



Zeitschrift für Gesundheitspolitik
GP

Ausgabe 02/2014

Schwerpunktthema

**Neue Heilberufe
in der Gesundheitsversorgung**

Schwerpunktthema:

Neue Heilberufe in der Gesundheitsversorgung

Z
GP

Schwerpunktthema

**Neue Heilberufe
in der
Gesundheitsversorgung**

Ausgabe 2/2014

Impressum:

Die in der ZGP veröffentlichten Beiträge sind nicht unbedingt mit der Auffassung des LIG oder seines Trägers ident.

LIG – Linzer Institut für Gesundheitssystem-Forschung
Obmann: Präs. Dr. Peter Niedermoser
Geschäftsführer: Hon.-Prof. Dr. Felix Wallner

ZGP – Zeitschrift für Gesundheitspolitik
Medieninhaber, Herausgeber und Redaktion: Linzer Institut für
Gesundheitssystem-Forschung, Dinghoferstraße 4, 4010 Linz

Coverfoto: www.fotolia.com (Andrey Popov)
Redaktion: Mag. Katharina Riedler; Thomas Bergmair
Verleger: Verlagshaus der Ärzte GmbH, 1010 Wien
Druck: Ferdinand Berger & Söhne GmbH, 3580 Horn

Liebe Leserin, lieber Leser,

auch diese Ausgabe der ZGP greift ein aktuell höchst umstrittenes und sensibles Thema auf: die Frage der erweiterten Delegation ärztlicher Leistungen an nichtärztliche Heilberufe.

Die Debatte wäre unbelasteter, würde sie vor einem anderen Hintergrund ablaufen. Tatsächlich geht es erklärtermaßen darum, dem sich abzeichnenden (und über weite Strecken auch bereits spürbaren) Ärztemangel entgegenzuwirken. Man kann diese Pläne daher sehr kritisch sehen, nämlich als Versuch, Ärzte durch andere Gesundheitsberufe zu ersetzen, von denen man wegen ihrer deutlich kürzeren Ausbildungsdauer erwarten kann, dass sie geringere Einkommenserwartungen haben. Man könnte unterstellen, dass damit ganz bewusst Qualitätseinschränkungen in Kauf genommen werden und darin ein Phänomen wiedererkennen, das den Beobachtern der Gesundheitspolitik nur zu gut bekannt ist: auf der einen Seite wird ständig von Qualitätsverbesserungen geredet, konkret geht es aber oft nur darum, Kosten einzusparen.

Man kann das Thema aber auch konstruktiver sehen. Schon seit Jahren wird von der ärztlichen Standesvertretung darauf hingewiesen, dass ärztliche Ressourcen dadurch verschleudert werden, dass Ärzte viele Tätigkeiten übernehmen müssen, für die sie überqualifiziert sind. Ärzte haben in einem Ausmaß Administrationsleistungen zu erbringen, wie man sie Fachkräften in der Privatwirtschaft nie zumuten würde, weil man sie zu anderen Arbeiten braucht. Turnusärzte (und heute sogar schon immer mehr fertig ausgebildete Fachärzte) müssen Tätigkeiten übernehmen, die schon nach geltendem Recht problemlos vom diplomierten Pflegepersonal erbracht werden könnten. Gelingt es, Ärzte von diesen Tätigkeiten freizuspähen, ist natürlich viel erreicht.

Letztlich geht es aber – so legitim die Vertretung von Berufsinteressen ist – nicht nur darum, was Vertreter der Ärzte oder der Pflegekräfte wollen. Gerade die Kompetenzzuordnung an die einzelnen Gesundheitsberufe ist eine Entscheidung, die die Qualität der Patientenversorgung bestimmt. Es geht daher zuvorderst um die Frage, was ist ärztlicher Kernbereich und welche Leistungen können unter welchen Bedingungen ohne Qualitätsverlust von Ärzten an Berufsgruppen mit kürzerer Ausbildungsdauer delegiert werden.

Also viele Fragen, auf die es noch wenige Antworten gibt. Auch dieses Heft kann natürlich nicht den Stein der Weisen präsentieren. Wir wollen aber, dem Ziel dieser Zeitschrift getreu, eines leisten: Denkanstöße liefern. Wir hoffen, dass wir dafür auch dieses Mal auf Interesse stoßen.

Hon.-Prof. Dr. Felix Wallner
Geschäftsführer LIG

Dr. Peter Niedermoser
Obmann LIG

Inhaltsverzeichnis

Medizin und Pflege in der Historie	9
<i>Mag. Katharina Riedler</i>	
Die Zusammenarbeit zwischen Ärzten und anderen Gesundheitsberufen – Aufgabensplitting und zivilrechtliche Haftungsproblematik an den Schnittstellen	27
<i>Dr. Andreas Joklik, LL.M.</i>	
Überlegungen zur Delegation ärztlicher Leistungen an nichtärztliche Gesundheitsberufe	55
<i>Hon.-Prof. Dr. Felix Wallner</i>	
Die Delegation ärztlicher Leistungen an nichtärztliches Personal – ein Ausweg aus dem prognostizierten Ärztemangel der Zukunft?	69
<i>Univ.-Prof. Dr. Wolfgang Kröll, Univ.-Prof. Dr. Gerhard Wolf</i>	
Auf den StandPunkt gebracht	105
<i>Mit Beiträgen von Ursula Frohner, PhDr. Petra Herz, MAS und ao. Univ.-Prof. Dr. Thomas Szekeres</i>	
Die Bildungsfalle: Die Folgen der Akademisierung	113
<i>Svenja Hofert</i>	

Mag. Katharina Riedler

Gesundheitsökonomie, Linzer Institut für Gesundheitssystem-Forschung

Medizin und Pflege in der Historie

1. Einleitung	10
2. Beginn von Medizin und Pflege	11
3. Von den Griechen und Römern bis ins Mittelalter	14
4. Die Neuzeit: vom Hospital zum Krankenhaus	17
5. Das 20. Jahrhundert	21
6. Medizin und Pflege heute	25
7. Literaturverzeichnis	26

Der vorliegende Beitrag beschäftigt sich mit der historischen Entwicklung von Medizin und Pflege bis ins 20. Jahrhundert hinein und möchte dem Leser verdeutlichen, dass Medizin, Pflege und Krankenhaus nicht immer im selben Verhältnis zueinander standen, wie dies heute der Fall ist, sondern von der jeweiligen Zeit, ihren verfügbaren Mitteln und ihrer Moral geprägt wurden. Dabei ist erstaunlich, was bereits frühe Kulturen auf diesem Gebiet geleistet haben, aber auch erschreckend, welche Irrwege, vor allem in der NS-Zeit, begangen wurden. Und auch heute noch sind wir längst nicht am Ideal von ärztlicher und pflegerischer Versorgung angekommen, sondern sehen uns einem stetigen Bedarf an Verbesserung nicht nur in fachlichen, sondern wie jeher auch in ökonomischen und menschlichen Belangen gegenüber.

1. Einleitung

Heute scheint es selbstverständlich zu sein, dass in einem Spital alle Arztberufe – vom Allgemeinmediziner bis zum Spezialisten – vertreten sind. Der Arzt scheint das Wesen einer Krankenanstalt erst auszumachen, ohne ihn ist Krankenbetreuung unvorstellbar geworden. Natürlich ist das gut so, und tatsächlich garantieren gut ausgebildete Mediziner und Medizinerinnen in unseren Spitälern eine Versorgung auf sehr hohem Niveau, die auch nur bei einem Rückgang der Ärztezahlen, wie er derzeit beobachtet wird, als gefährdet einzustufen ist. Dennoch war dies nicht immer so, denn Spitäler waren in der Geschichte keinesfalls Ärztehäuser, sondern Einrichtungen, die Krankenpflege, Armen- und Altenbetreuung und sogar Pilgerherberge gewährten. Das Wort *Hospital* lässt sich vom lateinischen Wort *hospes* ableiten¹, das so viel wie Gastfreund oder Gast bedeutet. Der Wortstamm zeigt, dass mit dem Hospital, oder Spital, im ursprünglichen Sinn etwas anderes assoziiert wurde als heute. Seit dem Mittelalter wurden Dienste an Alten und Kranken aus christlicher Nächstenliebe und Barmherzigkeit heraus versehen und wurden auch meist von geistlichen Einrichtungen organisiert. Krankenpflege und Medizin waren lange Zeit nicht unmittelbar miteinander verbunden. Erst viel später wurden Ärzte in die stationäre Krankenpflege vermehrt mit einbezogen und übernahmen die Vorreiterrolle in den einstigen Hospitalen. Der vorliegende Beitrag soll darstellen, wann und warum die Ärzteschaft in die Spitäler Einzug hielt, wie sich Medizin und Pflege in der Historie gestalteten und sich seither entwickelten. Dabei ist es interessant zu beobachten, wie sehr sich die Moral bzw. die Religion einer Gesellschaft, ihre ökonomische Situation und andere äußere Faktoren, wie zum Beispiel Kriege oder Seuchen, auf die Organisation und Finanzierung der Krankenpflege und die medizinische Versorgung ausgewirkt haben. Aber auch ein umgekehrter Einfluss kann festgestellt werden. Zum Beispiel dann, wenn medizinische Erkenntnisse in den Lebensstil einer Gesellschaft übernommen werden, etwa in Form von hygienischen Maßnahmen, die sich in religiösen Vorschriften oder Gesetzen wiederfinden. Die folgenden Darstellungen zeigen auch auf, dass Gesundheit immer auch eine Frage von reich oder arm war und dies bis heute auch in gewisser Weise geblieben ist.

1 Ehrlich (2007); S. 74.

2. Beginn von Medizin und Pflege

Die Geschichte von Medizin und Pflege beginnt schon in der Zeit, als sich der Mensch vom Tier abzuheben begann, als die wachsenden Fähigkeiten es erlaubten, Erfahrungen zu machen, daraus zu lernen und weiterzugeben. So können etwa bereits erste chirurgische Eingriffe aus der Jungsteinzeit nachgewiesen werden (z.B. in der Megalithkultur in Dänemark, 4.500–800 v. Chr.). Der Mensch ist und war ein soziales Wesen und forderte daher die Hilfe anderer Mitglieder der Gruppe heraus. Die Pflege und Behandlung von Kranken, Gebärenden und Verletzten begleitet den Menschen daher schon seit jeher. Zwar kann die Paläopathologie² die Existenz und Behandlung von Krankheiten und Verletzungen bereits aus grauer Vergangenheit nachweisen und die Paläodemographie kann Rückschlüsse auf die Lebensumstände der Population ziehen, jedoch gibt es sehr wenig Wissen über das Warum und Wie von Eingriffen, da Aufzeichnungen aus der Zeit komplett fehlen. Die belegbare Geschichte von Medizin und Pflege beginnt daher erst später, vor allem auch, weil man bei frühen Kulturen nicht vermuten kann, dass es bereits einen ärztlichen oder pflegenden Stand gab. Diese Aufgaben waren in die soziale Gruppe integriert. Wie weit eine Kultur entwickelt war, kann man jedoch nicht daran festmachen, ob die Kranken gut gepflegt, ernährt und behandelt wurden. Vielmehr dürfte das eine Folge der Ernährungssituation und der Angst vor Ansteckung gewesen sein. Ist die Versorgung mit Nahrungsmitteln knapp und die Angst vor Ansteckung groß, ist die Wahrscheinlichkeit, dass Kranke zurückgelassen werden, größer. Prinzipiell kann aber davon ausgegangen werden, dass der Ursprung der Krankenpflege und -behandlung sich aus dem instinktiven Verhalten ergibt, das Leben des Individuums, der sozialen Gruppe – und damit den Fortbestand der Art – zu sichern.³ Ob und mit welcher Hingabe sich eine Gesellschaft um Hilflose kümmert, hängt aber auch vom Ethos innerhalb einer Gesellschaft ab, denn ohne eine ethische oder religiöse Ideologie in diese Richtung käme es nicht zu fürsorglichen Maßnahmen. Bereits bei den Neandertalern gab es eine starke Solidarität innerhalb der sozialen Gruppe, da Verletzte mit Frakturen oft noch Jahre überlebten – was ohne die Zuwendung durch andere Gruppenmitglieder mit Sicherheit nicht möglich gewesen wäre. Das Ausmaß der Zuwendungen ergibt sich jedoch erst durch die Ethik einer Kultur, die die Basis für die Entwicklung von Medizin und Pflege bildet.⁴

2 Wissenschaft von Krankheiten, die an Überresten von Menschen und Tieren der älteren Zeit gezeigt werden können

3 Seidler, Leven (2003), S. 13ff.

4 Bruchhausen, Schott (2008), S. 35f.

Gegen Ende der Jungsteinzeit bildeten sich in vielen Gebieten erste Hochkulturen, denen gemeinsam war, dass sich eine differenzierte Gesellschaftsform herauskristallisierte, in der es verschiedene Schichten und Berufe gab. Die bedeutendsten waren die sogenannten Flusskulturen, wie etwa in Mesopotamien zwischen Euphrat und Tigris, in Ägypten am Nil, in Indien am Indus und in China am Hoangho (etwa ab 3.000 v. Chr.).

Im alten Mesopotamien bestand eine Mischung aus magisch-religiösen und empirisch-rationalen Praktiken. Aus dieser Methodik entwickelten sich zwei Gruppen von Heilern, nämlich die Beschwörungsexperten und die Kräuterkundigen. Allerdings verschwammen diese beiden Heilberufe in ihrer praktischen Tätigkeit wieder stark miteinander und ließen sich kaum voneinander unterscheiden. Die Pharmazie war umfangreich, den Patienten wurden bereits pflanzliche, tierische und mineralische Stoffe verabreicht. Es gab jedoch noch keine durchgängige Krankheitstheorie, auch wenn man einzelne Krankheiten Veränderungen an Organen zuschrieb. Überdies verwendeten die Mesopotamier Diagnosehandbücher, die in der gesamten Antike und darüber hinaus große Bedeutung behielten. Außerdem wurde der sogenannten *Kodex Hammurabi* formuliert, ein Gesetzestext, der sowohl die Arzthonorare als auch etwaige Strafen bei misslungenen Behandlungen regelte. Über die Krankenpflege sind aus der mesopotamischen Hochkultur hingegen keine Werke bekannt. Es waren hierfür gleichermaßen Familienmitglieder, Priester und Ärzte zuständig. Auch in der Pflege mischte sich Magisches mit praktischen Anwendungen.⁵

Auch im alten Ägypten wurden Religion und Rationalität in der Medizin vermischt angewendet, denn eine Krankheit konnte nach den Vorstellungen der Menschen damals sowohl die Folge einer natürlichen als auch einer übernatürlichen Störung sein. Die Heiler gliederten sich grundsätzlich in drei Gruppen: Ärzte, Priester und Zauberer, wobei Ärzte häufig auch Priester waren, da Krankheiten oft als von den Göttern geschickt galten. In Ägypten gab es auch bereits Fachärzte, so wie etwa den „Arzt des Bauches“. Darüber hinaus existierten auf Papyrus verfasste Abhandlungen über z.B. pharmazeutische Rezepte, die Chirurgie oder die Gynäkologie. Die Sammlung der Rezepturen war dabei akribisch nach Symptomen, Diagnosen und Behandlungsanweisungen gegliedert, was den Beginn einer medizinischen Fachsprache markierte. Ärzte im alten Ägypten erhielten eine Besoldung durch den Staat und waren in der Folge dazu verpflichtet, alle Einwohner unentgeltlich zu behandeln. Es gab zahlreiche Behandlungsvorschriften, bei deren Missachtung der Arzt auch bestraft werden konnte. Generell war die Lebensweise der Ägypter stark reglementiert, etwa auch durch religiös geprägte Vorschriften. So bildete sich auch ein ausgedehntes öffentliches Gesundheitswesen heraus,

⁵ Seidler, Leven (2003), S. 19ff.

das Reinheit von Kleidung und Wohnung, Körperpflege (hierzu gehörte auch die Kosmetik) und Nahrung (z.B. sauberes Esswerkzeug und systematischer Fleischbeschau) betraf. Außerdem gab es bereits ein umfangreiches Kanalsystem und feste Bestattungsriten, die eine präventive Wirkung zeigten. Auch im alten Ägypten gab es noch keinen expliziten Pflegeberufsstand, jedoch gab es Arzthelfer, die teils ähnliche Tätigkeiten wahrnahmen. Hierunter fallen etwa die „Verbinder“ bei den Pyramidenbauten. Jedoch fielen auch alle Arten von Kosmetikern unter die Arzthelfer.⁶

In der frühen indischen Hochkultur gab es ebenfalls einen Mix aus empirischer und religiös geprägter Medizin, mit dem Unterschied, dass sich eine eigenständige Heilkunde, die brahmanische Medizin, entwickelte, die eine in sich geschlossene medizinische Theorie bildete. Besonders die Chirurgie war vergleichsweise hoch entwickelt. Neben diagnostischem und therapeutischem Vorgehen beinhaltete die brahmanische Heilkunde auch zahlreiche Regeln für die Lebensführung (Prävention) und die Krankenpflege. Ab ca. 600 v. Chr. beeinflusste der Buddhismus das Zusammenwirken von Medizin und Pflege stark. Die vier edlen Wahrheiten des Buddha beschrieben je vier Grundeigenschaften, für die wiederum vier Mitglieder der therapeutischen Einheit standen: der Arzt, das Heilmittel, der Pflegenden und der Kranke. Der Arzt hatte demnach idealtypisch Geschick, Wissen, Praxis und Lauterkeit in sich zu vereinen. Der Pflegenden sollte ebenfalls Wissen, Geschick und Reinheit an Körper und Seele aufweisen, jedoch auch die Hingabe als wesentliche Eigenschaft besitzen. So wurde in der indischen Hochkultur zwar die Pflege als Tätigkeit sehr wohl definiert, jedoch ist kein expliziter Berufsstand erwähnt. Die Integration der Pflege in die Heilkunst war im alten Indien Ausdruck von empirischen und religiösen Haltungen und Erkenntnissen. Eine besondere Stellung wurde der Pflege vor allem dann zugeschrieben, wenn die ärztliche Kunst an ihrem Ende angelangt war und es um lindernde Maßnahmen für den Kranken ging.⁷ Für das buddhistische Indien des 2. Jahrhunderts v. Chr. gibt es auch erste Hinweise auf pflegerische Einrichtungen, da entlang von Heeres- und Pilgerstraßen kleine Pflegestationen errichtet wurden.⁸

In China, ab 3.000 v. Chr., war die Medizin ein Miteinander von Heilkunst, Religion und Philosophie. Vor allem der frühe Ahnenkult, die Moralphilosophie des Konfuzius, der Daoismus nach Laotse und später auch der Buddhismus beeinflussten Medizin und Krankenpflege stark. Für die Chinesen bedeutete Krankheit vor allem eine Entgleisung aus dem Gleichgewicht (Yin & Yang, Qi), welches die heilenden Maßnahmen wieder herstellen sollten. Es wurde eine ganze Reihe von Heilpraktiken und Rezepturen entwickelt, von denen vor allem die Akupunktur und die

6 Seidler, Leven (2003), S. 22ff.

7 Seidler, Leven (2003), S. 27ff.

8 Gerabek (2007), S. 792.

Moxibustation hervorgehoben werden können. Bis heute hat die traditionelle chinesische Medizin Einfluss auf die moderne Medizin. Ab dem 6. Jahrhundert nach Christus soll es in China bereits Krankenhäuser gegeben haben, über die man jedoch keine genaueren Informationen hat.⁹

3. Von den Griechen und Römern bis ins Mittelalter

Im europäischen Altertum war der Medikus Vertreter eines angesehenen Berufs, ein Gelehrter, der sich darauf verstand, Heilkräfte von Natur und Göttern zu aktivieren. Seit Hippokrates (460–370 v.Chr.), der den Beginn der modernen Medizin markiert, etablierten sich verschiedene medizinische Schulen (z.B. Empiriker, Methodiker, Pneumatiker), die auf wissenschaftlichen Grundlagen und empirischen Erkenntnissen basierten.¹⁰ Vor allem aufgrund der beschränkten therapeutischen Maßnahmen der Zeit war die hippokratische Medizin stark auf die Gesundheitserhaltung fokussiert. Wesentlich waren dabei die Diätik und genaue Regeln für die Lebensführung. So verfasste etwa Diokles von Karystos Mitte des 4. Jahrhunderts v. Chr. ein Buch Über die gesunde Lebensweise, das einen ganzen Tagesablauf beinhaltet. Eine berufliche Tätigkeit war in diesen Ablauf jedoch nicht integriert und eine exakte Diätik konnte daher nur von Personen praktiziert werden, die keiner Erwerbstätigkeit nachgehen mussten. Die Diätik war die erste Stufe der praktischen Medizin und kümmerte sich um Luft, Licht, Ernährung, Bewegung, Schlaf, Ausscheidungen und Psyche des Patienten. Die Kenntnis der Gewohnheiten und des Tagesablaufs der Kranken war daher die Grundvoraussetzung für eine Behandlung. Dieser Eckpfeiler der damaligen Medizin gehört heute zum Tätigkeitsprofil der Pflege. Bei den Hippokratikern des alten Griechenlandes gab es daher keine Grenzen zwischen Medizin und Pflege, sondern die Pflege war in die ärztliche Tätigkeit integriert. Erst wenn die Diätik zu keiner Besserung des Zustandes des Patienten führte wurden Medikamente verabreicht und in weiterer Folge chirurgische Maßnahmen gesetzt.¹¹

Im alten Rom verfassten große Gelehrte, wie Celsus, Dioskur und Galen prägende Werke in den Bereichen der Anatomie, Physiologie, Pharmakologie und Chir-

9 Seidler, Leven (2003), S. 32ff.

10 Otten (2012), S. 16.

11 Seidler, Leven (2003), S. 55ff.

urgie.¹² Eine nachweisbar organisierte Form der Krankenpflege gab es erstmals bei den Römern, da der Staat aufgrund der vielen Kriegsverletzten ein großes Interesse an einer medizinischen und pflegerischen Versorgung zeigte. Neben den großen staatlichen Lazaretten für verwundete Soldaten (unter Augustus, 30 v.Chr.–14 n. Chr.) gab es aber auch sogenannte *Valetudinarien*, die auf großen Gutshäusern für die Behandlung von Sklaven errichtet wurden, und private Einrichtungen, in denen sich wohlhabende Bürger von Ärzten und Pflegern versorgen ließen (Letztere waren jedoch die Ausnahme).¹³ Dennoch können die römischen Einrichtungen zur Krankenpflege noch nicht als Hospitale bezeichnet werden, da sie lediglich zur Wiederherstellung von Arbeitskraft dienten. Chronisch und unheilbar Kranke wurden in den *Valetudinarien* nicht behandelt. In dieser Zeit kam es zum ersten Mal zu einer strukturierten Zusammenarbeit von Pflegepersonal und Medizinern. Die Pflege, angelernte Helfer, setzte sich vornehmlich aus männlichen Sklaven zusammen. Sie waren Gehilfen der Ärzte, jedoch keine Handlanger, was sich aus ihren umfassenden Aufgabenbereichen schließen lässt.¹⁴

Nach dem Untergang des Römischen Reiches – und damit dem Niedergang des allgemeinen Bildungsgutes – ging das umfassende medizinische Wissen des Altertums in Europa verloren. Lediglich in Klöstern wurden noch einige medizinische Werke aufbewahrt. Erst im 13. Jahrhundert kam das Wissen der hochentwickelten arabischen und griechischen Medizin langsam wieder nach Europa.¹⁵ In Folge kam es zu einem Konflikt zwischen der Heilkunst und Vertretern der christlich geprägten Gesellschaft, die allein auf das Göttliche vertrauten. Da Krankheit damals als Strafe oder Prüfung durch Gott angesehen wurde, gab es wenig Motivation, die Heilkunst voranzutreiben. Die stärkste Wirkung wurde ohnedies dem Gebet und der Buße beigemessen. Der Wille Gottes, ob jemand geheilt werden sollte oder nicht, konnte nach damaliger Meinung nicht durch die Heilkunst allein beeinflusst werden. Die Anwendung von Kräutern und Salben mischte sich daher häufig mit spirituellen Anwendungen. Die Klostermedizin war auf dem Vormarsch. Die bekannteste Vertreterin dieser Zeit war Hildegard von Bingen (1098–1179), die ebenfalls die Meinung vertrat, dass die Heilung von der Hinwendung zu Gott abhängig sei.¹⁶ Ein Arzt, der nach wissenschaftlichen Methoden versuchte, Kranke zu heilen, wurde teils sogar als Ungläubiger betrachtet, da die Kraft zu heilen allein Gott zugeschrieben wurde. Der Beruf war daher in vielen Fällen wenig geachtet, bisweilen sogar geächtet. Zu dieser Zeit gab es keine einheitliche Schulmedizin, und neben Ärzten praktizierte eine Vielzahl anderer Heiler. Darüber

12 Otten (2012), S. 16.

13 Gerabek (2007), S. 792.

14 Seidler, Leven (2003), S. 71.

15 Otten (2012), S. 16.

16 Otten (2012), S. 17.

hinaus waren medizinische Eingriffe häufig von großen Schmerzen begleitet, da etwa ohne Narkose Amputationen durchgeführt wurden, und häufig führte eine Maßnahme des Arztes erst recht zum Tod des Kranken (z.B. durch den Aderlass). Das geringe Ansehen der Ärzte, bisweilen verknüpft mit einem Einkommen, das kaum zum Leben reichte, hielt sich bis ins 19. Jahrhundert hinein. Studierte Ärzte konnten sich bis in diese Zeit hinein kaum von anderen Heilern abheben.¹⁷

Auch die Geschichte der Krankenpflege wurde seit dem Mittelalter stark vom Christentum geprägt, das sich aus der religiösen Lehre heraus dazu verpflichtet sah und sich rasch über Europa verbreitete. Das Diakonat (griechisch *diakonein* bedeutet *schlichtes Dienen*) wurde von der katholischen Kirche sogar eigens zum Zwecke der Alten- und Krankenpflege geschaffen. Vorbild dafür waren die Synagogen der jüdischen Gemeinden, die vermutlich bereits seit dem Exil (536 n.Chr.) aus dem Prinzip der Gerechtigkeit heraus (gerechte Handlungen sind Wohltaten, also solche ohne Gegenleistungen) Armen- und Krankenpflege leisteten.¹⁸ Der Diakon war für die sozialen Dienste, also auch die Krankenpflege, zuständig. Ihm waren als Hilfskräfte weibliche Diakonissen zur Seite gestellt, die die Hauptarbeit übernahmen. Schon in dieser Zeit wurde Frauen die Fürsorge für Kranke als natürliche Aufgabe zugeschrieben. Im 4. Jahrhundert war jeder Bischof zur Hospitälgründung aufgefordert und es wurden sogenannte *Xenodochien* geschaffen. Es handelte sich dabei um größere Einrichtungen zur Armen-, Alten- und Krankenbetreuung, aber auch zur Unterbringung von Reisenden. Es muss festgehalten werden, dass es sich daher nicht um Krankenhäuser handelte, sondern mehr um Sozialasyle mit karitativem Charakter. Im Christentum versprach man sich aus der barmherzigen Tätigkeit in der Armen- und Krankenpflege das Seelenheil im Jenseits. Die Behandlung in den Klöstern war daher kostenlos. Lediglich Ärzte, die keine Mönche waren, hoben bei besser gestellten Patienten Honorare ein, während Mittellose ohne Gebühr (jedoch oft mit günstigeren Arzneien und Methoden) behandelt wurden. In vielen Klöstern gab es eigene Einrichtungen, die nur für die Kranken- und Altenpflege vorgesehen waren, so genannte *Infirmarien*. Im westlichen Teil des Römischen Reiches wurde die Krankenpflege durch den Benediktinerorden geprägt, der seine Mönche sogar zum Dienst an den Kranken verpflichtete. Die zunehmende Verstädterung im Mittelalter machte es den Orden jedoch immer schwerer, die Menge an Kranken zu bewältigen. Die ersten Städte begannen deshalb damit, eigene Hospitäler zu gründen. Vor allem die Folgen der Reformation und des 30-jährigen Krieges (16. und 17. Jh.) sowie später die Französische Revolution (1789–1799) trieben diese Entwicklung voran. Es mangelte zunehmend an Pflegekräften, und die Zahl der Verletzten und Kranken stieg an.¹⁹

17 vgl. Riedler (2013), S. 10–15

18 Gerabek (2007), S. 792.

19 Albert (1998), S. 60.

4. Die Neuzeit: vom Hospital zum Krankenhaus

Später führten die miserablen Lebensbedingungen im Zeitalter der Industrialisierung (19. Jh.) zu einem noch eklatanteren Mangel an Pflegekräften. Durch die zunehmende Armut, die schlechten Ernährungsverhältnisse, die unhygienischen Bedingungen in den explosionsartig wachsenden Städten und natürlich die ausbeuterischen Arbeitsbedingungen in den Fabriken kam es zu einer enormen Zunahme von Seuchen²⁰ und Krankheiten. Außerdem führte der Verlust traditioneller Familienstrukturen zur Verwahrlosung kranker und alter Menschen. Zusätzlich mussten aufgrund der zahlreichen Kriege des 19. Jahrhunderts viele verwundete Soldaten versorgt werden. Das Interesse an der Vorhaltung von ausreichend medizinischem und pflegerischem Personal wuchs daher auch in Friedenszeiten an.²¹ Es wurde versucht, dem Pflegekräftemangel durch das damals bereits gängige Lohnwartsystem zu begegnen. Lohnwarte waren Personen aus der ärmeren Gesellschaftsschicht, die gegen eine geringe Bezahlung als Wärter in den Krankenhäusern angestellt wurden. Allerdings verfügten diese Lohnwarte über keinerlei Ausbildung oder sonstige Qualifikationen, und es handelte sich bei ihrer Anstellung in den Krankenhäusern häufig selbst um eine Fürsorgemaßnahme.²² Das Lohnwartsystem und die Ordenskrankenpflege konnten den wachsenden quantitativen und auch den qualitativen Anforderungen in der Pflege bei weitem nicht mehr gerecht werden.²³

Die Medizin macht indes große Fortschritte, viele neue Entdeckungen verbesserten die Behandlungsergebnisse drastisch. Die während der Zeit der industriellen Revolution überfüllten Krankenhäuser stellten für Ärzte eine ideale Voraussetzung dar, um wissenschaftliche Reihenuntersuchungen und experimentelle Verfahren an Patienten durchzuführen und so zu einem größeren Wissen zu gelangen. Außerdem fand man hier ideale Ausbildungs-, Lehr- und Fortbildungsbedingungen vor. Ärzte, die zuvor hauptsächlich in privaten Häusern bei wohlhabenderen Personen vorsprachen, kamen zunehmend in die Spitäler, um dort Erfahrungen zu sammeln und neue Erkenntnisse zu gewinnen. So hat sich das medizinische Wissen dieser Zeit bald schon in den Spitälern konzentriert, das aufgrund der neuen therapeutischen Möglichkeiten häufig auch nur dort angewendet werden konnte.

