



## **Stellungnahme zum Referenten-Entwurf (Stand: 10.09.07) eines Gesetzes zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (Pflege-Weiterentwicklungsgesetz – PFWG)<sup>1</sup> – eine erste Problemorientierung.**

v. Lutz Barth, 14.09.07

### **Vorbemerkung**

Freilich kann und soll es hier nicht darauf ankommen, den Referenten-Entwurf zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung in toto einer Wertung und ggf. Plausibilitätsprüfung zu unterziehen. Diesbezüglich darf davon ausgegangen werden, dass in der Folge hierzu eine Vielzahl von weiteren Stellungnahmen von verschiedenen Autoren abgegeben werden und je nach Profession verschiedene Akzente bei der Wertung des Entwurfes gesetzt werden<sup>2</sup>.

Hier soll es vielmehr darum gehen, den Beitrag und die Lösungsvorschläge des PFWG zu den **medizinisch arbeitsteiligen Prozessen** zwischen der Ärzteschaft und den Pflegenden vor dem Hintergrund der Emanzipationsbestrebungen der Pflegeberufe und ihrer Verbände zu untersuchen.

Wie allgemein bekannt, ringen die Pflegeberufsverbände<sup>3</sup> um mehr Autonomie in bewusster Abgrenzung zum bisherigen Monopol der Heilberufstätigkeit durch die Ärzteschaft und damit zugleich auch um die sog. Vorbehaltsaufgaben, so dass insgesamt sich die Pflegenden auf „gleicher Augenhöhe“ mit den Ärzten auf einer horizontalen Arbeits- und damit Verantwortungsebene begegnen können.

Die Motive für die Emanzipationsbestrebungen mögen hier außer Betracht bleiben, zumal sich die aktuellen Bestrebungen in erster Linie als konkrete Berufspolitik erweist, die mehr oder weniger dem Selbstverständnis der Pflegeverbände geschuldet zu sein scheint und demzufolge nicht kritisch hinterfragt werden soll.

Um es gleich vorweg zu nehmen: die Pflegeverbände haben mit ihrer ständigen Präsenz insbesondere bei den politisch Verantwortlichen offensichtlich ihr Ziel nicht verfehlt.

### **Der neue § 63 Abs. 3b SGB V**

Der vorgesehene neue § 63 Abs. 3b SGB V ermöglicht über die bereits bestehenden Möglichkeiten hinaus, weitere Vorhaben zur stärkeren Einbeziehung nichtärztlicher Heilberufe in Versorgungskonzepte auf den Weg zu bringen.

In der Begründung hierzu wird ausgeführt:

---

<sup>1</sup> Einen Download zum Referenten-Entwurf findet sich auf den Seiten von Vincentz.net unter >>> [http://www.vincentz.net/ahdownload/downloads\\_stationaer.cfm](http://www.vincentz.net/ahdownload/downloads_stationaer.cfm) unter Gesetzesentwürfe.

<sup>2</sup> Dies gilt im Übrigen auch aus parteipolitischer Sicht, so dass der Diskussionsprozess insgesamt noch nicht abgeschlossen erscheint; vgl. dazu etwa die Reaktionen auf die Pflegenovelle, in Ärzte Zeitung online, 13.09.07 >>> <http://www.aerztezeitung.de/docs/2007/09/13/158a0603.asp?cat=/politik/gesundheitsreform>

<sup>3</sup> Nicht notwendigerweise die Pflegenden selber. Dies ergibt sich bereits aus dem geringen Organisationsgrad der Pflegenden in den jeweiligen Berufsverbänden.

