



Positionen der Bundesärztekammer zu einer interdisziplinären und teamorientierten Patientenversorgung

*Autor: AG „Zukünftiges Rollenverständnis der Ärzteschaft in einer teamorientierten Patientenversorgung“ der Bundesärztekammer
- vom Vorstand der Bundesärztekammer am 19./20.08.2021 beschlossen -*

Inhalt

A)	Einführung	2
B)	Dokumentation und Kommentierung der zentralen Aussagen der Werkstattgespräche	4
1.	Worin liegt für Sie die spezifische ärztliche (Kern-)Kompetenz und welche Tätigkeiten sind von daher vom Arzt höchstpersönlich auszuüben?	4
1.1	Worin liegt für Sie die spezifisch ärztliche (Kern-)Kompetenz?	4
1.2	Welche Tätigkeiten sind von daher vom Arzt höchstpersönlich auszuüben? ...	8
2.	Welche bisherigen ärztlichen Kompetenzen bzw. Tätigkeiten können auch von anderen Berufen im Gesundheitswesen ausgeführt werden und welche Bildungswege schlagen Sie dafür vor?	10
2.1	Welche bisherigen ärztlichen Kompetenzen bzw. Tätigkeiten können auch von anderen Berufen im Gesundheitswesen ausgeführt werden?	10
2.2	Welche Bildungswege schlagen Sie dafür vor?	15
3.	Wie selbstständig können und sollen solche bisherigen ärztlichen Kompetenzen bzw. Tätigkeiten von anderen Berufen im Gesundheitswesen ausgeübt werden?	22
4.	Wie stellen Sie sich die Zusammenarbeit und insbesondere den Informationsaustausch der Berufe im Gesundheitswesen zukünftig vor?	24
C)	Positionen der Bundesärztekammer zu einer interdisziplinären und teamorientierten Patientenversorgung	28

A) Einführung

Die Diskussion um die interdisziplinäre Zusammenarbeit in der medizinischen Versorgung und zur Verteilung der Aufgaben zwischen der Ärzteschaft und den weiteren Gesundheitsfachberufen ist nicht neu. Der Zuwachs an wissenschaftlichen Erkenntnissen, der Einzug neuer Technologien in nahezu alle Versorgungsbereiche, soziodemografische und ökonomische Entwicklungen, neue Rollenerwartungen sowie nicht zuletzt wirtschaftliche Gründe erfordern eine systematische Anpassung der Gesundheitsversorgung. Aufgrund dieser Veränderungen bedürfen Aufgabenteilung und Zusammenarbeit der Berufe im Gesundheitswesen regelmäßiger Überprüfungen und Abstimmungen. Dabei ist insbesondere die Stärkung der Patientenorientierung in der Gesundheitsversorgung unabdingbar für eine vertrauensvolle und zielführende Patientenversorgung. Eine fachübergreifende, effektive Zusammenarbeit zwischen den Angehörigen aller an der Patientenversorgung beteiligten Berufsgruppen soll die Versorgungsqualität verbessern.¹ Gesundheitspolitisch wird seit Jahren die Notwendigkeit formuliert, die Aufgaben zwischen den Gesundheitsfachberufen neu zu verteilen, zum Beispiel durch eine Übertragung bisher von Ärztinnen und Ärzten wahrgenommener Aufgaben auf andere Gesundheitsfachberufe², die spezifischen Kompetenzen der jeweiligen Fachberufe in den Fokus zu rücken und die interprofessionelle Kooperation zu stärken.

Bereits 2011 hat die Konferenz der Fachberufe im Gesundheitswesen bei der Bundesärztekammer das Konzeptpapier „Prozessverbesserung in der Patientenversorgung durch Kooperation und Koordination zwischen den Gesundheitsberufen“ zur interprofessionellen Steuerung von Behandlungsprozessen veröffentlicht.³ Ziel war und ist eine verbesserte Koordination unter den Berufsgruppen und den Sektoren sowie die Schaffung einer neuen Vertrauens- und Kooperationskultur zwischen den Professionen. Leitfrage ist dabei stets: Wer macht sinnvollerweise was an welcher Stelle des Versorgungsprozesses? Die zentrale Frage eines vernetzten Zusammenwirkens aller Berufe hat wichtige Implikationen für qualifikatorische und Berufsrollenaspekte. Angesichts der Diskussion über eine neue Aufgabenverteilung im Gesundheitswesen geht es auch um eine Neujustierung des Verhältnisses der Berufe zueinander.

Der institutionellen, strukturellen und rechtlichen Verfasstheit des Gesundheitssystems kommt für das Gelingen der interprofessionellen Zusammenarbeit der unterschiedlichen Berufsgruppen besondere Bedeutung zu.

Mit den am 21.08.2020 verabschiedeten „Thesen zur Kooperation zwischen Ärzteschaft und Gesundheitsfachberufen“ hat der Vorstand der Bundesärztekammer die Grundlage

¹ https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/FachberufeProzessverbesserung201111.pdf (Zugriff am 19.04.2021), Vergl. Ewers, M., Paradies, E., Herinek, D.: [Interprofessionelles Lernen, Lehren und Arbeiten. Gesundheits- und Sozialprofessionen auf dem Weg zu kooperativer Praxis](#); Weinheim, Beltz Juventa, 2019, Przyborski, A. & Wohlrab-Sahr, M., 2014. Qualitative Sozialforschung: ein Arbeitsbuch. München: Oldenbourg Wissenschaftsverlag GmbH, 132-34.

² <https://www.pflegebevollmaechtigter.de/moderne-versorgungsstrukturen-details/aufgaben-zwischen-den-gesundheitsberufen-neu-verteilen-und-patientenversorgung-sichern-6.html> (Zugriff am 19.04.2021)

³ https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/FachberufeProzessverbesserung.pdf (Zugriff am 21.04.2021)

für die Arbeit einer dazu eingesetzten Arbeitsgruppe „Zukünftiges Rollenverständnis der Ärzteschaft in einer teamorientierten Patientenversorgung“ gelegt und festgestellt, dass die Aufgaben- und Rollenverteilung zwischen den im Gesundheitswesen tätigen Berufsgruppen immer wieder zu überprüfen und, sofern erforderlich, anzupassen sind.

Vor dem skizzierten Hintergrund fanden im März 2021 drei Werkstattgespräche statt, zu denen die Bundesärztekammer Sachverständige aus wissenschaftlich medizinischen Fachgesellschaften (Werkstattgespräch I), aus den Berufsverbänden von Gesundheitsfachberufen (Werkstattgespräch II) sowie aus Wissenschaft, Politik, gesetzlicher und privater Krankenversicherung und Patientenorganisationen⁴ (Werkstattgespräch III) eingeladen hatte. Die Sachverständigen waren gebeten worden, anhand von vier standardisierten Fragen ihre Sicht auf die Rolle von Ärztinnen und Ärzten in der Gesundheitsversorgung sowie die künftige Aufgaben- und Verantwortungsteilung zwischen Ärztinnen und Ärzten und den bestehenden bzw. ggf. erforderlichen neuen Berufen im Gesundheitswesen darzulegen. Die Fragen wurden in der Arbeitsgruppe „Teamarbeit und Kernkompetenz“ der Bundesärztekammer entwickelt und konsentiert:

- 1. *Worin liegt für Sie die spezifische ärztliche (Kern-)Kompetenz und welche Tätigkeiten sind von daher vom Arzt höchstpersönlich auszuüben?***
- 2. *Welche bisherigen ärztlichen Kompetenzen bzw. Tätigkeiten können auch von anderen Berufen im Gesundheitswesen ausgeführt werden und welche Bildungswege schlagen Sie dafür vor?***
- 3. *Wie selbstständig können und sollen solche bisherigen ärztlichen Kompetenzen bzw. Tätigkeiten von anderen Berufen im Gesundheitswesen ausgeübt werden?***
- 4. *Wie stellen Sie sich die Zusammenarbeit und insbesondere den Informationsaustausch der Berufe im Gesundheitswesen zukünftig vor?***

Das folgende Dokument fasst die wesentlichen Aussagen und Diskussionen der drei Werkstattgespräche anhand dieser vier Fragen zusammen⁵, ergänzt um Literaturverweise und weiterführende Bemerkungen. An die Antworten zu den vier Fragen schließt sich jeweils eine Kommentierung der Aussagen aus Sicht der Bundesärztekammer an.

Die Bezeichnung Gesundheitsfachberuf ist nicht definiert, wird jedoch häufig verwendet. Nach derzeitiger Definition des Bundesgesundheitsministeriums wird zwischen geregelten und nicht geregelten Gesundheitsberufen unterschieden. Zu den geregelten Berufen

⁴ Der Experte der Patientenvertretung musste kurzfristig für das Werkstattgespräch III absagen.

⁵ Nicht allen von den Fachgesellschaften bzw. Verbänden benannten Expertinnen und Experten war es im Vorfeld der Werkstattgespräche möglich, ein konsentiertes Meinungsbild einzuholen. Daher korrespondieren einzelne Auffassungen möglicherweise nicht immer mit der Auffassung einer Fachgesellschaft oder eines Verbandes.

zählen die Heilberufe, Berufe nach Berufsbildungsgesetz und die sogenannten Gesundheitshandwerker.⁶ Zur Vereinfachung wird in diesem Papier der Begriff Gesundheitsfachberufe für die geregelten Gesundheitsberufe verwendet.

B) Dokumentation und Kommentierung der zentralen Aussagen der Werkstattgespräche

1. Worin liegt für Sie die spezifische ärztliche (Kern-)Kompetenz und welche Tätigkeiten sind von daher vom Arzt höchstpersönlich auszuüben?

1.1 Worin liegt für Sie die spezifisch ärztliche (Kern-)Kompetenz? Werkstattgespräch I

(Sachverständige der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften)

„Denken in Krankheitsbildern und nicht in Befunden.“

Aus Sicht der wissenschaftlich medizinischen Fachgesellschaften werden ärztliche Kernkompetenzen im praktischen Bezug insbesondere durch die langjährige akademische Qualifikation begründet, die vor einem medizinisch-wissenschaftlichen Hintergrund eine Gesamtsicht auf das Beschwerde- und Krankheitsbild der Patientinnen und Patienten ermöglicht. Dies ist umso mehr von Bedeutung je komplexer das Krankheitsbild und die damit verbundenen diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen sind und eine individuelle Entscheidungsfindung erfordern. Vor dem Hintergrund epidemiologischer Entwicklungen hin zu immer komplexeren Krankheitsbildern sowie Multimorbidität und Polypharmazie der (älter werdenden) Bevölkerung sei der Überblick über die medizinische Gesamtsituation entscheidend. Verwiesen wird auf das 6-jährige wissenschaftsbasierte Studium, dem sich eine mindestens 5-jährige Facharztweiterbildung und in vielen Fällen weitere Zusatz-Weiterbildungen sowie berufsbegleitende Fortbildungen anschließen. Für den ambulanten vertragsärztlichen Bereich wird als Grundlage ärztlicher Kernkompetenzen auf § 2 der Anlage 24 des BMV-Ä „Nicht delegierbare (höchstpersönliche) Leistungen des Arztes“ hingewiesen.⁷

Vor diesem Hintergrund werden vornehmlich nachfolgende spezifisch ärztliche Kompetenzen benannt:

Die Erhebung der **ärztlichen Anamnese**: Die ärztliche Anamnese umfasse alle Angaben, die notwendig sind, um im gegebenen Fall die medizinisch richtige und für den Patienten in seiner individuellen Situation und in seinem Wertesystem passende Entscheidung zu treffen. Es wird darauf hingewiesen, dass auch die anderen Berufsgruppen für ihre Bereiche anamnestische Daten beim Patienten erheben, die die ärztliche Anamnese ergänzen können. Zudem können andere Gesundheitsberufe die ärztliche Anamnese gezielt zum

⁶ „Heilberufe: ... Zu den Heilberufen zählen diejenigen Berufe, deren Tätigkeit die Heilung von Krankheiten und die medizinisch-helfende Behandlung und Betreuung von Patienten erfasst...“. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/gesundheitswesen/gesundheitsberufe/gesundheitsberufe-allgemein.html> (Zugriff: 23.08.2021). Zu den approbierten Heilberufen zählen Ärztinnen und Ärzte.

