

Wer darf was im klinischen Bereich?

Delegation und Assistenz betrieblich umsetzen

Die Entwicklung neuer Berufsbilder zwingt die beteiligten Berufsverbände und Fachgesellschaften dazu, sich weiterhin mit der Delegation ärztlicher Leistungen an nichtärztliche Gesundheitsberufe zu beschäftigen. Inhaltlich geht es inzwischen eher um die Frage des „Wie“. Über das „Ob“, also die Feststellung, dass es im Gesundheitswesen vor dem Hintergrund eines budgetierten Gesundheitssystems eine kooperative Arbeitsteilung gibt und geben muss, scheinen sich ja alle einig zu sein.

Die Diskussion über die Delegation ärztlicher Leistungen an nicht-ärztliche Gesundheitsberufe im klinischen Bereich lässt sich bis in die 1980er Jahre zurückführen. Drehte es sich zunächst um allgemeine Fragen von Injektionen, Infusionen und Blutentnahmen (Stellungnahme der DKG vom 11.3.1980), ging sie – bedingt durch den Aufgabenzuwachs und die medizinische Entwicklung – in Fragen über wie der i.v. Applikation von Zytostatika in der onkologischen Therapie oder der Durchführung von kapillaren Blutgasanalysen. In den letzten zehn Jahren kamen neben den alt bekannten neue Assistenzberufe (z.B. OTA, ATA) hinzu, bis 2007 auch der Medizinische Assistent für Anästhesie (MAfA), oder der Physican Assistent (PA) mit einem Bachelor-Abschluss.

Das Sozialrecht hat Fakten geschaffen – zum Beispiel mit den Modellprojekten des § 63 Abs. 3 c SGB V, der Heilkunde-überlassungsrichtlinie oder mit der Vereinbarung über die Delegation ärztlicher Leistungen an nichtärztliches Personal in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 28 Abs. 1 S. 3 SGB V vom 1.10.2013. Wird in dieser Vereinbarung ein dezidiertes Katalog über delegierbare Leistungen aufgestellt, suchen wir Entsprechendes für den klinischen Bereich vergebens. Gleiches gilt für eine konkrete Regelung in den Ausbildungsordnungen der Gesundheits- und Krankenpfleger oder der ATA/OTA. Das Thema bleibt im Klinikalltag und in der ju-

ristischen und medizinischen Diskussion aktuell.

Nach fast 30 Jahren Diskussionen ohne dezidierte bundesgesetzliche Regelung zur Delegation stellt sich die Frage, ob man weiterhin allein auf Länder wie Österreich schaut, die die ärztlichen Vorbehaltsaufgaben bundesgesetzlich geregelt haben, oder ob man als Krankenhaus nicht unter den jetzigen Bedingungen, Stellungnahmen, Empfehlungen, Leitfäden und Standards der Fachgesellschaften und Berufsverbände sowie der Rechtsprechung zum Haftungsrecht gestalten sollte, um allen Angehörigen der beteiligten Berufsgruppen, aber insbesondere der Pflege und den Assistenzberufe mehr Sicherheit zu geben und damit auch gute Arbeitsbedingungen zu schaffen.

Nichts ist anstrengender im Berufsleben, als nicht zu wissen, was man darf und was nicht. Die Pflege sieht sich nach eigenen Worten bei dem Thema „mit einem Bein im Knast“, was zwar den Realitäten nicht gerecht wird. Dennoch macht es die bestehende Unsicherheit der Berufsgruppe deutlich. Genau hier setzen Müller/Schabbeck (Delegation ärztlicher Leistungen an das Pflegepersonal. medhochzwei, 2014) an, in dem sie das Thema ganz pragmatisch angehen und vorstellen, wie sich ein Krankenhaus der Delegation selbst annimmt und mittels eines Projektmanagements, an dem alle Berufsgruppen beteiligt sind, sein eigenes Delegationsmodell im-

plementiert. Etliche Kliniken haben sich für diesen Weg entschieden, indem sie Verfahrensregelungen, Standards oder sogar Betriebs- und Dienstvereinbarungen eigenständig gestaltet haben.

