

## Delegation ärztlicher Leistungen

### Delegation oberärztlicher Aufgaben auf Fachärzte und ärztlicher Aufgaben auf nichtärztliches Personal

#### I. Problemeinführung

Die umfassende Versorgung des Patienten im Krankenhaus wird durch das Zusammenwirken von ärztlichem, pflegerischem und medizinisch-technischem Personal gewährleistet. Der Klinikbetrieb muss „so organisiert sein (...), dass unmittelbar vor, nach und während der Behandlung eine Gefährdung des Patienten ausgeschlossen ist“<sup>1</sup>. Der reibungslose Ablauf dieses Zusammenwirkens stellt hohe Anforderungen an die Organisation und Arbeitsteilung innerhalb des Krankenhauses. Diese Anforderungen bestimmen auch die Lösung der zu erörternden Probleme.

Die im Titel der Veranstaltung aufgeworfenen Fragen sind teils sehr alt (Arbeitsteilung und Organisation), teils brennend aktuell. Zu den letzteren gehört die Frage, ob originär ärztliche Aufgaben auf speziell ausgebildetes nichtärztliches Personal übertragen werden dürfen und ob eine hinreichende Organisation der Klinik ohne Oberärzte möglich ist. Je nach Antwort kann das Ergebnis einen totalen Umbruch in der Kliniklandschaft und noch mehr innerhalb der einzelnen Klinik bewirken.

#### II. Brauchen wir noch Oberärzte?

##### Problemaufriss

Die auf den ersten Blick verblüffende Frage wäre vor einem Jahr noch undenkbar und unfragbar gewesen. Sie verdankt ihr Entstehen den jüngsten Tarifverhandlungen, die zwei Tarifstufen für Oberärzte festlegte, ohne den Oberarzt zu definieren und seine Aufgaben hinreichend zu beschreiben und festzulegen. Das benutzten anfangs nicht wenige Klinikträger dazu, bisherige Oberärzte de facto zu Fachärzten herabzustufen. Mittlerweile hat sich die Lage etwas entspannt, aber nicht überall in Deutschland und insbesondere nicht überall in Sachsen.

*Ältere Rechtsprechung und Literatur*  
Mit dieser Fragestellung konfrontiert, bemerkt der Jurist, dass der Oberarzt im älteren juristischen und weithin auch dem medizinischen Schrifttum sowie in der Rechtsprechung kaum präsent ist: der Oberarzt, das unbekannte Wesen. Und wo uns herkömmlich der Oberarzt begegnet, da eher in seiner Bedeutung als operierender Arzt, als Spezialist, denn als notwendige Organisationsebene in der Klinik. Jedenfalls steht dieser Gesichtspunkt nie im Mittelpunkt der Entscheidung. Die einschlägigen Urteile betreffen generell die Gynäkologie und die Anästhesiologie, nicht selten beide zusammen.

Zwei Urteile betreffen die unterlassene Herbeiziehung von Oberärzten durch Assistenzärzte. „Eine Anästhesistin, die kurz vor der Facharztprüfung steht, handelt grob fahrlässig, wenn sie nach zwei vergeblichen Intubationsversuchen statt den Oberarzt lediglich einen Assistenzarzt herbeiruft.“<sup>2</sup> In einem anderen Fall behandelten zwei Assistenzärzte ein Neugeborenes fehlerhaft, ohne zu warten, bis der zu Hause in Rufbereitschaft stehende Oberarzt eintraf<sup>3</sup>.

Hinzu kommen verwaltungsgerichtliche Urteile, die sich mit Umsetzungen von beamteten Oberärzten beschäftigten und durch die Besonderheiten des Beamtenrechts geprägt sind. Demzufolge hatte und hat der beamtete Oberarzt – in aller Regel C-2 oder C-3-Professor – einen Anspruch auf „amtsgemäße“ Beschäftigung im statusrechtlichen und abstrakt-funktionellen Sinne. Wie aber die Aufgaben der Oberärzte umschrieben sind, bleibt in den Urteilen extrem vage: „Die Leitung von operativen Eingriffen und von Geburten ... stellt damit einen Aufgabenbereich dar, der für einen Oberarzt typisch und amtsgemäß ist.“<sup>4</sup> Konkreter wurde der VGH Mannheim, der vom „Umfang seiner Vorgesetztenfunktion, Leitungsaufgaben, Beförderungsmöglichkeiten oder einem etwaigen gesellschaftlichen Ansehen“ ausging. Ein strafgerichtliches Urteil gar sprach nur von „Aufgaben der öffentlichen Verwaltung“, die ein Oberarzt wahr-

nimmt. Das alles genügt bei weitem nicht den Anforderungen der aktuellen Problemlage.

