

Univ.-Prof. Dr. Wolfgang Kröll

Medizinische Universität Graz, Univ.-Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin, Klinische Abteilung für allgemeine Anästhesiologie, Notfall- und Intensivmedizin

Univ.-Prof. Dr. Gerhard Wolf

Medizinische Universität Graz, Univ.-Klinik für Chirurgie, Klinische Abteilung für Allgemeinchirurgie

Die Delegation ärztlicher Leistungen an nichtärztliches Personal – ein Ausweg aus dem prognostizierten Ärztemangel der Zukunft?

1. Einleitung	71
2. Wo steht die Kompetenz der Pflege derzeit?	73
3. Kompetenzerweiterung der Pflege	77
4. Der Ärztevorbehalt	81
5. Kompetenzerweiterung und Patientensicherheit	93
6. Warum eine Kompetenzerweiterung nicht funktionieren kann	95
7. Der prognostizierte Ärztemangel und dessen mögliche Ursachen	97
8. Kann durch Delegation ärztlicher Tätigkeiten an das Pflegepersonal ein Ärztemangel verhindert werden?	101
9. Lösungsansätze	103
10. Zusammenfassung	104

Die Gesundheitspolitik verspricht sich von einer Delegation ärztlicher Tätigkeiten an nichtärztliches Personal eine Lösung der Problematik des Ärztemangels. In diesem Artikel wird anhand der Fachbereiche Anästhesiologie, Intensivmedizin und Chirurgie, in denen die Autoren über langjährige Erfahrung verfügen, die Delegation von ärztlichen Tätigkeiten an nichtärztliche Berufe ausgeführt und konkretisiert. Die Autoren kommen zu dem Schluss, dass eine Erweiterung der Kompetenzen des Pflegepersonals durchaus eine sinnvolle Bestrebung darstellt – sie weisen aber gleichzeitig darauf hin, dass diese Kompetenzerweiterung auch gewisse Grenzen haben sollte, insbesondere um die Patientensicherheit zu gewährleisten.

1. Einleitung

Das Damoklesschwert eines drohenden Ärztemangels schwebt über Österreich, aber auch über Deutschland. Aufgrund der zu erwartenden demografischen Veränderungen sowie der abnehmenden Zahl der Hochschulabsolventen an den medizinischen Universitäten – bedingt durch Zulassungsbeschränkungen und nicht aufgrund mangelnden Interesses am Beruf des Arztes – versucht nun die Gesundheitspolitik die Bevölkerung dahingehend zu verunsichern, dass z. Tl. schon derzeit, z. Tl. zumindest jedoch mittelfristig mit einem Ärztemangel zu rechnen ist. Noch bevor man sich jedoch Gedanken darüber macht, wie man diesem prognostizierten Ärztemangel begegnen könnte, bietet dieses Vorgehen der Politik nichtärztlichen Gesundheitsberufen aussichtsreiche Möglichkeiten dafür, Tätigkeiten, die bislang dem Arzt vorbehalten waren, schrittweise zu übernehmen.

Begründet wird diese beabsichtigte Delegation und Substitution ärztlicher Leistungen an nichtärztliche Gesundheitsberufe nicht nur mit der Überalterung der Gesellschaft und einem für das nächste Jahrzehnt prognostizierten Ärztemangel, sondern auch mit einer beabsichtigten Akademisierung der Pflege und der Adaptierung von deren Ausbildungsmodellen an internationale Gepflogenheiten. Den Ausführungen der Präsidentin des Österreichischen Gesundheits- und Krankenpflegeverbandes (ÖGKV) folgend gilt als wichtigster Schritt für die zukünftige Entwicklung des diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonals die dringliche Notwendigkeit, derzeit vorhandene Kompetenzen deutlicher abzubilden¹⁵¹, um mit den übrigen Gesundheitsberufen – gemeint sind im Wesentlichen die Ärzte – auf gleicher Augenhöhe tätig zu sein, wobei unter gleicher Augenhöhe nicht gleiche Tätigkeitsbereiche verstanden werden dürfen. Die geplante Novelle¹⁵² des GuKG Kompetenzerweiterungen hingegen sieht vor, wesentlich in unter Arztvorbehalt stehende Tätigkeiten einzugreifen. Hauptargument für dieses beabsichtigte Vorgehen ist u. a. die aus dem prognostizierten Ärztemangel resultierende, möglicherweise qualitative Schlechterstellung der Patienten, die wiederum durch die geplanten Kompetenzvertiefungen und -erweiterungen kompensiert werden könnte.

Es wird im Rahmen dieses Artikels versucht, vorerst die derzeitigen Kompetenzbereiche der diplomierten Gesundheits- und Krankheitsberufe, danach die geplan-

151 Die dringende Notwendigkeit, Kompetenz abzubilden. Eigenverantwortlichkeit, Berufsregister und Ausbildung als wichtigste nächste Schritte. Interview mit Ursula Frohner. ProCare 10: 2012: 6–7.

152 Gesundheit Österreich GmbH (2013) Gesundheits- und Krankenpflegeberufe: Konkretisierung der Reformansätze, Aufgaben- und Kompetenzprofile zu den Spezialisierungen.

ten Kompetenzerweiterungen im Bereich der Anästhesiologie und Intensivmedizin sowie der Chirurgie darzustellen, um dann aufzuzeigen, welche Tätigkeiten an das Pflegepersonal übertragen werden können, ohne dass eine Übertragung ärztlicher Tätigkeiten auf nichtärztliches Personal zu einer Qualitätseinbuße und damit zu einer Risikoerhöhung für den Patienten wird. Zudem werden die Gründe für den prognostizierten Ärztemangel beleuchtet und verschiedene Lösungssätze diskutiert.

In diese Erörterung fließen Beobachtungen ein, die von beiden Autoren im Laufe einer mehr als 30-jährigen Tätigkeit an einer Universitätsklinik erworben werden konnten. Es ist zwingend, dass in der Gesamtbeurteilung auch sog. „soft data“ oder „soft-skills“ besprochen werden, da sich in diesem Zeitraum erhebliche soziologische Veränderungen ergeben haben, die auch direkten Einfluss auf die hier zu besprechende Thematik ausüben. Diese Veränderungen scheinen auch eine deutliche Abwertung der Attraktivität des Medizinstudiums, aber vor allem auch des Arztberufes, zu bedingen. Und diese Attraktivitätsminderung kann dann schließlich zu einem absoluten, zumindest aber auch zu einem relativen Ärztemangel führen.

Abschließend gilt es nun die Frage zu beantworten, ob es einen tatsächlichen „Mangel“ in der Anzahl der Absolventen an den medizinischen Universitäten und daraus resultierend an der Zahl der Ärzte gibt, oder ob infolge der fehlenden Attraktivität des patientenbetreuenden Arztberufes häufig nach absolvierter Ausbildung diese ärztliche Tätigkeit überhaupt nicht aufgenommen wird bzw. es zu einer Abwanderung von Ärzten nicht nur ins Ausland, sondern auch in zumindest finanziell attraktivere Berufssparten kommt.

2. Wo steht die Kompetenz der Pflege derzeit?

Mit der Kundmachung des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes wurde bereits 1997 ein eigenständiges Gesetz für Gesundheits- und Krankenpflegeberufe¹⁵³ erlassen, welches nicht nur die Berufsrechte und Berufspflichten, sondern im Speziellen auch die Tätigkeitsbereiche des diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonals umschreibt und – trotz zahlreicher Berührungspunkte mit ärztlichen Vorbehaltstätigkeiten – zweckmäßig abgrenzt. So unterscheidet das Gesetz zwischen eigenverantwortlichen¹⁵⁴, mitverantwortlichen¹⁵⁵, interdisziplinären¹⁵⁶ und erweiterten¹⁵⁷ Tätigkeitsbereichen sowie den lebensrettenden Sofortmaßnahmen.

2.1. Der eigenverantwortliche Tätigkeitsbereich

Grundsätzlich sollte der eigenverantwortliche – d.h. ausschließlich der pflegerische – Tätigkeitsbereich¹⁵⁸ nicht Thema dieser Untersuchung sein, da in diesen Kompetenzfeldern nur jene Tätigkeiten, die sich ausschließlich auf die Pflege beziehen, abgebildet sind. Dabei handelt es sich insbesondere um die Erhebung der Pfleganamnese, der Pflegediagnose und der Pflegeplanung sowie die Durchführung der Pflegemaßnahmen und die Pflegeevaluation.

153 Bundesgesetz über Gesundheits- und Krankenpflegeberufe (Gesundheits- und Krankenpflegegesetz – GuKG) BGBl I 1997/108 idGF.

154 Vgl. dazu: GuKG § 14 BGBl I 108/1997 idGF.

155 Vgl. dazu: GuKG § 15 BGBl I 108/1997 idGF.

156 Vgl. dazu: GuKG § 16 BGBl I 108/1997 idGF.

157 Vgl. dazu: GuKG § 17 BGBl I 1997/108 idGF.

158 Vgl. dazu Stärker, Berufsrechte der Gesundheitsberufe, RdM 2014/4, 6ff. Stärker moniert insofern die Bezeichnung „eigenverantwortlich“, da sie eine Exklusivität für diesen Bereich suggerieren würde. Dies ist nicht zutreffend, da auch die vom Pflegepersonal durchgeführten Tätigkeiten im mitverantwortlichen und interdisziplinären Tätigkeitsbereich zwar nach ärztlicher Anordnung, aber in Eigenverantwortung des Pflegepersonals durchgeführt werden und dieses bei einer Fehlleistung dafür auch haftbar gemacht werden kann. Überdies wird auch übersehen, dass insbesondere dann, wenn die Tätigkeit der DGKA/P in einem Dienstverhältnis ausgeübt wird, eine Weisungsbindung gegenüber dem Vorgesetzten besteht.

Folgt man der Interpretation des Vorsitzenden der Vereinigung der österreichischen Pflegedirektoren¹⁵⁹, dann würde die Attraktivität der Pflegeberufe bereits dadurch erhöht werden können, wenn sie Tätigkeiten, wie die Verordnung der Inkontinenzversorgung oder die eines Rollators, übernehmen könnten. Würden derartige Kompetenzerweiterungen das Ziel der Novellierung des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes sein, dann wäre es unseres Erachtens müßig, darüber nachzudenken. Denn bereits in der RV¹⁶⁰ zu § 14 GuKG ist festgehalten, dass dieser Bereich Maßnahmen umfasst, die die Patienten bei der Ausübung ihrer Lebensaktivität unterstützen, wenn sie dazu nicht mehr in der Lage sind. Zur Durchführung der Pflegemaßnahmen sind aus unserer Sicht auch die Beschaffung und Anwendung von Hilfsmitteln zu zählen, die erforderlich sind, um dem Patienten eine gewisse Lebensqualität zu gewährleisten. In Analogie zu den Ausführungen von Andraeus¹⁶¹, der dies für die Betreuung des Wundmanagements interpretiert, könnte auch die Verschreibung von Hilfsmitteln für die Inkontinenzbehandlung und die Versorgung mit einem Rollator an das Gesundheits- und Krankenpflegepersonal delegiert werden. Dazu bedürfte es nicht einmal einer Kompetenzvertiefung, keinesfalls jedoch einer Kompetenzerweiterung.

