

Mehr Delegation ärztlicher Leistungen – ein steiniger Weg?

Prof. Dr. med. habil. Karl-Ludwig Resch

Facharzt für Physikalische und Rehabilitative Medizin
Geschäftsführer Deutsches Institut für Gesundheitsforschung
International Associate Dean, Andrew Taylor Still Universität, Kirksville, USA
Pastpräsident, Deutsche Gesellschaft für Physikalische Medizin und Rehabilitation
Präsident, Sächsischer Heilbäderverband

Detaillierte Erörterungen zu wesentlichen Aspekten dieser Präsentation finden sich u.a. im Abschlussbericht eines von der Demografierichtlinie der Sächsischen Staatskanzlei geförderten Projekts unter:
www.demografie.sachsen.de/download/dig-abschlussbericht.pdf

Mehr Delegation ärztlicher Leistungen – ein steiniger Weg?

- **Delegation/Substitution in der Heilkunde**
- Akademisierung medizinischer Fachberufe
- Perspektiven der ärztlichen/medizinischen Versorgung
- Delegationsmodelle

Delegation . . .

BUNDESÄRZTEKAMMER
KASSENÄRZTLICHE BUNDESVEREINIGUNG

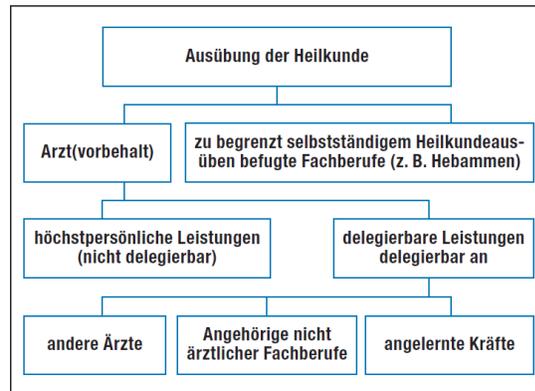
Bekanntmachungen

Persönliche Leistungserbringung

Möglichkeiten und Grenzen der Delegation
ärztlicher Leistungen

Stand: 29. August 2008

Deutsches Ärzteblatt | Jg. 105 | Heft 41 | 10. Oktober 2008 | A 2173



Die persönliche Leistungserbringung ist eines der wesentlichen Merkmale freiberuflicher Tätigkeit. Sie prägt wie kein anderes Merkmal das Berufsbild des Arztes¹ und steht dafür, dass der Arzt seine Leistungen auf der Grundlage einer besonderen Vertrauensbeziehung erbringt. Persönliche Leistungserbringung bedeutet nicht, dass der Arzt jede Leistung höchstpersönlich erbringen muss. Sie erfordert vom Arzt aber immer, dass er bei Inanspruchnahme nicht ärztlicher oder ärztlicher Mitarbeiter zur Erbringung eigener beruflicher Leistungen leitend und eigenverantwortlich tätig wird. Der Arzt kann daher, anders als der gewerbliche Unternehmer, den Leistungsumfang seiner Praxis durch Anstellung von Mitarbeitern nicht beliebig vermehren.

Delegation und . . .

KVS-Mitteilungen Heft 6/2014, Seite 3

Editorial

Editorial

Arzt „light“

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

wir sind uns sicher alle einig: Die Kooperation zwischen Ärzten und anderen Berufsgruppen im Gesundheitswesen ist notwendig. Therapie, Prävention und Gesundheitsförderung sind für unsere Gesellschaft von zentraler Bedeutung. Die Demographieveränderungen in Deutschland sind eine Herausforderung für die Entwicklung der ärztlichen Tätigkeit. Die Patienten erwarten eine schnelle und effektive Versorgung. Die Delegation ärztlicher Aufgaben ist ein zentraler Bestandteil der Gesundheitsversorgung.

Seit Anfang der 2000er Jahre erleben wir eine neue Qualität einer immer mehr sichtbaren Attrition der ärztlichen Tätigkeit und die relativ unkritische Übertragung von Berufsbildern wie dem Physiotherapeuten, dem Pflegepersonal und dem Apotheker.

Den ausgebildeten jungen Physician Assistants kann man es nicht verübeln, dass sie irgendwann in eigener Regie anwenden wollen, was sie gelernt haben. Diese jungen Leute werden irgendwann im Sinne der Substitution selbstständig arbeiten wollen, alles andere ist Augenwischerei.