„Selbständig operierende Fachärzte oder Oberärzte tragen die Verantwortung für die Behandlung und haften insoweit alleine, besonders dann, wenn sie sich auf bestimmte Operationstechniken spezialisiert haben, die generell in der Klinik nur von ihnen durchgeführt werden“<sup>5</sup>. Diese Textpassage habe ich vor einem Jahr während des Forums für Intensivmedizin und Intensivpflege in Bad Godesberg vorgetragen. Und noch eine weitere, die für uns heute von größerem Interesse ist:

Dem leitenden Arzt (Chefarzt) obliegt die Fachaufsicht über den nachgeordneten ärztlichen Dienst. Er hat bei der Auswahl und dem Einsatz von nachgeordnetem Personal auf dessen Qualifikation zu achten und es laufend, durch regelmäßige Visiten, zu überwachen. Das gilt – bezüglich der Auswahl – für den Einsatz von Oberärzten ebenso wie für den von Fachärzten und von noch nicht hinreichend qualifizierten Assistenzärzten. Die Kontrolle der Oberärzte wird nur bei begründeten Anlässen erforderlich sein. Andererseits können sie wiederum an der Kontrolle und Anleitung der Fach- und Assistenzärzte beteiligt werden, für deren Ausbildung sie auch weithin verantwortlich sind.“

Belegt habe ich meine Äußerungen im Übrigen nicht, weil es keine Belege gab.

##### Ältere tarif- und arbeitsrechtliche Situation

Vor den aktuellen Tarifverträgen galt der BAT. Er definierte indessen die Begriffe „Leitender Oberarzt“, „Oberarzt“ oder auch „Assistenzarzt“ in keiner Weise<sup>6</sup>. Wohl aber fanden und finden alle Begriffe im klinischen Alltag ständige Anwendung. Vielfach wurden erfahrene Fachärzte von Krankenhausträgern durch förmliche Urkunden zum „Oberarzt“ ernannt, obwohl diese Bezeichnung unter Geltung des BAT eine reine Phantasiebezeichnung ohne tarifrechtliche Bedeutung war. Ein Bewährungsaufstieg durch Zeitablauf war möglich.

*Aktuelle Rechtslage*

Der „Tarifvertrag für die Ärztinnen und Ärzte an kommunalen Krankenhäusern im Bereich der Vereinigung der kommunalen Arbeitgeberverbände (TV-Ärzte/VKA)“ sieht zwei Entgeltgruppen für den Oberarzt (III) und den Leitenden Oberarzt (IV) vor, aber es ist fraglich, ob diese Entgeltgruppen für alle Oberärzte alten Rechts gelten. Da die Krankenhausträger früher eher großzügig mit der Verleihung des Titels „Oberarzt“ umgegangen sind, stehen wir heute vor dem Problem, wie nunmehr diese Oberärzte einzuordnen sind. Dabei sind zwei Fragen zu unterscheiden: 1. Bleibt den Ärzten der Titel? Und 2. werden sie als Oberärzte bezahlt? Die erste Frage beantwortet sich so leicht wie die zweite schwer.

