



# Bundesärztekammer

Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern

## **Statement der Bundesärztekammer zur Fragenliste des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen für die Anhörung am 24. August 2006 zum Thema „Neue Aufgabenverteilungen und Kooperationsformen zwischen Gesundheitsberufen“**

### zu Frage 1:

*Mit welchen Weichenstellungen für die Professionsentwicklung reagiert Ihr Verband auf die neuen Versorgungsanforderungen im Gesundheitswesen?*

Aus Sicht der Bundesärztekammer machen folgende Änderungen der Rahmenbedingungen der gesundheitlichen Versorgung eine Anpassung von Strukturen und die Entwicklung neuer Versorgungskonzepte erforderlich:

- der gesellschaftliche Wandel einschließlich traditioneller sozialer und familiärer Netze
- die demografische Entwicklung
- das geänderte Krankheitsspektrum
- das veränderte Selbstverständnis der Patienten
- die gestiegene Komplexität der medizinischen Versorgung
- die dauerhaft begrenzten finanziellen Ressourcen
- die sinkende Berufszufriedenheit bei Ärzten und Pflegepersonal
- die rückläufigen Arzt- und Pflegepersonal-Zahlen
- das gewandelte Selbstverständnis der Fachberufe
- der Bedeutungszuwachs von Gesundheitsförderung, Prävention, Rehabilitation
- Konvergenzprozesse auf EU-Ebene hinsichtlich Gesundheitsdienstleistungen

Die Bundesärztekammer begrüßt sehr, dass die Frage, ob und in welcher Form eine aufeinander abgestimmte Professionsentwicklung vor dem Hintergrund dieses multifaktoriellen Bedingungsgefüges einen sinnvollen Beitrag zur Bewältigung der neuen Versorgungsanforderungen leisten kann, die auch die Gegebenheiten des historisch gewachsenen und gesellschaftlich akzeptierten deutschen Versorgungssystems ausreichend berücksichtigt, Gegenstand des nächsten Gutachtens des Sachverständigenrates ist.

Die Ärzteschaft bzw. die ärztliche Selbstverwaltung ist hinsichtlich der Professionsentwicklung und der Kooperationsgestaltung seit Jahren auf verschiedenen Feldern initiativ:

- Fort- und Weiterbildung der Ärzte: Weiterentwicklung der Kompetenzfelder Sozialkompetenz, Führung, Patientensouveränität, Patientensicherheit, Organisation, Qualitätsmanagement;
- ärztliche Kooperationsformen: Flexibilisierung ärztlicher Kooperationsformen im Rahmen des Berufsrechts, Entwicklung integrierter berufsübergreifender Versorgungskonzepte, Förderung ärztlicher geleiteter MVZs, finanzielle Förderung bei der Besetzung von Arztsitzen in unterversorgten Gebieten;

Bundesärztekammer  
Herbert-Lewin-Platz 1  
10623 Berlin

Postfach 12 08 64  
10598 Berlin

Fon 030 / 40 04 56-0  
Fax 030 / 40 04 56-388

info@baek.de  
www.baek.de

- Qualifizierung von Mitarbeitern: verbesserte Ausbildung der rund 350.000 Medizinischen Fachangestellten (vormals Arzthelferinnen) ab 1. August 2006 in den Bereichen Patientenbetreuung, -beratung und -koordinierung, Prävention, Qualitätsmanagement und Praxismanagement sowie kurzfristige Entwicklung weiterer Fortbildungscurricula für die Medizinische Fachangestellte (neben den bereits existierenden fachgebietsbezogenen) z.B. für die Bereiche Patientenkoordinierung, Prävention, Ernährungsberatung, Geriatrie/Palliativmedizin zum flächendeckenden Einsatz in allen Kammerbereichen
- Förderung der berufsübergreifenden Kooperation durch Projekte, regelmäßige Kontakte und Kooperationspapiere mit den Pflegeverbänden bzw. dem Deutschen Pflegerat sowie im Rahmen der „Konferenz der Fachberufe im Gesundheitswesen bei der Bundesärztekammer“ mit 38 Verbänden der Gesundheitsfachberufe.