. . . und Substitution

Richtlinie



**des Gemeinsamen Bundesausschusses
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)

in der Fassung vom 20. Oktober 2011
veröffentlicht im Bundesanzeiger Nr. 46 (S. 1 128) vom 21. März 2012
und
Nr. 50 (S. 1 228) vom 28. März 2012
in Kraft getreten am 22. März 2012

§ 2 Selbständige Ausübung von Heilkunde

(1) Berufsangehörige nach § 1 Abs. 1 üben Heilkunde durch Vornahme der ihnen auf der Grundlage dieser Richtlinie übertragenen ärztlichen Tätigkeiten aus. Ausübung von Heilkunde ist die auf wissenschaftliche Erkenntnis gegründete, praktische, selbständige oder im Dienst anderer ausgeübte Tätigkeit zur Verhütung, Feststellung, Heilung oder Linderung menschlicher Krankheiten, Körperschäden oder Leiden.

(2) Die Heilkunde wird von entsprechend qualifizierten Berufsangehörigen nach § 1 Abs. 1 innerhalb des durch die Richtlinie vorgegebenen Rahmens selbständig und eigenverantwortlich ausgeübt. Die Ausübung beinhaltet die Übernahme fachlicher, wirtschaftlicher und rechtlicher Verantwortung. Von dieser umfasst ist nach der Übertragung der ärztlichen Tätigkeiten durch den Arzt die Entscheidungsbefugnis, ob und in welchem Umfang die selbständige Ausübung der Heilkunde durch Vornahme der übertragenen ärztlichen Tätigkeiten medizinisch geboten ist.

(3) Eine Verantwortlichkeit der Ärztin/des Arztes für nach dieser Richtlinie durch Berufsangehörige nach § 1 Abs. 1 ausgeübte Tätigkeiten besteht nicht. Die Verantwortlichkeit der Ärztin/des Arztes für eigene Entscheidungen und Handlungen bleibt unberührt.

Quelle: https://www.g-ba.de/downloads/62-492-600/2011-10-20_RL-63Abs3c.pdf

Verantwortung und . . .



Quelle: http://www.kvhh.net/media/public/db/media/1/2010/02/200/streckelueder_haebel_01_13_web.pdf

Referiert

Wenn Ärzte durch Schwestern „ersetzt“ werden

In einer Serie von vier Aufsätzen ist das British Medical Journal der Frage nachgegangen, ob Schwestern ärztliche Tätigkeiten übernehmen können – und ob dies vielleicht sogar Geld einsparen kann. . . .

. . . . Tatsächlich ergaben sich Ersparnisse, allerdings kaum für die Ärzte. Der staatliche Gesundheitsdienst profitierte in dem Jahr, in dem die Studie lief, mit 94 422 £, vor allem durch eine Verringerung der Zahl von Krankenhauseinweisungen; die Dienste der Schwestern kosteten allerdings 81 237 £ – und das ging **weitgehend zu Lasten der 55 Ärzte**, die lediglich 16 928 £ an Fahrtkosten für Patientenbesuche einsparen konnten.

Die Autoren kommen zu folgendem Schluss: Der staatliche Gesundheitsdienst hat erheblich mehr von einer solchen Regelung als die Ärzte; **sie bringe allerdings eine Verbesserung der Versorgungsqualität**; und „dies kann eine Kostenanalyse nicht messen“.

Quelle: Deutsches Ärzteblatt 2000;97:A2042

Die Studien:

Shum C et al. Nurse management of patients with minor illnesses in general practice: multicentre, randomised controlled study. BMJ 2000;320:1038
Kinnersley P et al. Randomised controlled trial of nurse practitioner versus general practitioner care for patients requiring „same day“ consultations in primary care. BMJ 2000;320:1043
Lattimer V et al. Cost analysis of nurse telephone consultation in out of hours primary care: evidence from a randomised controlled trial. BMJ 2000;320:1053
Venning P et al. Randomised controlled trial comparing cost effectiveness of general practitioners and nurse practitioners in primary care. BMJ 2000;320:1048

Mehr Delegation ärztlicher Leistungen – ein steiniger Weg?

- Delegation/Substitution in der Heilkunde
- **Akademisierung medizinischer Fachberufe**
- Perspektiven der ärztlichen/medizinischen Versorgung
- Delegationsmodelle

Referiert

Wenn Ärzte durch Schwestern „ersetzt“ werden

In einer Serie von vier Aufsätzen ist das British Medical Journal der Frage nachgegangen, ob Schwestern ärztliche Tätigkeiten übernehmen können – und ob dies vielleicht sogar Geld einsparen kann. „Schwestern“ – das sind allerdings „Nurse Practitioners“; **sie sind über die normale Ausbildung hinaus weitergebildet und haben ein Hochschuldiplom oder sogar Master-oderBachelor-Abschluss**. . . .

