On the slow implementation of pilot projects: Suspected causes from the perspective of statutory health insurance funds

Zur zögerlichen Umsetzung von Modellvorhaben: vermutete Ursachen aus Sicht der gesetzlichen Krankenkassen

Michael Wessels^{1*}, Dorith Geuen²

¹Hochschule für Gesundheit, Department of Community Health, 44801 Bochum, Germany
*michael.wessels@hs-gesundheit.de

²Hochschule Hannover, Fakultät V – Diakonie, Gesundheit und Soziales, 30625 Hannover, Germany

Received 31 March 2017, accepted 25 March 2018

Abstract

Background: The system of nursing care in Germany is currently changing. For years, a further development of cooperation in the health care sector has been discussed. And thus a change in the distribution of tasks between health care professions. In 2008, the legislature introduced the introduction of pilot projects for the transfer of medicinal tasks to nurses according to § 63 para. 3c Social Code V. The implementation is very sluggish. The aim of the study was to analyze the reasons for this sluggish implementation from the perspective of the statutory health insurance funds.

Methods: Quantitative survey of all statutory health insurance funds (n=124) in Germany.

Results: To ensure supply, 94 % of health insurance companies consider the transfer of medical tasks to non-medical care providers as a sensible approach. Also 96 % consider this to be very important in order to ensure care. Although 96 % of health insurance funds support the implementation of pilot projects, only 8 % are in fact involved in such contracts; 71 % do not plan own pilot projects for the future.

In the view of the statutory health insurance funds, legal obstacles (90 %), resistance by medical representatives (84 %), unresolved financing (74 %) and liability issues (70 %) as well as non-applicable regulations in G-BA-directive (79 %) and the law (85 %). Less than half (46 %) of the health insurance companies suspect high costs causing the slow implementation.

Discussion: The amendments adopted by the legislature in the current reform of the law on care professions can be described as appropriate; in particular the fact that statutory health insurance funds should implement and carry out appropriate pilot projects by 31 December 2020.

Abstract

Hintergrund: Das System der pflegerischen Versorgung in Deutschland befindet sich in einer Umbruchphase. Seit Jahren wird über eine Weiterentwicklung der Kooperation im Gesundheitswesen und damit über eine Veränderung der Aufgabenverteilung zwischen den Gesundheitsberufen diskutiert. Im Jahr 2008 hat der Gesetzgeber die Einführung von Modellvorhaben zur Übertragung von Heilkunde auf Pflegenden gem. § 63 Abs. 3c SGB V ermöglicht. Die Umsetzung verläuft sehr schleppend. Das Ziel der Untersuchung war, die Gründe für diese schleppende Umsetzung aus Sicht der gesetzlichen Krankenkassen zu analysieren.

Methode: Quantitative Befragung aller gesetzlichen Krankenkassen (n=124) in Deutschland.

Ergebnisse: Zur Sicherstellung der Versorgung halten 94 % der Krankenkassen die Übertragung von Heilkunde auf nichtärztliche Leistungserbringer für einen sinnvollen Ansatz. Sie wird von 96 % der Krankenkassen als sehr wichtig empfunden. Zwar befürworten 96 % der Krankenkassen grundsätzlich die Durchführung von Modellvorhaben, tatsächlich sind aber nur 8 % an derartigen Verträgen beteiligt; 71 % der Krankenkassen planen auch keine eigenen Modellvorhaben für die Zukunft.

Als mögliche Ursachen für die bislang schleppende Umsetzung werden aus Sicht der GKV insbesondere rechtliche Hürden (90 %), Widerstand durch ärztliche Standesvertreter (84 %), ungeklärte Finanzierungs- (74 %) und Haftungsfragen (70 %) sowie nicht-praxistaugliche Regelungen in der G-BA-Richtlinie (79 %) und im Gesetz (85 %) angeführt. Weniger als die Hälfte (46 %) der Krankenkassen vermutet hohe Kosten als Ursache für die schleppende Umsetzung.

Diskussion: Die vom Gesetzgeber im aktuellen Pflegeberufereformgesetz (PflBRefG) vorgenommenen Änderungen, insbesondere die Tatsache, dass Krankenkassen entsprechende Modellvorhaben bis zum 31. Dezember 2020 vereinbaren und durchführen sollen, sind vor dem Hintergrund der geäußerten Kritik als zielführend und adäquat zu bezeichnen.

Keywords

Transfer of medical tasks – Pilot Projects – Health Professionals – Care – Statutory Health – Insurance

Keywords

Übertragung von Heilkunde – Modellvorhaben – Pflegeberufereformgesetz – Gesundheitsberufe – Pflege – Gesetzliche Krankenversicherung

EINLEITUNG

Das System der pflegerischen Versorgung in Deutschland befindet sich in einer Umbruchphase. Nach weitreichenden Reformen im Rahmen der Pflegestärkungsgesetze I bis III (S. BGBl 2014/2222; BGBl 2015/2424 und BGBl 2016/3191) erfolgten mit dem Gesetz zur Reform der Pflegeberufe (Pflegeberufereformgesetz – PflBRefG) tief greifende Veränderungen, in erster Linie im Hinblick auf eine generalisierte Ausbildung von Pflegenden (S. BGBl 2017/2581).

