (P), BIBB-Curriculum	(S): 2.300
Schleswig-Holstein	HR (S&P)	(P): 2.960	RRL (S), AP (P)	
Thüringen	LP (S&P)		LP (S&P)	(S): 2.240; (P): 2.720

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

Anfang des Jahres 2013 war zudem das *Gesetz zur Stärkung der beruflichen Aus- und Weiterbildung in der Altenpflege* in Kraft getreten (BT-Drs. 17/12179). Personen, die „in einem Umfang [...] einer Vollzeitbeschäftigung von mindestens zwei Jahren [...] in einer Pflegeeinrichtung gemäß § 71 des Elften Buches Sozialgesetzbuch Aufgaben im Bereich der Pflege oder Betreuung wahrgenommen haben“, konnten von da an die Weiterbildung zum Altenpfleger/zur Altenpflegerin auf 2 Jahre verkürzen.

7.3.3.3 Regulierung der Weiterbildung und Schutz von „Advanced Practice“

Regelungen, welche die Weiterbildung von Pflegekräften betreffen, fallen, wie eingangs erläutert, unter das Landesrecht. In jedem Bundesland finden sich entsprechende Weiterbildungsgesetze bzw. Verordnungen, die für spezifische Weiterbildungsgänge Regelungen und damit den Schutz dieser Weiterbildungsbezeichnungen umfassen. Hiervon zu unterscheiden sind Regulierungen von Tätigkeiten, die eine eigenständige Ausführung von Heilkunde umfassen.

Regulierung von Weiterbildung in der Pflege

Die Weiterbildung wird durch entsprechende Landesgesetze und Verordnungen geregelt. Die Zahl der geschützten Weiterbildungstitel reicht von 5 in Mecklenburg-Vorpommern bis 32 in Baden-Württemberg (Stand 2012). Folgende Weiterbildungsbezeichnungen finden sich häufig – die konkreten Berufsbezeichnungen, wie auch die Ausbildungsinhalte, variieren jedoch zwischen den Ländern (bib 2012):

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

Die Weiterbildungen können zum Teil in Vollzeit (i. d. R. 1 Jahr), häufiger aber in modularer Form als berufsbegleitende Lehrgänge mit einer Dauer von mindestens zwei bis zu vier Jahren durchgeführt werden. Sie bestehen aus theoretischen Teilen und aus praktischer Weiterbildung unter Anleitung. In den Landesgesetzen sind i. d. R. die diesbezüglichen Stunden und Einsatzorte spezifiziert.

Daneben gibt es Weiterbildungen auf akademischem Niveau, die zu den Titeln „Bachelor“ oder „Master“ – nicht aber zu Berufstiteln – führen. Lücke (2013) weist diesbezüglich z. B. 55 weiterbildende Bachelor- und 30 Masterstudiengänge in Feldern wie Pflegemanagement, Pflegepädagogik, Pflege- und Gesundheitswissenschaft oder Palliativpflege aus.

Selbstständige Ausführung von Heilkunde

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

die eine Heilpraktikererlaubnis aufweisen, erlaubt.⁸² Ein expliziter Arztvorbehalt – hierauf verweist Igl (2014) – wird aber erst durch das SGB V verankert (§ 15 Abs. 1 SGB V und § 28 Abs. 1 SGB V). So umfasst nach § 28 Abs. 1 SGB V die *„ärztliche Behandlung [...] die Tätigkeit des Arztes, die zur Verhütung, Früherkennung und Behandlung von Krankheiten nach den Regeln der ärztlichen Kunst ausreichend und zweckmäßig ist. Zur ärztlichen Behandlung gehört auch die Hilfeleistung anderer Personen, die von dem Arzt angeordnet und von ihm zu verantworten ist“*. Igl arbeitet in der Denkschrift *Gesundheitsberufe neu denken* heraus, dass für die ärztliche Tätigkeit keine allgemeine normative Definition vorliege. Jedoch werde man sich aus Sicht von Igl sowohl auf die Inhalte des Heilkundebegriffs, wie er sich im Heilpraktikergesetz findet (Feststellung, Heilung oder Linderung von Krankheiten, Leiden oder Körperschäden beim Menschen), als auch auf die dort benannte Notwendigkeit des ärztlichen Fachwissens (erworben auf wissenschaftlicher Grundlage und praxis- und patientenbezogen) als Definition einigen können (Robert Bosch Stiftung 2013).

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

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

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

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

⁸² Die rechtliche Diskussion der Frage, inwiefern dies auch die Gesamtverantwortung des Arztes für die Behandlungspflege impliziert, sei hier ausgespart. Siehe Barth 2007a, Barth 2007b, Barth 2007c.

lich invasiver diagnostischer Leistungen, das Stellen der Diagnose, die Aufklärung und Beratung des Patienten, die Entscheidung über die Therapie und die Durchführung invasiver Therapien einschließlich der Kernleistungen operativer Eingriffe (BÄK und KBV 2008).

Gutachten des Sachverständigenrats 2007 „Kooperation und Verantwortung“

Die arztzentrierte Abgrenzung von Tätigkeiten zwischen den Gesundheitsberufen wird seit langem kritisch diskutiert. Im Jahr 2007 wurde das Thema durch den Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) aufgegriffen. Vor dem Hintergrund der veränderten Anforderungen an die Versorgung empfahl der Rat, eine veränderte Arbeitsteilung und verstärkte Kooperationen zwischen den Gesundheitsberufen (SVR Gesundheit 2007).

Die veränderten Anforderungen an die Versorgung ergeben sich nach Einschätzung des SVR insbesondere aus dem medizinisch-technischen Fortschritt, aus der Zunahme von chronischen Erkrankungen, aus den neuen integrierten Versorgungsformen wie auch aus der zunehmenden Ambulantisierung der Versorgung. Zudem gelte es Kosteneffizienz und Wettbewerb stärker im Gesundheitssystem zu verankern. Aber auch andere gesellschaftliche Entwicklungen führen laut SVR zu veränderten Anforderungen an die Versorgung, etwa die Abkehr von hierarchischen und die Hinwendung zu partizipativen Behandlungsformen und die veränderte Stellung der Nutzer von Behandlungsleistungen. Verwiesen wurde auch auf die – im Bericht ausführlich dargestellten – bereits seit längerem veränderten Formen der Arbeitsteilung im europäischen Ausland und darüber hinaus. Ferner wurde aufgezeigt, wie sich die Berufe veränderten aufgrund der Europäisierung und der Globalisierung der Arbeitsmärkte wie auch der gesetzlichen Rahmenbedingungen (SVR Gesundheit 2007).

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

„Es empfiehlt sich, wegen der Brisanz der Veränderung der Aufgabenverteilung mit kleinen Schritten zu beginnen: Im ersten Schritt können über den Weg der Delegation ärztliche Aufgaben an nicht-ärztliche Gesundheitsberufe abgegeben werden. Im zweiten Schritt sollten regionale Modellprojekte zur Veränderung des Professionenmix und zur größeren Eigenständigkeit nicht-ärztlicher Gesundheitsberufe durchgeführt und evaluiert werden. Wenn diese Modellprojekte ihre Praktikabilität beweisen, erfolgt im dritten Schritt eine breitere Einführung der Neuerung“ (SVR Gesundheit 2007, S. 89).

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

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

Die erste Anpassung bezieht sich auf die Delegation von ärztlichen Tätigkeiten im Rahmen von Hausbesuchen an das nicht ärztliche Praxispersonal. Wie oben dargestellt, war auch zuvor schon die Delegation von ärztlichen Leistungen berufsrechtlich möglich. Dies war bereits seit 2005 erprobt und evaluiert worden, im Rahmen von Modellen wie AGnES (Arztentlastende, Gemeindeförderung, E-Health-gestützte Systemische Intervention), VerAH (Versorgungsassistentinnen in der Hausarztpraxis) oder HELVER (van den Berg et al. 2009, Schüler et al. 2011, Gerlach und Szecsenyi 2013).

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

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

Modellprojekte zur Erprobung der selbstständigen Ausübung von Heilkunde durch Pflegekräfte

Modellprojekte nach § 63 Abs. 3c SGB V sollen zwar die selbstständige Ausübung von Heilkunde ermöglichen. Die hierfür notwendige Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses⁸³, welche die zu übertragenden Tätigkeiten konkretisieren sollte, trat jedoch erst Ende März 2012 in Kraft, also knapp vier Jahre nach Verabschiedung des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes. Insbesondere Vertreter der Ärzteschaft hatten sich im Rahmen der begleitenden Diskus-

⁸³ Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Festlegung ärztlicher Tätigkeiten zur Übertragung auf Berufsangehörige der Alten- und Krankenpflege zur selbstständigen Ausübung von Heilkunde im Rahmen von Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3c SGB V.

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

Die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses legt fest, dass die selbstständige Ausübung von Heilkunde durch Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflegekräfte oder Altenpflegekräfte eine ärztliche Diagnose und eine ärztliche Indikationsstellung erfordert.⁸⁴ Es dürfen zudem nur jene Tätigkeiten ausgeführt werden, die in der Anlage zur Richtlinie beschrieben sind (Richtlinie nach § 63 Abs. 3c SGB V). Vorgesehen ist darin die eigenständige Ausführung von Assessment, Planung und Umsetzung des Therapieplans durch Pflegekräfte im Rahmen von Diabetes mellitus Typ I und II, bei chronischen Wunden, bei Hypertonie und bei Demenz. Aufgeführt sind in der Richtlinie ferner Prozeduren im Zuge einer Infusionstherapie (etwa Injektionen) und einer Stomathe-
rapie sowie die Versorgung mit und der Wechsel von Trachealkanülen und Blasenkathetern (Richtlinie nach § 63 Abs. 3c SGB V). Eine Vielzahl dieser Verrichtungen wird übrigens auch heute im Rahmen der medizinischen Behandlungspflege bereits durch Pflegekräfte ausgeführt, kann nun aber ohne ärztliche Verordnung in der Verantwortung der entsprechend qualifizierten Pflegekräfte erfolgen.

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

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

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

⁸⁴ Die Pflegekräfte müssen mit der Diagnosestellung der Ärzte nicht übereinstimmen. Ist dies der Fall, können sie den Arzt über die eigene Einschätzung informieren. Faktisch sind sie damit nicht weisungsgebunden an die ärztliche Diagnose und Indikationsstellung (siehe § 2 Abs. 3 Richtlinie nach § 63 Abs. 3c SGB V).

nach § 63 Abs. 3c SGB V vereinbaren. Hiernach sind Ausbildungspläne zu entwickeln, welche vom Bundesministerium für Gesundheit im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend genehmigt werden müssen. Anschließend haben die Schüler bzw. Studierenden eine mindestens 3-jährige Ausbildungszeit zu durchlaufen, wobei davon auszugehen ist, dass sich diese aufgrund der zusätzlichen Qualifikationsinhalte verlängern wird (siehe auch § 4 Abs. 1 S. 3 KrPflG bzw. § 4 Abs. 1 S. 3 AltPflG).

Da seit Einführung des § 63 Abs. 3c SGB V keine Modellprojekte durchgeführt oder vereinbart wurden (BT-Drs. 18/7823, S. 74; Stand März 2016), hatte der Gesetzgeber die Voraussetzungen für eine Genehmigung von Studiengängen, die zur selbstständigen Ausübung von Heilkunde befähigen sollen, bereits im Jahr 2015 mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) erleichtert. Kranken- und Altenpflegegesetz wurden dahingehend ergänzt, dass der Gemeinsame Bundesausschuss – unter Hinzuziehung pflegewissenschaftlichen und pflegepädagogischen Sachverstands – für die in der Richtlinie nach § 63 Abs. 3c SGB V festgelegten Tätigkeiten standardisierte Ausbildungsmodule entwickeln kann – und zwar ohne dass Modellvorhaben vereinbart sein müssen (§ 4 Abs. 7 Satz 6 KrPflG sowie § 4 Abs. 7 Satz 4 AltPflG). Durch das GKV-VSG wurde darüber hinaus klargestellt, dass auch Personen, die bereits über eine abgeschlossene Ausbildung verfügen, die erweiterten Kompetenzen im Rahmen von Modellstudiengängen erwerben können. Bei Inkrafttreten des neuen Pflegeberufsgesetzes wird die Kompetenz entsprechende standardisierte Module zu entwickeln, an die zu etablierende Fachkommission zur Erarbeitung von Rahmenlehrplänen übertragen werden (§ 14 PflBG).

7.3.3.4 Akkreditierung von Ausbildungsstätten und Zahl der Ausbildungsplätze

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

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

Deshalb obliegt auch die Prüfung, ob die Vorgaben nach § 4 Abs. 3 KPflG bzw. nach § 5 AltPflG erfüllt sind, der jeweils zuständigen Landesbehörde. Eine Ausnahme stellen die Länder dar, in denen das allgemeine Schulrecht Anwendung auf die Pflegeausbildung findet. Hier sind dann die entsprechenden Schulbehörden verantwortlich. In der Krankenpflege obliegt die theoretische Ausbildung in vier Ländern dem Land, in der Altenpflege ist dies in zehn Ländern der Fall (Tabelle 22).

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

	Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflegeausbildung	Altenpflegeausbildung
Baden-Württemberg	Nein	Ja
Bayern	Ja	Ja
Berlin	Nein	Ja
Brandenburg	Nein	Nein
Bremen	Nein	Nein
Hamburg	Nein	Ja
Hessen	Nein	Nein
Mecklenburg-Vorpommern	Ja	Ja
Niedersachsen	Nein	Ja
Nordrhein-Westfalen	Nein	Nein
Rheinland-Pfalz	Nein	Ja
Saarland	Nein	Nein
Sachsen	Ja	Ja
Sachsen-Anhalt	Nein	Ja
Schleswig-Holstein	Nein	Nein
Thüringen	Ja	Ja

Quelle: Steffen und Löffert 2010

Die Finanzierung – und damit implizit die Bestimmung der Zahl der Ausbildungsplätze – ist bei der Krankenpflege anders geregelt als bei der Altenpflege. Die Finanzierung der Ersteren ist durch das Krankenhausgesetz geregelt, sodass die Festlegung der Zahl der Ausbildungsplätze – die durch die Länder erfolgt – bundesweiten Rahmenbedingungen unterworfen ist. Die Finanzierung der Altenpflegeausbildung ist Ländersache und somit heterogen.

Finanzierung der Krankenpflegeausbildung

Die Finanzierung der Krankenpflegeausbildung erfolgt durch die erlösten Entgelte eines Krankenhauses. Nach § 17a KHG sind den im Sinne des Gesetzes anerkannten Ausbildungseinrichtungen die Ausbildungsvergütungen sowie die Mehrkosten der Ausbildung und Praxisanleitung durch Zuschläge zu erstatten. Nach den Rahmenvereinbarungen des GKV-Spitzenverbands, des PKV-Verbands und der DKG umfasst dies die Kosten für den praktischen und den theoretischen Unterricht, die Kosten der Praxisanleitung sowie die Sach- und

Betriebsaufwände der Schulen.⁸⁵ In den Ländern, in denen die Schulen dem Schulrecht unterliegen, sind die Aufwände der schulischen Ausbildung durch das Land zu tragen und entsprechend bei den Ausbildungszuschlägen nicht zu berücksichtigen (§ 17a Abs. 1 KHG).

Geplant war zudem, die Finanzierungsbeträge auf Basis der durchschnittlichen Kosten je Ausbildungsfall bundesweit anzugleichen (§ 17a Abs. 4b KHG). Diese Richtwerte wurden erstmals 2010 durch das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) ermittelt. Da die Vertragsparteien jedoch keinen Konsens über das Verfahren erzielen konnten, hat das InEK die Ausbildungskostenkalkulation ausgesetzt, und auch das Bundesministerium für Gesundheit hat von der Möglichkeit einer Festlegung per Rechtsverordnung abgesehen.⁸⁶

Somit wird auch weiterhin für jedes Krankenhaus ein Ausbildungsbudget verhandelt – auf Basis der ermittelten Kosten und der für das Folgejahr geplanten Schülerzahl. Die Finanzierung der jeweiligen Ausbildungsbudgets soll durch einen landesweiten Ausgleichsfond erfolgen, der durch die Landeskrankenhausesellschaft verwaltet wird (§ 17 Abs. 5 KHG). Der Ausgleichsfond speist sich aus den Ausbildungszuschlägen. Diese werden auf alle voll- und teilstationären Fälle erhoben werden – unabhängig davon, ob und in welchem Umfang das Krankenhaus ausbildet. Kommt die Bildung eines Ausgleichsfonds nicht zustande, erhält das Krankenhaus einen krankenhausespezifischen Zuschlag je Fall (§ 17 Abs. 9 KHG). Die überwiegende Mehrzahl der Länder hat einen entsprechenden Ausbildungsfond eingeführt, in einigen Ländern finden sich freiwillige Umlageverfahren (Steffen und Löffert 2010). Die Festlegung der Zahl der Ausbildungsplätze erfolgt i. d. R. durch die Aufnahme dieser in den Landeskrankenhausesplan des jeweiligen Landes.

Finanzierung der Altenpflegeausbildung

Die Finanzierung der Altenpflegeausbildung unterscheidet sich erheblich von jener der Krankenpflegeausbildung. Die Finanzierung des theoretischen Teils erfolgt hier entweder nach den Vorgaben des Schulrechts oder durch die Landeshaushalte (Steffen und Löffert 2010).

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

85 Rahmenvereinbarung nach § 17a SGB V; URL: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/krankenhaeuser/budgetverhandlungen/ausbildungss-taetten/Rahmenvereinbarung_17_a_KHG_2009_unterschrb.pdf [Stand 12.08.2013].

86 URL: http://www.gdrg.de/cms/Kalkulation2/Ausbildungskosten_17a_KHG [Stand Febr. 2013].

zahlen zwischen 250 Euro und 500 Euro, 5,3 Prozent sogar über 750 Euro im Monat (ver.di 2011).

Die Ausbildungsvergütung des praktischen Teils der Ausbildung wird finanziert durch Zuschläge auf die ambulanten und die (teil-)stationären Pflegesachleistungen. Die ausbildenden Einrichtungen können die Kosten der Ausbildung (bzw. Umschulung für Umschüler im 3. Jahr) bei den Verhandlungen mit den Pflegekassen geltend machen (§ 24 AltPflG). Aufgrund des Teilleistungsprinzips der Pflegeversicherung führt dies aber dazu, dass die Zuzahlungen des Pflegebedürftigen in Einrichtungen bzw. bei Diensten, die ausbilden, höher ausfallen.

Um diesen Wettbewerbsnachteilen zu begegnen, ist es den Landesregierungen erlaubt, Ausgleichsverfahren einzuführen, um auch jene Einrichtungen an der Finanzierung der Ausbildung zu beteiligen, die nicht ausbilden (§ 25 AltPflG). Diesbezüglich hat das Bundesverfassungsgericht entschieden, dass eine solche Altenpflegeumlage grundsätzlich verfassungskonform ist (BVerfG vom 17.07.2003). Darüber hinaus hat 2010 das Bundesverwaltungsgericht (BVerG 29.10.2009) aber klargestellt, dass solche Umlagen bzw. die entsprechenden Verordnungen nur rechtmäßig sind, wenn der Verordnungsgeber darlegen kann, dass ansonsten nicht von einem ausreichenden Angebot an Ausbildungsplätzen ausgegangen werden kann. Nachteile der ausbildenden Einrichtungen seien keine ausreichende Begründung. Solche Umlagen wurden z. B. in Nordrhein-Westfalen, Baden-Württemberg oder Rheinland-Pfalz vereinbart.

Förderung der Umschulung durch die Bundesagentur für Arbeit

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

Aber mit dem Konjunkturpaket II war es der BA seit 2008 möglich, die Ausbildung auch des dritten Jahres zu fördern. Diese Regelung war zum Jahresende 2010 ausgelaufen. Im März 2013 hatte die Bundesregierung mit der Verabschiedung des *Gesetzes zur Stärkung der beruflichen Aus- und Weiterbildung in der Altenpflege* (BT-Drs. 17/12179) die Verkürzung der Ausbildung vereinfacht und zudem wiederum die Finanzierung eines dritten Umschulungsjahres für die Ausbildungsjahrgänge von April 2013 bis März 2016 ermöglicht.

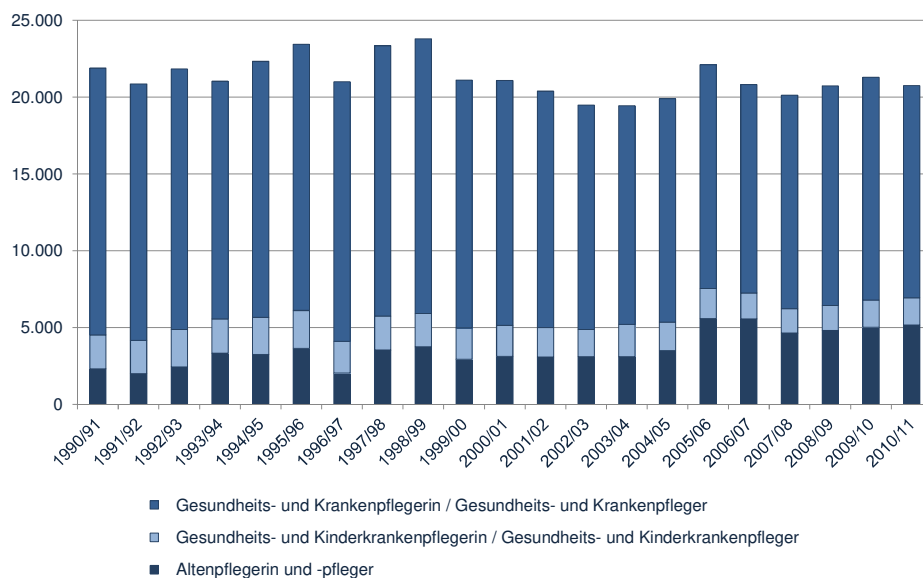
Zahl der Absolventen und Anwärter

Im Jahr 2010/2011 haben rund 20.700 Personen eine Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege, in der Kinderkrankenpflege oder in der Altenpflege erfolgreich abgeschlossen.

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

mittel bei rund 22.000, schlossen zwischen 2000 und 2009 jährlich nur noch rund 20.500 Personen die Ausbildung ab. Dies stellt sich in den einzelnen Berufen jedoch sehr unterschiedlich dar. Während im Jahr 2010/2011 die Zahl der Absolventen der Krankenpflege und der Kinderkrankenpflege um 20 Prozent niedriger lag als bei ihrem Höchststand im Jahr 1997/98, hat sich die Zahl der Absolventen in der Altenpflege im gleichen Zeitraum um mehr als 50 Prozent erhöht (Abbildung 28). Bezogen auf die rund 1. Mio. erwerbstätigen Pflegekräfte sind dies rund 2 bestandene Examen je 100 Erwerbstätige.

Abbildung 28: Absolventen mit bestandener Abschlussprüfung an Schulen des Gesundheitswesens

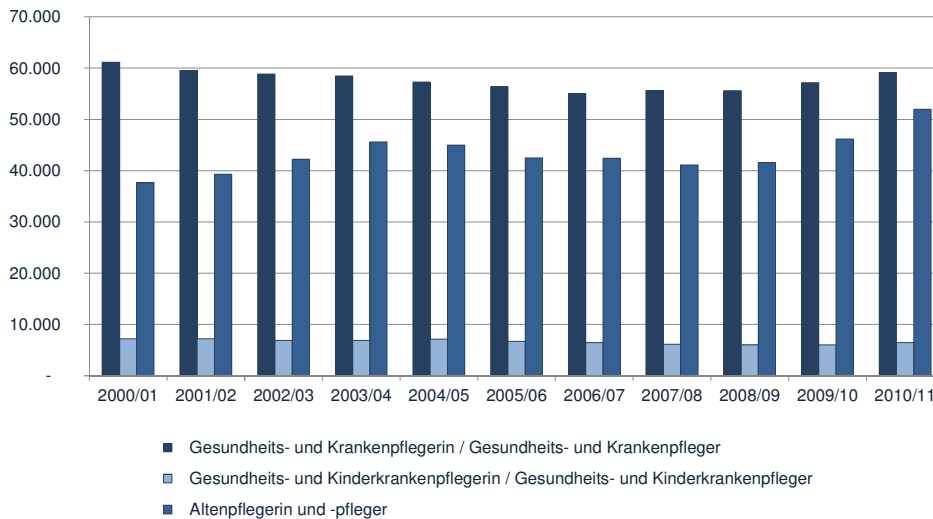


Quelle: eigene Darstellung nach: Statistik der beruflichen Schulen, Statistisches Bundesamt (GBR-Bund) [ohne Hessen]

Die Zahl Auszubildenden belief sich 2010/2011 auf rund 60.000 in der Gesundheits- und Krankenpflege, auf rund 6.000 in der Kinderkrankenpflege und rund 52.000 in der Altenpflege (Abbildung 29). Die Zahl der Auszubildenden in der Krankenpflege hatte den tiefsten Stand 2006/2007, als sich rund 5.000 Personen weniger in der Ausbildung befanden als 2010/11. Die Zahl der Altenpflegeschüler ist hingegen in den letzten zehn Jahren kontinuierlich gestiegen, sodass sich heute rund 15.000 Personen mehr in der Ausbildung befinden als zur Jahrtausendwende.

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

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



Quelle: eigene Darstellung nach: Fachserie 11 Reihe 2 – Berufliche Schulen, Statistisches Bundesamt [ohne Hessen]

Die Mehrzahl der Absolventen – dies überrascht nicht – ist weiblich. Bei den Auszubildenden der Gesundheits- und der Krankenpfleger waren dies im Jahr 2010/2011 82 Prozent, bei denen der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege sogar 96 Prozent und in der Altenpflegeausbildung 81 Prozent. Verändert hat sich dieses Verhältnis in den letzten zehn Jahren nur marginal, 2000/2001 waren es 81 bzw. 97 Prozent in der Kranken- und Kinderkrankenpflegeausbildung und 82 Prozent in der Altenpflegeausbildung (Statistik der beruflichen Schulen, Statistisches Bundesamt).

Eine bundesweite Statistik über die Zahl der genehmigten und die der tatsächlich besetzten Ausbildungsplätze findet sich nicht. Auch Statistiken über Bewerberzahlen fehlen. Einen Einblick vermittelt die PABiS-Studie (Pflegeausbildungsstudie Deutschland). Diese diente dazu, Einschätzungen zu erlangen über den Grad der Umsetzung der Neuregelungen, die im Zuge der Reform der Krankenpflegeausbildung im Jahr 2004 in Kraft traten, und über deren Akzeptanz. Befragt wurden Mitarbeiter/Leiter von rund 500 ausbildenden Krankenhäusern und von 462 Krankenpflegeschulen. Die Befragung zeigt für den Zeitraum von 2000 bis 2004 eine leichte Zunahme der genehmigten Plätze in der Krankenpflege (bei der Kinderkrankenpflege zeigte sich ein leichter Rückgang) bei einer konstanten Besetzungsquote der genehmigten Ausbildungsplätze zwischen 83 und 84 Prozent (in der Kinderkrankenpflege von 80 Prozent). Die Zahl der Bewerber – so die Angabe der befragten Ausbildungsstätten – sei in diesem Zeitraum um 34 Prozent angestiegen, um 20 Prozent in den alten und um 40 Prozent in den neuen Bundesländern (Blum et al. 2006).

7.3.4 Interessenvertretung und Mitwirkung an (unter-)gesetzlicher Normgebung

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

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

Mitglied des G-BA sind die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und der Spitzenverband der Krankenkassen (§91 SGB V). Der G-BA ist das zentrale Entscheidungsgremium bei der Festlegung von untergesetzlichen Normen (Richtlinien) im deutschen Gesundheitswesen. Diese Entscheidungen haben einen erheblichen Einfluss auf die Berufsgruppe der Pflegenden. So erlässt der G-BA Richtlinien zur Verordnung der häuslichen Krankenpflege. Auch die Richtlinie zur selbstständigen Ausübung zur Heilkunde wurde durch den G-BA erlassen. Die Berufsgruppe der Pflegekräfte besitzt keine Mitwirkungsrechte, die mit denen der Ärzte vergleichbar wären. Diesen wird bei Beschlüssen, deren Gegenstand ihre Berufsausübung betrifft, Gelegenheit zur Stellungnahme gegeben, hier über die entsprechenden Arbeitsgemeinschaften der Kammern auf Bundesebene (§91 Abs. 5 SGB XI). Ein Recht auf Stellungnahmen haben allein die Verbände der Anbieter von häuslicher Krankenpflege, soweit es Verordnungen zur häuslichen Krankenpflege betrifft (§92 Abs. 7 SGB V). Immerhin ist aber der Deutsche Pflegerat berechtigt, bei Beratungen über Richtlinien zur Qualitätssicherung an Sitzungen von Unterausschüssen teilzunehmen (§ 11 und § 19 GO G-BA; Stand 22. Juni 2015).

Anders als im Kontext des SGB V besitzen die Berufe der Pflegekräfte im Kontext der Pflegeversicherung auch „echte“ Beratungsrechte. Hervorzuheben ist das gesetzlich verbriefte Recht auf Beteiligung bei der Ausgestaltung der Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität in § 113 SGB XI. Mitspracherechte finden sich auch in den Richtlinien

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

8 Vergleichende Darstellung und Diskussion der beruflichen Regulierung in Großbritannien, Schweden und Deutschland

8.1 Angebot von Pflegekräften

8.1.1 Zugangsvoraussetzungen zur Ausbildung und Zahl der Ausbildungsplätze

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

Die Entstehung der heutigen Form der beruflichen Regulierung ist zudem eng mit Fragen der pflegerischen Ausbildung verknüpft. Die Gründung des UKCC – der Vorläuferorganisation des NMC – war maßgeblich beeinflusst durch den Briggs-Report. Dieser Report einer Anfang der 1970er-Jahre von der Regierung beauftragten Kommission beschäftigte sich vornehmlich mit Defiziten des damaligen Ausbildungssystems. Im Ergebnis wurde – eher als Mittel zum Zweck – die berufliche Selbstverwaltung der Pflegekräfte erheblich gestärkt. Die vormals nach Berufen wie auch nach Regionen getrennten Kammern von England, Wales, Schottland und Nordirland wurden zum UKCC zusammengeschlossen und dessen Kompetenzen erweitert (siehe Abschnitt 5.2.1 und 5.3.3.1).

Ganz oben auf der Agenda des neu geschaffenen UKCC stand somit die Ausbildungsreform „Projekt 2000“, mit deren Konzeption und Diskussion 1984 begonnen wurde. Das UKCC strebte bei der Reform insbesondere eine einheitliche dreijährige Ausbildung für alle registrierten Pflegekräfte, eine Anhebung des Theorieanteils sowie eine Verankerung der Ausbildung an Fachhochschulen und Universitäten an. Die Auszubildenden sollten nicht mehr im Stellenplan als Arbeitskräfte mitgezählt und die vormals durch sie durchgeführten Tätigkeiten vermehrt von Hilfskräften übernommen werden. Trotz Bedenken stimmte die Regierung 1988 der Reform „im Prinzip“ zu, sodass Anfang der 1990er-Jahre die ersten Projekt-2000-Kurse beginnen konnten (siehe Abschnitt 5.3.3.1).

Nicht abgerissen ist seitdem die Diskussion über die praktischen klinischen Fähigkeiten der Absolventen. Im Kern dreht sich die dabei entbrannte Debatte *fitness to practice vs. fitness to function* um den Stellenwert des pflegerischen Wissenskanons und die Professionalisierung des Berufs. Während die Kritiker einer akademischen Pflegeausbildung die fehlenden praktischen Kompetenzen

der so ausgebildeten Berufsanfänger bemängeln, führt das NMC (wie auch andere Befürworter) das durch die Akademisierung geförderte eigenständige Denken und das so ermöglichte wissen- und evidenzbasierte Handeln ins Feld, was eine Grundvoraussetzung moderner Pflege sei. Zwar setzte das NMC – sicherlich auch aufgrund des Drucks der Regierung – Reformen um, die eine Stärkung der Praxiskompetenz zum Ziel hatten, das in den Augen vieler Kritiker überkommene Ausbildungsleitziel des „*knowledgeable doers*“ wurde letztlich aber nicht angetastet. Die Einführung einer verpflichtenden praktischen Anerkennungszeit nach Abschluss der Qualifikation stand – anders als in Schweden – nicht zur Diskussion (siehe Abschnitt 5.3.3.1).

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

Einfluss auf die Zahl der Ausbildungsplätze hat das NMC nur indirekt. Die Ausbildungsstätten bedürfen zwar der Zulassung durch das NMC, die Zahl der Ausbildungsplätze wird jedoch durch das *Department of Health* gesteuert. Die Zahl der Absolventen ist – ausgehend vom bisherigen Tiefpunkt Ende der 1990er-Jahre bis zum Jahr 2008 – um rund 80 Prozent gestiegen. Die Zahl der Bewerber liegt jedoch weiterhin regelmäßig über der Zahl der Studienplätze. So erhielten im Jahr 2011 nur rund 40 Prozent der Bewerber eine Zusage (siehe Abschnitt 5.3.3.4).

Das NMC hat nur indirekt Einfluss auf diese Entwicklung, denn das Angebot von Ausbildungsplätzen ist letztlich das Resultat der finanziellen Ressourcen, welche die Regierung hierfür bereitstellt (Buchan und Seccombe 2010). Inwiefern die Akademisierung der Pflege Einfluss auf das Angebot von Ausbildungsplätzen hat, bleibt zu diskutieren. In der Diskussion um die Akademisierung der Pflege auf dem Niveau einer zweijährigen universitären Hochschulausbildung (*Diploma of Higher Education in Nursing*) Ende der 1980er-Jahre spielten die hierdurch verursachten Kosten noch eine wesentliche Rolle. Bei der aktuellen Anhebung auf Bachelorniveau scheinen solche Kostengesichtspunkte in der öffentlichen Debatte keine Rolle mehr gespielt zu haben. Dennoch bleibt vor dem Hintergrund begrenzter Ressourcen die Frage offen, ob aufgrund der weiteren Akademisierung letztlich weniger Plätze – bei gleichen Finanzmitteln – bereitgestellt werden können (siehe Abschnitt 5.3.3.1).

