

## **Entschließung der 12. Landesgesundheitskonferenz zur Lage und Zukunft der Heil- und Pflegeberufe**

### **1. Einleitung**

Seit 1992 befasst sich die Landesgesundheitskonferenz Nordrhein-Westfalen mit grundlegenden Fragen der Gesundheitsversorgung in diesem Bundesland.

Sie hat insbesondere zu Fragen der Patientenorientierung, der Qualitätssicherung, der Telematik im Gesundheitswesen, der europäischen Gesundheitspolitik und der Kooperation und Integration richtungsweisende Beschlüsse gefasst und Erklärungen abgegeben, die weit über Nordrhein-Westfalen hinaus Wirkungen entfaltet und im Lande selbst zu innovativen Initiativen geführt haben (z.B. Gründung des Zentrums für Telematik im Gesundheitswesen – ZTG -).

Diese Erklärungen und Entschlüsse haben wesentliche Elemente der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität herausgearbeitet und auf diese Weise dazu beigetragen, das Versorgungsniveau in Nordrhein-Westfalen weiterzuentwickeln. Die Arbeit der Landesgesundheitskonferenz wurde anlässlich ihres 10-jährigen Bestehens wissenschaftlich evaluiert und ihre Bedeutung für die Gesundheitspolitik des Landes bestätigt.

Die 12. Landesgesundheitskonferenz hält es für geboten, sich mit den besonderen Anforderungen und erhöhten Erwartungen an diejenigen Berufsgruppen auseinander zu setzen, die für die gesundheitliche und pflegerische Versorgung der Bevölkerung zuständig sind. Die Qualität der gesundheitlichen Versorgung hängt entscheidend von den Leistungen ab, die durch die Angehörigen der verschiedenen Gesundheitsberufe erbracht werden. Ihr Engagement und ihre Qualifizierung, aber auch die äußeren Rahmenbedingungen, unter denen diese Leistungen erbracht werden, sind hierfür bestimmend.

Vor dem Hintergrund absehbarer gesellschaftspolitischer Veränderungen, einer zunehmenden Europäisierung und Globalisierung auch gesundheitspolitischer Rahmenbedingungen und verschiedenster aktueller Entwicklungen, die im Zusammenhang mit anstehenden Strukturveränderungen im Gesundheitswesen nicht unerhebliche Auswirkungen auf die Gesundheitsberufe haben werden – sowohl hinsichtlich des quantitativen Bedarfs wie auch der qualitativen Anforderungen und Erwartungen – will die Landesgesundheitskonferenz die Arbeits- und Handlungsbedingungen der Pflege- und Heilberufe genauer betrachten, den politischen Kontext erfassen, Entwicklungstrends beschreiben, Widersprüche und Spannungen identifizieren und damit diejenigen Faktoren bestimmen, die geeignet sind, das Engagement und die Qualität der Leistungserbringung durch die Gesundheitsberufe auch in Zukunft auf hohem Niveau und orientiert an den Bedürfnissen und Belangen der Patientinnen und Patienten zu gewährleisten.

Die Landesgesundheitskonferenz weist in diesem Zusammenhang darauf hin, dass das Gesundheitswesen die größte Wirtschaftsbranche des Landes Nordrhein-Westfalen ist und die Gesundheitsberufe mit mehr als 10 % aller Beschäftigten im Lande einen entscheidenden Arbeitsmarktfaktor darstellen: Seit 1985 sind im nordrhein-westfälischen Gesundheitswesen etwa 175.000 neue Arbeitsplätze entstanden, heute arbeiten in diesem Bereich in NRW fast 1 Mio. Menschen.

Die EntschlieÙung der Landesgesundheitskonferenz bezieht sich auf die Vielfalt der Heil- und Pflegeberufe, z.B. Ärzte, Apotheker, Diätassistenten, Ergotherapeuten, Hebammen, Logopäden, medizinisch-technische Assistenzberufe, Orthoptisten, Pflegekräfte, insbesondere in der Kranken- und Kinderkrankenpflege, Physiotherapeuten, Podologen, Psychotherapeuten, Zahnärzte sowie andere Gruppen der nichtärztlichen Heilberufe. Im Zusammenhang mit den aktuell anstehenden Fragen der zukünftigen quantitativen Bedarfe wie auch der Diskussion über die Arbeits- und Umfeldbedingungen konzentriert sich diese EntschlieÙung auf die ärztlichen und pflegerischen Berufsgruppen. Viele Aussagen im Zusammenhang mit zukünftigen Trends und Entwicklungen und insbesondere den Anforderungen und Erwartungen an die zukünftige Leistungserbringung

beziehen sich jedoch im Grundsatz auch auf alle anderen Berufsgruppen des Gesundheitswesens. Allerdings werden nicht alle spezifischen Aspekte, etwa im Bereich Altenpflege in dieser EntschlieÙung behandelt.

Besondere Aufmerksamkeit verdient in Zukunft die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung unter folgenden Aspekten:

- Aufgrund der demografischen Entwicklung der Bevölkerung verändert sich das Verhältnis des Bevölkerungsanteils, der Pflege und gesundheitliche Versorgung benötigt im Verhältnis zu demjenigen, der sie erbringen kann.
- Die Arbeitsbedingungen in den Gesundheitsberufen werden zunehmend dafür verantwortlich gemacht, dass insbesondere jüngere Beschäftigte vor allem des ärztlichen und pflegerischen Bereichs nach Abschluss ihrer Ausbildung nicht oder nur für relativ kurze Zeit in der Patientenversorgung tätig sind. Im Zusammenhang damit wird eine sinkende Attraktivität dieser Berufe beklagt.
- Veränderte gesellschaftspolitische und strukturelle Bedingungen, die Begrenztheit ökonomischer Ressourcen und die Dynamik des wissenschaftlichen und technischen Fortschritts verändern die Erwartungen und Anforderungen an die Gesundheitsberufe. Daher ist eine kritische Überprüfung der gegenwärtigen Rahmenbedingungen der Berufsausübung sowie der Inhalte und Methoden ihrer Aus-, Fort- und Weiterbildung erforderlich.

Die Landesgesundheitskonferenz hält es für unabdingbar, sich diesen Fragen umfassend und zielgerichtet zu stellen, damit die Versorgung der Bevölkerung auf einem hohen qualitativen Niveau auch mit langfristiger Perspektive gewährleistet werden kann.

## **2. Demografische Entwicklung und Veränderungen der Sozialstruktur – Auswirkungen auf quantitative Bedarfe und qualitative Anforderungen bei den verschiedenen Gesundheitsberufen**

### **2.1 Ausgangssituation bei den Gesundheitsberufen**

Die derzeitige quantitative Situation der ärztlichen und Pflegeberufe stellt sich wie folgt dar:

- Die Zahl der berufstätigen Ärzte und Ärztinnen ist seit Mitte der 90er Jahre in NRW ständig gestiegen. Im Jahre 2001 arbeiteten in den Krankenhäusern des Landes rd. 29.700 Ärztinnen und Ärzte, das sind 1.400 mehr als noch sechs Jahre zuvor (ein Plus von 5 %, Stand 1995: ca. 28.300). Noch ausgeprägter ist der Zuwachs bei den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten. Ihre Zahl stieg zwischen 1995 und 2001 von rd. 23.850 auf etwa 26.100 – ein Plus von 2.250 (fast 10 %). Von den insgesamt rund 65.000 Ärztinnen und Ärzten sind rd. 5.000 außerhalb der Patientenversorgung (Behörden, Körperschaften u.a.) tätig.

