

Delegation ganzheitlich sehen

Wird über den drohenden Ärztemangel diskutiert, wird mehr Delegation an nicht-ärztliche Mitarbeiter schnell als eine Lösungsmöglichkeit angeboten. Auch der 69. Bayerische Ärztetag in Fürth hat sich in mehreren Anträgen mit diesem Thema befasst. Bei aller gerechtfertigten Skepsis an dieser Delegation und der damit verbundenen Diskussion über eine drohende Gefahr der Substitution – Delegation kann mehr, als nur Ärzte entlasten. Es ist Zeit für eine ganzheitliche Betrachtung.

Abstrakt gesehen ist Delegation die Übertragung einer Aufgabe vom Delegierenden an einen Delegationsempfänger. Zu einer sinnvollen Delegation gehören zusätzlich die Übertragung der für die Ausführung notwendigen Kompetenzen und die Teilverantwortung für das Ergebnis, selbst wenn die Gesamtverantwortung beim delegierenden Arzt bleibt. Zwingende Voraussetzung für eine erfolgreiche Delegation ist, dass der Delegationsempfänger individuell für die Aufgaben entsprechend qualifiziert ist. Der Delegierende bleibt in der Gesamtverantwortung und hat deshalb auch die Pflicht, situationsspezifisch Kontrollen durchzuführen. Konstruktive Feedback-Schleifen mit den Mitarbeitern können die Effizienz noch weiter erhöhen. Delegation ganzheitlich zu sehen heißt, Delegation aus Sicht aller Betroffenen zu sehen. Bei der Delegation nicht-originär-ärztlicher Leistungen, wie zum Beispiel Verwaltungs- und Managementaufgaben, sind die direkt Beteiligten die Ärzte, die nicht-ärztlichen Mitarbeiter und die Patienten. Die Abbildung zeigt eine Übersicht der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung über die Beteiligten an der Ausübung der Heilkunde.

Sicht der Ärzte

Für den Arzt, egal ob niedergelassen oder im Krankenhaus tätig, bedeutet Delegation zuerst einmal mehr Zeitaufwand, da er seine Mitarbeiter anleiten und instruieren muss. Die Früchte dieser Investition können erst später „geerntet“ werden. Hauptvorteil ist die Entlastung von Aufgaben, die ein qualifizierter nicht-ärztlicher Mitarbeiter genauso gut erledigen kann. Der Arzt bleibt für die delegierten Tätigkeiten vollumfänglich verantwortlich und muss sich bei

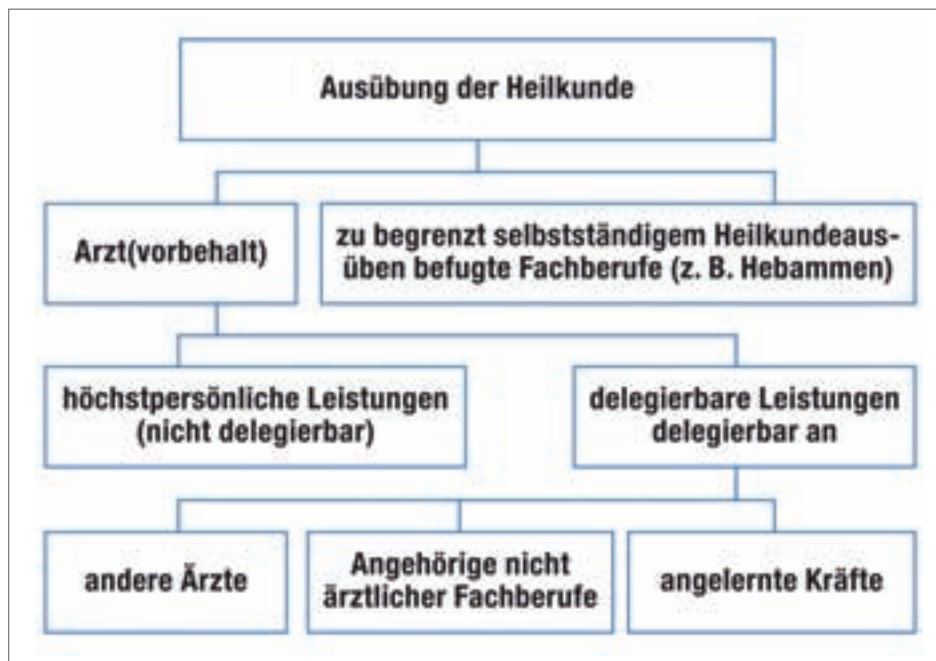


Abbildung: Delegation in der Heilkunde.