Auch wenn im Fokus des Pflegeberufereformgesetzes (PflBRefG) zweifelsohne die Reform zur generalistischen Ausbildung steht, sind weitere maßgebliche Änderungen in dem Gesetz enthalten. So sind beispielsweise die Veränderungen für Modellvorhaben gemäß § 63 Abs. 3c Sozialgesetzbuch – Fünftes Buch (SGB V) im Hinblick auf ihre Bedeutung für die Neuabgrenzung der Gesundheitsfachberufe zumindest in der politischen Diskussion bislang nahezu nicht präsent gewesen. Dabei sind auch hier maßgebliche Veränderungen erfolgt, auf die im Folgenden vertiefend eingegangen wird.

Der Sachverständigenrat fordert bereits seit Jahren eine Weiterentwicklung der Kooperation im Gesundheitswesen und damit eine Veränderung der Aufgabenverteilung zwischen den Gesundheitsfachberufen (SVR, 2007). Bereits im Jahr 2008 hat der Gesetzgeber diese Forderung des SVR aufgegriffen und im Rahmen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes (PfWG) Regelungen zur Durchführung von Modellvorhaben, mit dem Ziel einer Erprobung der Übertragung von erweiterten Aufgaben auf Pflegenden in § 63 Abs. 3c SGB V, implementiert (S. BGBl 2008/874; SVR, 2014). Auf dieser Grundlage hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) im Oktober 2011 seine Richtlinie über die Festlegung ärztlicher Tätigkeiten zur Übertragung auf Berufsangehörige der Alten- und Krankenpflege zur selbständigen Ausübung von Heilkunde beschlossen (G-BA, 2012).

Die wissenschaftliche Debatte zur Neuabgrenzung der Aufgaben- und Tätigkeitsfelder zwischen den Gesundheitsfachberufen hat in der Folge erheblich an Intensität gewonnen und es wurden verschiedene Untersuchungen durchgeführt und umfangreiche Konzepte entwickelt (vgl. exemplarisch Robert-Bosch-Stiftung, 2013 und 2010; SVR, 2014; Kuhlmei, Höppner & Schaeffer, 2011; Offermanns & Neiheiser, 2010; Blum, Offermanns & Perner, 2008; Höppner 2008). So hat der Wissenschaftsrat (WR) im Jahr 2012 darauf verwiesen, dass Angehörige der verschiedenen Gesundheitsfachberufe nicht nur zunehmend komplexere Aufgaben zu erfüllen haben werden, sondern auch Aufgaben übernehmen, die zuvor von Ärzten wahrgenommen wurden (WR, 2012). In diesem Kontext hat der Wissenschaftsrat eine akademische Qualifizierung von Gesundheitsfachberufen gefordert (WR, 2012).

Insofern ist die Übertragung von Heilkunde nach wie vor umstritten, aber politisch gewollt. Dies hat die „Große Koalition“ in ihrem Koalitionsvertrag bekräftigt: *„Der Einsatz von qualifizierten nichtärztlichen Gesundheitsfachberufen, die delegierte ärztliche Leistungen erbringen, soll flächendeckend ermöglicht und leistungsgerecht vergütet werden. Modellvorhaben zur Erprobung neuer Formen der Substitution ärztlicher Leistung sollen aufgelegt und evaluiert werden. Je nach Ergebnis werden sie in die Regelversorgung überführt.“* (CDU, CSU & SPD 2013, 53f.)

