

Rechtsanwalt Robert Roßbruch

Institut für Gesundheits- und Pflegerecht
Mehlgasse 6
56068 Koblenz

fon: 0261/9142020
fax: 0261/9142021
email: sekretariat@pflegerecht-online.de
website: pflegerecht-online.de

**Stellungnahme zum
Gesetzentwurf der Bundesregierung¹
zur strukturellen Weiterentwicklung
der Pflegeversicherung
(Pflege-Weiterentwicklungsgesetz – PfWG)**

unter Einbeziehung der Stellungnahme des Bundesrates²
und der Gegenäußerung der Bundesregierung³

Anlässlich der Anhörung im Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages

Einzelsachverständiger

Mittwoch, 23.01.2008

Block IV: Berufsrechtliche Fragestellungen

Koblenz, 18.01.2008

¹ BR-Drucks. 718/07 (Beschluss) = Anlage 3 BT-Drucks. 16/7439.

² BT-Drucks. 16/7439.

³ BT-Drucks. 7486.

A. Vorbemerkung

Die folgende Stellungnahme bezieht sich nur auf die berufsrechtlichen Fragestellungen, mit hin auf die Artikel 15 und 16 sowie auf § 63 Abs. 3b und Abs. 3c SGB V des Artikels 6.

Die Stellungnahme wird sich dabei insbesondere auf die drei ausbildungs- und berufsrechtlichen Kernpunkte der Neuregelung der in Rede stehenden Berufsgesetze beziehen, nämlich auf die **Erweiterung der Kompetenzen**, der **Ermöglichung einer hochschulischen Erstausbildung** parallel zur traditionellen Ausbildung sowie die Möglichkeit der **Verlängerung der Gesamtausbildung**.

Das aktuelle Gesetzesvorhaben der Bundesregierung ist hinsichtlich der angestrebten berufsrechtlichen Regelungen ein Schritt in die richtige Richtung. Es bestehen jedoch im Gesetzesentwurf diverse Ungereimtheiten, Inkonsistenzen bis hin zu Systemwidrigkeiten, die es zu verbessern gilt.

B. Grundsätzliches

Die demografische Entwicklung lässt erwarten, dass immer weniger Menschen für eine entsprechende Berufsausbildung zur Verfügung stehen, während der Pflegebedarf in der Gesellschaft rapide ansteigen wird. Gerade hier muss ein Bildungsmodell für Pflegeberufe vorliegen, das den Einstieg in dieses Arbeitsfeld attraktiv macht, berufliche Weiterentwicklung ermöglicht und im Bildungssystem Durchlässigkeit gewährleistet.

Darüber hinaus ist kein Beruf statisch. Berufsbilder wandeln sich. Auch und gerade bei den Gesundheitsfachberufen. So werden künftig in den Bereichen des Pflegeprozess-, Wund-, Schnittstellen-, Case- und Entlassungsmanagements, aber auch für die interdisziplinäre Abstimmung unter den Akteuren, immer mehr Pflegeexperten benötigt.

Darüber hinaus benötigen wir in unserem Gesundheitswesen Konzepte für die Bereiche Gesundheitsförderung, Prävention, Rehabilitation, Palliative Care, Psychiatrie, Geriatrie usw. Hier sind wissenschaftliche Erkenntnisse seitens der Pflege gefordert.

Es besteht somit künftig ein nicht unerheblicher Bedarf an hoch qualifizierten und spezialisierten Pflegefachkräften (z.B. als Palliativ Care Nurse, Diabetes Nurse, Pflegeexperte/Clinical, Specialist/Advanced Practice Nurse, Prozess- und Casemanager), die entsprechend weitreichende Kompetenzen inne haben müssen. Von der Entstehung paramedizini-

scher Berufe (Medizinische Assistenten für Anästhesie, Physician Assistant, etc.) ganz zu schweigen.

Hieraus resultiert ein Bedarf an akademisch qualifizierten Pflegenden, die in der direkten Pflege eingesetzt werden. Eine Ausbildung auf dem Niveau des Bachelors vermittelt Kompetenzen, die Wirksamkeit von Pflege zu reflektieren sowie wissenschaftliche Erkenntnisse zu bewerten und in die tägliche Praxis zu integrieren. Von Absolventen hochschulischer Pflege-erstausbildung ist zu erwarten, dass sie ihr Praxisfeld wissenschaftlich fundiert weiterentwickeln. Aus dem internationalen Raum (Niederlande, Skandinavien, USA) liegen diese Erfahrungen vor (advanced nursing practice). Insofern ist die, wenn auch nur im Rahmen der Modellklausel des § 4 Abs. 7 Satz 4 KrPflG normierte Möglichkeit eines grundständig primärqualifizierenden Hochschulstudiums uneingeschränkt zu begrüßen.

Ein zweites grundlegendes Problem ergibt sich nicht nur aus der demografischen Entwicklung, sondern auch aus dem drohenden Hausärztemangel gerade in ländlichen Regionen, dem latenten Mangel an Krankenhausärzten, dem Umstand, dass ärztliche Dienstleistungen teuer sind sowie dem Fortschritt in der medizinisch-technischen Entwicklung. Dies alles sind Faktoren, die dafür sprechen, Aufgaben, die bisher den Ärzten vorbehalten waren, auf die Pflegeberufe zu übertragen.

Aufgrund dieses faktischen und/oder gefühlten Ärztemangels findet schon seit Jahren in unseren Kliniken, aber auch in Alten- und Pflegeheimen, ein forciertes Wandel in der Aufgabenverteilung dahingehend statt, dass insbesondere Gesundheits- und Krankenpfleger/innen schon jetzt immer mehr ärztliche Aufgaben (Blutentnahmen, intravenöse Injektionen, Anlegen von (Kurz)Infusionen, Legen von Braunülen, Medikamentengabe über Portkatheter, Wechseln von Trachealkanülen; um nur einige wenige Beispiele zu nennen), die nach der derzeitigen Gesetzeslage ausschließlich den Ärzten vorbehalten sind, übernehmen. Da die Übernahme grundsätzlich nicht delegationsfähiger ärztlicher Tätigkeiten⁴ im Gegensatz zum europäischen Ausland (z.B. England, Irland, Österreich) jeglicher Rechtsgrundlage entbehrt, sehen sich sowohl die Einrichtungsträger als auch die pflegerischen Mitarbeiter mit erheblichen sozialversicherungs-, arbeits- und versicherungsrechtlichen Problemen konfrontiert, die eine sinnvolle Arbeitsteilung zwischen den Gesundheitsberufen, insbesondere zwischen den Ärzten und Pflegefachkräften unnötig erschwert. Um in diese Entwicklung mehr Rechtsklar-

⁴

Allgemein sind drei Fallgruppen zu unterscheiden: 1. Fallgruppe: ärztliche Tätigkeiten die grundsätzlich übernahmefähig sind, 2. Fallgruppe: ärztliche Tätigkeiten die grundsätzlich nicht übernahmefähig sind (bei Tätigkeiten dieser Fallgruppe besteht aus Gründen der Rechtssicherheit (insbesondere im arbeits- und versicherungsrechtlichen Bereich) ein zwingender regelungsbedarf; siehe hierzu den alternativen Formulierungsvorschlag auf S. 14) und 3. Fallgruppe: ärztliche Tätigkeiten die nicht übernahmefähig sind. Zur Vertiefung in diese Problematik siehe Roßbruch, Zur Problematik der Delegation ärztlicher Tätigkeiten an das Pflegefachpersonal auf Allgemeinstationen unter besonderer Berücksichtigung zivilrechtlicher, arbeitsrechtlicher und versicherungsrechtlicher Aspekte, in: PflR 2003, 95 ff. und 139 ff. sowie ders., Zur Delegation behandlungspflegerischer Maßnahmen in Einrichtungen der stationären Altenpflege. Anmerkung zum Urteil des Sozialgerichts Speyer vom 27.07.2005 – S 3 P 122/03, in: PflR 2006, 188 ff. (195 ff.).

heit und damit mehr Rechtssicherheit zu bringen, bedarf es zwingend einer Änderung der einschlägigen Berufsgesetze, so wie dies im europäischen Ausland (z. B. England, Irland, Österreich) schon seit längerer Zeit der Fall ist. Dies bedeutet jedoch, dass es vorliegend nicht lediglich um eine Delegation⁵ ärztlicher Tätigkeiten gehen kann, so wie dies vom Marburger Bund, der Bundesärztekammer, der Kassenärztlichen Vereinigung sowie der Deutschen Krankenhausgesellschaft angestrebt wird, sondern, um die gesetzliche Festlegung konkreter und eindeutiger Kompetenzen im Rahmen der erweiterten Ausübung heilkundlicher Tätigkeiten.

Da das bisher praktizierte Delegationsmodell den oben skizzenhaft dargestellten künftigen Herausforderung im Gesundheitswesen nicht gerecht wird und auf Grund der bestehenden Rahmenbedingungen auch nicht gerecht werden kann, weist der Sachverständigenrat in seinem Gutachten 2007 zutreffend darauf hin, die ärztlichen Aufgaben nicht per Delegation zu übertragen. Vielmehr soll, so der Sachverständigenrat, in einem Modellversuch getestet werden, wie die bisherigen ärztlichen Aufgaben generell auf die Pflegeberufe übertragen werden können. Zugleich verwies der Rat zutreffend darauf, dass eine generelle Übertragung solcher Aufgaben nur dann möglich ist, wenn die einschlägigen Berufsgesetze geändert werden. Dieser Auffassung kann – unter Ausblendung einer von ärztlichen Standesinteressen geprägten Diskussion – unter dem Gesichtspunkt der Verbesserung der Versorgungsqualität im medizinisch-pflegerischen Bereich nur zugestimmt werden. Diesen Erkenntnissen wird der vorliegende Gesetzentwurf nicht gerecht.

So stellt beispielsweise die Neuregelung des § 63 SGB V durch die Einführung der Absätze 3b und 3c ein Schritt in die richtige Richtung dar, greift aber letztlich – wie im Einzelnen noch unten aufzuzeigen sein wird – viel zu kurz.

Zum einen weil der neue Absatz 3b lediglich zwei bzw. drei Tätigkeitsvarianten regelt, die sich außerdem nur auf die häusliche Krankenpflege beziehen, in der stationären Kranken- und Altenpflege aber nur von rudimentärer Relevanz sind. Damit sind von dieser Regelung gerade die Bereiche (Krankenhäuser, Alten- und Pflegeheim), in denen es in erster Linie um die Erweiterung der Kompetenzen geht, nicht bzw. kaum betroffen. Um aber gerade die Schnittstellenprobleme im stationären Bereich, insbesondere im Klinikbereich, einer adäquaten Lösung zuführen zu können, bedarf es der gesetzlichen Übertragung konkreter ärztlicher Aufgaben wie z.B. die Blutentnahme aus der Vene, die Verabreichung intravenöser Injektionen, der Anschluss von Infusionen bei liegendem Gefäßzugang (ausgenommen hiervon sind

⁵ Delegation bedeutet, dass die Ärzte im Rahmen ihrer Anordnungscompetenz festlegen, von welcher Berufsgruppe und für wie lange eine bestimmte Aufgabe übernommen werden soll. Das dies das favorisierte Modell der Ärzteschaft und ihrer Interessenvertretungen ist, ist leicht nachvollziehbar und bedarf daher keiner weiteren Kommentierung.

natürlich Transfusionen), das Legen von transurethralen Blasenkathetern zur Harnableitung, Instillation und Spülung, das Legen von Magensonden, etc.

