

Delegation ärztlicher Leistungen im Krankenhaus - Die Position des Marburger Bundes –

1. Problemstellung

Anliegen des Marburger Bundes ist es, eine grundsätzliche und ganzheitliche Diskussion des Themas im Verband zu führen und die Positionen des Verbandes über die zuständigen Gremien der ärztlichen Selbstverwaltung in die öffentliche Diskussion zu tragen.

Die Notwendigkeit der Diskussion des Themas Delegation ist u. a. bedingt durch die enorme Zunahme der Intensität der Diskussion in der Öffentlichkeit. Diese hat verschiedene Ursachen. Hauptursache ist die finanzielle Mangelsituation im Gesundheitswesen, die wiederum auf die Budgetierung (seit 1993) zurückgeht. Zudem herrscht bereits flächendeckend Ärztemangel, der tendenziell in den kommenden Jahren zunehmen wird. Die Ursachen dafür sind zum einen ein „Wanderungsverlust“ durch eine zunehmende Verschlechterung der Arbeitsbedingungen für Ärztinnen und Ärzte in Deutschland und die Notwendigkeit der stärkeren Rekrutierung von Ärzten nach Änderung des deutschen Arbeitszeitgesetzes aufgrund des Bereitschaftsdiensturteils des EuGH.

Den Krankenhäusern geht es also darum, die vorhandenen Ärzte – möglichst unter Beibehaltung der Behandlungsqualität - effizienter einzusetzen. Die Folge ist ein zunehmender Druck der Arbeitgeber, die ärztlichen Tätigkeiten weitestgehend zu beschneiden und die verbleibenden auf weniger „teure“ Berufsgruppen zu übertragen. Damit einher geht die Neustrukturierung von Prozessen im Krankenhaus, die tendenziell weniger auf die Erfordernisse des ärztlichen Dienstes oder die Bedürfnisse der Patienten Rücksicht nimmt als auf ökonomische Ziele.

Flankiert werden die o. g. Diskussionen von Forderungen aus dem Bereich der Pflege, bestimmte ärztliche Tätigkeiten in den pflegerischen Dienst zu überführen, wenn und soweit sich die Pflege dafür qualifiziert hat. Dahinter steht u. a. der Wunsch von Teilen der Pflege, durch eine zusätzliche akademische Qualifikation in der Krankenhaushierarchie aufzusteigen und dadurch letztendlich auch eine höhere Vergütung zu erzielen.

2. Juristische Aspekte

Arztvorbehalt

Nach einem Urteil des Europäischen Gerichtshofes vom 11.07.2002 - C-294/00 - bleibt es jedem Mitgliedsstaat überlassen, die Berufsausübung im Gesundheitswesen autonom zu regeln und damit zu entscheiden, wem er die Ausübung von Tätigkeiten ärztlicher Natur gestatten will.

Im deutschen Recht gilt der so genannte Arztvorbehalt. Dieser ist zwar nicht übergreifend, aber an bestimmten Stellen gesetzlich geregelt.

In seiner wichtigsten Ausprägung findet er sich im Vertragsarztrecht für die Leistungspflicht der Gesetzlichen Krankenversicherung in § 15 Abs. 1 und § 28 Abs. 1 Satz 2 SGB V. Danach wird ärztliche oder zahnärztliche Behandlung von Ärzten oder Zahnärzten erbracht.

Sind Hilfeleistungen anderer Personen erforderlich, dürfen sie nur erbracht werden, wenn sie vom (Zahn-)Arzt angeordnet und von ihm verantwortet werden. Diese Regelung schließt andere Gesundheitsberufe als Ärzte oder Zahnärzte von der Versorgung von Kassenpatienten aus.