„Die Neureglung eröffnet die Möglichkeit, dass Angehörige der im Krankenpflegegesetz geregelten Berufe in Modellvorhaben nach den §§ 63 ff. in der gesetzlichen Krankenversicherung einzelne bisher allein von Ärzten zu verordnenden Leistungen selbst verordnen sowie selbständig die inhaltliche Ausgestaltung der ärztlich verordneten häuslichen Krankenpflege einschließlich von deren Dauer übernehmen. Das führt zu einer Kompetenzerweiterung für Krankenpflegekräfte im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung. Berufsrechtlich dürfen Krankenpflegekräfte diese Leistungen bereits nach geltendem Recht erbringen, da sie hierzu nach dem in der Ausbildungszielbeschreibung in § 3 Abs. 2 Nr. 1 des Krankenpflegegesetzes dargestellten Berufsbild befähigt sind. Die in Frage stehenden Tätigkeiten fallen nicht unter den von § 1 Abs. 2 des Heilpraktikergesetzes definierten Bereich der Ausübung der Heilkunde. Mit dieser Regelung wird einem langjährigen Wunsch der Krankenpflegekräfte Rechnung getragen“<sup>4</sup>.

Ein lang gehegter Wunsch ist demzufolge in Erfüllung gegangen und in dem Referenten-Entwurf findet sich sogleich im Anschluss an die vorhergehende pars pro toto aus der Begründung der folgende Passus:

„Absatz 3c lässt zu, dass im Rahmen von Modellvorhaben nach den §§ 63 ff. bestimmte ärztliche Leistungen von entsprechend qualifizierten Krankenpflegekräften ohne vorherige ärztliche Veranlassung erbracht werden können. Diese Krankenpflege treten als eigenständige Leistungserbringer in der gesetzlichen Krankenversicherung auf, so dass hieraus eine Erweiterung der Leistungserbringerseite folgt“<sup>5</sup>.

Mithin können die Pflegeberufsverbände – zumindest nach dem derzeitigen Stand des Entwurfs – einen beachtlichen berufspolitischen Erfolg für sich reklamieren. Die „Stimme“ der Pflegeberufsverbände wurde „erhört“ und zwar ohne dass diese im „Haifischbecken der Selbstverwaltung“<sup>6</sup> vertreten sind.

Die berufspolitischen Vorstellungen der Verbände haben sich unmittelbar im Referenten-Entwurf niedergeschlagen und es bleibt abzuwarten, ob hier nicht der reine und gleichsam pathetische, vom Gemeinwohl und den bürgerlichen Ideologien inspirierte und getragene „Wunsch“ der Vater des Gedankens war und im Ergebnis als eine politische Konzessionsentscheidung zu werten ist, zumal es gegenwärtig nicht opportun ist, den berufspolitischen Bestrebungen der Verbände gewissermaßen die „Grenzen“ aufzuzeigen. Die konkrete Pflegepraxis wird zeigen, ob sich hier nicht eine neuere Kluft zwischen „Theorie“ und „Praxis“ aufgetan hat.

## Perspektiven und Thesen zur Diskussion

Ein Erfolg, der freilich nicht ohne Folgen auch für das zivilrechtliche Haftungsrecht bleiben wird. Ob dies allerdings den Pflegenden und ihren Berufsverbänden klar zu sein scheint, steht nachhaltig zu bezweifeln an, es sei denn, man/frau setzt hier voll und ganz auf die Absicherung der haftungsrechtlichen Risiken durch eine entsprechende Berufshaftpflichtversicherung, wie von einigen Pflegerechtlern besonders hervorgehoben und betont wird<sup>7</sup>.

<sup>4</sup> Referenten-Entwurf PFWG, Zu Nr. 7 (§ 63), S. 229.

<sup>5</sup> Referenten-Entwurf, ebenda.

<sup>6</sup> Vgl. dazu Newsletter des DPR 9/2007 >>> [www.deutscher-pflegerat.de](http://www.deutscher-pflegerat.de); vielleicht auch ein Beleg dafür, dass es nicht unbedingt zwingend ist, Pflegekammern zu institutionalisieren.

<sup>7</sup> So etwa Böhme/Hasseler, Standortbestimmung Pflege - Rechtspolitische, rechtssoziologische, rechtswissenschaftliche und pflegewissenschaftliche Überlegungen zur Übertragung ärztlicher Tätigkeiten, in Die Schwester/Der Pfleger 08/2006. Das sich in diesem Hinweis gleichsam ein gewisser Zynismus gegenüber den berechtigten Interessen der Alterspatienten widerspiegelt, dürfte auf der Hand liegen. vgl. dazu kritisch L. Barth, Standortbestimmung Pflege – zugleich eine Stellungnahme zum gleichnamigen Beitrag v. H. Böhme und M. Hasseler in Die Schwester/Der Pfleger 08/2006, beginnend mit dem 1. Teil des Beitrages in PflR 6/2007, S. 253 ff. und den Folgebeiträgen in PflR 07/2007, S. 307 ff. und PflR 08/2007, S. 357 ff..

