

Top III b: Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsberufen
(Dr. med. Theodor Windhorst, Präsident der Ärztekammer Westfalen-Lippe)

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

„Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsberufen“ – warum ist dies ein Thema für den Deutschen Ärztetag? Schon seit den Anfängen der wissenschaftlichen Medizin arbeiten Ärzte und andere Gesundheitsberufe Hand in Hand zum Wohle des Patienten. Zugegeben: Nicht immer ohne Spannungen. Aber: Als Ergebnis haben wir in Deutschland – noch – eines der besten Gesundheitssysteme der Welt. Warum also muss sich der Ärztetag mit diesem Thema beschäftigen? Weil sich in der gesundheitspolitischen Debatte ein Begriff immer mehr in den Vordergrund drängt: Mangel.

Es herrscht ein eklatanter Mangel an Geld!

Die demografische Entwicklung in Deutschland mit mehr chronisch Kranken und multimorbiden Patienten, mit mehr Pflegebedürftigen führt schon heute und noch mehr in der Zukunft zu einem stetig wachsenden Bedarf. Im budgetierten Gesamtsystem fehlt jedoch die Gegenfinanzierung für diesen Bedarf. Es ist ein Skandal, dass in der gesetzlichen Krankenversicherung inzwischen mehr Geld für Medikamente als für die Honorare in der vertragsärztlichen Versorgung ausgegeben wird. Die implizite Rationierung spüren inzwischen auch unsere Patienten.

Es herrscht Mangel an Ärzten!

In den Medien ist Ärztemangel inzwischen ein Dauerthema. Längst beschränkt es sich nicht mehr auf die dünn besiedelten Regionen in den neuen Bundesländern – händeringend suchen auch die Krankenhäuser von Flensburg bis Passau nach Ärzten. Deutsche Ärzte wandern hingegen in Scharen ins Ausland ab – nach einem aktuellen Artikel von Kopetsch im Deutschen Ärzteblatt inzwischen 19.000! Dabei ist es nicht der Arztberuf an sich, der missfällt! Die Rahmenbedingungen haben sich so grottenschlecht entwickelt. Ärzte werden durch die überbordende Bürokratie von ihren Patienten ferngehalten und verjagt. Wenn Politik und Kostenträger diese Aufgaben wirklich für unverzichtbar halten, müssen sie von nichtärztlichen Berufen erbracht werden und extrabudgetär berücksichtigt werden.

Es herrscht Versorgungsmangel!

Angesichts des Verdrängungswettbewerbs unter den Krankenhäusern, des jetzt einsetzenden Wettbewerbs auch im vertragsärztlichen Bereich – Stichwort Hausarzt zentrierte Verträge in Baden-Württemberg –, angesichts der Erosion des Gesamtsystemes stellt sich die bange Frage: Wer wird in 5, in 10, in 15 Jahren für die Sicherstellung einer flächendeckenden und wohnortnahen Versorgung gerade stehen?

Not macht erfinderisch!

Angesichts dieser Mangelsituation haben die Big Player im Gesundheitswesen national wie international nach Lösungen gesucht, die vor allem eines sein müssen: kostengünstig.

International gesehen ist diese Situation – ökonomischer Druck und Arztmangel – kein neues Problem. Schon seit 1970 gibt es nurse practitioners in Kanada. Seit 1989 practice nurses in Großbritannien und seit 1997 nurse practitioners in den Niederlanden.

Sehen wir uns das letzte Beispiel etwas näher an: Auslöser für die Einführung der nurse practitioners in den Niederlanden waren ein Arztmangel vor allem im hausärztlichen Bereich sowie die Akademisierung von Pflegeberufen. Die Gesetzgebung ebnete dann zügig den Weg, auch den Pflegeberufen die Ausübung der Heilkunde zu ermöglichen. Zu den Aufgaben der nurse practitioners in den Niederlanden zählen die Erhebung der Anamnese, die körperliche Untersuchung, medizinische Diagnostik, die Verschreibung von Medikamenten und die Überweisung an Fachärzte. Zuvor waren dies Aufgaben von Ärzten.

Welchen Vorteil haben diese Systeme? Verbesserung der Qualität? Abbau von Wartelisten? Verbesserung der Mangelsituation? Der Patientensicherheit?

