

## 31. Tagung der Vorsitzenden der Kreisärztekammern

Leipzig

20. September 2008

Im Rahmen der Regionalisierung der Tagungen der sächsischen Kreisärztekammern fand zum ersten Mal die jüngste Tagung in der Bezirksstelle Leipzig der Sächsischen Landesärztekammer statt.

### Aktuelle Probleme der Gesundheits- und Berufspolitik

Professor Dr. med. habil.

Jan Schulze

Präsident der Sächsischen Landesärztekammer

### Finanzkrise der Kliniken

Auf die sich zuspitzende Finanz- und Personalsituation in den sächsischen Krankenhäusern hat der Präsident, Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze, hingewiesen. Die Krankenhausfinanzierung ab 2009 (Ende der Konvergenzphase) ist eines der beherrschenden Themen der aktuellen Gesundheitspolitik. Und nachdem die Bund-Länder-Verhandlungen im Juli 2008 über die Weiterentwicklung der Krankenhausfinanzierung gescheitert sind, ist ein nachhaltiges Konzept für die Finanzierung der Krankenhäuser nicht in Sicht. „Wenn aber die Kliniken nicht endlich auf eine tragfähige Refinanzierung ihrer Kosten vertrauen können, ist die Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung mit Krankenhausleistungen in Sachsen massiv gefährdet“, so Prof. Dr. Schulze.

Die Sächsische Landesärztekammer unterstützt gemeinsam mit der Krankenhausgesellschaft Sachsen, dem Sächsischen Pflegerat und ver.di die Bemühungen eines bundesweiten Aktionsbündnisses zur „Rettung der

Krankenhäuser“. Das Anliegen des sächsischen Bündnisses wurde auf einer Pressekonferenz im Sächsischen Landtag am 19. September 2008 deutlich gemacht.

Prof. Dr. Schulze forderte die Politik auf, den fünfprozentigen Sanierungsbeitrag zu streichen und die vereinbarten Tarifsteigerungen der Beschäftigten an Krankenhäusern zu refinanzieren. Auch für die stark gestiegenen Energie- und Sachkosten müsse der Staat für einen Ausgleich sorgen und sich darüber Gedanken machen, „wie der stationäre Sektor ohne lähmende Krankenhausbudgets arbeiten kann“. Denn nur so könne die Versorgung der Patienten auf dem aktuellen Niveau gesichert werden.

### Gesundheitsfonds

Die Sächsische Landesärztekammer hat sich von Beginn an gegen den geplanten Gesundheitsfonds positioniert. Die sächsischen Ärzte befürchten insbesondere eine weitere schlechende Rationierung von Gesundheitsleistungen. In einem Schreiben an den sächsischen Ministerpräsidenten hatte sie zusammen mit dem Bündnis Gesundheit 2000 im Freistaat Sachsen Unterstützung für dessen Verfassungsbeschwerde signalisiert. Die genaue Umsetzung des Gesundheitsfonds ist bisher noch nicht geklärt. Der neue einheitliche Beitragssatz soll am 7. Oktober festgelegt werden.

### Ärztmangel

Der Ärztemangel in Sachsen wird zukünftig neben Hausärzten auch Fachärzte wie Haut- und Augenärzte betreffen. In Torgau-Oschatz ist es durch eine Förderung gelungen, Ärzte für eine Niederlassung zu gewinnen, wodurch diese Region nicht mehr von Unterversorgung bedroht ist. Es

ist aber für andere Regionen ein solcher Status abzusehen. Die Gewinnung von Ärzten wird deshalb auch weiterhin ein zentrales Anliegen bleiben. Dabei kommt es darauf an, die Arbeitsbedingungen zu verbessern, um die Abwanderung zu stoppen. Ob die Förderung von Medizinstudenten (ÄBS, Heft 7/2008) dabei hilft, bleibt abzuwarten.

