

Chirurgisch-Technische Assistenz: Sichtweise der DGCH



Die Diskussion um die Delegation nicht-ärztlicher Leistungen stellt sicherlich kein Novum dar. Bereits im Jahre 2007 positionierte sich die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie wie auch der Berufsverband der Deutschen Chirurgen (BDC) zu diesem Thema und auch in den nachfolgenden Jahren sind immer wieder Fragen zu diesem Themenkomplex wie „Megatrend oder Megairrweg?“ bzw. „Problem oder Perspektive?“ gestellt worden. Gleichzeitig wurde aber auch ganz klar die Forderung ausgesprochen: Die Ärzteschaft selbst muss klar definieren, wer, wen, wie, wann und wo behandeln kann und darf. Basierend auf dem Gesetz zur berufsmäßigen Ausübung der Heilkunde ohne Bestallung aus dem Jahr 1939 muss dabei klar zwischen der Delegation und Substitution unterschieden werden. Bei der Delegation werden bestimmte Tätigkeitsbereiche oder Einzelaufgaben an ärztliche bzw. nicht-ärztliche Mitarbeiter zur selbständigen Erledigung übertragen, dieses abhängig vom beruflichen Bildungsstand, den jeweiligen Fähigkeiten und Erfahrungen. Besonders hervorzuheben ist dabei, dass der Arzt stets die ärztliche und juristische Verantwortung für die sach- und fachgerechte Durchführung der delegierten ärztlichen Leistung behält. Bei der Substitution, d. h. dem Ersetzen des Arztes durch nicht-ärztliche Mitarbeiter bei Durchführung von Leistungen, bei denen es sich um eine selbständige Ausübung von Heilkunde handelt, geht die ärztliche und juristische Verantwortung vom Arzt auf den nicht-ärztlichen Mitarbeiter über.

Zur Diskussion steht hier ausschließlich die Delegation von ärztlichen Leistungen. Die Ursachen für eine interdisziplinäre und -professionelle Aufgabenteilung sind zahlreich. So hat sich die ärztliche Profession durch vielfältige Fortschritte und Innovationen in der Medizin, speziell auch in der Chirurgie, in den letzten Jahren deutlich gewandelt. Dabei sind vor allem auch Strukturveränderungen bei der ärztlichen Versorgung zu beachten, z. B. sind bis zum Jahr 2020 32 bis 55 Prozent der jetzt klinisch aktiven Chirurgen in den Ruhestand getreten. Zudem besteht ein generell zu verzeichnender Mangel im Bereich des ärztlichen Nachwuchses sowie beim Pflegepersonal. In den letzten Jahren geben dabei auch der ökonomische Druck sowie arztfremde Tätigkeiten und die teilweise ausufernde Bürokratie verstärkt die chirurgischen Tätigkeiten vor. Bei Differenzierung und Spezialisierung in den verschiedenen Sektoren der Medizin und Pflege, gefördert auch durch gesundheitspolitische Tendenzen und unterschiedliche Interessengruppen, vor allem im Bereich der Pflege, resultieren in der Entwicklung immer neue ärztliche und nicht-ärztliche Berufsbilder.

Die Chancen der Delegation ärztlicher Aufgaben sind in einem ökonomischen Effekt zu sehen, resultierend in einer möglich höheren Arbeitszufriedenheit bei weiterer Professionalisierung des ärztlichen Berufes. Gleichzeitig resultiert die Delegation ärztlicher Aufgaben auch als Antwort auf den entsprechenden Nachwuchs- bzw. Ärztemangel. Die Nachteile bzw. Risiken ergeben sich in der Befürchtung um mangelnde Qualitätsgarantien, d. h. um einen resultierenden Qualitätsverlust. Ferner könnte sich auch eine Deprofessionalisierung des Arztberufes durch sogenannte „Halbärzte“ ergeben, diese bei zudem noch nicht klar definierten Berufsbildern. Zweifelsfrei ist auch eine Reihe rechtlicher Fragen nicht geklärt, so u. a. auch die immer wieder geforderte Gewährung des sogenannten Facharztstandards, die Verpflichtung zur persönlichen Leistungserbringung bzw. ausreichender Versicherungsschutz.