Aus: Bekanntmachung der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung: Persönliche Leistungserbringung. Möglichkeiten und Grenzen der Delegation ärztlicher Leistungen. In: Deutsches Ärzteblatt, Oktober 2008, Jahrgang 105, Heft 41, S. 2173.

Bedarf in „Rufweite“ aufhalten. Höchstpersönliche Leistungen des Arztes sind nicht delegierbar. Das sind Leistungen, die der Arzt wegen ihrer Schwierigkeit, ihrer Gefährlichkeit für den Patienten oder wegen der Unvorhersehbarkeit etwaiger Reaktionen unter Einsatz seiner spezifischen Fachkenntnis und Erfahrung höchstpersönlich erbringen muss. In einigen Gesetzen ist der Arztvorbehalt bindend festgeschrieben¹. Zu beachten ist bei jeder Delegation auch die Frage der Haftung und der Strafbarkeit. Wichtig ist, dass Diagnostik und Therapie immer in der Verantwortung des Arztes bleiben. Durch die Entlastung von Rand- und Hilfsaufgaben kann sich der Arzt wieder mehr auf das Wesentliche konzentrieren, auf die ärztliche Versorgung seiner Patienten. Gewisse Grundsätze müssen jedoch berücksichtigt werden. Der Arzt muss sich zu Beginn immer die Frage stellen, ob eine bestimmte Leistung von einer bestimmten nicht-ärztlichen Berufsgruppe erbracht werden kann

oder muss. Wenn die Leistung Bestandteil des originären Berufsbildes der nicht-ärztlichen Berufsgruppe ist, dann ist die Delegation möglich. Gehört die zu erbringende Leistung in die ärztliche Sphäre, muss geklärt werden, ob die Leistung ihrer Natur nach delegierbar ist. Ist dies nicht der Fall, hat der Arzt die Leistung zu erbringen. Kann die Leistung delegiert werden, ist eine Delegation unter Einhaltung der folgenden Kriterien möglich: Die Auswahl und Überwachung des Delegationsempfängers obliegt dem delegierenden Arzt. Dabei lassen sich die ärztlichen Sorgfaltspflichten unterteilen in Auswahlpflicht, Instruktionspflicht, Überwachungspflicht und Kontrollpflicht. Im

¹Zum Beispiel Infektionsschutzgesetz, Transfusionsgesetz, Embryonenschutzgesetz, Röntgenverordnung, Betäubungsmittelgesetz, Arzneimittelgesetz, §§ 218 ff. Strafgesetzbuch und weitere.

Krankenhaus hat der Krankenhausträger im Zusammenhang mit der Delegation zusätzliche Organisationspflichten, sofern keine gesetzlichen oder untergesetzlichen Regelungen existieren.

Niedergelassene Ärzte

In der ambulanten Versorgung können multiprofessionelle Teams eine wichtige Rolle übernehmen. Dafür sind die rechtlichen und strukturellen Rahmenbedingungen für die Zusammenarbeit zum Beispiel von Hausärzten mit Medizinischen Fachangestellten (MFA) zu schaffen. Zur Arztunterstützung und Arztentlastung soll die MFA stärker für delegierbare und koordinierende Aufgaben eingesetzt werden. Kompetenzsteigerung, Schärfung von Profilen und sinnvolle Spezialisierung sind hier die Schlagworte. Einsatzmöglichkeiten wären zum Beispiel Administration und Praxismanagement, Qualitätsmanagement, partielle Patientenbetreuung einschließlich Wundmanagement und Hausbesuche bei chronisch Kranken, Arbeitssicherheit, Gesundheitsberatung, bestimmte technische Untersuchungen wie Überprüfen der Lungenfunktion oder die Aufzeichnung eines Langzeit-EKG. Abhängig vom Qualifikationsstand des Mitarbeiters und des Gefahrenpotenzials für den Patienten gibt es darüber hinaus im Einzelfall weitere delegationsfähige Aufgaben.