### zu Frage 2:

*Welche Maßnahmen sollten nach Auffassung Ihres Berufsverbandes ergriffen werden, um personelle Engpässe in Ihrer Gesundheitsprofession auszugleichen?*

*a) Sollte sich die Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsberufen verändern, um z.B. einer personellen Unterversorgung zu begegnen und/oder eine bessere Versorgungsqualität zu erreichen (z.B. durch Delegation ärztlicher Leistungen an Pflegekräfte oder Arzthelfer, Übergabe von Service-Aufgaben im Bereich der Pflege an andere Berufsgruppen)?*

Die Fragen unterstellen die Existenz einer generellen personellen Unterversorgung in verschiedenen Berufen sowie eine damit zusammenhängende verschlechterte Versorgungsqualität und suggerieren die Notwendigkeit, aus diesen Gründen z.B. zu geänderten Delegationsmöglichkeiten zu kommen. Die internationalen Vergleichszahlen belegen im Gegenteil eine relativ hohe Arztdichte in Deutschland. Derzeitige Schwierigkeiten zur Nachbesetzung von Vertragsarztsitzen oder von Arztstellen im Krankenhausbereich bestehen jedoch derzeit erst in regional beschränktem Ausmaß. Hierauf wird mit abgestimmten Maßnahmen seitens der Selbstverwaltung bereits reagiert. Vordringlich ist demgegenüber vor allem eine deutliche Verbesserung der Rahmenbedingungen für die Ausübung der ärztlichen Tätigkeit in Krankenhaus und Niederlassung durch die Politik. Dadurch würde auch der Rückgang der Beschäftigungszahlen beim Pflegepersonal, der Zuwachs an Mini-Jobs bei den Medizinischen Fachangestellten und der Rückgang der Auszubildenden in diesen Berufen gestoppt werden.

Die notwendige Verbesserung von Kooperation und Koordination zwischen den Gesundheitsberufen und den Versorgungsbereichen einschließlich einer ggf. darauf abgestimmten Veränderung der Delegationsbeziehungen hat einen weiteren wesentlichen Grund in den geänderten medizinischen Versorgungsnotwendigkeiten aufgrund des epidemiologisch-demografischen Wandels (Zunahme chronisch kranker, älterer, multimorbider und pflegebedürftiger Patienten). Eine wichtige weitere Ursache neuer Versorgungsanforderungen für das deutsche Gesundheitssystem liegt in übergeordneten, gesellschaftlichen Veränderungsprozessen, worunter im Hinblick auf das Gesundheitswesen u.a. das an Relevanz zunehmende Armutproblem unter Kinder und Jugendlichen sowie die Zunahme von Single-Haushalten, die die Bildung neuer Netzwerke erforderlich machen, hervorzuheben sind. Der Deutsche Ärztetag 2005 hat sich deshalb mit die-

sen Fragen und ihren Konsequenzen für die ärztliche Versorgung ausführlich beschäftigt. – Auf diese beiden genannten Dimensionen muss mit stärker vernetzter Versorgung und Gesundheitsförderung sowie partiell neuen Formen der Arbeitsteilung und stärkerer Profilierung von Berufen reagiert werden, die auch Entlastungseffekte z. B. für den Arzt zur Folge haben könnten.