2.2. Der mitverantwortliche Tätigkeitsbereich¹⁶²

Im mitverantwortlichen Tätigkeitsbereich¹⁶³ wird die Durchführung diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen unter Anordnung des Arztes subsummiert. Demonstrativ aufgelistete Tätigkeiten, wie die Verabreichung von Arzneimitteln, die Vorbereitung und Verabreichung von subkutanen, intramuskulären und intravenösen Injektionen, die Vorbereitung und der Anschluss von Infusionen bei liegendem Gefäßzugang, die Blutentnahme aus der Vene und der Kapillare, das Setzen von transurethralen Blasenkathetern, die Durchführung von Einläufen und das

159 Vgl. dazu: Verstärkter Wettbewerb um Pflegepersonal 2017. Die Presse vom 3. Mai 2014, 9; Kleine Zeitung vom 15. Juni 2014, Ausgabe Steiermark und Kärnten.

160 Regierungsvorlage GuKG und 709 der Beilagen stenographisches Protokoll des Nationalrates XX Regierungsperiode.

161 Andraeus, Wundmanagement im Pflegedienst, RdM 2012/89.

162 Vgl. dazu: GuKG § 15 BGG I 108/1997 idgF.

163 Auch in der Definition dieses Tätigkeitsbereiches schließen wir uns den Überlegungen von Stärker an, der § 15 GuKG als geteilt verantwortlichen Bereich bezeichnen möchte, da richtigerweise eine Mitverantwortung des Pflegepersonals, wie es der Terminus „Mitverantwortung“ suggerieren möchte, nicht vorliegt. Sobald das Pflegepersonal nach Anordnung des Arztes die einzelnen Tätigkeiten übernommen hat, ist es für dessen Durchführung eigenverantwortlich. Vgl. dazu: Stärker, Berufsrechte der Gesundheitsberufe, RdM 2014/4, 6ff.

Legen von Magensonden, kann dem Gesundheits- und Krankenpflegepersonal übertragen werden.

Voraussetzung dafür ist, dass diese Tätigkeiten auch vom entsprechenden Gesundheitsberuf umfasst sind. Obwohl delegiert, besteht jedoch seitens des diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonals keine Verpflichtung, die Behandlungsmaßnahmen auch zu übernehmen. Dazu bedarf es entsprechender dienstrechtlicher Genehmigungen bzw. einer konkreten Weisung durch die Pflegedirektion der einzelnen Rechtsträger. So sind den Autoren zahlreiche Krankenanstalten in Österreich bekannt, in denen es dem diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonal mittels Dienstanweisung nicht erlaubt ist, etwa Magensonden zu legen, Harnkatheter bei männlichen Patienten zu setzen oder Blut aus der Vene zu entnehmen.

Es steht den Autoren in diesem Zusammenhang nicht zu, diese dienstrechtlichen Verbote zu kritisieren; es muss aber dennoch darauf hingewiesen werden, wenn Kompetenzerweiterungen für das Pflegepersonal beabsichtigt werden, dann sollte man vorerst jene Kompetenzen ausreizen, die bereits durch das Berufsrecht des diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonals erlaubt sind.

2.3. Die Kompetenz des Pflegepersonals im Bereich der Anästhesiologie und Intensivmedizin¹⁶⁴

Haben Angehörige des diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonals Sonderausbildungen zur Anästhesie- und Intensivpflege absolviert, erweitert sich der Kompetenzbereich geteilter Verantwortung erheblich. In verpflichtenden zweisemestrigen universitären Lehrveranstaltungen werden die Voraussetzungen geschaffen, damit gewährleistet ist, dass diese medizinisch und technisch anspruchsvollen Tätigkeiten mit entsprechender Qualität ausgeführt werden können.

Von den ausgebildeten Experten in der Anästhesie- und Intensivpflege wird in diesem Tätigkeitsbereich erwartet, dass sie fähig sind, an der Beobachtung, der Betreuung, Überwachung und Pflege von Patienten vor, während und nach einer Narkose sowie an der Beobachtung, der Betreuung, Überwachung von Schwerstkranken im Rahmen der Intensivbehandlung mitzuwirken. Ergänzt wird dieses Tätigkeitsspektrum noch durch die Mitwirkung bei der Schmerztherapie.

¹⁶⁴ Schwamberger, GuKG – Gesundheits- und Krankenpflegegesetz⁷, § 20.

2.4. Die Kompetenz des Pflegepersonals im Bereich der Chirurgie

Ähnlich breit gefächert ist der Kompetenzbereich jener Experten aus dem diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonals, die eine universitäre Zusatzausbildung im operativen Bereich abgeschlossen haben. Erstreckt sich dieser Tätigkeitsbereich insbesondere auf das Instrumentieren in allen operativen Fachrichtungen, so umfasst dieser Bereich des Weiteren auch die Mitwirkung bei der Planung und Organisation des Operationsbetriebes, den Bereich der Sterilisation, Desinfektion und Wartung der bei der Operation benötigten Instrumente und die prä- und postoperative Betreuung der Patienten im Operationsbereich.

Nicht hingegen umfasst ist das Zunähen eines im Operationssaal verstorbenen Patienten; diese Tätigkeit ist Teil des operativen Eingriffs und fällt daher nicht in den erweiterten Tätigkeitsbereich der Mitglieder des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege; sondern ist eine dem Arzt vorbehaltene Tätigkeit und nicht delegierbar.¹⁶⁵

165 Vgl. dazu: BMG – 92251/0032-II/A/2/2011 vom 6. 5. 2011.

3. Kompetenzerweiterung der Pflege

Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit hat die Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) eine Untersuchung¹⁶⁶ mit dem Ziel durchgeführt, die derzeitige Ausbildungssituation der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe dahingehend zu evaluieren, inwieweit diese noch den Anforderungen unserer Zeit entsprechen bzw. welche Veränderungen vorgenommen werden müssten, um die Ausbildung und die Tätigkeit der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe zukunftsfähiger zu gestalten.

Wenn man, wie die Ergebnisse dieser Studie zeigen, zwar grundsätzlich von einer im Wesentlichen zufriedenstellenden Situation ausgehen kann, so zeigen sich dennoch bei spezifischen Zielgruppen Defizite, die, abgesehen von einer Aufwertung der Pflegehilfe zur Pflegeassistenz, was jedoch nicht Thema der vorliegenden Ausführungen ist, in einer generalistischen Ausbildung des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege im Hochschulbereich und bedarfsorientierter Spezialisierungen, unterschieden nach Kompetenzvertiefung und Kompetenzerweiterung, kumulieren.

Mittlerweile sind in einem ersten Entwurf die Aufgaben und Kompetenzprofile konkretisiert und die neuen Berufsbezeichnungen vorgelegt. Demnach könnten die zukünftigen Berufsbezeichnungen wie folgt lauten:

- perioperativer Pflegeexperte,
- Pflegeexperte im Bereich der Nephrologie,
- Pflegeexperte für Kinderintensivpflege,
- Pflegeexperte für Intensivpflege,
- Pflegeexperte für Anästhesiepflege,
- Pflegeexperte für Infektionsprävention und Hygiene.

Nach einer generalistisch ausgerichteten Grundausbildung erfolgt als erster Schritt einer fachlichen Spezialisierung eine Kompetenzvertiefung, in dem die bereits erworbenen Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten mit dem Ziel ausgebaut werden, die Handlungskompetenz zu festigen, zu erweitern und zu intensivieren (Advanced Nursing Practice). In einem zweiten Schritt erfolgt die Kompetenzerweiterung; nach deren Ausbildung können und sollen Tätigkeiten übernommen

¹⁶⁶ Gesundheit Österreich GmbH (2013) Gesundheits- und Krankenpflegeberufe: Konkretisierung der Reformansätze, Aufgaben- und Kompetenzprofile zu den Spezialisierungen.

werden, die nicht zu den ursprünglichen Kernaufgaben des Pflegebereichs gehören bzw. bei denen es sich um Kernaufgaben anderer Gesundheitsberufe handelt.

3.1. Kompetenzerweiterung im Bereich der Anästhesiologie, Intensivmedizin und Chirurgie

Ausgehend vom Kompetenzbereich des § 20 GuKG¹⁶⁷, wonach das derzeit universitär ausgebildete diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonal bei der Beobachtung, der Betreuung der Überwachung und der Pflege von narkotisierten Patienten und Schwerstkranken im Rahmen der Intensivbehandlung sowie der Schmerztherapie mitzuwirken hat, sind mit der Novelle zum Gesundheits- und Krankenpflegegesetz nachstehend aufgelistete Erweiterungen der Kompetenz angedacht.

3.1.1. Anästhesiepflege

Im Bereich der Anästhesiepflege sollen folgende Tätigkeiten an das akademisch ausgebildete Gesundheits- und Krankenpflegepersonal delegiert bzw. substituiert werden:¹⁶⁸

- **standardisierte Befunde**, wie Blutgasanalyse, EKG, Thoraxröntgen, hinsichtlich eines Handlungsbedarfs beurteilen,
- **diagnostische und therapeutische Interventionen** (z.B. invasive Zugänge [arterielle Leitung, zentraler Venenkatheter]) planen, **durchführen** und evaluieren,
- **Narkoseverfahren** bei Patienten der Risikoklassifizierung ASA I und II aller Altersklassen **selbständig durchführen**,
- bei der selbständigen Durchführung von Anästhesieverfahren (ASA I und II) **Medikamente**, Infusionslösungen und Volumenersatzmittel **anordnen** und verabreichen,
- die Patientensituation beurteilen und selbständig über die **Verlegung** aus der postoperativen Betreuung **entscheiden**,

167 Vgl. dazu: GuKG § 20 BGBl I 108/1997 idgF.

168 Gesundheit Österreich GmbH (2013) Gesundheits- und Krankenpflegeberufe: Konkretisierung der Reformansätze, Aufgaben- und Kompetenzprofile zu den Spezialisierungen.

- über das selbständig durchgeführte Anästhesieverfahren **Auskunft geben**,
- das Delegationsverhalten und die **Auswirkungen der Delegation** auf den Patienten und den Schulungsbedarf **evaluieren**,
- die Dokumentation bei selbständig durchgeführten Anästhesieverfahren ASA I und II durchführen,
- Leitlinien, Instrumente und Konzepte für den jeweiligen Spezialbereich auswählen, entwickeln, implementieren und evaluieren.