Wir wollen keine Amerikanisierung des Systems. Wettbewerb um Profite ist teuer und wenig effizient.

Auch die Politik in Deutschland will diesen Weg beschreiten. Dabei ist - zumindest zurzeit noch - kein Gesundheitssystem besser als das unsere. Nach einer Studie des Commonwealth Fund liegt Deutschland bei der Patientensicherheit an der Spitze. Nach einer Schweizer Recherche von Künzi – der immerhin rund 250 Arbeiten ausgewertet hat- ist die Substitution ärztlicher Tätigkeit durch andere Berufe weder kostengünstiger noch qualitativ besser. Allerdings ist die Patientenzufriedenheit aufgrund der größeren Zuwendung zum Patienten besser. Diese Zeit für Zuwendung wünschen wir uns auch für uns Ärzte.

Im November 2005 schreiben CDU/CSU und SPD in ihren Koalitionsvertrag: *„Es wird geprüft, inwieweit nicht ärztliche Heilberufe stärker in Versorgungskonzepte einbezogen werden können.“*

2007 widmet das Gutachten des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen auf über 120 Seiten ein eigenes Kapitel – das erste im Gutachten – der „Entwicklung der Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe als Beitrag zu einer effizienten und effektiven Gesundheitsversorgung“

Als eine der zentralen Thesen in diesem Gutachten findet sich „Es zeigt sich eine nicht immer effiziente Arztzentriertheit der Krankenversorgung. Der Begriff „Arztzentriertheit“ wird hier in einem Kontext gebraucht, in dem Ineffizienz und Hierarchie mitschwingen. Das Gegenteil ist richtig: Arztzentrierung ist ein Qualitätsmerkmal! Wer sonst, wenn nicht der Arzt, trägt die Hauptlast der Verantwortung bei der Behandlung der Patienten? Das weiß auch Politik, wenn Sie das Wort „arztzentriert“ bei der „Hausarztzentrierten Versorgung“ erneut verwendet, diesmal aber in einem positiven Kontext.

Der Sachverständigenrat hat in seinem Gutachten einige zentrale Forderungen zur Veränderung der Arbeitsteilung zwischen den Berufsgruppen im Gesundheitswesen aufgestellt:

- nichtärztliche Gesundheitsberufe sollen stärker einbezogen werden
- Tätigkeiten zur Prävention sollen auf nichtärztliche Berufe übertragen werden
- Pflege soll eine größere Handlungsautonomie erhalten
- die nichtärztlichen Gesundheitsberufe sollen stärker in die medizinischen Fakultäten integriert werden

Das Gutachten des Sachverständigenrates bleibt allerdings die Antworten auf viele Fragen schuldig:

- Welche ärztlichen Leistungen sollen auf nichtärztliche Heilberufe übertragen werden?
- Wie muss sich das Haftungsrecht ändern?
- Wer trägt die Finanzverantwortung, wenn Physiotherapeuten und Pflegeberufe eigenständig über Umfang und Ausgestaltung ihrer Tätigkeiten entscheiden?

Im Jahre 2008 konkretisierten sich die politischen Absichtserklärungen und die Ausführungen des Sachverständigenrates erstmalig im „Pflege-Weiterentwicklungsgesetz“.

Das Pflegeweiterentwicklungsgesetz will eine Öffnung des Arztvorbehaltes. Modellvorhaben nach § 63 sehen die eigenständige Verordnung von Verbandsmitteln und Pflegehilfsmitteln sowie die inhaltliche Ausgestaltung der häuslichen Krankenpflege durch Kranken- und Altenpfleger vor. Physiotherapeuten sollen selbständig die Dauer der physikalischen Therapie und die Frequenz der Behandlungseinheiten bestimmen. Führt dieser Weg unmittelbar zu einem eigenen Budget für die betroffenen Berufe?

Das Gesetz sieht noch gravierendere Veränderungen vor:

Nach § 63 Abs. 3c kann in Modellvorhaben die Übertragung ärztlicher Tätigkeiten – die selbständige Ausübung der Heilkunde! – auf die Angehörigen der Pflegeberufe abrupt werden. Hier handelt es sich um die bewusste und politisch gewollte Substitution ärztlicher Tätigkeit.

