

Auf ein Wort:

Zur Frage der Delegation anästhesiologisch ärztlicher Leistungen an Nicht-Ärzte oder „wehret den Anfängen!“*

B. Landauer

Um die Frage nach der Delegation anästhesiologisch ärztlicher Leistungen an Nicht-Ärzte zu beantworten, empfiehlt sich ein kurzer Blick in die Vergangenheit.

Am 28.02.1847 nämlich, ein knappes halbes Jahr nach der ersten öffentlichen Demonstration der Schwefeläthernarkose am Massachusetts General Hospital in Boston erschien im „Intelligenzblatt für Oberbayern“ bereits eine Verordnung, dass die Anwendung des Schwefeläthers nur „unter Aufsicht und Leitung praktischer Ärzte vorgenommen werden dürfe, keineswegs aber von dem untergeordneten wundärztlichen Personale alleine“!

Ein Jahr später, 1848, wurde in einer „Königlich Allerhöchsten Verordnung“ – man beachte, das Faible der Politik, sich in medizinische Fragen einzumischen, bestand schon damals – der zur Verabreichung von Chloroform berechtigte Personenkreis festgelegt. Die Befugnis wurde „nur wissenschaftlich gebildeten und förmlich promovierten Ärzten zugesanden, dagegen dem niederen ärztlichen Personale, d.h. allen Badern, Landärzten und Chirurgen, dann solchen, die nicht promovierte Ärzte sind, ferner allen Hebammen untersagt“.

Einer der Protagonisten der neuen Narkose in Deutschland, der Erlanger Ordinarius für Chirurgie, Heyfelder, forderte „die Ätherinhalaion ausschließlich von rationellen und gewissenhaften Ärzten ausführen zu lassen, die zu individualisieren verstehen und nicht wie gemeine Routiniers alles über einen Kamm scheeren wollen. Dem niederen ärztlichen Personale, wie Hebammen, Badern und wie sie sonst heißen, sollte der Gebrauch der Ätherinhalaion nicht gestattet werden“.

Auch eine Generation später und damit mitten in dem durch die moderne Narkose überhaupt erst möglichen „Jahrhundert der Chirurgen“ apostrophierte der Breslauer Chirurg von Mikulicz-Radecki „jede Narkose als gefährlich“ und bezeichnete deren Durchführung als eine „der feinsten ärztlichen Kunstleistungen“ – eine wohl wahre, heute nur zu selten vernommene Erkenntnis aus dem Munde eines Chirurgen.

Narkose ist demnach eine ärztliche, allerdings noch keine fachärztliche Tätigkeit. Das war der unüberhör-

bare Grundton aller Statements der damaligen Zeit. Die Frage nach der heute in einigen Ländern praktizierten und hierzulande längere Zeit nur schamhaft und sozusagen hinter vorgehaltener Hand, in jüngster Zeit allerdings offensiv propagierten „Schwesternarkose“, d.h. die Delegation anästhesiologisch ärztlicher Leistungen an Nicht-Ärzte, wurde bereits damals als reiner Notbehelf gesehen und 1989 von den Verbänden eindeutig abschlägig beschieden.

Heute beherrscht vor allem der Zwang, Kosten zu sparen, das Gesundheitswesen – übrigens in den zivilisatorisch hoch entwickelten Industrienationen einer der größten, nur bedingt globalisierbaren nationalen Wachstumsmärkte. Ursache hierfür ist u.a. die Tatsache, dass medizinische Versorgung auf dem heute erreichten Niveau sehr teuer ist und jeder, naturgemäß immer geringer werdende Effektivitätsgewinn nach dem Gesetz des Grenzwertnutzens mit einem gegen unendlich gehenden Aufwand bezahlt werden muss.

Dabei trägt die Änderung der Bevölkerungsstruktur mit immer mehr behandlungspflichtig werdenden Rentenempfängern und immer weniger das Solidarsystem stützenden jüngeren Beitragszahlern das Ihre zu dieser, auch durch politisches „Missmanagement“ verursachten Misere bei.

