

Schlusslicht Deutschland?

Der steinige Weg zur Weiterentwicklung der Versorgung in Deutschland

Nadine-Michèle Szepan

Nadine-Michèle Szepan leitet die Abteilung Pflege beim AOK-Bundesverband

Krankenschwestern, die entscheiden, ob ein Patient einen Arzt überhaupt zu Gesicht bekommt? Möglicherweise die ärztliche Therapieüberwachung eines Diabetes-Patienten eigenverantwortlich übernehmen? In unseren europäischen Nachbarländern wie Schweden, Finnland und Großbritannien, aber auch in den USA haben Pflegefachkräfte schon deutlich mehr Kompetenzen als in Deutschland. Sie übernehmen traditionell Aufgaben, die in Deutschland ausschließlich Ärzten vorbehalten sind.

Angestoßen vom Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen mit seinem Gutachten »Kooperation und Verantwortung – Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung« im Jahr 2007 rückte die Neuordnung der beruflichen Arbeitsteilung zwischen ärztlichen und nicht-ärztlichen Gesundheitsberufen auch in den Fokus des deutschen Gesetzgebers. Mit dem Pflegeweiterentwicklungsgesetz vom 01.07.2008 schuf er den neuen Absatz 3c in § 63 SGB V: Den Auftrag an den Gemeinsamen Bundesausschuss, die Voraussetzungen zu schaffen, um die Übernahme von ärztlichen Tätigkeiten durch Angehörige der Kranken- und Altenpflege modellhaft zu erproben.

Dieser Beitrag skizziert den Weg bis zum gesetzlichen Auftrag, definiert die Substitution ärztlicher Leistungen und grenzt diese von der Delegation ab, stellt auf die unterschiedlichen Interessen der beteiligten Akteure ab und gibt einen Ausblick.

1. Warum wird in Deutschland über die Neuordnung der ärztlichen Tätigkeiten überhaupt nachgedacht? Den Anstoß zur Diskussion lieferte der Sachverständigenrat.

Das deutsche Gesundheitssystem ist vielschichtig und schwer durchschaubar. Die demographische Entwicklung, Veränderungen des Morbiditätsspektrums und die fortschreitende Spezialisierung waren mitunter in den letzten Jahren verantwortlich dafür, dass unser Gesundheitswesen immer komplexer wurde. Der medizinisch-technische Fortschritt, der im Wesentlichen die Arbeitsinhalte und -prozesse in der Gesundheitsversorgung prägt und zu veränderten Arbeitsbedingungen führt, macht es notwendig, die Aufgabenschnitte der Gesundheitsprofessionen anzupassen. Die Fokussierung der jeweiligen beteiligten Berufsgruppe auf ihr eigenes Interesse und die Anstren-

gungen, im Rahmen ihres Zuständigkeitsbereiches die Prozesse zu optimieren mit der Folge der Zerstückelung von Arbeitsprozessen, sowie Kooperationsdefizite und Arbeitsunzufriedenheit, haben in der Vergangenheit zu Einbußen bei der Versorgungsqualität geführt.

»Wer macht in Zukunft was? – Welche Art der Arbeitsteilung entspricht den Anforderungen an das Gesundheitssystem der Zukunft?«¹ Das waren daher die grundlegenden Fragen, die die damalige große Koalition hinsichtlich der künftigen Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe in der Gesundheitsversorgung vom Sachverständigenrat beantwortet wissen wollte.

Der Sachverständigenrat hat in seinem Gutachten »Kooperation und Verantwortung« im Jahr 2007 u.a. klare Empfehlungen zur schrittweisen Übertragung von ärztlichen Tätigkeiten auf Pflegekräfte ausgesprochen. Er hat angeregt, zunächst ärztliche Tätigkeiten über den Weg der Delegation an nicht-ärztliche Gesundheitsberufe abzugeben. Im darauffolgenden Schritt soll eine stärkere Einbeziehung nicht-ärztlicher Gesundheitsberufe über eine Veränderung des Professionenmixes in Modellvorhaben erprobt werden. Sofern die Modellevaluation dann empirisch zeige, dass mit einer veränderten Arbeitsteilung die Gesundheitsversorgung verbessert wird, könne im letzten

Versorgungsengpässe (Stichwort Ärzteverteilungsproblem), die Verbesserung der Kooperation im Gesundheitswesen über flache Teamstrukturen und die Entkoppelung von funktionalen und hierarchischen Befugnissen sowie die Verbesserung der Arbeitszufriedenheit der Gesundheitsberufe (Attraktivitätssteigerung). Vor dem Hintergrund des immer teurer werdenden Gesundheitssystems spielen aber auch Potentiale zur Weiterentwicklung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung eine wesentliche Rolle.

