

## Haftung bei Verzicht auf persönliche Leistungserbringung

Meine sehr verehrten Damen und Herren,

bei dem „Verzicht“ des Arztes auf die persönliche Leistungserbringung geht es in meinem Vortrag nicht um die Aufgabenübertragung auf einen anderen Arzt (horizontale Arbeitsteilung), sondern darum, wenn der Arzt seine ärztliche Leistung an nichtärztliches Personal vergibt, diesem Personal also Aufgaben zur weitgehend selbständigen Wahrnehmung überträgt und es nicht nur um bloße Handreichungen geht (vertikale Arbeitsteilung).

Darf er das, und wenn ja in welchem Umfang – und macht er das unberechtigt, wie wirkt sich das haftungsrechtlich aus?

Wie der Haftpflichtversicherer über eine solche Delegation denkt und wie sich die Delegation auf die ärztliche Abrechnung auswirkt, werden hingegen die beiden nachfolgenden Referenten näher beleuchten.

Vorab:

Warum eigentlich Delegation?

Es gibt mehrere Gründe, warum ein Arzt verschiedene Aufgaben auf sein nichtärztliches Personal überträgt:

In erster Linie geht es um eine möglichst arbeitsökonomische und kostengünstige Leistungserbringung, und zwar schon seit je her: Da gibt es nicht erst seit heute im Krankenhaus und in der Arztpraxis venöse Blutentnahmen, subkutane Injektionen, Blutzuckermessungen durch nichtärztliches Personal, auch Fädenziehen, intramuskuläre und intravenöse Injektionen, Anlage eines harnableitenden Katheters, von Verweilkanülen oder Anlegen eines Gipsverbandes durch das nachgeordnete Personal.

Ohne diese Aufgabenverteilung ließe sich im Entferntesten nicht mehr die medizinische Versorgung aufrechterhalten.

Und es kommt noch hinzu, dass angesichts der nicht zu bestreitenden „Überalterung“ der Bevölkerung die medizinische Versorgung zunehmend aufwändiger und damit personalintensiver wird, insbesondere soweit es um chronisch und/oder „multimorbide“ Erkrankte geht (Man spricht hier wenig charmant von einer „Morbiditylast der Gesellschaft“). Dies gilt erst recht unter dem Gesichtspunkt, dass die Krankenhausverweildauer immer kürzer

und die Behandlung auf die ambulante Versorgung verlagert wird. Da muss man wirklich überlegen, ob es nicht sinnvoll ist, einfachere ärztliche Tätigkeiten (insbesondere wenn der Patient zu Hause behandelt werden soll) durch verstärkt ausgebildetes nichtärztliches Personal vornehmen zu lassen, also etwa bei der Versorgung chronisch Kranker, bei Verlaufskontrollen und der Unterstützung des Selbstmanagements des Kranken.

Zu erwähnen ist bei der Suche nach Gründen für die Delegation auch der verstärkte Einzug von Medizintechnik und die damit zusammenhängende Verlagerung der Arbeitsfelder von Arzt und nachgeordnetem Personal.

Und man sollte auch nicht außer Acht lassen, dass der eine oder andere Behandlungsschritt durchaus von nichtärztlichem Personal besser ausgeführt werden könnte. So gibt es natürlich auch bei dem nachgeordneten Personal in vielen Bereichen die Möglichkeit zur Spezialisierung und Routinierung.

Ein anderer Grund besteht – insbesondere in Flächenländern wie Schleswig-Holstein – in ärztlichen Versorgungslücken außerhalb der größeren Städte (Stichwort: Ärztemangel).

Wer will schon in einem abgelegenen Dorf eine kaum rentable Praxis eröffnen oder übernehmen? Da bedarf es schon einer großen Portion Idealismus.

Es gibt in den USA schon seit den 60er Jahren und auch in anderen Ländern, wie Großbritannien, Kanada, Belgien, den skandinavischen Ländern und Holland entsprechende Delegationen. Studien in Großbritannien und Holland ergaben übrigens eine höhere Patientenzufriedenheit mit den speziell ausgebildeten nichtärztlichen Hilfskräften. Und auch die ersten Erhebungen in Deutschland können positive Ergebnisse aufweisen; Ärzte fühlen sich entlastet, Patienten loben die Kompetenz der nichtärztlichen Kräfte.

