

Delegation und Substitution ärztlicher Leistungen

Kooperationsveranstaltung der Sächsischen Landesärztekammer mit der Dresden International University (DIU)

Im Bezug auf die aktuellen Debatten um den Personalbedarf im ärztlichen Bereich und in anderen medizinischen Fachbereichen werden zahlreiche Maßnahmen zur Eindämmung des Mangels propagiert. Einen zentralen Teil nehmen dabei Diskussionen um Delegation und Substitution ein, die nicht nur den ärztlichen Bereich umfassen. Delegation, aber auch versteckte Substitution, ist bereits präsent. Darüber hinaus finden diese Prinzipien auch in Assistenzberufen (Pflege) zunehmend Anwendung. Die Diskussion, was überhaupt aus ärztlicher Sicht delegierbar ist und welche Leistungen originär ärztliche Aufgaben bleiben,



Prof. Dr. rer. pol. Hans Wiesmeth © SLÄK

ist nicht abgeschlossen. Das Thema hat medizinische, medizinrechtliche, berufspolitische und ökonomische Relevanz. Es fehlen klare rechtliche Vorgaben und Regelungen. Deshalb war das Ziel der Kooperationsveranstaltung eine Standortbestimmung zur Thematik sowie das Aufzeigen und die Analyse von Problemen und Unsicherheiten bei Akteuren im Gesundheitswesen. Die Veranstaltung am 5. Oktober 2012 unter der Leitung des Vizepräsidenten der Sächsischen Landesärztekammer, Erik Bodendieck, und dem Präsidenten

der DUI, Prof. Dr. rer. pol. Hans Wiesmeth, gab eine aktuelle Übersicht zu Delegation und Substitution aus juristischer und ärztlicher Sicht sowie zu Haftungsfragen in der Pflege.

Aktueller gesundheitspolitischer Stand

Dr. med. Bernhard Rochell
Hauptgeschäftsführer der Bundesärztekammer und des Deutschen Ärztetages



Dr. med. Bernhard Rochell © SLÄK

Der Arztberuf ist kein Gewerbe, er ist seiner Natur nach ein freier Beruf (§ 1 der (Muster-)Berufsordnung). Die Weisungsunabhängigkeit von nicht-ärztlichen Dritten in fachlichen und medizinischen Fragen ist das Spezifische am Arztberuf. Diese professionelle Autonomie dient einzig und allein dem Interesse der Patienten. Der Beruf des Arztes als freier Beruf ist daher kein Selbstzweck. Er geht eine Garantienpflicht ein, inklusive einer haftungsrechtlichen Verant-

wortung. Diese Art von Freiheit ist auf das Engste verbunden mit der Übernahme von fachlicher Verantwortung.

Wesensmerkmal der ärztlichen Profession als freier Beruf ist ein hohes Maß an sozialetischer Verantwortung gegenüber dem Einzelnen, der Allgemeinheit sowie unserer Gesellschaft. Bei der Ausübung der freiberuflichen Tätigkeit ist das persönliche Element von besonderer Bedeutung. Die persönliche Leistungserbringung prägt wie kein anderes Merkmal das Berufsbild des Arztes und steht dafür, dass der Arzt seine Leistungen auf der Grundlage einer besonderen Vertrauensbeziehung erbringt.

Zu den höchstpersönlichen Leistungen des Arztes zählen 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 (zum Beispiel Anamnese, Indikations- und Diagnosestellung).

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 verantwortlich tätig wird. Der Arzt kann daher, anders als der gewerbliche Unternehmer, den Leistungsumfang seiner Praxis durch Anstellung von Mitarbeitern nicht beliebig vermehren.

Bei den delegierbaren Leistungen werden die Art und der Umfang unterschieden je nachdem, wer mit welchem Qualifikationshintergrund sowie Erfahrungswissen die Leistung im Delegationsprinzip erbringen darf. Leistungen können sowohl an andere Ärztinnen und Ärzte als auch an andere Gesundheitsberufe und angelernte Kräfte delegiert werden. In jedem Fall handelt es sich bei einer Delegation nach diesen Vorgaben um Leistungen, die dem Arzt deshalb als eigene Leistungen zugerechnet werden, weil er sie anordnen und überwachen muss und weil er dafür die volle Verantwortung und Haftung trägt. In diesem Zusammenhang wird auf die gemeinsame Stellungnahme von Bundesärztekammer und Kassenärztlicher Bundesvereinigung „Persönliche Leistungserbringung – Möglichkeiten und Grenze der Delegation ärztlicher Leistung“ (2008) für weitergehende Informationen hingewiesen.

