

Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin e.V. (DGAI) und des Berufsverbandes Deutscher Anästhesisten e.V. (BDA)

- **zu dem Beschluss des 120. Deutschen Ärztetages zur Einführung von Physician Assistants und**
- **zu der Publikation im Deutschen Ärzteblatt (Jg. 114/Heft 22-23/5. Juni 2017, Seite A1106)**

Der 120. Deutsche Ärztetag 2017 hat die grundsätzliche Einführung sogenannter Physician Assistants (PA) beschlossen. Grundlage dieses Beschlusses war das Dokument der BÄK und der KBV „Physician Assistant – Ein neuer Beruf im deutschen Gesundheitswesen“¹.

Danach werden die PAs verschiedene Kompetenzen erlernen, die sie im Wege der Delegation je nach definierter Kompetenzebene mehr oder weniger selbstständig anwenden dürfen. In der Anästhesie sollen hierzu gehören u.a.:

- Einleitung von Narkosen (ohne Handlungskompetenz) (2)
- Intubation ohne erhöhtes Komplikationsrisiko (3 a) (unter Anleitung und Überwachung)
- Überwachung von Narkosen ohne erhöhtes Komplikationsrisiko (3 a) (unter Anleitung und Überwachung).

Hierzu hat das Deutsche Ärzteblatt einen Artikel² publiziert, in dem fälschlicherweise zu den Aufgaben der Physician Assistants das Einleiten von Narkosen gezählt wird. Diese Kompetenz ist jedoch eindeutig Kompetenzebene 2 (Handlungs- und Begründungswissen: Die Absolventen können Sachverhalte und Zusammenhänge erklären, in den klinisch-wissenschaftlichen Kontext einordnen und datenbasiert bewerten) zugeordnet, die nur Wissen, aber keine Handlungskompetenz beinhaltet.

Unabhängig von dieser fehlerhaften Berichterstattung sind die unter Anleitung und Überwachung selbstständige Durchführung von Intubationen und die Überwachung von Narkosen (jeweils ohne erhöhtes Komplikationsrisiko) durch PA aus fachlicher und rechtlicher Sicht nicht zu akzeptieren und widersprechen im Übrigen dem Inhalt der Anlage zu dem entsprechenden Beschluss des Deutschen Ärztetages.

Dort wird auf Seite 7 richtigerweise ausgeführt, dass „der Arzt Leistungen, die er aufgrund der erforderlichen besonderen Fachkenntnisse nur höchstpersönlich erbringen kann, nicht delegieren (darf). Dies sind solche Leistungen oder Teilleistungen, die der Arzt wegen ihrer Schwierigkeit, ihrer Gefährlichkeit für den Patienten oder wegen der Unvorhersehbarkeit etwaiger Reaktionen unter Einsatz seiner spezifischen Fachkenntnis und Erfahrung höchstpersönlich erbringen muss. Dazu gehören die Anamnese, die Indikationsstellung, die Untersuchung des Patienten einschließlich invasiver diagnostischer Leistungen, das **Stellen der Diagnose**, die Aufklärung und die Beratung des Patienten, die **Entscheidung über die Therapie** und die Durchführung invasiver Therapien einschließlich der Kernleistungen operativer Eingriffe“.

Gleichfalls ist in den Grundsätzen der BÄK und der KBV vom 29.08.2008 zur „Persönlichen Leistungserbringung und den Möglichkeiten und Grenzen der Delegation ärztlicher Leistungen“³, auf die sich der aktuelle Beschluss des DÄT bezieht, eindeutig formuliert, dass „eine Delegation der Anästhesie oder einzelner Phasen der Anästhesie (Vorbereitung, Einleitung, Führung/Aufrechterhaltung, Ausleitung) an nichtärztliche Mitarbeiter ... nicht in Betracht (kommt). Diese Grundsätze beziehen sich in diesem Fall auf die „Entschließung zur Kernkompetenz und Delegation in der Anästhesie“ aus 2007⁴ von DGAI und BDA.

In dieser Entschließung, die unter Beteiligung namhafter Juristen wie den Profs. Spickhoff und Ulsenheimer erarbeitet wurde, wird hierzu ausgeführt:

„Die Anästhesieführung verlangt **ständige Diagnose- und Therapieentscheidungen**, für die spezifisch- ärztlich anästhesiologische Kenntnisse, Fertigkeiten und Erfahrungen unabdingbar sind und die in fortlaufender, interdisziplinärer Abstimmung mit dem den Eingriff durchführenden Arzt erfolgt. Diese Aufgaben gehören zum Kernbereich ärztlicher Tätigkeit und schließen eine Delegation aus.

Delegierbar ist allenfalls die reine Überwachung eines Patienten unter strikter Beachtung der EntschlieÙung zu Zulässigkeit und Grenzen der Parallelverfahren in der Anästhesiologie (Anästhlntensivmed 1989; 30:56-57; Anästhl Intensivmed 2007; 48:223-229)^{5/6}.“

Danach ist eine Überwachung des Patienten zwar delegierbar, aber nur im vom Anästhesisten geprüften Einzelfall, also nicht generell, und nur in unkomplizierten Fällen.

