

Zur Diskussion:

Neue Arbeitsteilung im Gesundheitswesen

Überlegungen zu einer gewerkschaftlichen Positionsbestimmung

Beschluss des Bundesfachbereichsvorstands Fachbereich 3 vom 4./5.11.2008

1. Gesellschaftspolitischer Hintergrund

Die aktuelle Debatte um eine neue Arbeitsteilung zwischen den Gesundheitsberufen vollzieht sich vor dem Hintergrund gesundheitspolitischer Rahmenbedingungen, die von einem Rückzug staatlicher Verantwortung für die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung gekennzeichnet sind. Deutlich wird dieser Rückzug staatlicher Verantwortung u.a. an dem seit Jahren - praktisch kurz nach Einführung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) zu beklagenden Investitionsstau in den Krankenhäusern.

Ein weiteres Indiz ist die fortgesetzte Privatisierung öffentlicher Gesundheitseinrichtungen. So sank die Zahl der Krankenhäuser in öffentlicher Trägerschaft von 1043 im Jahre 1990 auf 647 in 2006. Gleichzeitig wuchs die Zahl der privaten Krankenhäuser von 321 auf 487, deren Bettenzahl sich von 22.779 auf 59.289 (Destatis 2006) mehr als verdoppelte. Auf betrieblicher Ebene äußert sich dies in Outsourcing von Servicebereichen (z.B. Küchen, Reinigungsdienste) mit dem Ziel der Tarifabsenkung für die dort Beschäftigten. Ausgliederungen und Neugründungen von Tochtergesellschaften ohne Tarifbindung sind auch bei Kirchen und Wohlfahrtsverbänden probate Mittel, sich in diesem Verdrängungswettbewerb zu behaupten.

Die Einführung des diagnosebezogenen Fallpauschalensystems treibt die Krankenhäuser zunehmend in den Wettbewerb um niedrige Kosten. Der im Zuge der Kostensenkung betriebene Personalabbau betrifft vorwiegend das Hauspersonal, die Wirtschafts- und Versorgungsdienste und das Pflegepersonal. Der ärztliche Dienst kann hingegen als einziger nennenswerte Zuwächse verzeichnen. Durch die Tarifabschlüsse des letzten Jahres dürfte der Kostenanteil im ärztlichen Dienst in Relation zu den anderen Diensten weiter ansteigen bei gleichzeitig bestehenden regionalen Engpässen in der Versorgung mit Ärztinnen und Ärzten. Die Abschaffung der AiP-Phase entzog den Krankenhäusern vergleichsweise preisgünstige Arbeitskräfte auf hohem Qualifikationsniveau.

Parallel zu den gesundheitspolitischen Entwicklungen wird das Bildungssystem umgebaut. Die allgemeinbildenden Bildungsgänge werden verkürzt. Der Standard einer dreijährigen Berufsausbildung wird in Frage gestellt. Mit dem Bolognaprozess werden Hochschulstudiengänge drastisch verkürzt (um 25%) und wird die Privatisierung der Hochschulausbildung eingeleitet. Die Einführung von Studiengebühren und die Kostenpflichtigkeit von Masterstudiengängen nicht nur in der Weiterbildung, sind weitere Merkmale dieser Entwicklung. Es erfolgt ein Rückzug der staatlichen Verantwortung durch Akkreditierung statt einer Vereinheitlichung durch KMK-Rahmenstudienordnungen.

2. Taylorisierung der Arbeit als Antwort auf ökonomische Rahmenbedingungen

A. Delegation ärztlicher Tätigkeiten an Pflege und Assistenzberufe

Die Verknappung und Verteuerung ärztlicher Arbeitskraft führt zu Überlegungen, ärztliche oder als ärztlich definierte Tätigkeiten an nichtärztliches Personal zu delegieren oder dauerhaft zu übertragen. Betroffen sind in erster Linie Pflegefachpersonal und Med.-techn. Assistenzberufe. Diskutiert werden hauptsächlich folgende Tätigkeiten: Die venöse Blutentnahme, intravenöse Medikamentengabe bei liegendem Verweilkatheter, Verbandswechsel, Wundversorgung, Schmerzmanagement. Selbstständiges Erstellen und Befunden von EKG. Für OP- und Intensivfachpflegepersonal und in der chirurgischen Assistenz gibt es weitergehende, z.T. schon praktizierte Möglichkeiten der Übernahme ärztlicher Aufgaben, wie z.B. das Legen von peripheren und zentralen venösen Zugängen.