Zum anderen muss die **Aufgabenneuverteilung**, so wie sie im Absatz 3c angedeutet ist zwingend mit einer **Reform der Ausbildungs- und Berufsrechts** einhergehen. Dies ist derzeit nicht der Fall. Jedenfalls findet durch die Neuschaffung des Absatz 7 in § 4 KrPflG bzw. § 4 Abs. 7 AltPflG sowie die wechselseitige Bezugnahme von § 63 Abs. 3c SGB V und § 4 Abs. 7 KrPflG bzw. § 4 Abs. 7 AltPflG weder eine den zukünftigen beruflichen Anforderungen adäquate Ausbildungsreform statt, noch wird hierdurch geklärt, welches denn die konkret zu vermittelnden „erweiterten Kompetenzen“ sind. Diese sind nämlich weder definiert noch findet im Rahmen der Formulierung eines Tätigkeitskatalogs eine entsprechende Konkretisierung statt. Es ist daher u. a. völlig verfehlt und geradezu systemwidrig, die Festlegung der Ausbildungspläne für das „4. Ausbildungsjahr“ den Ausbildungsstätten zu überlassen, da diese zum einen hierfür nicht zuständig sind und zum anderen ein solches Verfahren zu einem ausbildungspolitischen Flickenteppich in einer bis dato bundeseinheitlich geregelten Ausbildung führen würde. Es besteht somit die Notwendigkeit (nach Möglichkeit zusammen mit dem Deutschen Bildungsrat für Pflegeberufe und dem Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege), im weiteren Gesetzgebungsverfahren die konkreten Ausbildungsinhalte für das 4. Ausbildungsjahr zu entwickeln und diese in die Anlagen 1 und 2 zu § 1 Abs. 1 KrPflG aufzunehmen. Gleiches gilt für das Altenpflegegesetz.

Im Übrigen stellt der Vorbehalt der Genehmigung der Ausbildungspläne der Ausbildungsstätten durch das Bundesministerium für Gesundheit unter Einbeziehung des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (vgl. Artikel 15 Nr. 3 Buchstabe c und Artikel 16 Nr. 3 Buchstabe c E-PfWG) einen Verstoß gegen Art. 30 und Art. 83 ff. GG dar, da mit dieser Regelung in die Verwaltungszuständigkeit der Länder eingegriffen wird.

Will man also im Hinblick auf die Neuverteilung der Aufgaben mehr Rechtsklarheit und damit mehr Rechtssicherheit schaffen, so bedarf es zwingend einer Konkretisierung sowohl in den einschlägigen Berufsgesetzen als auch in den jeweiligen Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen. Die immer wieder vorgetragene Auffassung des Bundesministeriums für Gesundheit, der Bundesgesetzgeber habe gemäß Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 GG lediglich die Regelungskompetenz für den Zugang zu den ärztlichen und anderen Heilberufen, und daher sei es nicht möglich, Regelungen hinsichtlich behandlungspflegerischer Befugnisse in das Krankenpflegegesetz aufzunehmen, ist unzutreffend, wie unten noch näher zu belegen sein wird.

Wie wenig durchdacht die angestrebte Neuverteilung der Aufgaben im Rahmen der ärztlichen und pflegerischen Tätigkeiten ist zeigt sich somit auch und gerade darin, dass die Neu-

verteilung überhaupt nicht in einem Zusammenhang mit einer Ausbildungsreform gedacht wird. Beispielhaft sei hier auf Satz 2 des § 4 Abs. 7 KrPflG verwiesen. Dieser lautet: „Dabei darf die Erreichung des Ausbildungsziels nicht gefährdet sein.“ Wenn mit der Erweiterung von Kompetenzen unbestritten auch eine entsprechende Qualifizierung und damit eine Erweiterung der Ausbildungsinhalte einhergehen muss, dann muss auch die Vermittlung erweiterter Kompetenzen integraler Bestandteil des Ausbildungsziels sein. Aus diesem Grund muss die grundsätzlich zu begrüßende Implementierung eines „4. Ausbildungsjahres“ in den ausbildungsrechtlichen Regelungen ihre Entsprechung finden. Dies bedeutet, dass neben der nach wie vor möglichen dreijährigen Ausbildung auch auf das „4. Ausbildungsjahr“ das Krankenpflegegesetz bzw. das Altenpflegegesetz einschließlich der jeweiligen Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen in Gänze anzuwenden ist. Dies wiederum bedeutet, dass die Erstellung der Ausbildungsinhalte bzw. -pläne für das „4. Ausbildungsjahr“ nicht Aufgabe der jeweiligen Ausbildungsstätten sein kann, sondern sich die Ausbildungsinhalte in der jeweiligen Ausbildungs- und Prüfungsverordnung ihren spezifischen Niederschlag finden müssen. Eine Herausnahme des „4. Ausbildungsjahres“ aus dem Ausbildungs- bzw. Arbeitsschutzrecht sowie aus der Ausbildungsvergütungsstruktur, wie dies mit dem derzeitigen Gesetzentwurf geplant ist, ist nicht nur berufs- und ausbildungspolitisch verfehlt, es trägt auch nicht zur Motivation der in der Pflege Tätigen bei, noch ein zusätzliches „Ausbildungsjahr“ in Anspruch zu nehmen.

C. Zu den einzelnen Regelungen

Zu Artikel 6 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch – SGB V)

Zu Nummer 8 (§ 63)

a) Regelungsvorschlag

In § 63 werden nach Absatz 3a folgende Absätze 3b und 3c eingefügt:

„(3b) Modellvorhaben nach Absatz 1 können vorsehen, dass Angehörige der im Krankenpflegegesetz und im Altenpflegegesetz geregelten Berufe

1. die Verordnung von Verbandsmitteln und Pflegehilfsmitteln sowie

2. die inhaltliche Ausgestaltung der häuslichen Krankenpflege einschließlich deren Dauer

vornehmen, soweit diese aufgrund ihrer Ausbildung qualifiziert sind und es sich bei der Tätigkeit nicht um selbständige Ausübung von Heilkunde handelt.

(3c) Modellvorhaben nach Absatz 1 können eine Übertragung der ärztlichen Tätigkeiten, bei denen es sich um selbständige Ausübung von Heilkunde handelt und für die die Angehörigen der im Krankenpflegegesetz geregelten Berufe aufgrund einer Ausbildung nach § 4 Abs. 7 des Krankenpflegegesetzes qualifiziert sind, auf diese vorsehen. Satz 1 gilt für die Angehörigen des im Altenpflegegesetz geregelten Berufes aufgrund einer Ausbildung nach § 4 Abs. 7 des Altenpflegegesetzes entsprechend.“

b) Stellungnahme

Wie bereits oben angedeutet stellt die Neuregelung des § 63 SGB V durch die Einführung der Absätze 3b und 3c ein Schritt in die richtige Richtung dar, weil sie die Möglichkeit eröffnet, wissenschaftlich zu überprüfen, ob und wie eine Verbesserung der Versorgungsqualität erreicht und ausgestaltet werden kann. Für die Lösung der akuten und mittelfristig sich verstärkenden Versorgungsproblematik greift sie jedoch viel zu kurz.

Darüber hinaus kann dem Vorschlag der Bundesregierung für Modellvorhaben mit nach § 4 Abs. 7 KrPflG bzw. AltPflG qualifizierten Pflegefachkräften, die **ausschließlich** von den Krankenkassen festzulegen sind, nicht zugestimmt werden. Zum einen findet durch diese Regelung eine bereits heute existierende Expertise in den Pflegeberufen keine Anerkennung (Es gibt bereits jetzt eine Vielzahl hochqualifizierter Pflegeexperten z.B. im Palliativ-Care-Bereich oder im Bereich des Wundmanagements.). Zum anderen ist ohne Schaffung einer entsprechenden Übergangsregelung erst frühestens 2011/2012 mit den ersten nach § 4 Abs. 7 KrPflG bzw. AltPflG ausgebildeten Pflegefachkräften zu rechnen.

Des Weiteren ist abzulehnen, dass im Bereich der Neuverteilung der Aufgaben und insbesondere im Bereich der Substitutionstätigkeit **ausschließlich** die Krankenkassen die entsprechenden Modellvorhaben zu entwickeln haben. Zum einen kann es hier zu nicht erstrebenswerten uneinheitlichen Regelungen kommen. Zum anderen kann es nicht Aufgabe der Krankenkassen sein über diverse Modellvorhaben Berufsrecht zu kreieren. Dies muss ausschließlich dem Gesetzgeber vorbehalten bleiben.

Zur Problematik der **Erweiterung der Kompetenzen** und ihre gesetzliche Verankerung ist folgendes festzustellen:

Eine Erweiterung der Kompetenzen, so sie denn berufspolitisch gewollt ist, zwingend einer Normierung auf Gesetzes- und/oder Verordnungsebene bedarf.

Hinsichtlich einer gesetzlichen Implementierung erweiterter Kompetenzen bieten sich mehrere Möglichkeiten an. So z.B. im Rahmen **einzelner sozialversicherungsrechtlicher Vorschriften**, in denen bestimmte Leistungserbringungen an den in § 1 KrPflG verankerten Titelschutz gebunden werden oder im Rahmen des **Krankenpflegegesetzes** bzw. **Altenpflegegesetzes** in Verbindung mit der **Modifizierung der Heilberufsgesetze**. Aus ausbildungs- und berufsrechtlichen Gründen ist jedoch dringend anzuraten, die Erweiterung der Kompetenzen – so wie es bereits seit 1997 im österreichischen Gesundheits- und Krankenpflegegesetz⁶ geregelt ist – im Krankenpflegegesetz zu implementieren.

Zu den Hauptbremsern einer bundesgesetzlichen Regelung erweiterter Kompetenzen gehören insbesondere die Bundesärztekammer, die Kassenärztliche Vereinigung sowie der Marburger Bund. Aber auch das Bundesministerium für Gesundheit hat bis dato eine gesetzliche Implementierung **konkret** beschriebener Kompetenzen in Form vorbehaltener Tätigkeiten mit der Begründung abgelehnt, dass der Bund gemäß Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 GG lediglich die Regelungskompetenz für den Zugang zu den ärztlichen und anderen Heilberufen habe. Daher sei es nicht möglich, konkrete Kompetenzen in das Krankenpflegegesetz bzw. Altenpflegegesetz aufzunehmen.

