

### **DPR-Stellungnahme**

für die Anhörung beim Sachverständigenrat (SVR) zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen am 24.08.2006  
„Neue Aufgabenverteilungen und Kooperationsformen zwischen den Gesundheitsberufen“  
Neubearbeitung am 20.09.2006

Die Bundesarbeitsgemeinschaft des Pflege – und Hebammenwesens e.V. begrüßt die Initiative der Bundesregierung und ausdrücklich die Aktivitäten des SVR für das Gutachten 2007 und unterstützt alle damit in Verbindung stehenden Anfragen und Aktivitäten.

Vor dem Hintergrund der demographischen und epidemiologischen Entwicklungen im Sinne der Hochaltrigkeit, Multimorbidität, der Zunahme von chronisch Kranken und des medizinischen Fortschritts verändern sich die Bedürfnisse und Erwartungen der Menschen in Deutschland an das Gesundheitssystem. Die Gesundheitsberufe müssen sich dem anpassen. Die Rolle und Bedeutung professioneller Pflege als personenbezogene Dienstleistung und der anderen Heilberufe ist sozialversicherungsrechtlich zu überprüfen.

Der Veränderungsdruck wird vordergründig von Finanzierungsfragen zur Ein- und Ausgabenseite im Gesundheits- und Sozialwesen geleitet. Dies ist Motor, aber an vielen Stellen auch Hemmschwelle der Diskussion. Es werden immer deutlicher Fragen nach effektiven und effizienten Strukturen und die Neuverteilung der Aufgaben und Zuständigkeiten diskutiert. Die Hinweise im Koalitionsvertrag und im Entwurf zur Gesundheitsreform 2006, nichtärztliche Gesundheitsberufe in das Versorgungssystem stärker einzubeziehen, zeigen, dass politisch der Wille vorhanden ist, gesetzlich formale Voraussetzungen für strukturelle Weiterentwicklungen zu schaffen. Die fachöffentliche Debatte zeigt bisher allerdings, dass sich das tradierte, sektorengeprägte Medizinsystem nur schwer bewegt, wenn es struktureller und kooperativer Veränderungen bedarf.

Die „nichtärztlichen Gesundheitsberufe“, im Besonderen die „Professionelle Pflege“ haben in den vergangenen 15 Jahren eine enorme Entwicklung im Bereich ihrer Qualifizierung erfahren. In der Pflege ist ein Grad an Professionalisierung erreicht, der es geradezu fordert, das Potential an Pflegefachlichkeit und klinischer Expertise (und Spezialisierung) aufzugreifen und hinsichtlich des Beitrags zu Verbesserung des Systems der Gesundheitsversorgung einzusetzen. Bestimmte Aufgaben im Versorgungssystem können der professionellen Pflege autonom und eigenständig übertragen werden. Pflege bildet somit eine der größten Ressourcen für die Weiterentwicklung des Gesundheits- und Sozialsystems und bietet eine Antwort auf die demographischen und epidemiologischen Herausforderungen der Zukunft.

Seit etwa 20 Jahren werden Pflegewissenschaft, Pflegemanagement und Pflegepädagogik an Hochschulen gelehrt. Das Angebot umfasst derzeit etwa 50 Studiengänge an Fachhochschulen und Universitäten. Die Mehrzahl der Studiengänge verlangen als Zugangsvoraussetzung eine Ausbildung als Gesundheits- und Kranken- bzw. Kinderkrankenpflegerin oder Altenpfleger/in. Im Rahmen des Bologna-Prozesses werden derzeit viele Studiengänge auch in ihrer Zielrichtung neu ausdifferenziert und spezifisch auf bestimmte Handlungsfelder oder Zielgruppen ausgerichtet. Über bisher 10.000 Studienabgänger/innen können ein systematisches, theoretisch-wissenschaftlich fundiertes Pflegewissen zur Verfügung stellen.

Der Deutsche Pflegerat plädiert für eine offene Diskussion über die Verteilung von Zuständigkeiten ohne ideologisch begründete Denkverbote und im Sinne einer echten multi-professionellen Kooperation aller Gesundheitsberufe zum Wohle der Patienten.

## Stellungnahme zum Fragenkatalog:

### 1. Mit welchen Weichenstellungen für die Professionalisierungsentwicklung reagiert Ihr Verband auf die neuen Versorgungsanforderungen im Gesundheitswesen?