Bewertung: Die vorübergehende oder auch dauerhafte Übertragung ärztlicher Tätigkeiten ist aus gewerkschaftlicher Sicht unproblematisch, wenn einige, allerdings wichtige Bedingungen erfüllt sind. Es sind dies kurz gefasst: Die Berücksichtigung der in der Rechtsprechung entwickelten Grundsätze¹, ausreichender Versicherungsschutz durch den Arbeitgeber (Haftpflicht), entsprechende Aufstockung bei der Personalbemessung der übernehmenden Berufe, Vergütung bei höherwertigen Tätigkeiten und Korrekturen im Berufsrecht bei dauerhafter Übertragung. Zu diskutieren sind im Einzelfall die Auswirkungen auf die Versorgungsqualität und das berufliche Selbstverständnis der beteiligten Berufe.

B. Neue Berufe und Zusatzqualifikationen (OTA, ATA, Physician Assistants) oder Zusatzausbildungen, wie Stroke Nurse, Diabetesschwester usw.)

In dem Bemühen, die Arbeitskosten insgesamt zu verbilligen und Personalressourcen vor allem beim ärztlichen und beim Pflegefachpersonal zu schonen, werden neue Berufe kreiert oder Zusatzqualifikationen geschaffen. Zum Teil geschieht dies im Rückgriff auf im europäischen oder amerikanischen Ausland bereits vorhandene Berufsbilder. Zum Teil sind es sinnvolle Weiterentwicklungen von Fort- und Weiterbildungsangeboten, die auf veränderte Anforderungen im Berufsfeld reagieren. Eine Vorreiterrolle spielte die Ausbildung zum/zur Operationstechnischen Assistenten/in (OTA), die inzwischen - weitgehend unregelt - an etwa 70 Ausbildungsstätten ausgebildet wird. Schätzungen gehen von etwa 1.700 Auszubildenden in der dreijährigen Ausbildung aus. Es gibt in zwei Bundesländern landesrechtliche Regelungen. Eine Ausbildungsordnung zur Operationstechnischen Angestellten auf Grundlage des Berufsbildungsgesetzes in Schleswig-Holstein und eine berufsfachschulische Ausbildung zur MTA-O in Thüringen. Die meisten OTA-Schulen orientieren sich an einschlägigen Empfehlungen der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG). Eine Refinanzierung der Ausbildung nach den Regelungen des § 17a KHG ist weiterhin nicht möglich. Nach diesem Vorbild in der Diskussion und zum Teil bereits eingeführt sind die Anästhesietechnische Assistentin (ATA), die Medizinisch-technische Fachassistentin (MAFA) [Helios, bereits wieder eingestellt], Chirurgisch-Technische Assistentinnen (CTA), Gefäßassistenten, Phlebotomisten und Physical Assistants (BSc).

Bewertung: Bei neu geschaffenen Berufsbildern ist zunächst zu prüfen, ob es sich um eine berufliche Erstausbildung handelt oder um eine Zusatzausbildung bzw. eine Weiterbildung, die eine abgeschlossene Berufsausbildung voraussetzt. **Für Ausbildungsberufe gilt, dass sie der staatlichen Regelung bedürfen**, dabei ist zunächst zweitrangig, ob die staatliche Anerkennung auf Grundlage des Berufsbildungsgesetzes (BBiG), als Heilberuf oder nach landesrechtlichen Regelungen erfolgt.

