

Delegation ärztlicher Aufgaben auf nichtärztliche Berufsgruppen

Möglichkeiten und Grenzen aus rechtlicher Sicht

„Die Verwendung nichtärztlicher Hilfspersonen ist aus der modernen Medizin und insbesondere aus dem heutigen Klinikwesen nicht wegzudenken“, weil dem Arzt sein persönliches Tätigwerden im Einzelfall teils aus Gründen der wirtschaftlichen Arbeitsteilung nicht zumutbar, teils auch wegen der Grenzen seiner fachlichen Kenntnisse gar nicht möglich ist, hat der BGH¹ schon 1975 hervor gehoben und insoweit besteht Einigkeit. Übereinstimmung herrscht auf der anderen Seite aber auch dahingehend, dass es ausschließlich dem Arzt vorbehaltene Tätigkeiten gibt, d. h. einen Leistungsbereich, in dem zwingend der Arzt gefordert und deshalb eine Delegierbarkeit ausgeschlossen ist.

Es stellt sich daher die Frage nach den Grenzen der Delegation, anders formuliert, welche Leistungen unter *Arztvorbehalt* stehen, zur „ärztlichen Kernkompetenz“ gehören und wie sich die „Ausübung der Heilkunde“ von der „Assistenz“ nicht-ärztlichen Personals im Rahmen ärztlicher Krankenbehandlung, z. B. eines künftigen „chirurgischen Assistenten“ oder des lebhaft diskutierten „medizinischen Assistenten für Anästhesie“ (MAfA) unterscheidet (■ **Abb. 1**).

Rahmenbedingungen im Gesundheitssystem

Die Problematik ist in den letzten Jahren zunehmend aktuell und kontrovers diskutiert worden. Die Gründe hierfür liegen einmal in der zunehmenden *arbeits teiligen Spezialisierung* und Subspezialisierung der Medizin, der wachsenden Technisierung und der damit einhergehenden Steigerung des medizinischen Fortschritts, was die Hinzuziehung von Assistenzpersonal und die Verlagerung von ursprünglich ärztlichen Aufgaben auf nichtärztliche Gehilfen nachhaltig gefördert hat. Hinzu kommt seit einiger Zeit ein enormer *Kostendruck* infolge der knappen finanziellen Ressourcen im Gesundheitswesen, der die Übertragung früherer ärztlicher Leistungen auf billigeres nichtärztliches Hilfspersonal vor allem in Krankenhäusern überlegenswert, vielleicht sogar bisweilen notwendig, jedenfalls aber zur Gewinnverbesserung zweckdienlich macht. Neben solchen finanziellen Erwägungen, die gern heruntergespielt werden, gewinnt – drittens – der offenkundig zu erwartende, zum Teil schon sichtbare *Ärztmangel* bei der Weggabe vieler Tätigkeiten aus ärztlicher Hand an Bedeutung. Denn dadurch lässt sich der „verstärkten Arbeitsverdichtung“ in der Ärzteschaft entgegenwirken und der Arzt „so effizient wie mög-

lich“ einsetzen.² Zugleich mit der Entlastungswirkung für den Arzt haben die neuen „kostengünstigeren Berufsbilder“ des nichtärztlichen Dienstes als weitere positive Konsequenz möglicherweise auch den Vorzug größerer Attraktivität für diese Personengruppen und damit eine Steigerung der Bewerberzahlen für derartige Stellen dank vielfältigerer, interessanterer Aufgaben und – damit einhergehend – erweiterter Kompetenzen.

➤ Neue Berufsbilder des nichtärztlichen Dienstes haben den Vorzug größerer Attraktivität

Unter den Medizinerinnen und Krankenhausexperten finden sich Protagonisten, die den Einsatz nichtärztlicher Assistenten nachhaltig unterstützen, Delegation und Substitution für unausweichlich halten, weil nur so bei beschränkten Mitteln die hohe Qualität der Patientenversorgung aufrechterhalten werden könne und die vorhandenen Ressourcen effizient genutzt würden. Demgegenüber liest man aber auch warnende Stimmen, die bei einer solchen Entwicklung eine schlechtere Versorgung der Patienten befürchten, die Weiterbildung in Gefahr sehen, rechtliche Probleme, insbesondere für den gebote-

¹ NJW 1975, 2245, 2246.

² Deutsches Krankenhausinstitut, Neuordnung von Aufgaben des Ärztlichen Dienstes, 2008, S. 2.