Es gibt inzwischen in Deutschland eine Reihe von Projekten, die eine solche Delegation beinhalten bzw. zum Ziel haben, z.B:

EVA<sup>1</sup>, AGnES<sup>2</sup>, VERAH<sup>3</sup> (recht kreativ benannt nach Krankenschwesternnamen), IV-Kräfte<sup>4</sup>, HELVER<sup>5</sup>, MAfA<sup>6</sup>.

Der Koalitionsvertrag auf Bundesebene aus dem Jahr 2005 nahm die Prüfung der stärkeren Einbeziehung nichtärztlicher Gesundheitsberufe in den Blick. So gab es dann das Gutachten des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesund-

---

<sup>1</sup> Entlastende **Versorgungs**assistentin (Zusatzausbildung in NRW)

<sup>2</sup> **A**rzt-entlastende, **G**emeinde-nahe, **E**-Health-gestützte, **S**ystemische Intervention (Mecklenburg-Vorpommern und Brandenburg)

<sup>3</sup> **V**ersorgungsassistentin in der **H**ausarztpraxis

<sup>4</sup> Hausarztorientierter integrativer **V**ersorgungs-Vertrag (Rheinland-Pfalz)

<sup>5</sup> **A**rzt**h**elferinnen in der ambulanten **V**ersorgung (Schleswig-Holstein)

<sup>6</sup> **M**edizinischer **A**ssistent für **A**nästhesiologie (inzwischen – da zu weitgehend - wohl eingestellt)

heitswesen aus 2007, Bundestagsdrucksache 16/6339<sup>7</sup> (sehr lesenswert, jedoch über 450 Seiten, in der Kurzfassung rund 100 Seiten). Darin wird deutlich darauf hingewiesen, dass die Zusammenarbeit zwischen den Berufen im Gesundheitswesen neu zu ordnen und künftigen Anforderungen anzupassen sind. Übrigens: Ein britisches Gutachten aus dem Jahr 2002 kommt zu dem Ergebnis, dass rund 20 % der ärztlichen Arbeit delegiert werden kann - immerhin.

Nun stellt sich natürlich die Frage, wie sich eine solche Delegation auf das Haftungsrecht auswirkt.

Und es brauchte nicht lange, dass sich namhafte Literaten dieses Themas angenommen haben. Insoweit möchte ich auf die beiden wichtigsten juristischen Aufsätze verweisen, nämlich von *Spickhoff/Seibl*<sup>8</sup> und von *Bergmann*<sup>9</sup>, erstere auch zur strafrechtlichen Seite. Aber auch in den weiteren Fachzeitschriften gibt es eine Reihe von Aufsätzen zu diesem Themenbereich<sup>10</sup>. Die Rechtsprechung hat sich der Sache bereits einige Male angenommen, zuletzt in der Entscheidungen des OLG Dresden vom 24.07.2008 - zu dieser Entscheidung später.

#### **Im Einzelnen:**

#### **Delegation im Bereich der ärztlichen Aufklärung:**

Um es kurz zu machen:

Eine Delegation der ärztlichen Aufklärung ist weiterhin nicht zulässig. Das hat letztes Jahr das OLG Brandenburg durch Urteil vom 27.03.2008 zu einer tödlich ausgegangenen Darmspiegelung selbst für den Fall entschieden, dass der Arzt bei der Aufklärung durch die Arzthelferin zugegen war<sup>11</sup>. Das OLG hat dazu unter Hinweis auf weitere Rechtsprechung ausgeführt: Die Aufklärung ist eine ärztliche Aufgabe, die zwar auf einen anderen Arzt übertragen werden kann, nicht aber auf hilfsärztliches Personal. Es sei nicht vertretbar, sich zur Ausübung der Aufklärung seines „fachkundigen“ Personals zu bedienen. Auch die bloße Anwesenheit des Arztes im selben Raum ändere daran nichts, zumal der Arzt mit der Vorbereitung des diagnostischen Eingriffs beschäftigt war. Es reiche also nicht aus, wenn der Arzt nur für eventuelle Rückfragen zur Verfügung steht.