Nicht nur in Deutschland spielen in diesem Zusammenhang der drohende Mangel an als „(zu) teuer“ apostrophierten Ärzten auf der einen und die konkurrenzierenden Expansionsgelüste der lohnkostenmäßig allerdings nicht viel geringer zu Buche schlagenden Pflegenden auf der anderen Seite eine nicht unerhebliche Rolle.

Welche Schlüsselfunktion der Politik in diesem Zusammenhang zukommt, wird aus einem zunächst harmlos scheinenden Nebensatz des Koalitionsvertrages, nämlich „nicht-ärztliche Heilberufe vermehrt in die Versorgungskonzepte einzubeziehen“, klar. Die Brisanz dieser Absicht wird vollends aus

* nach einem Vortrag in der Session „Medizinrecht“ des Austrian International Congress 2007 sowie auf dem Internationalen Symposium für Anästhesie, Intensivtherapie, Notfallmedizin Schmerztherapie, St. Anton, 2008

► dem eben fertiggestellten, 900 Seiten umfassenden und unter dem Titel „Kooperation und Verantwortung“ veröffentlichten Regierungs-Gutachten des Sachverständigenrates deutlich. Die Beharrlichkeit, mit der die Politik – trotz besseren Wissens – ihr Ziel, nämlich die Abkehr von der „Arztzentriertheit“ verfolgt, zeigt auch das von ihr auf den Weg gebrachte Pflege-Weiterbildungsgesetz, das, zunächst durch Neuregelung des § 63, Abs. 3c des SGB V als Modellvorhaben, ungeachtet der rechtlichen Rahmenbedingungen, einer eigenständigen Erbringung von ärztlicher Leistung durch Nicht-Ärzte den Weg ebnen soll.

Bereits seit längerem hat uns die in diesem Umfeld zunehmend virulenter werdende Forderung nach einer Delegation anästhesiologischer ärztlicher Leistungen an Nicht-Ärzte im Sinne einer „konkurrenzierenden“ Aufwertung medizinischer Assistenzberufe Kopfzerbrechen bereitet.

Dies etwa in Form der „Medizinischen Assistenten für Anästhesie“ (MAfA), nicht zu verwechseln mit dem „Anästhesietechnischen Assistenten“ (ATA), der nach einer Kurzausbildung als „Fachpflegekraft light“ die Anästhesieschwester/-Pfleger ersetzen soll. Beim ebenfalls in die Rubrik „Physician Assistant“ (PA) fallenden „Chirurgisch Technischen Assistenten“ (CTA), handelt es sich um das gleiche Problem. Zum Glück steht somit unser Fach mit dieser Problematik nicht alleine! So sollen zukünftig beispielsweise in der Herzchirurgie nicht-ärztliche Chirurgisch Technische Assistenten die Eröffnung des Brustkorbes, die Venenentnahme für die Bypässe oder den Wundverschluss übernehmen und nach Vorstellung der „Erfinder“ dieses Konzepts, „bessere Qualität durch Routine“ liefern! Im Klartext heißt das, dass ganze Teile einer Operation, aber auch, worauf wir gleich kommen, der Narkose, allerdings unter ärztlicher Aufsicht (wie lange noch?) und natürlich Verantwortung, an Nicht-Ärzte delegiert, besser noch übertragen werden sollen.

Ähnlich verhält es sich mit dem Konzept der Medizinischen Assistenten für Anästhesie (MAfA). Diese sollten nach den Vorstellungen u.a. eines großen Klinikzentrums die Überwachung der Narkose – vielfach reduziert auf „hours of boredom“ – und in „einfach gelagerten Fällen“ auch die Narkoseein- und ausleitung übernehmen. Dabei ist anzumerken, „es gibt zwar eine kleine Chirurgie, aber keine kleine Anästhesie!“ Euphemistisch dargestellt, sollte damit in sogenannten „Anesthesia Care Teams“ angeblich die Qualität gesteigert und Ärzte für Wichtigeres freigestellt werden.

