

# Delegation ärztlicher Leistungen im Krankenhaus: Entwicklung einer Delegationsmatrix

J. Wunderlich, R. Kobes, A. Teubner, C. Pihl

## 1. Einleitung

Vor dem Hintergrund der wirtschaftlichen und personellen Rahmenbedingungen im deutschen Gesundheitssystem wird die Diskussion um eine Verlagerung ärztlicher Tätigkeiten auf nichtärztliches Gesundheitsfachpersonal intensiv geführt. Insbesondere der kontinuierlich fortschreitende Ärztemangel in der ambulanten und stationären Versorgung sowie die verschärften arbeitszeitrechtlichen Regelungen für die im stationären Sektor tätigen Ärztinnen und Ärzte implizieren eine Ausweitung der Grenzen der Delegation

ärztlicher Tätigkeiten. Infolge wirtschaftlicher Zwänge und der nur begrenzt für die Patientenbehandlung zur Verfügung stehenden Ressourcen und Kapazitäten gewinnen die verschiedenen Formen der Arbeitsteilung in der Medizin, insbesondere die Delegation ärztlicher Tätigkeiten, immer stärker an Bedeutung. Eine Vielzahl an berufs- und haftungsrechtlichen „Fallstricken“ für delegierende Ärzte schränkt die derzeit real stattfindende Delegation erheblich ein.

In Deutschland existieren nur wenige gesetzliche Regelungen, auf deren Grundlage die Delegation ärztlicher Tätigkeiten rechtsverbindlich erfolgen kann bzw. muss (siehe dazu § 28 Abs. 1 Satz 3 SGB V sowie § 63 Abs. 3b und 3c SGB V). Der Arzt muss auf der Grundlage seiner haftungsrechtlichen Gesamtverantwortung für die Patientenbehandlung auch die Führung im Delegationsprozess übernehmen, wofür ihm geeig-

nete Führungsinstrumente an die Hand gegeben werden sollten. Deshalb wurde im Rahmen einer ärztlich-juristisch-ökonomisch betreuten Masterarbeit an der Westsächsischen Hochschule Zwickau (WHZ) auf der Grundlage einer interdisziplinären Untersuchung erstmals ein solches Führungsinstrument in Form einer Delegationsmatrix für die praktische Anwendung der Delegation ärztlicher Tätigkeiten im stationären Alltag entwickelt. Im Fokus stand dabei das Kernziel einer sinnvollen Arbeitsteilung im Krankenhaus, bei der sowohl das ärztliche als auch das pflegerische Personal qualifikationsbezogen und rechtssicher eingesetzt werden kann.

## 2. Methodik

In einer Literaturstudie wurde zunächst der status quo bzw. der „kleinste gemeinsame Nenner“ der verschiedenen Akteure und Positionen in der Delegationsdiskussion im deutschen Gesundheitssystem analysiert und darauf aufbauend sodann konsensfähige Kriterien für eine Delegationsmatrix ermittelt. Über die zeitliche und inhaltliche Systematik der in diesem Zusammenhang identifizierten Meilensteine der Delegation ärztlicher Tätigkeiten wurde ein zusammenfassendes Schaubild konzipiert (Abb. 1).

Im Rahmen der Literaturlauswertung wurde deutlich, dass sich im Bemühen um eine möglichst genaue Differenzierung der übertragbaren ärztlichen Tätigkeiten die Gefahr eines Verlusts der Übersichtlichkeit sowie