Das halte ich für richtig. Nur der Arzt hat genügend Kenntnisse und Informationen, um den Patienten hinreichend aufzuklären. Selbst wenn das nichtärztliche Personal durch qualifizierte Ausbildung einen Teil der ärztlichen Tätigkeit übernehmen können sollte, so bedarf

---

<sup>7</sup> abrufbar unter <http://drucksachen.bundestag.de> (vollständige Fassung), [www.svr-gesundheit.de](http://www.svr-gesundheit.de) (Kurzfassung)

<sup>8</sup> MedR 2008, 463

<sup>9</sup> MedR 2009, 1

<sup>10</sup> z.B. *Höppner/Kuhlmey*, GGW 2009, 7; *Andreas*, ArztRecht 2008, 144; *Ratzel*, ZMGR 2008, 186; *Sträßner*, PflR 2008, 518; *Brunner/Heppekausen*, KHR 2009, 80; siehe auch *Hahn*, NJW 1981, 1977

<sup>11</sup> 12 U 239/06, veröff. in Juris

es bei der Aufklärung des umfangreicheren Wissens des Arztes; gerade bei Fragen zu den Eingriffsrisiken oder zu möglichen alternativen Behandlungsmethoden reicht ein lediglich punktuell Wissen nicht aus. Dies gilt auch und erst recht bei besonderen Komplikationssituationen etwa auf Grund der vorangegangenen Behandlung oder bei Vorveranlagungen des konkreten Patienten.

Der Arzt haftete in dem Fall des OLG Brandenburg also nun für die geltend gemachten Beerdigungskosten des Patienten.

Aber Moment: Greift da nicht der Einwand der hypothetischen Einwilligung?

Ich meine ja – denn wenn die Arzthelferin den Patienten vollständig und richtig über den Eingriff und die damit verbundenen Risiken aufgeklärt hat, wird er sich ja wohl kaum mehr plausibel darauf berufen können, hätte der Arzt ihm dies alles selber gesagt, wäre er in einen echten Entscheidungskonflikt geraten.

Nun war es aber in diesem Fall so, dass die Aufklärung der Arzthelferin auch inhaltlich unzureichend war, sodass es auf die hypothetische Einwilligung dann wohl nicht ankam – oder aber dieser Einwand war im Prozess überhaupt nicht erhoben worden.

Also lautet unser Ergebnis: Es gibt keine Delegation im ärztlichen Aufklärungsbereich.

Aber muss der Arzt den Patienten eigentlich darüber aufklären, dass nicht er, sondern sein Hilfspersonal den Behandlungsschritt vornimmt? Bedarf es also einer Aufklärung über die Delegation?

Der BGH hat diese Frage mit seinem Urteil vom 27.11.1973<sup>12</sup> bei einem Leberfunktions-test mit intravenöser Injektion körperfremder Stoffe durch eine MTA offen gelassen. Es kam dort hierauf nicht an, weil die Aufklärung insgesamt unzureichend war.

Zu lösen ist diese Frage wohl nach den Grundsätzen über den Anfängereingriff: Dort ist der Eingriff fehlerhaft, wenn der ärztliche Berufsanfänger nicht von einem eingriffsbereiten Facharzt überwacht wird. Haftungsrechtlich bedarf es also einer besonderen Aufklärung nicht. So hat das OLG Stuttgart am 1.12.1994 erkannt, dass es keiner Aufklärung des Patienten darüber bedarf, dass die Spinalanästhesie in Gegenwart des Anästhesisten von einem PJ'ler, also von einem Medizinstudenten im praktischen Jahr, gesetzt wird<sup>13</sup>.

*Spickhoff/Seib*<sup>14</sup> sehen dies bei der Delegation allerdings als kritisch an, gerade weil der Delegationsempfänger auf Grund seiner geringeren Qualifikation insbesondere bei nicht vorhersehbaren Komplikationen den Facharztstandard nicht gewährleistete und dies dem Patienten vor Augen geführt werden müsse. Und *Andreas*<sup>15</sup> meint in Anlehnung an die Robodoc-Entscheidung des BGH vom 13.06.2006, dass in diesen Fällen aufzuklären ist,

---

<sup>12</sup> BGH NJW 1974, 604

<sup>13</sup> OLG Stuttgart VersR 1995, 1353, 1354 re. Sp.