Nachdenklich freilich muss stimmen, dass der Referenten-Entwurf die eigentlichen Adressaten mit Blick auf eine „Pflege(!)-Reform“, namentlich die Berufsgruppe der Altenpflegerinnen und Altenpfleger, von dieser medizinischen Light-Regelung einstweilen ausgenommen<sup>8</sup> hat.

Gründe, warum dies so ist, erschließen sich nicht aus dem Referenten-Entwurf, obgleich doch gerade die Berufsgruppe der Altenpflegerinnen und Pfleger dem stationär in Pflegeeinrichtungen betreuten Alterspatienten besonders nah sind, mal ganz abgesehen davon, dass die Altenpfleger zahlenmäßig die größte Berufsgruppe in den stationären Alteneinrichtungen darstellen<sup>9</sup>.

Befinden wir uns – so könnte provozierend nachgefragt werden – mit dem Referenten-Entwurf auf einem Weg nicht nur in die Light-Medizin<sup>10</sup>, sondern auch in eine „Zweiklassen-Pflege“?

Die besondere Privilegierung der Krankenpflegeberufe in dem derzeitigen Referenten-Entwurf überzeugt nicht und entbehrt jeder sachlichen Grundlage. In diesem Zusammenhang stehend hat nicht ganz zu Unrecht das BVerfG in seiner Entscheidung zum Altenpflegegesetz darauf hingewiesen, dass etwa im Gegensatz zu den Krankenpflegeberufen die Rechtsbeziehung zwischen dem Arzt und dem Pflegepersonal in den stationären Altenpflegeeinrichtung nicht (!) primär als Arzt-Assistenz-Beziehung ausgestaltet ist und diese wohl eher mit einer Situation konfrontiert werden, in der es gilt, ad hoc „ärztliche“ Entscheidungen zu treffen. In diesem Sinne dürfte es im Rahmen einer Pflegereform wohl eher darauf ankommen, speziell die Handlungsmöglichkeiten der in der Altenpflege beschäftigten Mitarbeiter zu fördern.

Sofern es also dem Gesetzgeber darauf ankommt, ggf. in Modell-Projekten neue Kooperationsformen zwischen der Ärzteschaft und den Pflegenden zu ermöglichen, sollte diese Möglichkeit auch – wenn nicht gar in erster Linie – für die Berufsgruppe der Altenpflegerinnen und Pfleger eröffnet werden, auch wenn diesseits (nach wie vor) prinzipielle Bedenken an der Notwendigkeit der Übertragung von Vorbehaltsaufgaben sowohl an die Kranken-, aber auch Altenpflege gehegt werden. Eine qualifizierte Pflege kann auch in einem Verhältnis der Über- und Unterordnung geleistet werden, ohne dass hier den berufspolitischen Emanzipationstendenzen gleichsam der „Wind aus den Segeln“ genommen wird.

Entscheidend ist und bleibt die ärztliche Gesamtverantwortung für den anamnestischen, diagnostischen und therapeutischen Erfolg (auch wenn dieser als solcher vertraglich nicht geschuldet ist), so dass der Arzt (resp. Ärztin) im Rahmen der bisherigen Delegationsregeln einen Teil der (an sich) ihm/ihr zustehenden ärztlichen Aufgaben an das nichtärztliche Assistenzpersonal übertragen kann.

Insofern weist der Referenten-Entwurf durchaus in die richtige Richtung, wonach mit der neuen Vorschrift des § 119b SGB V der Versuch unternommen wird, die gelegentlich als

---

<sup>8</sup> Nach dem derzeitigen Stand des Referenten-Entwurfs werden – soweit ersichtlich – nur die entsprechenden berufsrechtlichen Regelungen im Krankenpflegegesetz entsprechend ergänzt.

