

Besitzstandswahrung oder patientenorientierte Zusammenarbeit? Gemeinsame Position zur Delegation von Aufgaben

In einer Resolution zur Delegation haben eine Reihe ärztlicher Verbände vor der Übertragung von Aufgaben an nichtärztliche Berufe gewarnt. Anlass der Resolution ist eine Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Neuverteilung von Aufgaben im Gesundheitswesen, wobei die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses ausdrücklich von Neuverteilung und nicht von Delegation spricht. In der Resolution der ärztlichen Verbände wird formuliert, dass Deutschland im Vergleich zu anderen Ländern über ein herausragendes Gesundheitswesen verfüge, dessen gute Qualität und Patientensicherheit insbesondere mit der ärztlichen Gesamtverantwortung für Diagnostik und Therapie in Klinik und Praxis zu begründen ist. Die Resolution führt weiter aus, dass vor allem die ärztliche ganzheitliche Sicht auf die zu behandelnden Menschen nicht verloren gehen darf. Vor einer weiteren Fragmentierung unseres Gesundheitssystems wird eindringlich gewarnt.

Wenngleich die Initiatoren der Resolution das Psychiatrische Versorgungssystem nicht explizit gemeint haben dürften - denn entsprechende Ärzteverbände fehlen auf der Liste - so ist der Resolution vor dem Hintergrund der Bedeutung psychiatrischer Erkrankungen auch für uns bemerkenswert. Für die psychiatrische Versorgungslandschaft gilt ebenso wie für andere Bereiche der Medizin, dass eine zu starke Fokussierung auf den stationären Sektor, Ressourcen für eine ambulante, lebensweltnahe und aufsuchende Form der Versorgung beschränkt, bzw. verhindert. Die Annahme, dass die „ärztliche ganzheitliche Sicht auf die zu behandelnden Menschen“ für dessen Krankheitsentwicklung unbedingt erforderlich ist, weist auf eine Selbstüberschätzung hin und lenkt von der eigenen bescheidenen Erfolgsbilanz angesichts niedriger Heilungserfolge und einer Zunahme chronischer Erkrankungen ab. Ärzte erfüllen im Gesundheitssystem eine wichtige Aufgabe, wenn es um Heilung und Behandlung von Krankheiten geht. Ihre Ausbildung qualifiziert Ärzte aber nicht dazu, Fragen des langfristigen Krankheitsmanagements sowie zur Einbeziehung der direkten Lebensumwelt in die Behandlung zu beantworten.

Im 21. Jahrhundert bedeutet Gesundheitsversorgung v.a. langfristiges Krankheitsmanagement und gesundheitsförderliche Verhaltensänderung. Auf diesen Bedarf hat die Politik in Deutschland mit einem Akademisierungsprozess der „nichtärztlichen“ Gesundheitsberufe wie Pflege und Ergotherapie reagiert. Sie hat damit an international erfolgreiche Beispiele wie Finnland, Niederlande oder Dänemark angeknüpft. Dort konnte z.B. gezeigt werden, dass mit entsprechender Ausbildung Pflegenden nach entsprechender Qualifikation mindestens ebenso erfolgreich Psychotherapie durchführen oder Medikamente verschreiben können, wie dies bei Ärzten der Fall ist, teilweise sogar mit besseren Ergebnissen. Die hohe Expertise dieser Berufsgruppen im Allgemeinen, und der psychiatrisch Pflegenden im Speziellen nicht zu nutzen bedeutet, der Bevölkerung wichtige und vorhandene Ressourcen vorzuenthalten. Es ist bemerkenswert, dass innerhalb der psychiatrischen Versorgung, ein Teil der Ärzteschaft im Rahmen von Fachartikeln einen anderen Ton anschlägt. Wie Jordan et al. (2011) in einem entsprechenden Artikel richtigerweise beschreiben sind für „*die Neuordnung des ärztlichen Dienstes neue Konzepte der Teambildung und Teamarbeit in psychiatrisch-psychotherapeutischen Kliniken erforderlich. Gegenseitiges Verständnis, gegenseitige Akzep-*

tanz und der Respekt vor der spezifischen Kompetenz des anderen sind die Grundlage für ein besseres Zusammenwirken aller Gesundheitsberufe" (S. 12).

Bei der Fokussierung auf den Qualitätsaspekt und der Behandlungssicherheit muss klargestellt werden, dass ein optimierter Behandlungsprozess im Mittelpunkt des Bemühens stehen muss. Keine Berufsgruppe sollte für sich in Anspruch nehmen, dass ihr die Ausschließlichkeit aller Letztverantwortung und Steuerung von Behandlungsprozessen zusteht. Diese Position führt zur Stärkung von partikularen Interessen der Ärzte und nicht zu einer qualitativ hochwertigen Behandlung. So gibt es z.B. in Versorgungsbereichen wo Menschen mit Demenz behandelt werden, einen großen Teil an Aufgaben, die qua pflegewissenschaftlicher Kompetenz an die Pflegeberufe übertragen werden sollten. Dies entspricht keiner Delegation sondern einer Neuverteilung von Tätigkeiten der jeweiligen Expertise entsprechend. In der Richtlinie ist dieser Aspekt geregelt:

"Eine Verantwortlichkeit der Ärztin/des Arztes für nach dieser Richtlinie durch Berufsangehörige nach § 1 Abs. 1 ausgeübte Tätigkeiten besteht nicht." (§2 Abs. 2).

So sollte z.B. Patientenmanagement, Case Management, Überleitungsmanagement, Schmerztherapie-Management und die psychosoziale Versorgung unbedingt von jenen Berufsgruppen durchgeführt werden, die z.B. im Rahmen von Hausbesuchen das soziale Umfeld in die Behandlung einbeziehen können. Anders als in der Resolution vertreten, wird die Fragmentierung des Gesundheitssystems nicht dadurch überwunden, dass die Ärzte trotz fehlender Kompetenzen im Bereich rehabilitativer Fragen und Kommunikation die alleinige Entscheidungsmacht behalten. Zur Überwindung der damit einhergehenden Probleme braucht es die Expertise aller Berufsgruppen im Gesundheitswesen. Diese können dann im Rahmen ihrer Profession auf der Grundlage fachlicher Standards eigenständig über Bedarf entscheiden und entsprechende Leistungen auslösen.

Der Erfolg psychiatrischer Behandlung ist abhängig von sektorenübergreifender Zusammenarbeit zwischen den unterschiedlichen Versorgungsformen und zwischen allen an der Behandlung beteiligten Berufsgruppen. Sollte es nicht möglich sein, einen Dialog über eine patientenorientierte – statt einer interessenorientierten - Aufgabenverteilung zu führen, muss der Gesetzgeber im Sinne der Bevölkerung handeln und die Position der Mediziner an dieser Stelle relativieren.

gez. am 1. März 2012

Ruth Ahrens, Bruno Hemkendreis, Uwe Genge,
Volker Haßlinger, Michael Löhr, Dorothea Sauter, Michael Schulz

Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Richtlinie über die Festlegung ärztlicher Tätigkeiten zur Übertragung auf Berufsangehörige der Alten- und Krankenpflege zur selbständigen Ausübung von Heilkunde im Rahmen von Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3c SGB V (Richtlinie nach § 63 Abs. 3c SGB V): Erstfassung Vom 20.10.2011.

Aufruf im Internet:

http://www.g-ba.de/downloads/39-261-1401/2011-10-20_RL_%C2%A7-63_Abs-3c_Erstfassung.pdf (am 29.2.2012)