Die Art und Weise der persönlichen Leistungserbringung ist im stetigen Wandel. Zum einen führt der technische Fortschritt zu Neuerungen in der Berufsausübung. Zum anderen bedingt der Fachkräftemangel, der sich seit einigen Jahren in der Ärzteschaft abzeichnet, dass Aspekte der Delegation und Substitution bei der ärztlichen Leistungserbringung immer wieder neu erörtert und bisherige Praktiken hinterfragt werden. Letztlich muss bei all diesen Überlegungen immer beachtet werden, dass Patientinnen und Patienten gemäß Rechtsprechung einen Anspruch auf ärztliche Leistung auf dem Niveau eines zum Facharzt weitergebildeten Arztes haben (Facharztstandard).

Die Bundesärztekammer befürwortet daher die arztunterstützende und arztentlastende Delegation von Tätigkeiten an entsprechend qualifizierte Gesundheitsberufe. Im Hinblick auf die Patientensicherheit, das Haftungsrisiko und die Sicherung des Facharztstandards lehnt die Bundesärztekammer eine Übertragung von Heilkunde an andere Gesundheitsberufe (Substitution von ärztlicher Tätigkeit) ab.

Um die Delegation weiterzuentwickeln, beschäftigten sich die Ärzte-

kammern fortwährend mit dem Thema. Für die Weiterentwicklung der Delegationsmöglichkeiten wurde daher in den letzten Jahren von der Bundesärztekammer eine Vielzahl an spezialisierten Curricula für Medizinische Fachangestellte (MFA) entwickelt. Seit dem Jahr 2009 hat auch der Gesetzgeber die Delegation besonders gefördert. Durch § 87 Abs. 2b SGB V können in der hausärztlichen Versorgung ärztlich angeordnete Hilfeleistungen vergütet werden, die an andere Personen delegiert werden und in der Häuslichkeit der Patienten in Abwesenheit des Arztes erbracht werden.

Weiterhin hat das am 1. Januar 2012 in Kraft getretene GKV-Versorgungsstrukturgesetz festgelegt, dass von KBV und GKV-Spitzenverband bis zum 30. Juli 2012 für die ambulante Versorgung beispielhaft festzulegen ist, bei welchen Tätigkeiten „andere Personen“ ärztliche Leistungen erbringen können und welche Anforderungen dabei zu stellen sind (§ 28 Abs. 1 SGB V). Die Erstellung einer exemplarischen oder gar abschließenden Auflistung delegierbarer ärztlicher Leistungen wird von der Bundesärztekammer, die bei dieser Festlegung zu beteiligen ist, problematisch bewertet. Nach Auffassung der Bundesärztekammer darf eine Leistungsdelegation an nichtärztliche Mitarbeiter weder pauschal noch allein leistungsbezogen erfolgen. Sie muss vielmehr in jedem Einzelfall weitere Kriterien verantwortungsvoll berücksichtigen:

- Die sich beim Patienten individuell ergebende Indikationsstellung und dabei zu berücksichtigende Einflussfaktoren wie zum Beispiel weitere Erkrankungen oder ob es sich um bereits bekannte oder neu auftretende Beschwerden handelt.
- Die berufsgruppenspezifische Qualifikation des mit der Leistung beauftragten nichtärztlichen Mitarbeiters im Allgemeinen und dessen persönliche (Zusatz-) Qualifikationen, Erfahrungen und Fertigkeiten im Besonderen.
- Das Versorgungsumfeld des Patienten bzw. Versicherten.

Die Bundesärztekammer wird ihre Positionen im weiteren Verfahren (eine Vereinbarung gemäß § 28 Abs. 1 SGB V wird auch trotz der gesetzlichen Frist voraussichtlich nicht vor dem Jahr 2013 zu erwarten sein) einbringen.

Weiter hat der Gesetzgeber schon vor einiger Zeit mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz für Krankenkassen ermöglicht, Modellvorhaben durchzuführen, in denen Pflegekräften heilkundliche Tätigkeiten übertragen werden können (§ 63 Abs. 3c SGB V). Der mit der Erstellung beauftragte Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat drei Jahre für die Erarbeitung der Richtlinie gebraucht. Gemäß der vorliegenden Richtlinie erhalten Pflegekräfte erweiterte Kompetenzen im Bereich Hypertonie, Demenz, chronische Wundbehandlung, Diabetes mellitus Typ 1 und 2. Die Pflege muss ihre Tätigkeit sowohl fachlich als auch wirtschaftlich und haftungsrechtlich verantworten. Der Arzt stellt die Diagnose und die Indikation. Er entwirft einen Therapieplan, an den sich die Pflegekraft halten muss. Weiter sieht die Richtlinie einen Überweisungsvorbehalt vor: Pflegekräfte können einen Patienten nicht eigenständig an einen weiterbehandelnden Arzt überweisen, sie können lediglich eine Überweisung durch den Arzt veranlassen.