K. Ulsenheimer

Delegation ärztlicher Aufgaben auf nichtärztliche Berufsgruppen. Möglichkeiten und Grenzen aus rechtlicher Sicht

Zusammenfassung

Die zunehmende Spezialisierung und wachsende Technisierung in der Medizin haben die Verlagerung von ursprünglich ärztlichen Aufgaben auf nichtärztliche Gehilfen nachhaltig gefördert. Der enorme Kostendruck infolge der knappen finanziellen Ressourcen im Gesundheitswesen macht die Übertragung früherer ärztlicher Leistungen auf billigeres nichtärztliches Hilfspersonal zweckdienlich, und auch der zum Teil schon sichtbare Ärztemangel gewinnt bei der Weggabe vieler Tätigkeiten aus ärztlicher Hand an Bedeutung. Im deutschen Gesundheitswesen gibt es keine Rechtsnorm, die das Tätigkeitsfeld des Arztes eindeutig und abschließend beschreibt. Wesentlich bei einer Neuordnung der Aufgabenbereiche zwischen Ärzten und nichtärztlichem Medizinpersonal ist die terminologische Unterscheidung zwischen der weisungsabhängigen, untergeordneten, un-

selbstständigen Assistenz und der Delegation ärztlicher Leistungen, die nichtärztlichem Personal zur selbstständigen, eigenverantwortlichen Erledigung unter Aufsicht und Kontrolle des Arztes übertragen werden. Die Gefahrengeneignetheit des ärztlichen Handelns, die Schutzbedürftigkeit des Patienten und die zur Durchführung der gebotenen Maßnahme erforderlichen intellektuellen Voraussetzungen ziehen der Delegation ärztlicher Leistungen auf nichtärztliche Mitarbeiter eine Grenze. Sie stecken bei sachverständiger Beurteilung das ausschließlich ärztliche Tätigkeitsfeld hinreichend genau und überzeugend ab.

Schlüsselwörter

Ärztliche Kernkompetenz · Assistenz · Delegation · Schutzbedürftigkeit des Patienten · Gefahrengeneignetheit ärztlichen Handelns · Fachliche Qualifikation

Delegation of medical responsibilities to non-medical personnel. Options and limits from a legal viewpoint

Abstract

Increasing specialization and growing mechanization in medicine have strongly supported the transfer of originally medical responsibilities to non-medical personnel. The enormous pressure of costs as a result of limited financial resources in the health system make the delegation of previously medical functions to cheaper non-medical ancillary staff expedient and the sometimes obvious lack of physicians also gains importance by the delegation of many activities away from medical staff. In the German health system there is no legal norm which clearly and definitively describes the field of activity of a medical doctor. Fundamental for a reform of the areas of responsibility between physicians and non-medical personnel is a terminological differentiation between instruction-dependent, subordinate, non-independent assis-

tance and the delegation of medical responsibilities which are transferred to non-medical personnel for independent and self-determined completion under the supervision and control of a physician. The inclination towards risk of medical activities, the need of protection of the patient and the intellectual prerequisites required for carrying out the necessary measures define the limitations for the delegation of medical responsibilities to non-medical ancillary staff. These criteria demarcate by expert assessment the exclusively medical field of activity in a sufficiently exact and convincing manner.

Keywords

Medical core competence · Assistance · Delegation · Need of protection of patients · Risk inclination of medical activity · Professional qualification

nen Facharztstandard geltend machen und deshalb fordern, Geld dadurch einzusparen, dass man Ärzte von nichtärztlichen Tätigkeiten, wie z. B. dem Sammeln von Befunden und einem Übermaß an Schreibarbeiten entlastet. Ärzte müssten wieder in die Lage versetzt werden, „sich verstärkt auf ihre eigentliche ärztliche Aufgabenstellung zu konzentrieren“, und „die Debatte um die Delegation ärztlicher Leistungen auf nicht-ärztliche Berufsgruppen [müsste] endlich beendet werden“³

Doch damit ist kaum zu rechnen, eher wohl mit einer Verschärfung der Diskussion. Denn der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen hat sich in seinem Gutachten „Kooperation und Verantwortung – Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung“⁴ – ihm folgend auch die Politik – für eine Änderung der Aufgabenverteilung der Gesundheitsberufe in Richtung auf „mehr Delegation ärztlicher Kompetenzen“ ausgesprochen und der Gesetzgeber erste Schritte für Modellvorhaben in § 63 Abs. 3c StGB V eingeleitet.

Terminologische Klarstellung

Bevor aus rechtlicher Sicht zu diesem Streit zwischen Befürwortern und Gegnern einer Neuordnung der Aufgabenbereiche zwischen Ärzten und nichtärztlichem Medizinpersonal durch Delegation ärztlicher Leistungen Stellung genommen wird, erscheint zum besseren Verständnis der folgenden Ausführungen vorab eine terminologische Klarstellung angebracht: Die Begriffe „Assistenz/Assistent“, „Delegation“ und „Substitution“ werden im Rahmen der gegenwärtigen Diskussion oft differenzierend mit verschiedenem Inhalt, mitunter aber auch synonym, inhaltsgleich gebraucht. Dies führt zu Unklarheiten und Missverständnissen, die sich vermeiden lassen, wenn man unterscheidet: Assistenz im Rahmen der Krankenbehandlung ist eine weisungsabhängige, untergeordnete, unselbstständige

³ Conzen/Larsen/Peter, *Der Anästhesist*, 2007, 311.