Dies ist der direkte Weg in die Zwei-Klassen-Medizin: Eine ärztliche Versorgung mit einem Rechtsanspruch auf Facharztstandard und eine nichtärztliche Versorgung zweiter Klasse. Welche bislang dem Arzt vorbehaltenden Tätigkeiten auf nichtärztliche Berufe übertragen werden können, soll durch den Gemeinsamen Bundesausschuss entschieden werden. Die Bundesärztekammer muss in diesem Verfahren laut Gesetz angehört werden.

Das Pflegeweiterentwicklungsgesetz bringt nicht nur nachteilige Veränderungen für Patienten und Ärzte. In § 87 Abs. 2b SGB V wird eine Erweiterung der Delegation ärztlicher Leistungen möglich. Es soll eine Regelung getroffen werden, nach der ärztlich angeordnete Hilfeleistungen der nichtärztlichen Gesundheitsberufe im häuslichen Umfeld des Patienten auch in Abwesenheit des Arztes – aber nach ärztlicher Anordnung und vor allem: unter ärztlicher Verantwortung – vergütet werden.

Rechtsrahmen für die Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe

Die Ausübung der Heilkunde ist an zahlreiche Rechtsnormen gebunden. Oberstes Gebot für uns Ärzte ist dabei: „Primum nihil nocere – zu allererst: keinen Schaden zufügen!“. Diese uralte Maxime ärztlichen Handelns erfreut sich unter dem Stichwort „Patientensicherheit“ in der aktuellen Diskussion einer wachsenden Beliebtheit.

„Die Sicherheit des Patienten geht allen anderen Gesichtspunkten vor und darf nicht etwaigen personellen Engpässen geopfert werden.“

In der aktuellen Debatte um Delegierbarkeit ärztlicher Leistungen erwartet man eine solche Aussage aus dem Mund eines Vertreters der Ärzteschaft. Tatsächlich handelt es sich jedoch

um Aussagen des Bundesgerichtshofes, der bereits 1983 klar gestellt hat, worum es bei der Diskussion um eine Veränderung bei der Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe zu allererst gehen muss: Die Sicherheit unserer Patienten.

Juristen haben daher den Begriff des „Arztvorbehaltes“ geprägt. Kennzeichnend für den Arztvorbehalt ist, dass ärztliche Tätigkeit regelmäßig mit erheblichen Gefahren für den Patienten verbunden ist und besondere Risiken aufweist, die nur mit ärztlichem Fachwissen beherrschbar sind. Aus diesem Grund – und nicht aus Gründen der Besitzstandswahrung – gibt es den Arztvorbehalt.

Der Gesetzgeber hat diesen Arztvorbehalt in zahlreichen Gesetzen festgeschrieben. Meldepflichtige Infektionserkrankungen, Bluttransfusionen, der Umgang mit Embryonen und Röntgenstrahlen, mit Betäubungs- und Arzneimitteln, die Anwendung von Medizinprodukten: Mit Blick auf das Gefahrenpotenzial hat der Gesetzgeber hier Ärztinnen und Ärzten die Verantwortung und damit auch das Haftungsrisiko zugeschrieben.

Auch die Wissenschaft formuliert klare Aussagen zum Arztvorbehalt. Ein Beispiel: Angesichts des Risikopotenziales von sogenannten „Parallelnarkosen“ und der Durchführung von Narkosen durch Nicht-Ärzte hat die Deutsche Gesellschaft für Anästhesie in ihrer „Münsteraner Erklärung“ den wissenschaftlichen Erkenntnisstand festgehalten: *„Es gibt klare Hinweise dafür, dass die Qualifikation dessen, der das Anästhesieverfahren durchführt und überwacht mit dem Behandlungserfolg korreliert. Zwischenfälle in der Anästhesie sind selten. Das darf aber nicht darüber hinwegtäuschen, dass es sich dann in der Regel um lebensbedrohliche Krisen mit schweren und schwersten Folgen für den Patienten handelt, zwischen deren Erkennen und Beherrschen meist nur wenige Minuten liegen.“* Diese Erklärung wird in ähnlicher Form auch durch wissenschaftliche Erkenntnisse der AWMF bestätigt.