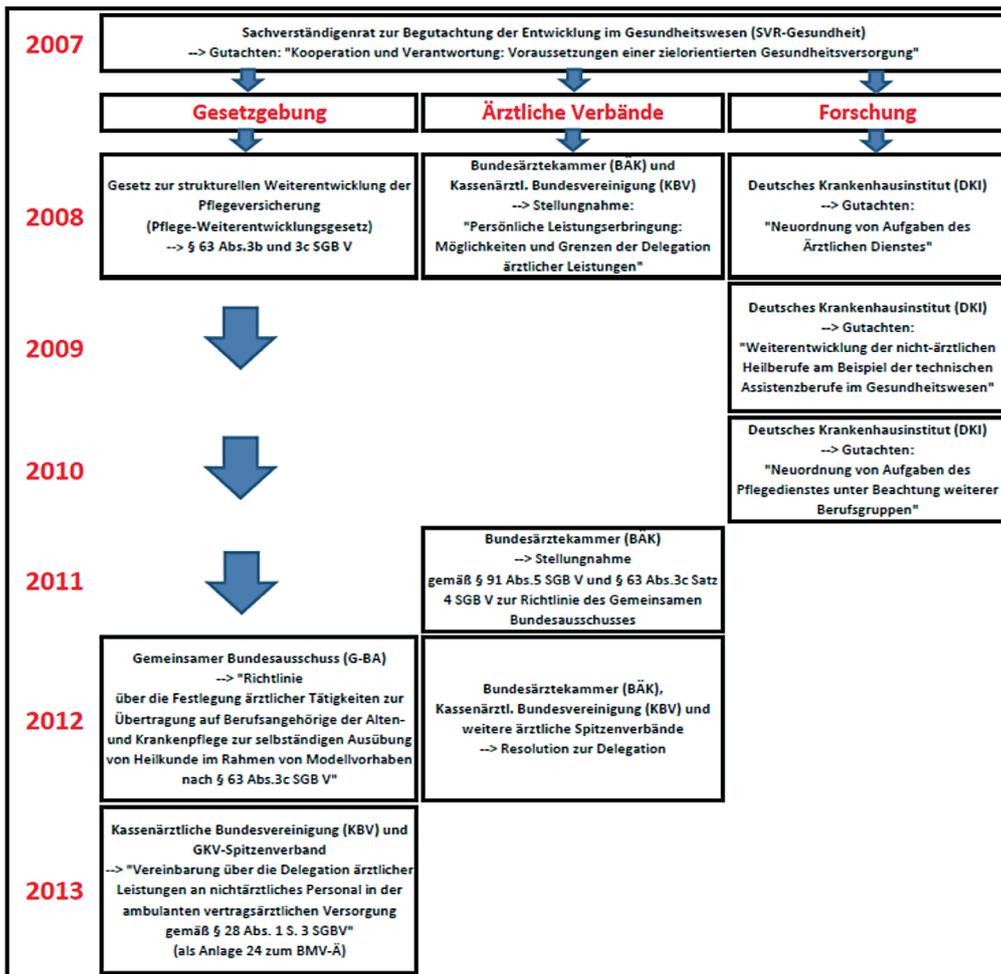


Abb. 1: Meilensteine der Delegation ärztlicher Tätigkeiten

<sup>1</sup> Bei der inhaltlichen Betrachtung dieses Delegationskriteriums ist grundsätzlich zwischen der formalen Qualifikation, welche auf der Grundlage von Ausbildungszeugnissen und weiterer formal vorliegender Qualifikationsnachweise (Urkunden, Zertifikate, Fortbildungspunkte etc.) des nichtärztlichen Gesundheitsfachpersonals relativ einfach vom delegierenden Arzt nachgeprüft und eingeschätzt werden kann, und der materiellen Qualifikation, welche die ganz individuellen, in der Krankenhauspraxis mitunter stark divergierenden, Eigenschaften einer Gesundheits- und Krankenpflegekraft beschreibt (bezieht sich schwerpunktmäßig auf die individuellen praktischen Fähigkeiten und Fertigkeiten), zu unterscheiden.

der praktischen Anwendbarkeit des gesamten Delegationssystems verbirgt. Bei der Entwicklung von Delegationssystemen muss deshalb stets der Detaillierungsgrad der zu konzipierenden Delegations-Klassifikation einerseits – mit der praktischen Anwendbarkeit und Implementierbarkeit in der Versorgungsrealität andererseits abgewogen werden.

In der Delegationsdiskussion besteht weitgehender Konsens darüber, dass, unabhängig von der medizinischen Fachrichtung, in der die Delegation stattfindet, in gewisser Weise immer existierten:

- ein grundsätzlich delegationsfähiger **Kernbereich pflegerischer Tätigkeit** (eindeutige Kompetenzschnittmengen zwischen dem ärztlichen und dem pflegerischen Berufsbild vorhanden),
- ein nicht delegationsfähiger **Kernbereich ärztlicher Tätigkeit** (medizinisches Grundlagensstudium für die Leistungserbringung am Patienten zwingend erforderlich),
- ein im Einzelfall delegationsfähiger **Zwischenbereich** mit vier verschiedenen Sorgfaltspflichten eines delegierenden Arztes (Auswahl-, Instruktions-, Überwachungs-, Kontrollpflicht), der infolge der starken Einzelfallabhängigkeit der Delegation durch eine relativ hohe Rechts- und Verfahrensunsicherheit für alle am Delegationsprozess beteiligten Akteure gekennzeichnet ist.

