

Pflegekammer – Fortschritt oder neue Bürokratie? Ein Blick nach Großbritannien und Schweden

ANTJE SCHWINGER

Antje Swinger leitet den Forschungsbereich Pflege im Wissenschaftlichen Institut der AOK (WIdO)

Mit der Einführung von Pflegekammern ist eine Vielzahl an Erwartungen verbunden. Der Beitrag geht am Beispiel von Schweden und Großbritannien der Frage nach, was die Ausgestaltung und Administration der beruflichen Regulierung durch eine Pflegekammer bewirken kann. Betrachtet werden Fragen nach dem Schutz vor unsachgemäßer Pflege, Auswirkungen auf das Niveau der Ausbildung und auf die Tätigkeiten der Pflegekräfte. Auch die Frage nach der Interessenvertretung der Pflege wird aufgegriffen.

1. Berufliche Regulierung und Aufgaben von Pflegekammern

Mit dem Jahr 2016 hat im Bundesland Rheinland-Pfalz erstmals eine Pflegekammer in Deutschland ihre Arbeit aufgenommen. Schleswig-Holstein wird als zweites Bundesland folgen. Mit der Einführung von Pflegekammern ist eine Vielzahl an Erwartungen verbunden. Die Befürworter erhoffen sich die Durchsetzung einer Interessenvertretung, eine verbesserte Attraktivität des Berufs sowie eine Beschleunigung der Professionalisierung der Pflege. Für die Kritiker stellen Pflegekammern ein Relikt aus dem 19. Jahrhundert dar. Erzeugt würde allein zusätzliche Bürokratie, welche die Pflegekräfte durch „Zwangbeiträge“ auch noch selbst bezahlen sollen.¹ Ausgetauscht werden diese Argumente seit mehr als 30 Jahren, auch Gesetzesvorlagen zur Errichtung von Kammern gab es bereits in den 90er Jahren (Plantholz 1994, Albrecht 1996, Seewald 1998, Niehus 2007).

Pflegekammern sind Bestandteil der beruflichen Regulierung. Die Ausübung von Berufen im Gesundheitswesen ist gesetzlich reguliert. Dies bedeutet, dass das Führen der entsprechenden Berufs-

bezeichnung für Ärzte, Pflegekräfte und andere Medizinalfachberufe (wie z.B. Physiotherapeuten) mit gesetzlich definierten Bildungsanforderungen verbunden ist. Darüber hinaus kann auch die Ausübung spezifischer Tätigkeiten mit einem Berufstitel verknüpft sein – exemplarisch steht hierfür die Ausübung von Heilkunde durch approbierte Ärzte. Der Pflegeberuf ist also bereits heute gesetzlich reguliert. Der Gesetzgeber kann entscheiden, die Konkretisierung der Vorgaben und insbesondere auch deren Administrierung an eine Berufskammer zu übertragen.

In der fachöffentlichen Diskussion um Pflegekammern in Deutschland steht die

1 Exemplarisch für Befürworter und Gegner stehen auf der einen Seite der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) als auch der Deutsche Pflegerat (DPR) als Befürworter von Pflegekammern und auf der anderen Seite die Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di) und der Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. (bpä) als Gegner. URL: <http://pflegekammer-jetzt.de>; [Stand 12.07.2015.] Für einen Überblick über die Positionen von ver.di siehe URL: <https://gesundheit-soziales.verdi.de/berufe/pflegeberufe/pflegekammer> [Stand 02.03.2015], für die des bpä siehe URL: http://www.bpa.de/fileadmin/user_upload/MAIN-dateien/pflegekammer/index.html [Stand 02.03.2015]

Interessenvertretung der Pflege und damit einhergehend die Aufwertung des Berufs stark im Vordergrund. Damit wird eine ansonsten kritisierte Folge von Kammern – nämlich die machtvolle Durchsetzung von Berufsinteressen – für Pflegekammern zum primären Zweck erhoben (Schwinger 2016). Blickt man aus Sicht der Wohlfahrtssökonomik auf berufliche Regulierung, so ist diese vielmehr durch das bestehende Marktversagen bei Gesundheitsgütern begründet: Qualität und Preis dieser Gesundheitsgüter können durch den Verbraucher nur sehr eingeschränkt bewertet werden. Damit der Patient nicht durch eine schlechte Versorgungsqualität geschädigt wird, Leistungserbringer schlechte Qualität zu hohen Preisen „verkaufen“ oder nicht genügend Anbieter mit der nötigen Qualifikation am Markt vorhanden sind, kann der Staat regulierend in das System eingreifen (Pauly et al. 2012, Schmidt 2012). Ziel der beruflichen Regulierung aus gesamtgesellschaftlicher Perspektive muss folglich sein, die Bevölkerung vor unsachgemäßer Pflege, unangemessenen Preisen und einer zu geringen Anzahl an Anbietern zu schützen.

Im Wesentlichen bedarf es hierfür der Formulierung und Überwachung beruflicher Standards, die mit der Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung einhergehen. Voraussetzung, um eine solche Berufsordnung zu überwachen, ist ein Berufsregister, in dem die Berufsangehörigen erfasst sind. Ein solches wird i. d. R. mit der Errichtung einer Kammer assoziiert. Grundsätzlich könnte aber auch der Gesetzgeber eine entsprechende Registrierung der Pflegekräfte bei einer Behörde implementieren. Um die Bevölkerung vor unsachgemäßer Pflege zu schützen, muss die berufliche Regulierung darüber hinaus aber auch die Ausbildungsinhalte und die Zugangswege zur Ausbildung definieren.

Für den deutschen Kontext gilt hierbei: Die föderale Ordnung schreibt den Bundesländern die Gesetzgebung zu, es sei denn, dem Bundesgesetzgeber sind durch das Grundgesetz entsprechende Kompetenzen vorbehalten. Dies ist z.B. der Fall für die „Zulassung zu ärztlichen und anderen Heilberufen“ und damit für den Kranken- wie Altenpflegeberuf² (Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 GG). Der Kompetenzbereich des Bundes umfasst jedoch nur die Regulierung der Berufsaufnahme (Martini 2014). Krankenpflege- und Altenpflegegesetz (bzw. ab 2017 voraussichtlich das Pflegeberufegesetz) sowie die jeweiligen Ausbildungsprüfungsverordnungen formulieren folglich die Zulas-

sung zum Beruf. Seitens der Länder – und somit der Landespflegekammern – besteht diesbezüglich also keine Regelungskompetenz. Allein die Berufsausübung sowie die Weiterbildung nach dem Berufszutritt kann durch Kammer- und damit Landesgesetze geregelt werden.

