

Gerd Norden

# Neuordnung ärztlicher Tätigkeiten im Krankenhaus

Positionspapier des Verbandes der Leitenden Krankenhausärzte (VLK)



Foto: Goodshoot/Jupiterimages, dpa

*Das Thema „Neuordnung ärztlicher Tätigkeiten“ ist offensichtlich hochaktuell: Der 111. Deutsche Ärztetag in Ulm, das jüngste Jahresgutachten des Sachverständigenrates zur Begutachtung und Entwicklung im Gesundheitswesen und eine im Auftrag der DKG jüngst erstellte Studie haben sich mit dieser Problematik auseinandergesetzt.*

*Nicht alle, die sich mit diesem Thema beschäftigen, lassen sich dabei von der aus VLK-Sicht richtigen Zielsetzung leiten: Nicht kurzfristig erzielbare Einspareffekte, sondern die Rückführung der ärztlichen Arbeitskraft auf die ärztlichen Kernkompetenzen muss das Ziel einer Neuordnung ärztlicher Tätigkeiten sein. Nur dadurch kann die Qualität der Patientenversorgung aufrechterhalten werden und eine wirksame Entlastung der ärztlichen Mitarbeiter im Krankenhaus erfolgen.*

*Der VLK hat zu diesem Thema eindeutig Stellung bezogen: Der Gesamtvorstand hat Ende Mai 2008 das nachfolgend abgedruckte Positionspapier zur „Neuordnung ärztlicher Tätigkeiten im Krankenhaus“ verabschiedet.*

**R**elative oder ausgeprägte Knappheit an ärztlichen Mitarbeitern im Krankenhaus – ausgewiesen durch offene, nicht besetzbare Stellen und durch wochenlange erfolglose Insertionen in einschlägigen Periodika –, deutliche Überhöhung der werktäglichen Arbeitszeit für Krankenhausärzte\* und Überfrachtung der ärztlichen Arbeitszeit mit verwaltungsspezifischen oder verwaltungsnahen Arbeitsgängen, dies prägt unter anderem die aktuelle Arbeitssituation der Krankenhausärzte.

Eine Situation, die sich vor dem Hintergrund demografiebedingter Multimorbidität, gepaart mit medizinischem Fortschritt, noch zuspitzen wird, weil auf der anderen Seite nicht genügend neue Berufsausübende an den Markt herangeführt werden.

Zur Lösung oder zumindest zur Entspannung der geschilderten Situation wird eine Vielzahl von Vorschlägen unterbreitet. Nicht alle erscheinen wirklich durchdacht, nur ganz wenige sind zielführend: Denn vor dem Hintergrund

langfristig nicht ausreichend vorhandener und mit arztfremden Tätigkeiten überfrachteter ärztlicher Mitarbeiter reicht es nicht aus, kurzfristige finanzielle Anreize zu setzen, Arbeiten ohne geschlossenes Konzept zu verlagern oder durch eine Quasi-Akademisierung von Berufsgruppen deren Tätigkeit attraktiver machen zu wollen. Es muss vielmehr ein nach allen Seiten abgestimmtes, in seinen verschiedenen Wechselwirkungen ausgelotetes und in seinen Konsequenzen durchdachtes Konzept erarbeitet werden, das auf eine langfristige und nachhaltige Problemlösung abzielt.

## 1. Vorbemerkungen

### 1.1

16,9 Millionen Patienten wurden 2005 in den 2 139 deutschen Krankenhäusern von 131 115 hauptamtlichen Ärzten an insgesamt 144,6 Millionen Berechnungstagen versorgt.

In Deutschland wurde im Jahre 2005 hierfür ein Betrag von 1144 Dollar je Einwohner ausgegeben. Zieht man – bei aller Skepsis gegenüber der Aussagefähigkeit internationaler Daten – entsprechende, auf Kaufkraftparität umgerechnete Vergleichszahlen heran, dann wird deutlich, dass die stationäre Versorgung in Deutschland, bezogen auf die Einwohnerzahl, sehr preisgünstig erbracht wird. Preisgünstiger jedenfalls als in den USA (1 695 Dollar), Frankreich (1 430 Dollar) oder Österreich (1 409 Dollar) (1).

