

**Neuordnung der Gesundheitsberufe: Müssen wir uns vom „Drei-Fallgruppenmodell“ der Delegation verabschieden?**

v. Lutz Barth, 09.11.09

Der ganz aktuell präsentierte Projektabschlussbericht des Forschungsprojekts der Hochschule für Technik und Wirtschaft (HTW) des Saarlandes in Kooperation mit dem Institut für Gesundheits- und Pflegerecht<sup>1</sup> gibt Anlass zu grundsätzlichen Erwägungen. Hierbei konzentrieren sich die diesseitigen Erwägungen ausschließlich auf die rechtlichen Ausführungen in dem Projektabschlussbericht.

Eines vorweg: Die ganz entscheidende Frage der „Neuordnung der Gesundheitsfachberufe“, namentlich die Haftung aus der Perspektive der beruflich Pflegenden, bleibt auch im Projektabschlussbericht im Wesentlichen ausgespart.

Dies hängt nach diesseitigem Eindruck in erster Linie wohl damit zusammen, dass die rechtlichen Vorbemerkungen und Erwägungen sich primär auf die bisherige Delegationsfragen fokussieren und im Übrigen die Thematik zielführend auf die ausbildungs- und berufsrechtlichen Fragen konzentriert werden.<sup>2</sup>

Das von den Autoren gezogene Ergebnis mit Blick auf die derzeitige Delegationspraxis in Akutkrankenhäusern dürfte in erster Linie überraschend sein:

*„Insbesondere nach der neuen Rechtslage, die seit dem 01.07.2008 gilt, und die sich spätestens seit Ende 2007 abzuzeichnen begann muss die derzeitige Delegationspraxis in den Akutkrankenhäusern, so wie sie oben am dreistufigen „Delegations-Modell“ dargestellt worden ist, in weiten Teilen als nunmehr eindeutig unzulässig gewertet werden. Denn die Neuregelung des § 1 Abs. 1 KrPflG i.V.m. § 4 Abs. 7 KrPflG, nach der eine Zusatzausbildung notwendig ist, um die erweiterten Kompetenzen im Sinne des § 63 Abs. 3c SGB V (hierzu gehören auch und gerade die intravenöse Injektion und die Blutentnahme) ausüben zu dürfen, bedeutet im Umkehrschluss, dass die Übernahme und Durchführung erweiterter Kompetenzen (die übrigens vom Gesetzgeber weder definiert noch konkretisiert sind), durch bisher „nur“ dreijährig ausgebildete Pflegefachkräfte in Ermangelung einer diesbezüglichen Qualifikation nunmehr unzulässig ist.“<sup>3</sup>*

Auch wenn diese Rechtsauffassung offensichtlich vom Bundesministerium für Gesundheit geteilt wird<sup>4</sup> und von R. Roßbruch bereits in seiner gutachterlichen Stellungnahme zum Gesetzentwurf der Bundesregierung zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (Pflege-Weiterentwicklungsgesetz – PFWG) vertreten wurde, werden diesseits insofern

---

<sup>1</sup> Entwicklung einer grenzüberschreitenden Entscheidungsgrundlage für die Anpassung des pflegefachlichen Aufgabenprofils - Projektabschlussbericht des Forschungsprojekts der Hochschule für Technik und Wirtschaft (HTW) des Saarlandes in Kooperation mit dem Institut für Gesundheits- und Pflegerecht (IGPR), Koblenz; Stand Oktober 2009, v. Mischke, Claudia / Meyer, Martha (HTW des Saarlandes) / Roßbruch, Robert (IGPR); Quelle: HTW – Saarland (06.10.09) >>> <http://www.htw-saarland.de/fut/fue-berichte/entwicklung-einer-grenzüberschreitenden-entscheidungsgrundlage-fur-die-anpassung-des-pflegefachlichen-aufgabenprofils/view> <<<; dort findet sich die Möglichkeit zum Download des Projekts im Pdf.-Format.