Das Problem wurde von den Tarifvertragsparteien bei den Verhandlungen durchaus gesehen und zumindest ihrer Ansicht nach gelöst: „Die Tarifvertragsparteien gehen davon aus, dass Ärzte, die am 31. 7. 2006 die Bezeichnung „Oberärztin/Oberarzt“ führen, ohne die Voraussetzungen für eine Eingruppierung als Oberärztin/Oberarzt nach § 16 TV-Ärzte/VKA zu erfüllen, die Berechtigung zur Führung ihrer bisherigen Bezeichnung nicht verlieren. Eine Eingruppierung in die Entgeltgruppe III ist hiermit nicht verbunden.“<sup>7</sup>

Folglich wird es in Zukunft „Titular-Oberärzte“ geben, die nach der Entgeltgruppe II bezahlt werden. In dieser Gruppe wird die Unzufriedenheit und demzufolge die Klagebereitschaft groß sein. Dieses Problem ist dem Marburger Bund bewusst. Er hat es in den Tarifverhandlungen mit der VKA verursacht und sogar in Kauf genommen<sup>8</sup>. Nach Aussage des Marburger Bundes war ein besseres Ergebnis in den Verhandlungen nicht zu erzielen. Das klingt plausibel, ändert aber nichts an der Verärgerung der betroffenen Ärzte. Erfolg vor den Arbeitsgerichten ist dieser Gruppe aber eher nicht zu prognostizieren<sup>9</sup>.

Größeren Erfolg vor Gericht dürften hingegen die Oberärzte haben, die die Funktion eines Oberarztes ausfüllen, aber von ihren Arbeitgebern nicht nach der einschlägigen Entgelt-

gruppe besoldet werden. Dass es sich bei dem Krankenhaus ohne Oberarzt nicht nur um ein unrealistisches Schreckgespenst handelt, ergibt sich alleine daraus, dass es in Nordrhein-Westfalen bereits Kliniken gibt, die oberarztfrei sind, was jedenfalls oberhalb der Ebene sehr kleiner Häuser von der Sache her nicht vorstellbar ist. Am Universitätsklinikum Leipzig gibt es Oberärzte, die die Funktionen ausüben, aber tarifrechtlich nicht so behandelt werden.

Das Problem liegt auch hier wiederum in dem zwischen den Vertragsparteien ausgehandelten Text und seinen Motiven. Die einschlägige offizielle Protokollerklärung von VKA und Marburger Bund lautet: „Oberarzt ist derjenige Arzt, dem die medizinische Verantwortung für selbstständige Teil- oder Funktionsbereiche der Klinik oder Abteilung vom Arbeitgeber ausdrücklich übertragen worden ist.“<sup>10</sup>

Schwierigkeiten in der Auslegung bereiten die Begriffe „selbständig“ und „vom Arbeitgeber ausdrücklich übertragen“. Das Merkmal „selbständig“ bedeutet in der negativen Abgrenzung nicht, dass es sich um weisungsfreie Tätigkeit handelt. Die gibt es nämlich auf der Ebene unterhalb des Chefarztes nicht, und eine solche Interpretation würde immer dazu führen, dass wir per definitionem keinen Oberarzt mehr haben. Das ist aber mit dieser Formulierung nicht gemeint<sup>11</sup>. Eine griffige positive Definition fehlt. Entscheidend für das Merkmal „selbständig“ ist daher eine wertende Gesamtschau aller Kriterien im individuellen Einzelfall<sup>12</sup>. Dazu gehören besondere, durch langjährige Erfahrung erworbene medizinische Kompetenz, organisatorische Eigenständigkeit und ein besonderer Auftritt nach außen durch die Klinik<sup>13</sup>.

In der Charité sind kürzlich differenziertere Merkmale für die Eingruppierung von Oberärzten in einer Universitätsklinik herausgearbeitet worden: Notwendige Voraussetzungen sind Facharztanerkennung und soziale Kompetenz. Hinzukommen bestimmte Hauptkriterien: fachliche Aufsicht über Assistenz- und Fachärzte, Be-

reichsverantwortung, herausgehobene klinische Kompetenz und wissenschaftliche Qualifikation. Als Hilfskriterien sind noch Organisationsverantwortung, Ausbildungsfunktion und Hintergrunddienst heranzuziehen. Die herausgehobene medizinische Kompetenz setzt in aller Regel langjährige klinische Erfahrung als Facharzt voraus.

