

Gemeinsame Stellungnahme der Kommission „Delegation ärztlicher Leistungen“ BDI/DGIM

Richtlinie der G-BA vom 20. Oktober 2011 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

Im Pflegeweiterentwicklungsgesetz aus dem Jahr 2008 wird der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) beauftragt, Richtlinien festzulegen zur Übertragung ärztlicher Tätigkeiten auf Pflegekräfte. Hintergrund der neuen Aufgabenverteilung zwischen den Gesundheitsberufen ist auf der einen Seite der Ärztemangel sowie die demografische Entwicklung innerhalb der Ärzteschaft und in der Bevölkerung, auf der anderen Seite Finanzierungsprobleme und wirtschaftlicher Druck mit dem Ziel, den Personaleinsatz effektiver und effizienter zu machen.

Nun liegt die Erstfassung vom 20. Oktober 2011 des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Richtlinie 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 SGBV vor. In dem Modellvorhaben können Ärzte für fünf Indikationen Pflegekräften heilkundliche Tätigkeiten übertragen, die diese sowohl fachlich als auch wirtschaftlich und haftungsrechtlich verantworten. Es handelt sich um Patienten mit Typ 1 und Typ 2 Diabetes, Patienten mit chronischen Wunden, Hypertonie und Demenz. Voraussetzung für die selbstständige Ausübung von Heilkunde ist, dass die jeweils erforderliche Qualifikation gemäß § 4 Abs. 7 Krankenpflegegesetz beziehungsweise § 4 Abs. 7 Altenpflegegesetz erworben wurde.

Berufsangehörige der Alten- und Krankenpflege sollen Prozesssteuerung und Durchfüh-

rung therapeutischer Maßnahmen bei Patienten mit Typ 1 und Typ 2 Diabetes übernehmen. Verordnungen von Pflegehilfsmitteln, Verbands- und Wundmaterialien und Materialien zur Insulinbehandlung gehören dazu, die Versorgung chronischer Wunden sowie die selbstständige Veranlassung von vertragsärztlichen Überweisungen zur weiterführenden Diagnostik. Auch die Entscheidung über konkrete Vorgehensweise, konservatives Vorgehen und weitere einzuleitenden Maßnahmen bei chronischen Wunden sollen von Berufsangehörigen der Alten- und Krankenpflege fachlich selbstständig übernommen werden.

Der G-BA Vorsitzende, Dr. Rainer Hess, hält das nun vorgelegte Modellvorhaben für einen gelungenen Kompromiss. Der Arzt behält nicht die alleinige Verantwortung für die Behandlung seiner Patienten (Delegation), aber die Verantwortung geht auch nicht allein auf eine speziell ausgebildete Pflegekraft über (Substitution). Diagnose und Indikation sollen weiter vom Arzt gestellt werden. Liest man die Liste der aufgeführten ärztlichen Tätigkeiten, die übertragen werden können, erscheint der Spielraum je nach Interpretationsstil aber sehr weit gegriffen. Das belegt auch die unterschiedliche Sichtweise der Beteiligten. Der G-BA Vorsitzende spricht von Substitution ärztlicher Leistungen, was der Übertragung ja auch am nächsten kommt, die KBV sieht in der Richtlinie eine Form der Delegation.

In der Diabetologie hat sich die Praxis der qualifizierten Delegation ärztlicher Leistungen an

die Berufsgruppe der DiabetesberaterInnen etabliert und bewährt.

Fakt ist nun, dass das Modellvorhaben vorsieht, die Aufgaben von DiabetesberaterInnen durch Berufsangehörige der Alten- und Krankenpflege zu ersetzen. Dazu gehört nicht nur die unmittelbare Diabeteseinstellung mit Insulin und Medikamenten, sondern darüber hinaus das Erkennen von Komplikationen und Veranlassen von zielgerichteter Intervention.

Es sieht so aus, dass ein teurer Arzt und hoch qualifizierte DiabetesberaterInnen durch eine billigere Lösung ersetzt werden sollen. Dies kann nicht im Sinne der Patienten sein und bedeutet einen Rückschritt in der Behandlung von Menschen mit Diabetes. Dies gilt genauso für die anderen Indikationen des Modellprojektes. Die Erfassung alters- und krankheitsbedingter klinischer und familiärer Risikoaspekte bei Patienten mit Hypertonie und die Veranlassung weiterführender Diagnostik bei Menschen mit Demenz ist eine ärztliche Aufgabe.

Zusammenfassend ist eine qualifizierte Delegation ärztlicher Leistungen möglich und abhängig von regionalen Besonderheiten sinnvoll. Eine klare Absage gilt aber der Substitution ärztlicher Leistungen, durch die nicht nur eine Qualitätsminderung zu erwarten ist, sondern eventuell auch eine unerwünschte Leistungsausweitung mit entsprechenden Kostenfolgen eintreten wird. Eine Verlagerung des Arbeitsaufwandes aus dem ärztlichen in den nicht-ärztlichen Bereich, nur um dem Ärztemangel entgegenzuwirken und Effizienzsteigerung im System zu erzielen, wird nach Ansicht von DGIM und BDI nicht erfolgreich umzusetzen sein. Dazu kommt, dass sich bereits ebenfalls ein Mangel an Pflegekräften abzeichnet.

**Berufsverband
Deutscher Internisten e. V. (BDI)**

**Deutsche Gesellschaft
für Innere Medizin e. V. (DGIM)**

im Februar 2012