



vorab per E-Mail (ma01.pa14@bundestag.de)

DEUTSCHE
KRANKENHAUS
GESELLSCHAFT

Vorsitzende des
Ausschusses für Gesundheit
des Deutschen Bundestages
Frau Dr. Martina Bunge, MdB
Platz der Republik 1
11011 Berlin

Bundesverband
der Krankenhausträger
in der Bundesrepublik
Deutschland

Der Hauptgeschäftsführer

Unser Zeichen

B I/He/sh

Telefon

Durchwahl +49 (0) 30 398 01 -

1010

Telefax

+49 (0) 30 398 01 -

3011

Datum

16.01.2008

**Anhörung des Ausschusses für Gesundheit des Deutschen Bundestages u. a. zum
Gesetzentwurf der Bundesregierung: Entwurf eines Gesetzes zur strukturellen
Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (Pflege-Weiterentwicklungsgesetz – PFWG)
hier: Stellungnahme der Deutschen Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG)**

Sehr geehrte Frau Vorsitzende,

anbei übersende ich Ihnen die Stellungnahme der DKG zu dem oben genannten
Gesetzentwurf mit der Bitte um Einbeziehung in die Beratungen des Ausschusses für
Gesundheit.

Mit freundlichen Grüßen

Georg Baum

Anlage



DEUTSCHE
KRANKENHAUS
GESELLSCHAFT

15.01.2008

Stellungnahme
der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG)

zum

Gesetzentwurf der Bundesregierung

**“Entwurf eines Gesetzes zur strukturellen
Weiterentwicklung der Pflegeversicherung
(Pflege-Weiterentwicklungsgesetz)“**

-BT-Drucksache 16/7439-

DKG-Stellungnahme zum Gesetzentwurf Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (BT-Drs. 16/7439)

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V. (DKG) nimmt zu folgenden Regelungsbereichen des Gesetzentwurfes Stellung:

Artikel 6: Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V)

Artikel 15: Änderung des Krankenpflegegesetzes (KrPflG)

Artikel 16: Änderung des Altenpflegegesetzes (AltPflG)

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

Zu Nummer 3:

Die DKG schlägt folgende Fassung des § 11 Abs. 4 vor:

„Versicherte haben Anspruch auf ein Versorgungsmanagement insbesondere zur Lösung von Problemen beim Übergang in die verschiedenen Versorgungsbereiche. Die Krankenkassen haben im Zusammenwirken mit den jeweiligen Einrichtungen für die unmittelbare Anschlussversorgung ihrer Versicherten Sorge zu tragen. Das Versorgungsmanagement und eine dazu erforderliche Übermittlung von Daten darf nur mit Einwilligung und nach vorheriger Information des Versicherten erfolgen.“

Mit der im Referentenentwurf vorgelegten Formulierung wird die mit dem GKV-WSG zum 1. April 2007 neu aufgenommene Regelung zum Versorgungsmanagement erneut modifiziert. Programmsatzartig wird ein Entlassungsmanagement als spezielles Versorgungsmanagement in Krankenhäusern als Anspruch für den Versicherten geregelt.

Die DKG hatte bereits im Rahmen von Anhörungen zum GKV-WSG darauf hingewiesen, dass zum Themenkreis „Entlassungsmanagement“ zu viele Vorgaben in teils unterschiedlichen Gesetzen vorlägen und eine Harmonisierung dringend angezeigt wäre. In § 11, der im 3. Kapitel unter der Überschrift „Leistungen der Krankenversicherung“ platziert ist, ist allein der Anspruch des Versicherten auf ein entsprechendes Versorgungsmanagement und die notwendige Einwilligung des Patienten zum Datenaustausch – wie oben vorgeschlagen – zu regeln. Durch die erneute Umformulierung des § 11 Abs. 4 und die dort enthaltenen Organisationshinweise für Krankenhäuser wird für die Patienten keinerlei Fortschritt erzielt. Es existieren bereits zahlreiche Vorschriften im Bereich des SGB V, die sich mit dem Schnittstellenmanagement auseinandersetzen. Daneben gibt es diese auch im SGB IX, SGB XI sowie Landesgesetzen (z. B. § 24 Abs. 4 Berliner Krankenhausgesetz).