Die Arztdichte in Deutschland ist im europäischen Vergleich eine der höchsten und liegt sowohl für die Zahl der approbierten als auch der praktizierenden Ärzte pro 100.000 Einwohner unter den europäischen Mitgliedstaaten an vierter Stelle (Statistik aus 2000). Sie beträgt derzeit rd. 350 pro 100.000 Einwohner.

- Auch bezogen auf die Pflegeberufe und damit auf die größte Berufsgruppe der Krankenschwestern und Krankenpfleger ergibt sich mit mehr als 146.000 Beschäftigten gegenüber 1995 mit damals 138.000 Beschäftigten ein Plus von 7,6 %, das sich im ambulanten stärker als im stationären Bereich niedergeschlagen hat. Dabei hat allerdings der Anteil der Teilzeitbeschäftigten deutlich zugenommen.
- Gestiegen ist auch die Zahl der Beschäftigten der therapeutischen Berufe und Assistenzberufe. Die Anzahl der Pharmazeutisch-Technischen Assistentinnen und Assistenten (PTA) stieg seit Mitte der 90er Jahre um 20 % von

8.000 auf 10.000. Die Beschäftigung in den therapeutischen Berufen (u.a. Logopädinnen und Logopäden, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten, Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten) stieg seit 1995 um 28,7 % auf 24.500.

Allerdings ist auch festzustellen, dass

- der Anteil der Ärzte, die derzeit älter als 60 Jahre sind und damit bald aus dem Beruf ausscheiden, überproportional hoch ist (rd. 9 %),
- immer mehr Medizinstudentinnen und –studenten nach Abschluss ihres Studiums nicht als Arzt oder Ärztin arbeiten, sondern sich – zumindest zeitweise - anderen (Berufs)Feldern zuwenden (nur 2.900 von 3.850 Ärzten im Praktikum haben in 2001 ihren Dienst im Bereich der Patientenversorgung in Deutschland tatsächlich unmittelbar nach Abschluss ihres Studiums aufgenommen. Das entspricht einer Quote von 77 %),
- ein deutlicher Rückgang bei der Ausbildung des Pflegepersonals zu verzeichnen ist (um 3.000 gegenüber 1998/99) und die Zahl der Berufsaussteiger in der Pflege hoch ist. Hier zeichnen sich erste Engpässe ab.

Vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung erfordern diese Trends eine besondere gesundheitspolitische Aufmerksamkeit. So dürfen regionale Disparitäten, die sich bezogen auf Ärztinnen und Ärzte, fachspezifisch abzeichnen beginnen und für den Bereich der Pflegekräfte deutlicher erkennbar sind, mittel- und langfristig nicht zu einer Verschlechterung der Gesundheitsversorgung führen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass mit dem GKV-Modernisierungsgesetz neue Gestaltungsmöglichkeiten für mehr Kooperation, integrierte Versorgungsformen, z.B. in Form medizinischer Versorgungszentren geschaffen werden, die auch zu mehr Effizienz qualitativer Ressourcen führen sollen.

## **2.2 Absehbare Trends und Entwicklungen im Bereich der Demografie und Sozialstruktur**

Für die Einschätzung der zukünftigen quantitativen Bedarfe und der qualitativen Anforderungen an die Gesundheitsberufe haben die soziodemografischen Trends besondere Bedeutung. Relevante Entwicklungen ergeben sich vor allem

aus den demografischen Veränderungen mit dem wachsenden Anteil älterer und alter Menschen, aber auch aus dem Strukturwandel der Familie sowie aus regionalen Strukturentwicklungen, auch unter Berücksichtigung der Migrantinnen und Migranten.

Besondere Bedeutung hat der sich verändernde Altersaufbau der Bevölkerung. Die Lebenserwartung der Menschen ist in Nordrhein-Westfalen in den vergangenen Jahrzehnten beträchtlich gestiegen, seit 1970 um rd. 5 Jahre bei Männern und Frauen. Sie beträgt heute bei Frauen 80,1 und bei Männern 73,7 Jahre. Sie wird bis zum Jahre 2050 für Frauen auf 86,6 Jahre und für Männer auf 81,1 Jahre steigen.

Damit verbunden ist ein höherer Anteil älterer Menschen in der Bevölkerung. Der Anteil der über 60-jährigen in Deutschland wird sich von 24,1 % im Jahr 2001 auf 34,4 % im Jahr 2030 und auf 36,7 % im Jahr 2050 erhöhen, der Anteil der über 80-jährigen von 3,9 % im Jahr 2001 auf 7,3 % im Jahr 2030 und 12,1 % im Jahr 2050.

Parallel zur steigenden Lebenserwartung findet sich ein Rückgang der Geburtenraten. Der Anteil der jungen Menschen nimmt damit zukünftig weiter ab. Etwa 19,5 % der Bevölkerung in Nordrhein-Westfalen ist derzeit unter 18 Jahre alt, im Jahre 2020 werden dies voraussichtlich noch 17,6 % sein.

Der **Strukturwandel der Familie** lässt sich an verschiedenen Aspekten festmachen. So etwa an der steigenden Bildungs- und Erwerbsbeteiligung der Frauen und Mütter. Die Erwerbsquote von Frauen mit Kindern unter 6 Jahren ist von 35 % im Jahre 1980 auf 45 % im Jahre 1994 gestiegen. Zum anderen an der nachlassenden Bedeutung der Institution „Ehe“. Sowohl nichteheliche Lebensgemeinschaften als auch Singlehaushalte gewinnen zahlenmäßig an Bedeutung. Und schließlich an den Trends zu kleineren Haushalten, der steigenden Anzahl an Alleinerziehenden und der häufig schwierigen materiellen Situation und strukturellen Benachteiligung von Familien. Die primären sozialen Netze werden damit – insbesondere in den Ballungsräumen – zukünftig weniger belastbar oder nicht mehr vorhanden sein. Damit erhöhen sich – vor allem mit

Blick auf die demografische Entwicklung – die Anforderungen an das professionelle System.

Eine wesentliche Rolle spielt bei den bevölkerungspolitischen Herausforderungen der relativ hohe Anteil der **Migrantinnen und Migranten** (derzeit in Nordrhein-Westfalen rd. 11 %), d.h. der Ausländerinnen und Ausländer und der Aussiedlerinnen und Aussiedler. Ein weiteres Phänomen ist hiermit im engen Zusammenhang zu sehen: Die bereits seit einigen Jahren stattfindende regionale Umverteilung der kontinuierlich schrumpfenden einheimischen Bevölkerung ist dadurch gekennzeichnet, dass deutsche Mittelschichtfamilien mehr und mehr in das Umland der Städte abwandern. In den Ballungsräumen steigt der Ausländeranteil kontinuierlich an. Hier kumulieren soziale Probleme generell – auch bezogen auf die einheimische Bevölkerung. Prognosen gehen dahin, dass die Migranten und Aussiedler bereits im nächsten Jahrzehnt die Mehrheit der Menschen in Ballungsräumen darstellen werden. Hier sind gesellschaftliche Integrationsleistungen erforderlich, denen sich auch die Heil- und Pflegeberufe verstärkt stellen müssen.

