

Neuordnung von Aufgaben des Ärztlichen Dienstes

- Kurzfassung -

Autoren

Dr. Matthias Offermanns, Deutsches Krankenhausinstitut

unter Mitarbeit von

Prof. Dr. Karl Otto Bergmann (Kapitel 5), Dr. Eick & Partner

Kontaktadresse

Dr. Matthias Offermanns

Deutsches Krankenhausinstitut e.V.

Hansaallee 201, 40549 Düsseldorf

Tel.: 0211 / 47 051-23

Fax: 0211 / 47 051-19

Email: matthias.offermanns@dki.de

Düsseldorf, im April 2008

Problemaufriss

Die vorliegenden Prognosen zur demographischen Entwicklung in Deutschland weisen ausnahmslos aus, dass der Anteil älterer Patienten, die in der Regel durch chronische Krankheiten und Multimorbidität gekennzeichnet sind, deutlich zunehmen wird. Für die Krankenhäuser bedeutet dies, ein Anstieg der Fallzahlen, der mit einer Zunahme der durchschnittlichen Fallschwere verbunden ist. Konsequenz dieser Entwicklung wird eine zunehmende Nachfrage nach Krankenhausärzten sein.

Schon heute haben Krankenhäuser allerdings Probleme, alle freiwerdenden Arztstellen zu besetzen. Im *Krankenhaus Barometer* 2006 des Deutschen Krankenhausinstituts gaben gut 28% der Krankenhäuser an, derzeit offene Stellen im Ärztlichen Dienst nicht besetzen zu können.¹ Die Situation wird sich nicht verbessern. Die Bundesärztekammer kommt in ihrer „Studie zur Altersstruktur- und Arztlzahlentwicklung“² zu dem Ergebnis, dass zwischen 2007 und 2017 rund 17.800 Krankenhausärzte aufgrund ihres Alters aus dem Arztberuf ausscheiden werden. Im Vertragsarztbereich werden im gleichen Zeitraum etwa 59.000 Vertragsärzte ausscheiden. Aufgrund der seit Jahren rückläufigen Absolventenzahlen im Fach Humanmedizin droht somit ein Mangel an Ärzten sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich. Beide Bereiche werden in Zukunft noch stärker als bisher um die vorhandenen Ärzte konkurrieren.

Die demographische Entwicklung löst einen steigenden Bedarf an Ärzten aus, während die Prognose der Entwicklung der Arztlzahlen eine hohe Anzahl von ausscheidenden, aber nur eine vergleichsweise geringe Zahl an eintretenden Ärzten erwartet. Sofern die derzeit vorliegenden Bedingungen nicht verändert werden, käme es zu einer verstärkten Arbeitsverdichtung der Krankenhausärzte, die nicht nur Auswirkungen auf die Attraktivität des Arztberufes, sondern auch vor allem auf die Qualität der stationären Patientenversorgung haben würde. Auch die Umsetzung des geänderten

¹ Vgl. Deutsches Krankenhausinstitut: Krankenhaus Barometer 2006, Düsseldorf 2006, <http://dki.comnetinfo.de/PDF/Bericht%202006.pdf>.

² Kopetsch, Thomas: Studie zur Altersstruktur- und Arztlzahlentwicklung: Daten, Fakten, Trends, 4. aktualisierte und überarbeitete Auflage, Berlin 2007, www.baek.de/downloads/Arztlzahlstudie_09102007.pdf.

Arbeitszeitgesetzes führt zu einem steigenden Bedarf an Ärzten. Demzufolge werden die Krankenhäuser künftig noch stärker gezwungen sein, Ärzte so effizient wie möglich einzusetzen.

Insofern stellt sich die Frage, welche Tätigkeiten des Ärztlichen Dienstes auch von nicht-ärztlichen Berufsgruppen des Krankenhauses übernommen werden dürfen und können. Die Übertragung von ärztlichen Tätigkeiten auf andere Berufsgruppen kann grundsätzlich auf zwei unterschiedlichen Wegen erfolgen, nämlich in Form einer Delegation ärztlicher Tätigkeiten sowie in Form einer Neuordnung von Tätigkeiten. Hierbei meint Delegation die angeordnete Übertragung von Tätigkeiten auf andere Berufsgruppen, wobei die Tätigkeit weiterhin originärer Bestandteil der ärztlichen Berufsausübung bleibt. Dagegen kommt es bei einer Neuordnung zu einer Neu-Allokation bzw. Substitution von Tätigkeiten. Wesentliches Kennzeichen ist, dass die originären Zuständigkeiten anders gestaltet werden.

Probleme in der Rekrutierung von Ärzten, aber auch mögliche wirtschaftliche Schwierigkeiten können durch eine Übertragung von Tätigkeiten auf nicht-ärztliche Berufsgruppen im Krankenhaus wenn nicht gelöst, so doch wenigstens gelindert werden.