<sup>14</sup> Fn. 8, S. 472

<sup>15</sup> Fn. 10, S. 150

wenn die Delegation wie bei neuen Behandlungsmethoden die Möglichkeit unbekannter Risiken in sich birgt.

Ich meine demgegenüber, hier bedarf es keiner Aufklärung des Patienten. Denn aufklärungspflichtig sind nicht Selbstverständlichkeiten, wie bei der Risikoaufklärung z.B. über die Möglichkeit einer anästhesiebedingt nur vorübergehenden Nervenbeeinträchtigung. Und der Patient wird in der Regel nicht erwarten, dass jeder Schritt in der Behandlung auch vom Arzt persönlich vorgenommen wird. Na ja, etwas überzeugender ist vielleicht der Gesichtspunkt, dass anerkannt ist, dass über nicht Risiko erhöhende Operationsdetails nicht aufgeklärt werden muss.

Im Übrigen lohnt es, die folgende Kontrollüberlegung einmal anzustellen: Ist es für meine eigene Entscheidung zur Operationseinwilligung wichtig, ob das – hinreichend gut ausgebildete und überwachte – nichtärztliche Personal eigenständig Aufgaben in der Behandlung übernimmt? Ich glaube nicht. Als mir kürzlich im Rahmen einer stationären Behandlung durch die Krankenschwester Blut abgenommen worden ist und Nasentamponaden gezogen wurden und ich im Aufwachraum von einer Nichtärztin versorgt worden bin, hatte ich überhaupt keine Einwände – und ich hätte sie auch nicht gehabt, wenn man mir dies vorher gesagt hätte.

Es bedarf der Aufklärung aber letztlich schon deshalb nicht – und das ist wohl das Entscheidende –, weil die Aufklärungspflicht sich anerkanntermaßen nicht auf etwaige Behandlungsfehler erstreckt, zumal die Einwilligung in einen schuldhaft fehlerhaften Eingriff diesen nicht zu rechtfertigen vermag. Der Patient ist durch die Verpflichtung des Arztes zu fehlerfreier Behandlung hinreichend geschützt. Führt die Delegation zu einer Unterschreitung des Facharztstandards, greift also die Behandlungsfehlerhaftung.

Und: In der Robodoc-Entscheidung hat der BGH klar gesagt, dass bei standardgemäßer Behandlung nicht darüber aufzuklären ist, dass bislang unbekannt Komplikationen nie ganz auszuschließen sind. Denn diese allgemeine Überlegung ist für die Entscheidungsfindung des Patienten nicht von Bedeutung. Sie würde ihn nur unnötig verwirren und beunruhigen.

Allein in dem Fall der relativ neuen, umstrittenen und noch nicht allgemein anerkannten, mit noch nicht abschließend geklärten Risiken verbundenen Behandlung ist der Patient hierzu aufzuklären<sup>16</sup>. Ich meine, ein solcher Fall ist mit dem der Delegation auf nichtärztliches Personal aber regelmäßig nicht vergleichbar.

### **Nun zur Behandlungsfehlerproblematik bei ärztlicher Delegation:**

Vorab: Unterläuft dem nichtärztlichen Gehilfen ein vorwerfbarer Behandlungsfehler, gelten wie auch sonst die üblichen haftungsrechtlichen Grundsätze:

---

<sup>16</sup> BGH NJW 2006, 2477

- Der Gehilfe haftet dem Patienten gegenüber zwar nicht vertraglich nach § 280 BGB, weil zwischen ihm und dem Patienten kein Vertragsverhältnis besteht. Aber es kommt eine eigene deliktische Haftung aus § 823 BGB in Betracht.
- Vertraglich und deliktisch haftet dann der Arzt bzw. der Krankenhausträger, da er sich des Erfüllungsgehilfen bzw. des Verrichtungsgehilfen bedient hat (§§ 278, 831, 31, 89 BGB).

Interessanter ist in diesem Zusammenhang vielmehr die Frage: Kann es einen zur Haftung nach § 280 BGB und § 823 BGB führenden Behandlungsfehler darstellen, wenn der Arzt eine ärztliche Tätigkeit auf nichtärztliches Personal delegiert, also eine solche Tätigkeit anderweitig ausführen lässt – und wann ist das der Fall („Behandlungsfehler wegen Delegation“)?