### Elektronische Gesundheitskarte

Die Tests in den Regionen sind weiterhin im Zeitverzug. Und trotz vorhandener technischer Probleme soll die elektronische Gesundheitskarte und damit auch der elektronische Arztausweis ab 2009 in Deutschland schrittweise eingeführt werden. Für Sachsen ist die Einführung ab Ende 2009 geplant. Die neuen Basiskarten enthalten aber nur die bisherigen Angaben plus Lichtbild. Es gibt keinen medizinischen Zusatznutzen.

### Gesundheitsziele Sachsen

Auf Initiative der Sächsischen Landesärztekammer ist ein sächsisches Gesundheitsziel „Aktives Altern – Altern in Gesundheit, Autonomie und Mitverantwortlichkeit“ entwickelt und zu den bestehenden Gesundheitszielen in Sachsen aufgenommen worden. Vier Arbeitsgruppen widmen sich der gesundheitlichen Versorgung älterer Menschen in Sachsen. Als nächstes soll dieses Gesundheitsziel zu einem bundeseinheitlichen Ziel entwickelt und von der Bundesregierung aufgenommen werden.

### Themen des ausführlichen und konstruktiven Meinungsaustauschs waren:

- Insolvenzen und Privatisierungen von Krankenhäusern und Kliniken in Folge eines Finanzdefizits von 7 Milliarden Euro sind programmiert.
- Ein Bündnis von Ärzten, Krankenhäusern, Gewerkschaften und kommunalen Arbeitgebern „Rettung der Krankenhäuser“ haben zur Teilnahme an einem Protestmarsch am 25. September 2008 in Berlin aufgerufen.
- Die Sächsische Landesärztekammer lehnt den politisch geplanten Gesundheitsfonds ab.



Präsidium

- Weitere konstruktive Mitarbeit der Sächsischen Landesärztekammer bei der Gestaltung der elektronischen Gesundheitskarte in der Testregion und in den Bundesgremien ist angesagt.
- Gewalt in der Familie und Gewalt in der Gesellschaft ist eine aktuelle Problematik und muss mit allen Mitteln beseitigt werden.
- Geplante Angleichung des Honorars der niedergelassenen Ärzte 2009 in den neuen Bundesländern und die Honoraraufstockung für Kassenärzte sind beschlossen. Die Ärzte haben diesen Bewusstseinswandel der Politiker mit den Protestaktionen im Jahr 2006 selbst bewirkt.

### Künftige Struktur der Kreisärztekammern

PD Dr. jur. Dietmar Boerner  
Hauptgeschäftsführer der  
Sächsischen Landesärztekammer

Bereits im Rahmen der 29. Tagung der Vorsitzenden der Kreisärztekammern am 22. September 2007 und auch auf der 30. Tagung am 8. März 2008 hatte der Hauptgeschäftsführer der Sächsischen Landesärztekammer, Herr PD Dr. jur. Dietmar Boerner, über die Kreisgebietsreform und ihre Auswirkungen auf die Kreisärztekammern der Sächsischen Landesärztekammer referiert. Das „Ärzteblatt Sachsen“ hatte über diese Thematik ausführlich in den Heften 11/2007 und 4/2008 berichtet.

Auch diesmal informierte Herr Dr. Boerner die Vorsitzenden der Kreisärztekammern über den Sachstand zum Thema „Künftige Struktur der Kreisärztekammern“. Nachdem die Kreisgebietsreform im Freistaat Sachsen am 1. August 2008 in Kraft getreten war, stellte sich für die Sächsische Landesärztekammer die Frage, welche Konsequenzen sich daraus für den Bestand der 29 Kreisärztekammern ergeben. Die Mandatsträger der Sächsischen Landesärztekammer hatten auf dem 18. Sächsischen Ärztetag / der 38. Tagung der Kammerversammlung am 27. Juni 2008 die Vor- und Nachteile einer möglichen Neugliederung eingehend erör-



PD Dr. jur. Dietmar Boerner

tert und beschlossen, die Entscheidung über die künftige Struktur der Kreisärztekammern auf die 39. Kammerversammlung am 8. November 2008 zu vertagen. Das Sächsische Staatsministerium für Soziales hat zwischenzeitlich auf entsprechende Nachfrage mitgeteilt, dass die Sächsische Landesärztekammer Kreisärztekammern nur auf der Ebene der Landkreise und kreisfreien Städte errichten dürfe. Mehrere Kreisärztekammern in einem politischen Landkreis seien unzulässig.