⁴ <http://www.svr-gesundheit.de/gutachten>, S. 69 ff, 90 ff, 171 ff.



Abb. 1 ◀ Welche Leistungen stehen unter Arztvorbehalt und wie unterscheidet sich die „Ausübung der Heilkunde“ von der „Assistenz“ nichtärztlichen Personals im Rahmen ärztlicher Krankenbehandlung. Diese Fragen werden seit Jahrzehnten leidenschaftlich diskutiert

Tätigkeit des nichtärztlichen Personals. Der Terminus Delegation bezieht sich auf ärztliche Leistungen, die nichtärztlichem Personal zur selbstständigen, eigenverantwortlichen Erledigung unter Aufsicht und Kontrolle eines Arztes übertragen werden. Erfolgt diese Übertragung mit ärztlicher und juristischer Verantwortung, spricht man von Substitution, weil der nichtärztliche Mitarbeiter durchgängig an die Stelle des Arztes tritt, ihn in seiner Funktion auf Dauer ersetzt.⁵

➤ Assistenz, Delegation und Substitution sind zu unterscheiden

Sachlich ist die Unterscheidung zwischen Delegation und Substitution nicht weiterführend, eher verwirrend, weil es einen „arztfreien“ Raum im Bereich diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen nicht gibt⁶, und sollte daher aufgegeben werden. Zwischen „Assistenz“ und „Delegation“ besteht dagegen eine erhebliche inhaltliche Divergenz. Deshalb war und ist z. B. die Bezeichnung „medizinischer Assistent für Anästhesiologie“ (MAfA) ein Euphemismus: Weil dieser Assistent in dem publizierten Konzept nach Narkoseeinleitung in- und extubieren, Medikamente, Schmerzmittel und Hypnotika applizieren, invasive Maßnahmen selbstständig und in eigener Verantwortung u. a. vornehmen darf, handelt es sich um

einen klaren Fall ärztlicher *Aufgabendelegation*, nicht um eine bloße Assistenz.⁷

Abgrenzung von ärztlichen und nichtärztlichen Tätigkeiten

Nun zur eigentlichen Abgrenzungproblematik zwischen dem ärztlichen und dem nichtärztlichen Bereich:

1. Im deutschen Gesundheitswesen gibt es keine Rechtsnorm, die das Tätigkeitsfeld des Arztes eindeutig und abschließend beschreibt. Der in diesem Zusammenhang immer wieder vorgenommene Rückgriff auf § 1 Abs. 2 des Heilpraktikergesetzes aus dem Jahr 1939 führt – auch insoweit herrscht Übereinstimmung – nicht weiter, da dort die Frage der Delegierbarkeit ärztlicher Maßnahmen auf nichtärztliches Hilfspersonal überhaupt nicht angesprochen wird. Auch aus dem Krankenpflegegesetz vom 16.07.2003 (BGBl. I. S. 1442) und dem MTA-Gesetz vom 02.08.1993 (BGBl. I. S. 1402) sowie der einen oder anderen landesrechtlichen Spezialbestimmung zur Weiterbildung in Pflegeberufen ergeben sich keine konkreten Anhaltspunkte für die Abgrenzung zwischen Delegation bzw. Assistenz bei einer ärztlichen Maßnahme und dem Arzt ausschließlich vorbehaltener Ausübung der Heilkunde.

2. In Ermangelung einer speziellen gesetzgeberischen Umschreibung ärztlicher Tätigkeit muss auf *allgemeine Kriterien* zurückgegriffen werden, um den nichtübertragbaren „ureigenen“, „genuinen“ ärztlichen Aufgabenbereich zu bestimmen. Insoweit geben das Berufs-, Dienst-

vertrags-, Liquidations- und Haftungsrecht Richtpunkte.

a) Nach § 1 Abs. 1 Satz 2 und 3 der Musterberufsordnung (MBO) und § 1 Abs. 2 der Bundesärzterordnung ist der ärztliche Beruf *ein freier Beruf*. Darin liegt die Verpflichtung, seine Leistungen grundsätzlich „höchstpersönlich und in eigener Verantwortung zu erbringen, um dem Vertrauen des Patienten auf seine fachlichen Fähigkeiten gerecht zu werden“.⁸ Darüber hinaus soll das Gebot der *persönlichen ärztlichen Leistungserbringung* den Patienten wegen der Schwierigkeit, aber auch Gefährlichkeit ärztlicher Eingriffe schützen,⁹ indem er vom Arzt aufgrund seines Berufsethos und Studiums eine sorgfältige, ordnungsgemäße Behandlung und integre Berufsausübung erwarten darf, hinter denen materielles Gewinnstreben und ökonomische Gesichtspunkte zurücktreten müssen.¹⁰