Ärzte im Krankenhaus

Im Krankenhausbetrieb bestimmt Delegation die Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Pflegepersonal. Hier gelten die gleichen theoretischen Kriterien für eine zulässige Delegation wie im Praxisbereich. Der hohe Organisationsgrad in Krankenhäusern begünstigt sogar die Delegation an qualifizierte Mitarbeiter. Soweit im Krankenhaus auch zur Nachtzeit und an Wochenenden Ärzte im Bereitschaftsdienst anwesend sind, können nichtärztliche Mitarbeiter zuvor im Einzelfall ärztlich angeordnete Leistungen auch zu dieser Zeit erbringen. Dabei muss aber sichergestellt sein, dass ein Arzt im Notfall kurzfristig zur Verfügung stehen kann (Notfallkette). Ob eine ärztliche Tätigkeit im Einzelfall delegationsfähig ist, ergibt sich aus der Erforderlichkeit ärztlichen Fachwissens, den berufsbedingten Anforderungen einer Krankenschwester und der objektiven Gefährlichkeit der vorzunehmenden Maßnahme. Diese Anforderungen gelten natürlich auch für den niedergelassenen Bereich. In einigen Krankenhausbereichen gibt es bereits neue Berufsbilder. Zum Beispiel den chirurgischen Operationsassistenten (COA), der an der Operation und an der Vorsorge vor und nach dem Eingriff beteiligt ist. Im Vergleich zu den niedergelassenen Ärzten gibt es bei der Delegation im Krankenhaus aber einen wesentlichen Unterschied: Der Arzt im Krankenhaus weiß bei einer zu delegierenden Aufgabe oft nicht,

welche Pflegekraft schlussendlich die Aufgabe ausführt. Dadurch kann eine Unsicherheit und ein Haftungsrisiko entstehen, da die Endverantwortung beim Arzt liegt. Der Arzt muss sich darauf verlassen, dass die Krankenhausorganisation beziehungsweise die Pflegeleitung für die notwendige Mitarbeiterqualifikation sorgt beziehungsweise dafür geeignete Pflegekräfte auswählt. Theoretisch müsste sich der Arzt von der Qualifikation jedes Mitarbeiters überzeugen. Eine erfolgreiche Delegation ist im Krankenhaus zum Beispiel die Einführung eines Wundmanagers. Dieser kann nach einer entsprechenden Qualifikation die Wundversorgung selbstverantwortlich übernehmen. Der Arzt kontrolliert nur noch das Ergebnis.

Sicht der Delegationsempfänger

Mitarbeiter profitieren mehrfach von einer den Anforderungen entsprechenden Delegation. Die Übertragung von anspruchsvollen Aufgaben mit den dafür notwendigen Kompetenzen und die Übernahme der Teilverantwortung für das Ergebnis sind ein nicht zu unterschätzender Motivationsfaktor. Mitarbeiter gezielt fördern und fördern ist ein Erfolgsrezept von Führungskräften. Job Enlargement und Job Enrichment, also horizontale und vertikale Aufgabenerweiterung, sind zwar Schlagworte aus der BWL, aber warum soll das bei uns Ärzten im Verhältnis zu nicht-ärztlichen Mitarbeitern nicht auch funktionieren? Wichtig ist jedoch, die Mitarbeiter an die Hand zu nehmen, sie für die zusätzlichen Aufgaben zu qualifizieren und dann auch zu kontrollieren. Die mögliche Gefahr einer Überforderung und einem damit verbundenen erhöhten Stresspotenzial kann durch regelmäßige Feedback-Gespräche eingedämmt werden. Neben der Motivation durch mehr Freude am Job und einer positiven Arbeitsperspektive profitieren die Mitarbeiter natürlich auch von verbesserten Verdienstmöglichkeiten. Unser Ziel ist es deshalb, die Aus- und Weiterbildungsmöglichkeiten weiter auszubauen. Im Krankenhaus muss darauf geachtet werden, dass die Delegation von Aufgaben an nicht-ärztliche Mitarbeiter nicht zulasten der Weiterbildung der Assistenzärzte geht. Das ist ein ganz besonders wichtiger Punkt und sollte stets bedacht werden.

Weiterführende Literatur zum Thema Delegation

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR), Jahresgutachten 2007 („Kooperation und Verantwortung - Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung“), Kap. 2 („Die Entwicklung der Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe als Beitrag zu einer effizienten und effektiven Gesundheitsversorgung“).

Vollversion: <http://dipbt.bundestag.de/dip21/btd/16/063/1606339.pdf>

Kurzfassung: www.svr-gesundheit.de/Gutachten/Gutacht07/Kurzfassung%202007.pdf

Bekanntmachung der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung: Persönliche Leistungserbringung. Möglichkeiten und Grenzen der Delegation ärztlicher Leistungen.

In: Deutsches Ärzteblatt, Oktober 2008, Jahrgang 105, Heft 41, S. 2173 – 2177.

www.aerzteblatt.de/v4/archiv/pdf.asp?id=61785

Sicht der Patienten

Oberstes Ziel ist eine qualitativ hochwertige medizinische Versorgung. Zusätzlich wünschen sich Patienten meistens, dass sich die Ärztin oder der Arzt ausführlich um sie kümmern und sich viel Zeit nehmen. Eine gute Patientenversorgung lässt sich auch mit einer eingespielten Zusammenarbeit zwischen Arzt und Mitarbeiter bewerkstelligen. Mit dem positiven Effekt für die Patienten, dass der durch Delegation entlastete Arzt mehr Zeit für sie hat oder dass ein Arzttermin schneller realisierbar ist. Es darf aber im Patienteninteresse nicht zu einer Substituierung (siehe Lexikon Seite 174) ärztlicher Leistungen kommen. Die beauftragten Mitarbeiter ersetzen nicht den Arzt, sondern ergänzen ihn. Ideal ist eine Patientenversorgung im Team durch Kooperation und Arbeitsteilung.

