

**Kleine Anfrage**

**des Abg. Andreas Hoffmann CDU**

**und**

**Antwort**

**des Ministeriums für Arbeit und Soziales**

**Delegation ärztlicher Leistungen – § 87 Abs. 2 b SGB V**

Kleine Anfrage

Ich frage die Landesregierung:

1. Ob und ggf. welche grundlegenden Änderungen haben sich seit der Beantwortung des Antrags Drucksache 14/1748 im Bereich der Delegation ärztlicher Leistungen und bei einer Neubewertung der Kompetenzen der Berufe im Gesundheitswesen ergeben?
2. Rechnet sie noch damit, dass das BMG vor Ablauf der Bundestagswahlperiode entsprechende Anstrengungen unternehmen wird, eine Neubewertung der Kompetenzen der Berufe im Gesundheitswesen in die Wege zu leiten?
3. In welchen Regionen gibt es inzwischen auch in Baden-Württemberg „Schwestern AGnEs u./o. EVA“ i. S. des § 87 SGB V Abs. 2 b und hat der Bewertungsausschuss auf Bundesebene inzwischen entsprechende Vergütungsregelungen beschlossen?

04. 02. 2009

Hoffmann CDU

## Begründung

In nahezu allen westlichen Industriestaaten wurde inzwischen eine Neubewertung der Kompetenzen der Berufe im Gesundheitswesen vorgenommen, um insbesondere Pflege- und Rettungsdienstkräften eine ihrer hochqualifizierten Berufsausbildung adäquate Aufgabenkompetenz einzuräumen. Leider scheint das BMG nicht gewillt zu sein, die durch Konvention, Rechtsprechung und berufspolitische Interessenvertretung gesetzten Grenzen neu zu definieren.

## Antwort

Mit Schreiben vom 3. März 2009 Nr. 55–0141.5/14/4014 beantwortet das Ministerium für Arbeit und Soziales die Kleine Anfrage wie folgt:

*Ich frage die Landesregierung:*

*1. Ob und ggf. welche grundlegenden Änderungen haben sich seit der Beantwortung des Antrags Drucksache 14/1748 im Bereich der Delegation ärztlicher Leistungen und bei einer Neubewertung der Kompetenzen der Berufe im Gesundheitswesen ergeben?*

Mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz, das am 1. Juli 2008 in Kraft getreten ist, wurde eine neue Regelung im Bereich der Delegation im SGB V (§ 63 Abs. 3 c) eingefügt. Diese ermöglicht Modellvorhaben, die eine Übertragung von ärztlichen Tätigkeiten, bei denen es sich um selbstständige Ausübung von Heilkunde handelt, auf die Angehörigen der im Krankenpflegegesetz und im Altenpflegegesetz geregelten Berufe vorsehen, die aufgrund einer entsprechenden Ausbildung dafür qualifiziert sind. Der Gemeinsame Bundesausschuss soll in Richtlinien festlegen, bei welchen Tätigkeiten eine Übertragung von Heilkunde an diesen Personenkreis im Rahmen von Modellprojekten möglich sein soll. Wann die Richtlinien vorliegen werden, ist noch nicht absehbar.

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft hat das Deutsche Krankenhausinstitut mit einer Studie zur Neuordnung von Aufgaben des Ärztlichen Dienstes beauftragt, die im April 2008 veröffentlicht wurde und in der Krankenhauspraxis große Resonanz gefunden hat. Die Studie zeigt differenziert auf, welche Tätigkeiten auf nichtärztliches Personal übertragen werden können, welche Qualifikationen dies voraussetzt, wie das Patientenrisiko zu berücksichtigen ist und in welchen Fristen eine Aufgabenübertragung realisiert werden kann. Die Kurzfassung der Studie ist in der *Anlage 1* beigefügt.

Die Bundesärztekammer und die Kassenärztliche Bundesvereinigung haben im August 2008 die Empfehlung/Stellungnahme zur persönlichen Leistungserbringung aktualisiert und im Deutschen Ärzteblatt 2008, S. A 2173 ff., veröffentlicht (vgl. *Anlage 2*). Ziffer 13 enthält Ausführungen zur Delegationsfähigkeit von Hausbesuchen.

Zur Rettungssanitäterausbildung (Ziffer 3.1 der Stellungnahme zu Frage 2 der Landtagsdrucksache 14/1748) wird auf folgende Entwicklung hingewiesen:

Der Ausschuss Rettungswesen hat auf seiner Sitzung am 16./17. September 2008 auf der Grundlage eines von der Arbeitsgruppe „Rettungssanitäterausbildung“ des Ausschusses erarbeiteten Entwurfs „Empfehlungen für die Ausbildung von Rettungssanitäterinnen und Rettungssanitätern“ beschlossen, die

inhaltlich das sogenannte 520-Stunden-Programm von 1977 ersetzen. Der zeitliche Umfang der Ausbildung wurde dabei beibehalten. Die Änderungen beziehen sich im Wesentlichen auf Ausbildungsinhalte und zielen nicht auf eine vermehrte Delegation ärztlicher Leistungen auf Rettungssanitäter ab.

2. *Rechnet sie noch damit, dass das BMG vor Ablauf der Bundestagswahlperiode entsprechende Anstrengungen unternommen wird, eine Neubewertung der Kompetenzen der Berufe im Gesundheitswesen in die Wege zu leiten?*

Hierzu hat das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) Folgendes mitgeteilt:

„Das BMG sieht die Neubewertung der Kompetenzen der Berufe im Gesundheitswesen als längerfristig angelegten Prozess. Das entspricht den Feststellungen im Gutachten 2007 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen und hat seinen Grund u. a. darin, dass voraussichtlich gesetzgeberische Begleitmaßnahmen erforderlich sind. So wird insbesondere die Erweiterung der berufsrechtlichen Aufgaben, soweit sie sich auf die Ausübung von heilkundlichen Tätigkeiten außerhalb ärztlicher Delegation erstrecken soll, eine entsprechende Erweiterung der Ausbildungen in den jeweiligen Berufen erfordern. Im Pflege-Weiterentwicklungsgesetz ist dies umgesetzt. Mit ihm wurde eine Modellklausel zur Erprobung heilkundlicher Tätigkeiten durch hierfür qualifizierte Pflegefachkräfte in das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch aufgenommen, begleitet von einer berufsrechtlichen Ausbildungsregelung im Kranken- und Altenpflegegesetz. Die Arbeiten zur Novellierung des Rettungsassistentengesetzes wurden aufgenommen; die Länder sind eingebunden. Mit einem vom BMG beauftragten Forschungsgutachten zur Weiterentwicklung der nichtärztlichen Heilberufe am Beispiel der technischen Assistenzberufe in der Medizin werden darüber hinaus Grundlagen für eine Weiterentwicklung der Berufe gelegt. Die Ausbildungen für diese Berufe müssen dauerhaft tragfähig sein und von der Praxis angenommen werden. Dies erfordert eine weitgehende Einbindung derjenigen, die von den Entwicklungen betroffen sind bzw. sie umzusetzen haben. Die Neubewertung der Kompetenzen und Umsetzung der Ergebnisse wird daher in einem dem Gesamtprozess angemessenen zeitlichen Rahmen erfolgen.“

3. *In welchen Regionen gibt es inzwischen auch in Baden-Württemberg „Schwestern AGnEs u./o. EVA“ i. S. des § 87 SGB V Abs. 2 b und hat der Bewertungsausschuss auf Bundesebene inzwischen entsprechende Vergütungsregelungen beschlossen?*

Soweit der Landesregierung bekannt, gibt es in Baden-Württemberg bisher noch keine „Schwestern AGnEs u./o. EVA“.