Vor diesem Hintergrund wurde die Delegations-Klassifikation aus dem Gutachten des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2007) als die am besten geeignete Grundklassifikation des zu entwickelnden ärztlichen Führungsinstrumentes ausgewählt (SVR 2007, S. 105) und hinsichtlich der nicht delegationsfähigen Tätigkeiten mittels der Stellungnahme zur höchstpersönlichen Leistungserbringung der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (2008) modifiziert (BÄK/KBV 2008, S. A2174).

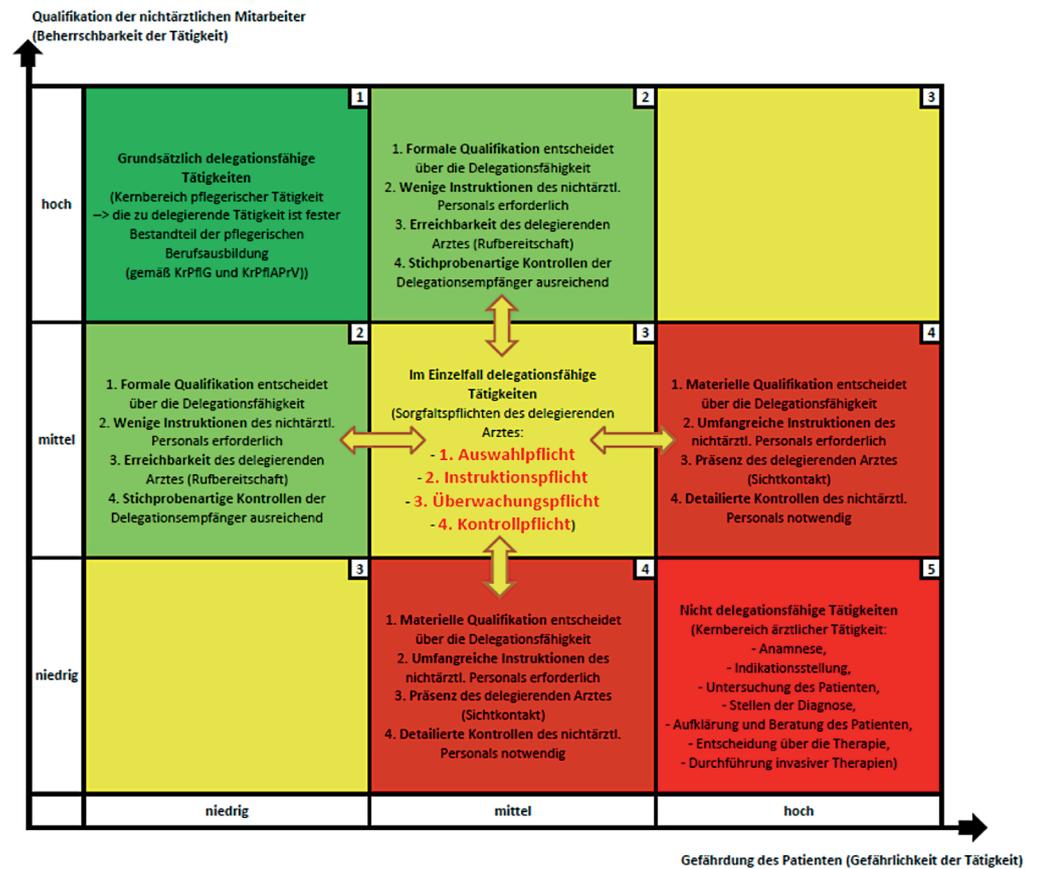


Abb. 2: Delegationsmatrix

Ein delegierender Arzt muss in Erfüllung seiner Sorgfaltspflichten stets eine Einschätzung über die im individuellen Falle vorhandenen Ausprägungen der beiden Delegationskriterien:

- **Qualifikation des nichtärztlichen Mitarbeiters** (Beherrschbarkeit der ärztlichen Tätigkeit für den nichtärztlichen Delegationsempfänger)<sup>1</sup> und
- **Gefährdungspotenzial für den Patienten** (Gefährlichkeit der ärztlichen Tätigkeit für den Gesundheitszustand des Patienten) vornehmen (DKI 2008, S. 68).

