



Patrick Weidinger

Die Delegation ärztlicher Leistungen aus Sicht der Haftpflichtversicherung

10. Deutscher Medizinrechtstag 04./05.09.2009



Interesse der Haftpflichtversicherung

- Zur Einführung: Drei Fälle aus der Schadenpraxis
 - Parallelnarkose
 - Intraarterielle Injektion
 - Lingualisläsion
- Die Vermeidung iatrogener Schäden ist ein wesentliches Anliegen von Patienten und aller im Gesundheitswesen tätigen Personen und Institutionen einschließlich der Haftpflichtversicherungen.
- Eine Ausschnittsbetrachtung des finanziellen Aspektes von Arzt- und Krankenhaushaftpflichtschäden muss nicht nur wegen der Einzelfallaufwendungen (bei sogenannten Großschäden oft in Millionenhöhe), sondern auch im Hinblick auf bezahlbare Versicherungsbeiträge gleichgelagerte Interessen haben
- Also: Delegationen dürfen weder Schaden- noch Haftungsrisiko erhöhen!
Idealerweise senken sie diese!

Themenübersicht

- Ausgangslage
 - I. Aktuelle Diskussionen
 - II. Rechtliches Umfeld
- Risiken für die Haftpflichtversicherung
- Fazit



Bericht des Deutschen Krankenhausinstituts (DKI) Neuordnung von Aufgaben des Ärztlichen Dienstes April 2008

- Im Krankenhaus Barometer 2006 des Deutschen Krankenhausinstituts gaben gut 28% der Krankenhäuser an, derzeit offene Stellen im Ärztlichen Dienst nicht besetzen zu können.
- Die Situation wird sich nicht verbessern.
- Die Bundesärztekammer kommt in ihrer „Studie zur Altersstruktur- und Arztzahlentwicklung“ zu dem Ergebnis, dass zwischen 2007 und 2017 rund 17.800 Krankenhausärzte aufgrund ihres Alters aus dem Arztberuf ausscheiden werden.
- Im Vertragsarztbereich werden im gleichen Zeitraum etwa 59.000 Vertragsärzte ausscheiden.
- Aufgrund der seit Jahren rückläufigen Absolventenzahlen im Fach Humanmedizin droht somit ein Mangel an Ärzten sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich. Beide Bereiche werden in Zukunft noch stärker als bisher um die vorhandenen Ärzte konkurrieren.

Quelle: http://www.dkgev.de/media/file/4347.DKI-Studie_Neuordnung-Aerztlicher-Dienst_Langfassung.pdf

Ohne Entlastung der Ärzte soll eine Unterversorgung drohen

Studierende

Rückgang der Humanmedizin Studierenden von 1993 bis 2007 um rd. 17%
(von rd. 90.500 auf rd. 75.000)

Behandlungsbedarf im Alter

- 47% der gesamten Krankheitskosten in Deutschland entfallen –mit steigender Tendenz- auf ältere Menschen (Multimorbiditäten, Pflegebedürftigkeit...).

Ärztinnen/Ärzte

	ambulant	stationär
■ 1993	113.000	124.000
■ 2008	138.000	154.000

In Krankenhäusern wurden im Jahr 2007 17.178.573 Patienten behandelt.
Die Anzahl vollstationärer Fälle stieg 2007 gegenüber 2006 um 2 Prozent,
die durchschnittliche Verweildauer sank auf 7,8 Tage.

Prognose des Kieler Instituts für Gesundheits-System-Forschung (Ärzte Zeitung online, 25.08.2009)

- Ab 2020 gehen die geburtenstarken Jahrgänge der Nachkriegsjahre in Rente.
- Für seine Prognose hatte das Kieler Institut für Gesundheits-System-Forschung (IGSF) eine Hochrechnung der Entwicklung von 22 ausgewählten Krankheiten vorgenommen.
- Trotz einer um rund 13,4 Millionen zurückgehenden Bevölkerungszahl soll die absolute Zahl der Neuerkrankungen an Herzinfarkt im Vergleich zu 2007 um 75 Prozent auf 548 000, beim Schlaganfall um 62 Prozent auf 301 000 Neuerkrankungen zunehmen. Die Zahl der erwarteten Demenzkranken gibt das IGSF mit 2,2 Millionen an (+104 Prozent).

Aus aktuellen Diskussionen

- Aus einer Presseveröffentlichung vom 29. Oktober 2007: Der **Hartmannbund** stimmt einer Delegation von Leistungen, wie sie das jüngste Sachverständigengutachten empfohlen hat, nur zu, wenn der Gesetzgeber „akzeptable wirtschaftliche Rahmenbedingungen“ für die ambulante Versorgung schafft. Eine Delegation sei sinnvoll, zum Beispiel der Hausbesuch medizinischer Fachangestellter, wenn der Arzt die Qualifikation festgestellt habe und die Tätigkeit adäquat vergütet werde.
- Aus einer Presseveröffentlichung vom 4. März 2008: Die **Ärzttekammer Westfalen-Lippe** protestiert gegen das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz: Die ärztliche Tätigkeit müsse approbierten Ärzten vorbehalten bleiben.
- **Allemeyer/Nies**, Nicht-ärztliche OP-Assistenz: Ärzte effizienter einsetzen in **Deutsches Ärzteblatt 2009**; 106(23): A-1213: Im Marienhospital Osnabrück wurde eine Prozessanalyse OP-Assistenz durchgeführt. Es ergaben sich keine Hinweise darauf, dass die Patientenversorgung von der zweiten OP-Assistenz durch einen Arzt profitiert. „Berufsgruppen, die zur Wahrnehmung der delegierten Aufgaben bereit wären, verbinden hiermit die Vorstellung nach einer Gehaltsangleichung an ärztliche Vergütungen. Diesem Wunsch fehlt jegliche Logik. Beim diskutierten Delegationsmodell sollen zur Effizienzsteigerung die Ärzte von Aufgaben entbunden werden, für die sie überqualifiziert und damit überbezahlt sind.“

