

Übertragung von Heilkunde: Eine schwierige Geburt



Dr. rer. soc.
Josef Siebig
unparteiisches
Mitglied im
Gemeinsamen
Bundesausschuss

Der Gesetzgeber nahm mit dem am 1.6. in Kraft getretenen Pflegeweiterentwicklungsgesetz eine Forderung des Sachverständigenrates nach einer Weiterentwicklung der Kooperation im Gesundheitswesen auf. Mit dem neuen § 63 Abs. 3c SGB V wurde dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) auferlegt, in einer Richtlinie festzulegen, welche ärztlichen Tätigkeiten im Rahmen von Modellvorhaben nach § 63 Abs. 1 SGB V auf Berufsangehörige der Kranken- und Altenpflege zur selbständigen Ausübung von Heilkunde übertragen werden können. Im Kern geht es hierbei um die Realisierung einer neuen Arbeitsteilung zwischen den Professionen Arzt und Pflege, die den Anforderungen eines zunehmend komplexer werdenden Versorgungsgeschehens gerecht werden soll. Damit verbinden sich gleichzeitig Hoffnungen und Ängste. Zu den Hoffnungen gehört die Erwartung, dass mittels einer neuen Arbeitsteilung Effizienzsteigerungen und sinnvolle Entlastungen der Ärztinnen/Ärzte bei ihrer Arbeit eintreten werden und sich das Problem der ärztlichen Unterversorgung zumindest ein Stück weit verringern ließe. Darüber hinaus besteht die Hoffnung, dass der Pflegeberuf eine Aufwertung und in Folge mehr Nachfrage erfahren würde. Unter dem Stichwort Ängste subsumieren sich Befürchtungen, wonach eine Qualitätsminderung der Versorgung und darüber hinaus eine ungewünschte Leistungsausweitung mit Kostenfolgen eintreten könnte.

Langwierige wie hürdenreiche Prozedur des Modellvorhabens

Mit der Festlegung des Tätigkeitskatalogs im Richtlinienbeschluss vom 20.10.2011, der noch der Genehmigung durch das Bundesministerium für Gesundheit bedarf, konnte eine erste Hürde genommen werden. Es sind jedoch noch eine ganze Reihe weiterer Hürden zu überspringen, bevor aus der langwierigen Prozedur des Modellvorhabens mögliche Konsequenzen im Berufs- und Leistungsrecht in Gestalt einer Übernahme in die Regelversorgung erwachsen (vgl. Abb. 1).

So steht zunächst als zweite Hürde im Raum, dass sich Krankenkassen und Leistungserbringer finden, die bereit sind, auf der Basis der G-BA-Richtlinie ein Modellvorhaben zu erproben. Dies erfordert erhebliche Anstrengungen, die sich in einem anspruchsvollen Vertragswerk und erheblichem Ressourcenaufwand manifestieren, ohne dass für ein Zustandekommen einer Vereinbarung letztlich eine Erfolgsgarantie gegeben werden kann.

Eine dritte Hürde stellt sich in Gestalt eines dreijährigen Ausbildungsganges, der im Rahmen des Modellvorhabens einzuführen ist, in den Weg. Die Ausbildung muss zur umfassenden Qualifikation in den zu erprobenden Tätigkeitsfeldern führen. Entsprechende Ausbildungspläne bedürfen der Genehmigung durch das Bundesministerium für Gesundheit. An dieser Stelle ist kritisch anzumerken, dass die gesetzliche Vorgabe, die erweiterte Qualifikation über die Ausbildung statt die

Weiterbildung zu erlangen, fragwürdig erscheint. Denn erstens werden bereits vorhandene berufserfahrene Pflegefachkräfte von der Teilhabe ausgeschlossen, zweitens verzögert eine dreijährige Ausbildungszeit die Durchführung des Modellvorhabens um weitere wertvolle Jahre.