„Vor diesem Hintergrund wird die Sächsische Landesärztekammer die Kreisgebietsreform auf die Kreisärztekammern übertragen müssen“, so Dr. Boerner. Dazu müssten die meisten Kreisärztekammern aufgelöst und zu größeren Einheiten zusammengefasst werden. Dadurch würde sich die Zahl der Kreisärztekammern von bisher 29 auf künftig 13 vermindern. Der örtliche Zuständigkeitsbereich würde erweitert, die Mitgliederzahl erhöht. Keine Auswirkungen ergäben sich indes für die Kreisärztekammern in Chemnitz, Dresden und Leipzig. Da diese Städte auch nach der Kreisgebietsreform kreisfrei sein würden, müsste dort weiterhin jeweils eine Kreisärztekammer gebildet werden.

Dr. Boerner stellte den Vorsitzenden der Kreisärztekammern den Entwurf eines differenzierten Zeit- und Maßnahmeplanes für eine Neustrukturierung der Kreisärztekammern vor. Daneben wurden verschiedene Möglichkeiten erörtert, wie die Arbeit der Kreisärztekammern professionalisiert und vonseiten der Sächsischen Lan-

desärztekammer besser unterstützt werden könnte. Mit den vorgeschlagenen Maßnahmen solle eine wirkungsvolle und zugleich basisnahe Tätigkeit der Kreisärztekammern gewährleistet werden. Die Entscheidung über die Modalitäten einer möglichen Neugliederung der Kreisärztekammern bleibt nach den Worten des Hauptgeschäftsführers jedoch den Delegierten der 39. Tagung der Kammerversammlung am 8. November 2008 vorbehalten. Über das Ergebnis wird ausführlich im „Ärzteblatt Sachsen“, Heft 12/2008, berichtet werden.

### Schwerpunkte der anschließenden Diskussion:

- Die Kreisärztekammern nehmen eine Vielzahl wichtiger Aufgaben für die Ärzte in den Regionen und für die Sächsische Landesärztekammer wahr.
- Die Kreisärztekammern sind die wichtigsten „Adjutanten“ der berufspolitischen Arbeit der Sächsischen Landesärztekammer und für die Meinungsbildung des Vorstandes von großer Bedeutung.
- Beim Fehlen von Kreisärztekammern wäre die Basisnähe zu den Ärzten ebenso gefährdet wie die Einheit der Ärzteschaft.
- Die Strukturen der Kreisärztekammern dürfen nicht abgeschafft werden. Wenn Ärzte sich nicht selbst verwalten, werden sie durch die Politik verwaltet.
- Die Übertragung der Kreisgebietsreform auf die Kreisärztekammern ist rechtlich notwendig.
- Die innere Struktur der Kreisärztekammern muss nach der Übertragung der Kreisgebietsreform durch die Ärzteschaft festgelegt werden.

### Delegation ärztlicher Leistungen an nichtärztliche Gesundheitsberufe aus ärztlicher Sicht

Erik Bodendieck

Vizepräsident der Sächsischen Landesärztekammer

Nicht zuletzt infolge des Gutachtens des „Sachverständigenrates im Gesundheitswesen“ vom Juli 2007 wurde der Diskussion um die Möglichkeiten des Ersatzes des Arztberu-



Dr. Ellen Maneck, Dipl.-Med. Stefan Hupfer, Dr. Gundolf Lauke, Dr. Grit Reichert und Dipl.-Med. Andreas Koch (v.l.)