Die Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung erarbeiten zurzeit unter dem Titel „Möglichkeiten und Grenzen der Delegation ärztlicher Leistungen“ einen Rahmen für eine Zuweisung von Aufgaben und delgationsspezifischer Verantwortung.

Was passiert, wenn der Arztvorbehalt nicht beachtet wird?

Zwei Beispiele: Am 24. Oktober 2005, nur 3 Wochen nach dem Beginn der Tätigkeit des „Medizinischen Assistenten für Anästhesie, des sog. MAFA, kommt es in der Helios-Klinik in Erfurt zu einem tragischen Zwischenfall. Während einer harmlosen Routine-OP erleidet ein

18-jähriger Patient einen Herz-Kreislaufstillstand. Die Folge: Ein schwerer Hirnschaden. Die Narkose wurde zeitweise von einem MAFA überwacht, der beaufsichtigende Anästhesist war zeitgleich für zwei weitere Narkosen zuständig.

Ein weiteres Beispiel:

Tod nach Kosmetikbehandlung. Nach der unsachgemäßen Anwendung von Lokalanästhetika durch eine Kosmetikerin (!) im Rahmen einer Schönheits-Behandlung verstarb eine 30-Jährige. Gegen die Kosmetikerin wurde inzwischen der Prozess wegen fahrlässiger Körperverletzung mit Todesfolge eröffnet. Nach Erkenntnissen der Staatsanwaltschaft scheint es nicht unüblich zu sein, dass bei Kosmetikbehandlungen Lokalanästhetika injiziert werden.

Die Rechtslage ist eindeutig: Ärztliche Tätigkeit ist mit Gefahren verbunden, invasive ärztliche Tätigkeit stellt eine Körperverletzung dar, die nur durch das Heilungsziel und die Zustimmung des Patienten gerechtfertigt ist. Auch die Tätigkeit vieler anderer Gesundheitsberufe wird unter ärztliche Verantwortung gestellt: Der Gesetzgeber verlangt, dass solche Tätigkeiten nur im Delegationsverfahren erbracht werden können. § 15 Abs. 1 SGB V schreibt ausdrücklich vor: „Ärztliche oder zahnärztliche Behandlung wird von Ärzten oder Zahnärzten erbracht. Sind Hilfeleistungen anderer Personen erforderlich, dürfen sie nur erbracht werden, wenn sie vom Arzt (Zahnarzt) angeordnet und von ihm verantwortet werden“. Diese Bestimmung, die nichts anderes als eine Regel zum Patientenschutz ist, soll durch die Ergänzung nach dem Pflegeweiterentwicklungsgesetz fallen: Hilfeleistungen dürfen nur erbracht werden, wenn sie vom Arzt angeordnet und von ihm verantwortet werden, „soweit nicht in Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3c etwas anderes bestimmt ist“.

Ausdrücklicher Bestandteil der ärztlichen Leistung ist nach § 28 SGB V auch die Hilfeleistung anderer Personen, die vom Arzt angeordnet und von ihm zu verantworten ist.

Lösungsansätze der Ärzteschaft

Patienten selbst wollen eine ganzheitliche Versorgung. Sie wollen keine Zwischenversorgungsebene. Nicht nur Ärzte wandern aus, sondern die Patienten nehmen Reißaus: denn die Verantwortung der Ärzte ist unteilbar und durch den Arztvorbehalt geregelt.

Wir wollen die Dinge anders tun!

Die steigenden Anforderungen durch Demographie und medizinischen Fortschritt, aber auch der wachsende ökonomische Druck erfordern ein anderes Vorgehen in der Zusammenarbeit aller im Gesundheitswesen Tätigen. Dem wird sich die Ärzteschaft nicht verweigern. Patien-

tenwohl, aber auch die Arztzufriedenheit werden durch die Morbiditätsentwicklung in besonderer Weise herausgefordert.

Wir wollen die Dinge zusammen tun!

Natürlich setzen auch Ärztinnen und Ärzte auf Kooperation mit allen Gesundheitsberufen. Moderne Medizin ist komplex und kann nur in arbeitsteiliger Kooperation zu guten Ergebnissen führen. Hier ist die Ärzteschaft auch als Katalysator gefordert, Fachgruppeninteressen aus allen Gesundheitsberufen zusammenzuführen.