20 Vergleiche auch Zimmer (1997), S. 5f. Seuchen Beispiel für die Stadt Halle a. d. Saale (Deutschland).

21 Bischoff-Wanner (2002), S. 15.

22 Gerabek et al. (2007), S. 794.

23 Bischoff-Wanner (2002), S. 15f.

Dies wiederum trieb auch Patienten aus besseren sozialen Schichten in die Krankenhäuser, um an den neuen Errungenschaften der Medizin teilhaben zu können. Da nun nicht nur noch unterprivilegierte Schichten im Spital behandelt wurden, änderte sich das Wesen des Spitals komplett. Plötzlich erhielten die Patienten nicht mehr vorrangig mildtätige Pflege und Unterkunft, sondern eine medizinische Behandlung auf hohem Niveau. Tägliche ärztliche Behandlung und Untersuchungen wurden zur Routine. Die Tätigkeit im Krankenhaus war für Ärzte folglich nicht mehr nur aus wissenschaftlicher Sicht interessant, sondern auch aus finanziellen Gründen. Aus Armenspitälern waren moderne Krankenhäuser geworden.²⁴ Die Trennung von Armenhaus und Krankenhaus wurde immer öfter vollzogen, auch wenn dies aufgrund des großen Armutproblems nicht immer möglich war. So gründete etwa Kaiser Joseph II. im Jahre 1784 das Wiener Allgemeine Krankenhaus, das aus einer Umgründung des „Großarmen- und Invalidenhauses“ entstand.²⁵ Dies markierte in Österreich auch den Beginn der beruflichen Pflege, da im AKH zu Beginn seines Bestehens bereits 140 Wärterinnen und Wärter in einem Dienstverhältnis beschäftigt wurden. Das Wartpersonal setzte sich bei Gründung des AKHs noch aus Männern und Frauen zusammen, die jeweils die Männer- bzw. Frauenabteilungen betreuten. Sukzessive wurden jedoch männliche Wärter auch in den Männerabteilungen durch Frauen ersetzt, was schließlich zu einer kompletten Verdrängung des männlichen Wartpersonals in die Psychiatrie und die Dermatologie zur Folge hatte. Der Wartdienst war ein Anlernberuf mit niedrigem Ansehen, schlechter Bezahlung und miserablen Arbeitsbedingungen. Der Aufgabenbereich des Wartpersonals beschränkte sich daher auch hauptsächlich auf Reinigungsarbeiten und die Verpflegung der Patienten. Aus fachlicher Sicht war jedoch die Betreuung durch Ordensschwestern nicht besser, da die Mutterhäuser die Prioritäten in der Ausbildung vielfach auf religiöse Aspekte legten. Dennoch zeichneten sich die geistlichen Schwestern durch ein höheres Maß an Fürsorglichkeit aus und schufen in ihren Spitälern eine entspanntere Atmosphäre.²⁶

Durch die zunehmende ärztliche Tätigkeit in den Spitälern, das sich verändernde Patientenklientel und den Fokus auf die medizinische Tätigkeit veränderte sich im 18. Jahrhundert auch das Verhältnis zwischen Ärzten und Pflegenden. Der Pflege wird die Rolle einer Grundversorgung der Patienten als Grundvoraussetzung für medizinisches Handeln zugeschrieben. Dadurch werden das niedrige Bildungsniveau und die fehlende Ausbildung der Pflegenden mehr und mehr als Mangel empfunden.²⁷ Auch führende Ärzte ihrer Zeit begannen daher, sich für eine geregelte Ausbildung für Pflegepersonen einzusetzen. So etwa Theodor Billroth (1829–1894), ein

24 Albert (1998), S. 63. und Seidler, Leven (2003), S. 167f.

25 vgl. Wiener Krankenanstaltenverbund <http://www.akhwien.at/default.aspx?pid=88>

26 Fürstler (2011), S. 63 u. 166ff.

27 Gerabek (2007), S. 795.

Wiener Chirurg, der sich für den Bau des Wiener Rudolfinerhauses, eines Spitals mit eigener Schule für Pflegepersonal, stark machte.²⁸ Zusätzlich bereitete nach wie vor der Mangel an Pflegepersonen Probleme. Im 19. Jahrhundert existierten grundsätzlich vier Organisationsformen der Krankenpflege. Zum einen war das die katholische Ordenspflege, die Pflege aus dem Prinzip der christlichen Nächstenliebe heraus betrieb. Die Ausbildung erfolgte durch Lernen am praktischen Beispiel erfahrener Pflegerinnen. Die soziale Unterschicht (Witwen, arme Mädchen etc.) wurde wegen der schlechten Erfahrungen mit dem Wärterinnensystem nicht mehr als Pflegepersonal aufgenommen. Zum zweiten gründeten auch evangelische Diakonien Krankenpflegeverbände, die vom katholischen Vorbild geprägt waren. Krankheit wurde bei den Katholiken und den Protestanten nicht mehr nur als Strafe Gottes angesehen, sondern vor allem auch als Prüfung für die Gläubigen. Neben der Ordenspflege wurden auch weltliche Mutterhausverbände gegründet, die aber ebenfalls auf der religiösen Ideologie basierten, und in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts entstand auch die freiberufliche Krankenpflege aus der aufflammenden Frauenbewegung heraus. Denn Ausbildung, Arbeitsbedingungen und soziale Absicherung in den weltlichen Mutterhäusern waren schlecht. In diesem Jahrhundert wurde in Europa Pflegetätigkeit bereits vorwiegend von weltlichen Frauen verrichtet und galt zunehmend nicht mehr nur als christliche Liebestätigkeit, sondern mehr als bürgerliche Wohlfahrtspflege. In der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts kam es in Österreich jedoch wieder zu einer vermehrten Übernahme der beruflichen Pflege durch Ordensschwestern, was das weltliche Pflegepersonal in Bedrängnis brachte. Dieser Gebietskampf wurde erst zu Gunsten der weltlichen Pflege entschieden, als es zur Einrichtung staatlicher Schulen für die Krankenpflege kam. Indes wurden in der Medizin des 19. Jahrhunderts bedeutende Entdeckungen gemacht, die es zuließen, vermehrt Eingriffe vorzunehmen. So ermöglichte der Einsatz von Betäubungsmitteln (Lachgas, Äther, Chloroform) erweiterte chirurgische Maßnahmen im Bauchraum. Die Diagnostik im Allgemeinen wurde verbessert und der Einsatz von Röntgentechnologie eröffnete völlig neue Einblicke. Diese Erweiterungen des medizinischen Handlungsspektrums führten in der Folge zu einer Ausdifferenzierung in Einzelfächer.²⁹

28 Fürstler (2013), S. 157.

29 Seidler, Leven (2003), S. 192–224.

Rollenbild der Frau und Pflegemangel

Während der französischen Revolution und der Industrialisierung stieg das Bürgertum zur ökonomischen Oberschicht auf. Schon seit dem 17./18. Jahrhundert wurde die nicht arbeitende Hausfrau als Ideal gesehen. In der Folge kam es in dieser Bevölkerungsgruppe zu einer geschlechtsspezifischen Arbeitsteilung. Der Mann war der Starke, der Familienvorstand und Ernährer, der für die außerhäusliche Arbeit zuständig war. Seine Frau, die als schutzbedürftig, abhängig, selbstlos und gehorsam galt, war von der bezahlten Arbeitstätigkeit befreit. Ihre Aufgabe war häusliche Arbeit, die nicht entlohnt, sondern allein mit „Liebe“ zu vergüten war. Es wurde als das natürliche Wesen der Frau angesehen, Liebestätigkeiten zu erbringen. Aufgrund des Mangels an Pflegepersonal kam es zur Rekrutierung dieser verfügbaren und kostenlosen Arbeitskräfte, indem die zuvor als ekelhaft und für sozial höher stehende Personen unzumutbar gehaltene Aufgabe der Krankenpflege zum Liebesdienst par excellence hochstilisiert und quasi der Mutterrolle gleichgestellt wurde. Man war der Meinung, die natürlichen weiblichen Eigenschaften würden sich besonders für den Beruf der Krankenpflege eignen. So wurde die Krankenpflege zum unbezahlten Beruf.³⁰ Diese Entwicklung war vor allem in Deutschland prägend, in Österreich hingegen gab es bereits zu Beginn des wissenschaftlichen Aufschwungs der Medizin Bestrebungen, die Pflege hierarchisch unterzuordnen. Die bürgerliche Frau als Ideal brachte daher hierzulande keine großen Veränderungen im Verhältnis zwischen Krankenpflege und Ärzten mehr.³¹ Vermutlich konnten bürgerliche Frauen auch deshalb in Österreich kaum für die Krankenpflege gewonnen werden, weil die Ausbildung und Arbeitsbedingungen hier um einiges schlechter waren als in Deutschland oder England. Dennoch wurde in Österreich ebenso versucht, die idealisierten Wesenszüge der bürgerlichen Hausfrau, die auch in den Ordensschwwestern gesehen wurden, auf das Pflegepersonal zu übertragen. Die Pflegerin war die Mutter, der Arzt der Vater, der Patient das Kind und die Krankenpflege die Hausarbeit, die Aufgabe der Frau war.

Wissenschaft und Prinzip der Mütterlichkeit

Zu Beginn des 19. Jahrhunderts gab es noch keine einheitlichen Regelungen zur Ausübung des Arztberufes. Den Ärzten standen vor allem am Land eine Vielzahl anderer Heilberufe, wie Bader, weise Frauen, Steinschneider oder Starstecher, gegenüber. Erst im 19. und 20. Jahrhundert entwickelte sich ein einheitlicher Ärztestand, der sich von den anderen, nichtakademischen Heilern abhob und so die

30 Bischoff-Wanner (2002), S. 16f.

31 Fürstler (2013), S. 159f.

dominante Rolle übernahm. Die zunehmend wissenschaftliche Orientierung der Ärzte verlangte jedoch nach Hilfsberufen, die die sehr technisch gewordene Medizin um den Aspekt der Nächstenliebe und der aufopfernden Fürsorge ergänzte.³² Männer wurden als eher kühl, rational und egoistisch eingestuft, was zwar perfekt für die Wissenschaft war, jedoch einer ganzheitlichen Widmung aller Bedürfnisse des Patienten im Wege stand (etwa Gefühlszustände, Ängste etc.). Ein Patient bedurfte schon aus damaliger Sicht nicht nur der Medizin, sondern auch der Pflege. Da die Frauen in der Krankenversorgung damals als Verkörperung der natürlichen Fürsorglichkeit und selbstlosen Aufopferung gesehen wurden, was vom Prinzip der Mütterlichkeit abgeleitet wurde, galten Sie als perfekte Ergänzung zu den Ärzten. Darüber hinaus waren sie durch ihre abhängige und untergeordnete Rolle im privaten Bereich auch in den Krankenhäusern eher dazu bereit, sich der Autorität der Ärzte zu beugen und deren Anordnungen zu befolgen. Dieselben Argumente wurden auch herangezogen, um Frauen vom Medizinstudium auszuschließen. In einer Stellungnahme einer medizinischen Fakultät zum Frauenstudium heißt es etwa: „*Das Weib hat andere natürliche Interessen; es strebt vor allem danach, Gehilfe des Mannes zu werden.*“³³ Die erste promovierte und auch praktisch tätige Ärztin im deutschsprachigen Raum war zwar bereits sehr früh die von ihrem Vater ausgebildete Dorothea Erxleben (1715–1762) in Halle (Deutschland), sie gilt aber als privilegierter Einzelfall. Im ausgehenden 19. Jahrhundert öffnete sich jedoch langsam der Zugang zu den medizinischen Universitäten auch für Frauen (z.B. 1863 in Zürich, in Wien erst ab 1900).³⁴

5. Das 20. Jahrhundert

Bei der Eröffnung des Welser Krankenhauses im Jahre 1903 war Dr. Oskar Spechtenhauser der einzige Arzt. Seine Primararztstellung wurde in den folgenden paar Jahren vorerst lediglich durch 4 Sekundararztstellen ergänzt. 1913 betrug die Ärztezahl insgesamt zehn Personen. Im Vergleich dazu umfasste das Spital 1904 bereits 37 Ordensschwestern und zwölf Kandidatinnen, die jedoch mit heutigen Zahlen nicht vergleichbar sind, da aufgrund der beinahe unbegrenzten Arbeitszeit eine Ordensschwester mindestens zwei weltliche Krankenschwestern ersetzte.

32 Bischoff-Wanner (2002), S. 19f.

33 Seidler, Leven (2003), S. 223f.

34 Ehrlich (2007), S. 244.

Bis 1914 wuchs die Zahl auf 59 Schwestern und acht Kandidatinnen an.³⁵ Es kann daher festgehalten werden, dass zu Anfang des 20. Jahrhunderts im Welser Krankenhaus auf einen Arzt weit über 20 (weltliche) Krankenschwestern kamen, während heute auf einen Arzt in einer österreichischen Krankenanstalt durchschnittlich lediglich 3,7 nichtärztliche Gesundheitsberufe kommen (Stand 2012).³⁶ Dies zeigt eine Tendenz, die aufgrund der fortschreitenden Entwicklung der Medizin, aber auch den berufsrechtlichen Fortschritten in der Pflege (Arbeitszeiten), zeitlich früher oder später, für viele Krankenanstalten gezeigt werden könnte und eine wichtige Entwicklung hin zum modernen Spital markiert. Bis zum Ausbruch des 1. Weltkrieges war die Medizin weiterhin von einem enormen Wissensanstieg geprägt, und auch andere Disziplinen der Naturwissenschaften kamen in dieser Zeit zu wesentlichen Erkenntnissen. Die Medizin verwob sich zudem immer mehr mit zum Beispiel der Physik, der Chemie und der Biologie und kam zu fachübergreifenden Ergebnissen. Vor allem der Sozialdarwinismus, zusammen mit der Vererbungslehre, gewann zunehmend auch an politischer Bedeutung und war die Basis, auf der die spätere Rassenhygiene des Nationalsozialismus gründete.³⁷

Im Jahre 1904 kam es zur Gründung des privaten Pflegerinneninstituts am Wiener Allgemeinen Krankenhaus, das 1913 in eine öffentliche Krankenpflegeschule umgewandelt wurde. 1914 legte die Verordnung des Ministers des Innern verbindliche Ausbildungskriterien für die berufsmäßige Krankenpflege fest. Hier war jedoch lediglich die „Allgemeine Krankenpflege“ erfasst, nicht jedoch die Betreuung in psychiatrischen Anstalten und die Kinderkranken- und Säuglingspflege (diese entstand erst 1938–1945). Für die Pflege in Anstalten für psychisch Kranke wurden hausinterne Kurse abgehalten, die während der Zeit des Nationalsozialismus ausgesetzt wurden und erst im Jahre 1961 durch sogenannte „Ausbildungsstätten für psychiatrische Krankenpflege“ ersetzt wurden.³⁸

Nach dem Ersten Weltkrieg kehrten viele unausgebildete Kriegskrankenschwestern zurück, die aufgrund der schwierigen Wirtschaftssituation kaum Chancen auf eine Anstellung hatten. Unter der Politik des katholischen Ständestaates der Zwischenkriegszeit gab es in Österreich lediglich acht Krankenpflegeschulen (Stand 1930), die später zusätzlich von Schließungen betroffen waren. Um eine Ausbildung in einer der Schulen oder eine Anstellung in einem Krankenhaus überhaupt erhoffen zu dürfen, war die Mitgliedschaft in der „Vaterländischen Front“, einer Einheitspartei, die die früheren Parteien abgelöst hatte, Pflicht. Die Berufsverbände der Pflege waren in viele kleine Organisationen zergliedert, was dem Fortkommen des Berufsstandes zusätzlich hinderlich war. 1933/34 erreichte die Arbeitslo-

35 Holter (2013), S. 19ff u. S. 68.

36 Statistik Austria: Personalstand in den Krankenanstalten Österreichs seit 1980.

37 Seidler, Leven (2003), S. 232f.

38 Fürstler (2013), S. 162ff.

sigkeit in der Pflege ihren Gipfel, was auch die Streichung des Taschengeldes zur Folge hatte. Im Jahre 1938 schlitterte Österreich direkt vom Austrofaschismus in die Diktatur des Nationalsozialismus hinein. Unmittelbar nach dem Anschluss an Deutschland am 12. März 1938 musste das Pflegepersonal den Eid auf Hitler ablegen. Jüdische und nicht parteitreue Personen an den Schulen und im Pflegeberuf wurden teilweise über Nacht ausgetauscht. Künftig gab es nur noch fünf regimekonforme Schwesternverbände, die in der „Arbeitsgemeinschaft der freien Wohlfahrtspflege“ zusammengefasst waren. Aufgrund des Krankenpflegerinnenmangels und in Hinblick auf den bevorstehenden Krieg wurde die Neugründung von Krankenpflegeschulen forciert und die Ausbildungszeit verkürzt. Viele dieser Schulen haben bis heute Bestand. In den Spitälern verstärkte sich die ohnehin sehr hierarchische Struktur während der Nazizeit weiter, das Pflegepersonal erledigte alle Vor-, Hilfs- und Nacharbeiten für die Ärzte in aller Regel widerspruchslos.³⁹ Während des Nationalsozialismus änderte sich auch die Medizinethik. Das Wohl des Individuums wurde dem Wohl des „Volkkörpers“ untergeordnet. Folglich wurde auch dieser behandelt, ungesunde Subjekte wurden aus dem Volkkörper quasi herausgeschnitten. Im Rahmen dieser von Rassismus und Eugenik geprägten Ideologie wurden als nicht Deutsche klassifizierte Menschen, chronisch Kranke, Alte und Behinderte medizinisch nicht oder unzureichend behandelt – oder sogar aktiv getötet. Ärzte waren hier einerseits ein Instrument der NS-Maschinerie, die Tötungen anordnete, andererseits aber auch Wegbereiter der Ideologie selbst. Zum Beispiel der deutsche Psychiater Alfred Hoche, der zusammen mit dem Strafrechtler Karl Binding 1920 die Broschüre *Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens. Ihr Maß und ihre Form* veröffentlichte und darin die Tötung von sogenannten „Ballastexistenzen“, unter Vorgabe überwiegend ökonomischer Gründe, propagierte. Das Pflegepersonal handelte bei den Tötungsaktionen zwar unter Anordnung, führte diese jedoch meist unverzüglich und widerstandslos durch und agierte in Einzelfällen (bzw. in einzelnen Einrichtungen auch im Regelfall) sogar eigenverantwortlich.⁴⁰ Wie auch andere Berufe, sind Medizin und Pflege daher ein Beispiel dafür, wozu Menschen fähig sind, wenn ihre Taten moralisch und oder juristisch gerechtfertigt erscheinen. Widerstand gab es in beiden Berufsgruppen wenig, die handelnden Personen hatten die Ideologie der Zeit häufig völlig verinnerlicht.

In der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts kam es zu einer Internationalisierung der Forschung, da vor allem die Vereinigten Staaten, die über viel höhere finanzielle Mittel verfügten, dem westlichen Europa weit voraus waren. Man sah sich also nicht nur einem immensen Aufholbedarf gegenüber, sondern musste auch eigenständig aktiv werden, um der immer schnelleren und dichteren Forschung

39 Fürstler (2013), S. 181ff.

40 Bruchhausen, Schott (2008), S. 131f.

gerecht werden zu können. Des Weiteren kam es durch die Generierung einer Unmenge neuen Wissens aber auch zu einer weiteren Zergliederung der Medizin in Spezialisierungen und Subspezialisierungen, woraus sich das neue Problem einer notwendigen Integration des Wissens der Einzeldisziplinen ergab. In den 70er Jahren kam es zu großen Fortschritten auf dem Gebiet der Molekularbiologie, die der Gentechnik neue Möglichkeiten eröffnete, jedoch auch ethische und rechtliche Diskussionen über mögliche Konsequenzen entfachte. Überdies war in der zweiten Hälfte des letzten Jahrhunderts ein immer größer werdender Anteil der sogenannten „Appartemedizin“ zu verzeichnen, die zwar ebenfalls zu einer Ausweitung der medizinischen Möglichkeiten führte, jedoch bis heute mit hohen Kosten und ethisch-moralischen Grenzsituationen verbunden ist. Weiters als große Fortschritte der Medizin zu nennen sind etwa die Einführung der Intensivmedizin, die Weiterentwicklungen im Bereich der bildgebenden Diagnostik, der Transplantationsmedizin, der Reproduktionsmedizin und dem Feld der Arzneien. In der Folge kam es zu einem erheblichen Anstieg der Lebenserwartung und einer rapiden Abnahme der Kinder- und Säuglingssterblichkeit.⁴¹

In den Jahren nach 1945 fand auch der Pflegeberuf nur sehr langsam Anschluss an internationale Entwicklungen. Vor allem die schon vor dem Krieg zersplitterte Situation der Berufsverbände war der Grund für Uneinigkeiten innerhalb des Pflegeberufes. Meist war auch die Personalsituation in den Spitälern angespannt. Die Schwesternorden hatten zunehmend mit Nachwuchsproblemen zu kämpfen und zogen ihre Pflegerinnen mehr und mehr aus den Krankenhäusern zurück. Die betroffenen Einrichtungen reagierten teilweise mit eigenen Schulgründungen, um den Mangel an Pflegepersonal im Haus zu kompensieren. Bis in die 1990er Jahre war der Pflegeberuf in Österreich ein ausschließlich medizinisch orientierter Hilfsberuf, dann stieg das Interesse des Pflegepersonals, bei der Entwicklung ihres Berufes beizutragen, immer weiter an. Im Jahre 1997 trat schließlich das neue Gesundheits- und Krankenpflegegesetz in Kraft, das neben einer eigenen Dokumentationspflicht für das Pflegepersonal auch eine eigenverantwortliche Pflegediagnostik und die Planung und Organisation aller pflegerischen Maßnahmen regelte. Zu Beginn der 2000er Jahre wurde die berufliche Pflege mit der Einrichtung des Diplomstudiums Pflegewissenschaften auf ein akademisches Niveau gehoben.⁴²

41 Seidler, Leven (2003), S. 258ff.

42 Fürstler (2011), S. 67f.

6. Medizin und Pflege heute

Pflegekräfte sind heute keine ungebildeten Hilfskräfte mehr, sondern im Gegenteil hoch qualifiziertes Personal. Die Zusammenarbeit mit Medizinern ist zwar immer noch eng und es werden natürlich noch Anordnungen von Ärzten ausgeführt, jedoch fungiert die Pflege längst nicht mehr als gefügiger oder höriger rechter Arm der Ärzteschaft, sondern übernimmt auch eigenständige Aufgabenbereiche und ist heute von Tätigkeiten, wie etwa der Reinigung der Räumlichkeiten, befreit. Dennoch haben wir noch nicht das Ideal der Aufgabenverteilung, der Zusammenarbeit und der beruflichen Rechte erreicht. Nach wie vor sehen sich sowohl Ärzte als auch die Krankenpflege mit Überlastungen in ihrer täglichen Arbeit konfrontiert. Personalmangel und ökonomische Engpässe führen zu langen Arbeitszeiten, einer enormen Arbeitsdichte, einer notwendigen Übernahme von berufsfremden Aufgaben, überbordenden Dokumentationspflichten und seit den letzten Jahrzehnten auch zu einem belastenden juristischen Druck. Die Folgen sind Überarbeitung, Burn-out und vor allem in der Pflege oft ein verfrühtes Ausscheiden aus dem Beruf. All dies resultiert in der Konsequenz auch zu einer nicht idealen Situation für die Patienten, denen häufig nicht ausreichend Aufmerksamkeit geschenkt werden kann. Natürlich wird unter schlechteren Arbeitsbedingungen auch die Möglichkeit für Fehler größer, die ernste Konsequenzen haben können. Es ist daher aus meiner Sicht mit Spannung abzuwarten, von welchen moralischen Grundsätzen und wirtschaftlichen Entscheidungen die Entwicklung der Versorgung in unseren Spitälern, sowohl durch die Pflege als auch durch die Medizin, in Zukunft vorangetrieben wird. Man darf hoffen, dass dabei menschlichen Gesichtspunkten ein größeres Gewicht beigemessen werden wird als ökonomischen Aspekten und sich die Krankenhäuser so, für Personal und Patienten, in eine positive Richtung entwickeln können.

7. Literaturverzeichnis

- Albert, M. (1998). *Krankenpflege auf dem Weg zur Professionalisierung (Dissertation)*. Bühl/Baden.
- Bischoff-Wanner, C. (2002). Berufskonstruktion der Krankenpflege im 19. Jahrhundert. IN Stöcker G., *Bildung und Pflege: Eine berufs- und bildungspolitische Standortbestimmung*. Hannover.
- Bruchhausen, W., Schott, H. (2008). *Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin*. Göttingen.
- Ehrlich, A. (2007). *Ärzte, Bader, Scharlatane: Die Geschichte der Heilkunst in Österreich*. Wien.
- Fürstler, G. (2013). Zur Geschichte der beruflichen Gesundheits- und Krankenpflege. IN Kemetmüller, E., Fürstler, G., *Berufsethik, Berufsgeschichte und Berufskunde für Pflegeberufe*. Wien.
- Fürstler, G. (2011). Geschichte der Pflege. IN Kemetmüller, E., Fürstler, G., Resetarics, P., *Berufsethik und Berufskunde für PflegehelferInnen und Angehörige von Sozialbetreuungsberufen*. Wien.
- Gerabek, W. E., Haage, B. D., Keil, G., & Wegner, W. (Hrsg.). (2007). *Enzyklopädie Medizingeschichte*. Berlin.
- Holter, U. (2013). *Geschichte des Welser Krankenhauses: Vom Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern vom heiligen Kreuz zum Klinikum Wels-Grieskirchen*. Wels.
- Otten, H. (2012). *Professionelle Beziehungen - Theorie und Praxis der Balint-Gruppenarbeit*. Berlin.
- Riedler, K. (2013). Historische Betrachtung der Arzt-Patienten-Beziehung mit Blick auf die Aufklärung. *Zeitschrift für Gesundheitspolitik (ZGP)*(Ausgabe 04/2013), S. 9-25.
- Seidler, E., Leven, K. (2003). *Geschichte der Medizin und der Krankenpflege*. Stuttgart.
- Statistik Austria. (2013). *Personalstand in den Krankenanstalten Österreichs seit 1980*.
- Zimmer, R. (1997). Der Wandel des Arztberufs im Zuge der Industrialisierung im 19. Jahrhundert am Beispiel der Stadt Halle a. d. Saale. *Der Hallesche Graureiher 97-4*. Abgerufen am 6. Mai 2014 von <http://www.soziologie.uni-halle.de/publikationen/pdf/9704.pdf>

Dr. Andreas Joklik, LL.M.

Rechtsanwalt, ADJOKAT Rechtsanwälte, Wien

Die Zusammenarbeit zwischen Ärzten und anderen Gesundheitsberufen

Aufgabensplitting und zivilrechtliche Haftungsproblematik an den Schnittstellen

1. Einleitung	28
2. Vertikale Arbeitsteilung und Vertrauensgrundsatz	29
3. Berufsrechtliche Grundlagen	32
4. Haftungsrechtliche Überlegungen anhand ausgewählter höchstgerichtlicher Judikatur	41
5. Fazit	49
6. Literaturverzeichnis	51

Moderne Medizin ist arbeitsteilig. Rechtsfragen betreffend die Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe können sich rein auf ärztlicher Ebene, auf der Ebene zwischen Arzt und Angehörigen nichtärztlicher Gesundheitsberufe oder auf der Ebene zwischen Arzt und einer Hilfsperson stellen. Die juristisch herausforderndste Konstellation bietet die Delegation ärztlicher Tätigkeiten auf Angehörige anderer Gesundheitsberufe. Dieses Aufgabensplitting verlangt eine klare Trennung der Verantwortungen in Anordnung und Durchführung unter Berücksichtigung einer allfälligen Aufsichtsverpflichtung. Diesem komplexen Themenschwerpunkt widmet sich die nachfolgende Abhandlung.