Der Beitrag geht der Frage nach, durch wen eine berufliche Regulierung besser – d.h. unbürokratischer und fortschrittlicher – erfolgen kann: Durch den Gesetzgeber und ihm nachgelagerte Behörden oder durch die Berufsgruppe selbst. Fokussiert werden sollen (1) Fragen nach dem Schutz vor Pflege, die nicht den Berufsstandards entspricht, (2) Auswirkungen auf den Zugang zum Beruf, die Inhalte und das Niveau der Ausbildung sowie (3) Auswirkungen auf die Tätigkeiten der Pflegekräfte. Darüber hinaus wird (4) – die hierzulande geführte Diskussion aufgreifend – aufgezeigt, was Pflegekammern im Sinne der Interessenvertretung der Pflege bewirken.

Als Referenziänder werden exemplarisch Schweden und Großbritannien herangezogen: Schweden, da hier die Regulierung der Gesundheits- und Sozialberufe sowie auch die der Leistungsanbieter in einem und demselben Gesetz – dem *Patient Safety Act [Patientsäkerhetslag (2010:659)]* – zusammengefasst und durch eine (zentrale) Behörde administriert wird. In England hingegen haben Pflegekammern eine lange Tradition. Diese nahmen in den 1920er Jahren ihren Anfang und wurden 1979 zu einer zentralen (d.h. für ganz Großbritannien zuständigen) Pflegekammer – dem heutigen *Nursing and Midwifery Council (NMC)* – zusammengefasst (Davies und Beach 2000).

2. Wirkungen unterschiedlicher Ausgestaltungen beruflicher Regulierung am Beispiel Großbritanniens und Schwedens

2.1 Schutz vor Pflege, die nicht den Berufsstandards entspricht

Wie verhält es sich also mit dem Schutz der Bevölkerung vor unsachgemäßer Pflege? Kann eine Pflegekammer diesbezüglich Besseres leisten als staatliche Organisationsformen? Im Folgenden wird beschrieben, ob eine Registrierung in einem Berufsregister Voraussetzung zur Berufsausübung ist, berufliche Standards definiert sind und ob bzw. in welcher Form diese überprüft werden.

In Deutschland gibt es in Bundesländern ohne Pflegekammern keine Berufsregister – d.h., es liegen keine Informationen über die aktuellen Wohnsitze und Arbeitgeber der Berufsangehörigen vor. Berufsordnungen finden sich in Bremen, Hamburg, Sachsen und im Saarland.³ In Rheinland-Pfalz und in Schleswig-Holstein wird der Gesetzgeber die Ausarbeitung und den Erlass von Berufsordnungen an die Pflegekammer delegieren (§ 21 ff. sowie § 3 (3) HeilBG, § 30 f. PBKG). In den Berufsordnungen definiert sind z. B. die Gewährleistung der professionellen Berufsausübung, die Wahrung der Würde und des Selbstbestimmungsrechts des Patienten und die Einhaltung der Schweigepflicht. Darüber hinaus werden die Pflegekräfte i. d. R. zur Kompetenzerhaltung durch Weiterbildung verpflichtet. In Bremen sind in diesem Sinne z. B. jährlich mindestens 20 Zeitstunden nachzuweisen. Die Nachweise hierfür können durch das Land abgefragt werden, freiberuflich tätige Kräfte müssen diese erbringen (§ 5 (2e) PflBO).

Da der Bundesgesetzgeber zuständig ist für die Regulierung des Zugangs zum Beruf, ist er im Umkehrschluss auch zuständig für die Rücknahme der Berufserlaubnis. Das Kranken- und Altenpflegegesetz konkretisiert in diesem Sinne jedoch nur, dass die Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung zurückzunehmen ist, wenn sich eine Person „eines Verhaltens schuldig gemacht hat, aus dem sich die Unzuverlässigkeit zur Ausübung des Berufs ergibt“ oder „in gesundheitlicher Hinsicht zur Ausübung des Berufs ungeeignet ist“ (§ 2 KrPflG und § 2 AltPflG). Vorgaben über Form, Ausgestaltung oder Fristen solcher Verfahren sind nicht formuliert. Zuständig für die Rücknahme ist die Behörde des Landes, in dem die Antragstellerin oder der Antragsteller seine Prüfung abgelegt hat (§20 KrPflG sowie §26 AltPflG). Weder Zahl noch Ergebnisse der durchgeföhrten Verfahren sind transparent.

In Schweden erfolgt die Registrierung beim *Health and Social Care Inspectorate (IVO)* und damit bei einer staatlichen Behörde (2 Kap. § 1 Patientsäkerhetslag). Der Gesetzgeber hat Berufsstandards für die

2 Siehe hierzu auch die Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts zum neu geschaffenen Altenpflegegesetz im Jahr 2000 (BVerfGE v. 24.10.2002 I 4410 - 2 BvF 1/01)

3 Berufsordnung für die staatlich anerkannten Pflegeberufe im Lande Bremen, Pflegefachkräfte-Berufsordnung (Hamburg), Berufsordnung Pflegekräfte (Sachsen) und Berufsordnung für Pflegefachkräfte (Saarland).

Gesundheitsberufe verankert. Die Berufe sind u. a. verpflichtet, ihre Handlungen am Stand des Wissens auszurichten, die Patienten in den Behandlungsprozess mit einzubeziehen und Behandlungsfehler, kritische Ereignisse oder andere Gegebenheiten, die die Patientensicherheit gefährden, zu melden (6 Kap. Patientsäkerhetslag). Eine Weiterbildungspflicht, d. h. eine Pflicht zur Kompetenzerhaltung, ist jedoch nicht vorgesehen.

Die berufsrechtliche Überwachung liegt ebenso in der Verantwortung des IVO. Die Behörde kann eigenständig oder bei Beschwerden von Patienten, Angehörigen oder Dritten tätig werden. Auch die Leistungserbringer sind nach dem Gesetz verpflichtet, patientengefährdendes Fehlverhalten des durch sie eingesetzten Personals beim IVO zu melden (7 Kap. § 29 und § 30 Patientsäkerhetslag). 2013 war 14 von den rund 120.000 berufstätigen Pflegekräften in Schweden die Zulassung entzogen worden (HSAN 2014, Statistik om hälso- och sjukvårdspersonal 2012).