### 1.2

Offensichtlich ist dies auch auf eine hohe Arbeitsproduktivität der Krankenhausmitarbeiter in Deutschland zurück-

zuführen. Und hierbei zeichnen sich die Krankenhausärzte überdurchschnittlich aus: Misst man die Arbeitsproduktivität an der Anzahl der Patientenentlassungen, dann kommen auf jeden Krankenhausarzt in Deutschland 146 Entlassungen pro Jahr. Der Median der Vergleichsländer liegt bei 103 Entlassungen je Arzt (2).

### 1.3

Die Schattenseiten einer hohen Arbeitsproduktivität sind aus Sicht der Betroffenen unter anderem eine überdurchschnittlich hohe werktägliche Arbeitszeit, zunehmender wirtschaftlicher Druck und eine kontinuierliche Verdichtung der Arbeit der Krankenhausärzte, vor allem durch steigende Fallzahlen, reduzierte Verweildauern, demografische Entwicklung und administrative Zusatzaufgaben: Eine im Deutschen Ärzteblatt publizierte Untersuchung aus dem Jahr 2006 kommt zu einer durchschnittlichen werktäglichen Arbeitszeit der vollzeitbeschäftigten Krankenhausärzte von 9,9 Stunden und 4,7 Bereitschaftsdiensten im Monat (3). Und eine Studie des Deutschen Krankenhausinstituts aus dem Jahr 2003 stellt fest, dass sich der ärztliche Dokumentationsaufwand in der Chirurgie auf 2,42 Stunden je Arzt und Arbeitstag beläuft. In der Inneren Medizin beträgt er je Arzt und Arbeitstag insgesamt 3,15 Stunden (4). Tendenz: eher steigend.

### 1.4

Hinzu kommt, dass 28 Prozent der Krankenhäuser im Jahr 2006 offene Stellen im ärztlichen Dienst nicht besetzen konnten, und zwar im arithmetischen Mittel 2,5 Stellen je betroffenes Krankenhaus. Hochgerechnet auf die Grundgesamtheit der zugelassenen Allgemeinkrankenhäuser bedeutet dies bundesweit 1300 offene Stellen im ärztlichen Dienst (5). Und dies ist durchaus kein Tagesproblem: Auch im „Krankenhausbarometer 2007“ räumen 43,9 Prozent der Krankenhäuser Schwierigkeiten ein, den Mehrbedarf an Ärzten am Markt decken zu können (6).

### 1.5

Mit dem nachfolgenden Konzept zur Rückführung der ärztlichen Arbeitskraft

auf die ärztlichen Kernkompetenzen will der VLK einen Beitrag zur Versachlichung der aktuellen Diskussion zu diesem Themenbereich leisten. Der VLK ist überzeugt, dass bei einer Realisierung der nachfolgend skizzierten Gedanken sowohl die Versorgung der Patienten auf hohem Niveau langfristig gesichert wie auch die Qualität der Versorgung nachhaltig gewährleistet und den Krankenhausärzten durch die Möglichkeit der Rückführung ihrer Tätigkeit auf ärztliche Kernkompetenzen eine erhöhte Arbeitsmotivation zuteil werden wird.

## 2. Delegation ärztlicher Tätigkeiten

### 2.1

In der Wirtschaftstheorie umfasst der Begriff der Arbeitsteilung die Zerlegung eines Produktionsprozesses in mehrere, jeweils auf eine Personengruppe entfallende Teilprozesse. Erwartet wird hierdurch eine Steigerung der Produktivität, bedingt durch die zielgenaue Ausnutzung individueller Arbeitsfähigkeit.