Aber was gibt es wohl Wichtigeres, als für einen seiner Reaktionsmöglichkeiten jedweder Art beraubten und dadurch in jedem Augenblick tödlich bedroh-

ten Menschen, an dem zudem noch ein Chirurg oder gar ein CTA tätig wird, unmittelbar Verantwortung zu übernehmen und für ihn da zu sein?

Als „Einstiegsvariante“ aus den USA droht in diesem Zusammenhang in der Grauzone der gastroenterologischen Sedierung NAPS, d.h. die „nurse assisted Propofol sedation“, für die, sobald sie die Grenze zur Narkose überschreitet, die oben genannten Vorbehalte gelten.

Bedingt durch (scheinbare) Kosteneinsparung, punktuellen Ärztemangel – vor allem in ländlichen Regionen sowie in den neuen Bundesländern – und einen Überschuss an Pflegenden von ca. 48.000 im Zuge der Schließung von mittlerweile über 85.000 Krankenhausbetten, haben vor allem private Krankenhausträger versucht, unterstützt von der Politik und Einzelinitiativen, etwa der Steinbeis Hochschule in Berlin, diese Entwicklung zu beschleunigen.

Argumentativ untermauert man dies unter anderem mit dem Verweis auf die Usancen in der Intensivmedizin, vor allem aber und dies, wie so häufig unter Missachtung der dort herrschenden Verhältnisse, auf die diesbezüglichen Gepflogenheiten in anderen Ländern, wie etwa den USA, der Schweiz oder in den Niederlanden, in denen die Behandlungsergebnisse auch nicht schlechter wären als bei uns. Hierzu ist festzustellen – auf die Verhältnisse in der Intensivmedizin kommen wir später – dass die Anästhesie heute, obwohl „per se“ immer noch ein schwerwiegender und mit Risiken behafteter Eingriff in die körperliche Integrität, einen solchen Reifegrad erreicht hat, dass es nicht mehr gelingt, etwa den durch die Einführung der Pulsoximetrie erzielten Sicherheitsgewinn bezüglich des Patienten-Outcome noch statistisch nachzuweisen. Cooper brachte diese Ambiguität bereits vor mehr als 20 Jahren auf den plakativen Nenner: „The most insidious hazard of anesthesia is its relative safety!“

So war die Anästhesie im Jahr 2004 erneut gezwungen, sich intensiv mit dieser Problematik auseinanderzusetzen und klar und unmissverständlich Stellung zu beziehen, was Narkose bedeutet, und, dass sie – ich nehme das Ergebnis vorweg –, von zuarbeitenden Tätigkeiten einmal abgesehen, zweifelsfrei ärztliche Aufgabe ist! Sie ist damit nach dem Heilpraktikergesetz von 1939 ausschließlich dem Arzt vorbehalten und keinesfalls an Nicht-Ärzte übertragbar, nach dem Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB) und der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) als Dienstleistung im Zweifel „persönlich“ sowie nach dem Vertragsarztrecht sogar höchstpersönlich zu erbringen!

► Eigentlich sollte dies jedem verständigen Menschen klar sein, denn nach einer überaus treffenden Definition von Cottrell gilt, „Anesthesia is to keep patients alive while the surgeon does things that could kill them“.

Außerdem, mit 6 bis 8 Millionen Narkosen im Jahr geht Anästhesie jeden an und nicht nur den kleineren Kreis der in einem Jahr gerade Betroffenen!

Unter diesen Voraussetzungen scheint es nicht mehr als recht und billig, die Patienten, die das Recht auf Behandlung nach Facharztstandard haben und die vor jeder vermeidbaren Risikoerhöhung zu schützen sind, über diese brisante Entwicklung aufzuklären und in die Entscheidung mit einzubeziehen.

