Stellungnahme der Bundesärztekammer

gemäß § 91 Abs. 5 SGB V und § 63 Abs. 3c Satz 4 SGB V zur Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Festlegung ärztlicher Tätigkeiten zur Übertragung auf Berufsangehörige der Alten- und Krankenpflege zur selbstständigen Ausübung von Heilkunde im Rahmen von Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3c SGB V

Berlin, 16.05.2011

Bundesärztekammer
Herbert-Lewin-Platz 1
10623 Berlin

Die Bundesärztekammer wurde mit Schreiben vom 18.04.2011 durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) aufgefordert, gemäß § 91 Abs. 5 SGB V und § 63 Abs. 3c Satz 4 SGB V eine Stellungnahme zum Entwurf der Richtlinie des G-BA über die Festlegung ärztlicher Tätigkeiten zur Übertragung auf Berufsangehörige der Alten- und Krankenpflege zur selbstständigen Ausübung von Heilkunde im Rahmen von Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3c SGB V abzugeben. Gemäß § 63 Abs. 3c Satz 4 SGB V ist der Bundesärztekammer sowie den maßgeblichen Verbänden der Pflegeberufe vor der Entscheidung des G-BA Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben.

Die Bundesärztekammer nimmt zu der Entwurfsfassung der Richtlinie wie folgt Stellung:

I. Grundsätzliche Anmerkungen

Grundsätzlich unterstützt und begrüßt die Bundesärztekammer die Weiterentwicklung der Arbeitsteilung zwischen den Gesundheitsberufen. Als nicht zielführend wird jedoch die Schaffung einer neuen Versorgungsebene mit Verlagerung ärztlicher Zuständigkeiten und Schaffung neuer Vorbehaltstätigkeiten für nichtärztliche Gesundheitsberufe angesehen. Dies belegen auch verschiedene Studien (1 - 4). Bei Einführung einer neuen Versorgungsebene stehen vielmehr eine weitere Zersplitterung der Versorgungslandschaft, die Schaffung neuer Schnittstellen, der Verlust von Informationen und ein gestiegener Bedarf an Koordination zu befürchten. Erfolgversprechender sind die Förderung der interprofessionellen Kooperation auf der Basis vorhandener Kompetenzen und die Integration unterschiedlicher beruflicher Kompetenzen in ein gemeinsames Team. Bei der Ausgestaltung der Modellvorhaben sollten diese wissenschaftlichen Erkenntnisse Berücksichtigung finden.

Gemäß § 63 Abs. 3c Satz 3 SGB V soll der G-BA in Richtlinien festlegen, bei welchen Tätigkeiten eine Übertragung von Heilkunde auf die Angehörigen der im Kranken- bzw. Altenpflegegesetz geregelten Berufe im Rahmen von Modellvorhaben erfolgen kann. Nach Ansicht der Bundesärztekammer bestehen Spielräume bei der Ausgestaltung der Richtlinie. Der Gesetzgeber spricht im § 63 Abs. 3c SGB V von Übertragung und weder von Delegation noch von Substitution. Aus dem Wortlaut des § 63 Abs. 3c SGB V lässt sich somit nicht ableiten, worauf auch in den tragenden Gründen hingewiesen wird, „welche Intention der selbständigen Ausübung von Heilkunde zugrunde liegt" (Tragende Gründe zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Erstfassung der 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, S. 4). Bei den Beratungen im G-BA wurde zur Begründung, dass vom Gesetzgeber ausschließlich Substitution gemeint gewesen sei, auf die Gesetzesbegründung zum Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (BR-Drs. 718/07) hingewiesen. Aus dem Gesetzestext selbst lässt sich eine solche Festlegung jedoch nicht ableiten. Von daher plädiert die Bundesärztekammer für eine Ausgestaltung der Richtlinie in Richtung arztentlastender Ausschöpfung von Delegationsmöglichkeiten statt arztersetzender Substitution.