Die G-BA-Richtlinie überträgt zwar begrenzt ärztliche Tätigkeit an Pflegekräfte. Letztendlich konnte aber die ursprüngliche Intention des Gesetzgebers nicht vollumfänglich umgesetzt werden. Weiterhin bleiben hinsichtlich des Überweisungsvorbehaltes an den Schnittstellen zwischen ärztlicher und pflegerischer Tätigkeit sowie hinsichtlich der haftungsrechtlichen Letztverantwortungen noch viele Fragen offen.

Die Zusammenarbeit zwischen den Gesundheitsberufen wird wegen geänderter Morbidität, medizintechnischem Fortschritt und alternder Gesellschaft immer wichtiger. Die Bundesärztekammer lehnt aber aus den genannten Gründen sowie vor dem Hintergrund eines in den Gesundheitsfachberufen selbst zu

erwartenden gravierenden Nachwuchsmangels die Substitution ärztlicher Tätigkeiten und die Lockerung des Arztvorbehaltes für Diagnostik und Therapie strikt ab. Die Einführung einer neuen Versorgungsebene durch nichtärztliche Gesundheitsberufe oder neue „Arzt-Light-Berufe“ würde eine weitere Zersplitterung der Versorgungslandschaft, die Schaffung neuer überflüssiger Schnittstellen, den Verlust von Informationen und einen potenzierten Bedarf an Koordination bedeuten. Erfolgsversprechender wird dagegen die Forderung arzentlastender und -unterstützender Delegationsmöglichkeiten, der interprofessionellen Kooperation sowie der versorgungssektorenübergreifenden Vernetzung sein.

Projektionsebene Krankenhaus

Dr. med. Rainer Kobes
Pleißental-Klinik GmbH – Krankenhaus Werdau
Vorstandsmitglied der Sächsischen Landesärztekammer



Dr. med. Rainer Kobes © SLÄK

Die berufs-, haftungsrechtliche und organisatorische Brisanz liegt in der Abgrenzung zwischen Delegation und Substitution ärztlicher Tätigkeit. Da hierbei die Betrachtungsweisen erheblich divergieren (Betriebswirtschaftler – Einsparungen; Patient – Wartezeit und Risiko; Arzt – Entlastung, aber Haftungsrisiko; Pflege – Aufwertung, zugleich Haftung; Jurist – aktuelle Rechtsgrundlagen) ist eine genaue Analyse der gegenwärtigen fachlich-rechtlichen Grundlagen im Rahmen einer Masterarbeit gemeinsam mit der Fachhochschule

Zwickau durchgeführt worden. Aufgrund der notwendigen Interferenzen wurde die Betreuung durch einen Medizinjuristen, einen Gesundheitsökonom und einen Arzt vorgenommen.

Die Delegation ärztlicher Tätigkeit definiert sich durch die Übertragung der Durchführungskompetenz auf nichtärztliches Gesundheitspersonal, wobei die Entscheidungskompetenz und die Haftungsverantwortung beim delegierenden Arzt verbleibt im Gegensatz zur Substitution, wo mit Entscheidungskompetenz auch die Haftung beim Durchführenden liegt und die Aufgabenübertragung unumkehrbar ist. Eine Sonderform der Delegation im Krankenhaus ist die Assistenz, bei der durch die vertikale, hierarchische Einordnung die Kontrollfähigkeit durch den Arzt erhalten bleibt (Vielzahl von Assistenzberufen).

Indikation und Kontrolle obliegen in der Delegation dem Delegierenden. Der Delegationsempfänger hat Remonstrationsrecht und -pflicht, kann und muss die Aufgabe bei mangelnder Qualifikation also ablehnen. Der Krankenhausträger trägt die Organisationsverantwortung, ist aber nicht zu Anweisungen berechtigt, bei Fachincompetenz Aufgaben zu übernehmen.

Aus den Fakten ergibt sich die definitive Ablehnung einer Substitution, da ärztliche Leistungen auch laut SGB V durch den Arzt zu erbringen sind.

Der kleinste gemeinsame Nenner zur Delegation ärztlicher Leistungen, der sich nach Sichtung aktueller Rechtslage ergibt, ist

1. die Erbringung ärztlicher Leistung unter Vermeidung von Patientengefährdung und
2. nur bei entsprechender Qualifikation (Rechtsanspruch des Patienten auf Facharztstandard) des Delegationsempfängers.