Themenübersicht

- Ausgangslage
 - I. Aktuelle Diskussionen
 - II. Rechtliches Umfeld
- Risiken für die Haftpflichtversicherung
- Fazit



Literatur-/Linkempfehlung (Auszug)

- Bergmann, Delegation und Substitution ärztlicher Leistungen auf/durch nichtärztliches Personal, MedR 2009, 1 ff
- Wienke, Delegation ärztlicher Verantwortung auf nicht-ärztliches Personal, ZEFQ 2008, 550 ff
- Quelle: http://www.dkgev.de/media/file/4347.DKI-Studie_Neuordnung-Aerztlicher-Dienst_Langfassung.pdf

Ausübung der Heilkunde und Arztvorbehalt

§ 2 Bundesärzteordnung vom 02.10.1961:

Wer ... den ärztlichen Beruf ausüben will, bedarf der Approbation als Arzt.

Ausübung des ärztlichen Berufs ist die Ausübung der Heilkunde unter der Berufsbezeichnung „Arzt“ oder „Ärztin“.

§ 1 des Heilpraktikergesetzes vom 17.02.1939:

Wer die Heilkunde, ohne als Arzt bestellt zu sein, ausüben will, bedarf dazu der Erlaubnis.

Ausübung der Heilkunde im Sinne dieses Gesetzes ist jede berufs- oder gewerbsmäßig vorgenommene Tätigkeit zur Feststellung, Heilung oder Linderung von Krankheiten, Leiden oder Körperschäden bei Menschen, auch wenn sie im Dienst von anderen ausgeübt wird.

Ausübung der Heilkunde und Arztvorbehalt

Aus § 15 I Bundesmanteltarifvertrag Ärzte (Stand: 01.01.2009):

Jeder an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Arzt ist verpflichtet, die vertragsärztliche Tätigkeit persönlich auszuüben.

Persönliche Leistungen sind auch ärztliche Leistungen durch genehmigte Assistenten und angestellte Ärzte gemäß § 32 b Ärzte-ZV, soweit sie dem Praxisinhaber als Eigenleistung zugerechnet werden können.

Persönliche Leistungen sind ferner Hilfeleistungen nichtärztlicher Mitarbeiter, die der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Arzt, der genehmigte Assistent oder ein angestellter Arzt anordnet und fachlich überwacht, wenn der nichtärztliche Mitarbeiter zur Erbringung der jeweiligen Hilfeleistung qualifiziert ist.

(vgl. §§ 15, 28 SGB V)

Delegation - Substitution

Delegation	Übertragung bestimmter Tätigkeiten an ärztliche und nichtärztliche Mitarbeiter zur selbständigen Erledigung
Substitution	Ersetzen des Arztes durch einen Nicht-Arzt einschließlich des Überganges der Verantwortung (selbständige Ausübung der Heilkunde)

Substitution

- **Abgeleitete Substitution (Physiotherapie, Logopädie etc.)** Das Gesetz über die Berufe in der Physiotherapie (Masseur- und Physiotherapeutengesetz – MPhG) idF vom 25.11.2003 schützt die Berufsbezeichnung Masseurin und Medizinische Bademeisterin/Masseur und Medizinischer Bademeister, Physiotherapeutin/Physiotherapeut (ehemals: Krankengymnast). Grundsätzlich kann der Physiotherapeut nur aufgrund ärztlicher Verordnung tätig werden (keine autonome Ausübung der Heilkunde). Mit Urteil vom 21.11.2006 hat das OVG Koblenz jedoch entschieden, dass Physiotherapeuten auf Antrag eine auf den Bereich der Physiotherapie beschränkte Erlaubnis zur Niederlassung als Heilpraktiker zu erteilen ist.
- **Autonome Substitution (Hebamme)** Die Hebamme ist kein Heilhilfsberuf, sondern vom gesetzlichen Leitbild her ein eigenständiger Medizinalberuf neben dem Arzt.

Stellungnahme der BUNDESÄRZTEKAMMER und der KASSENÄRZTLICHEBUNDESVEREINIGUNG

- Die Bundesärztekammer (BÄK) und die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) haben die aus dem Jahre 1988 stammende gemeinsame Stellungnahme zu „Anforderungen an die persönliche Leistungserbringung“ überarbeitet. Dazu wurden die Fachverbände und Berufsverbände zur Frage der Delegierbarkeit ärztlicher Leistungen befragt (Bekanntmachungen der BUNDESÄRZTEKAMMER und der KASSENÄRZTLICHENBUNDESVEREINIGUNG zur persönliche Leistungserbringung und Möglichkeiten und Grenzen der Delegation ärztlicher Leistungen, Stand: 29. August 2008).
- Die Neufassung enthält keine grundlegende Änderung der bisherigen Position.