Dass diese immer wieder kolportierte Rechtsauffassung⁷ unzutreffend ist, ergibt sich zum einen aus der Tatsache, dass es sehr wohl bundesgesetzgeberische Regelungen für Heilberufe gibt, die explizit vorbehaltene Tätigkeiten beinhalten, so geschehen in § 4 des Gesetzes über den Beruf der Hebamme und des Entbindungspfleger (HebG), § 9 des Gesetzes über technische Assistenten in der Medizin (MTAG) sowie § 2 der Bundesärzteordnung (BÄO). Allein schon aus diesem Grunde ist die Rechtsauffassung des Ministeriums unerfindlich. Zum anderen scheint auch das Bundesverfassungsgericht die Rechtsauffassung des Gesundheitsministeriums nicht zu teilen. So stellt das Bundesverfassungsgericht in Randnummer 390 seines Urteils zum Altenpflegegesetz vom 24.10.2002 unter bejahender Bezugnahme auf das pflegewissenschaftliche Gutachten von Prof. Dr. Landenberger und Prof. Dr. Görres (S.

⁶ Bundesgesetz über Gesundheits- und Krankenpflegeberufe (Gesundheits- und Krankenpflegegesetz – GuKG) BGBl 108/1997 idF BGBl I 95/1998, BGBl I 65/2002, BGBl I 6/2004, BGBl 69/2005 und BGBl I 90/2006.

⁷ Die Vertreter/Vertreterinnen der Pflegeverbände und -organisationen würden gut daran tun, nicht jede vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung geäußerte Rechtsauffassung als die säkularisierte Unfehlbarkeit schlecht hin anzusehen. Dabei sei z.B. an die noch nicht so lange zurückliegende und allen ernstes vorgetragene Auffassung des Bundesministeriums erinnert, dass das SIMAP-Urteil des EuGH vom 24.10.2000 (Bereitschaftsdienst ist Arbeitszeit) für die Bundesrepublik Deutschland keine unmittelbaren rechtlichen Konsequenzen habe (siehe die Presseinformation des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend vom 14.01.2002).

127) in einem kaum beachteten Nebensatz fest: „Da zur Sicherung professioneller Pflege jedoch eine klare Unterscheidung zwischen den Einsatzbereichen von Fachkräften und ausgebildeten Helfern in der Pflege erforderlich ist, empfehlen die Experten, gesetzliche Regelungen zur Abgrenzung der Tätigkeitsbereiche in der Pflege einzuführen; nur dann sei die Beibehaltung der Helferqualifikation zu rechtfertigen.“⁸ Diese Feststellung bezieht sich zwar auf die ebenfalls notwendige klare Unterscheidung zwischen den Einsatzbereichen von Fachpflegekräften und ausgebildeten Helfern in der Pflege, sie kann jedoch, zumindest hinsichtlich der Gesetzgebungskompetenz des Bundes was die Abgrenzung zu den ärztlichen Tätigkeiten betrifft, nicht anders beurteilt werden. Jedenfalls dürfte durch diese Feststellung, die sich der Zweite Senat des Bundesverfassungsgerichts zu eigen gemacht hat, klar sein, dass dieser keine grundsätzlichen verfassungsrechtlichen Bedenken im Hinblick auf die Einführung von vorbehaltenen Tätigkeiten in das Altenpflegegesetz bzw. Krankenpflegegesetz hat.⁹

Tatsächlich dürften wohl auch eher (berufs)politische als (verfassungs)rechtliche Gründe für die Ablehnung erweiterter Kompetenzen in Form so genannter vorbehaltenen Tätigkeiten in das Krankenpflegegesetz bzw. Altenpflegegesetz ausschlaggebend sein. Ein Beleg hierfür kann der Einleitung des von Storsberg et al. verfassten Kommentars zum Krankenpflegegesetz entnommen werden. Dort heißt es:

„Eine entscheidende Rolle spielte bei der Beratung des Gesetzes von 1968 die Frage, ob – wie bereits 1957 – lediglich die Berufs**bezeichnung** der nach dem Gesetz ausgebildeten Pflegepersonen oder die Berufs**ausübung** in der Krankenpflege als solche geschützt werden sollte. ... Die Mehrheit des Bundestages war auch 1968 der Meinung, dass ein gesetzlicher Schutz der Berufsausübung, wie ihn z.B. die **Bundesärzteordnung** und das **Hebammengesetz** vorsehen, auf dem Gebiet der Krankenpflege nicht möglich sei; einerseits hatte sich der Mangel an Pflegekräften weiter verschärft, sodass auf ungelernete Kräfte in der Pflege noch nicht völlig verzichtet werden konnte, andererseits war eine klare Abgrenzung der pflegerischen Tätigkeit gegenüber anderen Tätigkeiten im Krankenhaus kaum möglich. **Ein gesetzlicher Schutz der Berufsausübung hätte damals zu erheblichen Schwierigkeiten der Patientenversorgung führen müssen.**“¹⁰

Das die Situation auf dem Arbeitsmarkt des bundesdeutschen Gesundheitswesens des Jahres 2008 eine völlig andere ist als im Jahre 1968 bedarf wohl keiner weiteren Ausführungen. Das sich gerade die Bundesärztekammer sowie der Marburger Bund gegen eine Erweiterung der Kompetenzen aussprechen, obwohl es gerade die in den Kliniken tätigen Ärzte

⁸ Vgl. BVerfG PflR 2002, 449 ff. (467).

⁹ Siehe auch Roßbruch, Hat der Bund die gesetzgeberische Kompetenz so genannte vorbehaltenen Tätigkeiten in das Krankenpflegegesetz aufzunehmen?, PflR 2003, 93 f.

¹⁰ Storsberg/Neumann/Neiheiser, Krankenpflegegesetz, Kommentar, 6. vollständig überarbeitete Aufl. Stuttgart 2006, S. 2 f.

sind, die nicht schnell genug ärztliche Tätigkeiten an die Pflege delegieren wollen. Dieser scheinbare Widerspruch ist jedoch dann keiner mehr, wenn man unterstellt, dass man in der klinischen Praxis zwar eine möglichst schnelle und zum Teil recht weitgehende Übertragung ärztlicher Tätigkeiten auf die Pflege möchte, aber andererseits keine rechtliche Festlegung dieser Tätigkeiten will, da man ärztlicherseits aus standesrechtlichen Gründen auch weiterhin das Kompetenzmonopol in der Ausübung heilkundlicher Tätigkeiten und damit für alle behandlungspflegerischen Maßnahmen beansprucht, die durch eine gesetzliche Erweiterung der Kompetenzen der Pflege in Gefahr geraten würde. Auf das **ärztliche Behandlungsmopol** will man natürlich aus berufs- und kammerpolitischer Sicht nur ungern verzichten. Anders formuliert: in Zeiten von Ärztemangel soll die Pflege die Ärzte durch Übernahme diverser ärztlicher Tätigkeiten entlasten (dies macht auch aus Kostengründen für die Krankenhausträger Sinn), in Zeiten von Ärzteüberschuss soll die Pflege möglichst unproblematisch „wieder zurück ins Glied“ komplementiert werden.

Nebenbei sei angemerkt, dass die Neuregelung der in Rede stehenden Rechtsvorschriften zu Recht nicht das **Delegationsprinzip**, sondern das **Prinzip der Erweiterung der Kompetenzen** beinhaltet, auch wenn diese nicht konkret beschrieben bzw. eindeutig definiert sind und somit zu allen möglichen Interpretationen und Spekulation Anlass gibt. Denn das von den Ärztevertretern favorisierte Delegationsprinzip beinhaltet, wie bereits dargestellt, dass der Arzt je nach Belieben oder Notwendigkeit bestimmte behandlungspflegerische Tätigkeiten delegieren oder nicht delegieren kann. Dies kann jedoch nicht der Sinn einer auf Verbesserung der Versorgungsqualität abstellenden Gesetzesreform sein. Es kann darüber hinaus auch nicht das Ziel einer eigenständig und eigenverantwortlich handelnden Berufsgruppe sein. Denn es ist unverkennbar, dass die Profession Pflege zunehmend über einen eigenen „body of knowledge“, eigene wissenschaftliche Methoden und Konzepte, verfügt. Daher muss es in der Diskussion über die Übernahme so genannter ärztlicher Tätigkeiten um die berufsrechtliche Festlegung und Erweiterung konkreter behandlungspflegerischer bzw. fachpflegerischer Kompetenzen gehen, also um die Neuverteilung von Aufgaben bzw. Erweiterung originär pflegerischer Tätigkeitsprofile, die im Einzelfall auch in ein neu zu konzipierendes staatlich anerkanntes Berufsbild¹¹ münden kann. Dies bedeutet, dass der Bundesgesetzgeber im Rahmen der angestrebten Änderungen des Krankenpflegegesetzes und des Altenpflegegesetzes¹² nicht nur den Regelungskomplex der eigenverantwortlichen Aufgaben

¹¹ Es kann eben nicht so sein, das irgendein Krankenhausträger oder eine private Klinikette im Rahmen eines trägerinternen entwickelten Weiterbildungskonzeptes neu „Berufsbilder“ kreiert.

¹² Der österreichische Gesetzgeber hat das am 01.09.1997 in Kraft getretene Gesundheits- und Krankenpflegegesetz – GuKG bereits mehrfach novelliert. Insbesondere die GuKG-Novellen von 2003, 2005 und 2006 haben zu einer umfassenden Weiterentwicklung des österreichischen Gesundheits- und Krankenpflegerechts geführt. Es ist mehr als wünschenswert, wenn der bundesdeutsche Gesetzgeber der unzweifelhaft notwendigen Weiterentwicklung des pflegerischen Ausbildungs- und Berufsrechts nicht nur in Worten, sondern auch in gesetzgeberischen Taten einen ähnlichen Stellenwert beimessen würde.

(§ 3 Abs. 2 Nr. 1 KrPflG) weiterentwickelt, sondern auch und gerade im Regelungskomplex der mitverantwortlichen Aufgaben (§ 3 Abs. 2 Nr. 2 KrPflG) eine substanzielle Weiterentwicklung und Konkretisierung behandlungspflegerischer Maßnahmen vornimmt. Der derzeitige Regelungsinhalt des § 3 Abs. 2 Nr. 1 und Nr. 2 KrPflG (gleiches gilt auch für das Altenpflegegesetz) ist jedenfalls viel zu allgemein und nichtssagend formuliert und ist daher im Hinblick auf die Anforderungen an die heutige und vor allem zukünftige Pflege wenig hilfreich. Dass der Bundesgesetzgeber eine entsprechende Regelungskompetenz hat, wird durch die bereits oben zitierte Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts offensichtlich nicht in Zweifel gezogen. Denn das Bundesverfassungsgericht führt in seinem Urteil zum Altenpflegegesetz weiterhin aus, dass die Ausnahmen für Hebammen und technische Assistenten in der Medizin nicht in Widerspruch zu der allgemeinen Praxis stehen, „*da sie nicht das gesamte berufliche Bestätigungsfeld ausmachen, sondern nur einen eng abgegrenzten Bereich, und daher genau definiert werden können*“.¹³ Genau dies trifft aber auch auf die behandlungspflegerischen Tätigkeiten (= ärztlichen Tätigkeiten) zu, die bis dato von Klinik zu Klinik unterschiedlich geregelt werden bzw. werden sollen. Auch hier macht die Aufnahme klar abgegrenzter behandlungspflegerischer Tätigkeiten in das Krankenpflegegesetz bzw. Altenpflegegesetz nicht das gesamte berufliche Betätigungsfeld der Gesundheits- und Krankenpflege bzw. Altenpflege aus.