Die Entscheidung kann also nicht schematisch, sondern nur individuell erfolgen.

Die Beachtung der Situation geht noch weiter, sie umfasst die ethisch-moralischen Belange der ärztlichen Berufsordnung, die ihresgleichen in

anderen Gesundheitsfachberufen sucht. Eine berufsrechtliche Absicherung des Patienten ist im Rahmen eines freien Berufes unumgänglich (Regeln zur Berufsausübung wie Qualitäts- und Fortbildungspflicht, Patientenschutz, Risiko der Unabhängigkeit von nichtärztlichen, den ärztlichen Aufgaben widersprechenden Vorschriften etc.).

Die übertragbaren Leitungen sind wie folgt zu klassifizieren:

- nicht delegationsfähig,
- im Einzelfall delegationsfähig,
- delegationsfähig.

Das Problem stellt sich im Einzelfall delegationsfähiger Leistungen, die einer bisher ausstehenden und umstrittenen Definition bedürfen.

Weitgehend unstrittige Übertragungen sind Bestückung von Perfusoren, Legen von intravenösen Zugängen, Wundmanagement, OP-Management, Diagnostik- und Therapieplanumsetzung (zeitliche Abfolge, Minderung von Fehlzeiten im Sinne eines Workflow), Umsetzung von Hygiene-richtlinien, Management von Ernährungsrichtlinien, DRG-Abrechnung, Optimierung von Abläufen hinsichtlich der Grenzverweildauer. All das obliegt der Sorgfaltspflicht des Arztes (Auswahl-, Instruktions-, Überwachungs- und Kontrollpflicht).

Wird also zum Beispiel die Prozessführung im Krankenhaus unter rein betriebswirtschaftlichen Gesichtspunkten geführt, besteht die Gefahr unzulässiger Indikationsbeeinflussung (aktuelle Anlässe: Mindestmengen, Chefarztzielvereinbarungen, Transplantationen etc.). Ein Krankenhaus ist eben nicht als Fabrik zu verstehen, in der Ärzte Leistungserbringer und Patienten Kunden sind! Deshalb ist der Arztberuf ein freier Beruf und muss es sein (Berufsordnung der Sächsischen Landesärztekammer: §2 (3) ... „Inbesondere darf er (der Arzt) nicht das Wohl Dritter über das Wohl der Patienten stellen.“ und (4) Der Arzt darf hin-

sichtlich seiner ärztlichen Entscheidungen keine Weisungen von Nicht-ärzten entgegen nehmen.“

Zusammenfassend lässt sich sagen: Da rechtliche Rahmenbedingungen in Deutschland ebenso wie die Qualifikationsgrundlagen des nichtärztlichen Personals fehlen und auch die Richtlinie des G-BA 2012 keine Sicherheit gebracht hat, soll nunmehr auf der Grundlage des oben genannten kleinsten gemeinsamen Nenners ein Führungsinstrument entwickelt werden, das Patientensicherheit und Qualifikationsgrundlage vereint, um möglichst rechtssicher eine ärztliche Leistung unter Prozessführung durch den delegierenden Arzt übertragen zu können.

Projektionsebene „Ambulante Medizin“

Dr. med. Michael Nitschke-Bertaud
Vorstandsmitglied der Sächsischen Landesärztekammer



Dr. med. Michael Nitschke-Bertaud
© SLÄK

Zum 31.12.2001 arbeiteten in Deutschland ca. 34.500 Kollegen als Allgemeinmediziner. 23.900 davon im Altersbereich über 50 Jahre. Der bekannte Arztmangel wird die Zahl der Berufstätigen in diesem Fachgebiet in Zukunft wohl weiter ausdünnen, da wohl nicht jeder Sitz bei den jetzt herrschenden Arbeitsbedingungen wieder besetzt werden wird. Bezogen auf Sachsen und der hier ansässigen ältesten Bevölkerung Deutschlands mit der höchsten Morbidität heißt das sicher weiter zunehmende Behandlungszahlen und

immer komplexere Patienten mit hohem Betreuungsaufwand.

Gleichzeitig sind Arbeitszeit und Leistungsfähigkeit jedes Arztes durch natürliche Grenzen limitiert. Also Delegation oder gleich Substitution als ultimativer Ausweg? Substitution hieße in letzter Konsequenz auch Abgabe der Letztverantwortung für den Patienten und ist aus hausärztlicher Sicht sicher nicht vermittelbar. Betrachtet man den Mikrokosmos Hausarztpraxis, eröffnen sich jedoch bereits viele delegierte Tätigkeiten. Ob Blutabnahmen, Injektion oder Impfungen – ob Blutdruckkontrollen oder Verbände. Auch Patientenbesuche durch Hilfskräfte sind bereits möglich, wenn auch im begrenzten Rahmen.