Stellungnahme der **BUNDESÄRZTEKAMMER** und der **KASSENÄRZTLICHEBUNDESVEREINIGUNG**

I. Rechtsgrundlagen

II. Arztvorbehalt

III. Höchstpersönliche Leistungen des Arztes

IV. Delegation an ärztliche Mitarbeiter

V. Delegation an nichtärztliche Mitarbeiter

VI. Haftung/Strafbarkeit

VII. Einzelne Fragestellungen

Stellungnahme der BUNDESÄRZTEKAMMER und der KASSENÄRZTLICHEBUNDESVEREINIGUNG

I. Rechtsgrundlagen

Für die ambulante ärztliche Berufsausübung regelt das allgemeine Dienstvertragsrecht, dass Dienstleistungen im Zweifel durch die Person des Dienstleistungsverpflichteten zu erbringen sind (§ 613 S. 1 des Bürgerlichen Gesetzbuchs, BGB). Im ärztlichen Berufsrecht hat das Merkmal der persönlichen Leistungserbringung seinen Niederschlag gefunden in

§ 19 Abs. 1 der (Muster-) Berufsordnung (MBO)

§ 32 Abs. 1 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV)

§ 15 Abs. 1 des Bundesmantelvertrages-Ärzte (BMV-Ä)

§ 17 Abs. 1 des Krankenhausentgeltgesetzes/Wahlleistungen.

Anm.:

§§ 15 und 28 SGB V:

Ärztliche oder zahnärztliche Behandlung wird von Ärzten oder Zahnärzten erbracht. Sind Hilfeleistungen anderer Personen erforderlich, dürfen sie nur erbracht werden, wenn sie vom Arzt (Zahnarzt) angeordnet und von ihm verantwortet werden.

§ 32 Ärzte-Zulassungsverordnung:

Der Vertragsarzt hat die vertragsärztliche Tätigkeit persönlich in freier Praxis auszuüben.

§ 15 Bundesmantelvertrag-Ärzte

Jeder an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Arzt ist verpflichtet, die vertragsärztliche Tätigkeit persönlich auszuüben. ... Persönliche Leistungen sind ferner Hilfeleistungen nichtärztlicher Mitarbeiter, die der Arzt anordnet und fachlich überwacht, wenn der nichtärztliche Mitarbeiter zur Erbringung der jeweiligen Hilfeleistung qualifiziert ist.

Stellungnahme der BUNDESÄRZTEKAMMER und der KASSENÄRZTLICHEBUNDESVEREINIGUNG

Der Arzt darf aber gemäß § 4 Abs. 2 der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) alle selbstständigen ärztlichen Leistungen berechnen, die er selbst erbracht hat oder als delegierbare Leistungen durch nicht ärztliche oder ärztliche Mitarbeiter hat erbringen lassen, die seiner Aufsicht und fachlichen Weisung unterstehen. Auch die §§ 15 Abs. 1 und 28 Abs. 1 des Sozialgesetzbuchs, Fünftes Buch (SGB V), sowie § 15 Abs. 1 S. 5 BMV-Ä bestimmen, dass zur ärztlichen Behandlung die Hilfeleistungen anderer Personen gehören, die der Arzt anordnet und verantwortet.

Von den Hilfeleistungen nicht ärztlicher Mitarbeiter sind die Leistungen ärztlicher Mitarbeiter zu unterscheiden, die dem Arzt ebenfalls als eigene Leistung zugerechnet werden (Bspe. § 19 Abs. 1 S. 3 MBO, § 19 Abs. 2 MBO)

Anm.:

- *Zur ärztlichen Behandlung gehören die Hilfeleistungen anderer Personen, die der Arzt anordnet und verantwortet. Nach GOÄ sind diese delegierten Leistungen abrechenbar.*
- *Persönliche Leistung ist nicht gleich höchstpersönliche Leistung, indiziert aber leitendes und eigenverantwortliches Tätigwerden.*

Stellungnahme der BUNDESÄRZTEKAMMER und der KASSENÄRZTLICHEBUNDESVEREINIGUNG

II. Arztvorbehalt

Das Ausüben der Heilkunde im umfassenden Sinn ist dem Arzt vorbehalten. Hierzu bedarf es der Approbation als Arzt oder einer ärztlichen Berufserlaubnis. Die Entscheidung darüber, welche konkreten Leistungen dem Arztvorbehalt unterliegen, hat der Gesetzgeber nur in Einzelfällen ausdrücklich selbst getroffen. So darf z. B. nach § 48 des Arzneimittelgesetzes nur der Arzt oder Zahnarzt verschreibungspflichtige Arzneimittel verschreiben oder nach § 9 des Embryonenschutzgesetzes nur der Arzt eine künstliche Befruchtung vornehmen.

Demgegenüber sind zu Leistungen der Geburtshilfe außer Ärzten auch Hebammen berechtigt (siehe § 4 des Hebammengesetzes). Ob eine bestimmte Leistung unter Arztvorbehalt steht, hängt in diesen Fällen nach der Rechtsprechung davon ab, ob das Erbringen einer bestimmten Leistung oder die notwendige Beherrschung gesundheitlicher Gefährdungen ärztliche Fachkenntnisse und damit das Tätigwerden eines Arztes erfordert.

Steht danach eine bestimmte Leistung unter Arztvorbehalt, bedeutet dies, abgesehen von Not- oder sonstigen Ausnahmefällen, die Erbringung ärztlicher Leistungen auf dem Niveau eines zum Facharzt weitergebildeten Arztes. Der Arzt kann Leistungen, die ihm vorbehalten sind und die er selbst erbringen darf, an einen anderen Arzt delegieren, wenn dieser ebenfalls die erforderlichen berufs- und ggf. vertragsarztrechtlichen Voraussetzungen erfüllt. Solche Leistungen kann der Arzt in Teilen auch an nicht ärztliche Mitarbeiter delegieren, d. h. von diesen unter seiner Verantwortung durchführen lassen. Die ärztliche Leistung und Verantwortung kann in diesem Fall jedoch nicht in dem Sinn substituiert werden, dass die eigenverantwortliche Leistung eines Angehörigen eines nicht ärztlichen Fachberufs im Gesundheitswesen die Leistungen des Arztes vollständig ersetzt.

