

Prozeduren ja – Indikationsliste nein!

Der Fachkräftemangel ist auch im Gesundheitswesen, in der Medizin angekommen – keine Frage. Grundsätzlich besteht bei der Politik wohl schon die Einsicht, dass wir Ärztinnen und Ärzte von bestimmten Tätigkeiten und Aufgaben entlastet werden sollen. Jedoch ist für uns kein Aufatmen angesagt. Sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich können uns Ärztinnen und Ärzten Tätigkeiten abgenommen werden, die nicht unter einem speziellem Arztvorbehalt stehen. Doch bleiben höchstpersönliche Leistungen des Arztes nicht delegierbar, wie Anamnese, Diagnose, Indikationsstellung und die Endverantwortung für die Therapie. Hier geht es nicht um „Pfründe“, die verteidigt werden, sondern hier geht es meines Erachtens schlicht um Versorgungsqualität und Patientensicherheit. Unsere Patientinnen und Patienten haben Anspruch auf Facharztstandard, wie es auch das V. Sozialgesetzbuch (SGB V) formuliert.

Flexibilität

Grundsätzlich entspricht es ja der bereits gelebten Realität, dass wir Ärzte bestimmte Tätigkeiten an unsere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter delegieren. Dies verschafft uns mehr Flexibilität und Freiraum sowie vor allem mehr Zeit für das Wesentliche: die Patientenversorgung. Doch was sind das für Tätigkeiten, die delegierfähig sind? Da sind zunächst organisatorische Managementaufgaben und Verwaltungsaufgaben – im stationären und ambulanten Bereich, zum Beispiel im Rahmen der Kodierung von Diagnosen. Aber auch Casemanagementaufgaben in den unterschiedlichen Bereichen – vom Entlassungsmanagement bis hin zum Notfallmanagement – sind sinnvolle Aufgaben, die delegierbar sein können. Unterstützung in Hygieneüberwachung und Arbeitssicherheit, in der Anamneseerhebung mittels standardisierten Fragebögen, überhaupt wenn Standardisierung möglich ist, wie beim perioperativen Schmerzmanagement bei kleineren bzw. elektiven Eingriffen, beim Wundmanagement und in der Hausarztpraxis die Mitbetreuung chronisch Kranker in Form von Hausbesuchen. Dies aber immer unter der Prämisse: Diagnose, Indikationsstellung und Therapiehoheit müssen in ärztlicher Hand bleiben!

Sozialgesetzbuch V

Der Gesetzgeber sieht im SGB V zwei unterschiedliche Lösungsansätze zur Kooperation von Ärzten mit nichtärztlichen Gesundheitsberufen im Sinne einer zielorientierten Gesundheitsversorgung vor. Der erste Ansatz wurde bereits im Pflege-Weiterentwicklungsgesetz im § 63 3b und 3c festgeschrieben, die im GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG) nochmals bestätigt wurden. Der zweite Ansatz ist im Entwurf des GKV-VStG im § 28 „Delegation im ambulanten Bereich“ vorgesehen. Im ersten Fall geht es um Übertragung von Heilkunde an entsprechend qualifizierte Berufsangehörige, die diese selbstständig und eigenverantwortlich ausüben. Die Ausübung beinhaltet die Übernahme fachlicher, wirtschaftlicher und rechtlicher Verantwortung. Hierbei wird die therapeutische Tätigkeit zur eigenverantwortlichen Durchführung übertragen. In diese Übertragung kann die Kompetenz zur Verordnung von bestimmten im Modellvorhaben definierten Medizinprodukten und Hilfsmitteln einfließen. Diskutiert wird hierbei die Heilkundeübertragung zur Behandlung des Diabetes mellitus Typ I, Typ II, der Demenz und der Hypertonie. Zur Klarstellung: Eine katalogisierte, automatisierte oder regelhafte Übertragung von Heilkunde in diesem Sinne lehnen wir eindeutig ab, bedeutet dies doch den Einstieg in die Substitution (siehe G-BA Richtlinie vom 20. Oktober auf Seite 642). Die BLÄK fordert weiterhin die ersatzlose Streichung des § 63 Absatz 3c SGB V. Jedoch ist es sinnvoll, unter Voraussetzung der entsprechenden Qualifikation, arztentlastende und arztunterstützende Delegationsmöglichkeiten zu schaffen und die interprofessionelle Kooperation auf der Basis vorhandener Kompetenzen zu fördern. Insoweit unterstützen wir die Intention des Gesetzgebers im Paragraf 28 Abs. 1 die Inanspruchnahme der Delegation im ambulanten Bereich zu fördern. Eine exemplarische oder gar abschließende Auflistung delegierbarer ärztlicher Leistungen sehen wir jedoch kritisch. Angesichts der Vielzahl delegationsfähiger Leistungen, der Vielzahl unterschiedlicher Qualifikationen und der Vielzahl unterschiedlicher Konstellationen in der Praxis, entzieht sich dieses Thema nach unserer Einschätzung weitgehend einer verbindlichen und zugleich konsensfähigen Regelung. Zudem besteht die Gefahr,

dass durch flächendeckende Entscheidungen über delegierbare und nicht-delegierbare Leistungen oder nur an bestimmte Personen delegierbare oder nur unter bestimmten Voraussetzungen delegierbare Leistungen der Spielraum für im Einzelfall verantwortbare Delegation eingeengt wird, ja unter Umständen kriminalisiert wird.

Vertrauensverhältnis

Zunächst sehe ich gerade in der Praxis viele Möglichkeiten der Delegation an die Praxismitarbeiterinnen, die wir Ärzte entsprechend qualifizieren und fortbilden. Probleme sehe und erlebe ich in der Delegation an Pfleger und Schwestern gerade in Seniorenheimen und in der Betreuung durch ambulante Pflegedienste, also in der Delegationen an uns nicht unmittelbar unterstellte Personen. Hier ist oftmals eine Delegation gar nicht erwünscht, wird sie doch teilweise abgelehnt. Gerade in diesem Bereich sind klare Kriterien, die eingehalten werden müssen, wichtig: Indikationsstellung und Therapieüberwachung muss durch den Arzt erfolgen. Ein weiteres Problem sehe ich im Direktzugang zur Patientenversorgung durch einige Gesundheitsberufe, wie Physiotherapeuten. Was bedeutet das nun für das Verhältnis Arzt-Patient? Zunächst wird dadurch der freie Beruf, der Voraussetzung für das notwendige Vertrauensverhältnis des Patienten zum Arzt ist, in Frage gestellt. Die ärztliche Tätigkeit wird partikularisiert. Die Betreuung und Behandlung des Patienten in seinem beruflichen und sozialen Umfeld zeichnet gerade die ärztliche Tätigkeit aus. Nur in der Delegation bleiben die Gesamtverantwortung und die haftungsrechtlichen Risiken beim Arzt. Dies zeichnet die Patientensicherheit aus.

Autor



Dr. Max Kaplan,
Präsident
der BLÄK