2. Die Umsetzung der Empfehlung des Sachverständigenrates kam mit dem Pflegeweiterentwicklungsgesetz zum 01.07.2008 – die Intention des Gesetzgebers

Initiiert durch den Sachverständigenrat zur Begutachtung der Weiterentwicklung im Gesundheitswesen und forciert durch den Deutschen Pflegerat wurden die Möglichkeiten zur Erprobung der Übertragung ärztlicher Tätigkeiten auf Angehörige der Kranken- und Altenpflege durch Aufnahme in das fünfte Sozialgesetzbuch geschaffen. Zur Gewährleistung einer einheitlichen Handhabung und der Akzeptanz aller Beteiligten wurde der Gemeinsame Bundesausschuss mit dem Pflegeweiterentwicklungsgesetz zum 01.07.2008 beauftragt, in einer Richtlinie festzulegen,

bei welchen Tätigkeiten eine Übertragung auf die Angehörigen der im Alten- und Krankenpflegegesetz geregelten Berufe im Rahmen von Modellvorhaben erfolgen kann (vgl. Kasten 1). Was heißt jedoch »Übertragung«? Meint man damit die Delegation oder die Substitution? Das ist eine der

zentralen Fragen, an der sich derzeit viele Geister scheiden. Was ist überhaupt Substitution und wie grenzt sie sich zur Delegation ab?

Eine Begriffsbestimmung nimmt Dominik Roters, Justiziar des Gemeinsamen Bundesausschusses, 2009 vor.²

Danach wird unter Delegation eine Übertragung der Ausführungsverantwortung verstanden, während bei der Substitution die Übertragung der Entscheidungskompetenz zugrunde gelegt wird. Anders dargestellt: »Wird die heilkundliche Tätigkeit delegiert, so ist das ‚ob‘ dieser Tätigkeit nicht mehr in Zweifel zu ziehen; allein die Art und Weise ihrer Erbringung ist verantwortlich vom Delegierten zu entscheiden, eine Substitution würde der Pflegefachkraft hingegen auch Entscheidungen und Verantwortungen über das ‚ob‘ auferlegen.«³

Aus dem Wortlaut der Vorschrift ergibt sich kein eindeutiger Hinweis darauf, ob der Gesetzgeber in § 63 Abs. 3c SGB V eine Substitution ärztlicher Leistungen im Sinne einer Übertragung der Entscheidungsverantwortung oder eine Delegation im Sinne der Übertragung der Durchführungsverantwortung der jeweiligen Leistung regeln wollte. Diese Gretchenfrage wird in jüngster Zeit immer wieder gestellt. Lobbyisten der ärztlichen Standesvertretungen legen das Gesetz dahingehend aus, dass in diesem Modellvorhaben die Delegation ärztlicher Leistungen im Sinne der Übertragung der Durchführungsverantwortung erprobt werden soll.⁴

Fragt man sich, welche Intention der Gesetzgeber mit der Übertragung ärztlicher Tätigkeiten auf Angehörige der Alten- und Krankenpflege verfolgt, ist die Gesetzesbegründung zu § 63 Abs. 3c SGB V hilfreich. Danach lässt es dieser Paragraph explizit zu, dass bestimmte ärztliche Tätigkeiten von entsprechend qualifizierten Pflegekräften ohne vorherige ärztliche Veranlassung erbracht werden können. Diese Pflegefachkräfte treten als eigenständiger Leistungserbringer in der gesetzlichen Krankenversicherung auf, sodass hieraus eine Erweiterung der Leistungserbringerseite folgt. Der Gesetzgeber wollte hier Modellprojekte erprobt se-

Vor dem Hintergrund des immer teurer werdenden Gesundheitssystems spielen aber auch Potentiale zur Weiterentwicklung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung eine wesentliche Rolle.

Schritt dieser neue Aufgabenzuschnitt in die Regelversorgung überführt werden.

Mit der Neuordnung der Aufgabenverteilung werden vielfältige Ziele verfolgt: der Abbau derzeitiger Versorgungsdefizite aufgrund regionaler

1 Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, Kooperation und Verantwortung – Voraussetzung einer zielorientierten Gesundheitsversorgung, Kurzgutachten, Ziffer 9, 2007.

2 vgl. Roters, Dominik, »Risse im Arztvorbehalt? Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3c SGB V«, ZMGR 3/2009.

3 ebenda.

4 vgl. Ärztezeitung, »Ärzte wollen das Heft in der Hand behalten«.

hen, welche eine Übertragung der Entscheidungsverantwortung voraussetzen (Substitution).

Zu diesem Schluss kommen auch Juristen, die sich mit zentralen Rechtsfragen des § 63 Abs. 3c SGB V jüngst beschäftigt haben. So führt Lutz Barth aus, dass die Übernahme von ärztlichen Tätigkeiten gerade nicht dem Delegationsbegriff nahe kommt. »Vielmehr können mit Übernahme des Begriffs der Substitution genuin ärztliche Leistungen umschrieben werden, in der die aktuellen pflegeberufspolitischen Tendenzen jedenfalls münden und eine scheinbare Aufwertung durch die Modellklausel in § 63 Abs. 3c SGB V erfahren haben. Sofern es im Kern um eine Substitution ärztlicher Leistungen geht, bedarf es keiner Delegation mehr zwischen den Pflegenden und den Ärzten, denn Erstere werden sich in das horizontale Arbeitsgeschehen einordnen und im Übrigen daher auch ganz exklusiv in ein eigenständiges Haftungsregime entlassen.«⁵

Gegen eine Interpretation zugunsten des Delegationsprinzips spricht auch, dass vielfältige Projekte zur Delegation ärztlicher Tätigkeiten bereits vor dem Pflegeweiterentwicklungsgesetz durchgeführt wurden. Beispielfähig seien hier AGnES (Arztentlastende, Gemeindenahe, E-Health-gestützte, Systemische Intervention) und VERAH (Versorgungsassistentin in der hausärztlichen Praxis) genannt. Mit der Aufnahme des § 63 Abs. 3c SGB V wollte der Gesetzgeber offensichtlich über die bisherigen Möglichkeiten hinausgehen.

