

Ganzheitliche Versorgung, Delegation oder Substitution – wohin geht die Reise?

Der Ausschuss Qualitätsmanagement der Sächsischen Landesärztekammer beschäftigt sich schon seit längerem mit dem Thema „Delegation von ärztlichen Tätigkeiten auf andere Professionen“ aus Sicht der Qualitätssicherung. Je tiefer man in diese Materie eindringt, desto komplexer ist die Problematik und nur in Ansätzen juristisch klar geregelt. Aus einer gemeinsamen Beratung mit dem Ausschuss Ambulanzstationäre Versorgung ergaben sich weitere nennenswerte Aspekte, die aus Sicht der unterschiedlichen Betrachtungsweisen teils different und emotional, aber immer konstruktiv diskutiert wurden. Wie aktuell der Sachverhalt ist, zeigt ebenso das unlängst erschienene Themenheft „Interprofessionalität im Gesundheitswesen“ („Ärzteblatt Sachsen“, Heft 11/2023) – interprofessionelles Arbeiten ist wichtiger denn je.

In den letzten Jahrzehnten haben sich die Rahmenbedingungen der Gesundheitsversorgung in Deutschland stark verändert. Dazu gehören der demografische Wandel, die gesetzlichen Vorgaben mit zunehmend bürokratischer ärztlicher Inanspruchnahme, das veränderte Berufsbild Arzt mit dem Recht auf Freizeit und Familienleben, aber auch eine spürbare Abnahme an Gesundheitsbewusstsein und Eigenverantwortung in der Bevölkerung. Dagegen geblieben ist der Anspruch auf höchste Qualität der Patientenversorgung.

Einige Auswirkungen des in Sachsen besonders spürbaren demografischen Wandels sind:

Zunahme chronischer Erkrankungen: Mit einer älteren Bevölkerung steigt die Prävalenz chronischer Krankheiten wie Diabetes, Herz-Kreislauf-Erkrankungen

und neurodegenerative Erkrankungen. Die Patientenversorgung muss daher vermehrt auf die Bedürfnisse älterer Menschen und die Bewältigung chronischer Krankheiten ausgerichtet werden.

Pflegebedarf und Langzeitpflege:

Ältere Menschen benötigen häufiger Unterstützung bei der Bewältigung von Alltagsaktivitäten und haben einen höheren Bedarf an Langzeitpflege. Dies stellt eine Herausforderung für das Gesundheitssystem dar, da die Infrastruktur und das Pflegepersonal angepasst werden müssen.

Multimorbidität:

Ältere Menschen neigen dazu, mehrere gleichzeitige Gesundheitsprobleme zu haben, was die Komplexität der medizinischen Versorgung erhöht. Die Koordination zwischen verschiedenen Fachbereichen sowie das interdisziplinäre und interprofessionelle Arbeiten und die Integration von Versorgungsangeboten werden wichtiger.

Pflegepersonal und Fachkräftemangel:

Der demografische Wandel führt auch zu einem höheren Bedarf an Pflegepersonal. Gleichzeitig gibt es jedoch bereits heute einen Mangel an Fachkräften im Gesundheitswesen. Es ist wichtig, Strategien zur Sicherung ausreichender Arbeitskräfte zu entwickeln.

Prävention und Gesundheitsförderung:

Aufgrund der steigenden Anzahl älterer Menschen gewinnt die Prävention und Gesundheitsförderung an Bedeutung, um die Lebensqualität zu verbessern und die Krankheitslast zu verringern. Programme zur Förderung eines gesunden Lebensstils und zur Früherkennung von Krankheiten werden wichtiger.

Will man eine allgemeingültige angemessene Empfehlung hinsichtlich Delegation erstellen, um mit geeigneten Maßnahmen der Unterversorgung bei Erhalt der Versorgungsqualität entgegenzuwirken, zeigt sich, in welchem Dilemma wir uns befinden. Schnell werden verschiedene Begrifflichkeiten vermischt oder verwechselt. Heilkunst ist nicht gleich ärztliche Tätigkeit (siehe zum Beispiel Heilpraktikergesetz).

Ärztliche Tätigkeit ist definiert als jede Tätigkeit, bei der ärztliche Fachkenntnisse vorausgesetzt, eingesetzt oder mitverwendet werden oder werden können. Die Ausübung ist nur mit gültiger Approbation oder (unter ärztlicher Aufsicht) mit Berufserlaubnis möglich. Die Gefahr, Delegation und Substitution zu verwechseln, ist groß.

Substitution entspricht dem Ersetzen des Arztes durch einen Nicht-Arzt einschließlich der alleinigen Verantwortungsübernahme bei heilkundlichen Tätigkeiten. Dazu gehören zum Beispiel diagnostische Maßnahmen am Auge durch Optiker oder impfende Apotheker. Von Delegation sprechen wir, wenn die Ausübung ärztlicher Tätigkeiten auf nichtärztliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter übertragen wird, die Letztverantwortung aber beim Arzt bleibt. Nicht delegierbar soll die Heilkunde im engeren Sinne sein, da diese durch ihre Gefährlichkeit für den Patienten oder wegen der Unvorhersehbarkeit etwaiger Reaktionen gekennzeichnet ist. Auch diese Formulierung ist im Detail schwammig beziehungsweise unkonkret. Unsere Forderung bleibt, dass für die Qualität der Versorgung die Verantwortung über Diagnostik und Therapie bei der ärztlichen Profession liegt.