Nach dreijähriger Ausbildung und bestandener staatlicher Ausbildungsprüfung beginnt für die Examinierten die eigentliche Erprobung ihrer modellhaften Tätigkeit. Das Überspringen dieser vierten Hürde wird einen weiteren mehrjährigen Zeitraum (höchstens fünf Jahre) beanspruchen, bevor sich als fünfte Hürde die Evaluation der Erprobung anschließt.

Eine gute Evaluation setzt schon bei den vorgelagerten Schritten die Generierung von verlässlichen Daten zur Wirtschaftlichkeit und Qualität der Versorgung voraus. Zweckmäßig wäre es, im Vertragswerk des Modellvorhabens festzulegen, mit welchen Kriterien das „Vorher“ und das „Nachher“ evaluiert wird. Die wissenschaftlichen Auswertungen wären dann politisch richtig zu bewerten. Erst danach wird – dem Gedankengang von Modellvorhaben folgend – gesetzgeberisch zu entscheiden sein, ob und gegebenenfalls welche Konsequenzen in der Aufgabenverteilung im Berufs- und Leistungsrecht zu ziehen sind. Es ist keine pessimistische Schätzung, wenn bis zur möglichen flächendeckenden Umsetzung solcher Änderungen ein Zeitbedarf von zehn Jahren veranschlagt werden muss. Festzuhalten bleibt: Die Einbindung in ein Modellvorhaben bedeutet, dass der Entscheidungsprozess über eine Reformidee in eine langwierige und hürdenreiche Prozedur mündet, deren Ausgang offen ist.

Im Hinblick auf den noch zu absolvierenden Weg ist es bedauerlich, dass der erste Schritt – also der Beschluss der G-BA-Richtlinie – bereits drei Jahre Zeit gekostet hat. Dies liegt an einer ganzen Reihe von Gründen. Hervorzuheben ist dabei sicherlich die einschneidende Bedeutung

des Vorhabens für das (berufliche) Selbstverständnis der betroffenen Akteure. Während die Pflegeberufe die jahrzehntelang in politischen Sonntagsreden gepriesene gesellschaftliche Anerkennung in einer Aufwertung ihres Berufes endlich in einem konkreten Fortschritt eingelöst sehen wollen, reagiert die Ärzteschaft alert, wenn der Sockel ihrer Autorität, das ärztliche Berufsmonopol, berührt oder Teile am Rande aus ihm herausgelöst werden sollen. Vor diesem Hintergrund war es nicht verwunderlich, dass die Beratungen zu der Richtlinie lange Zeit sehr kontrovers verlaufen waren, und ist es eher überraschend, dass der Beschluss am 20.10.2011 einhellig getroffen wurde.

Delegation versus Substitution

Die schwierige Geburt der Richtlinie verdeutlicht sich insbesondere in der Streitfrage, ob die Übertragung von heilkundlichen Aufgaben als Delegations- oder Substitutionsakt gestaltet werden sollte. Delegation meint die Übertragung von ärztlichen Tätigkeiten, die weiter unter ärztlichem Vorbehalt stehen, vom Arzt/von der

Ärztin auf eine Pflegefachkraft, wobei ärztlicher Vorbehalt bedeutet, dass die übertragenen Tätigkeiten vom Arzt jeweils angeordnet und verantwortet werden. Die Pflegefachkraft entscheidet dann nicht über das „Ob“, sondern nur über das „Wie“.

Unter dem Begriff Substitution wird die Übertragung von heilkundlichen Tätigkeiten, die bislang dem ärztlichen Vorbehalt unterliegen, verstanden. Der Unterschied zur Delegation besteht darin, dass die Anordnungsbefugnis der übertragenen Tätigkeit nicht mehr bei dem Arzt/der Ärztin liegt, sondern die Entscheidung über das „Ob“ durch die Pflegefachkraft erfolgt. Mithin wird der Arzt dauerhaft durch eine Pflegefachkraft, die die Heilkunde selbständig ausführt, ersetzt. Damit verbunden ist die volle Übernahme der zivilrechtlichen Haftung durch die Pflegefachkraft, der die Leistung übertragen wird.

