

DELEGATION ÄRZTLICHER LEISTUNGEN AN NICHTÄRZTLICHES PERSONAL

Möglichkeiten und Grenzen

Bei der Delegation ärztlicher Leistungen an nichtärztliche Mitarbeiter sollte jede Ärztin, jeder Arzt besondere Sorgfalt walten lassen.



Foto: mauritius images

Er arbeite nach dem Prinzip, „dass man niemals etwas selbst tun soll, was jemand anderes für einen erledigen kann“, hat John D. Rockefeller gesagt. Richtig ist, dass die Delegation von Leistungen Zeitfenster für andere, ebenfalls notwendige Tätigkeiten schaffen kann. Auch Ärztinnen und Ärzte können ärztliche Leistungen auf nichtärztliches Personal delegieren. Die Möglichkeiten und Grenzen hierfür ergeben sich aus Gesetz, Verordnungen und/oder dem Arbeitsvertrag.

Ärzte können nicht jede Hilfeleistung am Patienten an nichtärztliche Mitarbeiter delegieren. Dies ergibt sich aus den gesetzlichen Regelungen zum Behandlungsvertrag, der juristisch als Dienstvertrag zu qualifizieren ist. Nach § 613 Satz 1 BGB hat der Arzt die Dienstleistung grundsätzlich und im Zweifel persönlich zu erbringen. Diese Pflicht

ist auch im ärztlichen Berufsrecht (§ 19 Abs. 1 der MBO-Ä), im Vertragsarztrecht (§ 32 Abs. 1 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte – Ärzte-ZV) und unter anderem hinsichtlich der Abrechnung der „Wahlleistungen“, die der Krankenhausesarzt gesondert abrechnet (§ 17 Abs. 1 KHEntG), normiert.

Delegationsfähige Leistungen

Die Notwendigkeit der Delegation hat ihre Gründe im Fachpersonalmangel, in wirtschaftlichen Erfordernissen und in organisatorischen Gegebenheiten. Bereits 1975 hat der Bundesgerichtshof entschieden, dass der Arzt an qualifiziertes, nichtärztliches Personal delegieren kann, wenn die Tätigkeit nicht dem Arzt eigene Kenntnisse und Kunstfertigkeiten voraussetzt (Az.: VI ZR 72/74).

In Fortführung dieser Rechtsprechung hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung mit dem GKV-Spit-

Unterstützende Maßnahmen der Diagnostik wie EKG und Blutabnahme zählen zu den delegationsfähigen Leistungen.

zenverband als Anlage zum Bundesmanteltarifvertrag-Ärzte (BMV-Ä) am 1. Oktober 2013 eine Vereinbarung über die Delegation ärztlicher Leistungen an nichtärztliches Personal in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 28 Abs. 1 Satz 3 SGB V geschlossen. Aus dieser ergeben sich in Ergänzung der höchstrichterlichen Rechtsprechung und der gesetzlichen Vorschriften als nicht delegierbare Leistungen des Arztes die Anamnese, Indikationsstellung, Untersuchung des Patienten einschließlich invasiver diagnostischer Leistungen, Diagnosestellung, Aufklärung und Beratung des Patienten, Entscheidungen über die Therapie und Durchführung invasiver Therapien und operativer Eingriffe.

Delegationsfähige Leistungen sind zum Beispiel physikalisch-medizinische Leistungen, Wechsel des Dauerkatheters, Durchführung einfacher Messverfahren (audiometrische Messungen, Prüfung des Hörens), Laborleistungen – mit Ausnahme der Leistungen der Speziallabore – und unterstützende Maßnahmen der Diagnostik wie etwa Blutentnahme und EKG. Die vorgenannte Vereinbarung hat als Anhang zur Anlage 24 des BMV-Ä einen nicht abschließenden Beispielskatalog bezüglich delegierbarer ärztlicher Leistungen entwickelt, der vom Arzt als Richtlinie herangezogen werden kann.

Damit der angestellte Arzt im Rahmen der ärztlichen Behandlung des Patienten die Hilfeleistung anderer Personen in Anspruch nehmen kann, muss er gegenüber dem nichtärztlichen Mitarbeiter weisungsbefugt sein. Diese Weisungsbefugnis ist durch eine schriftliche Vereinbarung zu dokumentieren und sicherzustellen. Aufgrund dieses Erfordernisses sollte im Arbeitsvertrag des delegierenden Arztes

schriftlich fixiert sein, welche Tätigkeiten er an wen delegieren darf und welches Qualifikationsanfordernis für diese Person besteht.