Die Aufnahme eines differenzierten Tätigkeitskatalogs in das Krankenpflegegesetz wird um so dringlicher, als das Krankenhausmanagement im Zuge der Einführung der DRG's verstärkt darüber nachzudenken beginnt, wie es ärztliche Tätigkeiten (z.B. Blutentnahmen, intravenöse Injektionen, das Anhängen von Kurz- und Dauerinfusionen etc.) an das Krankenpflegepersonal übertragen kann. Dabei kommt es immer wieder aufgrund des derzeit unbefriedigenden, da nicht eindeutig geregelten Zustandes zu Auseinandersetzungen zwischen dem ärztlichen und pflegerischen Personal einerseits und zwischen Arbeitgeber und pflegerischen Arbeitnehmern andererseits. Eine Entschärfung dieser Situation in den Kliniken ist daher nur aufgrund einer entsprechenden Änderung der gesetzlichen Regelung möglich. Dies zeigt im Übrigen auch die Entwicklung in Österreich. Dort ist es durch die Aufnahme von detailliert beschriebenen Tätigkeiten in das Österreichische Gesundheits- und Krankenpflegegesetz zu einer erheblichen Beruhigung der innerbetrieblichen Auseinandersetzungen zwischen dem ärztlichen und pflegerischen Dienst gekommen.

Es ist somit festzuhalten:

? Im Gegensatz zu anderen Gesundheits- bzw. Heilberufen, deren **Berufsausübung** geschützt ist (siehe § 2 Abs. 2, 3 und 4 BÄO, § 4 Abs. 1 HebG sowie § 9 MTAG) ist es im neuen Krankenpflegegesetz bzw. Altenpflegegesetz beim Schutz der Berufs **bezeichnung**

¹³ BVerfG, PflR 2002, 449 ff. (459).

geblieben, da nach der Auffassung der Bundesregierung¹⁴ der Bundesgesetzgeber nach Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 GG lediglich das Recht hat, den Zugang zu den ärztlichen und anderen Heilberufen zu regeln, nicht jedoch deren Ausübung.

? Tatsächlich ist es dem Bundesgesetzgeber – wie bereits oben dargelegt – sehr wohl möglich nicht nur die Berufsausübung (vgl. § 2 Abs. 2, 3 und 4 BÄO) zu regeln, sondern auch differenzierte Tätigkeiten z.B. in § 3 KrPflG bzw. § 3 AltPflG aufzunehmen, so wie der Bundesgesetzgeber es auch im Hebammengesetz (§ 4 Abs. 1 HebG) und im Gesetz über technische Assistenten in der Medizin (§ 9 MTAG) bereits getan hat. Der Logik der Bundesregierung folgend müssten diese drei Regelungswerke gegen Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 GG verstoßen und somit verfassungswidrig sein. Dies ist jedoch unbestritten nicht der Fall.

Aus den obigen Ausführungen ergeben sich daher folgende Fragen an das zuständige Bundesministerium für Gesundheit (BMG):

? Wie erklärt sich das BMG den offenkundigen Widerspruch zwischen seiner oben wiedergegebenen Rechtsauffassung und den bereits im Hebammengesetz und im MTA-Gesetz verankerten vorbehaltenen Tätigkeiten?

? Wie erklärt sich das BMG die oben zitierte Anmerkung des Bundesverfassungsgerichts, die nur erklärbar ist, wenn man – und dies tut ganz offensichtlich das Bundesverfassungsgericht – davon ausgeht, dass die Regelungskompetenz des Bundes auch für die Aufnahme eines differenzierten Tätigkeitskatalogs in das Altenpflege- und somit auch in das Krankenpflegegesetz gegeben ist?

? Welches sind die konkreten und dezidierten rechtlichen Argumentationsstränge, die das BMG dazu veranlassen, nach wie vor davon auszugehen, dass der Bund in der in Rede stehenden Frage keine Regelungskompetenz hat?

Die Antwort auf diese Fragen, die dem BMG durch das Institut für Gesundheits- und Pflegerecht mit Schreiben vom 09.12.2002 gestellt wurden, sind bis dato (Januar 2008 (!)), „wegen vordringlicher Gesetzgebungsvorhaben“, so die schriftliche Mitteilung des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung vom 23.01.2003, nicht beantwortet worden. Darüber hinaus ist im Hinblick auf die hier thematisierte Problematik der Aufnahme eines differenzierten Tätigkeitskatalogs in das Krankenpflegegesetz den Stellungnahmen der Krankenhausgesellschaften zu widersprechen. So wird beispielsweise in der Stellungnahme der Krankenhausgesellschaft Rheinland-Pfalz e.V. vom 28.03.2002 zu § 3 des Referentenentwurfes ausgeführt, dass hinsichtlich der geplanten Konkretisierung des Ausbildungszieles zu prüfen sei, „*ob hierdurch nicht eine Entwicklung hin zur Festschreibung von vorbehaltenen Tätigkeiten im Krankenpflegegesetz herbeigeführt wird, ... Im Hinblick auf die – insbe-*

¹⁴ Vgl. Begründung des Gesetzentwurfs zu § 3 in BT-Drucksache 15/13.

sondere nach Einführung der DRGs – gebotene enge Verzahnung von ärztlichen und pflegerischen Leistungen im Krankenhaus wäre dies nicht zweckdienlich. Darüber hinaus würden aus der Weisungsfreiheit von ärztlichen Anweisungen haftungsrechtliche Folgewirkungen resultieren. Neue gesetzliche Haftungsregelungen wären erforderlich.“.

Zu der hier - auch von anderen Krankenhausgesellschaften - vertretenen Auffassung ist Folgendes festzuhalten:

1. Gerade die durch die Einführung der DRG´s **enger werdende Verzahnung von ärztlichen und pflegerischen Tätigkeiten** macht es zwingend erforderlich, aus Gründen der Rechtssicherheit und -klarheit, insbesondere bei der Übernahme ärztlicher Tätigkeiten, die gerade aufgrund des derzeitigen Berufsbildes „Pflege“ aus arbeitsrechtlicher Sicht kaum delegationsfähig sind, eine eindeutige Abgrenzung und damit eine klarere Trennung zwischen pflegerischen und ärztlichen Tätigkeiten und damit eine gesetzlich normierte differenziertere Beschreibung des Berufsbildes vorzunehmen.
2. Selbstverständlich ergibt sich aus der **Weisungsfreiheit von ärztlichen Anweisungen**, die es übrigens faktisch, insbesondere in Alten- und Pflegeheimen und in der ambulanten Pflege, schon lange gibt, eine zunehmende Verantwortung und damit einhergehend eine verstärkte Haftung für Pflegefachkräfte. Diese zusätzliche Haftung kann jedoch durch Abschluss einer adäquaten Berufshaftpflichtversicherung aufgefangen werden.
3. Neue gesetzliche Haftungsregelungen sind nicht erforderlich, da das Bürgerliche Gesetzbuch alle notwendigen haftungsrechtlichen Vorschriften enthält. Auch heute schon werden Haftungsprozesse gegen Pflegefachkräfte analog den ärztlichen Haftungsprozessen geführt.

c) Alternativer Formulierungsvorschlag¹⁵

§ 3 KrPflG wird wie folgt geändert:

Der Absatz 2 Ziffer 2 wird wie folgt geändert:

„2. die folgenden Aufgaben mitverantwortlich auszuführen:

- a) Verabreichung von Arzneimitteln,
- b) Verabreichung von Medikamenten über Portkatheter,
- c) Durchführung des Wundmanagements,
- d) Vorbereitung und Verabreichung von subkutanen, intramuskulären und intravenösen Injektionen,
- e) Anlegen von (Kurz)Infusionen,
- f) Vorbereitung und Anschluss von Infusionen bei liegendem Gefäßzugang, ausgenommen Transfusionen,
- g) Blutentnahme aus der Vene,
- h) Legen von transurethralen Blasenkathetern zur Harnableitung, Instillation und Spülung,
- i) Durchführung von Darmeinläufen,
- j) Legen von Magensonden,
- k) Legen von Braunülen,
- l) Wechseln von Trachealkanülen,
- m) Maßnahmen der medizinischen Diagnostik, Therapie oder Rehabilitation,
- n) Maßnahmen in Krisen- und Katastrophensituationen,“

¹⁵ Die hier aufgeführten Tätigkeiten, sind allesamt Tätigkeiten, die bereits in unseren Kliniken von Pflegefachkräften auf Allgemeinstationen im Rahmen der Delegation durchgeführt werden. Da diese Tätigkeiten jedoch nach der derzeitigen Rechtslage nicht zum Berufsbild „Pflege“ gehören führt dies zu erheblichen Rechtsunsicherheiten z.B. im Arbeitsrecht, da diese Tätigkeit nicht im Rahmen des Direktionsrechtes des Arbeitgebers angewiesen werden können aber auch im Versicherungsrecht, da die fehlerhafte Durchführung dieser Tätigkeiten im Schadensfall in aller Regel nicht von der Berufshaftpflichtversicherung abgedeckt ist und somit im Falle einer Haftung ein im Einzelfall ein die Existenz gefährdendes Risiko bei der die ärztliche Tätigkeit durchführenden Pflegefachkraft besteht. Sowohl die bestehende Rechtsunsicherheit als auch das im Rahmen einer Berufshaftpflichtversicherung kaum abzudeckende finanzielle Risiko im Falle einer Haftung wegen der fehlerhaften Durchführung einer „nur delegierten“ ärztlichen Tätigkeit, könnte durch eine gesetzliche Verankerung dieser Tätigkeiten in der hier vorgeschlagenen Form weitestgehend beseitigt werden. Jedenfalls kann bei der derzeitigen Rechtslage jeder Pflegefachkraft nur angeraten werden grundsätzlich nicht delegationsfähige ärztliche Tätigkeiten (dies sind fast alle im alternativen Formulierungsvorschlag aufgeführten Tätigkeiten) abzulehnen.

Zur Vertiefung dieser Problematik siehe Roßbruch, Zur Problematik der Delegation ärztlicher Tätigkeiten an das Pflegefachpersonal auf Allgemeinstationen unter besonderer Berücksichtigung zivilrechtlicher, arbeitsrechtlicher und versicherungsrechtlicher Aspekte, in: PflR 2003, 95 ff. und 139 ff.

Zu Artikel 15 (Änderung des Krankenpflegegesetzes - KrPflG)

Zu Nummer 1 (§ 1)

a) Regelungsvorschlag

Dem § 1 Abs. 1 wird folgender Satz angefügt:

„Personen mit einer Erlaubnis nach Satz 1, die über eine Ausbildung nach § 4 Abs. 7 verfügen, sind im Rahmen der ihnen in dieser Ausbildung vermittelten erweiterten Kompetenzen zur Ausübung heilkundlicher Tätigkeiten berechtigt.“

b) Stellungnahme

Mit der Formulierung „erweiterten Kompetenzen“ enthält der Regelungsvorschlag einen unbestimmten Rechtsbegriff, der nicht dazu beiträgt, die bestehenden Rechtsunsicherheiten abzubauen. Daher bedarf es hier zwingend entweder einer Legaldefinition oder aber einer Beschreibung bzw. Auflistung der heilkundlichen Aufgaben bzw. behandlungspflegerischen Tätigkeiten.