<sup>2</sup> vgl. dazu insbesondere Abschnitt 4.2.5 - Einteilung der Übertragung ärztlicher Tätigkeiten in zwei Tätigkeitsgruppen – nach der Rechtslage seit dem 01.07.2008, S. 16 ff.

<sup>3</sup> Projektabschlussbericht, aaO., S. 17

<sup>4</sup> vgl. Projektabschlussbericht, ebenda

Bedenken angemeldet, als dass dieses Fazit nur deshalb zu ziehen möglich ist, weil m.E. nicht mit der gebotenen Konsequenz zwischen der „Delegation“<sup>5</sup> und der „Substitution“ differenziert wird.

Die bisherige Delegationspraxis ist m.E. nach dem bisherigen sog. Dreistufen-Modell jedenfalls nicht unter dem Aspekt der Neuregelungen in § 1 Abs. 1 KrPflG i.V.m. § 4 Abs. 7 KrPflG weitestgehend unzulässig, da die Neuregelungen (auch solche im APfIG) und die Modellklausel nach § 63 Abs. 3c SGB V auf die Substitution genuin ärztlicher Tätigkeiten Bezug nehmen und von daher die bisherige Delegationspraxis unberührt lassen.

Der qualitative Unterschied zwischen Delegation und Substitution besteht zuvörderst darin, dass den beruflich Pflegenden einstweilen in Modellvorhaben ärztliche Tätigkeiten, bei denen es sich um selbständige Ausübung von Heilkunde handelt, übertragen werden können, während bei einer Delegation nicht nur die Gesamtverantwortung beim Arzt verbleibt, sondern die Aufgabe nach wie vor auch eine „ärztliche“ ist und vor allem bleibt!<sup>6</sup>

Da im Rahmen der bisherigen Delegationspraxis die qua „Delegation übertragene Aufgabe“ (!) nicht zu einer solchen der „selbständigen Ausübung von Heilkunde“ durch die beruflich Pflegenden wird, muss dieser Umstand nach diesseitigem Verständnis auch bei der „Interpretation“ der ausbildungs- und berufsrechtlichen Regelungen seine Berücksichtigung finden, so dass es jedenfalls nicht ohne weiteres plausibel erscheint, die bisherige Delegationspraxis ad absurdum zu führen, mal ganz davon abgesehen, dass es nicht dem Willen des Gesetzgebers entsprochen haben dürfte, einen „ärztlich-pflegerischen Notstand“ herbeizuführen, in dem nunmehr die bisherige Delegationspraxis ganz überwiegend für unzulässig erklärt wird.

Eine Gesamtschau der insoweit einschlägigen Rechtsnormen zeigt vielmehr, dass in den (funktional im Übrigen gleichgerichteten) Modellvorhaben im SGB V und in den entsprechenden Berufsgesetzen klassische ärztliche Tätigkeiten auf die Pflegenden als selbständige Heilbehandlungsaufgaben im Wege der Substitution übertragen werden sollen, so dass der von den Autoren in ihrem Projektabschlussbericht vollzogene „Umkehrschluss“ nicht ohne Weiteres zulässig sein dürfte.

Auch die bisher „dreijährig“ ausgebildeten Pflegefachkräfte können im Rahmen der bisherigen Delegationspraxis tätig werden, während demgegenüber die „selbständige Ausübung der Heilkunde“ einer weiteren Qualifikation bedarf, die dann gleichsam zu einer notwendigen Verlängerung der Ausbildung insgesamt führt. Eine teleologische Betrachtung der Normen und ihres systematischen Zusammenhangs gebietet m.E. vielmehr den Schluss, dass die nach dem „alten Zuschnitt“ ausgebildeten Pflegefachkräfte „nur“ dann zum Adressaten einer echten Substitution genuin ärztlicher Aufgaben werden können, wenn und soweit sie über die in § 3 Abs. 1 und 2 KrPflG beschriebenen Aufgaben hinausgehende erweiterte Kompetenzen zur