Auch in der Ärzteschaft scheint ein Wandel stattgefunden zu haben. So wird die Übertragung von Heilkunde nicht mehr generell abgelehnt. Auf dem 118. Deutschen Ärztetag im Mai 2015 in Frankfurt wurde die Erstellung einer Rahmenvorgabe für die Ausbildung und die Tätigkeit akademisierter Gesundheitsfachberufe begrüßt. Allerdings stand hier zunächst das in Deutschland noch neue und in Teilen wenig bekannte Berufsbild des Physician Assistant im Fokus, weitere akademisierte Gesundheitsfachberufe sollen aber zukünftig in die Rahmenvorgaben einbezogen werden (Bundesärztekammer, 2015, S. 205). Der Gesetzgeber sowie die Vertragspartner des Bundesmantelvertrags wurden auf dem 118. Deutschen Ärztetag aufgefordert, *„die Ausweitung der Delegation ärztlicher Leistungen unter dem Kriterium der Arztentlastung und der Steuerung der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen zu organisieren“* (Bundesärztekammer, 2015, S. 207). Im Ergebnis wurde von der Ärzteschaft auch explizit festgehalten, dass der gezielte Einsatz der Delegation ärztlicher Leistungen eine qualitativ hochwertige Patientenversorgung sichern könne (Bundesärztekammer, 2015, S. 207). Eine Substitution ärztlicher Leistungen wird aber nach wie vor strikt abgelehnt. Hierzu wurde im Jahr danach auf dem 119. Deutschen Ärztetag im Mai 2016 in Hamburg beschlossen: *„Die persönliche Leistungserbringung ist eines der wesentlichen Merkmale freiberuflicher Tätigkeit. Dennoch kann der Arzt Leistungen in Teilen auch an nichtärztliche Mitarbeiter delegieren. Der 119. Deutsche Ärztetag lehnt die Substitution ärztlicher Tätigkeit, insbesondere für Indikationsstellung, Diagnostik und Therapie, strikt ab. Sie schadet gleichermaßen der Patientensicherheit sowie der Versorgungsqualität und schafft Rechtsunsicherheit für Ärzte, nichtärztliche Fachberufe und Patienten.“* (Bundesärztekammer, 2016, S. 12)

In seinem Gutachten zur bedarfsgerechten Versorgung aus dem Jahr 2014 hat der Sachverständigenrat die schleppende Umsetzung von Modellvorhaben zur Verbesserung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung kritisiert (SVR, 2014). Hier bemängelt der SVR, dass bisherige Modelle und Initiativen (wie AGnES, VERAH, MOPRA, EVA oder HELVER) gemäß § 28

Abs. 1, Satz 2 SGB V stark durch den Gesichtspunkt der Arztentlastung geprägt seien und kaum der Intention einer intelligenten Rollen(neu)verteilung folgen. Es werde an herkömmlichen Vorstellungen von Assistenzdisziplinen und der traditionellen Rollen- und Verantwortungsverteilung zwischen den Gesundheitsprofessionen festgehalten. Als Hauptgrund für die zögerliche Umsetzung von Modellvorhaben gem. § 63 Abs. 3c SGB V vermutet der SVR, dass die Umsetzungsvoraussetzungen in der Richtlinie des G-BA und im Gesetz (SGB V und KrPflG/AltPflG) zu anspruchsvoll sind (SVR, 2014). Hingegen konnten die häufig in der Debatte den Patientinnen und Patienten unterstellten Akzeptanzprobleme nicht belegt werden. Vielmehr werde die Akzeptanz maßgeblich von gemachten Erfahrungen beeinflusst, an denen es allerdings in Deutschland aufgrund der langsamen Umsetzung von Modellvorhaben mangelt (SVR, 2014; Wessels, 2013).

ZIELSETZUNG UND FRAGESTELLUNG

Die Kritik des SVR an der schleppenden Umsetzung von Modellvorhaben bildet den Ausgangspunkt für das in diesem Beitrag vorgestellte Forschungsvorhaben, mit dem die Gründe für die zögerliche Umsetzung von Modellvorhaben aus Sicht der gesetzlichen Krankenversicherung untersucht werden sollen. Anhand einer Befragung der Krankenkassen sollte überprüft und analysiert werden, welche Gründe für die bisher langsame Umsetzung von Modellvorhaben bestehen. Darüber hinaus wurden im Rahmen der Befragung der Krankenkassen weitere Bereiche, insbesondere im Hinblick auf die erwarteten Auswirkungen bei einer Übertragung von Heilkunde sowie die wichtigen Aspekte aus Sicht der Krankenkassen bei einer Übertragung von Heilkunde, erhoben, auf die jedoch im Rahmen dieses Beitrages nicht weiter eingegangen wird.

METHODE

In die Befragung, die als Vollerhebung konzipiert war, wurden alle gesetzlichen Krankenkassen (n=124, Stand 01.01.2015) einbezogen (GKV-Spitzenverband, 2015). Der verwendete Fragebogen wurde in Anlehnung an eine bereits durchgeführte Erhebung bei Patientinnen und Patienten im Rahmen des Gesundheitsmonitors der Bertelsmann-Stiftung und der Barmer GEK gestaltet (Wessels, 2013) und daher zu großen Teilen übernommen, um eine spätere Vergleichbarkeit der Antworten herstellen zu können. Im Vorfeld erfolgte eine Voranfrage bei allen Krankenkassen, mit der Bitte um Benennung zuständiger fachlicher Ansprechpartner. Hier wurden in der Regel mehrere Ansprechpartner benannt. Auf dieser Grundlage wurde in einer ersten Befragungswelle der Fragebogen per E-Mail („online“) an die benannten fachlichen

Ansprechpartner versandt; hatte eine Krankenkasse keinen fachlichen Ansprechpartner benannt, wurde der Fragebogen an die allgemeinen/zentralen Kontaktdaten gestellt, die auf der jeweiligen Internetpräsenz der einzelnen Krankenkassen recherchiert wurden (auch hier waren zum Teil mehrere Kontaktmöglichkeiten angegeben). Aufgrund einer relativ niedrigen Rücklaufquote wurde der Fragebogen in einer zweiten Befragungswelle per Post zusätzlich in Papierform („paper & pencil“) an die Vorstandsvorsitzenden aller Krankenkassen geschickt. Die Befragung erfolgte im Januar und Februar 2015.