3.1.2. Kompetenzerweiterung in der Intensivpflege¹⁶⁹

Im Bereich der Intensivpflege sollen u.a. folgende Tätigkeiten an das akademisch ausgebildete Gesundheits- und Krankenpflegepersonal delegiert bzw. substituiert werden:

- im Wesentlichen betrifft es die gleiche Tätigkeitsbereiche wie im Bereich der Anästhesiepflege, erweitert um nachfolgende Kompetenzen,
- in Aufnahmesituationen die **Ressourcenverteilung** den Erfordernissen der Patientensituation – im Sinne der Triage – in Teamkooperation **anpassen**,
- die Entwöhnung vom Beatmungsgerät **selbständig** planen, **durchführen** und evaluieren,
- **Eliminationsverfahren** (Dialyse, MARS etc.) **verordnen, durchführen** und evaluieren,
- innerklinische, außerklinische und **Notfalltransporte** zu diagnostischen und therapeutischen Zwecken **ohne ärztliche Begleitung durchführen** und evaluieren.

169 Gesundheit Österreich GmbH (2013) Gesundheits- und Krankenpflegeberufe: Konkretisierung der Reformansätze, Aufgaben- und Kompetenzprofile zu den Spezialisierungen.

3.1.3. Kompetenzerweiterung im Bereich der Chirurgiepflege¹⁷⁰

Im Bereich der Chirurgiepflege sollen u.a. folgende Tätigkeiten an das akademisch ausgebildete Gesundheits- und Krankenpflegepersonal delegiert bzw. substituiert werden:

- definierte **diagnostische und therapeutische Maßnahmen** im medizinischen Bereich setzen,
- **Venen entnehmen** im Rahmen der Viszeralchirurgie (z.B. Varizenchirurgie),
- **Drainagen**, Schienen, Sonden, Katheter und Tamponaden **einlegen** und sichern,
- das **Operationsgebiet öffnen**,
- das **Operationsgebiet** situationsgerecht durch das Einsetzen von Retraktoren **darstellen**,
- den **schichtweisen Wundverschluss durchführen** (Klammern setzen, nähen, kleben),
- verschiedene **Nahttechniken anwenden**,
- spezielle Verbände anlegen (VAC),
- Blutstillung mittels unterschiedlicher Techniken unterstützen,
- definierte **operative Eingriffe durchführen** (z.B. Exstirpation von Lipomen, Atheromen, Inzision von Abszessen),
- **spezielle** intraoperativ zum Einsatz kommende medizinisch-technische **Geräte bedienen** (z.B. gastro-intestinale Anastomosengeräte),
- bei definierten Operationen die Lokalanästhesie setzen und verabreichen,
- Handlungsprotokolle (CIRS) für den Bereich entwickeln, implementieren und evaluieren.

170 Gesundheit Österreich GmbH (2013) Gesundheits- und Krankenpflegeberufe: Konkretisierung der Reformansätze, Aufgaben- und Kompetenzprofile zu den Spezialisierungen.

4. Der Ärztevorbekalt¹⁷¹

Grundsätzlich ist die Ausübung der ärztlichen Tätigkeit ausschließlich Ärzten vorbehalten (§ 3 Abs. 4 ÄrzteG). Inhalt der ärztlichen Tätigkeit ist jede unmittelbar oder mittelbar am Menschen ausgeübte Tätigkeit, die sich auf medizinisch-wissenschaftliche Erkenntnisse stützt. Dieser Tätigkeitskatalog umfasst insbesondere:¹⁷²

- die Untersuchung auf das Vorliegen von krankhaften Veränderungen,
- die Erstellung von Diagnosen,
- die Behandlung von Erkrankungen,
- die Vornahme operativer Eingriffe,
- geburtshilfliche Tätigkeiten,
- die Verordnung von Heilmitteln und Heilbehelfen und medizinisch-diagnostischen Hilfsmitteln,
- die Vornahme von Obduktionen und
- die Ausstellung von ärztlichen Zeugnissen und Gutachten.

Die dem Arzt vorbehaltenen Tätigkeiten sind höchstpersönlich durch einen Arzt der jeweiligen Fachrichtung zu erbringen. Das bedeutet aber nicht, dass es nicht auch im begrenzten Umfang möglich ist, Tätigkeiten des ärztlichen Aufgabenbereichs an Mitglieder der nichtärztlichen Gesundheitsberufe zu delegieren¹⁷³, sofern sich der Arzt davon überzeugt hat, dass diese Tätigkeiten von den nichtärztlichen Gesundheitsberufen berufsrechtlich übernommen werden dürfen. Diese Tätigkeiten dürfen jedoch nur nach ärztlicher Anordnung durchgeführt werden. Bestimmte ärztliche Tätigkeiten dürfen auch Laien übertragen werden; der anordnende Arzt hat sich aber vorher auch davon zu überzeugen, dass die Laien, an welche die Tätigkeiten delegiert werden, vor Durchführung dieser Behandlungsmaßnahmen entsprechend unterwiesen worden sind.¹⁷⁴

171 Stärker in Emberger H, Wallner F 2008) Ärztegesetz § 3, Verlagshaus der Ärzte, Wien.

172 Stärker in Emberger H, Wallner F 2008) Ärztegesetz § 2, Verlagshaus der Ärzte, Wien.

173 Emberger in Emberger H, Wallner F 2008) Ärztegesetz § 49 (3), Verlagshaus der Ärzte, Wien.

174 Deutsch E, Spickhoff A (2014) Medizinrecht 7, Rz 623 ff.

4.1. Delegation und Substitution¹⁷⁵

Wie unterscheiden sich Delegation und Substitution?¹⁷⁶ Unter Delegation versteht man eine vorübergehende Übertragung ärztlicher Tätigkeiten an nichtärztliche Gesundheitsberufe. Substitution hingegen meint die dauerhafte Übertragung von ärztlichen Leistungen an Nicht-Ärzte. Im Rahmen der Delegation verbleibt die rechtliche Verantwortung für die Anordnung beim Arzt, die rechtliche Verantwortung für die Durchführung der delegierten Leistung übernimmt hingegen jene Person, an die diese Leistungen delegiert worden sind. Im Rahmen der Substitution einer medizinischen Leistung geht die rechtliche Verantwortung auf jene Person über, an die die jeweilige Tätigkeit substituiert worden ist.¹⁷⁷ Ob diese rechtlichen Konsequenzen bei der Ausarbeitung der beabsichtigten Kompetenzerweiterungen auch bedacht worden und bejahendenfalls auch im Sinne der Delegationsempfänger sind, entzieht sich der Kenntnis der Autoren.

Im Hinblick auf die Delegierbarkeit ärztlicher Leistungen lassen sich drei Fallgruppen unterscheiden: nicht delegationsfähige, generell delegationsfähige und im Einzelfall delegationsfähige Leistungen.¹⁷⁸

Nicht delegationsfähig¹⁷⁹ sind Tätigkeiten, die wegen ihrer Schwierigkeiten, ihrer Gefährlichkeit oder wegen der Unvorhersehbarkeit etwaiger Reaktionen ärztliches Fachwissen voraussetzen und daher vom Arzt persönlich zu erbringen sind. Dazu zählen insbesondere chirurgische Interventionen, Durchführung von Narkosen, das Legen zentralvenöser Katheter, ärztliche Untersuchungen, Diagnosestellung und Beratung sowie die Erarbeitung von Therapie- und Operationsoptionen für den jeweiligen Patienten.

Generell delegationsfähig¹⁸⁰ sind hingegen die Vornahme von Blutabnahmen, die Durchführung von Laborleistungen, der Wechsel von Harnkathetern, der Wechsel von Verbänden sowie ggf. radiologische Leistungen.

175 Kern BR (2013) Arztvorbehalt, persönliche Leistungserbringung, Delegation § 3, Rn 87. In: Ratzel R, Lissel P (Hrsg.) Handbuch des medizinstrafrechts. Beck Verlag, München.

176 Schabran P (2010) Delegation und Substitution: vertragsärztliche Sicht. In: Jorzig A, Uphoff R (Hrsg.) Delegation und Substitution – wenn der Pfleger den Doktor ersetzt. Springer Verlag Heidelberg-New York, 1–16.

177 Bonvie H (2010) Delegation und Substitution: berufsrechtliche Sicht. In: Jorzig A, Uphoff R (Hrsg.) Delegation und Substitution – wenn der Pfleger den Doktor ersetzt. Springer Verlag Heidelberg-New York, 17–24.

178 Vgl. dazu: Kern/Lissel/Lippert (2013) § 3 Rz 88 ff. in: Ratzel/Lissel (Hrsg.) Handbuch des Medizinschadensrecht, Beck München.

179 Vgl. dazu: Kern/Lissel/Lippert (2013) § 3 Rz 90 in: Ratzel/Lissel (Hrsg.) Handbuch des Medizinschadensrecht, Beck München.

180 Vgl. dazu: Kern/Lissel/Lippert (2013) § 3 Rz 91 in: Ratzel/Lissel (Hrsg.) Handbuch des Medizinschadensrecht, Beck München.

Im **Einzelfall delegationsfähig**¹⁸¹ sind die Durchführung von Injektionen und Infusionen sowie ggf. die Entnahme von Geweben nach dem Transplantationsgesetz.

4.2. Was kann im Bereich der Anästhesiepflege delegiert werden?^{182,183}

4.2.1. Was bedeutet eigentlich „Anästhesie“?¹⁸⁴

Anästhesie stellt eine hochrisikobehaftete Tätigkeit im Rahmen der medizinischen und operativen Versorgung eines kranken Menschen dar. Anästhesie kann einerseits als Allgemeinanästhesie in unterschiedlichen Formen (auf die im folgenden Kontext nicht näher eingegangen wird), andererseits als Regionalanästhesie, d.h. Schmerzausschaltung, nur in definierten Körperregionen durchgeführt werden.

Allgemeinanästhesie, umgangssprachlich eher als „Vollnarkose“ bezeichnet, ist eine Kombination aus Bewusstseinsverlust, Schmerzausschaltung und Muskeler-schlaffung mit dem Ziel, einerseits optimale Arbeitsbedingungen für den chirurgischen Eingriff zu schaffen und andererseits trotz des Einsatzes hochwirksamer Medikamente und unter Beachtung von deren Nebenwirkungen und Interaktionen die Gesamtsituation für den Patienten so sicher und so risikoarm wie möglich zu gestalten. Im Rahmen der Narkoseführung legt der Patient vertrauensvoll sein Leben in die Hände eines erfahrenen Anästhesisten, und sehr überspitzt formuliert könnte man definieren, dass das Leben des Patienten zumindest während dieses Zeitraumes „an einem seidenen Faden“ hängt.

Vielfach missverstanden und daher auch falsch dargestellt wird behauptet, dass ein regionalanästhesiologisches Verfahren den Gesamtorganismus eines Patienten geringer beeinflussen würde und daher einer Allgemeinanästhesie vorzuziehen sei. Diese Behauptung ist grundsätzlich nicht richtig, da ausgedehnte rücken-

181 Vgl. dazu: Kern/Lissel/Lippert (2013) § 3 Rz 92. in: Ratzel/Lissel (Hrsg.)Handbuch des Medizinschadensrecht, Beck München.