Ver.di präferiert bundeseinheitliche Ausbildungsordnungen auf Grundlage des Berufsbildungsgesetzes². Solange eine staatliche Regelung nicht existiert, lehnen wir diese Bildungsgänge ab. Die OTA hat sich inzwischen etabliert, auch wenn die Abgrenzung zur Tätigkeit des weitergebildeten OP-Fachpersonals noch nicht klar ist und parallel auch Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen im OP in gleicher Funktion beschäftigt werden. An der Forderung nach staatlicher Regelung halten wir fest (s. Beschluss des BuFBV vom 12./13.05.2004). Dieser Forderung haben sich inzwischen auch die DKG und der Schulträgerverband angeschlossen. Für die Ausbildung zur ATA, die bisher nur vereinzelt erfolgt, muss ähnliches gelten. Hier ist allerdings ungewiss, ob sich der Beruf neben der wesentlich weiter qualifizierten Fachpflegerin für Anästhesie und Intensivpflege etablieren kann. Der hohe Spezialisierungsgrad der ATA erscheint nur sinnvoll, wenn durch sie Anästhesieärzte ersetzt werden können. Das ist allerdings angesichts der Rechtsprechung zur Zulässigkeit von Parallelnarkosen und des Widerstands der Ärzteschaft eher zweifelhaft. Auch CTA-Ausbildungen gibt es nur vereinzelt, den Physical Assistant (PA) nur an der Steinbeis Hochschule. Erfahrungen mit Absolventen liegen noch nicht vor. Phlebotomist („Blutabnehmer“) ist ein Anlernberuf, den es in angelsächsischen Ländern gibt. Erfahrungen liegen hierzulande noch nicht vor. Der PA ist als Schmalspurarzt ohne Approbation abzulehnen, als Weiterbildungsstudium für Pflegefachpersonal mit dem Ziel im OP Assistenzaufgaben zu übernehmen jedoch akzeptabel.

Zusatzausbildung und geregelte Weiterbildung

Neu geschaffene Qualifikationen, die auf abgeschlossene Berufsausbildungen aufbauen sind unter arbeitsorganisatorischen und berufsbildungsrechtlichen Gesichtspunkten weniger problematisch. Als Beispiele seien genannt: Case-Management, Case-Mix-Performer/-in, Chirurgieassistent/in, Diabetesassistent/-in, Diabetesberater/-in, Gefäßassistent/-in, Nurse Practitioner, Stroke Nurse und Wundmanager/-in. Während es für etablierte Tätigkeitsfelder funktions- und fachbezogene Weiterbildungsgänge gibt, wie z.B. OP-, Anästhesie- und Intensivpflege, Fachweiterbildung in psychiatrischer, nephrologischer und onkologischer Pflege, die landesrechtlich geregelt sind, entstehen betriebliche oder konzernweit organisierte Zusatzausbildungen unterschiedlichen Zuschnitts und Umfangs. Soweit die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) als Krankenhausträgerverein nicht als regelnde Instanz auftritt, treten Bildungsträger oder medizinische Fachgesellschaften an ihre Stelle. Dies mag zwar zu einer gewissen Vereinheitlichung der Bildungsmaßnahmen beitragen, eine demokratisch legitimierte und gesellschaftlich anerkannte Regelung kann dies jedoch nicht ersetzen. Wir halten daran fest, die Vergabe von Bildungsabschlüssen eine gesellschaftliche Aufgabe ist, die entweder durch Landesrecht oder unter Beteiligung der Sozialpartner durch Bundesrecht zu regeln sind. Wo weitergebildete Fachkräfte, solche ohne Weiterbildung und Hilfskräfte im gleichen Tätigkeitsfeld zusammenarbeiten, sind Fachkräfteschlüssel fest zu legen.

C. Schnittstelle Pflege – Pflegeassistenz / Service

Parallel zur Diskussion um Entlastung des ärztlichen Personals von „arztfremden“ Tätigkeiten oder der Übertragung ärztlicher Tätigkeiten an anderes Personal wird die Entlastung des Pflegepersonal von so genannten „pflegefremden“ Tätigkeiten bzw. die Abgabe pflegerischer Aufgaben an Pflegeassistenz oder Servicepersonal diskutiert. Zielsetzung ist auch hier, die jeweilige Tätigkeit - soweit fachlich vertretbar - von billigeren Arbeitskräften erledigen zu lassen. Dabei geht es um Aufgaben der sogenannten „Grundpflege“, Unterstützung bei Aktivitäten des täglichen Lebens, wie Körperpflege, Nahrungsaufnahme, Ausscheidungen, Essensausgabe im Krankenhaus, hauswirtschaftliche und Freizeitaktivitäten (z.B. Dementenbetreuer/-in), um Entlastung von organisatorischen (z.B. Hol- und Bringedienst) und administrativen Aufgaben (Stationsassistentin).