1. Einleitung

Der Frage der Zusammenarbeit zwischen Angehörigen⁴³ des ärztlichen Berufsstands wurde im letzten Jahrzehnt in der Lehre und auch Rechtsprechung viel an Platz gewidmet. Auch die Zusammenarbeit zwischen Arzt und anderen Gesundheitsberufen war aus berufsrechtlicher Sicht in den letzten Jahren Gegenstand verschiedenster rechtswissenschaftlicher Überlegungen. Bedingt durch die in den letzten Jahren stark steigende Anzahl an Regelungen für nichtärztliche Gesundheitsberufe⁴⁴ beschäftigt sich die folgende Abhandlung einerseits mit Sorgfaltspflichten im arbeitsteiligen Behandlungsgeschehen und andererseits mit der sich daraus ergebenden möglichen Haftungsthematik. Diese Fragestellung erscheint insofern von besonderem Interesse, als – diametral zu der ausführlichen wissenschaftlichen Diskussion über die Grenzen der Delegationsmöglichkeiten von Ärzten an Angehörige anderer Gesundheitsberufe (und den damit verbundenen Kompetenzen anderer Gesundheitsberufe) – höchstgerichtliche Rechtsprechung aus dem zivilrechtlichen Haftungsbereich nur spärlich existiert. Aufgrund der weiter voranschreitenden Differenzierung der nichtärztlichen Gesundheitsberufe, der durch das MAB-G⁴⁵ neugeschaffenen „dritten Ebene“ der Delegations-thematik sowie des – nicht zuletzt dem Personalmangel geschuldeten – Drucks weitergehender Delegation ärztlicher Tätigkeiten auf andere Gesundheitsberufe wird diese Frage des Aufgabensplittings zwischen Ärzten und anderen Gesundheitsberufen zukünftig weiter an Bedeutung gewinnen.

Der nachfolgende Beitrag soll daher die derzeitige Systematik der Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Angehörigen anderer Gesundheitsberufe (unter Einbeziehung der Regelungen des MAB-G) überblicksartig darstellen und auf Haftungsfragen übertragen.

43 Bei allen Bezeichnungen, die auf Personen bezogen sind, meint die gewählte Formulierung beide Geschlechter, auch wenn aus Gründen der leichteren Lesbarkeit die männliche oder weibliche Form verwendet wird.

44 So auch Stärker, Berufsrechte der Gesundheitsberufe: Radikale Vereinfachung notwendig, RdM 2/2014

45 Bundesgesetz über medizinische Assistenzberufe und die Ausübung der Trainingstherapie (Medizinische Assistenzberufe-Gesetz – MABG) BGBl I 89/2012

2. Vertikale Arbeitsteilung und Vertrauensgrundsatz

Im Zusammenhang mit der arbeitsteiligen Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe wird in der Lehre seit jeher⁴⁶ zwischen der horizontalen Arbeitsteilung einerseits und der vertikalen Arbeitsteilung andererseits unterschieden. Unter der horizontalen Pflichtenaufteilung wird ein arbeitsteiliges Handeln zwischen Mitarbeitern der gleichen Kenntnis und Fähigkeiten (Gleichrangigkeit) verstanden.⁴⁷ Mit dem Begriff der vertikalen Arbeitsteilung wird hingegen meist die Leitungsebene im Sinne einer hierarchischen Ausgestaltung (oftmals auch samt Weisungsrecht) definiert. Die vertikale Arbeitsteilung ist daher vom hierarchischen Prinzip getragen.⁴⁸ Vertikale Arbeitsteilung wird demnach auch als die „*hierarchische Gliederung funktionaler Einheiten*“ bezeichnet.⁴⁹ Beleuchtet man die Frage der Delegation ärztlicher Tätigkeiten auf andere Gesundheitsberufe, so wird – trotz der rechtlichen Aufwertung der Angehörigen nichtärztlicher Gesundheitsberufe durch die eigenen Berufsrechte – aufgrund der berufsrechtlichen Vorgaben in fast allen denkbaren Konstellationen von einer vertikalen Arbeitsteilung auszugehen sein.⁵⁰

Grundlage jeder arbeitsteiligen Zusammenarbeit bildet der Vertrauensgrundsatz. Dieser ursprünglich aus dem Straßenverkehrsrecht stammende Grundsatz⁵¹ stellte eine wichtige Begrenzung der objektiven Sorgfaltswidrigkeit dar. Jeder, der sich selbst objektiv sorgfaltsgemäß verhält, darf auch auf das sorgfaltsgemäße Verhalten eines anderen vertrauen, ausgenommen in den Fällen, wo ein sorgfaltswidriges Verhalten des anderen eindeutig erkennbar oder aufgrund konkret erkennbarer Umstände naheliegend ist.⁵² Der Vertrauensgrundsatz wurde in der Vergangenheit im Hinblick auf die Kooperation der Gesundheitsberufe von der Rechtsprechung insbesondere im strafrechtlichen Bereich bemüht.

46 So etwa schon Aigner/Emberger/Fössl-Emberger, Die Haftung des Arztes – Justiz und Verwaltungsstrafrecht, 28ff.

47 Deutsch, Den letzten beißen die Hunde: Die Haftung bei der arbeitsteiligen Medizin in Duttge (Hg), Göttinger Schriftenreihe zum Medizinrecht (Band 1), 72ff.

48 Z.B. für Deutschland Deutsch, Den letzten beißen die Hunde: Die Haftung bei der arbeitsteiligen Medizin in Duttge (Hg), Göttinger Schriftenreihe zum Medizinrecht (Band 1), 71 mit Verweis auf Laufs/Uhlenbruck³, Handbuch des Arztrechtes, §101 Rn 10; siehe auch Juen, Arzthaftungsrecht², 174.

49 So etwa für Deutschland Pflüger, Krankenhaushaftung und Organisationsverschulden, Schriftenreihe Medizinrecht, 128.

50 Brandstetter/Zahl, Die strafrechtliche Haftung des Arztes, RdM 17/1994.

51 § 3 StVO; siehe auch Halmich, Rechtsfragen im Schockraum, ÖZPR 114/2013.

52 So etwa Brandstetter/Zahl, Die strafrechtliche Haftung des Arztes, RdM 17/1994.

Ausgehend von diesem Grundsatz kann etwa im Bereich der horizontalen Pflichtenverteilung jeder Mitarbeiter mit gleichem Ausbildungsgrad (z.B. mehrere Fachärzte in einem Operationsteam) auf das ordnungsgemäße Verhalten der anderen Mitglieder eines Behandlungsteams vertrauen. Weichen aber etwa Befunde von der vorliegenden Krankengeschichte ab, so wird eine nochmalige Überprüfung erforderlich sein.⁵³

Dem Anwendungsbereich des Vertrauensgrundsatzes wurde bei der vertikalen Teamarbeit in der Vergangenheit nur ein geringerer Anwendungsbereich zugebilligt. Demnach haben die Mitglieder eines Behandlungsteams, das aus Angehörigen verschiedener Verkehrskreise zusammengesetzt ist (etwa aus Ärzten und Angehörigen anderer Gesundheitsberufe), lediglich die ihnen jeweils spezifisch zukommenden Sorgfaltspflichten zu verantworten. Angehörige der rechtlich höheren Stufe treffen gegenüber den Angehörigen der niedrigeren Stufe aber Anordnungs- und Überwachungspflichten.⁵⁴

Mit Hinblick auf den Fokus dieser Abhandlung auf die Zusammenarbeit zwischen Ärzten einerseits und Angehörigen anderer Gesundheitsberufe andererseits wird in weiterer Folge nur die vertikale Arbeitsteilung aus diesem Blickwinkel beleuchtet. In diesem Zusammenhang wird generell jeder Gesundheitsberuf grundsätzlich darauf vertrauen können, dass „*der jeweils andere „sein“ jeweiliges Berufsbild ausüben darf*“⁵⁵, wobei nachstehend zu einigen Berufsgesetzen beispielhafte Überlegungen angeführt werden.

Angehörige des ärztlichen Berufsstandes können sich etwa im Sinne des Vertrauensgrundsatzes so lange auf eine sorgfaltsgemäße Durchführung verlassen, als sie nicht erkennen oder erkennen müssen, dass der Durchführende dazu nicht in der Lage ist.⁵⁶ Angehörige des diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonals dagegen können spiegelbildlich grundsätzlich auf die Anordnung eines Arztes oder einer Ärztin vertrauen. Der Vertrauensgrundsatz wird aber dort durchbrochen, wo für die Angehörigen des diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonals eine klar erkennbare, falsche Anordnung des Arztes vorliegt.⁵⁷ Die Angehörigen des diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonal werden bei der Möglichkeit der Erkennbarkeit einer falschen Anordnung an dem vom Berufsbild umfassten medizinischen Fachwissen gemessen werden. Im Hinblick auf die in der Folge im Detail dargelegten Trennung in Anordnungs- und Durchfüh-

53 Juen, *Arzthaftungsrecht*², 174.

54 Brandstetter/Zahl, *Die strafrechtliche Haftung des Arztes*, RdM 17/1994.

55 So etwa Stärker, *10 Jahre GuKG – Tätigkeitsbereiche – Eine Reflexion*, RdM 135/2009.

56 Aigner, *Das ärztliche Berufsrecht in Aigner/Kletecka/Kletecka-Pulker/Memmer, Handbuch Medizinrecht für die Praxis III/28b*.

57 Weiss/Lust, *GuKG7*, § 15 Rz 2; siehe auch Juen, *Arzthaftungsrecht*², 174 und Stärker, *10 Jahre GuKG – Tätigkeitsbereiche – Eine Reflexion*, RdM 135/2009.

rungsverantwortung folgt daraus, dass der Arzt im Einzelfall zu prüfen und zu entscheiden hat, ob und an wen er delegiert, ohne dass der Patient dadurch ein höheres Risiko zu tragen hat. Im Hinblick etwa auf Sedierungsstufen eines Patienten, mit welchen der Patient „zum Zweck der geplanten Untersuchung auf Ansprache und Berührung und Schmerz reagiert und es zu keinem Ausfall der Schutzreflexe, Kreislauf- oder Atemdepression kommt (Ramsay 4, RASS-4)“⁵⁸, hält Hausreither beispielhaft fest, dass eine Anordnung des Arztes an die Angehörigen des diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonals zur Durchführung dieser Sedierung erfolgen kann. Die diplomierten Pflegepersonen können in diesem Fall – nach entsprechender schriftlicher Anordnung – auf die Richtigkeit der ärztlichen Anordnung vertrauen. Die Durchführungsverantwortung schließt in diesem Fall aus berufsrechtlicher Sicht auch ein, dass die durchführenden Angehörigen des diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonals Komplikationen erkennen und entsprechende Notfallmaßnahmen einleiten, wofür sie gegebenenfalls auch die Haftung bei fehlerhafter Durchführung trifft.⁵⁹

Obwohl der Vertrauensgrundsatz seinen Ursprung in strafrechtlichen Überlegungen hat, kann dieser sohin auch als Maßstab für die Prüfung eines sorgfaltswidrigen Verhaltens auf der Verschuldensebene im Hinblick auf zivilrechtliche Haftungen bei vertikaler Arbeitsteilung eines Behandlungsteams dienen. Für das Aufgabensplitting zwischen Ärzten einerseits und Angehörigen anderer Gesundheitsberufe andererseits bildet der Vertrauensgrundsatz die erste wichtige Säule der Zusammenarbeit. Der Arzt kann mangels Vorliegen gegenteiliger Indizien primär davon ausgehen, dass die nichtärztlichen Mitglieder des Behandlungsteams den ihnen delegierten und berufsrechtlich zugewiesenen Tätigkeiten gewachsen sind.⁶⁰ Daraus folgt sohin, dass weitergehende haftungsrechtliche Überlegungen – wie in weiterer Folge zu versuchen sein wird – nur auf Basis der jeweiligen Vorgaben der Berufsrechte und deren Zusammenspiel erfolgen können. Die einzelnen Berufsgesetze stellen sohin die zweite wichtige Säule für die arbeitsteilige Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe dar.

58 Hausreither/Lust, Aktuelles und Wichtiges aus dem Berufsrecht, ÖZPR 2012/4 mit Verweis auf den Erlass BMG 4.8.2011, 92251/0139-II/A/2/2011.

59 Hausreither/Lust, Aktuelles und Wichtiges aus dem Berufsrecht, ÖZPR 2012/4.

60 So auch *Halmich*, Rechtsfragen im präklinischen Umgang mit psychiatrischen Patienten, RdM 79/2013.

3. Berufsrechtliche Grundlagen

3.1. Ärztegesetz

Der Gesetzgeber geht systematisch davon aus, dass Angehörige nichtärztlicher Gesundheitsberufe ihre Tätigkeiten grundsätzlich nur in Kooperation mit einem Arzt erbringen können, es sei denn, die jeweiligen Berufsgesetze sehen die Möglichkeit vor, ohne ärztliche Mitwirkung tätig zu werden.⁶¹ *Schneider* hat in diesem Zusammenhang die m.E. bis dato schlüssigste Klassifizierung der bei arbeitsteiliger Zusammenarbeit beteiligten Personengruppen getroffen, nämlich (i) Personen, die rein administrative, nichtmedizinische Tätigkeiten ausüben, (ii) Personen, die als Hilfspersonen gemäß § 49 Abs. 2 ÄrzteG bei medizinischen Tätigkeiten als „verlängerter Arm“ mitwirken und (iii) Personen, die einem eigenem Gesundheitsberuf angehören und an die gemäß § 49 Abs. 3 ÄrzteG medizinische Tätigkeiten zur eigenverantwortlichen Durchführung delegiert werden können.⁶² Für die Frage der arbeitsteiligen Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe sind sohin primär die unter (ii) und (iii) erwähnten Personengruppen zu beleuchten, da sich nur in diesen Konstellationen Sachverhalte der Delegation ärztlicher Tätigkeiten ergeben. Diese Gliederung wäre m.E. –insbesondere aufgrund des neuen MAB-G – noch um eine vierte Gruppe zu ergänzen, nämlich um jene Berufsangehörige, die einem Gesundheitsberuf angehören und an die gemäß § 49 Abs. 3 ÄrzteG delegiert werden kann, die aber ihre Tätigkeiten nur unter Aufsicht durchführen können. Dies deshalb, da im Rahmen der vertikalen Arbeitsteilung eines Behandlungsteams durch das MAB-G in der Praxis häufig eine neue, „dritte Ebene“ der Zusammenarbeit entstehen kann, die zu neuen haftungsrechtlichen Konstellationen – auch wegen der Möglichkeit der Weiterdelegation durch Angehörige nichtärztlicher Gesundheitsberufe – führen wird.

Da sohin die Durchführung medizinischer Tätigkeiten durch nichtärztliches Personal nur mit einer entsprechenden gesetzlichen Grundlage in Betracht kommt, muss Ausgangspunkt der Beleuchtung jeglicher Delegationsfragen der bereits seit dem Ärztegesetz 1949 normierte sogenannte Arztvorbehalt sein.⁶³ Der Arztvorbehalt verweist nach herrschender Lehre die Zuordnung sämtlicher Tätigkeiten unmittelbar am Menschen oder mittelbar für den Menschen, die auf medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnissen begründet sind, in das Berufsbild des

61 *Wallner*, Ärztliches Berufsrecht 103.

62 *Schneider*, Ärztliche Ordinationen und selbständige Ambulatorien, 204f.

63 § 2 Abs. 2 i.V.m. § 3 Abs. 4 ÄrzteG.

Arztes.⁶⁴ Der OGH führt dazu etwa aus, dass Behandlungsmethoden nur dann in den ärztlichen Vorbehaltsbereich fallen, wenn „*sie ein gewisses Mindestmaß an Rationalität aufweisen und für ihre Durchführung das typischerweise durch ein Medizinstudium vermittelte, umfassende Wissen erforderlich ist*“.⁶⁵ Ein solches Wissen ist aus der Sicht des OGH jedenfalls dann notwendig, wenn eine auf den Körper einwirkende Behandlungsmethode bei Durchführung ohne vorherige ärztliche Abklärung mit einem erheblichen Gesundheitsrisiko verbunden ist.⁶⁶ Der Vollständigkeit halber ist an dieser Stelle zu erwähnen, dass aufgrund der im ÄrzteG vorgesehenen Möglichkeit der Bildung von Gruppenpraxen die ärztliche Tätigkeit im niedergelassenen Bereich auch – in der Form einer selbständig beruhsbefugten Gruppenpraxis – als Offene Gesellschaft (OG) oder als Gesellschaft mit beschränkter Haftung (GmbH) ausgeübt werden kann. Gruppenpraxen stellen daher außenwirksame Behandlungsgesellschaften dar.⁶⁷

Sofern zwischen dem ÄrzteG und den Vorschriften über das Berufsbild eines nichtärztlichen Gesundheitsberufs Überschneidungen bestehen, ist aufgrund der gesetzlichen Anordnung von einer Ausnahme des Arztvorbehalts auszugehen; die davon betroffenen Tätigkeiten können sohin von beiden erbracht werden.⁶⁸

Aufgrund der obigen Ausführungen kann daher als erstes Zwischenergebnis festgehalten werden, dass jede Ausübung ärztlicher Tätigkeiten durch nichtärztliche Personen einer eigenen gesetzlichen Grundlage bedarf. Basis für die Möglichkeit der Delegation bietet das ÄrzteG selbst⁶⁹ sowie spiegelbildlich die gesetzlichen Grundlagen für nichtärztliche Gesundheitsberufe (jeweils als *lex specialis*).⁷⁰

§ 49 Abs. 2 ÄrzteG sieht zwar vor, dass der Arzt seinen Beruf persönlich und unmittelbar auszuüben hat, sich aber zur Mithilfe Hilfspersonen bedienen kann, „*wenn diese nach seinen genauen Anordnungen und unter seiner ständigen Aufsicht handeln*“.⁷¹ Die Systematik des § 49 ÄrzteG (und dessen offensichtliche Zielsetzung) müssen zu dem Schluss führen, dass § 49 Abs. 2 ÄrzteG für jenes Hilfspersonal kreiert wurde, das den Arzt bei medizinischen Verrichtungen unter-

64 Aigner, Das ärztliche Berufsrecht in Aigner/Kletecka/Kletecka-Pulker/Memmer, Handbuch Medizinrecht für die Praxis III/5; siehe auch Wallner, Der Arztvorbehalt und seine Grenzen, RdM 117/2011.

65 OGH 5.10.2010, 4 Ob 155/10p; siehe auch OGH 21.11.2006, 4 Ob 151/06v sowie Wallner, Der Arztvorbehalt und seine Grenzen, RdM 117/2011.

66 OGH 5.10.2010, 4 Ob 155/10p; siehe auch OGH 21.11.2006, 4 Ob 151/06v sowie Wallner, Der Arztvorbehalt und seine Grenzen, RdM 117/2011.

67 §§ 52a und 52b ÄrzteG; siehe dazu auch Aigner/Kierein/Kopetzki, Ärztesgesetz³, § 3 Rz 1.

68 §204 ÄrzteG; siehe auch Wallner, Ärztliches Berufsrecht 103.

69 § 49 Abs. 2 und Abs. 3 ÄrzteG.

70 Aigner, Das ärztliche Berufsrecht in Aigner/Kletecka/Kletecka-Pulker/Memmer, Handbuch Medizinrecht für die Praxis III/6.

71 § 49 Abs. 2 ÄrzteG.

stützt.⁷² Da diese Hilfspersonen nur zu medizinisch untergeordneten Unterstützungstätigkeiten und insbesondere nur nach genauen ärztlichen Anordnungen und unter ständiger ärztlicher Aufsicht beigezogen werden dürfen, scheidet eine selbständige Durchführung ärztlicher Tätigkeiten jedenfalls aus. Bereits zur Vorgängerbestimmung des § 22 Abs. 2 ÄrzteG wurde in der Lehre kritisiert, dass die Frage, was unter Hilfsperson zu verstehen ist, vom Ärztegesetz nicht näher geregelt wird.⁷³ Unterstützungstätigkeiten durch die erwähnten Hilfspersonen können keinesfalls solche Tätigkeiten umfassen, die über eine Mithilfe hinausgehen (wie etwa z.B. das Halten von Gliedmaßen während der ärztlichen Behandlung).⁷⁴ Keinesfalls sind darunter Tätigkeiten zu verstehen, die auf medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnissen beruhen oder die vom Berufsbild eines anderen qualifizierten Gesundheitsberufs erfasst sind und diesem vorbehalten wären. In diesem Zusammenhang taucht in der Lehre immer wieder das Bild der Hilfsperson auf, die „gleichsam der verlängerte Arm des Arztes“ ist.⁷⁵

Die gängige Lehrmeinung kann dahingehend zusammengefasst werden, dass bei den nach § 49 Abs. 2 ÄrzteG beigezogenen Hilfspersonen keine Einschränkungen bestehen, es sich sohin um eine Laiendelegation (darunter wurden bis dato auch z.B. die Sprechstundenhilfen in den ärztlichen Ordinationen gezählt) handelt.⁷⁶ Ob unter § 49 Abs. 2 ÄrzteG auch die Beiziehung Angehöriger nichtärztlicher Gesundheitsberufe außerhalb des von ihnen erlernten Tätigkeitsfelds zu subsumieren ist, ist nach wie vor umstritten.⁷⁷

Für die gegenständlichen Überlegungen von größerem Interesse ist in diesem Zusammenhang aber die Frage, wie der vom Gesetzgeber gewählte Begriff der ständigen Aufsicht zu verstehen sein soll. Ausgehend von der Konstellation Arzt – Turnusarzt vertritt Kopetzki die Ansicht, dass eine Aufsicht beim Turnusarzt etwa nicht mit ständiger und unmittelbarer Draufsicht gleichzusetzen ist, da dieses Merkmal der ständigen Draufsicht eben lediglich für die Hilfspersonen gemäß § 49 Abs. 2 ÄrzteG zur Anwendung kommen soll. *Kopetzki* führt weiters aus, dass im „Kontext des § 49 Abs. 2 ÄrzteG [] die ständige Aufsicht die korrespondierende Ergänzung zum Begriff der „Mithilfe“ [ist]“.⁷⁸ *Kopetzki* schließt im Hinblick auf

72 *Wallner*, Ärztliches Berufsrecht 107 mit Verweis auf *Emberger/Wallner*, Ärztegesetz², 107 und *Schneider*, Ärztliche Ordinationen und selbständige Ambulatorien, 204f.

73 *Mazal*, Heranziehung von Hilfspersonen durch Ärzte – Berufsrechtliche Aspekte, RdM 35/1996; siehe auch *Radner*, Die Ausübung medizinischer Tätigkeiten durch MTD, MTF, SHD und Hilfspersonen i.S. des ÄrzteG (Teil II), RdM 137/1998.

74 *Weiss/Lust*, GuKG7, § 49 Rz 1.

75 *Emberger/Wallner*, Ärztegesetz², 219.

76 Z.B. *Wallner*, Ärztliches Berufsrecht, 108; siehe etwa auch *Halmich*, Kompetenzfragen der präklinischen Patientenversorgung, RdM 88/2012.

77 Bejahend etwa *Wallner*, Ärztliches Berufsrecht, 108; die Diskussion zusammengefasst bei *Emberger/Wallner*, Ärztegesetz², 219.

78 *Kopetzki*, Zum Kompetenzzumfang des Turnusarztes in der Lehrpraxis, RdM 141/2013.

die Hilfspersonen gemäß § 49 Abs. 2 ÄrzteG daraus, dass diese Mithilfe nur ein unterstützendes Tätigwerden bei – und nicht die eigene Durchführung von – ärztlichen Tätigkeiten ist, sodass der Arzt notwendigerweise auch immer anwesend sein und seine Aufsicht auch unmittelbar und ständig ausüben muss.⁷⁹ Erwägt daher ein Arzt die Beiziehung einer Hilfsperson nach § 49 Abs. 2 ÄrzteG, so obliegt ihm einerseits die Prüfung, ob die beigezogene Person für die Unterstützungstätigkeit geeignet ist, und andererseits die Verpflichtung einer genauen Anordnung und ständiger Aufsicht dieser Person. In diesem Zusammenhang wird öfters auch auf eine (wettbewerbsrechtliche) Entscheidung des OGH verwiesen und ausgeführt, dass die Pflicht zur persönlichen und unmittelbaren Berufsausübung nicht verletzt würde, wenn sich der Arzt zur Mithilfe Hilfspersonen bedient, die nach genauer Anordnung und unter ständiger Aufsicht handeln.⁸⁰ Dieser Verweis ist insofern unvollständig, als es bei der zitierten Entscheidung eigentlich um eine andere Konstellation ging, bei der diplomiertes Kranken- und Gesundheitspflegepersonal ohne ärztliche Aufsicht Blutabnahmen an einem Ordinationsstandort durchgeführt hat. Dies war nur deshalb zulässig, da die berufsrechtlichen Vorschriften des GuKG⁸¹ gerade eben keine Aufsicht für den mitverantwortlichen Tätigkeitsbereich vorsehen. Der Verweis auf diese Entscheidung im Zusammenhang mit § 49 Abs. 2 ÄrzteG ist m.E. daher insofern irreführend, als eine Delegation nach § 49 Abs. 3 ÄrzteG (und nicht nach § 49 Abs. 2 ÄrzteG) Thema der Entscheidung war, anderenfalls eine berufsrechtliche Zulässigkeit einer derartigen Delegation ohne Aufsicht gerade eben nicht gegeben sein kann.

Von den erwähnten Hilfspersonen i.S.d. § 49 Abs. 2 ÄrzteG sind – wie erwähnt – die Angehörigen anderer Gesundheitsberufe zu unterscheiden. Der Arzt kann demnach *„im Einzelfall an Angehörige anderer Gesundheitsberufe oder in Ausbildung zu einem Gesundheitsberuf stehende Personen ärztliche Tätigkeiten übertragen, sofern diese vom Tätigkeitsbereich des entsprechenden Gesundheitsberufes umfasst sind. Er trägt die Verantwortung für die Anordnung. Die ärztliche Aufsicht entfällt, sofern die Regelungen der entsprechenden Gesundheitsberufe bei der Durchführung übertragener ärztlicher Tätigkeiten keine ärztliche Aufsicht vorsehen“*.⁸² Unter den Angehörigen anderer Gesundheitsberufe im Sinne dieser Bestimmung werden jene Personen verstanden, die kraft eigenen Berufsrechts – im Sinne der erwähnten *lex specialis* – bestimmte medizinische Tätigkeiten ausüben dürfen.⁸³ Die Übertragung medizinischer Tätigkeiten ist jeweils auf die

79 So auch *Halmich*, Kompetenzfragen der präklinischen Patientenversorgung, RdM 88/2012.

80 Z.B. *Emberger/Wallner*, Ärztegesetz 219 zu OGH 9.4.2002, 4 Ob 81/02v.

81 Gesundheits- und Krankenpflegegesetz.

82 § 49 Abs. 3 ÄrzteG.

83 So auch *Aigner/Kierein/Kopetzki*, Ärztegesetz³, § 49 Rz 8; siehe auch *Weiss/Lust*, GuKG7, § 15 Rz 1.

Berufsberechtigung der Angehörigen der nichtärztlichen Gesundheitsberufe beschränkt.⁸⁴

Wesentliche Aufmerksamkeit ist in diesem Zusammenhang zunächst auf den Terminus „im Einzelfall“ zu richten, wodurch der anordnende Arzt für jeden einzelnen Patienten zu entscheiden hat, ob eine Delegation anhand des konkreten Gesundheitszustands des Patienten möglich ist. Dies deshalb, da selbst für den Fall, dass der Angehörige eines anderen Gesundheitsberufs die technische Durchführung einwandfrei vornehmen würde, im Einzelfall der Zustand des Patienten und das damit verbundene höhere Risiko eines Zwischenfalls die Vornahme der Maßnahme durch den Arzt erfordert.⁸⁵ Der Arzt hat sohin die Diagnose zu stellen und einen entsprechenden Therapieversuch festzulegen. Daraus ist der Grundsatz abzuleiten, dass aus berufsrechtlicher Sicht Pauschaldelegationen ohne Rücksichtnahme auf den konkreten Zustand des Patienten jedenfalls unzulässig sind.⁸⁶ Dieser aus der Systematik des Gesetzgebers verständliche Ansatz führt in der praktischen Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe immer wieder zu Unschärfe und Unsicherheiten und erhöht für den ärztlichen Berufsstand m.E. auch das Haftungsrisiko.⁸⁷

Im Falle einer Delegation ärztlicher Tätigkeiten obliegt dem delegierenden Arzt stets die Anordnungsverantwortung. Die Angehörigen anderer Gesundheitsberufe üben die ihnen übertragenen medizinischen Tätigkeiten kraft eigenen Berufsrechts aus und tragen die Durchführungsverantwortung.⁸⁸ Hinsichtlich jener nichtärztlichen Gesundheitsberufe, die von einer ärztlichen Aufsicht nicht freigestellt sind, trifft den Arzt allerdings eine Verantwortung für die Durchführung über diese Aufsichtspflicht.

Hinsichtlich der ärztlichen Aufsicht ist sohin zwischen jenen Angehörigen nichtärztlicher Gesundheitsberufe zu unterscheiden, die aufgrund ausdrücklicher berufsrechtlicher Vorgaben von der ärztlichen Aufsicht freigestellt sind⁸⁹, und jenen, wo eine Aufsicht erforderlich ist. Besteht keine Aufsichtspflicht des Arztes, so kann sich dieser grundsätzlich auch darauf verlassen, dass der Angehörige des nichtärztlichen Gesundheitsberufs die nach seiner Ausbildung zu erwartenden Fähigkeiten besitzt.⁹⁰ Findet sich im jeweiligen Berufsrecht keine derartige Freistellung oder sogar eine explizite Anordnung einer ärztlichen Aufsicht, dann

84 *Emberger/Wallner*, Ärztegesetz, 224.