Trotz des grundsätzlichen Unterschiedes bestehen fließende Übergänge. Je umfassender ein delegierter Tätigkeitsbereich ist, desto mehr eröffnen sich Spielräume zum eigenverantwortlichen Entscheiden. Beispielsweise würde bei der Delegation der Wundversorgung die Durchfüh-

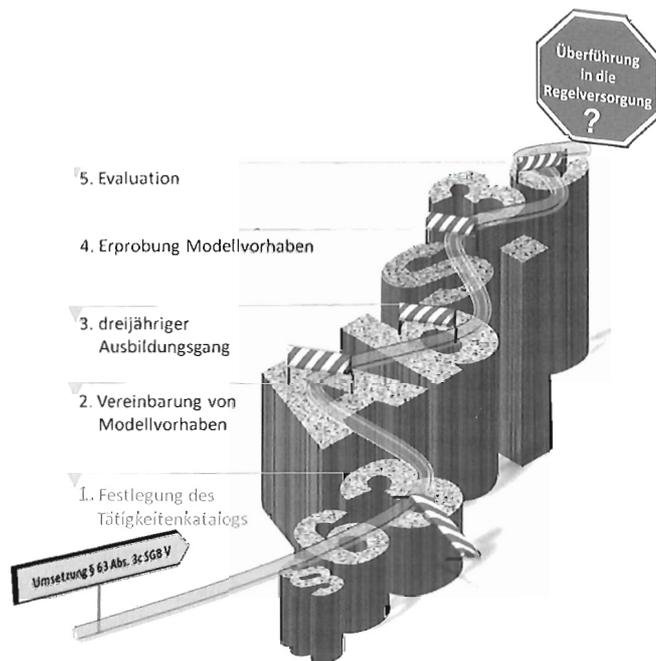


Abb. 1: Fünf Hürden vom Modellprojekt zur Regelversorgung

rung dieser Versorgung jeweils eigenverantwortliche Entscheidungen über die Wundreinigung umschließen. Der fließende Übergang kann aber nicht über das hinter den gegensätzlichen Begriffen der Delegation und Substitution liegende Konfliktpotenzial hinwegtäuschen. Leider hatte der Gesetzgeber dieses nicht durch eine klare Willensbekundung zur Delegation oder Substitution aufgelöst. So bieten die gesetzlichen Vorgaben für die Akteure eine willkommene Vorlage, um ihre gegensätzlichen Positionen jeweils auf dem Fundament der Interpretationsmöglichkeiten des unpräzise formulierten Gesetzauftrages abzustützen.

Eingrenzung des Entscheidungskorridors

Wie und was hat der G-BA entschieden? Zunächst ist vorzuschicken, dass sich der Richtlinienbeschluss in einen abstrakt regelnden allgemeinen Teil A und einen konkretisierenden besonderen Teil B untergliedert (vgl. Abb. 2).

In beiden Teilen wird darauf verzichtet, die Begriffe Delegation und Substitution zu verwenden. Konsensorientiert wird der Konflikt mit dem Begriff der Übertragung überbrückt. Damit ist der Spielraum zur

Auslegung in die eine oder andere Richtung durch die Vertragspartner des Modellvorhabens eröffnet. Allerdings wurde dieser Spielraum durch eine Reihe von Pflöcken eingegrenzt, die sich insbesondere im abstrakten Regelungsteil A des Richtlinienbeschlusses finden (vgl. Abb. 3):

1. Neben der Auflistung eines Tätigkeitskataloges wird auch der Umfang der Tätigkeiten festgelegt („die Richtlinie ... bestimmt Art und Umfang der übertragbaren ärztlichen Tätigkeiten“ § 1 Abs. 2 Satz 1). Beispielsweise wird der Umfang der Tätigkeit „Schmerztherapie/-management“ wie folgt definiert: „Schmerzerfassung, Medikation nach Standard (Positivliste), Überprüfung, Anpassung nach Standard.“
2. Die Reichweite der Tätigkeiten wird nicht nur durch die Festlegung des Umfangs, sondern auch durch Qualifikationsanforderungen begrenzt. In der dritten Spalte des Tätigkeitskatalogs erfolgt eine Festlegung der Qualifikation nach § 4 des jeweiligen Berufszulassungsgesetzes. Beispielsweise ist für den Wechsel von Trachealkanülen angeführt:
 - Kenntnisse zur Anatomie des Halses und zu Arten, Indikationen, Kontraindikationen und Komplikationen von Trachealkanülen,