Wir wollen Dinge nicht mehr tun!

Wir wollen nicht weiter zuwarten, wie in der immer komplexer werdenden Versorgung und der demographischen Entwicklung die Ärzteschaft für die Eskalation des Mangels verantwortlich gemacht wird. Viel zu lange und viel zu oft wurden und werden Ärztinnen und Ärzte durch Tätigkeiten belastet, die nicht zu unseren eigentlichen Aufgaben zählen. Als Stichwort genügt hier die überbordende Bürokratie. Ärztinnen und Ärzte wollen ihre Zeit dem Patienten widmen!

Ich bitte Sie daher, dem Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer „Stärkere Einbeziehung von Gesundheitsberufen in das Case-Management“ zuzustimmen.

Ein positives Beispiel für teamorientierte Zusammenarbeit sind die Erfolge der Flugsicherheit und des Qualitätsmanagements in der Luftfahrt. Aus der Luftfahrt haben wir gelernt, dass Teamarbeit richtig dosiert die Flugsicherheit ausmacht. Die richtige Dosis an Teamarbeit in der Gesundheitsversorgung macht die Patientensicherheit aus. Jeder an seinem Platz ist wichtig!

Maßstab für die Fortentwicklung der Aufgabenverteilung zwischen den Gesundheitsberufen ist aus Sicht der Ärzteschaft das Primat der Qualität und Sicherheit der Patientenversorgung. Erst dann kommen ökonomische Aspekte wie die Optimierung von Prozessen und die Wirtschaftlichkeit. Diese Weiterentwicklung der Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsberufen soll dabei nicht der Besitzstandswahrung dienen, sondern auch einer Steigerung der ärztlichen Berufszufriedenheit. Der Arzt muss sich auf seine Kernkompetenzen konzentrieren können und von arztfremden Aufgaben entlastet werden. Für die nichtärztlichen Berufe ergeben sich dabei neue Aufgabenfelder im Case-Management, der Gesundheitserziehung und Gesundheitsförderung, in Prävention, Rehabilitation und der Versorgung Pflegebedürftiger. Forderungen der Ärzteschaft sind dabei:

- Keine Teilbarkeit der therapeutischen Gesamtverantwortung.
- Delegation statt Substitution ärztlicher Leistungen.
- Keine Einführung einer neuen nichtärztlichen Versorgungsebene.

Unter Berücksichtigung dieser Prämissen sehen wir folgende Lösungsmöglichkeiten.

1. Die bereits angesprochene Weiterentwicklung eines rechtssicheren Rahmens für die Delegation, die von Bundesärztekammer und Kassenärztlicher Bundesvereinigung erarbeitet wird.

2. Im ambulanten Bereich: Die medizinischen Fachangestellten müssen stärker eingebunden werden. Schon lange vor dem Projekt „Schwester Agnes“ wurde unter Führung der Bundesärztekammer das Berufsbild der Medizinischen Fachangestellten unter Versorgungsaspekten fortentwickelt. Die Medizinischen Fachangestellten sind ein enormes Potenzial: Über 300.000 Arzthelferinnen und Medizinische Fachangestellte arbeiten in den Praxen der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte. Seit Oktober 2007 wurden von der Bundesärztekammer 5 Fortbildungscurricula zur Weiterqualifizierung der Medizinischen Fachangestellten verabschiedet:

- Patientenbegleitung und –koordination
- Ernährungsmedizin
- Prävention im Kindes- und Jungendalter
- Prävention bei Jugendlichen und Erwachsenen
- Ambulante Versorgung älterer Menschen.

Für Medizinische Fachangestellte soll es auch Weiterentwicklungsmöglichkeiten geben. Zurzeit arbeitet die Bundesärztekammer an der Aufstiegsfortbildung „Fachwirtin für ambulante medizinische Versorgung“. Das Ziel dieser Tätigkeit ist die Entlastung der Ärztinnen und Ärzte in den Bereichen Administration und Praxismanagement, Ausbildung, Qualitätsmanagement und Personalführung, Patientenbetreuung, Arbeitssicherheit und Gesundheitsberatung. Ein Beispiel könnte die sogenannte Schwester Agnes aus Rügen darstellen, die auf Anweisung des teilnehmenden Hausarztes auf dem Delegationsweg Besuche bei chronisch Kranken übernimmt – evtl. mit medizinisch-digitaler Technik (Audio-Video-Verbindung).