Der Begriff „unkompliziert“ beinhaltet in diesem Zusammenhang nicht nur das Fehlen besonderer Risikofaktoren im Hinblick auf den Patienten, sondern auch in Bezug auf das geplante operative Vorgehen und/oder das Anästhesieverfahren. Weiter einschränkend heißt es in der genannten EntschlieÙung, bezogen auf die mit der Überwachung im Einzelfall beauftragte Anästhesiepflegekraft in den sie betreffenden Gliederungspunkten:

„1.2 Die mit Überwachungsfunktionen betraute Anästhesiepflegekraft muss über die erforderlichen Kenntnisse und Erfahrungen verfügen und darüber hinaus über die besonderen medizinischen Umstände des Einzelfalles ausreichend unterrichtet sein.

1.4 Es ist klarzustellen, dass die Anästhesiepflegekraft im Rahmen ihrer Überwachungsfunktion keinerlei Handlungs- und Entscheidungskompetenz besitzt, abweichend von konkret festgelegten Regeln die Einstellung des Respirators oder die Zufuhr von Narkosegasen bzw. -dämpfen zu verändern, von sich aus intravenöse Narkosemittel, Muskelrelaxantien, Kreislaufmittel u. a. zu geben, ohne hierzu eine ärztliche Entscheidung im Einzelfall herbeigeführt zu haben. Die Anästhesiepflegekraft ist ebenso wenig berechtigt, ohne ausdrückliche ärztliche Anordnung eine Bluttransfusion durchzuführen oder Blutersatzmittel zu verabfolgen.

1.5 Die enge Weisungsabhängigkeit der Anästhesiepflegekraft setzt voraus, dass der für das Anästhesieverfahren verantwortliche Anästhesist sich in unmittelbarer Nähe des Geschehens aufhält und stets verfügbar bleibt, um unverzüglich die Leitung der Narkose übernehmen zu können.

1.6 Während der Einleitung und Ausleitung des Anästhesieverfahrens muss der Anästhesist unmittelbar zugegen sein.“

Die Intubation ist schon deshalb nicht delegationsfähig, weil es keine risikoarme Intubation gibt. Es gibt anatomische Verhältnisse, die eine schwierige Intubation erwarten lassen, aber es gibt keine anatomischen Voraussetzungen, die eine unkomplizierte Intubation gewährleisten. Atemwegsprobleme im Zusammenhang mit der Intubation – eventuell auch „nur“ in Form der nicht rechtzeitig erkannten Fehlintubation – gehören zu den großen Gefahren und Risiken einer Intubation. Ihnen – rechtzeitig – zu begegnen, setzt ärztliches Wissen und Können voraus. Nach einer großen Studie aus Baden-Württemberg, „Major incidents and complications in otherwise healthy patients undergoing elective procedures“ publiziert im British Journal of Anaesthesia⁷ gehören Atemwegsprobleme zu den häufigsten Ursachen von Mortalität und schweren bleibenden Schädigungen. Es wurde festgestellt, dass bei mindestens einem von 140.000 Patienten (7,3 / 1.000.000), bei denen eine geplante Operation durchgeführt wird und bei denen keine besonderen Risikofaktoren vorliegen (ASA I/II), zu einem schweren Zwischenfall – Tod oder permanenter Dauerschaden - kommt, der auf die Anästhesie zurückzuführen ist. Bei 90% dieser Zwischenfälle handelte es sich um Intubationsprobleme.

Es ist daher unbedingt erforderlich, den Kompetenzkatalog für die PA an den entsprechenden Stellen zu korrigieren und die Kompetenzen „Intubation ohne erhöhtes Komplikationsrisiko“ und „Überwachung von Narkosen ohne erhöhtes Komplikationsrisiko“ entweder komplett zu streichen oder in geeigneter Form den Kompetenzebenen 1 „Faktenwissen“ oder 2 „Handlungs- und Begründungswissen“ zuzuordnen.

Offen steht dem PA indes die Mitwirkung bei minimalen und moderaten (Analgo-)Sedierungen – Risikopatienten ausgenommen – und die Überwachung von Regionalanästhesieverfahren, sofern nicht das Verfahren und/oder der spezielle Eingriff erfahrungsgemäß mit einer Beeinträchtigung vitaler Funktionen einhergehen können – z. B. bei rückenmarksnahen Regionalanästhesien bzw. bei Eingriffen, die in der Regel eine Volumenssubstitution erforderlich machen.

Literatur

(1) 120. Deutscher Ärztetag Freiburg, 23. bis 26. Mai 2017, Beschlussprotokoll, Anlage zu DRs. Lb-08; http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/120.DAET/120DaetBeschlussProt_2017-05-26.pdf

(2) Deutsches Ärzteblatt (Jg. 114/Heft 22-23/5. Juni 2017, Seite A1106)

(3) Persönliche Leistungserbringung – Möglichkeiten und Grenzen der Delegation ärztlicher Leistungen, Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung, Stand: 29.08.2008 http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/Empfehlungen_Persoенliche_Leistungserbringung.pdf, Abruf am 14.10.2015

(4) Ärztliche Kernkompetenz und Delegation in der Anästhesie, Entschließung der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin e.V. und des Berufsverbandes Deutscher Anästhesisten e.V. vom 26.10.2007 / 08.11.2007; Anästh. Intensivmed. 48 (2007) 712 – 714.

(5/6) Entschließung zu Zulässigkeit und Grenzen der Parallelverfahren in der Anästhesiologie (AnästhIntensivmed 1989; 30:56-57; Anästh Intensivmed 2007; 48:223-229)

(7) Schiff JH, Welker A, Fohr B, Henn-Bellharz A, Bothner U, Van Aken H, Schleppers A, Baldering HJ, Heinrichs W. Major incidents and complications in otherwise healthy patients undergoing elective procedures. Brit J Anaesth 2014

Nürnberg, 09.06.2017