Unabhängig von der schriftlich fixierten Weisungsbefugnis hat der delegierende Arzt hinsichtlich der delegierten Leistung eine Auswahl-, Anleitungs- und Überwa-

chungs- und Überwachungs- pflicht. Er hat sicherzustellen, dass das nichtärztliche Personal, an das er delegiert, die erforderlichen Kenntnisse und Fähigkeiten zur Erbringung der delegierten Leistung hat (Auswahlpflicht). Zudem hat er es zur Erbringung der Leistung anzuleiten (Anleitungspflicht) und im Weiteren die Ausführung durch den nichtärztlichen Mitarbeiter regelmäßig zu überwachen (Überwachungspflicht). Als Anhaltspunkt für die Intensität dieser Pflichten des delegierenden

Arztes dient die Qualifikation des Personals, an das delegiert wird. Je besser die Qualifikation, umso geringer die Kontrolle durch den Arzt. Es gilt der Grundsatz, dass die Delegation regelmäßig die Anwesenheit des Arztes beziehungsweise dessen kurzfristige Erreichbarkeit in der Praxis oder im Krankenhaus voraus-

setzt. Somit ist es nicht zulässig, dass etwa in einer Arztpraxis durch das nichtärztliche Personal Leistungen durchgeführt werden, wenn der Arzt persönlich nicht erscheinen kann und längerfristig abwesend ist. Etwas anderes gilt nur, wenn der Arzt binnen kurzer Zeit eintreffen wird und somit in angemessener Zeit persönlich erreichbar ist. Jeder Arzt sollte bei der Delegation ärztlicher Leistungen an nicht-ärztliche Mitarbeiter besondere Sorgfalt walten lassen. Denn so-

wohl der angestellte Arzt, der nicht im Rahmen der arbeitsvertraglichen Vereinbarungen delegiert, als auch der niedergelassene Arzt haften gegenüber dem Patienten aus dem Behandlungsvertrag sowohl für eigene als auch für Fehler und Pflichtverletzungen, die deren nichtärztliches Personal im Rahmen der delegierten Leistungen begehen. Sie haften ebenfalls für die Auswahl, Anleitung und Überwachung des Personals. Da von der Rechtsprechung zum Schutz des Patienten umfangreiche Grundsätze zur Beweislast-erleichterung bis hin zur Beweislast-umkehr entwickelt worden sind, ist vom Arzt im Regelfall nachzuweisen, dass er sämtliche Pflichten bei der Durchführung der Delegation ordnungsgemäß erfüllt hat. Dieser Nachweis kann vom Arzt in der Regel nur durch umfangreiche Dokumentation hinsichtlich der Auswahl, Anleitung und Überwachung geführt werden, weshalb hierauf besondere Sorgfalt verwandt werden sollte.

Birgit Krull

Krull & Neudam Rechtsanwälte, Wiesbaden

„Ich arbeite nach dem Prinzip, dass man niemals etwas selbst tun soll, was jemand anderes für einen erledigen kann.“

John D. Rockefeller

FRAGE DER WOCHE AN ...

Prof. Dr. med. Daniel Strech, Juniorprofessor für Medizinethik an der Medizinischen Hochschule Hannover

Die American Board of Internal Medicine (ABIM) Foundation hat im Jahr 2012 die sogenannte Choosing Wisely Initiative gestartet. Diese Initiative überzeugte bis heute mehr als 60 US-amerikanische medizinische Fachgesellschaften davon, sogenannte Top-5-Listen zu erstellen. Diese von Ärzten selbst entwickelten Listen präsentieren medizinische Maßnahmen, bei denen Überversorgung stattfindet.

Wie kann „Choosing Wisely“ auch in Deutschland Schule machen?

Strech: Überversorgung, das Thema von Choosing Wisely, existiert in nicht unerheblichem Ausmaß auch in Deutschland. Ob die Choosing Wisely Initiative auch in Deutschland Schule machen kann und sollte, wurde in den letzten zwei Jahren in verschiedenen Workshops mit Ärzten, Patientenvertretern und weiteren Akteuren diskutiert. Die grundsätzliche Idee hinter dieser Initiative und die Tatsache, dass Ärztinnen und Ärzte hierbei die treibende Kraft sind, wurde von allen Beteiligten sehr begrüßt. Die Workshops brachten aber auch Anregungen für praktische und konzeptionelle Ergänzungen zur nordamerikanischen Choosing Wisely Initiative:

- 1) Zu überlegen wäre, Top-5-Listen nicht nur für Überversorgung, sondern auch für Unterversorgung zu erstellen.
- 2) Bisher fehlen methodische Vorgaben an die Erstellung von Top-5-Listen (wie Partizipation von Patientenvertretern, Evidenzbasierung, Kon-

sensusverfahren). Dies könnte in Deutschland relativ pragmatisch ergänzt werden, indem man Top-5-Listen für Überversorgung aus Negativempfehlungen hochwertiger klinischer Leitlinien zusammenstellt.

- 3) Auch die Leitlinienentwicklung selber könnte von einer Kooperation mit der Choosing Wisely Initiative profitieren. Bislang fehlen in Leitlinien Informationen dazu, welche Negativempfehlungen in der Praxis oft missachtet (Überversorgung) und welche Positivempfehlungen wenig umgesetzt werden (Unterversorgung).
- 4) Die Erstellung von Top-5-Listen ist unvermeidbar mit Priorisierungs- und Wertentscheidungen verknüpft. Hier könnten sich interessante Kooperationsmöglichkeiten zwischen der deutschen Priorisierungsdebatte und einer Choosing Wisely Initiative ergeben.
- 5) Top-5 Listen dürfen nicht den falschen Eindruck erwecken, die Herausforderungen von Über- und Unterversorgung und die aktuell diskutierten ökonomischen Fehlanreize in der Medizin seien mit diesem einen Schlag gelöst. Vielmehr sollten sie die angestoßenen Debatten zu erforderlichen Veränderung bei Anreizsystemen weiter vertiefen. **OI**