Die überwiegende Anzahl der Krankenhäuser in Deutschland verfügen bereits über ein Entlassungsmanagement. Dabei kann das Entlassungsmanagement weitestgehend in die normale Stationsarbeit integriert sein. Es kann aber darüber hinaus auch

speziell qualifizierte Fachkräfte geben, die ausschließlich oder schwerpunktmäßig für das Entlassungsmanagement bzw. die Patientenüberleitung zuständig sind (z. B. Case-Management, Fachkräfte für Pflegeüberleitung, Sozialdienst oder ähnliches). In Rund zwei Drittel aller Krankenhäuser mit entsprechenden Fachkräften liegen darüber hinaus schriftliche Arbeitsanweisungen oder Behandlungspfade zum Entlassungsmanagement vor.

Wenn dieser personalintensive Bereich zusätzlich gefördert werden soll, ist vielmehr darüber nachzudenken, ob zusätzliche Mittel außerhalb der gedeckelten Budgets bereit gestellt werden können, um die zu befürchtende weitere Arbeitsverdichtung der betroffenen Personalgruppen aufgrund der finanziellen Belastungen der Krankenhäuser (Sanierungsbeitrag, geringe Steigerungsrate 2008, tariflich bedingte Personalkostensituation etc.) abzumildern.

Die lückenlose Anschlussversorgung der Patienten, die durch die Implementierung eines abgestimmten Versorgungs- und Entlassmanagements nach § 11 Abs. 4 SGB V sichergestellt werden soll, ist durch die Folgewirkung aktueller BSG-Rechtsprechung gefährdet. Aus Kostengesichtspunkten heraus verlangt der Große Senat des Bundessozialgerichtes eine möglichst frühzeitige Entlassung der Patienten, wenn auch nur theoretisch eine anderweitige Anschlussversorgung denkbar und diese auch erforderlich ist. Ob und inwiefern eine Anschlussversorgung tatsächlich realisierbar ist, soll künftig für die Prüfung einer Behandlungsbedürftigkeit nicht mehr ausschlaggebend sein. Die neue Rechtsprechung des BSG ist jedoch mit den aktuellen gesundheitspolitischen Zielsetzungen eines abgestimmten Versorgungs- und Entlassmanagements nicht vereinbar, so dass die nachfolgenden gesetzlichen Klarstellungen in das SGB V aufzunehmen sind, um letztlich den „status quo“ der Rechtsprechung aus der Zeit vor der Entscheidung des Großen Senats wieder herzustellen und gesetzlich festzuschreiben. Einen entsprechenden gesetzlichen Klarstellungsbedarf sieht im Übrigen auch der Große Senat des BSG in seinen schriftlichen Beschlussgründen der Entscheidung vom 25. September 2007 (vgl. S. 10 Rdn. 26).

Die DKG schlägt vor, nach Nr. 5 ist folgende Nummer 5a einzufügen:

Nr. 5a. § 39 Abs. 1 wird folgender Satz 3 angefügt:

„Die stationäre Krankenhausbehandlung ist in diesem Sinne auch dann erforderlich, wenn konkrete ambulante Behandlungs- oder Versorgungsalternativen von den Krankenkassen nicht aufgezeigt werden können.“

Die DKG schlägt weiterhin vor, nach Nr. 12 folgende Nummer 12a einzufügen:

Nr. 12a. § 275 Abs. 1 wird um folgenden Satz 2 erweitert:

„Bei der Beurteilung der stationären Behandlungsbedürftigkeit eines Patienten im Sinne von Satz 1 Nr. 1 ist zu beachten, dass konkrete ambulante Behandlungs- oder Versorgungsalternativen tatsächlich bestehen.“

Nach der Rechtsprechung des 3. Senats des BSG (zuletzt mit Urteil vom 7. Juli 2005 - B 3 KR 40/04 R) beurteilte sich die stationäre Behandlungsbedürftigkeit eines Patienten stets mit Blick auf konkret in Betracht kommende Behandlungsalternativen.

Eine Behandlungsbedürftigkeit war demnach solange gegeben, bis die jeweilige Krankenkasse eine konkrete Behandlungsalternative aufzeigen konnte.