Über die grundsätzliche Anwendbarkeit dieser beiden Kriterien aus dem Gutachten des Deutschen Krankenhausinstituts (2008) besteht ebenfalls weitestgehender Konsens in der Delegationsdiskussion. Sie wurden deshalb auch als die „Achsenbezeichnungen“ des ärztlichen Führungsinstrumentes ausgewählt.

Um die im Rahmen der Literaturstudie ermittelten konsensfähigen Krite-

rien für die Delegation ärztlicher Tätigkeiten im Krankenhaus innerhalb ein und desselben geschlossenen Systems grafisch darstellen zu können, wurde eine nach dem Ampelsystem aufgebaute, zweidimensionale 9-Felder-Matrix – in Orientierung an der Portfolio-Analyse nach Mc Kinsey (Führungsinstrument aus dem strategischen Management großer Unternehmen) – als die geeignete Darstellungsform gewählt (Abb. 2).

Eine besonders hohe Rechts- und Verfahrensunsicherheit für alle am Delegationsprozess beteiligten Akteure konnte bei den im Einzelfall delegationsfähigen Tätigkeiten (Delegationsklasse 3) und den damit verbundenen, zwingend zu erfüllenden, Sorgfaltspflichten eines delegierenden Arztes festgestellt werden. Zum Zwecke der Ausdifferenzierung der ärztlichen Sorgfaltspflichten wurden innerhalb der Delegationsmatrix die Delegationsklassen 2 und 4 gebildet, welche als Unterklassen der Hauptdelegationsklasse 3 die rechtunsicheren Zwischen- bzw. Grenzbe-

reiche repräsentieren. Mittels einer Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (2007) konnten diese mit den entsprechenden Prüfparametern für die praktische Anwendung der einzelfallabhängigen Delegation in der Krankenhauspraxis versehen werden (DGIM 2007, S. 4/5).

### 3. Ergebnisse

Die Delegation ärztlicher Tätigkeiten im Krankenhaus ist durch eine sehr große Dynamik des medizinischen Entscheidungsprozesses sowie eine fehlende Generalisierbarkeit gekennzeichnet. Die Entwicklung eines absoluten und abschließenden Schemas, das allen Eventualitäten der Delegation im stationären Alltag vollumfänglich gerecht werden kann, ist deshalb gegenwärtig, und wahrscheinlich auch in naher Zukunft, nicht möglich.

Die Delegationsmatrix stellt eine grundsätzliche Orientierungs- und Entscheidungshilfe für delegierende Ärzte in deutschen Krankenhäusern dar, mittels derer ein delegierender Arzt seiner ihm zukommenden Führungsrolle im stationären Delegationsprozess unter Wahrung der dringend erforderlichen Rechts- und Verfahrenssicherheit gerecht werden kann. Das entwickelte Matrixsystem gibt dem Arzt – in Form eines grafisch nach dem „Ampelsystem“ aufgebauten, und damit weitgehend selbsterklärenden Systems – alle die notwendigen Faktoren und Kriterien an die Hand, die er für eine juristisch unbedenkliche Delegation im Krankenhaus benötigt. Die Delegationsmatrix lässt aber gleichzeitig auch genügend Spielräume für eine ganz individuelle Delegationsentscheidung, die der Arzt ohnehin in jedem Falle berufs- und haftungsrechtlich zu verantworten hat.