Eine Vergütungsregelung nach § 87 Absatz 2 b SGB V steht noch aus, das Verfahren auf Bundesebene ist derzeit noch nicht abgeschlossen.

Dr. Stolz  
Ministerin für Arbeit und Soziales

Anlage 1



# Neuordnung von Aufgaben des Ärztlichen Dienstes

- Kurzfassung -

## **Autoren**

**Dr. Matthias Offermanns, Deutsches Krankenhausinstitut**

**unter Mitarbeit von**

**Prof. Dr. Karl Otto Bergmann (Kapitel 5), Dr. Eick & Partner**

## *Kontaktadresse*

Dr. Matthias Offermanns

Deutsches Krankenhausinstitut e.V.

Hansaallee 201, 40549 Düsseldorf

Tel.: 0211 / 47 051-23

Fax: 0211 / 47 051-19

Email: matthias.offermanns@dki.de

Düsseldorf, im April 2008

Deutsches Krankenhausinstitut  
Kurzfassung „Neuordnung von Aufgaben des Ärztlichen Dienstes“



## Problemaufriss

Die vorliegenden Prognosen zur demographischen Entwicklung in Deutschland weisen ausnahmslos aus, dass der Anteil älterer Patienten, die in der Regel durch chronische Krankheiten und Multimorbidität gekennzeichnet sind, deutlich zunehmen wird. Für die Krankenhäuser bedeutet dies, ein Anstieg der Fallzahlen, der mit einer Zunahme der durchschnittlichen Fallschwere verbunden ist. Konsequenz dieser Entwicklung wird eine zunehmende Nachfrage nach Krankenhausärzten sein.

Schon heute haben Krankenhäuser allerdings Probleme, alle freiwerdenden Arztstellen zu besetzen. Im *Krankenhaus Barometer 2006* des Deutschen Krankenhausinstituts gaben gut 28% der Krankenhäuser an, derzeit offene Stellen im Ärztlichen Dienst nicht besetzen zu können.<sup>1</sup> Die Situation wird sich nicht verbessern. Die Bundesärztekammer kommt in ihrer „Studie zur Altersstruktur- und Arztzahlentwicklung“<sup>2</sup> 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.

Die demographische Entwicklung löst einen steigenden Bedarf an Ärzten aus, während die Prognose der Entwicklung der Arztzahlen eine hohe Anzahl von ausscheidenden, aber nur eine vergleichsweise geringe Zahl an eintretenden Ärzten erwartet. Sofern die derzeit vorliegenden Bedingungen nicht verändert werden, käme es zu einer verstärkten Arbeitsverdichtung der Krankenhausärzte, die nicht nur Auswirkungen auf die Attraktivität des Arztberufes, sondern auch vor allem auf die Qualität der stationären Patientenversorgung haben würde. Auch die Umsetzung des geänderten

---

<sup>1</sup> Vgl. Deutsches Krankenhausinstitut: *Krankenhaus Barometer 2006*, Düsseldorf 2006, <http://dki.comnetinfo.de/PDF/Bericht%202006.pdf>.

<sup>2</sup> Kopetsch, Thomas: *Studie zur Altersstruktur- und Arztzahlentwicklung: Daten, Fakten, Trends*, 4. aktualisierte und überarbeitete Auflage, Berlin 2007, [www.baek.de/downloads/Arztzahlstudie\\_09102007.pdf](http://www.baek.de/downloads/Arztzahlstudie_09102007.pdf).

Deutsches Krankenhausinstitut  
Kurzfassung „Neuordnung von Aufgaben des Ärztlichen Dienstes“



Arbeitszeitgesetzes führt zu einem steigenden Bedarf an Ärzten. Demzufolge werden die Krankenhäuser künftig noch stärker gezwungen sein, Ärzte so effizient wie möglich einzusetzen.

Insofern stellt sich die Frage, welche Tätigkeiten des Ärztlichen Dienstes auch von nicht-ärztlichen Berufsgruppen des Krankenhauses übernommen werden dürfen und können. Die Übertragung von ärztlichen Tätigkeiten auf andere Berufsgruppen kann grundsätzlich auf zwei unterschiedlichen Wegen erfolgen, nämlich in Form einer Delegation ärztlicher Tätigkeiten sowie in Form einer Neuordnung von Tätigkeiten. Hierbei meint Delegation die angeordnete Übertragung von Tätigkeiten auf andere Berufsgruppen, wobei die Tätigkeit weiterhin originärer Bestandteil der ärztlichen Berufsausübung bleibt. Dagegen kommt es bei einer Neuordnung zu einer Neu-Allokation bzw. Substitution von Tätigkeiten. Wesentliches Kennzeichen ist, dass die originären Zuständigkeiten anders gestaltet werden.

Probleme in der Rekrutierung von Ärzten, aber auch mögliche wirtschaftliche Schwierigkeiten können durch eine Übertragung von Tätigkeiten auf nicht-ärztliche Berufsgruppen im Krankenhaus wenn nicht gelöst, so doch wenigstens gelindert werden.

Vor diesem Hintergrund hat die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) das Deutsche Krankenhausinstitut (DKI) mit der Durchführung des Studienprojekts „Neuordnung von Aufgaben des Ärztlichen Dienstes“ beauftragt. Originäre Zielsetzung der Untersuchung, an der sich insgesamt 304 Krankenhäuser beteiligt haben, ist es, auf der Basis einer differenzierten Analyse praxisrelevante Konzepte zur Neuordnung von Aufgaben des Ärztlichen Dienstes zu entwickeln, die von den Krankenhäusern – unter Berücksichtigung der individuellen Rahmenbedingungen – unmittelbar umgesetzt werden können. Die Konzeption für das Studienprojekt sieht ein zweistufiges Verfahren vor. In der ersten Stufe erfolgt eine Bestandsaufnahme im Sinne einer Ist-Analyse (welche innovativen Modelle werden praktiziert/vorgeschlagen etc.). Im Rahmen der zweiten Stufe der Untersuchung wird eine Bewertung der Vorschläge und Modelle durch Expertenbefragungen vorgenommen.