---

<sup>5</sup> Insofern ist auch bezeichnend, dass in dem Projektabschlussbericht weitestgehend die zwischenzeitlich ergangene neuere Literatur – mit Ausnahme des Beitrages v. Hanika, Pflegerecht und Patientensicherheit im Lichte der Delegations-, Substitutions- und Allokationsdiskussion, in PflR 13 (8), S. 372 ff. – ausgespart wurde. Vgl. dazu mit weiteren Nachweisen, L. Barth, Neuordnung der Gesundheitsfachberufe: Wer trägt hier eigentlich zur „Verwirrung“ bei? (2009) >>> [http://www.iqb-info.de/Neuordnung\\_Gesundheitsberufe\\_Diskussionsstand\\_2009\\_Lutz\\_Barth.pdf](http://www.iqb-info.de/Neuordnung_Gesundheitsberufe_Diskussionsstand_2009_Lutz_Barth.pdf) <<<. Die in dem Projektabschlussbericht überwiegend verarbeitete Literatur betrifft im Übrigen überwiegend den Meinungsstand zur „alten“ Debatte um das Für und Wider der klassischen Delegation, die nur insoweit Aktualität beansprucht, als dass es tatsächlich auch um Rechtsfragen der Delegation geht und zwar jeweils mit Blick auf die unterschiedlichen Versorgungssektoren.

<sup>6</sup> Im Hinblick auf diesen Aspekt dürfte die „alte“ Literatur zur Delegationsproblematik noch einschlägig sein; dies gilt im Übrigen auch für die Delegation von pflegerischen auf die nachgeordneten pflegerischen Dienste.

Ausübung heilkundlicher Tätigkeiten vermittelt bekommen haben, im Übrigen aber der bisherige Status quo der beruflich Pflegenden mit Blick auf die Delegationspraxis sich nicht durch die funktional gleichgerichteten Regelungen über die Modellvorhaben geändert hat.

Insofern ist auch die an das Bundesministerium für Gesundheit gerichtete Anfrage v. R. Roßbruch für die hier entscheidende Frage, ob die bisherige Delegationspraxis nunmehr ein „abruptes Ende“ gefunden hat, wenig aufschlussreich.<sup>7</sup> Eine andere Antwort des BMG wäre vielmehr überraschend gewesen, denn nach den Neuregelungen sowohl im SGB V und den einschlägigen Berufsgesetzen war und ist es unbestritten, dass eine Substitution ärztlicher Leistungen nur nach erfolgter Qualifizierung über den bisherigen Ausbildungsrahmen hinaus in Frage kommt. Von daher erweist sich im Zweifel der „Umkehrschluss“ in der Anfrage an das BMG als ein echter „Zirkelschluss“, der zu ziehen anders nicht möglich war!

Insofern erscheint es mir derzeit auch diskussionswürdig zu sein, ob das bisherige Dreistufen-Modell der Delegation nunmehr durch ein zur Diskussion gestelltes Zweifallgruppenmodell, sog. Substitutionsmodell, abgelöst wird.<sup>8</sup>

Das sog. „Substitutionsmodell“ mit den zwei Fallgruppen kann ein Modell sein, wenngleich dieses Modell nicht (!) die Rechtslage widerspiegelt, zumal einerseits die ärztlichen Aufgaben noch nicht spezifiziert worden sind und zum anderen das bisherige „Delegationsmodell“ unverändert fort gilt.<sup>9</sup>

Gerade hierin liegt der wesentliche Unterschied zwischen der „Delegation“ und der „Substitution“ ärztlicher Aufgaben, die bei einer gewünschten Substitution auf die beruflich Pflegenden (auch) zu einer genuin pflegerisch-ärztlichen Leistung werden, die sowohl vom Arzt als auch von den sich erfolgreich qualifizierten Pflegefachkräften erbracht werden dürfen.