Bewertung:

Vom Einsparungspotential und den Auswirkungen auf Arbeitsabläufe und Personalsituation sind diese Bestrebungen als schwerwiegender einzuschätzen als die Diskussion um die Delegation ärztlicher Tätigkeiten. Das berufliche Selbstverständnis der Pflegeberufe ist unmittelbar berührt und es geht auch um die (tarifliche) Abwertung von Pflegearbeit als Hilfsarbeit. Entsprechend kontrovers wird das Thema unter den Berufsangehörigen diskutiert. Angesichts des in den letzten Jahren vollzogenen Stellenabbaus ist jede Entlastung des Pflegepersonals willkommen, sie entzieht sich jedoch einfacher und pauschaler Lösungen. Beispielsweise ist bei dem in vielen Krankenhäusern etablierten Hol- und Bringedienst beim Patiententransport in jedem Einzelfall zu prüfen, ob der Patient einer fachlichen Begleitung durch Pflegepersonal bedarf. Das gilt erst Recht für pflegerische Unterstützung bei der Nahrungsaufnahme, die im Einzelfall nur durch Pflegefachkräfte erfolgen kann. Auch die Ganzkörperwäsche, betten und lagern gehören zum Kernbereich pflegerische Aufgaben, die bei Schwerpflegebedürftigen und akut Erkrankten, die dies nicht selber übernehmen können, der Durchführung durch Pflegefachkräfte bedarf. Selbst wenn im Einzelfall die Unterstützung durch Pflegehilfskräfte erfolgen kann, ist es arbeitsorganisatorisch schwierig, die jeweils exakt erforderliche Qualifikation vorzuhalten. Da ist es sinnvoller, über eine ausreichende Zahl an Pflegefachkräften zu verfügen, die auch mal für einzelne Tätigkeiten „überqualifiziert“ sind. Je mehr unterschiedliche Qualifikationsniveaus und Aufgabenzuschnitte desto größer ist die Gefahr von Schnittstellenproblemen und arbeitsorganisatorischen Friktionen. Die fachgerechte Anleitung und Überwachung von Hilfspersonal kann zeitraubender sein als bestimmte Aufgaben selbst zu erledigen. Nicht ohne Grund wurden in der Akutversorgung in den letzten zehn Jahren in hohem Umfang Stellen für Pflegehelfer/-innen mit und ohne Ausbildung abgebaut. Eine Fachkraftquote in deutschen Krankenhäusern liegt bei über 90 %. Es sind keine Gründe aus fachlicher Sicht oder unter Versorgungsgesichtspunkten erkennbar, daran etwas zu ändern.

Durch die Taylorisierung der Pflegearbeit erfolgt auch eine Abwertung, weil der einzelne Handgriff oder die bestimmte Pflegemaßnahme auch ohne lange Ausbildung erlernt und von weniger qualifizierten Hilfskräften übernommen werden kann. Bei der Definition was zum Kernbereich der Pflege gehört ist das durch die Berufsgesetze und langjährige Traditionen geprägte berufliche Selbstverständnis der Pflegeberufe zu berücksichtigen.

3. Berufsbildungspolitische Konsequenzen

Neue Ausbildungsberufe

Bei der Entwicklung neuer Ausbildungsberufe haben sich folgende Schritte bewährt:

1. Feststellung des Bedarfs
2. Abgrenzung zu vorhandenen Berufen
3. Staatliche Regelung als anerkannter Beruf nach BBiG, als Heilberuf oder nach Landesrecht

Für Ausbildungsberufe treten wir weiterhin für eine Ausbildung nach BBiG ein. Eine Heilberufsregelung erscheint jedoch akzeptabel, wenn wesentliche Standards des BBiG (wie im KrPflG) realisiert werden. Landesrechtlich geregelte Berufsabschlüsse haben auf Grund ihrer berufsfachschulischen Ausprägung und wegen der oft sehr unterschiedlichen Abschlußbezeichnung und Ausbildungsinhalte große Probleme auf dem Arbeitsmarkt. Sie sind im Rahmen der Kultushoheit der Länder allenfalls in Verbindung mit dem Erwerb allgemeinbildender Abschlüsse sinnvoll. Ein arbeitgeberseitiges Berufebasteln auf betrieblicher Ebene oder konzernbezogen wird abgelehnt.