Der Delegationsansatz ist heute schon tägliche Praxis und findet seine rechtliche Grundlage in den §§ 15 Abs. 1 Satz 2, 28 Abs. 1 Satz 2 SGB V, in den Bundesmantelverträgen sowie im Vergütungs- und Berufsrecht. Um der jüngsten Forderung des stellvertretenden Vorsitzenden der Kassenärztlichen Bundesvereinigung Rechnung zu tragen, den Partnern der Bundesmantelverträge eine Richtlinienkompetenz zuzugestehen, um die delegationsfähigen Leistungen in der vertragsärztlichen Versorgung zu bestimmen,⁶ bedarf es keines gesetzlichen Auftrages. Die Selbstverwaltung hat bereits mit der Umsetzung des § 87 Abs. 2b Satz 5 SGB V (Vergütungsposition für ärztlich angeordnete Hilfeleistungen) in der Delegationsvereinbarung (Anlage 8 der

Bundesmantelverträge) eine Positivliste ärztlicher Leistungen festgelegt, die durch nicht-ärztliches Personal in der Häuslichkeit des Patienten in Abwesenheit des Vertragsarztes erbracht werden dürfen.

Unzweifelhaft hat der Gemeinsame Bundesausschuss daher den gesetzlichen Auftrag erhalten, in einer Richtlinie die Übertragung ärztlicher Tätigkeiten auf Angehörige der Kranken- und Altenpflege in Sinne der Substitution festzulegen.

In einer Politik der kleinen Schritte hat sich der Gemeinsame Bundesausschuss gegen ein Modellvorhaben des »direct access« – des Erstkontaktes des Patienten mit einer qualifizierten Pflegefachkraft, wie er beispielsweise in Finnland und in den USA praktiziert wird – entschieden. Aus Erwägungen zur Patientensicherheit bleiben vorläufig bei diesen Modellvorhaben die Diagnose- resp. Indikationsfeststellung sowie die Therapieentscheidung in ärztlicher Verantwortung, lediglich die Übernahme der ärztlichen Therapiebetreuung obliegt der Pflegefachkraft. Im Rahmen dieser ärztlichen Therapieüberwachung hat die spezialisierte Pflegefachkraft nicht nur die Verantwortung für eine ordnungsgemäße Durchführung der Leistung, sondern sie entscheidet auch, ob und welche Leistungen im Rahmen der Therapieüberwachung erbracht werden muss. Daher ist es vom Grundsatz her weniger der direct access und mehr eine »Substitution light«, die in Modellvorhaben erprobt werden soll.

3. Herausforderungen bei der Erarbeitung der Richtlinie und Knackpunkte

Ärztliche Tätigkeiten

Um ärztliche Leistungen zu definieren, die von Pflegekräften in eigener Verantwortung erbracht werden, muss man sich darüber im Klaren sein, welche ärztlichen Tätigkeiten dem uneingeschränkten Arztvorbehalt unterlie-

gen. Hilfreich sind hier zum einen die Empfehlungen der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zur persönlichen Leistungserbringung, wobei diese aufgrund ihres fehlenden rechtsverbindlichen Charakters nur Anhaltspunkte geben kann.⁷ Danach sind die Diagnose- und Indikationsstellung sowie die Therapiefestlegung höchstpersönliche Leistungen des Arztes. Zum anderen ist zu prüfen, welche Aufgaben die Pflegekräfte im Delegationsverfahren heute schon übernehmen, die traditionell dem Arzt vorbehalten waren. Hierzu findet sich beispielhaft aufgezeigt ein definierter Leistungskatalog ärztlicher Tätigkeiten

Je besser eine ärztliche Aufgabe standardisierbar ist (z.B. in der Versorgung chronisch Kranker), umso eher kann sie an eine andere qualifizierte nicht-ärztliche Berufsgruppe übertragen werden.