- Beherrschen der grundlegenden Fertigkeiten zur Kontrolle und zum Wechsel einer Trachealkanüle und zur Beobachtung der Atmung.
3. Die Übertragung der Tätigkeit auf die hierzu qualifizierten Pflegefachkräfte erfolgt nicht unmittelbar durch das Modellvorhaben, sondern nur mittelbar über den Arzt/die Ärztin (§ 2 Abs. 2). Die Übertragung der Tätigkeit wird also ärztlich veranlasst.
 4. Die Diagnostik und Indikationsstellung vor dem therapeutischen Tätigwerden sind von der Tätigkeit ausgeschlossen, unterliegen weiterhin vollständig dem ärztlichen Vorbehalt und können von daher nicht auf Pflegefachkräfte übertragen werden (§ 3 Abs. 1). Das therapeutische Tätigwerden qualifizierter Pflegefachkräfte setzt voraus, dass diesen die Diagnostik und Indikationsstellung mitgeteilt worden ist, an die sie bei ihrer selbständigen therapeutischen Tätigkeit gebunden sind.
 5. Die Übertragung unterliegt einem jederzeitigen Korrekturvorbehalt des Arztes/der Ärztin. Will der Arzt/die Ärztin die Übertragung ändern, einschränken oder zurückziehen, bedarf dies einer Begründung in einer dokumentierten Mitteilung gegenüber der betreffenden Pflegefachkraft (§ 3 Abs. 2).
 6. Die Pflegefachkräfte sind verpflichtet, einen aus ihrer Sicht bestehenden Einschränkungsbefehl der Übertragung dem übertragenden Arzt/der übertragenden Ärztin zurückzukoppeln (§ 3 Abs. 3).
 7. Über die Tätigkeitsabgrenzung hinaus werden den Vertragspartnern der Modellvorhaben Verpflichtungen und Empfehlungen vorgegeben (§ 5 Regulationsbestandteile der Modellvorhaben und § 6 Empfehlungen zu weiteren Regulationsbestandteilen der Modellvorhaben). Beispielsweise haben die Modellvorhaben folgende Regulationsbestandteile zu beinhalten:

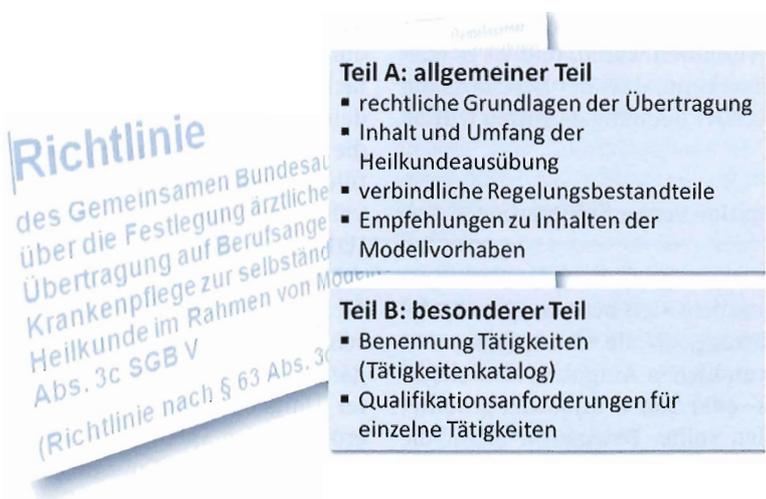


Abb. 2: Struktur der Richtlinie

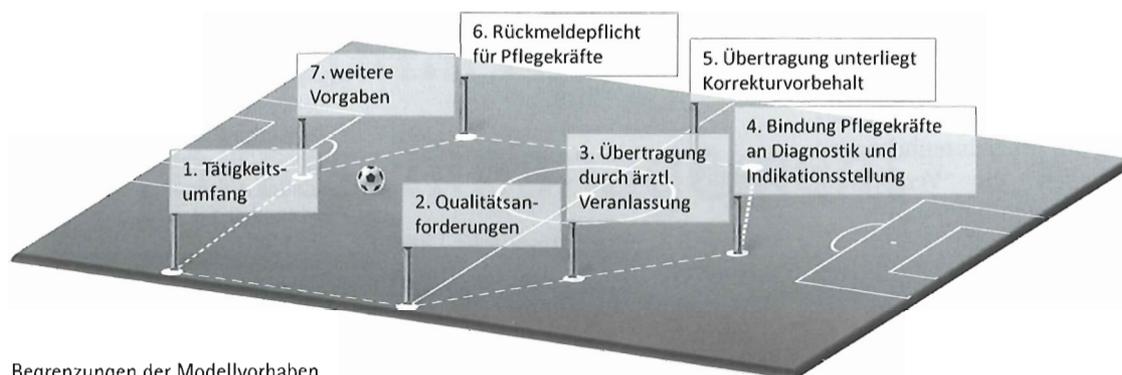


Abb. 3: Begrenzungen der Modellvorhaben

- die jeweils notwendigen sachlichen, personellen und organisatorischen Voraussetzungen zur selbständigen Ausübung der übertragenen ärztlichen Tätigkeit,
- Regelungen zur erforderlichen Kommunikation und Kooperation,
- Verfahrensanweisungen für Behandlungspfade (standardisierte Prozesse).

Konkretisierung des Tätigkeitskataloges

Im besonderen Teil B des Richtlinienbeschlusses wird der Tätigkeitskatalog konkretisiert, innerhalb dessen die Modellvorhaben durchgeführt werden können. Die Vertragspartner der Modellvorhaben können auf dieser Grundlage jeweils auswählen, welche Tätigkeiten sie im konkreten Modellversuch auf lokaler Ebene einbeziehen und zu einem Versorgungsmodell bündeln wollen. Der Tätigkeitskatalog beinhaltet eine Mischung aus diagnosebezogenen Leistungskomplexen (Krankheitsbildern) und prozedurenbezogenen Einzeltätigkeiten. Als explizite Krankheitsbilder sind

- Diabetes mellitus Typ 1,
- Diabetes mellitus Typ 2,
- Chronische Wunden,
- Demenz (nicht palliativ) und
- Hypertonus (ohne Schwangerschaft)

aufgenommen. Diese sind in Prozeduren untergliedert. Am Beispiel „Chronische Wunden Ulcus cruris“ sind dies:

- Assessment Verlaufsdiagnostik,
- Planung einzuleitender Interventionen, Algorithmus Behandlungspfad,
- Umsetzung des Therapieplans (Wundmanagement).

Daneben enthält der Tätigkeitskatalog einen breiten Fächer an prozedurenbezogenen Einzeltätigkeiten, z. B.

- Infusionstherapie/Injektionen,
- Legen und Überwachen eines transurethralen Blasenkatheters,
- Patientenmanagement, Casemanagement und Überleitungsmanagement,

die bei verschiedenen Erkrankungen durchgeführt werden können. Voraussetzung für die Durchführung durch die qualifizierte Pflegefachkraft ist neben dem Vorliegen einer ärztlichen Diagnose und Indikationsstellung, die in der Benennung von Tätigkeiten aus dem Tätigkeitskatalog bestehen kann, jeweils die Übertragung (Veranlassung) durch den Arzt/die Ärztin. Dabei ist es den Vertragspartnern des Modellvorhabens überlassen, wie die Übertragung auf die Pflegefachkräfte erfolgt, also beispielsweise ob per Überweisung, Verordnung oder in einer anderen Form.