182 Van Aken H (2010) Ärztliche Kernkompetenz und Delegation in der Anästhesie. In: Jorzig A, Uphoff R (Hrsg.) Delegation und Substitution – wenn der Pfleger den Doktor ersetzt. Springer Verlag Heidelberg-New York, 81–86.

183 Van Aken H (2007) Ärztliche Kernkompetenz und Delegation in der Anästhesie. Anästh Intensivmed 48: 712–714.

184 Roissant R, Werner C, Zwissler B (Hrsg). Die Anästhesiologie. Allgemeine und spezielle Anästhesiologie, Schmerztherapie und Intensivmedizin³, Springer Verlag Berlin-Heidelberg.

marksnahe Regionalanästhesien (Spinal-, Periduralanästhesie) ebenfalls Gefahren für den Patienten in sich bergen, und der Erfolg, wie bei der Allgemeinanästhesie, von den Fähigkeiten und der Kompetenz eines erfahrenen Facharztes für Anästhesiologie und Intensivmedizin abhängt.

Die Komplikationsdichte eines anästhesiologischen Verfahrens ist aber nicht nur von der Kompetenz und der Erfahrung des durchführenden Arztes abhängig, sondern sie ist das Ergebnis zahlreicher Faktoren. In erster Linie ist es der Gesundheitszustand des betroffenen Patienten, der den Erfolg einer Behandlungsmaßnahme bestimmt; aber auch die Vor- und Begleiterkrankungen des Patienten haben wesentlichen Einfluss auf das Ergebnis der anästhesiologischen und chirurgischen Methoden. Insbesondere Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems können intraoperativ, aber auch in der unmittelbaren postoperativen Phase zu gravierenden Komplikationen führen, die nicht nur eine intensivmedizinische Nachbehandlung erforderlich machen, sondern die auch das Gesamtergebnis negativ beeinflussen können. Zu diesen patientenbezogenen Faktoren gesellen sich nun das Ausmaß des operativen Eingriffs und, mit diesem verbunden, die Auswirkungen des Eingriffs auf das Stoffwechselgleichgewicht des Gesamtorganismus. Und auf diese beiden Problemkreise schließlich addiert sich der Einfluss der verwendeten Anästhetika. Insgesamt betrachtet eine Konstellation, zu deren Bewältigung es nicht nur der manuellen Geschicklichkeit des Anästhesisten bedarf – diese ist beinahe für jedermann erlernbar¹⁸⁵ –, sondern es bedarf der Kenntnis der pathophysiologischen Zusammenhänge und Auswirkungen zwischen den patienten- und eingriffsbezogenen Faktoren und deren Interaktion mit den eingesetzten Medikamenten.

Grundsätzlich falsch ist auch die Annahme, man könnte zwischen „kleinen“ und „großen“ Narkosen bzw. zwischen „leichten“ und „schweren“ Anästhesien unterscheiden. Diese Nicht-Berücksichtigung der oben genannten Einflussfaktoren auf das Ergebnis führt in vielen Kreisen dazu, dass Anästhesien, die bei Patienten der Risikoevaluation ASA I und II durchgeführt werden, als einfache und weitgehend komplikationsfreie Narkosen definiert werden. Eine derartige Behauptung zeigt von der Unkenntnis derer, die sie ausgestellt haben. Immer dann, wenn die Schutzreflexe des Patienten beeinträchtigt werden, und dies geschieht – wie bereits ausgeführt – bei jeder Allgemeinanästhesie, bei der die o.g. Medikamentengruppen verabreicht werden, steht eine Bedrohung des Patienten im Raum. Und spätestens ab diesem Zeitpunkt bedarf es der Expertise eines Anästhesisten; das gilt auch für Patienten, die der ASA-Risikoevaluierung I und II angehören. Auch wenn bei diesen Patienten zumindest auf erstem Blick keine erkennbaren

185 Vgl. dazu Besondere Notfallkompetenzen § 12, Bundesgesetz über Ausbildung, Tätigkeiten und Beruf der Sanitäter (Sanitätergesetz - SanG) BGBl. I Nr. 30/2002 idgF.

Beeinträchtigungen irgendwelcher Organfunktionen vorliegen, so wird dennoch auch bei dieser Patientengruppe das Stoffwechselgleichgewicht durch den chirurgischen Eingriff in gleicher Weise beeinflusst und beeinträchtigt und erfordert dieser gravierende Eingriff in die Homöostase eines Menschen grundlegende pathophysiologische Kenntnisse, um die daraus sich möglicherweise ergebenden Komplikationen rechtzeitig zu erkennen und zu behandeln.

4.2.2. Wann ist grundsätzlich die Expertise eines Anästhesisten unabdingbar erforderlich?¹⁸⁶

Ein Anästhesist ist grundsätzlich erforderlich bei allen Formen einer Allgemeinanästhesie, bei der der Patient das Bewusstsein verliert und die Schutzreflexe¹⁸⁷ beeinträchtigt werden. Zudem bedarf es auch der Leitung aller regionalanästhesiologischen Verfahren durch einen Anästhesisten (Spinalanästhesie, Periduralanästhesie).

Die Vornahme eines Anästhesieverfahrens erfordert einerseits eine umfangreiche theoretische Ausbildung, die auf wissenschaftlichen Erkenntnissen basiert sowie entsprechende fachspezifische Fort- und Weiterbildungen und ausreichend klinisch-praktische Erfahrung, um zu jedem Zeitpunkt der Anästhesieführung und auch in der unmittelbaren postoperativen Phase komplikations- und risikomindernd eingreifen zu können, um den vom Patienten geforderten und medizinisch und rechtlich geschuldeten Facharztstandard bieten zu können.

Ein Anästhesist hingegen ist nicht erforderlich, wenn Eingriffe in Lokalanästhesie vorgenommen werden und keine Beeinträchtigung der lebenswichtigen¹⁸⁸ (vitalen) Funktionen zu erwarten ist. Auch für die Verabreichung von sedierenden und schmerzstillenden Medikamenten in einer Dosierung, die zu keiner Beeinträchtigung der Vitalfunktionen und der Schutzreflexe führt, bedarf es nicht unbedingt der Expertise eines Facharztes für Anästhesiologie und Intensivmedizin.

186 Van Aken H (2010) Ärztliche Kernkompetenz und Delegation in der Anästhesie. In: Jorzig A, Uphoff R (Hrsg.) Delegation und Substitution – wenn der Pfleger den Doktor ersetzt. Springer Verlag Heidelberg-New York, 81–86.

187 Zu den Schutzreflexen zählen insbesondere der Husten- und Schluckreflex, der vor einer Aspiration (Überlaufen des Mageninhaltes in die Lunge) schützt, sowie der Schmerzreflex, der u.a. vor Lagerungsschäden schützen kann.

188 Zu den lebenswichtigen Funktionen zählen das Bewusstsein, die Herz- und Kreislauffunktion und die Atmung. Des Weiteren fallen unter diesen Begriff auch der Wasser- und Elektrolythaushalt, die Temperaturregulation, der Stoffwechsel usw.

4.2.3. Welche Tätigkeiten sind im Rahmen einer Anästhesieführung an das Pflegepersonal delegierbar?¹⁸⁹

a) Anästhesievorbereitung: Die Anästhesievorbereitung¹⁹⁰ umfasst die Erhebung der Anamnese, die körperliche Untersuchung, die Indikationsstellung für bestimmte Zusatzuntersuchungen, die Indikationsstellung für weitere, vor Durchführung der Narkose vorzunehmende Verbesserungen des Gesundheitszustandes des Patienten, die Planung des Anästhesieverfahrens, die Aufklärung des Patienten über das geplante Narkoseverfahren und weitere erforderliche medizinische Behandlungsmaßnahmen. All diese Tätigkeiten sind dem Arzt vorbehalten und erfordern auch spezifische Kenntnisse und Fertigkeiten.

Delegierbar hingegen sind die Unterstützung des Arztes bei administrativen Tätigkeiten, die Abnahme von Blut aus der Vene für Laboruntersuchungen sowie die Vornahme von Untersuchungen, wie EKG, Lungenfunktion etc.

b) Anästhesieeinleitung: Die Einleitung einer Anästhesie, d.h. die Vornahme der Intubation sowie die Berechnung der Dosis der zu verabreichenden Medikamente, erfordert die Anwesenheit eines Anästhesisten.

Delegierbar hingegen sind in diesem Zusammenhang die Vorbereitung und die Verabreichung der erforderlichen Medikamente und Infusionen, die Überprüfung der Narkosemaschine und weiterer notwendiger Geräte sowie das Legen eines venösen Zuganges.

c) Anästhesieführung: Die Anästhesieführung erfordert die fachspezifische Kompetenz und die Fertigkeiten eines Anästhesisten, da, wie bereits oben ausgeführt, während dieses Zeitraumes die Interaktionen zwischen den patienten- und eingriffsbezogenen Faktoren sowie die Auswirkung der verwendeten Anästhetika auf diese Faktoren stattfinden. Die Führung einer Narkose erfordert ständig diagnostische und therapeutische Entscheidungen, deren Voraussetzungen einerseits die fachspezifisch-anästhesiologische Kenntnisse, andererseits die entsprechenden Fertigkeiten und Fähigkeiten sind. Zudem bedarf es der laufenden interdisziplinären Kommunikation mit dem durchführenden chirurgischen Fachkollegen.

Delegierbar ist während der Narkoseführung die Überwachung des Patienten unter Beachtung der Zulässigkeit und der Grenzen paralleler Anästhesieführung.

189 Van Aken H (2010) Ärztliche Kernkompetenz und Delegation in der Anästhesie. In: Jorzig A, Uphoff R (Hrsg.) Delegation und Substitution – wenn der Pfleger den Doktor ersetzt. Springer Verlag Heidelberg-New York, 81–86.

190 Roissant R, Werner C, Zwissler B (Hrsg.) Die Anästhesiologie. Allgemeine und spezielle Anästhesiologie, Schmerztherapie und Intensivmedizin³, Springer Verlag Berlin-Heidelberg.

d) Anästhesieausleitung: Die Ausleitung einer Narkose und die Wiederherstellung der lebenswichtigen Funktionen stellt eine kritische und risikobehaftete Tätigkeit dar, da es auch in dieser Phase einer Anästhesie zu Komplikationen der Atmung und des Kreislauf kommen kann. Die Expertise eines Anästhesisten während dieser Phase ist unabdingbare Voraussetzung.

Während dieses Zeitraumes können Maßnahmen, wie die Verabreichung von Medikamenten, unter ärztlicher Anordnung delegiert werden.

e) Unmittelbare postoperative Phase: Während dieser Phase wird das Abklingen der Anästhesie beim Patienten sorgfältig überwacht, um auch dadurch und durch den chirurgischen Eingriff bedingte Komplikationen rechtzeitig zu erkennen und um danach auch adäquat handeln zu können. Die sich aus der Überwachung ergebenden und erforderlichen diagnostischen und therapeutischen Behandlungsmaßnahmen sowie die Entscheidung über die Verlegung des Patienten aus dem Aufwachraum sind ausschließlich ärztliche Aufgaben.