Anmerkung zur Hebamme

- **Unterscheidung nach Tätigkeiten, ob eigenverantwortlich und selbständig (dann gilt Vertrauensgrundsatz wie bei horizontaler Arbeitsteilung) oder auf Anordnung. Exemplarisch:**
 - Nachspritzen bei PDA auf Hebamme delegierbar? Vereinbarung zwischen der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin und des Berufsverbands der Deutschen Anästhesisten mit der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe und dem Berufsverband der Frauenärzte über die Zusammenarbeit in der operativen Gynäkologie und in der Geburtshilfe: PDA nur dann durch Geburtshelfer, wenn ausreichende Übung und eingehende Kenntnisse und Erfahrungen in der Erkennung und Behandlung von Zwischenfällen- Also: Anordnender muss Arzt in unmittelbarer Nähe sein!

Stellungnahme der **BUNDESÄRZTEKAMMER** und der **KASSENÄRZTLICHEBUNDESVEREINIGUNG**

III. Höchstpersönliche Leistungen des Arztes

Das sind solche Leistungen oder Teilleistungen, die der Arzt wegen ihrer Schwierigkeit, ihrer Gefährlichkeit für den Patienten oder wegen der Unvorhersehbarkeit etwaiger Reaktionen unter Einsatz seiner spezifischen Fachkenntnis und Erfahrung höchstpersönlich erbringen muss.

Eine Gefährlichkeit für den Patienten ist dann gegeben, wenn die nicht fachgerechte Durchführung einer Leistung durch einen nicht ärztlichen Mitarbeiter den Patienten (z. B. bei einem operativen Eingriff) unmittelbar schädigen oder ihm (z. B. durch Nichterkennen krankhafter Befunde bei diagnostischen Maßnahmen) erst zu einem späteren Zeitpunkt erkennbar werdende Schäden verursachen kann. Aus diesen Gründen höchstpersönliche Leistungen des Arztes 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 der Kernleistungen operativer Eingriffe.

Eine Pflicht zur höchstpersönlichen Erbringung grundsätzlich delegationsfähiger Leistungen kann sich für den Arzt zudem aus speziellen gesetzlichen Bestimmungen ergeben Beispiele: §§ 95, 116 SGB V persönlich ermächtigter Arzt, § 4 Abs. 2 GOÄ Wahlarzt im Krankenhaus.

Zusammenfassung

I. Nicht delegationsfähig sind Verrichtungen, die ärztliches Fachwissen voraussetzen wegen

- ihrer Schwierigkeiten,
- ihrer Gefährlichkeit oder wegen
- der Unvorhersehbarkeit etwaiger Reaktionen

II. Nicht delegierbar auf Grund spezieller gesetzlicher Bestimmungen:

- Persönlich ermächtigte Ärzte (§§ 95, 116, SGB V). Da keine Ärzte angestellt werden dürfen, ist der Ermächtigte außer in Vertretungsfällen (§ 32a Ärzte-ZV) zur höchstpersönlichen Leistung verpflichtet.
- Wahlarzt im Krankenhaus (Wahlarztvertrag, aber unvorhersehbare Vertretungsfälle möglich). § 4 Abs. 2 GOÄ schränkt die Delegation ein.

Stellungnahme der BUNDESÄRZTEKAMMER und der KASSENÄRZTLICHEBUNDESVEREINIGUNG

IV. Delegation an ärztliche Mitarbeiter

Die Zulässigkeit einer Delegation von Leistungen an einen ärztlichen Mitarbeiter und die für diesen Fall geltenden Anforderungen hängen von der Qualifikation des anderen Arztes ab. Delegiert der Arzt Leistungen an einen anderen Arzt, von dessen formaler Qualifikation nach Weiterbildungsrecht (insbesondere Facharztanerkennung) und nach ggf. einschlägigen vertragsarztrechtlichen Vorschriften (Abrechnungsgenehmigung) er sich überzeugt hat, darf er nach der erstmaligen gemeinsamen Durchführung der Leistung darauf vertrauen, dass der andere Arzt die Leistungen mit der erforderlichen Qualität und Sorgfalt erbringt. Eine Überprüfungspflicht entsteht daher erst dann, wenn konkrete Anhaltspunkte Zweifel an einer ordnungsgemäßen Leistungserbringung durch den anderen Arzt begründen.

Eine Delegation vertragsärztlicher Leistungen an einen anderen Arzt, der nicht über eine zur Erbringung der Leistung erforderliche Abrechnungsgenehmigung oder fachliche Qualifikationsbescheinigung der KV verfügt, ist nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts unzulässig. Eine Delegation von Leistungen, die die Qualifikation eines weitergebildeten Facharztes erfordern, an einen anderen Arzt, der nicht über die entsprechende Facharztqualifikation verfügt, ist nur zulässig, wenn die Delegation im Rahmen der Weiterbildung des anderen Arztes erfolgt und wenn sich der delegierende Arzt in unmittelbarer Nähe des anderen Arztes aufhält oder er sich zuvor davon überzeugt hat, dass der andere Arzt über ausreichende Erfahrung mit der Erbringung dieser einzelnen Leistung verfügt.

Von der Delegation ist der Fall der Bestellung eines Vertreters zu unterscheiden, bei der sich der Arzt wie bei der Delegation von Leistungen an einen ärztlichen Mitarbeiter der notwendigen Qualifikation des Vertreters vergewissern muss. Überwachungspflichten treffen den Arzt in Bezug auf einen ärztlichen Vertreter regelmäßig jedoch nicht.