Dies entspricht vom Wesen her durchaus der im Krankenhausalltag praktizierten Delegation, deren Grundmotivation allerdings eine entscheidende Änderung zu der rein industriell definierten Delegation aufweist:

„Wir müssen und können Prozesse optimieren. Die Prozesse müssen die Patienten, die Helfenden und Heilenden entlasten. Dann werden sie qualitativ besser und zugleich kostengünstiger. Aber das heißt eben nicht, wie vom Sachverständigenrat angedacht, die Prozessoptimierung unter das Primat betriebswirtschaftlicher Kriterien zu stellen. Wir dürfen den Einsatz für den kranken Menschen nicht beliebig segmentieren, um schließlich eine jede Arbeit immer von der billigsten Arbeitskraft verrichten zu lassen. Ärztliche und pflegerische Arbeit verlangt den ganzheitlichen Blick auf den Menschen. An ihm allein müssen die Prozesse mit Respekt vor dem Einzelnen und seiner Würde ausgerichtet sein, nicht an den Anforderungen des Controllings“ (7).

Delegation in diesem Sinne geschieht also nicht allein um des ökonomischen

Effektes willen, sondern um Patientenversorgung und Arbeitsprozesse gleichzeitig zu verbessern.

### 2.2

Vielschichtig ist das Bündel ärztlicher Tätigkeiten, das aktuell im Krankenhausalltag von Ärzten auf Pflegekräfte oder andere Berufsgruppen delegiert wird. Das Krankenhausbarometer 2007 zählt unter anderem auf, dass

- in 80,5 Prozent der befragten Krankenhäuser das Anlegen/Wechseln von Verbänden und das Anlegen und Umstecken von Infusionen von nichtärztlichen Berufsgruppen durchgeführt wird,
- in 67,4 Prozent der befragten Krankenhäuser venöse Blutentnahmen sowie in 66,3 Prozent der Krankenhäuser Injektionen (i.v. oder i.m.) nicht ausschließlich durch Ärzte vorgenommen werden,

- in 37,1 Prozent der Krankenhäuser das Legen von Magensonden an nichtärztliche Berufsgruppen delegiert wurde,

- in 36,4 Prozent der Krankenhäuser das Spülen/Entfernen von ZVK delegiert wurde und

- in 27,9 Prozent der Krankenhäuser das Legen von peripheren venösen Zugängen an nichtärztliche Berufsgruppen delegiert wurde (8).

Dies bedeutet, dass in der täglichen Krankenhauspraxis die Delegation ärztlicher Tätigkeiten an nichtärztliche Berufsgruppen bereits der Normalfall ist, lediglich Spektrum und Umfang der Delegation variieren je nach individuellen Gegebenheiten im Krankenhaus vor Ort.

### 2.3

Rechtlich betrachtet ist zunächst davon auszugehen, dass sich generell eine Verpflichtung des Arztes ergibt, jede medizinische Leistung selbst zu erbringen. Gleichwohl ist aber auch im Dienstleistungsbereich anerkannt, dass die Vermutung der Höchstpersönlichkeit der Leistungserbringung an Grenzen stößt. Hieraus wird der Schluss gezogen, dass an der generellen juristischen Zulässigkeit der Delegation auch auf nichtärztliche Mitarbeiter keine Zweifel bestehen. Gleichzeitig kann hieraus aber keine Rechtfertigung für eine generelle Delegierbarkeit ärztlichen

Handelns auf nichtärztliches Personal abgeleitet werden (9).

Unter Haftungsaspekten ist zu beachten, dass jede Delegation von Teilschritten der Behandlung zu weitergehenden Pflichten des Arztes im Hinblick auf die Auswahl, Instruktion, Überwachung und Kontrolle des Mitarbeiters, der den delegierten Teilschritt durchführt, führt. Außerdem erfordert eine derartige Delegation auch eine ausreichende formelle und materielle Qualifikation des Delegierungsadressaten.

