

Kerstin Bohne

## Delegation ärztlicher Tätigkeiten

LESEPROBE



# Erster Teil: Anamnese – Delegation als Form der Arbeitsteilung

Der erste Teil der vorliegenden Arbeit stellt die Delegation ärztlicher Tätigkeiten auf Gesundheits- und Krankenpfleger<sup>1</sup> als eine Form der medizinisch-pflegerischen Arbeitsteilung bei der Patientenbehandlung sowie die in diesem Zusammenhang verwendeten Begrifflichkeiten vor.

## A Problemstellung und praktische Relevanz

Die Diskussion über das „Ob“ und „Wie“ der Delegation ärztlicher Tätigkeiten, d.h. der angeordneten Übertragung ärztlicher Tätigkeiten auf nichtärztliches Personal,<sup>2</sup> entbrannte Mitte des 20. Jahrhunderts an der Injektionsproblematik. Die Übertragbarkeit von Injektionen, Infusionen und Blutentnahmen bzw. -transfusionen auf Krankenpfleger wurde zum Gegenstand zahlreicher juristischer wie medizinischer und pflegewissenschaftlicher Beiträge<sup>3</sup>. Trotz der jahrzehntelang verlaufenden Diskussion<sup>4</sup> um diesen Problemkreis, herrscht inzwischen lediglich über das grundsätzliche „Ob“ der Delegation Einigkeit<sup>5</sup>, während über das „Wie“ weiterhin Ungewissheit<sup>6</sup> besteht.

- 
- 1 Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im Folgenden einerseits auf die vollständige Berufsbezeichnung „Gesundheits- und Krankenpfleger“ [vgl. § 1 Abs. 1 Nr. 1 KrPflG (Krankenpflegegesetz)] verzichtet und stattdessen nur von Krankenpfleger gesprochen. Andererseits wird für Berufs- und Gruppenbezeichnungen in der Regel nur die jeweils männliche Form verwendet, obwohl diese Sprachregelung teilweise den tatsächlichen Gegebenheiten widerspricht: So ist zwar die Mehrzahl der in Deutschland tätigen Ärzte männlich. In der Krankenpflege überwiegen dagegen weiblich Beschäftigte [vgl. *Statistisches Bundesamt*, Statistisches Jahrbuch 2007, Kapitel Gesundheit, Tabelle 9.8.1, S. 253 für das Gesundheitspersonal nach Berufen und Geschlecht im Zeitvergleich].
  - 2 Unter dem Begriff der Delegation wird im Allgemeinen die angeordnete Übertragung von beruflichen Tätigkeiten von einer Berufsgruppe auf eine andere verstanden, vgl. *Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen* (im Folgenden: *SVR Gesundheitswesen*), Kooperation und Verantwortung, Anm. 99, S. 91, abrufbar im Internet unter <<http://www.svr-gesundheit.de/Startseite/Startseite.htm>> (Stand v. 4.9.2007); *Costas*, Berliner Ärzte 1992, 26 (26).
  - 3 Vgl. beispielhaft die folgenden Beiträge: *Goldbahn/Schlager*, Fehler und Gefahren bei Einspritzungen, S. 61 ff.; *Perret*, Der Chirurg 1949, 216 ff.; *Dracklé*, Med. Klin. 1950, 974; *Schulz*, Med. Klin. 1959, 1212 ff.; *Schmelcher*, Arzt und Recht 1959, 1834 f.; *Schulz*, KHA 1960, 242 ff.; *Frey/Wagner*, DMW 1964, 1446; *Schmelcher*, Arzt und Recht 1965, 1731 ff.; *Brenner*, Deutsche Krankenpflegezeitschrift 1972, 418 ff.; *Hahn*, Die Haftung des Arztes für nichtärztliches Hilfspersonal; *Jacobs*, I.-v.-Injektionen, 1990; *Großkopf*, Pflegezeitschrift 1994, 557 ff.
  - 4 Vgl. aus jüngerer Zeit nur: *Arbeitsgemeinschaft Rechtsanwältin im Medizinrecht e.V.*, Delegation und Substitution; *Bergmann*, MedR 2009, 1 (1 ff.); *Job/Leffler/Voigt*, Das Krankenhaus 2007, 38 (39); *Simon*, Delegation ärztlicher Leistungen; *Gaibler/Trengler*, in: Berg/Ulsenheimer, Patientensicherheit, Arzthaftung, Praxis- und Krankenhausorganisation, 111 (111 ff.).
  - 5 Dazu eingehend: *Simon*, Delegation ärztlicher Leistungen.
  - 6 Vgl. *Gaibler/Trengler*, in: Berg/Ulsenheimer, Patientensicherheit, Arzthaftung, Praxis- und Krankenhausorganisation, 111 (111); *Tönnis*, Pflege Aktuell 2000, 290 (292); *SVR Gesundheitswesen*, Kooperation und Verantwortung, Anm. 9, S. 39, abrufbar im Internet unter