In Großbritannien führt die Pflegekammer – das NMC – das zentrale Berufsregister. Öffentlichkeit und Arbeitgeber können direkt auf der Internetseite des NMC im Register nach Personennamen suchen und sich anzeigen lassen, ob es sich bei dieser Person um eine registrierte Pflegekraft handelt und welche Qualifikationen sie aufweist. Anders als in Deutschland und Schweden müssen die Pflegekräfte in Großbritannien ihre Registrierung alle drei Jahre erneuern. Dieser Prozess wird „Re-Validierung“ genannt. Neben einer Mindeststundenzahl praktischer Tätigkeit als *Registered Nurse* sind Weiterbildungs nachweise zu erbringen (35 Stunden so genanntes *Continuing Professional Development*), welche aber auch in Form eines Selbststudiums erfolgen können.⁴ Seit April 2016 muss darüber hinaus ein praxisbezogenes Feedback (*Practice-related Feedback*) von Patienten, Angehörigen oder auch Kollegen in den Re-Validierungsprozess eingebracht werden. Zudem bedarf es eines externen „*Confirmers*“ – möglichst der Führungskraft – zur Bestätigung der Angaben.⁵

Das NMC formuliert auch die beruflichen Standards in Form des *code of conduct*. Festgelegt sind ethische Verhaltensanforderungen gegenüber Patienten und Angehörigen sowie die Pflicht, wissensfundiert und professionell zu handeln. Patienten, Angehörige, Kollegen und Arbeitgeber, aber auch (andere) Behörden,

etwa die Staatsanwaltschaft, können sich mit Beschwerden über registrierte Pflegekräfte an das NMC wenden. Das NMC kann zudem selbst initiativ werden. Die Zahl der berufsrechtlichen Anzeigen ist in den letzten Jahren stark angestiegen. 2014/2015 lagen gegen rund 6 von 1000 registrierten Pflegekräften Anzeigen vor. Im Ergebnis wurden in rund 1.350 Fällen –

sie anfälle – nämlich durch den Arbeitgeber vor Ort (Stationery Office 2011).

Die für Großbritannien herausgearbeiteten Probleme scheinen aber weniger in der Administration durch die Kammer als vielmehr im Kontext der beruflichen Regulierung insgesamt begründet zu sein. In Schweden nämlich wird die Umsetzung der berufsrechtlichen Sanktionen durch eine ähnlich kritische Diskussion begleitet. Auch hier wurden Probleme diskutiert, die aus einer Trennung der allgemeinen Aufsicht über das Gesundheitswesen und der beruflichen Aufsicht resultieren. Bis zur Einführung des Patientenschutzgesetzes im Jahr 2011 hatte dies zu unterschiedlichen Rechtsfolgen

und Verfahren geführt, je nachdem, wo die Beschwerde einging – bei der für die Berufe zuständigen Behörde (dem *Medical Responsibility Board*) oder bei der Aufsichtsbehörde der Leistungserbringer (dem *National Board of Health and Welfare*) (SOU 2008:117). In der Konsequenz hat der Gesetzgeber in Schweden die beiden Verfahren gesetzlich zusammengefasst. Auch in Schweden wurden aber – trotz Reformen – defizitäre Managementprozesse, ein Rückstau an unbearbeiteten Fällen, eine fehlende Transparenz und das fehlende Monitoring der Bearbeitungsfälle bemängelt (SOU 2012:11).

Für Deutschland ist festzuhalten, dass in Bundesländern ohne Pflegekammer weder die Vorgaben noch die Ergebnisse berufsrechtlicher Untersuchungen oder Sanktionen transparent sind. Für die Länder, in denen eine Kammer entstehen wird, bleibt zu beobachten, in welchem Umfang berufsrechtliche Untersuchungen erfolgen werden. Auch bleibt abzuwarten, inwiefern sich die Pflegekammern bei Patienten, Angehörigen und Arbeitgebern als Ansprechpartner für Beschwerden etablieren werden.

2.2 Zugang zum Beruf, Inhalte und Niveau der primärqualifizierenden Ausbildung

In Deutschland kann eine Pflegeausbildung mit einer 10-jährigen Realschulbildung bzw. mit einem 10-jährigen

⁴ URL: <http://revalidation.nmc.org.uk/> [Stand 05.01.2016]

⁵ URL: <http://revalidation.nmc.org.uk/> [Stand 05.01.2016]

erweiterten Hauptschulabschluss in Kombination mit einer definierten ergänzenden Berufsqualifikation begonnen werden (§5 KrPfIG sowie §6 AltPfIG). Eine rechtliche Grundlage für primär-qualifizierende Studiengänge wird der Gesetzgeber in Deutschland (voraussichtlich) erst mit dem neuen Pflegeberufegesetz schaffen. Zwar entwickeln sich seit rund 10 Jahren mehr und mehr Studiengänge, die den gleichzeitigen Erwerb der Berufsbezeichnung ermöglichen, dabei handelt es sich genau genommen aber um duale Studiengänge, welche aufgrund der Verzahnung des Studiums mit einer Ausbildung gleichzeitig zur Erlangung der Berufsbezeichnung führen oder aber um Studienangebote, die im Rahmen von Modellklauseln entstanden sind (Dangel und Korporal 2014, Kälble und Pundt 2016). Hervorzuheben ist, dass die Akademisierung der Pflege in Deutschland einen sehr spezifischen Verlauf genommen hat. Da die ersten Studiengänge in den Bereichen Pflegepädagogik und Pflegermanagement angesiedelt waren und sich als Weiterbildung an bereits ausgebildete Pflegekräfte richteten, wird auch von einer Teilakademisierung gesprochen. Dies wirkt auch dahingehend nach, dass sich im gesellschaftlichen Bild die Vorstellung, dass auch die Pflege am „Bett“ einer Verwissenschaftlichung bedarf, bis heute nicht durchsetzen konnte (Bollinger und Grewe 2002, Schaeffer 2011). Zusammenfassend bleibt festzuhalten, dass in Deutschland nur jeder 30. Abschluss im Pflegebereich ein akademischer ist (Wissenschaftsrat 2012). Das Ausbildungsniveau der Pflegekräfte in Deutschland ist damit heute auf einem EQR-Niveau von 4⁶ zu verorten.

In **Schweden** – dem Vergleichsland ohne berufliche Selbstverwaltung – wurde die Ausbildung bereits Anfang der 80er Jahre an universitäre Fachschulen verlagert (Kapborg 1998). Hiernach folgten mit dem Beitritt Schwedens zur EU und der damit einhergehenden Umsetzung des Bologna-Prozesses weitere Anpassungen (Öhlén et al. 2011). In Schweden ist eine 12-jährige Schulbildung Voraussetzung zum Einstieg in die Pflegeausbildung, seit 2007 ist diese zudem als vollgradierter Studiengang (EQR-Niveau 6) konzipiert (Ministry of Education 2005). Die Hochschulen haben bei der Ausgestaltung des Curriculums Handlungsspielraum (Öhlén et al. 2011). Die Entwicklungen waren zwar auch durch den berufspolitischen und pflegewissen-

schaftlichen Diskurs beeinflusst, vorangetrieben wurde diese jedoch primär durch das Ziel der Regierung, die schwedischen Studienabschlüsse den Bologna-Vorgaben entsprechend zu gestalten (Raholm et al. 2010, Öhlén et al. 2011).