Unverrückbar in diesem Zusammenhang ist auch die Feststellung, dass die Letztentscheidungsbefugnis für eine Delegation ärztlicher Tätigkeit beim Arzt liegt und keinerlei Handlungsautonomie beim Empfänger der Delegation besteht.

#### 2.4

Aus medizinischer Sicht ist das Spektrum delegierbarer ärztlicher Tätigkeiten endlich: Die Delegation patientenbezogener Tätigkeiten auf nicht ärztliche Heilberufe darf nur in eindeutigen Grenzen stattfinden. Es muss klar sein, dass originäre ärztliche Tätigkeiten im Sinne von ärztlicher Beratung, Aufklärung, Diagnostik, Differenzialdiagnostik und Therapie nicht delegierbar sind (10).

#### 2.5

Wie in Ziffer 2.2 dargelegt, hat sich der Bereich delegierbarer ärztlicher Tätigkeiten an pflegerisches Personal in der gelebten Krankenhauswirklichkeit bereits weitgehend herausgebildet. Es bestehen hierfür rechtliche (Ziffer 2.3) und medizinische (Ziffer 2.4) Grundsätze, deren Befolgung zur Etablierung der Delegation ärztlicher Tätigkeiten als gängiges Modul des Arbeitsalltags wesentlich beiträgt.

Dennoch treten in der Praxis häufig Unklarheiten in Bezug auf die Übernahme ärztlicher Tätigkeiten durch Pflegepersonen und sonstiges medizinisches Hilfspersonal auf. Dabei ist oftmals die Frage strittig, welche ärztlichen Maßnahmen an welche Personengruppen delegiert werden können. Als Orientierungshilfe für die Praxis hat der Verband der Pflegedirektorinnen und Pflegedirektoren der Universitätsklinik

Deutschlands (VPU) deshalb einen Leitfadens zur „Übernahme ärztlicher Tätigkeiten“ speziell für das Pflegepersonal herausgegeben. Zentraler Bestandteil dieses Leitfadens ist die so genannte „Ampelrichtlinie“. Diese Ampelrichtlinie ordnet für verschiedene, in der Pflege tätige Berufsgruppen vor dem Hintergrund ihrer spezifischen Qualifikation häufig delegierte ärztliche Tätigkeiten in drei Kategorien ein und leistet damit ganz entscheidende praktische Hilfestellung bei der konkreten Ausgestaltung der Delegation (11).

Hörkontakt können arzt-spezifische Tätigkeiten auch auf andere, spezifisch aus- und weitergebildete medizinische Berufsgruppen übertragen werden. Dies betrifft zum Beispiel den Kardio-Vaskular-Assistenten, den Chirurgie-Assistenten und den chirurgisch-technischen-Assistenten.

#### 2.7

Die für die Delegation bestimmter ärztlicher Tätigkeiten notwendige Höherqualifizierung des nichtärztlichen Personals als Voraussetzung für eine erfolgreiche Arbeitsteilung kann nicht

Anders als bei der Delegation, bei der auch bei arbeitsteiligem Handeln die Letzt- und Gesamtverantwortung des Arztes bestehen bleibt, entzieht die Substitution Tätigkeiten der ärztlichen Verantwortung

#### 2.6

Der Bereich der Delegation ärztlicher Tätigkeiten ist – wie die vorstehenden Ausführungen gezeigt haben – ein in seinem Spektrum bereits relativ umfassender und definierter Baustein zur Entlastung des Tätigkeitsfeldes des ärztlichen Berufsstandes. Es gibt klare rechtliche Aussagen über die Voraussetzungen und Haftungsfragen bei Delegation. Es existiert ein global gefasster „Katalog“ nicht delegierbarer ärztlicher Tätigkeiten, und es gibt als Entscheidungshilfe für die Praxis für die primär Betroffenen aus dem Bereich der Krankenpflege die Ampelrichtlinie, die ganz konkret einzelne delegierbare ärztliche Tätigkeiten in Abhängigkeit von der beruflichen Qualifikation der Delegationsadressaten aufzählt.