Dies schließt nicht aus, die Frage nach den rechtlichen Rahmenbedingungen weiter zu stellen und zu fordern. Dabei ist aus der Sicht der Verfasserin dem Ansatz von Dr. Kerstin Bohne und auch Dr. Claudia Achterfeld nach interdisziplinären Delegationsleitlinien bzw. evidenzbasierten Leitlinien der Vorzug zu geben. Die Gestaltung bliebe damit in der Hand der Fachleute aus Ärzteschaft und Pflege, unterläge der regelmäßigen Kontrolle und Aktualisierung und gäbe Sicherheit im Haftungsrecht, das sich auch an Leitlinien orientiert. Parallel eröffnet der von Müller/Schabbeck vorgeschlagene Weg jedoch Handlungsfähigkeit und birgt für die Träger die Chance der Gestaltung. Dieser Ansatz deckt sich auch mit den Anforderungen der Versicherer, die von Krankenhäusern im Rahmen des Riskmanagements zunehmend Delegationsmodelle mit einem klar definierten Katalog delegierbarer Leistungen einzufordern scheinen.

Delegationsmodelle geben Orientierung

Bei der betrieblichen Umsetzung geben die bisher entwickelten Delegationsmodelle Orientierung, da die gesetzlichen Rahmenbedingungen vage und unkonkret sind. Gemäß § 28 Abs. 1 S. 2 SGB V zählt zur ärztlichen Behandlung auch die so genannte Hilfeleistung anderer Personen. In der Krankenpflege-Ausbildungsverordnung und den Empfehlungen der DKG zur Ausbildung und Prüfung von OTA und ATA wird allein von Mitwirkung gesprochen. Dass dies für die Praxis und die Ausbildung nicht reicht, liegt auf der Hand. Über die Jahre haben sich daher verschiedene Delegationsmodelle entwickelt: Professor Roßbruch beispielsweise teilte die Delegationsfähigkeit der Aufgaben in drei Tätigkeitsgruppen auf, wonach Tätigkeiten entweder delegationsfähig, im Einzelfall delegationsfähig oder gar nicht delegationsfähig sind. Auch in dem Gutachten des Sachverständigenrats wurde diese Dreiteilung fortgeführt, aber 2008 von BÄK und KBV aufgegeben. Sie un-

terteilen in die nicht delegierbaren Leistungen als Kernbereich ärztlicher Tätigkeiten und in Leistungen, die im Einzelfall delegierbar sind. Abgestellt wird auf die objektive Gefährlichkeit (Komplikationsdichte) und die subjektive Fähigkeit (formelle und materielle Qualifikation) im Einzelfall.

Einen ganz anderen Ansatz hat das DKI in einem Gutachten (Neuordnung von Aufgaben des ärztlichen Dienst; 2008), das von der DKG in Auftrag gegeben worden war. Dieses unterteilt in drei Gruppen der kurz-, mittel- und langfristig übertragbaren ärztlichen Leistungen mit einem sehr detaillierten Aufgabenkatalog und stellt – je nach Kategorie – unterschiedliche Anforderungen an die formelle und materielle Qualifikation. Schließlich ist der VPU-Leitfaden von 2007 zu nennen, der ebenfalls eine Dreiteilung vornimmt in nicht delegierbare Tätigkeiten, zur Delegation geeignete (bei Vorliegen eines Befähigungsnachweises) und rein pflegerische Tätigkeiten im Rahmen der Mitwirkung. Seine große Errungenschaft besteht darin, dass darin Aufgabenkataloge bezogen auf die jeweilige Qualifikation erstellt wurden. Es finden sich u.a. Tätigkeitsfelder für Gesundheits- und Krankenpfleger, des jeweils fachweitergebildetes Personal und der OTA. Für die Ausbildung im Bereich der ATA bietet insoweit der Aufgabenkatalog des fachweitergebildeten Personal im Bereich Intensivpflege und Anästhesie Orientierung sowie die Entschließung der DGAI von 2007 (Entschließung der Deutschen Gesellschaft für Anesthesiologie und Intensivmedizin und des Berufsverband Deutscher Anästhesisten von 26.10.2007/8.11.2007: Ärztliche Kernkompetenz und Delegation in der Anästhesie 2007), die den delegierbaren Raum anhand der konkreten Anästhesie im Ablauf darstellt.