Der 1. Senat des BSG lehnte diese Rechtsprechung mit Beschluss vom 4. April 2006 - B 1 KR 32/04 R - ab. Auf Vorlage des 1. Senats hat der Große Senat des BSG nunmehr mit Beschluss vom 25. September 2007 - GS 1/06 - zu der Frage der Beachtlichkeit konkreter Behandlungsalternativen bei der Beurteilung der Behandlungsbedürftigkeit des Patienten Folgendes entschieden: „Ob einem Versicherten vollstationäre Krankenhausbehandlung zu gewähren ist, richtet sich nach den medizinischen Erfordernissen. Reicht nach den Krankheitsbefunden eine ambulante Therapie aus, so hat die Krankenkasse die Kosten eines Krankenhausaufenthaltes auch dann nicht zu tragen, wenn der Versicherte aus anderen, nicht mit der Behandlung zusammenhängenden Gründen, eine spezielle Unterbringung oder Betreuung benötigt und wegen des Fehlens einer geeigneten Einrichtung vorübergehend im Krankenhaus verbleiben muss.“

Diese neue Rechtsprechung des BSG wird entweder dazu führen, dass die Krankenhäuser ihre Patienten trotz Fehlens einer konkreten Weiterbehandlungsmöglichkeit entlassen oder die Krankenhäuser für diese Patienten keine Vergütung erhalten werden. Die Leidtragenden wären die Patienten, deren Gesundheitszustand zu erhalten gerade eine der Hauptzielsetzungen des GKV-Systems ist. Allerdings werden die Krankenhäuser aus haftungsrechtlichen Erwägungen oftmals keine Möglichkeit haben, weiterbehandlungsbedürftige Patienten zu entlassen, ohne deren gesundheitlichen Zustand zu gefährden. Das Krankenhaus würde für diese Leistungen keine Vergütung erhalten bzw. ginge das Risiko einer sekundären Fehlbelegung ein, wodurch die ohnehin in vielen Häusern angespannte Finanzlage zusätzlich belastet würde.

Zu Nummer 8:

In § 63 Abs. 3c SGB V ist vorgesehen, dass im Rahmen von Modellvorhaben bestimmte ärztliche Leistungen von entsprechend qualifizierten Pflegefachkräften erbracht werden können. In der Gesetzesbegründung wird hierzu ausgewiesen, dass diese Pflegekräfte somit als eigenständige Leistungserbringer in der gesetzlichen Krankenversicherung auftreten sollen. Angehörige eines Berufes nach dem Krankenpflegegesetz (wenn sie aufgrund einer Ausbildung nach § 4 Abs. 7 des Krankenpflegegesetzes qualifiziert sind) und Angehörige des im Altenpflegegesetz geregelten Berufes (wenn sie aufgrund einer Ausbildung nach § 4 Abs. 7 des Altenpflegegesetzes qualifiziert sind) sollen demnach selbständig Heilkunde ausüben dürfen, und zwar ohne vorherige ärztliche Veranlassung.

Eine dermaßen gravierende und unausgewogene Gesetzesänderung (u.a. wird an keiner Stelle des Gesetzentwurfs auch nur ansatzweise definiert, um welche übertragbaren Tätigkeiten es sich handeln soll) verfehlt die Ziele und wird von der DKG abgelehnt. Die DKG befürwortet diesbezüglich die Empfehlungen des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen vom Juli 2007, auf die im Zusammenhang mit den beabsichtigten Änderungen des Krankenpflegegesetzes (Artikel 15) noch gesondert eingegangen wird (siehe Seite 6 ff.).

Zu Nummer 10:

Weiterhin schlägt die DKG nachfolgende Ergänzung in § 119 b SGB V vor:

§ 119 b

Ambulante Behandlung in stationären Pflegeeinrichtungen

*Stationäre Pflegeeinrichtungen sind vom Zulassungsausschuss zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung von pflegebedürftigen Versicherten in der Pflegeeinrichtung zu ermächtigen, soweit eine ausreichende ärztliche Versorgung dieser Versicherten ohne einen in der Pflegeeinrichtung tätigen Arzt, der in das Arztregister eingetragen und geriatrisch fortgebildet ist, durch niedergelassene Ärzte im Rahmen der hausarztzentrierten Versorgung (§ 73 b), der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung (§ 73 c), der integrierten Versorgung (§ 140 a) oder anderer Kooperationsverträge nicht sichergestellt ist; **dies gilt auch, soweit die ärztliche Versorgung durch geriatrisch fortgebildete Krankenhausärzte in der Pflegeeinrichtung erfolgt.** Der in der Pflegeeinrichtung tätige Arzt ist bei seinen ärztlichen Entscheidungen nicht an Weisungen von Nichtärzten gebunden. Er soll mit den übrigen Leistungserbringern eng zusammenarbeiten.*