*b) Welche Bedeutung kommen Ihrer Meinung nach multiprofessionellen Teams zu und in welchen Bereichen werden bzw. sollten diese eingesetzt werden? Welche Rollen sehen Sie darin für die Ihnen vertretene Berufsgruppe?*

*c) Welche neuen Rollen sehen Sie dabei für die von Ihnen vertretene Berufsgruppe?*

Multiprofessionellen Teams kommt unter den o. g. Voraussetzungen künftig in der ambulanten Versorgung eine noch wichtigere Rolle als bisher zu. Hier ist aus unserer Sicht schwerpunktmäßig die Zusammenarbeit von Hausarzt, Medizinischer Fachangestellter und Pflegekräften neu zu justieren, wobei die gegebenen rechtlichen und strukturellen Rahmenbedingungen des deutschen Gesundheitswesens zu berücksichtigen sind. Dabei geht es primär um Kompetenzsteigerung, Schärfung von Profilen sowie Spezialisierung im Kontext von Kooperation:

- *Der Arzt* ist und muss der Case-Manager der Patientinnen und Patienten bleiben:

Nach ärztlichem Verständnis stellt Case-Management die Übernahme einer verantwortungsvollen Steuerungsfunktion für den Patienten dar. In Anbetracht der Komplexität und Multifaktorialität von Krankheitsursachen und –verläufen sowie moderner Diagnostik und Therapie mit der Notwendigkeit interdisziplinären und multiprofessionellen Zusammenwirkens sollte an der Zuordnung der Steuerungsfunktion an den Arzt festgehalten werden. Die ärztliche Aus-, Weiter- und Fortbildung leistet einen wesentlichen strukturqualitätssichernden Beitrag für ein qualitativ hochwertiges, wissenschaftlich fundiertes, patientengerechtes Case-Management. Das sog. Dekubitus-Urteil von 1986 kann in diesem Hinblick immer noch als maßgeblicher Beleg für den auch haftungsrechtlich relevanten Verantwortungsrahmen des Arztes im Rahmen von Diagnostik und Therapie gelten.

Im deutschen Gesundheitswesen nimmt der Hausarzt traditionell und kulturell eine wichtige Vertrauensstellung gegenüber dem Patienten ein. Er begleitet Patienten und Familien oft ein Leben lang. Er kennt das häuslich-familiäre Umfeld und die Familiengeschichte besser als verschiedene andere Therapeuten und Dienste, die partiell oder erst in lebensgeschichtlich späten Stadien relevant werden. Deshalb ist der Hausarzt am besten geeignet, die Patienten umfassend und kontinuierlich zu begleiten und die Behandlung zu koordinieren. Dem entspricht auch die Aufgabenstellung für die hausärztliche Versorgung, wie sie in § 73 Abs. 1 SGB V niedergelegt ist. - Wenn der Arzt im Gegenzug von anderen Aufgaben stärker entlastet würde oder Teilkomponenten dieser Funktion sinnvoll delegieren könnte z.B. an Medizinische Fachangestellte (siehe unten), könnte auch der Ressource „Zeit“ im Rahmen des Patientenkontaktes wieder verstärkte Bedeutung zukommen. Studien zu diesem Problemkreis zeigen, dass Patienten die Qualität der Versorgung auch an der Qualität der Kommunikation messen und dass eine intensivere und längere ärztliche Zuwendung gewünscht wird. Eine wesentliche Verbesse-

rung könnte durch eine veränderte/verbesserte Arbeitsteilung erzielt werden.

- *Medizinische Fachangestellte* sollten in diesem Zusammenhang stärker für delegierbare koordinierende Aufgaben im Rahmen des Case-Managements eingesetzt werden, wie sie bei der Chroniker-Versorgung, innerhalb von Disease-Management-Programmen oder IV-Verträgen notwendig sind. Darüber hinaus könnten MFA verstärkt im Bereich der Patientenberatung und –schulung insbesondere im Rahmen von Gesundheitsförderung, Früherkennung, Prävention, Rehabilitation und Versorgung älterer Patienten mitwirken. Sie können auch bei der Versorgung Pflegebedürftiger den Arzt überall dort gezielt entlasten, wo im Vorfeld pflegerischer Versorgung ein Tätigwerden von Pflegediensten (noch) nicht notwendig ist. Die Kompetenzen hierfür werden zu einen im Rahmen der neuen Ausbildungsverordnung, die zum 1. August 2006 in Kraft getreten ist, demnächst verfügbar sein.

