

Originäre ärztliche Tätigkeiten – Schlüssel zur Arztentlastung

„Der demografische Wandel berührt unmittelbar das Arbeitskräfteangebot und damit die Leistungsfähigkeit der deutschen Wirtschaft ebenso wie unsere Sozialsysteme. Wir werden alles daran setzen, den Wohlstand zu erhalten sowie Wachstum und Chancengerechtigkeit zu fördern, indem wir den Fachkräftebedarf decken und zugleich den Menschen bessere Erwerbschancen eröffnen“, heißt es im Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD „Deutschlands Zukunft gestalten“ für die 18. Legislaturperiode. Was bedeutet dies nun konkret für unser Gesundheitswesen, in dessen Versorgungsrealität teilweise die Übernahme ärztlicher Tätigkeiten durch andere Berufsgruppen bereits vollzogen wurde?

Worum geht es?

In der manchmal so emotional geführten Debatte werden gleich mehrere Phänomene vermischt, die jedoch differenziert betrachtet werden müssen. Zunächst geht es um die Akademisierung der Gesundheitsberufe, was per se noch nichts mit Delegation und/oder Substitution zu tun hat. Eine Akademisierung zum Beispiel der Pflege und eine stärkere Betonung der „Evidence based Care“ ist sicher wünschenswert und zu unterstützen, wenn hiermit mittelfristig der Bedarf an Pflegenden gesichert werden kann. Ein weiterer Aspekt betrifft die Arztentlastung von nichtärztlichen Tätigkeiten, was keine Delegation bzw. Substitution ist. Wir Ärztinnen und Ärzte haben – aus verschiedenen Gründen – nichtärztliche Tätigkeiten übernommen, wie zum Beispiel die Blutabnahme oder Verwaltungs- und Managementaufgaben. Mit einer Vielzahl von Tätigkeiten, die keine ärztlichen Tätigkeiten sind, muss unbedingt aufgeräumt werden. Doch es gibt Tätigkeiten, die sowohl Ärzte als auch andere medizinische Fachberufe verantwortet übernehmen können. Der transurethrale Blasenkatheter ist so ein Beispiel, bei dem entweder von Ärzten aber auch von der Pflege sowohl die Indikation gestellt als auch die Leistung erbracht werden kann. Schließlich existieren die originär ärztlichen Tätigkeiten, wie Anamnese, Diagnose und Therapie.

Die Debatten über die Ausweitung der Übernahme ärztlicher Leistungen sind im Wesentlichen auf zwei Hauptgründe zurückzuführen: Eine verstärkte ökonomische Ausrichtung des Gesundheitswesens und eine zunehmende Verknappung der Ressource „Arzt“. Daraus resultiert die bereits faktische und für die Zukunft von verschiedenen Seiten noch weiter geforderte neue Arbeitsverteilung zwischen den Gesundheitsberufen. Die Notwendigkeit der Sicherstellung einer flächendeckenden und finanzierbaren Versorgung bei hinreichender Versorgungsqualität, aber auch berufspolitische und wirtschaftliche Bestrebungen der Gesundheitsfachberufe ebenso wie partei-machtpolitische Interessen befördern diese Tendenz zusätzlich. Neben der Bundesregierung hat auch der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen wiederholt eine neue Aufgabenverteilung zwischen den Gesundheitsberufen gefordert, die von Teilen der Ärzteschaft ja nicht nur akzeptiert, sondern vielmehr – durch eigene Initiativen – auch gefordert bzw. gefördert wird.

Wo sind die Grenzen?

Von welchen arzentlastenden Tätigkeiten sprechen wir und wo genau stoßen wir an die Grenzen von Delegierbarkeit ärztlicher Leistungen? Welche Leistungen können in der ambulanten Versorgung durch uns Ärzte an Medizinische Fachangestellte (MFA), an Fachpersonal in Pflegeheimen und im Rahmen der ambulanten Pflege delegiert werden? Ein weiterer Aspekt betrifft die Gesundheitsfachberufe, insbesondere die Heilmittelerbringer wie Physiotherapeuten oder Logopäden. In der stationären Versorgung geht es um die Leistungen der Krankenpflege sowie um die Tätigkeiten von Operationstechnischen Assistenten (OTA) oder Anästhesietechnischen Assistenten (ATA) und aktuell um den immer stärker nachgefragten Bachelor-Studiengang „Physician Assistant“. Gerade hier scheint die Grenze zum „kleinen Arzt“ fließend bzw. gar überschritten zu sein. Spezielle Studiengänge sprechen insbesondere Abiturienten an, die den

Numerus Clausus für das Fach Humanmedizin verfehlt haben und dennoch einen hochwertigen, „Arzt-ähnlichen“ Beruf im Gesundheitswesen suchen. Fresenius ist der größte private Gesundheitsanbieter auf dem Markt. An dieser Hochschule wird nicht nur eine Ausbildung für die eigenen Einrichtungen zur Arztentlastung angeboten, vielmehr werden die Studierenden gleich während der Ausbildung in die Einrichtungen integriert. Zudem werden die „Medizin-light-Studiplätze“ größtenteils von den Studierenden selbst über die Studiengebühren refinanziert.

Fazit

Wir Ärztinnen und Ärzte befinden uns bei der Problematik Interaktion mit den Fachberufen in der Diskussion zwischen großzügiger Auslegung und grundsätzlicher Abwehr. Ziel muss es sein, hin zu einer konstruktiven, verantwortungsbewussten, mitunter kritischen Zusammenarbeit zu kommen. Gemeinsam müssen wir unsere Arbeitsfelder definieren, die Schnittstellen darstellen, um dann pragmatisch und induktiv Kooperation und Interaktion zu leben. Dass wir hierbei den Facharztstatus nicht in Frage stellen, ist selbstverständlich und im Interesse der Patientensicherheit.

Autor



Dr. Max Kaplan,
Präsident
der BLÄK