(medizinische Behandlungspflege) in der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V, die von Pflegefachkräften erbracht werden. Bisher delegierfähige Tätigkeiten können die Basis für die Definition der substituierbaren Leistungen bilden. Ein weiteres Kriterium für die Festlegung substituierbarer Leistungen ist der Standardisierungsgrad der ärztlichen Aufgabe. Je besser eine ärztliche Aufgabe standardisierbar ist (z.B. in der Versorgung chronisch Kranker), umso eher kann sie an eine andere qualifizierte nicht-ärztliche Berufsgruppe übertragen werden.⁸ Hier eignen sich beson-

⁵ Barth, Lutz, »Die Modellklausel im Pflegeweiterentwicklungsgesetz – zugleich ein Fallfall für wissenschaftliche Untugenden?, PIR 2/2009

⁶ PM der KBV, »Müller: Patienten können von Teamarbeit der Gesundheitsberufe profitieren, 17.03.2011

⁷ Vgl. Empfehlungen der BÄK/KBV, »Persönliche Leistungserbringung – Möglichkeiten und Grenzen der Delegation ärztlicher Tätigkeiten«, 29.08.2008, die jedoch keinen rechtsverbindlichen Charakter haben.

⁸ Höppner, Karin/Kuhlmeier, Adelheid, »Gesundheitsberufe im Wandel«, GGW 2009, Jg 9 Heft 2 (April): 7-14

ders gut die Übertragung der Versorgung von chronisch Kranken in der Beratung, Schulung, Verlaufskontrolle und Unterstützung im Selbstmanagement. Unzweifelhaft stehen auch die Verordnungen von Leistungen bisher unter dem uneingeschränkten Arztvorbehalt. Jedoch hat auch hier der Sachverständigenrat vorgeschlagen, die Verordnung bestimmter Heil- und Hilfsmittel auf die spezialisierten Pflegekräfte zu übertragen. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat diesen Vorschlag aufgegriffen und die Verordnung bestimmter Heil- und Hilfsmittel (über die Definition einer Positivliste) als übertragbare ärztliche Tätigkeit aufgenommen.

Auch die Frage, ob in der Richtlinie die übertragbaren Tätigkeiten als Einzelleistung, Leistungskomplex oder gar als Versorgungskonzept hinterlegt sein sollen, muss vor dem Hintergrund der unterschiedlichen Organisations- und Prozessabläufe in der stationären und ambulanten Versorgung getroffen werden. Klar ist jedenfalls nur, dass der Gemeinsame Bundesausschuss beide Versorgungsbereiche in einer Richtlinie abbilden muss. Eindeutig ist auch, dass letztendlich die Modellvertragspartner zur Erprobung der Übertragung heilkundlicher Tätigkeiten in ihrem Vertrag festlegen müssen, ob und welche einzelnen Leistungen (z.B. Routinediagnostik zur Ermittlung des Langzeit-Blutzuckerwertes) respektive welche Versorgungskonzepte (für Diabetes mellitus) erprobt werden.

Zusätzliche Qualifikationserfordernisse für Pflegekräfte

Ein anderer wesentlicher Aspekt bei der Erarbeitung der Richtlinie ist im Sinne der Patientensicherheit die Sicherstellung der Beherrschbarkeit des Risikos bei der Übertragung von Heilkunde. Im Fokus steht hier die Qualifikation der Pflegefachkraft. Laut § 63 Abs. 3c SGB V ist die Voraussetzung für die Teilnahme am Modellprojekt der Nachweis einer qualifizierten Ausbildung nach dem Krankenpflege- respektive Altenpflegegesetz. Der Gesetzgeber hat hierbei bedacht, dass die Übertragung ärztlicher Tätigkeiten auch eine ergänzende Qualifikation in Abhängigkeit der jeweiligen übertragenen ärztlichen Aufgabe erfordert,

und die rechtliche Grundlage hierfür in § 4 Abs. 7 des Kranken- und Altenpflegegesetzes geschaffen.

Der Erfolg der Modellvorhaben hängt maßgeblich von der Qualifikation der Pflegefachkräfte ab.

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat sich jedoch entschlossen, auch die für die Übernahme bestimmter Tätigkeiten erforderlichen Qualifikationen mit in die Richtlinie aufzunehmen. Für ihn ist unstrittig, dass ein enger inhaltlicher Zusammenhang zwischen den übertragbaren ärztlichen Tätigkeiten und den für die verantwortungsvolle Übernahme dieser Tätigkeiten erforderlichen Qualifikationen besteht. Auch für die Erfolgsaussichten solcher Modellvorhaben ist das einheitliche, verbindliche und auf die übertragbaren Tätigkeiten zugeschnittene definierte Qualifikationserfordernis entscheidend. Unberührt bleibt selbstverständlich die Billigung entsprechender Ausbildungspläne durch das Bundesministerium für Gesundheit. Den Ländern obliegt die Durchführung der staatlichen Prüfung.

Gleichstellung der MFA mit den Angehörigen der Alten- und Krankenpflegeberufe?

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft haben in der Plenumsitzung des Gemeinsamen Bundesausschusses im Februar 2011 dafür plädiert, die Medizinische Fachangestellte neben den Pflegekräften für die Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3c SGB V zuzulassen (obwohl in der Regel MFA in der Verwaltung und nicht in der Krankenversorgung im Krankenhaus eingesetzt werden).