Anmerkung zu Delegation an angestellte Ärzte

Erforderlich:

- Formale Anerkennung der Qualifikation (Approbation)
- Persönliche Überzeugung von der Qualifikation (wie bei allgemeiner Personaleinstellung für verantwortliche Tätigkeit: Zeugnisse, Tätigkeitsnachweise, ggf. Nachfragen bei vorherigen Arbeitgebern)
- Gesicherte Qualifikation oder persönliche Präsenz
- Bei Facharztqualifikation Kontrolle der Durchführungsnachweise spezieller Leistungen wie Sonografie
- Gemeinsame Durchführung der ersten Leistung.
- Immer sofortige Überprüfung der Delegation bei konkreten Anlässen wie Beschwerden

Stellungnahme der BUNDESÄRZTEKAMMER und der KASSENÄRZTLICHEBUNDESVEREINIGUNG

V. Delegation an nichtärztliche Mitarbeiter

Leistungen, die der Arzt wegen ihrer Art oder der mit ihnen verbundenen besonderen Gefährlichkeit für den Patienten oder wegen der Umstände ihrer Erbringung, insbesondere der Schwere des Krankheitsfalls, nicht höchstpersönlich erbringen muss, darf er an nicht ärztliche Mitarbeiter delegieren. Auswahl, Anleitung und Überwachung geschehen in Abhängigkeit von der Qualifikation.

Sofern ein Mitarbeiter bereits durch einen anderen Arzt angeleitet wurde, darf der delegierende Arzt eher von einer regelmäßigen Überwachung zu einer stichprobenartigen Überprüfung übergehen.

Erbringen nicht ärztliche Mitarbeiter delegierte Leistungen, ist der Arzt verpflichtet, sich grundsätzlich in unmittelbarer Nähe (Rufweite) aufzuhalten. Bei vorübergehender Abwesenheit können jedoch Leistungen durchgeführt werden, die der Arzt einzelfallbezogen bereits angeordnet hat, wenn dies medizinischen Erfordernissen genügt. Dabei muss aber sichergestellt sein, dass ein Arzt im Notfall kurzfristig zur Verfügung stehen kann (Notfallkette).

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 in jedem Einzelfall anordnen und überwachen muss und weil er dafür die volle Verantwortung und Haftung trägt, was eine gleichzeitige deliktische Verantwortlichkeit des Mitarbeiters gemäß § 823 BGB nicht ausschließt.

Voraussetzungen der Delegation an nichtärztliche MA

1. Keine höchstpersönlich zu erbringende Leistung

2. Formale Qualifikation („Auswahlpflicht“)

- abgeschlossene Ausbildung in einem Fachberuf im Gesundheitswesen
alternativ: Anlernen, Lernkontrolle, Potentialentwicklung überwachen.
- alternativ Leistungsnachweis (Zeugnis/Gespräch/Test)!

3. Anleitung („Anleitungspflicht“)

- Dokumentation: Einarbeitungsplan (wer/was/wann/wo/mit wem) mit Unterschriften

4. Überwachung („Überwachungspflicht“)

- Stichproben genügen nicht immer!

5. Rufpräsenz

- Arzt muss grundsätzlich in Rufweite sein, persönliche direkte Anwesenheit ist in „einfachen“ Situationen (Blutabnahme) bei gesicherter Qualifikation nicht notwendig.

Schwester Agnes (Arztentlastende Gemeindenahe E-Health-gestützte Systemische Intervention/Art. 6 Nr. 5 a und 8 a des Gesetzes zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung BT-Drs 16/7493 v. 7.12.07

- In diesem Modellprojekt in Mecklenburg-Vorpommern und Brandenburg werden speziell geschulte Krankenpflegekräfte zur Entlastung von Hausärzten (Landärzten) eingesetzt. Sie versorgen insbesondere chronisch Kranke im häuslichen Umfeld. Ihr Einsatz erfolgt immer auf ärztliche Anweisung. Vom Berufsbild entspricht sie im wesentlichen der früheren DDR-Gemeindeschwester. Es besteht durchgängig die Möglichkeit der telemedizinischen Kommunikation mit dem jeweiligen Hausarzt in der Praxis. Patienten können ebenfalls über Telecare-Geräte ihre Messdaten (z.B. Blutdruck und Blutzuckerwerte) an den Hausarzt übermitteln. Die praktischen Erfahrungen mit diesem Modellprojekt scheinen bei allen Beteiligten positiv empfunden zu werden.

Rechtlich erfolgt die Eingliederung in die GKV durch folgende Änderungen des SGB V:

§ 28 Abs. 1 SGB V wird ergänzt:

„Zu den Hilfeleistungen nach Satz 2, die von entsprechend qualifizierten Angehörigen nichtärztlicher Heilberufe in Abwesenheit des Arztes nach § 15 Abs. 1 Satz 2 erbracht werden, gehören insbesondere krankheits- und therapieüberwachende sowie vorbeugende und betreuende Hilfeleistungen in der Häuslichkeit der Patienten.“

In § 73 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 werden nach dem Wort „Umfeldes“ die Wörter „, auch durch Hilfeleistungen (§ 15 Abs. 1 Satz 2; § 28 Abs. 1 Satz 3) von entsprechend qualifizierten Angehörigen nichtärztlicher Gesundheitsberufe in der Häuslichkeit der Patienten in Abwesenheit des Hausarztes“ eingefügt.

In § 85 Abs. 2 Satz 4 wird die hierfür notwendige Finanzierung über die Gesamtvergütung geregelt.