Der Verweis auf § 4 Abs. 7 ist zwar gesetzestechnisch nicht zu beanstanden jedoch wenig zielführend, da auch in § 4 Abs. 7 der unbestimmte Rechtsbegriff der „erweiterten Kompetenzen“ verwendet wird.

Des Weiteren wird darauf aufmerksam gemacht, dass der vorliegende Regelungsvorschlag im Umkehrschluss dazu führt, dass alle dreijährig ausgebildeten Pflegefachkräfte, die bereits grundsätzlich nicht übernahmefähige ärztliche Tätigkeiten vornehmen, diese künftig nicht mehr übernehmen dürfen. Dies negiert nicht nur die bereits jetzt schon vorhandene Expertise in der Pflege, sondern dürfte kurz- und mittelfristig dazu führen, dass insbesondere Krankenhausärzte die bereits delegierten Tätigkeiten wieder zu übernehmen haben, da erst frühestens 20011/2012 entsprechend ausgebildete Pflegefachkräfte zur Verfügung stehen werden. Daher wird angeregt eine entsprechende Übergangsregelung zu schaffen.

c) Alternativer Formulierungsvorschlag

Es wird vorgeschlagen, im weiteren Gesetzgebungsverfahren zusammen mit Vertretern der Pflegewissenschaft, dem Deutschen Bildungsrat für Pflegeberufe und dem Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege eine entsprechende Legaldefinition des Rechtsbegriffes „erweiterte Kompetenzen“ bzw. einen entsprechenden Tätigkeitskatalog zu erarbeiten. Die Legaldefinition wäre als weiterer Satz dem § 1 Abs. 1 anzufügen. Der erstellte Tätigkeitskatalog wäre dem § 3 Absatz 2 als Ziffer 3 anzufügen. Die jetzige Ziffer 3 würde dann zur Ziffer 4.

Zu Nummer 2 (§ 3)

a) Regelungsvorschlag

Dem § 3 wird folgender Absatz 3 angefügt:

„(3) Soweit in Modellvorhaben nach § 4 Abs. 7 erweiterte Kompetenzen zur Ausübung heilkundlicher Tätigkeiten erprobt werden, hat sich die Ausbildung auch auf die Befähigung zur Ausübung der Tätigkeiten zu erstrecken, für die das Modellvorhaben qualifizieren soll. Das Nähere regeln die Ausbildungspläne der Ausbildungsstätten.“

b) Stellungnahme

Unter Berücksichtigung des zu Nummer 1 gesagten stellt der Vorschlag einer Modellregelung mit verändertem Ausbildungsziel ein Schritt in die richtige Richtung dar. Dass sich jedoch das veränderte Ausbildungsziel lediglich aus den jeweiligen Ausbildungsplänen der Ausbildungsstätten ergeben soll muss entschieden abgelehnt werden.

Des Weiteren ist die Regelung im Satz 2 des Absatzes 3 als völlig verfehlt und systemwidrig abzulehnen. Es kann nicht Aufgabe der Ausbildungsstätten sein die Ausbildungspläne und damit die Ausbildungsinhalte für das 4. Ausbildungsjahr festzulegen. Diese sind zum einen hierfür nicht zuständig und zum anderen führt eine solche Praxis zwangsläufig zu unterschiedlichen Qualitätsniveaus in der Ausbildung und letztlich zu einem ausbildungspolitischen Flickenteppich in einer bis dato bundeseinheitlich geregelten Ausbildung.

Im Übrigen stellt der Vorbehalt der Genehmigung der Ausbildungspläne der Ausbildungsstätten durch das Bundesministerium für Gesundheit unter Einbeziehung des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (vgl. Artikel 15 Nr. 3 Buchstabe c und Artikel 16 Nr. 3 Buchstabe c E-PfWG) einen Verstoß gegen Art. 30 und Art. 83 ff. GG dar, da mit dieser Regelung in die Verwaltungszuständigkeit der Länder eingegriffen wird.

c) Alternativer Formulierungsvorschlag

Es wird vorgeschlagen, im weiteren Gesetzgebungsverfahren zusammen mit Vertretern der Pflegewissenschaft, dem Deutschen Bildungsrat für Pflegeberufe und dem Deutschen Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege die konkreten Ausbildungsinhalte für das 4. Ausbildungsjahr zu erarbeiten und diese in die Anlagen 1 und 2 zu § 1 Abs. 1 KrPflG aufzunehmen.

Zu Nummer 3 (§ 4)

§ 4 wird wie folgt geändert:

Zu Buchstabe a

a) Regelungsvorschlag

Dem Absatz 1 werden folgende Sätze angefügt:

„Bei Modellvorhaben nach Absatz 7 ist die Ausbildungsdauer nach Satz 1 entsprechend zu verlängern. Das Nähere regeln die Ausbildungspläne der Ausbildungsstätten.“

b) Stellungnahme

Siehe die Stellungnahme zu Nummer 2 (§ 3).

c) Alternativer Formulierungsvorschlag

keiner

Zu Buchstabe b

a) Regelungsvorschlag

Dem Absatz 5 wird folgender Satz angefügt:

„Bei Modellvorhaben nach Absatz 7, die an Hochschulen stattfinden, tritt an die Stelle der Schule die Hochschule.“

b) Stellungnahme

keine

c) Formulierungsvorschlag

keiner

Zu Buchstabe c

a) Regelungsvorschlag

Folgender Absatz 7 wird angefügt:

„(7) Zur zeitlich befristeten Erprobung von Ausbildungsangeboten, die der Weiterentwicklung der nach diesem Gesetz geregelten Berufe im Rahmen von Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch dienen, können über die in § 3 Abs. 1 und 2 beschriebenen Aufgaben hinausgehende erweiterte Kompetenzen zur Ausübung heilkundlicher Tätigkeiten vermittelt werden. Dabei darf die Erreichung des Ausbildungsziels nicht gefährdet sein. Die Vereinbarkeit der Ausbildung mit der Richtlinie 2005/36/EG ist zu gewährleisten. Abweichend von Absatz 2 Satz 1 kann die Ausbildung an Hochschulen erfolgen. Soweit die Ausbildung nach Satz 1 über die in diesem Gesetz und die in der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege geregelten Ausbildungsinhalte hinausgeht, wird sie in Ausbildungsplänen der Ausbildungsstätten inhaltlich ausgestaltet, die vom Bundesministerium für Gesundheit im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Fami-

lie, Senioren, Frauen und Jugend zu genehmigen sind. § 4 Abs. 1 Satz 1 erster Halbsatz gilt mit der Maßgabe, dass die staatliche Prüfung sich auch auf die mit der Ausbildung erworbenen erweiterten Kompetenzen zu erstrecken hat.“

b) Stellungnahme

Zu Satze 1 des Absatzes 7 wird auf die Stellungnahme zu Artikel 6, Nummer 8 (§ 63 SGB V) und auf die Stellungnahme zu Artikel 15, Nummer 2 (§ 3 KrPflG) verwiesen.

Zu Satz 4 des Absatzes 7 ist folgendes festzustellen:

Die nunmehr gesetzlich geregelte Ermöglichung einer hochschulischen Erstausbildung wird uneingeschränkt begrüßt. Allgemeine Ausführungen hierzu wurden bereits oben vorgenommen. Im Folgenden wird eine differenzierte Begründung für die dringende Notwendigkeit einer hochschulische Erstausbildung vorgenommen.

aa) Grundsätzliches

Im Jahr 2004 waren in Deutschland 1.822.000 Beschäftigte in den nicht akademischen Gesundheitsfachberufen tätig, davon insgesamt 1.006.000 ausgebildete Gesundheits- und Krankenpfleger/innen, Hebammen sowie Altenpfleger/innen, 78.000 Physiotherapeut/innen, 314.000 Arzthelfer/innen und 96.000 Medizinisch-technische Assistent/innen.¹⁶

Die genannten Berufe gehören mit Ausnahme der Arzthelfer/innen zu den sogenannten „regulierten Berufen“. Die jeweiligen Ausbildungen in der Gesundheits- und Krankenpflege, der Physiotherapie etc. einschließlich der jeweiligen staatlichen Prüfung werden über eigene Berufsgesetze in der Gesetzgebungskompetenz des Bundes geregelt; das Berufsbildungsgesetz findet explizit keine Anwendung.

Die Alten-, Gesundheits- und Krankenpflege, die größte Berufsgruppe im deutschen Gesundheitswesen, steht vor einem enormen Entwicklungsbedarf. Um auf die sich ändernden Anforderungen einer alternden Gesellschaft, auf die Zunahme chronischer Erkrankungen sowie auf die Fortschritte in der Medizin und Pflegewissenschaft adäquat reagieren zu können, sind neben dem wissenschaftsbasierten Fachwissen im Sinne des „Evidence Based Nursing“ Kommunikations-, Management- und Führungskompetenz zwingend nötig. Dies haben 22 von 25 EU-Mitgliedsstaaten (Stand: 31.12.2006; siehe die unten stehende Grafik)

¹⁶ Statistisches Bundesamt 2005, Stand: 02.01.2006.

– zum Teil schon seit langem – erkannt und die berufliche Ausbildung auf die Ebene der akademischen Ausbildung (Hochschulen bzw. Universitäten) verlagert.¹⁷

Dagegen beruht in Deutschland noch heute die Kernaufgabe der Pflege, nämlich die Pflege des Patienten/Pflegebedürftigen, überwiegend auf gewachsenen Strukturen, auf Erfahrung - nicht auf wissenschaftlichen Erkenntnissen. Zwar ist auch im neuen Krankenpflegegesetz ein „eigenverantwortlicher Tätigkeitsbereich“ der Pflege verankert, der fundiertes, wissenschaftlich begründetes Wissen innerhalb der Berufsgruppe voraussetzt, doch zeichnet sich immer mehr ab, dass eine effektive Etablierung wissenschaftsbasierten Fachwissens neben der Verbesserung der traditionellen beruflichen Ausbildung nur durch den Aufbau berufsbefähigender Bachelor-Studiengänge im Berufsfeld Pflege gelingen kann.

Dabei besteht die primäre Aufgabe von akademisch ausgebildetem Pflegepersonal nicht darin, die Ärzte zu entlasten – dies mag mit der hier skizzierten Entwicklung einhergehen – und erst recht nicht darin, dass nicht akademisch ausgebildeten Pflegepersonal zu verdrängen. Im Gegenteil, ihr Tätigkeitsfeld umfasst den Wissenstransfer und die Fortbildung des examinierten Pflegepersonals, die Führungs- und Planungsaufgaben in Kliniken, Pflegeheimen und Pflegediensten und die Forschung über die Wirksamkeit von Pflegemethoden, um evidenzbasierte Pflege leisten zu können. Um diese Aufgaben in den kommenden Jahren und Jahrzehnten adäquat bewältigen zu können, sollten mittelfristig etwa zehn Prozent des Pflegepersonals eine Hochschulausbildung absolviert haben.