Ich bitte Sie daher, dem Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer zur Weiterentwicklung des Berufsbildes der medizinischen Fachangestellten zuzustimmen.

3. Auch in der stationären Versorgung sieht die Ärzteschaft durch verbesserte Qualifizierungen und Lösungsmöglichkeiten. So unterstützt die Bundesärztekammer Bestrebungen zu

einer bundeseinheitlichen Regelung des Berufes des Operationstechnischen Assistenten, des OTA. Der OTA soll Chirurgen und Anästhesisten unterstützen und entlasten, ohne auf originär ärztliche Aufgaben wie die Durchführung von Narkosen oder die selbständige Durchführung operativer Teilschritte Zugriff zu haben. Es darf nicht zu einer Beeinträchtigung der ärztlichen Weiterbildung kommen. Die Finanzierung soll – ähnlich wie die Finanzierung der Pflegeberufe – im Rahmen des Krankenhausfinanzierungsgesetzes geregelt sein. Auch an anderer Stelle im stationären Bereich führen Qualifizierungen nichtärztlicher Berufe zu einer Entlastung, beispielsweise bei der Dokumentation und Verschlüsselung, die durch medizinische Dokumentationsassistenten besser gewährleistet werden kann als durch Ärzte.

Ein weiteres Beispiel: Case Management. In einem Gutachten von Prof. Nagel aus Bayreuth wurden 50 Case-Management Projekte untersucht. Case-Manager als Fallverantwortliche sollen arztentlastend, arztunterstützend Bereiche der Dokumentation, Qualitätssicherung und allgemeiner intersektoraler Organisation übernehmen, besonders bei Komplexerkrankungen. Um Ärzte von Organisations- und Koordinationsaufgaben zu im Rahmen von Case-Managern zu entlasten und gleichzeitig Zuständigkeiten, Aufgaben und Qualifikationen der Akteure zu definieren, ist die Entwicklung eines Stufenkonzeptes durch die Bundesärztekammer angebracht.

Einige Praxisbeispiele:

Das Universitätsklinikum Münster hat neue Aufgabengebiete für die Pflege getestet. Durch die Übernahme von Blutentnahmen und intravenösen Gaben von Medikamenten – nach ärztlicher Anordnung – konnten so 8 Stunden ärztlicher Tätigkeit pro Station und Woche eingespart werden.

An der Medizinischen Universitätsklinik Freiburg kann die intravenöse Applikation von Zytostatika nach ärztlicher Anordnung und nach schriftlicher Einverständniserklärung der Patienten auch durch das Pflegepersonal erfolgen. Ebenso an der Charité: Auch dort werden im Rahmen von Projekten intravenöse Injektionen, Blutentnahmen und Legen von peripher venösen Verweilkanülen durch Pflegepersonal erprobt. Voraussetzung ist dabei immer, dass der Patient zuvor in die Maßnahme eingewilligt hat, ein Arzt die durchzuführende Maßnahme schriftlich angeordnet hat und das Pflegepersonal fachlich auch in der Lage ist, die Maßnahme auszuführen.

Auch der Berufsverband der Chirurgen hat mit seinen Vertretern schon Delegationsmodelle definiert und Tätigkeitsszenarien hinterlegt.

4. Die Fortsetzung der Berufspolitischen Auseinandersetzung mit den Fachberufen, z.B. in der Fachberufekonferenz der BÄK.

Zusammengefasst lauten unsere Ziele:

1. Der Patientenschutz muss absoluten Vorrang haben.
2. Der Facharztstandard muss beibehalten werden.
3. Die therapeutische Gesamtverantwortung beim Arzt ist unteilbar.
4. Die Ärzteschaft spricht sich gegen Substitution aus für den Ausbau der Delegation aus.

Anders ausgedrückt in aller Kürze:

Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsberufen – Ja!

Substitution – Nein!

Delegation – Ja!

Ich bitte Sie daher, dem Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer „Delegation ja – Substitution nein“ zuzustimmen.