Für zahlreiche Bereiche existieren praktische Hilfsinstrumente der Delegation:

Beispiel 1:

Entschlüsse der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin e.V. (DGAI) und des Berufsverbandes Deutscher Anästhesisten (BDA) vom 11.12.2007

Beispiel 2:

Leitfaden zur Delegation ärztlicher Tätigkeiten, herausgegeben vom Verband der Pflegedirektorinnen und Pflegedirektoren der Universitätsklinika in Deutschland e.V. (Stand 1.10.2004)

Beispiel 3: Bericht des Deutschen Krankenhausinstituts (DKI) 4/2008
Neuordnung von Aufgaben des Ärztlichen Dienstes

Es werden in Abhängigkeit von der Patientengefährdung und der vorausgesetzten formellen und materiellen Qualifikation fünf Kategorien unterschieden:

- Kategorie 1: z.B. Kodierung von Diagnosen
- Kategorie 2: z.B. venöse Blutentnahme
- Kategorie 3: z.B. intramuskuläre Injektion
- Kategorie 4: z.B. intravenöse Injektion eines Arzneimittels mit großer therapeutischer Breite
- Kategorie 5: z.B. intravenöse Applikation von Zytostatika bei Vorliegen einer Medikamentenpositivliste durch Krankenpflegekräfte

Quelle: http://www.dkgev.de/media/file/4347.DKI-Studie_Neuordnung-Aerztlicher-Dienst_Langfassung.pdf

Ergänzung: Operationstechnischer Assistent

- Anfang der 90er Jahre: Initiative der Krankenhäuser Mühlheim, Köln und Mönchengladbach für ein Berufsprofil „Operationstechnischer Assistent“. Die inzwischen etablierte Ausbildung erfolgt zurzeit nach der Empfehlung der DKG vom September 2007 (vgl. Deutsche Krankenhausgesellschaft 2007). In den Niederlande, der Schweiz, England und in den USA sind operationstechnische Assistenten
- Das Bildungszentrum Sankt Hildegard in Osnabrück bietet die Fortbildung zum Chirurgie-Assistenten (CA) an, ab 2008 gibt es auch am Universitätsklinikum Essen eine CA-Fortbildung (Süddeutsche Zeitung vom 1./2.12.2007). Die private Steinbeis-Hochschule Berlin bietet seit 2005 die akademische Ausbildung zum Physician Assistant (PA) als ein dreijähriges berufsbegleitendes Studium für erfahrenes OP-Fachpersonal an. Am Institute of Healthcare Industries (IHCI) schließt Ende 2008 der erste Jahrgang mit einem „Bachelor of Science in Physician Assistance“ ab.

Ergänzung: Anästhesietechnische Assistent

Die Ausbildung des Anästhesieassistenten scheint qualitativ gesichert, siehe z. B.

- „Rahmenvereinbarung zur Durchführung eines Ausbildungsganges „Anästhesietechnische Assistenten“ am Klinikum der Johann Wolfgang Goethe-Universität“ oder
- „Medizinische/r Assistent/in für Anästhesiologie, Weiterqualifizierung der HELIOS Akademie“

Qualitätssichernde Voraussetzungen sollen sein:

- Kein Risikopatient
- Maximal zwei Parallelnarkosen
- Nachbarschaft der OP-Tische (Blick-/und oder Rufkontakt)
- Narkose wird durch Arzt geführt
- ausgebildete, erfahrene Hilfskräfte, welche
 - keine Handlungs-/Entscheidungskompetenz besitzen
 - ausschließlich mit der Überwachung befasst sind
 - den Arzt über jede Veränderung informieren.

aber...

Ergänzung: Anästhesietechnische Assistent

- Aus Qualifizierungsunterlagen: „Der Anästhesist überwacht damit mehrere Assistenten, die verschiedene Patienten betreuen. Um die Überwachungsfunktion ausüben zu können, muss der leitende Anästhesist jederzeit in einem der von ihm überwachten Operationssäle helfend eingreifen können“
- Beachte die perplexen Aussage „Jederzeit ... in e i n e m“, die bei oberflächlichem Lesen „Jederzeit ... in beiden“ vermittelt. Also was gilt, wenn es an beiden OP-Tischen zu Komplikationen kommt, welche sofort einen Anästhesisten erfordern? Gibt es seinen sofort verfügbaren anästhesiologischen Hintergrunddienst?
- Die in der Literatur diskutierte Frage der Aufklärung („Wir operieren an zwei OP-Tischen mit nur einem Anästhesisten, das Nachbarkrankenhaus dagegen mit zwei.“) ist im Falle eines Behandlungsfehlers oder Organisationsverschuldens nicht entscheidend.
- Cave: Parallelnarkosen
 - Ist für eine Behandlungsmaßnahme ärztliches Wissen erforderlich, gehört diese Tätigkeit zum ausschließlichen Verantwortungsbereich des Arztes. Deshalb ist die Delegation einer Narkose zur eigenverantwortlichen Durchführung an einen Noch-Nicht-Arzt zu Ausbildungszwecken unzulässig. Die Delegation erfordert hier Anleitung, Aufsicht und Verantwortung des Facharztes. BGH VI ZR 77/81; 234/83
 - Die Berücksichtigung personeller und sachlicher Möglichkeiten darf nicht zum Unterschreiten einer unverzichtbaren Basisschwelle, etwa durch Einsatz unerfahrener Assistenzärzte, führen. Die Unterversorgung einer Klinik mit Anästhesisten und die dadurch bedingte Parallelnarkose stellen „schlechthin untragbare Zustände“ dar, BGH NJW 1989, 2321 (2322).
 - Münsteraner Erklärung (Gemeinsame Stellungnahme des BDA und der DGAI zur Parallelnarkose gem. Präsidienbeschlüssen aus 2004) u. a.: Es herrscht kein Mangel an Anästhesisten!
 - Auch bei gleichzeitig durchzuführenden Narkosen hat jeder Patient Anspruch auf vollständige fachärztliche Betreuung. Die generelle Anordnung einer Parallelnarkose ist deshalb unzulässig.