### **2.3 Quantitative Bedarfe/qualitative Anforderungen:**

Die geschilderten soziodemografischen Entwicklungen werden Auswirkungen auf Bedarf und qualitative Anforderungen im Bereich der gesundheitlichen Versorgung und der sie erbringenden Berufsgruppen haben: Der Bedarf an medizinischer und pflegerischer Versorgung und an Unterstützung durch organisierte soziale Dienste nimmt zu. Das Risiko der Pflegebedürftigkeit tritt vor allem im hohen Alter auf, insbesondere für die Gruppen hochaltriger pflegebedürftiger Menschen ist daher vermehrt mit stationärem Klinik- und insbesondere Heimaufenthalt zu rechnen. Dies gilt auch, wenn es gelingen sollte, durch verstärkte Bemühungen in der Prävention und durch gesündere Lebensweise den Gesundheitszustand der Menschen insgesamt zu verbessern und Krankheit und Pflegebedürftigkeit im Alter hinauszuschieben.

Ein entsprechend erhöhter Bedarf an qualifiziertem Personal ist aber zugleich verbunden mit einer insgesamt stagnierenden bzw. schrumpfenden Erwerbsbevölkerung bei zugleich steigender Frauenerwerbstätigkeit. Dies bedeutet eben-

falls, dass Frauen immer weniger für die Pflege von Familienangehörigen zur Verfügung stehen.

Diese Trends und Entwicklungen und die mit ihnen verbundene steigende Nachfrage nach Versorgungs- und Pflegeleistungen, aber auch die dargestellten soziokulturellen Veränderungen erfordern eine gezielte, am veränderten Bedarf orientierte Förderung von Ausbildung und Beschäftigung in den akademischen und nichtakademischen Gesundheitsberufen. Hierbei sind Schwerpunkte konkret zu definieren und Weiterentwicklungen in den Berufsbildern zu diskutieren.

Konkret sind folgende Aspekte zu nennen:

- Erforderlich sind eine genaue Bedarfsbeobachtung im akademischen und im nichtakademischen Bereich zusätzlich eine Kapazitätssteuerung. Für die nichtärztlichen Berufe ist die Bedarfsplanung für Ausbildungsstätten im Rahmen des Krankenhausplans ein wichtiges Instrument, das die Verantwortlichkeit der Ausbildungsträger für die regionale Fachkraftversorgung stärkt. Eine stärkere Zentralisierung von Ausbildungsstätten zu größeren Bildungszentren und die Bündelung von Ausbildungskapazitäten – unter Berücksichtigung der regionalen Gegebenheiten – ermöglichen eine bessere Nutzung der Ausbildungsressourcen und ein gezieltes Qualitätsmanagement.
- Für alle Gesundheitsberufe gilt, dass die Ausbildungen zukünftig stärker als bisher an den Bedürfnissen einer alternden Bevölkerung orientiert werden. Geriatriische, gerontologische und gerontopsychiatrische Fachkenntnisse sollten verstärkt Berücksichtigung in den Ausbildungen finden. Dies gilt auch für die zunehmende Bedeutung ethnisch-kultureller Besonderheiten.
- Insgesamt sollten die Berufsorientierungen junger Menschen in den Gesundheitsbereich hinein gefördert werden. In den Berufen, in denen sich bereits heute eine Mangelsituation abzeichnet, wie im Bereich der Pflege, sind Rekrutierungsstrategien für Ausbildung und Beschäftigung von Ausbildungs- und Beschäftigungsträgern systematisch vorrangig auf regionaler Ebene zu verfol-

gen. Hierbei sollten auch junge Migrantinnen und Migranten verstärkt angesprochen werden, da sie derzeit in den Gesundheitsberufen deutlich unterrepräsentiert sind.

### **3. Arbeits- und Umfeldbedingungen für Gesundheitsberufe**

#### **3.1 Ausgangssituation**

Eine entscheidende Voraussetzung für den Erhalt einer hohen Qualität in der Patientenversorgung, aber auch für die zukünftige Deckung des noch steigenden Bedarfs an qualifizierten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in den Einrichtungen des Gesundheitswesens ist der Erhalt der Attraktivität der Gesundheitsberufe und die Eröffnung positiver Beschäftigungsperspektiven gerade für junge Menschen.

Gesundheitsberufe werden ohne Frage auch in Zukunft zu den Berufen mit Zukunft und außerordentlich guten Beschäftigungsmöglichkeiten gehören. Das Gesundheitswesen bietet als größte Beschäftigungsbranche für insgesamt rd. 1 Mio. Menschen hochqualifizierte Arbeitsplätze, die zwar auch zukünftig laufend struktureller und qualitativer Weiterentwicklungen bedürfen, deren Bedarf aber auch langfristig nicht in Frage steht.

Die Attraktivität der Gesundheitsberufe wird wesentlich durch deren Arbeits- und Umfeldbedingungen bestimmt.

Derzeit gibt es – insbesondere bei Ärzten und Pflegekräften – sehr deutliche Hinweise, dass in diesen Berufen ausgebildete Personen sich gegen eine (weitere) klinische Tätigkeit in der Patientenversorgung entscheiden. Umfrage- und Studienergebnisse lassen vielfältige Ursachen hierfür erkennen, die ganz wesentlich in den Arbeits- und Umfeldbedingungen begründet sind. Diese sollen für den ärztlichen und pflegerischen Beruf im Folgenden gesondert beleuchtet werden.

### 3.2 Situation im Bereich des ärztlichen Berufs

Zwar übersteigt das Interesse an der Aufnahme des Medizinstudiums bei jungen Menschen nach wie vor die im Rahmen des Numerus clausus zur Verfügung stehenden Studienplätze. Nach Abschluss des Medizinstudiums entscheidet sich inzwischen aber ein beträchtlicher Teil der Absolventen dafür, nicht als Arzt zu arbeiten, sondern sich alternativen Berufsfeldern (z.B. in Medizinverlagen, in der Medizininformatik, in der Qualitätssicherung, in der Pharmaforschung, in Unternehmensberatungen oder in der Bioinformatik) zuzuwenden. Eine Umfrage unter Krankenhausärzten (durchgeführt von der Ärztekammer Westfalen-Lippe im Jahre 2002) ergab, dass 73 % der befragten Ärztinnen und Ärzte mit ihrem heutigen Wissens- und Erfahrungsstand den Beruf des Arztes nicht noch einmal ergreifen würden.

Vor allem im ländlichen Raum gibt es zwischenzeitlich bereits Probleme, offene Stellen in Krankenhäusern im ärztlichen Dienst zu besetzen, insbesondere bezogen auf Ärzte im Praktikum und Assistenzärzte. Entsprechende Entwicklungen zeichnen sich auch im niedergelassenen Bereich ab.