⁷ https://www.kbv.de/media/sp/24_Delegation.pdf (Zugriff: 30.05.2021)

Beispiel durch standardisierte oder auch fragenbogen- oder softwaregestützte Befragungen der Patienten vorbereiten. Es obliegt jedoch der Ärztin oder dem Arzt sicherzustellen, dass ihr bzw. ihm die notwendigen Angaben in der gebotenen Qualität vorliegen, um diagnostische sowie therapeutische Entscheidungsfindung vornehmen zu können.

Die **ärztliche Befunderhebung und -zusammenführung**: Hier gälte das Gleiche wie für die ärztliche Anamnese: Der Arzt müsse sicher sein, dass Befunde – sei es z. B. aus einer körperlichen Untersuchung, im Rahmen technischer diagnostischer Verfahren oder auf Basis medizinischer Laboruntersuchungen - korrekt seien, um sie zu einem Gesamtbild zusammenzuführen und sie anschließend in die Entscheidungsfindung einbeziehen zu können. Hier würden regelhaft Befunde auch von anderen Berufsgruppen erhoben, die aus ärztlicher Sicht bewertet werden müssten. Dem Arzt obliege es zudem, die Beschwerden, Symptome und Befunde zu priorisieren und einzuordnen.

Die **individuelle ärztliche Aufklärung und Beratung des Patienten** umfasse den ethischen Werteabgleich und die partizipative Therapieentscheidung. Wesentliche Bedeutung wird dabei der Risikokommunikation beigemessen.⁸ Ärztinnen und Ärzte müssten medizinische Risiken nicht nur anhand wissenschaftlicher Erkenntnisse einordnen, sondern sie auch verständlich den Patientinnen und Patienten kommunizieren.⁹ So würden tieferliegende Werte, Positionen, die für Therapieentscheidungen wichtig seien, gemeinsam ergründet und besprochen. Evidenzbasierte therapeutische Interventionen seien durch eine kontinuierliche Prozessdiagnostik und -evaluation auf der Basis einer individuellen Beziehung zwischen Arzt und Patient gekennzeichnet. Dazu gehöre auch, evidenzbasierte Literatur kritisch zu bewerten und im Gesamtkontext adäquat zu berücksichtigen.

Werkstattgespräch II

(Sachverständige der weiteren Gesundheitsfachberufe)

Auch die eingeladenen Vertreterinnen der Gesundheitsfachberufe führen **die umfassende Aus- und Weiterbildung von Ärztinnen und Ärzten an**, durch die sie in Tiefe und Breite die umfangreichsten Kenntnisse erlangten, die in den Gesundheitsfachberufen in dieser Ausprägung nicht vermittelt würden.

Die **Kernkompetenz** von Ärztinnen und Ärzten sei, in der Gesamtschau den Gesundheitszustand der Menschen zu ermitteln, zu erhalten bzw. durch medizinische Maßnahmen wiederherzustellen. Die Ärzteschaft wird dabei als **Leitprofession** im Gesundheitswesen angesehen. Dazu kämen **spezifische ärztliche Kompetenzen**, die, je nach Fachrichtung, unterschiedlich definiert und ausgeprägt seien. Ärztinnen und Ärzte erbrächten die Leistungen, die aufgrund der Schwierigkeit, Gefährlichkeit oder wegen der Unvorhersehbarkeit etwaiger Reaktionen ärztliches Fachwissen voraussetzten.

⁸ z. B: Hurrelmann K, Leppin A. (Hrsg.). Moderne Gesundheitskommunikation. Vom Aufklärungsgespräch zur E-Health. Bern: Huber; 2001. 9–21.

⁹ Gigerenzer G, Muir Gray JA: Aufbruch in das Jahrhundert des Patienten. In Gigerenzer G, JA Muir Gray (Hrsg.): Bessere Ärzte, bessere Patienten, bessere Medizin: Aufbruch in ein transparentes Gesundheitswesen. Berlin: MWV 2013; 3–28.

Als weitere zentrale Kompetenz wird die Gesamtverantwortung im Hinblick auf die Patientensicherheit benannt, da die Ärzteschaft von jeher dem **Primat der Patientensicherheit** verpflichtet sei. Die Ärzteschaft verfüge über umfassend entwickelte Fertigkeiten zur Identifizierung und Lösung neuartiger Problemstellungen in den Bereichen Forschung, Entwicklung oder Innovation in einem spezialisierten wissenschaftlichen Fach gemäß des Qualifikationsrahmens für Deutsche Hochschulabschlüsse (DQR). Dazu gehöre auch, innovative Prozesse tätigkeitsfeldübergreifend zu konzipieren, durchzuführen, zu steuern und zu beurteilen.

Werkstattgespräch III

(Sachverständige der GKV, der PKV, der Wissenschaft und der Politik)

Auch im dritten Werkstattgespräch werden die umfangreiche wissenschaftliche und praktische Ausbildung sowie die langjährige Weiterbildung und kontinuierliche Fortbildung als Voraussetzung für die Kernkompetenzen von Ärztinnen und Ärzten thematisiert. Die Breite des Wissens sei wichtig für die Einordnung von Patientenproblemen, auch über das eigene Fachgebiet hinaus. Angewandte Medizin sei immer auch das Sammeln von Erfahrungswissen. Vor diesem Hintergrund berührten die **Kernbereiche** der ärztlichen Tätigkeit die grundsätzlichen Fragen von **Diagnostik und Therapie** sowie die Beurteilung aller Patienten mit neuen oder bislang unbekanntem Symptomatiken.

Die wesentlichen Aussagen aus dem Werkstattgespräch III, die sich mit den Angaben aus dem Werkstattgespräch I decken, sind in Abbildung 1 zusammengefasst.



Abbildung 1: Kernbereiche der ärztlichen Tätigkeit laut Werkstattgespräch I und III

Kommentar der Bundesärztekammer

Die ärztliche Kernkompetenz besteht auf Grund der langjährigen wissenschaftlich fundierten Aus-, Weiter- und Fortbildung in der Gesamtsicht auf den Patienten. Dabei finden alle patientenindividuellen somatischen, psychischen sowie sozialen Faktoren Berücksichtigung. Die besondere Kompetenz liegt damit in der alle Aspekte berücksichtigenden

Einordnung des Patientenanliegens und der Beherrschung komplexer und schwieriger Sachverhalte. Dies schließt nicht aus, dass weitere Gesundheitsfachberufe in ihren Bereichen besondere Kompetenzen beherrschen und ebenso die folgenden Kategorien (Anamnese, Indikation, Untersuchung, Diagnose, Therapie) verwenden.

Zu den ärztlichen Kernaufgaben gehören deshalb insbesondere:

- Anamnese
- Indikationsstellung
- Untersuchung des Patienten einschließlich invasiver diagnostischer Leistungen
- Stellen der Diagnose und der Differenzialdiagnose
- Aufklärung und Beratung des Patienten
- Entscheidung über die Therapie/Pharmakotherapie und die Durchführung invasiver Therapien einschließlich der Kernleistungen operativer Eingriffe

Die Erhebung der **Anamnese** und die Informationssammlung zur Beurteilung der gesamten anamnestischen Aspekte von Patientinnen und Patienten ist eine der wichtigsten Aufgaben von Ärztinnen und Ärzten. Die ärztliche Anamnese dient dem Informationsgewinn für die ärztliche Diagnosestellung, dem Aufbau einer vertrauensvollen Arzt-Patient-Beziehung und als Basis für eine spätere gemeinsame medizinische Entscheidungsfindung bezüglich der zu ergreifenden diagnostischen oder therapeutischen Maßnahmen. Der soziale Kontext und die Sichtweise von Patienten sind zu beachten und einzubeziehen.

Die **Indikationsstellung**, insbesondere zu weiteren invasiven Prozeduren vor dem Hintergrund wissenschaftlich abgesicherter Handlungen und der erforderlichen Sorgfalt, steht unter ärztlichem Vorbehalt. Die Erkenntnisse der weiteren Gesundheitsfachberufe aus der Kenntnis des einzelnen Patienten müssen in die Entscheidungsfindung einbezogen werden.

Die Untersuchung des Patienten einschließlich invasiver diagnostischer Leistungen ist grundsätzlich eine ärztliche Aufgabe. Dennoch sollen von Angehörigen der weiteren Gesundheitsfachberufe erhobene Befunde einbezogen werden.

Die **Aufklärung und Beratung des Patienten** lassen sich nicht an andere Gesundheitsfachberufe delegieren. Gleichwohl können weitere Gesundheitsfachberufe in den Prozess der Aufklärung unterstützend einbezogen werden bzw. müssen über den Stand der Aufklärung informiert sein.

Die **Diagnosestellung und Differenzialdiagnose** aus der Gesamtheit der Befunde sind von Ärztinnen und Ärzten zu erheben. Diese sind im weiteren diagnostischen Prozess immer wieder zu überprüfen, um am Ende die beste Therapie für den Patienten zu gewährleisten.

Das Erstellen eines **ärztlichen Therapieplanes** obliegt Ärztinnen und Ärzten. Die **Durchführung der ärztlichen Therapie** steht unter der Verantwortung des Arztes bzw. der Ärztin.

Die **Kommunikation von Diagnose und Prognose**: Eine aktive Beteiligung von Patientinnen und Patienten und, je nach Situation, auch von Angehörigen ist im Zuge der Patientenorientierung als weiterer wesentlicher Faktor einer qualitativ hochwertigen patientengerechten Kommunikation wesentlich. Dies gilt für alle Phasen der Behandlung einer Erkrankung – von der **Anamnese, der Diagnosemitteilung und der Aufklärung über Behandlungsmöglichkeiten bis zu einer gemeinsamen medizinischen Entscheidungsfindung** – sowie der Stärkung der Selbstbeteiligung an der Umsetzung gesundheitsrelevanter Verhaltensänderungen.

Weiterhin sind die Tätigkeiten zu beachten, die aufgrund **gesetzlicher Vorgaben** unter Arztvorbehalt stehen. Die Pflicht zur persönlichen Leistungserbringung gilt grundsätzlich sowohl in der vertragsärztlichen als auch in der privatärztlichen Versorgung. Der Grundsatz ist in verschiedenen Normen als tragendes Prinzip geregelt.¹⁰

1.2 Welche Tätigkeiten sind von daher vom Arzt höchstpersönlich auszuüben?

Werkstattgespräch I

(Sachverständige der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften)

„Wo die Routinen verlassen werden, ist die Ärztin oder der Arzt erforderlich.“

Eine von Ärztinnen und Ärzten höchstpersönlich zu erbringende Tätigkeit ist insbesondere die Aufklärung vor dem Hintergrund aller erforderlichen Abwägungen und der Gesamtsicht auf die Patientinnen oder Patienten. Die weiteren wesentlichen Punkte sind in Abbildung 2 zusammengefasst.

Es wird darauf hingewiesen, dass Ärztinnen und Ärzte keinesfalls allein sämtliche anamnestische und körperlichen Befunde erheben und auch nicht allein alle therapeutischen Maßnahmen eigenhändig durchführen müssten. Da sie jedoch die Letztverantwortung für den Patienten trügen, liefen die Fäden aller Informationen bei ihnen zusammen und würden von ihnen in den Gesamtprozess eingeordnet.

Werkstattgespräch II

(Sachverständige der weiteren Gesundheitsfachberufe)

Aus Sicht der Vertreterinnen der Gesundheitsfachberufe werden als wichtige Bausteine der ärztlichen Tätigkeit die Erhebung, Überprüfung und ggf. Ergänzung der Anamnese genannt. Teile der Anamnese könnten von anderen Berufsgruppen übernommen werden. Weiterhin obliege der Ärzteschaft die Feststellung der **Diagnose**, inklusive der hierfür erforderlichen Untersuchungen, ggf. gemeinsam mit Ärzten anderer Fachrichtungen oder

¹⁰ z.B. § 19 Abs. 1 S. 1 MBO-Ä, § 613 BGB, § 15 Abs. 1 SGB V.

anderen Gesundheitsfachberufen. Ferner werden **invasive Untersuchungen** und **Therapien**, operative Eingriffe sowie ärztliche Konsultationen bei Auffälligkeiten und Abweichungen von der Routine genannt.

Die Kommunikation von Diagnosen und Prognosen sowie die Festlegung der Behandlungsmaßnahmen müssten immer durch den Arzt erfolgen, besonders bei schwerwiegenden und lebensverändernden Erkrankungen. **Höchstpersönlich** auszuüben sei die individuelle **Aufklärung** über diagnostische und therapeutische Eingriffe (vgl. Abbildung 2).