Daneben ist der Arztvorbehalt in einer Reihe anderer Einzelvorschriften normiert. Beispiele sind § 48 Arzneimittelgesetz für die Verschreibung bestimmter Arzneimittel, § 7 Abs. 2 Transfusionsgesetz für die Entnahme einer Blutspende bzw. verantwortliche Überwachung der Entnahme einer Blutspende oder § 13 Abs. 1 Betäubungsmittelgesetz für die Verabreichung und Verschreibung von Betäubungsmitteln. Nach § 1 Abs. 1 Heilpraktikergesetz darf nur ein Arzt oder Heilpraktiker die Heilkunde ausüben. Insbesondere diese Regelung zeigt, dass es keine Kurierfreiheit gibt, sondern die eigenständige Gesundheitsbehandlung ausschließlich Heilpraktikern und Ärzten vorbehalten ist.

Grundsätzlich ist es nicht ausgeschlossen, dass der deutsche Gesetzgeber diesen Arztvorbehalt einschränkt oder gar ganz abschafft. Es steht zu erwarten, dass er sich dabei am amtlichen Gutachten des Sachverständigenrates, das dem BMG am 3.7.2007 vorgelegt worden ist, orientieren wird. Die dort vorgeschlagene Durchführung von Modellvorhaben zur Übertragung ärztlicher Tätigkeiten auf Angehörige der Pflegeberufe ist bereits durch das zum 01.07.2008 in Kraft getretene Pflege-Weiterentwicklungsgesetz mit Einfügung der Absätze 3b und 3c in das SGB V realisiert worden.

Dabei würden Modellvorhaben nach Abs. 3b vor allem den Einsatz von Pflegekräften in der häuslichen Krankenpflege betreffen, allerdings ohne dass letztere die Heilkunde selbständig ausüben. Anders verhält es sich bei den Modellvorhaben nach Abs. 3c: hier ist die selbständige Ausübung der Heilkunde nach einer Ausbildung gemäß § 4 Abs. 7 des Krankenpflegegesetzes ausdrücklich erlaubt. Nach der Begründung zum Gesetzentwurf sollen die entsprechend qualifizierten Pflegekräfte als eigenständige Leistungserbringer im System der Gesetzlichen Krankenversicherung auftreten und bisher originäre ärztliche Leistungen im Wege der Substitution erbringen. Zur Umsetzung dieser Modellvorhaben sind jedoch bisher noch nicht einmal die erforderlichen G-BA-Richtlinien erlassen.

Selbst wenn in Deutschland ein strenger Arztvorbehalt besteht, ist es auch jetzt schon nicht verboten, ärztliche Tätigkeiten in gewissem Umfang zu delegieren. Da es hierzu keine gesetzlichen Vorgaben gibt, verbleibt es zunächst bei der auch vom Sachverständigenrat konstatierten Rechtsunsicherheit. Eine Klarstellung der geltenden Rechtslage ist derzeit nur über die Auswertung der höchstrichterlichen Rechtsprechung zu Arzthaftpflichtfragen möglich.

Facharztstandard

Nach ständiger Rechtsprechung des Arzthaftpflichtsenates am Bundesgerichtshof hat der Patient einen Anspruch darauf, nach dem Facharztstandard behandelt zu werden (BGH, Urteile vom 10.03.1992, Az. VI ZR 64/91 und 15.06.1993, Az. VI ZR 175/92).

Facharztstandard ist nicht mit Facharztstatus gleichzusetzen, sondern mit dem „Standard guter ärztlicher Versorgung“ (vgl. BGH, Urteil vom 15.06.1993, Az. IV ZR 175 /92).

Dieser geforderte Facharztstandard schließt nicht aus, dass bei der Erfüllung ärztlicher Tätigkeiten nicht ärztliches Hilfspersonal eingesetzt wird.

Der BGH hat im Urteil vom 24.06.1975 zu Az. IV ZR 72/74 ein Tätigwerden des Arztes nicht in jedem Fall für erforderlich gehalten. So sei „ein persönliches Eingreifen des Arztes grundsätzlich nur zu fordern, wo die betreffende Tätigkeit gerade dem Arzt eigene Kenntnisse und Kunstfertigkeiten voraussetzt.“ Leistungen, die der Arzt wegen ihrer Art oder wegen der Umstände ihrer Erbringung, etwa der Schwere des Falles, nicht selbst erbringen muss, darf

er an nicht ärztliche Mitarbeiter delegieren. Die Entscheidung, ob und an wen er delegiert, ob eine besondere Anleitung oder Überwachung erforderlich ist, muss der Arzt von der Qualifikation des jeweiligen Mitarbeiters abhängig machen.