Eine sorgfältige und ausgewogene Fortschreibung dieses vorhandenen „Grundlagenmaterials“ und eine breite Anwendung auf dieser Basis können durchaus geeignet sein, einen signifikanten Beitrag zur Erreichung des angestrebten Zieles der Rückführung der ärztlichen Arbeitskraft auf die ärztlichen Kernkompetenzen zu leisten.

In diesem Sachzusammenhang ist auch die sogenannte „Arzt-Assistenz“ einzuordnen: unter Beachtung der in Ziffer 2.3 und 2.4 dargelegten Grundsätze und unter ständiger Anwesenheit des aufsichtsführenden Arztes mit Sicht- und

zum Nulltarif erfolgen, sondern erfordert zunächst Investitionen in eine Fort- und Weiterbildung und im Anschluss an die erworbene höhere Qualifikation dann eine deutliche Höherdotierung, die der gestiegenen Verantwortung und Qualifikation entsprechen muss.

Dadurch allein wird deutlich, dass Beweggrund für eine auf breiter Basis durchgeführte sinnvolle Delegation ärztlicher Tätigkeiten nicht allein Wirtschaftlichkeitsüberlegungen sein können, sondern eine Optimierung der Prozessabläufe im Sinne einer verantwortungsbewussten Verbesserung der Patientenversorgung bei Aufrechterhaltung oder gar Verbesserung der Versorgungsqualität.

## 3. Substitution

#### 3.1

Anders als bei der Delegation, bei der auch bei arbeitsteiligem Handeln die Letzt- und Gesamtverantwortung des Arztes bestehen bleibt, entzieht die Substitution Tätigkeiten der ärztlichen Verantwortung und ordnet diese arzt-nahen Berufsgruppen neu zu. Die Substitution ist damit neben der Delegation der zweite Bereich, durch den eine Rückführung der ärztlichen Arbeitskraft auf ärztliche Kernkompetenzen erfolgen kann.

Substitution meint nicht nur die Entfrachtung des ärztlichen Arbeitsalltags im Krankenhaus um arztnahe Tätigkeiten und deren Zuordnung zu anderen, gegebenenfalls noch zu schaffenden Berufsfeldern (s. Ziffer 3.3), sondern auch die Übertragung ärztlicher Tätigkeiten an noch zu schaffende medizinisch ausgerichtete Berufsgruppen (s. Ziffer 3.4).

Die Substitution vollzieht sich im Gegensatz zur Delegation nicht unter der Führungs- und Anordnungsverantwortung des Arztes und erlegt ihm auch keineswegs die Verantwortung für die Auswahl des richtigen Arbeitsadressaten auf. Vielmehr setzt die Substitution die Schaffung arztnaher Berufsgruppen voraus, die bislang vom Arzt selbst wahrgenommene Tätigkeiten nunmehr eigenverantwortlich übernehmen. Bei der Beurteilung der Eignung der Substitution für die angestrebte Rückführung der ärztlichen Arbeitskraft auf ärztliche Kernkompetenzen muss aber als oberste Maxime der Ausschluss jeglicher zusätzlicher Risiken für den Patienten durch die Tätigkeit dieser Berufsgruppen gelten.

### 3.2

Die Bereitschaft der Krankenhäuser, diese „Neuallokation von Tätigkeiten“ zu erproben, ist bemerkenswert: In 19 Prozent der Krankenhäuser wird eine neue Aufgabenverteilung zwischen Ärzten und anderen Berufsgruppen erprobt oder zumindest geplant.

Der Grad der Bereitschaft der Krankenhäuser hierzu wächst offensichtlich mit der Krankenhausgröße: 39 Prozent der Krankenhäuser ab 600 Betten erproben oder planen eine solche neue Aufgabenverteilung, bei Krankenhäusern in einer Größenordnung von 50 bis 300 Betten tun dies lediglich 14 Prozent (12).