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

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

Die Ausbildung wurde bereits Anfang der 1980er-Jahre aus der Praxis herausgelöst und an Fachhochschulen verankert. Hiernach erfolgten weitere Anpassungen, die – folgt man den Darstellungen – zwar auch durch den berufspolitischen und den pflegewissenschaftlichen Diskurs beeinflusst waren, maßgeblich aber mit dem Beitritt zur EU und der darauffolgenden Umsetzung des Bologna-Prozesses zusammenhängen (Kapborg 1998, Rahlm et al. 2010, Öhlén et al. 2011). Ersteres bewirkte eine Umstrukturierung der Ausbildung nach den Vorgaben der EU-Anerkennungsrichtlinie. Durch den Bologna-Prozess erfuhr die Ausbildung dann eine weitere akademische Ausweitung. Ziel der Regierung war es, dass die schwedischen Studiengänge ab 2007 den Bologna-Vorgaben entsprechend mit einem ersten gradierenden Abschluss nach 180 ECTS (EQR-Niveau 6) enden und sich hieran entsprechende Masterstudiengänge (zweite universitäre Zyklen) anschließen (siehe Abschnitt 6.2.3.1).

Genau wie in Großbritannien wurde auch in Schweden der Prozess der Akademisierung immer wieder von kritischen Stimmen und negativen Untersuchungsergebnissen begleitet. Insbesondere die Qualität der Hochschulausbildung und deren (regionale) Varianz standen in der Kritik. Aber auch verpflichtende postgraduierte Praxiszeiten wurden gefordert aufgrund angeblich mangelnder Praxistauglichkeit der Absolventen. Anders als in Großbritannien, wo das NMC nicht zu den Verfechtern solcher Ansätze zu zählen ist, kamen solche Forderungen in Schweden selbst von Seiten der Registrierungsbehörde, dem *National Board of Health and Welfare* (siehe Abschnitt 6.2.3.1).

Eine Akkreditierung von Ausbildungsstätten ist nicht Bestandteil der beruflichen Regulierung in Schweden. Die Zulassung und die Finanzierung von Studienplätzen sind vielmehr im *Higher Education Act* festgelegt. Die Zahl der Studienplätze ist zwischen 2000 und 2004 um knapp ein Drittel erhöht worden. Trotz dieser Ausweitung des Studienplatzangebots übersteigt die Nachfrage das Angebot immer noch deutlich. Auch die Anhebung des akademischen Niveaus auf 180 ECTS-Punkte – wenngleich unter Beibehaltung der 3-jährigen Dauer des Studiums – im Jahr 2007 hat hieran nichts geändert. Im Gegenteil, die Nachfrage hat sich noch weiter erhöht (siehe Abschnitt 6.2.3.4).

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

In Deutschland wurde zudem ein sehr spezifischer Weg der Akademisierung der Pflege eingeschlagen. Denn die Akademisierung der *grundständigen* Pflege konnte sich in Deutschland bis heute nicht etablieren. Noch immer gibt es keine rechtliche Grundlage für primärqualifizierende Studiengänge. Einzig im Rahmen von Modellprojekten – entweder zur Weiterentwicklung der Pflegeausbildung (§ 4 Abs. 6 KrPflG bzw. AltPflG) oder zur selbstständigen Ausübung von Heilkunde (§ 4 Abs. 7 KrPflG) – kann eine Hochschule die Gesamtverantwortung für die Ausbildung übernehmen, sodass mit Abschluss des Studiums gleichzeitig die Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung vorliegt. Erst mit dem Inkrafttreten des neuen Pflegeberufsgesetzes wird sich dies (voraussichtlich ab dem Jahr 2018) erstmals ändern.

Damit ist die erstqualifizierende Ausbildung in Deutschland faktisch als Ausbildungsberuf auf einem EQR-Niveau von 4 angesiedelt.⁸⁷ Dieses liegt damit zwei Stufen unter den Niveaus von Großbritannien und Schweden. Seit 2004 ist im Zuge von Modellvorhaben auch eine Erstqualifizierung auf Bachelorniveau (EQR-Niveau 6) möglich. Zwar hat sich seit den 1990er-Jahren eine Vielzahl von Studiengängen entwickelt. Dabei handelt es sich in der Regel jedoch entweder um weiterführende Studiengänge zur Pflegepädagogik oder zum Pflegemanagement oder um duale Studiengänge mit einer Verzahnung von Studium und Ausbildung. Somit ist in Deutschland heute lediglich jeder 30. Pflegeabschluss ein akademischer (siehe Abschnitt 7.3.3.1).

Daher bleibt die Pflege im Grunde ein reiner Ausbildungsberuf. Zugangsvoraussetzung ist grundsätzlich eine abgeschlossene 10-jährige Realschulbildung. 2009 hat der Gesetzgeber die Anforderungen abgesenkt. Seitdem ist auch ein 10-jähriger erweiterter Hauptschulabschluss, ein Hauptschulabschluss mit anschließender zweijähriger Berufsqualifikation oder eine landesrechtlich anerkannte einjährige Weiterbildung zum Kranken- bzw. Altenpflegehelfer/-helferin ausreichend für die Aufnahme der Ausbildung. Hinzuweisen ist auch darauf, dass der Gesetzgeber ab 2013 Personen die Verkürzung der Ausbildung zum Altenpfleger/zur Altenpflegerin auf 2 Jahre erlaubt, die zwei Jahre in einer Pflegeeinrichtung Aufgaben im Bereich der Pflege oder der Betreuung wahrgenommen haben. Die Berufsverbände wie auch Vertreter der Pflegewissenschaft üben heftige Kritik an der Beibehaltung bzw. an einer weiteren Absenkung der 10-jährigen allgemeinen Schulbildung als Voraussetzung wie auch an der Möglichkeit der Verkürzung der Ausbildung aufgrund von Praxiserfahrungen als ungelernete Hilfskraft. Die Gewerkschaft ver.di, Verbände von Pflegeanbietern, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und auch die Bundesärztekammer stehen hingegen hinter dem Vorgehen des Gesetzgebers (siehe Abschnitt 7.3.3.2).

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

⁸⁷ Siehe die Klassifizierung der Berufe nach dem *Deutschen Qualifikationsrahmen für lebenslanges Lernen* unter www.dqr.de.

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

Die Zahl der Absolventen blieb dabei in den letzten 20 Jahren recht konstant, nur in den letzten zehn Jahren ist sie leicht zurückgegangen. Für die einzelnen Berufe stellt sich dies jedoch sehr unterschiedlich dar. Während die Zahl der Absolventen der Kranken- und der Kinderkrankenpflege in den letzten zehn Jahren um rund 20 Prozent gesunken ist, hat sich die Zahl der Absolventen in der Altenpflege im gleichen Zeitraum um mehr als 50 Prozent erhöht. Informationen oder Statistiken zu Bewerberzahlen liegen – dies wäre bei einer Eingliederung der Ausbildung in das BBIG wiederum anders – nicht vor (siehe Abschnitt 7.3.3.4).

Zwischenfazit

Die unterschiedlichen Zugangsvoraussetzungen, wie sie sich aus den jeweiligen landespezifischen Regulierungen ergeben, sind in Tabelle 23 noch einmal zusammengefasst. In der Gesamtschau kann festgehalten werden, dass das NMC in Großbritannien – und seine Vorgängerorganisation – als Treiber der Akademisierung der Pflege gesehen werden kann. Seit 2013 ist die erstqualifizierende Ausbildung zur Erlangung der Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung nur noch auf dem Wege eines dreijährigen Bachelorstudiums möglich. Die schulische Mindestvoraussetzung für die Ausbildung war schon immer die 12-jährige Schulbildung. Mit Blick auf die Frage, ob diese aus deutscher Perspektive sehr hohen Berufszugangshürden durch die Einflussnahme der Pflegekammer zu begründen sind, ist entgegenzuhalten, dass auch in Schweden – dort ohne berufliche Selbstverwaltung – ein ähnlicher Weg in Richtung einer Akademisierung der Pflege eingeschlagen wurde. Hier haben die für die Registrierung der Ausbildung verantwortlichen Behörden keinen Einfluss auf die Ausgestaltung der Zugangskriterien und der Lehrinhalte der pflegerischen Ausbildung. Die Inhalte der Ausbildung, die Zulassung zu und die Finanzierung von Studienplätzen sind durch Hochschulgesetze geregelt. Dennoch ist auch in Schweden die einzige erstqualifizierende Ausbildung zur Pflegekraft seit dem Jahr 2007 ein dreijähriges Bachelorstudium.

Beide Länder – mit und ohne Pflegekammer – unterscheiden sich heute also weder bei den schulischen Mindestvoraussetzungen noch bei der Länge und beim akademischen Niveau der primärqualifizierenden Ausbildung. Der schrittweise Weg der Anhebung des akademischen Abschlusses ist zudem in ähnlichen Zeiträumen verlaufen – wenn überhaupt, dann war eher Schweden, das Land ohne Pflegekammer, hierbei schneller.

Mit Blick auf die These, dass die Anhebung von Ausbildungsniveaus zu einer Verknappung des Angebots an Berufsmittgliedern führt, muss zudem festgehalten werden, dass sowohl in Großbritannien als auch in Schweden die Zahl der Studienanwärter die der verfügbaren Plätze deutlich übersteigt. Die Anhebung des akademischen Niveaus – wenn auch unter Beibehaltung der Länge der Ausbildung von 3 Jahren – hat in keinem der beiden Länder zu einem Rückgang der Nachfrage geführt.

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

	Großbritannien	Schweden	Deutschland
Benötigter Schulabschluss	12-jähriger Schulabschluss	12-jähriger Schulabschluss	10-jährige Schulbildung (Realschulabschluss, erweiterter 10-jähriger Hauptschulabschluss oder Hauptschulabschluss mit nachgelagerter mind. einjähriger Fortbildung zur Pflegehilfskraft)
Länge, Niveau und Verortung der erstqualifizierenden Ausbildung	i. d. R. 3 Jahre; ab Anfang 1990er-Jahre EQR-Niveau 5 (Diploma of Higher Education = 120 ECTS); ab 2013 nur noch EQR-Niveau 6 (Bachelor-Degree = 180 ECTS)	i. d. R. 3 Jahre; ab 1993 EQR-Niveau 5 (Bachelor of Science in Nursing = 120 ECTS); ab 2007 EQR-Niveau 6 (Bachelor of Science in Nursing = 180 ECTS)	3 Jahre; EQR-Niveau 4 (im Rahmen von Modellklauseln seit 2004 i. d. R. auf Bachelorniveau, EQR-Niveau 6)
Praktische Anerkennungszeiten nach der Ausbildungszeit	Nein	vom National Board of Health and Welfare gefordert, aber von der National Agency of Higher Education abgelehnt	N. A.
Verfügbarkeit von Ausbildungsplätzen	Nur indirekt vom NMC beeinflusst, Planung im Kontext des <i>NHS Workforce-Planing</i>	definiert durch den Gesetzgeber im Kontext der Hochschulgesetzgebung und -finanzierung	Krankenpflege bundesweit geregelt, Altenpflege landesrechtlich und heterogen, keine gesetzlichen Vorgaben zur übergreifenden Planung

Quelle: eigene Darstellung

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

8.1.2 Zugangsvoraussetzungen für ausländische Pflegekräfte

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

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

Die Zahl der im Ausland ausgebildeten und durch das NMC anerkannten und registrierten Pflegekräfte hat innerhalb der letzten 20 Jahre erhebliche Schwankungen erfahren. Das Niveau des Jahres 2008 mit rund 4.000 aus dem EWR als auch aus dem Rest der Welt zugewanderten Kräften lag dabei ungefähr auf dem Niveau von 1997. Um die Jahrtausendwende war die Zahl der Zuwanderer jedoch viermal so hoch. 2001/02 wurden mehr ausländische Pflegekräfte durch das NMC zugelassen als solche, die innerhalb des UK ausgebildet worden waren. Hiernach war die Zulassung internationaler Pflegekräfte kontinuierlich zurückgegangen und dann 2005/2006 weitgehend eingebrochen. Folgende Ursachen werden hierfür genannt: Die verschärften Zugangshürden durch das NMC sowie die Streichung des Berufs *Nursing* von der *shortage occupation list*, womit auch die damit verbundenen Erleichterungen bei der internationalen Rekrutierung und bei der Visaerteilung wegfielen (siehe Abschnitt 5.3.2.4).

Auch in **Schweden** dürfen nur registrierte Pflegekräfte tätig werden. Dafür zuständig ist hier das *National Board of Health and Welfare*. Diesem obliegt auch die Anerkennung ausländischer Abschlüsse. Anders als in Großbritannien, wo – außer für die Staaten, die unter die EU-Anerkennungsrichtlinie fallen – die Zugangskriterien durch das NMC definiert werden, hat das *National Board of Health and Welfare* solche Spielräume jedoch nicht. Für alle Anwärter, die nicht unter die EU-Richtlinie fallen, werden die Vorgaben zur Anerkennung auf Grundlage des *Patient Safety Act* durch die Regierung definiert. Dieser verlangt, genau wie das NMC in Großbritannien, von internationalen Pflegekräften

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

Auch in **Deutschland** sind die Rahmenbedingungen für die Anerkennung ausländischer Pflegekräfte durch die EU-Anerkennungsrichtlinie 2005/36/EG vorgegeben, und darüber hinaus durch den Gesetzgeber. Die Vorgaben für Qualifikationen, die nicht unter die EU-Richtlinie fallen, sind bundesweit durch das Kranken- und Altenpflegegesetz festgelegt. Die Ausführung der Anerkennung erfolgt – anders als in Schweden und in Großbritannien – jedoch dezentral durch die jeweiligen Landesbehörden. Das neue Anerkennungsgesetz aus dem Jahr 2012 sieht zudem verbindliche Fristen für die Prüfung vor und die Pflicht zur Ausstellung von rechtsmittelfähigen Bescheiden über die Gründe einer Ablehnung. Zudem haben bestimmte Antragsteller nun das Recht, zwischen einer Kenntnisprüfung und einem Anpassungslehrgang (der in seiner Länge drei Jahre nicht überschreiten darf) zu wählen. Bundesweit einheitliche Vorgaben zur Ausgestaltung von Kenntnisprüfungen und von Anpassungslehrgängen wurden jedoch nicht erlassen (siehe Abschnitt 7.3.2.3).

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

Tabelle 24: Vergleichende Darstellung der Zugangsvoraussetzungen für ausländische Pflegekräfte

	Großbritannien	Schweden	Deutschland
Zugang für Personen mit Qualifikationen aus dem EU/EWR-Raum/aus der Schweiz	Durch die EU-Berufsanerkenntnisrichtlinie (2005/36/EG) sind diese Bedingungen für alle gleich: Automatische Anerkennung der Ausbildung (im Bereich der allgemeinen Erwachsenenpflege), keine weiteren Nachweise notwendig		
Zugang für Personen mit Qualifikationen aus allen übrigen Staaten	Zusätzlich zur Anerkennung der Gleichwertigkeit der Ausbildung: Sprachtest; 1 Jahr Berufserfahrung und mind. 450 h Tätigkeit innerhalb der letzten drei Jahre; seit 2005 Overseas Nurses Programme (ONP) von mindestens 4-monatiger Dauer	<u>Zusätzlich</u> zur Anerkennung der Gleichwertigkeit der Ausbildung: Sprachtest; Hospitation sowie Berufserfahrungspraktikum	Für die Anerkennung der Gleichwertigkeit können Ausgleichsmaßnahmen festgelegt werden (Umsetzung dezentral)

Quelle: eigene Darstellung

Anders als in Großbritannien und in Schweden erfolgt die Anerkennung in Deutschland somit dezentral. Ein weiterer Unterschied ist, dass es in Deutschland nur gesetzliche Vorgaben darüber gibt, wann Ausbildungen als gleichwertig anzuerkennen sind, und dass Ausgleichsmaßnahmen verlangt werden können für Absolventen internationaler Abschlüsse. Für diese Absolventen sehen die deutschen Gesetze aber – im Gegensatz zu denen in Großbritannien und in Schweden – beim Vorliegen einer Gleichwertigkeit keine weiteren Hürden vor wie Sprachtests oder gar Wissenstests, einen Nachweis von Berufserfahrung oder die Ableistung von Hospitationen und Praktika.

Zwischenfazit

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

unter die EU-Richtlinie fallen, werden auch hier Sprachtests und mehrmonatige Berufserfahrungspraktika verlangt.

8.1.3 Zahl der Pflegekräfte und Preis der Dienstleistung

8.1.3.1 Zahl der Pflegekräfte

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

Aber ein Vergleich der qualifizierten Pflegekräfte je Einwohner könnte Aufschluss geben über die Versorgungslage. In Großbritannien sind dies 10,5 je 1.000 Einwohner, in Schweden hingegen 19,5 (Tabelle 25). Bereits dieser Vergleich ist jedoch nur eingeschränkt tauglich, denn in Schweden sind rund 20 Prozent der registrierten Kräfte 65 Jahre und älter. Für Großbritannien liegen solche Altersinformationen hingegen nicht vor. Da für die Erneuerung der Registrierung jedoch alle drei Jahre mind. 450 Stunden Berufstätigkeit nachgewiesen werden müssen, ist davon auszugehen, dass die Zahl der verrenteten registrierten Pflegekräfte in Großbritannien erheblich geringer ist. Auch sind im schwedischen Register schätzungsweise 10 Prozent der Personen aufgrund von mehrfachen Berufsqualifikationen mehr als einmal erfasst. Für Deutschland liegen aufgrund der fehlenden Registrierung wiederum gar keine Informationen über die Gesamtzahl der qualifizierten Pflegekräfte vor.

Tabelle 25: Vergleichende Darstellung von Kennzahlen zur Quantität von Pflegekräften

	Groß-britannien	Schweden	Deutschland
Registrierte Pflegekräfte je 1.000 Einwohner	10,5 (2012)	19,5 (2011)	Keine Angaben möglich
Erwerbstätige Pflegekräfte je 1.000 Einwohner (im Gesundheitswesen) ¹	6,5 ² (2012)	11,1 (2011)	12,64 (2011)
Erwerbstätige VZÄ je 1.000 Einwohner (im Gesundheitswesen) ¹	5,7 ² (2012)	-	9,3 (2011)
Veränderung Erwerbstätige VZÄ je 1.000 Einwohner innerhalb der letzten Jahre ¹	Seit 2002 + 6 %	Seit 2001 ⁴ + 17 %	Seit 2003 + 13 %
Anteil der Pflegekräfte, die ihre Qualifikation im Ausland erworben haben	6,5 % (2011)	2,5 % ³ (2011)	Keine Angaben möglich
Veränderung innerhalb der letzten Jahre	Seit 2007 - 40 %	Seit 2005 - 20 %	
Zahl der Ausbildungsplätze im Verhältnis zur Zahl der erwerbstätigen Pflegekräfte	5,7 Studienanfänger je 100 Erwerbstätige ²	4,7 Studienanfänger je 100 Erwerbstätige	4,5 Auszubildende im 1. Lehrjahr je 100 Erwerbstätige
	4,5 Neuregistrierte je 100 Erwerbstätige ²	3,8 Ausbildungsabschlüsse je 100 Erwerbstätige	2,0 Ausbildungsabschlüsse je 100 Erwerbstätige
	3,7 Studienanfänger je 100 Registrierte	3,0 Studienanfänger je 100 Registrierte	-
Veränderung der Zahl der Absolventen innerhalb der letzten Jahre	Innerhalb der letzten 10 Jahre + 15 %, aber deutliche Schwankungen; starker Einbruch Ende der 1990er-Jahre	Innerhalb der letzten 10 Jahre + 12 %	Innerhalb der letzten 10 Jahre + 6 %, aber Niveau unter dem der 1990er-Jahre

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

Will man stattdessen die im Gesundheitswesen erwerbstätigen Pflegekräfte vergleichen, so sind auch hier mehrere Aspekte zu berücksichtigen: Für Großbritannien bzw. England liegen ausschließlich Personalstatistiken für im NHS Beschäftigte vor. Da der Altenpflegesektor jedoch überwiegend durch private und gemeinnützige Träger geprägt ist, fehlt in den NHS-Statistiken daher ein substanzieller Anteil der Pflegekräfte. Bei der Zählung der Erwerbstätigen in Schweden und Deutschland ist zudem die Abgrenzung „im Gesundheitswesen tätig“ ggf. nicht deckungsgleich. In Großbritannien (bzw. hier bezogen auf England) gibt es demnach 6,5 erwerbstätige Pflegekräfte je 1.000 Einwohner, in Schweden sind dies 11,1 und in Deutschland 12,7. Die überdurchschnittliche Zahl an Pflegekräften in Deutschland relativiert sich jedoch, wenn man diese

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

Verändert hat sich die Zahl der Erwerbstätigen innerhalb der letzten 10 Jahre mit plus 17 Prozent am stärksten in Schweden – wobei sich diese Zahlen, da sie sich nicht auf VZÄ beziehen, auch Veränderungen aufgrund eines Anstiegs der Teilzeittätigkeit mit abbilden können. In Deutschland ist die Zahl der VZÄ seit 2003 um 13 Prozent gestiegen, in England lediglich um 6 Prozent. Hierbei ist jedoch wiederum zu bedenken, dass ein Großteil der Altenpflegekräfte – deren Zunahme in Deutschland ursächlich für den Anstieg der Gesamtzahl des Pflegepersonals ist – in den englischen Statistiken nicht enthalten ist (Tabelle 25).

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

Zwischenfazit

Zusammenfassend bleibt festzuhalten, dass Großbritannien hinsichtlich der Zahl der Pflegekräfte hinter Schweden und Deutschland zurückfällt. Dies als Ergebnis der beruflichen Regulierung zu werten, wäre jedoch nicht sachgerecht, denn dabei muss eine Vielzahl weiterer Faktoren bedacht werden. Einer davon ist, dass in Großbritannien insgesamt ein niedrigeres Niveau der Versorgung mit Krankenhausbetten und auch mit Arztpraxen vorliegt. Hinzu kommt die – anders als in Deutschland und Schweden – nur zu einem geringen Teil öffentlich finanzierte Altenpflege und die damit einhergehende schlechte Datengrundlage für diesen Versorgungsbereich (siehe Tabelle 4). Zudem wird der Zugang zur Ausbildung – dies wurde in Abschnitt 8.1.1 bereits erläutert – gar nicht durch das NMC kontrolliert. Ohnehin zeigt sich auch in den Ausbildungszahlen ein im Vergleich zu Schweden und Deutschland eher überdurchschnittliches

Verhältnis von Auszubildenden je erwerbstätiger Pflegefachkraft. Der Zugang ausländischer Kräfte, die nicht aus der EU kommen – allein dieser ist durch das NMC beeinflussbar – ist jedoch höher als in Schweden (Zahlen für Deutschland liegen nicht vor).

Der Indikator Arbeitskräftemangel

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

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

Das *Migration Advisory Committee* überprüft die Liste in regelmäßigen Abständen. Die Bewertung erfolgt auf der Basis von zehn gesetzlich festgelegten Kriterien, zudem werden relevante (Interessen-)Organisationen angehört (MAC 2015). Der Pflegeberuf stand im Jahr 2015 nicht auf der *Shortage Occupation List*. Nur für den Beruf der Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin mit einer Qualifikation für neonatologische Intensivpflege (*specialist nurse working in neonatal intensive care units*) war ein Mangel deklariert.⁸⁹ Dennoch – dies wurde auch vom *Migration Advisory Committee* so gesehen – beklagten Arbeitgeber zunehmend, dass es Probleme gäbe, freie Stellen in der Erwachsenenpflege zu besetzen. Nach einer Anhörung kam das *Migration Advisory Committee* jedoch zu der Einschätzung, dass unbesetzte Stellen vielmehr aus Einstellungsstopps und Entlassungen vor dem Hintergrund der angespannten finanziellen Lage des NHS resultieren und nicht daraus, dass es innerhalb Großbritanniens zu wenig entsprechend qualifizierte Personen gäbe. Zudem verwies das *Migration Advisory Committee* darauf, dass die überwiegende Mehrheit der ausländischen Zugänge in den Pflegeberuf ohnehin aus dem EWR-Raum stamme und damit eine Aufnahme des Pflegeberufs in die *Shortage Occupation List* keine Relevanz habe (MAC 2015).

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

⁸⁹ Siehe „Tier 2 Shortage Occupation List Government-approved version valid from 6 April 2015“ unter der URL: https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/423800/shortage_occupation_list_april_2015.pdf [12.08.2015].

Auch für **Schweden** gibt es eine Liste mit Berufen, bei denen ein Arbeitskräftemangel besteht. Erstellt wird diese durch die schwedische Einwanderungsbehörde (*Migrationsverkets*) nach Anhörung des Innenministeriums, des Arbeitsministeriums sowie von Arbeitgeber- und Arbeitnehmervertretungen (5 Kap. § 12 utlänningsförordningen 2006: 97). Arbeitsuchende, die nicht aus dem EWR-Raum stammen und eine entsprechende Qualifikation aufweisen, haben für solche Berufe einen erleichterten Zugang zu einer Arbeits- und einer Aufenthaltserlaubnis.⁹⁰ Der Krankenpflegeberuf stand im Januar 2015 auf dieser Liste, und zwar sowohl die allgemeine Erwachsenenpflege [Sjuksköterskor (grundutbildade)] als auch Fachpflegeberufe wie Geriatrie-, Psychiatrie- und Intensivpflege.⁹¹

Auch in **Deutschland** sind sowohl der Kranken- als auch der Altenpflegeberuf offiziell als „Mangelberuf“ ausgewiesen.⁹² Rechtsgrundlage für solche Maßnahmen ist das Aufenthaltsgesetz (AufethG) in Verbindung mit der Beschäftigungsverordnung (BeschV). Hiernach kann die Bundesagentur für Arbeit (BA) in einer sogenannten Positivliste (Whitelist) für einzelne Berufsgruppen oder für einzelne Wirtschaftszweige festlegen, dass die Besetzung von offenen Stellen mit ausländischen Bewerbern arbeitsmarkt- und integrationspolitisch verantwortbar ist (§ 39 AufethG; § 6 BeschV). Grundlage für die Auswahl der Berufe auf dieser Positivliste ist eine Fachkräfteengpassanalyse der BA.

Der BA stehen jedoch lediglich Informationen über (freiwillig) an sie gemeldete sozialversicherungspflichtige Arbeitsstellen zur Verfügung. Auf dieser Basis erklärte die BA im Juli 2014 einen bundesweiten Fachkräftemangel für Altenpflegekräfte⁹³, auch für Gesundheits- und Krankenpflegekräfte wird ein solcher Mangel festgestellt, mit Ausnahme der Bundesländer Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen-Anhalt und Sachsen. In diesen Ländern bestehen lediglich Anzeichen für einen Mangel. Im Detail bedeutet dies, dass Stellenangebote für examinierte Altenpflegekräfte im Durchschnitt 129 Tage vakant sind. Dies übersteigt den Bundesdurchschnitt aller Berufsvakanzen um 59 Prozent. Auf 100 gemeldete Stellen kommen zudem rechnerisch lediglich 44 Arbeitslose. Bei Gesundheits- und Krankenpflegefachkräften beträgt die Vakanzzeit von Stellenangeboten im Bundesdurchschnitt 120 Tage und damit 48 Prozent mehr als im Schnitt aller Berufe, wo auf 100 gemeldete Arbeitsstellen 84 Arbeitslose kommen (BA 2014).

⁹⁰ URL: <https://www.migrationsverket.se> [Stand 12.08.2015].

⁹¹ Siehe *Migrationsverkets föreskrifter om förteckning över slag av arbeten inom vilka det finns stor efterfrågan på arbetskraft* (02/2015) unter der URL: <https://www.migrationsverket.se/download/18.39a9cd9514a346077211731/1422533384206/MIGRFS+2+2015.pdf> [Stand 12.08.2015].

⁹² Positivliste gemäß § 6 Abs. 2 S. 1 Nr. 2 Beschäftigungsverordnung: Zuwanderung in Ausbildungsberufe mit Stand vom 16.4.2015 unter der URL: www.zav.de/positivliste [Stand 12.08.2015].

⁹³ Die Bundesagentur für Arbeit definiert einen Fachkräftemangel als dann gegeben, wenn die regionale Vakanzzeit mindestens 40 Prozent über dem Bundesdurchschnitt aller Berufe liegt und es weniger als 150 Arbeitslose je 100 gemeldete Stellen gibt oder wenn es weniger Arbeitslose als gemeldete Stellen gibt. Ein Fachkräfteengpass liegt vor, wenn die Vakanzzeit über dem Bundesdurchschnitt aller Berufe liegt und es weniger als 300 Arbeitslose je 100 gemeldete Stellen gibt (siehe BA 2014).

Zwischenfazit

Mit Blick auf den Indikator „Arbeitskräftemangel“ kann gesagt werden, dass allein in Großbritannien kein „offizieller“, also durch eine zuständige Behörde, ausgewiesener Arbeitskräftemangel besteht. In Schweden und in Deutschland hingegen sind sowohl der Krankenpflegeberuf, also die allgemeine Erwachsenenpflege (in Deutschland die Alten- und Krankenpflege), als auch die Fachpflegeberufe offiziell als „Mangelberuf“ ausgewiesen. Die vorwiegend mit Bezug zum Ärzteberuf formulierten Thesen der ökonomischen Theorie der Regulierung können in dieser Untersuchung folglich nicht bestätigt werden. Die Tätigkeiten des NMC führen – mit Blick auf die Vergleichsländer – zumindest zu keiner größeren Verknappung des Angebots an Berufsangehörigen. Deutlich wird aber auch, dass die Regulierungsvorgaben des NMC in eine ganze Reihe von weiteren Rahmenbedingungen – wie z. B. Visabestimmungen oder Finanzierungsfragen von Ausbildungsplätzen – eingebettet gesehen werden müssen.

8.1.3.2 Einkommen von Pflegekräften

Auch eine vergleichende Darstellung der Einkünfte von Pflegekräften kann nur näherungsweise erfolgen. So gibt die OECD für Deutschland im Jahr 2010 ein durchschnittliches Monatseinkommen von im Krankenhaus tätigen Gesundheits- und Krankenpflegern sowie Krankenpflegehelfern von rund 3.200 € (38.377 € Jahresgehalt) an. Die Daten stammen aus der Verdienststrukturerhebung des Statistischen Bundesamts und wurden als Sonderauswertung an die OECD geliefert. Die angegebenen Gehälter sind auf eine Vollzeitkraft bezogen und enthalten alle Zulagen sowie Arbeitgeberabgaben an die Sozialversicherungen (OECD 2013).

Eine Studie des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB) zeigt für Krankenhäuser ebenfalls ein durchschnittliches Einkommen von rund 3.200 € (Tabelle 26). Ausgewertet wurden hier die Meldungen zur Sozialversicherung von rund 400.000 vollzeitbeschäftigten Pflegekräften. Ausgewiesen wurde der Median der Einkommen inklusive aller Zuschläge. Arbeitsverhältnisse außerhalb des Krankenhauses weisen jedoch ein deutlich geringeres Gehaltsniveau auf. So erhalten Kranken- und Altenpflegekräfte in der stationären Altenpflege nur noch rund 2.500 € und in der ambulanten Pflege rund 2.200 € als monatliches Bruttoentgelt (Median) (Tabelle 26).⁹⁴

⁹⁴ Eine Analyse auf der Basis der WSI-Lohnspiegel-Datenbank (2012) weist für Gesundheits- und Krankenpfleger ein durchschnittliches Bruttogehalt von rund 2.400 € aus, für Altenpfleger eines von rund 2.200 €. Operationsschwester und Anästhesieschwester liegen bei rund 3.000 € und Stationsleitungen bei rund 2.900 €. Diese Zahlen basieren auf Einkommensdaten, die Personen freiwillig und anonym im Rahmen eines Onlinegehaltschecks in die Datenbank eintragen. Auch diese Darstellung bezieht sich auf Einkommen inklusive aller Sonderzulagen und bezogen auf eine Vollzeitkraft (siehe Bispinck, et al. 2012).

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

	Fachkräfte in der Krankenpflege	Fachkräfte in der Altenpflege
Deutschland	3.042 €	2.441 €
<i>West</i>	<i>3.139 €</i>	<i>2.568 €</i>
<i>Ost</i>	<i>2.738 €</i>	<i>1.945 €</i>
Davon tätig im Bereich		
<i>Krankenhaus</i>	<i>3.159 €</i>	<i>2.869 €</i>
<i>stationäre Altenpflege</i>	<i>2.522 €</i>	<i>2.527 €</i>
<i>ambulante Altenpflege</i>	<i>2.226 €</i>	<i>2.115 €</i>
Spezialisten in der Fachkrankenpflege	3.356 €	-

Quelle: IAB 2015

Für Großbritannien (eingeschränkt auf England) weist die OECD für das Jahr 2010 Vergütungen je Pflegevollzeitkraft im Krankenhaus von £ 29.352 und für 2012 von £ 30.054 aus (OECD 2013). Dies sind jedoch nur die Vergütungen je Vollzeitkraft ohne Wochenend- und Nachtzulagen etc. Ein Blick in die Originalstatistik *NHS Staff Earnings Estimates* verdeutlicht, dass Pflegekräfte 2010 mit Sonderzahlungen im Durchschnitt vielmehr £ 30.800 und im Jahr 2012 bereits £ 32.100 verdienen (The NHS Information Centre 2014). Die Zahlen beziehen sich zudem nicht allein auf Pflegekräfte, die im Krankenhaus tätig sind, sondern auch auf solche, die einen Arbeitsvertrag beim NHS haben. Dies umfasst durchaus auch Gemeindepflege und ambulante psychiatrische wie auch geriatrische Einrichtungen oder durch das NHS geführte Altenpflegeeinrichtungen sowie Pflegekräfte, die bei niedergelassenen Ärzten (GPs) arbeiten. Einkommen in privat geführten Pflegeeinrichtungen sind jedoch nicht erfasst.