Der DPR hat eine bundesweite **freiwillige Registrierung** initiiert und strukturell etabliert. Die Registrierung bildet die Grundlage für die Patientensicherheit, den Patientenschutz und die Rechtmäßigkeit des Tätigwerdens von Pflegekräften. Dies ist eine Grundlage für die Entwicklung neuer Versorgungsangebote angesichts sich verändernder Anforderungen. Diese Initiative soll den Gesetzgeber dazu ermutigen, die rechtlichen Voraussetzungen für eine verpflichtende Registrierung zu schaffen.

Ein weiterer Nutzen der Registrierung ist, valide Daten beruflich Pflegender als Grundlage für eine Personalplanung/-entwicklung auf nationaler Ebene zu bekommen. Im Kontext der Entwicklung des Leistungsrechts ist damit die pflegerische Versorgung und Betreuung gezielt und mittelfristig zuverlässig zu planen.

Im Rahmen der Diskussion zur Einführung eines (Heil-)Berufsausweises für nicht-verkammerte Gesundheitsberufe setzt sich der DPR für das Länderkonzept eines **Nationalen Berufsregisters** (NBR) mit dem Zusatz einer gesetzlichen Fortbildungsverpflichtung ein.

Die **Erst-Ausbildung auf Hochschulniveau** ist bundeseinheitlich zu regeln (Deutschland, Österreich und Luxemburg sind die letzten von 25 EU-Ländern ohne grundständige Hochschulausbildung). Ein neuer Personal- und Qualifikationsmix zur Gestaltung der Versorgungsprozesse erfordert klare Kompetenzverteilungen und neue Rahmenbedingungen.

**Kooperationen mit Patientenorganisationen**, z.B. der Rheumaliga, zur Verbesserung der Versorgungsqualität bestehen; zurzeit wird ein gemeinsames Schulungsprojekt für ambulante Pflegedienste entwickelt.

Neue Leistungsangebote der Pflege werden in unterschiedlichen Projekten erprobt. Dazu gehören die Initiative des Forums Gesundheit und Prävention zu einem Modellprojekt **„Präventiver Hausbesuch“**, in dem u.a. die Pflegeberufe eingesetzt werden sollen. Aber auch das vom BMG und der Robert Bosch Stiftung geförderte Projekt **„Implementierung der Familiengesundheitspflege“** untersucht neue und vernetzte Angebotsformen im Gesundheits- und Sozialsystem.

### 2. Welche Maßnahmen sollen nach Auffassung Ihres Berufsverbandes ergriffen werden, um personelle Engpässe in Ihrer Gesundheitsprofession auszugleichen?

Zur Vermeidung von Personalverknappung bzw. Fehlsteuerungen bei der Ausbildung ist eine mittel- bis langfristig angelegte **Erfassung des Personal- und Qualifikationsbedarfs** für beruflich Pflegende in allen Arbeits- und Handlungsfeldern nach einheitlichen Verfahren erforderlich. Bisher liegen keine zuverlässigen Erkenntnisse bzw. auf einer validen Datenbasis ermittelte Grundlagen vor, um bezüglich der erforderlichen Ausbildungskapazitäten für die jeweiligen Handlungsfelder angemessen reagieren zu können. Die **Zahlen der Bundesagentur für Arbeit zur Arbeitslosigkeit** in Krankenpflege und Altenpflege sind nicht aussagekräftig, da insbesondere bei der Altenpflege Personen mit Ausbildung nach dem Altenpflegegesetz und solche mit Helferausbildung oder ohne Ausbildung gemeinsam in einer Berufskennziffer erfasst werden. Außerdem steht die Mehrzahl der in beiden Kennziffern erfassten Personen dem Arbeitsmarkt aus unterschiedlichen Gründen nicht zur Verfügung (vgl. Larsen, 2005).

Kurzfristig ist die **Ausbildungsfinanzierung** dringend einer politischen Entscheidung zuzuführen. Heute entscheidet ausschließlich die finanzielle Lage der Ausbildungsträger (Kostenorientierung) und nicht die staatliche Aufgabe 'Sicherung des Gemeinwohls', langfristig für eine gesicherte Versorgungskapazität auszubilden. Perspektivisch ist das **Ausbildungsplatzangebot** auf der Grundlage des prognostizierten Bedarfes festzulegen. Die Überführung der Ausbildung an Hochschulen würde die beschriebene Interessenskollision beenden.