In einer weiteren, mit namhaften Experten unseres Fachgebietes, Juristen, Klinikdirektoren, Vertretern der Bundesärztekammer, der Deutschen Krankenhausgesellschaft, des Verbandes der Universitätsklinika und der Pflegeverbände hochrangig besetzten Klausurtagung im Februar 2007 wurde eine erneute gemeinsame Stellungnahme des BDA und der DGAI zur „Zulässigkeit und Grenzen der Parallelverfahren in der Anästhesiologie“ erarbeitet und von den Präsidien verabschiedet. Diese bestätigte klar die „Münsteraner Erklärung“ vom Oktober 2004, die ihrerseits wiederum auf einer Entschließung des Berufsverband Deutscher Anästhesisten aus dem Jahre 1989 basiert.

Sie erteilt jedem geplanten Einsatz von nicht-ärztlichem Personal zur Durchführung von Narkosen eine eindeutige, auch von der Rechtsprechung bislang klar respektierte und nun auch in der Zukunft zu respektierende Absage. Denn die Antwort, was ärztliche Tätigkeiten sind und was nicht, kann nur von den Fachgebieten selbst gegeben werden.

Dabei verwundert es nicht, was, wie bereits ange deutet, argumentativ allerdings gerne missbraucht wird, dass der Delegation intensivmedizinischer Leistungen an nicht-ärztliches Personal deutlich weniger enge Grenzen gesetzt sind.

Der Grund hierfür ist, dass im Operationssaal eine hohe „Schlagzahl“ akut lebensbedrohlicher Interventionen vorherrscht, die typischerweise während der intensivmedizinischen Versorgung nicht gegeben ist. Dieser Unterschied zur Anästhesie im Operationssaal macht deutlich, dass in der Intensivmedizin die unmittelbare Vitalbedrohung durch den operativen Eingriff „per se“ – von Ausnahmefällen abgesehen – eine nur untergeordnete Rolle spielt. Auch ist das Gefährdungspotential für den Patienten, das im Operationssaal zusätzlich von den verschiedenen Anästhesieverfahren (z.B. Intubation, Extubation, Muskelrelaxation, seitengetrennte Ventilation,

Volumenmanagement etc.) ausgeht, ungleich höher als auf der Intensivstation. Daher lässt, eine entsprechende Qualifikation des Delegaten vorausgesetzt, die Intensivmedizin deutlich mehr Spielraum für eine Delegation ärztlicher Leistungen, zumal – anders als im Operationssaal – der Pflege des Intensivpatienten ohnehin eine hohe Bedeutung für die Sicherung des Behandlungserfolges zukommt. Bei akut lebens bedrohlichen Situationen allerdings gelten dieselben stringenten Delegationsbedingungen wie für die Anästhesie im Operationssaal.

Unseres Erachtens gibt für die tägliche Praxis diese „Münsteraner Erklärung“, nach dem von Scheffel'schen Motto „Zwischen Entweder und Oder führt noch manches Sträßchen“, genügend Spielraum für einen vernünftigen Einsatz von Nicht Ärzten, d.h. in erster Linie entsprechend qualifizierten, den „Fachpflegestandard“ erfüllende Pflegekräfte in der Anästhesie. Demnach ist während bestimmter Phasen eines Anästhesieverfahrens die Überwachung der Narkose durch speziell unterwiesene und entsprechend weitergebildete Anästhesie pflegekräfte, auf deren Assistenz wir keinesfalls verzichten möchten, durchaus möglich.

Voraussetzungen für eine Delegation in der Anästhesie:

- 1.) ein patienten-, anästhesie- und eingriffsseitig unkomplizierter Verlauf;
 - 2.) entsprechende Kenntnisse und Erfahrungen („Fachpflegestandard“) der die Überwachung übernehmenden Pflegekraft, die
 - 3.) gleichzeitig nicht mit anderen Aufgaben befasst sein darf.
 - 4.) Ihre Tätigkeit beschränkt sich auf die bloße Überwachung. Jedwedes aktives therapeutisches Handeln etc. erfordert ärztliche Entscheidungskompetenz. Diese enge Weisungsabhängigkeit setzt voraus, dass sich
 - 5.) der für diese Anästhesie verantwortliche Anästhesist in unmittelbarer Nähe des Geschehens aufhält und stets verfügbar bleibt, um unverzüglich die Leitung der Narkose übernehmen zu können.
- „Last but not least“
- 6.) während der Ein- und Ausleitung des Anästhesieverfahrens muss der Anästhesist stets unmittelbar zugegen sein.