Vor diesem Hintergrund hat die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) das Deutsche Krankenhausinstitut (DKI) mit der Durchführung des Studienprojekts „Neuordnung von Aufgaben des Ärztlichen Dienstes“ beauftragt. Originäre Zielsetzung der Untersuchung, an der sich insgesamt 304 Krankenhäuser beteiligt haben, ist es, auf der Basis einer differenzierten Analyse praxisrelevante Konzepte zur Neuordnung von Aufgaben des Ärztlichen Dienstes zu entwickeln, die von den Krankenhäusern – unter Berücksichtigung der individuellen Rahmenbedingungen – unmittelbar umgesetzt werden können. Die Konzeption für das Studienprojekt sieht ein zweistufiges Verfahren vor. In der ersten Stufe erfolgt eine Bestandsaufnahme im Sinne einer Ist-Analyse (welche innovativen Modelle werden praktiziert/vorgeschlagen etc.). Im Rahmen der zweiten Stufe der Untersuchung wird eine Bewertung der Vorschläge und Modelle durch Expertenbefragungen vorgenommen.

Die juristische Problemstellung

Die berufsrechtliche Aufgabenverteilung zwischen Arzt und nichtärztlichem Personal wird durch die bestehenden gesetzlichen Regelungen - bis auf sehr wenige Ausnahmen - nicht geregelt. Somit lässt sich das Tätigkeitsfeld des Arztes nicht eindeutig von dem des nichtärztlichen Personals abgrenzen. Mithin lässt sich keine eindeutige Kompetenzverteilung erschließen. Insofern erfolgt die Ausrichtung derzeit an Grundsätzen der Rechtsprechung (Richterrecht). Hierbei wird generell prioritär auf die kompetente, fachqualifizierte und lückenlose Patientenbetreuung, die sich aus dem notwendigen Patientenschutz ergibt, abgestellt. Dennoch gibt es einen Kernbereich medizinischer Behandlung, der nicht delegierbar ist. Behandlungsmaßnahmen, die wegen

- ihrer Schwierigkeiten,
- ihrer Gefährlichkeit oder wegen
- der Unvorhersehbarkeit etwaiger Reaktionen

professionelles ärztliches Fachwissen voraussetzen, sind vom Arzt persönlich durchzuführen und nicht delegationsfähig. Folgerichtig ist in der notwendigen arbeitsteiligen Medizin Delegation und Neuordnung von Tätigkeiten insofern zulässig, soweit sie nicht den Kernbereich, also insbesondere Diagnostik, Differenzialdiagnostik und Therapie nach unverzichtbarem ärztlichem Standard, betreffen. Demgegenüber ist eine Delegation unzulässig, wenn nach medizinischem Wissen bei Delegation an einen Nichtarzt eine konkrete Gefährdung für die Gesundheit des Patienten besteht und der Arzt nicht bei der Erbringung dergestalt mitwirkt, dass die Leistung insgesamt als solche des Arztes erkennbar ist.

Für die Rechtspraxis erscheint es hilfreich, dass inzwischen erste Vorschläge erarbeitet worden sind, welche Institution die Bestimmung des Kernbereiches ärztlicher Leistung und die Zulässigkeit von Delegation und Neuordnung von Tätigkeiten festlegen soll. Der Gutachter, Herr Prof. Dr. Bergmann, kommt in seinen Ausführungen zu dem Ergebnis, dass die Neuordnung von Aufgaben des Ärztlichen Dienstes sowie die Festlegung des Umfangs von Delegation und Neuordnung von ärztlichen Tätigkeiten für bestimmte Bereiche – aus rechtlicher Sicht – durch den Gemeinsamen Bundesausschuss durchaus zu befürworten sei.

Die Frage, ob der Arzt eine ärztliche Aufgabe grundsätzlich schriftlich auf das Pflegepersonal übertragen muss, ist in der juristischen Meinungsbildung als offen zu bezeichnen. Insofern wird den Krankenhäusern durch die Studie eine konkrete Hilfestellung an die Hand gegeben, in dem klar gestellt wird, dass eine ärztliche Delegation aus Rechtsgründen nicht der Schriftform bedarf. Unabhängig davon sind ärztliche Anordnungen wie jede ärztliche Maßnahme, soweit sie nicht eine Routinemaßnahme ist, zu dokumentieren, was im Übrigen gleichermaßen für die Erbringung der ärztlichen Leistung gilt.

In der Studie wird ebenfalls das Problem erörtert, ob der Patient vor der Behandlung von der Delegation in Kenntnis zu setzen ist und ob dieser nicht sogar zustimmen müsste. Diesbezüglich wird, unter Hinweis auf einschlägige Rechtsprechung des BGH, darauf hingewiesen, dass der Patient vor der Behandlung von der Delegation nicht informiert und aufgeklärt werden muss. Der Patient wird schon dadurch geschützt, dass in jedem Fall die Qualitätsanforderungen und Sorgfaltsmaßstäbe gelten, die von der Rechtsprechung insgesamt gestellt werden.