Die DKG sieht die Gefahr, dass ohne diese klarstellende Ergänzung mit Krankenhäusern kooperierende Pflegeeinrichtungen von den Ermächtigungen zur vertragsärztlichen Versorgung ausgeschlossen werden. Viele Träger von Krankenhäusern sind gleichzeitig Träger von Pflegeeinrichtungen oder Pflegeeinrichtungen haben sich in räumlicher Nähe zu Krankenhäusern angesiedelt und kooperieren miteinander, um die sich daraus ergebenden Synergieeffekte (z. B. Speiserversorgung etc.) zu nutzen. In solchen Krankenhäusern ist eine beträchtliche Anzahl von Ärzten zu verzeichnen, die sich auf das Gebiet der Geriatrie spezialisiert haben. Das dort bereits vorhandene Potential kann zur Verbesserung der ärztlichen Versorgung der Pflegebedürftigen genutzt werden, wenn Krankenhäuser die Möglichkeit erhalten, ihre geriatrisch fortgebildeten Ärzte auch in Pflegeeinrichtungen einzusetzen. Dadurch wären die Pflegeeinrichtungen nicht automatisch dazu gezwungen, mit erheblichem Bürokratieaufwand neue Ärzte einzustellen, sondern schon bestehende Strukturen könnten genutzt und erweitert werden.

Zu Nummer 12 a:

Der Bundesrat (BR-Drs. 718/07) schlägt eine Ergänzung des **§ 136 SGB V** (Förderung der Qualität durch die Kassenärztlichen Vereinigungen) vor. Inhaltlich wird vorgeschlagen, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen mit einzelnen Krankenkassen oder mit den zuständigen Landesbehörden der Krankenkassen/Verbänden der Ersatzkassen gesamtvertragliche Vereinbarungen schließen, in denen für bestimmte Leistungen besondere Leistungs-, Struktur- oder Qualitätsmerkmale festgelegt werden. Bei deren Erfüllung erhalten die an dem jeweiligen Vertrag teilnehmenden Ärzte Zuschläge zu den Vergütungen. In den Verträgen ist ein Abschlag von den vereinbarten Punktwerten für die an dem jeweiligen Vertrag beteiligten Krankenkassen und die von dem Vertrag erfassten Leistungen, die von den an dem Vertrag nicht teilnehmenden Ärzten der jeweiligen Facharztgruppe erbracht werden, zu vereinbaren.

Eine entsprechende Regelung zur qualitätsorientierten Vergütung (pay-for-performance) bezieht sich nicht auf die Weiterentwicklung der Pflegeversicherung. Sie hat zudem grundsätzliche Bedeutung für das gesamte Gesundheitswesen.

Angesichts der übergeordneten Bedeutung dieses Themas empfiehlt die DKG zunächst vorhandene Erkenntnisse genau zu prüfen und dabei insbesondere die Erfahrungen bei der Qualitätssicherung in Deutschland zu berücksichtigen. Erste Erfahrungen mit Vergütungsmodellen aus anderen Gesundheitssystemen sind zumindest als ambivalent zu bezeichnen. Aufgrund des engen Zeitplanes des Gesetzgebungsverfahrens und der grundsätzlichen Bedeutung dieses Themas empfiehlt die DKG zudem, den Vorschlag des Bundesrates zumindest in dem jetzigen Gesetzgebungsverfahren nicht zu berücksichtigen.