Abgesehen davon, dass der Gesetzgeber bewusst die Zulassungsbedingungen für die Teilnahme an solchen Modellversuchen abschließend festgelegt hat, und somit diese Forderung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Deutschen Krankenhausgesellschaft jeglicher Rechtsgrundlage entbehrt, gibt es auch ein weiteres, wesentlich gewichtigeres Argument: die

deutlich umfassendere grundständige Ausbildung der Alten- und Kranken-

Der Erfolg der Modellvorhaben hängt maßgeblich von der Qualifikation der Pflegefachkräfte ab.

pflege ggü. der Ausbildung zur Medizinischen Fachangestellten.

Medizinische Fachangestellte (MFA) erfahren in ihrer Ausbildung verhältnismäßig wenig über Krankenbeobachtung, Krankheitslehre sowie Anatomie und Physiologie. Dagegen erlernen sie sehr viel über Praxismanagement und Abrechnungswesen. Der theoretische Stundenumfang bewegt sich an Berufsschulen zwischen 840 und 1.000 Stunden.⁹

Die Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung beispielsweise hat allein mit 2.100 Stunden theoretischer Ausbildung in den Bereichen Pflege, Krankenbeobachtung und diversen medizinischen Fächern eine deutlich bessere grundständige Ausbildung als die Medizinische Fachangestellte. Dies wurde auch von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und dem GKV-Spitzenverband in der Delegationsvereinbarung (Anlage 8 der Bundesmantelverträge) anerkannt. Sofern die im Rahmen des § 87 Abs. 2b Satz 5 SGB V eingesetzte nicht-ärztliche Praxisassistentin über eine qualifizierten Berufsabschluss nach dem Krankenpflegegesetz verfügt und in den letzten vier Jahren vor Antragsstellung ihren Beruf ausgeübt hat, reduziert sich der theoretische Fortbildungsumfang von 200 auf 80 Stunden.

Die Aufnahme der Berufsgruppe der Medizinischen Fachangestellten in die Richtlinie zur Übertragung heilkundlicher Tätigkeiten ist daher weder nachvollziehbar noch rechtlich begründet. Unter Beachtung von Qualitätsaspekten und zur Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen medizinischen Betreuung von Patienten kann keiner ernsthaft die

⁹ vgl. Beschluss der Kultusministerkonferenz zum Rahmenlehrplan 18.11.2005, Lehrplan für das Berufskolleg in Nordrhein-Westfalen, 2010.

Aufnahme dieser Berufsgruppe in Erwägung ziehen.

Wie kommt eigentlich der Patient zur Pflegefachkraft?

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat sich auch mit der Frage beschäftigt, wie der Patient im Modellvorhaben vom Arzt an die qualifizierte Pflegefachkraft »weitergegeben« wird. Hierbei bedarf es einer besonderen Betrachtung der sektorspezifischen Unterschiede:

In der stationären Versorgung wird ein weiterer Arzt bei der Patientenversorgung in Form eines Konsils hinzugezogen. Ebenso wie die Konsile gehören neben der ärztlichen Hauptleistung und der Krankenhauspflege auch die Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, soweit sie für die Versorgung im Krankenhaus notwendig sind, zu den Krankenhausleistungen und sind in den entsprechenden DRG resp. im Pflegesatz des Krankenhauses enthalten. Formulare, wie sie in der ambulanten Versorgung eingesetzt werden, kennt man im Krankenhaus nicht. Die Versorgung erfolgt i.d.R. formlos.

In der vertragsärztlichen Versorgung gibt es demgegenüber zwei gängige Verfahren: die Verordnung und die Überweisung. Beide erfolgen auf sogenannten Vordrucken der vertragsärztlichen Versorgung.¹⁰ Weder die Verordnung noch die Überweisung sind im Gesetz oder in einer untergesetzlichen Norm definiert, sie lassen sich jedoch an wesentlichen Merkmalen unterscheiden:

Die Verordnung wird i.d.R. verwandt, wenn beispielsweise ein Patient Heilmittel (Physiotherapie) oder häusliche Krankenpflege verordnet bekommt. In beiden Fällen wird die Erbringung einer medizinischen Leistung auf eine nachgeordnete Berufsgruppe – hier den Physiotherapeuten oder den ambulanten Pflegedienst – übertragen. Heilmittel und Häusliche Krankenpflege gehören zur Gruppe der veranlassten Leistungen und sind entsprechend dem Unterausschuss »Veranlasste Leistungen im Gemeinsamen Bundesausschuss« zugeordnet. Wesentliches Kennzeichen ist, dass der Arzt die zu erbringende Leistung sowie deren Beginn, Häufigkeit und Dauer in der Verordnung abschließend bestimmt und

der Physiotherapeut oder der ambulante Pflegedienst von dieser nicht abweichen darf. Dem Physiotherapeuten respektive dem ambulanten Pflegedienst obliegt lediglich die Durchführungsverantwortung, ob und in welchem Umfang die Leistungen zu erbringen sind, legt alleine der Arzt fest.

Ein Arzt überweist einen Patienten zu einem anderen Arzt, wenn er bestimmte Leistungen wie Labor in Auftrag gibt (Auftragsleistung), die fachliche Meinung eines Kollegen einholen möchte (Konsiliaruntersuchung) oder bei einem Arztwechsel den Patienten zur Mit- und/oder Weiterbehandlung. Liegt ein solcher Grund vor, kann der Arzt seinen Patienten mit einem extra dafür vorgesehenen Vordruck (Überweisungsschein) an einen anderen Mediziner überweisen.