Delegierbar hingegen ist die Überwachung des Patienten im Aufwachraum unter Einhaltung der entsprechenden Vorgaben und Standards.

4.3. Was ist eigentlich Intensivmedizin?^{191,192}

Intensivmedizin beschäftigt sich mit kritisch-kranken Patienten, deren lebenswichtige Organfunktionen zumindest bedroht, vielfach aber derart gestört sind, dass es einer speziellen intensiven Überwachung bzw. des Einsatzes medikamentöser und technischer Unterstützung bedarf, um die gestörten Organfunktionen vorübergehend künstlich aufrechtzuerhalten bzw. wiederherzustellen.

Intensivmedizin ist dadurch charakterisiert, dass es gerade in diesem Bereich eine sehr enge Kooperation innerhalb des Behandlungsteams gibt und geben muss. Nur durch eine interdisziplinäre Kooperation unterschiedlicher ärztlicher Fachrichtungen sowie der Einbindung der Pflege gelingt es, dem hohen Anspruch der Intensivmedizin gerecht zu werden.

Die intensivmedizinische Versorgung kritisch kranker Patienten erfordert die Expertise speziell ausgebildeter Ärzte und Pflegepersonen. Die multifaktorielle Ur-

191 Van Aken H (2010) Ärztliche Kernkompetenz und Delegation in der Intensivmedizin. In: Jorzig A, Uphoff R (Hrsg.) Delegation und Substitution – wenn der Pfleger den Doktor ersetzt. Springer Verlag Heidelberg-New York, 75–70.

192 Van Aken, Landauer B (2008) Ärztliche Kernkompetenz und Delegation in der Intensivmedizin. Anästhesist 57: 83–84.

sache der zu behandelnden Krankheitsbilder verlangt ständig ein Überdenken der getroffenen Entscheidungen sowie die Erstellung neuer diagnostischer und therapeutischer Entscheidungen. Zudem bedarf es spezieller intensivmedizinischer Kenntnisse, die auf der Pathophysiologie der zu behandelnden Krankheitsbilder beruhen, sowie spezieller Fertigkeiten und Erfahrungen.

Intensivmedizin¹⁹³ beschäftigt sich mit Patienten, deren lebenswichtige Funktionen durch Verletzungen, Erkrankungen oder Vergiftungen zumindest bedroht, in den meisten Fällen jedoch gestört sind. Dabei handelt es sich im Wesentlichen um kritisch kranke Menschen nach schweren Mehrfachverletzungen (Polytrauma), nach Sepsis, Schädel-Hirn-Trauma, schweren Verbrennungen, Multiorganfunktionsstörungen, mit Erkrankungen, welche die Atemfunktion beeinträchtigen, nach akutem Herzinfarkt, nach Schockzuständen unterschiedlicher Ätiologie sowie schweren und akuten Blutungssituationen.

Grundsätzlich unterteilt man intensivmedizinische Maßnahmen in die eigentliche **Intensivtherapie** (deren Aufgabe die Aufrechterhaltung bzw. Wiederherstellung lebenswichtiger Organfunktionen ist), in die **Intensivüberwachung** (deren Aufgabe eine engmaschige Überwachung der schwerkranken Patienten ist) sowie in die **Intensivpflege** (bei der ein über das normale Maß hinausgehender Pflegeaufwand erforderlich ist).¹⁹⁴

Da sich in der Intensivmedizin der Tätigkeits- und Verantwortungsbereich des Arztes und des Pflegepersonals deutlich überschneiden, erfordert diese Situation auch eine enge Kooperation dieser beiden Berufsgruppen. Sowohl vom Arzt als auch vom Pflegepersonal werden eine hohe Fach- und Sachkompetenz, eine hohe physische und psychische Belastbarkeit, ein herausragendes Verständnis für den medizinisch-technischen Bereich, die Auseinandersetzung mit ethischen Fragen und mit Sterben und Tod der anvertrauten Patienten sowie ein Organisations-talent und eine ausgeprägtes Kostenbewusstsein erwartet.

193 Striebel HW (2008) Operative Intensivmedizin. Sicherheit in der klinischen Praxis. Schattauer Verlag Stuttgart – New York.

194 Scherer R, Prien T, van Aken H (2001) Entwicklung, Standortbestimmung und Ausblick der Intensivmedizin. In: van Aken H, Reinhart K, Zimpfer M (Hrsg.) Intensivmedizin. AINS Band 2, Thieme Verlag Stuttgart – New York, 3–11.

4.3.1. Welche Tätigkeiten in der Intensivmedizin können grundsätzlich nur vom Arzt durchgeführt werden?¹⁹⁵

Grundsätzlich nicht delegierbar sind auch in der Intensivmedizin jene Tätigkeiten, die unter ärztlichem Vorbehalt stehen. Ähnlich der Anästhesie vertrauen in der Intensivmedizin die Angehörigen der kritisch Kranken darauf, dass diese Patienten nach dem Stand der medizinischen Wissenschaften behandelt und betreut werden. Daraus folgt zwangsläufig, dass die körperliche Untersuchung eines Patienten, die Diagnose und Indikationsstellung zur Durchführung entsprechender intensivmedizinischer Behandlungsschritte, die Therapieplanung sowie die Indikation die Auswahl und die Dosierung der erforderlichen Medikamente von einem Facharzt für Intensivmedizin vorgenommen werden. Ebenso gehören Tätigkeiten, wie das Legen eines zentralvenösen Katheters, die Durchführung von Thoraxdrainagen in die Hand eines erfahrenen Arztes. Das Management medizinischer Komplikationen und die Dokumentation medizinischer Sachverhalte muss ausnahmslos von entsprechend ausgebildeten Ärzten vorgenommen werden. Dies gilt auch für die notärztliche Tätigkeit einschließlich des inner- und außerklinischen Transports kritisch kranker Patienten.¹⁹⁶

4.3.2. Welche Tätigkeiten in der Intensivmedizin können an das Pflegepersonal delegiert werden?¹⁹⁷

Unter der Voraussetzung, dass das Pflegepersonal entsprechende Aus-, Weiter- und Fortbildungen erworben hat, können nachfolgende Tätigkeiten an dieses delegiert werden:

- Blutentnahme aus liegenden Gefäßkathetern,
- Injektion in liegende Infusionssysteme und Katheter nach ärztlicher Anordnung,
- die Durchführung der parenteralen Ernährung nach Plan,
- die Bedienung und Überwachung diverser medizintechnischer Geräte, wie Beatmungsgeräte, Dialysegeräte, Infusionspumpen etc.

195 Van Aken, Landauer B (2008) Ärztliche Kernkompetenz und Delegation in der Intensivmedizin. *Anästhesist* 57: 83–84.

196 Hoffmann R, Thielemann F, Wirtz DC, Niethard FU, Siebert H (2008) Delegation ärztlicher Leistungen. Ein trojanisches Pferd?. *Unfallchirurg* 111: 367–370.

197 Van Aken, Landauer B (2008) Ärztliche Kernkompetenz und Delegation in der Intensivmedizin. *Anästhesist* 57: 83–84.

- die Einstellung des Blutzuckers mittels Insulinperfusoren unter ärztlicher Anordnung,
- die Verabreichung ärztlich verordneter Basismedikation,
- das selbständige Anlegen peripher-venöser Gefäßzugänge,
- Dokumentationsaufgaben.

4.4. Womit beschäftigt sich Chirurgie?¹⁹⁸

Die Chirurgie ist jenes Gebiet der Medizin, welches Störungen und Veränderungen der Organe mittels operativer Eingriffe behandelt. Ein Chirurg, ein mit „der Hand arbeitender Arzt“, wird Chirurg, weil ihn die manuelle Tätigkeit des Operierens in Kombination mit seiner Aufgabe als ganzheitlich handelnder Arzt und seiner naturwissenschaftlichen Grundhaltung fasziniert.

Das Aufgabengebiet des Chirurgen hat sich in den vergangenen Jahren stark verändert. Die Anforderungen haben sich gravierend geändert. Dennoch: die Chirurgie bietet ein weites Feld der Betätigung und verlangt darüber hinaus enge Kontakte zu allen anderen operativen Fächern und den nichtoperativen und/oder diagnostischen Disziplinen. Nur durch fachübergreifendes Verständnis und Kenntnisse kann im Dialog eine interdisziplinäre Weiterentwicklung in der medizinischen Versorgung mitgestaltet werden.

Als Chirurgen haben wir die Wahl zwischen einer Vielzahl von Fachkompetenzen und Zusatzweiterbildungen innerhalb des großen Fachgebietes. Es ist heute nicht mehr damit getan, sich für eine Fachdisziplin, wie z.B. die Orthopädie/Unfallchirurgie oder Viszeralchirurgie, zu entscheiden – auch innerhalb dieser Schwerpunkte gibt es Weiterbildungsmöglichkeiten, die nicht jedem Unfallchirurgen oder Viszeralchirurgen allerorts offen stehen.

Die Weiterbildungsordnung für Chirurgen wurde in den vergangenen Jahren grundlegend verändert, um Übereinstimmung mit EU-Normen zu erreichen und Übergänge zwischen den Facharztausbildungen zu ermöglichen. Diese **Facharzt-kompetenzen** umfassen:

- allgemeine Chirurgie,
- Gefäßchirurgie,

198 Bruch HP, Trentz O (2008) Chirurgie. Urban Verlag München.

- Herzchirurgie,
- Kinderchirurgie,
- Orthopädie und Unfallchirurgie,
- Plastische und Ästhetische Chirurgie,
- Thoraxchirurgie,
- Viszeralchirurgie.

4.4.1. Welche Tätigkeiten im Bereich der Chirurgie können ausschließlich durch einen Arzt vorgenommen werden?

Nicht delegierbare Leistungen, d.h. mit anderen Worten ausschließlich dem Arzt vorbehalten Tätigkeiten im Bereich der Chirurgie, sind u.a.:¹⁹⁹

- Befunderhebung und -bewertung,
- Diagnose- und Indikationsstellung,
- Planung, Festlegung und Durchführung von Diagnostik und operativen Therapiemaßnahmen,
- Durchführung von Operationen (vom Schnitt bis zur Naht), Frakturposition, Röntgendurchleuchtung, Erstellung des Operationsberichtes,
- 1. Assistenz bei allen operativen Eingriffen,
- zentralvenöse Zugänge, Legen von Thoraxdrainagen,
- Management medizinischer Komplikationen,
- Dokumentation medizinischer Sachverhalte,
- notärztliche Tätigkeit,
- fachärztliche chirurgische Begutachtung.