<sup>9</sup> Vielleicht mag es daran liegen, dass der Berufsverband der Altenpflegekräfte seinerzeit eher mit „Unfrieden“ aus dem Dachverband Deutscher Pflegerat ausgeschieden ist und daher in diesem Sinne keine echte Lobby mehr bei den politisch Verantwortlichen hatte, die gleichsam hartnäckig ihre berufspolitischen Ziele unaufhörlich in das Ohr der politisch Verantwortlichen flüsteren.

<sup>10</sup> Vgl. dazu etwa die gemeinsame Presseerklärung der BÄK und KBV: Arztvorbehalt sichert hohe Qualität der Versorgung. BÄK und KBV warnen vor „Medizin light“ im deutschen Gesundheitswesen >>> Gemeinsame Presseerklärung unter >>> <http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=3.71.5545.5573>

unzureichend beschriebene ambulante ärztliche Betreuung von Pflegebedürftigen in Pflegeheimen zu verbessern.

Stationäre Alteneinrichtungen sind danach vom Zulassungsausschuss zur *Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung von pflegebedürftigen Versicherten in der Pflegeeinrichtung zu ermächtigen, soweit eine ausreichende ärztliche Versorgung dieser Versicherten ohne einen in der Pflegeeinrichtung tätigen angestellten Arzt, der in das Arztregister eingetragen und geriatrisch fortgebildet ist, durch niedergelassene Ärzte im Rahmen der hausarztzentrierten Versorgung (§ 73b), der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung (§ 73c), der integrierten Versorgung (§ 140a) oder anderer Kooperationsverträge nicht sichergestellt ist.*

Hierbei scheint es dem Gesetzgeber notwendig zu sein, dass der in der Pflegeeinrichtung tätige Arzt bei seinen ärztlichen Entscheidungen nicht an die Weisungen von Nichtärzten gebunden ist und er ferner mit den übrigen Leistungserbringern eng zusammenarbeiten soll. Der sog. „angestellte Heimarzt“ ist demzufolge dann eine Option, wenn und soweit andere Versorgungsmodelle nicht zu greifen vermögen.

Diese gesetzgeberische Entscheidung ist nachhaltig zu begrüßen, da jedenfalls im Rahmen hausarztspezifischer Modelle diese mehr als bisher in den gesamttherapeutischen Prozess der in den stationären Alteneinrichtungen betreuten und gepflegten Bewohnern eingebunden werden sollten und nicht nur frei von Weisungen in ihrem genuin vorbehaltenen ärztlichen Bereich sind, sondern vielmehr auch Weisungen gegenüber dem Pflegepersonal erteilen können.

Es ist eine bedenkliche Fehlentwicklung gewesen, dass gerade mit dem Prozess der berufspolitischen Emanzipation – und hier liegt die Betonung auf berufspolitisch – gleichsam die Fehlvorstellung genährt wurde, dass den Ärzten keine Weisungsrechte gegenüber dem Pflegepersonal insbesondere in stationären Alteneinrichtungen zustehen. Dies war nach diesseitiger Auffassung auch schon in der Vergangenheit nicht der Fall und dürfte erst recht nicht in der Zukunft anzunehmen sein, wenn entsprechende Kooperationsmodelle darauf gründen, die Versorgungssituation der Alterspatienten entsprechend zu verbessern. Die seltsame Metamorphose des Alterspatienten hin zum einem Kunden resp. Klienten hat offensichtlich in einem nicht unbeträchtlichen Maße dazu beigetragen, dass die Rolle des in einer stationären Alteneinrichtung betreuten Bewohners verdrängt wurde: er ist in erster Linie ein Patient, der zudem mit einem exorbitanten Morbiditätsrisiko belastet ist, dass höchste Ansprüche an die Kompetenz der Ärzte, aber freilich auch der Pflegenden formuliert. Sofern also ein Alterspatient der medizinischen Behandlung bedarf – was wohl regelmäßig anzunehmen ist – bedarf es stets der Einbindung der ärztlichen und fachärztlichen Kompetenz. Die Ärzte sind ihrerseits gehalten, im Rahmen ihrer Organisationsverantwortung für die lege artis geschuldete (Dauer)Heilbehandlung des multimorbiden Alterspatienten entsprechende Weisungsrechte gegenüber dem Pflegepersonal wahrzunehmen und auszuüben und zwar insbesondere mit Blick auf die Auswahl-, Instruktions- und Überwachungspflichten.