Darüber hinaus hat der Vorstand der Bundesärztekammer im März 2006 die Entwicklung ergänzender Fortbildungscurricula für MFA z.B. in den Bereichen Prävention, Ernährung, Geriatrie/Palliativmedizin und Patientenkoordination beschlossen, die ebenfalls kurzfristig flächendeckend zur Verfügung stehen werden.

- Im Bereich des SGB V besteht ein Primat der ärztlichen Versorgung. Dem steht nicht entgegen, dass bestimmte Funktionen auch durch eng an die ärztliche Praxis angebundene *Pflegepersonen* in Delegationsfunktion wahrgenommen werden können. Bei vorhandener Qualifikation bzw. Spezialisierung sind auch Erweiterungen in Richtung größerer Eigenständigkeit für umrissene Aufgabengebiete – unter der Voraussetzung der gegenseitigen Rückkopplung – im Rahmen häuslicher Pflege vorstellbar. Im SGB XI spielt der Primat der medizinischen Versorgung immer dann eine Rolle, wenn der Pflegebedürftige zum Patienten wird.

*d) Welche Rahmenbedingungen (auch rechtliche) sind notwendig, um diese Zusammenarbeit zu erleichtern?*

Verbesserungen der Vernetzung und Kooperation sind unter den gegebenen sozial-, leistungs- und haftungsrechtlichen Gegebenheiten des deutschen Gesundheitswesens realisierbar. Die Entwicklung ärztlicher Kooperationsformen wurde bereits vorne angeführt. Darüber hinaus wäre die Ermöglichung größerer Spielräume im Bereich der Delegation hierfür ausreichend. Die Anbindung von pflegerischen Tätigkeiten an die ärztliche Verordnung im Rahmen medizinischer Behandlung sollte unbedingt erhalten bleiben. Eine etwaige Abkopplung der pflegerischen Leistungserbringung von der Veranlassung durch den behandelnden Arzt müsste leistungsrechtlich neu geregelt werden; diese Leistungen könnten dann ggf. auch vom Versicherten unmittelbar in Anspruch genommen werden. Nicht nur die ggf. wirtschaftlichen, sondern insbesondere die – systemsprengenden - haftungsrechtlichen Konsequenzen müssen unbedingt bedacht werden. - Zur rechtlichen Bewertung dieser Fragen fügen wir eine ergänzende juristische Expertise bei ([Anlage](#)).

zu Frage 3:

*In verschiedenen Bereichen des Gesundheitswesens zeichnen sich Probleme im Zusammenhang mit einer weder effektiven noch effizienten Verteilung von Aufgaben im Gesundheitswesen ab. Welche Position vertritt Ihr Berufsverband im Zusammenhang mit Neuzuschnitten von Tätigkeitsfeldern bestimmter Heilberufe (z.B. Pflegepraxen, Gemeindeschwestern, A-*

*nästhesieassistenten). Ist ein Neuzuschnitt aus Ihrer Sicht notwendig und erstrebenswert und wie begründen Sie dies?*

Die Frage geht von Versorgungsproblemen aus, die konkretisiert bzw. substantiiert werden sollten. Aus unserer Sicht bestehen nach wie vor Schnittstellenprobleme zwischen den Sektoren, die ggf. durch eine Neudefinition hinsichtlich einer sektorübergreifenden Steuerungsfunktion des Arztes überwunden werden müssen.

