



Stellungnahme des Vorstands der **Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft** (DGP) zum Beschluss des **Gemeinsamen Bundesausschusses** „über eine 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“ vom 20. Oktober 2011

### 1. Zur Vorgeschichte

Mit Inkrafttreten des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes von 2008 werden unter der Intention der ‚Weiterentwicklung der Versorgung‘ zwei Regelungen zu erweiterten Tätigkeiten für Altenpflegerinnen/Altenpfleger Gesundheits- und Krankenpflegerinnen/Gesundheits- und Krankenpfleger sowie Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen/Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger zur Erprobung in Modellversuchen in das SGB V (§ 63 (3b, c) SGB V) aufgenommen. Gemäß § 63 (3b) sollen Angehörige der beiden Berufe die Verordnung der Verbandsmittel und Pflegehilfsmittel sowie die inhaltliche Ausgestaltung der häuslichen Krankenpflege einschließlich der Dauer vornehmen können. Beides steht unter einem Qualifikationsvorbehalt, und es darf sich hierbei nicht um heilkundliche Tätigkeiten handeln.

Die Regelung nach § 63 (3c) SGB V sieht vor, dass ärztliche Tätigkeiten auf Pflegefachkräfte übertragen und modellhaft erprobt werden können. Der gesetzliche Rahmen für die hierzu notwendige, weitergehende Qualifikation ist 2008 durch eine Ergänzung der bestehenden Berufegesetze der Alten- und Krankenpflege geschaffen worden. Formal kann die Zusatzqualifikation auf Hochschul- und Fachschulebene angeboten werden.

Die Ausgestaltung der Regelung nach § 63 (3c) SGB V war dem Gemeinsamen Bundesausschuss übertragen worden, der eine entsprechende Richtlinie nach mehrjähriger Diskussion und Einholung von Stellungnahmen am 20. Oktober 2011 beschlossen hat.

### 2. Stellungnahme zur vorliegenden Richtlinie

Die Richtlinie differenziert zwischen übertragbaren diagnosebezogenen heilkundlichen Tätigkeiten und prozedurenbezogenen heilkundlichen Tätigkeiten.

Die diagnosebezogenen heilkundlichen Tätigkeiten beziehen sich auf ausgewählte Krankheitsbilder mit chronischen Verläufen, und damit verbunden auf Patientengruppen

mit langanhaltendem Versorgungsbedarf. Im Anschluss an die Diagnosestellung ermöglicht die Richtlinie die modellhafte Erprobung der Übertragung von Tätigkeiten im Bereich des Assessments, der Planung einzuleitender Interventionen sowie der Umsetzung des Therapieplanes. Dieser Ansatz ist zu begrüßen, eröffnet er doch einen ersten Schritt in die fachgerechte Zuordnung von Zuständigkeiten. Der häufige Kontakt zwischen Pflegefachpersonen und Patienten hat bei diesen Patientengruppen beispielsweise auch bisher schon eine Therapiekontrolle nahe gelegt. Allerdings beschränkten sich die instrumentellen Möglichkeiten auf die allgemeine Krankenbeobachtung und –befragung. Nun kommen als weitere Kriterien u.a. Laborparameter hinzu und verbessern so die Informationslage um z.B. Therapieanpassungen vornehmen zu können.

In die fachgerechte Zuordnung von Zuständigkeit einzuordnen ist auch die neu geschaffene Möglichkeit für Pflegefachpersonen ,Folgeverordnungen gemäß ,Hauslicher Krankenpflege Richtlinie (HKP-RiLi § 37 SGB V) vorzunehmen. Unverständlich ist allerdings, warum die Regelungen des § 63 (3b) SGB V der Ausgestaltung des § 63 3c SGB V unterstellt werden, was der gesetzlichen Regelung entgegengerichtet ist.

Problematisch ist des Weiteren, dass zahlreiche Tätigkeiten, die bisher selbstverständlicher Anteil pflegerischer Leistungen waren, unter Arztvorbehalt gestellt werden, um sie dann im Rahmen dieser Richtlinie auf spezifisch qualifizierte Pflegefachpersonen übertragen zu können. Dazu gehört die Hautpflege bei Diabetikern ebenso wie die Durchführung von Information, Beratung und Anleitung oder die Bewertung von Selbstmanagementfähigkeiten. Diese Maßnahmen sind Teil der bisherigen Pflegeausbildung und werden heute schon kompetent von Pflegefachkräften ohne gesonderte Schulung durchgeführt.