Für Schweden konnten keine vergleichbaren Datenquellen gefunden werden. Auch die OECD hält für Schweden keine Informationen bereit. Lohnniveaus werden jedoch auch hier ausgewiesen durch die Gewerkschaft der Pflegekräfte *Vårdförbundet*. Pflegekräfte, die darin Mitglied sind, verdienen im Jahr 2012 durchschnittlich rund 27.800 kr pro Monat (ebenfalls bezogen auf den gesamten Bruttolohn je Vollzeitäquivalent) (*Vårdförbundet* 2012). Auch bieten Personaldienstleister weitere, im Internet zugängliche Lohnübersichten. Die Website *Lönestatistik.se* z. B. weist für Gesundheits- und Krankenpfleger ein Monatsgehalt von rund 24.800 kr aus. Für welche Bereiche (Krankenhaus oder Altenpflege) die Einkommen gelten, ist bei beiden Angaben nicht ausgewiesen.

Zwischenfazit

Vergleicht man also die Lohnniveaus auf Grundlage der vorgestellten Daten mithilfe von PPP-adjustierten Preisen in US\$⁹⁵ (2012), zeigt sich folgendes Bild. In Schweden liegt das Einkommen bei rund 2.700 - 3.000 PPP US\$, für beim NHS beschäftigte Pflegekräfte in Großbritannien bei 3.400 - 3.800 PPP US\$ und in Deutschland zwischen 2.700 und 4.100 PPP US\$. Die Lohnniveaus sind folglich in den drei Vergleichsländern recht ähnlich. Oder anders ausgedrückt: Im Beobachtungsland „mit Pflegekammer“ zeigen sich keine höheren Lohnniveaus. Dies legt wiederum den Schluss nahe, dass die in der ökonomischen Theorie diskutierte These der Marktabschottung – einschließlich der daraus resultierenden höheren Marktpreise – für den Bereich der Pflege nicht zuzutreffen scheint.

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

8.1.4 Tätigkeitsprofile von Pflegekräften

Neben der reinen Anzahl von Pflegekräften ist im Kontext der beruflichen Regulierung auch von Interesse, welche konkreten Tätigkeiten diese ausüben. Abgrenzungen zu bzw. Überschneidungen mit anderen Berufsgruppen können dabei sowohl aus einer vertikalen als auch aus einer horizontalen Perspektive diskutiert werden. Bei Ersterer geht es um die Frage, welche pflegerischen Tätigkeiten in den jeweiligen Ländern an Hilfskräfte delegiert und welche ärztlichen Tätigkeiten durch Pflegekräfte übernommen werden. Aber auch in ihrer horizontalen Ausdehnung können sich Tätigkeiten von Pflegekräften zwischen den Ländern unterscheiden. Beispielsweise können Tätigkeiten im Kontext von (geronto-)psychischen Erkrankungen durch Pflegekräfte, aber auch durch entsprechende andere soziale Berufe übernommen werden.

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

⁹⁵ Die von der OECD herausgegebenen jährlichen *Prices and purchasing power parities (PPP)* ermöglichen einen Vergleich von landesspezifischen Preisen und Gehältern, da sie sowohl die Wechselkurse als auch die Preisniveaus in den jeweiligen Vergleichsländern berücksichtigen. Für die hier gewählte Umrechnung wurden die *PPs for actual personal consumption* gewählt, da diese neben dem privaten Konsum auch die durch den Staat bereitgestellten sozialen Dienstleistungen berücksichtigen (PPP for actual personal consumption 2012: Germany=0,779583; Sweden=9,17596; United Kingdom=0,733568).

Nursing Practice im Allgemeinen wird hingegen in Kapitel 8.2.1.1 im Kontext von „Berufsbezeichnungs- und Berufsausübungsschutz“ diskutiert.

Ausführung von ärztlichen Tätigkeiten sowie von vorbehaltenen Tätigkeiten durch Pflegekräfte

In **Großbritannien** werden im Kontext von *Advanced Nursing* außer der Verordnung von Arzneimitteln keine vorbehaltenen Tätigkeiten für Pflegekräfte definiert. Selbst die entsprechende Berufsbezeichnung ist – wie Abschnitt 8.2.1.1 noch einmal zusammenfassend dargelegt – nicht geschützt. Der im Kontext von *Advanced Practice* konsentrierte Tätigkeitsrahmen von Pflegekräften reicht jedoch weit in das ärztliche Aufgabenspektrum hinein. Er umfasst

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

(DH 2010).

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

Um die oben genannten erweiterten pflegerischen Tätigkeiten etablieren zu können, bedurfte es also lediglich einer Anpassung der Arzneimittelgesetze. Dies geschah seit 1998 durch eine Reihe von Gesetzesreformen. Parallel hierzu wurde eine entsprechende Regulierung durch das NMC eingeführt. Heute kön-

nen Pflegekräfte mit einer durch das NMC anerkannten und dort registrierten Zusatzqualifikation fast alle Arzneien verordnen – auch Betäubungsmittel –, welche in ihrer klinischen Kompetenz liegen (siehe Abschnitt 5.3.3.3).

Relevanter Treiber der Entwicklung – dies wird auch im Kontext der hiermit einhergehenden Diskussion um den Schutz von Berufsbezeichnungen in Abschnitt 8.2.1.1 nochmals dargelegt – war weniger das NMC als vielmehr der Gesetzgeber. Dieser ließ seit Anfang der 1990er-Jahre die Ausweitung des pflegerischen Kompetenzspektrums durch eine Reihe von Untersuchungen analysieren und evaluieren. Dies geschah im Kontext der arbeitsschutzrechtlich notwendigen Reduzierung der Arbeitszeiten von Stationsärzten sowie einer aus Versorgungs- und aus politischer Perspektive notwendigen Reduzierung von Wartezeiten, was dann auch zu den genannten gesetzlichen Veränderungen führte. Explizit wurden zudem NHS-Arbeitgeber verpflichtet, Pflegekräften das Anordnen von Untersuchungen (durch Labore, per Röntgen etc.), das Verordnen von Medikamenten, das Anfordern von Konsilen sowie das eigenständige Entlassen von Patienten zu ermöglichen (siehe Abschnitt 5.3.3.3).

Die erweiterten pflegerischen Kompetenzfelder werden jedoch nicht im Sinne einzelner Tätigkeiten definiert. Ganz im Gegenteil – hierauf wird in Abschnitt 8.2.1.1 noch einmal eingegangen – zeigt sich der Gesetzgeber sehr zurückhaltend hinsichtlich der Frage, ob *Advanced Nursing* einer weitergehenden Regulierung bedarf. Auch die staatliche Aufsichtsbehörde des NMC sieht keinen Handlungsbedarf, sie betrachtet *Advanced Practice* vielmehr als normale berufliche Weiterentwicklung. Die in der Berufsordnung der Pflegekräfte festgehaltene Verpflichtung, die eigenen Kompetenzen nicht zu überschreiten, sei als Richtschnur ausreichend.

Eine ähnliche Entwicklung ist auch in **Schweden** zu beobachten. Zwar finden sich hier – anders als in Großbritannien – elf geschützte Weiterbildungstitel auf der Ebene des *Advanced Nursing*, ein Berufsausübungsschutz ist hiermit aber auch in Schweden nicht verbunden. Aufgrund eines erheblichen Rückgangs der postgraduierten Weiterbildungsabschlüsse wurde zudem eine Flexibilisierung der Fachweiterbildungen empfohlen sowie eine bessere Zusammenarbeit von Hochschulen und Leistungserbringern (siehe hierzu auch Abschnitt 8.2.1.1).

Die einzige Ausnahme beim Berufsausübungsschutz bildet auch hier das Verordnen von Arzneimitteln. Auch in Schweden reagierte der Gesetzgeber auf Versorgungsengpässe und weitete die Verordnungsmöglichkeiten durch Pflegekräfte aus. Beschränkt ist eine Verordnungserlaubnis jedoch auf Gemeindeschwestern und andere in der ambulanten Langzeitpflege tätige Pflegekräfte, die über eine entsprechende Weiterbildung verfügen und eine Registrierung aufweisen. Ferner sind auch die zu verordnenden Wirkstoffe beschränkt. Grundsätzlich darf das Pflegepersonal nur Medikamente verschreiben, die einen Bezug zur pflegerischen Versorgung haben, die keine Laboruntersuchungen erfordern und die seit mehr als zwei Jahren auf dem Markt sind. Ferner sind Verordnungen nur bei bestimmten Indikationen erlaubt. Die medizinische Gesamtverantwortung und die Aufsichtspflicht bleiben beim behandelnden Arzt. Die faktische Relevanz des *Nurse Prescribing* ist in Schweden jedoch

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

Tabelle 27: Vergleichende Darstellung der Übernahme von ärztlichen Tätigkeiten

	Groß-britannien ³	Schweden ¹	Deutschland
Definition von vorbehaltenen Tätigkeiten für Pflegekräfte im Kontext von <i>Advanced Nursing</i>	Keine Konkretisierung (individuelle Kompetenzen bilden den Rahmen/die Grenzen der Tätigkeiten)	Keine Konkretisierung (individuelle Verantwortung als Rahmen der Tätigkeiten)	Im Rahmen von Modellvorhaben sind Tätigkeiten sehr explizit bestimmt.
Übernahme von ärztlichen Tätigkeiten:			
<i>Eigenständige Diagnose und Indikationsstellung</i>	Ja	Nicht expliziert	Nein – eine ärztliche Diagnose ist Voraussetzung.
<i>Veranlassung von diagnostischen Tests etc.</i>	Ja	Nicht expliziert	Ja, aber nur im Rahmen des vorgegebenen Therapieplans, beschränkt auf Diabetes mellitus Typ I und II, chronische Wunden, Hypertonie und Demenz
<i>Eigenständiges Verordnen von Arzneimitteln</i>	Ja	Im Primärversorgungskontext (Gemeindeschwestern, ambulante Pflege); beschränkt auf eine Wirkstoff- und Indikationsliste; faktisch aber geringe Relevanz	Keine Verordnung von Arzneimitteln (nur im Rahmen von Modellprojekten definierter Medizinprodukte, Hilfsmittel sowie eingeschränkt Heilmittel)

Quelle: eigene Darstellung

Auch in Schweden findet sich keine dem deutschen Arztvorbehalt vergleichbare negative Abgrenzung ärztlicher Tätigkeiten. Im Gegenteil, der *Patient Safety Act* formuliert vorbehaltliche Tätigkeiten für alle regulierten Gesundheitsberufe gleichermaßen. Nur die auf der Basis des *Patient Safety Act* lizenzierten Gesundheitsberufe dürfen Personen unter lokaler oder unter Vollnarkose behandeln oder Untersuchungen an Kindern unter 8 Jahren vornehmen, wenn es sich um Fälle wie diese handelt: meldepflichtige Krankheiten, Krebs, Diabetes mellitus, Epilepsie, Schwangerschaften und Geburten. Die Berufsordnung, welche ebenso durch den *Patient Safety Act* formuliert ist, verweist zudem auf die Eigenverantwortlichkeit der Berufsangehörigen bei der Ausübung der durch sie übernommenen Tätigkeiten (siehe Abschnitt 6.2.2.1).

Anders in **Deutschland**: Die Ausübung von Heilkunde umfasst laut Heilpraktikergesetz (HeilprG) jede „*berufs- oder gewerbsmäßig vorgenommene Tätigkeit zur Feststellung, Heilung oder Linderung von Krankheiten, Leiden oder Körperschäden bei Menschen*“ und ist allein approbierten Ärzten (bzw. Personen, die eine Heilpraktikererlaubnis besitzen) vorbehalten. Einige den Ärzten vorbehaltene Tätigkeiten können im Einzelfall oder auch regelmäßig an Kranken- bzw. Altenpflegekräfte delegiert werden. Von Seiten der Ärzteschaft aber als grundsätzlich nicht delegierbar angesehen werden insbesondere Tätigkeiten wie Anamnese, Indikationsstellung, Untersuchung von Patienten einschließlich invasiver Diagnostik, Stellen einer Diagnose, Aufklärung und Beratung von Patienten. Hinzu kommt die Entscheidung über eine Therapie und die Durchführung invasiver Therapien (siehe Abschnitt 7.3.3.3).

Die Arztzentrierung des deutschen Gesundheitssystems wird seit langem kritisch diskutiert. Aufgegriffen wurde die Debatte auch im Jahr 2007 durch den Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR). Vor dem Hintergrund der veränderten Anforderungen an die Versorgung empfahl der Rat eine veränderte Arbeitsteilung bzw. eine bessere/intensivere Kooperation zwischen den Gesundheitsberufen. Es bestünde die Notwendigkeit einer breiteren Übernahme von präventiven und edukativen Maßnahmen und von Aufgaben des Case-Managements durch Pflegekräfte, aber auch von ärztlichen Tätigkeiten. Insbesondere um Letzteres zu erproben wurde die Einführung von Modellprojekten empfohlen (siehe Abschnitt 7.3.3.3).

Diesen Empfehlungen folgte der Gesetzgeber im Rahmen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes (PfWG) im Jahr 2008. Mit Modellprojekten nach § 63 Abs. 3c SGB V sollte die selbstständige Ausübung von Heilkunde erprobt werden. Seit dem Inkrafttreten der hierfür notwendigen G-BA-Richtlinie zur selbstständigen Ausübung von Heilkunde wird Pflegekräften mit einer entsprechenden Qualifikation die Ausübung jener Tätigkeiten ermöglicht, die in der Anlage der Richtlinie genannt sind. Voraussetzung ist jedoch weiterhin eine Diagnose und eine Indikation eines Arztes. Vorgesehen ist lediglich ein eigenständiges Assessment sowie die Planung und die Umsetzung eines Therapieplans bei folgenden Diagnosen: Diabetes mellitus Typ I und II, chronische Wunden, Hypertonie und Demenz. Ferner sind in der Richtlinie Prozeduren wie Infusionstherapie/Injektionen, Stomatherapie sowie Versorgung und Wechsel von Trachealkanülen und Blasenkathetern aufgeführt. Im Rahmen der Modellvorhaben können die Pflegekräfte ferner dort definierte Medizinprodukte, Hilfsmittel sowie die in der Richtlinie aufgeführten Heilmittel verordnen. Eine Verordnung von Arzneimitteln ist nicht vorgesehen (siehe Abschnitt 7.3.3.3).

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

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

Quantifizierung von Hilfskräften, Pflegekräften und Ärzten

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

Tabelle 28: Vergleichende Darstellung von Kennzahlen zum Skill-Mix

	Großbritannien ³	Schweden ¹	Deutschland
VZÄ Ärzte je 1.000 Einwohner	2,56 (2012)	4,4 (2011)	4,9 (2011)
Veränderung	+ 30 % seit 2002	+ 12 % seit 2005	+ 22 % seit 2001
VZÄ Pflegekräfte (3-jährige Ausb.) und Hebammen je 1.000 Einwohner	5,7 (2012)	11,1 (2011)	9,3 (2011)
Veränderung	+ 6 % seit 2002	+ 17 % seit 2001	+ 13 % seit 2003
VZÄ Hilfskräfte je 1.000 Einwohner	2,4 (2012)	17,8 (im KH) 15,8 (ambulant)	2,97 (2011)
Veränderung	- 10 % seit 2002	seit 2005 leicht rückläufig	+ 29 % seit 2003
Zahl der Pflegekräfte (3-jährige Ausb.) und Hebammen je Arzt	2,23 (2002)	2,25	1,9 (2011)
Veränderung	- 19 % seit 2002	- 8 % seit 2005	- 6 % seit 2002
Zahl der Hilfskräfte je Pflegekraft (3-jährige Ausb.) und Hebamme	0,43	Ca. 3 1,63 (Assistant nurses and hospital ward assistants) plus 1,44 (ambulant)	0,47 ² (0,12 KH) (0,87 AltPfl)
Veränderung	- 15 % seit 2002	stagniert	+ 15 % (ursächlich durch Anstieg im AltPfl-S.)

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

Das Verhältnis von Hilfskräften und qualifizierten Pflegekräften ist hingegen zumindest in Großbritannien und Deutschland ziemlich ähnlich. Kommen in Großbritannien auf eine Pflegekraft 0,43 Hilfskräfte, so sind dies in Deutsch-

land 0,47 (Tabelle 28). Jedoch ist zu beachten, dass dieser Anteil in Deutschland ursächlich auf die Zahl der Hilfskräfte in der Altenpflege zurückzuführen ist – im Pflegedienst im Krankenhaus gibt es nur ca. eine Hilfskraft auf 10 Pflegekräfte. Da die Statistiken in Großbritannien – wie erläutert – den Altenpflegebereich nicht vergleichbar abdecken wie die bundesdeutschen Statistiken, ist bei der Interpretation der Vergleichszahlen wiederum Vorsicht geboten.

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

Zwischenfazit

Diese Ausführungen haben verdeutlicht, dass das Tätigkeitsspektrum von Pflegekräften maßgeblich durch die berufliche Regulierung der Ärzte bestimmt ist. Die insbesondere für den deutschen Kontext geäußerte Ansicht (oder besser wohl Hoffnung), mit der Errichtung von Pflegekammern sei eine Ausweitung pflegerischer Tätigkeiten verknüpft, kann daher nicht bestätigt werden. Vielmehr gilt, dass die Ausweitung der pflegerischen Tätigkeiten in Großbritannien maßgeblich auf die Initiative des Gesetzgebers zurückgeht. Dieser hatte vor dem Hintergrund langer ärztlicher Arbeitszeiten sowie langer Wartezeiten für Patienten Pläne für eine Ausweitung des pflegerischen Kompetenzspektrums evaluiert und daraufhin gesetzliche Veränderungen vorgenommen. NHS-Arbeitgeber wurden verpflichtet, Pflegekräften das Anordnen von Untersuchungen (Labor, Röntgen etc.), das Verordnen von Medikamenten, das Einholen von Konsilen sowie das eigenständige Entlassen von Patienten zu ermöglichen.

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

tung pflegerischer Tätigkeiten in den beiden Vergleichsländern geht also letztlich nicht primär auf die berufliche Regulierung der Pflege zurück, sondern gründet vielmehr in der dortigen Ausgestaltung der Regulierung der ärztlichen Tätigkeiten.

Geradezu anachronistisch wirkt daher der Tatbestand, dass in Deutschland – dem Land ohne berufliche Selbstverwaltung – bereits heute vorbehaltliche Tätigkeiten am intensivsten reguliert werden. Zum einen sind hier Tätigkeiten der selbstständigen Ausübung von Heilkunde durch Pflegekräfte im Rahmen der entsprechenden Richtlinie des G-BA kleinteilig expliziert, zum anderen werden mit dem neuen Pflegeberufsgesetz vorbehaltene Tätigkeiten auch für die pflegerischen Tätigkeiten im engeren Sinne definiert (siehe § 4 Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Pflegeberufe) – beides gibt es in dieser Form weder in Schweden noch in Großbritannien.

Die hier erfolgte Beschreibung pflegerischer Rollen ist jedoch stark beschränkt. Beschrieben wurden lediglich die gesetzlichen Rahmenbedingungen, welche die Grenze des pflegerischen Handelns definieren. Offen bleibt, welche konkreten Tätigkeiten von den Pflegekräften tatsächlich durchgeführt werden, in welchem Umfang dies geschieht und mit welchem Grad von Eigenverantwortlichkeit. Um diese Fragen zu beantworten, bedarf es länderübergreifender Berufsfeldanalysen, die Qualität und Quantität von Pflegetätigkeit erfassen und vergleichen – und zwar in allen relevanten Versorgungssettings, also in der Akutpflege, in der Altenpflege, in der ambulanten Gemeindepflege etc. Diesen Weg beschreitet die Studie „Bestandsaufnahme der Ausbildung in den Gesundheitsfachberufen im europäischen Vergleich“ im Auftrag des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (BMBF) (Lehmann et al. 2014). Im Fokus der Studie steht eine systematische Aufbereitung der unterschiedlichen Ausbildungswege von Gesundheitsfachberufen in Deutschland, Österreich, den Niederlanden, Frankreich und Großbritannien. Erhoben werden auch die Tätigkeiten, die mit den erworbenen Kompetenzen verbunden sind. Im Rahmen der Studie wurden Pflegekräfte aus den Vergleichsländern mit einem standardisierten Erhebungsinstrument (*Nurse Competence Scale*) befragt. Da jedoch Schweden nicht Bestandteil der Studie war und für Großbritannien lediglich 49 Personen befragt wurden (Deutschland: N = 1.689), die darüber hinaus zum Großteil eine Leistungsfunktion innehatten, wurden die Ergebnisse der Studie hier nicht verwendet.

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

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

8.2 Qualität des Angebots

8.2.1 Einhaltung der beruflichen Standards

8.2.1.1 Berufsbezeichnungs- und Berufsausübungsschutz sowie Rezertifizierung

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

Welche Berufsbezeichnungen konkret geschützt werden, definiert das *Privy Council* – nicht das NMC. Geschützt ist die Bezeichnung *Registered Nurse* [Gesundheits- und Krankenpfleger/in] mit den jeweiligen Fachrichtungen *Adult Nurse*, *Mental Health Nurse*, *Learning Disabilities Nurse* und *Children's Nurse*. Bei den postgradualen Weiterbildungen sind mit dem Überbegriff *Specialist community public health nursing* fünf postgraduale Fachrichtungen im Primärversorgungskontext geschützt. Ein Berufsausübungsschutz ist mit diesen Weiterbildungstiteln jedoch nicht verbunden. Auch der Term *Advanced Practice Nursing* ist in Großbritannien bis heute keine geschützte Tätigkeitsbezeichnung (siehe Abschnitt 5.3.3.3 und 5.3.3.3).

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

Ein Vorstoß des NMC, eine derartige Anpassung des Registers durch das *Privy Council* zu erreichen, führte nicht zum Erfolg. Zwar waren ungefähr zur gleichen Zeit ein *White Paper* und eine Kommission zur „Zukunft der Pflege“ zu dem Schluss gekommen, dass die Einführung von Standards und eine Regulierung des *Advanced Practice Nursing* nötig wären. Dies änderte sich aber mit dem Regierungswechsel von 2010. Die Aufsichtsbehörde des NMC (das CHRE) wie auch die neue Regierung erteilten der Regulierung des *Advanced Practice Nursing* eine klare Absage. Die Weiterentwicklung von pflegerischen Rollen und Aufgaben sei zwar gewünscht und spiegele die professionelle Weiterentwicklung wider. Dennoch wäre eine Ausweitung der beruflichen Regulierung nur gerechtfertigt, wenn nachgewiesen würde, dass hierdurch ein erheblicher öffentlicher Nutzen erzielt werde und der Aufwand dafür in einem angemessenen Verhältnis stünde (siehe Abschnitt 5.3.3.3).

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

Pläne zur Verordnung von Arzneimitteln durch Pflegekräfte wurden erstmals Mitte der 1980er-Jahre im Rahmen von Pilotprojekten umgesetzt. Ab 1998 durften alle (neu qualifizierten) Gemeindeschwestern ausgewählte Arzneien verordnen. Ab 2002 wurde die Möglichkeit allen übrigen Pflegekräften eröffnet. Auch der Umfang der Wirkstoffe sowie die Eigenständigkeit bei der Verschreibung wurden kontinuierlich erweitert (siehe Abschnitt 5.3.3.3).

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

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

Handbücher verbindlicher gestaltet werden. Die durch das NMC angestrebte Prüfungsrate von 10 Prozent der Reregistrierungen wurde aber nie erreicht (siehe Abschnitt 5.3.2.2).

Insgesamt wird das Thema Rezertifizierung in Großbritannien kontrovers diskutiert. Einerseits wurde als Folge der Shipman-Inquiry die Rezertifizierung als zentrales Instrument zum Schutz der Öffentlichkeit empfohlen und für die Ärzteschaft eingeführt. Auch für die nicht medizinischen Berufe wurde in diesem Zusammenhang die Bedeutung der Rezertifizierung anerkannt und den bestehenden beruflichen Selbstverwaltungen die Evaluation und die Weiterentwicklung ihrer bisherigen Ansätze empfohlen. Aus Sicht des *House of Commons Health Committee* sind die durch das NMC umgesetzten Standards der Reregistrierung jedoch völlig inadäquat.

Gleichzeitig rückt die Frage nach dem Kosten-Nutzen-Verhältnis der Rezertifizierung zunehmend in den Vordergrund. Vor Einführung einer solchen sei – so die Sicht der Regierung – zuerst ein signifikanter Zusatznutzen für die Versorgungsqualität und den Schutz der Allgemeinheit nachzuweisen. Vor dem Hintergrund der jüngsten Untersuchung des Mid-Staffordshire-Skandals und der daraus folgenden Empfehlung zur Stärkung der Rezertifizierung hatte das NMC 2015 ein neues Verfahren implementiert. So beinhaltet die Rezertifizierung heute auch Beurteilungen des Arbeitgebers. Eine Prüfung soll jedoch weiterhin nur stichprobenartig erfolgen (siehe Abschnitt 5.3.2.2).

Auch in **Schweden** müssen alle Pflegekräfte, die ihren Beruf ausüben wollen, registriert sein. Eine entsprechende Tätigkeit ist bei einer staatlichen Behörde – dem *Health and Social Care Inspectorate (IVO)* – anzuzeigen. In das Register gelangen Personen, die einen *Bachelor of Science in Nursing* erworben haben oder deren Ausbildung durch das *National Board of Health and Welfare* – wiederum eine staatliche Behörde – als gleichwertig anerkannt worden ist. Weiterbildungstitel sind dabei ebenso geschützt wie die Berufsbezeichnung *Sjuksköterska* [Gesundheits- und Krankenpfleger/in]. Das Register in Schweden ist jedoch nicht öffentlich über das Internet einsehbar. Auch gibt es keine Rezertifizierung, eine Pflicht zum Nachweis von Fortbildungen besteht ebenfalls nicht (siehe Abschnitt 6.2.2).

Anders als in Großbritannien, wo es geschützte Weiterbildungstitel nur im Bereich des *Specialist community public health nursing* gibt, also für die gemeindenahere Primärversorgung, nicht aber für weitere klinische Schwerpunkte, verfügt Schweden mit elf geschützten Weiterbildungstiteln über einen weit umfangreicheren Schutz im Bereich des *Advanced Nursing*. Ein hiermit verbundener Berufsausübungsschutz ist jedoch ebenfalls nicht implementiert (siehe die Abschnitte 6.2.2 und 6.2.3.3). Jedoch sind durch den *Patient Safety Act* nicht medizinischen Gesundheitsberufen bestimmte Tätigkeiten untersagt. Nur lizenzierte Angehörige von Gesundheitsberufen dürfen tätig werden in Fällen wie meldepflichtige Krankheiten, Krebs, Diabetes mellitus, Epilepsie, Schwangerschaften und Geburten, und nur diese dürfen die Behandlung von Personen unter lokaler oder Vollnarkose vornehmen oder Untersuchungen an Kindern unter 8 Jahren (siehe Abschnitt 6.2.2.1).

Ferner können Gemeindeschwestern oder andere in der ambulanten Langzeitpflege tätige Pflegekräfte mit der nötigen Qualifikation und einer entsprechenden Registrierung beim *National Board of Health and Welfare* ausgewählte Arzneimittel verordnen. Anders als in Großbritannien entwickelte sich in Schweden das *Nurse Prescribing* aus dem Primärversorgungskontext heraus. Vor dem Hintergrund ärztlicher Versorgungsengpässe in ländlichen Regionen wurden Ende der 1970er-Jahre von der Regierung die ersten Modellprojekte initiiert. Ab 1994 durften alle Gemeindeschwestern Medikamente verordnen, wenn sie die vorgeschriebene Weiterbildung von mindestens acht Wochen Dauer durchlaufen hatten. Im Jahr 2001 wurde dann allen registrierten Pflegekräften die Möglichkeit eröffnet, eine Verschreibungserlaubnis zu erlangen. Diese ist jedoch beschränkt durch eine Liste von Wirkstoffen und von Indikationen, welche das *National Board of Health and Welfare* jährlich aktualisiert (siehe Abschnitt 6.2.3.3).

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

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

Da es in Deutschland keine Registrierung von Pflegekräften gibt, ist auch keine Rezertifizierung der Erlaubnis zur Führung der entsprechenden Berufsbezeichnungen vorgesehen. Allein Bremen, Hamburg, das Saarland und Sachsen haben landesweite Berufsordnungen erlassen, die u. a. eine Kompetenzerhaltung durch jährlich mindestens 20 Zeitstunden Fortbildung vorsehen, worüber Nachweise durch die Landesbehörden verlangt werden können. Auch im Rahmen der freiwilligen Registrierung bei der „Registrierung beruflich Pflegenden GmbH (RbP)“ – initiiert durch die Berufsverbände des Pflegerats – ist eine Rezertifizierung notwendig, hier durch den Nachweis von 40 Fortbildungsstunden alle 2 Jahre (siehe Abschnitt 7.3.2.1).

Auch Weiterbildungstitel sind in Deutschland geschützt. Da die Weiterbildung nach der Zulassung zum Beruf jedoch den Ländern obliegt, findet sich hier ein sehr heterogenes Bild bei den konkreten Berufsbezeichnungen, bei den Ausbildungsinhalten wie auch bei der Zahl der unterschiedlichen Weiterbildungsangebote und -titel. Anzumerken ist jedoch, dass die Weiterbildungsangebote, die zu anerkannten Berufstiteln führen, in Deutschland nicht auf postgradualem Hochschulniveau angesiedelt sind und damit nicht im Kontext von *Advanced*

Nursing zu verorten sind. Ein Berufsausübungsschutz ist mit dem Erwerb dieser Titel ebenso nicht verbunden (siehe Abschnitt 7.3.3.3).

Gleichzeitig hat der Gesetzgeber – angestoßen durch ein Gutachten des Sachverständigenrats aus dem Jahr 2007 – auch in Deutschland den Spielraum für die Entwicklung von *Advanced Nursing* in Form von Modellvorhaben erweitert. Ermöglicht wurde damit die Erprobung folgender Tätigkeiten: erweiterte (ärztlich delegierte) medizinische Tätigkeiten im ambulanten Kontext, Verordnungen von Pflegehilfsmitteln und häuslicher Krankenpflege sowie die „selbstständige Ausübung von Heilkunde“. Diese „selbstständige Ausübung von Heilkunde“ setzt einerseits eine ärztliche Diagnose und eine ärztliche Indikationsstellung voraus. Andererseits dürfen nur die konkret in der entsprechenden Richtlinie aufgeführten Tätigkeiten durch Pflegekräfte übernommen werden. Möglich ist auch die Verordnung von bestimmten Medizinprodukten sowie von Heil- und Hilfsmitteln. Arzneimittel dürfen jedoch nicht durch Pflegekräfte verordnet werden (siehe Abschnitt 7.3.3.3).

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

	Großbritannien	Schweden	Deutschland
Kontrolle des Berufsbezeichnungsschutzes	Register von Personen, die die Berufsbezeichnung tragen dürfen, im Internet öffentlich zugänglich; einige Weiterbildungstitel (Primärversorgung) auf postgraduaalem Niveau sind geschützt, aber kein Schutz der Bezeichnung <i>Advanced Nursing</i>	Register von Personen, die die Berufsbezeichnung tragen dürfen, aber nicht öffentlich einsehbar; Weiterbildungstitel auf postgraduaalem Niveau sind geschützt.	Kein Register von Personen, die die Berufsbezeichnung tragen dürfen – Behörden auf Landesebene erteilen lediglich die Erlaubnis dazu.
Kontrolle des Berufsausübungsschutzes	Kein Berufsausübungsschutz etabliert, nur bei <i>Nurse Prescribing</i> .	Kein Berufsausübungsschutz für Weiterbildungsqualifizierungen – nur bei <i>Nurse Prescribing</i> ; jedoch allgemeiner Berufsausübungsschutz für nicht medizinische Berufe	Kein Berufsausübungsschutz für Weiterbildungsqualifizierungen; heute nur theoretisch Tätigkeitszuweisung an Pflegekräfte mit Qualifikation zur „selbstständigen Ausübung von Heilkunde“ – faktisch keine Anwendung
Rezertifizierung	Erneuerung der Registrierung alle drei Jahre, nur Stichprobenprüfung (zwischen 2001 und 2013 ausgesetzt)	keine	keine (Bremen, Saarland, Hamburg und Sachsen machen Vorgaben in landesweiten Berufsordnungen)

Quelle: eigene Darstellung

Während für die Delegation ärztlicher Leistungen wie auch für die Verordnung von Heilmitteln und häuslicher Krankenpflege gesetzlich keine Qualifikationsanforderungen expliziert sind, bedarf es für die Erlaubnis zur selbstständigen Ausübung von Heilkunde einer im universitären Kontext verankerten erweiter-

ten Pflegeausbildung. Ein Berufsbezeichnungsschutz für Personen, die diese erweiterte Ausbildung durchlaufen haben, ist jedoch nicht implementiert. Anzumerken bleibt zudem, dass lediglich die Delegation ärztlicher Leistungen in einem nennenswerten Umfang stattfindet. Seit 2009 ist dies in der Regelversorgung möglich, nicht mehr allein im Rahmen von Modellprojekten (siehe Abschnitt 7.3.3.3).