Die grundständig primärqualifizierenden Pflegestudiengänge in den EU-Mitgliedsstaaten erfüllen die EU-Richtlinie in der Weise, dass sie einen Gesamtumfang der praktischen Ausbildung von 2300 Stunden beinhalten und einen Gesamtstundenumfang der theoretischen Ausbildung sowie des praktischen Unterrichts von ebenfalls mindestens 2300 Stunden. Den Absolvent/innen dieser grundständig primärqualifizierenden Pflegestudiengänge eröffnet sich sowohl die Möglichkeit der **Berufsausübung** europaweit als auch die Möglichkeit einer **akademischen Karriere**.

Absolvent/innen bundesdeutscher grundständiger generalistischer Pflegestudiengänge haben vergleichbare Chance nur, wenn sie zudem eine abgeschlossene Berufsausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege/Gesundheits- und Kinderkrankenpflege absolviert haben. Dies bedeutet, dass den Absolvent/innen bundesdeutscher grundständiger generalistischer Pflegestudiengänge in Deutschland weite Bereiche des Berufsfeldes Pflege verbaut sind, da sie die Berufsbezeichnung „Gesundheits- und Krankenpfleger/in“ oder „Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in“ nicht führen dürfen, weil nach herrschender Meinung die

¹⁷ Vgl. Hanika/Roßbruch, Europa und die Pflegequalifikationen in Deutschland – Die neue EG-Richtlinie über die Anerkennung von Berufsqualifikationen, in: PflR 2007, 52 ff., 103 ff. und 204 ff.

Erlaubnis zur Führung dieser Berufsbezeichnungen nur dann erteilt werden kann, wenn eine berufliche Ausbildung im Sinne des Krankenpflegegesetzes gegeben ist.¹⁸

Aber auch in der Europäischen Union sind die Absolvent/innen bundesdeutscher grundständiger generalistischer Pflegestudiengänge benachteiligt, da sie auch in den EU-Mitgliedsstaaten den Pflegeberuf nicht ausüben dürfen. Denn gemäß der Richtlinie 2005/36/EG schließt die automatische Anerkennung von Berufs**qualifikationen** auch die wechselseitige Anerkennung von Berufs**bezeichnungen** mit ein.¹⁹ So heißt es in der Begründung der Richtlinie: „Es ist angezeigt, zur Erleichterung des freien Dienstleistungsverkehrs besondere Vorschriften zu erlassen, durch die die Möglichkeiten zur Ausübung beruflicher Tätigkeiten unter der im Herkunftsmitgliedstaat erworbenen Berufsbezeichnung erweitert werden.“²⁰ Dies bedeutet, dass ein direkter Zugang der Angehörigen der betreffenden Berufsgruppe zu den jeweiligen Berufen im EU-Ausland nur dann möglich ist, wenn diese eine im Herkunftsland anerkannte Berufsbezeichnung besitzen.

Die nicht vorhandene Anerkennung der Hochschulabsolvent/innen eines grundständigen generalistischen Pflegestudienganges sich als „Gesundheits- und Krankenpfleger/in“ oder „Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in“ bezeichnen zu können, führt somit zu massiven Wettbewerbsnachteilen sowohl auf dem deutschen als auch auf dem europäischen Arbeitsmarkt.²¹

Diese eindeutige Benachteiligung von Absolvent/innen bundesdeutscher grundständiger generalistischer Pflegestudiengänge widerspricht in eklatanter Weise Sinn und Zweck der Richtlinie über die automatische Anerkennung von Berufsqualifikationen und der Handhabung des Anerkennungssystems, der vor allem darin besteht, im Sinne der Lissabonner Strategie die Arbeits- und Dienstleistungsmärkte in der EU zu flexibilisieren und hierdurch eine Erleichterung der Dienstleistungserbringung zu ermöglichen.

bb) Die bundesdeutsche Pflegeausbildung im Vergleich mit dem außereuropäischen, europäischen und insbesondere mit dem EU-Ausland

Wie bereits oben angedeutet bildet Deutschland im Hinblick auf die akademische Pflegeausbildung²² und die sich aus dem Krankenpflegegesetz²³ ergebenden Kompetenzen im EU-

¹⁸ Siehe hierzu auch A. Grewe, Harmonisierung der Pflegeausbildung in Europa durch Integration grundständiger generalistischer Pflegestudiengänge in der Bundesrepublik, Fulda 2000, unveröffentlichtes Manuskript.

¹⁹ A. Grewe, a.a.O.

²⁰ Richtlinie 2005/36/EG des europäischen Parlaments und des Rates vom 07.09.2005 über die Anerkennung von Berufsqualifikationen, in: Amtsblatt der Europäischen Union vom 30.09.2005, L 255/22, Ziff. 4.

²¹ Vgl. Hanika/Roßbruch, Europa und die Pflegequalifikationen in Deutschland – Die neue EG-Richtlinie über die Anerkennung von Berufsqualifikationen, in: PflR 2007, 52 ff., 103 ff. und 204 ff.

²² Unter dem Begriff „akademische Pflegeausbildung“ wird im Folgenden ein grundständig primärqualifizierendes Hochschulstudium verstanden.

Vergleich zusammen mit Österreich und Luxemburg das Schlusslicht. In den übrigen EU-Mitgliedsstaaten hat sich die Berufsqualifizierung auf Hochschul- bzw. Universitätsebene und zwar überwiegend als einzige Ausbildungsmöglichkeit im Berufsfeld Pflege etabliert.

Auch im außereuropäischen Ausland ist die akademische Pflegeausbildung längst eingeführt. So wurde an der Universität von Minnesota bereits im Jahr 1910 der erste eigenständige Studiengang eingerichtet, der mit dem akademischen Grad des Bachelor of Science in Nursing abschloss. Das erste Promotionsstudium speziell für Krankenschwestern bot das Teachers College an der Columbia University in New York im Jahr 1923 an.

In den EU-Mitgliedsstaaten kommt Großbritannien die Pionierrolle in der Entwicklung der akademischen Pflegeausbildung und Forschung zu. 1956 wurde in Edinburgh der erste Studiengang zur Grundausbildung in der Pflege an der sozialwissenschaftlichen Fakultät etabliert. Aber auch in den neuen EU-Mitgliedsstaaten in Osteuropa kam es bereits in den 1960er Jahren zu einer Akademisierung der Pflege, u.a. in Prag und in Lublin.

Im Übrigen wird auf die unten stehende Grafik verwiesen, anhand derer erkennbar ist, dass in 22 von 25 EU-Mitgliedsstaaten (Stand: 31.12.2006) eine akademische Erstausbildung – in einigen wenigen Fällen parallel zu einer nichtakademischen Pflegeausbildung – die Regel ist.

Auch ein Blick in andere europäische Staaten, die nicht der Europäischen Union angehören, wie z.B. die Schweiz, zeigt, dass auch dort, mit Ausnahme der Westschweiz, in der die Erstausbildung in der Pflege ausschließlich an der Fachhochschule erworben werden kann, sowohl eine berufliche Ausbildung an höheren Fachschulen mit dem Diplomabschluss als auch ein Fachhochschulstudium mit dem Bachelor-Abschluss als gleichwertige Berufsabschlüsse anerkannt sind und dazu berechtigen, den Beruf der diplomierten Pflegefachfrau auszuüben. Mit der Anerkennung beider Abschlüsse gewährleistet die Schweiz nach eigenen Aussagen die Durchlässigkeit des Systems und ermöglicht so die Rekrutierung aller jungen Menschen, die den Berufswunsch Pflege haben.

In Deutschland entwickelte sich erst im Rahmen der Wiedervereinigung ab 1989 eine flächendeckende akademische Ausbildung mit derzeit weit über fünfzig pflegeorientierten Studiengängen. Allerdings waren diese Studiengänge nicht als grundständige primärqualifizierende Pflegestudiengänge konzipiert, sondern waren und sind überwiegend Studiengänge in den Bereichen Pflegewissenschaft, Pflegemanagement und Pflegepädagogik, die als Zugangsberechtigung eine einschlägige abgeschlossene Berufsausbildung in einem der anerkannten Pflegeberufe voraussetzen.

²³ Im Folgenden wird nur auf die Gesundheits- und Krankenpflege und damit auf das Krankenpflegegesetz und nicht auf die Altenpflege Bezug genommen, da die deutsche Berufsqualifikation zum/zur Altenpfleger/in ausschließlich in Deutschland üblich und eine bedingte berufliche Anerkennung in anderen EU-Mitgliedstaaten nicht gelungen ist.

Erst ab 1993 wurden zunächst an den beiden Hochschulen in Frankfurt und Fulda und an der Ev. FH Darmstadt grundständige generalistische Pflegestudiengänge eingerichtet. Diese grundständigen generalistischen Pflegestudiengänge verfolgten bildungspolitisch innerhalb der Bundesrepublik mit ihrer neuen systemischen, strukturellen und curricular-inhaltlichen Ausrichtung eine Angleichung der Pflegeausbildung an den EU-Standard, nämlich die Berufsqualifikation auf Hochschulebene.²⁴ Der erfolgreiche Abschluss dieser grundständigen generalistischen Studiengänge führt jedoch – wie bereits oben dargelegt – nicht zur Erlaubnis der Führung der Berufsbezeichnung „Gesundheits- und Krankenpfleger/in“ oder „Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in“, sodass den Absolvent/innen dieser Pflegestudiengänge weite Berufsfelder auf dem in- und ausländischen Arbeitsmarkt Pflege verschlossen sind. Auch die im Rahmen des Bologna-Prozesses neu konzipierten primärqualifizierenden Bachelor-Studiengänge Pflege können diesem Manko nicht bzw. nur in Kombination mit fachschulischen Ausbildungsanteilen im Sinne eines dualen Studiums abhelfen. Zum einen liegt dies an dem Umstand, dass ein dreijähriges Studium die Voraussetzungen des Krankenpflegegesetzes in seiner nach wie vor bestehenden Dominanz der berufspraktischen Ausbildung aus bildungspolitischen Erwägungen nicht erfüllen kann und somit keine dem Krankenpflegegesetz genügende praktische Ausbildungszeit integrierbar wäre. Die gegenwärtig angebotenen dualen Studiengänge tragen diesem Umstand insofern Rechnung, als dass sie die Gesamtausbildungszeit auf mindestens vier Jahre erhöhen - entweder über die Integration der Ausbildung in das Studium oder, wie an der Hochschule Fulda, über die Konstruktion eines dem Studium nachgeschalteten Ausbildungsjahres an einer Krankenpflegeschule. Zum anderen – und dies ist der entscheidende Faktor – scheitert die Anerkennung des Abschlusses eines grundständigen generalistischen Pflegestudienganges zur Führung der Berufsbezeichnung „Gesundheits- und Krankenpfleger/in“ oder „Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in“ an dem erklärten berufs- und bildungspolitischen Willen des Bundesministeriums für Gesundheit, unterstützt durch die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Bundesärztekammer, dass bei den Pflegeberufen im Prinzip – mit Ausnahme von einigen ökonomisch und versorgungspolitisch motivierten graduellen Modifikationen – auch künftig alles so bleiben soll wie es ist. So behauptet u. a. das Bundesministerium für Gesundheit, dass es einer Akademisierung der Pflege auch aus europarechtlichen Gründen nicht bedarf. Diese Rechtsauffassung ist bereits aus verfassungs- und europarechtlichen Gründen, wie nachfolgend noch aufzuzeigen sein wird, schon zweifelhaft, aus Gründen der Heranführung und Angleichung bundesdeutscher Pflegeausbildung an das europäische Niveau und aus

²⁴ Vgl. A. Grewe, Harmonisierung der Pflegeausbildung in Europa durch Integration grundständiger generalistischer Pflegestudiengänge in der Bundesrepublik, Fulda 2000, unveröffentlichtes Manuskript.