Nicht ausgeschlossen dürfte allerdings sein, dass hier die ambulanten Krankenpflegedienste ein neues und weiteres Betätigungsfeld erblicken. Dies deshalb, weil etwa nach der Medizin-Light-Regelung (!?) des § 63 Absatz 3c ärztliche Leistungen von entsprechend qualifizierten Krankenpflegekräften ohne vorherige ärztliche Veranlassung erbracht werden können. Inwieweit hier ggf. der neue § 119b SGB V von seinem bisherigen grammatikalischen Wortlaut her überinterpretiert wird, bleibt abzuwarten. Denn nicht ausgeschlossen sein dürfte die Annahme, dass z.B. die ambulante (ärztliche) Versorgung durch andere Versorgungsmodelle (z.B. ambulante Krankenpflegedienste) in den stationären Alteneinrichtungen wahrzunehmen ist, bevor davon ausgegangen werden kann, dass eine ausreichende Krankenversorgung nicht (!) gewährleistet wird und somit die Ermächtigung der stationären Pflegeeinrichtungen zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung zu greifen vermag.

Dies könnte zu der Konsequenz führen, dass Krankenpflegekräfte ohne vorherige ärztliche Veranlassung gleichsam das therapeutische Monopol gegenüber ihrem „Schwesterberuf der Altenpflege“ in den stationären Pflegeeinrichtungen wahrnehmen und im Zweifel Anordnungen treffen, die von den Altenpflegekräften umzusetzen wären. Spätestens dann dürfte sich die „Spreu vom Weizen“ trennen und die alte, aber keineswegs betagte Diskussion zwischen den Kranken- und Altenpflegekräften wird wieder entfacht. Die Krankenpflegeverbände haben ihren Aufstieg in der allgemeinen Professionalisierungsskala erfolgreich abgeschlossen, während demgegenüber die Altenpflege hiervon noch weit entfernt zu sein scheint.

Liegt es da nicht auch nahe, dass in der Folge quasi im intraprofessionellen Raum der Pflegeberufe die vermeintliche Dominanz der Krankenpflege mit Blick auf die im Zweifel exklusiv eingeräumten Heilberufstätigkeit zugleich mit der Forderung verbunden wird, dass „ihre“ Anweisungen auch zu befolgen seien und so sich die ehemals geführte Diskussion über das Weisungsrecht etwa der Ärzte lediglich auf eine andere, nämlich intraprofessionelle Ebene zwischen den Pflegeberufen verlagert wird?

Hier öffnen sich nach diesseitiger Einschätzung nicht nur neue Haftungspotentiale und Risiken, sondern auch ein berufspolitischer Zündstoff am Horizont der Emanzipationsbestrebungen der Pflegeberufsverbände, die zwingend zu vermeiden sind.

Vornehmlich die examinierten Altenpflegekräfte und ihre Arbeitgeber könnten also aufgerufen sein, ihre eigenen Vorstellungen mit Blick auf die nach dem Referenten-Entwurf zum Pflege- Weiterentwicklungsgesetz eröffneten Möglichkeiten zur Etablierung von **Modellprojekten** (!) zu formulieren.

Anlass hierzu dürfte allemal bestehen, denn gerade in den stationären Alteneinrichtungen werden multimorbide Alterspatienten betreut, die überwiegend als „Langzeitpatienten“ nicht nur mit chronischen Krankheiten einzuordnen sind. Hier scheint eine unmittelbare und direkte medizinische Versorgung zwingend geboten, so dass es insgesamt angeraten sein dürfte, im Rahmen der Möglichkeiten von sog. Modellprojekten auf eine intensivere Kooperation mit der Ärzteschaft zu setzen.

Lutz Barth

© IOB 2007

Für Anregungen und Kritik ist in der Verfasser verbunden.

>>> E-mail: [webmaster@iqb-info.de](mailto:webmaster@iqb-info.de)

>>> home: Zur Webpräsenz: <http://www.iqb-info.de/>