Also stellt es einen Behandlungsfehler (auch im Sinne einer Organisationspflichtverletzung) dar, wenn nicht hätte delegiert werden dürfen – und zwar mit einer beweisrechtlich wichtigen Folge: Wie beim Anfängereingriff wird man hier zu Gunsten des Patienten eine Beweiserleichterung annehmen müssen: Liegt ein solcher Fehler vor, hat die Behandlerseite zu beweisen, dass die eingetretene Primärschädigung nicht auf mangelnder Kenntnis des Delegationsempfängers beruht.

Entscheidendes Kriterium für die Frage der Fehlerhaftigkeit ist, ob der Facharztstandard, also der Standard guter ärztlicher Versorgung, durch die Hilfskraft gewahrt ist.

Er ist gewahrt, wenn

1. in der Person des Gehilfen eine persönliche Delegationsfähigkeit besteht,
2. wenn die Behandlungstätigkeit sachlich delegationsfähig ist und
3. wenn die delegierte Tätigkeit hinreichend überwacht wird.

Im Einzelnen:

1. Zur persönlichen Delegationsfähigkeit:

Hier geht es darum, ob die nichtärztliche Kraft über die erforderlichen Kenntnisse und Erfahrungen verfügt. Dazu die folgenden zwei Fälle aus der Rechtsprechung:

Ist es zulässig, wenn die medizinisch-technische Radiologieassistentin zur Vorbereitung eines Schilddrüsen-Szintigramms in die Vene eine (schwach radioaktive) Injektion setzt? Dies hat das OLG Dresden nach sachverständiger Beratung in seinem Urteil vom 24.07.2008 bejaht<sup>17</sup>. Die Delegation einer solchen Injektion stelle keinen Behandlungsfehler dar. Die MTA sei eine erfahrene und fachgerecht ausgebildete Kraft gewesen, die bereits mehrere tausend entsprechende Injektionen gesetzt hatte. Und die Injektion war nur mit geringen Risiken verbunden, vergleichbar mit denen einer Blutentnahme.

---

<sup>17</sup> OLG Dresden MedR 2009, 410

Anders sah es in dem Fall aus, über den das OLG Köln am 22.01.1987 zu entscheiden hatte<sup>18</sup>: Es ist nicht zulässig, einem Aushilfspfleger eine intramuskuläre Injektion zu überlassen, zumal dieser Medizinstudent im 3. Semester noch gar keine praktischen Erfahrungen hierzu hatte sammeln können; er hatte einzig am Vortag zu Hause an einer Apfelsine geübt.

Es kommt hier also maßgebend darauf an, ob die Aus- und Weiterbildung des nichtärztlichen Personals an den (neuen) Aufgaben ausgerichtet ist; und das ist auch heute teilweise schon der Fall, wie wir bei der ersten der beiden Entscheidungen gesehen haben.

## 2. Zur sachlichen Delegationsfähigkeit:

Hier stellt sich die Frage, ob die Tätigkeit nicht doch auf Grund ihrer Schwierigkeit, Gefährlichkeit oder Unvorhersehbarkeit zwingend von einem Arzt erbracht werden muss oder nicht. Dazu kann man schon einmal sagen: Je niedriger die mögliche Gefährdung des Patienten durch die zu delegierende Aufgabe ist, desto eher ist eine Aufgabenübertragung möglich.

Woraus sich nun im konkreten Einzelfall ergibt, ob es sich um eine ausschließlich vom Arzt vorzunehmende Tätigkeit handelt, ist nicht leicht zu ermitteln. Anhaltspunkte können das Gesetz, Stellungnahmen von Fachverbänden oder Leitlinien bieten.

Zum Gesetz: Da fehlt es in den allermeisten Fällen an einer näheren gesetzlichen Definition der ärztlichen Tätigkeit bzw. deren Abgrenzung zum nichtärztlichen Bereich. Nur in wenigen Einzelfällen ergibt sich aus dem Gesetz, was an ärztlicher Leistung nicht delegiert werden darf, z. B. in § 5 TPG, §§ 15 Abs. 1, 28 SGB V, § 24 IfSG und § 13 BtMG.