Die notwendigen Voraussetzungen müssen vorliegen. Erfüllt ein Arzt sämtliche Hauptkriterien, ist er zweifelsfrei als Oberarzt einzustufen. Weist ein Arzt nicht alle Hauptkriterien auf, ist er trotzdem Oberarzt, wenn zusätzliche Hilfskriterien erfüllt sind<sup>14</sup>. Auch wenn die wissenschaftliche Qualifikation außerhalb der Universitätsklinik keine so herausragende Rolle spielt, sind die übrigen Kriterien auch für andere Krankenhäuser grundsätzlich brauchbar. Wieweit dieser Versuch dem Selbstverständnis in der gesamten Medizin entspricht und allseits Anerkennung finden wird, ist zur Zeit noch offen.

Missbrauchsmöglichkeiten eröffnet der Satzteil „vom Arbeitgeber ausdrücklich übertragen“. Diese Formulierung soll die schleichende Bildung von selbständigen Teil- oder Funktionsbereichen verhindern. Die ausdrückliche Übertragung muss dabei allerdings nicht unbedingt vom Klinikträger vorgenommen werden. Er kann diese Aufgabe vielmehr dem Chefarzt delegieren und wird es regelmäßig aus sachlichen Gründen auch tun müssen.

Die Formulierung verleitet aber wohl auch Arbeitgeber dazu, keine ausdrückliche Übertragung der Aufgaben auszusprechen, um dadurch eine Höhergruppierung von Ärzten in die Entgeltgruppe III zu verhindern.

Um ein rechtlich zulässiges Vorgehen handelt es sich dabei indessen nicht. Erfüllt ein Arzt eine oder mehrere der oben genannten Aufgaben, ist er also Oberarzt im materiellen, nicht aber im formellen Sinne, so ist er auch besoldungsmäßig so einzuordnen. Es kommt insoweit nicht auf die juristische Form an, sondern auf die

Realstruktur. Dafür lassen sich zwei rechtliche Gesichtspunkte heranziehen, zum einen die ständige Rechtsprechung des BGH zur Rechtsfähigkeit der BGB-Gesellschaft, die dem eben genannten Grundsatz folgt, zum anderen der Gedanke des § 242 BGB, der ein widersprüchliches Verhalten (*venire contra factum proprium*) verbietet. Und der Klinikträger handelt widersprüchlich, der einerseits einschlägige Realstrukturen entstehen lässt und wohl auch entstehen lassen muss, aber andererseits nicht die dafür geschuldete Entgeltgruppe bezahlen will<sup>15</sup>.

Unzulässig wäre es auch, wenn der Klinikträger versuchte, die genannten Realstrukturen erst gar nicht entstehen zu lassen. Zumindest bei einem mittelgroßen Haus sind Oberärzte erforderlich, um den Standard zu gewährleisten, auf den die Patienten Anspruch haben. Der BGH hat einmal in der Nichtbesetzung von Funktionsstellen – insbesondere bezogen auf den Chefarzt – ein Organisationsverschulden des Klinikträgers gesehen<sup>16</sup>. Diese Rechtsprechung gilt selbstverständlich auch für den Oberarzt. Dieser Grundgedanke verbietet auch die totale Delegation von oberärztlichen Aufgaben auf dazu nicht qualifizierte Fachärzte.

### III. Die Delegation ärztlicher Aufgaben auf nichtärztliches Personal

Mein zweites Thema ist grundsätzlich viel älter, hat aber in jüngster Zeit erhebliches Aufsehen dadurch erlangt, dass ein großer privater Klinikbetreiber versucht hat, ärztliche Aufgaben im Bereich der Anästhesie auf eigens dazu ausgebildetes Personal zu delegieren. Ein tragischer Zwischenfall, möglicherweise aber auch der massive Widerstand der Berufsverbände, haben für den Moment zu einem Einlenken des Klinikträgers geführt. Dauerhaft dürfte das Thema aber von Bedeutung bleiben. Es spricht alles dafür, dass schon aus Kostengründen, möglicherweise aber auch aufgrund eines steigenden Ärztemangels, mit weiteren Versuchen dieser Art zu rechnen ist. Aus Wirtschaftlichkeitsgründen

wird dieser Ausweg auch von der Politik verstärkt in Erwägung gezogen<sup>17</sup>. Doch auch einzelne Verbände des Pflegepersonals drängen in diesen vermeintlichen Markt<sup>18</sup>.