Der Tätigkeitskatalog bezieht sich grundsätzlich gleichermaßen auf den Anwendungsbereich der ambulanten wie auch auf den der stationären Versorgung und umfasst im ambulanten Bereich bei bestimmten Tätigkeiten auch die Befugnis zur Verordnung von Heil- und Hilfsmitteln sowie zur Einleitung weiterer diagnostischer oder therapeutischer Tätigkeiten durch den Vertragsarzt.

Die Regelung von Einzelheiten und Ausgestaltungsmöglichkeiten liegen im Entscheidungsrahmen der Vertragspartner der Modellvorhaben.

Kritische Würdigung

Es stellt sich die Frage, ob und inwieweit die in der Richtlinie nach § 63 Abs. 3c SGB V vorgesehene Übertragung weiter greift, als dies mit der Ermächtigung nach § 63 Abs. 3b SGB V, bei der lediglich die Delegation geregelt ist, ohnehin schon vorgesehen war. Die Frage ist zu bejahen, weil einerseits der Tätigkeitskatalog und die Verordnungsermächtigungen der Richtlinie umfassender sind als die abgesteckten Bereiche für Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3b SGB V und andererseits ein größerer Verantwortungsbereich mit entsprechenden Haftungskonsequenzen vorgesehen ist.

Bei der Konkretisierung des Tätigkeitskataloges ist lange Zeit strittig gewesen, ob dieser eine Mischung von diagnosebezogenen Leistungskomplexen (Krankheitsbildern) einerseits und prozedurenbezogenen Einzeltätigkeiten andererseits enthalten soll. Die Entscheidung für die Mischung hat mehrere Vorteile. Erstens vergrößert sich die Reichweite wie auch die Auswahlmöglichkeiten des Modellvorhabens. Dies stellt ein Gegengewicht zu der im allgemeinen Teil getroffenen Einschränkung des Entscheidungskorridors der Pflegeberufe dar. Zweitens wird die substantielle Möglichkeit für

eine wirtschaftlich selbständige Leistungserbringung und damit für eine eigenständige ambulante Berufstätigkeit gestärkt, wohingegen die Beschränkung auf prozedurenbezogene Einzeltätigkeiten die Versorgung eher weiter fragmentieren würde.

Mit Blick auf die Arztberufe lässt sich feststellen, dass der Richtlinienbeschluss ihre Autonomie im Wesenskern unberührt lässt und in den Modellklauseln eine behutsame Weiterentwicklung bisheriger Delegationsmöglichkeiten getroffen worden ist. Die wesentlichen Pluspunkte für die Pflegeberufe (zunächst allerdings nur für den Modellversuch) liegen neben der durch den Tätigkeitskatalog ermöglichten Kompetenzerweiterung und den erweiterten Möglichkeiten für Verordnungsermächtigungen in der selbständigen und eigenverantwortlichen Wahrnehmung der übertragenen Tätigkeiten. In dieser Hinsicht ist § 2 Abs. 2 von zentraler Bedeutung. Vom Verantwortungsübergang ist die Entscheidungsbefugnis umfasst, ob und in welchem Umfang die selbständige Ausübung der Heilkunde durch Vornahme der übertragenen ärztlichen Tätigkeiten medizinisch geboten ist. Die zunächst weiterhin aufrecht erhaltene ärztliche Anordnungsbefugnis wird im Modellversuch durch die Prüfungsbefugnis der Pflegefachkräfte eingeschränkt. Bereits heute können der ärztlichen Anordnungsbefugnis durch eine Verweigerung der Übernahme Grenzen gesetzt werden. Die Neuerung im Richtlinienbeschluss liegt aber darin, dass eine Ablehnung der Übernahme einer Anordnung nicht nur aufgrund von Überforderung geschehen kann. Die Pflegefachkraft ist zukünftig dazu auch ermächtigt, wenn sie aufgrund ihrer fachlichen Kompetenz mit der Anordnung der Maßnahme nicht übereinstimmt, mithin diese als unrichtig einstuft. Genau das ist die Stelle, an der der Richtlinienbeschluss eine erhebliche Verschiebung der Kompetenzen vorsieht (um Missverständnisse zu vermeiden, wird

noch einmal darauf hingewiesen, dass dies zunächst nur für den Modellversuch gilt).