fes in Teilbereichen in Deutschland neue Nahrung gegeben. Schlagwörter wie Case Management, operationstechnischer Assistent, Direkt Access machen die Runde, oft ohne eine genaue Schärfe in der Definition zu besitzen. Dem deutschen Gesundheitswesen wird hierbei eine nicht mehr zeitgemäße, arztzentrierte, ja paternalistische Versorgung vorgeworfen. Die deutsche Ärzteschaft hat es allerdings auch nicht vermocht, ausreichend die patienten- und nicht arztzentrierte Versorgung in der Öffentlichkeit darzustellen. Diskussionsgrundlage sind oft haftungs- und strafrechtliche Aspekte. Das Wesen der Patienten-Arzt-Beziehung wird dabei nicht ausreichend abgebildet. „Diesen Ansatz zu wählen, erscheint mir jedoch wichtiger und vor allem zielführender“, sagte der Vizepräsident. Veränderungen sind angesichts der enormen Entwicklungen der Medizin vor allem im vergangenen Jahrhundert notwendig. Nicht alle Bereiche können noch vom Arzt so beherrscht werden, dass ausreichende Sicherheit für den Patienten gegeben ist. Zu nennen sind hier:

- Spezialisierung durch medizinischen Fortschritt,
- wissenschaftlich-technischer Fortschritt,
- gesellschaftspolitische Veränderungen,
- soziologische Veränderungen,
- Änderungen ökonomischer Rahmenbedingungen,
- demografische Veränderungen und damit
- Morbiditätsrisiken.

Vor allem chronische Erkrankungen werden in Zukunft die Ressourcen des Gesundheitswesens maßgeblich beanspruchen. Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems, Diabetes mellitus, Schlaganfall und Demenz ebenso wie chronisch-degenerative Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates fordern eine zunehmende und koordinierte Zusammenarbeit verschiedener Gesundheitsberufe. Nicht nur in Deutschland sind diese Entwicklungen zu beobachten. Zunehmend ergeben sich insbesondere durch erhebliche Wanderungsbewegungen der Ärzteschaft von „Arm nach Reich“ ebenso wie eine entwicklungsbedingte unzureichende Versorgung, Probleme vor allem in Entwicklungsländern. Aber nicht nur dort werden Praktiken der Substitution ärztlicher Leistung geübt. Im Zusammenspiel der Gesundheitsberufe mit international stark differierender Aufgabenzuweisung spielt zunehmend Spezialisierung auf eng begrenzte Qualifikationen und damit Diversifizierung der Zuwendung zum Patienten eine erhebliche Rolle (z.B. Scope of practice, Skillmix, Shared competencies). Eine besondere Problematik, vergleichbar fast mit dem

deutschen Ansatz der Qualifikation Langzeitarbeitsloser zur Betreuung Demenzkranker, ist der Ansatz der Ausbildung Stammesangehöriger Afrikaner zur Behandlung AIDS-Kranker. Insofern sind Ansätze des Bologna-Prozesses in der Medizin zur Ausbildung Ärzte I. und II. Klasse nicht zielführend, um den Erfordernissen der Zeit gerecht zu werden. Stellen wir aber das Patient-Arzt-Verhältnis in den Vordergrund unserer Betrachtungen, so sind genügend Lösungsansätze gegeben. Peter Kamptz beschreibt 1996 die Arzt-Patient-Beziehung folgendermaßen: „... als eine besondere, wenn nicht extreme Form der zwischenmenschlichen Beziehung, in der nicht nur ein hohes Maß an Intimität und Ausgesetztsein existiert, sondern mit den auch Eingriffe und Veränderungen in die Existenz des Menschen verbunden sein können, bei denen es im Extremfall buchstäblich um Leben und Tod geht“. Dem entgegen steht nunmehr eine Verrechtlichung ausgedrückt im Wandel vom Vertrauens- zum Vertragsverhältnis, es entstehen Spannungsfelder im Bereich Wissenschaftlichkeit und Kostendämpfung. Patientenautonomie und Selbstbestimmung sind Schlagwörter, welche die Frage nach den Möglichkeiten des Patienten und seinem Wissen um die komplizierten Vorgänge von Krankheit und Heilung entgegengesetzt werden muss.