Der Gesetzgeber hat festgelegt, dass die Übertragung ärztlicher Tätigkeiten zur selbständigen Ausübung von Heilkunde in Modellvorhaben erfolgen soll. Modellvorhaben, die die Krankenkassen und ihre Verbände mit den in der gesetzlichen Krankenversicherung zugelassenen Leistungserbringern oder Gruppen von Leistungserbringern zur Weiterentwicklung der Versorgung vereinbaren können, sind in den §§ 63 bis 65 SGB V gere-

gelt. Gemäß § 65 SGB V sind die Modellvorhaben wissenschaftlich zu begleiten und auszuwerten. Da mit den Modellvorhaben Neuland bei der Aufgabenteilung zwischen Ärzten und Pflegekräften betreten werden soll, sieht die Bundesärztekammer mit großem Interesse der Auswertung der Modellvorhaben entgegen. Bei der Konzeption der wissenschaftlichen Begleitforschung ist darauf zu achten, dass am Ende tatsächlich qualifizierte und belastbare Aussagen zu den Auswirkungen der Übertragung ärztlicher Tätigkeiten auf Pflegekräfte generiert werden. Sofern auf der Grundlage der Evaluationsergebnisse weitere Möglichkeiten zur Übertragung von Aufgaben geprüft werden sollen, setzt dies Aussagen zur Entwicklung der Qualität und der Wirtschaftlichkeit der Versorgung in den Modellvorhaben im Vergleich zur Ausübung dieser Tätigkeiten durch Ärzte oder auch im Rahmen multidisziplinärer Praxisteams voraus.

II. Zu den Bestimmungen im Einzelnen

Teil A

- **§ 1 Abs. 1, hier: Fußnote (Medizinische Fachangestellte)**

§ 63 Abs. 3c Satz 1 und Satz 2 regeln abschließend die Berufsgruppen, auf die ärztliche Tätigkeiten zur selbstständigen Ausübung von Heilkunde im Rahmen von Modellvorhaben übertragen werden können. Nach Ansicht der Bundesärztekammer fehlt die rechtliche Grundlage für die Übertragung ärztlicher Tätigkeiten zur selbstständigen Ausübung von Heilkunde im Rahmen der Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3c SGB V auf Medizinische Fachangestellte.

- **§ 1 Abs. 2 Satz 1 (Art und Umfang / Qualifikationen)**

Die Bundesärztekammer begrüßt die Entscheidung des G-BA, in der Richtlinie nicht nur die übertragbaren Tätigkeiten aufzulisten, sondern auch Art und Umfang der Tätigkeit sowie die zur selbständigen Ausübung von Heilkunde erforderlichen Anforderungen an die Qualifikation näher zu bestimmen. Zur Sicherstellung der Versorgungsqualität und der Patientensicherheit sieht die Bundesärztekammer diese Konkretisierung in der Richtlinie als zwingend an. Die Benennung der jeweils erforderlichen Qualifikation stellt eine Hilfestellung für die Entwicklung geeigneter Qualifizierungsmaßnahmen für die Berufsangehörigen der Kranken- und Altenpflege dar. Die Bundesärztekammer teilt die in den tragenden Gründen dargelegte Begründung für die Aufnahme der notwendigen Qualifikationsanforderungen in die Richtlinie (Tragende Gründe zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Erstfassung der 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, S. 7f.).

- **§ 2 Abs. 2 Satz 2 (Übernahme von Verantwortung)**

Die Richtlinie legt fest, dass die Ausübung der übertragenen ärztlichen Tätigkeiten auch die Übernahme fachlicher, wirtschaftlicher und rechtlicher Verantwortung beinhaltet. Die Bundesärztekammer sieht es als zwingend an, dass die Pflegefachkraft für eine selbst-

ständig und eigenverantwortlich ausgeübte Tätigkeit auch die Verantwortung in den genannten Dimensionen übernimmt. Zugleich kann eine ärztliche Verantwortlichkeit für die von der Pflegefachkraft selbstständig und eigenverantwortlich ausgeübten Tätigkeit nicht mehr bestehen (siehe entsprechende Regelung in § 2 Abs. 3).

Bei der Übernahme der fachlichen und rechtlichen Verantwortung durch die Pflegefachkraft müssen die Patienten allerdings darauf vertrauen können, keine Nachteile dadurch zu erleiden, dass bestimmte Leistungen nicht mehr von einem Arzt erbracht werden. Nach Ansicht der Bundesärztekammer bezieht sich dies u. a. auf Dokumentations- und Aufklärungspflichten, die Schweigepflicht, das Behandlungsfehlerregime sowie das Entschädigungsrecht. Aus der Teilnahme an den Modellvorhaben darf sich für die Patienten keine Verschlechterung ihrer rechtlichen Situation ergeben; dies ist durch entsprechende Regelungen in der Richtlinie bzw. in den Modellvorhaben sicher zu stellen.