Dieser Befund freilich kann nicht ohne Folgen für die in dem Projektabschlussbericht eher nur am Rande erwähnten weiteren haftungs- und strafrechtlichen Folgen bleiben, zumal im Abschlussbericht die nachfolgende These aufgestellt wird:

*„Noch offen ist, ob oder inwieweit vorab die Verschiebung der zivilrechtlichen Haftung und der strafrechtlichen Verantwortung von den Ärzten auf die Pflegefachkräfte geregelt werden muss. Wienke bemerkt hier zu Recht, dass Pflegefachkräfte auch bereits im Modellvorhaben als eigenständige Leistungserbringer auftreten, sie sollten daher auch die rechtliche Verantwortung für ihr Handeln tragen.“<sup>10</sup>*

Ungeachtet der Frage, ob sich hier ein Regelungsbedarf ergibt, der vorab abzuklären ist, spricht schlicht einiges für die diesseits bereits mehrfach geäußerte Rechtsansicht, dass dann

---

<sup>7</sup> Projektabschlussbericht, aaO., S. 17

<sup>8</sup> Projektabschlussbericht, aaO., S. 18

<sup>9</sup> Im Übrigen bliebe es wohl dem G-BA auch unbenommen, etwa die „Blutentnahme“ als eine Tätigkeit auszuweisen, die künftig (auch) von den Pflegenden in eigener Kompetenz wahrgenommen werden kann; dem zu erwartenden Katalog von übertragbaren Tätigkeiten sind – vorbehaltlich der erforderlichen Qualifizierung – zunächst nur Grenzen gesetzt, die derzeit noch als unverrückbar gelten und sich weitestgehend aus dem Facharztstandard ergeben. Ob dies allerdings perspektivisch noch Geltung beansprucht, ist eine offene Frage, denn mit der Vermittlung weiterer (ärztlicher) Kompetenzen sind vielfältige ärztliche Aufgaben auf das Pflegepersonal übertragbar, die derzeit noch als „unmöglich“ erscheinen.

<sup>10</sup> Projektabschlussbericht, aaO., S.10, dort mit Hinweis auf Wienke, Pflegekräfte sollen ärztliche Tätigkeiten übernehmen: Pflege-Weiterentwicklungsgesetz greift in ärztliche Kompetenzbereiche ein [Electronic Version]. GMS Mitteilungen aus der AWMF, >>> <http://www.egms.de/en/journals/awmf/2007-4/awmf000139.shtml#Text>  
<<<<

der Folge der Substitution genuin ärztlicher Leistungen das Pflegepersonal vollumfänglich haftet; mit der Substitution werden zugleich mit den Einzelaufgaben die ärztlichen – nunmehr pflegerischen! – Primärpflichten an die Pflegenden übertragen und damit bewegen diese sich in letzter Konsequenz auf „Augenhöhe“ mit ihren ärztlichen Kollegen, und zwar im Rahmen einer horizontalen Arbeitsteilung.

Von daher ist es nur folgerichtig, wenn zugleich auch eine „Substitution“ der Primärpflichten und damit Rechtsfolgen erfolgt, so dass künftig – je nach der substituierten ärztlichen Aufgabe – das Pflegepersonal im Zweifel auch die Anamnese, die Diagnostik, Indikation und Therapie<sup>11</sup> schuldet und hierbei insbesondere die in jahrzehntelanger Rechtsprechung entwickelten Pflichten als eigenständig zu beachtende Pflichten zu erfüllen hat – freilich auch mit der Kehrseite der Medaille der Substitution, dass künftig bei medizinisch-pflegerischen Fehlschläge das Pflegepersonal alleine – vorbehaltlich einer gesamtschuldnerischen Haftung – Verantwortung und damit die Haftung trägt.