Bei den prozedurenbezogenen heilkundlichen Tätigkeiten wiederholt sich das Problem, dass hier einige Maßnahmen auflistet werden, die seit Jahrzehnten Teil der Pflegeerausbildung sind wie der Blasenkatheterismus oder die Stomapflege.

Daneben entsteht durch den Ausweis einzelner Prozeduren ein systematisches Problem, denn der Sinnzusammenhang, in dem diese Aufgaben stehen, entscheidet der Mediziner. Perfektioniert wird auf diese Weise die Arbeit der Pflegefachkraft als medizinische Assistenz. Wie die aufgelisteten Aufgabenbereiche sinnvoll in pflegebezogene Handlungsvollzüge integriert werden können, bleibt völlig unbeachtet, zumal auch hier der weiter bestehende Arztvorbehalt dafür sorgt, dass es keine Aufgaben werden, die im Zusammenhang mit der gesamten pflegerischen Versorgung des Patienten selbständig entschieden werden können.

Die in der Richtlinie getroffenen Aussagen zur Qualifikation erscheinen unausgegoren.

- Streng genommen bedeutet die jetzige Regelung, dass die nicht gesondert geschulten Fachkräfte die ausgewiesenen Maßnahmen zukünftig nicht mehr durchführen dürfen. Das erscheint in hohem Maße fragwürdig, da viele

Aufgabenbereiche auch Gegenstand der Erstausbildung sind (z. B. Katheterismus). Die Betreffenden könnten auch nicht in einer Weiterbildung die nunmehr mangelhafte Befähigung kompensieren, da die Modellversuche ausdrücklich an die Erstausbildung gekoppelt sind und der Bund die Weiterbildung bisher gar nicht regeln darf.

- Die Auflistung von Lerninhalten, um die Fachkräfte zu befähigen, die genannten Aufgaben zukünftig im Rahmen von Modellversuchen zu übernehmen, ignoriert die bildungspolitische Diskussion. Wichtig wäre, Kompetenzen zu beschreiben, nicht aber Inhalte.
- Bei dieser Auflistung geht es vorrangig um Kenntnisse. Welche Niveaustufe bei der Vermittlung wichtig wäre, bleibt völlig unklar.
- Wenn – wie in §2 dieser RiLi ausgeführt -selbständige Heilkunde auf wissenschaftlichen Grundlagen beruht, dann muss der Tatsache Rechnung getragen werden, dass wissenschaftliche Erkenntnis im Fluss ist. Dies macht eine abschließende Festlegung von Lerninhalten unmöglich. Sinnvoller ist es, eine hochschulische Qualifikation vorzusehen, die mit der Befähigung verbunden ist, sich selbstständig den jeweiligen wissenschaftlichen Stand zu erarbeiten und reflektiert in Praxisbezüge zu bringen. Dieser Fokus bleibt leider völlig unbeachtet.

Zusammenfassend besteht unter fachlichem Aspekt ein dringender Bedarf an Durchsicht und Korrektur. Unter sozialrechtlichem, organisatorischem und qualifikatorischem Aspekt werden pflegfachliche Leistungen (SGB XI; z. B. Beratung) sekundär unter Arztvorbehalt gestellt, um übertragbar zu werden.

Die Richtlinie leistet wenig mehr, als die behandlungsbezogenen pflegerischen Leistungen aus dem Schatten bisheriger Nichtregelung zu holen. Der Perspektive bereits gegenwärtig erkennbarer Versorgungsbedarfe wird die Richtlinie nicht gerecht, Effizienz und Effektivität der Versorgung hätten weitergehend befördert werden können. Die Möglichkeit, die in den primär qualifizierenden oder dualen Studiengängen ausgebildete pflegfachliche Kompetenz stärker zu nutzen, wird nur ansatzweise ausgeschöpft.

Duisburg,  
November 2011

Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft (DGP)