Werkstattgespräch III

(Sachverständige der GKV, der PKV, der Wissenschaft und der Politik)

„Je komplexer die medizinische Situation, desto mehr Arzt.“

Von Ärztinnen und Ärzten höchstpersönlich auszuübende sogenannte „Vorbehaltsaufgaben“ sind aus Sicht der Vertreterin der gesetzlichen Krankenkassen eine Besonderheit im deutschen Gesundheitswesen. Es werden zwei unterschiedliche Arten von Vorbehaltsaufgaben genannt: der berufsrechtliche und der krankensicherungsrechtliche Arzt-Vorbehalt. Die vertretende wissenschaftliche Seite sieht die Kernkompetenz der Ärzteschaft bei den Aufgaben in den Bereichen von Diagnostik und Therapie.

Verwiesen wird auf die bisherigen Vereinbarungen zum Kernbereich ärztlichen Handelns in der vertragsärztlichen Versorgung (Anlagen 8 und 24 BMV-Ä). Hinweise aus Vorschriften, die nur dem Arzt bestimmte Tätigkeiten zuweisen, würden sich aus verschiedenen gesetzlichen Regelwerken wie zum Beispiel dem Transplantationsgesetz ergeben. Ärzte müssten zudem bei der Patientenbehandlung den Facharztstandard gewährleisten: Sie seien verpflichtet, nach dem anerkannten und gesicherten Standard der medizinischen Wissenschaft zu behandeln und die jeweilige Behandlung so vorzunehmen wie ein Facharzt. Die Einhaltung des Facharztstandards gelte daher als indirektes Abgrenzungsmerkmal. Es existierten aber keine gesetzlichen Regelungen zu der Frage, welche Maßnahmen nur der Arzt in dem Sinne durchführen darf, dass keine Möglichkeit einer Delegation an anderes als ärztliches Personal bestehe. Für die ärztliche Anordnung würden jedoch Delegationsgrundsätze gelten: die **Anordnungspflicht, die Instruktionspflicht, die Dokumentationspflicht und die Überwachungspflicht**. Die Gesamtverantwortung für die Behandlung liege beim anordnenden Arzt. Die höchstpersönlichen Tätigkeiten, die von Ärztinnen und Ärzten auszuführen seien, sind in der Abbildung 2 zusammenfassend dargestellt.



Abbildung 2: Tätigkeiten, die von Ärztinnen und Ärzten höchstpersönlich auszuüben sind.

Kommentar der Bundesärztekammer

Als höchstpersönlich zu erbringende Leistungen gelten die Tätigkeiten, die der Arzt wegen ihrer Schwierigkeit und Komplexität, ihrer Gefährlichkeit für den Patienten oder wegen der Unvorhersehbarkeit etwaiger Reaktionen unter Einsatz seiner spezifischen Fachkenntnis und Erfahrung höchstpersönlich, also selbst, erbringen muss und nicht einem Dritten übertragen darf. Diese Grundsätze haben weiterhin Gültigkeit. Dies haben alle Werkstattgespräche bestätigt.

2. Welche bisherigen ärztlichen Kompetenzen bzw. Tätigkeiten können auch von anderen Berufen im Gesundheitswesen ausgeführt werden und welche Bildungswege schlagen Sie dafür vor?

2.1 Welche bisherigen ärztlichen Kompetenzen bzw. Tätigkeiten können auch von anderen Berufen im Gesundheitswesen ausgeführt werden?

Werkstattgespräch I

(Sachverständige der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften)

Die qualifikatorische Ausgangssituation in den einzelnen Gesundheitsfachberufen stelle sich unterschiedlich dar und bedürfe einer differenzierten Betrachtung. Im konkreten Versorgungsalltag würden die Gesundheitsfachberufe in den verschiedenen Strukturen und Einrichtungen durch eine immer anspruchsvoller werdende Versorgung gefordert, etwa aufgrund komplexer werdender Krankheitsbilder oder einer intensiveren Nutzung von Medizintechnik in Diagnostik und Therapie.

Grundsätzlich sollten alle bisherigen ärztlichen Tätigkeiten in ärztlicher Hand bleiben („*je mehr Arzt desto besser*“). Dies sei jedoch aufgrund der Entwicklungen (Ärztmangel, Demografie, Multimorbidität, wissenschaftlicher Fortschritt) nicht immer möglich. Mehr Synergie der vorhandenen Kompetenzen statt Kompetenzverlagerung und Konkurrenz – dies sei zur arbeitsteiligen Bewältigung im Rahmen der Patientenbetreuung unverzichtbar.

Standardisierbare Tätigkeiten könnten für definierte Aufgaben durch entsprechend ausgebildetes bzw. geschultes nichtärztliches Fachpersonal erfolgen. Dies betreffe insbesondere standardisierbare Routinetätigkeiten, die häufig durchgeführt werden und unter ärztlicher Supervision von anderen Gesundheitsfachberufen übernommen werden könnten. Abbildung 3 zeigt eine zusammenfassende Darstellung der Tätigkeiten, die andere Gesundheitsfachberufe übernehmen könnten.

Allerdings müsse darauf geachtet werden, dass Ärztinnen und Ärzte selbst auch ausreichend Routine bei diesen Tätigkeiten entwickeln. Ein ausschließliches Hinzuziehen bei Komplikationen oder Abweichungen vom Normalen würde nicht funktionieren, wenn die sich in Weiterbildung befindenden Ärztinnen und Ärzte nicht selbst ausreichend Erfahrung in der Routine sammeln und daher die Abweichung vom Normalen nicht einzuschätzen lernen.

Qualifizierte Fachkräfte könnten die Erstellung von schriftlichen Mitteilungen und Gutachten vorbereiten. Insbesondere seien Aufgaben im Bereich der Dokumentation und Organisation an Medizinische Fachangestellte, Medizinische Dokumentationsassistentinnen und Medizinisch-Technische Assistentinnen abzugeben. So hätten Dokumentations- und Servicetätigkeiten eine Entlastungs- und Pufferfunktion im Arbeitsprozess. Eher selten seien sogenannte Phlebotomisten, die ausschließlich auf die Blutentnahme bei Patientinnen und Patienten spezialisiert seien. Diese würden jedoch zunehmend gerne z. B. in Krankenhäusern eingesetzt.

Insbesondere Qualifikationen im Bereich molekularer Diagnostik, laborspezifischer EDV, im Bereich der Automatisierungstechnologie und im Bereich der digitalen Bildgebungsverfahren gewinnen an Bedeutung und sollten ebenfalls von anderen Berufen im Gesundheitswesen ausgeführt werden können.

Kein abschließender Konsens wurde darüber erzielt, ob die Ermöglichung eines Direktzuganges¹¹ und die eigenständige Ausübung von Heilkunde¹² durch medizinisches Fachpersonal vorstellbar wäre oder nicht. Die Mehrheit der Vertreter der ärztlichen Fachgesellschaften lehnen in den Werkstattgesprächen jedoch sowohl einen Direktzugang als auch die eigenständige Ausübung von Heilkunde durch Gesundheitsfachberufe ab.¹³ Vor einer Behandlung müsse eine ärztliche Diagnose und Indikationsstellung stehen. Die Argumentation, dass Patientengefährdung durch den Direktzugang nicht sehr wahrscheinlich sei, greife zu kurz. Es gehe auch darum, dass den Patientinnen und Patienten von Anfang an das ganze durch den Arzt veranlassbare Therapiespektrum zur Verfügung stehe.

Werkstattgespräch II

(Sachverständige der weiteren Gesundheitsfachberufe)

„Viele der nicht-delegierbaren Leistungen befinden sich in einem Graubereich, der heute bereits vielfach, zum Teil komplett selbstständig, von Gesundheitsberufen übernommen wird.“

Ziel anderer Gesundheitsfachberufe **sei nicht die Substitution** von ärztlichen Leistungen. Vielmehr sollten die Kompetenzen der Gesundheitsfachberufe von der Ärzteschaft mehr als bisher genutzt werden. So seien zum Beispiel die Erhebung und Feststellung des Pflegebedarfs, die Organisation, Gestaltung und Steuerung des Pflegeprozesses, einschließlich der Analyse, Evaluation, Sicherung der Qualität Kernkompetenzen der Pflege, die verstärkt auch in den Gesamtprozess der Patientenversorgung einbezogen werden sollten. Daneben könnten die Gesundheitsfachberufe Tätigkeiten im Rahmen der Diagnosefindung und Therapie durchführen (vgl. Abbildung 3).

Eine Sonderstellung bei den Gesundheitsberufen nimmt der Physician Assistant ein, da diese Berufsbild explizit zur Unterstützung von Ärztinnen und Ärzten ausgerichtet ist und somit die Übernahme ärztlicher Leistungen – unter ärztlicher Supervision – im Vordergrund stehe. Auch hier werden insbesondere häufige, standardisierbare Routinetätigkeiten, unkomplizierte Fälle und koordinierende Aufgaben angeführt.

¹¹ Der Begriff Direktzugang geht auf die englischen Worte „direct access“ und „self-referral“ zurück (World Confederation for Physical Therapy, 2013c). In der deutschen Literatur wird zusätzlich zu der Formulierung Direktzugang auch der Terminus „Patientenselbstweisung“ verwendet (Bury & Stokes, 2013). Flynn (2003) definiert Direktzugang als „the right of the public to direct consultation with physical therapists for examination, evaluation and intervention“ (S. 102). Er erklärt Direktzugang somit als das Recht von Patientinnen und Patienten einen Physiotherapeuten aufzusuchen, um eine Überprüfung und Bewertung von Symptomen und Intervention zu erhalten. Der Begriff wird also verwendet um den Patienten die Dienste eines Physiotherapeuten ohne vorherige Überweisung durch einen Arzt zu ermöglichen. Der Wunsch nach Direktzugang besteht auf Seiten der Heilmittelerbringer bereits länger, wurde aber im Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) trotz intensiver Debatte nicht umgesetzt, auch aufgrund von Vorbehalten im BMG.

¹² Wenn z. B. Pflegefachpersonen heilkundliche Tätigkeiten ausführen, übernehmen sie im Sinne der Substitution definierte Verantwortungsbereiche sowie die fachliche, wirtschaftliche und rechtliche Verantwortung dafür.

¹³ Ein „Allgemeines Heilberufegesetz“ könnte die erforderliche gesetzliche Grundlage für die unterschiedlich zugeteilten Aufgaben und Tätigkeitsbereiche von z. B. Pflegefachpersonen mit heilkundlicher Kompetenz schaffen, eine eigenständige Leistungserbringung festschreiben und vergütungs- und haftungsrechtliche Aspekte zuordnen.

Zusätzlich stelle sich die Frage, ob nicht auch die Gabe von Medikamenten, zum Beispiel im Rahmen einer Akutversorgung, die Übernahme der Epikrise, die Feststellung von Arbeitsunfähigkeit oder auch die Feststellung des Behandlungsabschlusses durch den Physician Assistant möglich wäre.

Werkstattgespräch III

(Sachverständige der GKV, der PKV, der Wissenschaft und der Politik)

Aus Sicht der Krankenkassenvertreter bräuchte gerade für chronisch Kranke die Patientensteuerung durch Pflegefachkräfte große Vorteile im Rahmen einer sektorenübergreifenden, patientenorientierten Koordination. Ausgangspunkte seien die direkte, pflegerische Betreuung und die Steuerung von Leistungen, die bei den Patienten unmittelbar ankämen. Die Steuerung über den Arzt sei nicht immer patientengerecht.

Pflege ermögliche einen niedrigschwelligen Zugang und eine für den Patienten erleichterte Kommunikation. So sehen Pflegekräfte die Patientinnen und Patienten teilweise täglich und erfahren entsprechend viel über sie; der Patient bzw. die Patientin könnte so besser in den Blick genommen werden.