b) Auch der *Dienstvertrag* verpflichtet den Arzt gemäß § 613 Abs. 1 des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB), seine „Dienste im Zweifel in Person zu erbringen“; entsprechend dem gesetzlichen Leitbild des § 613 BGB steht also eindeutig die *Person des Dienstverpflichteten* im Vordergrund. Danach muss er zwar nicht „jeden Handgriff selbst“ und „jeden einzelnen Behandlungsschritt persönlich ausführen“¹¹, vielmehr darf er „einzelne Maßnahmen auf angeleitetes und überwachtes qualifiziertes Personal delegieren“.¹² Dazu gehören aber nicht die „Kernleistungen“, die der ärztlichen Behandlung ihr besonderes Gepräge geben. Diese „grundlegenden Entscheidungen über die Therapie“ sind dem Arzt vorbehalten; „die Behandlung“ ist „entweder von ihm selbst durchzuführen oder zu überwachen“.¹³ Auch diese Einschränkung dient dem Schutz des Vertrauens und der Gesundheit des Patienten.¹⁴

⁸ Peikert, MedR 2000, 353.

⁹ Peikert, MedR 2000, 353; Dahm, Westfälisches Ärzteblatt 1988, 471.

¹⁰ BSGE 8, 256, 260; 20, 52, 54, 56.

¹¹ LG Bonn, NJW 1995, 2419, 2420; OLG Hamm, NJW 1995, 2420, 2421.

¹² LG Bonn NJW 1995, 2420; OLG Hamm, VersR 1986, 897, 898; Biermann/Ulsenheimer/Weissauer, MedR 2000, 110.

¹³ LG Bonn, a.a.O., S. 2420.

¹⁴ Peikert, MedR 2000, 354; Hahn NJW 1981, 1981.

⁵ Spickhoff/Seibl, MedR 2008, 463, s. auch 463. Anm. 3.

⁶ Ulsenheimer, Das Krankenhaus 1997, S. 22 ff.

⁷ So mit Recht Spickhoff/Seibl, a.a.O., S. 463, 464.

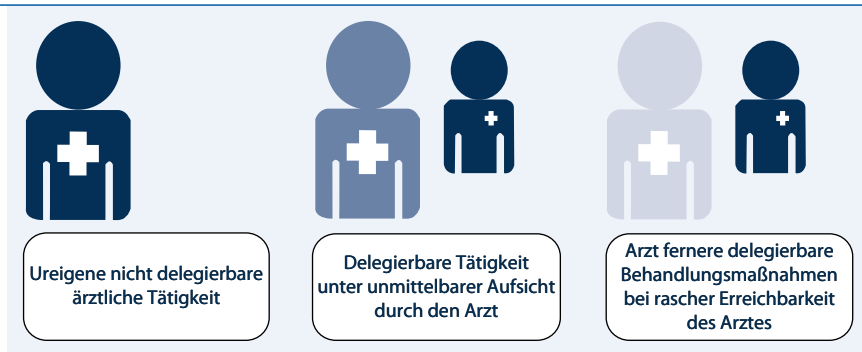


Abb. 2 ▲ Abstufung der ärztlichen Tätigkeit und Verantwortung im Verhältnis zu den delegierbaren Aufgaben an Mitarbeiter

c) Dementsprechend steht sowohl im vertragsärztlichen Bereich als auch bei der privaten Krankenbehandlung durch Wahlärzte (Klinikdirektoren, Chefärzte mit Liquidationsrecht) die *persönliche Leistungserbringung* im Vordergrund. Vertretung und Delegation sind zwar zulässig, doch werden die Grenzen durch eine Vielzahl formaler Voraussetzungen eng gezogen, indem es z. B. bei vorhersehbarer Verhinderung des Wahlarztes individueller Vereinbarungen mit dem Patienten bedarf,¹⁵ ein zeitliches Limit für die Dauer der Vertreterbestellung besteht (§ 32 Abs. 1 S. 2 Ärzte ZV) oder in bestimmten Fällen nur besonders qualifizierte Ärzte („ständige ärztliche Vertreter“) als Vertreter des liquidationsberechtigten Arztes in Betracht kommen (§ 4 Abs. 2 Satz 3 der Gebührenordnung für Ärzte, GOÄ).