Genau an dieser Stelle gibt es zwischen den Befürwortern und den Gegnern des Modellvorhabens unterschiedliche Auffassungen, welches Verfahren für den ambulanten Bereich implementiert werden soll und ob dafür die Vordrucke der vertragsärztlichen Versorgung zur Anwendung kommen dürfen. Während die Ärzteschaft für eine Verordnungslösung plädiert, befürworten die Krankenkassen die Verwendung der Überweisung, da sie – anders als die Verordnung – besser zum Ausdruck bringt, dass die Ausübung der Heilkunde durch die Pflegefachkräfte in eigener Verantwortung erfolgt. Auch sollte nach Auffassung der Kassenseite die Modellvertragspartner die bisherigen Vordrucke der vertragsärztlichen Versorgung nutzen können (kein zusätzlicher Bürokratieaufbau); ergänzend bedarf es hierfür die Vergabe einer eindeutigen Leistungserbringer- und Betriebsstättennummer für die spezialisierte Pflegekraft.

4. Ausblick: Welche Chancen hat die Umsetzung der Richtlinie nach § 63 Abs. 3c SGB V?

Internationale Beispiele zeigen, wie ärztliche Aufgaben auch in größerer Verantwortung übertragen werden können, ohne dass die Versorgung an Qualität einbüßt. Ob jedoch eine Umsetzung dieses Modellvorhabens eine Chance auf Realisierung hat, hängt im Wesentlichen von der Akzeptanz der Beteiligten ab.

Wird eine Aufgabenneuverteilung von den Patienten angenommen?

Patienten haben sicherlich Vorbehalte gegenüber der Neuordnung ärztlicher Tätigkeiten, wenn künftig qualifizierte Pflegekräfte statt Ärzte die medizinische Therapie übernehmen. Dahinter stehen Ängste und Befürchtungen, Abstriche bei der Qualität der Versorgung in Kauf nehmen zu müssen. Karin Höppner hat in einer Studie die Akzeptanz der Bevölkerung für unterschiedliche Aufgabenverteilungen zwischen den verschiedenen Gesundheitsberufen im Jahr 2008 untersucht. Danach lehnen mehr als zwei Drittel der insgesamt 1.454 Befragten hypothetisch die Übertragung bislang ärztlicher Aufgaben an weiterqualifizierte Pflegefachkräfte respektive Medizinische Fachangestellte ab.¹¹

Internationale Studien deuten jedoch darauf hin, dass Patienten, die tatsächlich Erfahrungen mit weitreichenden Rollenneuverteilungen sammeln konnten, ihre Vorbehalte abbauen. Zwar befürworten die Mehrheit der Patienten den Besuch beim Arzt, jedoch waren diese auch bereit, eine weitergebildete Pflegefachkraft aufzusuchen, wenn sich daraus kürzere Wartezeiten oder längere Konsultationszeiten ergeben.

Die Bedürfnisse und Befürchtungen von Patienten bei der Aufgabenneuverteilung der Gesundheitsberufe werden durch die Beteiligung der Patientenvertreter im Gemeinsamen Bundesausschuss ernst genommen und auch berücksichtigt. Letztendlich ist entscheidend, dass die Patienten durch die Neuordnung des ärztlichen Aufgabenzuschnitts profitieren.

Welche Vorteile haben Krankenkassen durch die Modellvorhaben?

Demographiewandel, zunehmende Morbiditäten, Spezialisierungen, Gewinnung von pflegerischem Nachwuchs: Das sind die Herausforderungen der Zukunft, die zu bewältigen sind. Mit diesem Modellvorhaben werden erste Schritte getan, um die an der

¹⁰ vgl. Anlage 2/2a der Bundesmantelverträge.

¹¹ vgl. Höppner, Karin, »Neue Aufgabenverteilung zwischen Gesundheitsberufen in der Arztpraxis aus Patientensicht«, Gesundheitsmonitor 2008.

Gesundheitsversorgung beteiligten Berufsgruppen strukturell zu befähigen, diesen Herausforderungen entgegen treten zu können und eine kompetente, lückenlose Betreuung der Patienten sicherzustellen. Erste Modellprojekte nach § 63 Abs. 3c SGB V z.B. in Einrichtungen der stationären Langzeitpflege oder in unterversorgten Regionen können für die Krankenkassen ein interessantes Instrument zum Abbau von Versorgungsdefiziten sein. Anreize werden insbesondere für Krankenkassen gesetzt, wenn mit dem Modellvorhaben die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung verbessert werden kann.

Diese Ziele lassen sich am ehesten mit den vom Gemeinsamen Bundesausschuss vorgeschlagenen Versorgungsmodellen zu Diabetes Mellitus, Hypertonus, chronischen Wunden und dementiellen Erkrankungen realisieren. Zum einen handelt es sich dabei um ausschließlich chronische Erkrankungen, die für die Krankenkassen epidemiologisch relevant sind, zum anderen liegt hierfür bereits heute besondere pflegerische Expertise vor. Mit diesen Versorgungsmodellen können sich Krankenkassen daher besonders große Verbesserungen in der Versorgung erhoffen.