Zwischenfazit

Die Übersicht über die Landesspezifika beim Berufsbezeichnungs- und beim Berufsausübungsschutz (Tabelle 29) macht deutlich, dass die Kontrolle des Berufsbezeichnungsschutzes in Großbritannien – dem einzigen hier untersuchten Land mit einer Pflegekammer – am deutlichsten ausgeprägt ist. Anders als in Schweden, hier gibt es lediglich eine zentrale Registrierung, und in Deutschland, hier wird die Erlaubnis nur einmalig durch die jeweiligen Landesbehörden erteilt, muss dann aber in der Regel nicht mehr erneuert werden, ist der Öffentlichkeit das Berufsregister in Großbritannien zugänglich, sogar über das Internet. Ferner besteht von den betrachteten Ländern allein in Großbritannien die Pflicht zur regelmäßigen Erneuerung der Qualifikation, wozu Nachweise nötig sind über Fortbildungen wie auch über einen Mindestumfang an praktischer Ausübung des Berufs. Diese Art der Rezertifizierung steht jedoch seit Jahren in der Kritik, insbesondere aufgrund der Überprüfungsart und der damit einhergehenden Aufwände. 2015 sind die Bedingungen für eine Rezertifizierung verschärft worden. Es muss aber betont werden, dass das NMC in diesem Prozess eher reagiert und sich nicht aktiv für eine Überarbeitung der bisherigen Regelungen eingesetzt hat, also auch nicht für eine regelmäßige Prüfung der nötigen Nachweise.

Der Schutz von weiterführenden Qualifikationen und der Schutz der Berufsausübung sind wie folgt geregelt (Tabelle 29): Während in Großbritannien die Handlungsspielräume der Pflegekräfte im Bereich des *Advanced Nursing* am weitesten entwickelt sind, finden sich dort keine geschützten Berufsbezeichnungen oder gar geschützte Tätigkeiten. Durch das NMC reguliert sind nur einige wenige Qualifikationstitel in der Primärversorgung (z. B. die der „Gemeindeschwester“ oder der Familiengesundheitspflegerin) und das Verordnen von Arzneimitteln (jedoch ohne Berufsbezeichnungsschutz). Auch in Schweden gibt es geschützte Berufstitel auf postgradualer Ebene, anders als in Großbritannien aber auch für das klinische Umfeld. Die Erlaubnis zur Verordnung von Arzneimitteln wird nicht als Berufstitel geführt. Ein Tätigkeitsschutz findet sich mit Ausnahme der Verordnungserlaubnis in beiden Ländern nicht. Deutschland hingegen hat einen anderen Weg eingeschlagen. Im Kontext der Diskussion um die „selbstständige Ausübung von Heilkunde“ ist ein sehr kleinteilig definierter Tätigkeitsschutz für Pflegekräfte mit entsprechender Qualifikation entstanden. Ein geschützter Berufstitel wurde aber nicht geschaffen. Dies verdeutlicht auch noch einmal den Sonderweg, den Deutschland bei der Abgrenzung von Tätigkeiten von Vertretern der Gesundheitsberufe eingeschlagen hat. In den beiden anderen Ländern gibt es heute erhebliche Spielräume bei der Tätigkeitsabgren-

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

8.2.1.2 Sanktionen bei Verstößen gegen berufsrechtliche Vorgaben

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

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

Das NMC geht nach einem definierten Prozedere vor. Dies beginnt mit einer zeitnahen Eingangsprüfung des Vorfalls. Sind die Vorwürfe schwerwiegend genug, um den Vorfall weiterzuverfolgen, erfolgt zuerst eine Beurteilung, ob eine kurzfristige Sperre der Pflegekraft (*interim order*) notwendig ist. Falls nicht, muss der Betroffene zunächst über die Anschuldigungen informiert werden über die daraufhin eingeleitete Untersuchung. Der Fall muss nach einer maximal 12-monatigen Untersuchungsphase abgeschlossen sein. Alle Fälle, die diese Phase erreicht haben, werden im Internet veröffentlicht (und sind frei einsehbar), mit minutiösen Beschreibungen der Anschuldigungen und der Zeugenaussagen, und schließlich auch mit dem Ergebnis und der Begründung der berufsrechtlichen Ermittlung. Eine Ausnahme gibt es bei gesundheitlichen Gründen, welche nicht öffentlich gemacht werden (siehe Abschnitt 5.3.1).

Die Zahl der berufsrechtlichen Anzeigen beim NMC ist in den letzten Jahren stark angestiegen. 2011 lagen gegen rund 0,6 Prozent aller registrierten Pflegekräfte Anzeigen vor. Zwei von fünf Beschwerden erfolgten durch Arbeitgeber, eine von fünf durch Patienten und Angehörige, die übrigen durch Polizei, Staatsanwaltschaft und weitere Institutionen. Gründe der Anschuldigung waren überwiegend gemutmaßte Fehlverhalten und Kompetenzdefizite. Gesundheitliche Nachteile von Patienten waren nur in 2 Prozent der Fälle der Grund von Beschwerden. Im Ergebnis erfolgte im Jahreszeitraum 2011/2012 bei rund 365 Personen der Entzug der Tätigkeitserlaubnis und bei rund 200 eine Verwarnung oder eine Suspendierung mit Auflagen. Rund 100 Personen wurden entlastet (siehe Abschnitt 5.3.1). Von den rund 670.000 registrierten Pflegekräften wurden in diesem Jahreszeitraum also 0,055 Prozent die Tätigkeitserlaubnis entzogen, also 55 von 100.000.

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

Rückstau von nicht bearbeiteten Fällen geführt. Zudem sei die Umsetzung der IT-Prozesse der berufsrechtlichen Regulierung unzureichend. Dies bewirke eine ineffiziente Abwicklung und erschwere ein Controlling der Arbeit des NMC. Auch ein rechtzeitiges Risikoreporting würde dadurch verhindert, weil Häufungen von Beschwerden an bestimmten Krankenhäusern nicht identifiziert werden könnten. Das NMC würde deshalb nicht im ausreichenden Maß proaktiv tätig. Ferner müsste die Zusammenarbeit zwischen Arbeitgebern und anderen Aufsichtsbehörden sowie den Berufskörperschaften verbessert werden. Auch sei es der Öffentlichkeit zu wenig bekannt, dass sie Beschwerden direkt an das NMC richten kann (siehe Abschnitt 5.3.1).

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

Die berufsrechtliche Überwachung obliegt dem *Health and Social Care Inspectorate* (IVO). Diese staatliche Behörde kann eigenständig oder bei Beschwerden von Patienten, aber auch von deren Angehörigen oder sonstigen Dritten tätig werden. Auch die Leistungserbringer sind nach dem Gesetz verpflichtet, patientengefährdendes Fehlverhalten des durch sie eingesetzten Personals beim IVO zu melden. Liegen hinreichende Erkenntnisse oder Beschwerden über eine Person vor, wird die Untersuchung an das *Medical Responsibility Board* überwiesen. Im Ergebnis kann das IVO als berufsrechtliche Maßnahme die Zulassung entziehen oder eine dreijährige Probezeit verhängen. Bei einer Probezeit wird gemeinsam mit dem Betroffenen ein verpflichtender Maßnahmenplan zur Behebung der beruflichen Defizite aufgestellt. Einsprüche gegen die Entscheidungen des IVO sind auf dem Rechtsweg möglich. Auf dieser Grundlage wird jährlich gegen rund 15 bis 20 Pflegekräfte und Hebammen eine Probezeit verhängt und weiteren 15 bis 25 die Zulassung entzogen (siehe Abschnitt 6.2.1.2). Dies bedeutet, dass in Schweden bezogen auf 100.000 registrierte Pflegekräfte 14 und damit deutlich weniger als in Großbritannien die Tätigkeitserlaubnis entzogen wurde. Anders als in Großbritannien sind in Schweden gesundheitliche Probleme die häufigsten Ursachen für den Entzug der Lizenz (siehe Abschnitt 6.2.1.2).

Auch in Schweden stand die Umsetzung der berufsrechtlichen Sanktionen in der Kritik. Auch hier wurde die Reduktion der Ursachen von Zwischenfällen auf menschliches Versagen kritisiert sowie das Nichtbeachten von Einflüssen des Gesundheitssystems. Zudem müsse die Regulierungsbehörde gezielt eine Fehlervermeidungskultur etablieren. Deren Ziel müsse es sein, gemeinsam mit den Betroffenen Zwischenfälle proaktiv anzugehen, um so auf eine Verbesserung der Patientensicherheit hinzuwirken (siehe Abschnitt 6.2.1.2).

Auch in Schweden wurden Probleme diskutiert, die aus einer Trennung der allgemeinen Aufsicht über das Gesundheitswesen und der beruflichen Aufsicht resultieren. Bis zur Einführung des Patientenschutzgesetzes im Jahr 2011 hatte

dies zu unterschiedlichen Rechtsfolgen und Verfahren geführt, je nachdem, ob die Beschwerde beim *Medical Responsibility Board* eingingen oder bei der (damaligen) allgemeinen Aufsichtsbehörde, dem *National Board of Health and Welfare*. Anders als in Großbritannien, wo lediglich eine bessere Zusammenarbeit von allgemeiner und beruflicher Aufsicht empfohlen wird, hat der Gesetzgeber in Schweden die beiden Verfahren gesetzlich zusammengefasst und die Aufsichtsfunktionen beim IVO gebündelt (siehe Abschnitt 6.2.1.2).

Ein gesetzlich definierter Berufsstandard – vergleichbar mit dem in Großbritannien oder dem in Schweden – findet sich in **Deutschland** nicht. Das Kranken- und das Altenpflegegesetz geben lediglich vor, dass die Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung zurückzunehmen ist, falls sich eine Person „eines Verhaltens schuldig gemacht hat, aus dem sich die Unzuverlässigkeit zur Ausübung des Berufs ergibt“ oder die Person „in gesundheitlicher Hinsicht zur Ausübung des Berufs ungeeignet ist“ (§ 2 KrPflG und § 2 AltPflG). Darüber hinaus gibt es in Bremen, Saarland, Hamburg und Sachsen landesweite Berufsordnungen, die Aufgaben und Berufspflichten von Pflegekräften näher definieren (siehe Abschnitt 7.3.1).

Zuständig für die Rücknahme der Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung ist die zuständige Behörde des Landes, in dem die Antragstellerin oder der Antragsteller seine Prüfung abgelegt hat. Bundesweite Vorgaben über Form, Ausgestaltung oder Fristen eines solchen Verfahrens – wie in Großbritannien und in Schweden – gibt es folglich nicht. Damit fehlt neben einer zentralen Anlaufstelle für Beschwerden solcher Art auch jedwede Transparenz bezüglich berufsrechtlicher Prozesse und Sanktionen gegen Pflegekräfte in Deutschland (siehe Abschnitt 7.3.1).

Zwischenfazit

Die Zusammenfassung der beruflichen Vorgaben und Sanktionen in Tabelle 30 macht deutlich, dass sowohl in Großbritannien als auch in Schweden berufliche Standards formuliert sind. Bei der Überwachung dieser wird jedoch in beiden Ländern ein unterschiedlicher Schwerpunkt gesetzt. In Großbritannien wird das NMC (wie auch die übrigen Berufskörperschaften) in die Verantwortung genommen, ein den Berufsstandards entsprechendes Handeln ihrer jeweiligen Mitglieder sicherzustellen (dies wurde sowohl in den Berichten der Shipman als auch denen der Straffordshire-Untersuchungskommission deutlich, s. Kapitel 5.2.1). Während in Großbritannien die berufliche Verantwortung des Einzelnen betont wird, hat man in Schweden die Verantwortung der regulierten Berufe und die Pflichten der Arbeitgeber gemeinsam formuliert und auch die Aufsicht über beiden zusammengefasst. Begründet wurde dies damit, dass ein Fehler oder ein Handeln, das nicht den beruflichen Standards entspricht, nicht losgelöst vom Arbeitsumfeld analysiert und behoben werden kann. Entsprechend kommt es in Schweden auch deutlich seltener zu Sanktionen gegen einzelne Personen als in Großbritannien. Anders als dort resultieren diese dann auch eher aus gesundheitlichen Problemen der belangten Pflegekräfte. In Deutschland sind keine entsprechenden Verfahren für berufsrechtliche Prozesse

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

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

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

Quelle: eigene Darstellung

Welche Wirkungen hinsichtlich der Patientensicherheit lassen sich also aus dem Vorhandensein oder Nichtvorhandensein einer Pflegekammer ableiten? Die Maßnahmen, die gegen Pflegekräfte ergriffen werden, die ihre Berufspflichten verletzen, sind in Großbritannien – dem Land mit der Pflegekammer – am transparentesten. Auch erfolgt ein Entzug der Berufserlaubnis im Vergleich zu Schweden (für Deutschland liegen hierzu keine Zahlen vor) deutlich häufiger. Die These, dass eine berufsrechtliche Überwachung durch die eigenen Peers „milder“ wäre als durch Dritte, kann also nicht bestätigt werden. Gleichwohl weisen die aufgezeigten Diskussionen aber auf die eigentlichen Probleme hin, die relativ unabhängig davon zu sein scheinen, ob die Aufsicht durch eine Kammer oder eine Behörde erfolgt. Dies betrifft insbesondere die Verzahnung und die Vereinheitlichung der unterschiedlichen Regulierung der Gesundheitsberufe, die Einbindung bzw. die Klärung der Verantwortung der Arbeitgeber sowie Fragen nach dem Ineinandergreifen der beruflichen und der sonstigen Aufsicht im Gesundheitswesen. Kritisch diskutiert werden darüber hinaus Strukturen (Trennung zwischen Untersuchung und Beurteilung eines berufsrechtlichen Falls) sowie Prozesse (insbesondere Dauer, Rechtsmittel und Transparenz der Verfahren) der berufsrechtlichen Untersuchungen.

8.2.2 Zur Wissensbasis der Pflege

Die „Wissensbasis der Pflege“ kann in Rahmen dieser Arbeit lediglich formal über das Ausbildungsniveau operationalisiert werden. Wie bereits in Abschnitt

8.1.1 ausgeführt, erfolgt sowohl in Großbritannien als auch in Schweden die erstqualifizierende Ausbildung heute allein auf Hochschulniveau.

In **Großbritannien** begann die Transformation hin zu einer akademisierten Ausbildung vor rund 35 Jahren mit dem Konzept „Projekt 2000“. Angestrebt wurde eine einheitliche dreijährige Ausbildung für alle registrierten Pflegekräfte, eine Vergrößerung des Theorieanteils sowie eine Verankerung der Ausbildung an Fachhochschulen und Universitäten. Abgeschlossen wurde dieser Prozess der Akademisierung im Jahr 2013. Von da an war die erstqualifizierende Ausbildung zur Erlangung der Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung nur noch auf dem Weg eines dreijährigen Bachelorstudiums mit einem Umfang von 180 ECTS (also mit dem EQR-Niveau 6) möglich (siehe Abschnitt 5.3.3.1 sowie Abschnitt 8.1.1).

Auch in **Schweden** wurde die Ausbildung bereits Anfang der 1980er-Jahre aus der Praxis herausgelöst und an universitären Fachschulen verankert. Mit dem Beitritt Schwedens zur EU und der darauffolgenden Umsetzung des Bologna-Prozesses gewann die Akademisierung der pflegerischen Ausbildung weiter an Dynamik. Ziel der Regierung war es, dass die schwedischen Studienabschlüsse ab 2007 den Bologna-Vorgaben entsprechend mit einem ersten gradierenden Abschluss nach 180 ECTS (EQR-Niveau 6) enden und sich hieran entsprechende Masterstudiengänge anschließen. Damit ist ebenso wie in Großbritannien die erstqualifizierende Ausbildung in der Pflege auf Bachelorniveau verortet (siehe Abschnitt 6.2.3.1 sowie Abschnitt 8.1.1).

In **Deutschland** wird der Gesetzgeber (voraussichtlich) erst mit dem neuen Pflegeberufsgesetz, das sich aktuell in der parlamentarischen Abstimmung befindet, eine rechtliche Grundlage für primärqualifizierende Studiengänge schaffen. Bis dahin kann einzig im Rahmen von Modellprojekten mit Abschluss eines Studiums gleichzeitig die Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung erworben werden. Solche Modellprojekte gibt es im Rahmen der Weiterentwicklung der Pflegeausbildung (§ 4 Abs. 6 KrPflG bzw. AltPflG), aber auch zur Erprobung der selbstständigen Ausübung von Heilkunde (§ 4 Abs. 7 KrPflG). Trotz dieser Beschränkung hat sich seit den 1990er-Jahren eine Vielzahl von Studiengängen entwickelt. Neben den genannten im Rahmen von Modellprojekten gibt es weiterführende Studiengänge zur Pflegepädagogik und zum Pflegemanagement sowie duale Studiengänge, also mit einer Verzahnung von Studium und praktischer Ausbildung. Da alles in allem nur jeder 30. Abschluss im Pflegebereich ein akademischer ist, kann konstatiert werden, dass das Ausbildungsniveau in Deutschland bei der Kranken- und Altenpflege derzeit lediglich auf einem EQR-Niveau von 4 zu verorten ist (siehe Abschnitt 7.3.3.1 sowie Abschnitt 8.1.1).

Zwischenfazit

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

aufrechterhalten bzw. verbessert werden kann. Kurz gefasst steckt folgende Argumentation dahinter: Durch die demografische Entwicklung, die damit einhergehende Zunahme von chronischen Erkrankungen sowie den technischen Fortschritt werden sich die bereits heute komplexen Anforderungen an die pflegerische Versorgung weiter erhöhen. Perspektivisch müssen vor allem Kompetenzen bei der Edukation von Patienten, bei der Versorgungssteuerung sowie bei der Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsberufen verbessert werden. Das pflegerische Handeln muss stärker auf der Basis wissenschaftlicher Erkenntnis reflektiert und hinsichtlich seiner Evidenzbasierung kritisch überprüft werden. Nur auf diese Weise kann auf die veränderten Versorgungsbedarfe adäquat reagiert und so die Qualität der Gesundheitsversorgung gesichert werden. Um diesen Anforderungen gerecht zu werden, sind Qualifikationen auf Hochschulniveau nötig. Ausführlich dargestellt und begründet ist diese Argumentation beispielsweise im Gutachten des SVR Gesundheit (2007), in den Empfehlungen des Wissenschaftsrats (2012) oder international beispielsweise beim *Institute of Medicine*⁹⁶ (2011). Der Wissenschaftsrat empfiehlt z. B. eine Akademisierungsquote von 10 bis 20 Prozent, das US-Institut – dieses kommt zu einer ähnlichen Prognose über zukünftige Anforderungen an die Pflege – eine Anhebung des Anteils der Bachelorabschlüsse von heute 50 Prozent auf 80 Prozent im Jahr 2020 (Institute of Medicine 2011, Wissenschaftsrat 2012 S. 169 ff.).

Auch empirisch findet sich Evidenz für einen Zusammenhang zwischen Ausbildungsniveau und Qualität der Versorgung (operationalisiert als Patienten-Outcome). Insbesondere der Zusammenhang zwischen verminderter Krankenhausmortalität (bzw. der Mortalität 30 Tage nach Entlassung sowie infolge einer unerwarteten Komplikation („Failure-to-rescue“)) und höherem Bildungsabschluss von Pflegekräften wird in einer Vielzahl an Studien nachgewiesen (Kendall-Gallagher et al. 2011, Darmann-Finck 2012, Blegen et al. 2013, Kutney-Lee et al. 2013, Aiken et al. 2014). Für Ereignisse, die als pflegeassoziiert gelten („nurse sensitive patient outcomes“) – wie etwa nosokomiale Harnwegsinfekte, Dekubita, Stürze und Medikamentenfehler – sind die Ergebnisse jedoch weniger eindeutig (Darmann-Finck 2012, Blegen et al. 2013). Die vorliegende Evidenz legt nach Darmann-Finck (2014) nahe – auch wenn diese aufgrund der international unterschiedlichen Ausbildungs- und Gesundheitssysteme nur bedingt auf das deutsche System übertragbar ist –, dass mit der Einführung eines hochschulischen Qualifikationsniveaus auch eine Verbesserung der Patientenversorgung assoziiert sei.

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

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

ten in der Fachöffentlichkeit deutlich kritisiert. Empirische Belege für eine schlechtere Qualität der Versorgung durch die neuen Pflegekräfte fanden sich laut vorliegender Literatur jedoch nicht (Elkan 1995, Bradshaw und Merriman 2007, Lauder et al. 2008). Dennoch wurde in der Folge eine Reihe von Maßnahmen zur besseren Verzahnung von Theorie und Praxis eingeleitet (siehe Abschnitt 5.3.3.1). Auch in Schweden wurde der Prozess der Akademisierung von kritischen Stimmen begleitet. Insbesondere die Qualität der Hochschulausbildung und deren (regionale) Varianz standen in der Kritik (Socialstyrelsen 2002, Öhlén et al. 2011). Ausreichende empirische Befunde für die deklarierten Defizite konnten aber auch in Schweden nicht vorgelegt werden (Högskoleverket 2003) (siehe Abschnitt 6.3.3.1).

Mit Blick auf die Frage nach den Wirkungen einer Pflegekammer auf den Wissenskanon der Berufsgruppe kann in der Gesamtschau Folgendes festgehalten werden. Erstens: Der Grad der Akademisierung ist nicht maßgeblich durch das Vorhandensein oder Nichtvorhandensein einer Pflegekammer begründet (siehe hierzu auch das Zwischenfazit in Abschnitt 8.1.1). Zweitens: Die vorliegende Evidenz legt nahe, dass der Grad der Akademisierung und damit der Wissenskanon des Pflegeberufs Einfluss auf die Qualität der Versorgung hat.

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

In *Großbritannien* ist in der *Nursing and Midwifery Order* formuliert, in welchem Rahmen das NMC eine Interessenvertretung ausüben kann. Hiernach müssen alle Formen der Kooperation dem öffentlichen Interesse dienen. Zusammenarbeiten soll das NMC mit allen relevanten öffentlichen Körperschaften und mit allen relevanten Institutionen aus dem Umfeld der Leistungserbringer, der Arbeitgeber und des Bildungswesens, und darüber hinaus mit anderen Berufskammern und Regulierungsbehörden im Bereich des Gesundheitswesens. Ferner ist das NMC eingebunden in Anhörungen mit Bezug auf eine diskutierte Reform der Regulierung von Gesundheitsberufen. Zudem vertritt das NMC als Mitglied des Zusammenschlusses der Berufskammern des Gesundheitswesens – der *Alliance of UK Health Regulators on Europe* (AURE) – die Interessen dieser auf Ebene der EU. Zu aktuellen Diskussionen in der Gesundheitspolitik des Landes finden sich nur sehr wenige Stellungnahmen des NMC. Diese haben alle einen engen Bezug zur Berufsregulierung.

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

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

das Altenpflegegesetz nämlich keine Mitwirkung oder Anhörung der Berufsgruppe vor. Zudem ist die Gruppe der Pflegeberufe selbst im ansonsten korporatistisch ausgerichteten deutschen Gesundheitssystem ein institutionell nur schwach verankerter Akteur. Zwar ist der Deutsche Pflegerat e. V. als Dachverband der Berufsverbände des deutschen Pflege- und Hebammenwesens in einige Gremien der gemeinsamen Selbstverwaltung eingebunden. Es fehlt aber eine Mitwirkungsmöglichkeit im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), dem zentralen Entscheidungsorgan für untergesetzliche Normgebungen im Gesundheitswesen, obwohl er an dessen Sitzungen bei bestimmten Themen zumindest teilnehmen darf. Über echte Mitbestimmungsrechte verfügen die Verbände der Pflegeberufe hingegen im Bereich der sozialen Pflegeversicherung, hier auf Bundesebene bei der Ausgestaltung der Rahmenbedingungen für Qualitätsmessungen und deren Darstellung.

Zwischenfazit

Für die in Deutschland geführte Diskussion, inwiefern die Errichtung von Pflegekammern die Interessenvertretung der Pflegekräfte verbessere, sind die hier für Großbritannien herausgearbeiteten Ergebnisse sehr ernüchternd. Das NMC ist zwar bei berufsrechtlichen Belangen im engeren Sinne eingebunden, darüber hinaus – z. B. zu aktuellen Diskussionen um die Gesundheitspolitik – findet sich jedoch nichts. Im Gegenteil, die berufliche Selbstverwaltung in Großbritannien – dies betrifft die der Pflege wie die der Ärzte gleichermaßen – hat sich innerhalb der letzten Jahrzehnte stark gewandelt. Durch mehrere breit publizierte Skandale um Missstände in der ärztlichen wie in der pflegerischen Versorgung hat das Thema „berufliche Selbstverwaltung“ seit Mitte der 1990er-Jahre die politische Agenda, aber auch das mediale Rampenlicht erreicht (Davies und Beach 2000, Davies 2003, 2007). In diesem Zusammenhang hat der Gesetzgeber im Laufe der Jahre zahlreiche Anhörungen, Untersuchungen sowie auch Reformen initiiert. Leitschnur aller Analysen und Reformen war die Frage, wie die Allgemeinheit vor schlechter Pflege bzw. schlechter ärztlicher Versorgung geschützt werden kann (J M Consulting 1996, 1998, DH 2006b, a, Stationery Office 2007, CHRE 2008, Stationery Office 2011, CHRE 2012, Law Commission 2012, Mid Staffordshire Foundation Trust Public Inquiry 2013). Die Verstärkung der Interessenvertretung durch Berufskammern spielt in der britischen Diskussion keine Rolle. Im Gegenteil: Das „Selbst“ in der Selbstverwaltung wurde gerade deshalb eingeschränkt, da davon ausgegangen wurde, dass die beruflichen Interessen einer effizienten Ausgestaltung und Administration der beruflichen Regulierung im Wege stehen (Davies und Beach 2000, Davies 2007). Exemplarisch hierfür sei genannt, dass dem NMC-Kammervorstand auch Laienmitglieder (also Personen, die nicht der Berufsgruppe entstammen) angehören und dass diese seit 2008 nicht mehr durch Wahlen der Berufsangehörigen bestimmt, sondern durch einen staatlichen Ausschuss (das Privy Council) benannt werden (J M Consulting 1998, Nursing and Midwifery Council (Constitution) (Amendment) Order 2012).

9 Zusammenfassung und Schlussfolgerungen

9.1 Zusammenfassung der Ergebnisse

9.1.1 Hintergrund der Forschungsarbeit

Aufgrund der besonderen Schutzbedürfnisse von Patienten sind Berufe im Gesundheitswesen in der Regel reguliert, die Qualifikationsanforderungen, die zu ihrer Ausübung berechtigen, sind also durch den Gesetzgeber vorgegeben. Das Führen einer Berufsbezeichnung ist in der Regel mit bestimmten vorgegebenen Qualifikationen verbunden. Auch die Ausübung spezifischer Tätigkeiten kann hiermit verknüpft sein – man spricht dann von einem Berufsausübungsschutz.

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

Initiativen und interessenspolitischer Diskurs zur Einführung von Pflegekammern in Deutschland

Diskutiert wird die Einführung einer Pflegekammer in Deutschland seit mehr als 40 Jahren. Bereits in den 1970er-Jahren sprachen sich Pflegekräfte für die Verkammerung der Pflegeberufe aus. Vor dem Hintergrund des Pflegenotstands der späten 1980er-Jahre nahm die Diskussion an Fahrt auf, und die ersten Fördervereine zur Einführung von Pflegekammern entstanden. Mitte der 1990er-Jahre gab es die ersten – jedoch durchweg erfolglosen – diesbezüglichen Initiativen auf der Ebene der Gesetzgebung.

Heute, rund 15 Jahre später, ist eine zweite Welle von Kammerinitiativen zu beobachten, diesmal mit deutlich mehr Erfolg: In Rheinland-Pfalz hat am 1. Januar 2016 die erste Pflegekammer Deutschlands ihre Arbeit aufgenommen, Schleswig-Holstein hat im Juli 2015 ebenfalls ein Gesetz zur Einrichtung einer Pflegekammer verabschiedet. Seit Februar 2016 liegt auch in Niedersachsen ein entsprechender Entwurf vor. Zudem wird in einer Reihe weiterer Bundesländer die Einführung von Pflegekammern intensiv diskutiert. So haben z. B. Berlin und Mecklenburg-Vorpommern jeweils eine Studie über die Chancen und Grenzen einer Pflegekammer in Auftrag gegeben. In Hessen ist die Prüfung der

Errichtung einer Pflegekammer im Koalitionsvertrag festgehalten, in Baden-Württemberg hat das Ministerium für Arbeit und Sozialordnung Gespräche bezüglich einer Selbstverwaltung der Pflegekräfte angekündigt. Auch die Regierungen in Hamburg und in Bayern haben sich mit dem Thema Pflegekammer auseinandergesetzt. In Hamburg lautete das Ergebnis, dass keine Kammer errichtet wird, in Bayern wurde ein Konzept „Interessenvertretung Pflege“ vorgelegt, das die Bildung einer Körperschaft des öffentlichen Rechts vorsieht, aber mit freiwilliger Mitgliedschaft der Pflegekräfte.

Die Idee der Pflegekammer ist höchst umstritten. Befürworter und Gegner tauschen nun ebenfalls seit 40 Jahren ihre Argumente aus. Der fachöffentliche Diskurs lässt sich exemplarisch skizzieren anhand der Positionen des Dachverbands der Berufsverbände der Pflegeberufe DPR als Befürworter auf der einen und denen der Gewerkschaft ver.di sowie des Bundesverbands der privaten Anbieter sozialer Dienste e. V. (bpa) auf der anderen Seite.

Aus Sicht der Berufsverbände würde eine Pflegekammer dazu beitragen, die Qualität der pflegerischen Dienstleistungen zu verbessern, und insbesondere mithelfen, pflegebedürftige Menschen vor unsachgemäßer Pflege zu schützen. Als Mittel dafür sollen dienen: eine Verpflichtung zur kontinuierlichen Weiterqualifizierung der Berufsangehörigen, die Schaffung einer Berufsordnung mit ethischen Leitlinien für das Handeln professionell Pflegenden sowie Sanktionen bei Verstößen. Ferner würde durch eine einheitliche Festlegung von Maßnahmen der Fort- und Weiterbildung für eine besonders in diesem Bereich notwendige Vergleichbarkeit gesorgt. Auch würde eine Pflegekammer bewirken, dass die Definition der Inhalte und des Spektrums der Pflege nicht weiter durch Dritte erfolge. Die Befürworter zeigen sich überzeugt, dass eine Pflegekammer die Belange der Berufsgruppe gegenüber der Öffentlichkeit, der Politik und den verschiedenen Akteuren im Sozial- und Gesundheitswesen bündeln und vertreten wird. So würde auch endlich eine gezieltere Mitwirkung bei Gesetzgebungsverfahren ermöglicht. All dies würde helfen, den Professionalisierungsprozess in der Pflege zu beschleunigen.

Aus Sicht der Kammergegner steht fest: Eine Pflegekammer würde die bestehenden Probleme nicht lösen. Denn schlechte Pflegequalität resultiere aus den schlechten Rahmenbedingungen des Berufsalltags: hoher Arbeitsdruck, Überstunden, Einspringen an freien Tagen, zu wenig Zeit für Patienten. Für bessere Arbeitsbedingungen bedürfe es vielmehr einer verbindlichen Personalbemessung und einer entsprechenden Finanzierung. Auf diese Rahmenbedingungen jedoch könne eine Pflegekammer auch nicht mehr Einfluss ausüben, als dies heute die Berufsverbände und die Gewerkschaften bereits täten. Die angestrebten berufsrechtlichen Befugnisse reichten zudem nicht aus, um eine wirksame Kontrolle der Berufsausübung zu sichern. Der Großteil der in der Pflege Beschäftigten stehe ohnehin in einem Angestelltenverhältnis, und Arbeitgeber hätten genügend rechtliche Möglichkeiten, bei Fehlverhalten tätig zu werden. Auch Verpflichtungen zu Weiterbildungen durch die Kammer seien überflüssig, denn auch diese lägen bereits heute in der Verantwortung der Arbeitgeber. Die Definition von Aus- und Weiterbildungsstandards sei zudem eine gesamt-

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

Die Kammergegner sind ferner skeptisch, dass durch eine Kammer eine bessere Wahrnehmung der beruflichen Belange und ein höheres Ansehen des Berufsstands erreicht werden könne. Die Pflegekammer werde ohnehin „nicht mitreden dürfen“, wird sinngemäß kritisiert, da die Berufsverbände weiterhin die verbandspolitische Interessenvertretung übernehmen würden und die Gewerkschaften sich bereits um die Tarifpolitik kümmern. Da die Kammer politisch zudem nur beratend tätig sein könnte, werde sie auch in dieser Hinsicht nicht in der Lage sein, die Position der beruflich Pflegenden zu stärken. Die entstehenden Kosten stünden in keinem Verhältnis zu einem möglichen Nutzen – Zwangsmitgliedschaft und Mitgliedsbeiträge für die Pflegekräfte sind aus Sicht der Kammergegner daher abzulehnen.