. . . . Tatsächlich ergaben sich Ersparnisse, allerdings kaum für die Ärzte. Der staatliche Gesundheitsdienst profitierte in dem Jahr, in dem die Studie lief, mit 94 422 £, vor allem durch eine Verringerung der Zahl von Krankenhauseinweisungen; die Dienste der Schwestern kosteten allerdings 81 237 £ – und das ging **weitgehend zu Lasten der 55 Ärzte**, die lediglich 16 928 £ an Fahrtkosten für Patientenbesuche einsparen konnten.

Die Autoren kommen zu folgendem Schluss: Der staatliche Gesundheitsdienst hat erheblich mehr von einer solchen Regelung als die Ärzte; **sie bringe allerdings eine Verbesserung der Versorgungsqualität**; und „dies kann eine Kostenanalyse nicht messen“.

Quelle: Deutsches Ärzteblatt 2000;97:A2042

Die Studien:

Shum C et al. Nurse management of patients with minor illnesses in general practice: multicentre, randomised controlled study. BMJ 2000;320:1038
Kinnersley P et al. Randomised controlled trial of nurse practitioner versus general practitioner care for patients requiring „same day“ consultations in primary care. BMJ 2000;320:1043
Lattimer V et al. Cost analysis of nurse telephone consultation in out of hours primary care: evidence from a randomised controlled trial. BMJ 2000;320:1053
Venning P et al. Randomised controlled trial comparing cost effectiveness of general practitioners and nurse practitioners in primary care. BMJ 2000;320:1048

Der Bologna-Prozess

Quelle: Kultusministerkonferenz

Ziel des Bologna-Prozesses ist die Errichtung des Europäischen Hochschulraums (European Higher Education Area), der gekennzeichnet ist durch die uneingeschränkte Mobilität der Studierenden, Absolventen und Absolventinnen, Hochschullehrer und Hochschullehrerinnen. **Zu den Kernzielen des Bologna-Prozesses gehören die gegenseitige Anerkennung von Studienleistungen und Studienabschlüssen**, die Transparenz und Vergleichbarkeit der Abschlüsse im gestuften System, die europäische Zusammenarbeit in der Qualitätssicherung, die Verwendung von Transparenzinstrumenten wie dem europäischen Kreditsystem ECTS, der Zeugniserläuterung (Diploma Supplement) und des einheitlichen Qualifikationsrahmens für Hochschulabschlüsse. . . .

. . . Im Zusammenhang mit dem Bologna-Prozess erhält das im April 1997 auch von Deutschland in Lissabon unterzeichnete „**Übereinkommen über die Anerkennung von Qualifikationen im Hochschulbereich in der europäischen Region**“ besondere Bedeutung. Deutschland hat die Konvention zwischenzeitlich ratifiziert. Das Gesetz zum Übereinkommen ist am 23.05.2007 in Kraft getreten.



<http://www.kmk.org/wissenschaft-hochschule/internationale-hochschulangelegenheiten/bologna-prozess.html>

Bologna–Prozess: Nichtärztliche medizinische Fachberufe

Google search results for "Masterstudiengang Physiotherapie". The search bar contains the text "Masterstudiengang Physiotherapie". The dropdown menu lists several options: "masterstudiengang physiotherapie", "masterstudiengang physiotherapie österreich", "masterstudiengang physiotherapie marburg", "masterstudiengang physiotherapie schweiz", "masterstudiengang physiotherapie köln", "masterstudiengang physiotherapie hamburg", "masterstudiengang physiotherapie osnabrück", "masterstudiengang physiotherapie berlin", "masterstudiengang physiotherapie ulm", and "masterstudiengang physiotherapie hildesheim". Below the search results, there are several links to websites offering Master's programs in physiotherapy, including "Master Studium in München - CampusM21.de", "Master Physiotherapie | Infos zum Masterstudium", "IPDF) Studiengänge Physiotherapie - Deutscher Verband für ...", "MH-Hannover: Masterstudiengang Ergo- und Physiotherapie", "Physiotherapie Studium", "Physiotherapeuten Schulen", "Master Physiotherapie", "Masterstudium Australien", "16 month MBA in France", and "MSc berufsbegleitend".

Niederlassungsfreiheit

Die Niederlassungsfreiheit nach Art. 43 – 48 EGV Vertrag zur Gründung der Europäischen Gemeinschaft (1957) **erlaubt es (natürlichen) Personen oder Gesellschaften, sich in einem Mitgliedstaat der EU niederzulassen, solange mit einer dauerhaften und stabilen Eingliederung in die Volkswirtschaft des jeweiligen Staates zu rechnen ist.** Auf juristische Personen ist dieses Recht anwendbar, wenn die juristische Person nach den Rechtsvorschriften eines Mitgliedstaates gegründet worden ist und die eingetragene Hauptniederlassung sich ebenfalls in einem Mitgliedstaat befindet.