Ausblick

Während andere europäische Länder bereits vor Jahren auf die Herausforderungen eines immer komplexer werdenden Versorgungsgeschehens mit veränderten Strukturen reagierten, hielt unser System an der lange eingeübten Rollenaufteilung fest. Mit dem Modellvorhaben soll ein einfaches „Weiter so“ auf den Prüfstand gestellt werden. Dabei sind die Prüfungsanforderungen hoch gesteckt und der mögliche Reformschub wird gleichzeitig abgebremst. Diese Konstellation wird zusätzlich durch die langwierige und hürdenreiche Prozedur des Modellvorhabens verschärft. Selbst wenn nach dieser Prozedur alles schnell und reibungslos verlief, würde es schätzungsweise zehn Jahre dauern, bevor über die Implementierung einer Veränderung entschieden werden kann. Die Umsetzung greifbarer gesundheitspolitischer Ziele, wie die mit der Übernahme größerer Verantwortung gesteigerte Attraktivität des Pflegeberufes oder die Freimachung von Ressourcen durch eine Neujustierung des Professionenmixes, die einerseits Entlastung versprechen und andererseits eine Erschließung von anderen und gänzlich neuen Aufgabengebieten ermöglichen, sind damit in weite Ferne gerückt. Es ist deshalb fraglich, ob die Politik das Maß an Geduld aufbringen wird, wie es das Modellvorhaben aktuell abverlangt.

Literatur

Barth, Lutz: Neuordnung der Gesundheitsfachberufe: Wer trägt hier eigentlich zur „Verwirrung“ bei? – IQB Internetportal: Medizin-, Pflege- und Psychiatrierecht, 2009, URL: http://www.iqb-info.de/Neuordnung_Gesundheitsberufe_Diskussionsstand_2009_Lutz_Barth.pdf, gesichtet: 20.04.2011.

Bergmann, Karl Otto: Delegation und Substitution ärztlicher Leistungen, MedR Schriftenreihe Medizinrecht (2009) 27.

Deutscher Bundestag: Entwurf eines Gesetzes zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (Pflege-Weiterentwicklungsgesetz) 2008 (BTG-Drs. 16/7439).

Deutscher Bundestag: Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss) zum Entwurf eines Gesetzes zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (BTG-Drs. 16/8525).

Deutscher Bundestag: Wortprotokoll Ausschuss für Gesundheit – Anhörung zum Entwurf eines Gesetzes zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (Pflege-Weiterentwicklungsgesetz) und weitere Anträge, 75. Sitzung, Drs. 16/75, URL http://webarchiv.bundestag.de/archiv/2010/0304/bundestag/ausschuesse/a14/anhoerungen/2008/071_072_074_075/index.html, gesichtet: 20.04.2011.

Gemeinsamer Bundesausschuss: Richtlinie über die Festlegung ärztlicher Tätigkeiten zur Übertragung auf Berufsangehörige der Alten- und Krankenpflege zur selbständigen Ausübung von Heilkunde im Rahmen von Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3c SGB V, 20.10.2011.

Gutachten 2007 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen „Kooperation und Verantwortung – Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung“ (BTG-Drs. 16/6339).

Hess, Rainer: Gastkommentar zum § 63 Abs. 3c SGB V, chefarzt aktuell, 4/11 Juli/August 2011.

Roters, Dominik: Risse im Arztvorbehalt? – Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3c SGB V Zeitschrift für das gesamte Medizin- und Gesundheitsrecht (ZMGR) 2009/3.

Schmacke, Norbert: Professionenmix in der Patientenversorgung: ein weiterer steiniger Weg, Gesundheits- und Sozialpolitik (GuS) 5/2010.

Spickhoff, Andreas/Seibl, Maximilian: Haftungsrechtliche Aspekte der Delegation ärztlicher Leistungen an nichtärztliches Medizinpersonal, MedR Schriftenreihe Medizinrecht (2008) 26.