Gefäßassistent/in DGG® Umfang und Grenzen der Übertragung ärztlicher Tätigkeiten

Als die im Sachverständigenrat versammelten Ratgeber der Bundesregierung 2007 in ihrem Gutachten „Kooperation und Verantwortung“ die Notwendigkeit thematisierten, die Zuständigkeiten zwischen den Gesundheitsberufen neu zu ordnen, hatten die ersten Gefäßassistentinnen (weibliche und männliche Berufsbezeichnungen gelten vice versa) bereits ihre zweijährige berufsbegleitende Weiterbildung abgeschlossen. Die DGG hat Pionierarbeit geleistet. Das Weiterbildungskonzept stand Pate für nachfolgende Assistenzberufe wie operationstechnischer Assistent (OTA), anästhesietechnischer Assistent (ATA), chirurgisch-technischer Assistent (CTA) chirurgischer Operationsassistent (COA) und Physician Assistant (PA). Mit Recht kann man die bisherige Entwicklung der Weiterbildung als Erfolgsmodell bezeichnen [1].

Ob sämtliche Tätigkeitsmerkmale, zu denen Gefäßassistenten nach dem Weiterbildungskonzept Gefäßassistent/in DGG® befähigt werden, im Berufsalltag auf sie delegiert werden dürfen, wird nachfolgend untersucht.

Von den im Weiterbildungskonzept genannten 13 Tätigkeitsmerkmalen sind folgende Tätigkeiten uneingeschränkt delegationsfähig:

- Organisation von Gefäßsprechstunde und Gefäßstation,
- Kodierung von Diagnose und Therapie,
- Vorbereitung des Patienten im OP-Saal,
- Aufklärung (besser mit Information bezeichnet), Beratung und Anleitung der Patienten zu Verhalten und Eigentherapie bei Gefäßerkrankungen (Risikofaktorenmanagement,

Wundversorgung, Kompressionstherapie, Gehtraining etc.),

- Assistenz bei Qualitätssicherungsmaßnahmen,
- Überwachung (im Sinn von Einhaltung) ärztlich eingeleiteter Therapien,
- Betreuung klinischer Studien.

Somit konzentriert sich die Frage der Delegationsfähigkeit auf die verbleibenden Tätigkeiten:

- praktische Durchführung nichtinvasiver Untersuchungsverfahren unter vorläufiger Wertung der Ergebnisse,
- Erhebung einer Basisanamnese und eines Basisbefundes einschließlich vorläufiger Symptomzuordnung und Stadieneinteilung,
- vorbereitende Information des Patienten (Stufenaufklärung),
- Blutentnahme und Legen von Verweilkanülen,
- Wundmanagement nach ärztlicher Anordnung,
- aktive Assistenz im Operationssaal.

Duplexsonographie

Die beiden erstgenannten Tätigkeiten – praktische Durchführung nichtinvasiver Untersuchungsverfahren unter vorläufiger Wertung der Ergebnisse sowie Erhebung einer Basisanamnese und eines Basisbefundes einschließlich vorläufiger Symptomzuordnung und Stadieneinteilung – betreffen im Kern die Durchführung und Auswertung der Duplexsonographie.

Für die ambulante vertragsärztliche Versorgung haben die Spitzenverbände, KBV und Verband der gesetzlichen Krankenkassen, in der Vereinbarung vom 01.10.2013 die Anforderungen bestimmt, die bei der Delegation ärztlicher Leistun-

gen an nichtärztliche Mitarbeiter zu beachten sind. Nach § 2 sind Leistungen, die der Arzt aufgrund der erforderlichen besonderen Fachkenntnisse nur persönlich erbringen kann, von der Delegation ausgeschlossen. Dazu zählen insbesondere Anamnese, Indikationsstellung, Untersuchung des Patienten einschließlich invasiver diagnostischer Leistungen, Diagnosestellung, Aufklärung und Beratung des Patienten, Entscheidungen über die Therapie und Durchführung invasiver Therapien und operative Eingriffe.

Die Regelungen der aktuellen Vereinbarung gelten als Bundesmantelvertrag unmittelbar für die ambulant vertragsärztlich tätigen Gefäßchirurgen und für die zur ambulanten vertragsärztlichen Leistung ermächtigten Krankenhausärzte.

Die Regelungen schließen nach meiner Auffassung nur die vollständige Übertragung der Anamnese und der übrigen in der Vereinbarung genannten komplexen ärztlichen Tätigkeiten auf nichtärztliche Mitarbeiter aus. Denn Anordnung der Leistung, Befundung und Befundbewertung gehören zu den ärztlichen Kernleistungen, die nur horizontal auf einen anderen Arzt übertragen werden können, für den auch der horizontale Vertrauensschutz gilt.