*„Wenn Pflegefachkräfte zukünftig als eigenständige Leistungserbringer in der GKV auftreten sollen, müssen sie auch die rechtliche Verantwortung ihres Handelns alleine tragen. Eine übergeordnete Verantwortung der Ärzte scheidet dann für diese Bereiche aus“*, so das Zitat von Wienke im Wortlaut und dem ist vorbehaltlos zuzustimmen.<sup>12</sup> Freilich wird man/frau allerdings berücksichtigen müssen, dass diese Haftungsverschärfung erst dann zum Tragen kommt, wenn und soweit die einzelnen Mitarbeiter die erweiterten Kompetenzen erworben haben.

Sofern also die „Ausbildungszeit“ im Modellvorhaben mit Blick auf die erweiterten ärztlichen Aufgaben noch nicht abgeschlossen ist, wird diesseits eher für gesteigerte Sorgfaltspflichten plädiert, die zugleich über die bisherigen Voraussetzungen bei der „Aufgabenübertragung“ nach dem klassischen Delegationsmodell hinausragen dürften.<sup>13</sup>

Nach Abschluss der Qualifikation indes besteht keine Veranlassung, den beruflich Pflegenden im Gegensatz zu ihren ärztlichen Kollegen haftungs- oder strafrechtliche Privilegien einzuräumen.

M.E. ist daher die „offene Frage“ nach den haftungs- oder strafrechtlichen Implikationen der Substitution ärztlicher Aufgaben eher unspektakulär zu beantworten: Den beruflich Pflegenden als eigenständige Leistungserbringer künftiger ärztlicher Aufgaben trifft das gesamte „Arztrecht“, mal von spezifischen berufsrechtlichen Regelungen abgesehen, so dass jedenfalls mit Blick auf die Substitution ärztlicher Aufgaben auf das Pflegepersonal das ungeschriebene „Pflegerrecht“ im weitestgehend „ungeschriebenen“ und sich in den bewährten Händen der Arztrechtssenate der Gerichte befindlichen „Arztrecht“ aufgehen wird.

Mit anderen Worten: vollendete Emanzipation mit allen zivil- und strafrechtlichen Konsequenzen!

---

<sup>11</sup> z.B. Wundmanagement

<sup>12</sup> Roßbruch scheint dieser Auffassung sich anzuschließen, Projektabschlussbericht, aaO., S. 10, wenngleich einstweilen weitere Konsequenzen von ihm hieraus nicht gezogen werden.

<sup>13</sup> Insofern plädiere ich – im Gegensatz etwa zu Bergmann – u.a. für gesteigerte Aufklärungspflichten gegenüber dem Patienten, wenn und soweit nunmehr das Pflegepersonal eigenständig ärztliche Aufgaben zu übernehmen gedenkt. Sofern dann im Übrigen die erweiterte Kompetenzvermittlung abgeschlossen ist, wird zu fragen sein, ob dann in der Folge auch das Pflegepersonal selbständig über die ihr übertragenen Aufgaben den Patienten aufzuklären hat, damit letztere ihr Einverständnis resp. Einwilligung in den pflegerisch-ärztlichen Heileinriff erteilen können. Zur Erinnerung: derzeit ist die Aufklärung über den Heileinriff nicht delegationsfähig, wenngleich dieser zentrale Grundsatz nicht ohne weiteres bei einer Substitution Geltung beanspruchen muss.

Das Thema der Substitution wird uns alle also noch eine Weile beschäftigen, zumal mit Blick auf die einzelnen Versorgungssektoren.

Entscheidend jedenfalls dürfte sein, hier künftig für mehr Rechtsklarheit und Transparenz Sorge zu tragen und da spricht dann einiges dafür, dass für ein und dieselbe Tätigkeit auch ein gemeinsamer Haftungsmaßstab begründet wird. Die strafrechtlichen Aspekte der Substitution sind m.E. von eher nachgeordneter Bedeutung, denn durch die Substitution wird sich die zu übertragende ärztliche Aufgabe als ein zunächst einzustufender „Körperverletzungstatbestand“ wohl nicht ändern.

