

Heilkunde – wie viel Arzt muss sein?

Zunächst darf ich mich bei unseren Gästen dem Bayerischen Gesundheitsminister, Dr. Markus Söder, dem Gesundheitsreferenten der Stadt München, Joachim Lorenz, bei der BKK-Vorständin, Sigrid König, und beim unparteiischen Vorsitzenden des Gesundheitspolitischen Bundesausschusses (G-BA), Dr. Rainer Hess, für die Grußworte bzw. die engagierten Diskussionsbeiträge bedanken. Sie haben diesen Abend interessant, kurzweilig und pointiert gestaltet. Dieses Kompliment geht auch an die Adresse der Moderatorin, Ursula Heller vom „Bayerischen Rundfunk“, die durch ihre charmante und professionelle Art hier Leben in die Wappenhalle brachte. Besonderer Dank gilt natürlich Ihnen allen, die Sie ein engagiertes und interessiertes Publikum waren. Nicht vergessen möchte ich die Musiker, die uns hervorragend musikalisch eingestimmt haben.

Haifischbecken

„Das deutsche Gesundheitssystem gleicht einem Haifischbecken, in dem viele große und kleine Fische ihre Beute suchen“, dies wird zumindest immer wieder behauptet. Ein Grund für diese eher veterinärmedizinische Diagnose liegt im komplexen und unübersichtlichen Gefüge unterschiedlichster Interessen und den mannigfachen Entfaltungsmöglichkeiten, die das deutsche Gesundheitssystem bietet. Es geht nicht nur um das Wohlergehen der uns anvertrauten Patientinnen und Patienten sondern auch um Macht, Einkommen, Gewinne.

Die Gesundheitspolitik ist schon deshalb ein so hart umkämpftes Politikfeld, weil es alle Bevölkerungsgruppen betrifft. Zudem gibt es kein anderes Gebiet, in dem derart viele konkurrierende Akteure um Einfluss, Gestaltung und Einkommen ringen. Immerhin macht der so genannte „Gesundheitsmarkt“ über elf Prozent des Bruttoinlandsproduktes (BIP) aus, was über 280 Milliarden Euro für Gesundheit entspricht¹ und die „Branche“ hat rund 4,3 Millionen Beschäftigte². Das Gesundheitswesen zählt somit zu den wichtigsten Beschäftigungszweigen in Deutschland. Rund elf Prozent aller Beschäftigten in Deutschland arbeiten in diesem Sektor – viereinhalb Mal so viele wie in der Autobranche (790.000). Soviel zum Thema Gesundheitswirtschaft.

Es ist deshalb nicht überraschend, dass Gesundheitsreformen immer zu den anspruchsvollsten, langwierigsten und komplexesten Gesetzesprojekten der jeweiligen Regierungskoalition zählen, was wir derzeit im parlamentarischen Prozess des GKV Versorgungsstruktur-Gesetzes (GKV-VStG) wieder erleben. Kein Wunder also, dass gerade das interprofessionelle Zusammenwirken dieser 4,3 Millionen Beschäftigten im Fokus steht.

Unter den Aspekten:

- » interdisziplinäre Zusammenarbeit (vertikal und horizontal) und natürlich
- » Kostendämpfung und -allokation,
- » Einfluss und Steuerung sowie
- » letztendlich der Sicherstellung einer qualifizierten wohnortnahen Versorgung unserer Patientinnen und Patienten, auf was gerade wir Ärzte immer wieder hinweisen müssen.

Der Anspruch der heutigen Podiumsdiskussion bestand nicht darin, das so genannte „Haifischbecken“ zum Karpfenteich oder Goldfischglas umzugestalten, wohl aber eine gewisse Ordnung und Struktur kenntlich zu machen. Bewusst haben wir dabei den Titel „Heilkunde – wie viel Arzt muss sein?“ gewählt, formuliert er doch die Kernfrage. Ziel war es einerseits, das komplexe Interessengeflecht des Gesundheitswesens analytisch zu durchdringen und zu strukturieren und andererseits aufzuzeigen, wie sich daraus Schlussfolgerungen für die Umsetzung politischer Reformkonzepte ziehen lassen.

Transfers

Dem Gut Gesundheit wird in einer modernen Industriegesellschaft einerseits eine hohe Wertschätzung entgegengebracht und zum anderen seine wirtschaftliche Bedeutung betont. Eine der zahlreichen Besonderheiten unseres Gesundheitssystems besteht darin, dass es im Vergleich zu anderen sozialen Sicherungssystemen nicht allein monetäre Transfers sondern insbesondere Dienstleistungen organisiert³. Eine besondere Brisanz erfährt dieser Umstand durch den hohen Wissensbedarf und die asymmetrisch verteilte Information im Gesundheitswesen, die dazu führen, dass wir Akteure naturgemäß einen Wissens- und Informationsvorteil gegenüber unseren Patienten besitzen,

was uns in die Pflicht nimmt. Eine Besonderheit des GKV-finanzierten Gesundheitssystems liegt zudem darin, dass Leistungsempfänger (Patienten) und Leistungszahler (Versicherte) auseinander fallen. Zumindest was die subjektive Wahrnehmung desjenigen, der eine Leistung erhält, betrifft, da nicht er alleine, sondern das Kollektiv der Versichertengemeinschaft für das Gros der Ausgaben aufkommt. Ein Problem für Transparenz und Kostenbewusstsein.