Es müssen verbindliche und einheitliche Instrumente zur **Ermittlung des Personalschlüssels**, zum Leistungsnachweis und zur Abrechnung eingeführt werden. Nachgewiesen wurden in internationalen Studien der Zusammenhang zwischen personeller Ausstattung und Erhöhung von Risiken bei Infektionen, Stürzen und Dekubiti etc.. Die (Fehl-)Einschätzung und -entwicklung, dass mit der Reduktion von Krankenhausbetten qualifiziertes Pflegepersonal verzichtbar wird, wird nicht adäquat durch die gesundheitspolitisch Verantwortlichen kritisiert und verhindert. Aus anderen Staaten ist der Abbau von qualifiziertem Pflegepersonal mit der Änderung der Finanzierungssysteme bekannt – er hat zu erheblichen Engpässen und Qualitätseinbußen in der medizinischen Versorgung geführt (vgl. Kohn, Corrigan, Donaldson 2000; Belge, Good, Reed 1998; Blegen, Vaughn 1998; Kovner 2001; Aiken, Clarke, Sloane, Sochalski, Silber 2002; Needleman, Buerhaus, Mattke, Stewart u. Zelevinsky 2002; Lang, Hodge, Olson, Romano, Kravitz 2004, Canadian Federation of Nurses Union 2005; RICH-Studie Schweiz; bisher unveröffentlichte Untersuchung des IQWiG, u.a.).

## **2.a. Sollte sich die Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsberufen verändern, um z.B. einer personellen Unterversorgung zu begegnen und/oder eine bessere Versorgungsqualität zu erreichen (z.B. durch Delegation ärztlicher Tätigkeit an Pflegekräfte oder Arzthelfer, Übergabe von Service-Aufgaben im Bereich der Pflege an andere Berufsgruppen)?**

Der DPR e. V. unterstützt und fördert nachhaltig mit seinen Berufs- und Interessensverbänden die interprofessionelle Kooperation. Grundlage einer funktionierenden Kooperation sind Klarheit über die Aufgaben und Kompetenzen (und deren Grenzen) der einzelnen Gesundheitsberufe.

Im Sinne der Kooperation und Delegation engagiert sich das Pflegemanagement an Universitätskliniken, Krankenhäusern unterschiedlicher Versorgungsstufen und psychiatrischen Einrichtungen beispielsweise in unterschiedlichen Modellen des Case-Managements. (Die Universitätsklinik Köln hat das Case-Management organisatorisch dem Pflegedienst zugeordnet; das Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf hat ärztliches und pflegerisches Case-Management kombiniert).

In den Funktionsbereichen, wie Anästhesie, Intensivpflege, Operationsdienst werden bereits seit Jahren Tätigkeiten aus dem ärztlichen Arbeitsfeld delegiert. Diese Erfahrungen zeigen aber, dass nicht nur über Delegation, sondern auch Allokation nachzudenken ist.

Auch die Versicherer und Juristen widmen sich im Rahmen des Risk-Managements der Thematik Kooperation und Delegation.

Erforderlich und im Sinne der Prozessoptimierung sinnvoll ist eine Neuordnung der Aufgaben, Kompetenzen und Verantwortungsbereiche zwischen den Gesundheitsberufen allgemein und im Besonderen zwischen Medizin und Pflege. Dazu gehört auch die Einbindung der pflegerischen Leistungspotentiale in die sozial-versicherungsrechtliche Vertragsgestaltung (IV-Verträge, DMP, Verordnungsfähigkeit).

Im Servicebereich sind Aufgaben neu zu verteilen bzw. neue Qualifizierungen zu entwickeln, wie beispielsweise die Gesundheitshotelfachkraft.

Orientierung bei der Delegation bzw. Übertragung von Aufgaben muss immer sein, dass mit weniger oder maximal gleichem Ressourcenaufwand eine mindestens gleiche Qualität erreicht wird. Zu den Grundlagen gehören weiterhin die Prinzipien der rechtlichen Absicherung und der entsprechenden Zuordnung von Ressourcen (Personalbudget).

Diese Punkte gelten für alle Gesundheitsberufe.

**2.b. Welche Bedeutung kommen Ihrer Meinung nach multiprofessionellen Teams zu und in welchen Bereichen werden bzw. sollten diese eingesetzt werden? Welche Rollen sehen Sie darin für die von Ihnen vertretene Berufsgruppe?**

Von Krankheit oder Pflegebedürftigkeit Betroffene befinden sich in sehr komplexen Lebenssituationen. Sie werden mit einer Vielzahl von Akteuren konfrontiert. Sie erleben die Akteure häufig als unkoordiniert und widersprüchlich in ihren Handlungen und Begründungen. Die traditionelle Struktur eines sektorenabgrenzenden, funktions- und berufsgruppenorientierten Systems bricht zunehmend auseinander. Hier muss die multiprofessionelle Zusammenarbeit verbessert werden, z.B. durch entsprechende interdisziplinär genutzte Dokumentation und Fallkonferenzen. Patienten- und Prozessorientierung müssen oberste Priorität erhalten.