### 3.3 Substitution arztnaher Tätigkeiten

Unterzieht man die derzeit diskutierten Vorschläge hinsichtlich nichtärztlicher Berufsgruppen, denen erfahrungsgemäß bislang dem ärztlichen Bereich zugeordnete, im engeren Sinne aber arztnahe Tätigkeiten übertragen werden können, einer Überprüfung, dann verbleiben aus Sicht des VLK folgende Optionen:

Stationssekretäre/Stationsassistenten, medizinische Dokumentationsassistenten und Case-Manager erscheinen geeignet, arztnahe Tätigkeiten eigenverantwortlich zu übernehmen.



- Stationssekretär/Stationsassistent
- Medizinischer Dokumentationsassistent
- Case-Manager.

Nachfolgend sollen die vorstehend aufgeführten Berufsgruppen-Vorschläge, die geeignet erscheinen, arztnahe Tätigkeiten eigenverantwortlich zu übernehmen, von ihrem Arbeitsinhalt kurz skizziert und vom Ausbildungsinhalt erläutert werden.

#### 3.3.1 Stationssekretär/Stationsassistent

Arbeitsinhalt:

■ Sekretariatsarbeiten (Telefonate, Schreibearbeiten, stationsbezogene Aktenführung).

Ausbildungsinhalt:

■ Ausbildung zum medizinischen Fachangestellten.

#### 3.3.2 Medizinischer Dokumentationsassistent

Arbeitsinhalt:

■ ICD-, OPS- und DRG-Codierung.

Ausbildungsinhalt:

■ Aus- beziehungsweise Weiterbildung zur Medizinischen Codierfachkraft (ohne staatliches Curriculum)

■ Als Grundlage eignet sich ein Heil- und Pflegeberuf.

#### 3.3.3 Case-Manager

Arbeitsinhalt:

■ Bettenplanung, fallbezogene Ablaufoptimierung, Entlassungsmanagement.

Ausbildungsinhalt:

■ Krankenhausindividuelle Weiterbildungsgänge ohne staatlich festgelegtes Curriculum

■ Grundlagenberuf: vorzugsweise aus dem Krankenpflegebereich.

### 3.4 Substitution ärztlicher Tätigkeiten

#### 3.4.1

Im Rahmen der Neuordnung ärztlicher Tätigkeiten wird neben der Delegation (siehe Ziffer 2) und der Substitution arztnaher Tätigkeiten (siehe Ziffer 3.3) aktuell auch die Substitution ärztlicher Tätigkeiten als Möglichkeit diskutiert, ärztliche Arbeitskraft auf die Kernkompetenzen zurückzuführen.

Hierunter wird die eigenverantwortliche Verlagerung ärztlicher Tätigkeiten auf nicht ärztliche Berufsgruppen verstanden. Die Sinnhaftigkeit und Rechtskongruenz dieser Maßnahme ist umstritten, weil durch die Übertragung an sich ärztlicher Tätigkeiten auf nichtärztliche Berufsgruppen in deren eigene Verantwortung möglicherweise das Gefährdungspotenzial für den Patienten erhöht wird.

#### 3.4.2

Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen beleuchtet in seinem Jahresgutachten 2007 die Möglichkeit einer völlig eigenständigen Ausführung bestimmter ärztlicher Tätigkeiten durch andere Berufsgruppen. Als Ergebnis einer Recherche zählt er als hierfür denkbare, zu diskutierende Leistungsfelder die Verordnung von Heil- und Hilfsmitteln, die Folgeverordnungen von Medikamenten für chronisch Kranke, die Einweisungsrechte für bestimmte Patientengruppen und den Verzicht auf die ärztliche Überweisung zugunsten eines direkten Zuges von Patienten zu bestimmten Leistungserbringern auf (13).

Diese Aussage des Sachverständigenrates bezieht sich augenscheinlich auf den vertragsärztlichen Bereich. Eine

abschließende Wertung dieses Vorschlages der Substitution ärztlicher Tätigkeiten an nichtärztliche Berufsgruppen durch den VLK erfolgt an dieser Stelle deshalb nicht. Gleichwohl bezieht der VLK hierzu eine kritische Grundhaltung.