199 Hoffmann R, Thielemann F, Wirtz DC, Niethard FU, Siebert H (2008) Delegation ärztlicher Leistungen. Ein trojanisches Pferd? Unfallchirurg 111: 367–370.

4.4.2. Welche Tätigkeiten können im Bereich der Chirurgie- pflege an das Gesundheits- und Krankenpflegepersonal delegiert werden?²⁰⁰

- Assistenz bei der Umsetzung der Hygienerichtlinien,
- Assistenz bei der Lagerung der Patienten,
- perioperative Bedienung der unsterilen Geräte,
- Einsatz und Überprüfung der technischen Hilfsmittel (z.B. Kauter),
- evtl. 2. OP-Assistenz,
- einfache Wundverbände,
- Anlegen immobilisierender Verbände und Orthesen,
- Verwaltungs-/Dokumentationsaufgaben,
- Wundverband, Lagerungsschienen
- qualitätssichernde Maßnahmen,
- Fall- und Belegungsmanagement.

200 Hoffmann R, Thielemann F, Wirtz DC, Niethard FU, Siebert H (2008) Delegation ärztlicher Leistungen. Ein trojanisches Pferd? Unfallchirurg 111: 367–370.

5. Kompetenzerweiterung und Patientensicherheit²⁰¹

Zahlreiche Entscheidungsträger im Gesundheitswesen haben sich im letzten Jahrzehnt zu Recht das Thema Patientensicherheit auf ihre Fahnen geschrieben. Viele Initiativen wurden mit dem Ziel gestartet, die Risiken der medizinischen Heilbehandlungen zu minimieren und dadurch die Sicherheit der Patienten zu verbessern.²⁰²

Jeder im Gesundheitswesen Tätige hat seine Tätigkeiten dem Stand der jeweiligen Wissenschaft entsprechend sorgfältig durchzuführen. Dennoch lassen sich trotz sorgfältigster Tätigkeit Komplikationen nicht vermeiden. Im Allgemeinen werden Komplikationen definiert als Schwierigkeiten, die sich bei der Bewältigung einer Situation dem Erfolg entgegenstellen. Ursachen dafür können entweder bereits ex ante erkennbare oder auch nicht erkennbare Umstände sein, die die jeweilige Behandlung erschweren oder die Risiken für den Patienten erhöhen, oder es handelt sich um Ereignisse, die während der Behandlung auftreten und unter Einhaltung der gebotenen Sorgfalt vermeidbar oder auch nicht vermeidbar gewesen wären.²⁰³

Das hingegen kann als die abstrakte Gefahr eines Behandlungsmisserfolges definiert werden. In der eingetretenen Komplikation konkretisiert sich das Risiko und realisiert sich dann, wenn die Komplikation trotz des Einsatzes intensiver Behandlungsschritte nicht vermeidbar ist.

-
- 201 Schweppe P (2013) Implementierung und Umsetzung von systematischem Risikomanagement nach ÖNORM ISO 31000 in Krankenanstalten („Klinisches Risikomanagement“). In: Schweppe P, Kröll, W. Becker A, Neuper O (Hrsg.) Klinisches Risikomanagement². Rechtliche Anforderungen, Methoden, Anwendung und Umsetzung im Gesundheitsbereich, Neuer Wissenschaftlicher Verlag Graz-Wien, 133–154.
- 202 Neuper O, Niernberger U, Schweppe P (2013) Rechtliche Grundlagen und Anforderungen im Gesundheitswesen. In: Schweppe P, Kröll, W. Becker A, Neuper O (Hrsg.) Klinisches Risikomanagement². Rechtliche Anforderungen, Methoden, Anwendung und Umsetzung im Gesundheitsbereich, Neuer Wissenschaftlicher Verlag Graz-Wien, 19–24.
- 203 Weissauer W (1997) Problembeschreibung – Definition. In: List WF, Osswald PM (Hrsg.) Komplikationen in der Anästhesie³. Springer Verlag Berlin Heidelberg New York, 1–10.

5.1. Anästhesiologische und intensivmedizinische Komplikationen

Anästhesie ist zwar grundsätzlich eine gefahrgeneigte Tätigkeit, dennoch geht die Durchführung der einzelnen Anästhesieverfahren mit einer nur geringen Mortalität einher. So entfällt laut älteren Untersuchungen etwa 1 Todesfall auf 200.000 Anästhesien. Eine erst rezent veröffentlichte Untersuchung hingegen zeigt auf, dass sich diese sehr hoffnungsvollen Zahlen nicht mehr halten lassen. Gerade bei sog. „einfachen“ Narkosen, d.h. bei Patienten der ASA-Risikogruppe I und II, also mehr oder weniger gesunden Menschen, nehmen die Komplikationen, verursacht vor allem durch das Einführen eines Schlauches in die Lunge (Intubation), erheblich zu. 2,6 schwere bis tödliche Kollateralschäden pro 100.000 Narkosen werden in dieser Studie angegeben; wobei die Autoren von einer wesentlich höheren Dunkelziffer ausgehen. Ergebnisse einer noch nicht veröffentlichten Untersuchung in den Niederlanden lassen noch Schlimmeres befürchten. Allein auf die Situation in Deutschland würde dies bedeuten: einen Absturz eines Jumbo-Jets alle fünf Jahre über Deutschland – eine schier unvorstellbare Situation, die es laut dem Präsidenten der deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin zu vermeiden gilt. Und all diese Anästhesien wurden von Fachärzten bzw. in Ausbildung stehenden Ärzten unter Aufsicht eines Facharztes für Anästhesiologie und Intensivmedizin durchgeführt.^{204,205}

5.2. Chirurgische Komplikationen

Am Beispiel der Chirurgie der Schilddrüse, einer definierten und häufigen standardisierten Operation mit klaren Vergleichsparametern zeigt sich durch eine entsprechende chirurgische Spezialisierung eine deutliche Abnahme der vor allem für den Patienten unangenehmen Komplikationen, potentiellen Risiken:

Komplikation	Risiko (1980)	Risiko (heute)
Störung des Stimmband-Nervens	15%	0,5%
Störung der Kalzium-regulierenden Drüsen	5%	0,5%
Kosmetische Irritation:		
Behandlungsbedürftige Narbenstörungen	20%	3%

204 Schiff HJ, Welker A, Fohr B et al. (2014) Major incidents and complications in the otherwise healthy patients undergoing elective procedures: result based on 1.36 million anaesthetic procedures. BJA: 1–13.

205 Noch immer zu viele Todesfälle durch Narkosen. FAZ vom 7. Mai 2014

6. Warum eine Kompetenz- erweiterung nicht funktionieren kann

Grundsätzlich hat jeder Patient zu jedem Zeitpunkt einer medizinischen Behandlung Anspruch auf den Standard eines Facharztes und Behandlung nach dem Stand der medizinischen Wissenschaften. Von der Judikatur und der herrschenden Lehre wird die Einhaltung der berufsspezifischen Sorgfalt, die sich nach der Gefahr aus der Sicht ex-ante, der Komplikationsdichte, dem den jeweiligen Fall anhaftenden Risiko, den Schwierigkeiten der jeweiligen Behandlung sowie den Kenntnissen, Erfahrungen und Fähigkeiten des Einzelnen bestimmen, gefordert.²⁰⁶

Dieser Sorgfaltsmaßstab rekrutiert sich aus der Tatsache, dass es sich bei der Behandlung eines Patienten um einen Eingriff in die höchsten Güter eines Menschen – nämlich Leben, körperliche Integrität und Selbstbestimmungsrecht – handelt.

Facharztstandard meint in diesem Zusammenhang natürlich nicht, dass jede medizinische Behandlung durch einen Facharzt vorgenommen werden muss; vielmehr ist ausreichend, dass der tätige Arzt über jene objektive und subjektive Qualifikation verfügt, die für die Bewältigung der aktuellen Situation erforderlich ist.

Aus der Gefahreneigtheit einer medizinischen Heilbehandlung, der Schutzbedürftigkeit des Patienten und den erforderlichen Kenntnissen der Pathophysiologie und den auf Erfahrung basierenden Handlungswissen folgt, dass der Delegation ärztlicher Tätigkeiten an nichtärztliche Gesundheitsberufe Grenzen gesetzt sind. Diese Grenze bestimmt nicht der Jurist, diese Grenze bestimmt vielmehr das jeweilige Fachgebiet, diese Grenze bestimmt die jeweilige Fachgesellschaft. Denn nur der jeweilige Fachexperte ist in der Lage, die Gefahren, die sich aus der geplanten medizinischen Heilbehandlung, aus dem aktuellen Gesundheitszustand, den Vor- und Begleiterkrankungen ergeben, abzuschätzen, und nur der jeweilige Fachexperte ist in der Lage abzuschätzen, welcher Qualifikation, welcher Erfahrung und welchen Wissens und Könnens es bedarf, um eine Behandlung für den anvertrauten Patienten so risikominimiert wie möglich durchzuführen.

206 Ulsenheimer K (2009) Delegation ärztlicher Aufgaben auf nichtärztliche Berufsgruppen. Möglichkeiten und Grenzen aus rechtlicher Sicht. Unfallchirurg 112: 1004–1009.

In der Argumentation der nichtärztlichen Gesundheitsberufe, dass man ärztliche Leistungen, wie etwa die selbständige Durchführung von Anästhesien bei Patienten der Risikoklassifikation ASA I und II bzw. das selbständige Öffnen des Operationsgebietes und die Darstellung des Operationsgebietes delegieren bzw. substituieren kann, wird übersehen, dass weder die Anästhesiologie noch die Intensivmedizin und auch keinesfalls die Chirurgie ausschließlich ein handwerklicher Beruf ist. Anästhesiologie und Chirurgie sind kein Lehrberuf, den man in wenigen Semestern erlernen kann. Es wird zwar keineswegs bestritten, dass das Handwerkzeug eines Anästhesisten oder eines Chirurgen nicht erlernt werden könnte; die Durchführung einer Intubation, die Vornahme eines Hautschnitts, aber auch die Präparation der darunterliegenden Strukturen kann erlernt werden, aber damit ist es noch nicht getan. Das Erlernen einer handwerklichen Tätigkeit befähigt noch nicht zur Vornahme von dem Arzt vorbehaltenen Tätigkeiten. Denn zum Handwerk kommt noch dazu, was grundsätzlich als **ärztliche Heilkunst** bezeichnet wird, nämlich die **effiziente Anwendung und Umsetzung von Wissen und Können am Menschen**. Und dies kann nicht in wenigen Semestern, wenn auch in einer universitären Ausbildung, erlernt werden. Dazu bedarf es eines umfassenden Studiums der gesamten Heilkunde, einer langjährigen Ausbildung in einem speziellen Fachgebiet und der jahrelangen Erfahrung als praktisch tätiger Facharzt.