Deutsches Krankenhausinstitut  
Kurzfassung „Neuordnung von Aufgaben des Ärztlichen Dienstes“



## Die juristische Problemstellung

Die berufsrechtliche Aufgabenverteilung zwischen Arzt und nichtärztlichem Personal wird durch die bestehenden gesetzlichen Regelungen - bis auf sehr wenige Ausnahmen - nicht geregelt. Somit lässt sich das Tätigkeitsfeld des Arztes nicht eindeutig von dem des nichtärztlichen Personals abgrenzen. Mithin lässt sich keine eindeutige Kompetenzverteilung erschließen. Insofern erfolgt die Ausrichtung derzeit an Grundsätzen der Rechtsprechung (Richterrecht). Hierbei wird generell prioritär auf die kompetente, fachqualifizierte und lückenlose Patientenbetreuung, die sich aus dem notwendigen Patientenschutz ergibt, abgestellt. Dennoch gibt es einen Kernbereich medizinischer Behandlung, der nicht delegierbar ist. Behandlungsmaßnahmen, die wegen

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

professionelles ärztliches Fachwissen voraussetzen, sind vom Arzt persönlich durchzuführen und nicht delegationsfähig. Folgerichtig ist in der notwendigen arbeitsteiligen Medizin Delegation und Neuordnung von Tätigkeiten insofern zulässig, soweit sie nicht den Kernbereich, also insbesondere Diagnostik, Differenzialdiagnostik und Therapie nach unverzichtbarem ärztlichem Standard, betreffen. Demgegenüber ist eine Delegation unzulässig, wenn nach medizinischem Wissen bei Delegation an einen Nichtarzt eine konkrete Gefährdung für die Gesundheit des Patienten besteht und der Arzt nicht bei der Erbringung dergestalt mitwirkt, dass die Leistung insgesamt als solche des Arztes erkennbar ist.

Für die Rechtspraxis erscheint es hilfreich, dass inzwischen erste Vorschläge erarbeitet worden sind, welche Institution die Bestimmung des Kernbereiches ärztlicher Leistung und die Zulässigkeit von Delegation und Neuordnung von Tätigkeiten festlegen soll. Der Gutachter, Herr Prof. Dr. Bergmann, kommt in seinen Ausführungen zu dem Ergebnis, dass die Neuordnung von Aufgaben des Ärztlichen Dienstes sowie die Festlegung des Umfangs von Delegation und Neuordnung von ärztlichen Tätigkeiten für bestimmte Bereiche – aus rechtlicher Sicht – durch den Gemeinsamen Bundesausschuss durchaus zu befürworten sei.

Deutsches Krankenhausinstitut  
Kurzfassung „Neuordnung von Aufgaben des Ärztlichen Dienstes“



Die Frage, ob der Arzt eine ärztliche Aufgabe grundsätzlich schriftlich auf das Pflegepersonal übertragen muss, ist in der juristischen Meinungsbildung als offen zu bezeichnen. Insofern wird den Krankenhäusern durch die Studie eine konkrete Hilfestellung an die Hand gegeben, in dem klar gestellt wird, dass eine ärztliche Delegation aus Rechtsgründen nicht der Schriftform bedarf. Unabhängig davon sind ärztliche Anordnungen wie jede ärztliche Maßnahme, soweit sie nicht eine Routinemaßnahme ist, zu dokumentieren, was im Übrigen gleichermaßen für die Erbringung der ärztlichen Leistung gilt.

In der Studie wird ebenfalls das Problem erörtert, ob der Patient vor der Behandlung von der Delegation in Kenntnis zu setzen ist und ob dieser nicht sogar zustimmen müsste. Diesbezüglich wird, unter Hinweis auf einschlägige Rechtsprechung des BGH, darauf hingewiesen, dass der Patient vor der Behandlung von der Delegation nicht informiert und aufgeklärt werden muss. Der Patient wird schon dadurch geschützt, dass in jedem Fall die Qualitätsanforderungen und Sorgfaltsmaßstäbe gelten, die von der Rechtsprechung insgesamt gestellt werden.

### **Einteilung der übertragbaren Tätigkeiten nach Fristigkeit**

Um eine ärztliche Leistung von nicht-ärztlichen Mitarbeitern des Krankenhauses hochwertig und ohne zusätzliche Gefährdung des Patienten erbringen zu können, ist eine Überprüfung und ggf. eine Anpassung der formellen und der materiellen Qualifikation der neuen Leistungserbringer erforderlich. Die für eine notwendige Anpassung der formellen und materiellen Qualifikation erforderliche Zeitdauer ist der Grund dafür, dass nicht alle Tätigkeiten sofort übertragen werden können.

#### *Kurzfristig übertragbare Tätigkeiten*

Bei Leistungen, die *kurzfristig* umsetzbar sind, kann eine Anpassung der Qualifikation an das Niveau der Patientengefährdung in kurzer Frist erfolgen. Nach einer relativ kurzen Anpassungszeit können die ärztlichen Tätigkeiten auch vom nicht-ärztlichen Personal in gleicher Qualität und Sorgfalt ausgeführt werden. Bei den kurzfristig umsetzbaren ärztlichen Leistungen handelt es sich eher um einzelne, genau definierte Tätigkeiten. Es werden in

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

- Kategorie 1: Qualifikation durch Ausbildung oder Weiterbildung gegeben (z.B. Kodierung von Diagnosen/Prozeduren im Nachgang zur ärztlichen Festlegung durch Krankenpflegekräfte/Medizinische Dokumentationsassistenten oder Befunddokumentation durch Medizinische Fachangestellte),
- Kategorie 2: Qualifikation durch Ausbildung und Einweisung gegeben (z.B. venöse Blutentnahme durch Krankenpflegekräfte/Medizinische Fachangestellte/Medizinisch-technische Assistenten oder Vitalzeichenkontrolle durch Krankenpflegekräfte/Medizinische Fachangestellte),
- Kategorie 3: Qualifikation durch qualifizierende Ausbildung gegeben (z.B. intramuskuläre Injektion durch Krankenpflegekräfte oder Blutentnahme aus einem peripheren Venenkatheter durch Krankenpflegekräfte),
- Kategorie 4: Qualifikation durch qualifizierende Ausbildung und spezifische Schulung gegeben, Delegation nur im Einzelfall (z.B. intravenöse Injektion eines Arzneimittels mit großer therapeutischer Breite und/oder geringer lokaler Toxizität durch Krankenpflegekräfte oder Anlage einer Venenverweilkanüle durch Krankenpflegekräfte/Medizinische Fachangestellte),
- Kategorie 5: Qualifikation durch qualifizierende Ausbildung und strukturierte Weiterbildung gegeben, Delegation nur im Einzelfall unter Aufsicht eines Arztes (z.B. intravenöse Applikation von Zytostatika bei Vorliegen einer Medikamentenpositivliste durch Krankenpflegekräfte oder Punktion eines Portkatheters durch Krankenpflegekräfte).

Die bisherigen Erfahrungen der Krankenhäuser mit dieser Art der Übertragung von Tätigkeiten belegen, dass es zu einer Entlastung des Ärztlichen Dienstes kommt. Wie hoch das Entlastungspotential für das Krankenhaus im Einzelnen ist, hängt von den krankenspezifischen Gegebenheiten vor Ort ab. Der Anhang der Studie enthält eine Liste von übertragbaren Tätigkeiten, die in den Krankenhäusern bereits in unterschiedlichem Umfang umgesetzt werden. In diesem Zuge erhalten die Krankenhäuser zugleich Hinweise über mögliche Delegationssachverhalte und damit verbundenen Qualifikationsanforderungen sowie über entsprechende Tätigkeitsbereiche und Entlastungspotentiale.