Heranzuziehen sind eventuelle Stellungnahmen des jeweiligen medizinischen Fachverbandes. Ihnen kommt eine gewisse Indizfunktion zu. Diese sind aber nicht vergleichbar mit den Leitlinien der Fachgesellschaften. Bei den Leitlinien handelt es sich um innerprofessionelle, also durch ärztliche Fachgremien gesetzte Handlungsempfehlungen zur Steuerung der diagnostischen bzw. therapeutischen Vorgehensweise sowie zur Behandlungsorganisation für bestimmte Behandlungssituationen.

Vielleicht sind es aber gerade die Leitlinien, die zumindest künftig aufgerufen sind, auf den jeweiligen Fachbereich hin den Kernbereich ärztlicher Leistung auf der einen Seite und die Zulässigkeit der Delegation auf der anderen Seite zu bestimmen. Schließlich befassen sich die Leitlinien mit den Qualitätsanforderungen der ärztlichen Leistungserbringung. Hiergegen werden aber in der Literatur Bedenken vorgebracht: Die Leitlinien hätten lediglich Empfehlungscharakter, d.h. es fehle an der erforderlichen Rechtssicherheit und Ver-

---

<sup>18</sup> OLG Köln VersR 1988, 44

bindlichkeit – ja, durchaus. Es könnten bei der Festlegung auf bestimmte Leitlinien auch an einer hinreichenden Berücksichtigung der nichtärztlichen Berufsgruppen mangeln. Letzterer Gesichtspunkt ist nicht ganz von der Hand zu weisen; bedenkt man nämlich, dass etwa im Bereich der Anästhesie zwischen ärztlichen Gremien und solchen der Pflegekräfte unterschiedliche Auffassungen dazu vertreten werden, inwieweit Tätigkeiten im Bereich der Narkose dem Arzt vorbehalten bleiben.

Ich hingegen bevorzuge – mit dem Sachverständigenrat – die Lösung über die Leitlinien. Denn eine andere Möglichkeit dürfte nicht zur Verfügung stehen. Insbesondere würde ein gesetzgeberisches Vorgehen – wenngleich verbindlicher – nur zu einer sehr abstrakten Regelung, zu bloßen Rahmenbedingungen führen, die also in der Haftungspraxis wenig wirkungsvoll sein wird. In der Literatur wird übrigens die Gefahr gesehen, dass eine solche gesetzliche Regelung möglicherweise eine Absenkung des ärztlichen Facharztstandards legitimiert und damit gegen Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG, dem Grundrecht auf Leben und körperliche Unversehrtheit (hier: des Patienten) verstößt. Darüber mag man aber unterschiedlicher Ansicht sein.

Die Lösung über interprofessionelle Leitlinien scheint mir praxisnäher. Denn sie können auf Grund dauernder Kontrolle und Aktualisierung flexibel die beste Annäherung an die medizinische Behandlungswirklichkeit bieten. Dem würde – mit sachverständiger Beratung – auch die Rechtsprechung folgen können.

Rechtsprechung und Literatur haben sich zu der Frage der sachlichen Delegationsfähigkeit natürlich auch geäußert, wobei die Gerichtsentscheidungen die konkrete Frage allerdings auch mal offen lassen konnten. Dennoch helfen Rechtsprechung und Literatur, den Kernbereich ärztlichen Handelns weiter zu konkretisieren. So heißt es dort:

Zum Kernbereich ärztlichen Handelns gehört jene Tätigkeit, die spezifisch ärztliches Fachwissen erfordert. Dabei wird maßgebend auf die Komplikationsdichte abgestellt. Behandlungen, die Risiken in sich bergen, die nur auf Grund ärztlichen Fachwissens beherrschbar sind, dürfen nur von einem Arzt vorgenommen werden, unterfallen also dem Arztvorbehalt. Dies gilt erst recht, wenn sich die eingriffsspezifische Gefahr gerade aus dem Umstand entwickeln kann, dass der Arzt die Behandlung nicht selbst übernommen hat. Das betrifft in erster Linie

- operative Eingriffe einschließlich der Narkose (vom BGH offen gelassen bei der Narkosebeaufsichtigung durch einen Medizinalassistenten, wenn der Arzt wegen eines Notfalls den Operationssaal verlassen muss; zulässig bei umfangreicher Mitwirkung eines chirurgisch-technischen Assistenten bei einfachen Operationen),
- Diagnosedstellung, Befundung
- und Bluttransfusion.