Folgende Faktoren dürften hierfür vor allem eine Rolle spielen:

- **Arbeitsverdichtung und Arbeitsdruck** in den Krankenhäusern haben, vor allem bedingt durch steigende Patientenzahlen und Verweildauerverkürzung, in den vergangenen Jahren zugenommen. Damit verbunden sind:
  - Eine hohe Zahl von Überstunden und Bereitschaftsdiensten, die zum Teil weder bezahlt noch in Freizeit abgegolten werden. Nach durchgeführten empirischen Untersuchungen (*Studie „Arbeitszufriedenheit von Ärzten im Krankenhaus“, R.H. Kaiser, 2002*) arbeiten zwei Drittel aller Krankenhausärzte – ohne Bereitschaftsdienste – mehr als 44 Stunden in der Woche. Sogar Arbeitszeiten von 80 Wochenstunden kommen vor.
  - Die Zunahme rein administrativer Tätigkeiten. Eine aktuelle Studie (des Deutschen Krankenhausinstituts e.V.) bestätigt den hohen Aufwand für Verwaltungstätigkeiten, insbesondere im Bereich der ärztlichen Dokumentation, der sich danach in der Chirurgie auf ca. 2:40 Stunden je Arzt und Arbeitstag und in der Inneren Medizin auf 3:15 Stunden je Arzt und Ar-

beitstag beläuft. Eine entsprechende Situation ist auch für den niedergelassenen Bereich zu verzeichnen.

- Die **Vereinbarkeit von Familie und Beruf** muss insbesondere für Ärztinnen verbessert werden. Hier werden wertvolle personelle Ressourcen nicht ausgeschöpft: Zu Beginn der Phase Ärztin/Arzt im Praktikum liegt der Frauenanteil bei 51,9 % (2001). Bereits während der Weiterbildungsphase geht der Ärztinnenanteil deutlich zurück. Von den 2002 erteilten Gebietsanerkennungen gingen nur 37% an Ärztinnen. Bei den leitenden Krankenhausärzten liegt der Frauenanteil dann nur noch bei 6 %.

### 3.3 Anforderungen an künftige Entwicklungen bezogen auf den ärztlichen Beruf

- Die gesetzlichen Grundlagen hinsichtlich der **Arbeitszeitgestaltung** im Krankenhaus (Umsetzung des Urteils des Europäischen Gerichtshofs vom 09.09.2003 und Flexibilisierung des Arbeitszeitgesetzes) werden derzeit diskutiert und verändert. Es bleibt zunächst abzuwarten, ob und ggf. welche Gesetzesänderungen aufgrund des Urteils des EuGH vom 09.09.2003 erfolgen. Der Deutsche Bundestag hat einen Gesetzentwurf zur Änderung des Arbeitszeitgesetzes verabschiedet; hierzu hat der Bundesrat den Vermittlungsausschuss angerufen. Derzeit ist ein Konsens dahingehend erkennbar, dass für Krankenhäuser und vergleichbare Einrichtungen Übergangsbestimmungen notwendig sind.

Die europäische Kommission hat die nach 10 Jahren vorgesehene Überprüfung der Arbeitszeitrichtlinie in Angriff genommen. Ein Ergebnis wird Mitte 2004 erwartet.

- Zur besseren **Vereinbarkeit von Familie und Beruf** sollten die Möglichkeiten einer ganztägigen, arbeitsplatznahen und dienstzeitkompatiblen Kinderbetreuung geschaffen werden. Darüber hinaus sind für Ärztinnen und Ärzte lebenszyklusgerechtere Arbeitszeitmodelle zu schaffen, die insbesondere Teilzeitstellen in ausreichendem Maße zur Verfügung stellen, Weiterbildung auch in Teilzeit und für Ärztinnen und Ärzte mit Kindern eine Befreiung vom Nachtdienst ermöglichen.

- Die Belastung von Ärztinnen und Ärzten mit **Verwaltungsaufgaben** gilt es generell zu überprüfen. Die medizinische Dokumentation ist ein unverzichtbarer Bestandteil der ärztlichen Arbeit. Vor dem Hintergrund einer Weiterentwicklung und wachsenden Bedeutung der Qualitätssicherung wird der Stellenwert der Dokumentation weiter steigen. Dabei ist sicherzustellen, dass Dokumentationsverfahren sowohl administrativ als auch technisch vereinheitlicht werden, um Mehrfach-Dokumentationen zu vermeiden. Die Entwicklung EDV-gestützter Dokumentationsverfahren ist voranzutreiben und verstärkt zu nutzen. Darüber hinaus sind administrative Anforderungen zu hinterfragen, die nicht im Zusammenhang mit ärztlichen Dokumentationspflichten stehen. Zur Entbürokratisierung des ärztlichen Arbeitsalltags sollten alle rechtlichen Vorgaben auf den Prüfstand gestellt und so weit wie möglich harmonisiert und reduziert werden.
- Darüber hinaus gilt es, die innovativen Gestaltungsmöglichkeiten integrierter Versorgungsansätze zu nutzen, insbesondere für junge Ärztinnen und Ärzte die mit dem GKV-Modernisierungsgesetz eröffneten neuen Formen der ambulanten Tätigkeit z.B. in medizinische Versorgungszentren – entsprechend den zulassungsrechtlichen Voraussetzungen - zu fördern und koordinierende Funktionen durch die niedergelassene Ärzteschaft, wie dies in den DMP bereits eingeleitet wurde, zu verstärken und dabei auch die Rolle der Hausärzte zu stärken und zu fördern.

### **3.4 Situation im Bereich der Pflegeberufe**

Auch die Berufe in der Pflege sind Berufe mit Zukunft und guten Beschäftigungsmöglichkeiten. Aufgabenvielfalt, Eigenverantwortung, Vielfalt der Pflegehandlungen und der Einsatzmöglichkeiten kennzeichnen das Aufgabengebiet. Dabei hat die pflegerische Versorgung im ambulanten Bereich erheblich an Bedeutung zugenommen, mit dem Erfordernis, auch den Bereich der Pflege verstärkt in die Entwicklung integrierter Versorgungsformen einzubeziehen. In Deutschland zeichnet sich jedoch bereits heute, wie auch in anderen Ländern der Europäischen Union, in vielen Bereichen der Gesundheitsversorgung ein Mangel an Pflegepersonal ab. Einerseits geht die Zahl der Auszubildenden

deutlich zurück, andererseits besteht die Situation, dass die Berufsverweildauer der Fachpflegekräfte außerordentlich kurz ist, bei Krankenpflegekräften liegt sie bei 13 Jahren. Vor dem Hintergrund des weiter wachsenden Bedarfs an Pflegekräften wird es zunehmend wichtiger, den Verbleib im Pflegeberuf zu fördern. Nur so werden weitere Engpässe vermieden und die pflegerische Versorgung der Bevölkerung gesichert werden können. Der anstehende Bedarf kann in Zukunft weder durch die Gewinnung ausländischer Pflegekräfte noch durch den eigenen Pflegenachwuchs gedeckt werden.