Hingegen würde eine reine Liste prozedurenbezogener Einzeltätigkeiten es im ambulanten Bereich sehr erschweren, Versorgungsangebote zu entwickeln, in denen die spezialisierten Pflegekräfte effizient eingesetzt werden können.

Grundsätzlich muss man sich fragen, ob die »Substitution light« ärztlicher Leistungen im Krankenhaus vor dem Hintergrund der Organisations- und Prozessstrukturen überhaupt sinnig ist. Im stationären Bereich erhofft sich die DKG einen rechtlichen Rahmen der bisher schon schrittweise realisierten Arbeitsteilung und Kooperation. Unter den oben genannten Zielsetzungen für die Krankenkassen scheint ein Modellprojekt im stationären Bereich jedoch wenig attraktiv.¹²

Akzeptieren die Ärzte Pflegefachkräfte auf gleicher Augenhöhe?

Nicht unbekannt dürfte die Einstellung der Ärzteschaft zur Neuordnung ärztli-

cher Tätigkeiten in Deutschland sein, lehnt sie doch die Übertragung der ärztlichen Tätigkeit auf Angehörige der Alten- und Krankenpflege seit dem 111. Deutschen Ärztetag 2008 vehement ab (vgl. Kasten 2). Aber vertritt dieses höchste Gremium der deutschen Ärzteschaft auch tatsächlich die Interessen der Ärzte?

Schaut man sich zur Beantwortung dieser Frage hilfsweise die Ergebnisse der Mitgliederbefragung der Marburger Bundes aus dem Jahr 2010 an, zeigt sich, dass für das Gros der Ärzte in Krankenhäusern die Vereinbarkeit von Familie und Beruf und folglich Reduzierung der Arbeitszeit sehr wichtig sind. Zur Arbeitsunzufriedenheit tragen zu wenig Urlaub, fehlende Planbarkeit, aber auch die Leistungsverdichtung und der Personalmangel bei.¹³ Könnten Entlastungsmodelle wie die Substitution ärztlicher Leistungen nicht einen wesentlichen Beitrag leisten, um die work-life-balance der Ärzte wieder herzustellen? Ist die Konzentration des Arztes auf seine medizinischen Kernkompetenzen nicht auch eine Chance, den Arztberuf wieder attraktiv zu machen? Sind die Grenzen der von Ärzteschaft geforderten Delegation nicht schnell erreicht, wenn kein Arzt vorhanden ist, der die Verantwortung mehr übernimmt?

Die Vertreter der Pflege haben längst erkannt, dass mit der Übernahme von mehr Verantwortung auch die Attraktivität des Pflegeberufes gesteigert werden kann. So erhoffen sie sich durch die Übernahme ärztlicher Tätigkeiten auch die Wertschätzung, die dem Pflegeberuf von der Gesellschaft nicht entgegen gebracht wird. Aber will die Pflege die Verantwortung auch tragen? Wird sie das Selbstbewusstsein aufbringen, Ärzten auf gleicher Augenhöhe zu begegnen?

Voraussetzung für jede nachhaltige Änderung der Aufgabenverteilung zwischen den Gesundheitsberufen ist die Bereitschaft der einzelnen Akteure zum Umdenken, zum Paradigmenwechsel und damit zur Ablösung von traditionellen, inzwischen überholten Verfahren, die die Ressourcen und die Steuerungshoheiten verteilen.

Solange für die Ärzteschaft die Pflege das »Proletariat« ist – so drückte sich einer der Anwärter auf das Präsidentenamt der Bundesärztekammer,

Theodor Windhorst, auf einer Podiumsdiskussion aus – und die Pflege von der Ärzteschaft nicht auf gleicher Augenhöhe akzeptiert wird, werden neue Rollenverteilungen auch schwer umzusetzen sein. Und Deutschland bleibt Schlußlicht in Europa.

¹² In der Regel handelt es sich hierbei um die Anfertigung von EKG, die Durchführung von intravenösen Blutentnahmen, die Verabreichung intramuskulärer und intravenöser Injektionen, die Vorbereitung und Durchführung ärztlich verordneter Infusionen, das Legen von venösen Zugängen, die Ermittlung dringlicher Parameter an Labordaten auf Station, die Kontrolle und Überwachung der vitalen Funktionen, das Legen von Sonden, der Verbandwechsel. Innerhalb dieser Tätigkeiten sind erfahrene Krankenschwestern und -pfleger (GuK) in der Regel geübter als so manche Ärzte. Es wurden also Tätigkeiten anderer Berufsgruppen in die Pflege verschoben, ohne dass die Voraussetzungen dafür geschaffen wurden.