Keine Rechtsprechung existiert bisher zu der Frage, welche Aufgaben zum originären Kernbereich ärztlichen Handelns gehören und damit weder delegations- noch substitutionsfähig sind sowie zu der Frage, wo entsprechend die Grenzen nicht ärztlicher Tätigkeiten liegen.

Haftung

Der Krankenhausarzt haftet im Zusammenhang mit der fehlerhaften Durchführung delegierter Leistungen deliktisch aus §§ 823 BGB ff. sowohl für eigenes Verschulden bei der Auswahl, Anleitung und Überwachung der Mitarbeiter als auch für das Verschulden der Hilfspersonen selbst, sofern er sich nicht exculpieren kann. Bei Ärzten, die eigene Behandlungsverträge mit Patienten abschließen, wie etwa im Bereich der Privatliquidation, tritt daneben eine vertragliche Haftung.

Darüber hinaus kommt auch eine strafrechtliche Verantwortlichkeit etwa wegen fahrlässiger Körperverletzung oder fahrlässiger Tötung in Betracht, wenn Patienten bei der Durchführung einer delegierten Leistung Schaden erleiden.

Anders wäre die Rechtslage bei einer Substitution im Sinne einer vollständigen Übernahme der Leistungserbringung durch Nichtärzte. Hier ginge bei entsprechenden gesetzlichen Vorgaben sowohl die zivil- wie auch die strafrechtliche Verantwortlichkeit vollständig auf die übernehmende Berufsgruppe über.

3. Marburger Bund Positionen

„**Primum nihil nocere**“ (zuerst: Keinen Schaden zufügen) – dieser alte Grundsatz jeglichen ärztlichen Handelns muss auch als oberster Leitgedanke über dem Thema Delegation ärztlicher Tätigkeiten stehen. Denn das Patientenwohl und damit die Effektivität der Behandlung und nicht wirtschaftliche Effizienzbetrachtungen müssen weiterhin im Zentrum des Handelns aller Akteure im Gesundheitswesen stehen, auch in ökonomisch schwierigen Zeiten und unter Bedingungen des Ärztemangels.

Ganzheitlichkeit und ärztliche Selbstverwaltung

Bei allen möglichen und notwendigen Differenzierungen auch von ärztlichen Tätigkeiten bleibt die ganzheitliche Betrachtung des Patienten der zielführende Ansatz zur optimalen Versorgung. Der ganzheitlich ausgebildete Arzt muss diesen Ansatz garantieren. Der Marburger Bund folgert daraus, dass die Kategorisierung der bislang von Ärzten ausgeführten Tätigkeiten ausschließlich durch die zuständigen Gremien der Ärzteschaft selbst erfolgen kann. Initiativen zu einer Neukategorisierung durch den Gesetzgeber oder gar Krankenhausträger ohne Zustimmung der ärztlichen Selbstverwaltung sind abzulehnen. Sie führen zu einer Verschlechterung der Qualität der Gesundheitsversorgung. Die Verantwortung für den Verlauf und das Ergebnis der Heilbehandlung wäre nicht mehr transparent.

Professionelle Autonomie und Zusammenarbeit

Ärztinnen und Ärzte verstehen ihren Beruf als die zentrale Profession in der medizinischen Versorgung und damit im Gesundheitswesen. Der Arztberuf bzw. die Versorgung der Patien-

tinnen und Patienten werden im bisherigen Maße nur effizient bleiben, wenn den Ärzten ihre professionelle Autonomie im Sinne des freien Berufes erhalten bleibt.

Die Diskussion und die Festlegung delegationsfähiger Leistungen macht jedoch nur Sinn im Dialog mit anderen Berufen. Eine frühe Einbeziehung in die Diskussion fördert die Akzeptanz von Entscheidungen bei den nicht ärztlichen Berufen und vermeidet Überlastungen und damit neue Ineffizienzen.