d) Jeder Patient hat zu jedem Zeitpunkt Anspruch auf den *Standard* eines erfahrenen *Facharztes*, betont die Haftungsjudikatur immer wieder mit Nachdruck.¹⁶ Gefordert wird also zwar nicht jede erdenkliche Sorgfalt, aber auch nicht nur die „übliche“, sondern die Einhaltung der berufsspezifischen Sorgfalt, deren Maß und Umfang sich – bezogen auf eine konkrete ärztliche Maßnahme – nach dem Gewicht der jeweiligen *Gefahr* aus der Sicht *ex-ante*, der *Komplikationsdichte* und *Risiken* des Falles, der *Behandlungsschwierigkeit* und nach den in der einschlägigen ärztlichen Fachrichtung zu erwartenden *Kenntnissen, Erfahrungen* und *Fähigkeiten* bestimmen.¹⁷ „Mit dem Grad der Gefähr-

lichkeit einer Behandlung steigt das Maß der erforderlichen Sorgfalt“, sodass „zur Vermeidung eines Behandlungsfehlers ... alles getan“ werden muss, „was nach den Regeln und Erfahrungen der medizinischen Wissenschaft zur Bewahrung des Patienten vor körperlichen Schäden“¹⁸ nötig ist.

Dieser strenge Maßstab findet seine Begründung zum einen darin, dass es bei der Behandlung eines Patienten um höchste Güter des Menschen – Leben, körperliche Unversehrtheit, Selbstbestimmungsrecht und Intimsphäre – geht und zum anderen in der Schutzbedürftigkeit des Patienten, der – wie gerade die Narkose deutlich macht – während dieser Zeit „sein Leben in die Hand des Anästhesisten legt“.¹⁹ Schutz und Sicherheit des Patienten haben daher absolute Priorität vor allen anderen Aspekten.²⁰ Dies bedeutet nicht, dass zwingend stets ein Facharzt im formellen Sinn tätig werden muss, vielmehr genügt es, dass der Handelnde über die gerade für die Bewältigung der Schwierigkeiten des konkreten Eingriffs gebotene Qualifikation objektiv und subjektiv verfügt.

3. Aus den vorstehenden Darlegungen folgt: Die *Gefahreneigtheit* des ärztlichen Handelns, die *Schutzbedürftigkeit* des Patienten und die zur Durchführung der gebotenen Maßnahme erforderlichen *intellektuellen Voraussetzungen* ziehen der Delegation ärztlicher Leistungen auf nicht-ärztliche Mitarbeiter eine Grenze. Diese be-

stimmt sich nicht nach juristischen Prinzipien – dem Recht kommt insoweit nur eine „Grenzkontrolle“ zu²¹ –, sondern wird – ebenso wie der Standard – zuförderst und entscheidend durch die *Medizin selbst*, also das jeweilige Fachgebiet gezogen. Ebenso wie der Inhalt des Standards nur unter Zuhilfenahme medizinischer Sachverständiger definiert werden kann und das Ergebnis einer medizinischen Auseinandersetzung ist, ebenso ist der Kernbereich ärztlichen Handelns allein von der Ärzteschaft selbst, konkret vom jeweiligen Fachgebiet zu definieren.²² Denn nur der jeweilige medizinische Experte kennt die Gefahr, die sich aus Art und Schwere des Eingriffs und seiner generellen Komplikationsträchtigkeit ergeben kann, in Abhängigkeit vom individuellen Gesundheitszustand des Patienten, und nur er kann begründen, welche Qualifikation, d. h. Erfahrung, Wissen, Können, Zuverlässigkeit, Gewissenhaftigkeit und Besonnenheit derjenige haben muss, der die Behandlung durchführt. Nur theoretisch und/oder in der Praxis besonders ausgewiesene Vertreter des jeweiligen Fachgebiets können m. E. die notwendige Feststellung treffen, ob ein *persönliches Eingreifen des Arztes* gefordert ist, weil „die betreffende Tätigkeit gerade dem Arzt eigene Kenntnisse und Kunstfertigkeiten voraussetzt“.²³

➤ Kernbereich ärztlichen Handelns ist allein vom jeweiligen Fachgebiet zu definieren

Das ist für das Fachgebiet der Anästhesiologie durch die wissenschaftliche Gesellschaft und den Berufsverband in mehreren Erklärungen – 1987, 2004 und 2007²⁴ – geschehen. Danach gehört z. B. die An-

¹⁵ BGH, MedR 2008, 155 = VersR 2008, 493.

¹⁶ Ulsenheimer, Arztstrafrecht in der Praxis, 4. Aufl. 2008, Rdnr. 18 m.w.N.

¹⁷ BGH NJW 2000, 2758.

¹⁸ Pfälzisches OLG Zweibrücken, MedR 1999, 80, 82.

¹⁹ AG Marburg, Urteil vom 18.03.1996, Az. 13a Ls 6 Js 9756/02.

²⁰ BGH NJW 1984, 655 ff.; NJW 1999, 1779, 1781.

²¹ Schreiber, Notwendigkeit und Grenzen rechtlicher Kontrolle in der Medizin, 1983, S. 38.