¹³ vgl. Ergebnisbericht der Mitgliederbefragung, Marburg Bund, 2010; www.marburger-bund.de

§ 63 Abs. 3c SGB V (durch Pflegeweiterentwicklungsgesetz aufgenommen)

(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 auf Grund einer Ausbildung nach § 4 Abs. 7 des Krankenpflegegesetzes qualifiziert sind, auf diese vorsehen. Satz 1 gilt für die Angehörigen des im Altenpflegegesetz geregelten Berufes auf Grund einer Ausbildung nach § 4 Abs. 7 des Altenpflegegesetzes entsprechend. Der Gemeinsame Bundesausschuss legt in Richtlinien fest, bei welchen Tätigkeiten eine Übertragung von Heilkunde auf die Angehörigen der in den Sätzen 1 und 2 genannten Berufe im Rahmen von Modellvorhaben erfolgen kann. Vor der Entscheidung des Gemeinsamen Bundesausschusses ist der Bundesärztekammer sowie den maßgeblichen Verbänden der Pflegeberufe Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Die Stellungnahmen sind in die Entscheidungen einzubeziehen.

Credo der ärztlichen Standesorganisationen – Delegation ja, Substitution nein!

Beschluss des 113. Deutschen Ärztetages 2008

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache III – 04) fasst der 111. Deutsche Ärztetag einstimmig folgende EntschlieÙung:

Der zukünftige medizinische Versorgungsbedarf sowie die geänderten wirtschaftlichen Rahmenbedingungen erfordern eine Weiterentwicklung der bisherigen Aufgabenverteilung zwischen ärztlichen und nichtärztlichen Gesundheitsberufen. Neue Aufgabenverteilungen in der medizinischen Versorgung müssen an folgenden Kriterien bemessen werden:

Versorgungsqualität und Patientensicherheit

Rechtssicherheit und Einheitlichkeit der Heilkundenausübung

Effizienz und Wirtschaftlichkeit.

Konzepte und Modellvorhaben, die auf eine Lockerung des Arztvorbehalts und Unterschreitung des Facharztstandards in Diagnostik und Therapie hinauslaufen, lehnt die Deutsche Ärzteschaft ab. Die Ärzteschaft hat eigene Konzepte zur Förderung arztunterstützender und arztentlastender Maßnahmen im Rahmen der Delegation entwickelt, die im Interesse des Patienten am Grundsatz der therapeutischen Gesamtverantwortung des Arztes festhalten und auf Basis einer klaren Rollenverteilung ein synergetisches Zusammenwirken der verschiedenen Qualifikationen und Kompetenzen der verschiedenen Gesundheitsberufe ermöglichen, anstatt konkurrierende Parallelstrukturen zu schaffen.

Aufgrund der erforderlichen medizinischen Fachkenntnis und wegen des Risikos der Verursachung gesundheitlicher Schädigung durch heilkundliche Maßnahmen ist die Ausübung der Heilkunde am Menschen unter Arztvorbehalt gestellt. Der Facharztstandard und die medizinisch-wissenschaftlichen Standards gewährleisten die anerkannte Qualität der Patientenversorgung in Deutschland. Deshalb ist eine Substitution ärztlicher Leistungen durch Leistungen nichtärztlicher Gesundheitsberufe mit gleichzeitiger Übertragung ärztlicher und juristischer Verantwortung für deren ordnungsgemäÙe Durchführung abzulehnen und an der einheitlichen Ausübung der Heilkunde durch approbierte Ärzte festzuhalten. Durch eine partielle Verlagerung ärztlicher Aufgaben werden auch die aktuellen Versorgungsprobleme nicht gelöst, sondern eher die Gefahr zusätzlicher Schnittstellen geschaffen.

Die Bewältigung neuer Aufgaben im Gesundheitswesen, die Optimierung von Prozessabläufen und Wirtschaftlichkeitsüberlegungen machen einerseits die Entlastung der Ärzte in Kliniken und Praxen von administrativen und anderen nichtärztlichen Aufgaben notwendig; andererseits ist die Einbeziehung nichtärztlicher Mitarbeiter in eine vom Arzt angeordnete, überwachte und verantwortete Leistungserbringung (Delegation) im Sinne einer Weiterentwicklung der seit dem Jahre 1988 existierenden Stellungnahme der Bundesärztekammer zu den »Anforderungen an die persönliche Leistungserbringung« notwendig. Prüfkriterien für die Zulässigkeit einer Delegation sind weiterhin die Qualifikation des nichtärztlichen Mitarbeiters, die Gefährlichkeit einer Leistung oder die bei ihrer Erbringung notwendige Qualität und Erfahrung. Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung haben in diesem Sinne eine Novellierung des Papiers vorgenommen, wobei alle von Fachgesellschaften und Verbänden abgegebenen Stellungnahmen berücksichtigt wurden.

Die vom Gesetzgeber durch das Pflegeweiterentwicklungsgesetz auch für den Bereich der Gesetzlichen Krankenversicherung beschlossene Neuregelung, wonach Kompetenzerweiterungen für Pflegeberufe im Sinne der selbstständigen Ausübung der Heilkunde modellhaft erprobt werden sollen, werden von der Ärzteschaft aus den o.g. grundsätzlichen Erwägungen abgelehnt.