Den Versuch, ärztliche Tätigkeiten an nichtärztliche Gesundheitsberufe zu übertragen, hat es in Deutschland schon vor längerer Zeit gegeben. So haben die HELIOS-Kliniken 2004 bereits als planmäßigen Ersatz für Fachärzte für Anästhesiologie und Intensivmedizin den medizinischen Assistenten für Anästhesie (MAfA) geschaffen.²⁰⁷ Nachdem es aber bereits kurze Zeit nach der Einführung dieser medizinischen Assistenten zu einem tödlichen Zwischenfall bei einem jungen und gesunden Patienten gekommen ist, haben sich die HELIOS-Kliniken dem Druck der deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin sowie des Berufsverbandes deutscher Anästhesisten gebeugt und sich von diesem Konzept wieder verabschiedet.²⁰⁸ Auch in der Chirurgie wurden Tätigkeiten an Pflegepersonen, die zum sog. chirurgischen Operationsassistenten ausgebildet worden sind, delegiert. Die Meinung über die Sinnhaftigkeit dieses Konzeptes wird in Fachkreisen sehr kontrovers diskutiert.^{209,210}

207 Helios entschärft umstrittenes Konzept. Deutsches Ärzteblatt 104: 11: A 694.

208 Vgl. dazu: Kern/Lissel/Lippert (2013) § 3 Rz 99. in: Ratzel/Lissel (Hrsg.)Handbuch des Medizinschadensrecht, Beck München.

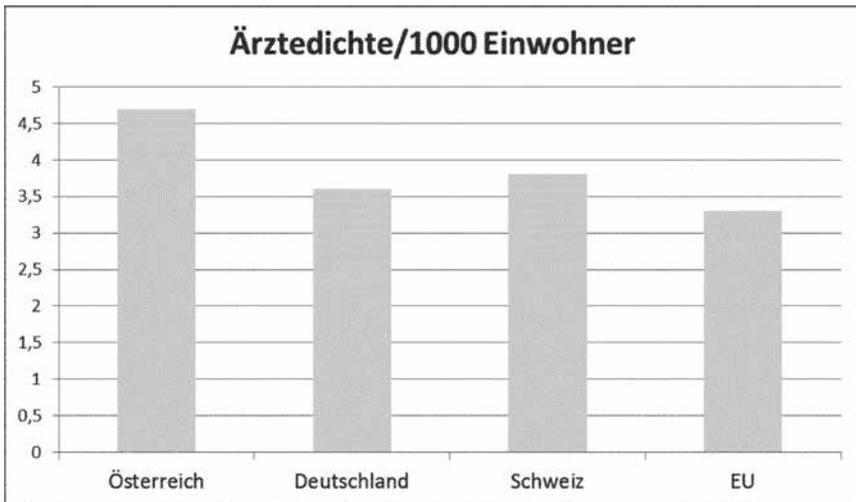
209 Nichtärztliche Chirurgieassistenz. Ein neuer Assistenzberuf etabliert sich. Deutsches Ärzteblatt 107: 11: A 494

210 Nichtärztliche Fachberufe im Krankenhaus. Hilfe oder Konkurrent. Deutsches Ärzteblatt 107: 13: A 596.

7. Der prognostizierte Ärztemangel und dessen mögliche Ursachen

7.1. Die derzeitige Situation der Personaldichte im Bereich des Arzt- und Pflegepersonals

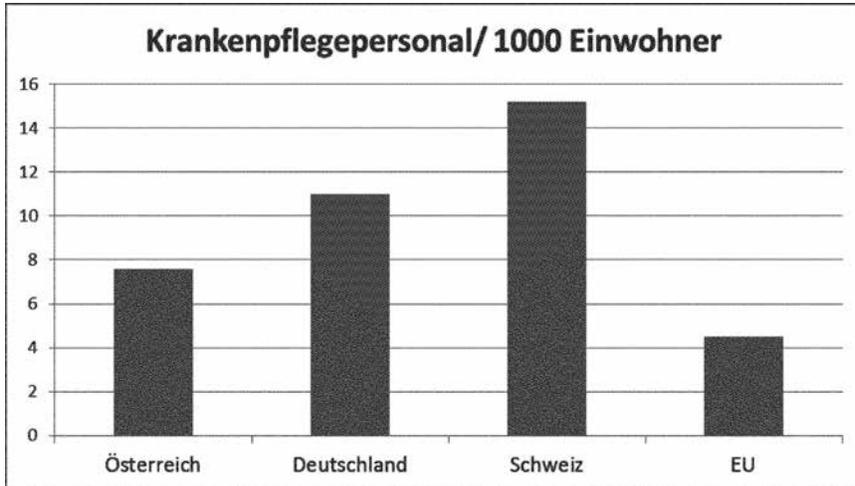
Wie bereits unter Pkt. 1 ausgeführt, wird von der Gesundheitspolitik mittelfristig ein Ärztemangel in Aussicht gestellt. Betrachtet man jedoch die Ärztedichte in Österreich im internationalen Vergleich, dann zeigt sich, dass Österreich nach Griechenland die höchste Dichte praktizierender Ärzte pro 1.000 Einwohner aufweist. 4,7 Ärzte kommen in Österreich auf jeweils 1.000 Bürger; in unseren unmittelbaren Nachbarstaaten Deutschland und Schweiz hingegen sind es 3,8 bzw. 3,6 Ärzte pro 1.000 Einwohner. Und im Durchschnitt aller EU-Staaten sind es 3,3 Ärzte, die 1.000 Bewohner versorgen.²¹¹



Wie ebenfalls unter Pkt. 1 ausgeführt, besteht die Argumentation für die Übernahme ärztlicher Tätigkeiten durch nichtärztliche Gesundheitsberufe u.a. darin, dass der mittelfristig prognostizierte Ärztemangel vom Pflegepersonal kompensiert werden kann. Dieser Argumentation widerspricht die Aussage des Vorsitzenden

211 Bachner F, Ladurner J, Habimana K, Ostermann H, Habl C (2011) Das österreichische Gesundheitswesen im internationalen Vergleich 2009.

der Vereinigung der Pflegedirektoren Österreichs²¹², der betont, dass ab 2017 auch bei den Pflegeberufen ein eklatanter Mangel bestehen wird. Dies wird auch deutlich, wenn man sich die Pflegedichte innerhalb der EU ansieht (Abb. 2).²¹³



7.2. Ursachen eines prognostizierten Ärztemangels

Die moderne Medizin hat erfreulicherweise zu einer enormen Zunahme des Leistungsangebots geführt. Spitzenmedizin wird nahezu ubiquitär und zeitlich unbegrenzt angeboten. Dies setzt aber auch ein entsprechendes Personalangebot voraus, das oft schwer zu erfüllen ist. Damit kommen aber auf den einzelnen Arzt, insbesondere in den Journaldiensten, sehr hohe Belastungen zu. Aufgrund gesetzlicher Vorgaben der Arbeitszeitgrenzen sowie der Beschränkungen im möglichen Ausmaß von Journaldiensten ist dies häufig für einzelne Abteilungen, insbesondere Anästhesiologie, Intensivmedizin und Chirurgie, kaum zu bewältigen und führt zur Unzufriedenheit der Mitarbeiter mit der Gefahr von Burn-out und Belastungsstörungen. Obwohl vom Arzt, und dies nicht nur seitens der Politik, sondern insbesondere seitens der Patienten gefordert wird, dieses Leistungsangebot rund um die Uhr zu gewährleisten, sind die Voraussetzungen dafür in vielen Fällen nicht oder zumindest nur unzureichend vorhanden. Dies ist ein wesentliches Kriterium für die „mangelnde Attraktivität“ des Arztberufes.

212 Die Presse vom 3. 5. 2014.

213 Bachner F, Ladurner J, Habimana K, Ostermann H, Habl C (2011) Das österreichische Gesundheitswesen im internationalen Vergleich 2009.

Es fehlen aber auch attraktive Karriereperspektiven: Infolge der Neuordnung der Spitalslandschaft ist die Möglichkeit, leitende Funktionen zu übernehmen, stark eingeschränkt. Zudem besteht, selbst bei Vorhandensein dieser Möglichkeit, ein Missverhältnis zwischen den Anforderungen an diese Funktion und dem dafür gebotenen Entgelt.

Der prognostizierte Ärztemangel und dessen Ursachen

- Fehlen attraktiver beruflicher Perspektiven (Leistungsfunktionen, Forschung)
- soziale Unsicherheit (befristete Stellen, schwierige Lebensplanung)
- wenig attraktive Tätigkeit im niedergelassenen Bereich
- Generation Y
- demotivierende Vorbildfunktion

Auch sind in der Hochschullandschaft derzeit die Chancen für eine Karriere relativ begrenzt, denn einerseits erhalten die Berufsanfänger nur einen befristeten Vertrag mit einer für die in dieser Zeit zu erbringenden Leistungen zu kurzen Laufzeit: innerhalb von sechs Jahren sollen die Ausbildung, eine zumindest im Fachbereich Anästhesiologie und Intensivmedizin sehr schwere Facharztprüfung und dann auch noch ausreichend Forschung durchgeführt werden, um nach Fristablauf die Chance zur Habilitation und zum Weiterverbleib an der Universität zu erhalten. Ein Unterfangen, das nur sehr wenigen MitarbeiterInnen gelingt.

Befristete Stellen führen aber bei den MitarbeiterInnen zu einer großen sozialen Unsicherheit: So ist es oft nicht sicher, ob man für einen längeren Zeitraum fix beschäftigt werden kann oder wird; damit werden Lebensplanungen (z.B. Familiengründung, Ankauf von Wohnraum etc.) nahezu unmögliche Wagnisse.

Auch im niedergelassenen Bereich wird durch das hohe Ausmaß an Verantwortung und die Funktion des „Ein-Mann-Betriebs“ kaum mehr das gewünschte Ausmaß an Versorgung zu gewährleisten sein. Nahezu demütigend anmutende Verrechnungsmöglichkeiten führen auch zu wirtschaftlichen Situationen, die für eine Lebensplanung nicht mehr attraktiv sein können.

Es ist des Weiteren unübersehbar, dass sich die oft belastenden Anforderungen der ärztlichen Tätigkeit mit verschiedenen soziologischen Veränderungen²¹⁴ der letzten Jahrzehnte schwer vereinbaren lassen. Die in die „Generation Y“²¹⁵ fallenden MitarbeiterInnen sind weniger dazu bereit, unangenehme Situationen in

214 Schmidt CE, Möller J, Schmid K, Gerbershagen MU, Wappler F et al (2012) Generation 55+. Führung und Motivation von Generationen im Krankenhaus. *Anaesthesist* 61: 630–639.

215 Schmidt CE, Möller J, Schmid K, Gerbershagen MU, Wappler F et al (2011) Generation Y. Rekrutierung, Entwicklung und Bindung. *Anaesthesist* 60: 517–524.