Unter welchen Voraussetzungen welche genuin ärztlichen Tätigkeiten auf welche nicht-ärztlichen Mitarbeiter übertragen werden dürfen, ist mithin nach wie vor unklar. Klar ist hingegen, wie der Bundesgerichtshof<sup>7</sup> bereits 1975 feststellte, dass die Verwendung nicht-ärztlichen Personals in der Medizin nicht mehr wegzudenken ist und diesem Personal im Einzelfall ein hohes Maß an Verantwortung zufällt.<sup>8</sup>

In modernen technisierten Bereichen wie dem Gesundheitswesen ist die Arbeitsteilung somit längst notwendige Bedingung für die Aufrechterhaltung hoher medizinischer Versorgungsstandards. Ursache der vermehrten Schnittstellen ärztlicher und pflegerischer Berufsausübung ist neben der zunehmenden Technisierung der Medizin<sup>9</sup> insbesondere die gesteigerte Komplexität medizinischer Erkenntnisse.<sup>10</sup> Diese ermöglicht es einem Arzt oder einem Krankenpfleger nicht mehr, sich in allen Teilen des eigenen Fachgebiets gleichmäßig gut auszukennen. In der Konsequenz sind wachsende Spezialisierung und Kooperation unvermeidlich.

Vermehrt wird auch die Verlagerung delegationsfähiger ärztlicher Tätigkeiten auf nichtärztliches Personal und damit auf niedrigere Lohngruppen angesichts des wachsenden Kosten- und Qualitätsdrucks im Gesundheitswesen auf der einen Seite und einem drohenden Ärztemangel<sup>11</sup> auf der anderen Seite als mögliche Lösung erörtert.<sup>12</sup> Insbesondere die zunehmende Privatisierung des Gesundheitswesens führt zu einer Dominanz marktwirtschaftlicher Erwägungen.<sup>13</sup> Dies legt einen Zielkonflikt zwischen dem Bestreben nach größtmöglicher ökonomischer Effizienz medizinischer Zusammenarbeit einerseits und dem Bestreben nach optimaler medizinischer Versorgung andererseits nahe. Angesichts der betroffenen hohen und höchsten Rechtsgüter des Patienten, Leben und körperliche Unversehrtheit<sup>14</sup>, können diese Spannungen nur zugunsten dieser Güter gelöst werden. An dieser Stelle sei auf die Vorteile der Übertragung ärztlicher Aufgaben auf Angehörige der Krankenpflegeberufe in zeitlicher Hinsicht verwiesen. So wird dem Arzt der not-

---

<<http://www.svr-gesundheit.de/Startseite/Startseite.htm>> (Stand v. 4.9.2007).