Denkbar wäre auch die Übernahme von Aufgaben anderer Berufsgruppen durch die berufliche Pflege in Abhängigkeit von der einzelnen Qualifikation, zum Beispiel:

- die Ausdehnung der Modellprojekte nach § 63 Absatz 3c SGB V zur Übertragung heilkundlicher Tätigkeiten bei ausgewählten Krankheitsbildern mit chronischen Verläufen bzw. Gruppen von Menschen mit langanhaltenden Versorgungsbedarfen¹⁴
- Verordnungen nach § 63 Absatz 3b SGB V, z. B. Heil- und Hilfsmittel (ambulante Pflege) oder Wundversorgungs- und Inkontinenzmaterial (stationäre Langzeitpflege)
- Medikationsmanagement (akutstationäre Pflege) und nicht-medikamentöse Therapien, z. B. Schmerztherapie (ambulante Pflege)
- Ernährungstherapie wie enterale und parenterale Ernährung (akutstationäre und ambulante Pflege)
- spezialisierte Tätigkeiten (Beatmungskontrolle bei Langzeitbeatmungen, Physiotherapie, Reha-Maßnahmen oder Impfen)

Dabei müssten **Haftungsfragen** geklärt werden (Anordnungs-, Instruktions-, Dokumentations- und Überwachungspflichten), bei **Substitution müsste die Haftung auf die jeweilig ausführende Berufsgruppe übergehen.**

Eine Zusammenfassung von Tätigkeiten, die andere Gesundheitsfachberufe übernehmen können, sind in der Abbildung 3 dargestellt. Als konkrete Tätigkeiten zur Übernahme anderer Berufsgruppen wurden in den drei Werkstattgesprächen beispielhaft genannt:

¹⁴ § 64d SGB V: Verpflichtende Durchführung von Modellvorhaben zur Übertragung ärztlicher Tätigkeiten (vom 11.07.2021 BGBl. I S. 2754)

Werkstattgespräch I	Werkstattgespräch II	Werkstattgespräch III
<ul style="list-style-type: none"> • Teilanamnese <ul style="list-style-type: none"> • Standardisierte Fragebögen • Teiluntersuchung <ul style="list-style-type: none"> • Standardisierte Sonografie • Hör- und Sehtest • Vorsorgeuntersuchungen • Blutentnahmen • Teilbehandlung <ul style="list-style-type: none"> • im Rahmen eines standardisierten Behandlungskonzepts (Wundstatus, Wundverbände, Wundmanagement, chronische Wunden, Nachkontrollen, Verlaufskontrollen) • Impfung • i.v. Applikationen (mit Ausnahme von der ersten Gabe einer Bluttransfusion und Chemotherapie) • Assistenz <ul style="list-style-type: none"> • bei komplizierten diagnostischen und therapeutischen Prozeduren (z. B. Herzkatheter oder Koloskopie) • standardisierte Patientenschulung 	<ul style="list-style-type: none"> • Teilanamnese <ul style="list-style-type: none"> • Erhebung einer standardisierte Anamnese • Vorteil geringere Hemmschwelle der Patienten ggü. den Gesundheitsfachberufe • Teiluntersuchung <ul style="list-style-type: none"> • Durchführung der Beratung und Empfehlung im Rahmen der Prävention, bei Früherkennungsuntersuchungen, bei chronischen Erkrankungen (standardisiert, strukturiert) z. B. rheumatologische Fachassistenz • Die Untersuchungen von Patienten mit leichten Erkrankungssymptomen, z. B. Auskultation und Perkussion in der Praxis und im Hausbesuch (mit elektronischem Stethoskop) unter ärztlicher Supervision • Teilbehandlung <ul style="list-style-type: none"> • Die Durchführung von Hausbesuchen bei bekannten Patienten (mit telemedizinischer Begleitung des Arztes) • Die Anordnung von Routine-Untersuchungen (bei wiederkehrenden Krankheitsbildern) • Die Verordnung von therapiebegleitenden Apps oder Hilfsmitteln • Lotsenfunktion <ul style="list-style-type: none"> • MFA könne als „Lotsin“ des Patienten fungieren, dies heiße Nachfragen zum Gesundheitszustand, motivieren, bei der Stange halten, erinnern, und den Patienten im Behandlungsprozess mitnehmen • ggf. Direktzugang <ul style="list-style-type: none"> • unter zuvor zu definierenden Voraussetzungen. Patienten sollten Heilmittelerbringer – also Physiotherapeuten, Logopäden, Ergotherapeuten und andere – aufsuchen können, ohne vorher dazu eine ärztliche Verordnung erhalten zu haben. 	<ul style="list-style-type: none"> • Teiluntersuchung <ul style="list-style-type: none"> • Erhebung einfacher Messparameter und Dokumentation der erhobenen Befunde • Teilbehandlung <ul style="list-style-type: none"> • Wundverschluss, Naht- und Wundversorgung • Patientenbetreuung bei bekannten Erkrankungen und Verlaufsbeurteilungen • Hilfsmittelverordnungen • Blanko-VO Heilmittel • (Grippe-)Impfungen (z. B. in Apotheken) • Ernährungstherapie • Lotsenfunktion <ul style="list-style-type: none"> • Neben dem Hausarzt könnten auch andere Berufsgruppen als sinnvolle Lotsen fungieren. So könnte in einer abgestimmten Verteilung der Hausarzt bei der Kuration und die Pflege im Behandlungs- und Pflegesetting als Lotsen und damit als primäre Ansprechperson tätig sein. Denn die einzelnen Bereiche arbeiteten häufig isoliert voneinander und ohne sich miteinander abzustimmen. • Patientenschulung

Abbildung 3: Bisherige ärztliche Tätigkeiten, die von anderen Gesundheitsfachberufen ausgeführt werden können.

Kommentar der Bundesärztekammer

Im Rahmen des evidenzbasierten Handels im Gesundheitswesen wird eine neue Rollenverteilung und -ausgestaltung unter den Akteuren notwendig. Die weiteren nichtärztlichen Gesundheitsfachberufe werden im Rahmen der Ausgestaltung neuer Aufgabenprofile ein erweitertes berufliches Spektrum bekleiden. Die weiter zunehmende Komplexität der Versorgung auf Grund der medizinischen, medizinisch-technischen und demografischen Entwicklung erfordert eine stärkere Vernetzung und hierfür notwendige berufsübergreifende Versorgungskonzepte. Diese Konzepte müssen regelhaft geprüft und ggf. angepasst werden.

Gleichwohl müssen Umstrukturierungen im Gesundheitssystem und Übertragungen von Verantwortlichkeiten sowie Aufgaben der Medizin an andere Gesundheitsfachberufe im Hinblick auf die Patientensicherheit abgesichert sein. Unter Gesichtspunkten der Professionalisierung der weiteren Gesundheitsfachberufe wird es also um die Vermittlung des

methodischen Rüstzeugs für eine evidenzbasierte Versorgung gehen müssen.¹⁵ Eine Übertragung von ärztlichen Aufgaben an weitere Gesundheitsfachberufe muss in einem vorgegebenen Handlungsrahmen geschehen. Die jeweiligen Verantwortungsbereiche sind klar voneinander abzugrenzen. Damit ist eine Übernahme von Budgetverantwortung und Haftungsrisiko verbunden.

Die persönliche Leistungserbringung durch den Arzt ist eines der wesentlichen Merkmale seiner freiberuflichen Tätigkeit. Es gehört aber auch zu den Grundprinzipien der gesundheitlichen Versorgung in allen Sektoren, dass Ärzte Leistungen an weitere Gesundheitsfachberufe delegieren und gemeinsam die Betreuung des Patienten übernehmen.¹⁶ Wiederkehrende Aufgaben mit geringem Gefährdungspotenzial und gleichzeitiger hoher Routineentwicklung können von weiteren Gesundheitsfachberufen übernommen werden. Je komplexer die Aufgaben sich gestalten, desto mehr Fachwissen muss vorhanden sein, durch Fortbildung aktualisiert und entsprechend nachgewiesen werden können.¹⁷

2.2 Welche Bildungswege schlagen Sie dafür vor?

Werkstattgespräch I

(Sachverständige der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften)

„Wir brauchen mehr besser qualifizierte Leute, um die komplexen Aufgaben bewältigen zu können.“

Die Erweiterung des Leistungsspektrums der Gesundheitsfachberufe zur Anpassung an gesellschaftliche Veränderungen und Modernisierungsprozesse im Gesundheitswesen mache einen entsprechenden Wandel der Berufsprofile erforderlich. Angehörige der Gesundheitsfachberufe, die mit besonders komplexen Aufgaben betraut sind, müssten in der Lage sein, ihr Handeln auf der Basis wissenschaftlicher Erkenntnisse zu reflektieren, die Versorgungsmöglichkeiten evidenzbasiert zu prüfen und das eigene Handeln anzupassen. Es würden mehr fachspezifische und krankheitsbezogene Fort- und Weiterbildungen benötigt. Weiterbildungen müssten als staatliche Qualifikationen konzipiert sein.

¹⁵ Z. B. hat die pflegewissenschaftliche Versorgungsforschung erst während der letzten Jahre eine angemessene Beachtung erfahren. In der Pflegeforschung wird der Aufbau von leistungsfähigen Forschungskapazitäten erst seit kürzerer Zeit u.a. vom BMBF unterstützt. (Springer. Pflegezeitschrift. 3/2020).

¹⁶ Nach § 28 Abs. 1 Satz 2 SGB V umfasst die ärztliche Behandlung auch die Hilfeleistung anderer Personen, die von einem Arzt angeordnet und von ihm zu verantworten ist.

¹⁷ Die deutsche Ärzteschaft hat sich bereits auf dem 111. Deutschen Ärztetag in Ulm im Jahre 2008 in einem Grundsatzpapier zum Zusammenwirken mit Gesundheitsfachberufen nachdrücklich bekannt und sich für multiprofessionelle Teams und berufsübergreifende Versorgungskonzepte ausgesprochen. Aus Gründen der Patientensicherheit spielt hierbei der Schutzgedanke, der der ärztlichen Letztverantwortung für Diagnostik und Therapie sowie der ärztlichen Weisungsbefugnis in der medizinischen Versorgung innewohnt, eine große Rolle. Die Einheitlichkeit der Heilkundenausübung und das Prinzip des Arztvorbehalts sind für die Ärzteschaft unverzichtbar.

Das Fortbildungsangebot für Medizinische Fachangestellte sollte mit transparenten Qualifikationsanforderungen für einzelne Tätigkeiten ausgebaut werden. Aufstiegsmöglichkeiten müssten stärker als bisher aufgezeigt werden.

Bislang seien Fortbildungsangebote nicht spezifisch genug. Daher sollten mehr gebiets-spezifische-, aufgaben- und krankheitsbezogene Fort- und Weiterbildungen konzipiert und angeboten werden. Als Beispiel dafür wird das Studium zum Physician Assistant angeführt, wenn dieses auf einen Gesundheitsfachberuf aufbaut. Dann bräuchte dieser Studiengang nicht so breit ausgerichtet sein, sondern würde mehr Spezialisierungen ermöglichen.

Mit dem Ziel der Aufwertung des Berufsstandes der Medizinischen Fachangestellten sollte die Akademisierung von Medizinischen Fachangestellten, z. B. im Rahmen eines dualen Studiengangs, als Ergänzung zum Physician Assistant im Krankenhaus mit Spezialisierung eröffnet werden.

„Kein Wildwuchs von anderen Gesundheitsberufen.“

Demgegenüber wird argumentiert, dass die fachschulischen Ausbildungsgänge erhalten bleiben müssten. Angesichts des begrenzten Fachkräfteangebots impliziert dies einerseits die Differenzierung der Gesundheitsberufe in spezialisierte Fachkräfte für die im Wesentlichen medizinischen Aufgaben, für die wiederum der Ausbau von Fortbildungsangeboten erforderlich sei, und andererseits basisqualifizierte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter für eher körpernahe und psychosoziale Unterstützungsleistungen. Benötigt würden daher auch mehr basisqualifizierende Ausbildungsangebote (z. B. Pflegeassistenz¹⁸). Die Entwicklung sei also von stark heterogenem Charakter und würde teilweise den Eindruck eines „*heiteren Berufebastelns*“ vermitteln.¹⁹

Vorgeschlagen wird auch die Rekrutierung neuer Berufsgruppen für das Organisationsmanagement und den Logistikbereich (Reisebranche, Einzelhandel, Gastronomie).

Die bislang noch häufig starren Arbeitszeitmodelle müssten für die unterschiedlichen Lebens- und Berufsphasen der Beschäftigten im Gesundheitswesen flexibilisiert werden.