²² Insofern ist Bergmann, der in seinem Gutachten dem GBA die Kompetenz für diese Grenzziehung zuweist (Gutachten des DKJ 2008, S. 4), zu widersprechen. Zu schwach auch die Formulierung bei Spickhoff/Seibl: „nicht zu unterschätzendes Gewicht“ der Fachgesellschaften (MedR 2008, 463, 467).

²³ BGH NJW 1975, 2245, 2246.

²⁴ Van Aken/Landauer, Ärztliche Kernkompetenz und Delegation in der Anästhesie, *Der Anästhesist* 2007, 1273 ff.; *Anästhesie & Intensivmedizin* 2008, 49 ff.

ästhesieführung während ihres gesamten Verlaufs als „höchst komplexer Vorgang“ zum *Kernbereich ärztlicher Tätigkeit* und schließt damit jegliche Delegation auf nichtärztliches Personal aus. Die routinemäßige Anordnung oder Durchführung von „Parallelnarkosen“ ist daher unzulässig und kann zur zivil- und strafrechtlichen Haftung führen.²⁵ Denn für denjenigen, der eine solche Anordnung trifft oder weitergibt, kommt ein *Organisationsverschulden*, für denjenigen, der als Nichtarzt die Narkose durchführt, ein *Übernahmeverschulden* in Betracht, wenn der Patient eine anästhesiebedingte Schädigung erleidet.²⁶

4. Chefarzte, nachgeordnete Ärzte und Pflegekräfte müssen daher alle ihnen möglichen und zumutbaren Mittel einsetzen, um derartige Anordnungen oder Praktiken unter Hinweis auf das *eigene Haftungs-* und das *Gefährdungsrisiko des Patienten* abzuschaffen. Darüber hinaus darf auch der Operateur die Augen nicht vor der Tatsache verschließen, dass nach den Grundsätzen der Arbeitsteilung die Verantwortung auf ihn übergeht, wenn die Narkose von nichtärztlichem Hilfspersonal durchgeführt wird.²⁷

Ärztliche Aufgaben und Kompetenzen

Der ureigene ärztliche Kompetenzbereich, der jegliche Delegation ausschließt, ist – allgemein formuliert – dadurch charakterisiert, dass es um Diagnose- oder Therapiemaßnahmen geht, die gerade dem Arzt gelehrt theoretische Kenntnisse, von ihm gewonnene praktische Erfahrung und Fertigkeiten verlangen, weil die zu erbringende Leistung schwierig ist, allgemein und/oder aufgrund der besonderen Konstitution des Patienten ein hohes Risikopotenzial aufweist und daher für ihn objektiv und subjektiv eine erhebliche Gefährdung darstellt. Natürlich zieht diese Definition nicht „mathematisch“ exakte Grenzen,

sondern ist von Wertungen abhängig, aber die drei Eckpunkte des Wertungsrahmens: Die Schwierigkeit, das Risiko und die Gefährlichkeit der in Rede stehenden Maßnahme stecken bei sachverständiger Beurteilung das ausschließlich ärztliche Tätigkeitsfeld hinreichend genau und überzeugend ab. Dabei ist Raum für die Berücksichtigung gewisser Unterschiede in den räumlichen, personellen und apparativen Gegebenheiten vor Ort.²⁸

1. Es überrascht daher nicht, dass der ärztliche Kernbereich, der keine Delegation duldet, weitgehend einvernehmlich festgelegt wird. Dazu gehören

- körperliche Untersuchung und Diagnose,
- Indikationsstellung,
- Therapieplan,
- Auswahl und Dosierung der Medikation,
- Operation und Narkose,
- Bluttransfusion,
- Behebung von Komplikationen, z. B. schwerwiegenden Anästhesie- oder Geburtskomplikationen, sowie
- Aufklärung (Beratung) des Patienten.

Zu dieser Beurteilung gelangen Rechtsprechung und Rechtswissenschaft, indem Richter und Autoren – wie hier – vor allem auf die *konkrete* Gefährlichkeit der Maßnahme abstellen, die von der generellen und individuellen Schwere und Art des jeweiligen Eingriffs sowie dessen genereller und individueller Komplikationsträchtigkeit bzw. von einer bereits eingetretenen Gefährdung des Patienten abhängt.²⁹

2. Soweit eine gebotene Maßnahme nicht in den *Kernbereich ärztlichen Handelns* fällt, ist Voraussetzung jeglicher De-

legation die fachliche Qualifikation des nichtärztlichen Personals, dessen persönliche Zuverlässigkeit und Gewissenhaftigkeit und die mehr oder weniger dichte Aufsicht bzw. Überwachung durch den Arzt. Insoweit ist zwischen unmittelbarer, sofortiger Eingriffsmöglichkeit, ständiger Erreichbarkeit, Blick- und/oder Rufkontakt und bloßer Organisationsverantwortung zu unterscheiden.