Deutsches Krankenhausinstitut  
Kurzfassung „Neuordnung von Aufgaben des Ärztlichen Dienstes“



#### *Mittelfristig übertragbare Tätigkeiten*

Tätigkeiten, die *mittelfristig* delegiert oder neu zugeordnet werden können, erfordern eine umfangreichere Anpassung der Qualifikation. Grund hierfür ist das höhere Gefährdungspotential der Patienten. Die Sorgfaltspflichten sind entsprechend höher. Sofern Tätigkeiten, die eine höhere Sorgfaltspflicht auslösen, auf nicht-ärztliche Berufsgruppen übertragen werden, erfordert das auch entsprechend umfangreiche und zeitintensive Weiterbildungen. Bei der Neuordnung der Tätigkeiten sind darüber hinaus auch zeitliche Mindestanforderungen an die Ausbildungszeit oder die berufliche Tätigkeit zu stellen. Bei den mittelfristig umsetzbaren Tätigkeiten handelt es sich i.d.R. um komplexe und/oder umfangreiche Tätigkeitsbereiche, die Reorganisationsprozesse erfordern, die ebenfalls einen gewissen Zeitbedarf auslösen.

In der Studie werden exemplarisch die folgenden Bereiche aufgegriffen:

- nichtärztliche Chirurgieassistenz bei operativen Eingriffen,
- Casemanagement,
- Wundpflegemanagement,
- Schmerzmanagement.

Die wesentlichen Auswirkungen dieser in der mittleren Frist übertragbaren Tätigkeiten liegen nicht nur allein in dem z.T. erheblichen Entlastungspotential für den Ärztlichen Dienst, sondern können auch in einer Verbesserung der Qualität der Leistungserbringung münden.

#### *Langfristig übertragbare Tätigkeiten*

Eine *langfristige* Anpassung der Qualifikation an die ärztlichen Tätigkeiten ist immer dann gegeben, wenn gesetzliche und/oder untergesetzliche Normen verändert werden müssen. Neben dem gesetzgeberischen Vorlauf ist dann auch die Zeitspanne für die Erst- oder Weiterqualifikation der Mitarbeiter, die die neuen Tätigkeiten übernehmen, einzuplanen. Anhand der beiden Beispiele „Anästhesie“ (Einsatz eines nicht-ärztlichen Mitarbeiters im Rahmen einer Parallelnarkose) und „Endoskopie“ (Einsatz von Pflegefachkräften in Großbritannien bei der Durchführung von endoskopischen Untersuchungen) werden

Deutsches Krankenhausinstitut  
Kurzfassung „Neuordnung von Aufgaben des Ärztlichen Dienstes“



Probleme und Möglichkeiten geschildert, die sich aus der Übertragung von Tätigkeiten in der langen Frist ergeben.

### **Handlungsorientierte Empfehlungen**

Als Quintessenz aus den praktischen Erfahrungen der im Rahmen von Expertengesprächen befragten Krankenhausmitarbeiter können eine Reihe von handlungsorientierten Empfehlungen an die Krankenhäuser gegeben werden.

#### *Übertragung von Tätigkeiten prüfen und ergänzen*

Ein nicht unerheblicher Teil der Krankenhäuser hat schon Tätigkeiten vom Ärztlichen Dienst auf andere Berufsgruppen übertragen. Die Erfahrungen damit sind durchweg positiv. Den Krankenhäusern wird daher empfohlen, die Übertragung von Tätigkeiten zu prüfen oder zu ergänzen. Je nach Umsetzungsstand in den einzelnen Krankenhäusern, bieten sich unterschiedliche Vorgehensweisen an.

Bei den Häusern, die noch keine oder nur wenig Erfahrungen mit der Übertragung von Tätigkeiten haben, sollte mit den kurzfristig übertragbaren Tätigkeiten begonnen bzw. weiter fort gefahren werden. Die Krankenhäuser, die schon einschlägige Erfahrungen sammeln konnten, sollten prüfen, inwieweit sie ganze Aufgabengebiete oder Querschnittsaufgaben übertragen können. Als sehr hilfreich hat sich eine frühzeitige Information und Einbindung der Mitarbeiter herausgestellt.

#### *Prüfung der formellen und materiellen Qualifikation*

Wenn eine Entscheidung über die Übertragung ärztlicher Tätigkeiten gefallen ist, muss die formelle und materielle Qualifikation derjenigen geprüft und ggf. angepasst werden, die zukünftig neue Aufgaben übernehmen sollen.

#### *Berufshaftpflichtversicherung abklären*

Um die Akzeptanz der Übertragung ärztlicher Aufgaben zu erhöhen, ist das Risiko eines innerbetrieblichen Schadensausgleichs im Falle eines Behandlungsfehlers für die Mitarbeiter zu minimieren. In diesem Zusammenhang sollten auch die Organisationspflichten der

Deutsches Krankenhausinstitut  
Kurzfassung „Neuordnung von Aufgaben des Ärztlichen Dienstes“



leitenden Mitarbeiter des Krankenhauses thematisiert werden. Im Vorfeld eines Reorganisationsprojektes sollte daher Kontakt mit der Haftpflichtversicherung aufgenommen werden und die strittigen Fragen geklärt werden.

*Keine isolierte Betrachtung des Ärztlichen Dienstes*

Sowohl die Erfahrungen aus dem europäischen Ausland als auch die Expertenbefragungen und -gespräche, die im Rahmen dieses Gutachtens durchgeführt worden sind, belegen, dass es nicht zielführend ist, den Fokus ausschließlich auf die Übertragung von Aufgaben des Ärztlichen Dienstes auf Pflegefachkräfte zu richten. Vielmehr gilt es komplette Prozesse zu optimieren. Im Rahmen einer solchen Prozessoptimierung können sich Kaskadeneffekte derart ergeben, dass auch ergänzende Tätigkeitsübertragungen von Pflegefachkräften auf Pflegehilfskräfte oder andere Berufsgruppen erforderlich werden.

## Anlage 2

## BEKANNTGABEN DER HERAUSGEBER

BUNDESÄRZTEKAMMER

KASSENÄRZTLICHE BUNDESVEREINIGUNG

## Bekanntmachungen

## Persönliche Leistungserbringung

Möglichkeiten und Grenzen der Delegation  
ärztlicher Leistungen

Stand: 29. August 2008

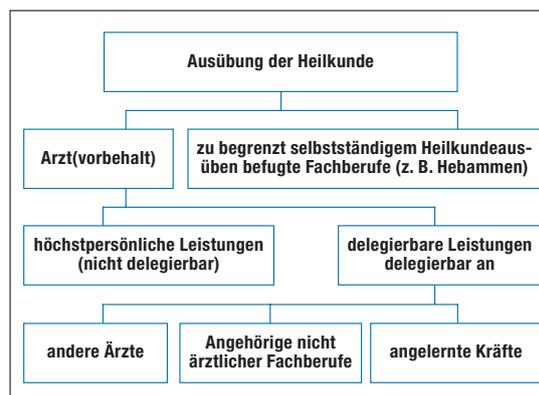
Die persönliche Leistungserbringung ist eines der wesentlichen Merkmale freiberuflicher Tätigkeit. Sie prägt wie kein anderes Merkmal das Berufsbild des Arztes<sup>1</sup> und steht dafür, dass der Arzt seine Leistungen auf der Grundlage einer besonderen Vertrauensbeziehung erbringt. Persönliche Leistungserbringung bedeutet nicht, dass der Arzt jede Leistung höchstpersönlich erbringen muss. Sie erfordert vom Arzt aber immer, dass er bei Inanspruchnahme nicht ärztlicher oder ärztlicher Mitarbeiter zur Erbringung eigener beruflicher Leistungen leitend und eigenverantwortlich tätig wird. Der Arzt kann daher, anders als der gewerbliche Unternehmer, den Leistungsumfang seiner Praxis durch Anstellung von Mitarbeitern nicht beliebig vermehren.