Rücklaufquote und Stichprobe

Die Rücklaufquote der Befragung lag bei n=55 Fragebögen. Bezogen auf die Grundgesamtheit aller versandten Fragebögen von n=487 (online und in Papierform) beträgt die Rücklaufquote 11,5 Prozent und erscheint damit zunächst relativ gering. Vor dem Hintergrund der Grundgesamtheit aller Krankenkassen (n=124, Stand 01.01.2015) erscheint der Rücklauf aber durchaus angemessen. Eine differenzierte Übersicht zum Versand und Rücklauf der Fragebögen ergibt sich aus Abbildung 1.

Abbildung 1: Rücklauf

Aus Tabelle 1 wird ersichtlich, dass Rückläufer von fast allen Krankenkassenarten vorhanden sind; lediglich die Krankenkasse Knappschaft-Bahn-See (KBS) hat sich nicht beteiligt. Die meisten Fragebögen stammen

Tabelle 1: Krankenkassen je Kassenart (n=53)

	Deutschland (Stand: 01.01.2015)		Stichprobe (n=53)	
	Absolut	Relativ	Absolut	Relativ
AOK	11	8,9%	6	11,3%
BKK	99	79,8%	33	62,3%
IKK	6	4,8%	5	9,4%
LKK	1	0,8%	1	1,9%
KBS	1	0,8%	0	0,0%
Ersatzkassen	6	4,8%	8	15,1%
Gesamt	124	100,00%	53	100,00%

von Betriebskrankenkassen. Das ist insofern nicht unerwartet, als die Betriebskrankenkassen absolut auch die größte Anzahl aller Krankenkassen darstellen. Tabelle 1 zeigt, dass 62,3 Prozent der Fragebögen von Betriebskrankenkassen (BKK) ausgefüllt wurden, 15,1 Prozent von den Ersatzkassen (vdek), 11,3 Prozent von den Ortskrankenkassen (AOK), 9,4 Prozent von den Innungskrankenkassen (IKK) und von der landwirtschaftlichen Krankenkasse (LKK) 1,9 Prozent. Bei zwei Fragebögen war keine Kassenart angegeben. Das alleine wäre aber nicht aussagekräftig. Daher wurde zusätzlich zur Kassenart die Größe der Krankenkassen, bezogen auf die Zahl der Versicherten, abgefragt. Aus Abbildung 2 wird deutlich, dass sich einerseits viele kleine Krankenkassen (mit bis zu 100.000 Versicherten) beteiligt haben, die vorrangig von den Betriebs- und Innungskrankenkassen stammen. Andererseits haben sich aber auch große Krankenkassen (mit mehr als zwei bzw. drei Millionen Versicherten) an der Befragung beteiligt; diese stammen vorrangig von den Allgemeinen Ortskrankenkassen und den Ersatzkassen.

ERGEBNISSE

Einschätzungen und Beteiligung der Krankenkassen

Zur Einstellung der Krankenkassen im Hinblick auf die Übertragung von Heilkunde können aus der Befragung die folgenden Ergebnisse präsentiert werden: Zunächst wurde danach gefragt, ob die Übertragung von Heilkunde auf nichtärztliche Leistungserbringer als ein sinnvoller Ansatz zur Sicherstellung der Versorgung angesehen wird. Dies wird von 94 Prozent der Krankenkassen bestätigt. Nur sechs Prozent sind nicht dieser Auffassung (vgl. Abb. 3).

Diejenigen, die eine Übertragung von Heilkunde auf nichtärztliche Leistungserbringer für einen sinnvollen

Abbildung 2: Versichertenzahl der Krankenkassen

Abbildung 3: Sinnvoller Ansatz zur Sicherstellung der Versorgung

Abbildung 4: Bedeutung für die Sicherstellung der Versorgung

Ansatz zur Sicherstellung der Versorgung erachten, wurden zusätzlich danach gefragt, für wie wichtig sie diesen Ansatz halten. Auch hier zeigt sich ein ähnliches Bild (vgl. Abb. 4): Von keiner Krankenkasse wird dieser Ansatz für völlig unwichtig gehalten, und nur vier Prozent halten ihn für eher unwichtig. Hingegen halten 45 Prozent der Krankenkassen die Übertragung von Heilkunde für eher wichtig und sogar mehr als die Hälfte (51 Prozent) für überaus wichtig. Insgesamt erachten damit 96 Prozent der Krankenkassen die Übertragung von Heilkunde auf nichtärztliche Leistungserbringer für eher oder überaus wichtig. Genauso zustimmend fiel die Einschätzung auf die Frage aus, ob die Durchführung von Modellvorhaben grundsätzlich befürwortet wird. Abbildung 5 kann entnommen werden, dass 96 Prozent der Krankenkassen