Der Prozess der Delegation hat längst begonnen, und ebenso hat sich in einigen Bereichen die Substitution etabliert. Wir sollten die Synergieeffekte nutzen, statt Konkurrenzängste zu entwickeln. Die Akademisierung der Gesundheitsfachberufe sollte als Beitrag zur Qualitätssicherung und Effektivitätssteigerung der gesundheitlichen Versorgung in Deutschland betrachtet werden.

Neben der pflegerischen und ärztlichen Berufsausübung hat sich eine dritte Ebene etabliert, in der zum Beispiel die Physician Assistants agieren. Auch diese müssen sich dem oben genannten Grundprinzip unterordnen. Sie sind aus der Gesundheitsversorgung nicht mehr wegzudenken. Dies gilt auch im Rettungsdienst für Notfallsanitäter. Die Medizinischen Fachangestellten haben ebenfalls immer mehr Möglichkeiten zur beruflichen Weiterentwicklung. Der sogenannten Nichtärztlichen Praxisassistentin steht unter der Endverantwortung der Ärztin/des Arztes nach entsprechender Qualifikation ein abwechslungsreiches, interessantes, verantwortungsvolles und dankbares Berufsfeld zur Verfügung.

Hilfreich sind Formulierungen zu Prozess- und Arbeitsabläufen, wie sie von sogenannten SOP (Standard Operating Procedure) allseits bekannt sind. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der GKV-Spitzenverband haben in Anlage 24 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMVÄ) eine gemeinsame Vereinbarung über die Delegation ärztlicher Leistungen an nichtärztliches Personal in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung im Oktober 2013 erarbeitet. Dieser Katalog kann als Handwerkszeug und Orientierungsleitfaden genutzt werden und zeigt neben Hinweisen auch gewünschte beziehungsweise geforderte Mindestqualifikationen auf. Wie wünschen sich denn unsere Patienten die Behandlungsabläufe? Damit

sind die differenten Ansprüche gemeint, aus der sich die Qualitätsmerkmale beider Seiten ableiten. Wollen wir als Behandler eher eine ganzheitliche, individuelle Versorgung anbieten und die Patienten von der Sprechstunde, über die stationsärztliche Arbeit mit Anamnese, Untersuchung, Diagnostik bis hin zur selbst durchgeführten Operation im Therapieprozess begleiten? Und ist dieser ganzheitliche Prozess im heutigen Gesundheitssystem überhaupt noch

„Die Akademisierung der Gesundheitsfachberufe sollte als Beitrag zur Qualitätssicherung und Effektivitätssteigerung der gesundheitlichen Versorgung in Deutschland betrachtet werden.“

realisierbar? Oder macht es dem Patienten vielleicht gar nichts aus, sich in einem modulartigen Behandlungsprozess einzugliedern? Hätte ich es als Operateur am liebsten, von einem vorbereiteten OP-Situs zum nächsten zu gelangen und nur noch jeweils den anspruchsvollsten Teil der Eingriffe vorzunehmen und der Wundverschluss wird anschließend von den Operationstechnischen Assistenten (OTA) ausgeführt? Vermutlich wäre das an Effizienz kaum zu überbieten.

Sie dürfen allerdings nicht Gefahr laufen, die Aus- und Weiterbildung außer Acht zu lassen – ein weiteres, nicht zu unterschätzendes Qualitätsmerkmal guter Versorgung.

Die gegenwärtigen Rahmenbedingungen unserer Berufsausübung sind durch Fachkräftemangel, Unterversorgung, Arbeitsverdichtung und Überbürokratisierung gekennzeichnet. Eine beschränkte, ausgewählte, geschulte und kontrollierte Übertragung von ärztli-

chen Tätigkeiten auf andere Professionen ist ein legitimes Mittel und kann genutzt werden, ohne dass die Behandlungsqualität leidet. Das Ausmaß ist immer abhängig von den entsprechenden Voraussetzungen und den örtlichen Gegebenheiten.

Für den ambulanten Bereich gibt es als Orientierung die Anlage 24 zum BMVÄ. Die Endverantwortung trägt der Arzt oder die Ärztin. Kernkompetenzen sind formuliert und dürfen nicht übertragen werden. In den zukünftigen Versorgungsstrukturen wird die Delegation von bestimmten ärztlichen Leistungen an entsprechend ausgebildete andere medizinische Professionen unter ärztlicher Qualitätskontrolle sehr hilfreich sein.

Wohl die wichtigste Forderung ist die Notwendigkeit, dass die ärztliche Profession in ihren berufspolitischen Strukturen in der Ausbildung aller Gesundheitsberufe eingebunden ist. Nur so kommen wir dem gemeinsamen Ziel einer hohen Behandlungsqualität „unter der Schirmherrschaft Arzt“ nahe. Der wissenschaftlich-technische Fortschritt in der Medizin wird unseren Berufsstand qualitativ und quantitativ immer wieder fordern. In der Zukunft wird es Veränderungen in den Versorgungsstrukturen geben müssen, um die Qualität der Behandlung sicherzustellen.

Reine Substitution sieht die ärztliche Profession dabei als sehr kritisch. Delegation ist ein geeignetes Mittel bei Erhalt der Behandlungsqualität, allerdings bedarf es dazu Voraussetzungen, vor allem die fundierte Ausbildung aller beteiligten medizinischen Professionen. ■

Dr. med. Dirk Müller
Vorsitzender Ausschuss Qualitätsmanagement
Vorstandsmitglied
in Zusammenarbeit mit Dr. med. Sören Funck
Vorsitzender Ausschuss
Ambulant-stationäre Versorgung