Verfassungsrechtlich legitimierte Aufgaben von Pflegekammern

In der fachöffentlichen Wahrnehmung hat die Interessenvertretung als Funktion der Pflegekammer ein hohes Gewicht. Die Aufgaben, die einer Pflegekammer in Deutschland zugewiesen werden können, sind jedoch (insbesondere verfassungs-)rechtlich begrenzt. Die verfassungsrechtliche Zulässigkeit von Pflegekammern wird unter Juristen nicht grundsätzlich infrage gestellt, soweit Pflegekammern öffentliche Aufgaben im Sinne des Allgemeinwohls wahrnehmen und dafür Eingriffe in die Grundrechte der Berufsmitglieder als auch Dritter erforderlich und verhältnismäßig sind. Nach Auffassung des Bundesverfassungsgerichts sind „legitime öffentliche Aufgaben“ im Sinne des Allgemeinwohlbezugs jene,

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

Die Wahrnehmung der beruflichen Belange – die „Interessenvertretung“ – darf sich also nicht auf die privaten Interessen der Berufsgruppe beschränken, sondern muss im Sinne der Allgemeinheit erfolgen. Eine Standesvertretung im Sinne einer institutionalisierten Einbindung der Berufsgruppe in Gesetzgebungsprozesse und in die Ausgestaltung untergesetzlicher Normgebungen wird jedoch als legitime Aufgabe einer Pflegekammer angesehen (Martini 2014). Falls der Kammer lediglich Aufgabenbereiche zugewiesen würden, deren Ziele sich nur unter Einbindung *aller* Pflegekräfte erreichen ließen, habe der Gesetzgeber im Sinne des Allgemeinwohls einen entsprechenden Gestaltungsspielraum. Der Gesetzgeber kann also die Einschränkung der Vereinigungsfreiheit der Mitglieder einer Berufsgruppe – hier durch eine „Zwangsmitgliedschaft“ – als erforderlich bewerten, wenn er eine umfassende Interessenrepräsentation erreichen möchte (Martini 2014). Generell sind die Aufgaben der Pflegekammern daher unter den Gesichtspunkten der Erforderlichkeit und der Verhältnis-

mäßigkeit zu bewerten und gegebenenfalls in diesem Sinne einzuschränken. Konkret verbleibt von der „Interessenvertretung“ als Aufgabe einer Pflegekammer folglich die Einbindung der – gesamten – Berufsgruppe in Gesetzgebungsprozesse und in weitere gesellschaftliche Meinungsbildungsprozesse.

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

9.1.2 Forschungskontext, methodisches Vorgehen und Forschungsfragen

Die ökonomische Sicht auf die berufliche Regulierung

In der ökonomischen Fachliteratur dominiert der Ansatz der ökonomischen Theorie der Regulierung, welche die Regulierung als Ergebnis politökonomischer Einflussnahme bestimmter Interessengruppen ansieht. Es wird davon ausgegangen, dass die Umsetzung der Regulierung primär den Gruppeninteressen der an diesem Prozess beteiligten Berufe, Unternehmen, Politiker und Verwaltungsakteure dient und für die Allgemeinheit nicht das optimale Ergebnis bringt. Große Erfolgsaussichten haben Regulierungseingriffe aus Sicht der Vertreter der ökonomischen Theorie der Regulierung deshalb, weil auf die „Regulierungsnachfrager“ erheblich niedrigere Informations- und Organisationskosten zukommen als auf die dadurch belastete Allgemeinheit. Ein entscheidender Vorteil für den Erfolg von Regulierungsbestrebungen sei aber auch, dass die Intransparenz der Folgekosten einer Regulierung es erschweren, dass sich eine Opposition dagegen formiere, etwa in den Reihen der Wähler.

Folgt man der ökonomischen Theorie der Regulierung, so ist das Ziel des Berufsbezeichnungs- und des Berufsausübungsschutzes in erster Linie eine Marktabschottung. Durch hohe qualifikatorische Zugangshürden solle das Angebot der Gesundheitsdienstleistung verknappt und damit der Preis dafür erhöht werden. Darüber hinaus minimierten Weiterbildungsvorgaben und Werbeverbote den innerberuflichen Wettbewerb. Zudem sei nach der Erteilung einer Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung die Leistung aller Anbieter für den Verbraucher pro forma gleich, wodurch der Qualitätswettbewerb zwischen den Anbietern nivelliert werde. Zudem schränke der Berufsausübungsschutz mit der Definition von Tätigkeiten, die der Berufsgruppe vorbehalten sind, die Konsu-

mentenfreiheit zusätzlich ein. Ein Patient könne so keinen Leistungserbringer mit niedrigeren Qualifikationen mehr wählen. Der Informationsasymmetrie zwischen Anbietern und Verbrauchern wäre nach Auffassung der Vertreter der ökonomischen Theorie der Regulierung jedoch bereits hinreichend durch den Schutz der Berufsbezeichnung begegnet. Auch würden nötige und mögliche Anpassungen der herrschenden Arbeitsteilung bei Gesundheitsdienstleistungen verhindert. Kritisch zu sehen ist im Licht der ökonomischen Theorie auch die Überwachung der Regulierung durch die Berufsgruppe selbst. Mit Hinweis auf deren Eigeninteressen wird angezweifelt, dass Personen, die gegen definierte Qualitäts- oder Verhaltensregeln verstoßen, konsequent verfolgt werden, da sich die Berufsgruppe letztlich nicht durch Skandale selbst diskreditieren wolle.

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

Kritiker der ökonomischen Theorie argumentieren, dass die komplexen formellen und informellen Prozesse einer Interessenorganisation damit nicht hinreichend erfasst werden könnten. Laut der Public-Interest-Theorie der Regulierung hat die berufliche Regulierung einen positiven Einfluss auf die Qualität der Gesundheitsleistungen. Der Schutz der Berufsbezeichnung solle dazu führen, dass nicht qualifizierte Gesundheitsdienstleister vom Markt ausgeschlossen und dass die Informationskosten für die Patienten reduziert werden. Die Definition von vorbehaltenen Tätigkeiten im Rahmen des Berufsausübungsschutzes habe zum Ziel, dass Anbieter mit einem geschützten Titel nicht durch Dritte, die sich zwar anders nennen, aber Gleiches tun, vom Markt gedrängt werden können. Berufskammern seien verwaltungseffizient, schließlich hätten die Berufsangehörigen das beste Fach- und Insiderwissen, um berufliche Qualität zu bewerten und die Regulierung an die medizinisch-technische und die gesellschaftliche Entwicklung anzupassen. Der Ansatz der ökonomischen Theorie der Regulierung überwiegt in der Literatur dabei deutlich, die Public-Interest-Theorie hingegen dient eher als Bewertungsfolie für Erstere.

Berufsständische Kammern im Kontext des Professionalisierungsdiskurses

Neben der ökonomisch orientierten Bewertung von Pflegekammern können diese auch im Kontext von Professionalisierungsprozessen betrachtet werden. Professionalisierung setzt die Schaffung eines berufeigenen Wissenskanons voraus. Dieser geht einher mit der Akademisierung des Berufs, da nur so die hierfür notwendige Spezialisierung erreicht und die Hoheit über die Weiterentwicklung des Wissens gesichert werden kann. Zum Professionalisierungsprozess gehört insbesondere auch eine Verwissenschaftlichung der Tätigkeit. Denn erst, wenn sich ein von anderen Wissenschaften unabhängiger Wissenskanon und ein Selbstverständnis des Mehrwerts der eigenen Tätigkeit entwickelt haben, kann sich auch die für eine Professionalisierung notwendige Autonomie herausbilden. Das Handeln der Berufsangehörigen emanzipiert sich damit von

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

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

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

Im positiven Sinne wird die berufliche Selbstverwaltung hingegen als ein effizienter Weg der beruflichen Qualitätskontrolle interpretiert. So sei die Überwachung – aufgrund der professionellen Autonomie – überhaupt nur durch die eigenen „Peers“ zu gestalten und dazu noch kostengünstig, da dabei überwiegend ehrenamtliches Engagement zum Tragen komme. Ferner gehe die Institutionalisierung der Selbstverwaltung einher mit einer Professionalisierung der Berufsgruppe. Verwissenschaftlichung und Abschottung werden dabei verstanden als Mittel zum Wissenserhalt und zur Berufsidentifikation und, damit einhergehend, zur Entwicklung eines Berufsethos.

Blickt man nun noch einmal auf den oben skizzierten in Deutschland geführten Diskurs zur Einführung von Pflegekammern, wird Folgendes deutlich: Sowohl die Befürworter als auch die Gegner von Pflegekammern gehen implizit davon aus, dass diese ein Instrument der Machtdurchsetzung sind. Die Befürworter sind der Auffassung, dass sich die Machtdurchsetzung auf diese Weise realisieren lässt, die Gegner bezweifeln dies. Zugespitzt formuliert geht es im deutschen Diskurs also nicht um die international diskutierte Frage, ob die Organisationsautonomie in Form einer Kammer im Interesse der Berufsgruppe oder im

Interesse der Allgemeinheit erfolgt, sondern vielmehr darum, ob überhaupt eine Interessendurchsetzung mit dem Mittel der Verkammerung erreichbar ist. Die in der internationalen Forschung kritisch diskutierte Folge von Berufskammern – nämlich die Durchsetzung privater Interessen – wird hierzulande also nicht infrage gestellt, sondern lediglich deren Machbarkeit diskutiert.

Methodisches Vorgehen und Forschungsfragen

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

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

Zur Beantwortung dieser Fragen wurde ein Ländervergleich durchgeführt. Dabei wurden im Sinne der vergleichenden Methode (*comparative method*) Großbritannien und Schweden ausgewählt, und damit Fälle (also Länder), die sich in der Ausprägung der beruflichen Regulierung unterscheiden, ansonsten aber ähnliche Rahmenbedingungen aufweisen. In Großbritannien wird die berufliche Regulierung durch das *Nursing and Midwifery Council (NMC)* – also eine Pflegekammer – wahrgenommen. In Schweden sind mit dem *National Board of Health and Welfare* und dem *Health and Social Care Inspectorate* zwei staatliche Behörden mit der Umsetzung der beruflichen Regulierung beauftragt. Die durch diesen Vergleich gewonnenen Erkenntnisse wurden dann unter Berücksichtigung der hiesigen Rahmenbedingungen auf Deutschland übertragen.

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

9.1.3 Gesetzliche Grundlagen und institutionelle Ausgestaltung der beruflichen Regulierung in Großbritannien, Schweden und Deutschland

Gesetzliche Grundlagen und institutionelle Ausgestaltung der beruflichen Regulierung in Großbritannien

Ihren Anfang nahm die Selbstverwaltung der Pflegekräfte in Großbritannien in den 1920er-Jahren. 1979 wurden die damals bestehenden regionalen Kammern für Pflegekräfte, Hebammen und Gemeindeschwestern von England, Schottland, Wales und Nordirland zu einer Pflegekammer – dem heutigen *Nursing and Midwifery Council (NMC)* – zusammengefasst. Dieses hat die Rechtsform einer gemeinnützigen Körperschaft. Die Aufsicht des NMC obliegt der *Professional Standards Authority for Health and Social Care*, die neben der beruflichen Aufsicht auch die Aufsicht über die Leistungserbringer innehat. Ferner überwacht die *Charity Commission* die Gemeinnützigkeit des NMC.

Die Selbstverwaltung des Pflegeberufs – wie übrigens auch die des ärztlichen Berufs – hat sich in Großbritannien innerhalb der letzten Jahrzehnte stark gewandelt. Nach einer Phase der Stärkung der Selbstverwaltung in den 1970er-Jahren hat der Gesetzgeber die Institutionen im Laufe der Jahre immer verwaltungsähnlicher gestaltet. Anders als in Deutschland fand die Diskussion um die Ausgestaltung der Regulierung von ärztlichen wie auch von nicht ärztlichen Gesundheitsberufen in Großbritannien auf einer breiten gesellschaftlichen Basis statt und ist bis heute nicht abgerissen. In diesem Umfeld wurde eine ganze Reihe von Untersuchungen über die Strukturen und die Prozesse der beruflichen Selbstverwaltung durchgeführt. Kritisch diskutiert werden immer wieder Fragen nach der Verschlinkung und der Professionalisierung der Verwaltungsstrukturen und nach der Kosteneffizienz der Regulierung. Auch die Transparenz der berufsrechtlichen Anhörungen (Trennung von Untersuchung und Beurteilung) sowie der Einhaltung von zeitlichen Fristen und ein entsprechendes Controlling werden in den Untersuchungen immer wieder kritisch aufgegriffen. Darüber hinaus wird die Frage nach der Form der Rezertifizierung diskutiert. Auch eine bessere Verzahnung der Verfahrensabläufe und eine Vereinheitlichung der Bewertungskriterien in den insgesamt neun beruflichen Selbstverwaltungen (Ärzte, Apotheker, Pflege, Osteopathen etc.) war Thema der Untersuchungen. Als exemplarisch für das Bestreben der Gesetzgeber, die berufliche Selbstverwaltung so zu gestalten, dass sie tatsächlich im Sinne des Allgemeinwohls („*to put public protection as its paramount purpose*“) agiert, kann sicherlich gelten, dass seit 2008 der Vorstand des NMC nicht mehr von den Mitgliedern der Berufsgruppe gewählt, sondern durch einen staatlichen Ausschuss (das *Privy Council*) benannt wird.

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

gistrierten Mitglieder aufgebracht. Die Verwaltungsausgaben des NMC haben sich innerhalb der letzten zehn Jahre verdreifacht. Zwei Drittel der Aufwände des NMC entstehen im Zusammenhang mit den berufsrechtlichen Untersuchungen („*Fitness to Practice*“), welche erheblich zugenommen haben. Entsprechend ist auch der Mitgliedsbeitrag gestiegen. Im März 2015 betrug dieser 120 Pfund pro Jahr, rund 170 Euro. Bis zum Jahr 2004 lag der Beitrag bei gerade einmal 20 Pfund.

Gesetzliche Grundlagen und institutionelle Ausgestaltung der beruflichen Regulierung in Schweden

In Schweden ist die berufliche Regulierung durch den Patient Safety Act formuliert, ausgeführt wird sie durch staatliche Behörden. Das Gesetz definiert die Zulassungsverfahren, die Meldepflichten und die beruflichen Verpflichtungen von Pflegekräften, von Ärzten und einer Vielzahl weiterer Gesundheits- und Sozialberufe. Neben der beruflichen Regulierung werden im Patient Safety Act auch die Pflichten der Leistungsanbieter in Bezug auf den Patientenschutz und die Aufsicht über das Gesundheits- und Sozialwesen definiert.

Anders als Großbritannien hat Schweden damit die Regulierung der Gesundheitsberufe und die der Leistungserbringer in einem Gesetz zusammengefasst. Dies war jedoch nicht immer so, auch in Schweden gab es zuvor insgesamt fünf unterschiedliche Gesetze, darunter eines für die ärztliche Regulierung, eines für die übrigen Berufe im Gesundheitswesen sowie eines für die entsprechenden beruflichen Meldepflichten und Sanktionen. Auch in Schweden gab es mehrere Untersuchungen und Anhörungen, die sich kritisch mit dem Regulierungsrahmen befassten. Zentrale Kritikpunkte waren auch hier schlechtes Management, Intransparenz der Verfahren, fehlendes Monitoring der Anträge und der Bearbeitungsfälle sowie deren Bearbeitungsdauer. Auch waren die Rechtsfolgen unterschiedlich, je nachdem, welches Gesetz zutraf. Ferner wurde die fehlende Systemperspektive kritisiert: Zwischenfälle würden häufig auf menschliches Versagen zurückgeführt, Einflüsse des Gesundheitssystems hingegen ausgeblendet. Eine Kultur des Fehlervermeidens werde durch den Regulierungsrahmen ebenso nicht befördert, so die Kritik. Die Strafen seien kontraproduktiv, stattdessen gelte es, gemeinsam mit den Betroffenen auf eine Verbesserung der Patientensicherheit hinzuwirken. Alles in allem richte der Rechtsrahmen den Fokus zu sehr auf die individuelle berufliche Haftung und nehme die Leistungserbringer zu wenig in die Verantwortung. Im Ergebnis wurde im Jahr 2010 der *Patient Safety Act* verabschiedet und 2013 mit der Errichtung eines eigenständigen Aufsichtsamts – dem *Health and Social Care Inspectorate (IVO)* – noch einmal modifiziert.

Damit obliegt heute zwar die Zulassung zu den regulierten Gesundheitsberufen weiterhin dem *National Board of Health and Welfare*, das Führen des Berufsregisters und die Aufsicht über die Berufsausübung jedoch dem IVO. Das IVO hat eine Zentrale in Stockholm und sechs Regionalbüros. Unterstellt ist es dem Ministerium für Gesundheit und Soziales. Untersuchungen über berufsrechtliche Sanktionen hat das IVO an das *Medical Responsibility Board* zu verweisen.

Dieses besteht aus einem Vorsitzenden mit der Qualifikation eines Richters und acht weiteren Mitgliedern, die über spezielles Fachwissen im Gesundheitswesen verfügen. Vorsitzender und Mitglieder werden für jeweils drei Jahre von der Regierung ernannt. Vorgeschlagen werden die Mitglieder durch die Provinzen und die Kommunen, die Gewerkschaften, die Zentralorganisation der Angestellten und die Zentralorganisation Schwedischer Akademiker. Die Finanzierung der berufsrechtlichen Regulierung erfolgt durch öffentliche Gelder, Beiträge werden nicht erhoben.

Gesetzliche Grundlagen und institutionelle Ausgestaltung der beruflichen Regulierung in Deutschland

In Deutschland ist die berufliche Regulierung mit Ausnahme der Länder Rheinland-Pfalz und Schleswig-Holstein allein durch das bundesweite Berufsrecht vorgegeben. Hierunter fallen das *Krankenpflegegesetz* (KrPflG) und das *Altenpflegegesetz* (AltPflG). Ergänzt werden diese durch die *Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege* (KrPflAPrV) sowie die *Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für den Beruf der Altenpflegerin und des Altenpflegers* (AltPflAPrV). Die beiden Gesetze schützen die Berufsbezeichnungen „Gesundheits- und Krankenpfleger(in)“, „Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger(in)“ sowie „Altenpfleger(in)“, und sie definieren Zugangsvoraussetzungen, Inhalte und Dauer der Ausbildung, die zur Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung erforderlich sind. Eine bundes- oder gar landesweite Registrierung und eine institutionelle Ausgestaltung von berufsrechtlichen Sanktionen gibt es jedoch in Deutschland nicht. Auch hier kann die Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung durch die jeweils zuständige Behörde auf Landesebene entzogen werden. Öffentliche Informationen über Abläufe, Häufigkeiten oder Gründe für den Entzug von Berufsbezeichnungen gibt es jedoch nicht. Durch die Einrichtung von Pflegekammern in Rheinland-Pfalz und Schleswig-Holstein werden für diese Länder zwar entsprechende Strukturen aufgebaut, die hier vorgelegte Untersuchung hat jedoch den Status quo vor Errichtung dieser Pflegekammern beschrieben und analysiert.

9.1.4 Ergebnis der vergleichenden Analyse der beruflichen Regulierung

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

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

Das Nursing and Midwifery Council (NMC) hat einen erheblichen Handlungsspielraum bei der Ausgestaltung der Zugangsvoraussetzungen, des Niveaus und

der Inhalte der Pflegeausbildung. Das NMC war – wie schon seine Vorgänger – ein wesentlicher Protagonist bei der Akademisierung der Pflegeausbildung in Großbritannien. Seit 2013 ist die erstqualifizierende Ausbildung zur Erlangung der Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung nur noch auf dem Wege eines dreijährigen Bachelorstudiums mit einem EQR-Niveau von 6 möglich. Der Einführung weiterer praktischer Anerkennungszeiten nach Abschluss der Erstqualifikation – z. B. analog zum Arzt im Praktikum (AIP) – stand das NMC jedoch kritisch gegenüber. Einen Einfluss auf die Zahl der Ausbildungsplätze hat das NMC nur indirekt, da diese Zahl durch das Department of Health gesteuert wird. Auch auf den Zugang von Pflegekräften aus dem Ausland hat das NMC nur begrenzte Einflussmöglichkeiten, da die Anerkennung von Qualifikationen aus Ländern des Europäischen Wirtschaftsraums durch die EU-Anerkennungsrichtlinie vorgegeben ist. Für alle anderen Zuwanderer hat das NMC hohe Anforderungen erlassen, darunter Sprachtests und ein 4-monatiges Anerkennungspraktikum.

Wie ist im Vergleich hierzu der Zugang zum Pflegeberuf in Schweden, dem Land mit einer behördlichen Berufsverwaltung, geregelt? Hier haben die für die Registrierung der Ausbildung verantwortlichen Behörden keinen Einfluss auf die Ausgestaltung der Zugangskriterien und der Lehrinhalte der pflegerischen Ausbildung. Die Inhalte der Ausbildung, die Zulassung zu und die Finanzierung von Studienplätzen sind durch Hochschulgesetze geregelt. Auch in Schweden ist die einzige erstqualifizierende Ausbildung zur Pflegekraft seit dem Jahr 2007 ein dreijähriges Bachelorstudium auf dem EQR-Niveau 6. Zusätzliche postgraduale Anerkennungspraktika gibt es auch in Schweden nicht. Die automatische Anerkennung gleichwertiger Abschlüsse im Sinne der EU-Anerkennungsrichtlinie gilt auch in Schweden. Insofern besteht kein Handlungsspielraum beim Zugang von im EWR-Raum qualifizierten Personen. Für alle Anwärter, die nicht unter die EU-Richtlinie fallen, werden wie in Großbritannien hohe Anforderungen gestellt in Form von Sprachtests und mehrmonatigen Berufserfahrungspraktika.

In Deutschland werden die Zulassungsvoraussetzungen, das Niveau und die Inhalte der Ausbildung direkt durch den Gesetzgeber auf Bundesebene bestimmt. Anders als in Großbritannien und Schweden ist man hier aber von einer Akademisierung der Pflegeausbildung weit entfernt. Die erstqualifizierende Ausbildung erfolgt an Schulen des Gesundheitswesens auf einem EQR-Niveau von 4. Nur eine Minderheit der Berufstätigen nutzt die bereits heute bestehenden Möglichkeiten, einen Abschluss auf Bachelorniveau (EQR-Niveau 6) zu erlangen. Erst mit Inkrafttreten des neuen Pflegeberufsgesetzes wird eine Erstqualifizierung im Rahmen eines Hochschulstudiums regelhaft möglich sein. Inwieweit sich der Anteil der Pflegekräfte mit Abschluss auf Hochschulniveau künftig erhöhen wird, bleibt abzuwarten.

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

eine landesrechtlich anerkannte einjährige Weiterbildung zur Kranken- bzw. Altenpflegehelfer(in). Seit 2013 ist eine Verkürzung der Ausbildung zum Altenpfleger/zur Altenpflegerin auf 2 Jahre möglich für Personen in der Umschulung, die zuvor zwei Jahre in einer Pflegeeinrichtung Aufgaben im Bereich der Pflege oder der Betreuung wahrgenommen haben.

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

Auch in Deutschland sind die Rahmenbedingungen der Anerkennung ausländischer Pflegekräfte durch die EU-Anerkennungsrichtlinie vorgegeben. Die Vorgaben für Qualifikationen, die nicht unter die EU-Richtlinie fallen, sind bundesweit durch das Kranken- und das Altenpflegegesetz definiert. Die Ausführung der Anerkennung erfolgt – anders als in Schweden und in Großbritannien – jedoch dezentral durch die jeweiligen Landesbehörden. Das bundesweit geltende Anerkennungsgesetz aus dem Jahr 2012 schreibt zwar verbindliche Fristen vor sowie die Ausstellung von rechtsmittelfähigen Bescheiden über die Gründe einer Ablehnung, bundesweit einheitliche Vorgaben zur Kenntnisprüfung oder zu einem obligatorischen Anpassungslehrgang wurden jedoch bis heute nicht erlassen. Dafür gibt es also kein national geregeltes Verfahren wie in Großbritannien und Schweden.

Wie sich die hier beschriebenen Regularien in Großbritannien, in Schweden und in Deutschland auf die jeweilige Zahl der Pflegekräfte auswirken, lässt sich nur sehr eingeschränkt ermitteln. Schon beim Vergleich der (absoluten und der relativen) Zahlen der erwerbstätigen Pflegekräfte sind mehrere Aspekte zu berücksichtigen: Für Großbritannien ist ein Großteil der in der Altenpflege Tätigen in den hier ausgewerteten NHS-Statistiken nicht erfasst, da der Altenpflegesektor überwiegend durch private und gemeinnützige Träger geprägt ist. Bei der Zählung der Erwerbstätigen in Schweden und in Deutschland ist zudem das Kriterium „im Gesundheitswesen tätig“ in der Regel nicht deckungsgleich. Ferner werden für Schweden keine Vollzeitäquivalente (VZÄ) ausgewiesen.

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

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

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

Wie verhält es sich darüber hinaus mit dem Preis der Dienstleistung? Wie sieht also das Lohnniveau in den jeweiligen Vergleichsländern aus? Vergleicht man dieses mithilfe von PPP-adjustierten US\$, zeigt sich folgendes Bild: In Schweden liegt das Einkommen bei rund 2.700-3.000 PPP US\$, für beim NHS beschäftigte Pflegekräfte in Großbritannien bei rund 3.400-3.800 PPP US\$ und in Deutschland bei 2.700-4.100 PPP US\$. Für aussagekräftige Vergleiche der Lohnniveaus in diesen Ländern bedürfte es jedoch einer differenzierteren Datengrundlage. Erfasst und entsprechend gewichtet werden müssten die Art der Tätigkeit (Leitung, OP-nahe Pflege, spezialisierte Pflege etc.), die Berufserfahrung bzw. das Alter und insbesondere die Settings (ambulante Pflege, d. h. Altenpflege oder Pflege im Krankenhaus), in denen die Pflegekräfte jeweils tätig sind.

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

Ergänzend muss bedacht werden, dass allein in Großbritannien kein „offiziell“ – also durch eine zuständige Behörde – ausgewiesener Arbeitskräftemangel besteht. In Großbritannien sind lediglich Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen mit einer Qualifikation für neonatologische Intensivpflege auf der *Shortage Occupation List* geführt. Zwar wird anerkannt, dass es lange Vakanzzeiten in der Erwachsenenpflege gibt. Das *Migration Advisory Committee* als zuständige Behörde kommt jedoch zu der Einschätzung, dass unbesetzte Stellen nicht die Folge eines echten Fachkräftemangels sind, also von zu wenig Bewerbern am Markt, sondern aus Kostengründen resultieren und damit der angespannten finanziellen Lage des NHS geschuldet sind. Zudem verweist das Migration Advisory Committee darauf, dass die überwiegende Mehrheit der ausländischen Zugänge in den Pflegeberuf ohnehin aus dem EWR-Raum stamme und damit eine Aufnahme des Pflegeberufs in die *Shortage Occupation*

List keine Relevanz hätte. In Schweden und in Deutschland hingegen haben die zuständigen Behörden aufgrund von Fachkräfteanalysen den Krankenpflegeberuf – also sowohl die allgemeine Erwachsenenpflege (in Deutschland Alten- und Krankenpflege) als auch die Fachpflegeberufe – offiziell als „Mangelberuf“ ausgewiesen.

Für die drei Vergleichsländer lassen sich also erhebliche Unterschiede in den formulierten Zugangsvoraussetzungen festhalten. Ein Zusammenhang zwischen Zugangsvoraussetzungen und Form der beruflichen Regulierung ist aber nicht festzustellen, denn während sich Großbritannien und Schweden sowohl in den schulischen Mindestvoraussetzungen als auch bei der Länge und dem akademischen Niveau der primärqualifizierenden Ausbildung gleichen, weicht Deutschland hiervon deutlich ab. Dass die berufliche Regulierung als ein potenzielles Instrument der Marktabschottung genutzt wird, kann im Rahmen der hier durchgeführten Analyse also nicht bestätigt werden. Dass sich die Zahl der Berufsmitglieder hierdurch reduziert, kann ebenso nicht bestätigt werden. Im Gegenteil: Ein offizieller Fachkräftemangel ist in Schweden und in Deutschland ausgewiesen – nicht aber in England, dem Land mit einer beruflichen Selbstverwaltung. Die quantitativen Auswirkungen der jeweiligen beruflichen Regulierung können aufgrund der eingeschränkten Datengrundlagen aber nicht verglichen werden.

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

Welche Wirkungen haben Pflegekammern auf die Tätigkeitsprofile der Pflegekräfte?

Den Pflegekräften in Großbritannien stehen auch solche Tätigkeiten offen, die in Deutschland als Ausübung von Heilkunde gelten. Neben der Verordnung von Arzneimitteln sind dies z. B. die Anamnese (inklusive der Anordnung von Befunden/Laboruntersuchungen) und die Planung der Patientenversorgung. Dieses erweiterte Tätigkeitsspektrum resultiert aber nicht aus einer entsprechenden beruflichen Regulierung der Pflegekräfte, sondern vielmehr daraus, dass die berufliche Regulierung der Ärzte in Großbritannien nicht in gleicher Weise vorbehaltene Tätigkeiten definiert wie diejenige in Deutschland. Lediglich für das Verordnen von Arzneimitteln bedarf es einer spezifischen Zulassung beim NMC. Für alle weiteren Aufgabengebiete gilt: Die Übernahme von erweiterten pflegerischen Tätigkeiten ist nicht reguliert.

Relevanter Treiber dieser Entwicklung war der Gesetzgeber. Dieser hatte vor dem Hintergrund langer ärztlicher Arbeitszeiten sowie langer Wartelisten für Patienten die Ausweitung des pflegerischen Kompetenzspektrums evaluiert und daraufhin gesetzliche Veränderungen vorgenommen. NHS-Arbeitgeber wurden

verpflichtet, Pflegekräften das Anordnen von Untersuchungen (Labor, Röntgen etc.), das Verordnen von Medikamenten, das Einholen von Konsilen sowie das eigenständige Entlassen von Patienten zu ermöglichen.

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

Auch in Schweden steht den Pflegekräften grundsätzlich ein breiteres Aufgabenspektrum offen als in Deutschland, denn auch hier findet sich keine dem deutschen Arztvorbehalt vergleichbare Abgrenzung ärztlicher Tätigkeiten. Nur für das Verordnen von Arzneimitteln müssen die Pflegekräfte eine entsprechende Weiterbildung und Registrierung aufweisen. Eine solche Qualifizierung steht jedoch nur Pflegekräften in der ambulanten Versorgung offen. Zudem ist die Palette der zu verordnenden Wirkstoffe beschränkt. Auch die medizinische Gesamtverantwortung und die Aufsichtspflicht verbleiben beim behandelnden Arzt.

In Deutschland ist das Tätigkeitsfeld von Pflegekräften durch die ärztlichen Vorbehaltstätigkeiten begrenzt. Durch Modellvorhaben sollte die selbstständige Ausübung von Heilkunde durch Pflegekräfte erprobt werden, und zwar bei Diabetes mellitus Typ I und II, chronischen Wunden, Hypertonie und Demenz. Die ausführbaren Tätigkeiten sind im Rahmen der entsprechenden Richtlinie des G-BA expliziert. Im Rahmen der Modellvorhaben können Pflegekräfte ferner bestimmte Medizinprodukte und Hilfsmittel sowie die in der Richtlinie aufgeführten Heilmittel verordnen. Voraussetzung ist jedoch weiterhin eine ärztliche Diagnose und eine ärztliche Indikationsstellung. Eine Verordnung von (ausgewählten) Arzneimitteln ist nicht vorgesehen. Modellvorhaben in diesem Sinne gibt es aus verschiedenen Gründen aber faktisch heute keine.

Zusammenfassend ist folglich festzuhalten, dass in keinem der betrachteten Länder vorbehaltene Tätigkeiten für Pflegekräfte definiert sind. Die Delegation von Tätigkeiten an Hilfskräfte ist daher nicht durch das Berufsrecht eingeschränkt. Ebenso wird deutlich, dass Deutschland bei der Ausweitung pflegerischer Rollen weit hinter Großbritannien und Schweden zurückbleibt. Die hier erfolgte Beschreibung pflegerischer Aufgabenfelder ist jedoch limitiert. Beschrieben werden die gesetzlichen Rahmenbedingungen, welche die Grenze des pflegerischen Handelns definieren. Offen bleibt, welche konkreten Tätigkeiten in welchem Umfang und mit welcher Eigenverantwortlichkeit von den Pflegekräften tatsächlich durchgeführt werden. Um diese zu erfassen, bedürfte es länderübergreifender Berufsfeldanalysen, die Qualität und Quantität von Pflegetätigkeit vergleichend erfassen – und zwar in allen relevanten Versorgungs-

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

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

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

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

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

Berufsausübungsschutzes. Auch die Definition von vorbehaltenen Tätigkeiten obliegt nicht dem NMC. Außer dem Verordnen von Arzneimitteln – Pflegekräften ist dies erlaubt, wenn sie einen vom NMC akkreditierten Kurs absolviert haben und im Register entsprechend geführt werden – sind jedoch keine vorbehaltenen Tätigkeiten definiert.

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

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

Die Umsetzung der berufsrechtlichen Überwachung des NMC steht jedoch erheblich in der Kritik. Zum einen sind die Untersuchungszeiten mit rund einhalb Jahren doppelt so lang wie angestrebt. Zum anderen steht die Umsetzung der berufsrechtlichen Untersuchungen – insbesondere die Datenverarbeitung – erheblich in der Kritik: Das NMC würde nicht im ausreichenden Maß proaktiv tätig und die Prozesse der Zusammenarbeit zwischen Arbeitgebern und anderen Aufsichtsbehörden wie auch Berufskörperschaften müssten verbessert werden. Auch sei der Öffentlichkeit zu wenig bekannt, dass Beschwerden an das NMC gerichtet werden könnten.