### 3.4.3

Für den Bereich der stationären Versorgung wird die Substitution ärztlicher Tätigkeiten durch nichtärztliche, eigenverantwortlich handelnde Berufsgruppen ebenfalls aktuell diskutiert.

Dabei umfasst deren Tätigkeitsfeld überwiegend pflegerische Tätigkeiten, im Einzelfall aber auch Tätigkeiten als zweite beziehungsweise dritte Assistenz, zum Beispiel bei chirurgischen Eingriffen. Dies darf aus VLK-Sicht auf gar keinen Fall zu einer eigenverantwortlichen Übernahme operativer Teilschritte durch diese Berufsgruppe führen, da diese entsprechend den Ausführungen in Kapitel 2.4 dieses Positionspapiers zu den originären ärztlichen Tätigkeiten zählen.

Die gleiche kritische Wertung durch den VLK erfährt der Vorschlag, die Substitution ärztlicher Tätigkeiten im Sinne der Narkoseführung durch nichtärztliches Personal eigenverantwortlich vornehmen zu lassen. Der VLK schließt sich hinsichtlich dieses Aspektes der Entschließung der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGAI) und des Berufsverbandes Deutscher Anästhesisten (BDA) vom 26. 10. 2007/8. 11. 2007 an (14).

## 4. Schlussbetrachtung

### 4.1

Das vorliegende Positionspapier verdeutlicht, dass aus Sicht des VLK die Delegation und die Substitution arztnaher Tätigkeiten durchaus einen wesentlichen Beitrag zur Prozessoptimierung im Bereich der stationären Versorgung leisten können: Mit Augenmaß angewendet und auf die individuelle Krankenhausituation zugeschnitten, kann die Anwendung beider Maßnahmen zur Entlastung der Ärzte und zur Verbesserung der Arbeitsabläufe beitragen. Beides ist vorteilhaft für die Patienten

und die ärztlichen Mitarbeiter. Aber auch nur dann, wenn dadurch das Gefährdungspotenzial nicht vergrößert wird und die Versorgungsqualität zumindest auf gleich hohem Niveau gehalten werden kann.

### 4.2

Die Substitution ärztlicher Tätigkeiten an nichtärztliche Berufsgruppen bewirkt hingegen nach Einschätzung des VLK aus den in Ziffer 3.4.3 dargelegten Gründen diese Vorteile nicht. Sie wird deshalb vom VLK mit großer Skepsis betrachtet. Auch der Verweis auf andere Staaten, in denen die Substitution ärztlicher Tätigkeiten durch nichtärztliche Berufsgruppen eigenverantwortlich praktiziert wird, kann in diesem Zusammenhang nicht überzeugen, da dort in der Regel andere Ausbildungsvoraussetzungen und andere tatsächliche und rechtliche Verhältnisse vorherrschen.

### 4.3

Inwieweit sich durch die Delegation und die Substitution arztnaher Tätigkeiten betriebswirtschaftlich und medizinisch positive Effekte im Sinne einer Qualitätssteigerung und Kostenreduzierung ergeben, kann nicht pauschal festgestellt werden. Dies bedarf einer umfassenden Bewertung der durch die jeweilige Neuordnung gewonnenen zusätzlichen ärztlichen Arbeitskraft vor dem Hintergrund höherer Kosten für die zu gewinnenden Mitarbeiter neuer Berufsgruppen oder die in diesem Zusammenhang notwendige Höherqualifizierung vorhandenen Personals im Einzelfall. Als „zu kurz gesprungen“ ist aus VLK-Sicht jedenfalls die Überlegung, im Zusammenhang mit Delegation und Substitution arztnaher Tätigkeiten zu schaffende zusätzliche Personalstellen gegen den vorhandenen ärztlichen Stellenplan aufzurechnen. Dies wäre im Sinne einer qualifizierten Patientenversorgung kontraproduktiv.