In einem europäischen Forschungsprojekt unter der Beteiligung von zehn Ländern (Next-Studie) wird derzeit sektorenübergreifend eine Analyse der Arbeits- und Umfeldbedingungen des Pflegepersonals zur Ursachenforschung des vorzeitigen Ausstiegs durchgeführt. Die Ergebnisse der Studie sollen zielgerichtete Strategien liefern, damit die individuellen, die in der Arbeit liegenden und die Organisations- und Umfeldbedingungen optimiert werden können, um so den Verbleib im Pflegeberuf zu fördern. Erste Resultate zeigen:

- Es gibt bei den Aussteigern zwei unterschiedliche Kategorien, die „motivierten“ Aussteiger, jüngere und gut qualifizierte Pflegepersonen und die „resignierten“ Aussteiger, gesundheitlich angeschlagene, erschöpfte Personen.
- Auslösende Faktoren sind insbesondere die negativen Auswirkungen der Arbeit auf die private Situation, vor allem die nicht befriedigenden Möglichkeiten der Vereinbarkeit von Familie und Beruf, mangelnde Entwicklungsmöglichkeiten innerhalb des Berufslebens sowie die erheblichen physischen und psychischen Belastungen.
- Auch im Pflegebereich haben – ähnlich wie im ärztlichen Bereich – die administrativen Tätigkeiten, insbesondere die Dokumentation, stark zugenommen, nach einer Untersuchung des Deutschen Krankenhausinstituts betragen sie derzeit zwei Stunden 10 Minuten je Pflegekraft und Tag.

### **3.5 Anforderungen an zukünftige Entwicklungen im Bereich der Pflegeberufe**

- Die sich bereits vollziehenden und die noch anstehenden Strukturveränderungen im Gesundheitswesen erfordern, dass sowohl im Hinblick auf die quantitativen als auch die qualitativen Anforderungen für den Pflegeberuf tragfähige Grundlagen gelegt werden: Die Bereitstellung genügender und

geeigneter Ausbildungsplätze muss gesichert sein und die Ausbildungsqualifikation und die spätere Ausübung müssen sich aufeinander beziehen, um so die Gefahr der Unter- oder Überforderung zu vermeiden.

- Die Weiterentwicklung der Ausbildungen in der Pflege muss mit dem Aufgabenzuwachs und dem Paradigmenwechsel in der Pflege Schritt halten. Horizontale und vertikale Durchstiegsmöglichkeiten zwischen den verschiedenen Ausbildungen müssen verbessert werden. Die eingeleiteten Initiativen zur Teilintegration der Ausbildungsgänge im Bereich der Krankenpflege, Kinderkrankenpflege und Altenpflege sollten weiter verfolgt werden.
- Instrumente der Potenzial-Analyse und geeignete Formen der Bildungs- und Laufbahnberatung für Pflegekräfte müssen im Rahmen einer systematischen Personalentwicklung situationsgerecht eingesetzt und evaluiert werden. In diesem Zusammenhang sollten auch die dem Arzt vorbehaltenen Tätigkeiten bzw. eine Ausweitung des Verantwortungsbereichs der Pflege überprüft werden.
- Zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Familie und Beruf sollten Möglichkeiten der ganztägigen, arbeitsplatznahen und dienstzeitkompatiblen Kinderbetreuung geschaffen, flexible, familienfreundliche Arbeitszeitmodelle etabliert und Fortbildungen für Wiedereinsteiger nach einer längeren Familienphase angeboten werden.

#### **4. Erforderliche Fach- und Handlungskompetenzen bei den Gesundheitsberufen**

Die bisher aufgezeigten aktuellen gesellschafts- und gesundheitspolitischen Entwicklungen gehen mit großen Herausforderungen an die Fach- und Handlungskompetenzen der Gesundheitsberufe und damit auch an die Anforderungen im Bereich der Aus-, Fort- und Weiterbildung einher.

## **4.1 Handlungsfelder**

### **4.1.1 Europäische Integration und Globalisierung**

Das Gesundheitssystem in Deutschland steht zunehmend im Kontext des europäischen Integrationsprozesses und darüber hinaus globaler Entwicklungen. Die 9. Landesgesundheitskonferenz hat sich mit den Entwicklungen in Europa intensiv auseinandergesetzt.

Die europäischen Verkehrsfreiheiten bedeuten für die Angehörigen der Gesundheitsberufe in Deutschland eine Erweiterung der Mobilität. Die entsprechenden Herausforderungen des Wettbewerbs mit Anbietern aus den europäischen Nachbarländern sind vor dem Hintergrund des hohen Qualifikationsniveaus der in NRW zugelassenen und tätigen Menschen grundsätzlich positiv zu bewerten. Dies gilt auch für die in der europäischen Perspektive überdurchschnittlich leistungsfähigen Versorgungsstrukturen in Nordrhein-Westfalen.

Notwendig ist im Zusammenhang mit dem weiteren Integrationsprozess die Vereinheitlichung von Qualifikationen und Qualitätsstandards, da nur auf dieser Grundlage ein fairer transnationaler Wettbewerb möglich ist.

### **4.1.2 Rolle der Patientinnen und Patienten**

Das gesellschaftliche Leitbild der Patientinnen und Patienten und ihre Rolle im Behandlungsgeschehen haben in den vergangenen Jahren einen fundamentalen Wandel erlebt. Partnerschaftliche Formen in den Beziehungen zwischen den Gesundheitsberufen und den Patienten lösen ein tradiertes paternalistisches Rollenverständnis ab. Parallel dazu ist eine vielgestaltige Selbsthilfebewegung entstanden. Eine zunehmende Rolle spielt darüber hinaus die aktive Beteiligung von Patientenvertretern in gesundheitspolitischen Diskussions- und Entscheidungsprozessen.

Diese Entwicklungen einer verstärkten Partizipation und Demokratisierung des Gesundheitswesens beinhalten für die in den Gesundheitsberufen tätigen Menschen vielfältige Chancen. Transparente Versorgungsabläufe fördern die Mitwirkung aller an der Versorgung Beteiligten und tragen wesentlich zu einer Er-

höhung der Arbeitszufriedenheit auch bei den Beschäftigten bei. Gleichzeitig müssen bei den Gesundheitsberufen - wie im Gesundheitswesen generell – die Voraussetzungen verbessert werden, diesem veränderten Rollenverständnis Rechnung zu tragen. Das veränderte Rollenverständnis vieler Patientinnen und Patienten ist verbunden mit Erwartungen auch an das Verhalten und Handeln der Gesundheitsberufe. In der Aus-, Fort- und Weiterbildung von Gesundheitsberufen und im praktischen Alltag der Gesundheitsvorsorge und Gesundheitsversorgung müssen die Interessen und Sichtweisen von Patientinnen und Patienten stärker berücksichtigt werden. Geeignete Maßnahmen sind z.B. die verständliche Abfassung von Patienteninformationen sowie die Berücksichtigung von Erfahrungswissen der Gesundheitsselbsthilfe, der Patientenberatungsstellen und der Patientenfürsprecher bei der Weiterentwicklung der Gesundheitsberufe.

#### **4.1.3 Prävention**

Es besteht breites Einvernehmen in Politik und Gesundheitswesen, Prävention und Früherkennung im Vergleich zur Kuration, Rehabilitation und Pflege zu stärken und auszubauen. Hier liegen gesamtgesellschaftliche Aufgaben, die der Mitwirkung möglichst vieler politischer und gesellschaftlicher Akteure bedürfen, wie auch besondere Aufgaben der Akteure im Bereich des Gesundheitssystems.