85 So auch *Aigner*, Das ärztliche Berufsrecht, Handbuch Medizinrecht für die Praxis III, 28b.

86 *Aigner/Kierein/Kopetzki*, Ärztegesetz³, § 49 Rz 12.

87 Siehe dazu die Ausführungen unter Punkt 4.

88 VfGH 12.12.2006, B 855/06; siehe auch z.B. OLG Wien, 7.6.2010, 7 Ra 54/10b.

89 So etwa in § 2 MTD-G oder § 15 GuKG.

90 *Wallner*, Ärztliches Berufsrecht, 107.

geht das ÄrzteG von einer entsprechenden Aufsicht aus.⁹¹ Die herrschende Lehre schließt daraus, dass der Grad der Aufsicht jeweils vom Ausbildungsgrad des Angehörigen des nichtärztlichen Gesundheitsberufs abhängt. Es soll demnach von Fall zu Fall anhand der Komplexität der Tätigkeit und den individuellen Fähigkeiten des Berufsangehörigen entschieden werden.⁹² Die Aufsichtsthematik spielt m.E. insbesondere auch für das Verständnis der praktischen Diskussionen rund um das Inkrafttreten des neuen MAB-G eine Rolle: Wie angeführt, legt der letzte Satz des § 49 Abs. 3 ÄrzteG fest, dass die ärztliche Aufsicht bei einer Übertragung an Angehörige anderer Gesundheitsberufe nur dann entfällt, wenn die Regelungen der entsprechenden Gesundheitsberufe keine ärztliche Aufsicht vorsehen. Da für die Assistenzberufe im MAB-G derartige Aufsichtspflichten normiert sind, wird sich daraus m.E. eine neue, systematisch schwerer einordnbare „dritte Ebene“ der Delegationsmöglichkeit ergeben, da Angehörige der neuen Assistenzberufe qualitativ jedenfalls über der Hilfsperson nach § 49 Abs. 2 ÄrzteG einzuordnen sind und sohin eine Delegation nach den Regeln des § 49 Abs. 3 ÄrzteG – allerdings mit höheren Aufsichtspflichten – vorliegen wird.⁹³

3.2. Rechtsgrundlagen in den Berufsgesetzen Angehöriger anderer Gesundheitsberufe

Um die rechtliche Problematik der Delegation ärztlicher Tätigkeiten an Angehörige anderer Gesundheitsberufe systematisch einordnen zu können, ist die historische Entwicklung der einzelnen Berufsgesetze nichtärztlicher Berufsgruppen zu berücksichtigen. Die in zunehmendem Maße arbeitsteilig organisierte Erbringung ärztlicher Tätigkeiten und die damit zusammenhängenden Rechtsfragen haben dazu geführt, dass Anfang der 1990er Jahre das bis dahin im KrankenpflegeG geregelte Berufsrecht nichtärztlicher Gesundheitsberufe nach und nach in eigene Gesundheitsberufe ausgegliedert wurde. Den Anfang machte das MTD-G⁹⁴, dem eine Vielzahl anderer Berufsgesetze⁹⁵ folgte.⁹⁶

91 So etwa *Schneider*, Ärztliche Ordinationen und selbständige Ambulatorien, 204f und *Wallner*, Ärztliches Berufsrecht, 107.

92 *Hausreither*, Medizinische Assistenzberufe (MAB) und Trainingstherapeuten in *Aigner/Kletecka/Kletecka-Pulker/Memmer*, Handbuch Medizinrecht für die Praxis III/708; so auch z.B. *Emberger/Wallner*, Ärztegesetz², 229f.

93 Siehe dazu ausführlich unten unter Punkt 3.3.

94 Bundesgesetz über die Regelung der gehobenen medizinisch-technischen Dienste.

95 Z.B. HebG 1994, GuKG 1997, KTG 1998, SanG 1998 oder MMHmG 2002; siehe dazu auch *Radner*, Die Ausübung medizinischer Tätigkeiten durch MTD, MTF, SHT und Hilfspersonen i.S. des ÄrzteG (Teil 1), RdM 137/1998.

96 So auch *Weiss/Lust*, GuKG7, 2; siehe auch *Stärker*, Berufsrechte der Gesundheitsberufe: Radikale Vereinfachung notwendig, RdM 2/2014.

In zahlreichen Gesetzen nichtärztlicher Gesundheitsberufe findet sich die Bestimmung, dass Angehörige der nichtärztlichen Gesundheitsberufe ihre Tätigkeit eigenverantwortlich ausüben, wobei der Terminus „eigenverantwortlich“ nicht einheitlich verwendet wird. Der Terminus „Eigenverantwortlichkeit“ ist nach Rechtsprechung des OGH z.B. zum MTD-G so auszulegen, dass die eigenverantwortliche Ausführung nach ärztlicher Anordnung zu erfolgen hat. Daher bestimmt der Arzt nicht nur, ob z.B. eine physiotherapeutische Maßnahme durchzuführen ist, sondern auch, in welcher Form diese Maßnahme gestaltet werden soll.⁹⁷ Auf Basis der obigen Ausführungen, wonach der Arzt die Anordnungsverantwortung trägt, folgt, dass die Durchführungsverantwortung den dem MTD-G unterliegenden Angehörigen trifft.

Gerade das für die Beurteilung der Schnittstelle zwischen ärztlicher Tätigkeit einerseits und pflegerischer Tätigkeit andererseits wesentliche GuKG verwendet allerdings den Begriff Eigenverantwortlichkeit in einem anderen Kontext. § 14 GuKG subsumiert unter dem eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereich „die eigenverantwortliche Diagnostik, Planung, Organisation, Durchführung und Kontrolle aller pflegerischen Maßnahmen im intra- und extramuralen Bereich (Pflegeprozess) []“. Aus der Verwendung der Eigenverantwortlichkeit im GuKG wird abgeleitet, dass damit die fachliche Weisungsfreiheit jedes zur Berufsausübung berechtigten Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege im Rahmen seines Berufsbildes verstanden wird (unbeschadet allfälliger grundlegender Anordnungen im Rahmen der Organisation des Pflegedienstes).⁹⁸ Jene Bestimmung, die – analog zu § 49 Abs. 3 ÄrzteG – an das diplomierte Pflegepersonal zu delegierende ärztliche Tätigkeiten umfasst, wird in § 15 GuKG als sogenannter mitverantwortlicher Tätigkeitsbereich geregelt. In diesem Bereich bleibt die Anordnungsverantwortung (entsprechend den Ausführungen zu den anderen nichtärztlichen Gesundheitsberufen) beim Arzt, während die Durchführungsverantwortung von den Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege zu tragen ist und die angeordnete Maßnahme sohin eigenverantwortlich durchzuführen ist.⁹⁹ Stärker führt sohin zu Recht aus, dass es im mitverantwortlichen Tätigkeitsbereich des GuKG – im Gegensatz zu den als eigenverantwortlicher „Tätigkeitsbereich“ bezeichneten Tätigkeiten – um die Schnittstelle der Zusammenarbeit mit dem Arzt geht. Stärker führt weiters nachvollziehbar aus, dass der mitverantwortliche Tätigkeitsbereich keine „Mitverantwortung“ umfasst, sondern vielmehr von jeweils geteilt verantwortlichen Tätigkeitsberei-

97 OGH 3.9.1996, 10 Ob 2348/96h.

98 so auch *Weiss/Lust*, GuKG7, § 14 Rz 1.

99 *Weiss/Lust*, GuKG7, § 15 Rz 3.

chen (zwischen Arzt und den Angehörigen des diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonals) geprägt ist.¹⁰⁰

Ähnliche Bestimmungen wie die oben zitierten finden sich z.B. im SanG¹⁰¹, im MMHmG¹⁰² (für Heilmasseur) oder im HebG¹⁰³ und anderen Berufsgesetzen. Zusammenfassend ist sohin zu beachten, dass der Terminus „Eigenverantwortlichkeit“ jeweils anhand der einzelnen Berufsgesetze zu interpretieren ist.¹⁰⁴ Beispielsweise ist im HebG zu berücksichtigen, dass die Eigenverantwortlichkeit nur so lange gegeben ist, als keine Regelwidrigkeiten während der Schwangerschaft auftreten. Schon bei Auftreten eines Verdachts auf derartige Regelwidrigkeiten darf die Hebamme ihren Beruf nur noch nach ärztlicher Anordnung in Zusammenarbeit mit einem Arzt ausüben.¹⁰⁵ In jedem Fall schließt aber selbst die bestehende Eigenverantwortlichkeit eine fachliche Weisungsmöglichkeit aufgrund hierarchischer Strukturen in einer Krankenanstalt nicht aus.¹⁰⁶

3.3. Exkurs: Eine neue Ebene der Delegation durch das MAB-G?

Eine der wesentlichen Zielsetzungen des MAB-G ist die Schaffung einer – im Vergleich zu den bisherigen Sanitätshilfsdiensten nach dem MTF-SHD-G¹⁰⁷ – breiteren Einsetzbarkeit medizinischer Assistenzberufe.¹⁰⁸ Nach den Vorgaben des Gesetzes sollen die Angehörigen der neu geschaffenen Assistenzberufe jeweils nur nach ärztlicher Anordnung und unter ärztlicher Aufsicht tätig werden. Im Sinne der oben unter Punkt 3.1. vorgenommenen systematischen Einteilung ist sohin primär an Personen zu denken, die gemäß § 49 Abs. 3 ÄrzteG bei medizinischen Tätigkeiten assistieren, wobei eine erhöhte Aufsichtspflicht durch Ärzte oder Angehörige anderer, nichtärztlicher Gesundheitsberufe besteht. Der Gesetzgeber

100 *Stärker*, Berufsrecht der Gesundheitsberufe: Radikale Vereinfachung notwendig, RdM 2/2014; so auch schon *Stärker*, 10 Jahre GuKG – Tätigkeitsbereiche – Eine Reflexion, RdM 135/2009.

101 Sanitätergesetz

102 Medizinischer Masseur- und Heilmasseurgesetz

103 Hebammengesetz

104 Detailliert zu den einzelnen Berufsgesetzen etwa *Sladeczek/Marzi/Schmiedbauer*, Recht für Gesundheitsberufe 7, 80ff.

105 §4 HebG; siehe dazu ausführlich *Hausreither*, Das Berufsrecht der Hebamme, in *Aigner/Kletecka/Kletecka-Pulker/Memmer*, Handbuch Medizinrecht für die Praxis III/207f.

106 *Hausreither*, Die gehobenen medizinisch-technischen Dienste in *Aigner/Kletecka/Kletecka-Pulker/Memmer*, Handbuch Medizinrecht für die Praxis III/145.

107 Bundesgesetz über die Regelung des medizinisch-technischen Fachdienstes und der Sanitätshilfsdienste (MTF-SHD-G).

108 *Hausreither*, Medizinische Assistenzberufe (MAB) und Trainingstherapeuten in *Aigner/Kletecka/Kletecka-Pulker/Memmer*, Handbuch Medizinrecht für die Praxis III/704.

hat insofern eine erweiterte Ebene der Delegation geschaffen, als das MAB-G auch eine Weiterdelegationsmöglichkeit (und Aufsicht) durch Angehörige anderer Gesundheitsberufe vorsieht. Um das Aufgabensplitting im intra- und extramuralen Bereich zu erleichtern, wurde im Detail die Möglichkeit geschaffen, dass sowohl (i) Angehörige des diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonal an die neu geschaffene Ordinations- und Operationsassistentenz als auch (ii) Biomedizinische Analytiker an die Laborassistentenz und (iii) Radiotechnologen an die Röntgenassistentenz jeweils entsprechend der ärztlichen Anordnung die Durchführung der angeordneten Tätigkeiten weiter übertragen können und die Aufsicht wahrzunehmen haben.¹⁰⁹

In der Lehre wird die Frage der Aufsichtsqualität für diese neuen Assistenzberufe soweit ersichtlich dergestalt interpretiert, dass – ähnlich den Überlegungen zum Turnusarzt – die Aufsicht nicht mit einer ständigen „Draufsicht“ gleichgesetzt werden kann. Vielmehr wären anhand des Einzelfalles die unterschiedlichen Ausgestaltungen von der erwähnten „Draufsicht“ bis hin zu einer nur nachträglichen Kontrolle denkbar. Die diesbezüglichen Lehrmeinungen stützen ihre Ansicht darauf, dass es sich bei den neuen medizinischen Assistenzberufen nicht wie bei den bisherigen Sanitätshilfediensten um Anlernberufe handelt, sondern der neue Assistenzberuf erst nach entsprechender Fachausbildung ausgeübt werden darf.¹¹⁰ Wie ausgeführt, soll demnach von Fall zu Fall anhand der Komplexität der Tätigkeit und den individuellen Fähigkeiten des Berufsangehörigen entschieden werden. Dies entspricht im Grundsatz auch den Überlegungen, die in der Vergangenheit zu den Gesundheitsberufen nach dem MTF-SHD-G vertreten wurden: Je höher das Ausbildungsniveau, desto geringer die Aufsichtsintensität.¹¹¹ Dieser Ansicht ist m.E. auch zu folgen, allerdings wird diese Interpretation mangels eindeutiger Vorgaben im Haftungsfall zu Diskussionen über die Verantwortlichkeiten führen. Der Vorteil dieser neuen Assistenzberufe durch erweiterten Einsatz in der arbeitsteiligen Praxis wird durch die Unsicherheit (insbesondere des Arztes), welche Qualität die Aufsicht im Einzelfall haben muss und welches Haftungsrisiko durch eine allfällige Aufsichtspflichtsverletzung damit verbunden sein kann, getrübt.

109 *Hausreither*, Medizinische Assistenzberufe (MAB) und Trainingstherapeuten in *Aigner/Kletecka/Kletecka-Pulker/Memmer*, Handbuch Medizinrecht für die Praxis III/708

110 *Hausreither*, Medizinische Assistenzberufe (MAB) und Trainingstherapeuten in *Aigner/Kletecka/Kletecka-Pulker/Memmer*, Handbuch Medizinrecht für die Praxis III/708

111 *Radner*, Die Ausübung medizinischer Tätigkeiten durch MTD, MTF, SHD und Hilfspersonen iS des ÄrzteG (Teil 2), RdM 175/1998; in diesem Sinn auch *Wallner*, Ärztliches Berufsrecht, 107

4. Haftungsrechtliche Überlegungen anhand ausgewählter höchstgerichtlicher Judikatur

Wie bereits in der Einleitung angedeutet, liegt zur Schnittstellenproblematik zwischen den Gesundheitsberufen bis dato wenig einschlägige höchstgerichtliche, zivilrechtliche Judikatur vor. Anhand der vorgenommenen Einteilung in denkbare Ebenen der Delegation ärztlicher Tätigkeiten, nämlich (i) Personen, die als Hilfspersonen gemäß § 49 Abs. 2 ÄrzteG bei medizinischen Tätigkeiten als „verlängerter Arm“ mitwirken, (ii) Personen, die einem eigenen Gesundheitsberuf angehören und an die gemäß § 49 Abs. 3 ÄrzteG medizinische Tätigkeiten zur eigenverantwortlichen Durchführung delegiert werden können und der „dritten Ebene“ der Delegation, (iii) Personen, die einem eigenen Gesundheitsberuf angehören und an die zwar gemäß § 49 Abs. 3 ÄrzteG delegiert werden kann, die aber einer ständigen Aufsicht bedürfen, ist sohin der Versuch einer Verknüpfung mit zivilrechtlichen Haftungsgrundlagen vorzunehmen.

Die Voraussetzungen jeglicher Schadenersatzansprüche nach zivilrechtlichen Haftungsregelungen sind Schaden, Kausalität, Rechtswidrigkeit und Verschulden. Bei der arbeitsteiligen Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe kommt insbesondere den Punkten der Rechtswidrigkeit und des Verschuldens Bedeutung zu. Unter Rechtswidrigkeit wird objektiv rechts- oder normwidriges (sorgfaltswidriges) Verhalten verstanden. Objektiv sorgfaltswidrig ist ein Verhalten dann, wenn gegen Verbote oder Gebote der Rechtsordnung verstoßen wird. Das Verschulden wird demnach als subjektive Vorwerfbarkeit des rechtswidrigen Verhaltens definiert. Ein Arzt handelt u.a. immer dann rechtswidrig und schuldhaft, wenn er nicht nach Maßgabe der ärztlichen Wissenschaft und der ärztlichen Erfahrung vorgegangen ist oder die übliche Sorgfalt eines ordentlichen und pflichtgetreuen Durchschnittsarztes in der konkreten Situation vorwerfbar vernachlässigt hat. Bei der arbeitsteiligen Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe werden dazu insbesondere auch Organisationsfehler und Aufsichtsfehler zu zählen sein.¹¹² Im niedergelassenen Bereich, in dem der Arzt den Behandlungsvertrag mit dem Patienten schließt, haftet primär der Arzt für sämtliche beigezogene Hilfspersonen oder bei ihm angestellte Angehörige nichtärztlicher Gesundheitsberufe gemäß § 1313a ABGB über die Erfüllungsgehilfenhaftung. Ein Regress gegenüber diesen in einer Ordination

¹¹² Juen, *Arzthaftungsrecht*², 5; siehe auch *Emberger/Wallner*, *Ärztegesetz*, 182.

angestellten Personen wie auch eine eigene deliktische Haftung gegenüber dem Patienten ist separat zu prüfen.

In einer Krankenanstalt kommt der Behandlungsvertrag zwischen dem Rechtsträger und dem Patienten zustande. Der Thematik der Arbeitsteilung kommt in dieser Konstellation noch höhere praktische Bedeutung zu, da Ärzte und Angehörige anderer Gesundheitsberufe (teils auch aus verschiedenen Abteilungen) regelmäßig zusammenwirken. In diesem Fall haftet aus dem Behandlungsvertrag der Träger der Krankenanstalt für Fehlleistungen der Mitarbeiter (also auch der ärztlichen Angestellten – Ausnahmen bestehen etwa in einem Belegskrankenhaus), die Regressmöglichkeiten und deliktischen Haftungen sind ebenfalls separat zu prüfen.

Im Hinblick auf die berufsrechtlichen Vorgaben hat der Arzt bei der Beiziehung von Hilfspersonen nach § 49 Abs. 2 ÄrzteG jedenfalls sowohl die ärztliche Anordnung als auch die Durchführung der angeordneten Tätigkeit zu verantworten, sodass die beigezogenen Hilfspersonen grundsätzlich als Erfüllungsgehilfen des Arztes tätig werden.¹¹³

Die Haftungsfrage bei der vertikalen Arbeitsteilung mit Angehörigen nichtärztlicher Berufe nach § 49 Abs. 3 ÄrzteG ist allerdings differenzierter zu betrachten. Legt man die dargelegten Überlegungen zur vertikalen Arbeitsteilung und zum Vertrauensgrundsatz nämlich haftungsrechtlichen Überlegungen zu Grunde, so hat – in einem anderen Zusammenhang – zunächst bereits die ältere Lehre festgehalten, dass die im Zuge der Anordnungsverantwortung des Arztes gegebene Informationspflicht über die Kenntnisse und Fähigkeiten des für die Delegation vorgesehenen Angehörigen eines anderen Gesundheitsberufs nicht überspannt werden dürfen, da ansonsten die im ÄrzteG vorgesehene Möglichkeit der Delegation faktisch unmöglich gemacht würde.¹¹⁴ Insbesondere bei regelmäßiger Zusammenarbeit in einem Team wird sich der Umfang dieser Informationspflicht aus dem Kenntnisstand ableiten lassen, der sich aus dieser Kooperation ergibt. Der Arzt hat jedenfalls die Qualifikation und den Ausbildungsstand der Person zu berücksichtigen, an die delegiert werden soll. Gibt ein Angehöriger eines anderen Gesundheitsberufs allerdings zu erkennen, dass er der Delegation nicht nachkommen kann, wird eine Delegation ausgeschlossen sein.¹¹⁵

Demgegenüber steht aus haftungsrechtlicher Sicht die Einlassungs- und Übernahme-fahrlässigkeit der Angehörigen anderer Gesundheitsberufe. Jeder Angehö-

113 Wallner, Ärztliches Berufsrecht, 109.

114 So bereits in anderem Kontext Aigner, Rechtsgrundlagen auf dem Sektor der Notfallmedizin, RdM 67/1996.

115 Aigner, Das ärztliche Berufsrecht in Aigner/Kletecka/Kletecka-Pulker/Memmer, Handbuch Medizinrecht für die Praxis III/28b und schon ähnlich in Aigner, Rechtsgrundlagen auf dem Sektor der Notfallmedizin, RdM 67/1996.

riger eines anderen Gesundheitsberufs, der eine delegierte Tätigkeit übernimmt, muss erkennen, ob er durch Vorhandensein der erforderlichen Kenntnisse und Fertigkeiten dazu in der Lage ist. Übersteigt eine Fragestellung das Wissen oder den Ausbildungsstand, so ist umgehend der anordnende Arzt mit einzubeziehen, andernfalls eine Haftung des Berufsangehörigen besteht.¹¹⁶

Da die vertikale Arbeitsteilung primär in Krankenanstalten auftreten wird, ist wie ausgeführt zu berücksichtigen, dass grundsätzlich der Rechtsträger einer Krankenanstalt einerseits und der Patient andererseits Partner des Behandlungsvertrags sind. Sowohl der Arzt – mit Ausnahme etwa des Belegarztes¹¹⁷ – als auch die Angehörigen der nichtärztlichen Gesundheitsberufe werden regelmäßig nur als Erfüllungsgehilfen tätig. Damit haftet primär der Rechtsträger der Krankenanstalt für die Handlungen der beschäftigten Ärzte, Angehörigen nichtärztlicher Gesundheitsberufe und Hilfspersonen. Wird der Rechtsträger einer Krankenanstalt vom Patienten wegen eines Fehlers in der vertikalen Zusammenarbeit etwa bei einem Fehler in der Delegationskette in Anspruch genommen, so kommt – je nachdem, wo der Fehler in der Delegationskette liegt (Anordnung oder Durchführung) und welche die vertikale Arbeitsteilung definierenden, berufsrechtlichen Vorgaben verletzt wurden – ein Regressrecht des Rechtsträgers einer Krankenanstalt sowohl gegenüber dem Arzt als auch gegenüber dem Angehörigen des nichtärztlichen Gesundheitsberufs in Betracht. Dabei sind allerdings die Grenzen des DHG¹¹⁸ zu beachten. Diese Regressmöglichkeit des Trägers kann dann beeinträchtigt sein, wenn dem Träger im Sinne eines Mitverschuldens ein Organisationsverschulden vorzuwerfen ist. Aus der Sicht des Rechtsträgers der Krankenanstalt gilt es bei der vertikalen Arbeitsteilung der Gesundheitsberufe aus haftungsrechtlichen Überlegungen sohin sicherzustellen, dass ein derartiges Organisationsverschulden vermieden wird; dies einerseits, um einen direkten Anspruch des Patienten aus einem Organisationsverschulden zu vermeiden, und andererseits, um einen allfälligen Regress gegen Dienstnehmer nicht durch den Einwand des Mitverschuldens zu gefährden.

Maßstab für jeden Rechtsträger einer Krankenanstalt ist das Verhalten des gewissenhaften Trägers einer Krankenanstalt. Dieser hat anhand der jeweiligen Vorgaben des KAKuG¹¹⁹ (und der jeweiligen Landeskrankenanstaltengesetze) eine ausreichende Personalausstattung sicherzustellen.¹²⁰ Unter ausreichender Perso-

116 So auch *Hausreither*, Gesundheits- und Krankenpflege in *Aigner/Kletecka/Kletecka-Pulker/Memmer*, Handbuch Medizinrecht für die Praxis III/552 oder *Andreas/Kretzl*, Rechtsgrundlagen für Gesundheits-Berufe², 64.

117 Siehe dazu im Detail *Emberger/Wallner*, Ärztegesetz, 188 und Juen, Arzthaftungsrecht², 68ff.

118 Bundesgesetz über die Beschränkung der Schadenersatzpflicht der Dienstnehmer (Dienstnehmerhaftpflichtgesetz).

119 Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz als Grundsatzgesetz

120 *Keinert*, Haftung für zu geringe Personalausstattung in Krankenanstalten, RdM 145/2012.

nalausstattung ist sohin m.E. nicht nur die zahlenmäßig entsprechende, sondern auch die qualitativ ausreichende Personalausstattung gemeint. Darunter wird auch das Sicherstellen der berufsrechtlich korrekten, arbeitsteiligen Zusammenarbeit der ärztlichen Berufsangehörigen mit den Angehörigen anderer, nichtärztlicher Gesundheitsberufe fallen. In diesem Sinn hat auch bereits der OGH festgehalten, dass der Rechtsträger einer Krankenanstalt verpflichtet ist, sein Personal so zu schulen und vorzubereiten, dass in jeder Situation die erwartete bestmögliche Versorgung sichergestellt ist.¹²¹ Der Rechtsträger einer Krankenanstalt wird daher zur Haftungsvermeidung Vorsorge treffen müssen, dass die berufsrechtlichen Vorgaben einer wirksamen Delegation ärztlicher Tätigkeiten an Angehörige anderer Gesundheitsberufe durch entsprechende Personalausstattung überhaupt ermöglicht werden und den Dienstnehmern zusätzlich diesbezügliche Weisungen und Richtlinien bekanntgegeben und deren Einhaltung auch regelmäßig überprüft werden.¹²²

Sowohl die Ärzte als auch die Angehörigen der nichtärztlichen Gesundheitsberufe haften – wie ebenfalls bereits angedeutet – dem Patienten zusätzlich deliktisch. Rechtsgrundlage dafür ist auf Ebene der Rechtswidrigkeitsprüfung insbesondere eine Verletzung von Schutzgesetzen, wie etwa des § 49 ÄrzteG oder der entsprechenden berufsrechtlichen Regelungen der nichtärztlichen Gesundheitsberufe.¹²³ Eine nicht gesetzmäßige Delegation kann sohin – je nach Verletzung der Anordnungs- oder der Durchführungsverantwortung – sowohl den Arzt als auch die Angehörigen des nichtärztlichen Gesundheitsberufs treffen.

Auch für die angedachte „dritte Ebene“ der neuen Assistenzberufe nach dem MAB-G (also einer Beiziehung jener Personen, die zwar berufsrechtlich einem Gesundheitsberuf zuzuordnen sind, diesen aber nur unter Aufsicht ausüben dürfen) wird davon auszugehen sein, dass ein allfälliger Schaden, der unter Verletzung der dargestellten berufsrechtlichen Vorgaben eintritt – etwa weil der Arzt seiner Anordnungs- und Aufsichtsrechtspflicht nicht nachgekommen ist oder eine Tätigkeit von einem nicht entsprechend qualifizierten oder nicht berechtigten nichtärztlichen Berufsangehörigen auf der „dritten Ebene“¹²⁴ ausgeübt wird –, eine Haftung des Trägers einer Krankenanstalt (oder eines niedergelassenen Arztes) auslösen wird. Allerdings wird auch der Angehörige des nichtärztlichen Gesundheitsberufs

121 Z.B. OGH 3.12.1985, 5 Ob 608/84; *Emberger/Wallner*, Ärztegesetz, 183.

122 Auf die diesbezügliche krankenanstaltenrechtliche Problematik der kollegialen Führung und der damit zusammenhängenden Weisungsproblematik kann an dieser Stelle nicht im Detail eingegangen werden; siehe dazu etwa *Steiner*, Die kollegiale Führung im Krankenanstaltenrecht, RdM 34/2013.

123 So auch *Emberger/Wallner*, Ärztegesetz, 188.

124 Etwa eine nach dem neuen MAG-G ausgebildete Assistenz.

auf der „dritten Ebene“ entsprechend obigen Ausführungen gegenüber dem Patienten deliktisch zur Haftung herangezogen werden können.¹²⁵

Aus der bisherigen Judikatur zu Fragen der zivilrechtlichen Haftung beim Aufgabensplitting zwischen den Gesundheitsberufen können einige Grundsätze zusammengefasst werden:

Bereits vor der Kodifikation der berufsrechtlichen Regelungen hat der OGH zur Frage der Delegation zu einem Zeitpunkt Stellung genommen, als eine Delegation an Angehörige des diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonal berufsrechtlich noch nicht vorgesehen war. Der OGH hielt in diesem Zusammenhang fest, dass eine Delegation ärztlicher Tätigkeiten ohne entsprechende gesetzliche Grundlage¹²⁶ nicht möglich sein kann.¹²⁷

Leitentscheidung im Hinblick auf die Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe ist eine Entscheidung des OGH¹²⁸ im Zusammenhang mit der eigenverantwortlichen Tätigkeit eines Physiotherapeuten gemäß den Bestimmungen des MTD-G. Der OGH hat in diesem Zusammenhang festgehalten, dass in jenen Fällen, in denen eine eigenverantwortliche Ausführung nach ärztlicher Anordnung zu erfolgen hat, der Arzt nicht nur das „Ob“, sondern auch das „Wie“ der Ausführung festzulegen hat. Daraus hat der OGH weiters abgeleitet, dass der Physiotherapeut zwar für die richtige Ausführung der angeordneten Maßnahmen (im zitierten Fall der Ausführung von Lymphdrainagen) haftet, „nicht aber für die als Weisung ergangene Richtigkeit der Verabreichung an jedem zweiten Tag durch 30 Tage; dafür hat ausschließlich der Arzt einzustehen.“¹²⁹ Diese Entscheidung hat in der Lehre zur Ausgestaltung der Weisungsbefugnis des Arztes insofern Diskussionen hervorgerufen, als – im Gegensatz zum GuKG – das MTD-G einen Tätigkeitsbereich ohne ärztliche Anordnung nicht kennt (also die saubere Trennung des GuKG in eigenverantwortlichen und mitverantwortlichen Tätigkeitsbereich nicht vornimmt).¹³⁰ Auf Basis der bisherigen Ausführungen zur Delegation ist aus haftungsrechtlichen Überlegungen aber festzuhalten, dass den Arzt für das „Wie“ der Anordnung in

125 So etwa auch *Hausreither*, Die Sanitätshilfsdienst in *Aigner/Kletecka/Kletecka-Pulker/Memmer*, Handbuch Medizinrecht für die Praxis III/183.