In **Großbritannien** hat das NMC erheblichen Handlungsspielraum bei der Ausgestaltung der Zugangsvoraussetzungen, des Niveaus und der Inhalte der Pflegeausbildung (Nursing and Midwifery Order 2001 – Part IV).⁷ Bereits die Entstehung der Vorläufer-Organisation des NMC Anfang der 80er Jahre stand im Zusammenhang mit einer umfassenden Ausbildungsreform. Angestrebt wurde eine einheitliche dreijährige Ausbildung für alle registrierten Pflegekräfte, eine Anhebung des Theorieanteils sowie eine Verankerung der Ausbildung an Fachhochschulen und Universitäten (Davies und Beach 2000). Voraussetzung für eine erstqualifizierende Ausbildung war bereits damals eine abgeschlossene 12-jährige Schulbildung. Die Transformation der pflegerischen Ausbildung in ein vollgraduiertes Studium fand 2013 seinen Abschluss. Seither ist die erstqualifizierende Ausbildung nur noch im Rahmen eines dreijährigen Bachelor-Studiums (was einem EQR-Niveau von 6 entspricht) möglich (NMC 2010).

Der Blick in die beiden exemplarischen Vergleichsländer verdeutlicht, dass die Existenz einer Kammer nicht maßgeblich ist für das akademische Niveau der Ausbildung. Schweden und Großbritannien unterscheiden sich in diesem Sinne nicht. Der in Deutschland eingeschlagene Sonderweg wird also nicht allein in der fehlenden beruflichen Selbstverwaltung begründet sein können. Zu untersuchen wären hier weitere Einflussvariablen wie z. B. die historische Entwicklung des Berufsbildes, des Bildungssystems sowie Aktivitäten anderer relevanter Akteure wie z.B. der Gewerkschaften.

Die Akademisierung ist dabei natürlich kein Selbstzweck. Sie steht – zumindest in der Theorie – für eine verbesserte Attraktivität des Berufs und eine qualitativ hochwertige Versorgung. Beide Zusammenhänge sind wissenschaftlich jedoch nur schwach belegt (Spilsbury et al. 2011, Darmann-Fink 2012, Blegen et al. 2013, Kälble und Pundt 2016). Anzumerken ist dabei, dass es methodisch anspruchsvoll ist, die Wirkung der aus der Pflegeausbildung resultierenden Kompetenzen auf patientenbezogene Zielgrößen zu isolie-

ren und von „Störtermen“ wie z.B. der Qualität des Arbeitsumfelds zu befreien. Auch in Großbritannien ist seit Beginn des Akademisierungsprozesses die Diskussion um die praktischen klinischen Fähigkeiten der Absolventen nicht abgebrochen, wobei keine Evidenz dafür gefunden werden konnte, dass akademisch ausgebildete Pflegekräfte in der Praxis weniger Kompetenzen haben (Elkan 1995, Bradshaw und Merriman 2007, Lauder et al. 2008).

2.3 Tätigkeitsprofile von Pflegekräften

Auch die ausgeübten Tätigkeiten einer Berufsgruppe können durch die berufliche Regulierung der eigenen oder – dies trifft es für den deutschen Kontext wohl eher – einer anderen Berufsgruppe beeinflusst sein. Für **Deutschland** muss hierzu erläutert werden, dass das Heilpraktikergesetz (HeilprG) ärztliche Vorbehaltstätigkeiten umfassend normiert: Die Ausübung von Heilkunde ist demnach jede „berufs- oder gewerbemäßig vorgenommene Tätigkeit zur Feststellung, Heilung oder Linderung von Krankheiten, Leiden oder Körperschäden bei Menschen“ und nur approbierten Ärzten erlaubt bzw. Personen, die eine Heilpraktikererlaubnis besitzen. Einige den Ärzten vorbehaltene Tätigkeiten können im Einzelfall oder auch regelmäßig an Kranken- bzw. Altenpflegekräfte delegiert werden. Tätigkeiten wie z.B. die Anamnese, Untersuchung von Patienten einschließlich invasiver Diagnostik, die Diagnosestellung sowie die Aufklärung und Beratung von Patienten wird seitens der Ärzteschaft aber grundlegend als nicht delegierbar gesehen (BÄK und KBV 2008).

Diese Arztzentrierung wird seit langem kritisch diskutiert (SVR Gesundheit 2007). Trotz Einführung einer entsprechenden Modellklausel im Jahr 2008 (§ 63 (3c) SGB V) wird die sogenannte „selbständige Ausübung von Heilkunde“ auch heute faktisch nicht erprobt. Theoretisch hätten Pflegekräfte im Rahmen solcher Modellprojekte die Möglichkeit, bei den Indikationen Diabetes mellitus Typ I und II, chronische Wunden, Hypertonie und Demenz u.a. ein eigenständiges Assessment sowie die Planung und Um-

⁶ Siehe die Klassifizierung der Berufe nach dem Deutschen Qualifikationsrahmen für lebenslanges Lernen unter URL: www.dqr.de.

⁷ Für eine Übersicht der ausbildungsbezogenen Vorgaben siehe URL: <http://www.nmc.org.uk/standards/additional-standards/>

setzung eines Therapieplans vorzunehmen. Im Rahmen der Modellvorhaben können die Pflegekräfte dort definierte Medizinprodukte, Hilfsmittel sowie die in der Richtlinie aufgeführten Heilmittel verordnen. Eine Verordnung von Arzneimitteln ist nicht vorgesehen. Voraussetzung ist jedoch immer eine Diagnose und Indikationsstellung eines Arztes.⁸

In Schweden findet sich keine dem deutschen Arztvorbehalt vergleichbare negative Abgrenzung ärztlicher Tätigkeiten. Im Gegenteil, der *Patient Safety Act* formuliert vorbehaltliche Tätigkeiten für alle regulierten Gesundheitsberufe gleichermaßen. Einzige Ausnahme ist das Verordnen von Arzneimitteln:⁹ Vor dem Hintergrund von Versorgungsgängen ermöglicht der Gesetzgeber seit Mitte der 90er Jahre auch Pflegekräften das Verordnen von Arzneimitteln (Wilhelmsson et al. 2001, Kroesen et al. 2011). Beschränkt ist dies jedoch auf Gemeindeschwestern und andere in der ambulanten Langzeitpflege tätigen Pflegekräfte.