Arztvorbehalt und Facharztstandard

Ärztliche Tätigkeit ist mit Gefahren verbunden; invasive ärztliche Tätigkeit stellt eine Körperverletzung dar, die nur durch das Heilungsziel und auf Grundlage der Zustimmung des Patienten gerechtfertigt ist. Steht eine bestimmte Leistung unter Arztvorbehalt, bedeutet dies, abgesehen von Notfällen, die Erbringung dieser Leistung nach Facharztstandard.

Leistungserbringer und Patienten brauchen Rechtssicherheit. Diese ist durch Gesetzgebung und Rechtsprechung bislang gewährleistet. Die Separierung von Verantwortung ohne Delegation und die daraus ggf. folgende Schuldzuweisung würden im Schadensfall zu Misstrauen und Unsicherheit im Krankenhaus führen. Die gesundheitlichen Folgen für die Patientinnen und Patienten aber auch die haftungsrechtlichen Folgen wären zudem unabsehbar und könnten vermeintliche ökonomische Vorteile letztendlich in Nachteile umkehren.

Patientinnen und Patienten haben das Rechts auf eine gute ärztliche Versorgung nach dem Facharztstandard. Dabei können nur die Ärzte selbst einschätzen, welche Tätigkeiten unter welchen Voraussetzungen grundsätzlich oder im Einzelfall von Nichtärzten ausgeführt werden dürfen. Zur Behebung ökonomischer Probleme oder des Ärztemangels müssen Methoden angewandt oder Maßnahmen ergriffen werden, die weder bislang tragende Grundsätze der Gesundheitsversorgung in Deutschland aushebeln noch insbesondere die Sicherheit der Patienten gefährden.

Arztvorbehalt und Facharztstandard dürfen daher nicht aufgeweicht werden. Eine Versorgung nach differenzierten Standards ist inakzeptabel.

Delegation ärztlicher Leistungen

Vorab sei angemerkt, dass die Delegation ärztlicher Tätigkeiten in der Geschichte der Medizin stets Bestandteil ärztlichen Handelns war und von Ärztinnen und Ärzten formalisiert oder informell praktiziert wurde. Unter Beachtung des oben Gesagten kann nun grundsätzlich eine Kategorisierung ärztlicher Leistungen im Hinblick auf eine Delegation erfolgen. Dem vom Sachverständigenrat 2007 genannten Schema folgend können ärztliche Leistungen gegliedert werden in **nicht delegationsfähige, im Einzelfall delegationsfähige** und **grundsätzlich delegationsfähige**. Ziel der Kategorisierung muss dabei sein, derzeitige Defizite in der Versorgung unter Erhaltung der bisherigen Qualität der Versorgung zu beseitigen. Aspekte der Wirtschaftlichkeit sind eindeutig nachrangig und dürfen im Zweifelsfall (Abwägung mit Patientensicherheit) nicht den Ausschlag pro Delegation geben (Primat der Qualität und Patientensicherheit).

Nicht delegationsfähig sind vom Arzt persönlich zu erbringende Leistungen wie die medizinische Diagnose, die Indikation sowie die Therapie.

Will der Arzt ärztliche Leistungen an Nichtärzte delegieren, muss er einschätzen, ob die Person, die die Leistung übernehmen soll, dazu objektiv in der Lage ist. Die Beurteilung der Delegationsfähigkeit wird durch die Qualifikation des Ausübenden und die Komplexität der

Aufgabe sowie das Gefahrenpotential beeinflusst. Der delegierende Arzt hat hierbei die Sorgfaltspflichten (Auswahlpflicht, Instruktionspflicht, Überwachungspflicht und Kontrollpflicht) einzuhalten.