#### *Facharztstandard, Delegation ärztlicher Aufgaben*

Der Patient, der sich in die Klinik begeben hat, hat nach ständiger Rechtsprechung des BGH einen Anspruch auf ärztliche Behandlung nach dem Facharztstandard. Assistenzärzte, die diesen Standard nicht aufweisen, sind so zu überwachen und anzuleiten, dass der Facharztstandard dennoch gewährleistet ist<sup>19</sup>.

Der Anspruch auf ärztliche Behandlung bedeutet aber keineswegs, dass der Arzt jeden Handgriff selbst vornehmen muss. Vielmehr sind bestimmte (Hilfs-)Tätigkeiten delegierbar<sup>20</sup>. Insofern werden nicht delegationsfähige von generell delegationsfähigen Leistungen unterschieden. Hinzukommen im Einzelfall delegationsfähige Leistungen.

Nicht delegationsfähig sind Verrichtungen, die wegen ihrer Schwierigkeiten, ihrer Gefährlichkeit oder wegen der Unvorhersehbarkeit etwaiger Reaktionen ärztliches Fachwissen voraussetzen und deshalb vom Arzt persönlich durchzuführen sind. Hierzu zählen insbesondere Operationen, schwierige Injektionen, Infusionen und Blutentnahmen sowie ärztliche Untersuchungen, Diagnostik und die ärztliche Beratung des Patienten.

Zu den generell delegationsfähigen Aufgaben gehören unter anderem Laborleistungen, Dauerkatheterwechsel und der Wechsel einfacher Verbände, ebenso radiologische Leistungen. Die größten Probleme bereiten die im Einzelfall delegationsfähigen Leistungen, also Aufgaben, die nur im Einzelfall an nichtärztliche Mitarbeiter übertragen werden dürfen. Hierzu gehören insbesondere die Injektionen, Infusionen und Blutentnahmen. Der Arzt darf diese Aufgaben dann (im Einzelfall) übertragen, wenn sein persönliches Tätigwerden nach Art und Schwere des Krankheitsbildes oder des Eingriffs nicht erforderlich ist und der Mitarbeiter die nötige

Qualifikation, Zuverlässigkeit und Erfahrung aufweist<sup>21</sup>.

In der medizinischen Literatur wird immer wieder behauptet, die Rechtslage sei ungeklärt<sup>22</sup>. Ursache für diese Behauptung ist der Umstand, dass es keine gesetzliche Grundlage gibt, die festlegt, welche Arbeiten vom Arzt selbst durchgeführt werden müssen und welche allgemein oder auf bestimmte nichtärztliche Heilberufe übertragen werden dürfen<sup>23</sup>. Daraus darf aber nicht der Schluss gezogen werden, dass es eine unklare Rechtslage, eine Grauzone gäbe. Vielmehr greifen die allgemeinen medizinrechtlichen Regeln, die für diese Frage besagen, dass die medizinischen Vorgaben – wie auch sonst bei der Standardbestimmung – durch die Medizin festgelegt werden, durch die Übung der Ärzte einerseits und ihr folgend durch Leitlinien der Berufsverbände andererseits. Das Recht und insbesondere das Haftungsrecht haben die

Einhaltung der medizinischen Vorgaben zu kontrollieren, nicht Anforderungen zu konstruieren. Diese Aufgabe fällt auch der Ökonomie<sup>24</sup> und der Gesetzgebung nicht zu, die allenfalls Zweifelsfragen zu klären hat. Darauf beruhen auch die eingangs des zweiten Teils meines Vortrages wiedergegebenen Regeln.

In diesem Sinne wurden jüngst die Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGAI) sowie der Berufsverband Deutscher Anästhesisten (BDA) tätig. Grund dafür war der Einsatz Medizinischer Assistenten für Anästhesie (MAfA) in den Kliniken des Helios-Konzerns, der auf den planmäßigen Ersatz von Anästhesisten durch speziell qualifiziertes Pflegepersonal abzielte. Diese sollten insbesondere die Narkoseführung „in unkritischen Phasen“ übernehmen. Der zuständige Facharzt rotierte dann zwischen bis zu vier Operationssälen. Die Fachgesellschaft

ten haben in Übereinstimmung mit der ständigen Rechtsprechung des BGH festgelegt, dass die Narkoseführung eine ärztliche Aufgabe sei und Parallelnarkosen demzufolge unzulässig seien. Anästhesieverfahren dürfen grundsätzlich nur von Fachärzten oder von Assistenzärzten unter Aufsicht eines Facharztes vorgenommen werden, „wobei Blick- oder Rufkontakt bestehen muss“<sup>25</sup>.