126 Eine solche gab es zum Entscheidungszeitraum Mitte der 1970er Jahre eben noch nicht.

127 OGH 31.1.1985, 7Ob2/85.

128 OGH 3.9.1996, 10 Ob 2348/96h.

129 OGH 3.9.1996, 10 Ob 2348/96h.

130 So etwa *Klimscha*, Wie weit reicht die „Anordnungsbefugnis des Arztes?, RdM, 127, 1997; *Radner*, Die Ausübung medizinischer Tätigkeiten durch MTD, MTF, SHT und Hilfspersonen iS des ÄrzteG (Teil 1), RdM 137/1998; *Holzgruber/Hartl*, Physiotherapeutische Einrichtungen – eine Kritik, RdM 108/1999; *Steiner*, Ein letztes Mal – Physiotherapeutische Einrichtungen, RdM 191/2000; *Klimscha/Klaschka*, Der eigenverantwortliche Tätigkeitsbereich der gehobenen medizinisch-technischen Dienste, RdM 115/2000; *Schneider*, Ärztliche Ordinationen und selbständige Ambulatorien, 204f.

jedem Fall die Haftung treffen wird. Ändert allerdings der dem MTD-G unterliegende Angehörige die Anordnung eigenmächtig, so verletzt dies seine berufsrechtlichen Vorgaben und könnte er seitens des Patienten deliktisch zur Verantwortung gezogen werden.

Nicht in einem haftungsrechtlichen, sondern in einem arbeitsrechtlichen Kontext hat sich das OLG Wien in jüngerer Zeit ebenfalls zur Frage der Delegation im Zusammenhang mit dem MTD-G geäußert.¹³¹ Ausgangssachverhalt war die Anwendung von Kontrastmittel durch den radiologisch-technischen Dienst nach den Vorschriften des MTD-G. In diesem Zusammenhang hat das Berufungsgericht zwar betont, dass die Angehörigen der anderen Gesundheitsberufe die ihnen übertragenen medizinischen Tätigkeiten kraft eigenem Berufsrecht ausüben. In den weiteren Ausführungen bekräftigt das OLG Wien aber, dass in jenen Fällen, in denen die Durchführung durch die Angehörigen der anderen Gesundheitsberufe von der Zusammenarbeit mit Ärzten abhängig gemacht wird, „der eigenverantwortlichen Ausführung der ärztlichen Anordnungen eine enge Grenze gesetzt wurde, die bewirkt, dass diese Tätigkeit nur bei Anwesenheit eines Arztes (also in Zusammenarbeit mit diesem) durchgeführt werden darf“.¹³²

Im Bereich des HebG hat der OGH (in Bestätigung des Urteils des Berufungsgerichts) etwa ausgeführt, dass eine Hebamme für die verspätete Beiziehung eines Arztes (der noch dazu kein Facharzt, sondern Arzt für Allgemeinmedizin war) samt der daraus folgenden Schädigung eines Neugeborenen haftet.¹³³ Wie ausgeführt, hat die Hebamme anhand ihrer berufsrechtlichen Vorgaben ihren Tätigkeitsbereich nämlich nur so lange eigenverantwortlich auszuüben, als keine Regelwidrigkeiten während der Schwangerschaft, der Geburt oder des Wochenbetts auftreten. Treten aber Regelwidrigkeiten auf, so darf die Hebamme ihren Beruf nur nach ärztlicher Anordnung und in Zusammenarbeit mit einem Arzt ausüben, sodass das Unterlassen des Beiziehens eines Facharztes eine Haftung der Hebamme selbst begründet. Eine Haftung des Arztes muss in dieser Konstellation keinesfalls automatisch verbunden sein, sofern diesem kein eigenes Fehlverhalten vorgeworfen werden kann.¹³⁴ Im Bereich der Eigenverantwortlichkeit hat der OGH etwa ergänzend betont, dass auch im Verhältnis Hebammen (und/oder andere medizinische Berufe) zum Patienten bei Verletzung der Dokumentationspflicht die aus

131 OLG Wien 7.6.2010, 7 Ra54/10b.

132 OLG Wien 7.6.2010, 7 Ra54/10b.

133 OGH 8.5.2001, 10 Ob 86/01x in Bestätigung OLG Graz 1.2.2001, 2 R 1/01m; siehe auch *Hausreither*, Das Berufsrecht der Hebamme, in *Aigner/Kletecka/Kletecka-Pulker/Memmer*, Handbuch Medizinrecht für die Praxis III/208a.

134 Im zitierten Fall war eine solidarische Haftung des beigezogenen praktischen Arztes deshalb gegeben, weil dieser, soweit ersichtlich, zusätzlich ebenfalls einen Behandlungsfehler zu verantworten hatte.

der Ärztehaftung bekannte Beweislastumkehr greift.¹³⁵ Werden Dokumentationspflichten verletzt, begründet dies die Vermutung, dass die nicht dokumentierte Maßnahme auch nicht gesetzt wurde.

Zu erwähnen ist an dieser Stelle auch eine Entscheidung des OGH, die eigentlich nicht wegen ihrer Implikation für die Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe, sondern wegen der Frage der Sorgfaltspflichten gegenüber einem nicht der deutschen Sprache mächtigen Patienten viel diskutiert wurde.¹³⁶ Aus haftungsrechtlicher Sicht bietet diese Entscheidung für die Frage der Verantwortungen zwischen dem Arzt und den nicht nichtärztlichen Gesundheitsberufen weniger beachtete relevante Ausführungen. Kurz zusammengefasst wurde der Träger einer Krankenanstalt auf Schadenersatz geklagt, weil zwei Männer eine dritte, verwandte Person wegen Übelkeit in die Krankenanstalt gebracht haben. Wie sich später herausstellte, waren die drei Personen Mitbewohner einer Wohnung, deren Übelkeit auf eine Kohlenmonoxidvergiftung aufgrund eines nicht fachgerecht installierten Ofens zurückzuführen war. Die Person, die wegen Übelkeit eingeliefert worden war, wurde nach ärztlicher Untersuchung trotz Verständnisproblemen aufgenommen. Die beiden Männer erhielten aufgrund der Aufregung vom Arzt lediglich ein Beruhigungsmittel. Obwohl die beiden Männer gegenüber einem diplomierten Krankenpfleger nachträglich nochmalig und ohne Anwesenheit eines Arztes – in der Folge unterstützt durch eine der deutschen Sprache mächtigen Person – ebenfalls über Übelkeit klagten, wurden die Männer nach Hause geschickt und verstarben in der Nacht. Obwohl die Schnittstellenproblematik zwischen den Gesundheitsberufen nicht primäres Thema war, hielt der OGH in der Entscheidung fest, dass in der geschilderten Situation „der Krankenpfleger verpflichtet [war], einen Arzt zu informieren. Denn die vorangegangene ärztliche Entscheidung, die beiden Angehörigen – abgesehen von der Verabreichung eines Beruhigungsmittels – nicht zu behandeln, war nun überholt; anders als früher war klar, dass sich die Angehörigen selbst als behandlungsbedürftig ansahen, und wegen der Anwesenheit der Bekannten war jetzt ein Anamnesegespräch möglich“.¹³⁷ Der OGH schloss daraus, dass der Träger der Krankenanstalt ganz grundsätzlich für ein derartiges Fehlverhalten des Krankenpflegers einstehen wird müssen. Die Konstellation zeigt im Hinblick auf die arbeitsteilige Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe aber auch, dass dem Arzt an der Schnittstelle der vertikalen Arbeitsteilung kein Fehlverhalten (und damit auch keine deliktische Haftung) anzulasten war, sondern das Fehlverhalten vom OGH im Verhalten des Krankenpflegers zu suchen war, da es „einem (auch diplomierten) Gesundheits- und Krankenpfleger (selbstver-

135 OGH 28.1.2011, 6Ob 259/10x.

136 OGH 11.5.2010, 4 Ob 36/10p; siehe dazu auch etwa *Kopetzki*, Zur Haftung des Krankenanstaltenträgers wegen §23 Abs. 1 KAKuG.

137 OGH 11.5.2010, 4Ob36/10p.

ständig) nicht zu[steht], hilfeschuchende Personen in einer Krankenanstalt ohne Befassung eines Arztes abzuweisen“.¹³⁸

In einer jüngst ergangenen Entscheidung hatte sich der OGH im Hinblick auf eine Frage der horizontalen Arbeitsteilung mit der Frage auseinanderzusetzen, ob ein Anästhesist als Erfüllungsgehilfe des Operators dafür zu sorgen hat, dass der Patient nach Beendigung des Eingriffes nicht vom Operationstisch fällt. Der OGH hat die Haftung des Anästhesisten mit der Begründung bejaht, dass zur Betreuungspflicht des Arztes auch die Verpflichtung zählt, den Patienten vor sonstigen durch die Behandlung entstehenden Gefahren zu schützen.¹³⁹ Zwar handelt es sich um eine Konstellation der horizontalen Arbeitsteilung, doch sind die grundsätzlichen Überlegungen des OGH (nämlich einer allfälligen deliktischen Haftung bei Verletzung der Sorgfaltspflicht eines Mitglieds des Behandlungsteams) jedenfalls auch auf die vertikale Arbeitsteilung anzuwenden. So kann beispielsweise in einem Operationsteam fraglich sein, ob bei Eintreten eines Lagerschadens¹⁴⁰ die Angehörigen des diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonals im Zusammenhang mit der fachgerechten Lagerung eines Patienten für eine Operation im Standardfall im mitverantwortlichen oder eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereich tätig werden.¹⁴¹ Ist die Lagerung dem eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereich zuzuordnen, so scheidet eine Verantwortlichkeit des Arztes bei Fehlern grundsätzlich aus; im mitverantwortlichen Tätigkeitsbereich wäre der Arzt jedenfalls für die Anordnung verantwortlich.

Auch wenn die höchstgerichtliche, zivilrechtliche Judikatur zur konkreten Frage der Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe und dem Vertrauensgrundsatz bis dato überschaubar geblieben ist, ist die Anzahl der Entscheidungen (auch wenn diese meist von Berufungsgerichten stammt) im Bereich des Strafrechts etwas größer. So hat der OGH beispielsweise im Zusammenhang mit dem Vertrauensgrundsatz ausgeführt, dass ein Arzt vor der Vornahme einer Injektion deren Inhalt prüfen muss.¹⁴² Allerdings darf sich auch die ebenfalls beteiligte Krankenschwester nicht darauf verlassen, dass ein Arzt diese Prüfung vor Vornahme der Injektion vornimmt, sondern muss sich selbst vom Inhalt überzeugen.¹⁴³ Im Gegensatz dazu wurde einem Operator etwa nicht als Sorgfaltsverstoß angelastet, dass die Zählung der Perltücher vor Verschließen der Operationswunde im Operationsteam fehlerhaft war.¹⁴⁴ Die telefonische Anordnung einer Verabreichung eines

138 OGH 11.5.2010, 4Ob36/10p.

139 OGH 19.6.2013, 7Ob85/13w.

140 Z.B. auch BGH, 24.1.1995 (VI ZR 60/94, Hamm).

141 *Schmiedbauer*, Lagerung im OP, RdM 111/2005.

142 OLG Innsbruck KRSIlg 804; sowie OGH SSt 29/39.

143 OLG Innsbruck KRSIlg 805.

144 OLG Wien, KRSIlg 807.

intravenösen Wehenmittels durch einen Arzt, ohne sich selbst über den Stand der Geburt zu vergewissern, wurde dagegen sehr wohl als objektiv sorgfaltswidrig gewertet.¹⁴⁵ Auch diesen Prüfungen der Sorgfaltswidrigkeit liegt jeweils der Vergleich mit der gewissenhaften, einsichtigen und pflichtgetreuen Person des jeweiligen Gesundheitsberufes im Behandlungsteam zu Grunde. Gerade bei der vertikalen Arbeitsteilung werden daher auch im zivilrechtlichen Bereich trotz Anwendung des Vertrauensgrundsatzes die jeweiligen berufsrechtlichen Verpflichtungen und Vorgaben bei der Prüfung der Sorgfaltswidrigkeit eine wesentliche Rolle spielen.

5. Fazit

In Verknüpfung der überschaubaren höchstgerichtlichen Judikatur mit den zahlreichen Lehrmeinungen zu den Kompetenzgrenzen der einzelnen Berufsrechte kann der Schluss gezogen werden, dass bei einer vertikalen Arbeitsteilung verschiedene Haftungsszenarien zu berücksichtigen sind: Erleidet ein Patient im Zuge einer Behandlung, an der sowohl ein Arzt als auch Angehörige anderer Gesundheitsberufe beteiligt sind, einen Schaden, so kann es zu einer Überlagerung verschiedener Haftungen kommen. Ist zusätzlich eine Delegation ärztlicher Tätigkeiten im Sinne der dargelegten Systematik vorgenommen worden und erleidet der Patient bei der Durchführung der vom Arzt angeordneten Maßnahme einen Schaden, so ist zu prüfen, ob dem Schadenseintritt eine fehlerhafte Anordnung durch den Arzt oder eine fehlerhafte Durchführung durch den Angehörigen eines anderen Gesundheitsberufes zu Grunde liegt. Eine Haftung kann sich bei bestehender Aufsichtspflicht durch den Arzt (allenfalls auch bei Aufsichtspflicht eines nichtärztlichen Berufsangehörigen über einen Angehörigen der „dritten Ebene“) auch aus der Verletzung einer Anleitungs- und Aufsichtspflicht ergeben.¹⁴⁶ Diese zusätzliche Haftungsthematik wird sich zukünftig insbesondere bei der Beziehung von Assistenzberufen nach dem MAB-G vermehrt stellen.

Ereignet sich der Sachverhalt in einer Krankenanstalt, so kommt primär eine Haftung des Rechtsträgers der Krankenanstalt für die als Erfüllungsgehilfen tätigen

145 OLG Wien KRSIlg 815.

146 So etwa beim Turnusarzt nach §3 Abs 3 ÄrzteG oder bei Gesundheits- und Krankenpflegeschülern nach §43 Abs. 2 GuKG; siehe dazu auch *Kletecka*, Zivilrechtliche Haftung (Schadnersatz) in *Aigner/Kletecka/Kletecka-Pulker/Memmer*, Handbuch Medizinrecht für die Praxis II/7.

Mitarbeiter in Betracht, da (außerhalb des Belegspitals) der Patient mit dem Rechtsträger der Krankenanstalt den Behandlungsvertrag schließt. Ein Regress des Rechtsträgers der Krankenanstalt an einem schuldhaft handelnden Dienstnehmer ist jedenfalls denkbar, wobei die Beschränkungen des DHG zu beachten sind.¹⁴⁷ Bei in einer Krankenanstalt angestellten Ärzten oder Angehörigen anderer Gesundheitsberufe ist – neben einer strafrechtlichen oder disziplinarrechtlichen Verantwortlichkeit – zusätzlich eine deliktische Haftung (auch aus der Verletzung der berufsrechtlichen Vorschriften als Schutzgesetze) zu beachten.

Die obigen Ausführungen zeigen weiters, dass der Rechtsträger der Krankenanstalt auch einen Mangel in der Organisation der Zusammenarbeit (welche nach den einschlägigen Bestimmungen der jeweiligen Krankenanstaltengesetze sicherzustellen ist) zu verantworten haben wird, wenn die berufsrechtlichen Vorgaben für die Angehörigen des ärztlichen Berufsstandes einerseits und die Angehörigen anderer Gesundheitsberufe andererseits nicht entsprechend den dargelegten Grundsätzen koordiniert wird. Derartige Haftungsfälle beim Rechtsträger einer Behandlungseinrichtung werden nur durch ein entsprechend ausgeprägtes Schnittstellenmanagement in den Griff zu bekommen sein, mit dem insbesondere die Ausbildung der Angehörigen anderer Gesundheitsberufe als Voraussetzung für eine mögliche Delegation sichergestellt wird. Aus haftungsrechtlicher Sicht interessant könnte weiters die Frage der personellen Ausstattung in den zukünftig laut Krankenanstaltenrecht zulässigen zentralen Aufnahme- und Erstversorgungseinheiten sein, da der ÖSG 2012 die Bedarfsqualifikationen für das dortige Personal eher undeutlich formuliert, sodass der jeweilige Rechtsträger bei der Organisation der personellen Ausstattung und deren Zusammenarbeit besonders gefordert sein wird.¹⁴⁸

Ereignet sich der Schadenseintritt in einer niedergelassenen Ordination bzw. einer von einer Gruppenpraxis betriebenen Behandlungseinrichtung, so schließt der Patient den Behandlungsvertrag mit dem einzelnen Arzt bzw. dem Rechtsträger der Gruppenpraxis ab, sodass ein allfälliges Fehlverhalten eines Angehörigen eines anderen Gesundheitsberufs grundsätzlich dem Arzt bzw. dem Rechtsträger der Gruppenpraxis nach §1313a ABGB zuzurechnen ist. Liegt allerdings das Fehlverhalten in der eigenverantwortlichen Durchführung durch den Angehörigen des anderen Gesundheitsberufs, so kann sich der Arzt bzw. der Rechtsträger der Gruppenpraxis unter Beachtung der Vorgaben des DHG ebenfalls am Angehörigen des anderen Gesundheitsberufs regressieren. Eine direkte deliktische Haftung des Angehörigen des anderen Gesundheitsberufs gegenüber dem Patienten bleibt ebenfalls unberührt.

147 Kletecka, Zivilrechtliche Haftung (Schadnersatz) in Aigner/Kletecka/Kletecka-Pulker/Memmer, Handbuch Medizinrecht für die Praxis II/5.

148 So auch Halmich, Rechtsfrage im Schockraum, ÖZPR 114/2013.

Der weitgehende Mangel an einschlägiger höchstgerichtlicher, zivilrechtlicher Rechtsprechung zur berufsrechtlichen Schnittstellenproblematik sowie die hohe Wahrscheinlichkeit, dass die voranschreitende vertikale Arbeitsteilung zukünftig weitergehende rechtliche Angriffsflächen bieten wird, sollte insbesondere die Rechtsträger einer Krankenanstalt motivieren, berufsrechtliche Schnittstellenprobleme zwischen den Gesundheitsberufen durch klare Vorgaben bestmöglich zu beseitigen. Zu beachten ist allerdings, dass zumindest nach derzeitiger Rechtslage nach wie vor eine „Zwangsdelegierung“ auf Angehörige anderer Gesundheitsberufe keinesfalls denkbar ist. Trauen sich Angehörige anderer Gesundheitsberufe die Durchführung zu delegierender Tätigkeiten trotz berufsrechtlicher Zulässigkeit rein praktisch nicht zu, so muss eine solche Delegierung zur Vermeidung haftungsrechtlicher Konsequenzen sowohl beim Arzt (Verletzung der Anordnungsverantwortung) als auch beim Angehörigen des anderen Gesundheitsberufs (Einlassungsfahrlässigkeit) unterlassen werden. Sofern auch entsprechende Schulungsmaßnahmen keine entsprechende Sicherheit für die Durchführung bringen, muss seitens des Rechtsträgers einer Behandlungseinrichtung in letzter Konsequenz auf arbeitsrechtliche Sanktionen (Auflösung des Dienstverhältnisses) zurückgegriffen werden.

6. Literaturverzeichnis

Bücher

- Aigner/Kierein/Kopetzki, Ärztegesetz³ (2007)*
- Aigner/Kletecka/Kletecka-Pulker/Memmer, (2014) Handbuch Medizinrecht für die Praxis (Band I)*
- Aigner/Kletecka/Kletecka-Pulker/Memmer, (2014) Handbuch Medizinrecht für die Praxis (Band II)*
- Andreas/Kretzl, Rechtsgrundlagen für Gesundheitsberufe² (2013)*
- Emberger/Fössl-Emberger, Die Haftung des Arztes – Justiz und Verwaltungsstrafrecht (1991)*
- Emberger/Wallner, Ärztegesetz² (2008)*
- Juen, Arzthaftungsrecht² (2005)*
- Schneider, Ärztliche Ordinationen und selbständige Ambulatorien (2001)*
- Sladeczek/Marzi/Schmiedbauer, Recht für Gesundheitsberufe⁷ (2014)*

Wallner, Ärztliches Berufsrecht (2011)

Weiss/Lust, GuKG7 (2014)

Artikel

Aigner, Rechtsgrundlagen auf dem Sektor der Notfallmedizin, RdM 67/1996

Brandstetter/Zahl, Die strafrechtliche Haftung des Arztes, RdM 17/1994

Deutsch, Den letzten beißen die Hunde: Die Haftung bei der arbeitsteiligen Medizin in Duttge (Hg), Göttinger Schriftenreihe zum Medizinrecht (Band 1)

Halmich, Kompetenzfragen der präklinischen Patientenversorgung, RdM 88/2012

Halmich, Rechtsfragen im Schockraum, ÖZPR 114/2013

Halmich, Rechtsfragen im präklinischen Umgang mit psychiatrischen Patienten, RdM 79/2013

Hausreither/Lust, Aktuelles und Wichtiges aus dem Berufsrecht, ÖZPR 2012/4

Holzgruber/Hartl, Physiotherapeutische Einrichtungen – eine Kritik, RdM 108/1999

Keinert, Haftung für zu geringe Personalausstattung in Krankenanstalten, RdM 145/2012

Klimscha, Wie weit reicht die „Anordnungsbefugnis des Arztes?“, RdM, 127, 1997

Klimscha/Klaschka, Der eigenverantwortliche Tätigkeitsbereich der gehobenen medizinisch-technischen Dienste, RdM 115/2000

Kopetzki, Zum Kompetenzumfang des Turnusarzt in der Lehrpraxis, RdM 141/2013

Mazal, Heranziehung von Hilfspersonen durch Ärzte – Berufsrechtliche Aspekte, RdM 35/1996

Pflüger, Krankenhaushaftung und Organisationsverschulden, Schriftenreihe Medizinrecht, 128

Radner, Die Ausübung medizinischer Tätigkeiten durch MTD, MTF, SHD und Hilfspersonen iS des ÄrzteG (Teil 1), RdM 137/1998

Radner, Die Ausübung medizinischer Tätigkeiten durch MTD, MTF, SHD und Hilfspersonen iS des ÄrzteG (Teil 2), RdM 175/1998

Schmiedbauer, Lagerung im OP, RdM 111/2005

Stärker, 10 Jahre GuKG – Tätigkeitsbereiche – Eine Reflexion, RdM 135/2009

Stärker, Berufsrechte der Gesundheitsberufe: Radikale Vereinfachung notwendig, RdM 2/2014

Steiner, Ein letztes Mal – Physiotherapeutische Einrichtungen, RdM 191/2000

Steiner, Die kollegiale Führung im Krankenanstaltenrecht, RdM 34/2013

Wallner, Der Arztvorbehalt und seine Grenzen, RdM 117/2011

Judikatur

VfGH 12.12.2006, B 855/06

OGH 3.12. 1985, 5 Ob 608/84

OGH 31.1.1985, 7Ob2/85

OGH 3.9.1996, 10 Ob 2348/96h

OGH 8.5.2001, 10 Ob 86/01x

OGH 21.11.2006, 4 Ob 151/06v

OGH 5.10.2010, 4 Ob 155/10p

OGH 28.1.2011, 6Ob 259/10x

OGH 19.6.2013, 7Ob85/13w

OGH 27.6.1958, SSt 29/39

OLG Wien, 7.6.2010, 7 Ra 54/10b

OLG Graz 1.2.2001, 2 R 1/01m

OLG Wien, KRSIlg 807

OLG Wien KRSIlg 815

OLG Innsbruck KRSIlg 804

OLG Innsbruck KRSIlg 805

BGH, 24.1.1995 (VI ZR 60/94, Hamm)

Hon.-Prof. Dr. Felix Wallner,

Kammeramtsdirektor, Ärztekammer für Oberösterreich

Überlegungen zur Delegation ärztlicher Leistungen an nichtärztliche Gesundheitsberufe

1. Vorbemerkungen	56
2. Ressource Turnusarzt	57
3. Dokumentations- und Stationssekretäre	59
4. Delegation an nichtärztliche Heilberufe	60
5. Schlussbemerkung	67
6. Literaturverzeichnis	68

Der bereits jetzt immanente Arztmangel, verstärkt durch Demographie und Migrationsfreiheit, stellt eine Bedrohung für das hervorragende österreichische Gesundheitssystem dar. Als Option zur Linderung der Auswirkungen des Arztmangels gesundheitspolitisch diskutiert wird derzeit eine effizientere Nutzung knapper Arztressourcen durch Delegation von Tätigkeiten an nichtärztliche Heilberufe. Die Zusammenarbeit zwischen Ärzten und nichtärztlichen Gesundheitsberufen bei der Durchführung von substituierbaren Tätigkeiten definiert sich auf Ebene der Anordnungs- und auf Ebene der Durchführungsverantwortung. Die gesetzliche Grundlage differenziert zwischen unterschiedlichen Ausprägungen dieser Verantwortungen, auf deren Basis neue, nichtärztliche Gesundheitsberufe integriert werden müssen. Die Delegation einzelner Tätigkeiten aus dem nichtärztlichen Kernbereich sollte in einer Form erfolgen, die eine rasche, bedarfsorientierte und spezialisierte Einbindung nichtärztlicher Gesundheitskräfte ermöglicht, ohne dass es zu einem Qualitätsverlust kommt und ohne dass ein neues, schwerfälliges Ausbildungsregime etabliert werden muss. Der Beitrag unterbreitet daher abschließend einen Vorschlag für eine neue Bestimmung im Ärztegesetz, die einen rechtlichen Rahmen für die erweiterte Delegation ärztlicher Leistungen bieten könnte.

1. Vorbemerkungen

Immer öfter widmet sich die gesundheitspolitische Diskussion in Österreich dem Thema Arztmangel. Wie so oft handelt es sich dabei um eine Problematik, auf die andere europäische Staaten schon seit Jahren aufmerksam geworden sind und die nun mit einiger Verspätung in Österreich ankommt. Wenn es auch noch immer Stimmen gibt, die unter Verweis auf mehr oder weniger auf die österreichischen Verhältnisse übertragbare Statistiken einen Arztmangel in Österreich abstreiten, bereitet die Aufrechterhaltung der flächendeckenden Versorgung in Österreich diejenigen, die dafür verantwortlich sind – nämlich vor allem den Rechtsträgern der Krankenanstalten und den Krankenversicherungsträgern –, zunehmend Kopfzerbrechen. Schon heute ist es in einem vor wenigen Jahren noch nicht vorstellbaren Ausmaß schwierig geworden, Dienstposten in Spitälern, aber auch Kassenverträge, wieder zu besetzen. Es besteht außerdem darüber hinaus weitgehende Einigkeit, dass sich die Situation durch die Demographie in den nächsten Jahren rapide verschärfen wird, wenn die geburtenstarken Jahrgänge der 50er-Jahre ihre Pension antreten.

Nicht eingegangen werden soll in diesem kurzen Artikel auf Maßnahmen, wie die Attraktivität des Arztberufs in Österreich einigermaßen aufrechterhalten werden kann. Zum Arztmangel trägt bei, dass immer mehr Ärzte von der durch die EU verschafften Migrationsfreiheit Gebrauch machen und, da sie mittlerweile bessere Bedingungen im Ausland vorfinden, Österreich vor allem in Richtung Deutschland und die Schweiz verlassen. Zu einem Aderlass an Personalressourcen kommt es aber auch dadurch, dass das Arbeitsumfeld im öffentlich finanzierten Gesundheitswesen, also in den Krankenanstalten oder in Kassenordinationen, wenig Flexibilität bietet und daher für jene Ärztinnen und Ärzte keine Option mehr ist, die ihre Zeitressourcen auch in einem entsprechenden Ausmaß der Familie zur Verfügung stellen wollen. Schließlich führen die besonderen Belastungen des ärztlichen Dienstes – insbesondere die Bereitschaftsdienste in der Nacht und an Wochenenden – dazu, dass ältere Ärztinnen und Ärzte ihren Beruf so früh wie möglich aufgeben und sich pensionieren lassen.