¹⁸ Der Entwicklung der Pflegeberufe und der Länderzuständigkeit für die Helfer- und Assistenzberufe in der Pflege ist es geschuldet, dass derzeit zahlreiche Regelungen für die zum Teil inhaltlich und strukturell sehr unterschiedlichen ein- bis zweijährigen Helferausbildungen in der Pflege existieren. Hinzu kommt, dass je nach Bundesland drei verschiedene Ministerien – das Gesundheits-, das Kultus- und das Sozialministerium – für die Ausbildung und die Berufsausübung zuständig sein können. So zeigt sich in Deutschland ein sehr heterogenes und schwer zu überblickendes Bild der Helfer- und Assistenzberufe in der Pflege. Aktuell können bundesweit 27 verschiedene ein- bis zweijährige Pflegehilfs- bzw. Pflegeassistenz-ausbildungen mit acht verschiedenen Berufsbezeichnungen ausgemacht werden. Sie gehören zu der Gruppe der landesrechtlich geregelten Berufe im Gesundheitswesen, deren Arbeitsbereich in der stationären und ambulanten Kranken- und Altenpflege angesiedelt ist. In manchen Fällen ist die Ausbildung integriert oder generalistisch. Darüber hinaus kann die Qualifikation an verschiedenen Schulformen erworben werden, und zum Teil können Auszubildende gleichzeitig – unter bestimmten Voraussetzungen – einen weiterführenden Schulabschluss erlangen. Vergl. hierzu besonders zu Punkt 3: „Sechs-Punkte-Plan zur Stärkung von Abschlüssen in der Pflegeausbildung: Keiner darf verloren gehen“. Deutscher Evangelischer Krankenhausverband e.V., 09.06.2021. <https://dekv.de/positionen/> (Zugriff 11.06.2021).

¹⁹ Das Internetportal www.gesundheitsberufe.de listet ca. 1.900 Angebote der Aus-, Fort- und Weiterbildung für die Gesundheitswirtschaft (Zugriff 01.04.2021).

Auch sollte es möglich sein, dass Beschäftigte ab einem bestimmten Lebensalter nur noch auf eigenen Wunsch im Schichtdienst eingesetzt werden.

Werkstattgespräch II

(Sachverständige der weiteren Gesundheitsfachberufe)

Die Ausbildungen in den Gesundheitsfachberufen sollten durchlässig ausgestaltet werden, um so den Auszubildenden eine individuelle persönliche und fachliche Weiterentwicklung zu ermöglichen. Dies betreffe sowohl die horizontale als auch die vertikale Durchlässigkeit. Die horizontale Durchlässigkeit umfasse die Möglichkeit der Anrechnung einer absolvierten Ausbildung oder eines Ausbildungsteils in einem Gesundheitsfachberuf auf die Ausbildung in einem anderen Gesundheitsfachberuf. Die vertikale Durchlässigkeit betreffe die Anschlussmöglichkeit einer absolvierten Ausbildung an eine weitergehende Ausbildung auf einem höheren Niveau, beispielsweise von einem Berufschulabschluss zu einem Bachelor-Studium. Zur Förderung der Durchlässigkeit zwischen beruflicher und akademischer Bildung sei die Anerkennung außerhochschulisch erworbener Kompetenzen von großer Bedeutung. Die Anrechnung von Kenntnissen und Fähigkeiten unabhängig von Ort und Art ihres Erwerbs sowie die Durchlässigkeit, insbesondere auch zwischen beruflicher und akademischer Bildung, müssen besser als bisher umgesetzt werden.

Insgesamt würden aber weniger verschiedene Ausbildungen mit unterschiedlichen Inhalten und Zeitumfang benötigt.

Für das Berufsbild der Medizinischen Fachangestellten wird eine neue Ausbildungsordnung gefordert. Weitergehend sollte zudem auch eine Akademisierung von Medizinischen Fachangestellten angestrebt werden, z. B. im Rahmen eines dualen Studiengangs als Ergänzung zum Physician Assistant im Krankenhaus (mit Spezialisierung). Dies würde zu einer Aufwertung des Berufsstandes führen und die Motivation, in dem Beruf zu verbleiben (Entwicklungs- und Aufstiegschancen), erhöhen. Damit einhergehend sollten Fortbildungsangebote für Medizinische Fachangestellte ausgebaut werden und mit transparenten Qualifikationsanforderungen für einzelne Tätigkeiten ausgestaltet werden. Die Anwendung von bundeseinheitlichen Musterfortbildungscurricula sollte mit einheitlichen Praktika und vergleichbaren Lernerfolgskontrollen verknüpft werden.

Zu der Frage der Akademisierung von Gesundheitsfachberufen werden unterschiedliche Perspektiven und Akzentuierungen deutlich. Diese reichen von der Forderung nach Vollakademisierung (Physiotherapie) der Gesundheitsfachberufe, über den Aspekt der Teilakademisierung, welcher auch für die wissenschaftliche Ausrichtung wichtig sei (z. B. Fragestellungen zu Arbeitsprozessen, arbeitsorganisatorischen Themen oder zur Berufsrolle) bis hin zu der Aussage, dass es keiner Vollakademisierung der Gesundheitsfachberufe bedarf, da qualifikatorische Abstufungen zur Ausübung verschiedener Tätigkeiten notwendig seien. Auch gibt es unterschiedliche Auffassungen dazu, wie breit und wie tief verschiedene Fort- und Weiterbildungsangebote notwendig seien.

Für den **Physician Assistant** sollte eine medizinische Berufsausbildung und Berufserfahrung Voraussetzung für ein Studium sein. Daher eigneten sich grundständige Studienangebote nicht, da z. B. die Sozialisierung am Patienten und Vorkenntnisse entscheidend seien und diese bei einem grundständigen Studium nicht vorhanden seien.

Um komplexer werdende Versorgungsprozesse, neue Aufgabenfelder und wissenschaftliche Erkenntnisse zu erschließen, benötigten **Physiotherapeuten** ein höheres Kompetenzniveau. Daher sei eine Vollakademisierung des Berufsstandes nötig. Seit 2009 bestünde über sogenannte Modellklauseln im Berufsgesetz ausdrücklich die Möglichkeit der Akademisierung. Diese Modellklauseln wurden bisher nicht in den Regelbetrieb überführt. Eine Teilakademisierung sei vor diesem Hintergrund keine Option. Das Berufsbild Physiotherapie benötige ein „klares Profil“. Daher müsse es vermieden werden, weiterhin zwei unterschiedliche Wege der „*Berufsbefähigung*“ anzubieten. Angesichts der Anforderungen der künftigen Patientenversorgung sei eine „*hochschulische Ausbildung mit hohem Praxisanteil wie im europäischen und internationalen Raum üblich*“ in Deutschland notwendig. Diese Forderungen beruhen aber auf der internationalen Studienlage. In Deutschland gäbe es bislang zu wenig wissenschaftliche Erkenntnisse und eigene Forschungsvorhaben dazu.

Die neuen Berufsgesetze müssten die Grundlagen für den Direktzugang schaffen, denn diese fehlten in der aktuellen Ausbildung. Dabei gehe es **Physiotherapeuten** nicht um eine „*selbstständige, arztersetzennde Erstdiagnose*“. Die Patientensicherheit erfordere es, dass die Therapeuten im Rahmen eines Screenings Symptome oder Störungen abklären, „*die auf eine ernsthafte Erkrankung schließen lassen und einen Erstkontakt zum Arzt erforderlich machen*“.

Für die optimale Versorgung der Patienten sei nicht nur das ärztliche Können entscheidend, sondern auch das Ausbildungsniveau der Pflege. Die Herausforderungen für diesen Beruf werden immer größer: Diagnostik, Therapie, Prävention, Rehabilitation und Pflege entwickelten sich schnell weiter und schafften kontinuierlich höhere Anforderungen. Bedeutsam erscheint der Ausbau der **akademisierten Pflege**. Absolventen von Pflege-Masterstudiengängen „*mit gewisser Berufserfahrung*“ hätten dann fachspezifische Kompetenzen, um **substituieren** zu können. Viele Arbeitsbereiche und Abläufe in der Pflege seien aber bisher nur bedingt wissenschaftlich erschlossen. Ein Ausbau der Akademisierung würde somit vermehrt Expertinnen und Experten hervorbringen, die wissenschaftliche Fragen aufgrund ihrer praktischen Erfahrungen und theoretischen Kenntnisse noch besser bearbeiten könnten.

Im Anschluss an eine abgeschlossene Ausbildung in einem Gesundheitsfachberuf kann – insbesondere in der Pflege – eine große Zahl an Weiterbildungen absolviert werden. Ein Teil dieser Weiterbildungen werde mittlerweile zunehmend akademisiert.

Für die Ärzteschaft, die Pflege, aber auch für die Medizinischen Fachangestellten würden breitere, bei den Therapieberufen eher tiefere Bildungswege künftig benötigt.

Werkstattgespräch III

(Sachverständige der GKV, der PKV, der Wissenschaft und der Politik)

Die medizinischen Diagnose- und Behandlungsmöglichkeiten würden zunehmend komplexer und zugleich gezielter. Medizinische Eingriffe, die anschließende Betreuung und Versorgung von Patienten seien kompliziert und verlangten ein hohes Maß präziser Kommunikation aller beteiligten Akteure. Eine Weiterentwicklung der bestehenden beruflichen Ausbildungsmöglichkeiten reiche nicht aus, um den mit besonders komplexen Aufgaben betrauten Teil der Beschäftigten in den Gesundheitsfachberufen angemessen für ihre Tätigkeit zu qualifizieren. Akademisch ausgebildete Pflegefachkräfte mit Berufserfahrung könnten sich im Laufe ihrer Tätigkeit auf die Versorgung von einzelnen Patientengruppen spezialisieren. Sie könnten z. B. den gesamten Behandlungs- und Pflegeprozess von Patienten mit einer bestimmten medizinischen Diagnose koordinieren.

Fort- und Weiterbildungscurricula, z. B. der Deutschen Krankenhausgesellschaft, sollten mehr berufsübergreifend konzipiert (spezialisierende Weiterbildung bzw. Fachweiterbildung) für ein bestimmtes Fachgebiet werden, orientiert an medizinischen Fachdisziplinen, wie Intensivpflege, Operationsdienst oder psychiatrische Krankenpflege. Gemeinsames Lernen, berufsbegleitende Weiterbildungen sollten modular und zeitlich überschaubar aufgebaut sein.

Spezialisierungsangebote wie z. B.

- Wundversorgung,
- Demenzversorgung,
- ältere Menschen,
- Prävention im häuslichen Umfeld zur Vermeidung bzw. Minimierung von Gesundheitsrisiken („Gemeindeschwester“),
- im Krankenhaus

sollten ausgebaut werden.

Die Regelungsvielfalt innerhalb der einzelnen Fortbildungsangebote, fehlende oder unzureichende Ausformulierung der zu erwerbenden Kompetenzen und wechselseitige Anrechenbarkeit geben Hinweise auf bestehenden Reformbedarf. Zudem ändere sich das erforderliche Wissen in immer kürzeren Abständen – neben einer hohen Fachkompetenz wäre ein verpflichtendes „lebenslanges Lernen“ eine zentrale Voraussetzung.

Kommentar der Bundesärztekammer

Die aktuell zu verzeichnende Entwicklung zur generellen Akademisierung der Gesundheitsfachberufe wird von der Bundesärztekammer ambivalent gesehen. Sicherlich sprechen gute Gründe dafür, vermehrt akademische Perspektiven in Anlehnung an den Deutschen Qualifikationsrahmen (DQR)²⁰ für die Gesundheitsfachberufe zu eröffnen. Die Erhöhung der Qualifikationsanforderungen führt jedoch auch dazu, dass der Zugang zu diesen Berufen für einen größeren Teil von Schulabgängern erschwert oder verhindert wird.

²⁰ <https://www.dqr.de/> (Zugriff: 20.07.2021)

Zudem sieht die Bundesärztekammer nicht, dass sich das Tätigkeitsspektrum der Gesundheitsfachberufe so verändert hat, dass die Anforderungen ausschließlich auf der Grundlage eines Studiums erfüllt werden können.²¹ Die bisherige, bewährte Fachschulausbildung sollte neben den Studiengängen erhalten bleiben.²² Ein modernes Berufsbild, ein unkomplizierter Zugang zur Ausbildung ohne finanzielle Hürden sowie gute Perspektiven für eine berufliche Weiterentwicklung sind entscheidend, um junge Menschen für Gesundheitsfachberufe zu gewinnen.