Welche Profession die Koordination übernimmt, sollte von der Situation der Betroffenen abhängen. In vielen Fällen wird die Pflege das Case-Management übernehmen können oder ist zuständig für die koordinierte Aufnahme bis zur Entlassung aus dem Krankenhaus. Dabei liegt der Fokus zunächst auf einer verbesserten Versorgungsqualität durch standardisierte Behandlungsabläufe. Synergien, die aus Interdisziplinarität und Interprofessionalität entstehen, zum Rückgang von Ressourcenverschwendung beitragen und die Beteiligung der Patienten fördern, wirken positiv auf Wirtschaftlichkeitsreserven und therapeutische Effekte. Unverzichtbar in diesem Kontext sind dabei klare Kompetenzprofile bis hin zu vorbehaltenen Aufgabenbereichen der einzelnen Gesundheitsprofessionen.

Multiprofessionelle Teams brauchen Regelungen des Miteinanders und der Verantwortlichkeiten. Positive Beispiele sind in den Fachgebieten Psychiatrie und Geriatrie sichtbar. Die Krankenhäuser müssen sich hier noch stärker öffnen, um kostengünstiger ihre Aufgaben erbringen zu können. Bedarfe bestehen auch in bevölkerungsarmen ländlichen Gebieten. Hier ist die Zusammenarbeit zwischen ambulanter Pflege und Hausarzt und möglichen neuen Leistungsanbietern zu überprüfen. Insgesamt ist dazu allerdings erforderlich, dass sektorenübergreifendes Wirken problemlos möglich ist.

**2.c. Welche neuen Rollen sehen Sie dabei für die von Ihnen vertretene Berufsgruppe?**

Die Versorgungsrealität zeigt bereits heute, dass Veränderungen und Neuentwicklungen zwischen den Gesundheitsberufen notwendig sind.

**Neue Berufsfelder – Berufsbilder und Tätigkeiten**

Advanced Nursing Practice (ANP) – Erweiterte Berufspraxis für professionell Pflegende (Pflegerinnen).

Definition: International versteht man unter ANP eine autonome Berufsausübung der

Profession Pflege auf der Grundlage vertieften Wissens<sup>1</sup>. Advanced nursing practice bedeutet: akademisch ausgebildete Pflegende arbeiten direkt mit den Klienten.

Diese erweiterte Berufspraxis wird sich u.a. darstellen als

- a. medizinisch-technische Spezialisierung: insbesondere in den Funktionsbereichen der Kliniken übernimmt Fachpflegepersonal eigenständige Funktionen, beispielsweise Anästhesien (Parallelnarkosen) oder in der Intensivmedizin (Beatmungsregime). Internationale Erfahrungen weisen darauf hin, dass es zu gleicher Versorgungsqualität kommt wie im traditionellen System, allerdings kostengünstiger ist.
- b. Versorgungsangebote für definierte Klientengruppen, z.B. im Kontext Wunden, Sondenernährung, Schmerz oder Diabetes mellitus durch qualifizierte (und akkreditierte) Pflegeexperten.
- c. Beratungs- und Trainingsangebote zur Vermeidung von frühzeitiger Pflegebedürftigkeit, Prävention und Stärkung der Selbstpflegekompetenz.
- d. Zur Steuerung der Prozesse, einer effektiven Bettenbelegung und sektorenübergreifenden Vernetzung eignen sich die Qualifikationen des Pflegemanagements im Sinne eines Case-Managements.
- e. Weitere Entwicklungsmöglichkeiten bestehen im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention, z.B. durch Familiengesundheitspflege und Primary Care. Gerade im Kontext ‚benachteiligte Gruppen und Gesundheit‘ kann Pflege einen substanziellen Beitrag leisten.
- f. Eine mögliche neue Organisationsform der pflegerischen Leistungserbringung ist die Einrichtung von Pflegepraxen.