Natürlich würde es helfen, wenn es gelänge, durch geeignete Maßnahmen ausgebildete Ärzte länger und umfassender für das öffentlich finanzierte Gesundheitssystem zu gewinnen. Gegenstand dieser Überlegungen soll aber eine andere, durchaus auch gesundheitspolitisch vehement angedachte Stoßrichtung sein,

nämlich Maßnahmen, wie man die immer knapper werdenden Arztressourcen dadurch effizienter nutzen kann, dass weniger qualifizierte ärztliche Tätigkeiten an nichtärztliche Heilberufe delegiert werden. Mit dieser Entlastung verspricht sich die Politik nicht nur einen Beitrag zur Linderung des Arztmangels, sondern auch ökonomische Ersparnisse, weil davon ausgegangen wird, dass diese nichtärztlichen Heilberufe geringere Einkommenserwartungen haben.

Wenn es sich auch um ein nicht nur gesundheits-, sondern auch standespolitisches Minenfeld handelt und im Folgenden nur die persönliche Meinung des Autors wiedergegeben werden kann, sollen doch einige Überlegungen versucht werden, unter welchen rechtlichen Rahmenbedingungen derartige Delegationen denkbar wären.

2. Ressource Turnusarzt

Ärzte haben sich nach Abschluss des Medizinstudiums einer praktischen post-promotionellen Ausbildung in Krankenanstalten oder Lehrpraxen zu unterziehen, deren Abschluss Voraussetzung für die Zuerkennung der Bewilligung zur selbstständigen Ausübung des ärztlichen Berufs ist. Das Ärztegesetz sieht in § 3 Abs. 3 vor, dass die in Ausbildung befindlichen Ärzte (Turnusärzte) lediglich zur un-selbstständigen Ausübung der ärztlichen Tätigkeiten in Ausbildungseinrichtungen unter Anleitung und Aufsicht der ausbildenden Ärzte berechtigt sind. Geklärt ist mittlerweile, dass Aufsicht nicht „Draufsicht“ bedeutet und dass das Gesetz damit keine ständige Aufsicht über den Turnusarzt verlangt. Es ist auch allgemein anerkannt, dass das Aufsichtserfordernis mit zunehmendem Ausbildungsstand abnimmt und dass dem Turnusarzt daher auch ärztliche Tätigkeiten, die er bereits beherrscht, übertragen werden können. Die Literatur verweist darauf, dass sich die Anforderungen an die ärztliche Ausbildung in deren Ablauf verändern. Die ausbildenden Ärzte müssen jedenfalls zunächst den Turnusarzt anleiten und auf die von ihm erwarteten ärztlichen Maßnahmen vorbereiten, sie müssen ihn in weiterer Folge beaufsichtigen, das heißt überprüfen, ob er die von ihm erwarteten ärztlichen Maßnahmen bereits beherrscht, und drittens sich bereithalten, damit der Turnusarzt bei unerwarteten Zwischenfällen jederzeit die Möglichkeit hat, sich an einen fertig ausgebildeten Arzt zu wenden. In Krankenanstalten führt dieses

Konzept der abgestuften Aufsicht dazu, dass Turnusärzte sehr wichtige Systemträger der ärztlichen Versorgung werden, was nicht nur ihrer Ausbildung dient, sondern auch einen wesentlichen Beitrag dazu leistet, den Bedarf an ärztlichen Leistungen abzudecken¹⁴⁹.

Wo sich hingegen durchaus noch Potential für eine effizientere Nutzung der Ressource „Ausbildungsarzt“ bietet, ist der extramurale Bereich. Turnusärzte haben die Möglichkeit, einen Teil ihrer Ausbildung in Lehrpraxen oder Lehrambulatorien, also im Wesentlichen in den Ordinationen niedergelassener Ärzte, zu absolvieren. Es besteht aber derzeit noch erhebliche rechtliche Unsicherheit, welche Kompetenzen ihnen in Ordinationen übertragen werden können. Die jüngere Literatur hat darauf hingewiesen, dass diese Kompetenzen derzeit noch unterschätzt werden und dass es durchaus möglich wäre, Lehrpraktikanten in größerem Ausmaß als bisher üblich zur Mitarbeit in Ordinationen heranzuziehen und damit auch in der Patientenversorgung wirksam zu machen¹⁵⁰. Gerade in einer Zeit, in der auch der extramurale Bereich zunehmend an einer Verdünnung der Arztressourcen leidet, wäre es ein probates Mittel, Lehrpraktikanten viel stärker als bisher in die ärztliche Versorgung mit einzubinden, vor allem dann, wenn sie – was auch zur Erreichung des Ausbildungsziels wünschenswert wäre – in ihrer Ausbildung bereits weit fortgeschritten sind. Die Nutzung dieser Ressourcen setzt aber nicht nur voraus, dass die rechtlichen Vorbehalte gegen einen entsprechenden Kompetenzumfang für Lehrpraktikanten aufgegeben werden, sondern vor allem auch, dass die mögliche Versorgungswirksamkeit von Lehrpraktikanten im Planungssystem der Kassenverträge berücksichtigt wird. Derzeit ist zwar nicht mehr strittig, dass Lehrpraxisinhaber die ärztlichen Tätigkeiten der bei ihnen beschäftigten Turnusärzte gegenüber dem Sozialversicherungsträger abrechnen können. Vor allem Degressionsregelungen erschweren aber den für den Ordinationsinhaber wirtschaftlichen Einsatz von Lehrpraxisinhabern auch dort, wo zusätzliche Arztkapazitäten wünschenswert wären.

149 Zu diesem Thema grundlegend: Kopetzki, Turnusärzte und Famulanten.

150 Vgl. dazu Kopetzki, Zum Kompetenzumfang der Turnusärzte in Lehrpraxen, RdM 2013/141.

3. Dokumentations- und Stationssekretäre

Es ist ein durchaus erstaunliches Phänomen, dass administrative Tätigkeiten, die sich auf die ärztliche Betreuung beziehen, in Krankenanstalten traditionell von Ärzten durchgeführt werden müssen. Während es in der Privatwirtschaft schon aus Kostengründen selbstverständlich ist, dass spezialisierte Fachkräfte möglichst wenig mit Bürokratie belastet werden, ist dieses Verständnis in Krankenanstalten völlig unterentwickelt. Erst in den letzten Jahren zeigt sich die Tendenz, die Ärzte in einzelnen Abteilungen durch Sekretariate zu unterstützen und damit die Ärzte von rein administrativen Tätigkeiten freizuspielen.

Es wäre dringend wünschenswert, diesen Weg forciert zu beschreiten. Sinnvoll wäre aber wohl in diesem Zusammenhang auch, das Krankenanstaltenrecht an diese Entwicklung anzupassen. Derzeit sieht die rechtlich vorgegebene Organisationsstruktur von Krankenanstalten eine Dreiteilung in ärztliche Hilfe, Pflege und Verwaltung vor. Verwaltungskräfte sind daher nach dem Krankenanstaltenrecht auch in der innerbetrieblichen Hierarchie den Krankenanstaltenverwaltungen unterstellt. Sinnvoller wäre es aber wohl, den jeweils leitenden Ärzten (ärztliche Leiter, Abteilungsleiter) nicht nur ärztliche Mitarbeiter krankenanstaltenrechtlich zuzuordnen, sondern auch Mitarbeiter, die die administrativen Tätigkeiten im jeweiligen Bereich unter der Direktive und der Verantwortung der jeweiligen ärztlichen Vorgesetzten übernehmen.

Forciert werden sollten auch die in den letzten Jahren begonnenen Maßnahmen, spezifische Ausbildungen für diese Mitarbeiter zu schaffen. Da es sich gerade nicht um Mitarbeiter handelt, die in die Patientenbetreuung eingreifen, erschiene es zwar überzogen, für eine derartige Ausbildung auch gesetzliche Rahmenbedingungen vorzugeben. Es sollte aber versucht werden, im Zusammenwirken von einschlägigen Ausbildungseinrichtungen und den potentiellen Dienstgebern – also vor allem den Rechtsträgern der Krankenanstalten – entsprechende Ausbildungsgänge zu entwickeln, um eine optimale Entlastung der ärztlichen Ressourcen an der Abteilung sicherstellen.

4. Delegation an nichtärztliche Heilberufe

Während die oben genannten Maßnahmen und Vorschläge wahrscheinlich in der allgemeinen Diskussion auf wenig Widerspruch stoßen, ist die Frage sehr umstritten, inwieweit ärztliche Leistungen stärker als bisher an nichtärztliche Gesundheitsberufe ausgelagert werden können.

4.1. Derzeitige Situation

Für die Gesundheitsberufe in Österreich gilt, dass der Gesetzgeber strenge und abschließende Regulierungsvorschriften für ihre Ausbildung und Berufsausübung erlassen hat. Dahinter steht die Überlegung, dass eine qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung von hoher gesellschaftspolitischer Bedeutung ist und daher ein öffentliches Interesse an genauen Rechtsgrundlagen besteht. Vor allen Dingen geht es bei diesen Vorschriften darum, die notwendige fachliche Kompetenz für den gesetzlich zugewiesenen Aufgabenbereich zu gewährleisten. Die jeweiligen berufsrechtlichen Regelungen der Gesundheitsberufe sehen daher auf der einen Seite allesamt genaue Ausbildungsvorschriften vor und beschreiben auf der anderen Seite die dadurch erreichte Berufsberechtigung möglichst genau. Dazu kommt, dass es in der Regel (zumindest, soweit es um die selbstständige Ausbildung des jeweiligen Gesundheitsberufs geht) Zulassungsreglements gibt, die gewährleisten, dass nur Personen den jeweiligen Gesundheitsberuf ausüben können, die die gesetzlich festgelegte Qualifikation erreicht haben. Bei dieser formalisierten Berufszulassung geht es nicht nur um die Prüfung, ob die nötige fachliche Qualifikation erreicht wurde, sondern auch um die Sicherstellung der charakterlichen und gesundheitlichen Eignung für die Berufsausübung.

Aus der Perspektive der ärztlichen Tätigkeiten, um die es hier geht, ist zunächst einmal im Verhältnis zu den anderen Gesundheitsberufen zwischen jenen zu unterscheiden, deren Tätigkeitsfeld sich überhaupt nicht mit dem Tätigkeitsbereich der Ärzte überschneidet (und bezüglich derer es auch keine Möglichkeit gibt, ärztliche Tätigkeiten zu substituieren), und solchen Gesundheitsberufen, die (zumindest teilweise) Tätigkeiten wahrnehmen, die auch von Ärzten durchgeführt werden (und bezüglich derer es daher natürlich Substitutionspotential gibt).

Beispiele für Gesundheitsberufe, die sich praktisch nicht mit dem Berufsfeld der Ärzte überschneiden, sind etwa Zahnärzte oder Apotheker. Für die – was die Anzahl ihrer Angehörigen anlangt – allerdings Mehrheit der Gesundheitsberufe gilt, dass es tatsächlich zu Überschneidungen mit ärztlichen Tätigkeiten kommt. Diese Berufe haben zwar praktisch immer auch eigenständige Aufgaben (wie etwa die Pflegeberufe im Bereich der Pflege, die Hebammen bei komplikationslos verlaufenden Geburten oder die Diätologen bei der präventiven Beratschlagung gesunder Menschen). Typisch ist aber auch, dass sie im mehr oder minder starken Zusammenwirken mit Ärzten auch Aufgaben übernehmen, die nach dem Ärztegesetz grundsätzlich einer ärztlichen Ausbildung bedürfen.

Die Zusammenarbeit zwischen Ärzten und nichtärztlichen Gesundheitsberufen bei der Durchführung dieser Tätigkeiten definiert sich auf zwei Ebenen, nämlich auf Ebene der Anordnungs- und auf Ebene der Durchführungsverantwortung, wobei es bei der Letzteren vor allem darum geht, in welchem Ausmaß der Arzt die Durchführung der von ihm angeordneten Maßnahmen zu beaufsichtigen hat.

Auf beiden Ebenen gibt es nun eine sehr fein nuancierte Abstimmung:

a) Eingeschränkte Abhängigkeit

Ein Beispiel einer nur sehr eingeschränkten Abhängigkeit von ärztlichen Entscheidungen findet sich bei der freiberuflichen Tätigkeit von klinischen Psychologen und Psychotherapeuten. Diese Berufsgruppen agieren an sich völlig unabhängig von ärztlichen Anordnungen. Lediglich dann, wenn sie ihre Leistung gegenüber den gesetzlichen Krankenversicherungsträgern abrechnen wollen, schreibt das Sozialversicherungsrecht vor, dass spätestens nach der ersten Behandlung auch eine Untersuchung durch einen Arzt stattzufinden hat.

b) Volle Anordnungsverantwortung, allerdings keine Durchführungsverantwortung

Für eine Reihe von gehobenen nichtärztlichen Gesundheitsberufen gilt, dass die Leistungen zwar nur auf Anordnung des Arztes erbracht werden dürfen (und diesen natürlich die Verantwortung für die Richtigkeit dieser Anordnung trifft), die Verantwortung für die Durchführung aber ausschließlich beim jeweiligen nichtärztlichen Gesundheitsberuf liegt. Solche Gesundheitsberufe sind etwa (für einen Teil ihrer Leistungen) die gehobenen medizinisch-technischen Dienste, die diplomierte Gesundheits- und Krankenpflege oder die Heilmasseure. Allen diesen Berufen gemeinsam ist, dass sie über eine besonders qualifizierte Ausbildung verfügen, weshalb der die Maßnahme anordnende Arzt ohne weitere Prüfung darauf vertrauen kann, dass die Durchführung der Maßnahme *lege artis* erfolgt.

c) Anordnungsbefugnis beim Arzt/gelockerte Aufsichtspflichtung des Arztes

Gegenüber jenen nichtärztlichen Heilberufen, die aufgrund ihrer (kürzeren) Ausbildung weniger qualifiziert sind als die zuvor genannten, trifft den Arzt in der Regel nicht nur eine Anordnungsverantwortung, sondern auch die Verpflichtung zur Aufsicht der Durchführung der Maßnahme (wobei diese Aufsicht allerdings vielfach an diplomierte nichtärztliche Gesundheitsberufe delegierbar ist). Dazu gehören die Berufsgruppe der Pflegehilfe, der medizinischen Masseur und vor allem alle mit dem MAB-Gesetz 2012 neu geschaffenen medizinischen Assistenzberufe.

Für diese gilt, dass der Arzt (teilweise auch andere diplomierte Gesundheitsberufe) die Leistungen anordnet, dass aber darüber hinaus auch die Durchführung der Anordnung beaufsichtigt wird. Verlangt wird allerdings keine ständige Aufsicht. Der Arzt kann sich zum einen – sofern er nicht Gegenteiliges feststellt – darauf verlassen, dass der jeweilige Leistungserbringer seinem Berufsbild entsprechend ordnungsgemäß ausgebildet ist. Er muss den Leistungserbringer auch nicht laufend überwachen, sondern es reicht, sich durch entsprechende Kontrollen stichprobenartig davon zu überzeugen, dass die angeordnete Leistung korrekt erbracht wurde sowie im Fall von Unklarheiten für allfällige Rückfragen erreichbar zu sein.

d) Anordnung im Einzelfall ohne Durchführungsaufsicht

§ 50 b ÄrzteG sieht für den speziellen Fall der Personenbetreuung vor, dass der Arzt – allerdings im Einzelfall und einzeln angeordnet – ärztliche Tätigkeiten delegiert. Er muss – was auch praktisch nicht möglich wäre – die tatsächliche Durchführung dieser Tätigkeiten nicht überwachen. Er hat sich allerdings selbst zu vergewissern, ob der Personenbetreuer die nötigen Fähigkeiten und Kenntnisse hat. Außerdem ist die Delegierungsmöglichkeit auf bestimmte Tätigkeiten eingeschränkt (etwa die Verabreichung von Arzneimitteln oder die Verabreichung von subkutanen Insulininjektionen).

e) Anordnungsverantwortung des Arztes, verbunden mit einer Einschulungsverpflichtungen, allerdings keine Aufsichtspflicht

Nach § 50 a ÄrzteG kann der Arzt im Einzelfall einzelne (allerdings im Gesetz nicht inhaltlich umschriebene) ärztliche Tätigkeiten an Angehörige des Patienten oder sonstige Personen, die zu diesem in einem besonderen örtlichen und persönlichen Naheverhältnis stehen, delegieren. Voraussetzung ist allerdings, dass der Arzt genaue Anweisungen für den Einzelfall gibt und dass er selbst die Person, die die Leistung erbringen soll, einschult. Die tatsächliche Tätigkeit kann dann allerdings ohne Aufsicht in Abwesenheit des Arztes erbracht werden.

f) Anordnung und ständige Aufsicht

Schließlich sieht § 49 Abs. 2 ÄrzteG vor, dass der Arzt sich grundsätzlich Hilfspersonen (ohne besondere Ausbildung) zur Mitwirkung bedienen kann, wenn diese nach seinen genauen Anordnungen und unter seiner ständigen Aufsicht handeln. Dieser Fall verlangt vom Mitwirkenden zwar keinerlei fachliche Vorbildung oder Einschulung. Die Delegation beschränkt sich aber auf Assistenz Tätigkeiten und verlangt eine ständige persönliche und unmittelbare Aufsicht des Arztes.

4.2. Rechtliche Rahmenbedingungen für eine erweiterte Delegation

Man darf wohl davon ausgehen, dass die für die einzelnen Gesundheitsberufe – insbesondere auch für die Ärzte – derzeit vorgesehenen Ausbildungsbedingungen als notwendig empfunden werden, um die jeweilige Kerntätigkeiten qualitativ hochwertig durchführen zu können. Wäre dies nicht der Fall, könnte der Mangel an ausgebildeten Gesundheitsberufen dadurch behoben werden, dass die Ausbildungsvoraussetzungen – vor allem die Dauer der Ausbildung – reduziert werden. Davon ist aber weder bei den Ärzten noch bei den Angehörigen der gehobenen nichtärztlichen Heilberufe derzeit die Rede. Im Gegenteil: gerade bei den Ärzten wird diskutiert, die Ausbildungskriterien nachzubessern, allenfalls sogar die Ausbildung zum Allgemeinarzt zu verlängern.

Wenn die Gesundheitspolitik daher das Ziel verfolgt, rasch weitere Personalressourcen mit reduzierter Ausbildung in das System zu bringen, um den Mangel an Ärzten (und wahrscheinlich auch sonstigen gehobenen nichtärztlichen Gesundheitsberufen) zu bewältigen, kann es nur um die Delegation einzelner, nicht zum Kernbereich gehörender Teilbereiche des jeweiligen Leistungsspektrums gehen.

Soweit es um die Delegation einzelner Leistungen geht, die derzeit von Ärzten durchgeführt werden müssen und für die diese überqualifiziert erscheinen, erscheinen von der rechtlichen Delegationskonstruktion vor allem zwei Wege denkbar:

- Modulsystem nach Muster des MAB-Gesetzes:
Das noch junge MAB-Gesetz bedient sich einer legistischen Technik, die ein hohes Maß an Flexibilität gewährleistet. Das MAB-Gesetz schafft (auch kombinierbare) Ausbildungsmodule, die in relativ kurzer Zeit und auch berufsbegleitend durchlaufen werden können. Die Absolvierung dieser Module führt dazu,

dass in medizinischen Teilbereichen die erforderliche Fertigkeit bei gleichzeitigem Erwerb des theoretischen Hintergrunds vermittelt werden kann, wodurch die Voraussetzungen geschaffen werden, um die mit dieser Ausbildung verbundenen spezifischen Tätigkeiten übernehmen zu können. Die Anordnung der jeweiligen Tätigkeit verbleibt zwar beim Arzt (oder beim sonst zuständigen gehobenen nichtärztlichen Heilberuf). Die (regelmäßig weitaus zeitintensivere) Durchführung der Leistung kann aber im Vertrauen auf die absolvierte Ausbildung delegiert werden, ohne dass es einer ständigen Aufsicht bedarf. Diese Vorgangsweise – nämlich im MAB-Gesetz bzw. in der darauf gestützten Ausbildungsverordnung – Berufsbilder zu definieren, die Ärzte (bzw. gehobene nichtärztliche Heilberufe) in ihrer Tätigkeit unterstützen können, weil sie für das jeweilige Leistungssegment eine spezielle Ausbildung erfahren haben, ermöglicht zwar eine wesentlich flexiblere Reaktion auf den Bedarf an neuen Gesundheitsberufen, als wenn für jedes dieser neuen Berufsbilder eigene gesetzliche Grundlagen geschaffen werden müssten. Trotzdem bedarf es zur Ergänzung dieser Berufsbilder sowohl eines gesetzgeberischen Akts in Form einer Novellierung des MAB-Gesetzes als auch einer entsprechenden Erweiterung der Ausbildungsverordnung durch das Gesundheitsministerium. Die Schaffung weiterer Hilfsberufe über den Weg des MAB-Gesetzes sichert daher zwar eine homogene bundeseinheitliche Ausbildungsqualität und schafft damit gleichzeitig auch Rechtssicherheit für die Delegation. Die Einführung in die Rechtsordnung ist aber einigermaßen aufwändig.

- Modell des § 50 a ÄrzteG:
Dieses Modell geht davon aus, dass Ärzte im Einzelfall einzelne ärztliche Tätigkeiten an einen gesetzlich definierten Personenkreis delegieren können, sofern sie die jeweiligen Personen unter ihrer Verantwortung in diese Tätigkeiten eingeschult haben. Eine Erweiterung dieser Methode der Delegation ärztlicher Tätigkeiten an nichtärztliche Heilberufe hätte zwar den Vorzug größtmöglicher Flexibilität, weil im Einzelfall sowohl der spezielle Delegierungsbedarf als auch die jeweiligen besonderen Fähigkeiten desjenigen berücksichtigt werden könnten, an den delegiert wird. Dieses System wäre aber eine völlige Abkehr von dem für das Berufsrecht der Gesundheitsberufe typischen Grundsatz, dass sich der Staat selbst für die Qualität der Leistungserbringer so weit in der Verantwortung sieht, dass er bundeseinheitlich und korrespondierend zur jeweiligen Verantwortung des Gesundheitsberufs eine entsprechende Mindestausbildung sicherstellt. Eine Abkehr von diesem Prinzip kommt wohl schon deshalb nicht in Frage, weil dann einheitliche Qualitätsstandards in der Ausbildung nicht mehr gewährleistet wären.

- Modus analog zu § 50 b ÄrzteG:
§ 50 b ÄrzteG geht sozusagen einen Mittelweg zwischen dem Konzept des MAB-Gesetzes und dem Konzept des § 50 a ÄrzteG. Sowohl aus Gründen der Rechtssicherheit als auch aus Qualitätsgründen ist nach § 50 b ÄrzteG genau umgrenzt, an wen der Arzt welche ärztlichen Leistungen delegieren kann. Im Unterschied zum MAB-Gesetz gibt es aber für diese Tätigkeiten keine strukturierten Ausbildungsvorschriften, deren Erfüllung Vorbedingung für die Delegation ist. Es bleibt Sache des Arztes, sich zu vergewissern, dass der Leistungserbringer über die erforderlichen Fähigkeiten verfügt, weshalb der Arzt allenfalls auch im erforderlichen Ausmaß ergänzende Unterweisungen zu erteilen hat.

Dieses Konzept hat im Vergleich zu dem Modell der Delegation nach § 50 a ÄrzteG den Vorzug, dass die Entscheidung, welche Leistungen delegiert werden können, nicht vollständig auf den einzelnen Arzt abgewälzt wird, sondern der Rahmen delegierbarer Leistungen vom Gesetzgeber selbst gesteckt wird. Gleichzeitig erlaubt es, auf die persönlichen Fähigkeiten des Leistungserbringer, an den delegiert werden soll, viel flexibler einzugehen, als dies nach der wesentlich starreren Methode des MAB-Gesetzes möglich wäre, die bei der Schaffung eines neuen Berufsbilds immer darauf angewiesen ist, dass auch gleichzeitig ein neues strukturiertes Curriculum eingeführt und entsprechende Ausbildungen angeboten werden.

Wenn man nun die Intention verfolgt, es angesichts des Ärztemangels Ärzten leichter zu machen, die Durchführung von Leistungen an geeignete Mitarbeiter zu delegieren, ohne Gefahr zu laufen, dass vielleicht unter dem Druck von Personalmangel bei dieser Delegation zu weit gegangen wird, würde sich eine Erweiterung des Prinzips des § 50 b ÄrzteG anbieten. Vorstellbar wäre etwa die Einführung eines neuen § 50 c ÄrzteG, mit dem Ärzten die Möglichkeit eröffnet wird, an nichtärztliche Gesundheitsberufe ärztliche Leistungen über die derzeit vorgesehenen Grenzen hinaus zu delegieren (§ 50 b ÄrzteG bezieht sich ja im Unterschied dazu nicht auf Gesundheits-, sondern auf Sozialberufe) und für diese Delegationsoption einen (neuen) Rahmen zu schaffen. Dabei wäre es wohl sinnvoll, den Rahmen unterschiedlich weit zu stecken, je nachdem, um welchen Gesundheitsberuf es sich handelt. Um die nötige Flexibilität zu erreichen, könnte man es im Gesetz – was den delegierbaren Leistungsinhalt anlangt – allerdings bei einer allgemeinen Vorgabe belassen und die genaue Aufzählung der Leistungen in die Verordnungskompetenz der Österreichischen Ärztekammer übertragen. Dies wäre vor dem Hintergrund plausibel, dass die Ärzte einerseits am besten fachlich beurteilen können, welche Anforderungen an allfällig zu delegierende Leistungen gestellt werden,

aber auch, wo Ressourcen fehlen und daher eine unterstützende Auslagerung ärztlicher Tätigkeiten an nichtärztliche Heilberufe nötig scheint. Da allerdings eine Delegierungsentscheidung in Form einer Verordnung der Österreichischen Ärztekammer nicht nur auf das ärztliche Berufsbild Auswirkungen hätte, sondern auch auf die Patientenversorgung und natürlich auf das Berufsbild der anderen nichtärztlichen Heilberufe, könnte eine derartige Verordnungskompetenz nicht dem eigenen Wirkungsbereich der Österreichischen Ärztekammer zugeordnet werden, sondern nur dem übertragenen. Damit wäre auch sichergestellt, dass das Gesundheitsministerium als Aufsichtsbehörde gegebenenfalls eingreifen und sich damit die Letztentscheidung vorbehalten könnte.

Ein neuer § 50 c ÄrzteG könnte in diesem Sinne etwa folgenden Inhalt haben:

„§ 50 c neu

(1) Der Arzt kann im Einzelfall ärztliche Tätigkeiten gemäß Abs. 2 an Angehörige folgender Gesundheitsberufe delegieren:

1. Angehörige der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe nach dem Bundesgesetz über Gesundheits- und Krankenpflegeberufe (GuKG),
2. Hebammen nach dem Bundesgesetz über den Hebammenberuf (HebG),
3. Angehörige der gehobenen medizinisch-technischen Dienste nach dem Bundesgesetz über die Regelung der gehobenen medizinisch-technische Dienste (MTD-G),
4. Sanitäter nach dem Bundesgesetz über Ausbildung, Tätigkeiten und Beruf der Sanitäter (SanG),
5. Medizinische Masseure und Heilmasseure nach dem Bundesgesetz über die Berufe und die Ausbildungen zum medizinischen Masseur und zum Heilmasseur (MMHmG),
6. Medizinische Assistenzberufe im Sinne des Bundesgesetzes über medizinische Assistenzberufe und die Ausübung der Trainingstherapie (MABG).

(2) Die Österreichische Ärztekammer hat durch eine Verordnung gemäß § 117 c (2) Z 11 gesondert für jeden der in Abs. 1 genannten Gesundheitsberufe festzulegen, welche ärztlichen Tätigkeiten delegiert werden können. Sie hat dabei auf die Ausbildung und das Berufsbild des jeweiligen Gesundheitsberufs Rücksicht zu nehmen.

(3) Der Arzt hat

1. der Person gemäß Abs. 1 im erforderlichen Ausmaß die Anleitung und Unterweisung zu erteilen sowie
2. sich zu vergewissern, dass die Person gemäß Abs. 1 über die erforderlichen Fähigkeiten verfügt.“

§ 117 c Abs. 2 neu

Z 11 Verordnung über die Delegation ärztlicher Leistungen an nichtärztliche Gesundheitsberufe

5. Schlussbemerkung

Man darf mutmaßen, dass der derzeit geführten Diskussion über die erweiterte Delegierbarkeit ärztlicher Leistungen an nichtärztliche Heilberufe zwei völlig unterschiedliche Motivationen zugrunde liegen. Zum Einen könnte die Diskussion von jenen losgetreten worden sein, die sich von einem neuen Konzept versprechen, dass Teile der ärztlichen Tätigkeit an Berufsgruppen übertragen werden, die eine deutlich kürzere Ausbildung und damit niedrigere Einkommenserwartungen haben, vor allem aber rascher reproduzierbar sind, um auftretende Ressourcengängel auszugleichen. Diese Motivation kann aber schon deshalb nicht akzeptiert werden, weil wohl nicht ernsthaft darüber diskutiert werden kann, Leistungen, bei denen die Leistungsqualität des Umfang und der Struktur einer ärztlichen Ausbildung bedarf, an Personen mit einer weniger qualifizierten Ausbildung weiterzureichen. Dies stünde völlig im Gegensatz zu den ständigen Beteuerungen, dass die Qualität im Gesundheitswesen weiterhin angehoben werden soll. Seriöserweise kann es daher nur um die Frage gehen, welche derzeit von Ärzten erbrachten Leistungen auch von anderen nichtärztlichen Gesundheitsberufen über Anordnung und unter Verantwortung von Ärzten erbracht werden können, ohne dass es zu einem Qualitätsverlust kommt und ohne dass wieder ein neues schwerfälliges Ausbildungsregime etabliert werden muss. Die vorliegenden Überlegungen zeigen einen Ausweg, wie man die Delegierbarkeit einzelner ärztlicher Leistungen

erweitern kann, ohne damit Qualitätsverluste in Kauf nehmen zu müssen, und wie man rasch und flexibel auf den Bedarf nach Personalressourcen reagieren könnte.