Einteilung der übertragbaren Tätigkeiten nach Fristigkeit

Um eine ärztliche Leistung von nicht-ärztlichen Mitarbeitern des Krankenhauses hochwertig und ohne zusätzliche Gefährdung des Patienten erbringen zu können, ist eine Überprüfung und ggf. eine Anpassung der formellen und der materiellen Qualifikation der neuen Leistungserbringer erforderlich. Die für eine notwendige Anpassung der formellen und materiellen Qualifikation erforderliche Zeitdauer ist der Grund dafür, dass nicht alle Tätigkeiten sofort übertragen werden können.

Kurzfristig übertragbare Tätigkeiten

Bei Leistungen, die *kurzfristig* umsetzbar sind, kann eine Anpassung der Qualifikation an das Niveau der Patientengefährdung in kurzer Frist erfolgen. Nach einer relativ kurzen Anpassungszeit können die ärztlichen Tätigkeiten auch vom nicht-ärztlichen Personal in gleicher Qualität und Sorgfalt ausgeführt werden. Bei den kurzfristig umsetzbaren ärztlichen Leistungen handelt es sich eher um einzelne, genau definierte Tätigkeiten. Es werden in

Abhängigkeit von der Patientengefährdung und der vorausgesetzten formellen und materiellen Qualifikation fünf Kategorien unterschieden:

- Kategorie 1: Qualifikation durch Ausbildung oder Weiterbildung gegeben (z.B. Kodierung von Diagnosen/Prozeduren im Nachgang zur ärztlichen Festlegung durch Krankenpflegekräfte/Medizinische Dokumentationsassistenten oder Befunddokumentation durch Medizinische Fachangestellte),
- Kategorie 2: Qualifikation durch Ausbildung und Einweisung gegeben (z.B. venöse Blutentnahme durch Krankenpflegekräfte/Medizinische Fachangestellte/Medizinisch-technische Assistenten oder Vitalzeichenkontrolle durch Krankenpflegekräfte/Medizinische Fachangestellte),
- Kategorie 3: Qualifikation durch qualifizierende Ausbildung gegeben (z.B. intramuskuläre Injektion durch Krankenpflegekräfte oder Blutentnahme aus einem peripheren Venenkatheter durch Krankenpflegekräfte),
- Kategorie 4: Qualifikation durch qualifizierende Ausbildung und spezifische Schulung gegeben, Delegation nur im Einzelfall (z.B. intravenöse Injektion eines Arzneimittels mit großer therapeutischer Breite und/oder geringer lokaler Toxizität durch Krankenpflegekräfte oder Anlage einer Venenverweilkanüle durch Krankenpflegekräfte/Medizinische Fachangestellte),
- Kategorie 5: Qualifikation durch qualifizierende Ausbildung und strukturierte Weiterbildung gegeben, Delegation nur im Einzelfall unter Aufsicht eines Arztes (z.B. intravenöse Applikation von Zytostatika bei Vorliegen einer Medikamentenpositivliste durch Krankenpflegekräfte oder Punktion eines Portkatheters durch Krankenpflegekräfte).

Die bisherigen Erfahrungen der Krankenhäuser mit dieser Art der Übertragung von Tätigkeiten belegen, dass es zu einer Entlastung des Ärztlichen Dienstes kommt. Wie hoch das Entlastungspotential für das Krankenhaus im Einzelnen ist, hängt von den krankenhausesindividuellen Gegebenheiten vor Ort ab. Der Anhang der Studie enthält eine Liste von übertragbaren Tätigkeiten, die in den Krankenhäusern bereits in unterschiedlichem Umfang umgesetzt werden. In diesem Zuge erhalten die Krankenhäuser zugleich Hinweise über mögliche Delegierungsadressaten und damit verbundenen Qualifikationsanforderungen sowie über entsprechende Tätigkeitsbereiche und Entlastungspotentiale.

Mittelfristig übertragbare Tätigkeiten

Tätigkeiten, die *mittelfristig* delegiert oder neu zugeordnet werden können, erfordern eine umfangreichere Anpassung der Qualifikation. Grund hierfür ist das höhere Gefährdungspotential der Patienten. Die Sorgfaltspflichten sind entsprechend höher. Sofern Tätigkeiten, die eine höhere Sorgfaltspflicht auslösen, auf nicht-ärztliche Berufsgruppen übertragen werden, erfordert das auch entsprechend umfangreiche und zeitintensive Weiterbildungen. Bei der Neuordnung der Tätigkeiten sind darüber hinaus auch zeitliche Mindestanforderungen an die Ausbildungszeit oder die berufliche Tätigkeit zu stellen. Bei den mittelfristig umsetzbaren Tätigkeiten handelt es sich i.d.R. um komplexe und/oder umfangreiche Tätigkeitsbereiche, die Reorganisationsprozesse erfordern, die ebenfalls einen gewissen Zeitbedarf auslösen.