Die künftige „Rechtslage“ ist m.E. nach nicht so „kompliziert“, wie es derzeit den Anschein hat: die „Haftung des Pflegepersonals“ geht mit einer erfolgten Substitution ärztlicher Aufgaben auf das formell und materiell qualifizierte Pflegepersonal im „Arzthaftungsrecht“ auf und zwar zunächst ungeachtet der Tatsache, dass sich nach einem pflegerisch-medizinischen „Fehlschlag“ die Haftung voraussichtlich beim Träger konzentrieren wird.

Offen hingegen dürfte nach wie vor die Frage sein, ob ggf. die Organisationspflichten des Trägers entsprechend zu modifizieren wären; dies könnte zumindest für die Laufzeit der entsprechenden Modellvorhaben diskussionswürdig erscheinen.

Lutz Barth, 09.11.09

#### Hinweis:

Bereits im Zuge der leidigen Debatte um die Delegation ärztlicher Aufgaben und den sog. Vorbehaltsaufgaben für die beruflich Pflegenden ist diesseits der Versuch unternommen worden, auf die „Haftungsverschärfung“ für die beruflich Pflegenden aufmerksam zu machen; vgl. dazu mit weiterführenden Hinweisen aus Literatur und Rechtsprechung

*L. Barth, Vorbehaltsaufgaben für die Pflege und die haftungsrechtlichen Konsequenzen (?)  
Oder: will die Pflege tatsächlich in den „arztfreien Raum entlassen“ werden? (31.08.06)*



>>> [Pdf. Dokument aufrufen und drucken](#) <<<

Der in der Zeitschrift PflR erschienene und in dem Projektabschlussbericht erwähnte „Dreiteiler“ zur „Standortbestimmung Pflege“ ist im Übrigen auch auf Widerspruch gestoßen. Die Gründe hierfür sind offensichtlich, neige ich doch nicht dazu, irgendeine Lobby zu vertreten und ggf. hierauf meine rechtliche Argumentation auszurichten.

Insbesondere mit Blick auf die medizinisch-arbeitsteiligen Prozesse in stationären Alteneinrichtungen habe ich bereits vor über 15 Jahren eine eher kritische Position bezogen (vgl. dazu etwa den Beitrag *Laxe Handhabung in der Praxis*, in *Altenpflege* 1994, S. 109 ff.). Ohne erkennbare Not wurden bereits seinerzeit (ärztliche) Aufgaben zu vermeintlichen „Pflichtaufgaben“ in der (Alten-)Pflege erklärt und da darf es nicht wundern, dass es einigen Pflegekundler erhebliche Mühen bereitet, nunmehr zwischen der „Delegation“ und der „Substitution“ hinreichend zu differenzieren. Die von mir seinerzeit vertretene Position war nicht „praxisfern“ – wie ein namhafter Pflegerechter damals zu rügen meinte –, sondern lediglich der konsequenten Rechtsanwendung geschuldet. Dass dabei von der herrschenden Lehre im Übrigen „Weisungsrechte“ der Ärztinnen und Ärzte gegenüber dem „fremden Personal“ in stationären Al-

teneinrichtungen „geleugnet“ wurden, war ebenso ein bedauerlicher Irrtum wie nunmehr ganz aktuell der Umstand, dass die an sich zu ziehenden Rechtsfolgen bei einer „Substitution“ ärztlicher Leistungen auf das qualifizierte Pflegepersonal sich nicht abschätzen lassen.

Derzeit gibt es keine triftigen Gründe, haftungsrechtliche Privilegien und damit letztlich ein „Sonderhaftungsrecht“ für die beruflich Pflegenden zu diskutieren: die zu übertragende ärztliche Aufgabe wird ihrem Inhalte nicht „verändert“, sie wird künftig nur durch andere Personen zusätzlich wahrgenommen werden können.

© IQB 2009

>>> [Impressum/Haftungsausschluss](#) <<<

Für Anregungen und Kritik ist der Verfasser verbunden.

>>> E-mail: [webmaster@iqb-info.de](mailto:webmaster@iqb-info.de)

>>> home: Zur Webpräsenz: <http://www.iqb-info.de/>