Gründen gleicher Chancen auf dem europäischen Arbeitsmarkt muss eine solche Position jedoch als unverantwortlich angesehen werden.

Pflegeausbildung in der EU²⁵

Land	Zugangsvoraussetzungen		Status der Lernenden	System der Ausbildung		
	Alter	Allg. Schulabschluss		Dauer/Jahre	Verortung	Abschluss
Belgien	18	12 Jahre	Student	4	Fachhochschule	Diplom (FH)
			Azubi	3	Berufsschule	Berufsdiplom
Dänemark		12 Jahre	Student	4	Fachhochschule	Diplom (FH)
Deutschland		10 Jahre	Azubi	3	Krankenpflegeschule Berufsfachschule	Examen
Estland		12 Jahre	Student	3,5	Universität	Bachelor of Nursing
Finnland			Student	3,5	Universität	Bachelor of Nursing
Frankreich		12 Jahre	Student	3	Akademie	Berufsdiplom
Griechenland		12 Jahre	Student	4	Universität	Bachelor of Nursing
Großbritannien:	17,5	12 Jahre	Student	3	Universität/College	Diploma in Higher Education
England						
Nord-Irland Schottland Wales						
Irland (Republik)		13 Jahre	Student	3	Universität/College	Bachelor of Nursing
Italien		12 Jahre	Student	3	Universität	Bachelor of Nursing
Lettland		12 Jahre	Student	3	Universität	Bachelor of Nursing
Litauen		12 Jahre	Student	3	Universität	Bachelor of Nursing
Luxemburg		10 Jahre	Schüler	3	Technisches Lyzeum	Berufsdiplom und Abitur
Malta		12 Jahre	Student	4	Universität/College	Universitätsdiplom
Niederlande	17	12 Jahre	Student	4	Fachhochschule Berufsschule	Bachelor of Nursing
			Azubi			Berufsdiplom
Österreich	17	10 Jahre	Schüler	3	Krankenpflegeschule als BMS	Berufsdiplom
Polen		12 Jahre	Student	4	Universität	Bachelor of Nursing
Portugal		12 Jahre	Student	4	Universität	Bachelor of Nursing
Schweden		12 Jahre	Student	3	Universität/College	Universitätsdiplom Berufsdiplom
Slowakien		12 Jahre	Student	3	Universität	Bachelor of Nursing
Slowenien		12 Jahre	Student	3	Universität	Bachelor of Nursing
Spanien		12 Jahre	Student	3	Universität/College	Universitätsdiplom
Tschechien		12 Jahre	Student	4	Universität	Bachelor of Nursing
Ungarn	18	12 Jahre	Student	3 bzw. 4	Universität	Bachelor of Nursing
						oder Berufsdiplom
Zypern		12 Jahre	Student	3,25	Universität	Bachelor of Nursing

²⁵ Da noch keine verifizierten Daten der beiden neuen EU-Mitgliedsstaaten Bulgarien und Rumänien vorliegen, beinhaltet die vorliegende Grafik nur die Daten der ehemals 25 Mitgliedsstaaten der Europäischen Union.

cc) Zur Vereinbarkeit der hochschulischen Erstausbildung mit der Richtlinie 2005/36/EG

Der Bologna-Prozess stellt grundständig primärqualifizierende Studiengangskonzepte für Pflegeberufe vor Herausforderungen, die sowohl die europäische Passfähigkeit als auch die berufsrechtliche Verortung in Deutschland, insbesondere unter dem Aspekt der „Berufsbefähigung“ betreffen. Die Diskrepanz zwischen der europäischen und der bundesdeutschen Ausbildung in den Pflegeberufen könnte jedoch größer nicht sein:

- ? Europaweit findet die Ausbildung für geregelte Gesundheitsfachberufe, wie Pflege, Physiotherapie etc. überwiegend im tertiären Bereich statt.
- ? Mit dem Bachelor-Abschluss wird in fast allen EU-Mitgliedsstaaten die Berufsbefähigung und, damit gekoppelt, die Erlaubnis zur Ausübung des jeweiligen geregelten Berufes erworben.
- ? In Deutschland erfolgt die Ausbildung in den Pflegeberufen überwiegend an Krankenpflege-, Kinderkrankenpflege- und Altenpflegesschulen gemäß dem Krankenpflegegesetz bzw. Altenpflegegesetz.

Zunächst ist festzustellen, dass die Richtlinien 2005/36/EG nicht danach unterscheidet, an welcher Institution die entsprechende Berufsqualifizierung erworben wird. So sind schulische Ausbildungen, die zur Erlaubnis der Führung der in der Richtlinie 2005/36/EG genannten Berufsbezeichnung führen, in der staatenübergreifenden Anerkennung hochschulischer Ausbildungen, die mit der Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung einhergehen, gleichwertig. In den europäischen Mitgliedsstaaten, die die Pflegeausbildung vollständig in den tertiären Sektor überführt haben (z.B. Dänemark, Estland, Finnland, Griechenland, Island, Italien, Lettland, Litauen, Polen, Portugal, Tschechien etc.) entsprechen die Bachelor-Studiengänge ebenfalls den o.g. Richtlinien und Übereinkommen, so dass der erfolgreiche Abschluss des Studiums nicht nur zur Erlangung des ersten akademischen Grades führt, sondern auch die Erlaubnis zur Führung der entsprechenden Berufsbezeichnung einschließt.²⁶

In Deutschland ist nach wohl herrschender Meinung ein grundständiger primärqualifizierender Pflegestudiengang aus berufsrechtlichen Gründen zurzeit nicht möglich,²⁷ so dass die derzeit angebotenen Pflegestudiengänge (siehe u.a. Hochschule Fulda und Evangelische Fachhochschule Berlin) neben dem Bachelor-Abschluss nicht zu einer ebenfalls angestrebten Berufsbezeichnung führen. Dies führt zu der paradoxen Situation, dass die Absol-

²⁶ Vgl. Hanika/Roßbruch, Europa und die Pflegequalifikationen in Deutschland – Die neue EG-Richtlinie über die Anerkennung von Berufsqualifikationen, in: PflR 2007, 52 ff., 103 ff. und 204 ff.

²⁷ Siehe das Schreiben des BMG an die Obersten Landesgesundheitsbehörden vom 27.03.2001, S. 2 sowie Storsberg/Neumann/Neiheiser, Krankenpflegegesetz, Kommentar, 6. vollständig überarbeitete Aufl. Stuttgart 2006, S. 82.

vent/innen berufsbefähigender Pflegestudiengänge in der ambulanten und stationären Pflege lediglich als Pflegehelfer/innen arbeiten dürfen.²⁸ Dies ergibt sich aus dem Umstand, dass zwar das Krankenpflegegesetz nur die Berufsbezeichnung unter besonderen staatlichen Schutz stellt, dass aber die Ausübung der Pflegetätigkeit als solche hierdurch mittelbar ebenfalls einen Schutz erfährt. Auch nach dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 24.10.2002 stellen Vorschriften über den Schutz der Berufsbezeichnung eine Berufszulassungsregelung dar.²⁹

Aufgrund dieser herrschenden Rechtsauffassung und unter Zugrundelegung des § 6 KrPflG sieht beispielsweise die Konzeption des Pflegestudienganges an der Hochschule Fulda eine Kombination mit einem sich an das Studium anschließenden berufspraktischen Ausbildungsjahr vor, das in Verantwortung einer Krankenpflegeschule abgeleistet wird. Auf diese Weise werden die Voraussetzungen zur Ableistung der staatlichen Prüfung in der Gesundheits- und Krankenpflege erfüllt und innerhalb einer Gesamtausbildungszeit von vier Jahren sowohl die Berufsbezeichnung „Gesundheits- und Krankenpfleger/in“ als auch der akademische Grad „Bachelor of Science“ erworben.³⁰

Der Regelungsvorschlag des § 4 Abs. 7 Satz 4 KrPflG beendet dieses ausbildungsrechtliche und bildungspolitische Manko innerhalb der Pflegeberufe und gleicht diese dem hochschulischen bez. universitären Ausbildungsstandard der übrigen EU-Mitgliedstaaten an.

Zu **Satz 5 des Absatzes 7** wird auf die Stellungnahme zu Nummer 2 (§ 3) verwiesen. Darüber hinaus wird unter Hinweis auf den Vorbehalt der Genehmigung der Ausbildungspläne der Ausbildungsstätten durch das Bundesministerium für Gesundheit unter Einbeziehung des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (vgl. Artikel 15 Nr. 3c und Artikel 16 Nr. 3c E-PfWG) festgestellt, dass dieser Vorbehalt einen Verstoß gegen Art. 30 und Art. 83 ff. GG darstellt, da mit dieser Regelung in die Verwaltungszuständigkeit der Länder eingegriffen wird.

c) Alternativer Formulierungsvorschlag

Es wird vorgeschlagen, im weiteren Gesetzgebungsverfahren zusammen mit Vertretern der Pflegewissenschaft, dem Deutschen Bildungsrat für Pflegeberufe und dem Deutschen Netz-

²⁸ Vgl. Grewe, A./Stahl, S.: Zukunft aus der Geschichte? Die Beharrlichkeit einer Professionalisierungsidee als konstitutives Element von Hochschulbildungskonzepten für die Pflege. In: Bollinger, H.; Gerlach, A.; Pfadenhauer, M. (Hrsg.): Gesundheitsberufe im Wandel. Soziologische Betrachtungen und Interpretationen, Frankfurt 2005, S. 55-69.

²⁹ BVerfG, PflR 2002, 449 ff m. Anm. Roßbruch, S. 476 f.; Vgl. auch Storsberg/Neumann/Neiheiser, Krankenpflegegesetz, Kommentar, 6. vollständig überarbeitete Aufl. Stuttgart 2006, S. 59.