Arbeitsteilung

Ganz eindeutig müssen wir eine Verbesserung und Weiterentwicklung der bisherigen Zusammenarbeit und Arbeitsteilung zwischen ärztlichen und nicht ärztlichen Gesundheitsfachberufen anpeilen. Dies ist vor dem Hintergrund des steigenden medizinischen Versorgungsbedarfs und medizinischen Fortschritts sowie durch eine älter werdende Gesellschaft, immer komplexerer Versorgungsabläufe und enger wirtschaftlicher Rahmenbedingungen dringend erforderlich. Wenn man bedenkt, dass bis zum Jahr 2030 allein in Bayern fast 50.000 Ärzte, Krankenschwestern und Altenpfleger fehlen⁴, müssen wir im Sinne einer guten und effektiven Patientenversorgung die teamorientierte Kooperation von Ärzten und Angehörigen anderer medizinischer Fachberufe noch mehr in den Vordergrund stellen.

Koordinierte und transparente Zusammenarbeit in multiprofessionellen Teams lautet die Zauberformel mit folgenden Bedingungen:

- » Die ärztliche Gesamtverantwortung für Diagnose, Indikation und Therapiehoheit muss gewahrt bleiben.
- » Die persönliche Leistungserbringung des Arztes ist für das ärztliche Berufsbild prägend und dient der Qualitätssicherung der ärztlichen Berufsausübung.
- » Ärztliches Berufsrecht ist deshalb auch immer Patientenschutz und dient dem Verbraucherschutz.

¹ www.destatis.de

² www.bpb.de

³ Gerlinger, Thomas (2009): *Der Wandel der Interessenvermittlung in der Gesundheitspolitik*

⁴ www.sueddeutsche.de/F5G380/135612/Alarmierende-Studi.html, 05.08.2011

Sozialgesetzbuch

Der Gesetzgeber sieht im Sozialgesetzbuch V (SGB V) zwei unterschiedliche Lösungsansätze zur Kooperation von Ärzten mit nicht ärztlichen Gesundheitsberufen im Sinne einer zielorientierten Gesundheitsversorgung vor.

Der erste Ansatz wurde bereits im Pflege-Weiterentwicklungsgesetz in den §§ 63 3b und 3c festgeschrieben, welche jetzt im Versorgungsstrukturgesetz nochmals bestätigt wurde und der zweite Ansatz im § 28 „Delegation im ambulanten Bereich“.

Im § 63c geht es jedoch um Übertragung von Heilkunde an entsprechend qualifizierte Berufsangehörige, welche 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 und Typ II, der Demenz und der Hypertonie. Eine katalogisierte, automatisierte oder regelhafte Übertragung von Heilkunde in diesem Sinne lehnen wir eindeutig ab, bedeutet dies doch eindeutig den Einstieg in die Substitution. Ebenso lehnen wir kategorisch den Direktzugang „direct access“ an nicht ärztliche Gesundheitsberufe zur Ausübung der Heilkunde ab. Wir können nicht einerseits ein Patientenrechtgesetz fordern, andererseits den Anspruch auf Facharztstandard außer Kraft setzen. Gegen solche Bestrebungen aus dem politischen Lager, von Kostenträgerseite aber auch von Seiten nicht ärztlicher Berufsgruppen werden wir Ärztinnen und Ärzte uns gerade und insbesondere im Sinne der Patientensicherheit vehement wehren. Wir fordern eine eindeutige Klarstellung: Die Heilkundeerbringung ist eine ärztliche Aufgabe.

Unter dieser Prämisse ist in Zeiten des Ärztemangels und des steigenden Versorgungsbedarfs der Bevölkerung die Kooperation von Ärzten mit nicht ärztlichen Gesundheitsberufen wichtiger denn je.

Unter Voraussetzung der entsprechenden Qualifikation ist es sinnvoll 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 § 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.

Angesichts der dynamischen Fortschritte in der Medizin müsste zudem eine solche Liste, auch wenn sie nur beispielhaft wäre, regelmäßig aktualisiert werden.

Delegationskatalog

Kommt es mit dem GKV-VStG dennoch zu einer solchen Regelung, wovon wir ausgehen müssen, muss sichergestellt sein, dass die konkrete Ausgestaltung der Regelungen zur Delegation und eines eventuellen Delegationskatalogs mit

dem ärztlichen Berufsrecht kompatibel sind. Dieses dient, wie schon erwähnt, auch der Qualitätssicherung der ärztlichen Berufsausübung und damit dem Patientenschutz. Berufsrecht ist Verbraucherschutz.

Daher fordern wir, dass neben den Partnern der Bundesmantelverträge die Bundesärztekammer bei der Festlegung der delegierbaren Leistungen eine gleichberechtigte Beteiligung erhält.

Ich bin fest davon überzeugt, dass Delegation nur im Konsens wirklich erfolgreich sein kann und nicht im Gerangel um Zuständigkeit und Kompetenzen.

Eines ist klar, je mehr wir Ärztinnen und Ärzte von nicht originär ärztlichen Aufgaben entlastet werden, desto mehr Zeit haben wir für unsere ärztliche Patientenversorgung. Ich gebe die Hoffnung nicht auf, dass das Gesundheitswesen dann durch Delegation, wobei die Gesamtverantwortung in ärztlicher Hand bleibt, und verantwortliche Arbeitsteilung wieder ein Stück weit humaner werden könnte.

Eine einfache Antwort auf die Kernfrage „Heilkunde – wie viel Arzt muss sein?“ wird es nicht geben können. Doch hoffe ich, wir konnten die Debatte um Delegation und Substitution mit Übertragung ärztlicher Leistungen einerseits und die notwendige Kooperation und Arbeitsteilung andererseits anregen, bereichern und in die richtige Richtung lenken!

Ich wünsche Ihnen jetzt anregende Gespräche beim anschließenden „Get-Together“!

Der 70. Bayerische Ärztetag ist eröffnet.

Danke für Ihre Aufmerksamkeit!