Entsprechendes gilt für den Chirurgisch-Technischen Assistenten (CTA)<sup>26</sup>. Nur Hilfsleistungen, wie zum Beispiel das Hakenhalten während der Operation kann auf nichtärztliches Personal delegiert werden, wenn sich der verantwortliche operierende Arzt zuvor persönlich von der Qualifikation und Zuverlässigkeit des Mitarbeiters überzeugt hat<sup>27</sup>.

Werden diese medizinischen Vorgaben nicht eingehalten und ereignet sich ein Zwischenfall, so haftet sowohl der Arzt als auch der Klinikträger für Organisationsverschulden.

Ob auch das nichtärztliche Personal haftet, ist einzelfallbestimmt. Grundsätzlich haftet der anweisende Arzt für das nichtärztliche Personal. Das Pflegepersonal haftet selbst, wenn es sich nicht an die Grundregeln der Zusammenarbeit zwischen Arzt und Pflegepersonal hält. Diesen Regeln zufolge hat das Pflegepersonal etwa „beim Eintreten von Komplikationen den zuständigen Arzt zu verständigen und bis zu seinem Eintreffen eigene weitere Bemühungen einzustellen, wenn der Patient nicht akut gefährdet ist“<sup>28</sup>. Diesem Haftungsgrund kommt wohl in unserer Frage-

stellung weniger Bedeutung zu als dem zweiten. Befolgt das Pflegepersonal (telefonische) Anweisungen des Arztes, obwohl es erkennen kann, dass sie therapeutisch nicht geboten sind, so haftet es neben dem anweisenden Arzt selbst<sup>29</sup>. Davon ist bei dem geschilderten MAFa-Einsatz jedenfalls auszugehen.

#### IV. Schluss

Lassen Sie mich noch wenige Worte zum Schluss sagen. Die moderne Klinik braucht Oberärzte. Sie dürfen nicht lediglich als Kostenfaktor betrachtet werden, sondern sind ein wesentlicher Erfolgsfaktor. Ohne sie ist ein moderner Krankenhausbetrieb auf Dauer nicht aufrechtzuerhalten<sup>30</sup>.

Vergleichbares gilt für die Übertragung originärer ärztlicher Aufgaben an nichtärztliches Pflegepersonal. Eine solche Delegation führte zu unkalkulierten Sicherheitsrisiken für die Patienten und zur Minderung der fachärztlichen Leistungsstandards.

Beiden Themen gemein ist der drohende Einbruch wirtschaftlicher Gesichtspunkte in die Krankenversorgung. Wirtschaftliche oder auch sozialrechtliche Gesichtspunkte dürfen jedoch nur zum optimalen Einsatz von Ressourcen führen, nicht zur Absenkung des medizinischen Standards.

Mein kurzer Überblick hat Ihnen gezeigt, dass sich auch bezüglich beider heute behandelten Fragestellungen die rechtlichen Anforderungen an den medizinischen Vorgaben orientieren. Das ist keine Flucht des Rechts aus der Verantwortung, sondern die Selbstbeschränkung des Rechts auf seine Aufgabe, zu überwachen, dass die Medizin alles richtig macht. Was richtig ist, bestimmt die Medizin.