Dienstleistungsfreiheit

Die **Dienstleistungsfreiheit** ist eine der vier Grundfreiheiten des Europäischen Binnenmarktes neben der **Personenfreizügigkeit, der Warenverkehrsfreiheit und der Kapitalverkehrsfreiheit**. Ebenso wie diese hat sie die Beseitigung von innergemeinschaftlichen Handelshemmnissen zum Ziel. Da sie die **vorübergehende Tätigkeit** in einem Mitgliedsland regelt, kann sie auch zu den Personenverkehrsfreiheiten gezählt werden.

Sie gewährleistet, dass **Anbieter gewerblicher, kaufmännischer, handwerklicher und freiberuflicher Tätigkeiten freien Zugang zu den Dienstleistungsmärkten aller Mitgliedstaaten der Europäischen Gemeinschaft haben**.

Die Dienstleistungsfreiheit ist geregelt in Artikel 49–55 des EG–Vertrags.

EU und Dienstleistungen

«Zwar steht fest, dass das Gemeinschaftsrecht die Zuständigkeit der Mitgliedstaaten für die Ausgestaltung ihrer Systeme der sozialen Sicherheit unberührt lässt und dass in Ermangelung einer Harmonisierung auf Gemeinschaftsebene das Recht jedes Mitgliedstaats bestimmt, unter welchen Voraussetzungen Leistungen der sozialen Sicherheit gewährt werden;

gleichwohl **müssen die Mitgliedstaaten bei der Ausübung dieser Befugnis das Gemeinschaftsrecht beachten, insbesondere die Bestimmungen über den freien Dienstleistungsverkehr (...)**. Diese Bestimmungen **untersagen es den Mitgliedstaaten, ungerechtfertigte Beschränkungen der Ausübung dieser Freiheit im Bereich der Gesundheitsversorgung einzuführen oder beizubehalten**».

Punkt 92 des Urteils des Gerichtshofs vom 16. Mai 2006 in der Rechtssache Yvonne Watts, C–372/04, über die DAI der Gesundheit und der sozialen Sicherheit

Ausübung der Heilkunde

„Gesetz über die berufsmäßige Ausübung der Heilkunde ohne Bestallung (Heilpraktikergesetz)“ vom 17.02.1939, zuletzt geändert durch Art. 15 G v. 23.10.2001 I 2702)

(1) Wer die Heilkunde, ohne als Arzt bestellt zu sein, ausüben will, bedarf dazu der Erlaubnis.

(2) Ausübung der Heilkunde im Sinne dieses Gesetzes ist jede berufs- oder gewerbsmäßig vorgenommene Tätigkeit zur Feststellung, Heilung oder Linderung von Krankheiten, Leiden oder Körperschäden bei Menschen, **auch wenn sie im Dienste von anderen ausgeübt wird.**

Sektorale Heilpraktikererlaubnis

The image shows a Google search interface. The search bar contains the text "sektorale heilpraktikererlaub". Below the search bar, a dropdown menu displays several search suggestions:

- sektorale heilpraktikererlaubnis
- sektorale heilpraktikererlaubnis physiotherapie
- sektorale heilpraktikererlaubnis für podologen
- sektorale heilpraktikererlaubnis podologie
- sektorale heilpraktikererlaubnis bayern
- sektorale heilpraktikererlaubnis podologen
- sektorale heilpraktikererlaubnis ergotherapie
- sektorale heilpraktikererlaubnis logopäden
- sektorale heilpraktikererlaubnis osteopathie
- sektorale heilpraktikererlaubnis physiotherapie hessen

Below the suggestions, the first search result is visible:

Physiotherapie (Heilpraktikergesetz) - wikipedia
de.wikipedia.org/wiki/Physiotherapie_(Heilpraktikergesetz)
Es ist seit 2009 bundesweit möglich, mit einer gegenständlich beschränkten (sektoralen) Heilpraktikererlaubnis die Physiotherapie als eigenständigen und ...
Geschichte - Situation jetzt - Berufsbezeichnung - Situation in den Bundesländern

Other search results are partially visible:

- Erlaubniserteilung für eine sektorale Heilpraktikererlaubnis ...**
www.dr-boxberg.de/berufsrecht-berufsrecht.Erlaubniserteilung_fuer_ein...
Die nachfolgenden Länder ermöglichen es Bewerbern für eine sektorale Heilpraktikererlaubnis in der Physiotherapie diese ohne behördliche (mündliche oder ...
- Heilpraktikererlaubnis für Physiotherapeuten: Bundesländer ...**
www.iww.de/index.cfm?pid=1314&pk=133288&spid=1296...
Das Bundesverwaltungsgericht (BVerwG) hat Physiotherapeuten die Möglichkeit zuerkannt, nach erfolgreich abgelegter Prüfung eine sektorale ...
- sektorale Heilpraktikererlaubnis nach Aktenlage**
www.heilpraktikerschule-dresden.de > Ausbildungsgänge
Sektorale Heilpraktikererlaubnis begrenzt auf die Ausübung von Therapien der physiotherapeutischen Berufsausbildung. Aufgrund des Urteils des 3.Senat vom ...
- Sektoraler Heilpraktiker ohne Prüfung - Georg Thieme Verlag**
https://www.thieme.de/.../sektoraler-heilpraktiker-ohne-pruefung-55447...
Die Zulassung zum sektoralen Heilpraktiker ist von Bundesland zu Bundesland sehr unterschiedlich geregelt. In manchen Ländern müssen Physiotherapeuten ...

Sektoraler Heilpraktiker ohne Prüfung

Urteil Bundesverwaltungsgericht

Die Zulassung zum sektoralen Heilpraktiker ist von Bundesland zu Bundesland sehr unterschiedlich geregelt. In manchen Ländern müssen Physiotherapeuten eine schriftliche und mündliche Kenntnisprüfung absolvieren. In anderen nur mündlich oder nur schriftlich.

Am 11. Juli 2013 hat das **Bundesverwaltungsgericht entschieden, dass Physiotherapeuten mit Zusatzausbildung Osteopathie die beschränkte Heilpraktikererlaubnis auch ohne vorherige Kenntnisprüfung erhalten können** (BVerwG 3 B 64.12).

Es obliege dem Gesundheitsamt in jedem Einzelfall zu prüfen, ob die vom Therapeuten eingereichten Qualifikationsnachweise für eine Zulassung ausreichen oder eine Kenntnisprüfung notwendig sei.

Eine Physiotherapeutin mit einer fünfjährigen berufsbegleitenden Weiterbildung zur Osteopathin und etlichen Fachfortbildungen hatte gegen das Gesundheitsamt Solingen geklagt.

Das Gesundheitsamt unterlag in allen drei Instanzen. Denn auch das Oberverwaltungsgericht in Nordrhein-Westfalen vertrat die Ansicht, dass keine Kenntnisprüfung notwendig sei.

Quelle: <https://www.thieme.de/de/physiotherapie/sektoraler-heilpraktiker-ohne-pruefung-55447.htm>

Mehr Delegation ärztlicher Leistungen – ein steiniger Weg?

- Delegation/Substitution in der Heilkunde
- Akademisierung medizinischer Fachberufe
- Perspektiven der ärztlichen/medizinischen Versorgung
- Delegationsmodelle

Ärztliche Versorgung: Ist-Stand und Perspektiven

ARZTZAHLSSTUDIE VON BÄK UND KBV

Die Lücken werden größer

Der Prognose zufolge ist ein Ende des Ärztemangels nicht in Sicht. Die Gründe sind vielfältig: Die demografische Entwicklung, der medizinische Fortschritt und ein hoher Frauenanteil in der Medizin gehören dazu.

Als „Zahlentrickserei“ bezeichnet die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) die neue Arztluststudie von Bundesärztekammer (BÄK) und Kassenärztlicher Bundesvereinigung (KBV) und ignoriert die Sorge um einen künftigen Ärztemangel. „Wir haben mehr Fachärzte als genug, und es gibt keinen seriösen Hinweis, dass sich dies in absehbarer Zeit ändern würde“, erklärte Johann-Magnus von Stackelberg, stellvertretender Vorstandsvorsitzender des GKV-Spitzenverbandes, prompt.

Die ärztlichen Ständesorganisa-

venärzten drohen bereits Engpässe. Ferner werden in der stationären ärztlichen Versorgung Lücken klaffen. „Wir befinden uns auf dem Weg in eine Wartelistenmedizin. Es gibt eine fortschreitende Ausdünnung der ambulanten Versorgung in der Fläche und wachsende Zugangsprobleme zu manchen hochspezialisierten Versorgungsangeboten“, sagte der Vize-Präsident der BÄK, Dr. med. Frank Ulrich Montgomery. Die Zahlen sprechen für sich: Schon jetzt sind in den Kliniken 5 000 Stellen unbesetzt. Hinzu kommt, dass in den nächsten zehn

die jedoch nur teilweise zu beeinflussen sind. Zu ihnen zählen die Entwicklung der Gesamtbevölkerung selbst, der medizinische Fortschritt, der Strukturwandel in der Medizin, der mit einem wachsenden Frauenanteil einhergeht, sowie die Abwanderung des medizinischen Nachwuchses.