Abbildung 5: Einstellung zu und Beteiligung an Modellvorhaben gem. § 63 Abs. 3c SGB V

Abbildung 6: Ausweitung der Übertragung von Heilkunde

die Durchführung von Modellvorhaben befürworten; nur vier Prozent befürworten dies nicht.

Deutlich entgegengesetzt fiel allerdings die Beantwortung der Frage aus, ob die jeweilige Krankenkasse derzeit an einem Vertrag zur Übertragung von Heilkunde gem. § 63 Abs. 3c SGB V beteiligt ist. Es gaben 92 Prozent der Krankenkassen an, nicht an einem derartigen Vertrag beteiligt zu sein. Nur acht Prozent der Krankenkassen gaben an, an einem derartigen Vertrag beteiligt zu sein. Allerdings gibt es kaum Hinweise auf existierende Modellvorhaben gem. § 63 Abs. 3c SGB V (Deutscher Pflegerat, 2015); lediglich am Universitätsklinikum der Martin-Luther-Universität in Halle (Saale) wird ein bundesweit einmaliges Modellvorhaben durchgeführt (UKH, 2017; Martin-Luther-Universität, 2016). Vor dem Hintergrund, dass nur ein tatsächlich in Umsetzung befindlicher Vertrag bekannt ist, erscheint ein Wert von acht Prozent überraschend hoch. Hier könnte vermutet werden, dass die Antworten nicht (wie mit der Frage intendiert) auf Modellvorhaben gemäß § 63 Abs. 3c SGB V bezogen wurden, sondern auf alle Modellvorhaben, an denen Krankenkassen beteiligt sind.

Auch zukünftig sind auf freiwilliger Basis keine maßgeblichen Veränderungen zu erwarten. So gaben lediglich 29 Prozent der Krankenkassen an, zu planen, sich in naher Zukunft an Modellvorhaben gem. § 63 Abs. 3c SGB V beteiligen zu wollen. Mehr als zwei Drittel

(71 Prozent) planen keine Beteiligung an derartigen Verträgen in naher Zukunft (vgl. Abb. 5).

Danach befragt, ob die Möglichkeiten zur Übertragung von Heilkunde zukünftig ausgeweitet werden sollten, ergab sich ein eindeutiges Bild: 90 Prozent der Befragten fanden, dass die Möglichkeiten zur Übertragung von Heilkunde ausgeweitet werden sollten, nur acht Prozent sprachen sich gegen die Möglichkeit zur Ausweitung aus (vgl. Abb. 6).

Vermutete Ursachen für die zögerliche Umsetzung von Modellvorhaben

Die Frage nach den vermuteten Ursachen für die zögerliche Umsetzung von Modellvorhaben gem. § 63 Abs. 3c SGB V ergab ein heterogenes und zum Teil überraschendes Bild (vgl. Abb. 7). Von den vorgegebenen Antwortmöglichkeiten wurden die folgenden drei Nennungen als häufigste Ursachen mit den höchsten Zustimmungsraten („ja“, „eher ja“) vermutet:

- „Zu hohe rechtliche Hürden“ (90 Prozent)
- „Nicht praxistaugliche Regelungen im Gesetz“ (85 Prozent)
- „Widerstand durch ärztliche Standesvertreter“ (84 Prozent)

Aufgrund der politischen Diskussion hätte vermutet werden können, dass aus Sicht der Krankenkassen hohe Kosten befürchtet würden. Überraschend wurde aber genau das Kostenargument von allen Möglichkeiten am seltensten als mögliche Ursache für die langsame Umsetzung von Modellvorhaben benannt. Die folgenden drei Nennungen wurden mit den geringsten Zustimmungsraten („eher ja“, „ja“) als Ursachen für die langsame Umsetzung von Modellvorhaben vermutet:

- „Unzureichende Honorierungsregelungen“ (53 Prozent)
- „Unzureichende finanzielle Anreize für Leistungserbringer“ (52 Prozent)
- „Zu hohe Kosten“ (46 Prozent)

Mehr als die Hälfte der Krankenkassen (54 Prozent) befürchten nach dieser Erhebung nicht zu hohe Kosten als Ursache für die langsame Umsetzung von Modellvorhaben. Von allen vorgegebenen Antwortmöglichkeiten erhielt die mögliche Ursache „Zu hohe Kosten“ mit 46 Prozent („ja“, „eher ja“) die geringste Zustimmung.