Prof. Dr. Bernd-Rüdiger Kern, Leipzig  
Universität Leipzig  
Juristenfakultät  
Burgstraße 27, 04109 Leipzig

Herr Prof. Dr. Kern referierte über „Delegation von ärztlichen Aufgaben“ auf der Tagung der sächsischen ärztlichen Fachgesellschaften in der Sächsischen Landesärztekammer am 17. Oktober 2007

Literaturangaben 1–30

- <sup>1</sup> LG Koblenz, NJW 1988, 1521.
- <sup>2</sup> OLG Köln, NJW 1990, 776 = ArztR 1990, 103.
- <sup>3</sup> BGH, NJW 1994, 3008 = MedR 199, 490.
- <sup>4</sup> Auf dem Gebiet der Frauenheilkunde.
- <sup>5</sup> Nach BGH, MedR 1987, 234, schließt das Eingreifen des weisungsberechtigten Chefarztes in eine laufende Operation die Verantwortlichkeit der für die Operation zunächst zuständigen Ärzte nicht ohne weiteres aus.
- <sup>6</sup> Bruns, Die Entgeltgruppe III (Oberarzt) des TV-Ärzte/VKA, ArztR 2007, 60, 61.
- <sup>7</sup> „Amtliche“ Niederschriftserklärung von VKA und Marburger Bund zu § 6 Abs. 2 TVÜ-Ärzte/VKA, zitiert nach Bruns, S. 63
- <sup>8</sup> So ausdrücklich auch Bruns, S. 63.
- <sup>9</sup> So Bruns, S. 64.
- <sup>10</sup> Zitiert nach Bruns, S. 63.
- <sup>11</sup> So auch Bruns, S. 65.
- <sup>12</sup> Bruns, S. 65.
- <sup>13</sup> Vgl. dazu die Beispiele bei Bruns, S. 65.
- <sup>14</sup> Fritsche, Kriterien erstmals klar geregelt, in: DÄBl. 2007, S. B. 1007, 1008.
- <sup>15</sup> So wohl auch Bruns, S. 67, mit Hinweis auf § 162 BGB, der allerdings höchstens analog herangezogen werden kann. Da § 162 BGB eine Ausprägung des § 242 BGB enthält, ist es richtiger, gleich auf die Grundnorm zurückzugreifen.
- <sup>16</sup> Kern, Organisationsverschulden in der Judikatur, in: Berg/Ulsenheimer (Hrsg.), Patientensicherheit, Arzthaftung, Praxis- und Krankenhausorganisation, 2006, S. 59–71, 62.
- <sup>17</sup> Flintrop, S. 3; Polonius, S. 2.
- <sup>18</sup> Polonius, S. 3.
- <sup>19</sup> Vgl. dazu Kern.
- <sup>20</sup> Uhlenbruck/Laufs, in: Laufs/Uhlenbruck (Hrsg.), Handbuch des Arztrechts, 3. Aufl. 2002, § 47, Rdnr. 4.
- <sup>21</sup> Uhlenbruck/Laufs, Rdnr. 5.
- <sup>22</sup> Polonius, Delegation chirurgischer Leistungen auf nichtärztliches Assistenzpersonal, in: BDC/Online – 01 April 2007, S. 1.
- <sup>23</sup> Roßbruch, Zur Problematik der Delegation ärztlicher Tätigkeiten an das Pflegefachpersonal auf Allgemeinstationen unter besonderer Berücksichtigung zivilrechtlicher, arbeitsrechtlicher und versicherungsrechtlicher Aspekte – 1. Teil, in: PflR 2003, S. 95.
- <sup>24</sup> Vgl. dazu Polonius, S. 2.
- <sup>25</sup> Flintrop, Parallelnarkosen: Helios entschärft umstrittenes Konzept, in: DÄBl. 2007, B-613, C-589, S. 1f.
- <sup>26</sup> Polonius, S. 3.
- <sup>27</sup> Polonius, S. 4.
- <sup>28</sup> LG Dortmund, MedR 1985, 291. Gleiches gilt auch für ärztliches Personal in der Weiterbildung, soweit es dem Eingriff nicht gewachsen ist. So haftet nach OLG Köln, VersR 1989, 372 eine Anästhesistin, die unmittelbar vor Ablegung der Facharztprüfung steht, wenn sie nach zwei fehlgeschlagenen Intubationsversuchen statt der diensthabenden Oberärztin einen weiteren Assistenzarzt herbeiruft in der Hoffnung, diesem werde die Intubation gelingen.
- <sup>29</sup> OLG Frankfurt/M., VersR 1991, 929.
- <sup>30</sup> So auch Fritsche, S. 1008.