Zu Artikel 15 – Änderung des Krankenpflegegesetzes (KrPflG)

Zu Nummer 1 bis 3:

Durch die Verankerung einer Modellklausel in das Krankenpflegegesetz soll die Möglichkeit geschaffen werden, den Schülerinnen und Schülern im Rahmen einer verlängerten Ausbildung erweiterte Kompetenzen zur Ausübung heilkundlicher Tätigkeiten zu vermitteln. Dies steht vom Grundsatz her in Einklang mit den Empfehlungen des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. In Kapitel 2 des Gutachtens „Kooperation und Verantwortung – Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung“ vom Juli 2007 empfiehlt der Sachverständigenrat, dass in einem ersten Schritt – über den Weg der Delegation – ärztliche Aufgaben an nicht-ärztliche Gesundheitsberufe abgegeben werden können. Im zweiten Schritt sollten regionale Modellprojekte zur Veränderung des Professionenmix und zur größeren Eigenständigkeit nicht-ärztlicher Gesundheitsberufe durchgeführt und evaluiert werden. Wenn diese Modellprojekte ihre Praktikabilität beweisen, soll im dritten Schritt eine breitere Einführung der Neuerung erfolgen.

Eine solche Politik „der kleinen Schritte“ – im Sinne des vorgenannten Gutachtens – wird von der DKG uneingeschränkt befürwortet.

In der Ausgestaltung des vorliegenden Gesetzentwurfs wird jedoch direkt auf den zweiten Schritt des Gutachtens abgestellt. Anhand der Durchführung von Modellvorhaben nach § 4 Abs. 7 des Krankenpflegegesetzes (KrPflG) sollen letztendlich strukturelle Verschiebungen von gewissen Aufgaben zwischen Ärztlichem Dienst und Pflegedienst vorgenommen werden. In der Begründung zu § 1 KrPflG wird hierzu aufgeführt, dass Personen, die über eine Ausbildung nach § 4 Abs. 7 KrPflG verfügen, ohne vorherige ärztliche Veranlassung heilkundliche Tätigkeiten erbringen und damit eigenständig Heilkunde ausüben dürfen. Dies ist insofern kritisch zu beurteilen, als das Prinzip der Delegation – und somit die Verantwortlichkeit für bestimmte Tätigkeiten – ausgehebelt wird. Der Weg aufeinanderfolgender Schritte zu einer Neuordnung von Berufstätigkeiten der Krankenpflege wird verlassen, was nicht ohne Risiken ist.

Nach Auffassung der DKG ist vielmehr eine strukturierte Vorgehensweise, die in einem ersten Schritt eine Analyse und Bewertung des Delegationspotentials vorsieht, anzustreben. Dies impliziert, dass bestimmte ärztliche Tätigkeiten an Gesundheits- und Krankenpflegepersonen abgegeben werden, die für deren Durchführung entsprechend qualifiziert sind (neben der formellen Qualifikation müssen diese Pflegekräfte auch über die notwendige materielle Qualifikation verfügen). Durch diese Vorgehensweise können Unklarheiten über die Zulässigkeit von delegierbaren Aufgaben

(hinsichtlich der Arbeitsteilung zwischen Ärzten und der Pflege besteht nach wie vor ein hohes Maß an Rechtsunsicherheit) beseitigt bzw. zumindest eingedämmt werden, und zwar im Sinne von interprofessionellen Standards.

Um entsprechende Erkenntnisse – im Hinblick auf die weitere schrittweise Vorgehensweise – zu bekommen, wäre es sinnvoll, den Fokus auf die Delegation von Aufgaben zu richten, die bislang ausschließlich von Ärzten ausgeführt wurden. Möglicherweise könnte hierbei der Einsatz eines Tätigkeitskataloges – unter Einbindung eines ärztlichen Mentors – zielführend sein. Folgerichtig ist, dem Zeugnis nach § 8 Abs. 2 Satz 1 der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung über die Berufe in der Krankenpflege (KrPflAPrV) eine Bescheinigung der Ausbildungsstätte beizufügen, aus der sich die vermittelten, erweiterten Kompetenzen ergeben.

Aus Sicht der DKG darf der erste Schritt über den Weg der grundsätzlichen Delegation nicht ohne Weiteres zugunsten von einschneidenden Modellvorhaben nach § 4 Abs. 7 KrPflG ausgeblendet werden, die dazu führen, ohne vorherige ärztliche Veranlassung heilkundliche Tätigkeiten erbringen und damit eigenständig Heilkunde ausüben zu dürfen. Der Sachverständigenrat empfiehlt in seinem Gutachten in diesem Zusammenhang folgende Vorgehensweise: „Wenn eine Tätigkeitsübertragung im Delegationsverfahren hinreichend lange stattgefunden hat und sich als zieladäquat erwiesen hat, sollte eine dauerhafte Übertragung an den bisherigen Delegationsempfänger zur Diskussion stehen.“