Delegation und Arbeitsrecht

Auf dieser Grundlage können betriebliche Regelungen gestaltet werden, wobei sich die Frage stellt, ob die Übertragung ärztlicher Aufgaben individualrechtlich vom Direktionsrecht gedeckt ist. Dies gilt insbesondere bei Anwendung des Tarifrechts, wo bei der Eingruppierung in die jeweilige Entgeltgruppe die Tätigkeiten maßgeblich sind, die mehr als die

Hälfte der Gesamtarbeitszeit in Anspruch nehmen. Daneben existiert eine erste Rechtsprechung zu eventuellen Mitbestimmungsrechten von Betriebs- und Personalrat (VG Saarlouis, Urt. vom 19.5.2010, 9K 338/10; LAG Nürnberg; Urt. vom 20.12.2011, 6 TaBV 37/11), die weiter zu verfolgen ist. Inhaltlich geht es um die Frage, ob es sich bei der Delegation bzw. der dauerhaften Übernahme ärztlicher Aufgaben um die Zuweisung eines anderen Arbeitsbereiches und damit z.B. betriebsverfassungsrechtlich um eine Versetzung gemäß § 95 Abs. 3 BetrVG handelt, die nach § 99 BetrVG mitbestimmungspflichtig ist. In der Praxis wirken Delegationskonzepte sowohl einseitig als Dienstanweisung als auch in Form von Betriebs- und Dienstvereinbarungen auf die Arbeitsverhältnisse. Hier gilt es, die für das Krankenhaus passende Form der Gestaltung zu finden.

Noch immer ist das Thema nicht befriedigend gelöst. Dennoch gibt es eige-

ne Gestaltungsmöglichkeiten in Bezug auf einen Aufgabenkatalog, die wahrgenommen werden sollten. Es bleibt zu hoffen, dass die Akteure die Weiterentwicklung von zumindest untergesetzlichen Regelungen weiter im Focus haben. Gute Arbeitsbedingungen und Arbeitszufriedenheit hängen nicht nur mit Arbeitszeitmodellen, also dem Rahmen, sondern auch mit den Inhalten zusammen. Ein Delegationskonzept ist dabei auch Bestandteil der Qualitätssicherung gem. § 135 a SGB V.



Christina Wiebelitz-Spangenberg
Rechtsanwältin
Betriebswirtin (ebw)
Lehrbeauftragte an der
Hochschule Fresenius
www.kanzlei-wiebelitz-spangenberg.de

ANZEIGE



WEITERBILDUNG

VERANTWORTLICHE PFLEGEFACHKRAFT (PFLEGEDIENSTLEITUNG)

JETZT INFOMATERIAL ANFORDERN!
www.mbd-online.de

Ihre Lernzeit ist auf 14 Monate mit insgesamt 615 Unterrichtseinheiten (UE) à 45 Minuten ausgerichtet und gliedert sich in:

- 360 UE durch Fernlernen mittels Studienbriefen und Einsendeaufgaben
- 125 UE in Präsenztagen und im virtuellen Klassenzimmer
- 130 UE in einem Praktikum mit Praktikumspflichtenheft und Wochenarbeiten
- Abschlussprüfung bestehend aus einer Hausarbeit und einer mündlichen Prüfung

Fragen?

Bitte sprechen Sie uns an

Telefon 040 / 380 72 97-0 oder info@mbd-online.de