Die Delegation ärztlicher Tätigkeiten ist sehr stark von den individuellen Ausprägungen der beiden Delegationskriterien abhängig – und kann deshalb nur schwer anhand von statischen Delegationssystemen (zum Beispiel Delegationslisten in Verbindung mit umfangreichen Verfahrens-

anweisungen) dauerhaft und nachhaltig abgebildet werden. Beide Delegationskriterien sind im Krankenhausalltag regelmäßig gewissen „Störfaktoren“ unterlegen, die immer wieder eine sehr situationsbezogene Einzelfallentscheidung des behandelnden Arztes erfordern. Das Delegationskriterium „Gefährdung des Patienten“ wird durch die, mit dem Fortschreiten des demografischen Wandels zunehmende, Multimorbidität der einzelnen Patientenpopulationen beeinflusst. Demgegenüber ist das Kriterium „Qualifikation der nichtärztlichen Mitarbeiter“ im Bereich der materiellen Qualifikation im stationären Alltag ebenfalls einer relativ stark ausgeprägten Variationsbreite unterlegen. Das Vorhandensein solcher „Störfaktoren“ in beiden Delegationskriterien kann in Kombination durchaus dazu führen, dass ein und dieselbe ärztliche Tätigkeit vom behandelnden Arzt beim Patienten A (mit der Multimorbidität A und der materiellen Qualifikation der Pflegekraft X) als delegationsfähig klassifiziert wird, demgegenüber beim Patienten B (mit der Multimorbidität B und der materiellen Qualifikation der Pflegekraft Y) jedoch als nicht delegationsfähig eingestuft wird. Die Delegationsmatrix stellt das erste dynamische Delegationssystem dar, das von vornherein auf die Individualität und die Veränderlichkeit der Delegation als einer ärztlichen Einzelfallentscheidung ausgelegt ist. Ihr liegt die Annahme zugrunde, dass die Delegation ärztlicher Tätigkeiten immer eine ärztliche Anordnung im Einzelfall ist, die weder generalisiert machbar ist, noch in statische Delegationssysteme eingebettet bzw. mittels dieser implementiert werden kann. Auf der Grundlage der Delegationsmatrix kann die Delegationsentscheidung eines behandelnden Arztes immer direkt vor Ort (zum Beispiel am Bett des Patienten), und damit quasi „in Echtzeit“ erfolgen.

Aus **medizinischer Sicht** stellt die Möglichkeit der ärztlichen Delegationsentscheidung im Einzelfall eine logische Konsequenz aus der Methoden- und Therapiefreiheit eines Arz-

tes – und damit einen wesentlichen Bestandteil des „freien“ Arztberufes – dar.

Aus **juristischer Sicht** ist zur gebotenen Wahrung des medizinischen Sorgfaltsmaßstabs ein dynamisches Delegationssystem, welches dem behandelnden Arzt eine flexible Einzelfallentscheidung unter Berücksichtigung der ganz individuellen Merkmale des Patienten (Multimorbidität) sowie des Mitarbeiters (materielle Qualifikation) ermöglicht, statischen Systemen gegenüber zu bevorzugen.

Aus **ökonomischer Sicht** müssen statische Delegationssysteme vor dem Hintergrund des kontinuierlichen medizinisch-technischen Fortschritts zudem ständig aktualisiert, und den sich verändernden Rahmenbedingungen angepasst werden – um die Rechts- und Verfahrenssicherheit der praktizierten Delegation dauerhaft erhalten zu können.

Zusammenfassend konnte somit ein flexibler Entscheidungsrahmen, der auf Konsens in der Delegationsforschung basiert und auf eine medizinisch-juristisch-ökonomisch sinnvolle Delegation ärztlicher Tätigkeiten im Krankenhaus abzielt, entwickelt werden. Die vollständige Masterarbeit kann bei der Sächsischen Landesärztekammer – Rechtsabteilung – eingesehen werden. Um das System der Delegationsmatrix weiter zu validieren, ist eine empirische Erhebung in Form von Experteninterviews mit sächsischen Krankenhausärzten vorgesehen.

Literatur beim Verfasser

Anschrift des Verfassers:

Dipl.-Betriebsw. (BA) Jan Wunderlich M.Sc.,  
Sächsische Landesärztekammer,  
Rechtsabteilung,  
Schützenhöhe 16,  
01099 Dresden  
E-Mail: ra@slaek.de, Tel.: 0351 8267-427

Einrichtungen/Institute:

Dr. med. Rainer Kobes, PleiBentalklinik,  
Ronneburger Str. 106, 08412 Werdau;  
Prof. Dr. iur. Andreas Teubner,  
Prof. Dr. rer. soc. Christian Pihl,  
Westfälische Hochschule Zwickau  
Fakultät für Gesundheits- und  
Pflegerwissenschaften,  
Dr. Friedrichs-Ring 2A,  
080536 Zwickau