Weiterbildung

Weiterbildungsabschlüsse sind zu standardisieren. In Frage kommen staatliche Regelungen nach Landesrecht oder Fortbildungsprüfungsregelungen der zuständigen Stellen nach § 54 BBiG (z.B. Fachwirt Sozial- und Gesundheitswesen). Vorzuziehen sind Rechtsverordnungen des Bundes nach § 53 BBiG, die zu bundeseinheitlichen Regelungen führen. Das Dogma, wonach Weiterbildungsabschlüsse landesrechtlich zu regeln sind, ist zu hinterfragen. Als Rechtsgrundlagen kommen sowohl das Berufsbildungsgesetz als auch Berufszulassungsregelungen nach Art. 74 Nr. 19 Grundgesetz in Frage.

Für Bildungsmaßnahmen unter 400 Stunden mag ein vom Bildungsträger ausgestelltes Zertifikat ausreichen. Länger dauernde **Weiterbildungsmaßnahmen mit qualifizierendem Abschluss bedürfen der staatlichen Regelung**. Als Standard gilt eine zweijährige Weiterbildung mit 720 bis 800 Stunden Theorie und entsprechender Praxiserfahrung im angestrebten Tätigkeitsfeld.

Soweit keine staatliche Regelung erfolgt, sind **Qualifizierungs-Tarifverträge** anzustreben, die Qualifikationsumfang und -abschlüsse tariflich festlegen und zumindest in ihrem Geltungsbereich zu einheitlichen Standards führen können. In den neu zu vereinbarenden Entgeltordnungen sind Zusatzqualifikationen und geregelte Weiterbildungsabschlüsse zu berücksichtigen.

Als Äquivalent für berufsqualifizierende Hochschulabschlüsse auf Bachelorniveau ist die Einführung eines „**Bachelor Professional**“ für berufliche Weiterbildungsabschlüsse zu diskutieren. Die Anrechnung beruflich erworbener Kompetenzen auf Hochschulstudiengänge ist an allen Hochschulen einzuführen und der Zugang zu erleichtern, um die Durchlässigkeit im Bildungssystem zu erleichtern.

Pflegeassistentenz

die Ausbildungsentwicklung in der Krankenpflegehilfe ist in den letzten Jahren eher rückläufig bis gleichbleibend, mit der Schaffung neuer Ausbildungsgänge nach Landesrecht könnte aber eine Trendwende eingeleitet werden.

Die Qualifikationen sind in den einzelnen Bundesländern sehr unterschiedlich geregelt, sowohl was Inhalt und Anspruchsniveau betrifft als auch hinsichtlich der Dauer. So gibt es Ausbildungsgänge nach dem Muster der ehemals bundesrechtlich geregelten Krankenpflegehilfeausbildung mit einjähriger Dauer (Baden Württemberg, Hessen, Niedersachsen, NRW), solche mit integrierter Altenhilfequalifikation von eineinhalbjähriger Dauer (Mecklenburg-Vorpommern) und zur Gesundheits- und Pflegeassistentenz mit zweijähriger Dauer (Hamburg).

- Für die Einführung von Assistenzberufen im Pflegebereich sprechen keine fachlichen sondern allenfalls ökonomische Gründe
- Es gibt unter Versorgungsgesichtspunkten keine überzeugenden Argumente, die dafür sprechen, das Niveau einer dreijährigen Ausbildung zu unterschreiten
- Es besteht daher die Gefahr, dass Pflegefachkräfte durch Pflegeassistentinnen ersetzt werden mit Auswirkungen auf die Versorgungsqualität
- Pflegerische Fachqualifikation und Assistenzqualifikation lassen sich in der Berufspraxis nur schwer abgrenzen
- Eine dreijährige Fachausbildung entspricht dem gesellschaftlichen Standard der Berufsbildung in Deutschland für etwa 400 anerkannte Ausbildungsberufe
- Kürzere Berufsausbildungen stellen im deutschen Bildungssystem eine Ausnahme dar. Sie finden sicher eher bei vollzeitschulischen Bildungsgängen, die auch andere, eher allgemeinbildende Ziele verfolgen

Der Fachbereich hält an dem gewerkschaftlichen Grundsatz, „Keine Berufsausbildung unterhalb des Niveaus einer dreijährigen Ausbildung“ fest.