Wir betrachten die erneute Bestätigung dieses Status quo zumindest als einen wichtigen „Etappensieg“, denn die bereits erwähnten Triebfedern für diese Entwicklung sind damit noch lange nicht vom Tisch:

► Striktes Wirtschaftlichkeitsdenken, zunehmender Ärztemangel, Paradigmenwechsel in der Pflege mit dem erklärten Ziel, vermehrt ärztliche Aufgaben zu übernehmen, unterstützt durch die klare politische Absicht einer „Akademisierung der Nichtakademiker“, s.a. die Etablierung von Bachelor- und Masterstudiengängen, etwa den des „Bachelor of Science in Physician Assistance (PA)“ der Steinbeis Hochschule, „begünstigen den allenthalben zu beobachtenden Trend einer „Deakademisierung – fast ist man versucht von Demontage zu sprechen – der im gängigen Sprachgebrauch auf bloße „Mediziner“ reduzierten Ärzte“.

Somit stellt, zumindest bei uns in Deutschland, die Diskussion um die Delegation anästhesiologisch ärztlicher Leistungen an Nicht-Ärzte nur die Spitze eines, nicht nur für die Anästhesie, sondern für die Ärzteschaft in ihrer Gesamtheit, aber auch für die sich ihr anvertrauenden Patienten, höchst gefährlichen Eisberges dar!

Ärzte scheinen aus politischer Sicht zunehmend zu „personae non gratae“ zu mutieren. Dieser Entwicklung allerdings zum Trotz nehmen sie von ihrem Ansehen her – im Gegensatz zu Politikern – in den Augen der Bevölkerung immer noch eine unangefochtene Spitzensetzung ein.

Bezeichnenderweise dreht sich bereits seit Jahren ein Teil der gesundheitspolitischen Diskussion um das ärztliche „Honorar“ (Honorar, lat. = „Ehrengeschenk“ für eine höhere, nach ihrem wirtschaftlichen Wert nicht schätzbare Leistung), das – entsprechend der Einstein'schen Erkenntnis, dass „nicht alles was gezählt werden kann, zählt und nicht alles was zählt, gezählt werden kann“ – nicht nur eine materielle Geldseite, sondern auch eine nicht zu unterschätzende, den Ärzten heute bewusst vorenthalte Anerkennungskomponente enthält. Dieser Grundton wird u.a. auch deutlich in der neuen Professorenbesoldung an den Universitäten.

Überspitzt formuliert, scheint die Wunschvorstellung der Regierenden – zumindest in Deutschland – eine arztfreie Republik mit allerdings hervorragender medizinischer Versorgung zu sein. Und dies – „Geiz ist geil“ – möglichst noch zum „Nulltarif“.

So gesehen, passen die bereits erwähnten Bestrebungen mit dem Ziel einer zunehmenden „Deakademisierung der Akademiker“ und „Akademisierung der Nichtakademiker“ hervorragend ins gesellschaftspolitische Bild!

Es wurde also, in Deutschland spätestens nach dem Sachverständigen-Gutachten, höchste Zeit, dass wir Ärzte Stellung dazu bezogen, was ärztliche Tätigkeit

ist und was nicht und damit was Nicht-Ärzten zur Erledigung delegiert bzw. übertragen werden kann! Dies geschah unmissverständlich in den zwei brandaktuellen Entschließungen unserer Verbände „Ärztliche Kernkompetenz und Delegation in der Anästhesie“ bzw. „Intensivmedizin“.

Ich erinnere mich noch sehr gut an die Situation vor etwa 20 Jahren, als bereits eine Venenpunktion von den Pflegenden als „ärztliche Tätigkeit“ qualifiziert und eine Delegation auf ausgebildete Fachkräfte mit Entrüstung abgelehnt wurde! Mittlerweile hat, wie aus einem Thesenpapier des Deutschen Berufsverbandes für Pflegeberufe DBfK e.V. unmissverständlich hervorgeht, diesbezüglich ein bemerkenswerter Gesinnungswechsel um 180 Grad stattgefunden!