Hilfreich wäre nach Auffassung der DKG auch, dass entsprechende Curricula geschaffen werden, die eine Konkretisierung der Tätigkeiten, die im Rahmen der Delegation übertragen werden sollen, zulassen. Da diese Curricula von den zuständigen Landesbehörden zu genehmigen sind, die auch mit der Erteilung der staatlichen Anerkennungen der Krankenpflegesschulen betraut sind, wäre eine Vorgabe in der KrPflAPrV durch den Verordnungsgeber sinnvoll.

In § 4 Abs. 1 KrPflG wird festgelegt, dass die Regelausbildungszeit von drei Jahren für die Vermittlung von Kompetenzen zur Ausübung heilkundlicher Tätigkeiten verlängert werden soll (quasi im Sinne einer Spezialisierungsphase). Dem Gesetzentwurf ist jedoch nicht zu entnehmen, inwieweit die Ausbildungsdauer (einheitlich?) verlängert werden soll. Des Weiteren werden keine Regelungen über die Refinanzierung der entstehenden Mehrkosten für die Krankenhäuser festgelegt (u.a. Kosten für Lehrkräfte und Kosten für die Praxisanleitung durch entsprechend qualifizierte Fachkräfte).

Die DKG fordert deshalb mit Nachdruck die Schaffung einer Refinanzierungsregelung, durch die sichergestellt wird, dass die mit einer gesetzlich induzierten Veränderung der Ausbildung einhergehenden Mehrkosten für die Krankenhäuser in vollem Umfang refinanziert werden.

Die Einzelheiten für die verlängerte Ausbildung (inhaltliche Ausgestaltung) sollen durch Ausbildungspläne der Ausbildungsstätten geregelt werden, die vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) zu genehmigen sind.

Hierzu ist vom Grundsatz her zunächst anzumerken, dass die Genehmigung von Ausbildungsplänen einzelner Krankenpflegesschulen (und ggf. Hochschulen) durch

ein Bundesministerium nicht den üblichen Gepflogenheiten entspricht. Die in der Begründung ausgewiesenen Ausführungen

„Da die Inhalte der Ausbildungen nach dem Krankenpflegegesetz üblicherweise in einer Ausbildungs- und Prüfungsverordnung des Bundes geregelt werden, hat das Bundesministerium für Gesundheit die Ausbildungspläne zu genehmigen, um die Qualität der Ausbildung sicherzustellen. Diesem Ziel dient auch die Vorgabe, dass der Erwerb der erweiterten Kompetenzen in einer staatlichen Prüfung nachzuweisen ist. Für die ordnungsgemäße Durchführung der Ausbildung und Überwachung der Ausbildungsstätten sind wie üblich die Länder zuständig.“

sind nach Auffassung der DKG fragwürdig, da die Genehmigung von Ausbildungsplänen (in der Regel handelt es sich um detaillierte Stoffverteilungspläne) generell von den zuständigen Landesbehörden vorgenommen wird, die auch mit der Erteilung der staatlichen Anerkennung der Schulen betraut sind. Der Bundesrat weist hierzu in seiner Stellungnahme darauf hin, dass der Vorbehalt der Genehmigung der Ausbildungspläne der Ausbildungsstätten durch ein Bundesministerium nicht vereinbar mit dem Grundgesetz ist (Artikel 30 und Artikel 83 ff.), da hierdurch in die Verwaltungszuständigkeit der Länder eingegriffen wird.

Da inhaltlich zu den konkreten Kompetenzen, die im Rahmen der verlängerten Ausbildung zusätzlich zu vermitteln sind, keine Regelungen getroffen werden, ist aus Sicht der DKG zu befürchten, dass die Ausbildungspläne zum Teil deutlich voneinander abweichen werden. Für die Krankenhäuser wäre dann eine aufwendige Einzelprüfung der jeweiligen Qualifikation bei der Besetzung von vakanten Stellen erforderlich, was unnötigen Mehraufwand produziert.