Anästhesiepfleger

Leitfaden zur Delegation ärztlicher Tätigkeiten, herausgegeben vom Verband der Pflegedirektorinnen und Pflegedirektoren der Universitätsklinika in Deutschland e.V. (Stand 1.10.2004) zu Tätigkeitsfeldern der Intensiv- und Behandlungspflege (Auszug):

- Delegationsfähig: Atemgasklimatisierung, Freihalten der Atemwege und der atemgasführenden Systeme, Lagerungsdrainagen, selbstständige Verabreichung von Sedativa nach eindeutiger schriftlicher Anordnung, Herz-Kreislaufüberwachung, Bilanzierung des Wasserhaushalts, selbstständige Vorbereitung der Narkosen und Anästhesien nach Behandlungsprogramm etc.
- Nicht delegationsfähig: Intubation, Beatmung, Durchführung der Entwöhnungsphase, selbstständige Bestimmung der Blutwerte, selbstständige Korrektur der Blutwerte

Stellungnahme der BUNDESÄRZTEKAMMER und der KASSENÄRZTLICHEBUNDESVEREINIGUNG

VI. Haftung/Strafbarkeit

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, deren 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. Unabhängig von einer Haftung aus Vertrag haftet der Arzt auch aufgrund der allgemeinen Haftungsbestimmung des § 823 BGB für Pflichtverletzungen in Zusammenhang mit der Durchführung delegierter Leistungen. Die Mitarbeiter, an die der Arzt eine Leistung delegiert hat, haften für eigene Pflichtverletzungen ebenfalls nach dieser Vorschrift, weil der Patient mit ihnen keinen Vertrag abgeschlossen hat. Da die Rechtsprechung den Patienten im Arzthaftpflichtprozess mit Beweiserleichterungen bis hin zur Beweislastumkehr unterstützt, muss der Arzt im Zweifel nachweisen können, dass er seine Pflichten in Bezug auf die Durchführung delegierter Leistungen ordnungsgemäß erfüllt hat.

Neben dieser auf Schadensersatz gerichteten zivilrechtlichen Haftung des Arztes kommt auch eine strafrechtliche Verantwortlichkeit des Arztes wegen einer fahrlässigen Körperverletzung (§ 229 des Strafgesetzbuchs, StGB) oder wegen einer fahrlässigen Tötung (§ 222 StGB) in Betracht, wenn der Patient bei der Durchführung einer delegierten Leistung zu Schaden kommt. Voraussetzung ist in diesem Fall allerdings, dass dem delegierenden Arzt eine Verletzung seiner Pflichten nachgewiesen wird.

Mögliche Rechtsfolgen bei iatrogenen Schäden

I. Zivilrecht

1. Haftung

Geschuldet: Facharztstandard! Grundsätzlich keine Absenkung aus Kostengründen!

- a. Patient gegen delegierenden Arzt §§ 280, 278 BGB
 §§ 823 I, 831 BGB
 § 823 Organisationsverschulden
 (Diskussion: beherrschbares Risiko)
- b. Patient gegen Delegationsempfänger § 823 I BGB

2. Versicherungsschutz

grundsätzlich versichererindividuell! Beispiele:

- Angestellte Nichtärzte sind *mitversicherte* Personen
- Angestellte Ärzte sind bis zwei mitversichert gem. § 32 b Ärzte-ZV alt/oder zu benennen

II. Strafrecht Anspruch des Staates aus Tötungs-/Körperverletzungsdelikten

Haftungspotentiale

- Nichteinhaltung des Facharztstandards
- Übernahmeverschulden
- Delegation trotz Delegations“verbotes“

Behandlungsfehler/Organisationspflichtverletzung

Folge: Beweisbelastung des Arztes analog „Anfängereingriff“ für fehlende Kausalität

-der kranken Delegation (fehlende Qualifikation des Delegationsempfängers)

-der fehlenden sachlichen Delegationsfähigkeit (ärztliche Kernaufgabe).

Stellungnahme der BUNDESÄRZTEKAMMER und der KASSENÄRZTLICHEBUNDESVEREINIGUNG

VII. Einzelne Fragestellungen (Delegation + unter bestimmten Voraussetzungen / -)

1. Anamnese – Vorbereitung +
2. Aufklärung – Formular aushändigen +
3. Technische Untersuchungen + Befunderhebung -
4. Röntgen – Durchführung +
5. MRT - Durchführung +
6. Nuklearmedizin/Strahlentherapie – + technische Mitwirkung
7. Labor + (technische Beurteilungen)
8. Blutentnahme, Injektion und Infusion + Kapilläre und venöse Blutabnahmen
+ Subkutane und intramuskuläre Injektionen einschl. Impfungen
+ Intravenöse Injektionen und Infusionen können an entsprechend
- Intravenöse Erstapplikation von Medikamenten
9. Operation – + zweite/dritte Assistenz an speziell ausgebildete MA (z. B. CTA, OTA)
- erste OP-Assistenz ist ärztlichen Mitarbeitern vorbehalten.
+ Einzelne Maßnahmen während einzelner Anästhesiephasen
10. Anästhesie –
11. Blasenkatheter +
12. Wundversorgung +
13. Hausbesuche + (GKV-Pflegeweiterentwicklungsgesetz, § 87 Abs. 2 b S. 5 SGB V)
14. Heimversorgung +
15. Standardisierte Testverfahren +
16. Case Management – + Durchführung