Deutschland bleibt bei der Ausweitung pflegerischer Rollen weit hinter Großbritannien und Schweden zurück.

ge Pflegekräfte, die eine entsprechende Weiterbildung und Registrierung aufweisen. Ferner sind auch die zu verordnenden Wirkstoffe beschränkt. Die medizinische Gesamtverantwortung und Aufsichtspflicht verbleibt zudem beim behandelnden Arzt (Wilhelmsson und Foldevi 2003, Anell et al. 2012).

In Großbritannien reicht der im Kontext von *Advanced Nursing Practice*¹⁰ konsentierte Tätigkeitsrahmen von Pflegekräften weit in das ärztliche Aufgabenspektrum hinein. Dies umfasst z. B. das Anordnen und Befunden von Untersuchungen (wie Labor, Röntgen etc.), die Beantragung von Konsilen oder die Planung der Patientenversorgung inklusive des Entlassens von Patienten (Stationery Office 2000, DH 2010). Diese Tätigkeiten sind aber nicht weiter durch vorbehaltliche Tätigkeiten oder Berufstitel reguliert. Dies ist möglich, da diese – anders als in Deutschland – nicht an die ärztliche Approbation gebunden sind.¹¹ Reguliert in diesem Sinne ist in Großbritannien allein das Verordnen

von Arzneimittel, welches einer Reihe von Medizinalfachberufen, wie Apothekern, Physiotherapeuten und eben auch Pflegekräften, möglich ist. Pflegekräfte müssen hierfür einen durch das NMC akkreditierten Kurs durchlaufen haben und im Register entsprechend geführt sein (NMC 2006). Relevanter Treiber der Ausweitung des pflegerischen Kompetenzspektrums war aber weniger das NMC als vielmehr die Gewerkschaft *Royal College of Nursing* wie auch der Gesetzgeber selbst. Der Motivation des Gesetzgebers entstammte ähnlich wie in Schweden aus der Notwendigkeit heraus, die Arbeitszeiten von Stationsärzten sowie die Wartezeiten der Patienten zu reduzieren (Daly und Carnwell 2003, Hinchliff und Rogers 2008, RCN 2012).

Anzumerken ist, dass die hier erfolgte Beschreibung lediglich die gesetzlichen Rahmenbedingungen des pflegerischen Handelns aufzeigt. Um zu beschreiben, welche konkreten Tätigkeiten, in welchem Umfang, mit welchem Grad von Eigenverantwortlichkeit tatsächlich geleistet werden, bedarf es länderübergreifender Berufsfeldanalysen, die Qualität und Quantität von Pflegetätigkeit vergleichend erfassen. Diesen Weg hat die Studie „Bestandsaufnahme der Ausbildung in den Gesundheitsfachberufen im europäischen Vergleich“ im Auftrag des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (BMBF) eingeschlagen. Schweden war jedoch nicht Bestandteil der Studie, und für Großbritannien war die befragte Stichprobe gering und auf Leitungsfunktionen beschränkt (Lehmann et al. 2014).

Trotzt der aufgezeigten Limitation ist wohl die Schlussfolgerung zutreffend, dass Deutschland bei der Ausweitung pflegerischer Rollen weit hinter den hier gewählten Vergleichsländern Großbritannien und Schweden mit und ohne Kammer zurückbleibt. In Großbritannien, dem Land mit Berufskammer, ist das Aufgabenfeld von Pflegekräften am weitesten gefasst. Die Entwicklung ist aber primär auf den britischen Gesetzgeber selbst zurückzuführen. Damit ist aber auch die Frage zu stellen, ob es in Deutschland nicht eher am politischen Veränderungswillen mangelt, den weit ausformulierten Arztvorbehalt zurückzunehmen und vor allem, worin dies begründet ist.

2.4 Interessenvertretung

Dies leitet über zur Interessenvertretung durch Pflegekammern. Auch wenn diese Frage aus Sicht der Autorin im deutschen Diskurs überbewertet ist (vgl. Swinger 2016), so ist die institutionalisierte Einbindung der Berufsgruppe in Gesetzgebungsprozesse natürlich eine legitime Aufgabe von Pflegekammern (Martini 2014). In Deutschland hätten bzw. haben die jeweiligen Landesregierungen mit den Pflegekammern einen demokratisch legitimierten Ansprechpartner auf Landesebene. Zu bedenken ist jedoch, dass die Gesundheitspolitik in Deutschland fast ausschließlich Bundespolitik ist. Das Gesundheits- und Pflegesystem wird durch das SGB V und das SGB XI und damit durch Bundesgesetze bestimmt. Abzuwarten bleibt insofern, ob die Landespflegekammern, um einen relevanten Einfluss entfalten zu können, ihre Interessen auf Bundesebene harmonisieren bzw. analog der Bundesärztekammer (im Sinne einer freiwilligen Arbeitsgemeinschaft) zu institutionalisieren vermögen.

In Schweden ist die Interessenvertretung der Pflege (durch Berufsverbände und andere Akteure) von der durch das staatliche IVO administrierten berufl-

8 Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Festlegung ärztlicher Tätigkeiten zur Übertragung auf Berufsangehörige der Alten- und Krankenpflege zur selbständigen Ausübung von Heilkunde im Rahmen von Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3c SGB V

9 Siehe *Socialstyrelsens föreskrifter om kompetenskrav för sjuksköterskor vid forskri-vning av läkemedel* (SOSFS 2001:16) und alle weiteren Ändringsförfattnin inkl. SOSFS 2011:1.

10 Unter *Advanced Nursing* wird eine Vielzahl pflegerischer Aufgaben, Verantwortlichkeiten und Tätigkeiten gefasst, die über das historische Verständnis von Pflege hinausgehen. Wichtig für ein Verständnis von *Advanced Nursing* ist, dass es sich bei der Erweiterung der pflegerischen Rollen nicht immer allein um die Übernahme von heilkundlichen Tätigkeiten handeln muss. Vielmehr geht es auch um erweiterte Rollen, bei denen z. B. im Bereich von Case- und Care-Management oder auch im Kontext der Primärversorgung völlig neue Aufgabenfelder für Pflegekräfte erschlossen wurden (Hinchliff und Rogers 2008, Hamric et al. 2009, Delamaire und Lafontaine 2010, DBFK 2011):