7 Im Folgenden: BGH.

8 BGH, Urt. v. 24.6.1975 – VI ZR 72/74, NJW 1975, 2245 (2246).

9 BGH, Urt. v. 24.6.1975 – VI ZR 72/74, NJW 1975, 2245 (2246).

10 Hahn, Haftung des Arztes, S. 12; Katzenmeier, MedR 2004, 34 (34).

11 So zeigt sich insbesondere im Bereich der niedergelassenen Ärzte, die ländlich geprägte Gebiete hausärztlich versorgen, sowie in den neuen Bundesländern eine erhebliche ärztliche Unterversorgung (BÄK, 107. Deutsche Ärztag, Begründung zu Punkt IV der Tagesordnung, Initiativen gegen den regionalen Ärztemangel, abrufbar im Internet unter <<http://www.bundesaerztekammer.de>>). Ob die Delegation ärztlicher Tätigkeiten auf Pflegekräfte tatsächlich dem ärztlichen Personaldefizit adäquat entgegenwirken kann, ist jedoch fraglich, wenngleich der Ärztemangel faktisch zu einer zunehmenden Aufgabenübertragung führt bzw. führen wird.

12 SVR *Gesundheitswesen*, Kooperation und Verantwortung, Anm. 4, S. 35, Anm. 100, S. 92, abrufbar im Internet unter <<http://www.svr-gesundheit.de/Startseite/Startseite.htm>> (Stand v. 4.9.2007); Bergmann, MedR 2009, 1 (1); Günter, AZR 2009, 31 (31); Sträßner, in: Arbeitsgemeinschaft Medizinrecht im DAV, Medizinrecht heute, 91 (92 f.); Diegeler/Dehong/Hacker/Warnecke, Chirurgieassistentz, DÄB 2006, A 1802 (1804); vgl. auch Personalkostenvergleich bzgl. i.v. Injektionen bei Risse, PflR 2006, 457 (461).

13 Vgl. den Ergebnisbericht der BÄK von Juni 2007 „Zunehmende Privatisierung von Krankenhäusern in Deutschland – Folgen für die ärztliche Tätigkeit“, abrufbar im Internet unter <<http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=1.144.5532>> (Stand v. 3.8.2007).

14 Vgl. Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG.

wendige Freiraum für die Erfüllung jener Aufgaben geschaffen, bei denen es entscheidend auf seine medizinisch-wissenschaftlichen Kenntnisse und Fähigkeiten ankommt.<sup>15</sup> Auch wirken sich beschleunigte Arbeitsabläufe positiv auf die Einhaltung von Verabreichungszeiten oder Anfangs- und Überleitungszeiten im operativen Bereich aus. Insofern begünstigt die Delegation eine Verbesserung der Versorgungsqualität. Letztere könnte ebenso durch eine infolge verstärkter Aufgabenübertragungen erhöhte Prozessroutine und Flexibilisierung der Versorgung gesteigert werden.

Gleichwohl begegnet diese Form der Leistungssteigerung Bedenken.<sup>16</sup> Zum einen gründen sie sich darauf, dass nicht ausreichend qualifiziertes Pflegepersonal – sei es infolge einer Fehleinschätzung des eigenen Könnens aus pflegerischer Sicht bzw. des fremden Könnens aus ärztlicher Sicht<sup>17</sup> – die ärztliche Aufgabe durchführt.<sup>18</sup> Zum anderen schafft die Aufgabenübertragung neue Kommunikationsschnittstellen und damit auch –risiken. Insbesondere die Koordination, Organisation und Kontrolle der differenzierten Arbeitsteilung zwischen Arzt und Pflegepersonal birgt hier Gefahren.<sup>19</sup> In ärztlicher Hinsicht könnte die Tätigkeitsübertragung einen Verlust von Erfahrungen nach sich ziehen. Möglicherweise spielt auch die Unliebsamkeit bestimmter Tätigkeiten bei der Aufgabenübertragung eine größere Rolle als die der optimalen Patientenversorgung.<sup>20</sup>

Unabhängig von den beschriebenen streitbaren Vor- und Nachteilen, gehört die Delegation ärztlicher Aufgaben an Angehörige der Krankenpflegeberufe entsprechend dem Grundsatz „*doctors work today is nurses work tomorrow*“<sup>21</sup> heute längst zum medizinischen Alltag. Die dennoch bestehenden Unsicherheiten gründen sich nicht zuletzt darauf, dass sich jegliche Pauschalität im Hinblick auf den einzelnen Patienten und angesichts der Vielzahl der medizinischen Fachrichtungen mit unterschiedlichen Bedürfnissen verbietet.