Die hausärztliche Praxis ist ohne gut ausgebildete medizinische Fachangestellte schlicht nicht vorstellbar. In der Vergangenheit wurden mit verschiedenen Kursangeboten (AGNES, VERAH) bereits mehrfache Versuche unternommen, durch gezielte Schulungen die Kompetenz der Fachangestellten weiter zu erhöhen. Ziel ist das selbstständigere Absolvieren von Hausbesuchen und damit eine größere Entlastung der Ärzte. Dem ist sicher zuzustimmen. Im Endergebnis steht für die zu betreuenden Patienten somit mehr Zeit zur Verfügung. Können damit Praxen auch weiter wachsen, Fallzahlen sich weiter erhöhen? Das ist natürlich auch möglich, jedoch kommen diesbezüglich auch Zweifel auf. Delegieren um jeden Preis lässt sich nicht mit der de-facto persönlichen Leistungserbringung in Übereinstimmung bringen und kann auch nicht im Sinne des Patienten sein. Jedem Patienten, jeder Patientin sollte gleichermaßen die Chance zum wiederholten ärztlichen Gespräch eingeräumt werden und dies schließt zum Beispiel die Bewohner von Pflegeeinrichtungen und Hausbesuchspatienten explizit mit ein. Natürlich ergeben sich bei genauer Betrachtung delegierungsfähiger Leistungen noch eine Reihe anderer Möglichkeiten. Auch kühnere Gedanken seien erlaubt. Könnte zum Beispiel die Erst-Anamnese oder die

Verlaufsanamnese delegiert werden? Vergleichbar ist diese Situation vielleicht mit der Oberarzt-Visite im Krankenhaus, die eher einem prüfenden und kontrollierenden Zweck dient.

Wie viel Einblick erhält man jedoch im eigenen Erstkontakt zur Persönlichkeit des Patienten, zum individuellen Verlauf und zu Mitursachen? Wie individuell und unverzichtbar sind die Informationen zwischen den Zeilen im persönlichen Gespräch? Die Bewertung dieser eher „weichen“ Informationen bietet weitaus mehr Potenzial als dies durch delegierte Anamneseerhebung möglich zu sein scheint. Im hausärztlichen Bereich schließt sich an die Anamnese häufig nahtlos die beschwerdebezogene körperliche Untersuchung an, die weitere Details zum Verlauf vermittelt und gleichsam einen persönlichen Kontakt zur Patientin und zum Patienten herstellt. Eine Delegation im Einzelfall erscheint vielleicht möglich, eine permanente Delegation schließt sich jedoch hier für mich aus.

Viele denkbare delegierbare Leistungen wurden bereits in verschiedenen Positionspapieren erfasst. Eine vom Gesetzgeber zum 30. Juni 2012 geforderte Liste mit konkreter Überarbeitung und Aktualisierung ist bereits überfällig und steht zum aktuellen Zeitpunkt noch aus. Das Einbringen ambulanter und stationärer Aspekte ärztlicher Arbeit in diese Diskussion ist unumgänglich.

Ist diese künftige Liste nun die Freigabe zur Delegation? Sicher nicht, denn der Letztverantwortliche trägt nicht nur bezeichnenderweise die Gesamtverantwortung. Er kann auch den Umfang und die Personen, an die delegiert wird, herausheben oder eingrenzen. Dies macht dieses Werkzeug wieder individuell.

Es bleibt also weiterhin in unserer Hand, festzulegen, wem wir welche Leistung delegieren. Es sollte aber gleichzeitig auch Ansporn sein, die Medizinischen Fachangestellten der Praxen und deren Stärken möglichst gut zu kennen.

Wir sollten offen mit allen anderen Medizinischen Assistenzberufen die bestmögliche Zusammenarbeit diskutieren. Gepaart mit einer guten Weiterbildung für alle Beteiligten sollte dies die Basis sein, damit sich auch in Zukunft Patienten rundherum gut versorgt fühlen.