11 Die vorbehaltlichen Tätigkeiten eines approbierten (und registrierten) Mediziners beschränken sich nach dem *Medical Act* insbesondere auf die Erlaubnis, Gebühren für ärztliche Dienstleistungen zu erheben, Abreibungen vorzunehmen sowie Arbeitsunfähigkeits- oder Sterbeurkunden auszufüllen (*Medical Act* 1983 (Part VI – Privileges of Registered Practitioners).

chen Regulierung getrennt. Blickt man in das Vergleichsland Großbritannien, so wird deutlich, dass das NMC bei berufsrechtlichen Belangen mit den relevanten Institutionen wie z.B. den Leistungserbringern, dem Bildungswesen oder den übrigen Berufskammern zusammenarbeitet und bei Anhörungen des Gesetzgebers einbezogen ist. Zu aktuellen Diskussionen um die Gesundheitspolitik des Landes finden sich aber keine Stellungnahmen des NMC.¹²

Hervorzuheben ist ferner, dass sich die berufliche Selbstverwaltung in Großbritannien – dies betrifft die der Pflege wie die der Ärzte gleichermaßen – innerhalb der letzten Jahrzehnte stark gewandelt hat. Durch mehrere Medienskandale um Missstände in der ärztlichen wie der pflegerischen Versorgung hat das Thema „berufliche Selbstverwaltung“ seit Mitte der 90er Jahre die politische Agenda, aber auch das mediale Rampenlicht erreicht (Davies und Beach 2000, Davies 2003, Davies 2007). In diesem Zusammenhang hat der Gesetzgeber im Laufe der Jahre zahlreiche Anhörungen, Untersuchungen sowie auch Reformen initiiert. Leitschnur aller Analysen und Reformen war die Frage, wie die Allgemeinheit vor schlechter Pflege bzw. schlechter ärztlicher Versorgung geschützt werden kann (J M Consulting 1996, J M Consulting 1998, DH 2006b, DH 2006a, Stationery Office 2007, CHRE 2008, Stationery Office 2011, CHRE 2012, Law Commission 2012, Mid Staffordshire Foundation Trust Public Inquiry 2013). Die Forcierung einer Interessenvertretung durch Berufskammern spielt in der britischen Diskussion keine Rolle. Im Gegenteil: Das „Selbst“ in der Selbstverwaltung wurde gerade deshalb eingeschränkt, da davon ausgegangen wurde, dass die beruflichen Interessen einer effizienten Ausgestaltung und Administrierung der beruflichen Regulierung im Wege stehen (Davies und Beach 2000, Davies 2007). Exemplarisch hierfür steht, dass dem NMC-Kammervorstand auch Laienmitglieder (d.h. Personen, die nicht der Berufsgruppe entstammen) angehören und dass dieser seit 2008 nicht mehr durch Wahlen der Berufsangehörigen, sondern durch einen staatlichen Ausschuss (das Privy Council) benannt werden (J M Consulting 1998, Nursing and Midwifery Council (Constitution) (Amendment) Order 2012).

3. Fazit

Der Beitrag hat sich der Frage zugewandt, durch wen eine berufliche Regulierung besser erfolgen kann: durch den Gesetzgeber und ihm nachgelagerte Behörden oder durch die Berufsgruppe selbst. Die Problematik wurde beleuchtet mit Blick auf die beiden exemplarischen Referenzländer Schweden und Großbritannien.

Bezüglich der Frage nach dem Schutz vor Pflege, die nicht den Berufsstandards entspricht, konnte herausgearbeitet werden, dass das NMC mit der Re-Validierung hohe Anforderungen

Die Existenz einer Kammer ist nicht maßgeblich für das akademische Niveau der Ausbildung.

an die Berufsmitglieder stellt. Die hohe Quote an berufsrechtlichen Untersuchungen zeigt zudem, dass das NMC die Überwachung der Berufsordnung ernst nimmt. Gleichwohl war und ist das NMC erheblicher Kritik ausgesetzt. Daraus lässt sich – dies hat der Blick auf die ähnlich gelagerten Probleme in Schweden gezeigt – aber nicht schlussfolgern, dass eine behördlich administrierte Überwachung der Berufsordnung zwangsläufig besser funktionieren muss. Ferner wurde ausgeführt, dass die Existenz einer Kammer nicht maßgeblich ist für das akademische Niveau der Ausbildung. Schweden und Großbritannien unterscheiden sich in diesem Sinne nicht. Der in Deutschland eingeschlagene Sonderweg wird also nicht allein in der fehlenden beruflichen Selbstverwaltung begründet sein können. Auch bezüglich der Tätigkeiten von Pflegekräften wird deutlich, dass Deutschland bei der Ausweitung pflegerischer Rollen weit hinter den hier gewählten Vergleichsländern Großbritannien und Schweden zurückbleibt. In Großbritannien, dem Land mit Berufskammer, ist das Aufgabenfeld von Pflegekräften am weitesten gefasst. Als Treiber dieser Entwicklung ist aber primär der Gesetzgeber selbst – nicht das NMC – zu sehen. Deutlich wurde zudem, dass eine Interessenvertretung seitens des NMC in Großbritannien durch den Gesetzgeber nicht intendiert ist.

Durch den Blick in die Vergleichsländer werden die zentralen Problempunkte einer effektiven beruflichen Regulierung deutlich. Dies sind Fragen nach den Verwaltungsstrukturen und einem professionellem Management mit dem Ziel effizienter Prozesse und damit kurzer Bearbeitungszeiten bei den berufsrechtlichen Untersuchungen. Ferner wird die fehlende Verzahnung mit anderen Berufskammern (insbesondere mit der Ärzte), aber auch mit der (oder den) Aufsicht(en) der Leistungserbringer kritisch beleuchtet. Thematisiert wird ferner, inwiefern die Definition vorbehaltlicher Tätigkeiten oder – damit einhergehend – geschützter Berufsbezeichnungen im Bereich des *Advanced Nursing* aus Sicht der Gesellschaft einen Mehrwert bedeutet oder ob dies nicht vielmehr die Entwicklung und Ausdifferenzierung der Berufsbilder hemmt.

Bei allen Fragestellungen wird immer auch das Kosten-Nutzen-Verhältnis in den Blick genommen.