## 2.d. Welche Rahmenbedingungen (auch rechtliche) sind notwendig, um diese Zusammenarbeit zu erleichtern?

Veränderungen müssen sich vor allem im **Leistungsrecht** niederschlagen. Hier ist die bisherige Monopolstellung der Ärzte aufzuweichen (Beispiele: Verordnung von Heil- und Hilfsmitteln, Folgeverordnung von Medikamenten bei chronisch Kranken). Pflege und andere Gesundheitsberufe müssen die Möglichkeit erhalten, unabhängig von ärztlicher Verordnung tätig zu werden. Hier ist zu prüfen, wie die durch interdisziplinäre Zusammenarbeit erhöhte Kompetenz den Klienten vollständig nutzbar gemacht werden kann. Die Umsetzung der Integrierten Versorgung, auch im Sinne von (Gesundheits-) Versorgungszentren, ist voranzutreiben und die Einbeziehung aller Gesundheitsberufe zu sichern.

Im **Berufsrecht** ist die Pflegeausbildung an Hochschulen zu etablieren. Die beruflichen Kompetenzen sind über eine **Berufsordnung** und **vorbehaltene Aufgabenbereiche** zu definieren. An einigen Standorten gibt es unterschiedliche Formen der **Erstausbildung an Hochschulen** als Modell. Damit ist eine Entwicklung hin zu europäischer Normalität eingeleitet.

---

<sup>1</sup> ICN definiert ANP :

Eine Pflegespezialistin (Nurse Practitioner/Advanced Practice Nurse) ist eine Gesundheits- und Krankenpfleger/in, die über Expertenwissen, komplexe Entscheidungsfindungsfähigkeiten und klinische Kompetenzen für eine erweiterte Praxis verfügt.

Die Charakteristik der Kompetenzen wird vom Kontext und/oder den Bedingungen des jeweiligen Landes gestaltet, in dem sie für die Praxis zugelassen ist. Als Qualifikation wird ein Master-Grad empfohlen. (International Council of Nurses ICN, Genf, <http://icn-apnetwork.org/> 9.6.2006)

Die Pflegebildung hat sich in den letzten 10 Jahren stark ausdifferenziert. Die Ausbildung ist weiterhin nicht in der ‚Normalität‘ der beruflichen Bildung angekommen. In der Mehrzahl der Bundesländer sind Krankenpflegesschulen keine Schulen, sondern ‚Ausbildungsstätten‘. Zudem wird die Ausbildung nach wie vor durch Sozialversicherungsbeiträge finanziert und steht damit im Spannungsfeld der Knappheit in der Krankenversicherungsfinanzierung.

Im Rahmen der Novellierung des Krankenpflege- und des Altenpflegegesetzes wurden Erweiterungen der Aufgaben um Prävention, Edukation und Beratung der Patienten und ihrer Angehörigen festgelegt, die damit erweiterte Aufgabenfelder für die Pflegeberufe darstellen und in der Umsetzung gestärkt werden müssen.

Im Bereich der Erstausbildung und der Fort- und Weiterbildung sind EU-Standards und Prinzipien (Bologna-Prozess, Kopenhagener Erklärung; Europäischer Qualifikations-Rahmen EQF) anzuwenden. Dadurch wird das volle Potenzial der Pflege den Menschen verfügbar gemacht. Das Gesundheits- und Sozialsystem hätte ideale Ressourcen, um den genannten Veränderungen im Krankheits- und Gesundheitspanorama zu begegnen - insbesondere im Kontext chronischer Erkrankungen, Betreuung alter Menschen und Armut/Gesundheit. Nicht zuletzt wird die Attraktivität des Berufes gesteigert.

Der DPR ist sich bewusst, dass es einen mittel- bis langfristigen Übergang vom heutigen System zum Tertiärbereich geben wird. Deshalb ist parallel (nach Auswertung der derzeit laufenden Modellprojekte nach KrPflG und AltPflG) die Ausbildung in Sekundarstufe II weiterzuentwickeln. Die Integration der Kranken- und Kinderkrankenpflege wurde eingeleitet, die der Alten- und Krankenpflege ist perspektivisch anzugehen. Die Ausbildungsfinanzierung bedarf dringend einer Regelung, die die Nachwuchssicherung gewährleistet.

**Weiterbildungen** müssen einen einheitlichen gesetzlichen Rahmen erhalten.

Durch eine **Modularisierung** von Erstausbildung und Fort- und Weiterbildung mit der Möglichkeit des Erwerbs von Credit Points und deren Anrechenbarkeit, würde ein qualitativer Quantensprung für mehr Flexibilität von Berufskarrieren und eine rasche Anpassung an sich ändernde Versorgungsbedarfe erreicht. Insgesamt ist zu fordern, dass jegliche Ausbildung **Durchlässigkeit im Bildungssystem** ermöglichen muss.