Wie stellen sich der Schutz der Berufsbezeichnung und die Überwachung der Berufspflichten nun in Schweden ohne Pflegekammer dar? Auch in Schweden müssen alle Pflegekräfte, die ihren Beruf ausüben wollen, bei einer zentralen staatlichen Behörde registriert sein. Öffentlich einsehbar wie in Großbritannien ist das Register jedoch nicht. Geschützt ist die Berufsbezeichnung *sjuusköterska*, das heißt Krankenpfleger/in. In Schweden gibt es für elf klinische Schwerpunkte geschützte Weiterbildungstitel auf Masterniveau und damit im Vergleich zu Großbritannien einen umfangreichen Schutz im Bereich des *Advanced Nursing*. Ein speziell hiermit verbundener Berufsausübungsschutz ist jedoch auch in Schweden nicht implementiert. Die einzige Ausnahme ist auch dort das Verordnen von Arzneimitteln. Nur Gemeindeschwestern oder andere in der ambulanten Langzeitpflege tätige Pflegekräfte mit entsprechender Qualifikation und einer Registrierung beim *National Board of Health and Welfare* können ausgewählte Arzneimittel verordnen. Eine Rezertifizierung oder ein Nachweis von Fortbildungen ist in Schweden jedoch nicht notwendig, um die Berufsbezeichnung führen zu dürfen.

In Schweden sind die beruflichen Pflichten aller regulierten Gesundheitsberufe im Patientenschutzgesetz festgelegt. Der Gesetzgeber hat die Berufe hierdurch insbesondere dazu verpflichtet, ihre Handlungen am Stand des Wissens auszurichten, die Patienten in den Behandlungsprozess mit einzubeziehen und Behandlungsfehler, kritische Ereignisse oder andere Gegebenheiten, welche die Patientensicherheit gefährden, zu melden. Die berufsrechtliche Überwachung obliegt dem *Health and Social Care Inspectorate (IVO)*. Diese staatliche Behörde kann eigenständig tätig werden oder bei Beschwerden von Patienten, Angehörigen oder weiteren Dritten. Auch die Leistungserbringer sind nach dem Gesetz verpflichtet, patientengefährdendes Fehlverhalten des durch sie eingesetzten Personals beim IVO zu melden. Auf dieser Grundlage wird jährlich bei rund 15 bis 20 Pflegekräften und Hebammen eine 3-jährige Probezeit verhängt und weiteren 15 bis 25 die Zulassung entzogen. Dies bedeutet, dass in Schweden von 100.000 registrierten Pflegekräften lediglich 14 und damit deutlich weniger als in Großbritannien die Tätigkeitserlaubnis entzogen wurde.

Wie in Großbritannien stand auch in Schweden die Umsetzung der berufsrechtlichen Sanktionen in der Kritik. Auch hier wurde die Reduktion der Ursachen von Zwischenfällen auf menschliches Versagen und das Ausblenden der Systemperspektive kritisiert. Ziel müsse es stattdessen sein, die Zwischenfälle gemeinsam mit den Betroffenen anzugehen und eine positive Fehlervermeidungskultur zu etablieren. Auch in Schweden wurden strukturelle Defizite der Berufsaufsicht diskutiert. Wie bei der Diskussion in Großbritannien wurde auch hier kritisch angemerkt, dass die Aufsicht der Berufe und der Leistungserbringer im Gesundheitswesen nicht ausreichend miteinander verzahnt seien. Anders als in Großbritannien, wo lediglich eine bessere Zusammenarbeit von allgemeiner und beruflicher Aufsicht empfohlen wurde, hat der Gesetzgeber in Schweden die beiden Aufsichten zusammengelegt und die Durchführung bei nur noch einer Behörde angesiedelt.

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

sundheits- und Kinderkrankenpfleger(in)“ oder „Altenpfleger(in)“ durch die entsprechend zuständigen Behörden auf Landesebene. Da die Weiterbildung nach der Zulassung zum Beruf jedoch den Ländern obliegt, bietet sich hier ein sehr heterogenes Bild bezüglich der konkreten Berufsbezeichnungen und der Ausbildungsinhalte. Die Weiterbildungsangebote, die zu anerkannten Berufstiteln führen, sind in Deutschland jedoch nicht auf postgraduellem Hochschulniveau angesiedelt und damit nicht im Kontext von *Advanced Nursing* zu verorten. Ein Berufsausübungsschutz ist mit dem Erwerb dieser Titel ebenso nicht verbunden.

In Deutschland gibt es keine Registrierung von Pflegekräften, folglich ist auch keine Rezertifizierung der Erlaubnis zur Führung der entsprechenden Berufsbezeichnungen vorgesehen. Auch einen gesetzlich definierten nationalen Berufsstandard wie in Großbritannien oder in Schweden gibt es in Deutschland nicht. Allein Bremen, Saarland, Hamburg und Sachsen haben landesweite Berufsordnungen erlassen, die u. a. Berufspflichten und den Nachweis einer Kompetenzerhaltung durch jährliche Fortbildungen von 20 Zeitstunden und mehr vorgeben. Die jeweils zuständige Behörde für die Rücknahme der Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung ist die zuständige Behörde des Landes, in dem die Antragstellerin oder der Antragsteller ihre bzw. seine Prüfung abgelegt hat. Bundesweite Vorgaben über Form, Ausgestaltung oder Fristen eines solchen Verfahrens – wie für Großbritannien und für Schweden beschrieben – gibt es demnach nicht. Wann, ob überhaupt und mit welchen Folgen die zuständigen Behörden oder auch die Arbeitgeber tätig werden, ist derzeit nicht erkennbar.

Was lässt sich nun hieraus schlussfolgern? Zumindest eines mit Sicherheit: Die Maßnahmen, die gegen Pflegekräfte ergriffen werden, die ihre Berufspflichten verletzen, sind in Großbritannien am transparentesten. Der Entzug der Berufserlaubnis erfolgt im Vergleich zu Schweden – für Deutschland liegen hierzu keine Zahlen vor – deutlich häufiger. Inwiefern diese Art der Aufsicht wirksam genug ist, um die Qualität der pflegerischen Versorgung zu sichern, kann hier jedoch nicht beantwortet werden. Auch ist nicht abschließend zu entscheiden, ob die berufliche Selbstverwaltung ein effizientes Mittel der beruflichen Qualitätskontrolle darstellt. Die aufgezeigten Diskussionen weisen aber auf die zentralen Probleme hin. Dies betrifft insbesondere die Verzahnung und die Vereinheitlichung der unterschiedlichen Regulierung der Gesundheitsberufe, die Einbindung bzw. die Klärung der Verantwortung der Arbeitgeber sowie Fragen nach dem Ineinandergreifen der beruflichen und der sonstigen Aufsicht im Gesundheitswesen. Kritisch diskutiert werden in der britischen Fachöffentlichkeit darüber hinaus Strukturen (Trennung zwischen der Untersuchung und der Beurteilung eines berufsrechtlichen Falls) sowie Prozesse (Dauer, Rechtsmittel, Transparenz der Verfahren etc.) der berufsrechtlichen Untersuchungen. Alles in allem wird das NMC – dies wurde sowohl im Rahmen der Shipman- als auch der Straffordshire-Untersuchungskommission deutlich – in der öffentlichen Meinung für das Handeln all seiner Mitglieder zur Verantwortung gezogen.

In der hier durchgeführten Untersuchung ging es auch um die Frage nach dem Einfluss einer Berufskammer auf die Akademisierung der Pflege, denn die Verwissenschaftlichung des Berufs wird in der Professionssoziologie als ein

wesentlicher Bestandteil eines Professionalisierungsprozesses betrachtet. Gleichzeitig wird eine Professionalisierung im negativen Sinne als Markt-
abschottung und im positiven Sinne als Mittel zum Wissenserhalt und zur
Berufsidentifikation verstanden, was wiederum beides der Etablierung eines
beruflichen Ethos und von Berufsstandards dienen kann.

Welche Wirkungen haben Pflegekammern auf die Wissensbasis der Pflege?

In Großbritannien wurde die Transformation hin zu einer akademisierten Aus-
bildung vor rund 35 Jahren in Angriff genommen. Die Ausbildungsreform
Projekt 2000 stand ganz oben auf der Agenda der Vorläuferorganisation des
NMC. Angestrebt wurden eine einheitliche dreijährige Ausbildung für alle
registrierten Pflegekräfte, eine Anhebung des Theorieanteils sowie eine Veran-
kerung der Ausbildung an Fachhochschulen und Universitäten. Die durch das
NMC administrierte Transformation der pflegerischen Ausbildung in ein voll-
graduiertes Studium fand 2013 ihren Abschluss. Seither ist die erstqualifizie-
rende Ausbildung zur Erlangung der Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeich-
nung nur noch nach Abschluss eines dreijährigen Bachelorstudiums (was einem
EQR-Niveau 6 entspricht) möglich.

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

Auch in Schweden wurde die Ausbildung bereits Anfang der 1980er-Jahre aus
der Praxis herausgelöst und an universitären Fachschulen verankert. Hiernach
erfolgten weitere Anpassungen, die – folgt man den Darstellungen – zwar auch
durch den berufspolitischen und pflegewissenschaftlichen Diskurs beeinflusst
waren, maßgeblich aber mit dem Beitritt zur EU und der darauffolgenden Um-
setzung des Bologna-Prozesses assoziiert werden. Ziel der Regierung war es,
die schwedischen Studienabschlüsse ab 2007 den Bologna-Vorgaben entspre-
chend mit einem ersten graduierenden Abschluss auf Bachelorniveau anzusie-
deln. Hieran können dann entsprechende Masterstudiengänge anschließen.
Genau wie in Großbritannien wurde auch in Schweden der Prozess der Akade-
misierung immer wieder von kritischen Stimmen begleitet, zudem förderten
Evaluationen Folgen zutage, die breit kritisiert wurden. Insbesondere die Quali-
tät der Hochschulausbildung bzw. deren (regionale) Varianz standen in der
Kritik. Gefordert wurden aber auch verpflichtende postgraduierte Praxiszeiten
aufgrund angeblich mangelnder Praxistauglichkeit der Absolventen.

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

engänge schaffen. Bis dahin sind akademische Abschlüsse mit gleichzeitiger Erlangung der Berufsbezeichnung nur möglich im Rahmen von Modellprojekten oder im Zuge eines dualen Studiengangs. Darüber hinaus hat sich eine Vielzahl von weiterführenden Studiengängen im Bereich der Pflegepädagogik und des Pflegemanagements etabliert. Dennoch ist nur jeder 30. Abschluss im Pflegebereich ein akademischer. Das Ausbildungsniveau der Pflegekräfte in Deutschland ist damit faktisch auf einem EQR-Niveau von 4 zu verorten.

Die Akademisierung in Deutschland hat im Vergleich zu Großbritannien und Schweden einen völlig anderen Verlauf genommen. Studienangebote finden sich immer noch vor allem in den Bereichen Pflegepädagogik und Pflegemanagement und richten sich höchstens als Weiterbildung an bereits ausgebildete Pflegekräfte. Die Zahl der primärqualifizierenden Studiengänge nimmt erst seit ungefähr 10 Jahren zu. Dabei handelt es sich aber zumeist um duale Studiengänge, welche aufgrund der Verzahnung des Studiums mit einer Ausbildung gleichzeitig zur Erlangung der Berufsbezeichnung führen, oder aber um Studienangebote, die im Rahmen von Modellklauseln entstanden sind. Die Diskussion um die Akademisierung der Pflege ist daher eher geprägt von der Idee, dass die wissenschaftlich ausgebildeten Pflegekräfte Leitungsfunktionen einnehmen werden, und weniger von der Vorstellung, dass eine solche Akademisierung für eine hochwertige Pfl egetätigkeit „am Bett“ nötig wäre.

Die „Wissensbasis der Pflege“ kann in Rahmen dieser Arbeit nur über das Ausbildungsniveau abgebildet werden. Ein Zusammenhang zwischen Ausbildungsniveau und positiven Versorgungsauscomes wird jedoch in vielen Studien wissenschaftlich belegt. Auch wird die Verlagerung der Ausbildung in den tertiären Bildungssektor gerade damit begründet, dass Qualität nur auf diese Weise aufrechterhalten bzw. verbessert werden kann. Basis für diese Argumentation ist folgende Überlegung: Durch die demografische Entwicklung, die damit einhergehende Zunahme von chronischen Erkrankungen sowie durch den technischen Fortschritt würden sich die bereits heute komplexen Anforderungen an die pflegerische Versorgung weiter erhöhen. Perspektivisch müssten vor allem Kompetenzen bei der Edukation von Patienten, bei der Versorgungssteuerung sowie bei der Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsberufen gestärkt werden. Das pflegerische Handeln müsse stärker auf der Basis wissenschaftlicher Erkenntnis reflektiert und hinsichtlich seiner Evidenzbasierung kritisch überprüft werden. Nur auf diese Weise könne auf die veränderten Versorgungsbedarfe adäquat reagiert und so die Qualität der Gesundheitsversorgung gesichert werden.

Betrachtet man die Vergleichsländer in diesem Sinne, kann festgehalten werden: In Großbritannien war das NMC wesentlicher Treiber der Akademisierung der Pflegeausbildung. Gleichzeitig hat sich ein ähnlicher Prozess auch in Schweden, dem zweiten Vergleichsland ohne Pflegekammer, vollzogen. Deutschland hingegen hat einen Sonderweg eingeschlagen. Dies kann – blickt man auf Schweden – aber nicht allein in der fehlenden beruflichen Selbstverwaltung begründet sein. Zu untersuchen wäre in diesem Zusammenhang folglich auch, welche Positionen die jeweiligen Stakeholder (Berufsverbände, Gewerkschaften, Leistungserbringer und Kostenträger) und die Akteure des

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

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

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

In Großbritannien ist in der *Nursing and Midwifery Order* festgelegt, in welchem Rahmen das NMC als Interessenvertretung agieren darf. Danach müssen alle Formen der Kooperation allein dem öffentlichen Interesse dienen. Zu aktuellen Diskussionen in der Gesundheitspolitik des Landes finden sich nur sehr wenige Stellungnahmen des NMC, und wenn dann nur solche mit engem Bezug zur Berufsregulierung. Vergleicht man dies mit den Aktivitäten der Bundesärztekammer in Deutschland – als Bewertungsfolie –, so fällt, zumindest nach außen, das Auftreten des NMC deutlich zurückhaltender aus. Da in Schweden die berufliche Regulierung durch dem Gesundheitsministerium nachgelagerte Behörden ausgeführt wird, finden sich keine gesetzlichen Vorgaben zur Interessenvertretung bzw. zur Mitwirkung an (unter-)gesetzlicher Normgebung. In Deutschland ist der Berufsstand der Pflegenden bei Berufsbildungs- und Regulierungsfragen nicht gesetzlich eingebunden, das Krankenpflege- oder Altenpflegegesetz sieht hier keine Mitwirkung oder Anhörung der Berufsgruppe vor. Zudem ist die Berufsgruppe der Pflegeberufe im korporatistischen Gesundheitssystem als Akteur institutionell nur schwach verankert.

Berufliche Selbstverwaltung – dies zeigen die Darstellungen deutlich – ist nicht gleichzusetzen mit Interessenvertretung. Die Forcierung einer Interessenvertretung durch Berufskammern spielt in der britischen Diskussion keine Rolle. Im Gegenteil: Das „Selbst“ in der Selbstverwaltung wurde gerade deshalb eingeschränkt, da davon ausgegangen wurde, dass die Verfolgung von beruflichen Interessen einer effizienten Ausgestaltung und Administrierung der beruflichen Regulierung im Wege stehen.

9.2 Einordnung der Ergebnisse in den Forschungskontext und Limitationen der Forschungsarbeit

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

Sowohl die ökonomische Theorie der Regulierung als auch der aus der soziologischen Forschung stammende machttheoretische Ansatz nennen die Abschot-

tung der Berufsgruppe als zentrales Merkmal beruflicher Selbstregulierung. Die Berufsgruppe verknappe durch hohe Hürden für den Zugang in den Beruf das Angebot und bewirke damit höhere Preise am Markt. Entwickelt und angewandt wurden die Theorien jedoch vornehmlich am Beispiel des ärztlichen Berufs (Freidson 1970, Leland 1979, Abbott 1988) und anderer freier Berufe (Kleiner und Kudrle 2000). Und für diese Berufe, die ihre Tätigkeit eigenständig am Markt anbieten, lässt sich die These, dass die Zahl der Berufstätigen und der erzielte Preis der Dienstleistung in einem engen Wirkzusammenhang stehen, gut nachvollziehen – und auch empirisch belegen (Law und Kim 2005, Kleiner 2006).

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

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

Die in der ökonomischen Theorie postulierte These, dass eine berufliche Regulierung durch die Berufsgruppe das Angebot an qualifizierten Dienstleistern verknappe, konnte in der hier durchgeführten Analyse denn auch nicht bestätigt werden. Zwar kommt England im Vergleich zu Schweden und Deutschland auf eine deutlich niedrigere Zahl von Pflegekräften je Einwohner, es ist aber auch das einzige der drei untersuchten Länder, in dem kein Fachkräftemangel an Pflegekräften ausgewiesen ist. Auch beim Lohnniveau zeigt sich keine einheitliche Tendenz zugunsten Großbritanniens. Letztlich sind die verfügbaren Statistiken für einen Ländervergleich aber nicht geeignet. Zum einen wird die Zahl der Pflegekräfte in den Vergleichsländern nicht auf gleiche Weise definiert und damit auch nicht vergleichbar in den Statistiken widerspiegelt. Zum anderen sind die Gehaltsangaben für einen Vergleich nicht differenziert genug, da konkrete Details wie die genaue Art der Tätigkeit (Langzeitpflege, Fachpflege, Management etc.) oder die Berufserfahrung nicht immer ausgewiesen sind.

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

menbedingungen in Bezug auf das Gesundheits- und Pflegesystem auszuwählen. In Kapitel 4.3 wurde jedoch ausgeführt, dass es kein Vergleichsland mit ähnlichen Rahmenbedingungen wie in Deutschland gibt, in dem zudem eine Pflegekammer existiert. Insofern wurden mit Schweden und Großbritannien zwar zwei Länder ausgewählt, die ein ähnliches staatliches Gesundheits- und Pflegesystem und einen ähnlichen Akademisierungsgrad der Pflege aufweisen. Es hat sich jedoch gezeigt, dass sich die beiden Länder trotz eines ähnlichen Systems in der Höhe der für die Langzeitpflege bereitgestellten öffentlichen Finanzmittel erheblich unterscheiden. Obwohl beide Systeme staatlich administriert sind, ist der Anteil der Personen über 65 Jahren, die in Schweden Leistungen der Langzeitpflege erhalten, mehr als doppelt so hoch wie der in Großbritannien (siehe Tabelle 4 und Tabelle 9). Da die Höhe der bereitgestellten Mittel aber einen erheblichen Einfluss auf die Zahl der Pflegekräfte hat, sind Schlussfolgerungen aus dem durchgeführten Vergleich der Anzahl der Pflegekräfte nur eingeschränkt möglich.

Obwohl die quantitativen Effekte einer postulierten Marktabschottung aufgrund der aufgezeigten Limitationen nicht bestätigt werden können, so konnten doch die Mechanismen der Marktabschottung beschrieben werden. Gezeigt werden konnte, dass das Niveau der Ausbildung sowohl in Großbritannien, dem Land mit einer Pflegekammer, als auch in Schweden, dem Land ohne eine solche, im Laufe der letzten Jahrzehnte auf das eines (Fach-)Hochschulabschlusses angehoben worden ist. Die Analyse hat damit gezeigt, dass das NMC als Treiber dieses Akademisierungsprozesses angesehen werden kann. Gleichzeitig hat ein vergleichbarer Prozess in Schweden stattgefunden, sodass die Anhebung des Ausbildungsniveaus auf andere Einflussfaktoren zurückgeführt werden muss.

Darüber hinaus wurde deutlich, dass der Zugang zum Beruf auch durch die Zahl der Ausbildungs- bzw. Studienplätze und die Finanzierung der Ausbildung bzw. des Studiums beeinflusst ist. Das NMC hat hierauf jedoch nur begrenzten Einfluss, maßgeblich sind vielmehr die durch den NHS bereitgestellten Finanzmittel. Erwähnenswert ist jedoch noch, dass sowohl in Großbritannien als auch in Schweden kein Rückgang der Zahl der Anwärter auf einen Ausbildungsplatz zu beobachten war, obwohl das Niveau der Ausbildung angehoben wurde.

Auch bei einem zweiten wesentlichen Punkt der Regulierung des Zugangs zum Beruf, dem Zuzug von Pflegekräften, die ihre Qualifikation im Ausland erworben haben, zeigt sich, dass in Großbritannien und in Schweden ähnlich hohe Anforderungen gestellt werden. Der Großteil der Zuwanderer – nämlich jene, die aus dem EWR-Raum stammen – unterliegt aber ohnehin nicht den landesspezifischen Regelungen, sondern einer gemeinsamen supranationalen EU-Verordnung, welche die gegenseitige Anerkennung von Berufsabschlüssen sicherstellt.

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

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

Vergabe des Berufstitels, sondern auch auf den Berufsausübungsschutz. Dieser – so die ökonomische Theorie der Regulierung – diene nicht primär dem Schutz der Patienten, sondern sichere der Berufsgruppe in erster Linie ein Tätigkeitsfeld, in welchem sie keine Konkurrenz anderer Berufe zu erwarten habe. Dies verhindere mögliche und nötige Anpassungen der herrschenden Arbeitsteilung bei Gesundheitsdienstleistungen. Ferner werde der innerberufliche Wettbewerb durch Weiterbildungsvorgaben behindert. Auch diese These kann im Rahmen der hier vorgelegten Arbeit nicht bestätigt werden. Im Ländervergleich ist in Großbritannien, also dem Land mit einer Pflegekammer, die Ausübung des Berufs nicht stärker reglementiert als in Schweden oder in Deutschland. Im Gegenteil, in Großbritannien sind keine vorbehaltenen Tätigkeiten für den Pflegeberuf definiert, in Schweden sind dies einige wenige, die jedoch nicht für den Pflegeberuf allein, sondern für alle regulierten Gesundheitsberufe gelten. Allein in Deutschland werden voraussichtlich mit dem neuen Pflegeberufsgesetz vorbehaltene Tätigkeiten wie z. B. die Pflegeanamnese und die Steuerung des Pflegeprozesses an die Führung der Berufsbezeichnung geknüpft.

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

Völlig anders als in den Thesen der ökonomischen und in jenen der soziologischen Literatur behauptet, verläuft der Prozess auch in Deutschland. Obwohl bislang ohne Pflegekammer – und zudem mit einer schwachen Organisationskraft der Berufsverbände (Martini 2014) – wird Deutschland nach der Umsetzung des geplanten Pflegeberufsgesetzes als einziges der drei Vergleichsländer vorbehaltenen Tätigkeiten für Pflegekräfte definiert haben. Darüber hinaus werden Tätigkeiten, die im Bereich Advanced Nursing anzusiedeln sind und, wie oben ausgeführt, weder in Großbritannien noch in Schweden reglementiert sind – abgesehen von der Verordnung von Arzneimitteln – in Deutschland über eine Richtlinie des G-BA im Detail expliziert. Damit weist Deutschland den umfassendsten Berufsausübungsschutz der drei Länder auf, ohne dass eine berufliche Selbstverwaltung existiert.

Zur These der Entwicklung und Überwachung der Berufsqualität

Folgt man der soziologischen Sicht, so stellt die Verkammerung einer Berufsgruppe ein Attribut des Professionalisierungsprozesses dar. Dieser Prozess geht einher mit der Akademisierung des Berufs, da nur so die hierfür notwendige Spezialisierung erreicht und die Hoheit über die Weiterentwicklung des Wissens gesichert werden kann. Dazu gehört insbesondere eine Verwissenschaftlichung der Tätigkeit, denn hierdurch emanzipiert sich der Beruf von Bewertungen durch Dritte. Somit entsteht eine Deutungshoheit über das eigene berufliche Handeln, wodurch – so die Theorie – eine gewisse berufliche Autonomie erlangt wird. Bewertet wird dieser Prozess in der soziologischen Diskussion unterschiedlich. Der machttheoretische Ansatz fokussiert, wie bereits oben diskutiert, die Marktabschottung. Auch das Argument, dass die Berufsgruppe die Qualität ihrer Arbeit überwachen werde, bezweifeln die Vertreter des machttheoretischen Ansatzes. Der funktionalistische Ansatz hingegen sieht den Professionalisierungsprozess als Mittel zum Wissenserhalt und zur Identifikation mit dem Beruf. Letztere wäre notwendig, um ein berufliches Ethos und Berufsstandards zu etablieren. Analog hierzu findet sich in der ökonomischen Literatur die Public-Interest-Theorie der Regulierung. Auch aus Sicht dieser erhöht eine Regulierung durch Vertreter des Berufs selbst bereits die Qualität der Leistungserbringung. Eine solche Überwachung der Berufsqualität sei zudem höchst verwaltungseffizient.

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

Dennoch lässt sich hieraus nicht schließen, dass eine durch die Berufsgruppe administrierte Überwachung der Qualität der pflegerischen Versorgung grundsätzlich die eigenen Berufsmitglieder schont. Ein solcher Schluss ist unzulässig, da ähnliche Probleme auch in Schweden – trotz einer staatlich administrierten Aufsicht – beobachtet werden. Gegen eine solche Schlussfolgerung spricht auch, dass es in Deutschland – ebenfalls mit staatlicher beruflicher Aufsicht – an jeglichen öffentlich zugänglichen Informationen über Tätigkeiten und Sanktionen mangelt und dass es überhaupt keine Hinweise darauf gibt, wie häufig etwa Berufsbezeichnungen entzogen werden. Ferner ist Großbritannien das einzige der drei Vergleichsländer, welches eine Revalidierung – in Form von Fortbildung und Berufspraxis – verlangt, um die Erlaubnis zur weiteren Führung der Berufsbezeichnung zu erhalten. Einschränkend muss jedoch ergänzt werden, dass das NMC die Fortbildungsnachweise lange Zeit – trotz gegenteiliger Ankündigung – nicht überprüft hatte und auch erst aufgrund des öffentlichen und politischen Drucks im Zuge der *Mid-Staffordshire Inquiry* ein neues verpflichtendes Verfahren einführen wird.

Thesen, wonach die Überwachung der beruflichen Tätigkeit durch die eigenen „Peers“ schlechter bzw. besser administriert wird als durch staatliche Behörden, können im Rahmen dieser Arbeit folglich weder bestätigt noch widerlegt werden. Gleiches gilt für die Frage, ob die durch eine berufliche Selbstverwaltung erzielte Autonomie eine positive Berufsidentifikation bewirkt und damit einhergehend ein berufliches Ethos sowie die Einhaltung von Berufsstandards und die Weiterentwicklung des Wissensstands des Berufs fördert. Diese Frage kann letztlich nicht beantwortet werden. Im Rahmen der hier vorgelegten Arbeit konnte die „Wissensbasis der Pflege“ nur über das Ausbildungsniveau abgebildet werden. Hier zeigt sich, dass sowohl Großbritannien als auch Schweden die Berufsausbildung in den Fachhochschulsektor überführt haben. Die Vergleichsländer waren trotz der oben benannten Limitationen jedoch aufgrund ihres hohen Akademisierungsgrads ausgewählt worden. Als Frage verbleibt insofern, welchen Mehrwert eine Kammer – bei gleichem Akademisierungsniveau – für die Berufsidentifikation und die Berufsstandards schafft. Um diese zu beantworten, wären vor allem vergleichende Befragungen in beiden Ländern notwendig.

In der Gesamtschau konnte in der hier vorgelegten Arbeit weder die in der Literatur diskutierte Sicht bestätigt werden, dass eine berufliche Selbstverwaltung die Eigeninteressen des Berufs befördere, noch die funktionalistische Sicht, dass sie dem Allgemeinwohl diene. Daher ist einerseits den Kritikern der ökonomischen Theorie der Regulierung zuzustimmen, die argumentieren, dass die komplexen formellen und informellen Prozesse einer Interessenorganisation mit dieser Theorie nicht hinreichend erfasst werden. Die Kritiker argumentieren u. a., dass in demokratischen Staaten bei der Einrichtung von Kammern von einem breiten Spektrum von gesellschaftlichen und politischen Zielen auszugehen sei, sodass der enge Blick auf den *Homo Öconomicus* nicht ausreiche (Croley 2011, Baldwin et al. 2012, Feintuck 2010, Veljanovski 2010, Christensen 2011, Croley 2011). Die hier durchgeführte Analyse bestätigt dies. In Großbritannien findet die Diskussion um die Ausgestaltung der Regulierung von ärztlichen wie auch von nicht ärztlichen Gesundheitsberufen auf einer breiten gesellschaftlichen Basis statt. Die Regulierungsvorgaben wurden in den letzten Jahrzehnten kontinuierlich evaluiert und modifiziert. Hervorzuheben ist insbesondere die Straffung der Selbstverwaltungsorganisationen, also die Abkehr von gewählten Gremien hin zu verwaltungsnahen Strukturen. Damit einher gingen die Professionalisierung des Managements, unter anderem durch die Ernennung der Vorstandsmitglieder des NMC (anstatt deren Wahl durch die Berufsmitglieder), und die Öffnung dieser Ämter für Personen, die keine Pflegekräfte sind. Ferner wurden die Strukturen und die Prozesse der berufsrechtlichen Untersuchungen und der Revalidierung über viele Jahre evaluiert und – wenn auch nicht immer mit der gewünschten Wirkung – optimiert. Ziel des britischen Gesetzgebers war es dabei stets, ein aus Eigeninteressen motiviertes Handeln des NMC zu unterbinden.

9.3 Schlussfolgerungen

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

Die Diskussion um die Einführung von Pflegekammern in Deutschland fokussiert sehr stark die Interessenvertretung der Pflege und die mit einer Kammer assoziierte Aufwertung des Berufs. Als Blaupause dient hier sicherlich die Stellung der Ärztekammern und des ärztlichen Berufs in Deutschland. Die in dieser Arbeit in den Blick genommene internationale Literatur und die Aufbereitung der in Großbritannien und Schweden geführten Diskurse um die dortigen beruflichen Selbstverwaltungsorganisationen zeigen hingegen ein ganz anderes Bild: Interessenvertretung ist dort die (kritisch) diskutierte Folge von beruflicher Selbstverwaltung. Die in Deutschland zu beobachtende Auseinandersetzung zwischen Befürwortern und Gegnern von Pflegekammern steht dem konträr gegenüber: Hierzulande wird genau diese kritisierte Folge von Berufskammern – nämlich die Durchsetzung privater Interessen der Berufsmitglieder – für die Pflegekammer als primärer Zweck diskutiert.

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

Auch stehen einzelne Aspekte in der öffentlichen Wahrnehmung sehr im Vordergrund, insbesondere die von den Kammerkritikern hervorgehobene „Zwangsmitgliedschaft“ und die damit einhergehenden „Zwangsbeiträge“. Hierzu sei kurz angemerkt: Auch heute schon unterliegen alle Berufsangehörigen in der Pflege der gesetzlichen Regulierung – und zwar zwangsweise. Sie können die Regulierungsvorgaben jedoch nur sehr indirekt beeinflussen, da diese durch den Gesetzgeber festgelegt wurden und ihre Umsetzung durch verschiedene Behörden administriert wird. Nach einer Übertragung bestimmter Aufgaben an die Berufsgruppe selbst unterliegen deren Mitglieder zwar immer noch – zwangsweise – diesen beruflichen Vorgaben, könnten jedoch deren Ausgestaltung und Umsetzung wesentlich direkter beeinflussen. Denn schließlich ist das Wesen einer beruflichen Selbstverwaltung *„die selbstständige, fachweisungsfreie Wahrung enumerativ oder global überlassener oder zugewiesener öffentlicher Angelegenheiten durch unterstaatliche Träger“* (Stern 1984). Legitim ist es in diesem Kontext natürlich zu fragen, ob es sachgerecht

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

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

Berufsregister, Berufsordnung und Überwachung der Berufspflichten

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

Ein weiterer wichtiger Aspekt ist die Frage, inwiefern mithilfe eines Registers die Transparenz des Berufsgeschehens verbessert werden kann. Mithilfe des Registers können zum Beispiel Statistiken über die Berufsmitglieder erstellt werden. Dies könnte die Fachkräfteplanung unterstützen und damit u. a. helfen, die Zahl der jährlich notwendigen Ausbildungsplätze genauer zu bestimmen. Da die Pflegestatistik die Zahl der Berufstätigen jedoch hinreichend erfasst, liegt bereits eine Vielzahl von Prognosen über Angebot und Nachfrage an Pflegekräften vor (SVR Gesundheit 2012, S. 81 ff. sowie Rothgang et al. 2012a). Das Problem scheint daher weniger die Darstellung des Bedarfs zu sein, sondern vielmehr der politische Wille zur Umsetzung einer Fachkräfteplanung.

Zudem könnten auf Basis des Registers die Zahl und die Art der berufsrechtlichen Beschwerden und die daraufhin erfolgten Maßnahmen systematisch dokumentiert und damit für Deutschland erstmals sichtbar und messbar gemacht werden. Da es in Deutschland – anders als in den herangezogenen Vergleichsländern – jedoch keine Informationen über die Tätigkeit der derzeit hierfür

zuständigen Behörden gibt, ist eine Bewertung, ob und inwieweit überhaupt ein Regelungsdefizit besteht, letztlich nicht möglich.

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

Hervorzuheben ist zudem, dass es den in den Bundesländern Rheinland-Pfalz, Schleswig-Holstein und Niedersachsen entstehenden Pflegekammern ohnehin nur möglich sein wird, Verweise und Bußgelder zu verhängen. Dies ist jedoch kein Spezifikum für die Verkammerung des Pflegeberufs, sondern gilt ebenso für andere Berufskammern im Gesundheitswesen. Der Entzug der Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung bleibt den im jeweiligen Land zuständigen Behörden vorbehalten. Der Handlungsspielraum der Berufskammern und ihr Drohpotenzial durch berufsrechtliche Untersuchungen sind damit in Deutschland begrenzt.