Allfällig stellt sich als Hindernis der Entwicklungen immer wieder das Kommunikationsdefizit zwischen Ärzten und Patienten in seinen unterschiedlichen Facetten heraus. Mittlerweile bemühen sich mehr als 180 Gesundheitsberufe mit mehr oder weniger strukturierter Qualifikation um die Gunst des Patienten. Der 111. Deutsche Ärztetag forderte die entsprechenden Aufsichtsbehörden auf, hier Klarheit zu schaffen. Wesentliche Inhalte des Gutachtens des Sachverständigenrates im Gesundheitswesen vom Juli 2007 „Entwicklung der Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe als Beitrag zu einer effizienten und effektiven Gesundheitsversorgung“ seien nochmals genannt. Es werden die Überwindung der starken sektoralen Trennung, die Aufhe-



Erik Bodendieck und Prof. Dr. Jan Schulze

bung von Vorbehaltsaufgaben, die Qualifizierungsproblematik und die Schaffung eines geeigneten Rechtsrahmens angemahnt. Ausführliche Wertungen dazu sind in der Vergangenheit mehrfach erfolgt. Betrachten wir den Sachverhalt der Delegation ärztlicher Leistung, so muss auf den Heilkundebegriff abgestellt werden. Eine genaue rechtliche Definition findet sich allerdings lediglich im Heilpraktikergesetz von 1939: „Ausübung der Heilkunde im Sinne dieses Gesetzes ist jede berufs- und gewerbsmäßig vorgenommene Tätigkeit zur Feststellung, Heilung oder Linderung von Krankheiten, Leiden oder Körperschäden bei Menschen, auch wenn sie im Dienste von anderen ausgeübt wird“. Rieger schreibt im Lexikon des Arztrechtes: „auf ärztlich-wissenschaftliche Erkenntnis gerichtete und auf der Approbation beruhende praktische, wissenschaftliche oder verwaltende Tätigkeit, die sich unmittelbar oder mittelbar auf die Verhütung, Früherkennung, Feststellung, Heilung oder Linderung menschlicher Krankheiten, Körperschäden oder Leiden bezieht, auch wenn sie im Dienste anderer ausgeübt wird“. Der Begriff wird ohne weitere Definition ebenso in der Bundesärzterordnung, der Zulassungsverordnung Ärzte, dem Bundesmantelvertrag oder dem Krankenhausentgeltgesetz benutzt. Als weitere definitorische Problematik in der Diskussion erweist sich der Begriff „Gefährlichkeit“. Im Wesentlichen ist festzustellen, dass grundsätzlich jede Handlung am Patienten für diesen gefährlich sein kann. Je höher aber die Qualifikation des Handelnden ist, umso sicherer ist der Patient. Oben genannte gesetzliche Regelungen fordern aus diesem Grunde, ebenso die höchstpersönliche Leistungserbringung durch den Arzt. Im Übrigen ist dies das wesentlichste Merkmal der Freiberuflichkeit.

Welche Delegationsformen ärztlicher Leistungen kennen wir:

1. Tätigkeiten, welche keine Heilkundenausübung darstellen. Anzuführen wären hier Dokumentation, Laboruntersuchungen, Hörtest, eingeschränkter schon die Diätberatung – vorauszusetzen

ist immer, dass keine Interpretation der Ergebnisse erfolgt und damit Diagnostik und Therapie dem Arzt überlassen werden.

2. Grundsätzlich nicht delegationsfähige Leistungen sind solche, die wegen ihrer Schwierigkeit, Gefährlichkeit oder Unvorhersehbarkeit von Reaktionen dem Arzt vorbehalten sind – so zum Beispiel Operationen, Untersuchungen, diagnostische Eingriffe.
3. Grundsätzlich delegationsfähige Leistungen sind solche, welche der Arzt allein aus Nachweis einer Qualifikation durch entsprechende Ausbildung übertragen kann. Zu nennen wären hier wieder Laborleistungen, aber auch physikalisch-technische Leistungen, Testungen, Dauerkatheterwechsel.
4. Als schwierigsten Bereich sind Leistungen zu definieren, welche im Einzelfall delegierbar sind. Hier muss sich der Arzt von der Qualifikation des Fachpersonals selbst überzeugen und gegebenenfalls eine Qualifizierung durchführen. Als Beispiele können hier Impfungen oder Injektionen angeführt werden.