DISKUSSION

Zur Sicherstellung der Versorgung halten 94 Prozent der Krankenkassen die Übertragung von Heilkunde auf nichtärztliche Leistungserbringer für einen sinnvollen Ansatz. Sie wird von 96 Prozent der Krankenkassen

Abbildung 7: Vermutete Ursachen für schleppende Umsetzung

als sehr wichtig empfunden. Zwar befürworten 96 Prozent der Krankenkassen grundsätzlich die Durchführung von Modellvorhaben, tatsächlich sind aber nur 8 Prozent an derartigen Verträgen beteiligt; 71 Prozent der Krankenkassen planen auch keine eigenen Modellvorhaben für die Zukunft. Insgesamt muss daher festgehalten werden, dass es bei den Krankenkassen eine deutliche Diskrepanz zwischen der grundsätzlich positiven Einstellung zu Modellvorhaben auf der einen Seite und der tatsächlichen Umsetzung von Modellvorhaben in die Praxis auf der anderen Seite gibt. Die mangelnde Bereitschaft zur Beteiligung an Modellvorhaben werden die Krankenkassen überdenken müssen, da der Gesetzgeber in dem neu formulierten § 63 Abs. 3c im Gesetzentwurf eine deutlich höhere Verbindlichkeit vorgesehen hat: Dort heißt es nun: „Die Krankenkassen und ihre Verbände sollen entsprechende

Vorhaben spätestens bis zum Ablauf des 31. Dezember 2020 vereinbaren oder durchführen.“ Somit erscheinen die vom Gesetzgeber vorgenommenen Veränderungen des § 63 Abs. 3c SGB V im Hinblick auf eine Förderung der Übertragung von Heilkunde absolut zielführend.

Auswirkungen des Pflegeberufereformgesetzes

Die hier präsentierten empirischen Ergebnisse decken sich weitestgehend mit der Kritik aus der Literatur zur zögerlichen Umsetzung von Modellvorhaben im Bereich der Pflege gem. § 63 Abs. 3c SGB V (SVR, 2014; Szepan, 2013a und b, 2012; Wessels, 2013; Wessels & Narbei, 2012; Siebig, 2011). Die geäußerte Kritik bezog sich in erster Linie auf erhebliche rechtliche Hürden im Gesetz und in der Heilkundeübertragungsrichtlinie des G-BA. Konkret wurden insbesondere folgende Punkte kritisiert:

- Anbindung der Qualifizierung zur Heilkundeübertragung an die Ausbildung (§ 4 Abs. 7 KrPflG/AltPflG); dies führte zu einer Diskriminierung aller bereits examinierten Pflegenden.
- Anbindung der Heilkundeübertragung an ein bereits vereinbartes Modellvorhaben; dies war im Hinblick auf die Heilkundeübertragung in anderen Modellvorhaben problematisch.

Vor diesem Hintergrund ist positiv zu bewerten, dass der Gesetzgeber im aktuellen Pflegeberufereformgesetz (PflBRefG) diese Kritikpunkte aufgegriffen und eine Veränderung des § 63 Abs. 3c SGB V vorgenommen hat (S. BGBl 2017/2581). So ist eine zeitlich befristete Erprobung von Ausbildungsangeboten, in Modellvorhaben, die erweiterte Kompetenzen zur Ausübung heilkundlicher Tätigkeiten vermitteln, ausdrücklich weiterhin vorgesehen. Dazu sind zwar schulinterne Curricula und Ausbildungspläne erforderlich, die gemeinsam vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und vom Bundesministerium für Gesundheit zu genehmigen sind, jedoch kann eine Fachkommission standardisierte Module entwickeln. Diese sollen ohne Vorliegen eines vereinbarten Modellvorhabens nach § 63 Absatz 3c SGB V genehmigt werden können (S. BGBl 2017/2581). Dies könnte maßgeblich dazu beitragen, zukünftig die Inhalte im Rahmen der Fort- und Weiterbildung zu vermitteln und damit auch bereits examinierten Pflegenden zugänglich zu machen.

Aus einer berufspolitischen Perspektive der Pflegenden ist positiv zu bewerten, dass der Gesetzgeber erstmalig explizit den Pflegenden vorbehaltene Tätigkeiten zuordnet (S. BGBl 2017/2581). Dies hat zur Folge, dass beispielsweise Begutachtungen zur Festlegung der neuen Pflegegrade durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) nicht mehr von Ärztinnen oder Ärzten, sondern nur noch von Pflegenden übernommen werden dürften.