Das ganze Thema steht allerdings erst am Beginn der Diskussion, weshalb sich vermutlich auch der Meinungsstand bei den einzelnen Gesundheitsberufen noch nicht völlig verfestigt hat. Es ist daher auch ausdrücklich darauf hinzuweisen, dass die hier dargestellten Überlegungen nur die persönliche Ansicht des Autors wiedergeben.

6. Literaturverzeichnis

- Kopetzki, Christian (1990): Turnusärzte und Famulanten: rechtliche Aspekte der Ausübung ärztlicher Tätigkeiten während der Ausbildung; (Band 3 der rechtswissenschaftlichen Schriftenreihe des Assistentenverbandes der Wirtschaftsuniversität Wien). Verlag Service, Wien
- Kopetzki, Christian (2013): Zum Kompetenzumfang der Turnusärzte in Lehrpraxen, RdM 2013/141 S. 251–263

Univ.-Prof. Dr. Wolfgang Kröll

Medizinische Universität Graz, Univ.-Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin, Klinische Abteilung für allgemeine Anästhesiologie, Notfall- und Intensivmedizin

Univ.-Prof. Dr. Gerhard Wolf

Medizinische Universität Graz, Univ.-Klinik für Chirurgie, Klinische Abteilung für Allgemeinchirurgie

Die Delegation ärztlicher Leistungen an nichtärztliches Personal – ein Ausweg aus dem prognostizierten Ärztemangel der Zukunft?

1. Einleitung	71
2. Wo steht die Kompetenz der Pflege derzeit?	73
3. Kompetenzerweiterung der Pflege	77
4. Der Ärztevorbereitung	81
5. Kompetenzerweiterung und Patientensicherheit	93
6. Warum eine Kompetenzerweiterung nicht funktionieren kann	95
7. Der prognostizierte Ärztemangel und dessen mögliche Ursachen	97
8. Kann durch Delegation ärztlicher Tätigkeiten an das Pflegepersonal ein Ärztemangel verhindert werden?	101
9. Lösungsansätze	103
10. Zusammenfassung	104

Die Gesundheitspolitik verspricht sich von einer Delegation ärztlicher Tätigkeiten an nichtärztliches Personal eine Lösung der Problematik des Ärztemangels. In diesem Artikel wird anhand der Fachbereiche Anästhesiologie, Intensivmedizin und Chirurgie, in denen die Autoren über langjährige Erfahrung verfügen, die Delegation von ärztlichen Tätigkeiten an nichtärztliche Berufe ausgeführt und konkretisiert. Die Autoren kommen zu dem Schluss, dass eine Erweiterung der Kompetenzen des Pflegepersonals durchaus eine sinnvolle Bestrebung darstellt – sie weisen aber gleichzeitig darauf hin, dass diese Kompetenzerweiterung auch gewisse Grenzen haben sollte, insbesondere um die Patientensicherheit zu gewährleisten.

1. Einleitung

Das Damoklesschwert eines drohenden Ärztemangels schwebt über Österreich, aber auch über Deutschland. Aufgrund der zu erwartenden demografischen Veränderungen sowie der abnehmenden Zahl der Hochschulabsolventen an den medizinischen Universitäten – bedingt durch Zulassungsbeschränkungen und nicht aufgrund mangelnden Interesses am Beruf des Arztes – versucht nun die Gesundheitspolitik die Bevölkerung dahingehend zu verunsichern, dass z. Tl. schon derzeit, z. Tl. zumindest jedoch mittelfristig mit einem Ärztemangel zu rechnen ist. Noch bevor man sich jedoch Gedanken darüber macht, wie man diesem prognostizierten Ärztemangel begegnen könnte, bietet dieses Vorgehen der Politik nichtärztlichen Gesundheitsberufen aussichtsreiche Möglichkeiten dafür, Tätigkeiten, die bislang dem Arzt vorbehalten waren, schrittweise zu übernehmen.

Begründet wird diese beabsichtigte Delegation und Substitution ärztlicher Leistungen an nichtärztliche Gesundheitsberufe nicht nur mit der Überalterung der Gesellschaft und einem für das nächste Jahrzehnt prognostizierten Ärztemangel, sondern auch mit einer beabsichtigten Akademisierung der Pflege und der Adaptierung von deren Ausbildungsmodellen an internationale Gepflogenheiten. Den Ausführungen der Präsidentin des Österreichischen Gesundheits- und Krankenpflegeverbandes (ÖGKV) folgend gilt als wichtigster Schritt für die zukünftige Entwicklung des diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonals die dringliche Notwendigkeit, derzeit vorhandene Kompetenzen deutlicher abzubilden¹⁵¹, um mit den übrigen Gesundheitsberufen – gemeint sind im Wesentlichen die Ärzte – auf gleicher Augenhöhe tätig zu sein, wobei unter gleicher Augenhöhe nicht gleiche Tätigkeitsbereiche verstanden werden dürfen. Die geplante Novelle¹⁵² des GuKG Kompetenzerweiterungen hingegen sieht vor, wesentlich in unter Arztvorbehalt stehende Tätigkeiten einzugreifen. Hauptargument für dieses beabsichtigte Vorgehen ist u. a. die aus dem prognostizierten Ärztemangel resultierende, möglicherweise qualitative Schlechterstellung der Patienten, die wiederum durch die geplanten Kompetenzvertiefungen und -erweiterungen kompensiert werden könnte.

Es wird im Rahmen dieses Artikels versucht, vorerst die derzeitigen Kompetenzbereiche der diplomierten Gesundheits- und Krankheitsberufe, danach die geplan-

151 Die dringende Notwendigkeit, Kompetenz abzubilden. Eigenverantwortlichkeit, Berufsregister und Ausbildung als wichtigste nächste Schritte. Interview mit Ursula Frohner. ProCare 10: 2012: 6–7.

152 Gesundheit Österreich GmbH (2013) Gesundheits- und Krankenpflegeberufe: Konkretisierung der Reformansätze, Aufgaben- und Kompetenzprofile zu den Spezialisierungen.

ten Kompetenzerweiterungen im Bereich der Anästhesiologie und Intensivmedizin sowie der Chirurgie darzustellen, um dann aufzuzeigen, welche Tätigkeiten an das Pflegepersonal übertragen werden können, ohne dass eine Übertragung ärztlicher Tätigkeiten auf nichtärztliches Personal zu einer Qualitätseinbuße und damit zu einer Risikoerhöhung für den Patienten wird. Zudem werden die Gründe für den prognostizierten Ärztemangel beleuchtet und verschiedene Lösungssätze diskutiert.

In diese Erörterung fließen Beobachtungen ein, die von beiden Autoren im Laufe einer mehr als 30-jährigen Tätigkeit an einer Universitätsklinik erworben werden konnten. Es ist zwingend, dass in der Gesamtbeurteilung auch sog. „soft data“ oder „soft-skills“ besprochen werden, da sich in diesem Zeitraum erhebliche soziologische Veränderungen ergeben haben, die auch direkten Einfluss auf die hier zu besprechende Thematik ausüben. Diese Veränderungen scheinen auch eine deutliche Abwertung der Attraktivität des Medizinstudiums, aber vor allem auch des Arztberufes, zu bedingen. Und diese Attraktivitätsminderung kann dann schließlich zu einem absoluten, zumindest aber auch zu einem relativen Ärztemangel führen.

Abschließend gilt es nun die Frage zu beantworten, ob es einen tatsächlichen „Mangel“ in der Anzahl der Absolventen an den medizinischen Universitäten und daraus resultierend an der Zahl der Ärzte gibt, oder ob infolge der fehlenden Attraktivität des patientenbetreuenden Arztberufes häufig nach absolvierter Ausbildung diese ärztliche Tätigkeit überhaupt nicht aufgenommen wird bzw. es zu einer Abwanderung von Ärzten nicht nur ins Ausland, sondern auch in zumindest finanziell attraktivere Berufssparten kommt.

2. Wo steht die Kompetenz der Pflege derzeit?

Mit der Kundmachung des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes wurde bereits 1997 ein eigenständiges Gesetz für Gesundheits- und Krankenpflegeberufe¹⁵³ erlassen, welches nicht nur die Berufsrechte und Berufspflichten, sondern im Speziellen auch die Tätigkeitsbereiche des diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonals umschreibt und – trotz zahlreicher Berührungspunkte mit ärztlichen Vorbehaltstätigkeiten – zweckmäßig abgrenzt. So unterscheidet das Gesetz zwischen eigenverantwortlichen¹⁵⁴, mitverantwortlichen¹⁵⁵, interdisziplinären¹⁵⁶ und erweiterten¹⁵⁷ Tätigkeitsbereichen sowie den lebensrettenden Sofortmaßnahmen.

2.1. Der eigenverantwortliche Tätigkeitsbereich

Grundsätzlich sollte der eigenverantwortliche – d.h. ausschließlich der pflegerische – Tätigkeitsbereich¹⁵⁸ nicht Thema dieser Untersuchung sein, da in diesen Kompetenzfeldern nur jene Tätigkeiten, die sich ausschließlich auf die Pflege beziehen, abgebildet sind. Dabei handelt es sich insbesondere um die Erhebung der Pfleganamnese, der Pflegediagnose und der Pflegeplanung sowie die Durchführung der Pflegemaßnahmen und die Pflegeevaluation.

153 Bundesgesetz über Gesundheits- und Krankenpflegeberufe (Gesundheits- und Krankenpflegegesetz – GuKG) BGBl I 1997/108 idGF.

154 Vgl. dazu: GuKG § 14 BGBl I 108/1997 idGF.

155 Vgl. dazu: GuKG § 15 BGBl I 108/1997 idGF.

156 Vgl. dazu: GuKG § 16 BGBl I 108/1997 idGF.

157 Vgl. dazu: GuKG § 17 BGBl I 1997/108 idGF.

158 Vgl. dazu Stärker, Berufsrechte der Gesundheitsberufe, RdM 2014/4, 6ff. Stärker moniert insofern die Bezeichnung „eigenverantwortlich“, da sie eine Exklusivität für diesen Bereich suggerieren würde. Dies ist nicht zutreffend, da auch die vom Pflegepersonal durchgeführten Tätigkeiten im mitverantwortlichen und interdisziplinären Tätigkeitsbereich zwar nach ärztlicher Anordnung, aber in Eigenverantwortung des Pflegepersonals durchgeführt werden und dieses bei einer Fehlleistung dafür auch haftbar gemacht werden kann. Überdies wird auch übersehen, dass insbesondere dann, wenn die Tätigkeit der DGKA/P in einem Dienstverhältnis ausgeübt wird, eine Weisungsbindung gegenüber dem Vorgesetzten besteht.

Folgt man der Interpretation des Vorsitzenden der Vereinigung der österreichischen Pflegedirektoren¹⁵⁹, dann würde die Attraktivität der Pflegeberufe bereits dadurch erhöht werden können, wenn sie Tätigkeiten, wie die Verordnung der Inkontinenzversorgung oder die eines Rollators, übernehmen könnten. Würden derartige Kompetenzerweiterungen das Ziel der Novellierung des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes sein, dann wäre es unseres Erachtens müßig, darüber nachzudenken. Denn bereits in der RV¹⁶⁰ zu § 14 GuKG ist festgehalten, dass dieser Bereich Maßnahmen umfasst, die die Patienten bei der Ausübung ihrer Lebensaktivität unterstützen, wenn sie dazu nicht mehr in der Lage sind. Zur Durchführung der Pflegemaßnahmen sind aus unserer Sicht auch die Beschaffung und Anwendung von Hilfsmitteln zu zählen, die erforderlich sind, um dem Patienten eine gewisse Lebensqualität zu gewährleisten. In Analogie zu den Ausführungen von Andreaus¹⁶¹, der dies für die Betreuung des Wundmanagements interpretiert, könnte auch die Verschreibung von Hilfsmitteln für die Inkontinenzbehandlung und die Versorgung mit einem Rollator an das Gesundheits- und Krankenpflegepersonal delegiert werden. Dazu bedürfte es nicht einmal einer Kompetenzvertiefung, keinesfalls jedoch einer Kompetenzerweiterung.

2.2. Der mitverantwortliche Tätigkeitsbereich¹⁶²

Im mitverantwortlichen Tätigkeitsbereich¹⁶³ wird die Durchführung diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen unter Anordnung des Arztes subsummiert. Demonstrativ aufgelistete Tätigkeiten, wie die Verabreichung von Arzneimitteln, die Vorbereitung und Verabreichung von subkutanen, intramuskulären und intravenösen Injektionen, die Vorbereitung und der Anschluss von Infusionen bei liegendem Gefäßzugang, die Blutentnahme aus der Vene und der Kapillare, das Setzen von transurethralen Blasenkathetern, die Durchführung von Einläufen und das

159 Vgl. dazu: Verstärkter Wettbewerb um Pflegepersonal 2017. Die Presse vom 3. Mai 2014, 9; Kleine Zeitung vom 15. Juni 2014, Ausgabe Steiermark und Kärnten.

160 Regierungsvorlage GuKG und 709 der Beilagen stenographisches Protokoll des Nationalrates XX Regierungsperiode.

161 Andreaus, Wundmanagement im Pflegedienst, RdM 2012/89.

162 Vgl. dazu: GuKG § 15 BGG I 108/1997 idgF.

163 Auch in der Definition dieses Tätigkeitsbereiches schließen wir uns den Überlegungen von Stärker an, der § 15 GuKG als geteilt verantwortlichen Bereich bezeichnen möchte, da richtigerweise eine Mitverantwortung des Pflegepersonals, wie es der Terminus „Mitverantwortung“ suggerieren möchte, nicht vorliegt. Sobald das Pflegepersonal nach Anordnung des Arztes die einzelnen Tätigkeiten übernommen hat, ist es für dessen Durchführung eigenverantwortlich. Vgl. dazu: Stärker, Berufsrechte der Gesundheitsberufe, RdM 2014/4, 6ff.

Legen von Magensonden, kann dem Gesundheits- und Krankenpflegepersonal übertragen werden.

Voraussetzung dafür ist, dass diese Tätigkeiten auch vom entsprechenden Gesundheitsberuf umfasst sind. Obwohl delegiert, besteht jedoch seitens des diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonals keine Verpflichtung, die Behandlungsmaßnahmen auch zu übernehmen. Dazu bedarf es entsprechender dienstrechtlicher Genehmigungen bzw. einer konkreten Weisung durch die Pflegedirektion der einzelnen Rechtsträger. So sind den Autoren zahlreiche Krankenanstalten in Österreich bekannt, in denen es dem diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonal mittels Dienstanweisung nicht erlaubt ist, etwa Magensonden zu legen, Harnkatheter bei männlichen Patienten zu setzen oder Blut aus der Vene zu entnehmen.

Es steht den Autoren in diesem Zusammenhang nicht zu, diese dienstrechtlichen Verbote zu kritisieren; es muss aber dennoch darauf hingewiesen werden, wenn Kompetenzerweiterungen für das Pflegepersonal beabsichtigt werden, dann sollte man vorerst jene Kompetenzen ausreizen, die bereits durch das Berufsrecht des diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonals erlaubt sind.

2.3. Die Kompetenz des Pflegepersonals im Bereich der Anästhesiologie und Intensivmedizin¹⁶⁴

Haben Angehörige des diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonals Sonderausbildungen zur Anästhesie- und Intensivpflege absolviert, erweitert sich der Kompetenzbereich geteilter Verantwortung erheblich. In verpflichtenden zweisemestrigen universitären Lehrveranstaltungen werden die Voraussetzungen geschaffen, damit gewährleistet ist, dass diese medizinisch und technisch anspruchsvollen Tätigkeiten mit entsprechender Qualität ausgeführt werden können.

Von den ausgebildeten Experten in der Anästhesie- und Intensivpflege wird in diesem Tätigkeitsbereich erwartet, dass sie fähig sind, an der Beobachtung, der Betreuung, Überwachung und Pflege von Patienten vor, während und nach einer Narkose sowie an der Beobachtung, der Betreuung, Überwachung von Schwerstkranken im Rahmen der Intensivbehandlung mitzuwirken. Ergänzt wird dieses Tätigkeitsspektrum noch durch die Mitwirkung bei der Schmerztherapie.

¹⁶⁴ Schwamberger, GuKG – Gesundheits- und Krankenpflegegesetz⁷, § 20.

2.4. Die Kompetenz des Pflegepersonals im Bereich der Chirurgie

Ähnlich breit gefächert ist der Kompetenzbereich jener Experten aus dem diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonals, die eine universitäre Zusatzausbildung im operativen Bereich abgeschlossen haben. Erstreckt sich dieser Tätigkeitsbereich insbesondere auf das Instrumentieren in allen operativen Fachrichtungen, so umfasst dieser Bereich des Weiteren auch die Mitwirkung bei der Planung und Organisation des Operationsbetriebes, den Bereich der Sterilisation, Desinfektion und Wartung der bei der Operation benötigten Instrumente und die prä- und postoperative Betreuung der Patienten im Operationsbereich.

Nicht hingegen umfasst ist das Zunähen eines im Operationssaal verstorbenen Patienten; diese Tätigkeit ist Teil des operativen Eingriffs und fällt daher nicht in den erweiterten Tätigkeitsbereich der Mitglieder des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege; sondern ist eine dem Arzt vorbehaltene Tätigkeit und nicht delegierbar.¹⁶⁵

165 Vgl. dazu: BMG – 92251/0032-II/A/2/2011 vom 6. 5. 2011.

3. Kompetenzerweiterung der Pflege

Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit hat die Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) eine Untersuchung¹⁶⁶ mit dem Ziel durchgeführt, die derzeitige Ausbildungssituation der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe dahingehend zu evaluieren, inwieweit diese noch den Anforderungen unserer Zeit entsprechen bzw. welche Veränderungen vorgenommen werden müssten, um die Ausbildung und die Tätigkeit der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe zukunftsfähiger zu gestalten.

Wenn man, wie die Ergebnisse dieser Studie zeigen, zwar grundsätzlich von einer im Wesentlichen zufriedenstellenden Situation ausgehen kann, so zeigen sich dennoch bei spezifischen Zielgruppen Defizite, die, abgesehen von einer Aufwertung der Pflegehilfe zur Pflegeassistenz, was jedoch nicht Thema der vorliegenden Ausführungen ist, in einer generalistischen Ausbildung des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege im Hochschulbereich und bedarfsorientierter Spezialisierungen, unterschieden nach Kompetenzvertiefung und Kompetenzerweiterung, kumulieren.

Mittlerweile sind in einem ersten Entwurf die Aufgaben und Kompetenzprofile konkretisiert und die neuen Berufsbezeichnungen vorgelegt. Demnach könnten die zukünftigen Berufsbezeichnungen wie folgt lauten:

- perioperativer Pflegeexperte,
- Pflegeexperte im Bereich der Nephrologie,
- Pflegeexperte für Kinderintensivpflege,
- Pflegeexperte für Intensivpflege,
- Pflegeexperte für Anästhesiepflege,
- Pflegeexperte für Infektionsprävention und Hygiene.

Nach einer generalistisch ausgerichteten Grundausbildung erfolgt als erster Schritt einer fachlichen Spezialisierung eine Kompetenzvertiefung, in dem die bereits erworbenen Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten mit dem Ziel ausgebaut werden, die Handlungskompetenz zu festigen, zu erweitern und zu intensivieren (Advanced Nursing Practice). In einem zweiten Schritt erfolgt die Kompetenzerweiterung; nach deren Ausbildung können und sollen Tätigkeiten übernommen

¹⁶⁶ Gesundheit Österreich GmbH (2013) Gesundheits- und Krankenpflegeberufe: Konkretisierung der Reformansätze, Aufgaben- und Kompetenzprofile zu den Spezialisierungen.

werden, die nicht zu den ursprünglichen Kernaufgaben des Pflegebereichs gehören bzw. bei denen es sich um Kernaufgaben anderer Gesundheitsberufe handelt.

3.1. Kompetenzerweiterung im Bereich der Anästhesiologie, Intensivmedizin und Chirurgie

Ausgehend vom Kompetenzbereich des § 20 GuKG¹⁶⁷, wonach das derzeit universitär ausgebildete diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonal bei der Beobachtung, der Betreuung der Überwachung und der Pflege von narkotisierten Patienten und Schwerstkranken im Rahmen der Intensivbehandlung sowie der Schmerztherapie mitzuwirken hat, sind mit der Novelle zum Gesundheits- und Krankenpflegegesetz nachstehend aufgelistete Erweiterungen der Kompetenz angedacht.

3.1.1. Anästhesiepflege

Im Bereich der Anästhesiepflege sollen folgende Tätigkeiten an das akademisch ausgebildete Gesundheits- und Krankenpflegepersonal delegiert bzw. substituiert werden:¹⁶⁸

- **standardisierte Befunde**, wie Blutgasanalyse, EKG, Thoraxröntgen, hinsichtlich eines Handlungsbedarfs beurteilen,
- **diagnostische und therapeutische Interventionen** (z.B. invasive Zugänge [arterielle Leitung, zentraler Venenkatheter]) planen, **durchführen** und evaluieren,
- **Narkoseverfahren** bei Patienten der Risikoklassifizierung ASA I und II aller Altersklassen **selbständig durchführen**,
- bei der selbständigen Durchführung von Anästhesieverfahren (ASA I und II) **Medikamente**, Infusionslösungen und Volumenersatzmittel **anordnen** und verabreichen,
- die Patientensituation beurteilen und selbständig über die **Verlegung** aus der postoperativen Betreuung **entscheiden**,

167 Vgl. dazu: GuKG § 20 BGBl I 108/1997 idGF.

168 Gesundheit Österreich GmbH (2013) Gesundheits- und Krankenpflegeberufe: Konkretisierung der Reformansätze, Aufgaben- und Kompetenzprofile zu den Spezialisierungen.

- über das selbständig durchgeführte Anästhesieverfahren **Auskunft geben**,
- das Delegationsverhalten und die **Auswirkungen der Delegation** auf den Patienten und den Schulungsbedarf **evaluieren**,
- die Dokumentation bei selbständig durchgeführten Anästhesieverfahren ASA I und II durchführen,
- Leitlinien, Instrumente und Konzepte für den jeweiligen Spezialbereich auswählen, entwickeln, implementieren und evaluieren.

3.1.2. Kompetenzerweiterung in der Intensivpflege¹⁶⁹

Im Bereich der Intensivpflege sollen u.a. folgende Tätigkeiten an das akademisch ausgebildete Gesundheits- und Krankenpflegepersonal delegiert bzw. substituiert werden:

- im Wesentlichen betrifft es die gleiche Tätigkeitsbereiche wie im Bereich der Anästhesiepflege, erweitert um nachfolgende Kompetenzen,
- in Aufnahmesituationen die **Ressourcenverteilung** den Erfordernissen der Patientensituation – im Sinne der Triage – in Teamkooperation **anpassen**,
- die Entwöhnung vom Beatmungsgerät **selbständig** planen, **durchführen** und evaluieren,
- **Eliminationsverfahren** (Dialyse, MARS etc.) **verordnen, durchführen** und evaluieren,
- innerklinische, außerklinische und **Notfalltransporte** zu diagnostischen und therapeutischen Zwecken **ohne ärztliche Begleitung durchführen** und evaluieren.

¹⁶⁹ Gesundheit Österreich GmbH (2013) Gesundheits- und Krankenpflegeberufe: Konkretisierung der Reformansätze, Aufgaben- und Kompetenzprofile zu den Spezialisierungen.

3.1.3. Kompetenzerweiterung im Bereich der Chirurgiepflege¹⁷⁰

Im Bereich der Chirurgiepflege sollen u.a. folgende Tätigkeiten an das akademisch ausgebildete Gesundheits- und Krankenpflegepersonal delegiert bzw. substituiert werden:

- definierte **diagnostische und therapeutische Maßnahmen** im medizinischen Bereich setzen,
- **Venen entnehmen** im Rahmen der Viszeralchirurgie (z.B. Varizenchirurgie),
- **Drainagen**, Schienen, Sonden, Katheter und Tamponaden **einlegen** und sichern,
- das **Operationsgebiet öffnen**,
- das **Operationsgebiet** situationsgerecht durch das Einsetzen von Retraktoren **darstellen**,
- den **schichtweisen Wundverschluss durchführen** (Klammern setzen, nähen, kleben),
- verschiedene **Nahttechniken anwenden**,
- spezielle Verbände anlegen (VAC),
- Blutstillung mittels unterschiedlicher Techniken unterstützen,
- definierte **operative Eingriffe durchführen** (z.B. Exstirpation von Lipomen, Atheromen, Inzision von Abszessen),
- **spezielle** intraoperativ zum Einsatz kommende medizinisch-technische **Geräte bedienen** (z.B. gastro-intestinale Anastomosengeräte),
- bei definierten Operationen die Lokalanästhesie setzen und verabreichen,
- Handlungsprotokolle (CIRS) für den Bereich entwickeln, implementieren und evaluieren.

170 Gesundheit Österreich GmbH (2013) Gesundheits- und Krankenpflegeberufe: Konkretisierung der Reformansätze, Aufgaben- und Kompetenzprofile zu den Spezialisierungen.

4. Der Ärztevorbekalt¹⁷¹

Grundsätzlich ist die Ausübung der ärztlichen Tätigkeit ausschließlich Ärzten vorbehalten (§ 3 Abs. 4 ÄrzteG). Inhalt der ärztlichen Tätigkeit ist jede unmittelbar oder mittelbar am Menschen ausgeübte Tätigkeit, die sich auf medizinisch-wissenschaftliche Erkenntnisse stützt. Dieser Tätigkeitskatalog umfasst insbesondere:¹⁷²

- die Untersuchung auf das Vorliegen von krankhaften Veränderungen,
- die Erstellung von Diagnosen,
- die Behandlung von Erkrankungen,
- die Vornahme operativer Eingriffe,
- geburtshilfliche Tätigkeiten,
- die Verordnung von Heilmitteln und Heilbehelfen und medizinisch-diagnostischen Hilfsmitteln,
- die Vornahme von Obduktionen und
- die Ausstellung von ärztlichen Zeugnissen und Gutachten.

Die dem Arzt vorbehaltenen Tätigkeiten sind höchstpersönlich durch einen Arzt der jeweiligen Fachrichtung zu erbringen. Das bedeutet aber nicht, dass es nicht auch im begrenzten Umfang möglich ist, Tätigkeiten des ärztlichen Aufgabenbereichs an Mitglieder der nichtärztlichen Gesundheitsberufe zu delegieren¹⁷³, sofern sich der Arzt davon überzeugt hat, dass diese Tätigkeiten von den nichtärztlichen Gesundheitsberufen berufsrechtlich übernommen werden dürfen. Diese Tätigkeiten dürfen jedoch nur nach ärztlicher Anordnung durchgeführt werden. Bestimmte ärztliche Tätigkeiten dürfen auch Laien übertragen werden; der anordnende Arzt hat sich aber vorher auch davon zu überzeugen, dass die Laien, an welche die Tätigkeiten delegiert werden, vor Durchführung dieser Behandlungsmaßnahmen entsprechend unterwiesen worden sind.¹⁷⁴

171 Stärker in Emberger H, Wallner F 2008) Ärztegesetz § 3, Verlagshaus der Ärzte, Wien.

172 Stärker in Emberger H, Wallner F 2008) Ärztegesetz § 2, Verlagshaus der Ärzte, Wien.

173 Emberger in Emberger H, Wallner F 2008) Ärztegesetz § 49 (3), Verlagshaus der Ärzte, Wien.

174 Deutsch E, Spickhoff A (2014) Medizinrecht 7, Rz 623 ff.

4.1. Delegation und Substitution¹⁷⁵

Wie unterscheiden sich Delegation und Substitution?¹⁷⁶ Unter Delegation versteht man eine vorübergehende Übertragung ärztlicher Tätigkeiten an nichtärztliche Gesundheitsberufe. Substitution hingegen meint die dauerhafte Übertragung von ärztlichen Leistungen an Nicht-Ärzte. Im Rahmen der Delegation verbleibt die rechtliche Verantwortung für die Anordnung beim Arzt, die rechtliche Verantwortung für die Durchführung der delegierten Leistung übernimmt hingegen jene Person, an die diese Leistungen delegiert worden sind. Im Rahmen der Substitution einer medizinischen Leistung geht die rechtliche Verantwortung auf jene Person über, an die die jeweilige Tätigkeit substituiert worden ist.¹⁷⁷ Ob diese rechtlichen Konsequenzen bei der Ausarbeitung der beabsichtigten Kompetenzerweiterungen auch bedacht worden und bejahendenfalls auch im Sinne der Delegationsempfänger sind, entzieht sich der Kenntnis der Autoren.

Im Hinblick auf die Delegierbarkeit ärztlicher Leistungen lassen sich drei Fallgruppen unterscheiden: nicht delegationsfähige, generell delegationsfähige und im Einzelfall delegationsfähige Leistungen.¹⁷⁸

Nicht delegationsfähig¹⁷⁹ sind Tätigkeiten, die wegen ihrer Schwierigkeiten, ihrer Gefährlichkeit oder wegen der Unvorhersehbarkeit etwaiger Reaktionen ärztliches Fachwissen voraussetzen und daher vom Arzt persönlich zu erbringen sind. Dazu zählen insbesondere chirurgische Interventionen, Durchführung von Narkosen, das Legen zentralvenöser Katheter, ärztliche Untersuchungen, Diagnosestellung und Beratung sowie die Erarbeitung von Therapie- und Operationsoptionen für den jeweiligen Patienten.