Juristische Aspekte der Delegation und Substitution

Prof. Dr. jur. Bernd-Rüdiger Kern, Inhaber des Lehrstuhls für Bürgerliches Recht, Rechtsgeschichte und Arztrecht an der Universität Leipzig, Wissenschaftlicher Leiter des Masterprogramms „Medizinrecht“ (DIU)

Durch den Arztvertrag (§§ 611 ff. BGB) wird der Arzt gemäß § 613 S. 1 BGB verpflichtet, die ärztliche Behandlung persönlich zu erbringen. Die persönliche ärztliche Leistungspflicht enthält zugleich das grundsätzliche Verbot der Übertragung von ärztlichen Maßnahmen auf Dritte. Das bedeutet allerdings nicht, dass der Arzt jeden einzelnen Behandlungsschritt persönlich ausführen muss. Nach § 15 Abs. 1 S. 2 SGB V i.V.m. § 15 BMV-Ä umfasst die ärztliche Behandlung auch die Tätigkeiten anderer Personen, die vom Arzt angeordnet sind und seiner Verantwortung unterliegen. § 4 Abs. 2 S. 1 GOÄ spricht gleichfalls von Leistungen, „die unter seiner Aufsicht nach fachlicher Weisung erbracht wurden“. Damit ist klargestellt, dass der Grundsatz der persönlichen Leistungserbringungspflicht nicht bedeutet, dass der Arzt jede Behandlungsmaßnahme auch eigenhändig ausführen muss. Davon zu unterscheiden sind die originären Aufgaben des nichtärztlichen Personals. Übliche Hilfstätigkeiten können selbstverständlich von nichtärztlichem Personal durchgeführt werden. Insoweit handelt es sich nicht um die Delegation ärztlicher Aufgaben. Der Einsatz nichtärztlicher Hilfspersonen ist darüber hinaus in begrenztem Umfang auch im ärztlichen Aufgabenbereich zulässig, jedoch muss in allen Fällen der Kernbereich des ärztlichen Handelns dem Arzt vorbehalten bleiben (Arztvorbehalt). Hilfspersonen dürfen vom Arzt nur eingeschaltet werden, soweit es sich um



Prof. Dr. jur. Bernd-Rüdiger Kern © SLÄK

vorbereitende, unterstützende, ergänzende oder allenfalls mitwirkende Tätigkeiten zur eigentlichen ärztlichen Leistung handelt.

In der medizinischen Literatur wird immer wieder behauptet, insoweit sei die Rechtslage ungeklärt. Diese Behauptung beruht darauf, dass es keine gesetzliche Grundlage gibt, die festlegt, welche Arbeiten vom Arzt selbst durchgeführt werden müssen und welche Aufgaben auf nichtärztliche Heilberufe übertragen werden dürfen. 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 genannten juristischen Normen durch die medizinische Praxis präzisiert werden, durch die Übung der Ärzte einerseits und ihr folgend durch Leitlinien und Absprachen der Berufsverbände andererseits. Für die Frage der Delegierbarkeit ärztlicher Aufgaben werden drei Fallgruppen unterschieden: nicht delegationsfähige, generell delegationsfähige und im Einzelfall delegationsfähige Leistungen.

Nicht delegationsfähig sind Tätigkeiten, die wegen ihrer Schwierigkeit, ihrer Gefährlichkeit oder wegen der Unvorhersehbarkeit etwaiger Reaktionen ärztliches Fachwissen voraussetzen und deshalb vom Arzt persönlich zu erbringen sind. Hierzu zählen insbesondere operative Eingriffe, schwierige Injektionen und Infusionen sowie ärztliche Untersuchungen, Diagnostik und die ärztliche Aufklärung und Beratung des

Patienten sowie die Indikationsstellung oder die Erarbeitung eines Therapie- oder Operationsplans. Zu den generell delegationsfähigen Leistungen gehören unter anderem: Laborleistungen, Dauerkatheterwechsel und der Wechsel einfacher Verbände, ebenso radiologische Leistungen. Daneben gibt es Leistungen, die nur im Einzelfall zur Ausführung an nichtärztliche Mitarbeiter übertragen werden dürfen. Hierzu gehören insbesondere Injektionen, Infusionen, Blut- und Gewebeentnahmen. Der Arzt darf im Einzelfall qualifizierte nichtärztliche Mitarbeiter mit solchen Tätigkeiten betrauen, sofern sein persönliches Tätigwerden nach Art und Schwere des Krankheitsbildes oder des Eingriffs nicht erforderlich ist und der Mitarbeiter die erforderliche Qualifikation, Zuverlässigkeit und Erfahrung aufweist. Die Substitution geht über die Delegation von ärztlichen Leistungen auf nichtärztliches Personal weit hinaus. Letztlich handelt es sich um die selbstverantwortliche Ausübung ärztlicher Tätigkeiten durch nichtärztliches Personal. Eine Lockerung des Arztmonopols – so sie denn überhaupt wünschenswert ist – setzt jedenfalls erweiterte Kenntnisse und Qualifikationen des nichtärztlichen Personals voraus: „Zu denken ist etwa an eine Fachhochschulausbildung des Praxispersonals oder von Pflegekräften sowie der Gesundheitshandwerke (etwa der Augenoptiker), die dann kraft eigener Qualifikation bislang ärztliche Aufgaben wahrnehmen können.“ Ärztliche Aufgaben könnten in der Folge nicht mehr „bloß“ delegiert werden, sondern wären dem nichtärztlichen Personal originär zugeordnet. Nichtärztliches Personal nähme die ihm so übertragenen Aufgaben dann selbständig und eigenverantwortlich wahr.