Eine patientenorientierte, integrierte und digitalisierte²³ Gesundheitsversorgung braucht neue Impulse und Ansätze für die Qualifizierung jetziger Gesundheitsfachberufe. Interprofessionalität und Kooperation müssen bereits feste Bestandteile der Ausbildungsinhalte sein.

Es existieren in Deutschland bereits eine Vielzahl unterschiedlicher Angebote im Ausbildungs-, Studien- und Fortbildungsbereich. Eine Weiterentwicklung der derzeitigen Qualifizierungswege und Kompetenzprofile der Gesundheitsfachberufe auf der Basis gesicherter Forschungsergebnisse erscheint unerlässlich.²⁴ Das Spektrum der verschiedenen Gesundheitsfachberufe ist angesichts des medizinischen und technischen Fortschritts und der damit einhergehenden Spezialisierungen inzwischen höchst vielfältig und mit den Jahren gewachsen.²⁵ Es ist jedoch nicht zielführend, infolge sich verändernder Versorgungsfragen im Gesundheitswesen fortlaufend neue Berufe bzw. Berufsfelder etablieren zu wollen, was absehbar zu einer weiteren Zersplitterung in der Versorgungslandschaft führt.²⁶ Bereits heute gibt es eine ausreichende Vielfalt an Gesundheitsfachberufen mit zahlreichen Möglichkeiten der Fort- und Weiterbildung.

Es fehlt jedoch an transparenter Darstellung der einzelnen Qualifikationsniveaus.²⁷ Gegenwärtig behindern fehlende Informationen über die Kompetenzen der jeweils anderen

²¹ Mit dem Pflegeberufegesetz wurde z. B. die akademische Ausbildung regelhaft etabliert.

²² Vergl. BIBB 2012, Qualifizierung in Gesundheits- und Pflegeberufen.

²³ Im Kontext der aktuell stattfindenden digitalen Transformation werden jedoch sowohl die Gesundheitsfachberufe als auch die sich derzeit im Studium und Ausbildung befindende Generation überwiegend im privaten Bereich digital sozialisiert. Dies bedingt jedoch keine berufsspezifische digitale Handlungskompetenz, sondern führt häufig zu einer unkritischen Nutzung digitaler Angebote und Übernahme von Verhaltensmustern aus dem privaten Alltag. PERSIKE, M. & FRIEDRICH, J.-D. 2016. Lernen mit digitalen Medien aus Studierendenperspektive. https://hochschulforumdigitalisierung.de/sites/default/files/dateien/HFD_AP_Nr_17_Lernen_mit_digitalen_Medien_aus_Studierendenperspektive.pdf. [Zugriff: 17.06.2021]

²⁴ https://www.bmbf.de/upload_filestore/pub/berufsbildungsforschung_band_15.pdf (Zugriff: 17.06.2021)

²⁵ Geregelt Heilberufe: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/gesundheitswesen/gesundheitsberufe/gesundheitsberufe-allgemein.html> (Zugriff: 20.07.2021)

²⁶ Jenseits der staatlich regulierten Berufe sind gegenwärtig zwei Entwicklungen zu verzeichnen: Auf der einen Seite ist eine Vielfalt von Bachelor- und Masterabschlüssen für gesundheitsbezogene Beschäftigungen neben den Heilberufen zu verzeichnen. Auf der anderen Seite schaffen sich Leistungserbringer ihre eigenen Berufe auf der Grundlage von Verbandempfehlungen. Vergl.: Dielmann, G. (2013). Die Gesundheitsberufe und ihre Zuordnung im deutschen Berufsbildungssystem – eine Übersicht. In: Arbeitsgruppe Robert Bosch Stiftung (Hrsg.): Gesundheitsberufe neu denken, Gesundheitsberufe neu regeln. Stuttgart: Robert Bosch Stiftung, S. 149–176

²⁷ https://www.bosch-stiftung.de/sites/default/files/publications/pdf_import/2013_Gesundheitsberufe_Online_Einzelseiten.pdf (Zugriff: 17.06.2021)

Berufsgruppen, Asymmetrien in der Ausbildung und der Qualifikation sowie fehlende institutionalisierte Handlungsrahmen die Zusammenarbeit. Daher bedarf es entsprechender berufsrechtlicher Rahmenbedingungen gerade im Hinblick auf die mögliche Übernahme ärztlicher Tätigkeiten durch weitere Gesundheitsfachberufe.

Die unterschiedlichen Bildungswege aller Berufe im Gesundheitswesen müssen sich den wachsenden und sich ständig verändernden Anforderungen der Gesundheitsversorgung stellen. Oberste Priorität muss die Patientensicherheit haben, die stets im Mittelpunkt gemeinsamer Entscheidungsprozesse stehen muss. Gemeinsame Ausbildungsabschnitte könnten die Zusammenarbeit der Professionen sicherlich verbessern.²⁸ Darüber hinaus ist eine berufsrechtliche Pflicht zur regelmäßigen Fortbildung für alle Gesundheitsfachberufe umzusetzen. Fortbildungen dienen der Verbesserung einer kompetenzgeleitenden Berufsausübung und sind zudem wesentliches Element der Qualitätssicherung.

Ein besonderer Fokus sollte dabei auf der Durchlässigkeit zwischen der beruflichen und hochschulischen Bildung liegen. In den zahlreichen Berufsfeldern im Gesundheitswesen gibt es anspruchsvolle Ausbildungsberufe und anwendungsorientierte Bachelor-Studiengänge, die sich in mehrfacher Hinsicht überschneiden. Das Bildungsspektrum im Rahmen der zunehmenden Akademisierung von Gesundheitsfachberufen kann grundsätzlich sowohl grundständig als auch als Weiterqualifikation erfolgen. So ergeben sich weitere Bildungsperspektiven und Aufstiegschancen für Gesundheitsfachberufe, die nicht über eine allgemeine Hochschulreife verfügen.²⁹

Internationale Entwicklungen zu unterschiedlichen Ausbildungs- und Fortbildungsmöglichkeiten von Gesundheitsfachberufen sind unter Beachtung der gesetzlichen und strukturellen Rahmenbedingungen in Deutschland grundsätzlich in den Blick zu nehmen.³⁰ Die verkürzende Ableitung und Übertragbarkeit internationaler Gegebenheiten auf nationale Bildungsanforderungen einiger Gesundheitsfachberufe sind dabei jedoch nicht zielführend. Fragen des systematischen Vergleichs von Strukturen und Entwicklungen in anderen Gesundheitssystemen sollten stärker als bisher in differenzierter Betrachtungsweise erfolgen. Bislang treffen teilweise sehr unterschiedliche Erwartungshorizonte zu den qualifikatorischen Anforderungen in Bezug auf die Übernahme ärztlicher Tätigkeiten

²⁸ <http://hochges.de/images/PDF/tagungen/2010/dokuaug4.pdf> (Zugriff 07.06.2021), https://www.impp.de/files/PDF/RBS_Berichte/Berufs%C3%BCbergreifend%20Denken%20Interprofessionell%20Handeln.pdf (Zugriff 07.06.2021). <https://vgv.org/allgemein/vgv-konferenz-2020/> (Zugriff:07.06.2021).

²⁹ So wurden z. B. im Pflegeberufegesetz von 2017 vorbehaltene Tätigkeiten der Pflege und die grundständige Pflegeausbildung an Hochschulen gesetzlich geregelt. Durch diese Entwicklungen und die Ausweitung der weiterführenden Studiengänge im Sinne von Vertiefungen klinischer Felder sollen sich für Pflegefachpersonen weitere Entwicklungs- und Karrierechancen eröffnen. Darüber hinaus bietet als weiteres Beispiel das Konzept zum Berufsbild des Physician Assistant interessante Perspektiven der Berufsentwicklung für Gesundheitsfachberufe, insbesondere für Medizinische Fachangestellte.

³⁰ https://www.bmbf.de/upload_filestore/pub/berufsbildungsforschung_band_15.pdf (Zugriff 11.06.2021).

durch andere Gesundheitsfachberufe aufeinander. Es bedarf rechtlicher Rahmenbedingungen auch für die Weiter- und Fortbildung der nichtärztlichen, nichtaprobiierten Gesundheitsfachberufe, um ein einheitliches Qualifikationsniveau zu erreichen.

3. Wie selbstständig können und sollen solche bisherigen ärztlichen Kompetenzen bzw. Tätigkeiten von anderen Berufen im Gesundheitswesen ausgeübt werden?

Werkstattgespräch I

(Sachverständige der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften)

„Nicht pauschal behaupten, dass der Arzt alles besser kann.“

Damit die spezifischen Leistungen der Gesundheitsfachberufe als wichtiger Beitrag zur Beantwortung des Anforderungswandels und zur Sicherung der Versorgungsqualität akzeptiert und anerkannt würden, müssten ihre Interventionen durch wissenschaftliche Reflexion und Forschung abgesichert und evidenzbasiert gestaltet werden. Bislang gäbe es keine Studien zu Behandlungsfehlern oder Nebenwirkungen der Tätigkeit von Heilmittelerbringern o. a.

Die Tätigkeitszuordnung sei abhängig von der Qualifikation unter ärztlicher Anbindung. Einerseits könne die Teilentlastung des Aufgabenspektrums von Ärztinnen und Ärzten die Konzentration auf die patientennahen Kernaufgaben begünstigen, andererseits werden aber auch Befürchtungen hinsichtlich einer Deprofessionalisierung geäußert.

Die langjährige Begleitung von Patienten sollte idealerweise im Rahmen eines multimodalen Ansatzes in einer „vollversorgenden“ Praxis stattfinden, der Arzt entwickle dabei ein Therapiekonzept, in das die anderen Gesundheitsberufe mit ihren jeweiligen Kompetenzen eingebunden würden.

Bei der Delegation einer ärztlichen Tätigkeit hat der Arzt eine **Auswahl-, Anleitungs- und Überwachungspflicht**. Die Delegation ärztlicher Leistungen auf nichtärztliches Personal sei berufsrechtlich unter bestimmten Voraussetzungen gesehen kein Verstoß gegen den Grundsatz der persönlichen Leistungserbringung. Teilselbstständige Tätigkeiten seien unter Anbindung an einen Arzt auch z. B. telemedizinisch möglich. Selbst Praxen ohne Ärzte seien denkbar, wenn diese telemedizinisch an eine Hausarztpraxis angebunden seien. Als Beispiel wird Holland angeführt, wo spezielle Teams von „krankheitsbezogenen Pflegekräften“ für die Versorgung und Behandlung von Patienten z. B. mit Herzinsuffizienz oder Diabetes mellitus zuständig seien.

Bei der **Substitution** ärztlicher Tätigkeiten werden nachfolgende Voraussetzungen genannt:

- Vorhaltung eines definierten Tätigkeitskatalogs für alle an der Versorgung beteiligten Berufsgruppen
- Erheben einer ärztlichen Diagnose als Grundlage für den Behandlungsprozess
- Berichtspflicht aller Beteiligten an den verantwortlichen Arzt
- Beschränkung der Tätigkeiten auf standardisierbare Verfahren (z. B. Sonographie)

Als Besonderheit werden die sogenannten „aufsuchenden Hilfen“ durch Hebammen erwähnt. Die Besonderheit von Familienhebammen liege in der Verknüpfung von medizinischem und sozialpädagogischem Handeln und der Ausrichtung auf eine spezielle Zielgruppe.³¹

Werkstattgespräch II

(Sachverständige der weiteren Gesundheitsfachberufe)

Die von den Vertretern der Gesundheitsberufe genannten übernahmefähigen ärztlichen Tätigkeiten könnten aus Sicht der Vertreter der Medizinischen Fachangestellten komplett selbstständig ausgeführt werden, die Haftung liege jedoch weiterhin beim Arzt, der auch die Indikation stelle. Dementsprechend könnten Medizinische Fachangestellte selbstständig im Rahmen ihrer Kompetenz agieren. Auch aus Sicht der Pflegevertreter könnten, abhängig von der beruflichen und akademischen Qualifikation, bestimmte Tätigkeiten selbstverantwortlich im Rahmen der berufs-, leistungs-, haftungs- und sozialrechtlichen Bedingungen übernommen werden.

Der Physician Assistant könne selbständig die Behandlung von unkomplizierten Fällen oder Routineuntersuchungen sowie Koordinationstätigkeiten und Vorbereitung von Anträgen z. B. für Reha-Maßnahmen übernehmen, müsse aber bei Auffälligkeiten den Arzt konsultieren. Physician Assistant, können alle Tätigkeiten selbstständig ausüben, die sie aufgrund ihrer Grundausbildung ausführen dürfen.