### I. Rechtsgrundlagen

Für die ambulante ärztliche Berufsausübung regelt das allgemeine Dienstvertragsrecht – Verträge zwischen Arzt und Patient sind regelmäßig Dienstverträge –, 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 in § 19 Abs. 1 der (Muster-) Berufsordnung (MBO) gefunden, im Vertragsarztrecht in § 32 Abs. 1 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV) und in § 15 Abs. 1 des Bundesmantelvertrages-Ärzte (BMV-Ä). Die Pflicht zur persönlichen Leistungserbringung gilt auch für den Krankenhausarzt, soweit er aufgrund entsprechender Vereinbarungen mit Krankenhaus und Privatpatienten stationäre „Wahlleistungen“ gesondert berechnet (§ 17 Abs. 1 des Krankenhausentgeltgesetzes). Die Pflicht zur persönlichen Leistungserbringung gilt zudem für die ambulante Behandlung durch den Krankenhausarzt, wenn er berechtigt ist, im Krankenhaus eine Privatambulanz zu betreiben oder auf der Grundlage einer vom Zulassungsausschuss erteilten persönlichen Ermächtigung gesetzlich Krankenversicherte zu behandeln.

Die aus diesen Bestimmungen resultierende Pflicht des Arztes zur persönlichen Leistungserbringung erfordert es jedoch nicht in jedem Einzelfall, dass der Arzt sämtliche Leistungen in vollem Umfang höchstpersönlich erbringt. So darf der Arzt 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. Jeder niedergelassene Arzt muss die Beschäftigung eines angestellten Arztes seiner Ärztekammer anzeigen (§ 19 Abs. 1 S. 3 MBO), der Vertragsarzt muss sich im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung darüber hinaus die Beschäftigung eines angestellten Arztes durch den Zulassungsausschuss oder die Beschäftigung von Weiterbildungs-/Sicherstellungsassistenten durch seine Kassenärztliche Vereinigung (KV) genehmigen lassen (§§ 95 Abs. 9 S. 1 SGB V, 32 Abs. 2 Ärzte-ZV). Zugerechnet werden dem Arzt gemäß § 19 Abs. 2 MBO auch Leistungen eines fachgebietsfremd angestellten Arztes, wobei beide Fachgebiete regelmäßig bei der Behandlung von Patienten zusammenwirken müssen.<sup>2</sup> Die zulässige Zahl der voll oder in Teilzeit angestellten Ärzte wird nur für den Vertragsarzt<sup>3</sup> ausdrücklich auf den Umfang von drei, bei medizinisch-technischen Leistungen auf vier Vollzeitstellen begrenzt (§ 14 a Abs. 1 BMV-Ä). Auch ohne diese Begrenzung wird man die Zahl der angestellten Ärzte aber kaum deutlich erhöhen können, ohne dass der niedergelassene Arzt damit zum gewerblichen Unternehmer wird. Dies hätte nach der finanzgerichtlichen Rechtsprechung zu Großlaboren in steuerrechtlicher Hinsicht zudem zur Konsequenz, dass die Tätigkeit des Praxisinhabers damit insgesamt der Gewerbesteuer unterläge<sup>4</sup>.



### 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).

<sup>1</sup>Nachfolgend werden die Bezeichnungen „Arzt“, „Mitarbeiter“, „Patient“ u. a. zum Zwecke der besseren Lesbarkeit des Textes jeweils für beide Geschlechter verwendet.

<sup>2</sup>Bei privatärztlicher Behandlung scheidet eine Abrechnung der Leistungen eines fachgebietsfremd angestellten Arztes durch den Praxisinhaber im Regelfall an § 4 Abs. 2 GOÄ und der aufgrund der Fachgebietsfremdheit nicht möglichen Aufsicht und fachlichen Weisung. Dementsprechend wird empfohlen, dem fachgebietsfremd angestellten Arzt die Befugnis zur Privatliquidation zu erteilen. Die Erstattungsfähigkeit derart abgerechneter Leistungen wird von der privaten Krankenversicherung allerdings zum Teil bestritten.

<sup>3</sup>Diese Einschränkung gilt für Medizinische Versorgungszentren aufgrund der Besonderheiten dieser Versorgungsform nicht.

<sup>4</sup>Es ist davon auszugehen, dass jedenfalls die Finanzverwaltung diese Konsequenz auch bei Medizinischen Versorgungszentren zieht.

## BEKANNTGABEN DER HERAUSGEBER

Meist hat der Gesetzgeber jedoch keine ausdrückliche Entscheidung über den Arztvorbehalt getroffen. 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. Darauf hat der Patient nach der Rechtsprechung im Krankenhaus Anspruch (Facharztstandard). Der Facharztstandard bildet aber auch bei der ambulanten Behandlung den Maßstab für die anzuwendende Sorgfalt. Zur vertragsärztlichen Versorgung wird nur zugelassen, wer eine Weiterbildung zum Facharzt abgeschlossen hat. Zudem benötigen Vertragsärzte vielfach zusätzliche Qualifikationen und entsprechende Genehmigungen zur Durchführung der ihnen vorbehaltenen Leistungen.

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. vertragsärztlichen 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.

### III. Höchstpersönliche Leistungen des Arztes

In Bezug auf Leistungen, die unter Arztvorbehalt stehen, stellt sich die weitere Frage, welche von ihnen der Arzt ganz oder teilweise höchstpersönlich erbringen muss. 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. Der nach den §§ 95, 116 SGB V persönlich ermächtigte Arzt kann seine Leistungen, abgesehen von Vertretungsfällen im Sinne des § 32 a Ärzt-

ze-ZV, nicht an ärztliche Mitarbeiter delegieren, weil er keine Ärzte anstellen oder Assistenten beschäftigen darf; insoweit ist er zur höchstpersönlichen Leistung verpflichtet. Das Gleiche gilt, abgesehen von nicht vorhersehbaren oder individuell vereinbarten Vertretungsfällen, für den Wahlarzt im Krankenhaus, weil er dem Patienten aus dem Wahlarztvertrag gerade seine höchstpersönliche Leistung schuldet. Der Wahlarzt ist durch § 4 Abs. 2 GOÄ darüber hinaus in der Delegation dort aufgeführter Leistungen beschränkt.

### 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.

### V. Delegation an nicht ärztliche Mitarbeiter<sup>5</sup>

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. Die Entscheidung, ob und an wen der Arzt eine Leistung delegiert, ob er den betreffenden Mitarbeiter ggf. besonders anzuleiten und wie er ihn zu überwachen hat, muss der Arzt von der Qualifikation des jeweiligen Mitarbeiters abhängig machen.<sup>6</sup>

<sup>5</sup>Der Bereich des Rettungsdienstes ist nicht Gegenstand dieser Stellungnahme. Siehe dazu die Stellungnahme der Bundesärztekammer zur Notkompetenz von Rettungsassistenten und zur Delegation ärztlicher Leistungen im Rettungsdienst.