Einzelfallabhängig ist es bei Injektionen. Die Zulässigkeit der Delegation wird bei intramuskulärer Injektion zumeist bejaht, oft aber nicht bei intravenöser Injektion, insbesondere zumeist nicht bei intravenöser Injektion von Röntgenkontrastmitteln wegen der hohen Gefahr allergischer Reaktionen.



Die Auswahl und Dosierung des Medikaments gehört zum Kernbereich der ärztlichen Tätigkeit und unterfällt nicht der Delegation. Dies gilt auch bei der Entscheidung über die Krankenhausentlassung.

### 3. Kontrolle und Überwachung

Risiken der Delegation bestehen auch wegen möglicher Koordinations- und Kommunikationsfehler sowie Kontroll- und Organisationsfehler, wenn mehrere Beteiligte auf unterschiedlicher Ebene mit der Behandlung desselben Patienten befasst sind. Es kommt eine Delegation also nur in Betracht, wenn eine regelmäßige Kontrolle und Überwachung durch den Arzt sichergestellt ist. Der leitende Arzt bzw. der Krankenhausträger hat also zur Vorbeugung die erforderlichen Kontrollmechanismen einzurichten und zu gebrauchen.

### Zusammenfassung und Ausblick

Schon heute werden viele ärztliche Tätigkeiten auf nichtärztliche Mitarbeiter delegiert, ohne dass dabei der Facharztstandard unterschritten wird und ohne dass die Rechtsprechung der Delegation in erheblichem Maße entgegentritt. Das liegt in erster Linie daran, dass der Delegationsadressat entsprechend aus- und weitergebildet ist und damit die ihm übertragene Aufgabe ordnungsgemäß erfüllen kann. Eine weitergehende Delegation setzt also eine verstärkte Aus- und Weiterbildung voraus, mithin auch dass die (überwiegend landesrechtlichen) Ausbildungsordnungen den neuen Tätigkeitsfeldern des nichtärztlichen Personals angeglichen werden. Letztlich werden bei einer Ausweitung der Delegation vielleicht sogar die Medizinischen Fakultäten der Universitäten die Ausbildungsverantwortung für diese beruflichen Zweige übernehmen müssen – das wird allerdings in der Literatur kritisch gesehen.

Die aufgezeigten Modellprojekte (EVA, VERAH usw.) weisen den Weg in die Zukunft der Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Berufen des Gesundheitswesens.

Auch der Gesetzgeber ist infolge der Ausführungen des Sachverständigenrates mit zum 01.07.2008 in Kraft getretenen Vorschriften im SGB V zur gesetzlichen Krankenversicherung aktiv geworden, z.B. in § 63 Abs. 3b und 3c SGB V (Modellvorhaben: Delegation auf Kranken- und Altenpfleger). Nun muss allerdings erst dort einmal die Ausbildung der Pflegekräfte reformiert werden.

Rechtsunsicherheiten im haftungsrechtlichen Bereich lassen sich vermeiden, indem die Leitlinien künftig auch diesen Bereich abdecken, und zwar einschließlich der vorzunehmenden Überwachung des Delegationsempfängers durch den Arzt bzw. den Klinikträger und deren Instruktionspflichten. Trotz ihres bloßen Empfehlungscharakters kommt ihnen doch im Haftungsrecht eine bedeutende Indizfunktion zu.

Ergebnis:

1. Eine Zulässigkeit der Delegation im Bereich der ärztlichen Aufklärung steht nicht zu erwarten.
2. Das Richterrecht wird sich aber ansonsten auf die Delegation einzurichten haben und dies auch tun. Denn auch die Vorgaben des Sozialrechts bestimmen den medizinischen Standard und damit das Haftungsrecht - mit<sup>19</sup>.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

---

<sup>19</sup> siehe *Müller*, in: Festschrift für Hirsch, 2008, S. 414, 420 f.