Dringend erforderlich ist eine **Harmonisierung der Assistentenqualifikationen**. Durch den Wechsel der Zuständigkeit für die Krankenpflegehelferausbildung an die Länder ist hier eine unübersichtliche Vielfalt von geregelten und ungeregelten Ausbildungen entstanden. GMK und KMK sind gefordert, hier einen Rahmen zu schaffen, der es ermöglicht, Qualifikationsebenen zu identifizieren (welche Ausbildungen sind vergleichbar), schon um den Absolventen innerdeutsche Mobilität zu ermöglichen und den Arbeitgebern eine Einschätzung der Einsatzmöglichkeiten zu erlauben.

Dringend erforderlich sind verbesserte **Arbeitsbedingungen**, z.B. eine angemessene **Personalausstattung**.

Die strukturelle und inhaltliche **Anerkennung der Pflegewissenschaft**, z.B. durch Fördermittel für Pflegeforschung, sowie die Verabschiedung einer nationalen Strategie zur Pflegeforschung ist voranzutreiben.

Anpassungen verschiedener gesetzlicher Grundlagen (z. B. Heimgesetz) sind im Sinne der **Entbürokratisierung** vorzusehen.

Die **Qualitätsentwicklung** in den Pflegesektoren ist zu bündeln. Die bisher erarbeiteten Grundlagen (s. DNQP) sind aufzugreifen und in einer geregelten Struktur zu institutiona-

lisieren. Die Ergebnisse sind u.a. die Grundlage für interdisziplinäre Behandlungspfade und Versorgungsplanungen.

### **3. Position des DPR und Begründungen für einen Neuzuschnitt der Aufgaben und Tätigkeiten**

Deutschland erwartet angesichts der demographischen und epidemiologischen Trends eine deutliche Zunahme an Versorgungs- und Betreuungsbedarf wegen Gesundheitsproblemen, Machbarkeit der Medizin und Pflegebedürftigkeit. Unser Angebotssystem ist dabei immer noch fokussiert auf Akuterkrankungen und dominiert von Ärzten. Es besteht eine Unterversorgung bei der Behandlung von Menschen mit chronischen Erkrankungen und Pflegebedürftigkeit. Hier werden die Kompetenz und die Ressource Pflege nicht genutzt.

Der DPR steht für mehr Eigenständigkeit, Verantwortung und Autonomie der beruflich qualifizierten Pflege zur Verbesserung der Versorgungsqualität und –kontinuität. Dies bildet sich ab in der Forderung nach Pflegepraxen und Übernahme bisher ausschließlich ärztlicher Kompetenzen und Aufgaben in allen Sektoren.

Insbesondere sind die erweiterten Dienstleistungen der Pflege sektorenübergreifend, interprofessionell und interdisziplinär in die Versorgungskonzepte, die Behandlungsabläufe und Versorgungskontinuität der Patienten einzubinden.

International und national gibt es eine Reihe von Beispielen für den wirtschaftlich und qualitativ nutzbringenden Einsatz der Ressource Heilberuf Pflege in der Gesundheitswirtschaft.

Es ist zu prüfen, welche Gesundheitsprofession welche Leistungen am sinnvollsten erbringen kann. Diese Bewertung kann in unterschiedlichen Kontexten und bei unterschiedlichen Versorgungsprioritäten der Klienten unterschiedlich ausfallen.

#### **Zusammenfassung und Begründung des Neuzuschnittes:**

- sich verändernder Bedarf an gesundheitlichen Versorgungsleistungen;
- steigende Autonomie und zunehmende Erwartungen der Klienten/Versicherten;
- gravierende Unter- bzw. Fehlversorgung in unterschiedlichen Leistungsbereichen;
- steigende Gesundheitsausgaben
- als Antwort auf strukturellen und regionalen Ärztemangel;
- professionelle Weiterentwicklung der Gesundheitsberufe, mit wachsender Kompetenz und Vernetzung;
- Unterstützung der Profilbildung und -stärkung, Imageaufbau und Steigerung der Attraktivität der Berufe, z.B. für bessere Karrierechancen und Wettbewerbsfähigkeit des Gesundheits- und Krankenpflegeberufes und damit Attraktivität für den Berufsnachwuchs.

Berlin, 20. September 2006

Deutscher Pflegerat e.V.  
Marie-Luise Müller  
Präsidentin  
[m.mueller@deutscher-pflegerat.de](mailto:m.mueller@deutscher-pflegerat.de)