- **§ 2 Abs. 2 Satz 3 in Verbindung mit §3 Abs. 1 Satz 1 und 2**

Nach § 3 Abs. 1 Satz 1 setzt die selbstständige Ausübung von Heilkunde durch Pflegefachkräfte eine ärztliche Diagnose und Indikationsstellung voraus. Die Bundesärztekammer begrüßt diese Regelung.

Unbestritten ist, dass das Stellen der Diagnose sowie die Indikationsstellung höchstpersönliche Leistungen des Arztes und nicht delegierbar sind (siehe Empfehlung der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zur Persönlichen Leistungserbringung (5)). Mit der Indikationsstellung legt der Arzt fest, dass bei einem Patienten der Einsatz einer bestimmten medizinischen Maßnahme angebracht bzw. geboten ist. Hier stellt sich aus Sicht der Bundesärztekammer die Frage, wie § 3 Abs. 1 Satz 1 damit vereinbar ist, dass die Pflegefachkräfte auch über das „ob" einer Maßnahme entscheiden können sollen (§ 2 Abs. 2 Satz 3).

Da der Arzt den Patienten mit der Indikation für eine bestimmte Maßnahme bzw. Tätigkeit an die Pflegefachkraft weitergeleitet hat, kann nach Auffassung der Bundesärztekammer von der Pflegefachkraft nicht über das „ob" entschieden werden, ohne das diese Entscheidung dem Arzt rückgemeldet wird. Sofern die Pflegefachkraft zu der Einschätzung kommt, dass die übertragene Tätigkeit in diesem Einzelfall medizinisch nicht geboten ist, bestände nach Ansicht der Bundesärztekammer die Notwendigkeit der Wiedervorstellung des Patienten bei seinem behandelnden Arzt.

Die Bundesärztekammer spricht sich von daher für die Streichung der Worte „ob und" in § 2 Abs. 2 Satz 3 aus.

- **§ 3 Abs. 1 Satz 4 (Therapeutische Tätigkeit)**

In § 3 Abs. 1 Satz 4 wird ausgeführt, dass therapeutische Tätigkeiten nach dem besonderen Teil B der Richtlinie zur eigenverantwortlichen Durchführung auf dazu qualifizierte Berufsangehörige übertragen werden.

Nach Auffassung der Bundesärztekammer steht dies im Widerspruch zur vorgeschlagenen Variante 1 des besonderen Teils der Richtlinie. Nach diesem Vorschlag sollen auch diagnostische Tätigkeiten im Rahmen der Assessments in den Modellvorhaben übertragen werden können.

Die Bundesärztekammer lehnt die eigenverantwortliche Durchführung diagnostischer Tätigkeiten durch Pflegefachkräfte grundsätzlich ab.

- **§ 4 Abs. 1 (Verordnung)**

Die Bundesärztekammer spricht sich für die Variante 2 aus. Eine Kompetenz der Pflegefachkräfte für die Verordnung von Heilmittel wird nicht gesehen.

- **§ 4 Abs. 2 (Vordrucke)**

Die Bundesärztekammer spricht sich grundsätzlich dagegen aus, dass Pflegefachkräfte diagnostische oder therapeutische Leistungen durch Ärzte einleiten können. Die Einleitung diagnostischer oder therapeutischer Leistungen ist eine ärztliche Aufgabe.

Die Bundesärztekammer spricht sich daher für die Streichung des § 4 Abs. 2 aus.

- **§ 5 Abs. 2 (Qualitätssicherung)**

Die Bundesärztekammer begrüßt, dass die Erhebung und Auswertung der Prozessqualität und Ergebnisqualität in den Vereinbarungen zum Modellvorhaben festgelegt werden müssen, sofern sich keine verpflichtenden Regelungen zur Sicherstellung der Prozessqualität aus anderen Rechtsnormen ergeben.

- **§ 6 (Positivlisten)**

Die Bundesärztekammer spricht sich für die Festlegung von Positivlisten aus, soweit die Verordnung von Hilfsmitteln und Medizinprodukten in den Modellvorhaben vorgesehen ist. Allerdings sollte die Festlegung von Positivlisten zu den verpflichtenden Regelungsbestandteilen der Modellvorhaben gehören.

Die Bundesärztekammer spricht sich dafür aus, die Festlegung von Positivlisten in § 5 Abs. 1 und nicht in § 6 zu regeln.