Kauf zu nehmen. Dies bedeutet nicht weniger Engagement, aber einen anderen Zugang zu Arbeit, Familie und Freizeit an sich. Unzufriedenheit mit der beruflichen Situation führt, falls zufriedenstellende Änderungen nicht in Sicht sind, zum Wechsel des Arbeitsplatzes, aber auch des Arbeitsortes. Handlungen, die zumindest die als „Babyboomer“ bezeichnete Generation nicht vorgenommen hätte. Diese Generation hat sich einfach in die vorgegebenen Situationen gefügt. Somit kann geschlussfolgert werden, dass die im ärztlichen Beruf oft unvermeidlichen Härtezeiten nicht jedermann zumutbar sind.²¹⁶

Es ist ein weiteres Phänomen unserer Zeit, dass Universitätsabsolventen ein hohes Maß an Mobilität aufweisen. So ist der Ortswechsel ein jederzeit mögliches Konzept. Das Verbleiben nach dem Studium am Standort ist keineswegs sicher, im Gegenteil wandern viele Absolventen nach der Ausbildung unproblematisch auch ins entfernte Ausland ab. Dies lässt einen lokalen Ärzteschwund stärker in Erscheinung treten. Die lokale Situation in Österreich ist, um es klar auszudrücken, für einen zunehmenden Prozentsatz an Absolventen nicht mehr attraktiv genug und kann mit den Möglichkeiten in andern Ländern hinsichtlich Ausbildung, finanzieller Absicherung und Chancen nicht mehr mithalten.

Zuletzt ist es eine Tatsache, dass der weibliche Anteil an Medizinstudenten und Universitätsabsolventen etwa 2/3 beträgt. Auch die Zahl der Ärztinnen ist stetig gestiegen. So sind im Bereich des Fachgebietes Anästhesiologie und Intensivmedizin bereits über 50 % der Ärzte weiblich. Es ist verständlich und gesellschaftlich absolut wünschenswert, wenn Ärztinnen sich trotz Berufsausübung auch zur Familiengründung entschließen. Derzeit aber bilden die rigiden Ausbildungsordnungen und fehlende Flexibilität in arbeitsrechtlicher Hinsicht ein großes Hindernis, um beiden Wünschen gerecht zu werden. Gerade aus diesem Grund wird in einem hohen Prozentsatz dem Privatleben der Vorzug gegeben. Und falls sich die Kolleginnen doch entschließen, wieder in das Berufsleben einzusteigen, dann meist in einem deutlich reduzierten Dienstaussmaß. Somit entsteht eine weitere Kluft zwischen der Anzahl der Universitätsabsolventinnen und den beruflich Tätigen.

Zusammenfassend ist festzustellen, dass der vermeintliche „Ärztmangel“ möglicherweise kein quantitatives Problem darstellt, sondern eher Ausdruck einer geringeren gewordenen Attraktivität des Berufsstandes an sich ist. Auf die Gründe des Verlustes des elitären Charakters des Berufsstandes soll hier nicht eingegangen werden, aber das Verlangen, dem Berufsstand unter allen Umständen, auch unter beträchtlichen Nachteilen und Einschränkungen, nachzugehen, erscheint deutlich weniger ausgeprägt zu sein.

216 Bürkle H (2011) X, Y . Personalmangel?. *Anaesthesist* 60: 505–506.

Die angeführten Ursachen erscheinen wohl banal, sind aber im täglichen medizinischen Betrieb vordergründig und evident. Für mögliche angedachte Problemlösungen sind diese Punkte jedoch von entscheidender Bedeutung, vor allem bezogen auf die ursprüngliche Fragestellung, ob der vermeintliche Ärztemangel durch andere Berufsgruppen kompensiert werden kann.

8. Kann durch Delegation ärztlicher Tätigkeiten an das Pflegepersonal ein Ärztemangel verhindert werden?

Aus den im Positionspapier des GÖG angedachten Kompetenzerweiterungen²¹⁷ und daraus resultierenden Vorschlägen geht eindeutig hervor, dass es sich um willkürlich herausgelöste Tätigkeiten handelt, die bislang als dem Arzt vorbehalten Tätigkeiten zu qualifizieren sind.

Es ist aus diesen Vorschlägen auch ganz klar ersichtlich, dass es sich bei den geplanten Kompetenzerweiterungen um Tätigkeiten handelt, an denen ohnehin kein Mangel besteht. Wie oben ausgeführt, bestehen die Probleme, die Ärzte dazu bewegen, ihren Beruf in der Form nicht mehr auszuüben oder dorthin abzuwandern, wo die Perspektiven besser sind, in der Häufung von nicht unbedingt genuin ärztlichen Tätigkeiten (überbordende Dokumentationsaufgaben) sowie in frustrierenden Perspektiven und nicht in einer Überlastung auf dem Gebiet der ärztlichen Kernkompetenz. Der Eingriff in diese Regelungen, d.h. Übergabe der „attraktiven“ Tätigkeiten am Patienten unter Aussparung der „unattraktiven“, verstärkt die prekäre Situation nur weiter.

Zudem darf nicht übersehen werden, dass die Delegation „attraktiver“ ärztlicher Leistungen an andere Berufsgruppen zu einer Verschlechterung der Ausbildung jener Ärzte führt, die zum Facharzt im jeweiligen Fachbereich ausgebildet werden sollen. Zudem ist, wie bereits ausgeführt, mit einer Abnahme der Patientensicherheit im Zusammenhang mit einer Zunahme der perioperativen Sterblichkeitsrate

217 Gesundheit Österreich GmbH (2013) Gesundheits- und Krankenpflegeberufe: Konkretisierung der Reformansätze, Aufgaben- und Kompetenzprofile zu den Spezialisierungen.

(siehe z.B. MAfA) zu rechnen. Des Weiteren muss auch mit einer Rufschädigung des ärztlichen Berufstandes gerechnet werden. Und durch die Übernahme „attraktiver“ ärztlicher Leistungen werden mit ziemlicher Sicherheit Arbeitsplätze eingespart, und daraus resultierend sinkt die Attraktivität des Berufs eines Facharztes für Anästhesiologie und Intensivmedizin bzw. eines Facharztes für Chirurgie weiter und der derzeit noch prognostizierte Ärztemangel wird dann Realität.²¹⁸

Die angedachten höheren Qualifikationen der Pflegewissenschaften sind auch aus ärztlicher Sicht wünschenswert und werden befürwortet, da daraus sicherlich auch eine Verbesserung in der Kooperation mit den Ärzten resultieren wird. Nur ist für diese Berufsgruppe dann auch ein neues Berufsbild festzulegen, für das aber definitiv **nicht eine Beschneidung der bisherigen ärztlichen Kompetenz** infrage kommt. Auch ist zu bedenken, dass das bisher von der Ärzteschaft höchst geschätzte Berufsbild der echten „Pflege“ womöglich ausgedünnt werden könnte.

218 Friesenecker B (2014) A+IC News, 4-5.

9. Lösungsansätze

In der Diskussion um die Delegation und Substitution ärztlicher Tätigkeiten an nichtärztliche Gesundheitsberufe muss festgehalten werden, dass es sich beim derzeitigen Vorschlag²¹⁹ um jene Bereiche handelt, in deren Versorgung ohnehin kein Mangel besteht und die damit auch für jedermann „attraktiv“ sind. Zu den problematischen Themenkreisen wurden aber bislang keine Vorschläge zur Entlastung der Ärzteschaft erbracht.

Der Plan zur höheren Qualifizierung der Pflege wird dennoch auch von der Ärzteschaft zu unterstützen sein. Auf dem Gebiet der Assistenz Tätigkeiten, aber auch im administrativen Bereich, in der Dokumentation, in der Datenaufbereitung sind hier wertvolle Beiträge zu erwarten. Die unmittelbare Verantwortung für den Patienten, sowohl im Bereich der Anästhesiologie und Intensivmedizin als auch in den chirurgischen Fächern, muss aber in der Hand des Arztes bleiben.

Der prognostizierte Ärztemangel sollte in der Diskussion nicht ausschließlich an Zahlen festgemacht werden. Grundsätzlich ist eine geringere Bereitschaft zu unattraktiver Berufsausübung festzustellen. Es ist daher eine wichtige Aufgabe der Gesundheitspolitik, an diesem Punkt einzuhaken:

- Hervorhebung des besonderen Charakters des Arztberufs anstatt dauernde Nivellierung nach unten,
- praktikablere Arbeitszeit- und Karrieremodelle, die den heutigen sozialen Gegebenheiten gerecht werden und auch darauf angelegt sind, Ärztinnen, die nur teilzeitbeschäftigt sind, im Beruf zu halten,
- Reduktion der nichtärztlichen Tätigkeiten, um aus dem „Ärztemangel“ nicht ein rein terminliches Problem werden zu lassen. Das Herunterbrechen der erforderlichen Spezialisierung ist im Sinne des Patienten keineswegs wünschenswert.

Weder die Anästhesiologie und Intensivmedizin noch die Chirurgie sind Lehrberufe, sondern es erfordert eine > 12 Jahre dauernde Ausbildung, um zu brauchbarer Fertigkeit zu kommen, und weitere 20 Jahre, um dann tatsächlich als Spezialist zu gelten.

219 Gesundheit Österreich GmbH (2013) Gesundheits- und Krankenpflegeberufe: Konkretisierung der Reformansätze, Aufgaben- und Kompetenzprofile zu den Spezialisierungen.

10. Zusammenfassung

Abschließend ist festzuhalten, dass die reine Überführung derzeit klar definierter ärztlicher Tätigkeiten und Verantwortungen hin zu einer neu zu schaffenden Berufsgruppe an der Fragestellung völlig vorbeigeht. Die geschilderten Probleme, die auch in gesellschaftspolitischer Struktur ihren Grund haben, sind erkennbar und ernst zu nehmen und sind durch eine deutliche Strukturreformen, z.B. in arbeitsrechtlicher Hinsicht zu lösen, ohne dass einfach eine numerische Personalvermehrung stattfindet. Das Problem ist nicht rein quantitativ, sondern eher qualitativer Natur. Das Herunterbrechen ärztlicher Spezialisierung auf einen Lehrberuf ist sicher nicht im Sinne des Patienten, aber auch nicht im Sinne des Gesundheitssystems. Grundsätzlich muss aus standespolitischer Sicht auch entschieden widersprochen werden, dass durch Schaffung einer neuen – möglicherweise „kostengünstigeren“ – Berufsgruppe eine Kostenverminderung im System angestrebt wird. Im Gegenteil muss die Attraktivität des Berufsstandes entsprechend erhalten bleiben, um die zahlreich vorhandenen Absolventen dann auch im Beruf und in der Versorgung zu behalten. Es wird aber festgehalten, dass vonseiten der Ärzte gegen eine höhere Qualifizierung des Pflegeberufes keinesfalls ein Einwand zu erheben ist. Es sollte aber diese Assistenzleistung an jenen Punkten angreifen, an denen tatsächlich ein Mangel herrscht. Die ist für die beiden betroffenen und besprochenen Fachbereiche auch bereits definiert und diskutiert.