Aufgabe der Gesundheitsberufe ist es, zu einer breiten Bewusstseinsänderung in der Bevölkerung und insbesondere bei den Patientinnen und Patienten beizutragen und über die Möglichkeiten und den Nutzen einer gesundheitsförderlichen Lebensweise kontinuierlich aufzuklären und zu beraten. Dies bedeutet zugleich erhöhte zeitliche Anforderungen an die notwendige Kommunikation zwischen den Professionellen im Gesundheitswesen und den Patientinnen und Patienten.

#### **4.1.4 Fortschritt in Medizin und Technologie**

Der medizinische und technologische Fortschritt hat in den vergangenen Jahren gerade die Gesundheitsberufe mit gravierenden Herausforderungen konfrontiert. Es hat sich dabei die Erkenntnis durchgesetzt, dass es nur gelingen wird,

neue Technologien, insbesondere die Informationstechnologie, in das Gesundheitssystem einzuführen und breit verfügbar zu machen, wenn neue Formen der Kooperation zwischen den Partnern im Bereich der Forschung und Entwicklung, der Industrie und dem Gesundheitswesen, insbesondere im Sinne einer Public-Private-Partnerschaft geknüpft werden. Das von der Landesgesundheitskonferenz mit initiierte Zentrum für Telematik im Gesundheitswesen (ZTG) ist hierfür ein Beispiel. Diese Kooperationen gilt es auszubauen. Dabei kommt den Repräsentanten der Gesundheitsberufe eine wichtige Aufgabe zu.

Die Gesundheitsberufe stehen im Übrigen generell in der Pflicht, neue wissenschaftliche Erkenntnisse aufzugreifen und zum Transfer aus der Wissenschaft in die Praxis beizutragen und diese Umsetzung zu gestalten.

Die immer wieder entstandenen und auch zukünftig entstehenden Diskussionen über die Begrenzung neuer therapeutischer Möglichkeiten durch die vorhandenen wirtschaftlichen Ressourcen müssen offen und breit geführt werden.

Die Gesundheitsberufe werden mit dem wachsenden medizinischen Fortschritt auch zunehmend mit ethischen Fragestellungen und Konflikten konfrontiert. Auch solche ethisch schwierigen Fragen bedürfen einer offenen gesellschaftlichen und politischen Auseinandersetzung und schließlich verbindlicher Rahmenvorgaben.

#### **4.1.5 Qualitätssicherung und Risikomanagement**

Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung müssen mit Blick auf die hohe Komplexität und eine möglichst hohe Akzeptanz von den Gesundheitsberufen selbst bzw. ihren Körperschaften und Verbänden maßgeblich entwickelt, implementiert und überprüft werden.

Erfahrungen belegen, dass motivierende Ansätze gegenüber vorwiegend sanktionierenden Verfahren oftmals überlegen sind. Die Landesgesundheitskonferenz hat sich bereits in ihrer Entschließung im Jahre 1996 dafür ausgesprochen, dass die Qualitätssicherung zu einer Kultur des alltäglichen Handelns aller Berufsgruppen und Institutionen wird. Diese gilt es weiterzuentwickeln.

Gleichwohl bleiben qualifikationsgebundene Zulassungs- und Genehmigungs- sowie Ausschlusskriterien auch künftig unverzichtbare Bestandteile einer effektiven Qualitätssteuerung.

#### **4.1.6 Ökonomische Verantwortung, Integration, Versorgungssteuerung**

Angesichts der Knappheit personeller und finanzieller Ressourcen bleiben die Bemühungen um die Mobilisierung von Wirtschaftlichkeitsreserven bei gleichzeitiger Steigerung der Qualität eine Daueraufgabe im Gesundheitswesen. Ein verantwortungsvoller Umgang mit Ressourcen und eine Orientierung am Maß des Notwendigen und Zweckmäßigen sind legitime Anforderungen an alle in den Gesundheitsberufen Tätigen.

Mit Blick auf eine konsequente Qualitätsorientierung im Gesundheitswesen spielen die Integration der Abläufe in der gesundheitlichen Versorgung und in diesem Zusammenhang neue Vertragsformen eine wesentliche Rolle. Ebenso werden sich Managed-Care-Elemente bzw. -Formen und Programme des Disease-Managements als Formen einer regelhaften Versorgung etablieren.

Die Landesgesundheitskonferenz hat im Jahre 2002 eine Erklärung über die Notwendigkeit und die Voraussetzungen von mehr Integration und Kooperation im Gesundheitswesen verabschiedet. Mit dem GKV-Modernisierungsgesetz sollen strukturelle Barrieren, die einer Integration bislang häufig entgegenstehen, abgebaut werden.

Neben den bislang noch vorhandenen strukturellen Barrieren sind Integrationsmängel aber auch nicht selten das Ergebnis „eingeübter“ Verhaltens- und Kommunikationsroutinen, die im Versorgungsalltag unzureichend hinterfragt werden. Vor diesem Hintergrund wird auch spezifisches Koordinations- und Steuerungswissen, insbesondere der Hausärzte an Bedeutung gewinnen. Entsprechende Inhalte und Methoden sind daher bereits in der ärztlichen Aus-, Fort- und Weiterbildung zu verankern.

Entsprechende Inhalte und Methoden sollten zum Lehrstoff gehören darüber hinaus sollten Konzepte und Methoden zur Verbesserung der kommunikativen Kompetenz im Zusammenhang mit der Aus-, Fort- und Weiterbildung weiterentwickelt und erprobt werden, um somit den verbesserten Strukturvoraussetzungen auf der System- und Organisationsebene und der Entwicklung integrierter Versorgungsformen Rechnung zu tragen.

#### **4.2 Anforderungen an die Gesundheitsberufe – Voraussetzungen auf der System- und Organisationsebene**

Die Erwartungen und Forderungen nach Qualität, Transparenz, Integration und Patientenorientierung sowie die Bedürfnisse nach konkreten Formen der Partizipation bedeuten für die Gesundheitsberufe nicht Autonomieverlust und Fremdbestimmung. Vielmehr bieten sie vielfältige Chancen zur Optimierung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität sowie zur Erhöhung der individuellen Berufszufriedenheit. Dies setzt eine kritische Selbstreflexion der in den Heilberufen etablierten Kommunikations- und Handlungsweisen voraus.

Der Lehrstoff der Aus-, Fort- und Weiterbildung in den ärztlichen und nichtärztlichen Heilberufen ist im Hinblick auf die komplexen Anforderungen an die Arbeit dieser Berufe kontinuierlich weiter zu entwickeln. Die Aus- und Weiterbildung als episodischer Ansatz, in dem die Aneignung und Vermittlung von Kompetenz über einen bestimmten Zeitraum erfolgt, ist um Strategien einer stetigen und lebenslangen Kompetenzerhaltung zu ergänzen. Die zwischenzeitlich entwickelten Fortbildungszertifizierungsmodelle sollten weiterentwickelt werden und bei allen Berufsgruppen verstärkte Anreize für eine Teilnahme an Maßnahmen zum Wissenserhalt sowie Methoden zur kontinuierlichen und systematischen Darlegung beruflicher Kompetenzen entwickelt werden.

Bezogen auf neue Formen der Versorgungssteuerung im Sinne von Managed-Care und Disease-Management ist die Rolle der Hausärzte weiter zu stärken. Es sind konkrete Vorschläge dazu erforderlich, wie dem tatsächlichen Bedarf an Allgemeinmedizinern entsprochen werden kann.