Zu Nummer 3:

Gemäß § 4 Abs. 5 KrPflG ist vorgesehen, Modellvorhaben für die Vermittlung von erweiterten Kompetenzen zur Ausübung heilkundlicher Tätigkeiten auch an Hochschulen durchzuführen. Eine derart tiefgreifende Erprobung der Modellvorhaben wird von der DKG abgelehnt. Dies ergibt sich vor allem daraus, dass die Krankenpflegeausbildung an Hochschulen in Deutschland bislang nicht als „Regelausbildung“ im Sinne des Krankenpflegegesetzes zu bewerten ist. Vielmehr sind Ausbildungen im vorgenannten Sinne als Modellprojekte, zur zeitlich befristeten Erprobung von Ausbildungsangeboten, die der Weiterentwicklung der Pflegeberufe unter Berücksichtigung der berufsfeldspezifischen Anforderungen dienen sollen, gemäß § 4 Abs. 6 KrPflG von der zuständigen Behörde zu genehmigen. Insofern lehnt die DKG auch alle Regelungen hinsichtlich der staatlichen Prüfung bei Ausbildungen nach § 4 Abs. 7 KrPflG an Hochschulen ab.

Nach Auffassung der DKG sollte bei allen Überlegungen bezüglich der Vermittlung erweiterter Kompetenzen insbesondere die praktische Ausbildung im Fokus stehen. Der seit Jahrzehnten bewährten, engen Verzahnung von Theorie und Praxis durch die Ausbildung in Krankenpflegeschulen am Krankenhaus ist deshalb eine besondere Relevanz beizumessen. Demzufolge sind etwaige Modellvorhaben auf Krankenpflegeschulen, die an Krankenhäusern angegliedert oder mit Krankenhäusern verbunden sind, zu beschränken.

Zu Nummer 4:

Die vorgesehene Regelung (§ 4a KrPflG) zur staatlichen Prüfung bei Ausbildungen nach § 4 Abs. 7 KrPflG ist hinsichtlich der Systematik eher der KrPflAPrV zuzuordnen als dem KrPflG. Es stellt sich also hier die Frage, inwieweit eine „Aufweichung“ von bewährten, systematischen Strukturen als sinnvoll erscheint. Im Falle einer Integration dieser Regelungen in die KrPflAPrV könnten zugleich weitere, erforderliche Regelungen in diese aufgenommen werden (u.a. die Festlegung der zusätzlichen Ausbildungszeit sowie die Beschreibung der zu vermittelnden Kompetenzen im Sinne von § 4 Abs. 1 Satz 3 und 4 KrPflG).

Zu Nummer 5:

Die Neufassung von § 14 Abs. 1 KrPflG wird von der DKG begrüßt.

Zu Nummer 6:

Aufgrund der vielseitigen Konsequenzen, die sich für alle Beteiligten aus den Modellvorhaben ergeben können und angesichts der Brisanz, die mit einer Veränderung der Aufgabenverteilung zwischen Ärztlichem Dienst und Pflegedienst einhergeht, könnten tiefgreifende Modellvorhaben, im Sinne des vom Sachverständigenrat skizzierten zweiten Schrittes (nach sorgfältiger Prüfung) zum gegebenen Zeitpunkt zieladäquat im Krankenpflegegesetz verankert werden. Die kurzfristige und vollkommen offene Regelung hinsichtlich der Anzahl der Modellvorhaben, deren inhaltlicher Ausgestaltung sowie deren „Erprobungstiefe“ ist ein Schritt in die falsche Richtung. Dies gilt insbesondere auch für Modellvorhaben, die an Hochschulen durchgeführt werden sollen.

Darüber hinaus dürfen aus Sicht der DKG die organisatorischen und rechtlichen Rahmenbedingungen in den Krankenhäusern an dieser Stelle ebenfalls nicht außer Acht gelassen werden. Auch hier gilt es, analog den Empfehlungen des Sachverständigenrates, sukzessiv alle entsprechenden Voraussetzungen zu prüfen bzw. zu klären und ggf. die notwendigen Veränderungen herbeizuführen.

Zu Artikel 16 – Änderung des Altenpflegegesetzes (AltPflG)

Die beabsichtigten Änderungen zum Altenpflegegesetz (AltPflG) sind dem Grunde nach identisch mit den beabsichtigten Änderungen zum Krankenpflegegesetz (KrPflG). Insofern wird auf die Anmerkungen der DKG zu Artikel 15 verwiesen.