Die oben skizzierte Abwägung kann zur Delegation ärztlicher Leistungen im Einzelfall führen. Grundsätzlich delegationsfähig sind Leistungen, die fester Bestandteil der Ausbildung des nicht ärztlichen Berufes sind; die Überprüfung der Qualifikation entfällt in diesem Fall. Die Curricula der Ausbildung zu den jeweiligen nicht ärztlichen Berufen sind in enger Abstimmung mit den zuständigen Gremien der Ärzteschaft festzulegen. Damit sollen Einschränkungen der Qualität der Patientenversorgung vermieden werden.

Vor einer abschließenden Festlegung grundsätzlich delegationsfähiger Leistungen sind Modellvorhaben durchzuführen und transparent zu evaluieren. Die Effekte einer neuen Aufgabenverteilung sind bzgl. der Kriterien Patientensicherheit und Qualität der Versorgung zu messen.

Neben den formalen Kriterien zur Delegation ist die positive Einstellung zum Delegieren eine Grundvoraussetzung zur Ausschöpfung der personellen Effizienzreserven in den Krankenhäusern. Dabei ist der Teamgedanke sowohl unter den ärztlichen Kolleginnen und Kollegen als auch in Zusammenarbeit mit anderen Berufen stärker zu verinnerlichen.

Nicht zu verwechseln mit der Delegation ist die Substitution ärztlicher Leistungen durch nicht ärztliche Berufe. Die Substitution ärztlicher Leistungen, also die eigenverantwortliche Übernahme, - sei es auch nur in Modellvorhaben - lehnt der Marburger Bund ab. Damit würde ein Weg zur Öffnung des Arztvorbehalts in der medizinischen Versorgung beschritten, den der Marburger Bund im Sinne der Patientensicherheit nicht mitgeht. Es gibt keine Notwendigkeit zur Schaffung einer neuen Versorgungsebene.

„Entrümpelung“ ärztlicher Tätigkeiten

Häufig vermischt mit der grundsätzlichen Frage der Delegation ärztlicher Leistungen werden organisationstechnische Fragen der Erbringung der Leistungen. So würde der effektivere Einsatz der Ärztinnen und Ärzte beispielsweise durch die Entlastung von bürokratischen Tätigkeiten erreicht. Der Marburger Bund fordert daher eine stärkere Entlastung der Ärztinnen und Ärzte durch sinnvolle und entlastende Zusammenarbeit mit anderen Berufen, um die Arbeitszeit der Ärztinnen und Ärzte effizienter und effektiver zu nutzen und gleichzeitig sinnlose Überstunden zu vermeiden. Dabei ist die Dokumentation an sich eine von Ärzten zu erbringende Leistung; durch die Entlastung könnte jedoch ein beträchtlicher Teil der Arbeitszeit gespart werden. Zusätzliche Dokumentationspflichten müssen vor ihrer Implementierung durch eine zentrale Stelle auf Notwendigkeit bzgl. des Verhältnisses Kosten zu Nutzen und auf evtl. Vorhandensein der angefragten Daten geprüft werden.

4. Resümee

Mit der Annahme der Fragestellung und der Strukturierung der Diskussion über die Delegation ärztlicher Leistungen im Krankenhaus leistet der Marburger Bund seinen Beitrag zur aktuellen Diskussion. Das Hinterfragen der Erbringung ärztlicher Leistungen nach den Kriterien Patientensicherheit und Qualität der Versorgung ist grundsätzlich eine Daueraufgabe der Ärzteschaft, die als Nebeneffekt die Verbesserung der Berufszufriedenheit haben kann. Alles das ist den Schweiß der Edlen wert.

Für die Mangelsituation im Gesundheitswesen trägt die Ärzteschaft nicht die Verantwortung. Berufspolitische Ambitionen anderer Berufe werden von der Ärzteschaft nur kommentiert, wenn sie den eigenen Beruf tangieren oder die Gefahr der Beeinträchtigung der Qualität der

Gesundheitsversorgung besteht. Der Marburger Bund befürwortet eine offene und transparente Diskussion innerhalb der Ärzteschaft sowie mit den Krankenhausträgern und anderen Berufen mit dem Ziel, durch patienten- und qualitätsorientierte Delegation ärztlicher Tätigkeiten die Gesundheitsversorgung zu optimieren.