### 4.4

Nach Einschätzung des VLK wird durch eine sachgerechte Anwendung von Delegation und Substitution arztnaher Tätigkeiten die damit einhergehende Rückführung der ärztlichen Arbeitskraft auf die ärztlichen Kernkompetenzen die Attraktivität des Arztberufes wesentlich

steigern. Zudem wird die Motivation der ärztlichen Mitarbeiter – wie auch der übrigen Krankenhausmitarbeiter – weiter wachsen.

Im Ergebnis ist nach Einschätzung des VLK deshalb davon auszugehen, dass vor allem eine sachgerechte Delegation und Substitution arztnaher Tätigkeiten mit dazu beitragen wird, die Attraktivität des Arztberufes zu steigern, die Schwundquote der Studierenden der Humanmedizin durch Wechsel des Studienfaches oder Ergreifen eines paramedizinischen Berufes deutlich zu senken und damit letztlich sicherzustellen, dass auch in Zukunft in Deutschland genügend qualifizierte Ärzte zur Verfügung stehen, um eine qualitativ hochstehende ärztliche Versorgung zu gewährleisten.

\* Wegen der besseren Lesbarkeit wird im Text auf den Geschlechter differenzierenden Begriff „Ärztinnen/Ärzte“ verzichtet.

#### Literaturverzeichnis:

- 1) Deutsche Krankenhausgesellschaft: Zahlen, Daten, Fakten 2007. Berlin, 2007, S. 14 und S. 70
- 2) Guth, C. B.: Hohe Produktivität und zufriedene Patienten. *Arzt und Krankenhaus*, 81.2008, S.10 f.
- 3) Rostar, J.: Arbeitszeit der Krankenhausärzte in Deutschland. *Deutsches Ärzteblatt*, 104/2007, S. 2137
- 4) Blum, K.; Müller, U.: Dokumentationsaufwand im Ärztlichen Dienst der Krankenhäuser, Düsseldorf, DKVG, 2003, S. 8
- 5) Deutsches Krankenhausinstitut: Krankenhausbarometer; Umfrage 2006. Düsseldorf, 2006, S. 60
- 6) Deutsches Krankenhausinstitut: Krankenhausbarometer; Umfrage 2007. Düsseldorf, 2007, S. 68
- 7) Weiser, H.-F.: Originäre ärztliche Tätigkeiten sind nicht delegierbar. *Die Schwester/Der Pfleger*, 47.2008, S. 27
- 8) Deutsches Krankenhausinstitut: Krankenhausbarometer; Umfrage 2007. Düsseldorf, 2007, S. 36
- 9) Müller, N. H.: Delegation braucht definierte Rahmenbedingungen. *Arzt und Krankenhaus*, 80. 2007, S. 361
- 10) Weiser, H.-F.: Originäre ärztliche Tätigkeiten sind nicht delegierbar. *Die Schwester/Der Pfleger*, 47.2008, S. 27
- 11) Verband der Pflegedirektorinnen und Pflegedirektoren der Universitätskliniken in Deutschland: Übernahme ärztlicher Tätigkeiten. 2007, S. 16 ff.
- 12) Deutsches Krankenhausinstitut: Krankenhausbarometer; Umfrage 2007. Düsseldorf, 2007, S. 38
- 13) Sachverständigenrat zur Begutachtung und Entwicklung im Gesundheitswesen: Kooperation und Verantwortung; Kurzfassung des Jahresgutachtens 2007, S. 21
- 14) Aken, H. van; Landauer, B.: Ärztliche Kernkompetenzen und Delegation in der Anästhesie. *Anaesthesist*, 2007, S. 1273 ff.

#### Anschrift des Verfassers:

Diplom-Volkswirt Gerd Norden  
Hauptgeschäftsführer des  
Verbandes der Leitenden Krankenhausärzte  
Deutschlands e.V.  
Tersteegenstraße 9, 49474 Düsseldorf