Limitationen

Als Limitation der Aussagekraft der hier präsentierten Ergebnisse muss sicherlich zuerst festgehalten werden, dass die Stichprobe der einbezogenen Krankenkassen zwar hinsichtlich Größe und Krankenkassenart eine vergleichbare Ausprägung mit der Grundgesamtheit der Verteilung aller Krankenkassen aufweist, aber nicht als repräsentativ angesehen werden kann. Trotz der fehlenden Repräsentativität kann von aussagekräftigen Ergebnissen,

zumindest relevanten Tendenzen ausgegangen werden. Zusätzlich ist darauf hinzuweisen, dass aufgrund des Forschungsdesigns (2. Befragungswelle in Papierform) nicht sichergestellt werden konnte, dass Fragebögen von Krankenkassen doppelt ausgefüllt worden sind. Hier ist offensichtlich, dass es bei nur sechs Ersatzkassen im Markt und bei acht ausgefüllten Fragebögen zu einer doppelten Ausfüllung gekommen sein muss. Anhand der Kassenart und der Versichertenanzahl wurde überprüft, ob Fragebögen von einer Krankenkasse mehrfach ausgefüllt wurden. Da diese Angaben stets abweichend ausgefüllt wurden, kann mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit geschlossen werden, dass der Anteil mehrerer Fragebögen von einer Krankenkasse zwar nicht vollständig ausgeschlossen werden kann, aber zumindest gering ausfallen dürfte. Eine Analyse der Einschätzungen zwischen den verschiedenen Krankenkassenarten würde mehr Detailkenntnisse liefern, ist anhand der vorliegenden Daten aber methodisch nicht zulässig.

Fazit und Ausblick

Die vom Gesetzgeber in der aktuellen Reform durch das Pflegeberufereformgesetz (PflBRefG) vorgenommenen Änderungen zu Modellvorhaben gem. § 63 Abs. 3c SGB V sind sowohl vor dem Hintergrund der geäußerten Kritik als auch in Bezug auf die vorgestellten Befragungsergebnisse als zielführend zu bezeichnen. Auch wenn die Frist für die Vereinbarung bzw. Durchführung von Modellvorhaben mit dem 31. Dezember 2020 noch in weiter Ferne liegt, bleibt zu hoffen, dass durch diese aktuellen Änderungen die Umsetzung von Modellvorhaben vorangetrieben und beschleunigt wird.

ACKNOWLEDGEMENTS

Erste Ergebnisse aus der Befragung der Krankenkassen wurden bereits in stark komprimierter Form auf dem Interprofessionellen Gesundheitskongress am 8./9. April 2016 in Dresden im Rahmen eines wissenschaftlichen Fachvortrages auf dem HeilberufeSCIENCE-Symposium vorgestellt (Geuen/Wessels 2016, S. 4).

DANK

Wir bedanken uns ausdrücklich bei allen gesetzlichen Krankenkassen, die sich an dieser Befragung beteiligt haben. Ohne deren Unterstützung wären diese Ergebnisse nicht möglich gewesen.