Die Ärzteschaft wird älter

„Der Anteil der über 59-Jährigen an der Gesamtbevölkerung ist von 1991 bis 2008 um ein Fünftel – von 20,4 auf 25,6 Prozent – gestiegen“, erläu-

Quelle: Dtsch Arztebl 2010; 107(36): A-1670 (<http://www.aerzteblatt.de/pdf.asp?id=78230>)

aerzteblatt.de

POLITIK

Studie prognostiziert dramatischen Ärzte- und Pflegenotstand

Freitag, 5. Oktober 2012

Berlin – Einen massiven Personalmangel im Gesundheitswesen prognostiziert das Wirtschaftsprüfungsunternehmen PricewaterhouseCoopers (PwC) in einer heute erscheinenden Studie „112 – und niemand hilft“. Wenn Deutschland das augenblickliche Versorgungsniveau aufrechterhält, bleiben danach im Jahr 2020 rund 33.000 Arzt-Vollzeitstellen unbesetzt, 2030 sind bereits 76.000 Vollzeitstellen vakant, das entspricht einem Bundesdurchschnitt von 23,7 Prozent der Stellen. Bis zum Jahr 2030 fehlen laut der Studie 106.000 Ärzte.

Quelle: <http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/51904/Studie-prognostiziert-dramatischen-Aerzte-und-Pflegenotstand>

DEUTSCHES INSTITUT FÜR
GESUNDHEITSFORSCHUNG

DIG

19

Ärztliche Versorgung: Ist-Stand und Perspektiven

aerzteblatt.de

ÄRZTESCHAFT

Bayern steuert trotz steigender Arztlust auf Ärztemangel zu

Dienstag, 12. April 2011

München – Vor einer Fehlinterpretation der Arztlust-Statistiken in Bayern hat die Kammer des Landes gewarnt. „Eine rein zahlenmäßige Erfassung der berufstätigen Ärzte in Bayern ist für die Bewertung der Versorgungssituation nicht aussagefähig, da Köpfe nicht gleich Stellen sind“, erläutert Max Kaplan, Präsident der Bayerischen Landesärztekammer (BLÄK), im aktuellen Bayerischen Ärzteblatt.

So habe die Zahl der Teilzeitbeschäftigten von Ärzten in Kliniken und Praxen rasant zugenommen, wobei der steigende Frauenanteil diesen Trend verstärkte, da Ärztinnen häufiger in Teilzeit arbeiteten oder in der Elternphase eine Auszeit nahmen.

Quelle: <http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/45435/Bayern-steuert-trotz-Steigender-Arztzahlen-auf-Aerztemangel-zu>



Prognose der hausärztlichen Versorgung in Bayern

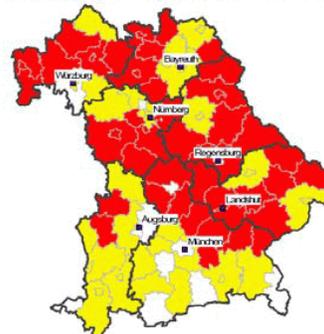
2007

↓

↓

↓

2020



Landkreise mit geringerem Versorgungsniveau* (80% bis < 100%) als 2007

Landkreise mit deutlich geringerem Versorgungsniveau* (< 80%) als 2007

* Versorgungsangebot = Versorgungsangebot / Versorgungsnachfrage

Versorgungsangebot
Annahme: 2007 = 100%
Nachbesetzung Ärzte, wie Durchschnitt der letzten Jahre
Ruhestand Ärzte mit 70 Jahren
Versorgungsnachfrage
Annahme: Basis = Anzahl der Arztkontakte / Morbidität der Bevölkerung 2007
Demografische Entwicklung

14.05.2012

Dr. Max Kaplan

Quelle: <http://www.bay-landkreistag.de/Landkreistag/Veranstaltungen/BayerischerLandkreistag2012InSonthofen.aspx>
Vortrag: Ärztemangel im ländlichen Raum. Ist-Analyse – Lösungsansätze – Perspektiven

DEUTSCHES INSTITUT FÜR
GESUNDHEITSFORSCHUNG

DIG

20

Medizinische Versorgung: Internationale Perspektiven

The Lancet Commission (unterstützt u.a. durch Bill & Melinda Gates Foundation, Rockefeller Foundation)

- Die Probleme sind systemischer Natur:
 - die Kompetenzen passen nicht zu den Erfordernissen von Patienten und Bevölkerung
 - die Zusammenarbeit im Team ist schlecht entwickelt . . .
 - der Fokus liegt oft eng auf technischen Fertigkeiten statt auf einem breiteren Verständnis des Kontexts
 - die Behandlung ist charakterisiert durch episodische Intervention statt kontinuierliche Betreuung . . .
- Es werden wenig ambitionierte Versuche unternommen, das Gesundheitswesen in der Praxis zu verbessern.
- Bemühungen, diese Defizite anzugehen, laufen meist ins Leere, nicht zuletzt wegen des sog. Standesdünkels der einzelnen Berufe, d.h. inhärenter Tendenzen der einzelnen Berufsgruppen, möglichst losgelöst oder sogar in Konkurrenz zu anderen zu agieren.