Auch wenn in den USA und in anderen westlichen Ländern positive Erfahrungen zum Einsatz eines „Physician Assistant“ vorliegen, so bzgl. der Reduktion der wöchentlichen Arbeitszeit oder einer Verbesserung der Arbeitsmoral, zeigte eine Umfrage des BDC unter Assistenzpersonal bei mehr als 1.200 Befragten aus dem Jahre 2010, dass die Kompensation des Ärztemangels nur in 29 Prozent durch die Ausführung ärztlicher Leistungen durch Assistenzpersonal zu realisieren sei. Sehr viel häufiger wurde von 92 bzw. 91 Prozent der Befragten angegeben, dass eine Entlastung von nicht ärztlichen Tätigkeiten bzw. Reduktion von bürokratischen und

Dokumentationszwängen sehr viel effektiver seien. Dieses drückt sich dann auch in der Beantwortung der Frage aus, in welchen Bereichen die Delegation an einen Chirurgisch-Technischen Assistenten erfolgen sollte: Von 60 Prozent der Befragten wurde die Meinung geäußert, dass dieses vor allem im Bereich der Dokumentation sinnvoll sei, nur von 18 Prozent bei Arbeiten am Patienten, wie Erheben der Anamnese, Grunduntersuchung, Blutentnahme oder Verbandswechsel. Lediglich in 12 Prozent der Befragten wurde eine Delegation bei Arbeiten im OP für sinnvoll erachtet.

Bei etwaigen Tätigkeiten des Chirurgisch-Technischen Assistenten im Operationssaal wurde am häufigsten mit 50 bis über 60 Prozent angegeben, dass durch den Assistenten das Lagern und Abdecken des Patienten erfolgen sollte, zudem die Operationskoordination und Betreuung der operativen Maßnahmen während der Operation. Eine Operationsassistenten wurde aber auch in 56 Prozent für realistisch gehalten, während die selbständige operative Tätigkeit klar abgelehnt wurde. Bzgl. der Tätigkeiten des chirurgisch-technischen Assistenzpersonals in anderen klinischen Bereichen wurden von 90 Prozent der Befragten Blutentnahmen und die Anlage von venösen Zugängen für realistisch gehalten. In 88 Prozent wurde die Dokumentation und Codierung im OP und auf den Stationen im perioperativen Verlauf für sinnvoll angesehen. In jeweils 65 Prozent sollten Verbandswechsel und Wundkontrollen bzw. Aufnahme- und Entlassungsmanagement durch das Assistenzpersonal vorgenommen werden. Das Erheben von Untersuchungsbefunden, auch der Einsatz von operativen Untersuchungen, wurde nur in 5 bzw. 11 Prozent der Fälle für adäquat angesehen.

Die postulierten Vorteile bei der Delegation ärztlicher Aufgaben in der Chirurgie für Ärzte in Weiterbildung werden vor allem in einer Vermeidung zeitraubender Bindung an den OP-Tisch ohne Bezug zur Weiterbildung gesehen. Somit könnte sich der angehende Facharzt gezielt auf die Operationen konzentrieren, die er für seine Weiterbildung noch benötigt. Zudem können Freiräume für ärztliche Tätigkeiten außerhalb der Operationsabteilung geschaffen werden, die sich aber sicherlich nicht in der Erledigung nicht-ärztlicher Tätigkeiten oder bürokratischer Aufgaben niederschlagen sollten. Damit wäre dann letztendlich auch eine Vermeidung von Überstunden in der regulären Arbeitszeit möglich, wobei auch eine Intensivierung der Arzt-Patienten-Beziehung durch längere Verfügbarkeit im nichtoperativen Bereich gegeben wäre.