Gesetzliche Grundlage für die Einführung der Substitution ist § 63 Abs. 3c SGB V: „Modellvorhaben nach Absatz 1 können eine Übertragung der ärztlichen Tätigkeiten, bei denen es sich um selbständige Ausübung von Heilkunde handelt und für die die Angehörigen der im Krankenpflegegesetz geregelten Berufe

auf Grund einer Ausbildung nach § 4 Abs. 7 des Krankenpflegegesetzes qualifiziert sind, auf diese vorsehen“. Auf der Grundlage dieser Norm wurde die „Richtlinie über die Festlegung ärztlicher Tätigkeiten zur Übertragung auf Berufsangehörige der Alten- und Krankenpflege zur selbständigen Ausübung von Heilkunde im Rahmen von Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3c SGB V“ erlassen. Nach § 2 Abs. 2 S. 1 dieser Richtlinie dürfen entsprechend qualifizierte Angehörige der Heilhilfsberufe „selbständig und eigenverantwortlich“ Heilkunde ausüben. Nach Abs. 2 S. 2 übernehmen sie die fachliche, wirtschaftliche und rechtliche Verantwortung. Demzufolge besteht nach § 2 Abs. 3 keine ärztliche Verantwortlichkeit für die Ausübung der Tätigkeit. Dennoch bleibt es im höchsten Maße fraglich, ob es sich überhaupt um einen Fall echter Substitution handelt. § 3 Abs. 1 sieht nämlich vor, dass die selbständige Ausübung der Heilkunde durch nichtärztliches Personal eine ärztliche Diagnose und Indikationsstellung voraussetzt. Nach § 2 Abs. 2 S. 3 muss die ärztliche Tätigkeit durch einen Arzt übertragen werden. Nach diesen gesetzlichen Vorgaben handelt es sich also gar nicht um eine selbständige Ausübung der Heilkunde, die auch die Diagnose und Indikationsstellung umfasst. Es entfällt also letztlich nur die ärztliche Aufsicht und Verantwortung für die Therapiedurchführung. Demzufolge ist auch eine Heilpraktikererlaubnis, die das BVerwG für die selbständige Berufsausübung für erforderlich hält, nicht erforderlich. Die Praktikabilität dieser Lösung steht dahin.

Pflegefehler, Haftung und Letztverantwortung

Ursula Laag, M. Sc. Pflegewissenschaft, Diplom-Berufspädagogin, Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e. V., Köln
Seit Jahren und insbesondere seit Verabschiedung der Heilkundeübertragungsrichtlinie im Frühjahr 2012 wird intensiv und kontrovers über das Thema der Übertragung ärztlicher Aufgaben auf die Pflege diskutiert. Dabei ist die haftungsrechtliche



Ursula Laag

© SLÄK

Letztverantwortung für die originär pflegerischen Aufgaben bislang ebenfalls nicht geklärt. Pflegefehler, Haftung und Letztverantwortung für originär pflegerische Aufgaben sind daher Gegenstand dieses Beitrags.

Pflegefehler

Über die jährliche Anzahl von Pflegefehlern mit haftungsrechtlichen Konsequenzen gibt es keine verbindlichen Angaben. Im Rahmen einer pflegewissenschaftlichen Qualifikationsarbeit wurde aktuell eine erste systematische Annäherung unternommen. Der empirische Teil der Arbeit enthält die Auswertung von zwanzig Expertengesprächen mit Richtern von Landgerichten und Oberlandesgerichten sowie eine Analyse verfügbarer Rechtsprechung zu Pflegefehlern. Auf Grundlage der Ergebnisse kann von einer Anzahl von mehr als 1.000 gerichtlich verhandelten Pflegefehlern im Jahr in Deutschland ausgegangen werden. Eine steigende Tendenz wird sowohl von Richterinnen und Richtern als auch von Gutachtern des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherungen angenommen. Gegenstände von Pflegehaftungsfällen sind fast durchweg Stürze und Sturzverletzungen sowie die Entstehung von Dekubiti. Vereinzelt werden auch Ernährungsfehler oder allgemein schlechte Pflege mit der Folge von Aufsichtspflichtverletzung oder Verwahrlosung beklagt. Bei all diesen Gegenständen handelt es sich um Bereiche, in denen Pflege eigenständig und eigenverantwortlich agiert. Dennoch zeigen die Ergebnisse der Untersu-

chung, dass zur gerichtlichen Begutachtung dieser Fälle fast ausschließlich ärztliche Sachverständige herangezogen werden.