Neben Krankenpflegern als den klassischen Delegationsadressaten bzw. -empfängern entwickeln sich aber auch andere nichtärztliche Assistenzberufe, die zunehmend ärztliche Tätigkeiten übernehmen sollen.<sup>22</sup> Diskutiert werden hier insbesondere der *Operationstechnische Assistent* (OTA)<sup>23</sup>, der Patienten vor und nach Operationen betreut, Operationen vor- und nachbereitet sowie während der Operation assistiert, der *Chirurgisch-technische*

---

15 Carstensen/Schreiber, Arbeitsteilung und Verantwortung, in: Jung/Schreiber, Arzt und Patient zwischen Therapie und Recht, S. 167 (168); Köhler-Fleischmann, Der Grundsatz der persönlichen ärztlichen Leistungspflicht, S. 114.

16 Gaibler/Trengler, in: Berg/Ulsenheimer, Patientensicherheit, Arzthaftung, Praxis- und Krankenhausorganisation, 111 (111).

17 Hansis/Hansis, Der ärztliche Behandlungsfehler, S. 11.

18 Dieses Risiko sahen ca. 45% der befragten Berufsgruppen als einen möglichen Nachteil der Delegation ärztlicher Tätigkeiten an. Siehe zur Umfrage *Erster Teil, C*, S. 6 ff.

19 Sratzenwerth, in: FS Schmidt, S. 383 (393 ff.).

20 Döhler, Die Regulierung von Professionsgrenzen, S. 67.

21 Die im Text vorgenommenen Kursivsetzungen sollen lediglich dem besseren Lesefluss dienen. Dies gilt auch für die von der Verfasserin vorgenommenen Kursivsetzungen innerhalb wörtlicher Zitate.

22 Vgl. den Überblick bei: Wienke/Janke, Hessisches Ärzteblatt 2007, 33 (33f).

23 1990 setzte die Entwicklung dieser dreijährigen Ausbildung ein, die 2004 durch die schleswig-holsteinische Verordnung über die Berufsausbildung zur oder zum Operationstechnischen Angestellten (OTA-VO) v. 8.6.2004 staatlich anerkannt wurde. Vgl. die Empfehlung der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) zur Ausbildung und Prüfung von Operationstechnischen Assistenten v. 1.8.1996 (abgedr. in: Das Krankenhaus 1996, S. 424 – 429).

*Assistent* (CTA)<sup>24</sup>, der unter Aufsicht und Verantwortung des Chirurgen unter anderem Aufgaben der Patientenlagerung, des OP-Zugangs und des Wundverschlusses übernehmen soll, der *Anästhesietechnische Assistent* (ATA)<sup>25</sup> bzw. der *Medizinische Assistent für Anästhesie* (MAfA)<sup>26</sup>, deren Arbeitsbereich die Vorbereitung, Durchführung und Nachbereitung von Narkosen betrifft, der *Gefäßassistent* DGG<sup>27</sup>, der auf der Basis fundierter Kenntnisse in der Gefäßmedizin nicht zwingend ärztliche Aufgaben mit hoher Qualifikation erbringen soll, sowie die *Family-Health-Nurse* (FHN)<sup>28</sup>, das Modellprojekt der *Arzt-entlastenden, gemeindenahen, E-Health-gestützten, systematischen Intervention* (AGnES)<sup>29</sup>,