Haftung und Strafbarkeit im ärztlichen Handeln treffen nach heutiger Rechtslage immer den Arzt. Grundsätzlich ist jeder Eingriff als Körperverletzung zu werten. Approbation und Patient-Arzt-Vertrag und damit Einwilligung des Patienten nach Aufklärung durchbrechen die Strafbarkeit der Handlung und sind allein ärztliche Vorbehaltsaufgabe. Hinzu-

zurechnen sind ebenso Aufenthaltsentscheidungen, wie zum Beispiel Krankenhauseinweisungen. Stellen wir das Gesagte in einen Kontext, so ergeben sich Notwendigkeiten in der Entwicklung von Teamfähigkeiten und der Kommunikation. Nicht hingegen muss das Arzt-Patient-Verhältnis geändert werden, denn dies bildet die Grundlage jeglicher Patientenzentriertheit.

### Delegation ärztlicher Leistungen an nichtärztliche Gesundheitsberufe aus juristischer Sicht

Dr. jur. Alexander Gruner  
Leiter der Rechtsabteilung der  
Sächsischen Landesärztekammer



Dr. jur. Alexander Gruner

„Die persönliche Leistungserbringung ist eines der wesentlichsten Merkmalen freiberuflicher Tätigkeit. Sie prägt wie kein anderes Merkmal das Berufsbild des Arztes und steht dafür, dass der Arzt seine Leistungen auf der Grundlage einer besonderen Vertrauensbeziehung erbringt. Persönliche Leistungserbringung bedeutet

nicht, dass der Arzt jede Leistung höchstpersönlich erbringen muss. Sie erfordert vom Arzt aber immer, dass er bei Inanspruchnahme nichtärztlicher oder ärztlicher Mitarbeiter zur Erbringung eigener beruflicher Leistungen leitend und eigenverantwortlich tätig wird. Der Arzt kann daher, anders als der gewerbliche Unternehmer, den Leistungsumfang seiner Praxis durch Anstellung von Mitarbeitern nicht beliebig vermehren". So beginnt das neue Papier der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zur persönlichen Leistungserbringung sowie Möglichkeiten und Grenzen der Delegation ärztlicher Leistungen. Nach gut 20 Jahren existiert nunmehr eine Neuauflage des ursprünglichen Papiers zu dieser Thematik aus dem Jahre 1988. Angesichts der politischen Diskussionen zur Einbeziehung nichtärztlicher Heilberufe in Versorgungskonzepte, wie die Arztentlastende, Gemeindefähige, E-Health-gestützte, Systemische Intervention (AGnES), hatten die Delegierten der Sächsischen Landesärztekammer während des 110. Deutschen Ärztetages 2007 in Münster eine Überarbeitung dieses Papiers gefordert.

Gesetzliche Grundlagen zur persönlichen Leistungserbringung und Delegation ärztlicher Leistungen finden sich in verschiedenen Rechtsgrundlagen, wie dem Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V), der Berufsordnung, der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV), dem Bundesmantelvertrag Ärzte (BMV-Ä), dem Krankenhausentgeltgesetz sowie der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ). Zudem hat sich die Rechtsprechung bereits sehr umfassend zu den haftungsrechtlichen Fragen geäußert. Für die Entscheidung, ob bestimmte ärztliche Leistungen delegierbar sind, bedarf es der grundsätzlichen Analyse und Überprüfung der zu delegierenden Leistung. Das Ausüben der Heilkunde im umfassenden Sinne ist dem Arzt vorbehalten. Ob eine bestimmte Leistung unter Arztvorbehalt steht, hängt nach der Rechtsprechung davon ab, ob das Erbringen einer bestimmten Leistung oder die notwendige Beherrschung gesund-

heitlicher Gefährdungen ärztliche Fachkenntnisse und damit das Tätigwerden des Arztes erfordert.