Beispiele

Delegation an qualifiziertes/angeleitetes/überwachtes Personal

- **Anamnese:** nur die vorbereitend durch nichtärztliche MA, zum Beispiel Fragebogen
- **Aufklärung:** nur vorbereitend durch nichtärztliche MA, z. B. Abfrage/Fragebogen
- **Blutabnahmen** können delegiert werden
- **Injektionen** können delegiert werden (Erreichbarkeitspflicht)
- **Impfungen:** nur Durchführung delegierbar (Präsenzpflcht wg. etwaigen allergischen Reaktionen)
- **Röntgen/MRT-Untersuchungen** können delegiert werden (nur Durchführung; Präsenzpflcht, insbesondere bei Kontrastmittelgabe)
- **Sonographie/Endoskopie:** höchstpersönliche ärztliche Leistung.
- **Technische Untersuchungen** (wie EKG/Belastungs-EKG: Präsenzpflcht!) können an nichtärztliche MA delegiert werden.
- **Wundversorgung:** an nicht ärztliche Mitarbeiter delegierbar (nicht: Anamnese, Diagnose, Problemlagen)

Die Patientenaufklärung

Die **Patientenaufklärung** ist zwingend ärztliche Aufgabe und nicht delegierbar!

Dem Arzt unbenommen ist der Vortrag einer „hypothetischen Einwilligung“ (der Patient hätte auch bei einer Aufklärung durch den Arzt eingewilligt). Im Sinne eines Risikomanagement ist dies kein sicherer Weg. Der Arzt kann sich zwar auf die hypothetische Einwilligung berufen (sie ist kein delegationsspezifisches Thema), es ist aber nicht auszuschließen, dass

- (1) von der Patientenseite ein echter Entscheidungskonflikt einsichtig gemacht werden kann durch den Vortrag, der Aufklärung durch das Hilfspersonal nicht das Gewicht zugemessen zu haben wie dem Gespräch mit dem Arzt (zum Beispiel weil man nur dem Arzt Fragen gestellt hätte).
- (2) ein Gericht in ihr eine Umgehung des Delegationsverbotes sieht (zum Beispiel mit der Begründung, dass die Kenntnis des Aufzuklärenden zwar eine Rolle spielen kann, hier aber überhaupt keine oder keine substantielle Aufklärung stattgefunden hat).

Themenübersicht

- Ausgangslage
 - I. Aktuelle Diskussionen
 - II. Rechtliches Umfeld
- Risiken für die Haftpflichtversicherung
- Fazit



-
- Es besteht Konsens, dass nicht delegationsfähig solche Verrichtungen sind, die wegen
 - ihrer Schwierigkeiten,
 - ihrer Gefährlichkeit oder wegen
 - der Unvorhersehbarkeit etwaiger Reaktionenärztliches Fachwissen voraussetzen.

 - Das Bemühen von Kammern und Verbänden, insoweit statthafte Delegationen zu definieren, ist zu begrüßen.

 - In diesem Sinne sind die „Anforderungen an die persönliche Leistungserbringung“ der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung eine praktische Delegationshilfe.

 - Erfahrungen im Ausland zeigen, dass Delegationen der Versorgungsqualität zumindest nicht schaden müssen.

Potentiale:

- Der Mediziner ist dem Risiko des Vorhaltes ausgesetzt, dass seine Delegation oder deren Umsetzung zu einem Patientenschaden geführt hat.
- Der unbestimmte Rechtsbegriff des „vorbehaltenen ärztlichen Kompetenzbereiches“ ist nicht abschließend definiert.
- Eine nicht nur beispielhafte, sondern vollständige Checkliste delegierbarer medizinischer Leistungen (in welcher Form auch immer, zum Beispiel als Leitlinien*korridor*) wird kaum zu erstellen sein (vgl. Patientenaufklärung).
- „Tipps“ wie solche der rechtlichen Notwendigkeit einer schriftlichen Delegation oder der Aufklärung über Delegationen sind falsch: Schriftlichkeit ist keine Delegationsvoraussetzung, und Aufklärung rechtfertigt keine Behandlungsfehler.
- Ökonomische Erwägungen dürfen nicht zur Standardabsenkung führen.

Themenübersicht

- Ausgangslage
 - I. Aktuelle Diskussionen
 - II. Rechtliches Umfeld
- Risiken für die Haftpflichtversicherung
- Fazit



-
- Für die Haftpflichtversicherung macht es keinen Unterschied, ob ihr Versicherungsnehmer Arzt/Krankenhaus oder eine mitversicherte Person Arzthelferin/Krankenschwester einen Haftung auslösenden Schaden verursacht hat (Beispiel aus der Vermögensschadenhaftpflicht: „schadenfreie“ Beratung durch den qualifizierten Bürovorsteher vs. schadenbelastete Beratung durch den „jungen“ Rechtsanwalt).
 - Wichtig ist, dass alle Möglichkeiten der Schadenvermeidung ausgeschöpft werden, dass
 - der Mediziner seiner ärztlichen Verantwortung beim Gegenstand der Delegation sowie der Auswahl, Qualifizierung und Überwachung der Delegationsempfänger stringent nachkommt und dies beweisbar hält (Dokumentation)
 - die Ausbildungs- und Qualifikationsstandards delegierbare Leistungen berücksichtigen und insbesondere Hinweispflichten zur Vermeidung eines Übernahmeverschuldens vermitteln
 - der Facharztstandard gewahrt ist.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

RA Patrick Weidinger

Leiter Arzthaftpflicht

Deutsche Ärzteversicherung AG
Börsenplatz 1
51067 Köln

Telefon: 0179 440 5861
Fax: 0221 44 148 30785

Email:
patrick.weidinger@aerzteversicherung.de