Quelle: Frenk J et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. Lancet. 2010;376:1923-58

Medizinische Versorgung: Perspektiven

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen

- Neuzuschnitt von Aufgaben
- flache, vernetzte Teamstrukturen
- stärkere Einbeziehung nicht-ärztlicher Gesundheitsberufe
- veränderte Aufgabenverteilung zwischen den Gesundheitsberufen und damit die Implementierung neuer Kooperationsformen und mit ihnen einhergehender Verantwortlichkeiten
- die Forderung nach einer verbesserten Kooperation zielt primär auf eine effizientere und effektivere gesundheitliche Leistungserstellung und weniger darauf ab, einem eventuellen Ärztemangel vorzubeugen

Quelle: Gutachten 2007 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Kooperation und Verantwortung – Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung (Drs. 16/6339), Bonn 2007.

Medizinische Versorgung: Perspektiven

Gutachten des Wissenschaftsrats

- Zentrale Problematik: Demographischer Wandel
 - Weit reichende Folgen für die Arbeitsteilung im Gesundheitswesen
 - die ausschließlich quantitative Steigerung von Versorgungsleistungen [wird] nicht ausreichen, um angemessen auf die auch qualitativ neuen Bedarfssituationen zu reagieren
 - Die Entwicklung ist im internationalen Kontext an vielen Stellen bereits deutlich weiter fortgeschritten als in Deutschland
- Daraus abgeleitete Forderungen
 - Den veränderten Anforderungen angepasste Qualifikation der Angehörigen der Gesundheitsversorgungsberufe sowie eine insgesamt stärker kooperativ organisierte Gesundheitsversorgung
 - Die Fähigkeit zur interprofessionellen Zusammenarbeit
 - Insbesondere die Angehörigen der Gesundheitsfachberufe [müssen] nicht nur zunehmend komplexere Aufgaben erfüllen, sondern in einem gewissen Umfang auch bestimmte, vormals von Ärztinnen und Ärzten wahrgenommene Aufgaben übernehmen
 - Ihr eigenes pflegerisches, therapeutisches oder geburtshelferisches Handeln . . . hinsichtlich ihrer Evidenzbasierung kritisch prüfen und das eigene Handeln entsprechend anpassen können
- Probleme
 - Dabei ist die Frage der Aufteilung von Aufgaben und Verantwortungen im Gesundheitswesen von Rechtsunsicherheiten geprägt.

Quelle: Wissenschaftsrat WR. Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen. Berlin 2012;6 Drs 2411-12.

Mehr Delegation ärztlicher Leistungen – ein steiniger Weg?

- Delegation/Substitution in der Heilkunde
- Akademisierung medizinischer Fachberufe
- Perspektiven der ärztlichen/medizinischen Versorgung
- Delegationsmodelle

Existierende Delegationsmodelle in Deutschland

Aus der Not geboren?



200 Stunden-Curriculum für die Qualifikation "Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis" - **VERAH®**

Die Module (Fortbildungsveranstaltungen) sollten in einem Zeitraum von fünf Jahren absolviert sein. Der Lernerfolg wird in angemessener Form überprüft und nachgewiesen. Die Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis erhält nach erfolgreicher Teilnahme eines jeden Moduls eine Bestätigung des Veranstalters.

aerzteblatt.de

Quelle: <http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/54632/Barmer-GEK-steigt-beim-Modell-Niedersachsen-ein>

GEMEINDESCHWESTERN Deutsches Ärzteblatt | Jg. 103 | Heft 44 | 3. November 2006

Geheimwaffe gegen Überlastung und Unterversorgung

Case Manager, integrierte Gesundheits- und Krankenpflegekräfte oder schlicht Gemeindefachschwester – Ärztemangel und demografischer Wandel tragen dazu bei, dass sich das Aufgabenspektrum von Krankenschwestern und Ärztinnen erweitert. Die Frage ist, wie weit?



na Hartnick heute. Zusammen mit zwei Kolleginnen lässt sie im brandenburgischen Lübbenau die Routinewartung nach Meinung der Ärzte aber ohne Weiteres von einer Krankenschwester übernehmen werden kann. Das Durchschnittsalter der Patienten beträgt

ORIGINALARBEIT Deutsches Ärzteblatt | Jg. 109 | Heft 46 | 16. November 2012

Delegierung von Hausbesuchstätigkeiten an Medizinische Fachangestellte

Akzeptanz unter den Hausärzten Mecklenburg-Vorpommerns
Lorena Dini, Giselle Sarganas, Christoph Heintze, Vittoria Braun

POLITIK Barmer-GEK steigt beim „Modell Niedersachsen“ ein

Hannover – Die Barmer-GEK wird sich an dem sogenannten Modell Niedersachsen (MoNi) beteiligen. Das hat die Kassenärztliche Vereinigung (KV) des Landes mitgeteilt. Das Modell zur Entlastung von Hausärzten läuft seit Anfang 2011 in sechs Arztpraxen in der Region Vechta und in Schneverdingen.