Spielregeln

Delegation ärztlicher Aufgaben an nicht-ärztliche Mitarbeiter ist nur dann für Ärzte, Mitarbeiter und Patienten erfolgreich, wenn klare Rahmenbedingungen gelten. Dabei steht die Sicherung des Patientenschutzes an erster Stelle. Der Facharztstandard muss beibehalten werden und die Gesamtverantwortung für die Diagnostik und Therapie liegt einzig und allein beim Arzt. Der Bundesgerichtshof hat bereits 1983 im Urteil zur „Parallelnarkose“ festgestellt: „Die Sicherheit des Patienten geht allen anderen Gesichtspunkten vor und darf nicht etwaigen personellen Engpässen geopfert werden.“

- » Der steigende Versorgungsbedarf macht eine stärkere Einbeziehung nichtärztlicher Gesundheitsberufe sinnvoll. Im Mittelpunkt der Bildung multiprofessioneller Teams und berufsgruppenübergreifender Versorgungskonzepte muss die Synergie der verschiedenen Kompetenzen stehen.
- » Der Schutzgedanke, der der ärztlichen Letztverantwortung für Diagnostik und Therapie und dem Rechtsanspruch der Patienten auf Facharztstandard in der medizinischen Versorgung innewohnt, darf nicht untergraben werden.
- » Zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung hat die deutsche Ärzteschaft eigene Vorschläge für arztunterstützende und arztentlastende Maßnahmen sowie Positionen zur Delegationsfähigkeit ärztlicher Leistungen entwickelt.

Quelle: Gesundheitspolitische Leitsätze des 111. Deutschen Ärztetages 2008 (Ulmer Papier)

Auch der 111. Deutsche Ärztetag hat 2008 in Ulm in den gesundheitspolitischen Leitsätzen eine klare Position zur Delegation bezogen (siehe Kasten).

Modellprojekte

Noch kurz zu den Modellprojekten nach § 63 Sozialgesetzbuch V (SGB V). Ein klares Ja zu § 63 Abs. 3b, in dem die Diagnose- und die Indikationsstellung sowie die Gesamtverantwortung für den Patienten beim Arzt bleibt – kein direct access; aber ein genau so klares Nein zu § 63 Abs. 3c, in dem die Heilkundeausübung an nichtärztliche Gesundheitsberufe – mit direct access erfolgt.

In Diskussion befindet sich zurzeit eine Heilkundeübertragungs-Richtlinie für ein Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3c SGB V zur selbstständigen Ausübung von Heilkunde. Die Richtlinie macht hierzu Angaben für Berufsangehörige der Kranken- und Altenpflege – die Einbeziehung der MFA wird noch diskutiert – hinsichtlich der erforderlichen Qualifikation. Voraussetzung ist jedoch die ärztliche Diagnose und Indikationsstellung. Die therapeutische Tätigkeit nach dieser Richtlinie wird zur eigenverantwortlichen Durchführung in Form einer Verordnung/Anordnung übertragen. Hier wird ein Kompromiss gesucht in Form einer neuen Terminologie: Übertragung neben Delegation und Substitution. Ein neuer Weg, den wir kritisch begleiten werden.

Fazit

Angesagt ist eine qualifizierte Patientenversorgung durch Kooperation und Arbeitsteilung im Team. Wir sprechen uns deshalb klar für eine geregelte Delegation aus und lehnen eine Substitution ärztlicher Leistungen ab. Eine win-win-win Situation für Ärzte, Mitarbeiter und Patienten ist realisierbar – in der Praxis und im Krankenhaus.

Wir würden uns freuen, wenn diese gesamtheitliche Betrachtung einen fruchtbaren Diskussionsprozess in Gang setzen würde. Schreiben Sie uns Ihre Meinung zur Delegation! In einer der nächsten Ausgaben des „Bayerischen Ärzteblatts“ werden wir das Thema Delegation auch aus juristischer Sicht beleuchten.

Autoren



Dr. Max Kaplan,
Präsident der
BLÄK



Dr. Heidemarie Lux,
Vizepräsidentin
der BLÄK