Literatur

- Bundesärztekammer (2016). 119. Deutscher Ärztetag – Beschlussprotokoll, Hamburg, 24. bis 27. Mai 2016. Abgerufen von <http://www.bundesaerztekammer.de/aerztetag/aerztetage-ab-2006/119-deutscher-aerztetag-2016/beschlussprotokoll/>
- Bundesärztekammer (2015). 118. Deutscher Ärztetag – Beschlussprotokoll, Frankfurt am Main, 12. bis 15. Mai 2015. Abgerufen von http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/118_DAET/118DAETBeschlussprotokoll20150515.pdf
- Blum, K., Offermanns, M. & Perner, P. (2008). Neuordnung ärztlicher und pflegerischer Aufgaben gehört zusammen. *Die Schwester, der Pfleger* 47(12), 1140–1145.
- CDU, CSU & SPD (2013). *Deutschlands Zukunft gestalten – Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD, 18. Legislaturperiode*. Abgerufen von https://www.bundesregierung.de/Content/DE/_Anlagen/2013/2013-12-17-koalitionsvertrag.pdf?__blob=publicationFile&v=2
- Deutscher Pflegerat e. V. (2015). *Stellungnahme des Deutschen Pflegerates (DPR) zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung*. Abgerufen von https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/Stellungnahmen_WP18/GKV-VSG_NEU/DPR_Pflegerat.pdf
- Drittes Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Drittes Pflegestärkungsgesetz – PSG III) vom 23.12.2016, (BGBl I, 3191).
- Erstes Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Erstes Pflegestärkungsgesetz – PSG I), vom 17.12.2014, (BGBl I, 2222).
- G-BA (Gemeinsamer Bundesausschuss) (2012). 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, in der Fassung vom 20.10.2011, veröffentlicht im Bundesanzeiger Nr. 46 vom 21.03.2012, S. 1128 und Nr. 50 vom 28. März 2012, S. 1228, in Kraft getreten am 22.03.2012.
- Gesetz zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (Pflege-Weiterentwicklungsgesetz), vom 28.05.2008, (BGBl I, 874).
- Gesetz zur Reform der Pflegberufe (Pflegeberufereformgesetz – PflBRefG) vom 17.07.2017, (BGBl I, 2581).
- Geuen, D., & Wessels, M. (2016). Zur Praktikabilität von Modellvorhaben gemäß § 63 Abs. 3c SGB V – Eine empirische Analyse anhand einer Befragung der gesetzlichen Krankenkassen. *HeilberufeSCIENCE* 7(1 Suppl.), 4. doi: 10.1007/s16024-016-0270-y.
- GKV-Spitzenverband (2015). *Krankenkassenliste*. Abgerufen von https://www.gkv-spitzenverband.de/service/versicherten_service/krankenkassenliste/krankenkassen.jsp
- Höppner, K. (2008). Neue Aufgabenverteilung zwischen Gesundheitsberufen in der Arztpraxis aus Patientensicht. In: J. Böcken, B. Braun & R. Amhof (Hrsg.) *Gesundheitsmonitor 2008 – Gesundheitsversorgung und Gestaltungsoptionen aus der Perspektive der Bevölkerung* (S. 250–269). Gütersloh: Bertelsmann-Stiftung.
- Kuhlmei, A., Höppner, K. & Schaeffer, D. (2011). Neue Aufgabenzuschnitte, Arbeitsteilungen und Kooperationsformen. In: D. Schaeffer & K. Wingenfelds (Hrsg.) *Handbuch Pflegewissenschaft* (S. 661–679). Juventa: Weinheim.
- Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg (2016). Studien- und Prüfungsordnung für den Bachelor-Studiengang „Evidenzbasierte Pflege“ (180 Leistungspunkte) an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Medizinische Fakultät. *Uni Amtsblatt* 26(4), 9.
- Offermanns, M. & Neiheiser, R. (2010). Neuordnung von Aufgaben des Pflegedienstes. *Das Krankenhaus* 102(9), 825–830.
- Robert-Bosch-Stiftung (2013). *Gesundheitsberufe neu denken – Gesundheitsberufe neu regeln*. Stuttgart: Robert-Bosch-Stiftung.
- Robert-Bosch-Stiftung (2010). Memorandum: Kooperation der Gesundheitsberufe – Qualität und Sicherstellung der zukünftigen Gesundheitsversorgung. Stuttgart: Robert-Bosch-Stiftung.
- Siebig, J. (2011). Übertragung von Heilkunde: eine schwierige Geburt. *Die Krankenversicherung* 63(11), 316–320.
- SVR (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen). (2014). *Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche, Gutachten 2014*. Abgerufen von <http://www.svr-gesundheit.de/index.php?id=465>
- SVR (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen). (2007). *Kooperation und Verantwortung – Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung, Gutachten 2007*. Abgerufen von <http://www.svr-gesundheit.de/index.php?id=15>
- Szezan, N. (2013a). Realistische Chance auf Heilkundeübertragung? *Die Schwester, der Pfleger* 52(13), 268–270.
- Szezan, N. (2013b). Neue Rolle für die Pflege. *Gesundheit und Gesellschaft* 16(7), 36–40.
- Szezan, N. (2012). Schlusslicht Deutschland? Der steinige Weg zur Weiterentwicklung der Versorgung in Deutschland. In: P. Bechtel & I. Smerdka-Arhelger (Hrsg.) *Pflege im Wandel gestalten – Eine Führungsaufgabe* (S. 25–35). Heidelberg: Springer.
- UKH(Universitätsklinikum Halle/Saale). (2017). *Bundesweiteinmaliges Modellvorhaben genehmigt: Studiengang „Evidenzbasierte Pflege“ führt zu zwei Abschlüssen und ermöglicht heilkundliche Tätigkeiten*. Abgerufen am 29.03.2017 von <https://www.medin.uni-halle.de/index.php?id=institut0>
- Wessels, M. (2013). Die Übertragung von Heilkunde: Erwartungen von Patienten zu den Auswirkungen arztentlastender Strukturen auf die Sicherstellung der Versorgung. In: J. Böcken, B. Braun & U. Reipschläger (Hrsg.) *Gesundheitsmonitor 2013 – Bürgerorientierung im Gesundheitswesen* (S. 122–143). Gütersloh: Bertelsmann-Stiftung.
- Wessels, M. & Narbei, E. (2012). Was Pflegende können und dürfen sollen. *f&w führen und wirtschaften im Krankenhaus* 5, 518–522.
- WR (Wissenschaftsrat). (2012). *Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen* (Drucksache 2411–12). Berlin: Wissenschaftsrat.
- Zweites Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Zweites Pflegestärkungsgesetz – PSG II) vom 21.12.2015, (BGBl I, 2424).