Medizinische Fachangestellte übernehmen dort selbstständig delegierbare Tätigkeiten. Sie ziehen Fäden, messen Blutdruck und Blutzucker, verabreichen Medikamente nach ärztlicher Verordnung, messen das EKG und beraten die Patienten. Getragen wird das Projekt von der KV Niedersachsen, dem Niedersächsischen Ministerium für Soziales, Frauen, Familie, Gesundheit und Integration sowie der AOK Niedersachsen, dem BKK Landesverband Mitte, der Knappschaft Bahn-See und der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau.

Existierende Delegationsmodelle in Deutschland

Das Ende der Fahnenstange?

	VERAH®	EVA	AGnE S	Ambulante Pflegedienste	SARA H	MoPr a	BÄK Curricula
Arztunterstützung in und außerhalb der Praxis	+	+	-	-	?	+	+
Hospitationen bei Netzwerkpartnern	+	?	?	-	?	-	-
Keine zusätzliche Schnittstelle	+	+	- manchmal	-	?	+	+
Ausgerichtet an den Bedürfnissen der Praxis	+	+	? -	?	?	+/-	-
Besonderes Qualifikationsniveau	+	-	+	+	?	?	+
Kostengünstig	+	?	?	?	?	?	?
Modulform flexibel, kein zwingendes Durchlaufen aller Module	+	+	-	-	?	-	+ -

Quelle: Dr. med. Gottfried Hanzl, Herausforderungen an die Versorgung ländlicher Räume aus medizinischer Sicht https://www.smul.sachsen.de/laendlicher_raum/download/G_Hanzl_Medizinische_Herausforderungen.pdf

International bewährtes Delegationsmodell (Beispiel)

Physician assistant

From Wikipedia, the free encyclopedia

Not to be confused with [medical assistant](#).

A **physician assistant** (US) or **Physician Associate** (UK) is a **healthcare professional** who is licensed to practice medicine as part of a team with physicians.^[1]

PAs are concerned with preventing and treating human illness and injury by providing a broad range of health care services in collaboration with a **physician** or **surgeon**.^[2] They conduct physical exams, diagnose and treat illnesses, order and interpret tests, perform procedures, prescribe medications, counsel on preventive health care and may assist in surgery.^[3]

The occupational title originated in the United States in the 1960s; similar occupations outside the US include **clinical officers** in part of Africa and **Feldshers** in countries of the former Soviet Union.^[*citation needed*]

Contents [hide]
1 Overview
2 History
3 Canada
4 United Kingdom
5 United States
5.1 Regulation
5.2 Education and certification
5.3 Scope of practice
5.4 Employment
5.5 Federal Government, Uniformed Services, and U.S. Armed Forces
6 See also
7 References
8 External links

[Overview](#) [edit]

Physician Assistant



Fazit

- Die Entwicklung der Versorgungsbedarfe (demographischer Wandel!) erfordert eine adäquate und planvolle Entwicklung der Versorgungsstrukturen
- Ärzte werden den Bedarf künftig allein quantitativ und qualitativ immer weniger bedienen können
- Die existierenden Delegations-Modelle in Deutschland belegen, dass sich dadurch Versorgungseffizienz und -qualität positiv beeinflussen lassen (und dass die Akzeptanz außerordentlich hoch ist!)
- Diese Modelle müssen weiter entwickelt/ergänzt werden zu einem konsistenten, durchlässigen, (auch akademischen) Ausbildungskonzept
- Langjährig international bewährte Konzepte (z.B. Physician Assistant) sollten unbedingt berücksichtigt und behutsam auf die Versorgungsstrukturen in Deutschland adaptiert werden
- Begleitende gesetzliche Regelungen sind unerlässlich, um Rechtssicherheit zu gewährleisten
- Wenn Ärzteschaft und Politik diese Entwicklung nicht mutig, proaktiv und bedarfsgerecht angehen, wird sich ein (letztlich auch durch Gerichtsurteile geprägter) Wildwuchs entwickeln, der volkswirtschaftlich unwirtschaftlich und für die Bevölkerung potentiell gefährlich ist.