Teil B

Variante 1 Teil 1

Die vorgeschlagene diagnosebezogene Übertragung heilkundlicher Tätigkeiten kommt einer En bloc-Übertragung ärztlicher Diagnostik und Indikationsstellung zu therapeutischen Maßnahmen in die eigenverantwortliche Entscheidungskompetenz von Pflegefachkräften gleich, dies lehnt die Bundesärztekammer aus den in den grundsätzlichen Anmerkungen dargelegten Gründen ab.

Für die Übernahme des gesamten medizinischen Case Managements, der Differentialdiagnostik (insbesondere problematisch bei Hypertonie), die Erfassung der Pathophysiologie (insbesondere problematisch bei der Behandlung chronischer Wunden und Ulcus cruris) und letztendlich die Überweisung zur Weiterbehandlung an weitere Ärzte sind Pflegefachkräfte nicht ausreichend qualifiziert.

Variante 1 Teil 2 und Variante 2

Zwischen beiden Varianten besteht ein hohes Maß an Übereinstimmung. Die Kommentierung erfolgt auf der Grundlage der Variante 2 (**Anlage**).

Tragende Gründe

Die tragenden Gründe sind entsprechend anzupassen.

Zusammenfassende Bewertung:

Nach Ansicht der Bundesärztekammer bestehen Spielräume bei der Ausgestaltung der Richtlinie. Der Gesetzgeber spricht im § 63 Abs. 3c SGB V von Übertragung und weder von Delegation noch von Substitution. Die Bundesärztekammer lehnt im Interesse von Patientensicherheit, Versorgungsqualität und Rechtssicherheit eine Lockerung des Arztvorbehalts für medizinische Diagnostik und Therapie strikt ab, plädiert jedoch – unter Voraussetzung der entsprechenden Qualifikation – für eine Ausschöpfung von Delegationsmöglichkeiten und Förderung von interprofessioneller Kooperation auf Basis vorhandener Kompetenzen. Teil A (Allgemeiner Teil) des vorliegenden Richtlinien-Entwurfs tendiert in diese Richtung und ist insofern nicht grundsätzlich abzulehnen.

Variante 1 von Teil B des Richtlinien-Entwurfs würde im Rahmen der Modellvorhaben eine diagnosebezogene En bloc-Übertragung von ärztlicher Diagnostik und Therapie in die eigenverantwortliche Durchführung durch Pflegefachkräfte erlauben, dies wird von der Bundesärztekammer aus o. g. Gründen strikt abgelehnt.

Variante 2 von Teil B des Richtlinien-Entwurfs stellt eine Liste übertragbarer Tätigkeiten auf. Die hierin zur Übertragung vorgeschlagenen Tätigkeiten sind überwiegend unkritisch, da bereits heute schon zu den delegierbaren Tätigkeiten zählend. Bei näherer Betrachtung zeigt die Liste jedoch Unschärfen bzw. Überarbeitungsbedarf (s. **Anlage**), der noch umgesetzt werden sollte, bevor die Richtlinie in Kraft tritt.

Berlin, 16.05.2011

Dr. med. Regina Klakow-Franck
Stellvertretende Hauptgeschäftsführerin

Literatur

1. Laurant M, Reeves D, Hermens R, Braspenning J, Grol R, Sibbald B. The Cochrane Collaboration Cochrane Reviews - Substitution of doctors by nurses in primary care. 2009: http://www.cochrane.org/reviews/en/ab001271
2. Szecsenyi J. Internationale Erfahrungen mit Unterstützungsmodellen für die Hausarztpraxis. Vortrag EQuiP, 27.09.2006, Magdeburg
3. Diegeler A, Debong B, Hacker R, Warnecke H. Nichtärztliche Chirurgieassistenz: Bessere Qualität durch mehr Routine. Deutsches Ärzteblatt 2006; 103 (26): A1802-A1804
4. Bundesärztekammer: Gutachten zur Frage der stärkeren Einbeziehung von (nicht-ärztlichen) Gesundheitsberufen in Versorgungskonzepte am Beispiel Case Management, erstellt durch das Institut für Medizinmanagement und Gesundheitswissenschaften der Universität Bayreuth, 2009
5. Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung: Persönliche Leistungserbringung. Möglichkeiten und Grenzen der Delegation ärztlicher Leistungen. Deutsches Ärzteblatt 2008; 105 (41): A2173-A2177

Anlage