Dennoch entsteht – und dies ist nicht zu unterschätzen – mit der Errichtung von Pflegekammern ein Ansprechpartner für Patienten, Angehörige und Arbeitgeber, an den Beschwerden gegen Pflegekräfte gerichtet werden können. Der Blick nach Großbritannien hat gezeigt, dass Patienten und Angehörige diese Möglichkeit – insbesondere seit der Shipman Inquiry und der damit verbundenen medialen Berichterstattung – immer häufiger nutzen. Gleichzeitig wurde deutlich, dass der britische Gesetzgeber und die Aufsichten der Berufskammern die Umsetzung der Berufsgerichtsbarkeit kontinuierlich und äußerst kritisch begleiten. Dies zeigt einerseits das Potenzial von Pflegekammern in Bezug auf Patienten- und Verbraucherschutz. Andererseits erscheint – zumindest eine regelmäßige Überprüfung der Kammern mit Blick auf die diesbezüglichen Aktivitäten – durch die Aufsicht bzw. den Gesetzgeber empfehlenswert.

Pflicht zur Kompetenzerhaltung und zur Weiterbildung

Welche Auswirkungen hat die Errichtung von Pflegekammern auf die Kompetenzerhaltung und die Weiterbildung? Die Mitglieder der Pflegekammern in den Ländern Rheinland-Pfalz, Schleswig-Holstein und Niedersachsen sind künftig verpflichtet, sich beruflich fortzubilden (§ 22 HeilBG, § 29 PBKG, § 22 PflegeKG). Näheres werden die durch die Kammern zu erlassenden Berufsordnungen regeln. Vor dem Hintergrund des technischen Fortschritts und der stetig komplexer werdenden Anforderungen an die pflegerische Versorgung

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

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

Die Übertragung der Ausformulierung von Lerninhalten an die Berufsgruppe wäre ein weiteres anstrebenswertes Ziel. Die heute durch die Berufsgruppe oftmals artikulierte „Fremdbestimmung“ könnte auf diesem Wege erheblich verringert werden. Auch stiege auf diese Weise das Bewusstsein über die eigenen Kompetenzen und den eigenen Wissensstand. Es ist zu hoffen, dass die Anpassung der Fort- und Weiterbildung – erfolgt sie durch die Berufsgruppe selbst – neuere Entwicklungen und Anforderungen beschleunigt aufgreift und auch erweiterten Aufgabenfeldern der Pflege gerecht werden kann. Die Administration der Weiterbildung durch Kammern eröffnet ferner die Chance, die heute vorhandene Heterogenität der Abschlüsse zwischen den Bundesländern zu verringern bzw. zu nivellieren. Nach dem Vorbild der ärztlichen (Muster-) Weiterbildungsordnung und (Muster-)Richtlinien, welche durch die Bundesärztekammer erarbeitet werden und empfehlenden Charakter für alle Landesärztekammern haben, könnten perspektivisch auch die zukünftigen Landespflegekammern die Weiterbildung harmonisieren.

Interessenvertretung und Mitwirkung an der (unter-)gesetzlichen Normgebung

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

Heute ist die Einbindung des Berufsstands der Pflegenden in den gesetzlichen Kontext von Berufsbildungs- und Regulierungsfragen nicht institutionalisiert. Mit Inkrafttreten des neuen Pflegeberufsgesetzes wird zumindest pflegfachliche und pflegepädagogische Expertise in die Erstellung der Rahmenlehrpläne einfließen. Die Experten werden aber durch das BMG und BMBF benannt (§ 53 PflBG).

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

Nach Errichtung von Landespflegekammern haben die jeweiligen Gesetzgeber und Landesregierungen mit den Pflegekammern einen demokratisch legitimierten Ansprechpartner. Die Beratung bei der Norm- und der Gesetzgebung ist explizit als Aufgabe einer Kammer formuliert (§ 3 Abs. 2 S. 1 Nr. 5 HeilBG, § 3 Abs. 1 S. 1 Nr. 2 PBKG, § 7 Abs. 1 S. 1 Nr. 5b PflegeKG). Auch wäre eine Kammer zum Beispiel in die Landespflegeausschüsse eingebunden, die Empfehlungen zur Umsetzung der Pflegeversicherung geben (§ 121 und § 122 HeilBG). Gesundheitspolitik ist in Deutschland jedoch in großen Teilen Sache des Bundes. Das Gesundheits- und Pflegesystem wird durch das SGB V und das SGB XI normiert. Die Landespflegekammern müssen folglich – analog der Arbeitsgemeinschaft der Landesärztekammern, der Bundesärztekammer – ihre Interessen auf Bundesebene harmonisieren und geltend machen.

Aussagen, ob die Interessenvertretung der Pflege durch die Errichtung von Kammern gelingen wird, können auf Basis der hier durchgeführten Untersuchung nicht abgeleitet werden. Zum einen, da das hier gewählte Vergleichsland Großbritannien nicht durch ein korporatistisches Sozialversicherungssystem geprägt ist und somit die institutionalisierte Interessenvertretung dort einen anderen Stellenwert einnimmt. Zum anderen aber insbesondere auch deshalb, da der dortige Gesetzgeber bei der Ausgestaltung der beruflichen Regulierung explizit entgegengesetzte Ziele verfolgt: Alle Reformbemühungen der letzten Jahrzehnte waren ausgerichtet an der Maßgabe, die berufliche Regulierung auf ihren primären Zweck zu reduzieren, nämlich Patienten, Pflegebedürftige und Angehörige vor unsachgemäßer Pflege zu schützen (Protection of Public). Die Stärkung der Interessenvertretung durch Berufskammern spielt in der britischen Diskussion keine Rolle. Im Gegenteil: Das „Selbst“ in der Selbstverwaltung wurde gerade deshalb eingeschränkt, da davon ausgegangen wurde, dass die beruflichen Interessen einer effizienten Ausgestaltung und Administrierung der beruflichen Regulierung im Wege stehen.

10 Schriftliche Erklärung

Hiermit erkläre ich,

Antje Schwinger
(geboren am 16. Juni 1976),

dass

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

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

Ort, Datum

Unterschrift

Literaturverzeichnis

83. GMK (2010): Beschluss der 83. Gesundheitsministerkonferenz der Länder vom 1.7.2010, TOP 5.6 "Elektronisches Beruferegister für Gesundheitsfachberufe (eGBR) - Bericht der Bund-Länder-Arbeitsgruppe Telematik im Gesundheitswesen (BLAG)" - Anlage. URL: https://www.gmkonline.de/beschluesse/Protokoll_83-GMK_Top0506_Anlage_eGBR-Bericht.pdf [Stand 26.06.2015].
- ABBOTT, A. (1988): *The System of Profession - An Essay on the Division of Expert Labor*. Chicago und London: The University of Chicago Press.
- AFENTAKIS, A. / MAIER, T. (2013): Sind Pflegekräfte aus dem Ausland ein Lösungsansatz, um den wachsenden Pflegebedarf decken zu können? *Bundesgesundheitsblatt* **56**.
- AIKEN, L. A. / SLOANE, S. M. / BRUYNEEL, L. / VAN DEN HEEDE, K. / GRIFFITHS, P. / BUSSE, R. / DIOMIDOUS, M. / KINNUNEN, J. / KÓZKA, M. / LESAFFRE, E. / MCHUGH, M. / MORENO-CASBAS, M. T. / RAFFERTY, A. M. / SCHWENDIMANN, R. / SCOTT, P. A. / TISHELMAN, C. / ACHTERBERG, T. / SERMEUS, W. (2014): Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *Lancet* **383**.
- AKERLOF, G. A. (1970): The Market for "Lemons": Quality Uncertainty and the Market Mechanism. *The Quarterly Journal of Economics* **84** (3).
- ALBRECHT, J. (1996): Rechtliche und soziologische Aspekte einer Kammer für Pflegeberufe. *Pflegezeitschrift* **4** (wissenschaftliche Beilage).
- ALBRECHT, J. / LACHMANN, B. / NIEHUS, H. G. / SÖLKEN, U. (2002): Memorandum zur Kammer für Pflegeberufe. *Pflegezeitschrift* **2**.
- ALLSOP, J. / SAKS, M. (2003): *Regulating the Health Professions*. London: SAGE Publications Ltd.
- ALPHA RESEARCH (2008): A Review of pre-registration nursing education - Report of consultation findings. URL: <http://www.nmc-uk.org/Documents/Consultations/RPNE/RPNE%20Phase%201/RPNE%20Phase1%20final%20report.pdf> [Stand 29.11.2012].
- ALPHA RESEARCH (2012): Increase in annual registration fees - report of consultation findings. URL: <http://www.nmc-uk.org/Documents/Consultations/Reports%20of%20consultation%20findings%20from%20Alpha%20Research.PDF> [Stand 27.11.2012].
- ANDERSSON, P. L. / EDBERG, A.-K. (2012): Swedish nursing students' experience of aspects important for their learning process and their ability to handle the complexity of the nursing degree program. *Nurse Education Today* **32**.
- ANELL, A. / GLENNGÅRD, A. / MERKUR, S. (2012): Sweden: Health system review. *Health Systems in Transition* **14** (5).
- ATHLIN, E. / LARSSON, M. / SODERHAMN, O. (2012): A model for a national clinical final examination in the Swedish bachelor programme in nursing. *Journal of Nursing Management* **20**.

- BA (2014): *Der Arbeitsmarkt in Deutschland - Fachkräfteengpassanalyse - Juni 2014*. Nürnberg: Bundesagentur für Arbeit.
- BALDWIN, R. / CAVE, M. / LODGE, M. (2012): *Understanding Regulation: Theory, Strategy, and Practice*. Oxford: Oxford University Press.
- BALL, J. (2005a): Maxi Nurses. Advanced and Specialist Nursing Roles: Results from a Survey of RCN Members in Advanced and Specialist Nursing Roles. URL: https://www.rcn.org.uk/_data/assets/pdf_file/0006/78657/002756.pdf [Stand 01.12.2012].
- BALL, J. (2005b): NMC Consultation on a proposed framework for the standard for post-registration nursing. URL: <http://www.nmc-uk.org/Get-involved/Consultations/Past-consultations/By-year/The-proposed-framework-for-the-standard-for-post-registration-nursing---February-2005/> [Stand 3.12.2012].
- BALL, J. (2006a): Nurse Practitioner 2006 - The Results of a Survey of Nurse Practitioner's Conducted on Behalf of the RCN Nurse Practitioner Association. URL: http://www.rcn.org.uk/_data/assets/pdf_file/0005/78764/003183.pdf [Stand 23.11.2012].
- BALL, J. (2006b): Responses to the NMC Consultation on Proposals Arising from a Review of Fitness for Practice at the Point of Registration. URL: <http://www.nmc-uk.org/Get-involved/Consultations/Past-consultations/By-year/Proposals-arising-from-a-review-of-fitness-for-practice-at-the-point-of-registration---December-2005/> [Stand 22.03.2013].
- BARONI, E. / AXELSSON, R. (2012): Annual National Report 2012: Pensions, Health Care and Long-term Care. Sweden. On behalf of the Care European Commission, DG Employment, Social Affairs and Inclusion URL: http://www.socialprotection.eu/files/db/1289/asisp_ANR12_SWEDEN.pdf [Stand 07.08.2013].
- BARTH, L. (2007a): Standortbestimmung der Pflege (Teil 1). *PflegeRecht* **6**.
- BARTH, L. (2007b): Standortbestimmung der Pflege (Teil 2). *PflegeRecht* **7**.
- BARTH, L. (2007c): Standortbestimmung der Pflege (Teil 3). *PflegeRecht* **8**.
- BAUCKHAGE-HOFFER, F. (2014): Aktuelle Statements der Pflegekammerbefürworter - Polemik statt Argumente. *Gesundheit und Pflege* (3).
- BEHRENDTS, S. (2001): *Neue Politische Ökonomie: Systematische Darstellung und kritische Beurteilung ihrer Entwicklungsleitlinien*. München: Verlag Vahlen.
- BERAUS, S. (2005): Berufliche Selbstverwaltung in Großbritannien. *Die Schwester Der Pfleger* **44. Jahrg. 9** (44).
- BERGER, A. (2005): *Die Bundesärztekammer* Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG.
- BERNSTEIN, M. H. (1955): *Regulating business by an independent commission*. Princeton, N.J: Princeton University Press.
- BIB (2012): *Bundesinstitut für Berufsbildung: Bekanntmachung des Verzeichnisses der anerkannten Ausbildungsberufe und des Verzeichnisses der zuständigen Stellen: Vom 25. Juni 2012*. BAnz AT 31.07.2012 B7.

- BISCHHOFF-WANNER, C. (2001): 170 Jahre Sonderweg in der Ausbildung der Pflege - und kein Ende!? - Über das Ausbildungsmodell "Pflege neu denken". Hrsg. von der Robert Bosch Stiftung. *Pflege & Gesellschaft* **6** (3).
- BISHOLT, B. (2012): The learning process of recently graduated nurses in professional situations — Experiences of an introduction program. *Nurse Education Today* **32**.
- BISPINCK, R. / DRIBBUSCH, H. / ÖZ, F. / STOLL, E. (2012): Einkommens- und Arbeitsbedingungen in Pflegeberufen - Arbeitspapier 07/2012. URL: http://www.boeckler.de/pdf/ta_lohnspiegel_pflegerberufe_2012.pdf [Stand 21.02.2014].
- BLANK, R. / BURAU, V. (2007): *Comparative Health Policy - 2nd Edition*. New York: Palgrave Macmillan.
- BLEGEN, M. A. / GOODE, C. J. / PARK, S. H. / VAUGHN, T. / SPETZ, J. (2013): Baccalaureate Education in Nursing and Patient Outcomes. *The Journal of Nursing Administration* **43** (2).
- BLUM, K. / SCHILZ, P. / ISFORT, M. / WEIDNER, F. (2006): *Pflegeausbildung im Umbruch. Pflegeausbildungsstudie Deutschland (PABiS)* Düsseldorf: Deutsche Krankenhaus Verlagsgesellschaft.
- BMBF (2013): Auswertung der amtlichen Statistik zum Anerkennungsgesetz: Erste amtliche Statistik zum Anerkennungsgesetz belegt: Auslandsabschlüsse sind überwiegend gleichwertig. URL: http://www.erkennung-in-deutschland.de/html/de/statistik_zum_bundesgesetz.php [Stand 27.11.2013].
- BMFSFJ (2008): *Pflegeausbildung in Bewegung - Schlussbericht der wissenschaftlichen Begleitung*. Berlin: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.
- BMG (2012): Bund-Länder-Arbeitsgruppe Weiterentwicklung der Pflegeberufe: Eckpunkte zur Vorbereitung des Entwurfs eines neuen Pflegeberufsgesetzes. URL: http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/P/Pflegeberuf/20120301_Endfassung_Eckpunktepapier_Weiterentwicklung_der_Pflegeberufe.pdf [Stand 08.02.2013].
- BÖGE, W. (2010): *Kassenärztliche Vereinigungen und Ärztekammern im Europäischen Kartellrecht - Europäische Hochschulschriften - Reihe II: Rechtswissenschaft*. Frankfurt am Main: Peter Lang.
- BÖGEMANN-GROßHEIM, E. (2002): *Die berufliche Ausbildung von Krankenpflegekräften: Kontinuitäten, Versicherungen, Reformansätze und Zukunftsrisiken einer Ausbildung besonderer Art*. Frankfurt am Main: Mabuse Verlag.
- BÖGEMANN-GROßHEIM, E. (2004): Zum Verhältnis von Akademisierung, Professionalisierung und Ausbildung im Kontext der Weiterentwicklung pflegerischer Berufskompetenz in Deutschland. *Pflege & Gesellschaft* **9** (3).
- BOLLINGER, H. (1999a): Die Akademisierung der Pflege - Eine Zwischenbilanz, 1. Teil. *Die Schwester Der Pfleger* **38** (4).
- BOLLINGER, H. (1999b): Die Akademisierung der Pflege - Eine Zwischenbilanz, 2. Teil. *Die Schwester Der Pfleger* **38** (5).

- BOLLINGER, H. / GERLACH, A. / GREWE, A. (2006): Die Professionalisierung der Pflege zwischen Traum und Wirklichkeit. In: PUNDT, J. (Hrsg.) *Professionalisierung im Gesundheitswesen*. Bern: Verlag Hans-Huber, 76-92.
- BOLLINGER, H. / GREWE, A. (2002): Die akademisierte Pflege in Deutschland zu Beginn des 21. Jahrhunderts – Entwicklungsbarrieren und Entwicklungspfade. *Jahrbuch für kritische Medizin* **37**.
- BOYLE, S. (2011): United Kingdom (England): Health system review. *Health Systems in Transition* **13** (1).
- BRADSHAW, A. / MERRIMAN, C. (2007): Nursing competence 10 years on: fit for practice and purpose yet? *Journal of Clinical Nursing* **17**.
- BREYER, F. / ZWEIFEL, P. / KIFMANN, M. (2005): *Gesundheitsökonomik*. Berlin: Springer-Verlag.
- BUCHAN, J. / SECCOMBE, I. (2006): *Worlds Apart? The UK and International Nurses*. London: Royal College of Nursing.
- BUCHAN, J. / SECCOMBE, I. (2008): *An incomplete plan: The UK nursing labour market review 2008*. London: Royal College of Nursing.
- BUCHAN, J. / SECCOMBE, I. (2010): *Sustaining the long view: The UK nursing labour market review 2010*. London: Royal Collage of Nursing.
- BUCHAN, J. / SECCOMBE, I. (2011): *A decisive decade: The UK nursing labour market review 2011*. London: Royal Collage of Nursing.
- BUCHAN, J. / SECCOMBE, I. (2012): *Overstretched. Under-resourced. The UK nursing labour market review 2012*. London: Royal College of Nursing.
- BURAU, V. / BLANK, R. (2006): Comparing Health Policy: An Assessment of Typologies of Health Systems. *Journal of Comparative Policy Analysis* **8** (1).
- BUSSE, R. / RIESBERG, A. (2005): *Gesundheitssysteme im Wandel: Deutschland*. Kopenhagen: WHO Regionalbüro für Europa im Auftrag des Europäischen Observatoriums für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik.
- CASSIER-WOIDASKY, A. (2011): Professionsentwicklung in der Pflege und neue Formen der Arbeitsteilung im Gesundheitswesen. *Jahrbuch für kritische Medizin und Gesundheitswissenschaften* **47**.
- CHRE (2008): Special Report to the Minister of State for Health Services on the Nursing and Midwifery Council. URL: http://www.chre.org.uk/img/pics/library/pdf_1321357757.pdf [Stand 3.12.2012].
- CHRE (2009): Advanced Practice: Report to the four UK Health Departments. URL: http://www.chre.org.uk/img/pics/library/090709_Advanced_Practice_report_FINAL.pdf [Stand 30.11.2012].
- CHRE (2012): Strategic review of the Nursing and Midwifery Council Final report. URL: http://www.chre.org.uk/img/pics/library/120702_CHRE_Final_Report_for_NMC_strategic_review_%28pdf%29_1.pdf [Stand 23.11.2012].
- CHRISTENSEN, J. G. (2011): Competing theories of regulatory governance: reconsidering the public interest theory of regulation. In: LEVI-FAUR, D.

- (Hrgs.) *Handbook On The Politics Of Regulation*. Cheltenham, UK, Northampton, MA, USA: Edward Elgar.
- COLOMBO, F. / LLENA-NOZAL, A. / MERCIER, J. / TJADENS, F. (2011): *Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care. OECD Health Policy Studies*. OECD Publishing.
- COMAS-HERRERA, A. / PICKARD, L. / WITTENBERG, R. / MALLEY, J. (2010): The Long Term Care System for the Eldery in England. URL: [http://www.ancien-longtermcare.eu/sites/default/files/ENEPRI%20 ANCIEN_%20RRNo%2074_England.pdf](http://www.ancien-longtermcare.eu/sites/default/files/ENEPRI%20_ANCIEN_%20RRNo%2074_England.pdf) [Stand 07.09.2013].
- COMBE, A. / HELSPER, W. (1996): Einleitung: Pädagogische Professionalität. In: HELSPER, W. / COMBE, A. (Hrgs.) *Pädagogische Professionalität: Untersuchungen zum Typus pädagogischen Handelns*. Suhrkamp Verlag.
- COMMITTEE ON INTERNAL MARKET AND CONSUMER PROTECTION (23/01/2013): COMPROMISE AMENDMENTS on the Draft Report on Proposal for a Directive of the European Parliament and of the Council Amending Directive 2005/36/EC on the Recognition of Professional Qualifications and Regulation on Administrative Cooperation through the Internal Market Information System (COM(2011)0883 – C7 0512/2011 – 2011/0435(COD)). URL: http://www.europarl.europa.eu/meetdocs/2009_2014/organes/imco/imco_2013_0123_0900.htm [Stand 26.06.2015].
- COOPER, R. / GUILLAUME, L. / AVERY, T. / ANDERSON, C. / BISSELL, P. / HUTCHINSON, A. / LYMN, J. / MURPHY, E. / WARD, P. / RATCLIFFE, J. (2008): Nonmedical Prescribing in the United Kingdom Developments and Stakeholder Interests. *The Journal of Ambulatory Care Management* **31** (3).
- COX, C. / FOSTER, S. (1990): *The Cost and Benefits of Occupational Regulation*. Washington, DC Bureau of Economics, Federal Trade Commission, Government Printing Office.
- CREEDON, R. / O'CONNELL, E. / MCCARTHY, G. / LEHANE, B. (2009): An evaluation of nurse prescribing. Part 1: a literature review. *British Journal of Nursing* **18** (21).
- CROLEY, S. P. (2011): Beyond Capture: towards a new Theory of Regulation. In: LEVI-FAUR, D. (Hrgs.) *Handbook On The Politics Of Regulation*. Cheltenham, UK, Northampton, MA, USA: Edward Elgar.
- DAHEIM, H. (1992): Zum Stand der Professionssoziologie. In: DEWE, B. / FERCHHOFF, W. / OLAF-RADTKE, F. (Hrgs.) *Erziehen als Profession. Zur Logik professionellen Handelns in pädagogischen Feldern*. Opladen: Leske und Budrich.
- DALY, W. / CARNWELL, R. (2003): Nursing roles and levels of practice: a framework for differentiating between elementary, specialist and advancing nursing practice. *Journal of Clinical Nursing* **12**.
- DARMANN-FINCK, I. (2012): Wirkungen einer akademischen Erstausbildung von professionell Pflegenden im Spiegel internationaler Studien. *Pflege & Gesellschaft* **17** (3).

DARMANN-FINCK, I. / MUTHS, S. / GÖRRES, S. / ADRIAN, C. / BOMBALL, J. / REUSCHENBACH, B. (2014): Inhaltliche und strukturelle Evaluation der Modellstudiengänge zur Weiterentwicklung der Pflege- und Gesundheitsfachberufe in NRW: Abschlussbericht Dezember 2014. Studie im Auftrag des Ministeriums für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen. URL: http://www.mgepa.nrw.de/mediapool/pdf/pflege/20150528_NRW-Abschlussbericht-End-26_05_2015.pdf [Stand 07.10.2016].

DAVIES, C. (2003): Registering a Difference: Changes in the Regulation of Nursing. In: ALLSOP, J. S., M (Hrgs.) *Regulating the Health Professions*. London: SAGE Publications Ltd

DAVIES, C. (2007): Regulating the health care workforce: next steps for research. *Journal of Health Services Research & Policy* **9** (1).

DAVIES, C. / BEACH, A. (2000): *Interpreting Professional Self-Regulation*. London: Routledge.

DBFK (2011): Advanced Nursing Practice. Pflegerische Expertise für eine leistungsfähige Gesundheitsversorgung. URL: www.dbfk.de/download/download/ANP-Broschuere-2011-final.pdf [Stand 10.03.2013].

DELAMAIRE, M. / LAFORTUNE, G. (2010): *Nurses in Advanced Roles*. OECD Working Paper.

DELLAVIGNA, S. (2009): Psychology and Economics: Evidence from the Field. *Journal of Economic Literature* **47** (2).

DH (1999): *Review of Prescribing, Supply and Administration of Medicines - Final Report*. London: Department of Health.

DH (2006a): *Good doctors, safer patients - Proposals to Strengthen the System to assure and improve the Performance of Doctors and to protect the Safety of Patients*. London: Department of Health.

DH (2006b): The Regulation of the Non-Medical Healthcare Professions. URL: http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20130107105354/http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_4137295.pdf [Stand 10.05.2015].

DH (2010): Advanced Level Nursing: A Position Statement. URL: https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/215935/dh_121738.pdf [Stand 10.05.2015].

DH (2012): *Liberating the NHS: Developing the Healthcare Workforce from Design to Delivery*. London: Department of Health.

DIELMANN, G. (2001): Pflegeausbildung neu gedacht? - Zum Ausbildungsmodell einer Zukunftswerkstatt der Robert Bosch Stiftung. *Pflege & Gesellschaft* **6** (3).

DIELMANN, G. (2006): *Krankenpflegegesetz und Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe der Krankenpflege - Kommentar für die Praxis*. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag.

DKI (2008): *Neuordnung von Aufgaben des Ärztlichen Dienstes*. Düsseldorf: Deutsches Krankenhausinstitut.

- DÖHLER, M. (1997): *Die Regulierung von Professionsgrenzen: Struktur und Entwicklungsdynamik von Gesundheitsberufen im internationalen Vergleich*. Frankfurt/Main; New York: Campus Verlag.
- DORSEY, C. / SCHOWALTER, J. (2008): *The First 25 Years*. Chicago: National Council of State Boards of Nursing, Inc.
- DPR (2004): Rahmen - Berufsordnung für professionell Pflegende. URL: [http://www.deutscher-pflegerat.de/dpr.nsf/3F6CE4D95D84F8EDC12572B9003A1EF2/\\$File/Rahm
nberufsordnung.pdf](http://www.deutscher-pflegerat.de/dpr.nsf/3F6CE4D95D84F8EDC12572B9003A1EF2/$File/Rahm
nberufsordnung.pdf) [Stand 08.02.2013].
- ELKAN, R. (1995): Project 2000: a review of published research. *Journal of Advanced Nursing* **22**.
- EMDE, E. T. (1991): *Die demokratische Legitimation der funktionalen Selbstverwaltung. Eine verfassungsrechtliche Studie anhand der Kammern, der Sozialversicherungsträger und der Bundesanstalt für Arbeit*. St. Augustin: Duncker & Humblot.
- ESPING-ANDERSEN, G. (1990): *The Three Worlds of Welfare Capitalism*. Cambridge U.K.: Polity Press.
- FEINTUCK, M. (2010): Regulatory Rationales Beyond the Economic: In Search of the Public Interest. In: BALDWIN, R. / CAVE, M. / LODGE, M. (Hrsg.) *The Oxford Handbook of Regulation*. New York: Oxford University Press.
- FOKUSGROUP_{UK} (2008): *A review of pre-registration nursing education – Focus Group Report May 2008*. London: Nursing and Midwifery Council.
- FREIDSON, E. (1970): *Profession of Medicine: A Study of the Sociology of Applied Knowledge*. Chicago: Neuauflage durch University Of Chicago Press (1988).
- FREIDSON, E. (2001): *Professionalism, the Third Logic: On the Practice of Knowledge*. Chicago University Of Chicago Press.
- FRIEDMAN, M. (1962): *Capitalism and Freedom*. Chicago: University of Chicago Press.
- FRITSCH, M. / WEIN, T. / EWERS, H. J. (2007): *Marktversagen und Wirtschaftspolitik: Mikroökonomische Grundlagen staatlichen Handelns*. München: Vahlen.
- FUKUSHIMA, N. / ADAMI, J. / PALME, M. (2010): The Long-Term Care System for the Elderly in Sweden. URL: <http://www.ancien-longtermcare.eu/> [Stand 05.10.2013].
- GERLACH, A. (2005): Akademisierung ohne Professionalisierung. Die Berufswelt der ersten Pflegeakademiker in Deutschland. In: BOLLINGER, H. / GERLACH, A. / PFADENHAUER, M. (Hrsg.) *Gesundheitsberufe im Wandel - Soziologische Beobachtungen und Interpretationen*. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag GmbH, 71-102.
- GERLACH, F. M. / SZECSENYI, J. (2013): Abschlussbericht zur Evaluation der Hausarztzentrierten Versorgung (HzV) nach § 73b SGB V in Baden-Württemberg (2010-2011) URL: http://www.aok-gesundheitspartner.de/imperia/md/gpp/bw/arztundpraxis/hzv/bw_hzv_eval_2008_2010.pdf [Stand 19.03.2013].

- GÖRRES, S. / PANTER, R. / MITTNACHT, B. (2006): *Bundesweite Erhebung der Ausbildungsstrukturen an Altenpflegeschulen (BEA)*. Berlin: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.
- GÖRRES, S. / STÖVER, M. / SCHMITT, S. / BOMBALL, J. / SCHWANKE, A. (2009): Qualitätskriterien für Best Practice in der Pflegeausbildung – Synopse evaluierter Modellprojekte. URL: http://www.ipp.uni-bremen.de/downloads/abteilung3/abschlussbericht_best_practice.pdf [Stand 20.02.2013].
- GREEN, D. P. / SHAPIRO, I. (1999): *Rational Choice. Eine Kritik am Beispiel von Anwendungen in der Politischen Wissenschaft*. Oldenbourg: De Gruyter.
- GROBE, T. G. / BITZER, E. M. / SCHWARTZ, F. M. (2013): *BARMER GEK Arztreport 2013*. Siegburg: Asgard-Verlagsservice GmbH.
- HABERKERN, K. / BRANDT, M. (2010): Intergenerationale und professionelle Unterstützung älterer Personen in Europa. *WSI Mitteilungen* **4**.
- HAMRIC, A. B. / SPROSS, J. A. / HANSON, C. M. (2009): *Advanced Practice Nursing: An integrative Approach*. St. Louis, Missouri: Saunders Elsevier.
- HANIKA, H. (2012): Gesundheitspolitik in Europa – Pflegekammer sichert Partizipationsrecht. *Heilberufe* **64** (1).
- HANIKA, H. / ROßBRUCH, R. (2007): Europa und die Pflegequalifikationen in Deutschland. Die neue EG-Richtlinie über die Anerkennung von Berufsqualifikationen (2. Teil). *PflegeRecht*.
- HANTKE-DOMAS, M. (2003): The Public Interest Theory of Regulation: Non-Existence or Missinterpretation? *European Journal of Law and Economics* **15** (2).
- HEINTZE, C. (2012): *Auf der Highroad - der skandinavische Weg zu einem zeitgemäßen Pflegesystem*. Bonn: Friedrich-Ebert Stiftung.
- HESSE, H. A. (1968): *Berufe im Wandel: Ein Beitrag zum Problem der Professionalisierung*. Stuttgart: Enke.
- HILTON, G. W. (1972): The Basic Behavior of Regulatory Commissions. *American Economic Review* **62** (2).
- HINCHLIFF, S. / ROGERS, R. (2008): *Competencies for Advanced Nursing Practice*. London.
- HÖGSKOLEVERKET (1997): Högskoleutbildningar inom vård och omsorg – En utredning. URL: <http://www.hsv.se/download/18.539a949110f3d5914ec800087400/9702R.pdf> [Stand 07.08.2013].
- HÖGSKOLEVERKET (2003): Remissvar Översyn av nytexaminerade sjuksköterskors yrkeskunnande och kompetens i förhållande till hälso- och sjukvårdens behov. URL: <http://www.hsv.se/download/18.539a949110f3d5914ec800083839/13-320-03.pdf> [Stand 07.08.2013].
- HÖGSKOLEVERKET (2007): Utvärdering av grund-utbildningar i medicin och vård vid svenska universitet och högskolor Del 1 - Rapport 2007:23 R. URL:

- http://www.hsv.se/download/18.5b73fe55111705b51fd80002810/0723R_del01.pdf [Stand 05.08.2013].
- HÖGSKOLEVERKET (2010): Sjuksköterskors specialistutbildning – vilket slags examen? URL: <http://www.hsv.se/publikationer/rapporter/2010/sjukskoterskorsspecialistutbildningvilketlagsexamen.5.6832ff2c127b965f2d58000832.html> [Stand 05.07.2013].
- HOUSE OF COMMONS HEALTH COMMITTEE (2011): *Annual Accountability Hearing with the Nursing and Midwifery Council*. London: The Stationery Office.
- HOUSE OF COMMONS HEALTH COMMITTEE (2013): *After Francis: Making a Difference. Third Report of Session 2013-14*. London: The Stationery Office.
- HSAN (2013): Verksamhetsredogörelse 2012. URL: http://www.kammarkollegiet.se/sites/default/files/verksamhetsredogorelse_hsan_2012_pdf.pdf [Stand 25.07.2013].
- HUMPHREYS, J. (2000): Education and the professionalization of nursing: non-collective action and the erosion of labourmarket control. *Journal of Education Poli* **15** (3).
- HUMPHRIES, R. (2013): *Paying for Social Care. Beyond Dilnot*. London: The King's Fund.
- HUTWENGLER, M. (2005): Zum Problem der Professionalisierungsbedürftigkeit pflegerischen Handelns. In: BOLLINGER, H. / GERLACH, A. / PFADENHAUER, M. (Hrgs.) *Gesundheitsberufe im Wandel - Soziologische Beobachtungen und Interpretationen*. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag GmbH, 147-160.
- IAB (2015): Was man in den Pflegeberufen in Deutschland verdient. URL: http://www.patientenbeauftragter.de/images/pdf/2015-01-27_Studie_zu_den_Entgelten_der_Pflegeberufe.pdf [Stand 12.03.2015].
- IGL, G. (2008): *Weitere öffentlich-rechtliche Regulierung der Pflegeberufe und ihrer Tätigkeit*. München: Urban & Vogel.
- IGL, G. (2014): Personelle leistungserbringende Akteure im Gesundheitswesen: Ärzte, Pflegeberufe und andere Heilberufe. In: IGL, G. / WELTI, F. (Hrgs.) *Gesundheitsrecht. Eine Einführung. 2. Auflage*. München: Verlag Franz Vahlen GmbH.
- IGL, G. (2015): Berufrechtliche Begleitforschung zur Auswertung der im Land Nordrhein-Westfalen gemäß der 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) durchgeführten Modellvorhaben nach § 4 Absatz 6 und 7 des Altenpflegegesetzes, § 4 Absatz 6 und 7 des Krankenpflegegesetzes, § 4 Abs. 5 des Ergotherapeutengesetzes, § 6 Absatz 3 des Hebammengesetzes, § 4 Absatz 5 des Logopä-dengesetzes und § 9 Absatz 2 des Masseur- und Physiotherapeutengesetzes. URL: http://www.mgepa.nrw.de/mediapool/pdf/pflege/20150528_Abschlussbericht-Berufrechtliche-Begleitforschung-Prof-Igl.pdf [Stand 10.10.2016].