In der Gesamtschau ist festzuhalten: Es geht weniger um die Frage, ob berufliche Regulierung durch eine Kammer administriert wird, als darum sicherzustellen, dass sie ihren Zweck erfüllt: nämlich Patienten, Pflegebedürftige und Angehörige vor unsachgemäßer Pflege zu schützen. Der Blick in die beiden Vergleichsländer Schweden und Großbritannien hat gezeigt, dass Bestrebungen, die berufliche Regulierung in diesem Sinne zu gestalten, unabhängig davon sein können, ob diese durch eine Kammer administriert wird oder nicht. Damit handelt es sich also letztlich weniger um ein „Kammer-Spezifikum“ als vielmehr um ein „Länder-Spezifikum“, dass berufliche Regulierung einmal Fortschritt und einmal neue Bürokratie bedeuten kann. ■

12 URL: <http://www.nmc.org.uk/about-us/who-we-work-with/> oder auch die NMC-Jahresberichte unter URL: <http://www.nmc.org.uk/about-us/reports-and-accounts/> oder URL: <http://www.nmc.org.uk/about-us/policy-position-statements/>

Literatur

- Albrecht J.** Rechtliche und soziologische Aspekte einer Kammer für Pflegeberufe. Pflegezeitschrift 1996; 4 (wissenschaftliche Beilage): 8-14.
- Allsop J, Saks M.** Regulating the Health Professions. London: SAGE Publications Ltd 2003.
- Anell A, Glenngård A, Merkur S. Sweden:** Health system review. Health Systems in Transition 2012; 14(5): 1-159.
- BÄK und KBV.** Persönliche Leistungserbringung – Möglichkeiten und Grenzen der Delegation ärztlicher Leistungen; Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung Stand: 29.08.2008. http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/Delegation_2008.pdf. (22.02.2013).
- Baldwin R, Cave M, Lodge M.** Understanding Regulation: Theory, Strategy, and Practice. Oxford: Oxford University Press 2012.
- Blegen MA, Goode CJ, Park SH, Vaughn T, Spetz J.** Baccalaureate Education in Nursing and Patient Outcomes. The Journal of Nursing Administration 2013; 43(2): 89-94.
- Bollinger H, Grewe A.** Die akademisierte Pflege in Deutschland zu Beginn des 21. Jahrhunderts – Entwicklungsbarrieren und Entwicklungspfade. Jahrbuch für kritische Medizin 2002; 37: 43-59.
- Bradshaw A, Merriman C.** Nursing competence 10 years on: fit for practice and purpose yet? Journal of Clinical Nursing 2007; 17: 1263-1269.
- CHRE.** Special Report to the Minister of State for Health Services on the Nursing and Midwifery Council. http://www.chre.org.uk/_img/pics/library/pdf_1321357757.pdf. (3.12.2012).
- CHRE.** Strategic review of the Nursing and Midwifery Council Final report. http://www.chre.org.uk/_img/pics/library/120702_CHRE_Final_Report_for_NMC_strategic_review_%28pdf%29_1.pdf. (23.11.2012).
- Daly W, Carnwell R.** Nursing roles and levels of practice: a framework for differentiating between elementary, specialist and advancing nursing practice. Journal of Clinical Nursing 2003; 12: 158-167.
- Dangel B, Korporal J.** Hochschulausbildung in der Pfelege: Zur geplanten Neuregelung der Pflege-Berufegesetze. Gesundheit und Sozialpolitik 2014; 3(46-55).
- Darmann-Fink I.** Wirkungen einer akademischen Erstausbildung von professionell Pflegenden im Spiegel internationaler Studien. Pflege & Gesellschaft 2012; 17(3): 216-232.
- Davies C.** Registering a Difference: Changes in the Regulation of Nursing. In: Allsop J. S., M. Regulating the Health Professions. London: SAGE Publications Ltd 2003.
- Davies C.** Regulating the health care workforce: next steps for research. Journal of Health Services Research & Policy 2007; 9(1): 55-56.
- Davies C, Beach A. Interpreting Professional Self-Regulation. London: Routledge 2000.
- DBfK.** Advanced Nursing Practice. Pflegerische Expertise für eine leistungsfähige Gesundheitsversorgung. www.dbfk.de/download/download/APN-Broschuere-2011-final.pdf. (10.03.2013).
- Delamaire M, Lafourture G.** Nurses in Advanced Roles: OECD Working Paper 2010.
- DH.** Good doctors, safer patients – Proposals to Strengthen the System to assure and improve the Performance of Doctors and to protect the Safety of Patients. London: Department of Health 2006a.
- DH.** The Regulation of the Non-Medical Healthcare Professions. http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20130107105354/http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_4137295.pdf. (10.05.2015).
- DH.** Advanced Level Nursing: A Position Statement. https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/215935/dh_121738.pdf. (10.05.2015).
- Elkan R.** Project 2000: a review of published research. Journal of Advanced Nursing 1995; 22: 386-392.
- Hamric AB, Spross JA, Hanson CM.** Advanced Practice Nursing: An integrative Approach. St. Louis, Missouri: Sounders Elsivier 2009.
- Hinchliff S, Rogers R. Competencies for Advanced Nursing Practice. London: Hodder Arnold 2008.
- House of Commons Health Committee.** Annual Accountability Hearing with the Nursing and Midwifery Council. London: The Stationery Office 2011.
- HSAN.** Verksamhetsredogörelse 2013. <https://www.socialstyrelsen.se/SiteCollectionDocuments/verksamhetsredogorelse-hsan-2013.pdf>. (10.01.2016).
- JM Consulting.** The Regulation of the Health Professions – Report of a review of the Professions Supplementary to Medicine Act (1960) with recommendations for new legislation. http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsLegislation/DH_4005411. (10.08.2012).
- JM Consulting.** The Regulation of Nurses, Midwives and Health Visitors – Report on a review of the Nurses, Midwives and Health Visitors Act 1997. http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsLegislation/DH_4006034. (10.08.2012).
- Käble K, Pundt J.** Pflege und Pflegebildung im Wandel – der Pflegeberuf zwischen generalistischer Ausbildung und Akademisierung. In: Jacobs K., Kuhlmeij A., Greß S., Klauber K., Schwinger A. Pflege-Report 2016: Die Pflegenden im Fokus. Stuttgart: Schattauer 2016.
- Kapborg I.** Nursing Education in Sweden: development from vocational training to higher level education. Journal of Advanced Nursing 1998; 27: 372-378.
- Kroezen M, van Dijk L, Groenewegen PP, Francke AL.** Nurse prescribing of medicines in Western European and Anglo-Saxon countries: a systematic review of the literature. BMC Health Service Research 2011; 11(227).
- Lauder W, Roxburgh M, Holland K, Johnson M, Watson R, Porter M, Topping K, Behr A.** Nursing and Midwifery in Scotland: Being Fit for Practice – The Report of the Evaluation of Fitness For Practice Pre-Registration Nursing and Midwifery Curricula Project – Final Report September 2008. http://usir.salford.ac.uk/13929/1/Nursing_and_midwifery_in_Scotland_being_fit_for_practice_Final_report.pdf. (23.11.2012).
- Law Commission.** Regulation of Health Care Professionals and Regulation of Social Care Professionals in England – A Joint Consultation Paper. http://lawcommission.justice.gov.uk/docs/cp202_regulation_of_healthcare_professionals_consultation.pdf. (10.01.213).
- Lehmann Y, Beutner K, Karge K, Ayerle G, Heinrich S, Behrens J, Landenberger M.** Bestandsaufnahme der Ausbildung in den Gesundheitsfachberufen im europäischen Vergleich: Bundesministerium für Bildung und Forschung – Reihe Berufsbildungsforschung/ Band 115 2014
- Martini M.** Die Pflegekammer- verwaltungspolitische Sinnhaftigkeit und rechtliche Grenzen. Berlin: Verlag Duncker & Humblot 2014.
- Mid Staffordshire Foundation Trust Public Inquiry.** The Mid Staffordshire NHS Foundation Trust Public Inquiry. Chaired by Robert Francis QC. London: The Stationery Office 2013.
- Ministry of Education RaC.** New world – New university: A summary of Government Bill 2004/2005:162. http://www4.lu.se/upload/LUPDF/Bologna/Sverige_Bologna/new_world_new_univ_summary.pdf. (07.08.2013).
- Niehus HG.** Die Selbstverwaltung der Pflege stärken. Pflegezeitschrift 2007; 60: 499-502.
- NMC.** Standards of Proficiency for Nurse and Midwife Prescribers. <http://www.nmc-uk.org/Documents/Standards/nmcStandardsofProficiencyForNurseAndMidwifePrescribers.pdf>. (3.12.2012).
- NMC.** Standards for Pre-Registration Nursing Education. London: Nursing and Midwifery Council 2010.
- NMC.** Nursing and Midwifery Council: Annual Fitness to Practise Report 2014-2015. London: The Stationery Office 2015.
- Öhlén J, Furåker C, Jakobsson E, Berg I, Hermansson E.** Impact of the Bologna process on Bachelor nursing programmes: The Swedish case. Nurse Education Today 2011; 31: 122-128.
- Pauly M, McGuire T, Barros P.** Handbook of Health Economics. Oxford: North Holland 2012.
- Plantholz M.** Pflegekammer – Gutachten über die rechtlichen Probleme und Möglichkeiten der Errichtung einer Pflegekammer auf Landesebene. Gutachten, erstellt im Auftrag der Bündnis 90 / Grüne (AL) / UFV – Fraktion im Abgeordnetenhaus von Berlin: Bündnis 90 / Grüne (AL) / UFV – Fraktion im Abgeordnetenhaus von Berlin 1994.
- Raholm M, Hedegaard BL, Löfmark A, Slettebø A.** Nursing education in Denmark, Finland, Norway and Sweden – from Bachelor's Degree to PhD. Journal of Advanced Nursing 2010; 66(9): 2126-2137.