Gleichwohl gibt es Argumente, die für eine Assistenzausbildung sprechen:

1. Berufsfeldorientierung durch eine breit angelegte Ausbildung im Sozial- und Gesundheitswesen
2. Allgemeinbildung durch Erwerb der Fachoberschulreife (FOR)
3. Erwerb einer auf eine Fachausbildung anrechenbaren Berufsqualifikation Gradmesser für Ihren Einsatz ist das Maß der Selbstständigkeit des/der Pflegebedürftigen. Die Ausbildung soll auf Grundlage des Berufsbildungsgesetzes erfolgen. Seine wesentlichen Qualitätsstandards sind einzuhalten.

Die horizontale und vertikale Durchlässigkeit zwischen den Pflegeberufen und innerhalb des Berufsbildungssystems ist sicher zu stellen. Ein breites Qualifikationsprofil ist einer schmalpurigen Spezialisierung vorzuziehen. Für Tätigkeit und Ausbildung hat eine Abgrenzung der Berufsprofile von Fachkräften und anderen Assistenzberufen zu erfolgen.

Ein dualer Pflegeberuf für die ambulante Versorgung könnte eine Alternative eines: niedrigschwelligen und dreijährigen Ausbildungsangebots darstellen.

Eine Anrechnung erworbener Qualifikationen und Berufserfahrungen auf weitergehende Qualifizierung ist sicher zustellen. Weiterbildungsmöglichkeiten sind zu eröffnen

Berufsausbildung an Hochschulen

Im Zusammenhang mit den Professionalisierungsbestrebungen der Gesundheitsfachberufe werden zunehmend auch grundständige Studiengänge angeboten, die durch Berufszulassungsgesetze geregelte Berufsabschlüsse im Rahmen von Modellversuchen vergeben und damit in Konkurrenz treten zu den Berufsabschlüssen, die im Rahmen des Berufsbildungssystems im Sekundarbereich erworben werden. Soweit die Studiengänge Berufsabschlüsse voraussetzen und zusätzliche Qualifikationen z.B. für Managementfunktionen vermitteln ist das unproblematisch. Einzelne Studiengänge werden aber bewusst in Konkurrenz zur herkömmlichen Berufsausbildung entwickelt, mit dem Ziel, die Berufsausbildung insgesamt auf Hochschulniveau anzusiedeln. Bei den Pflegeberufen wird diese Forderung damit verbunden, perspektivisch die dreijährige Pflegeausbildung durch eine Hochschulausbildung zu ersetzen und parallel zweijährige Pflegeassistentenausbildungen einzuführen (Konzept des „Deutschen Bildungsrats für Pflegeberufe“). Mit den durch das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz vorgenommenen Änderungen der Berufsgesetze (AltPflG und KrPflG) wird dies im Rahmen von Modellversuchen auch rechtlich ermöglicht. Wir lehnen diese Bestrebungen, zusätzliche Niveaus von Berufsabschlüssen einzuführen ab, weil insgesamt eine Absenkung des Qualifikationsniveaus zu befürchten ist. Nach den Vorstellungen der Berufsverbände und von Pflegewissenschaftlern soll nur ein kleiner Teil der Berufsgruppe über einen akademischen Abschluss verfügen. Weithin ungeklärt ist aber, welche besonderen Funktionen von den Hochschulabsolventinnen und -absolventen mit dem Abschluss „Bachelor of Nursing“ übernommen werden sollen. Für besondere Funktionen im Management, als Lehrer/-innen oder in der Pflegewissenschaft gibt es bereits eine Vielzahl von Diplomstudiengängen an Fachhochschulen und Universitäten, die jetzt im Zuge des Bolognaprozesses auf Bachelor und Masterabschlüsse umgestellt werden.