<sup>6</sup>Diesbezüglich wird die bisherige Unterscheidung zwischen grundsätzlich und im Einzelfall delegationsfähigen Leistungen aufgegeben, weil die Qualifikationen der Mitarbeiter und damit die Delegationsmöglichkeiten sowohl innerhalb dieser beiden Fallgruppen differieren als auch zwischen beiden Fallgruppen übereinstimmen können, sodass sich aus dieser Fallgruppenbildung keine Aussagen zur notwendigen Präsenz des Arztes und zur Überwachung durch ihn ableiten lassen.

## BEKANNTGABEN DER HERAUSGEBER

Will der Arzt eine Leistung an einen Mitarbeiter delegieren, der über eine abgeschlossene, ihn dazu befähigende Ausbildung in einem Fachberuf im Gesundheitswesen verfügt, kann er sich regelmäßig darauf beschränken, diese formale Qualifikation des Mitarbeiters festzustellen (Zeugnis), sich zu Beginn der Zusammenarbeit mit dem betreffenden Mitarbeiter davon zu überzeugen, dass die Leistungen des Mitarbeiters auch tatsächlich eine seiner formalen Qualifikation entsprechende Qualität haben, und die Qualität der erbrachten Leistungen stichprobenartig zu überprüfen. Sofern die Qualität der Leistungen des Mitarbeiters nicht ausreichend ist, muss der Arzt den Mitarbeiter ggf. nachschulen, ihn eingehender überwachen und, wenn er die Anforderungen an eine Delegation nicht erfüllt, hierauf verzichten.

Verfügt der Mitarbeiter, an den der Arzt delegieren will, nicht über eine abgeschlossene Ausbildung in einem Fachberuf im Gesundheitswesen, die die zu delegierende Leistung einschließt, muss der Arzt zunächst prüfen, ob der Mitarbeiter aufgrund seiner allgemeinen Fähigkeiten für eine Delegation der betreffenden Leistung geeignet scheint (Auswahlpflicht). Sodann muss er ihn zur selbstständigen Durchführung der zu delegierenden Leistung anlernen (Anleitungspflicht). Auch nachdem er sich davon überzeugt hat, dass der Mitarbeiter die Durchführung der betreffenden Leistung beherrscht, muss der Arzt ihn dabei regelmäßig überwachen, bevor er sich mit der Zeit wie bei einem Fachberufsangehörigen auf Stichproben beschränken kann (Überwachungspflicht). 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. Es ist daher unzulässig, in der Arztpraxis aufgrund genereller Anordnung an das Praxispersonal Leistungen durchführen zu lassen, wenn der Arzt persönlich nicht in der Praxis erscheinen kann oder für längere Zeit abwesend ist. In solchen Fällen muss daher ein in der Praxis tätiger Vertreter bestellt oder die Praxis vorübergehend geschlossen werden. Bei vorübergehender Abwesenheit können jedoch Leistungen durchgeführt werden, die der Arzt einzelfallbezogen bereits angeordnet hat, wenn dies medizinischen Erfordernissen genügt. Als Grundregel kann gelten, dass eine Abwesenheit des Arztes umso eher hingenommen werden kann, je höher Kenntnisstand und Erfahrung des Mitarbeiters in Bezug auf die delegierte Leistung sind und je geringer das mit der Leistung für den Patienten verbundene Gefährdungspotenzial ist. So können beispielsweise vom Arzt im Einzelfall vorher angeordnete Blutentnahmen in der Zeit vor Beginn der Sprechstunde durchgeführt werden, wenn der Arzt erreichbar ist und notfalls kurzfristig persönlich in der Praxis sein kann. Soweit im Krankenhaus auch zur Nachtzeit und an Wochenenden Ärzte im Bereitschaftsdienst anwesend sind, können nicht ärztliche Mitarbeiter zuvor im Einzelfall ärztlich angeordnete Leistungen auch zu diesen Zeiten erbringen. 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.

## 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.

## VII. Einzelne Fragestellungen

### 1. Anamnese

Die Anamnese ist wegen der durch sie erhältlichen, für Diagnose und Therapie bedeutsamen Informationen eine höchstpersönliche Leistung des Arztes und kann daher nicht an nicht ärztliche Mitarbeiter delegiert werden. Zulässig ist es allerdings, wenn entsprechend qualifizierte und eingewiesene nicht ärztliche Mitarbeiter mit Patienten vorbereitend einen Anamnesefragebogen durcharbeiten und der Arzt die Angaben des Patienten im nachfolgenden Gespräch überprüft und ggf. ergänzt.

### 2. Aufklärung

Eine Delegation der Aufklärung des Patienten, insbesondere über diagnostische oder therapeutische Eingriffe und deren Risiken, an nicht ärztliche Mitarbeiter ist unzulässig. Allerdings ist das Aushängen schriftlicher Informationen an den Patienten zulässig, sofern sich der Arzt in dem mit dem Patienten zu führenden Aufklärungsgespräch davon überzeugt, dass der Patient die schriftlichen Hinweise gelesen und verstanden hat. Dabei hat der Arzt auf die persönlichen Belange des Patienten einzugehen und ihm Gelegenheit zu geben, Fragen zu stellen.

Bei der Delegation der Aufklärung an ärztliche Mitarbeiter ist zu beachten, dass der Mitarbeiter zu der ihm übertragenen Aufklärung hinreichend qualifiziert sein muss und dass der delegierende Arzt die ordnungsgemäße Aufklärung durch den anderen Arzt sicherstellen muss, d. h. dass er sich im Gespräch mit dem Patienten oder durch Blick in die Patientenakte der ordnungsgemäß erfolgten Aufklärung vergewissern muss. Bei sehr seltenen Eingriffen können spezielle Aufklärungsanweisungen für den die Aufklärung durchführenden Arzt erforderlich sein. ▷

## BEKANNTGABEN DER HERAUSGEBER

**3. Technische Untersuchungen**

Der Arzt kann die Durchführung technischer Untersuchungen an entsprechend qualifizierte nicht ärztliche Mitarbeiter delegieren. Dabei obliegt die Anordnung der Leistung und die Befundung und Befundbewertung zwingend dem Arzt. Bei der Zervixzytologie kann unter Aufsicht eines Facharztes auch die Befundung von entsprechend qualifiziertem Fachpersonal (zytologisch tätiger Assistent oder medizinisch-technischer Laboratoriumsassistent mit einjähriger Weiterbildung in der Zervixzytologie) vorbereitet werden (siehe Qualitätssicherungs-Richtlinie Zervixzytologie).

Soweit sich für den Patienten mit der Durchführung der technischen Leistung ein Risiko verbindet, muss sich der Arzt in unmittelbarer Nähe aufhalten; die notwendige ärztliche Präsenz kann auch durch einen anderen Arzt gewährleistet werden, der das mit der Leistung verbundene Risiko beherrscht. In keinem Fall delegierbar sind Leistungen der Endoskopie (außer Kapselendoskopien, die durch speziell ausgebildete nicht ärztliche Mitarbeiter durchgeführt werden können) und der Sonografie.