³⁰ Siehe Fachhochschule Fulda, Pädagogik für Pflege- und Gesundheitsberufe Master of Arts (M.A.): www.hrk.de/bologna/de/download/dateien/Fulda_FH_Kassel_U_Handout.pdf.

werk für Qualitätsentwicklung in der Pflege die konkreten Ausbildungsinhalte für das 4. Ausbildungsjahr zu erarbeiten und diese in die Anlagen 1 und 2 zu § 1 Abs. 1 KrPflG aufzunehmen.

Zu Nummer 4 (§ 4a)

a) Regelungsvorschlag

Nach § 4 wird folgender § 4a eingefügt:

„§ 4a

Staatliche Prüfung bei Ausbildungen nach § 4 Abs. 7

(1) § 3 Abs. 2 der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege gilt bei Ausbildungen nach § 4 Abs. 7, die an Hochschulen stattfinden, mit der Maßgabe, dass die Prüfung an der Hochschule abzulegen ist.

(2) § 4 Abs. 1 der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege gilt bei Ausbildungen nach § 4 Abs. 7 mit der Maßgabe, dass dem Prüfungsausschuss zusätzlich zu § 4 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 bis 4 der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege die ärztlichen Fachprüferinnen und Fachprüfer anzugehören haben, die die Ausbildungsteilnehmerinnen und Ausbildungsteilnehmer in den erweiterten Kompetenzen zur Ausübung heilkundlicher Tätigkeiten unterrichtet haben, die Gegenstand der staatlichen Prüfung sind. Abweichend von § 4 Abs. 1 Satz 1 der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege wird bei diesen Ausbildungen, soweit sie an Hochschulen stattfinden, der Prüfungsausschuss an der Hochschule gebildet.

(3) Dem Zeugnis nach § 8 Abs. 2 Satz 1 der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege ist bei Ausbildungen im Rahmen von Modellvorhaben nach § 4 Abs. 7 eine Bescheinigung der Ausbildungsstätte beizufügen, aus der sich die heilkundlichen Tätigkeiten ergeben, die Gegenstand der zusätzlichen Ausbildung und der erweiterten staatlichen Prüfung waren.

(4) Der schriftliche Teil der Prüfung erstreckt sich bei Ausbildungen im Rahmen von Modellvorhaben nach § 4 Abs. 7 zusätzlich zu den Themenbereichen nach § 13 Abs. 1 Satz 1 der

Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege auf den Themenbereich zur Ausübung von heilkundlichen Tätigkeiten, der entsprechend dem Ausbildungsplan der Ausbildungsstätte Gegenstand der zusätzlichen Ausbildung war. Der Prüfling hat zu diesem Themenbereich in einer Aufsichtsarbeit schriftlich gestellte Fragen zu bearbeiten. Die Aufsichtsarbeit dauert 120 Minuten und ist an einem gesonderten Tag durchzuführen. § 13 Abs. 1 Satz 5 der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege gilt entsprechend. Die Aufgaben für die Aufsichtsarbeit werden von der oder dem Vorsitzenden des Prüfungsausschusses auf Vorschlag der Schule oder Hochschule ausgewählt, an der die Ausbildung stattgefunden hat. § 13 Abs. 2 Satz 3 und 4 der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege gilt entsprechend. § 13 Abs. 2 Satz 5 und 6 der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege gilt mit der Maßgabe entsprechend, dass die Note für den schriftlichen Teil der Prüfung aus den vier Aufsichtsarbeiten zu bilden ist, die Gegenstand der Prüfung waren, und der schriftliche Teil der Prüfung bestanden ist, wenn jede der vier Aufsichtsarbeiten mindestens mit „ausreichend“ benotet wird.

(5) Der mündliche Teil der Prüfung erstreckt sich bei Ausbildungen im Rahmen von Modellvorhaben nach § 4 Abs. 7 zusätzlich zu den Themenbereichen nach § 14 Abs. 1 Satz 1 der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege auf den Themenbereich zur Ausübung von heilkundlichen Tätigkeiten, der entsprechend dem Ausbildungsplan der Ausbildungsstätte Gegenstand der zusätzlichen Ausbildung war. § 14 Abs. 1 Satz 2, Abs. 2 Satz 1, Abs. 3 Satz 1, 3 bis 6 und Abs. 4 der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege gilt entsprechend. Die Prüfung im zusätzlichen Themenbereich nach Satz 1 soll für den einzelnen Prüfling mindestens 15 Minuten und nicht länger als 30 Minuten dauern. Für die Prüfung sind die ärztlichen Fachprüferinnen oder Fachprüfer nach § 4 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege vorzusehen.

(6) Der praktische Teil der Prüfung erstreckt sich bei Ausbildungen im Rahmen von Modellvorhaben nach § 4 Abs. 7 zusätzlich zu § 15 Abs. 1 der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege auf eine Aufgabe zur Anwendung der in § 3 Abs. 3 beschriebenen erweiterten Kompetenzen zur Ausübung heilkundlicher Tätigkeiten bei Patientinnen oder Patienten, die entsprechend dem Ausbildungsplan der Ausbildungsstätte Gegenstand der zusätzlichen Ausbildung waren. Der Prüfling übernimmt dabei alle Aufgaben, die Gegenstand der Behandlung sind einschließlich der Dokumentation. In einem Prüfungsgespräch hat der Prüfling seine Diagnose- und Behandlungsmaßnahmen zu erläutern und zu

begründen sowie die Prüfungssituation zu reflektieren. Dabei hat er nachzuweisen, dass er in der Lage ist, die während der Ausbildung erworbenen erweiterten Kompetenzen in der beruflichen Praxis anzuwenden, und dass er befähigt ist, die Aufgaben gemäß § 3 Abs. 3, die Gegenstand seiner zusätzlichen Ausbildung waren, eigenverantwortlich zu lösen. Die Auswahl der Patientinnen oder Patienten erfolgt durch eine Fachprüferin oder einen Fachprüfer nach § 4 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege im Einvernehmen mit der Patientin oder dem Patienten. Die Prüfung soll für den einzelnen Prüfling in der Regel nicht länger als drei Stunden dauern. § 15 Abs. 2 Satz 2 der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege bleibt unberührt. Die Prüfung wird von zwei Fachprüferinnen oder Fachprüfern nach § 4 Abs. 1 Satz 3 der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege abgenommen und benotet. Aus den Noten der Fachprüferinnen oder Fachprüfer bildet die oder der Vorsitzende des Prüfungsausschusses die Note für die zusätzliche Aufgabe der praktischen Prüfung. § 15 Abs. 3 Satz 3 der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege gilt mit der Maßgabe, dass der praktische Teil der Prüfung bestanden ist, wenn die Prüfungsnote für die Prüfung nach § 15 Abs. 1 und 4 der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege jeweils mindestens „ausreichend“ ist.

(7) Die Absätze 4 bis 6 gelten entsprechend im Hinblick auf den schriftlichen, mündlichen und praktischen Teil der Prüfung nach den §§ 16 bis 18 der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege, soweit Modellvorhaben nach § 4 Abs. 7 sich auf zusätzliche Ausbildungen in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege erstrecken.

(8) § 2 Abs. 5 gilt entsprechend für Personen, die Staatsangehörige eines Vertragsstaates des Europäischen Wirtschaftsraumes sind und über einen Ausbildungsnachweis verfügen, der eine einem Modellvorhaben nach § 4 Abs. 7 entsprechende Ausbildung bestätigt und zur Ausübung heilkundlicher Tätigkeit berechtigt.“

b) Stellungnahme

keine

c) Alternativer Formulierungsvorschlag

keiner

Zu Nummer 5 (§ 14)

a) Regelungsvorschlag

§ 14 Abs. 1 wird wie folgt gefasst:

„(1) Das Ausbildungsverhältnis endet mit dem Ablauf der Ausbildungszeit. Bei Ausbildungen im Rahmen von Modellvorhaben nach § 4 Abs. 7, die an Schulen stattfinden, endet es mit Ablauf der nach § 4 Abs. 1 Satz 3 verlängerten Ausbildungszeit.“

b) Stellungnahme

keine

c) Alternativer Formulierungsvorschlag

keiner

Zu Nummer 6 (§ 18a)

a) Regelungsvorschlag

Nach § 18 wird folgender § 18a eingefügt:

„§ 18a

Modellvorhaben nach § 4 Abs. 7

(1) Die §§ 9 bis 17 finden keine Anwendung auf Ausbildungsteilnehmerinnen und Ausbildungsteilnehmer, die im Rahmen von Modellvorhaben nach § 4 Abs. 7 die Ausbildung an einer Hochschule ableisten.

(2) § 10 Abs. 1 Nr. 2 sowie § 12 Abs. 1 und 3 finden keine Anwendung auf Ausbildungsteilnehmerinnen und Ausbildungsteilnehmer, die im Rahmen von Modellvorhaben nach § 4 Abs. 7 die Ausbildung an einer Schule ableisten, soweit die nach § 4 Abs. 1 Satz 1 vorgesehene Ausbildungsdauer überschritten ist.“

b) Stellungnahme

Der Absatz 2 des § 18a sieht weitere gravierende Änderungen des Krankenpflegegesetzes und des Altenpflegegesetzes vor. So sollen die Ausbildungsteilnehmerinnen und Ausbildungsteilnehmer, die im Rahmen von Modellvorhaben nach § 4 Abs. 7 die Ausbildung an einer Schule ableisten keine kostenlosen Ausbildungsmittel erhalten. Darüber hinaus soll keine Ausbildungsvergütung gewährt werden. Des Weiteren sollen die begrenzten Beschäftigungsmöglichkeiten des § 12 Abs. 3 KrPflG keine Anwendung finden. Spätestens an dieser Stelle wird klar, dass die Ausbildungsteilnehmerinnen und Ausbildungsteilnehmer des Modellvorhabens nach § 4 Abs. 7 nicht den Status von Auszubildenden erhalten sollen um vor allem zusätzliche Ausbildungskosten für den Ausbilder einzusparen.

Die Aufhebung des § 10 Abs. 1 Nr. 2 sowie des § 12 Abs. 1 und 3 im Rahmen der schulischen Ausbildung wird daher entschieden abgelehnt. Zum einen bestehen erhebliche ausbildungsrechtliche Bedenken. Zum anderen ist die Herausnahme des 4. Ausbildungsjahres aus dem Ausbildungs- bzw. Arbeitsschutzrecht sowie aus der Ausbildungsvergütungsstruktur, wie dies mit dem derzeitigen Gesetzentwurf geplant ist, auch aus berufs- und ausbildungspolitischer Sicht verfehlt. Darüber hinaus trägt eine solche Regelung nicht zur Motivation der in der Pflege Tätigen bei, noch ein „zusätzliches Ausbildungsjahr“ in Anspruch zu nehmen.

c) Alternativer Formulierungsvorschlag

Ersatzlose Streichung des § 18a.

Zu Artikel 16 (Änderung des Altenpflegegesetzes - AltPflG)

Die beabsichtigten Änderungen zum Altenpflegegesetz sind dem Grunde nach identisch mit den beabsichtigten Änderungen zum Krankenpflegegesetz. Insofern wird auf die Stellungnahmen und Formulierungsvorschlägen zu Artikel 15 verwiesen.