Die Effektivität der Versorgung ist darüber hinaus im Bereich der Integrierten Versorgung, in Disease-Management-Programmen und in der Versorgung chronisch kranker und alter Patienten durch Verbesserung der Zusammenarbeit und durch Vernetzung zu verbessern. Hierzu tragen die o. g. Maßnahmen in ausreichendem Maße bei. Neuzuschnitte von Tätigkeitsfeldern im ambulanten Bereich z.B. durch Pflegepraxen würden – falls sie als neue zusätzliche Versorgungsebene konzipiert sind – lediglich zu weiteren Schnittstellenproblemen führen. Dies sowie dadurch eventuell ausgelöste Leistungsausweitungen sind unter dem Aspekt der Ressourcenknappheit nicht als effizient zu betrachten. Untersuchungen z.B. aus Großbritannien zeigen, dass Versorgungsengpässe nicht einfach durch das Einziehen einer neuen nichtärztlichen Versorgungsebene abgebaut werden können, da hiermit zwar ein Zusatzangebot an Beratungs- und Betreuungsleistungen geschaffen wird, nicht jedoch das eigentliche Problem der Unterversorgung mit ärztlichen Leistungen gelöst wird. Auch kann nicht davon ausgegangen werden, dass die Schaffung einer neuen nicht-ärztlichen Versorgungsebene automatisch zu einer Steigerung der Wirtschaftlichkeit führt.

Veränderungen im Gesundheitswesen müssen an den Kriterien Behandlungsqualität, Patientenzufriedenheit, Berufszufriedenheit und Wirtschaftlichkeit gemessen werden und nicht an der Erreichung berufspolitischer Wunschvorstellungen verschiedener Berufsgruppen. Vorliegende Studienergebnisse und Cochrane-Reviews z.B. zum Thema „Substitution of doctors by nurses in primary care“ lassen die Schlussfolgerung zu, dass behauptete positive Auswirkungen einer Übertragung ärztlicher Aufgaben an Heilhilfsberufe nicht belegt werden können; dies betrifft sowohl die Qualität der medizinischen Versorgung, die Zufriedenheit von Patienten, Ärzten, Pflegenden, die Entlastungsfunktion für Ärzte, die Schnittstellenoptimierung, das medizinische Case-Management sowie die Wirtschaftlichkeit. Ein Neuzuschnitt von Tätigkeitsfeldern sollte nicht als gesellschaftliches „Feldexperiment“ in der medizinischen Versorgung, sondern auf der Basis nachgewiesener Versorgungsmängel erfolgen. Der Commonwealth Fund hat in seinem 6-Länder-Vergleich der Qualität der Gesundheitsversorgung aus Patientensicht im April 2006 zum Aspekt „Stärken und Schwächen der Koordination der Versorgung“ bei chronisch kranken Menschen eine Überlegenheit des deutschen System attestiert. In Anbetracht dessen kann die logische Schlussfolgerung nur lauten, die Koordinierungsfunktion des Arztes durch Schaffung besserer Rahmenbedingungen weiter zu stärken und damit seiner (durch vielfältige Untersuchungen belegten) Vertrauensstellung bei deutschen Patienten Rechnung zu tragen.

Beim (medizinischen) Assistenten für Anästhesie handelt es sich um eine Form der Delegation, die haftungsrechtlich den Regeln der Anordnungsverantwortung des Arztes und der Durchführungsverantwortung der Assistenzkraft zu entsprechen hat, d. h., das Tätigkeitsspektrum kann nicht auf heilkundliche Tätigkeiten, wie z. B. Ein- und Ausleitung und Überwachung von Narkosen ausgedehnt werden. Die Rechtsprechung des Bundesgerichtshofes hat wiederholt (z. B. Urteil vom 30.11.1982, Az. VI ZR 77/81) der Delegation aus Gründen der Patientensicherheit, die Vorrang vor allen anderen Erwägungen hat, enge, definierte Grenzen gesetzt und die Schlussfolgerung gezogen, dass "das Anästhesieverfahren grundsätzlich

nur von einem als Facharzt ausgebildeten Anästhesisten oder - bei entsprechend fortgeschrittenem Ausbildungsstand - zumindest unter dessen unmittelbarer Aufsicht von einem anderen Arzt vorgenommen werden darf, wobei Blick- oder Rufkontakt zwischen beiden bestehen muss". Ergänzend wird auf die Münsteraner Erklärung des Berufsverbandes Deutscher Anästhesisten und der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin zur Parallelnarkose (Anästh Intensivmed 2005; 46:32-34) hingewiesen.