Für die Zukunft wäre, wenn es wirklich um eine Entlastung der Ärzte von den zahllosen, zeitaufwändigen bürokratischen Verwaltungsaufgaben ginge, eine Übertragung dieser Tätigkeiten u.a. auch durch die Einstellung entsprechender Dokumentationsassistenten bzw. Stationssekretärinnen eine sehr viel effizientere Maßnahme, um die Behandlungsqualität zu verbessern. Sie hätte zudem noch den Charme, deutlich Kosten zu sparen.

„Last but not least“ müssen wir durch adäquat attraktive Arbeitsbedingungen für Anästhesisten im Speziellen, aber auch der Ärzte im Allgemeinen, deren Abwanderung, etwa ins diesbezüglich attraktiveren Ausland, wohin sich bereits heute über 2.500 Kollegen und Kolleginnen pro Jahr verabschieden, verhindern. Darüber hinaus müssen wir für eine ausreichende Berücksichtigung des Weiterbildungsauftrages bei den Entgelten der Krankenhäuser (z.B. DRGs) kämpfen, um damit weiterhin eine qualifizierte, nun allerdings auch zertifizierte Weiterbildung unserer Ärzte zu ermöglichen, nicht zuletzt auch um so der leider mehr emotional als rational geführten Diskussion um die „Delegation anästhesiologisch ärztlicher Leistungen an Nicht-Ärzte“ zumindest einen Teil ihres Nährbodens zu entziehen!

Eine Delegation anästhesiologischer ärztlicher Leistungen an Nicht-Ärzte nämlich hieße, durch „Aufweichen“ des Facharztstandards ein Qualitätsprodukt aufs Spiel zu setzen, auf das sich unsere Patienten sowie operativen Partner bisher getrost verlassen und wir stolz sein konnten.

Daher: „Wehret den Anfängen!“

► Literatur

1. Deutsches Ärzteblatt: „Wenn Sparen zum Risiko wird“ Dt. Ärzteblatt 2007;104:C1915
2. DGAI und BDA: Entschließung „Ärztliche Kernkompetenz und Delegation in der Anästhesie“ Anästh. Intensivmed. 2007; 48:712-714 von DGAI und BDA: Entschließung „Ärztliche Kernkompetenz und Delegation in der Intensivmedizin“ Anästh. Intensivmed. 2008, 49:52-53
3. Gille G. „Die Zukunft der Pflege im Krankenhaus. Ein Thesenpapier des DBfK e.v.“ 2006
4. Helios Kliniken GmbH: „Medizinische/r Assistent/in für Anästhesiologie. Eine Weiterqualifizierung der Helios Akademie.“ 2006
5. Krämer W. „Die Krankheit des Gesundheitswesens“ S. Fischer, 1989
6. Landauer B. „Zum Neuen Jahr“. Anästh. Intensivmed. 2007;48:2-4
7. „Münsteraner Erklärung I und II“ Anästh. Intensivmed. 2005;46:32-34 und 2007;48:223-229
8. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen: „Kooperation und Verantwortung – Voraussetzung einer zielorientierten Gesundheitsversorgung“, Gutachten 2007
9. Schüttler J. (Hrsg.): „50 Jahre DGAI“, Springer 2003
10. Spickhoff A., Seibel M. „Die Erstattungsfähigkeit ärztlicher Leistungen bei Delegation an nichtärztliches Personal“, Neue Zeitschrift für Sozialrecht (NzS) 2008;57-65
11. Weissauer W. „Zur Problematik der Schwesternnarkose und die Ausbildung von Anaesthesieschwestern.“ Anaesthetist 1963;12:156 – 161

Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. med. Bernd Landauer
 – Präsident BDA –
 Roritzerstraße 27
 90419 Nürnberg
 Deutschland
 E-Mail: doclandauer@aol.com