Im Hinblick auf die Dynamik technologischer Entwicklungen sowie die erheblich gewachsenen Anforderungen an Management und Koordination erscheint außerdem die Weiterentwicklung traditioneller Berufsbilder bzw. die Schaffung neuer Berufsbilder erforderlich. Hierbei muss berücksichtigt werden, dass die Beschäftigten eine breite Grundqualifikation erhalten, um auf veränderte Bedarfe entsprechend flexibel reagieren zu können. Eingeführt wurde zwischenzeitlich z.B. das Berufsbild des Qualitätsmanagers in einem Krankenhaus oder Brustzentrum; für Tätigkeiten im OP oder beim ambulanten Operieren wird sich als weiteres Beispiel das Berufsbild der operationstechnischen Assistenz durchsetzen.

Die Gesundheitsberufe erwarten ihrerseits von den Entscheidungsträgern der Gesundheitspolitik und von den Institutionen und Organisationen des Gesundheitswesens Schutz vor Überforderung und politische, gesellschaftliche, aber auch materielle Unterstützung bei der Erfüllung des komplexen Versorgungsauftrags und der Realisierung der hohen Anforderungen in den Bereichen Qualität, Wirtschaftlichkeit und Innovation.

## **5. Empfehlungen der Landesgesundheitskonferenz zur Lage und Zukunft der Heil- und Pflegeberufe**

Die Landesgesundheitskonferenz hält es im Hinblick auf die beschriebene Ausgangslage und die absehbaren demografischen Entwicklungen und soziokulturellen Veränderungen in unserer Gesellschaft für erforderlich, gemeinschaftlich die notwendigen Weichenstellungen vorzunehmen, um auch in Zukunft zu gewährleisten, dass engagiertes und qualifiziertes Personal in den Heil- und Pflegeberufen zur Verfügung steht. Dabei stehen alle Beteiligten in der Verantwortung, die begrenzten Ressourcen mit bestmöglichem Ergebnis einzusetzen.

Die Gesundheitsberufe sind gefordert, den sich wandelnden Anforderungen Rechnung zu tragen, insbesondere Kooperation und Integration zu fördern, die Möglichkeiten der Informationstechnologie offensiv zu entwickeln und zu nutzen, Patientinnen und Patienten in einem gewandelten partnerschaftlichen Verständnis zu begegnen, Information und Transparenz über das Behandlungsge-

schehen und die Behandlungsangebote zu fördern und auszubauen und entsprechende Anpassungen in den verschiedenen Feldern der Ausbildung und Weiterqualifizierung vorzunehmen.

Andererseits müssen auch Politik und Gesellschaft die Gesundheitsberufe in den notwendigen Entwicklungen unterstützen. Die Bürgerinnen und Bürger sind gefordert, für sich und ihre Gesundheit mehr Eigenkompetenz zu entwickeln und Eigenverantwortung zu übernehmen. Der Ausbau und die Stärkung primärer Netze sind erforderlich, nur so werden Versorgung und Pflege in einer älter werdenden Gesellschaft auch künftig gewährleistet werden können. Und Staat und Politik als normsetzende Verantwortungsträger sind aufgefordert, die Rahmenbedingungen weiterzuentwickeln und anzupassen und dabei auch Normen und Verfahren kritisch in den Blick zu nehmen.

## **1. Empfehlungen, bezogen auf Bedarfsbeobachtung und Kapazitätssteuerung für die Ausbildung der Gesundheitsberufe**

- Die Landesgesundheitskonferenz hält auch zukünftig als Grundlage für gesundheitspolitische Planungs- und Entscheidungsprozesse eine regelmäßige Berichterstattung mit einer detaillierten Situationsanalyse und –bewertung über die Entwicklungen bei den Gesundheitsberufen für erforderlich.
- Für den Bereich der akademischen Berufe sollte die Bedarfsbeobachtung gemeinsam mit den Hochschulen intensiviert werden.
- Für die nicht akademischen Berufe bleibt – ebenfalls basierend auf der laufenden Bedarfsbeobachtung – die Bedarfsplanung für Ausbildungsstätten im Rahmen des Krankenhausplans ein wichtiges Instrument zur Bedarfssteuerung. Zugleich wird dadurch die Verantwortlichkeit der Ausbildungsträger für die regionale Fachkraftversorgung verdeutlicht und gestärkt. Darüber hinaus ist auf eine stärkere Zentralisierung von Ausbildungsstätten zu größeren Bildungszentren und die Bündelung von Ausbildungskapazitäten hinzuwirken, um dadurch die Nutzung der Ausbil-

dungsressourcen und ein gezieltes Qualitätsmanagement zu verbessern. Die regionalen Gegebenheiten sind dabei zu berücksichtigen.

- In allen Gesundheitsberufen sind zukünftig bei den Ausbildungen stärker als bisher die Bedürfnisse einer alternden Bevölkerung zu berücksichtigen. Geriatriische, gerontologische und gerontopsychiatrische Fachkenntnisse müssen dabei in den Ausbildungen verstärkt eine Rolle spielen. Das Gleiche gilt für die Berücksichtigung geschlechtsspezifischer und ethnisch-kultureller Besonderheiten.
- Die Berufsorientierungen junger Menschen sollten insgesamt stärker in den Gesundheitsbereich hinein gefördert werden. Für die Berufe, bei denen sich bereits heute eine Mangelsituation abzeichnet, wie im Bereich der Pflege, sind Rekrutierungsstrategien für Ausbildung und Beschäftigung von den Ausbildungs- und Beschäftigungsträgern systematisch vorrangig auf regionaler Ebene zu verfolgen.
- In der Berufsfeldorientierung sollten auch junge Migrantinnen und Migranten verstärkt auf die Möglichkeiten der Ausbildung und Beschäftigung in den Gesundheitsberufen angesprochen werden, da Migrantinnen und Migranten derzeit in den Gesundheitsberufen deutlich unterrepräsentiert sind.

## **2. Arbeits- und Umfeldbedingungen für Gesundheitsberufe**

### **2.1 Empfehlungen, bezogen auf den ärztlichen Beruf**

- Die Landesgesundheitskonferenz erwartet, dass das Gesetzgebungsverfahren zur Änderung des Arbeitszeitrechtes schnell abgeschlossen und die neue Rechtslage zügig umgesetzt wird.  
Ergänzend zur Umsetzung entsprechender Regelungen gilt es, innovative Arbeitszeitmodelle und innovative Organisationsmodelle zu ermöglichen.
- Alle Einrichtungen, die Ärztinnen und Ärzte beschäftigen, insbesondere die Krankenhäuser sind aufgefordert, zur Umsetzung der gesetzlichen Vorga-

ben und Reduzierung unzumutbarer Dienstzeiten innovative Arbeitszeitmodelle und innovative Organisationsmodelle zu etablieren. Dabei sollten z. B. Arbeitsmöglichkeiten von einer Teilzeitarbeit bis zu einer Arbeitszeit von 48 Stunden pro Woche erprobt und angeboten werden. In kleineren Fächern sollten z.B. haus- und/oder abteilungsübergreifende Bereitschaftsdienste in Betracht gezogen werden. Medizinische, pflegerische und rechtliche Aspekte sind zu beachten.