**4. Röntgen**

Die rechtfertigende Indikation zur Anwendung von Röntgenstrahlen darf nach den §§ 23 und 24 Abs. 1 Nr. 1 oder 2 der Röntgenverordnung (RöV) nur der Arzt stellen, der über eine Röntgenfachkunde oder über Kenntnisse im Strahlenschutz verfügt. Die technische Durchführung der Anwendung von Röntgenstrahlen kann nach § 24 Abs. 2 RöV dagegen an nicht ärztliche Mitarbeiter delegiert werden, die dafür eine Qualifikation nach der Röntgenverordnung besitzen (§ 24 Abs. 2 Nr. 1 oder Nr. 2 RöV) oder Kenntnisse im Strahlenschutz nachweisen können (§ 24 Abs. 2 Nrn. 3 und 4 RöV). Die Anwendung der Röntgenstrahlen als delegierte Leistung erfolgt unter der Aufsicht und Verantwortung des fachkundigen Arztes. Dabei ist die Anwesenheit des Arztes im Röntgenraum nicht erforderlich. Er muss jedoch für eventuelle Rückfragen der die Röntgenstrahlen anwendenden Mitarbeiter kurzfristig erreichbar sein und die auf seine Anordnung gefertigten Röntgenaufnahmen nach Erstellung selbst beurteilen, um daraus gegebenenfalls auch Schlussfolgerungen für ergänzende Aufnahmen ziehen zu können. Bei Röntgenuntersuchungen mit intravenöser Kontrastmittelgabe muss der Arzt wegen möglicher allergischer Reaktionen in unmittelbarer Nähe sein.

**5. MRT**

MRT-Untersuchungen kann nur der Arzt anordnen und befunden. Die technische Durchführung von MRT-Untersuchungen kann er an nicht ärztliche Mitarbeiter delegieren. In diesem Fall muss er mit den die Untersuchung durchführenden nicht ärztlichen Mitarbeitern in der Weise in Verbindung stehen, dass er die entstehenden Aufnahmen bewerten und den weiteren Gang der Untersuchung steuern kann. Bei Risikopatienten muss sich der Arzt in unmittelbarer Nähe aufhalten; ausreichend ist auch die unmittelbare Nähe eines anderen Arztes, der das mit der Leistung verbundene Risiko beherrscht.

**6. Nuklearmedizin/Strahlentherapie**

Radioaktive Stoffe oder ionisierende Strahlung dürfen in Ausübung der Heilkunde unmittelbar am Menschen nur angewendet werden, wenn ein Arzt mit der Fachkunde im Strahlenschutz nach der Strahlenschutzverordnung hierfür die rechtfertigende Indikation gestellt hat. Die technische Mitwirkung bei der nuklearmedizinischen Untersuchung und Behandlung einschließlich Qualitätssicherung und die technische Mitwirkung bei der Strahlen-

behandlung, bei der Erstellung des Bestrahlungsplans und bei dessen Reproduktion am Patienten einschließlich Qualitätssicherung sowie die Durchführung messtechnischer Aufgaben in der Dosimetrie und dem Strahlenschutz dürfen an nicht ärztliche Mitarbeiter delegiert werden, wenn diese eine Qualifikation nach der Strahlenschutzverordnung (StrlSchVO) besitzen (§ 82 Abs. 2 Nr. 1 oder Nr. 2 StrlSchVO) oder Kenntnisse im Strahlenschutz nachweisen können (§ 24 Abs. 2 Nrn. 3 und 4 StrlSchVO). Dies betrifft insbesondere medizinisch-technische Assistenten in der Radioonkologie und Strahlentherapie (MTAR, vgl. § 9 Abs. 1 Nr. 2 des MTA-Gesetzes). Voraussetzung ist, dass der verantwortliche fachkundige Arzt die Teilleistungen im Einzelfall anordnet.

**7. Labor**

In der Labordiagnostik können unter anderem die technische Beurteilung des Untersuchungsmaterials auf seine Brauchbarkeit zur ärztlichen Diagnose und die technische Aufarbeitung histologischen und zytologischen Untersuchungsmaterials, aber auch die Durchführung von Untersuchungsgängen an entsprechend qualifizierte nicht ärztliche Mitarbeiter, insbesondere an medizinisch-technische Laboratoriumsassistenten, delegiert werden. Erforderlich ist dabei neben der ärztlichen Anordnung der jeweiligen Leistung deren fachliche Überwachung. Das macht bei Leistungen des Speziallabors auch nach der sozialgerichtlichen Rechtsprechung die Anwesenheit des Arztes im Labor zur Zeit der Leistungserbringung erforderlich.

Im Rahmen von Laborgemeinschaften können Leistungen des Basislabors auch in der Form delegiert werden, dass die Leistungen durch einen der beteiligten Ärzte persönlich in seiner Praxis oder in einer gemeinsamen Einrichtung durch einen gemeinschaftlich beschäftigten angestellten Arzt erbracht werden (vgl. §§ 4 Abs. 2 S. 2 GOÄ sowie 15 Abs. 3 und 25 Abs. 3 BMV-Ä). Der Arzt, der die Leistungen in dieser Form erbringt, kann sie ebenfalls an nicht ärztliche Mitarbeiter delegieren.

**8. Blutentnahme, Injektion und Infusion**

Kapilläre und venöse Blutabnahmen können an entsprechend qualifizierte nicht ärztliche Mitarbeiter delegiert werden. Da venöse Blutabnahmen nicht in allen Ausbildungskatalogen enthalten sind, muss sich der Arzt bei Medizinischen Fachangestellten, Angehörigen der Pflegeberufe oder anderem Fachpersonal ggf. bereits vorhandener Kenntnisse und Fertigkeiten vergewissern oder diese besonders einweisen. Bei der delegierten Blutabnahme sind die Technischen Regeln für Biologische Arbeitsstoffe in der jeweils geltenden Fassung zu beachten.

Subkutane und intramuskuläre Injektionen können an entsprechend qualifizierte nicht ärztliche Mitarbeiter delegiert werden. Zu diesen Injektionen gehören auch Impfungen, wobei die Impfanamnesererhebung und die Aufklärung zur Impfung nicht delegierbar sind. Allergietests (Pricktest, Subkutantest) können ebenfalls an entsprechend qualifizierte nicht ärztliche Mitarbeiter delegiert werden, erfordern aber aufgrund des Risikos eines allergischen Schocks die Anwesenheit des Arztes in unmittelbarer Nähe.

Intravenöse Injektionen und Infusionen können an entsprechend qualifizierte nicht ärztliche Mitarbeiter delegiert werden, wenn sich der Arzt von der durch Ausbildung und Erfahrung gewonnenen spezifischen Qualifikation in der Punktions- und Injektionstechnik überzeugt hat und wenn er sich in unmittelbarer Nähe aufhält. Die intravenöse Erstapplikation von Medikamenten ist nicht delegierbar. Die Zulässigkeit einer Delegation der Appli-

## BEKANNTGABEN DER HERAUSGEBER

kation von Medikamenten oder Infusionen über einen Port ist abhängig von der applizierten Substanz und der Qualifikation und Erfahrung des damit betrauten nicht ärztlichen Mitarbeiters.