In der Studie werden exemplarisch die folgenden Bereiche aufgegriffen:

- nichtärztliche Chirurgieassistenz bei operativen Eingriffen,
- Casemanagement,
- Wundpflegemanagement,
- Schmerzmanagement.

Die wesentlichen Auswirkungen dieser in der mittleren Frist übertragbaren Tätigkeiten liegen nicht nur allein in dem z.T. erheblichen Entlastungspotential für den Ärztlichen Dienst, sondern können auch in einer Verbesserung der Qualität der Leistungserbringung münden.

Langfristig übertragbare Tätigkeiten

Eine *langfristige* Anpassung der Qualifikation an die ärztlichen Tätigkeiten ist immer dann gegeben, wenn gesetzliche und/oder untergesetzliche Normen verändert werden müssen. Neben dem gesetzgeberischen Vorlauf ist dann auch die Zeitspanne für die Erst- oder Weiterqualifikation der Mitarbeiter, die die neuen Tätigkeiten übernehmen, einzuplanen. Anhand der beiden Beispiele „Anästhesie“ (Einsatz eines nicht-ärztlichen Mitarbeiters im Rahmen einer Parallelnarkose) und „Endoskopie“ (Einsatz von Pflegefachkräften in Großbritannien bei der Durchführung von endoskopischen Untersuchungen) werden

Probleme und Möglichkeiten geschildert, die sich aus der Übertragung von Tätigkeiten in der langen Frist ergeben.

Handlungsorientierte Empfehlungen

Als Quintessenz aus den praktischen Erfahrungen der im Rahmen von Expertengesprächen befragten Krankenhausmitarbeiter können eine Reihe von handlungsorientierten Empfehlungen an die Krankenhäuser gegeben werden.

Übertragung von Tätigkeiten prüfen und ergänzen

Ein nicht unerheblicher Teil der Krankenhäuser hat schon Tätigkeiten vom Ärztlichen Dienst auf andere Berufsgruppen übertragen. Die Erfahrungen damit sind durchweg positiv. Den Krankenhäusern wird daher empfohlen, die Übertragung von Tätigkeiten zu prüfen oder zu ergänzen. Je nach Umsetzungsstand in den einzelnen Krankenhäusern, bieten sich unterschiedliche Vorgehensweisen an.

Bei den Häusern, die noch keine oder nur wenig Erfahrungen mit der Übertragung von Tätigkeiten haben, sollte mit den kurzfristig übertragbaren Tätigkeiten begonnen bzw. weiter fort gefahren werden. Die Krankenhäuser, die schon einschlägige Erfahrungen sammeln konnten, sollten prüfen, inwieweit sie ganze Aufgabengebiete oder Querschnittsaufgaben übertragen können. Als sehr hilfreich hat sich eine frühzeitige Information und Einbindung der Mitarbeiter herausgestellt.

Prüfung der formellen und materiellen Qualifikation

Wenn eine Entscheidung über die Übertragung ärztlicher Tätigkeiten gefallen ist, muss die formelle und materielle Qualifikation derjenigen geprüft und ggf. angepasst werden, die zukünftig neue Aufgaben übernehmen sollen.

Berufshaftpflichtversicherung abklären

Um die Akzeptanz der Übertragung ärztlicher Aufgaben zu erhöhen, ist das Risiko eines innerbetrieblichen Schadensausgleichs im Falle eines Behandlungsfehlers für die Mitarbeiter zu minimieren. In diesem Zusammenhang sollten auch die Organisationspflichten der

leitenden Mitarbeiter des Krankenhauses thematisiert werden. Im Vorfeld eines Reorganisationsprojektes sollte daher Kontakt mit der Haftpflichtversicherung aufgenommen werden und die strittigen Fragen geklärt werden.

Keine isolierte Betrachtung des Ärztlichen Dienstes

Sowohl die Erfahrungen aus dem europäischen Ausland als auch die Expertenbefragungen und -gespräche, die im Rahmen dieses Gutachtens durchgeführt worden sind, belegen, dass es nicht zielführend ist, den Fokus ausschließlich auf die Übertragung von Aufgaben des Ärztlichen Dienstes auf Pflegefachkräfte zu richten. Vielmehr gilt es komplette Prozesse zu optimieren. Im Rahmen einer solchen Prozessoptimierung können sich Kaskadeneffekte derart ergeben, dass auch ergänzende Tätigkeitsübertragungen von Pflegefachkräften auf Pflegehilfskräfte oder andere Berufsgruppen erforderlich werden.