Literatur

RCN. Advanced nurse practitioners: An RCN guide to advanced nursing practice, advanced nurse practitioners and programme accreditation. London: Royal College of Nursing 2012.

Schaeffer D. professionalisierung der Pflege – Verheißung und Realität. Gesundheit und Sozialpolitik 2011; 5-5: 30-37.

Schmidt I. Wettbewerbspolitik und Kartellrecht: eine interdisziplinäre Einführung. München: Oldenbourg 2012.

Schwinger A. Die Pflegekammer: Eine Interessensvertretung für die Pflege? In: Jacobs K., Kuhlmeij A., Greß S., Klauber K., Schwinger A. Pflege-Report 2016: Die Pflegenden im Fokus. Stuttgart: Schattauer 2016.

Seewald O. Die Verfassungsmäßigkeit der Errichtung einer Kammer für Pflegeberufe im Freistaat Bayern. München: Fördererin zur Gründung einer Pflegekammer in Bayern e.V. 1998.

SOU 2008: 117. Patientsäkerhet. Vad har gjorts? Va d behöver göras? [“Patient security. What

has been done? What is left to do?”]. [\(05.07.2013\).](http://www.regeringen.se/sb/d/11201/a/117784)

SOU 2012: 11. Utvärdering av tillsynsreformen – Samordnad tillsyn över socialtjänst och hälso- och sjukvård [Summary in English]. [\(04.07.2013\).](http://www.statskontoret.se/upload/Publikationer/2012/201211.pdf)

Spilsbury K, Hewitt C, Stirk L, Bowman C. The relationship between nurse staffing and quality of care in nursing homes: A systematic review. *Int J Nurs Stud* 2011; 48(6): 732-750.

Stationery Office. The NHS Plan – A plan for investment A plan for reform. London: The Stationery Office 2000.

Stationery Office. Trust, Assurance and Safety – The Regulation of Health Professionals in the 21st Century. [\(24.11.2012\).](http://www.official-documents.gov.uk/document/cm70/7013/7013.pdf)

Stationery Office. Enabling Excellence: Autonomy and Accountability for Healthcare Workers, Social Workers and Social

Care Workers. [\(20.11.2012\).](http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/documents/digitalasset/dh_124374.pdf)

SVR Gesundheit. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen Gutachten 2007. Kooperation und Verantwortung. Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft 2007.

Wilhelsson S, Ek AC, Åkerblom I. Opinions about district nurses prescribing. Scandinavian Journal of Caring Sciences 2001; 15: 326-330.

Wilhelsson S, Foldevi M. Exploring views on Swedish district nurses' prescribing – a focus group study in primary health care. Journal of Clinical Nursing 2003; 12: 643-650.

Wissenschaftsrat. Empfehlungen zu hochschulichen Qualifikationen für das Gesundheitswesen. [\(10.02.2013\).](http://www.wissenschaftsrat.de/download/archiv/2411-12.pdf)

Journal for Labour and Social Affairs in Eastern Europe



SEER

Journal for Labour and Social Affairs in Eastern Europe
Quarterly of the European Trade Union Institute

4 Ausgaben pro Jahr | 20. Jahrgang 2016
ISSN 1435-2869

Aktuelle und ausführliche Informationen zu den
Konditionen der Zeitschrift finden Sie hier:
www.nomos-shop.de/10355

The SEER tries to stimulate the exchange of information among researchers, trade unionists and people who have a special interest in the political, social and economic development of the region of south-east Europe.

The journal draws attention to new research results and the latest analyses about the ongoing process of political and social changes in the south-east of Europe

and creates more understanding for the importance of the elaboration of democratic structures in industrial relations. Moreover, it combines contributions from different disciplines and »political schools« into an information package of interest for policy makers, researchers, academics and trade unionists from various backgrounds.

Hotline 07221.2104-39
E-Mail zeitschriften@nomos.de