Grundsätzlich wurde geäußert, dass nicht delegierbare Leistungen nicht substituiert werden könnten. Allerdings seien Tätigkeiten, die nicht Teil des Medizinstudiums sind, auch nicht approbationsgebunden.

Wichtig sei es, neue Abrechnungsziffern zu integrieren und Zuschläge für delegierbare Leistungen einzuführen. Beratung und Koordination müssten auch honoriert werden.

Werkstattgespräch III

(Sachverständige der GKV, der PKV, der Wissenschaft und der Politik)

Im Bereich der Kooperation zwischen Ärzteschaft und Gesundheitsfachberufen wird insbesondere aus Sicht der Wissenschaft ein unzureichender Informationsfluss zwischen den Professionen Pflege und Ärzteschaft bemängelt. Beide Professionen stellten spezifische Erwartungen an die andere Berufsgruppe, die aufgrund unterschiedlicher Zugänge zum Patienten und Aufgabenbereiche entstehen. Im Hinblick auf eine patientenorientierte Versorgung sei es jedoch notwendig, diese divergierenden Perspektiven in den Arbeitsabläufen kooperativ zu verknüpfen. Die Kompetenzen anderer Gesundheitsberufe differenzierten sich weiter aus und sollten stärker als bisher genutzt werden. Vor der Aufteilung von Tätigkeiten im Leistungserbringerrecht sei aus Sicht der Wissenschaft eine Auseinandersetzung mit vorhandenen Kompetenzen der Gesundheitsfachberufe erforderlich.

³¹ https://www.fruehehilfen.de/fileadmin/user_upload/fruehehilfen.de/downloads/Kompetenzprofil.pdf
(Zugriff: 23.08.2021)

Beim Grad der Selbständigkeit müssten die unterschiedlichen Qualifikationsniveaus beachtet werden. Davon hingen maßgeblich die Möglichkeiten ab, in welcher Tiefe ärztliche Tätigkeiten ausgeübt werden könnten.

Grundsätzlich sollten die Gesundheitsfachberufe stärker im Sinne einer interprofessionellen Versorgung in die Patientenversorgung eingebunden werden. Voraussetzungen seien, dass diese Einbindung sich an den jeweiligen Kompetenzen der Gesundheitsfachberufe orientiere und in Absprache und im Konsens mit dem Arzt/der Ärztin und allen Beteiligten erfolge. In der Regel gehe es dabei vornehmlich um delegierbare Tätigkeiten und weniger um Substitution. Dabei sollten auch technische Möglichkeiten genutzt werden, um eine ärztliche Supervision ermöglichen zu können.

Kommentar der Bundesärztekammer

Der medizinische Fortschritt führt zu neuen Erkenntnissen sowohl in den ärztlichen als auch in den Tätigkeitsfeldern der anderen Gesundheitsfachberufe. Allein hierdurch ergeben sich neue Aufgaben und Verantwortlichkeiten, insbesondere für hochqualifizierte Berufsgruppen im Gesundheitswesen. Aufgaben von Ärztinnen und Ärzten können an andere Gesundheitsfachberufe in einem festgelegten Handlungsrahmen delegiert werden. Insbesondere handelt es sich um wiederkehrende Aufgaben, welche zum Beispiel zur Erhebung von Messdaten erforderlich sind oder mit geringer Patientengefährdung einhergehen. Besonderes Augenmerk ist dabei auf die Qualitätssicherung zu legen. Auch die Übernahme komplexerer Aufgaben ist vorstellbar. Bei einzelnen ärztlichen Tätigkeiten ist es denkbar, dass das Aufgabenspektrum vollständig von anderen Gesundheitsfachberufen übernommen werden kann. Dies ist dann mit Budgetverantwortung und haftungsrechtlichen Konsequenzen verbunden. Bereits in der Aus- und Weiterbildung müssen die zu erreichenden Kompetenzniveaus klar beschrieben sein.

4. Wie stellen Sie sich die Zusammenarbeit und insbesondere den Informationsaustausch der Berufe im Gesundheitswesen zukünftig vor?

Werkstattgespräch I

(Sachverständige der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften)

„Inter- und Multiprofessionalität sind das Credo der Zukunft.“

Aus Sicht der Vertreter der ärztlichen Fachgesellschaften sollte der Patient bei der Zusammenarbeit der Berufe im Gesundheitswesen in den Mittelpunkt gestellt werden und eine problemorientierte Arbeitsaufteilung im Sinne des Patienten erfolgen. So könne z. B. gegebenenfalls die Einrichtung einer nicht-ärztlich besetzten Praxis mit telemedizinischer Anbindung besser sein als das Schließen der Praxis.

„Teamleader“ im interprofessionellen Team sei der Arzt, der auch die Letztverantwortung für den Patienten trage. Im Regelfall übernehme diese Rolle der Hausarzt, temporär könnten bei spezifischen Erkrankungen aber auch andere Fachdisziplinen die Koordination innehaben. Das Team sollte krankheitsspezifisch und problemorientiert zusammengestellt werden, wobei die Zusammenstellung nicht nur abhängig von den Patientenbedarfen,

sondern auch von den jeweiligen Gegebenheiten in der Einrichtung sei. Das Team sollte gemeinsam klare Rollenaufteilungen definieren, in denen die jeweiligen Tätigkeitsfelder genau beschrieben werden. Zudem sollten kontinuierlich strukturierte Teambesprechungen erfolgen sowie regelmäßig interprofessionelle Fortbildungen und Schulungen stattfinden.

Als eine wichtige Voraussetzung für interprofessionelle Zusammenarbeit wird die Stärkung der Digitalisierung angeführt. Ein interprofessioneller Austausch sollte „papierlos“, „digitalisiert“ über „strukturierte Austauschplattformen“ erfolgen. Erst die Nutzung digitaler Informationswege und die gemeinsame Nutzung einer elektronischen Patientenakte könne eine zielführende Zusammenarbeit überhaupt ermöglichen.

Als weitere wichtige Voraussetzung werden normative Standards genannt, die auch in die Qualitätssicherung einfließen sollten. Dies umfasse z. B. standardisierte Berichtsformate und standardisierte Vorlagen für die Erhebung einer strukturierten Anamnese.

Da bislang empirische Daten zur Arbeitsaufteilung zwischen Ärzten und Gesundheitsfachberufen fehlten, wird von den ärztlichen Fachverbänden dazu aufgerufen, die Versorgungsforschung in diesem Bereich zu stärken und zum Beispiel (Modell)-Projekte durch die Fachgesellschaften wissenschaftlich zu begleiten.

Werkstattgespräch II

(Sachverständige der weiteren Gesundheitsfachberufe)

„Jeder macht, was er am besten kann, wichtig ist die gegenseitige Wertschätzung.“

Aus Sicht der Vertreter der Gesundheitsfachberufe sollte berufsübergreifendes Denken und Handeln im Sinne des Patienten eine Selbstverständlichkeit werden. Dazu brauche es regelmäßigen Austausch, z. B. in Form von Teambesprechungen und Fallkonferenzen. Der Austausch befördere nicht nur die Qualität der Patientenversorgung, sondern helfe auch dem gegenseitigen Verständnis der jeweiligen Tätigkeiten und Kompetenzen der Gesundheitsberufe. Im Mittelpunkt stehe der Patient. Dafür sei es wichtig, die Gesundheitskompetenz des Patienten zu stärken, ihm eine zentrale Anlaufstelle zu geben und eine Schnittstellenkoordination zu gewährleisten. Auch von den Vertretern der Gesundheitsfachberufe wird dabei die Bedeutung der Digitalisierung für den interprofessionellen Austausch hervorgehoben.

Zwischen den Kerntätigkeiten der Ärzte und der Gesundheitsfachberufe gäbe es Schnittmengen von Tätigkeiten, die von mehreren Berufsgruppen durchgeführt werden könnten. Hier müsse im Sinne des Patienten und anhand der Qualifikation, Fertigkeiten und Erfahrungen der verfügbaren Mitarbeiter entschieden werden, wer die Tätigkeit im Einzelnen ausführen kann. Nicht zielführend seien „Grauzonen“, in denen es keine klaren Zuständigkeiten gäbe. Daher brauche es eine klare Definition eines Entscheidungsrahmens und die Erarbeitung von Standard Operating Procedures (SOP), in denen Tätigkeiten, Verantwortlichkeiten und Entscheidungskompetenzen beschrieben sind.

Langfristig sei es wichtig, die Notwendigkeit zur interprofessionellen Zusammenarbeit in Berufsgesetzen, Ausbildungsordnungen, Musterfortbildungscurricula, Studiengängen etc. zu verankern, damit die Professionen ein interprofessionelles Berufsverständnis entwickeln könnten. Es müssten neue Versorgungsformen und -strukturen geschaffen werden, die regelhaft eine interprofessionelle Zusammenarbeit beinhalten.

Werkstattgespräch III

(Sachverständige der GKV, der PKV, der Wissenschaft und der Politik)

„Die Ressource Arzt wird angesichts von Demografie, medizinischem Fortschritt und abnehmender Verfügbarkeit von Arbeitszeit immer wichtiger und muss effizient eingesetzt werden.“

Auch von den Referenten des dritten Werkstattgespräches wird der Digitalisierung für die Stärkung der interprofessionellen Zusammenarbeit hohe Bedeutung beigemessen. Durch gute Steuerung, Künstliche Intelligenz und Telemedizin würden immer mehr Tätigkeiten delegierbar, so dass die Ärzteschaft sich in Zukunft „auf die wesentlichen Aufgaben“ konzentrieren könne.

Eine zukunftsfähige Entwicklung der Gesundheitsversorgung erfordere ein besseres Zusammenspiel zwischen Versorgungsgestaltung, Arbeitsorganisation und Kompetenzentwicklung aller Berufsgruppen im Gesundheitswesen. Behandlungsverläufe sollten sektorübergreifend am Bedarf des Patienten ausgerichtet sein. Es gehe jedoch nicht darum, Kompetenzen von einer in die andere Berufsgruppe zu verschieben, sondern die jeweiligen Kompetenzen der Berufsgruppen optimal für die Patientenversorgung zu nutzen. Komplexe Versorgungsbedarfe seien nur im Team lösbar, dabei müssten sowohl medizinische als auch pflegerische und soziale Aspekte berücksichtigt werden. Fragen der Kooperation seien dabei stärker in den Blick zu nehmen als Fragen der Delegation und Substitution.

Wichtigster Erfolgsfaktor für eine kooperative Arbeitsteilung sei ein gemeinsamer Versorgungsauftrag, der patientenzentriert umgesetzt wird. Beispiele hierfür gebe es bereits bei der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV), der außerklinische Intensivpflege und im Rahmen der geriatrischen Versorgung.

Der Versorgungsauftrag müsse die Beschreibung aller im Team vertretenen Rollen beinhalten. Auch für den Patienten müsse die Übertragung von Tätigkeiten nachvollziehbar und mit allen Beteiligten abgesprochen und dokumentiert sein.

Wesentlich seien gemeinsame Standards und Leitlinien, die berufsübergreifend verzahnt sind. Wichtiges Instrument für eine Standardisierung interprofessioneller Teamarbeit seien interdisziplinäre Leitlinien, die einzelne Versorgungsschritte in systematisierter Reihenfolge darstellen, mögliche Übertragungen von Aufgaben abbilden und insbesondere bei komplexen Versorgungsanforderungen die Arbeitsverteilung zwischen den Gesundheitsberufen aufzeigen. So können Leitlinien eine Orientierungshilfe schaffen, die auch die Zusammenarbeit erleichtert.

Ausgehend von diesen Anforderungen gewinne zum einen die Frage nach einer verlässlichen Qualitätssicherung und Qualitätstransparenz in der beruflichen Bildung für Gesundheitsberufe an Bedeutung. Zum anderen sei mehr Wissen darüber notwendig, welchen Beitrag eine sich ausdifferenzierende Bildungslandschaft in den Gesundheitsberufen für die Entwicklung tragfähiger Qualitätssicherungsaspekte bei der Versorgung von Patientinnen und Patienten haben sollte. Daher würden z. B. mehr interprofessionell ausgerichtete Qualitätsziele (Beispiel: Qualitätssiegel Geriatrie) benötigt.