Fazit für die Praxis

Abschließend und zusammenfassend ist festzustellen, dass im Rahmen der Krankenbehandlung *nichtärztliche Assistenten* zwar Teile der ärztlichen Tätigkeit im Wege der Delegation übernehmen dürfen, innerhalb des Behandlungsprozesses jedoch ein Teilbereich besteht, der in die ausschließliche, *nichtdelegierbare Kompetenz des Arztes* fällt. Die Grenzen dieses Bereichs sind von der jeweiligen medizinischen Fachwissenschaft und ärztlichen Praxis zu ziehen, sie sind im Zuge der dynamischen Entwicklung, der Spezialisierung und Subspezialisierung der Medizin veränderbar, freizuhalten von ökonomischen Überlegungen und aus *rechtlichem Blickwinkel* nur unter dem Aspekt von Schutz und Sicherheit des Patienten im Rahmen einer Grenzkontrolle überprüfbar, die diesen Zielsetzungen allerdings absolute Priorität einräumt.

Grundsätzlich dem Arzt vorbehalten bleiben deshalb sämtliche diagnostischen und therapeutischen Entscheidungen und Vorrichtungen, die wegen ihrer technischen Schwierigkeit oder ihres hohen Risikos (z. B. Narkose) *theoretisches ärztliches Wissen* und *praktische ärztliche Erfahrung* erfordern, darüber hinaus die Aufklärung und Beratung im Hinblick auf die zentrale Bedeutung des Selbstbestimmungsrechts des Patienten. Soweit den nichtärztlichen medizinischen Assistenzberufen Aufgaben übertragen werden dürfen, ist ärztliche Aufsicht und eine entsprechende Mitarbeiterqualifikation erforderlich. Das Maß an Aufsicht hängt dabei vom Ausmaß der Gefährlichkeit der Behandlung und damit der Gefährdung des Patienten ab. Erscheint „unmittelbare“ Aufsicht geboten, bedeutet dies mehr als „ständige Erreichbarkeit“, vielmehr *sofortige Eingriffsmöglichkeit*. Andererseits braucht ein Arzt bei einer lang-

²⁵ Biermann/Ulsheimer, *Der Anästhesist* 2007, 313 ff. m.N. aus Rechtsprechung und Schrifttum; Spickhoff/Seibl, *MedR* 2008, 463, 468, 469.

²⁶ Biermann/Ulsheimer, a.a.O., S. 321; Spickhoff, a.a.O., S. 471.

²⁷ Weissauer, *Der Anästhesist* 1962, 239 ff; Biermann/Ulsheimer, a.a.O. S. 321.

²⁸ Vgl. z. B. die neue Entscheidung des OLG Dresden, *GesR* 2008, 635 zur Frage der Delegierbarkeit intravenöser Injektionen auf eine erfahrene und fachgerecht ausgebildete medizinisch-technische Assistentin für Radiologie.

²⁹ Siehe dazu Spickhoff/Seibl, *MedR* 2008, 463, 466 ff.; Uhlenbruck, *NJW* 1972, 2203; Weisauer, *Arztrecht* 1972, 44; Peikert, *MedR* 2000, 355; Hahn, *NJW* 1981, 1981; *NJW* 1983, 1375 ff; BGH *NJW* 1975, 2245, 2246; 1979, 1935, 1936; *VersR* 1974, 804, 806; OLG Celle, zitiert nach Perret, *Arzthaftpflicht*, 1956, S. 110, 111, Urteil vom 10.01.1951 – Sa 146/50; OLG Köln, *AnästHInfo* 1973, 216.

jährig erfahrenen, gewissenhaften und stichprobenweise immer wieder überprüften Mitarbeiterkraft nicht die Ausführung jeder einzelnen mit geringem Risiko verbundenen Maßnahme zu überwachen, sondern kann an bewährtes nichtärztliches Personal über den Einzelfall hinaus generell die Durchführung solcher Maßnahmen delegieren.³⁰

Allgemein lässt sich formulieren:

Je gefährlicher, bedeutender oder/und schwieriger eine Maßnahme im Behandlungsgeschehen ist, umso „arztnäher“ muss sie vorgenommen werden. Insoweit gibt es mehrere konzentrische Kreise. Den ersten bildet der *ureigene nichtdelegierbare ärztliche Tätigkeitsbereich*, den zweiten der Bereich *delegierbarer Tätigkeiten unter unmittelbarer Aufsicht des Arztes mit der Möglichkeit sofortigen Eingreifens*. Der dritte Kreis umfasst den „arztferneren“ Bereich *delegierter Behandlungsmaßnahmen*, in dem die ärztliche Überwachung in einer ständigen und schnellen, keine zusätzliche Gefährdung auslösenden Erreichbarkeit besteht. In diesem Sinne abgestufter Gefährdung nimmt die Dichte ärztlicher Überwachung der nichtärztlichen Tätigkeiten immer weiter ab, bis schließlich der Bereich erreicht ist, in dem keine Delegation ärztlicher Aufgaben mehr vorliegt, sondern die nichtärztlichen Mitarbeiter ihrer Ausbildung entsprechende *originär eigene Aufgaben* (z. B. Grundpflege) im Rahmen einer generellen organisatorischen Letztverantwortung des Arztes mit Aufsichts- und Weisungspflichten wahrnehmen.³¹ Eine unmittelbare ärztliche Beaufsichtigung ist hier nicht erforderlich und angesichts der modernen Organisationsstruktur der Krankenhäuser (Verantwortung der Pflegedirektion für den Pflegebereich) auch rechtlich nicht notwendig (■ Abb. 2).