Letztverantwortung – Perspektive der Gerichte

Im Rahmen der Expertengespräche wurden in diesem Zusammenhang Grundannahmen der Richter zur pflegerischen Verantwortung deutlich, die vonseiten der Pflege und der Pflegewissenschaft als überholt gelten:

- Pflege im Krankenhaus steht unter ärztlicher Verantwortung. Sie ist Teil der medizinischen Behandlung und findet nebenbei statt.
- Ärzte ordnen pflegerische Maßnahmen an. Dies bezieht sich auch auf die prophylaktischen Maßnahmen.
- Die Bearbeitung von Pflegehaftungsfällen erfordert von den

Gerichten keine spezifische Einarbeitung oder Fachkenntnisse.

- Pflege gehört nicht zu den Heilbehandlungen.

Dahinter verbirgt sich auch die Annahme, dass es – vor allem im Krankenhaus – keinen arztfreien Raum gebe. Damit ist aus der Perspektive der Richter auch die gerichtliche Begutachtung von Pflegefehlern ärztliche Aufgabe. Die Eigenständigkeit von Pflege mit eigenen spezifischen Wissens- und Erfahrungsbeständen ist hier meist nicht bekannt, genauso wenig wie die Existenz von Sachverständigen aus dem Bereich der Pflegewissenschaft.

Letztverantwortung – Perspektive der Pflege

Im Rahmen der pflegerischen Berufsgesetze KrPflG (Krankenpflegegesetz) und AltPflG (Altenpflegegesetz) sind als eigenverantwortliche Aufgabenbereiche in jeweils vergleichba-

rem Wortlaut die „Erhebung und Feststellung des Pflegebedarfs, die Planung, Organisation, Durchführung und Dokumentation der Pflege auf Basis pflegewissenschaftlicher, medizinischer und weiterer bezugswissenschaftlicher Erkenntnisse“ festgelegt. Die Zuständigkeit des Bundes für beide Berufsgesetze im Rahmen der konkurrierenden Gesetzgebung zeigt, dass beide Berufe zu den heilkundlichen Berufen gehören. Ausdrücklich wurde dies für den Beruf der Altenpflegerin und des Altenpflegers im Jahr 2002 durch das Bundesverfassungsgericht bestätigt. Der Pflege steht neben konzeptionellen und methodischen Grundlagen inzwischen ein international umfangreiches evidenzbasiertes Fachwissen zur Verfügung, was in zentralen Bereichen in bisher sieben nationa-

len Expertenstandards aufgearbeitet ist. Diese wurden auf fachwissenschaftlicher Grundlage entwickelt und mit der Praxis konsentiert. Sie haben haftungsrechtliche Relevanz und mit Einführung des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes im Jahr 2008 sozialrechtliche Verbindlichkeit. In der täglichen Praxis entscheiden Pflegefachkräfte in der Regel selbständig sowohl über pflegerische Maßnahmen einschließlich der Prophylaxen als auch in Teilen über Maßnahmen der medizinischen Behandlung. Dies bestätigen unter anderem die Ergebnisse der regelmäßigen bundesweiten Befragungen von (leitenden) Pflegefachkräften zur Situation in der Pflege durch das Deutsche Institut für angewandte Pflegeforschung e. V. in Köln („Pflege-Thermometer“, www.dip.de).

Aus pflegfachlicher und pflegewissenschaftlicher Perspektive ist die Eigenverantwortung der Pflege bezüglich der originär pflegerischen Aufgaben unstrittig. Hier hinken die Einschätzungen der Gerichte der aktuellen Situation noch hinterher. Auch der Diskussion um die Übertragung ärztlicher Aufgaben auf die Pflege kann es nur zuträglich sein, die bisherige und zukünftige (auch akademische) Entwicklung von Pflege und Pflegewissenschaft einzu beziehen. Letztendlich müssen empirische Untersuchungen zeigen, inwiefern damit die Versorgungsqualität in festgelegten Bereichen gehalten oder verbessert werden kann.

Prof. Dr. med. habil. Winfried Klug
Vorsitzender des Redaktionskollegiums
„Ärzteblatt Sachsen“