Interprofessionelle Versorgungsstrukturen in kontextadäquaten Formen benötigten starke Überzeugungen der Beteiligten hinsichtlich des Nutzens für die eigene Tätigkeit und des Outcomes für die Patientinnen und Patienten. Dafür seien Prozessbeschreibungen für die interprofessionelle Zusammenarbeit notwendig, einschließlich der damit verbundenen Organisationsanpassungen. Auch die Festlegung gemeinsamer Therapieziele sei ein wichtiges Mittel, um eine zielführende Zusammenarbeit zu fördern.

Durch interprofessionelle Fort- und Weiterbildungen solle vor allem eine wirksame Verwendung von Wissen in Einrichtungen des Gesundheitswesens gefördert werden. Beispielsweise könnten in Krankenhäusern Plattformen gebildet werden, auf denen Wissen in Form von interprofessionellen Lernräumen in Aus-, Fort- und Weiterbildung zirkuliert werden.

Kommentar der Bundesärztekammer

Interprofessionelle Zusammenarbeit im Gesundheitswesen erfordert gegenseitiges Verständnis, stärkt die Kommunikation unter den Professionen und verbessert die Effizienz der Patientenversorgung. Dadurch lassen sich Behandlungsprozesse vereinfachen und die Behandlungsqualität und -sicherheit erhöhen. Die Versorgung kann somit besser koordiniert werden. Die zunehmende Spezialisierung der Gesundheitsfachberufe führt jedoch nicht selten zu risikobehafteten Schnittstellen, Informationsverlusten und Problemen in der Abstimmung im Rahmen von unterschiedlichen Versorgungssettings. Oft sind die Gesundheitsfachberufe über die Möglichkeiten der jeweils anderen an der Gesundheitsversorgung beteiligten Fachpersonen unzureichend orientiert und informiert. Daher ist ein berufsrechtlich abgesicherter Aufgaben- und Verantwortungsrahmen für die einzelnen Gesundheitsfachberufe notwendig.

Letztlich bedarf es aber einer konkretisierenden Schnittstellenbeschreibung und eines Handlungsrahmens im Zusammenwirken der verschiedenen Berufsgruppen. Dies ist umso mehr erforderlich, je mehr sich die Verantwortung in der Patientenversorgung diversifiziert. Eine solche Schnittstellenbeschreibung ist ebenso hilfreich in der Kommunikation der Gesundheitsfachberufe untereinander, welche zwingend zum Gelingen einer qualitativ hochwertigen Patientenversorgung erforderlich ist. Die Kommunikation der Gesundheitsfachberufe untereinander sollte standardisiert auch mittels digitaler Möglichkeiten erfolgen.

Zur Qualitätssicherung haben sich beispielsweise sogenannte Morbiditäts- und Mortalitätskonferenz (M & M)³² bewährt, bei denen nicht nur Einzelfälle besprochen werden, sondern anhand derer dann auch für zukünftige, ähnlich gelagerte Fallkonstellationen entsprechende Abläufe festgelegt werden können. Eine gut umgesetzte Morbiditäts- und Mortalitätskonferenz trägt zur Patientensicherheit und Behandlungsqualität bei, indem sie die kontinuierliche Verbesserung der Prozesse und Strukturen vorantreibt.

Ebenso sind CIRS Systeme auf andere Gesundheitsfachberufe auszuweiten.³³ Im Rahmen der Ergebnisse der KAP³⁴ wird dieser Aspekt nunmehr zumindest für ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen aufgenommen. Gleichwohl sollte es zu einer breiter gefächerten berufsübergreifenden Etablierung von Fehlermeldesystemen kommen.

C) Positionen der Bundesärztekammer zu einer interdisziplinären und teamorientierten Patientenversorgung

Die vom Vorstand der Bundesärztekammer am 21.08.2020 verabschiedeten „Thesen zur Kooperation zwischen Ärzteschaft und Gesundheitsfachberufen“ sind im Wesentlichen durch die Ergebnisse und Auswertungen der Werkstattgespräche bestätigt worden.

Eine ganzheitliche und qualitativ hochwertige Patientenversorgung erfordert ein differenziertes Zusammenwirken aller Berufe im Gesundheitswesen. Aufgrund des medizinischen Fortschritts, veränderter Bedarfe der Patientinnen und Patienten, aber auch ökonomischer Entwicklungen und veränderter Rahmenbedingungen, unterliegen Aufgabenteilung und Zusammenarbeit der Gesundheitsfachberufe regelmäßig Erneuerungen. Im Sinne einer effizienten und effektiven Gesundheitsversorgung sind Aufgaben- und Rollenverteilung immer wieder zu überprüfen und, sofern erforderlich, anzupassen.

So sind die Entwicklungen der letzten Jahre, wie z. B. die Einführung von Blankoverordnungen für Heilmittelerbringer, Akademisierung von Gesundheitsfachberufen oder Entstehung neuer Berufe unumkehrbar. Die Gesundheitsfachberufe werden sich, auch unabhängig von den Aktivitäten der Ärzteschaft, stetig weiterentwickeln. Stichworte wie Kooperation zwischen Ärzteschaft und Pflege, Vernetzung, Schnittstellenüberwindung, Aufgabenverteilung in den Versorgungsprozessen oder Interdisziplinarität bestimmen den

³² In Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen (M&M) werden retrospektiv Komplikationen, ungewöhnliche Behandlungsverläufe und unerwartete Todesfälle aufgearbeitet mit dem Ziel, daraus zu lernen und Wiederholungen zu vermeiden. https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/QS/M_Mk.pdf (Zugriff: 10.06.2021)

³³ <https://www.cirsmedical.de/nrw/>. (Zugriff 09.06.2021). CIRS-NRW richtet sich an alle in der Gesundheitsversorgung Tätigen, also an Ärztinnen und Ärzte, Apothekerinnen und Apotheker, Pflegekräfte, Medizinische Fachangestellte, Angehörige anderer Gesundheitsberufe und Verwaltungsmitarbeiterinnen und -mitarbeiter. Es bietet die Möglichkeit, nicht nur aus den etablierten einrichtung-internen CIRS, sondern auch aus den Berichten und kritischen Ereignissen anderer Krankenhäuser und Praxen zu lernen. Vergl. auch: „Fehlermeldeverhalten in der Pflege“. Springer 2021.

³⁴ Konzertierte Aktion Pflege https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Datien/3_Downloads/K/Konzertierte_Aktion_Pflege/0619_KAP_Vereinbarungstexte_AG_1-5.pdf (Zugriff 10.06.2021). Aufbau eines Online-Fehlermeldesystem für die ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen auf der Grundlage des Krankenhaus-CIRS-Netzes Deutschland.

fachlichen und gesundheitspolitischen Diskurs. Daneben wünschen sich insbesondere angehende und jüngere Ärztinnen und Ärzte zunehmend kooperative Formen der Zusammenarbeit und Arbeitsteilung mit anderen im Gesundheitswesen tätigen Berufsgruppen in Teammodellen.

Die ärztliche Kernkompetenz besteht auf Grund der langjährigen wissenschaftlich fundierten Aus- Weiter- und Fortbildung in der Gesamtsicht auf den Patienten. Dabei finden alle patientenindividuellen somatischen, psychischen sowie sozialen Faktoren Berücksichtigung. Die besondere Kompetenz liegt damit in der alle Aspekte berücksichtigenden Einordnung des Patientenanliegens und der Beherrschung komplexer und schwieriger Sachverhalte. Dies schließt nicht aus, dass weitere Gesundheitsfachberufe in ihren Bereichen besondere Kompetenzen beherrschen und ebenso die folgenden Kategorien (Anamnese, Indikation, Untersuchung, Diagnose, Therapie) verwenden.

Die folgenden Positionen des Vorstands der Bundesärztekammer sollen zu einer notwendigen Aktualisierung der Standortbestimmung der Ärzteschaft anregen.

- 1. Ein interdisziplinärer, multiprofessioneller und ganzheitlicher Behandlungs- und Betreuungsansatz ist in der Versorgung insbesondere bei chronischen Erkrankungen, Multimorbidität, Pflegebedürftigkeit und der Prävention erforderlich.*
- 2. Die Differenziertheit der Medizin und die Herausbildung medizinischer Subdisziplinen ist ein Ausdruck des medizinischen Fortschritts und einer anspruchsvoller werdenden medizinischen, therapeutischen sowie pflegerischen Patientenversorgung.*
- 3. Einer an den Versorgungserfordernissen orientierten Entstehung neuer Berufsbilder und einer Weiterentwicklung von Qualifikationsanforderungen mit zunehmenden Spezialisierungsmöglichkeiten bis hin zur Akademisierung steht die Ärzteschaft offen gegenüber.*
- 4. Die Angehörigen der Gesundheitsfachberufe verfügen zunehmend über Kenntnisse und Fähigkeiten, die nicht Bestandteil der ärztlichen Aus-, Weiter- und Fortbildung sind - und auch nicht sein müssen. Gesundheitsfachberufe sind keine „Heilhilfsberufe“, sondern entwickeln zunehmend eigene Berufsidentifikationen auf einem hohen Qualifikationsniveau.*
- 5. Befördert wird diese Entwicklung dadurch, dass der Versorgungsbedarf nicht sinken, sondern aufgrund des demografischen, medizinischen und medizinisch-technischen Fortschrittes ansteigen wird. Gesundheitspolitisch wird häufig die Notwendigkeit formuliert, bisher von Ärztinnen und Ärzten wahrgenommene Aufgaben auf andere Gesundheitsfachberufe zu übertragen. Die Ärzteschaft wird sich aktiv an dieser Diskussion beteiligen. Grundsätzlich können von allen Berufsgruppen im Gesundheitswesen die Aufgaben nur jedoch erfüllt werden, wenn ausreichend Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zur Verfügung stehen.*
- 6. Die Digitalisierung der Versorgung unterstützt und befördert die intra- und inter-professionelle Zusammenarbeit. Das setzt jedoch eine entsprechende Infrastruktur sowie die Kompetenz der Beteiligten, auch bei Patientinnen und Patienten, im Hinblick auf*

Möglichkeiten und Risiken komplexer digitaler Anwendungen im Rahmen der Patientenversorgung voraus.

- 7. Die Aus-, Weiter- und Fortbildung qualifiziert Ärztinnen und Ärzte in besonderer Weise zur Steuerung, Behandlung und Betreuung von Patientinnen und Patienten mit schwierigen und komplexen medizinischen Fragestellungen. Innerhalb eines vorgegebenen Handlungsrahmens können definierte Aufgaben der Versorgung ohne negative Auswirkungen auf die Patientensicherheit von anderen Gesundheitsfachberufen übernommen werden. Für den Direktzugang von Patientinnen und Patienten zu anderen Gesundheitsfachberufen sind Kriterien und Grenzen in Handlungsrahmen zu definieren.*
- 8. Eine Übertragung bislang von Ärztinnen und Ärzten wahrgenommener Tätigkeiten setzt voraus, dass die für die Durchführung erforderlichen Kompetenzen vorhanden und nachgewiesen sind. Grundlage dafür sind die in den Ausbildungs- und Prüfungsordnungen der Gesundheitsfachberufe dargelegten Ausbildungs- und Prüfungsinhalte. Es bedarf zudem einer Aktualisierung von staatlichen, mindestens berufsrechtlichen Regulations- und Sanktionsmöglichkeiten gegenüber den Gesundheitsfachberufen. Alle Tätigkeiten, für die spezifische ärztliche Fachkenntnisse und Erfahrungen erforderlich sind, müssen weiterhin dem Arztvorbehalt unterliegen. Im innerärztlichen Austausch sowie in Dialog mit den anderen Gesundheitsfachberufen ist das Bewusstsein dafür zu schärfen, welche Tätigkeiten zum Kern ärztlicher Berufsausübung gehören, insbesondere wegen ihrer Schwierigkeit, Gefährlichkeit, Komplexität oder wegen der Unvorhersehbarkeit etwaiger Reaktionen.*
- 9. Sofern Tätigkeiten von anderen Gesundheitsfachberufen selbständig übernommen werden, müssen Verantwortung, Haftungsrisiko und Budgetverantwortung auf diese Berufsgruppe übergehen.*
- 10. Eine enge Kommunikation und ein regelhafter Austausch zwischen den an der Behandlung und Betreuung der Patientinnen und Patienten beteiligten Berufsgruppen sind dabei sicherzustellen und der hierfür erforderlich Aufwand ist zu finanzieren.*