- 
- 24 Vgl. Positionspapier der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie e. V. (DGU) zum CTA v. 21.3.2007, abrufbar im Internet unter <[http://www.dgu-online.de/pdf/unfallschirurgie/aktuelle\\_themen/andere\\_themen/cta\\_stellungnahme.pdf](http://www.dgu-online.de/pdf/unfallschirurgie/aktuelle_themen/andere_themen/cta_stellungnahme.pdf)> (Stand v. 24.8.2007).
  - 25 Der Ausbildungsgang zum ATA lief als Pilotprojekt in Frankfurt am Main und Halle (Saale). *Weidinger*, MedR 2006, 571 (573 f.); *Gaibler/Trengler*, in: Berg/Ulsenheimer, Patientensicherheit, Arzthaftung, Praxis- und Krankenhausorganisation, 111 (112f.).
  - 26 Die in der HELIOS Kliniken GmbH initiierte Weiterbildung von Krankenpflegepersonal zum „Medizinischen Assistenten für Anästhesie“ (MAfA) sollte zunächst auch dazu befähigen, eigenständig die Narkose zu überwachen, während ein Narkosearzt die Aufsicht über mehrere Operationssäle führt. Nachdem die Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGAI) und der Berufsverband Deutscher Anästhesisten (BDA) in ihrer erneuten Stellungnahme zur Zulässigkeit der sog. Parallelverfahren in der Anästhesiologie [„Münsteraner Erklärung II 2007“ abrufbar im Internet unter <[http://www.dgai.de/aktuelles/Muensteraner-Erklaerung\\_190307.pdf](http://www.dgai.de/aktuelles/Muensteraner-Erklaerung_190307.pdf)> (Stand v. 27.8.2007)] das HELIOS-Konzept stark kritisierten, wies die HELIOS-Konzernleitung im März 2007 jedoch ihre Chefarzte an, die MAfAs künftig nur noch innerhalb des durch die Fachgesellschaften vorgegebenen Rahmens einzusetzen.
  - 27 Dabei handelt es sich um ein von der Deutschen Gesellschaft für Gefäßchirurgie (DGG) entwickeltes Aus- und Weiterbildungsprogramm für Angehörige medizinischer Assistenzberufe von Juni 2007, abrufbar im Internet unter <<http://www.akademie-dgg.de/Weiterbildungskonzept.pdf>> (Stand v. 27.8.2007).
  - 28 Das europäische Regionalbüro der Weltgesundheitsorganisation (WHO EURO) initiierte nach der „Erklärung von München“, die die 2. WHO-Ministerkonferenz für Pflege- und Hebammenwesen im Juni 2000 verabschiedete, eine multinationale Pilotstudie zur Etablierung der „Family Health Nurse“ (Familiengesundheitsschwester), an der sich neben Deutschland elf weitere europäische Staaten beteiligen. Danach sollen Pflegenden und Hebammen künftig u.a. bei der Sicherstellung der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung eine Schlüsselrolle einnehmen und losgelöst von dem Verantwortungsbereich der niedergelassenen Ärzte, freiberuflich und in Konkurrenz zu oder neben ihnen tätig werden. Unter Leitung des Deutschen Berufsverbandes für Pflegeberufe (DBfK) und in Kooperation mit dem Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Witten/Herdecke begann das deutsche Modellprojekt im April 2004.
  - 29 In Mecklenburg-Vorpommern und Brandenburg werden seit dem Projektstart im Jahr 2005 speziell geschulte Krankenpflegekräfte oder medizinische Fachangestellte zur Entlastung von Hausärzten eingesetzt, um die ambulante Gesundheitsversorgung der ländlichen, von Bevölkerungsrückgang und einem Rückgang der Zahl der Ärzte betroffenen Regionen sicherzustellen. Zu den Tätigkeiten der AGnES-Kräfte gehören die Erhebung diagnostischer Parameter, die standardisierte Beurteilung des Gesundheitszustandes, Blutentnahmen, Injektionen, Wund- und Dekubitusbehandlungen, gesundheitsrelevante Beratungsgespräche, Arzneimittelkontrollen oder Sturzprophylaxen, vgl. *Höppner/Kuhlmey*, GGW 2/2009, 7 (11).