Die Einführung der grundständigen Studiengänge zum/zur Gesundheits- und Krankenpfleger/-in mit Bachelorabschluss ist nicht arbeitsmarktindiziert sondern entspringt berufsständischen Professionalisierungsbestrebungen. Solche Bestrebungen sind durchaus legitim, müssen sich aber auch der Verantwortung gegenüber den Studierenden hinsichtlich ihrer Arbeitsmarktperspektiven stellen und haben die Auswirkungen auf andere Berufsabschlüsse und ihre Tätigkeitsfelder zu berücksichtigen.

Kontakt:

Gerd Dielmann, Bereich Berufspolitik
Paula-Thiede-Ufer 10
10179 Berlin

Mail: gerd.dielmann@verdi.de

Anmerkungen

1

Grundsätze der Delegierbarkeit ärztlicher Tätigkeiten:

1. der Patient/die Patientin muss **einwilligen**
2. die Art des Eingriffs erfordert nicht das **persönliche Handeln** des Arztes
3. der Arzt ordnet die konkreten Maßnahmen **schriftlich** an
4. die ausführende Pflegeperson ist **zur Durchführung befähigt**
5. der verantwortliche Arzt muss sich persönlich von der Qualifikation der Pflegekraft überzeugen und hat die **Ausführung zu überwachen** die angewiesene Pflegeperson ist zur Ausführung der ärztlichen Tätigkeit **bereit**, verpflichtet ist sie nur in Notfällen.
7. die Ausführung muss **zumutbar** sein
8. die Anordnung und Durchführung muss sorgfältig **dokumentiert** werden
9. die erforderlichen Qualifikationen müssen Gegenstand der **Aus- bzw. Fortbildung** werden, ggf. muss der Anstellungsträger eine entsprechende Fortbildung anbieten oder vermitteln, hierfür freistellen und sie finanzieren
10. die Pflegeperson hat ein - allgemein in der juristischen Literatur anerkanntes - **Verweigerungsrecht**, dessen Gebrauch nicht zu Nachteilen führen darf
11. der Krankenträger sorgt für eine haftungsrechtliche Absicherung durch Abschluss einer **Haftpflichtversicherung**, die fahrlässige (auch mittlere/grobe) Verhaltensweisen absichert
12. die Übernahme ärztlicher Tätigkeiten muss sich entsprechend ihrem Umfang in der **Personalbemessung** für Pflege- und Assistenzpersonal niederschlagen.
13. bei dauerhafter Übernahme ist eine Regelung im **Berufsrecht** erforderlich: Erlaubnis zur Ausübung der Heilkunde

². Für eine Regelung auf Grundlage des Berufsbildungsgesetzes sprechen:

1. die Ausbildung erfolgt auf Grundlage einer **bundeseinheitlichen Ausbildungsordnung** mit Ausbildungsberufsbild und Ausbildungsrahmenplan
2. **Ausbilder/-innen** mit berufspädagogischer Qualifikation sind für die praktische Ausbildung vorgeschrieben
3. bei den zuständigen staatlichen Stellen sind fachlich qualifizierte **Ausbildungsberater** angesiedelt, die die Ausbildungsbetriebe und Auszubildenden in Fragen der Ausbildung beraten
4. **Berufsbildungsausschüsse**, die paritätisch mit Arbeitnehmer- und Arbeitgebervertretern besetzt sind
5. **Prüfungsausschüsse**, die entsprechend den Berufsbildungsausschüssen zusammengesetzt sind
6. Die Möglichkeit, Ausbildungsbedingungen in **Tarifverträgen** zu Ausbildungsvergütungen und Ausbildungsrahmenbedingungen zu regeln
7. **Ausbildungsmittel** kostenlos zur Verfügung gestellt werden
8. die **Probezeit** nicht länger als 4 Monate dauert
9. dass das Ausbildungsverhältnis mit Bestehen der Abschlussprüfung endet
10. **bundeseinheitliche Fortbildungsregelungen** erlassen werden können