#### 9. Operation

Die Durchführung von Operationen zählt zu den originär ärztlichen Tätigkeiten. Der Operateur trägt die volle Verantwortung für jeden OP-Schritt, eine eigenverantwortliche Übernahme operativer Teilschritte durch nicht ärztliche Mitarbeiter ist nicht möglich. Gegebenenfalls kann die zweite oder dritte OP-Assistenz an speziell ausgebildete nicht ärztliche Mitarbeiter (z. B. CTA, OTA) delegiert werden. Die Tätigkeit der ersten OP-Assistenz ist ausschließlich ärztlichen Mitarbeitern vorbehalten.

#### 10. Anästhesie

Die Durchführung von Anästhesien gehört zu den originär ärztlichen Tätigkeiten. Eine Delegation der Anästhesie oder einzelner Phasen der Anästhesie (Vorbereitung, Einleitung, Führung/Aufrechterhaltung, Ausleitung) an nicht ärztliche Mitarbeiter kommt nicht in Betracht. Einzelne Maßnahmen während einzelner Anästhesiephasen können allerdings mit der Maßgabe an nicht ärztliche Mitarbeiter delegiert werden, dass dadurch das Risiko für den Patienten nicht erhöht wird und der Fachpflegestandard gewahrt ist.<sup>7</sup>

#### 11. Blasenkatheeter

Die Einlage eines transurethralen Blasenkatheeters zu diagnostischen oder therapeutischen Zwecken kann an entsprechend qualifizierte nicht ärztliche Mitarbeiter delegiert werden. Da diese Tätigkeit nur im Ausbildungskatalog der Gesundheits- und Krankenpfleger enthalten ist, muss der Arzt anderes Fachpersonal dazu besonders anleiten oder sich ggf. bereits vorhandener Kenntnisse und Fertigkeiten vergewissern. Die Ersteinlage eines suprapubischen Blasenkatheeters ist nicht delegierbar.

#### 12. Wundversorgung

Die Versorgung unkomplizierter Wunden ist delegierbar. Die Versorgung komplizierter und sekundär heilender Wunden ist ebenfalls delegierbar; sie müssen jedoch initial und anschließend in regelmäßigen Intervallen ärztlich überwacht werden, weshalb die Wundversorgung in diesen Fällen nur nach Festlegung des patientenspezifischen Vorgehens durch den Arzt delegierbar ist.

#### 13. Hausbesuche

Hausbesuche, d. h. Leistungen in der häuslichen Umgebung des Patienten, sind nach der Entscheidung des Sozialgesetzgebers im Rahmen des GKV-Pflegewerterentwicklungsgesetzes (s. § 87 Abs. 2 b S. 5 SGB V) auch im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung an entsprechend qualifizierte nicht ärztliche Mitarbeiter delegierbar. Insoweit kommen der Therapie dienende Maßnahmen wie Wundpflege und Verbandwechsel, subkutane und intramuskuläre Injektionen, aber auch die Diagnostik unterstützende Maßnahmen wie Blutdruckmessungen in Betracht. Ausgeschlossen sind demgegenüber Leistungen, deren Durchführung für den Patienten mit akuten, für die jeweilige Fachkraft u. U. nicht beherrschbaren Gefahren verbunden ist. Einzelheiten hat der Bewertungsausschuss nach Maßgabe der berufsrechtlichen Bedingungen festzulegen.

Voraussetzung jeder Delegation solcher regelmäßig in Abwesenheit des Arztes zu erbringenden Leistungen ist zunächst, dass sich der delegierende Arzt der notwendigen Qualifikation des nicht ärztlichen Mitarbeiters vergewissert. Des Weiteren ist eine Delegation nur dann zulässig, wenn der Arzt den jeweiligen Patienten zunächst selbst besucht oder in seiner Praxis gesehen und eingehend untersucht hat. Der Arzt muss die zu erbringenden Leistungen angeordnet und den nicht ärztlichen Mitarbeiter patientenbezogen in Umstände eingewiesen haben, die beim Erbringen der einzelnen Leistung zu berücksichtigen sind. Ein dokumentierter Bericht an den Arzt ist nach jedem Hausbesuch durch nicht ärztliche Mitarbeiter zwingend erforderlich. Bei wiederholter Durchführung solcher Besuche in Abwesenheit des Arztes über einen längeren Zeitraum hinweg muss sich der Arzt in regelmäßigen Abständen einen persönlichen Eindruck von dem in dieser Weise betreuten Patienten verschaffen; der Einsatz von optischen Hilfsmitteln wie Videokamera, Videotelefonie etc. kann die Intervalle verlängern.

#### 14. Heimversorgung

Unter den zum Hausbesuch genannten Voraussetzungen kann der Arzt auch pflegerische Leistungen oder Medikamentengaben anordnen, die von nicht bei ihm angestellten Personen in der häuslichen Umgebung des Patienten oder in Heimen erbracht werden. Auch in einem solchen Fall muss sich der Arzt der notwendigen Qualifikation der Person vergewissern, die die von ihm angeordnete Leistung durchführt. Dabei wird er sich insbesondere in Heimen meist darauf beschränken können zu prüfen, ob die betreffende Person eine Ausbildung in einem entsprechenden Fachberuf im Gesundheitswesen absolviert hat. Insofern reduziert sich seine Verantwortung darauf, die notwendige Leistung anzuordnen und für die Durchführung der Leistung durch eine ausreichend qualifizierte Person Sorge zu tragen. Für die ordnungsgemäße Durchführung der Leistung selbst ist er in diesem Fall nicht verantwortlich. Wenn er allerdings – z. B. aufgrund früherer Erfahrungen mit einer bestimmten Fachkraft oder aufgrund von Berichten von Heimbewohnern – Anlass zu Zweifeln darüber hat, ob die angeordnete Leistung ordnungsgemäß durchgeführt wird, muss der Arzt von einer Delegation absehen und die notwendigen Leistungen selbst erbringen oder durch eigene Mitarbeiter erbringen lassen.

#### 15. Standardisierte Testverfahren

Mit Ausnahme der Indikationsstellung, der Bewertung des Testergebnisses und der diesbezüglichen Dokumentation ist die Durchführung von standardisierten Testverfahren (z. B. psychometrische Tests, Barthel-Index, geriatrisches Assessment nach LACHS) delegierbar.

#### 16. Case Management

Case Management stellt ein Instrument zur Optimierung des patientenbezogenen Prozessmanagements dar. Es umfasst die Planung, Koordination, Steuerung und Evaluation der Behandlung eines komplexen Einzelfalls über die Sektoren hinweg und unter Einbeziehung aller Leistungserbringer. Case Management ist im Rahmen der individuellen Patientenversorgung vom Arzt anzuordnen. Es kann sich auf einzelne Prozessschritte („einfaches“ Case Management) oder das komplette Case Management erstrecken. Die Durchführung des Case Managements darf an speziell ausgebildete oder fortgebildete Mitarbeiter delegiert werden. Die diagnostische und therapeutische Gesamtverantwortung verbleibt beim Arzt. □

<sup>7</sup>Siehe Entschlieung der Deutschen Gesellschaft fur Anesthesiologie und Intensivmedizin e.V. (DGA) und des Berufsverbandes Deutscher Anesthesisten (BDA) vom 26. 10. und 8. 11. 2007, Arztliche Kernkompetenz und Delegation in der Anesthesie