Korrespondenzadresse

Rechtsanwalt Prof. Dr. K. Ulsenheimer
Isartorplatz 1, 80331 München
Ulsenheimer@uls-frie.de

Interessenkonflikt. Keine Angaben

Dieser Beitrag wurde bereits in *Der Anästhesist* 05/2009 publiziert.

³⁰ Siehe OLG Naumburg, GesR 2008, 635, 636 f.

³¹ Siehe Ulsenheimer, *Das Krankenhaus* 1997, 22 ff.

A. Croibier

Diagnostik in der Osteopathie

München: Urban & Fischer Verlag 2006,
298 S., (ISBN 3-437-57400-0), 49.00 EUR

Auf dem Markt der osteopathischen Literatur ist 2006 ein Buch mit dem Titel „Diagnostik in der Osteopathie“ von A. Croibier erschienen. Schon im Vorwort wird die Zielgruppe klar umrissen: „...an die Osteopathen dieser Welt“. Insofern war ich als Arzt für Orthopädie, Manualmediziner und osteopathisch Fortgebildeter neugierig, ob dieses Buch etwas Neues bieten kann.

Aufbau und Inhalt des Buches:

Es werden in der Einführung die üblichen Begriffsdefinitionen und Abgrenzungen zur klassischen Schulmedizin erläutert. Dazu werden gebetsmühlenhaft die osteopathische Philosophie und deren Prinzipien ausgeführt, gewürzt mit osteopathischer Historie. Sperrige Begriffe wie die der „positiven osteopathischen Diagnose und Differenzialdiagnose“ werden verständlicher, wenn man einfach in Kategorien der Struktur- und Funktionsdiagnosen denkt. Die Ambivalenz der Osteopathie gegenüber der anerkannten und notwendigen Schulmedizin zieht sich wie ein roter Faden durch das Buch. Es werden Gemeinsamkeiten der Diagnostik analysiert und Unterschiede betont. Dabei wird aus meiner Sicht der Aspekt der Eigenständigkeit der Osteopathie, als gänzlich Neues im Medizinsystem, überstrapaziert.

Der Ablauf der osteopathischen Diagnostik wird dann nach dem logischen Konzept „vom Allgemeinen zum Besonderen“ abgehandelt. Die allgemeine Anamnese und Befunderhebung zielen darauf ab, klassisch strukturmedizinische Erkrankungen als Kontraindikationen für osteopathische Behandlungen zu erkennen. Sie werden symptomorientiert und teilweise organsystemisch dargestellt.

Nach einem Kapitel über Körperhaltung und deren Untersuchung folgt eine Abhandlung über die Klinik der Individualität des Menschen. Hier werden die altbekannten Lehren von Hippokrates, Kretschmer und Anderen über Charakter- und Morphotypen in ein Schema von sthenisch und asthenisch gepresst. Zusätzlich werden Persönlichkeit und Körper- und Schädelform analysiert und mit bestimmten Psychopathologien in Zusammenhang gebracht. Dies ist ein fragwürdiges und gefährliches Unterfangen.

Endlich auf Seite 213 beginnen die spezifischen osteopathischen Untersuchungstechniken. Die Einstiegsuntersuchung ist ein manuelles Screening mit Wahrnehmung von Spannungsphänomenen, Ecoute-Test genannt (Synonym für Listening-Test).

Die Prüfung der regionalen und segmentalen Mobilität des Bewegungsapparates (Wirbelsäule, Extremitäten) folgt und die Untersuchungstechniken für die Viszera und des kraniosakralen Systems werden dargestellt.

Zum Schluss erfolgt der Versuch einer Interpretation der Symptome und erhobenen Befunde in Zeit, Raum und Wichtigkeit um eine osteopathische Differenzialdiagnose zu stellen. Diese ist dann die Indikation für eine osteopathische Behandlung. Für diesen wesentlichen und interessanten Schritt hat der Autor leider nur noch die letzten 18 Seiten des Buches reserviert.

Fazit: Es gibt alte und junge Klassiker der osteopathischen und manualmedizinischen Literatur, die das Thema der Diagnostik besser abhandeln.

Ekkehard Geipel
FA für Orthopädie,
Manuelle Medizin
Berlin