Die Gefäßassistentin ist nach dem Inhalt ihrer Weiterbildung befähigt, eine fachspezifische Anamnese zu erheben, eine einfache klinische Untersuchung (z.B. Tasten der Pulse) durchzuführen und die von ihr erhobenen Befunde „vorläufig“ einem Krankheitsbild zuzuordnen. Unverzichtbar ist anschließend die Überprüfung der getroffenen Feststellungen durch den Facharzt oder den Arzt mit Facharztkompetenz, der die „vorläufigen“ Feststellungen der Gefäßassistentin ver-

Abb. 1 ◀ Kategorien in Abhängigkeit von der Gefährdung des Patienten und der Qualifikation des Mitarbeiters. (Adaptiert nach [2])

vollständig und eine endgültige Zuordnung vornimmt. Auch nach der Vereinbarung ist die Delegation von Teilleistungen im Umfang der durch die Weiterbildung vermittelten Fähigkeiten zulässig.

Soweit Kontrastmittel bei der diagnostischen Funktionsuntersuchung eingesetzt werden, ist die Anwesenheit des Arztes zwingend geboten [2].

Stufenaufklärung

Mit dem Patientenrechtegesetz sind die Grundzüge der Patientenaufklärung nunmehr gesetzlich geregelt. Das Gesetz unterscheidet zwischen Informationspflichten und der Eingriffs- und Risikoaufklärung nach § 630 e BGB. Weder die früher als Sicherungsaufklärung bezeichnete, nunmehr in § 630 c BGB geregelte Informationspflicht des Behandelnden noch die Eingriffs- und Risikoaufklärung sind an Gefäßassistenten delegierbar. Die Eingriffs- und Risikoaufklärung kann nur der Behandelnde selbst oder ein Arzt vornehmen, der über die zur Durchführung der Maßnahme notwendige Befähigung verfügt.

Zu der Informationspflicht gehört es, dem Patienten in verständlicher Weise zu Beginn und soweit erforderlich im weiteren Verlauf sämtliche für die Behand-

lung wesentlichen Umstände zu erläutern. Verstöße gegen die Informationspflichten werden als Behandlungsfehler angesehen.

Da nach der Gesetzesbegründung die Diagnose, die voraussichtliche gesundheitliche Entwicklung, die Therapie und die zu und nach der Therapie zu ergreifenden Maßnahmen zu den mitteilungs-pflichtigen Informationen zählen, wird nur der behandelnde Arzt oder ein anderer Arzt mit Facharztstandard die Informationspflichten erfüllen können.

Die Auffassung, der Patient sei über die Delegation von Teilleistungen an einen nichtärztlichen Mitarbeiter aufzuklären, trifft nicht zu. Es handelt sich um eine organisatorische Maßnahme, die das Eingriffsrisiko für den Patienten nicht erhöht, denn dann wäre eine Delegation per se nicht gestattet.

Blutentnahme und Legen von Verweilkanülen

Bei der venösen Blutentnahme ist eine Einweisung erforderlich, die über einen Befähigungsnachweis zu dokumentieren ist.

Das Legen von Verweilkanülen wird bei entsprechender Qualifikation durch qualifizierende Ausbildung und Schulung für zulässig angesehen, soweit eine Dele-

gation im Einzelfall erfolgt, nachdem sich der Arzt von den Kenntnissen und Fähigkeiten des Mitarbeiters überzeugt hat [3].

Die Entscheidung, ob und an wen der Arzt eine Leistung delegiert, ob er den Mitarbeiter im Einzelfall anleitet und wie er die Ausführung der übertragenen Aufgabe überwacht, hängt von der Qualifikation des Mitarbeiters und von dem Risikopotenzial der übertragenen Aufgabe ab.

Den Zusammenhang zwischen dem Gefährdungspotenzial, das von der delegierten Aufgabe für den Patienten ausgeht und den Qualitätsanforderungen an den nichtärztlichen Mitarbeiter, der die übertragene Aufgabe ausführt, verdeutlicht die aus fünf Gefährdungs- und Qualifikationskategorien bestehende Übersicht (■ Abb. 1).

Krankenhausträger und Chefarzt haben gemeinsam dafür zu sorgen, dass das nachgeordnete Personal über die zur fehlerfreien Ausführung der übertragenen Aufgaben erforderliche Qualifikation verfügt.