- Die Landesgesundheitskonferenz bittet alle Beteiligten, die Belastung von Ärztinnen und Ärzten mit Verwaltungsaufgaben generell zu überprüfen. Die medizinische Dokumentation ist ein unverzichtbarer Bestandteil der ärztlichen Arbeit. Die Verfahren sollten aber soweit wie möglich sowohl administrativ als auch technisch vereinheitlicht werden, Mehrfach-Dokumentationen sind zu vermeiden. Die LGK hält in diesem Zusammenhang die Weiterentwicklung elektronischer Dokumentationsverfahren für dringend erforderlich. Darüber hinaus sollten insbesondere solche administrativen Anforderungen hinterfragt werden, die nicht im Zusammenhang mit ärztlichen Dokumentationspflichten stehen. Alle einschlägigen rechtlichen Vorgaben sollten zur Entbürokratisierung des ärztlichen Arbeitsalltags auf den Prüfstand gestellt werden und soweit wie möglich harmonisiert und reduziert werden.
- Zur besseren Vereinbarkeit von Familie und Beruf sollten für Ärztinnen und Ärzte mit Kindern die Möglichkeiten einer ganztägigen, Arbeitsplatz nahen und Dienstzeit kompatiblen Kinderbetreuung geschaffen werden. Darüber hinaus sollten für Ärztinnen und Ärzte Arbeitszeitmodelle geschaffen werden, die ihrem Lebenszyklus besser gerecht werden. Es sollten insbesondere Teilzeitstellen in ausreichendem Maße zur Verfügung gestellt werden. Darüber hinaus sollte für Ärztinnen und Ärzte mit Kindern bei der Weiterbildung in Teilzeit auch eine Befreiung vom Nachtdienst ermöglicht werden.
- Die Landesgesundheitskonferenz betont in diesem Zusammenhang die Notwendigkeit, die innovativen Gestaltungsmöglichkeiten integrierter Ver-

sorgungsansätze zu nutzen und insbesondere für junge Ärztinnen und Ärzte die mit dem GKV-Modernisierungsgesetz eröffneten neuen Formen der ambulanten Tätigkeit, z.B. in medizinischen Versorgungszentren – unter Berücksichtigung der jeweiligen zulassungsrechtlichen Voraussetzungen – zu fördern. Dies gilt auch für neue Ansätze mit besonderen koordinierenden Funktionen.

## **2.2 Empfehlungen im Bereich der Pflegeberufe**

- Die Weiterentwicklung der Ausbildungen in der Pflege muss mit dem Aufgabenzuwachs und dem Paradigmenwechsel in der Pflege Schritt halten. Die Ausbildungsqualifikation und die spätere Berufsausübung müssen sich aufeinander beziehen, um so die Gefahr der Unter- oder Überversorgung zu vermeiden. Horizontale und vertikale Durchstiegsmöglichkeiten zwischen den verschiedenen Ausbildungen müssen verbessert werden. Die eingeleiteten Initiativen zur Vereinheitlichung der Ausbildungsgänge im Bereich der Krankenpflege, Kinderkrankenpflege und der Altenpflege sollten weiter verfolgt werden.
- Notwendig ist im Bereich der Pflege eine systematische Personalentwicklung. Hierzu sind Instrumente der Potenzial-Analyse und geeignete Formen der Bildungs- und Laufbahnberatung situationsgerecht einzusetzen und zu evaluieren. In diesem Zusammenhang sind auch die den Ärzten vorbehaltenen Aufgaben bzw. eine Ausweitung des Verantwortungsbereichs der Pflege zu überprüfen.
- Auch für Pflegekräfte müssen die Möglichkeiten der ganztägigen, Arbeitsplatz nahen und Dienstzeit kompatiblen Kinderbetreuung verbessert und flexible Arbeitszeitmodelle etabliert werden, um eine Verbesserung der Vereinbarkeit von Familie und Beruf zu erreichen. Für Wiedereinsteiger sollten Fortbildungen nach einer längeren Familienphase angeboten werden.

### **3. Empfehlungen, bezogen auf die erforderlichen Fach- und Handlungskompetenzen**

- Die Landesgesundheitskonferenz hält es für erforderlich, dass der Lehrstoff der Aus-, Fort- und Weiterbildung in den Gesundheitsberufen im Hinblick auf die komplexen Anforderungen an die Arbeit dieser Berufe kontinuierlich weiter zu entwickeln ist. Aspekte hierbei sind z.B. das veränderte Rollenverständnis zwischen den Patienten und Gesundheitsberufen, veränderte Anforderungen an die notwendige Kommunikation im Hinblick auf eine stärkere präventive Orientierung des Gesundheitswesens, spezifisches Koordinations- und Steuerungswissen und die Vermittlung kommunikativer Kompetenzen, um die sich bietenden erweiterten Möglichkeiten auf der System- und Organisationsebene zur Entwicklung integrierter Versorgungsformen auszuschöpfen. Daneben sind in der Aus-, Fort- und Weiterbildung die Interessen und Sichtweisen von Patientinnen und Patienten stärker zu berücksichtigen.
- Die Aus- und Weiterbildung ist bei allen Berufsgruppen um Strategien einer stetigen und lebenslangen Kompetenzerhaltung zu ergänzen. Die zwischenzeitlich entwickelten Fortbildungszertifizierungsmodelle sollten weiterentwickelt werden und verstärkte Anreize für eine Teilnahme an Maßnahmen zum Wissenserhalt sowie Methoden zur kontinuierlichen und systematischen Darlegung beruflicher Kompetenzen entwickelt werden.
- Im Zusammenhang mit dem weiteren Integrationsprozess in Europa ist die Vereinheitlichung von Qualifikationen und Qualitätsstandards bei den Gesundheitsberufen weiter voran zu bringen, da nur auf dieser Grundlage ein fairer transnationaler Wettbewerb möglich ist.

- Im Hinblick auf die wachsende Bedeutung der Koordinations- und Steuerungsfunktion im Sinne des Disease-Management und Managed-Care in der Patientenversorgung betont die Landesgesundheitskonferenz die besondere Bedeutung, die dem Hausarzt zukommt. Insbesondere vor dem Hintergrund, dass ab dem Jahre 2006 nach den Regelungen des SGB V nur noch Fachärzte für Allgemeinmedizin die hausärztliche Versorgung sicherstellen können, hält die Landesgesundheitskonferenz eine verstärkte Förderung der Weiterbildung im Bereich Allgemeinmedizin für unabdingbar. Der derzeitige Stand der Versorgung mit Hausärzten und ihr zukünftiger Bedarf sollten analysiert sowie konkrete Vorschläge zur weiteren Umsetzung in den verschiedenen Handlungsfeldern (universitärer und Weiterbildungsbereich sowie Ausgestaltung des Berufsfeldes selbst) entwickelt werden.

**Protokollnotiz:**

Die Krankenhausgesellschaft NW weist auf die mit der zur Zeit absehbaren Neuregelung des Arbeitszeitrechtes verbundenen Umsetzungsprobleme hin und bittet die Landesregierung, sich dafür einzusetzen, dass die Spielräume, welche die europäische Arbeitszeitrichtlinie dem nationalen Gesetzgeber eröffnet, ausgeschöpft werden.