- IMISON, C. / BUCHAN, J. / XAVIER, S. (2009): *NHS Workforce Planning - Limitations and possibilities*. London: King's Fund.
- INFO GMBH (2014): Ergebnisse einer repräsentativen Befragung zur Errichtung einer Pflegekammer in Hamburg - Freie und Hansestadt Hamburg Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz. URL: <http://www.hamburg.de/contentblob/4272292/data/abschlussbericht-befragung.pdf> [Stand 03.05.2015].
- INFRA TEST DIMAP (2013): Evaluationsstudie „Pflegekammer Niedersachsen“: Eine Studie im Auftrag des Niedersächsischen Ministeriums für Soziales, Frauen, Familie, Gesundheit und Integration durchgeführt von Infratest dimap. URL: www.ms.niedersachsen.de/download/76170/Evaluationsstudie_Pflegekammer_Niedersachsen.pdf [Stand 05.03.2015].
- INSTITUTE OF MEDICINE (2011): *The Future of Nursing: Leading Change, Advancing Health*. Washington, D.C.: The National Academies Press.
- INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES (2010): Global database of nurse regulators. URL: <http://www.icn.ch/pillarsprograms/global-database/> [Stand 12.03.2013].
- ISFORT, M. (2003): Was ist Profession, was ist Professionalität, woran ist professionelles pflegerisches Handeln zu erkennen und wie wird es in der Praxis umgesetzt? (Teil I und II). *Pflege aktuell* 5 / 6
- J M CONSULTING (1996): The Regulation of the Health Professions - Report of a review of the Professions Supplementary to Medicine Act (1960) with recommendations for new legislation. URL: http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsLegislation/DH_4005411 [Stand 10.08.2012].
- J M CONSULTING (1998): The Regulation of Nurses, Midwives and Health Visitors - Report on a review of the Nurses, Midwives and Health Visitors Act 1997. URL: http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsLegislation/DH_4006034 [Stand 10.08.2012].
- JOSEFSSON, K. / SONDE, L. / ROBINS WAHLIN, T.-B. (2007): Registered nurses' education and their views on competence development in municipal elderly care in Sweden: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies* 44.
- KAPBORG, I. (1998): Nursing Education in Sweden: development from vocational training to higher level education. *Journal of Advanced Nursing* 27.
- KENDALL-GALLAGHER, D. / AIKEN, L. H. / DOUGLAS M. SLOANE, P. / CIMIOTTI, J. P. (2011): Nurse Specialty Certification, Inpatient Mortality, and Failure to Rescue *J Nurs Scholarsh* 43 (2).
- KING, G. / KEOHANE, R. / VERBA, S. (1994): *Designing Social Inquiry: Scientific Inference in Qualitative Research* Princeton, New Jersey: Princeton University Press.
- KLEINER, M. (2006): *Licensing Occupations - Ensuring Quality or Restricting Competition?* Kalamazoo, Michigan: W.E. Upjohn Institute for Employment Research

- KLEINER, M. M. / KUDRLE, R. T. (2000): Does regulation affect economic outcomes? The case of dentistry. *Journal of Law & Economics* **43** (2).
- KLEINER, M. M. / MARIER, A. / PARK, K. W. / WING, C. (2012): Relaxing Occupational Licensing Requirements: Analyzing Wages and Prices for a Medical Service. URL: <http://www.ncpa.org/pdfs/AEA.conference.relaxing.licensing.pdf> [Stand 08.11.2012].
- KLUTH, W. (1997): *Funktionale Selbstverwaltung: Verfassungsrechtlicher Status - verfassungsrechtlicher Schutz*. Tübingen: Mohr Siebeck.
- KNIEPS, G. (2005): *Wettbewerbsökonomie: Regulierungstheorie, Industrieökonomie, Wettbewerbspolitik*. Berlin: Springer.
- KOM(2011) 883 ENDGÜLTIG (19/12/2011): Vorschlag für die Richtlinie des Europäischen Parlaments und des Rates zur Änderung der Richtlinie 2005/36/EG über die Anerkennung von Berufsqualifikationen und die Verordnung über die Verwaltungszusammenarbeit mit Hilfe des Binnenmarktinformationssystems URL: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2011:0883:FIN:DE:PDF> [Stand 20.06.2015].
- KRAUS, M. / RIEDEL, M. / MOT, E. / WILLEME, P. / RÖHRLING, G. / CZYPIONKA, T. (2010): A Typologie of Long Term Care Systems in Europe. URL: <http://www.ancien-longtermcare.eu/> [Stand 21.08.2012].
- KREUTZER, S. (2005): *Vom "Liebesdienst" zum modernen Frauenberuf*. Frankfurt/ New York: Campus Verlag.
- KROEZEN, M. / VAN DIJK, L. / GROENEWEGEN, P. P. / FRANCKE, A. L. (2011): Nurse prescribing of medicines in Western European and Anglo-Saxon countries: a systematic review of the literature. *BMC Health Service Reseach* **11** (227).
- KUTNEY-LEE, A. / SLOANE, D. M. / AIKEN, L. H. (2013): Lower Rates Of Postsurgery Mortality An Increase In The Number Of Nurses With Baccalaureate Degrees Is Linked To Lower Rates Of Postsurgery Mortality. *Health Affairs* **32** (3).
- LARSON, M. (1977): *The rise of Professionalism - A sociological Analysis*. Berkeley and Los Angeles, Carlifornia: University of California Press.
- LATTER, S. / BLENKINSOPP, A. / SMITH, S. / CHAPMAN, S. / TINELLI, M. / GERARD, K. / LITTLE, P. / CELINO, N. / GRANBY, T. / NICHOLLS, P. / DORER, G. (2010): Evaluation of Nurse and Pharmacist Independent Prescribing. URL: http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_126429 [Stand 20.12.2012].
- LATTER, S. / MABEN, J. / MYALL, M. / COURTENAY, M. / YOUNG, A. / DUNN, N. (2005): An Evaluation of Extended Formulary Independent Nurse Prescribing. URL: http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20130107105354/http://dh.gov.uk/pod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_4114086.pdf [Stand 20.05.2015].

- LAUDER, W. / ROXBURGH, M. / HOLLAND, K. / JOHNSON, M. / WATSON, R. / PORTER, M. / TOPPING, K. / BEHR, A. (2008): Nursing and Midwifery in Scotland: Being Fit for Practice - The Report of the Evaluation of Fitness For Practice Pre-Registration Nursing and Midwifery Curricula Project - Final Report September 2008. URL: http://usir.salford.ac.uk/13929/1/Nursing_and_midwifery_in_Scotland_being_fit_for_practice_Final_report.pdf [Stand 23.11.2012].
- LAW COMMISSION (2012): Regulation of Health Care Professionals and Regulation of Social Care Professionals in England - A Joint Consultation Paper. URL: http://lawcommission.justice.gov.uk/docs/cp202_regulation_of_healthcare_professionals_consultation.pdf [Stand 10.01.2013].
- LAW, M. T. / KIM, S. (2005): Specialization and Regulation: The Rise of Professionals and the Emergence of Occupational Licensing Regulation. *Journal of Economic History* **65** (3).
- LAW, M. T. / MARKS, M. S. (2012): Certification vs. Licensure: Evidence from Registered and Practical Nurses in the United States, 1950-1970. URL: <http://faculty.ucr.edu/~mmarks/Papers/law2012certification.pdf> [Stand 28.05.2012].
- LEHMANN, Y. / BEUTNER, K. / KARGE, K. / AYERLE, G. / HEINRICH, S. / BEHRENS, J. / LANDENBERGER, M. (2014): *Bestandsaufnahme der Ausbildung in den Gesundheitsfachberufen im europäischen Vergleich*. Bundesministerium für Bildung und Forschung - Reihe Berufsbildungsforschung/ Band 115.
- LELAND, H. (1979): Quacks, Lemons, and Licensing: A Theory of Minimum Quality Standards. *Journal of Political Economy* **87** (6).
- LIJPHART, A. (1971): Comparative Politics and the Comparative Method. *American Political Science Review* **65** (3).
- LINBERG-KLOTZ, I. / HELM-KERKHOFF, C. (1990): Kammer für Pflegeberufe oder: Auf der Suche nach einem Selbstbestimmungsinstrument. *Die Schwester Der Pfleger* **9**.
- LINDAHL, B. / DAGBORN, K. / NILSSON, M. (2009): A student-centered clinical educational unit – Description of a reflective learning model. *Nurse Education in Practice* **9**.
- LÖFMARK, A. / THORKILDSEN, K. / RÅHOLM, M.-B. / NATVIG, G. K. (2012): Nursing students' satisfaction with supervision from preceptors and teachers during clinical practice. *Nurse Education in Practice* **12**.
- LONGLEY, M. / SHAW, C. / DOLAN, G. (2007): *Nursing: Towards 2015 - Alternative Scenarios for Healthcare, Nursing and Nurse Education in the UK in 2015*. Pontypridd: Welsh Institute for Health and Social Care.
- LÜCKE, S. (2013): Wo steht die Akademisierung? *Die Schwester Der Pfleger* **52** (3).
- LUGO, N. R. / O'GRADY, E. T. / HODNICKI, D. / HANSON, C. (2010): Are regulations more consumer-friendly when boards of nursing are the sole regulators of nurse practitioners? *Journal of Professional Nursing* **26** (1).
- MAC (2015): Partial review of the Shortage Occupation Lists for the UK and for Scotland. URL:

- https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/406775/Partial_review_of_the_SOL_for_UK_and_Scotland_Report.pdf [Stand 26.06.2015].
- MARTINI, M. (2014): *Die Pflegekammer- verwaltungspolitische Sinnhaftigkeit und rechtliche Grenzen*. Berlin: Verlag Duncker & Humblot
- MCHALE, J. / TINGLE, J. (2007): *Law and Nursing*. Butterworth-Heinemann Ltd.
- MEIFORT, B. (2001): Eliten brauchen Heloten. Heiteres Berufsbasteln in der Krankenpflege. *Dr. med. Mabuse* **26** (130).
- MERDA, M. / BRAESEKE, G. / DREHER, B. / BAUER, T. / MENNICKEN, R. / OTTEN, S. / TALMANN, A. / BRAU, H. (2012): *Chancen zur Gewinnung von Frachtkräften in der Pflegewirtschaft*. Berlin: Bundesministerium für Wirtschaft.
- MID STAFFORDSHIRE FOUNDATION TRUST PUBLIC INQUIRY (2013): *The Mid Staffordshire NHS Foundation Trust Public Inquiry. Chaired by Robert Francis QC*. London: The Stationery Office.
- MIEG, H. A. (2003): Problematik und Probleme der Professionssoziologie. Eine Einleitung. In: MIEG, H. A. / PFADENHAUER, M. (Hrsg.) *Professionelle Leistung - Professional Performance: Positionen der Professionssoziologie*. Konstanz: UvK Verlagsgesellschaft mbH.
- MILL, J. S. (1843 [1974]): *The Collected Works of John Stuart Mill, Volume VII - A System of Logic Ratiocinative and Inductive, Being a Connected View of the Principles of Evidence and the Methods of Scientific Investigation (Books I-III)*. Hrsg. John M. Robson, Introduction by R.F. McRae (Toronto: University of Toronto Press, London: Routledge and Kegan Paul, 1974). CHAPTER VIII: Of the Four Methods of Experimental Inquiry. URL: <http://oll.libertyfund.org/title/246/39845> [Stand 11.08.2012].
- MINISTRY OF EDUCATION, R. A. C. (2005): *New world – New university: A summary of Government Bill 2004/2005:162*. URL: http://www4.lu.se/upload/LUPDF/Bologna/Sverige_Bologna/new_world_new_univ_summary.pdf [Stand 07.08.2013].
- MORAN, M. (1999): *Governing the Health Care State: A Comparative Study of the United Kingdom, the United States, and Germany (Political Analyses)*. Manchester: Manchester University Press.
- MORAN, M. (2000): Understanding the welfare state: the case of health care. *British Journal of Politics and International Relations* **2** (2).
- NIEHUS, H. G. (2007): Die Selbstverwaltung der Pflege stärken. *Pflegezeitschrift* **60**.
- NMC (2001): *Standards for specialist education and practice*. London: Nursing and Midwifery Council.
- NMC (2004): *Standards of Proficiency for Pre-registration Nursing Education*. London: Nursing and Midwifery Council.
- NMC (2005): *Consultation on a Framework for the Standard for Post-registration Nursing*. URL: <http://www.nmc-uk.org/Documents/Consultations/NMC%20Consultation%20-%20port%20registration%20nursing%20-%20consultation%20document.pdf> [Stand 2.12.2012].

- NMC (2006a): *Consultation on Proposals arising from a Review of Fitness for Practice at the Point of Registration*. London: Nursing and Midwifery Council.
- NMC (2006b): Standards of Proficiency for Nurse and Midwife Prescribers. URL: <http://www.nmc-uk.org/Documents/Standards/nmcStandardsOfProficiencyForNurseAndMidwifePrescribers.pdf> [Stand 3.12.2012].
- NMC (2008a): *The Code: Standards of Conduct, Performance and Ethics for Nurses and Midwives*. London: Nursing and Midwifery Council.
- NMC (2008b): *Registering as a Nurse or Midwife in the United Kingdom - For Applicants from Countries outside the European Economic Area*. London: Nursing and Midwifery Council.
- NMC (2008c): *Standards to Support Learning and Assessment in Practice NMC Standards for Mentors, Practice Teachers and Teachers*. London: Nursing and Midwifery Council.
- NMC (2009): *Annual Report and Statutory Accounts for the Year Ending 31st March 2009*. London: Nursing and Midwifery Council.
- NMC (2010): *Standards for Pre-Registration Nursing Education*. London: Nursing and Midwifery Council.
- NMC (2011): *The Prep Handbook*. London: Nursing and Midwifery Council.
- NMC (2012a): *Nursing and Midwifery Council: Annual Fitness to Practise Report 2011-2012*. London: The Stationery Office.
- NMC (2012b): *Nursing and Midwifery Council: Annual Report and Accounts 2011-2012 and Strategic Plan 2012-2015*. London: The Stationery Office.
- NMC (2013): Revalidation Strategy. URL: <http://www.nmc-uk.org/Documents/Revalidation/The%20recommended%20revalidation%20model.pdf> [Stand 28.11.2013].
- NMC (2014): *Nursing and Midwifery Council: Annual Report and Accounts 2013–2014 and Strategic Plan 2014–2017*. London: The Stationery Office.
- NURSING TIMES (2012a): Absolute mess' as search for new NMC chair is abandoned. *Nursing Times* **19 July**.
- NURSING TIMES (2012b): Grave concerns' over appointment of new NMC chair. *Nursing Times* **31 July**.
- OECD (1987): *Financing and Delivering Health Care - A Comparative Analysis of OECD Countries*. Paris: OECD.
- OECD (2013): Health at a Glance 2013: OECD Indicators, . URL: http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2013-en [Stand 12.01.2014].
- OEVERMANN, U. (1996): Theoretische Skizze einer revidierten Theorie professionalisierten Handelns. In: HELSPER, W. / COMBE, A. (Hrgs.) *Pädagogische Professionalität: Untersuchungen zum Typus pädagogischen Handelns*. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag, 70 - 182.

- ÖHLÉN, J. / FURÅKER, C. / JAKOBSSON, E. / BERG, I. / HERMANSSON, E. (2011): Impact of the Bologna process on Bachelor nursing programmes: The Swedish case. *Nurse Education Today* **31**.
- PARSONS, T. (1939): The Professions and Social Structure. *Social Forces* **17** (4).
- PATTISON, S. / WAINWRIGHT, P. (2010): Is the 2008 NMC Code ethical? *Nursing Ethics* **17** (1).
- PAULY, M. / MCGUIRE, T. / BARROS, P. (2012): *Handbook of Health Economics*. Oxford: North Holland.
- PELTZMAN, S. (1976): Toward a More General Theory of Regulation. *Journal of Law and Economics* **19** (2).
- PENNBRANT, S. / SKYVELL NILSSON, M. / ÖHLÉN, J. / RUDMAN, A. (2013): Mastering the professional role as a newly graduated registered nurse. *Nurse Education Today* **33**.
- PFADENHAUER, M. (2003): *Professionalität. Eine wissenssoziologische Rekonstruktion institutionalisierter Kompetenzdarstellung*. Opladen: Leske + Budrich.
- PLANTHOLZ, M. (1994): *Pflegekammer - Gutachten über die rechtlichen Probleme und Möglichkeiten der Errichtung einer Pflegekammer auf Landesebene. Gutachten, erstellt im Auftrage der Bündnis 90 / Grüne (AL) / UFV - Fraktion im Abgeordnetenhaus von Berlin. Bündnis 90 / Grüne (AL) / UFV - Fraktion im Abgeordnetenhaus von Berlin*.
- POSNER, R. A. (1974): Theories of Economic Regulation. *The Bell Journal of Economics and Management Science*.
- PRICE, D. (2003): Legal Aspects of the Regulation of the Health Professions. In: ALLSOP, J. S., M (Hrgs.) *Regulating the Health Professions*. London: SAGE Publications Ltd
- PRICE WATERHOUSE (1987): *Report on the Costs, Benefits and Manpower Implications of Project 2000*. London: United Kingdom Central Council.
- PRZEWORSKI, A. / TEUNE, H. J. (1970): *The Logic of Comparative Social Inquiry*. New York.
- RAGIN, C. (1989): *The Comparative Method: Moving Beyond Qualitative and Quantitative Strategies*. Berkeley, California: University of California Press.
- RAHOLM, M. / HEDEGAARD, B. L. / LÖFMARK, A. / SLETTEBØ, A. (2010): Nursing education in Denmark, Finland, Norway and Sweden – from Bachelor's Degree to PhD. *Journal of Advanced Nursing* **66** (9).
- RCN (2012): *Advanced nurse practitioners: An RCN guide to advanced nursing practice, advanced nurse practitioners and programme accreditation*. London: Royal College of Nursing.
- RCN (2013): *Safe staffing levels – a national imperative. The UK nursing labour market review 2013*. London: Royal College of Nursing.
- RCN (2014): *An uncertain future The UK nursing labour market review 2014*. London: Royal College of Nursing.

- ROBERT BOSCH STIFTUNG (1992): *Pflege braucht Eliten : Denkschrift der Kommission der Robert Bosch Stiftung zur Hochschulausbildung für Lehr- und Leitungskräfte in der Pflege*. Gerlingen Bleicher.
- ROBERT BOSCH STIFTUNG (2000): *Pflege neu denken. Zur Zukunft der Pflegeausbildung*. Stuttgart New York: Schattauer.
- ROBERT BOSCH STIFTUNG (2013): *Gesundheitsberufe neu denken, Gesundheitsberufe neu regeln - Grundsätze und Perspektiven. Eine Denkschrift der Robert Bosch Stiftung*. Stuttgart: Robert Bosch Stiftung GmbH.
- ROBINSON, S. / GRIFFITHS, P. (2007): *Nursing Education and Regulation: International Profiles and Perspectives*. King`s College London.
- ROßBRUCH, R. (2001): Sind Pflegekammern verfassungsrechtlich zulässig und berufspolitisch notwendig? Sieben Thesen zur rechtlichen und berufspolitischen Begründung der Errichtung von Pflegekammern. *PflegeRecht 1*.
- ROßBRUCH, R. (2003): Zur Problematik der Delegation ärztlicher Tätigkeiten an das Pflegepersonal auf Allgemeinstationen unter besonderer Berücksichtigung zivilrechtlicher, arbeitsrechtlicher und versicherungsrechtlicher Aspekte - Teil 2. *PflegeRecht 4*.
- ROTHGANG, H. (2009): Converging Governance in Healthcare System. In: DINGELDEY, I. / ROTHGANG, H. (Hrsg.) *Governance of Welfare State Reform*. Cheltenham: Edward Elgar.
- ROTHGANG, H. / JACOBS, K. (2013): Pflegereform 2014: Was ist zu tun? *G&G Wissenschaft 13* (3).
- ROTHGANG, H. / MÜLLER, R. / UNGER, R. (2012a): *Themenreport „Pflege 2030“: Was ist zu erwarten – was ist zu tun?* Gütersloh: Bertelsmann Stiftung.
- ROTHGANG, H. / MÜLLER, R. / UNGER, R. / WEIß, C. / WOLTER, A. (2012b): *BARMER GEK Pflegereport 2012. Schwerpunktthema: Kosten bei Pflegebedürftigkeit*. Siegburg: Asgard-Verlagsservice.
- RUDMAN, A. / OMNE-PONTÉN, M. / WALLIN, L. / GUSTAVSSON, P. (2010): Monitoring the newly qualified nurses in Sweden: the Longitudinal Analysis of Nursing Education (LANE) study. *Human Resources for Health 8* (10).
- RUSSELL, M. / SHELTON, R. (1974): A model of regulatory agency behavior. *Public Choice 20* (1).
- SCHAEFFER, D. (1994): Zur Professionalisierbarkeit von Public Health und Pflege. In: SCHAEFFER, D. / MOERS, M. / ROSENBROCK, R. (Hrsg.) *Public Health und Pflege - Zwei neue gesundheitswissenschaftliche Disziplinen*. Berlin Edition Sigma, 103-126.
- SCHAEFFER, D. / MOERS, M. / HURRELMANN, K. (2010): Public Health und Pflegewissenschaft – zwei neue gesundheitswissenschaftliche Disziplinen. Eine Zwischenbilanz nach 15 Jahren. WZB Discussion Paper SP I 2010-301. URL: <http://bibliothek.wzb.eu/pdf/2010/i10-301.pdf> [Stand 25.03.2013].
- SCHMIDT, I. (2012): *Wettbewerbspolitik und Kartellrecht : eine interdisziplinäre Einführung*. München: Oldenbourg.

- SCHÜLER, G. / WEBER, I. / LÖTTGEN, M. / KLAES, L. / ANDREßEN, C. (2011): Neue Tätigkeitsprofile für Arzthelferinnen und medizinische Fachangestellte (MFA) in der Versorgung älterer Menschen: Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitung. URL: https://www.google.de/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0CCIQFjAA&url=https%3A%2F%2Fwww.aeksh.de%2Fsystem%2Ffiles%2Fdocuments%2Fmodellprojekt_helver_final.pdf&ei=zvGWVabGBsKNsAGf5ISwDA&usg=AFQjCNEwYdFcqPklBfoAMSL6awcxjrwfQ&bvm=bv.96952980,d.bGg [Stand 20.05.2015].
- SCHULZ-KOFFKA, G. / DETER, E. (2012): Rechtliche Zulässigkeit und mögliche Kompetenzen einer Pflegekammer in Niedersachsen: Rechtsgutachten erstattet im Auftrage des Niedersächsischen Ministeriums für Soziales, Frauen, Familie, Gesundheit und Integration. URL: www.ms.niedersachsen.de [Stand 05.03.2015].
- SEEWALD, O. (1998): *Die Verfassungsmäßigkeit der Errichtung einer Kammer für Pflegeberufe im Freistaat Bayern*. München: Förderverein zur Gründung einer Pflegekammer in Bayern e.V.
- SIMON, M. (2012): Beschäftigte und Beschäftigtenstrukturen in Pflegeberufen. [22.05.2015].
- SOCIALSTYRELSEN (2002): *Översyn av nytexaminerade sjuksköterskors yrkeskunna och kompetens i förhållande till hälso- och sjukvårdens behov* Stockholm: Socialstyrelsen.
- SOCIALSTYRELSEN (2004): Uppföljning av forskrivningsrätten för sjuksköterskor i den kommunala hälso- och sjukvården. URL: http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/10277/2004-103-13_200410313.pdf [Stand 08.08.2013].
- SOCIALSTYRELSEN (2005): Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska. URL: <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2005/2005-105-1> [Stand 17.05.2013].
- SOCIALSTYRELSEN (2011): Prognos över sysselsatta inom hälso- och sjukvården samt tandvården Åren 2009-2025. Barnmorskor, sjuksköterskor, läkare, tandhygienister och tandläkare. URL: <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2011/2011-1-16> [Stand 20.07.2013].
- SOCIALSTYRELSEN (2013): Nationella planeringsstödet 2013 – tillgång och efterfrågan på vissa personalgrupper inom hälso- och sjukvård samt tandvård. URL: <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18961/2013-1-18.pdf> [Stand 27.11.2013].
- SOU 2008:117 Patientsäkerhet. Vad har gjorts? Vad behöver göras? [“Patient security. What has been done? What is left to do?”]. URL: <http://www.regeringen.se/sb/d/11201/a/117784> [Stand 05.07.2013].
- SOU 2010:65 Kompetens och ansvar. URL: <http://www.regeringen.se/contentassets/ad298017b0eb4b8698fdd5a275480bae/kompetens-och-ansvar.-betankande-av-2009-ars-behorighetsutredning-hela-dokumentet-sou-201065> [Stand 20.05.2015].

- SOU 2012:11 Utvärdering av tillsynsreformen - Samordnad tillsyn över socialtjänst och hälso- och sjukvård [Summary in English]. URL: <http://www.statskontoret.se/upload/Publikationer/2012/201211.pdf> [Stand 04.07.2013].
- SPITZER, A. / PERRENOUD, B. (2006): Reforms in Nursing Education Across Western Europe: Implementation Processes and Current Status. *Journal of Professional Nursing* **22** (3).
- STATIONERY OFFICE (2000): *The NHS Plan - A plan for investment A plan for reform*. London: The Stationery Office.
- STATIONERY OFFICE (2007): Trust, Assurance and Safety – The Regulation of Health Professionals in the 21st Century. URL: <http://www.official-documents.gov.uk/document/cm70/7013/7013.pdf> [Stand 24.11.2012].
- STATIONERY OFFICE (2011): Enabling Excellence: Autonomy and Accountability for Healthcare Workers, Social Workers and Social Care Workers. URL: http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/documents/digitalasset/dh_124374.pdf [Stand 20.11.2012].
- STEFFEN, P. / LÖFFERT, S. (2010): *Ausbildungsmodelle in der Pflege*. Düsseldorf: Deutsche Krankenhausgesellschaft.
- STERN, K. (1984): *Das Staatsrecht der Bundesrepublik Deutschland - Band I: Grundbegriffe und Grundlagen des Staatsrechts. Strukturprinzipien der Verfassung*. München: C.H. Beck.
- STIGLER, G. (1971): The Theory of Economic Regulation. *Bell Journal of Economics and Management Science* **2** (1).
- STÖCKER, G. / REINHART, M. (2012): Grundständig pflegeberufsausbildende Studiengänge in Deutschland (Stand September 2012). URL: <http://www.bildungsrat-pflege.de/> [Stand 21.02.2023].
- SVR GESUNDHEIT (2007): *Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Kooperation und Verantwortung. Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung*. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft.
- SVR GESUNDHEIT (2012): *Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung. Sondergutachten 2012* Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft.
- THE INFORMATION CENTRE (2013a): Community Care Statistics, Social Services Activity - England, 2011-12, Final release. URL: <https://catalogue.ic.nhs.uk/publications/social-care/activity/comm-care-soci-serv-act-eng-11-12-fin/comm-care-stat-eng-2011-12-soci-serv-act-rep.pdf> [Stand 10.09.2013].
- THE INFORMATION CENTRE (2013b): Personal Social Services: Expenditure and Unit Costs England, 2011-12 – Final Release. URL: <https://catalogue.ic.nhs.uk/publications/social-care/expenditure/pss-exp-eng-11-12-fin/pss-exp-eng-11-12-fin-rpt.pdf> [Stand 10.09.2013].
- THE PRIME MINISTER'S COMMISSION (2010): *Front Line Care: the future of nursing and midwifery in England*. Report of the Prime Minister's

- Commission on the Future of Nursing and Midwifery in England 2010. URL: http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20100331110400/http://cnm.independent.gov.uk/wp-content/uploads/2010/03/front_line_care.pdf [Stand 18.11.2012].
- TNS INFRATEST SOZIALFORSCHUNG GMBH (2013a): Bayerische Pflegekräftebefragung: Abschlussbericht November 2013. Durchgeführt im Auftrag der Hochschule München. URL: http://w3-mediapool.hm.edu/mediapool/media/dachmarke/dm_lokal/presse/news_1/dokumente_46/2013_2/12_11/Anlage1_Pflegekammer_Bericht_Infratest_02122013.pdf [Stand 05.03.2015].
- TNS INFRATEST SOZIALFORSCHUNG GMBH (2013b): Meinungsumfrage zur Errichtung einer Pflegekammer in Schleswig-Holstein: Abschlussbericht Oktober 2013. URL: http://www.schleswig-holstein.de/MSGFG/DE/Gesundheit/Pflegekammer/abschlussbericht_blob=publicationFile.pdf [Stand 05.03.2015].
- UKCC (1986): Project 2000 - A New Preparation for Practice. URL: <http://www.nmc-uk.org/Documents/Archived%20Publications/UKCC%20Archived%20Publications/Project%202000%20A%20New%20Preparation%20for%20Practice%20May%201986.PDF> [Stand 27.11.2012].
- UKCC (1992): *The scope of professional practice*. London: United Kingdom Central Council for Nursing, Midwifery and Health Visiting
- UKCC (1999): *Fitness for practice - The UKCC Commission for Nursing and Midwifery Education*. London: United Kingdom Central Council for Nursing, Midwifery and Health Visiting.
- UKCC (2002): *Report of the higher level of practice pilot and project*. London: United Kingdom Central Council for Nursing, Midwifery and Health Visiting.
- VAN DEN BERG, N. / MEINKE, C. / HEYMANN, R. / FIB, T. / SUCKERT, E. / PÖLLER, C. / DREIER, A. / GROGALSKI, H. / KAROPKA, T. / OPPERMAN, R. / HOFFMAN, W. (2009): AGnES: Hausarztunterstützung durch qualifizierte Mitarbeiter. *Deutsches Ärzteblatt* **106** (1-2).
- VÅRDFÖRBUNDET (2012): Lönestatistik. URL: <https://www.vardforbundet.se/Stod-och-service/Yrkeslivet/Lon/lonestatistik/> [Stand 3.3.2014].
- VELJANOVSKI, C. (2010): Economic Approaches to Regulation. In: BALDWIN, R. / CAVE, M. / LODGE, M. (Hrsg.) *The Oxford Handbook of Regulation*. New York: Oxford University Press.
- VER.DI (2011): Ausbildungsreport Pflegeberufe 2011. URL: http://www.verdi-gute-arbeit.de/meldung_volltext.php?si=505b6e216f6be&id=4f72bf7c0a727&akt=news&view=&lang=1 [Stand 22.03.2013].
- WEIDER, F. (2014): Die Pflegekammer kommt! Ja, warum denn nicht? Ein Kommentar. *Die Schwester Der Pfleger* **4** (53).
- WENDT, C. (2009): Mapping European healthcare systems: a comparative analysis of financing, service and provision and access to health care. *Journal of European Social Policy* **19** (432).

- WENDT, C. / FRISINA, L. / ROTHGANG, H. (2009): Healthcare System Types: A Conceptual Framework for Comparison. *Social Policy & Administration* **43** (1).
- WHITE, W. D. (1983): Labor Market Organization and Professional Regulation: A Historical Analysis of Nursing Licensure. *Law and Human Behavior* **7** (2/3).
- WHITE, W. D. / MARMOR, T. R. (1982): New Occupations, Old Demands: The Public Regulation of Paraprofessionals. *Journal of Policy Analysis and Management* **1** (2).
- WILENSKY, H. (1964): The Professionalization of Everyone? *American Journal of Sociology*.
- WILHELMSSON, S. / EK, A. C. / AËKERLIND, I. (2001): Opinions about district nurses prescribing. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* **15**.
- WILHELMSSON, S. / FOLDEVI, M. (2003): Exploring views on Swedish district nurses' prescribing – a focus group study in primary health care. *Journal of Clinical Nursing* **12**.
- WISSENSCHAFTSRAT (1970): *Empfehlungen zur Struktur und zum Ausbau des Bildungswesens im Hochschulbereich nach 1970*. Bonn: Bundesdruckerei [bereitgestellt unter URL: <http://digital.ub.uni-paderborn.de/ihd/content/structure/442683> Stand: 22.05.2015].
- WISSENSCHAFTSRAT (2012): Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen. URL: <http://www.wissenschaftsrat.de/download/archiv/2411-12.pdf> [Stand 10.02.2013].
- WOLFF, H. / BACHOF, O. / STOBER, R. (2004): *Verwaltungsrecht - Band 3* (5. Auflage). München: Verlag C.H. Beck.
- ZWEIFEL, P. / EICHENBERGER, R. (1992): The Political Economy of Corporatism in Medicine: Self-Regulation or Cartel Management? *Journal of Regulatory Economics* **4**.