In Verfahrensanweisungen, z.B. in Standard Operation Procedures (SOPs), sind die Grundzüge der Delegation festzulegen. Je größer das potenzielle Patientenrisiko ist, umso detaillierter sollten die Verfahrensanweisungen sein. So ist zu regeln, wer berechtigt ist, welche Aufgaben

an wen mit welcher Qualifikation zu delegieren, wie und durch wen die Überwachung der Ausführung erfolgt, insbesondere unter welchen Voraussetzungen der delegierende Arzt einzugreifen hat. Es ist anzustreben, dass die Verfahrensanweisungen von der Geschäftsführung genehmigt werden, damit im Haftungsfall die individuelle Haftung von der Haftung des Krankenhausträgers aus Organisationsverschulden überlagert wird.

Wundmanagement nach ärztlicher Anordnung

Die Versorgung unkomplizierter Wunden ist regelmäßig delegierbar. Die Versorgung komplizierter und sekundär heilender Wunden im Einzelfall ebenfalls, soweit sie initial und anschließend in regelmäßigen Intervallen ärztlich überwacht wird. Die Wundversorgung sollte in diesen Fällen erst delegiert werden, wenn vorher der patientenspezifische, in der Patientenakte dokumentierte Behandlungsplan durch den Arzt festgelegt worden ist.

Aktive Assistenz im OP-Saal

Nach der Erhebung über Tätigkeitsschwerpunkte sind 80% der ausgebildeten Gefäßassistenten als OP-Assistenz und 74% als erste Assistenz eingesetzt. Die Übertragung von Aufgaben der ersten und möglicherweise einzigen Assistenz auf Gefäßassistenten halte ich haftungsrechtlich für bedenklich, soweit die erste Assistenz nicht auf leichte Routineoperationen ohne Gefährdungspotenzial für den Patienten als Ausnahme beschränkt ist.

Die Assistenz im OP-Saal wird in der Übersicht der höchsten Qualifizierungs- und Gefahrenstufe zugeordnet. Danach muss die erforderliche Qualifikation des nichtärztlichen Mitarbeiters durch eine qualifizierende Ausbildung und eine strukturierte Weiterbildung nachgewiesen sein. Die Delegation darf nur im Einzelfall und unter ständiger Aufsicht eines Arztes erfolgen.

Die Durchführung invasiver Therapien einschließlich der Kernleistungen operativer Eingriffe zählt zu den nicht delegierbaren, dem Arzt vorbehaltenen, höchstpersönlich von ihm zu erbringen-

den Leistungen. Zum Kernbereich ärztlichen Handelns gehören diejenigen nicht delegierbaren medizinischen Tätigkeiten, die spezifisch ärztliches Fachwissen erfordern, über das nur der Arzt verfügt.

Der Operateur trägt die volle Verantwortung für jeden Operationsschritt, eine eigenverantwortliche Übernahme operativer Teilleistungen durch nichtärztliche Mitarbeiter scheidet aus. Nach Auffassung von BÄK und KBV kann gegebenenfalls die zweite oder dritte OP-Assistenz an speziell ausgebildete nichtärztliche Mitarbeiter delegiert werden. Die Tätigkeit der ersten OP-Assistenz ist ausschließlich ärztlichen Mitarbeitern vorbehalten.

Übernimmt die Gefäßassistentin während der Operation Aufgaben, für die ihr die Kenntnisse und/oder Erfahrungen fehlen, und verwirklicht sich dadurch ein Operationsrisiko, kommt eine Haftung des Arztes wegen Auswahlverschulden und eine Haftung der Gefäßassistentin wegen Übernahmeverschulden in Betracht. Des Weiteren wird vermutet, dass der Behandlungsfehler den operationstypischen Schaden verursacht hat (Umkehr der Beweislast).

Die Rechtsprechung erkennt Personalknappheit nicht als Begründung für die ausnahmsweise vorgenommene Übertragung der ersten Assistenz auf nichtärztliche Mitarbeiter an. Denn der Krankenhausträger hat durch ausreichende Personalausstattung sicher zu stellen, dass jederzeit der Facharztstandard gewährleistet ist [4].

Korrespondenzadresse

M. Werthern
Rechtsanwalt
Keplerstraße 1,
81679 München
info@rawerthern.com

Interessenkonflikt. Der korrespondierende Autor gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

1. Debus ES, Schweiger H (2013) Gefäßchirurgie 18:718-721
2. Stellungnahme Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung Persönliche Leistungserbringung Möglichkeiten und Grenzen der Delegation ärztlicher Leistungen 29.08.2008

3. Bericht des Deutschen Krankenhausinstituts Neuordnung von Aufgaben des Ärztlichen Dienstes April 2008
4. So ständige Rechtsprechung seit BGH Urteil vom 18.06.1985 VI ZR 234/83