In Bezug auf Leistungen, die unter Arztvorbehalt stehen, stellt sich die weitere Frage, welche von ihnen er ganz oder teilweise höchstpersönlich erbringen muss. Das sind nach der Rechtsprechung 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 (BGH, Urteil vom 30.11.1982, Az: VI ZR 77/81, Urteil vom 15.06.1993, IV ZR 175/92, Urteil vom 13.06.2006, VI ZR 223/04, Urteil vom 12.07.1994, VI ZR 299/93). Höchstpersönliche Leistungen sind insbesondere Anamnese, Indikationsstellung, Untersuchung des Patienten einschließlich invasiver diagnostischer Leistungen, Stellen der Diagnose, Aufklärung und Beratung des Patienten, Entscheidung über die Therapie und Durchführung invasiver Therapien einschließlich Kann-Leistungen operativer Eingriffe. Eine Pflicht zur höchstpersönlichen Erbringung grundsätzlich delegationsfähiger Leistungen ergibt sich auch aus dem Sozialrecht für die nach §§ 95, 116 SGB V persönlich ermächtigter Ärzte (Ausnahme Vertretungsfälle nach § 32 a Ärzte-ZV) oder dem ärztlichen Liquidationsrecht (§ 4 Abs. 2 GOÄ).

Eine Delegation an ärztliche Mitarbeiter ist möglich, wenn die formale Qualifikation des Arztes nach Weiterbildungsrecht vorliegt (Ausnahmen gelten im Rahmen der Weiterbildung) und die berufs- und sozialrechtlichen Voraussetzungen erfüllt sind. Die Delegation vertragsärztlicher Leistungen an einen Arzt, der nicht die vertragsarztrechtlichen Vorschriften erfüllt, ist unzulässig. Leistungen können bei ausreichender Qualifikation an nichtärztliche Mitarbeiter delegiert werden. Der Arzt muss nicht nur die formale Qualifikation des Mitarbeiters feststellen, sondern auch die tatsächlichen Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten

überprüfen und gegebenenfalls nachschulen. Erbringen nichtärztliche Mitarbeiter delegierte Leistungen, ist der Arzt verpflichtet, sich grundsätzlich in unmittelbarer Nähe (Rufnähe) aufzuhalten. Der Arzt muss sich stets seiner diagnostischen und therapeutischen Gesamtverantwortung bewusst sein und notfalls auf die Delegation verzichten.

Der niedergelassene Arzt und der Krankenhausarzt, der berechtigt ist, stationäre Wahlleistungen und ambulante Leistungen zu erbringen, haften dem Patienten aus dem Behandlungsvertrag nicht nur für eigene Behandlungsfehler und sonstige Pflichtverletzungen, sondern auch für Pflichtverletzungen, derer sich ihre Mitarbeiter bei der Durchführung delegierter Leistungen schuldig machen. Zudem haften sie für die ordnungsgemäße Auswahl, Anleitung und Überwachung der Mitarbeiter, an die sie Leistungen delegieren. Daneben kann es zur Haftung aus unerlaubter Handlung gemäß §§ 823 und 831 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) kommen. Auch in strafrechtlicher Sicht sind delegierte Leistungen brisant. Es kann eine strafrechtliche Verantwortlichkeit des Arztes wegen fahrlässiger Körperverletzung oder wegen fahrlässiger Tötung in Betracht kommen, wenn dem delegierenden Arzt eine Verletzung seiner Pflichten nachgewiesen wird.

Das Papier der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zur persönlichen Leistungserbringung (gegebenenfalls ist bei Drucklegung die Fundstelle im Deutschen Ärzteblatt schon bekannt) beschreibt umfangreich die dargestellten Grundsätze und nimmt zu einzelnen Fragestellungen anhand von Beispielen wichtige Positionen ein.

**Die 32. Tagung der Vorsitzenden der Kreisärztekammern findet am 31. 3. 2009 in der Sächsischen Landesärztekammer statt.**

Prof. Dr. med. Winfried Klug  
Knut Köhler M.A.  
Referent für Presse- und Öffentlichkeitsarbeit