Im klinischen Alltag, wiederum belegt durch die Umfrage des BDC, zeigt sich bzgl. der Frage einer möglicherweise negativen Beeinflussung der chirurgischen Weiterbildung, dass nur auf Chef- oder Oberarztebene ein negativer Einfluss mit 50 bzw. 35 Prozent verneint wird. Sehr viel skeptischer ist allerdings die Einstellung von Assistenten mit Facharztstatus bzw. Assistenten in Weiterbildung. Von diesen ärztlichen Mitarbeitern wird von knapp 50 bzw. 60 Prozent angegeben, dass durch den Einsatz der Chirurgisch-Technischen Assistenten im Operationsbetrieb die Weiterbildung eindeutig negativ beeinflusst wird. Diese Einschätzung wird auch indirekt durch eine Umfrage des Deutschen Krankenhausinstituts bei 160 Chirurgisch-Technischen Assistenten bestätigt. Bei Selbsteinschätzung zur Akzeptanz bei anderen Berufsgruppen wird diese bei Chef- und Oberärzten mit „gut“ bzw. „sehr gut“ angegeben. Schlechter ist allerdings die Akzeptanz bei Assistenzärzten in Weiterbildung sowie auch bei dem sonstigen OP-Personal eingestuft.

Nach den Ergebnissen dieser Umfrage wird deutlich, dass ein Plädoyer für die Delegation im positiven Sinne möglich ist, allerdings müssen Fehlentwicklungen vermieden werden, indem alle geforderten chirurgischen Fachgesellschaften ihre Kompetenz nutzen und eigene Konzepte entwickeln, so im Bereich der Herz- oder Gefäßchirurgie sowie auch der Unfallchirurgie und Orthopädie. Wir müssen uns aber darüber im klaren sein, dass wir als klinisch tätige Mediziner im Gesundheitssystem in der Minderheit sind. Uns stehen die Interessen von Berufsverbänden der medizinischen Fachberufe eindrucksvoll gegenüber. Erwähnenswert ist dabei auch, dass in den USA im Jahre 2011 die nicht-ärztlichen Gesundheitsfachberufe unter solchen mit den 50 besten Berufskarrieren eingestuft worden sind. Es ist allerdings festzuhalten, dass die Gesamtverantwortung für den Patienten stets beim Arzt bleiben muss, eine neue Ära von sogenannten „Wundärzten“ ist sicherlich nicht anzustreben.

Zusammenfassend kann also festgehalten werden, dies auch aus Sicht der DGCH, dass die teure ärztliche Arbeit und der sich abzeichnende Ärztemangel vermehrt zur Delegation ärztlicher Tätigkeiten an nicht-ärztliche Berufsgruppen, so dem Chirurgisch-Technischen Assistenten, führen wird. Die Risiken sind in einer Deprofessionalisierung des ärztlichen Berufes mit möglichen Qualitätsverlusten zu sehen, wobei auch viele Rechtsfragen zu klären sind. Auch bei teilweise positiven Erfahrungen in den verschiedenen Fachgebieten mit dem Einsatz eines Chirurgisch-Technischen Assistenten befürchten die Assistenzärzte, wie eine aktuelle Umfrage bestätigt, eine Konkurrenz in der operativen Tätigkeit. Zu berücksichtigen ist dabei zudem, dass die postulierten Vorteile für die Ärzte in Weiterbildung letztendlich dann auch in einem konsekutiven Abbau der ärztlichen Stellen enden können. Neben den Tätigkeiten im Operationssaal sollten von den Chirurgisch-Technischen Assistenten auch nichtoperative Aufgaben in anderen klinischen Bereichen wahrgenommen werden. Im Gegensatz zu der Meinung anderer Interessengruppen, vor allem bei den medizinischen Fachberufen, halte ich persönlich eine Akademisierung der Ausbildung für nicht angezeigt und sinnvoll.