Generell delegationsfähig¹⁸⁰ sind hingegen die Vornahme von Blutabnahmen, die Durchführung von Laborleistungen, der Wechsel von Harnkathetern, der Wechsel von Verbänden sowie ggf. radiologische Leistungen.

175 Kern BR (2013) Arztvorbehalt, persönliche Leistungserbringung, Delegation § 3, Rn 87. In: Ratzel R, Lissel P (Hrsg.) Handbuch des medizinstrafrechts. Beck Verlag, München.

176 Schabran P (2010) Delegation und Substitution: vertragsärztliche Sicht. In: Jorzig A, Uphoff R (Hrsg.) Delegation und Substitution – wenn der Pfleger den Doktor ersetzt. Springer Verlag Heidelberg-New York, 1–16.

177 Bonvie H (2010) Delegation und Substitution: berufsrechtliche Sicht. In: Jorzig A, Uphoff R (Hrsg.) Delegation und Substitution – wenn der Pfleger den Doktor ersetzt. Springer Verlag Heidelberg-New York, 17–24.

178 Vgl. dazu: Kern/Lissel/Lippert (2013) § 3 Rz 88 ff. in: Ratzel/Lissel (Hrsg.) Handbuch des Medizinschadensrecht, Beck München.

179 Vgl. dazu: Kern/Lissel/Lippert (2013) § 3 Rz 90 in: Ratzel/Lissel (Hrsg.) Handbuch des Medizinschadensrecht, Beck München.

180 Vgl. dazu: Kern/Lissel/Lippert (2013) § 3 Rz 91 in: Ratzel/Lissel (Hrsg.) Handbuch des Medizinschadensrecht, Beck München.

Im **Einzelfall delegationsfähig**¹⁸¹ sind die Durchführung von Injektionen und Infusionen sowie ggf. die Entnahme von Geweben nach dem Transplantationsgesetz.

4.2. Was kann im Bereich der Anästhesiepflege delegiert werden?^{182,183}

4.2.1. Was bedeutet eigentlich „Anästhesie“?¹⁸⁴

Anästhesie stellt eine hochrisikobehaftete Tätigkeit im Rahmen der medizinischen und operativen Versorgung eines kranken Menschen dar. Anästhesie kann einerseits als Allgemeinanästhesie in unterschiedlichen Formen (auf die im folgenden Kontext nicht näher eingegangen wird), andererseits als Regionalanästhesie, d.h. Schmerzausschaltung, nur in definierten Körperregionen durchgeführt werden.

Allgemeinanästhesie, umgangssprachlich eher als „Vollnarkose“ bezeichnet, ist eine Kombination aus Bewusstseinsverlust, Schmerzausschaltung und Muskeler-schlaffung mit dem Ziel, einerseits optimale Arbeitsbedingungen für den chirurgischen Eingriff zu schaffen und andererseits trotz des Einsatzes hochwirksamer Medikamente und unter Beachtung von deren Nebenwirkungen und Interaktionen die Gesamtsituation für den Patienten so sicher und so risikoarm wie möglich zu gestalten. Im Rahmen der Narkoseführung legt der Patient vertrauensvoll sein Leben in die Hände eines erfahrenen Anästhesisten, und sehr überspitzt formuliert könnte man definieren, dass das Leben des Patienten zumindest während dieses Zeitraumes „an einem seidenen Faden“ hängt.

Vielfach missverstanden und daher auch falsch dargestellt wird behauptet, dass ein regionalanästhesiologisches Verfahren den Gesamtorganismus eines Patienten geringer beeinflussen würde und daher einer Allgemeinanästhesie vorzuziehen sei. Diese Behauptung ist grundsätzlich nicht richtig, da ausgedehnte rücken-

181 Vgl. dazu: Kern/Lissel/Lippert (2013) § 3 Rz 92. in: Ratzel/Lissel (Hrsg.) Handbuch des Medizinschadensrecht, Beck München.

182 Van Aken H (2010) Ärztliche Kernkompetenz und Delegation in der Anästhesie. In: Jorzig A, Uphoff R (Hrsg.) Delegation und Substitution – wenn der Pfleger den Doktor ersetzt. Springer Verlag Heidelberg-New York, 81–86.

183 Van Aken H (2007) Ärztliche Kernkompetenz und Delegation in der Anästhesie. *Anästhesiologie* 48: 712–714.

184 Roissant R, Werner C, Zwissler B (Hrsg.) Die Anästhesiologie. Allgemeine und spezielle Anästhesiologie, Schmerztherapie und Intensivmedizin³, Springer Verlag Berlin-Heidelberg.

marksnahe Regionalanästhesien (Spinal-, Periduralanästhesie) ebenfalls Gefahren für den Patienten in sich bergen, und der Erfolg, wie bei der Allgemeinanästhesie, von den Fähigkeiten und der Kompetenz eines erfahrenen Facharztes für Anästhesiologie und Intensivmedizin abhängt.

Die Komplikationsdichte eines anästhesiologischen Verfahrens ist aber nicht nur von der Kompetenz und der Erfahrung des durchführenden Arztes abhängig, sondern sie ist das Ergebnis zahlreicher Faktoren. In erster Linie ist es der Gesundheitszustand des betroffenen Patienten, der den Erfolg einer Behandlungsmaßnahme bestimmt; aber auch die Vor- und Begleiterkrankungen des Patienten haben wesentlichen Einfluss auf das Ergebnis der anästhesiologischen und chirurgischen Methoden. Insbesondere Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems können intraoperativ, aber auch in der unmittelbaren postoperativen Phase zu gravierenden Komplikationen führen, die nicht nur eine intensivmedizinische Nachbehandlung erforderlich machen, sondern die auch das Gesamtergebnis negativ beeinflussen können. Zu diesen patientenbezogenen Faktoren gesellen sich nun das Ausmaß des operativen Eingriffs und, mit diesem verbunden, die Auswirkungen des Eingriffs auf das Stoffwechselgleichgewicht des Gesamtorganismus. Und auf diese beiden Problemkreise schließlich addiert sich der Einfluss der verwendeten Anästhetika. Insgesamt betrachtet eine Konstellation, zu deren Bewältigung es nicht nur der manuellen Geschicklichkeit des Anästhesisten bedarf – diese ist beinahe für jedermann erlernbar¹⁸⁵ –, sondern es bedarf der Kenntnis der pathophysiologischen Zusammenhänge und Auswirkungen zwischen den patienten- und eingriffsbezogenen Faktoren und deren Interaktion mit den eingesetzten Medikamenten.

Grundsätzlich falsch ist auch die Annahme, man könnte zwischen „kleinen“ und „großen“ Narkosen bzw. zwischen „leichten“ und „schweren“ Anästhesien unterscheiden. Diese Nicht-Berücksichtigung der oben genannten Einflussfaktoren auf das Ergebnis führt in vielen Kreisen dazu, dass Anästhesien, die bei Patienten der Risikoevaluation ASA I und II durchgeführt werden, als einfache und weitgehend komplikationsfreie Narkosen definiert werden. Eine derartige Behauptung zeigt von der Unkenntnis derer, die sie ausgestellt haben. Immer dann, wenn die Schutzreflexe des Patienten beeinträchtigt werden, und dies geschieht – wie bereits ausgeführt – bei jeder Allgemeinanästhesie, bei der die o.g. Medikamentengruppen verabreicht werden, steht eine Bedrohung des Patienten im Raum. Und spätestens ab diesem Zeitpunkt bedarf es der Expertise eines Anästhesisten; das gilt auch für Patienten, die der ASA-Risikoevaluierung I und II angehören. Auch wenn bei diesen Patienten zumindest auf erstem Blick keine erkennbaren

185 Vgl. dazu Besondere Notfallkompetenzen § 12, Bundesgesetz über Ausbildung, Tätigkeiten und Beruf der Sanitäter (Sanitätergesetz - SanG) BGBl. I Nr. 30/2002 idgF.

Beeinträchtigungen irgendwelcher Organfunktionen vorliegen, so wird dennoch auch bei dieser Patientengruppe das Stoffwechselgleichgewicht durch den chirurgischen Eingriff in gleicher Weise beeinflusst und beeinträchtigt und erfordert dieser gravierende Eingriff in die Homöostase eines Menschen grundlegende pathophysiologische Kenntnisse, um die daraus sich möglicherweise ergebenden Komplikationen rechtzeitig zu erkennen und zu behandeln.

4.2.2. Wann ist grundsätzlich die Expertise eines Anästhesisten unabdingbar erforderlich?¹⁸⁶

Ein Anästhesist ist grundsätzlich erforderlich bei allen Formen einer Allgemeinanästhesie, bei der der Patient das Bewusstsein verliert und die Schutzreflexe¹⁸⁷ beeinträchtigt werden. Zudem bedarf es auch der Leitung aller regionalanästhesiologischen Verfahren durch einen Anästhesisten (Spinalanästhesie, Periduralanästhesie).

Die Vornahme eines Anästhesieverfahrens erfordert einerseits eine umfangreiche theoretische Ausbildung, die auf wissenschaftlichen Erkenntnissen basiert sowie entsprechende fachspezifische Fort- und Weiterbildungen und ausreichend klinisch-praktische Erfahrung, um zu jedem Zeitpunkt der Anästhesieführung und auch in der unmittelbaren postoperativen Phase komplikations- und risikominierend eingreifen zu können, um den vom Patienten geforderten und medizinisch und rechtlich geschuldeten Facharztstandard bieten zu können.

Ein Anästhesist hingegen ist nicht erforderlich, wenn Eingriffe in Lokalanästhesie vorgenommen werden und keine Beeinträchtigung der lebenswichtigen¹⁸⁸ (vitalen) Funktionen zu erwarten ist. Auch für die Verabreichung von sedierenden und schmerzstillenden Medikamenten in einer Dosierung, die zu keiner Beeinträchtigung der Vitalfunktionen und der Schutzreflexe führt, bedarf es nicht unbedingt der Expertise eines Facharztes für Anästhesiologie und Intensivmedizin.

186 Van Aken H (2010) Ärztliche Kernkompetenz und Delegation in der Anästhesie. In: Jorzig A, Uphoff R (Hrsg.) Delegation und Substitution – wenn der Pfleger den Doktor ersetzt. Springer Verlag Heidelberg-New York, 81–86.

187 Zu den Schutzreflexen zählen insbesondere der Husten- und Schluckreflex, der vor einer Aspiration (Überlaufen des Mageninhaltes in die Lunge) schützt, sowie der Schmerzreflex, der u.a. vor Lagerungsschäden schützen kann.

188 Zu den lebenswichtigen Funktionen zählen das Bewusstsein, die Herz- und Kreislauffunktion und die Atmung. Des Weiteren fallen unter diesen Begriff auch der Wasser- und Elektrolythaushalt, die Temperaturregulation, der Stoffwechsel usw.

4.2.3. Welche Tätigkeiten sind im Rahmen einer Anästhesieführung an das Pflegepersonal delegierbar?¹⁸⁹

a) Anästhesievorbereitung: Die Anästhesievorbereitung¹⁹⁰ umfasst die Erhebung der Anamnese, die körperliche Untersuchung, die Indikationsstellung für bestimmte Zusatzuntersuchungen, die Indikationsstellung für weitere, vor Durchführung der Narkose vorzunehmende Verbesserungen des Gesundheitszustandes des Patienten, die Planung des Anästhesieverfahrens, die Aufklärung des Patienten über das geplante Narkoseverfahren und weitere erforderliche medizinische Behandlungsmaßnahmen. All diese Tätigkeiten sind dem Arzt vorbehalten und erfordern auch spezifische Kenntnisse und Fertigkeiten.

Delegierbar hingegen sind die Unterstützung des Arztes bei administrativen Tätigkeiten, die Abnahme von Blut aus der Vene für Laboruntersuchungen sowie die Vornahme von Untersuchungen, wie EKG, Lungenfunktion etc.

b) Anästhesieeinleitung: Die Einleitung einer Anästhesie, d.h. die Vornahme der Intubation sowie die Berechnung der Dosis der zu verabreichenden Medikamente, erfordert die Anwesenheit eines Anästhesisten.

Delegierbar hingegen sind in diesem Zusammenhang die Vorbereitung und die Verabreichung der erforderlichen Medikamente und Infusionen, die Überprüfung der Narkosemaschine und weiterer notwendiger Geräte sowie das Legen eines venösen Zuganges.

c) Anästhesieführung: Die Anästhesieführung erfordert die fachspezifische Kompetenz und die Fertigkeiten eines Anästhesisten, da, wie bereits oben ausgeführt, während dieses Zeitraumes die Interaktionen zwischen den patienten- und eingriffsbezogenen Faktoren sowie die Auswirkung der verwendeten Anästhetika auf diese Faktoren stattfinden. Die Führung einer Narkose erfordert ständig diagnostische und therapeutische Entscheidungen, deren Voraussetzungen einerseits die fachspezifisch-anästhesiologische Kenntnisse, andererseits die entsprechenden Fertigkeiten und Fähigkeiten sind. Zudem bedarf es der laufenden interdisziplinären Kommunikation mit dem durchführenden chirurgischen Fachkollegen.

Delegierbar ist während der Narkoseführung die Überwachung des Patienten unter Beachtung der Zulässigkeit und der Grenzen paralleler Anästhesieführung.

189 Van Aken H (2010) Ärztliche Kernkompetenz und Delegation in der Anästhesie. In: Jorzig A, Uphoff R (Hrsg.) Delegation und Substitution – wenn der Pfleger den Doktor ersetzt. Springer Verlag Heidelberg-New York, 81–86.

190 Roissant R, Werner C, Zwissler B (Hrsg.) Die Anästhesiologie. Allgemeine und spezielle Anästhesiologie, Schmerztherapie und Intensivmedizin³, Springer Verlag Berlin-Heidelberg.

d) Anästhesieausleitung: Die Ausleitung einer Narkose und die Wiederherstellung der lebenswichtigen Funktionen stellt eine kritische und risikobehaftete Tätigkeit dar, da es auch in dieser Phase einer Anästhesie zu Komplikationen der Atmung und des Kreislauf kommen kann. Die Expertise eines Anästhesisten während dieser Phase ist unabdingbare Voraussetzung.

Während dieses Zeitraumes können Maßnahmen, wie die Verabreichung von Medikamenten, unter ärztlicher Anordnung delegiert werden.

e) Unmittelbare postoperative Phase: Während dieser Phase wird das Abklingen der Anästhesie beim Patienten sorgfältig überwacht, um auch dadurch und durch den chirurgischen Eingriff bedingte Komplikationen rechtzeitig zu erkennen und um danach auch adäquat handeln zu können. Die sich aus der Überwachung ergebenden und erforderlichen diagnostischen und therapeutischen Behandlungsmaßnahmen sowie die Entscheidung über die Verlegung des Patienten aus dem Aufwachraum sind ausschließlich ärztliche Aufgaben.

Delegierbar hingegen ist die Überwachung des Patienten im Aufwachraum unter Einhaltung der entsprechenden Vorgaben und Standards.

4.3. Was ist eigentlich Intensivmedizin?^{191,192}

Intensivmedizin beschäftigt sich mit kritisch-kranken Patienten, deren lebenswichtige Organfunktionen zumindest bedroht, vielfach aber derart gestört sind, dass es einer speziellen intensiven Überwachung bzw. des Einsatzes medikamentöser und technischer Unterstützung bedarf, um die gestörten Organfunktionen vorübergehend künstlich aufrechtzuerhalten bzw. wiederherzustellen.

Intensivmedizin ist dadurch charakterisiert, dass es gerade in diesem Bereich eine sehr enge Kooperation innerhalb des Behandlungsteams gibt und geben muss. Nur durch eine interdisziplinäre Kooperation unterschiedlicher ärztlicher Fachrichtungen sowie der Einbindung der Pflege gelingt es, dem hohen Anspruch der Intensivmedizin gerecht zu werden.

Die intensivmedizinische Versorgung kritisch kranker Patienten erfordert die Expertise speziell ausgebildeter Ärzte und Pflegepersonen. Die multifaktorielle Ur-

191 Van Aken H (2010) Ärztliche Kernkompetenz und Delegation in der Intensivmedizin. In: Jorzig A, Uphoff R (Hrsg.) Delegation und Substitution – wenn der Pfleger den Doktor ersetzt. Springer Verlag Heidelberg-New York, 75–70.

192 Van Aken, Landauer B (2008) Ärztliche Kernkompetenz und Delegation in der Intensivmedizin. Anästhesist 57: 83–84.

sache der zu behandelnden Krankheitsbilder verlangt ständig ein Überdenken der getroffenen Entscheidungen sowie die Erstellung neuer diagnostischer und therapeutischer Entscheidungen. Zudem bedarf es spezieller intensivmedizinischer Kenntnisse, die auf der Pathophysiologie der zu behandelnden Krankheitsbilder beruhen, sowie spezieller Fertigkeiten und Erfahrungen.

Intensivmedizin¹⁹³ beschäftigt sich mit Patienten, deren lebenswichtige Funktionen durch Verletzungen, Erkrankungen oder Vergiftungen zumindest bedroht, in den meisten Fällen jedoch gestört sind. Dabei handelt es sich im Wesentlichen um kritisch kranke Menschen nach schweren Mehrfachverletzungen (Polytrauma), nach Sepsis, Schädel-Hirn-Trauma, schweren Verbrennungen, Multiorganfunktionsstörungen, mit Erkrankungen, welche die Atemfunktion beeinträchtigen, nach akutem Herzinfarkt, nach Schockzuständen unterschiedlicher Ätiologie sowie schweren und akuten Blutungssituationen.

Grundsätzlich unterteilt man intensivmedizinische Maßnahmen in die eigentliche **Intensivtherapie** (deren Aufgabe die Aufrechterhaltung bzw. Wiederherstellung lebenswichtiger Organfunktionen ist), in die **Intensivüberwachung** (deren Aufgabe eine engmaschige Überwachung der schwerkranken Patienten ist) sowie in die **Intensivpflege** (bei der ein über das normale Maß hinausgehender Pflegeaufwand erforderlich ist).¹⁹⁴

Da sich in der Intensivmedizin der Tätigkeits- und Verantwortungsbereich des Arztes und des Pflegepersonals deutlich überschneiden, erfordert diese Situation auch eine enge Kooperation dieser beiden Berufsgruppen. Sowohl vom Arzt als auch vom Pflegepersonal werden eine hohe Fach- und Sachkompetenz, eine hohe physische und psychische Belastbarkeit, ein herausragendes Verständnis für den medizinisch-technischen Bereich, die Auseinandersetzung mit ethischen Fragen und mit Sterben und Tod der anvertrauten Patienten sowie ein Organisationsstalent und eine ausgeprägtes Kostenbewusstsein erwartet.

193 Striebel HW (2008) Operative Intensivmedizin. Sicherheit in der klinischen Praxis. Schattauer Verlag Stuttgart – New York.

194 Scherer R, Prien T, van Aken H (2001) Entwicklung, Standortbestimmung und Ausblick der Intensivmedizin. In: van Aken H, Reinhart K, Zimpfer M (Hrsg.) Intensivmedizin. AINS Band 2, Thieme Verlag Stuttgart – New York, 3–11.

4.3.1. Welche Tätigkeiten in der Intensivmedizin können grundsätzlich nur vom Arzt durchgeführt werden?¹⁹⁵

Grundsätzlich nicht delegierbar sind auch in der Intensivmedizin jene Tätigkeiten, die unter ärztlichem Vorbehalt stehen. Ähnlich der Anästhesie vertrauen in der Intensivmedizin die Angehörigen der kritisch Kranken darauf, dass diese Patienten nach dem Stand der medizinischen Wissenschaften behandelt und betreut werden. Daraus folgt zwangsläufig, dass die körperliche Untersuchung eines Patienten, die Diagnose und Indikationsstellung zur Durchführung entsprechender intensivmedizinischer Behandlungsschritte, die Therapieplanung sowie die Indikation die Auswahl und die Dosierung der erforderlichen Medikamente von einem Facharzt für Intensivmedizin vorgenommen werden. Ebenso gehören Tätigkeiten, wie das Legen eines zentralvenösen Katheters, die Durchführung von Thoraxdrainagen in die Hand eines erfahrenen Arztes. Das Management medizinischer Komplikationen und die Dokumentation medizinischer Sachverhalte muss ausnahmslos von entsprechend ausgebildeten Ärzten vorgenommen werden. Dies gilt auch für die notärztliche Tätigkeit einschließlich des inner- und außerklinischen Transports kritisch kranker Patienten.¹⁹⁶

4.3.2. Welche Tätigkeiten in der Intensivmedizin können an das Pflegepersonal delegiert werden?¹⁹⁷

Unter der Voraussetzung, dass das Pflegepersonal entsprechende Aus-, Weiter- und Fortbildungen erworben hat, können nachfolgende Tätigkeiten an dieses delegiert werden:

- Blutentnahme aus liegenden Gefäßkathetern,
- Injektion in liegende Infusionssysteme und Katheter nach ärztlicher Anordnung,
- die Durchführung der parenteralen Ernährung nach Plan,
- die Bedienung und Überwachung diverser medizintechnischer Geräte, wie Beatmungsgeräte, Dialysegeräte, Infusionspumpen etc.

195 Van Aken, Landauer B (2008) Ärztliche Kernkompetenz und Delegation in der Intensivmedizin. *Anästhesist* 57: 83–84.

196 Hoffmann R, Thielemann F, Wirtz DC, Niethard FU, Siebert H (2008) Delegation ärztlicher Leistungen. Ein trojanisches Pferd?. *Unfallchirurg* 111: 367–370.

197 Van Aken, Landauer B (2008) Ärztliche Kernkompetenz und Delegation in der Intensivmedizin. *Anästhesist* 57: 83–84.

- die Einstellung des Blutzuckers mittels Insulinperfusoren unter ärztlicher Anordnung,
- die Verabreichung ärztlich verordneter Basismedikation,
- das selbständige Anlegen peripher-venöser Gefäßzugänge,
- Dokumentationsaufgaben.

4.4. Womit beschäftigt sich Chirurgie?¹⁹⁸

Die Chirurgie ist jenes Gebiet der Medizin, welches Störungen und Veränderungen der Organe mittels operativer Eingriffe behandelt. Ein Chirurg, ein mit „der Hand arbeitender Arzt“, wird Chirurg, weil ihn die manuelle Tätigkeit des Operierens in Kombination mit seiner Aufgabe als ganzheitlich handelnder Arzt und seiner naturwissenschaftlichen Grundhaltung fasziniert.

Das Aufgabengebiet des Chirurgen hat sich in den vergangenen Jahren stark verändert. Die Anforderungen haben sich gravierend geändert. Dennoch: die Chirurgie bietet ein weites Feld der Betätigung und verlangt darüber hinaus enge Kontakte zu allen anderen operativen Fächern und den nichtoperativen und/oder diagnostischen Disziplinen. Nur durch fachübergreifendes Verständnis und Kenntnisse kann im Dialog eine interdisziplinäre Weiterentwicklung in der medizinischen Versorgung mitgestaltet werden.

Als Chirurgen haben wir die Wahl zwischen einer Vielzahl von Fachkompetenzen und Zusatzweiterbildungen innerhalb des großen Fachgebietes. Es ist heute nicht mehr damit getan, sich für eine Fachdisziplin, wie z.B. die Orthopädie/Unfallchirurgie oder Viszeralchirurgie, zu entscheiden – auch innerhalb dieser Schwerpunkte gibt es Weiterbildungsmöglichkeiten, die nicht jedem Unfallchirurgen oder Viszeralchirurgen allerorts offen stehen.

Die Weiterbildungsordnung für Chirurgen wurde in den vergangenen Jahren grundlegend verändert, um Übereinstimmung mit EU-Normen zu erreichen und Übergänge zwischen den Facharztausbildungen zu ermöglichen. Diese **Facharzt-kompetenzen** umfassen:

- allgemeine Chirurgie,
- Gefäßchirurgie,

198 Bruch HP, Trentz O (2008) Chirurgie. Urban Verlag München.

- Herzchirurgie,
- Kinderchirurgie,
- Orthopädie und Unfallchirurgie,
- Plastische und Ästhetische Chirurgie,
- Thoraxchirurgie,
- Viszeralchirurgie.

4.4.1. Welche Tätigkeiten im Bereich der Chirurgie können ausschließlich durch einen Arzt vorgenommen werden?

Nicht delegierbare Leistungen, d.h. mit anderen Worten ausschließlich dem Arzt vorbehaltenen Tätigkeiten im Bereich der Chirurgie, sind u.a.:¹⁹⁹

- Befunderhebung und -bewertung,
- Diagnose- und Indikationsstellung,
- Planung, Festlegung und Durchführung von Diagnostik und operativen Therapiemaßnahmen,
- Durchführung von Operationen (vom Schnitt bis zur Naht), Frakturposition, Röntgendurchleuchtung, Erstellung des Operationsberichtes,
- 1. Assistenz bei allen operativen Eingriffen,
- zentralvenöse Zugänge, Legen von Thoraxdrainagen,
- Management medizinischer Komplikationen,
- Dokumentation medizinischer Sachverhalte,
- notärztliche Tätigkeit,
- fachärztliche chirurgische Begutachtung.

199 Hoffmann R, Thielemann F, Wirtz DC, Niethard FU, Siebert H (2008) Delegation ärztlicher Leistungen. Ein trojanisches Pferd? Unfallchirurg 111: 367–370.

4.4.2. Welche Tätigkeiten können im Bereich der Chirurgie- pflege an das Gesundheits- und Krankenpflegepersonal delegiert werden?²⁰⁰

- Assistenz bei der Umsetzung der Hygienerichtlinien,
- Assistenz bei der Lagerung der Patienten,
- perioperative Bedienung der unsterilen Geräte,
- Einsatz und Überprüfung der technischen Hilfsmittel (z.B. Kauter),
- evtl. 2. OP-Assistenz,
- einfache Wundverbände,
- Anlegen immobilisierender Verbände und Orthesen,
- Verwaltungs-/Dokumentationsaufgaben,
- Wundverband, Lagerungsschienen
- qualitätssichernde Maßnahmen,
- Fall- und Belegungsmanagement.

200 Hoffmann R, Thielemann F, Wirtz DC, Niethard FU, Siebert H (2008) Delegation ärztlicher Leistungen. Ein trojanisches Pferd? Unfallchirurg 111: 367–370.

5. Kompetenzerweiterung und Patientensicherheit²⁰¹

Zahlreiche Entscheidungsträger im Gesundheitswesen haben sich im letzten Jahrzehnt zu Recht das Thema Patientensicherheit auf ihre Fahnen geschrieben. Viele Initiativen wurden mit dem Ziel gestartet, die Risiken der medizinischen Heilbehandlungen zu minimieren und dadurch die Sicherheit der Patienten zu verbessern.²⁰²

Jeder im Gesundheitswesen Tätige hat seine Tätigkeiten dem Stand der jeweiligen Wissenschaft entsprechend sorgfältig durchzuführen. Dennoch lassen sich trotz sorgfältigster Tätigkeit Komplikationen nicht vermeiden. Im Allgemeinen werden Komplikationen definiert als Schwierigkeiten, die sich bei der Bewältigung einer Situation dem Erfolg entgegenstellen. Ursachen dafür können entweder bereits ex ante erkennbare oder auch nicht erkennbare Umstände sein, die die jeweilige Behandlung erschweren oder die Risiken für den Patienten erhöhen, oder es handelt sich um Ereignisse, die während der Behandlung auftreten und unter Einhaltung der gebotenen Sorgfalt vermeidbar oder auch nicht vermeidbar gewesen wären.²⁰³

Das hingegen kann als die abstrakte Gefahr eines Behandlungsmisserfolges definiert werden. In der eingetretenen Komplikation konkretisiert sich das Risiko und realisiert sich dann, wenn die Komplikation trotz des Einsatzes intensiver Behandlungsschritte nicht vermeidbar ist.

-
- 201 Schweppe P (2013) Implementierung und Umsetzung von systematischem Risikomanagement nach ÖNORM ISO 31000 in Krankenanstalten („Klinisches Risikomanagement“). In: Schweppe P, Kröll, W. Becker A, Neuper O (Hrsg.) Klinisches Risikomanagement². Rechtliche Anforderungen, Methoden, Anwendung und Umsetzung im Gesundheitsbereich, Neuer Wissenschaftlicher Verlag Graz-Wien, 133–154.
- 202 Neuper O, Niernberger U, Schweppe P (2013) Rechtliche Grundlagen und Anforderungen im Gesundheitswesen. In: Schweppe P, Kröll, W. Becker A, Neuper O (Hrsg.) Klinisches Risikomanagement². Rechtliche Anforderungen, Methoden, Anwendung und Umsetzung im Gesundheitsbereich, Neuer Wissenschaftlicher Verlag Graz-Wien, 19–24.
- 203 Weissauer W (1997) Problembeschreibung – Definition. In: List WF, Osswald PM (Hrsg.) Komplikationen in der Anästhesie³. Springer Verlag Berlin Heidelberg New York, 1–10.

5.1. Anästhesiologische und intensivmedizinische Komplikationen

Anästhesie ist zwar grundsätzlich eine gefahreneigete Tätigkeit, dennoch geht die Durchführung der einzelnen Anästhesieverfahren mit einer nur geringen Mortalität einher. So entfällt laut älteren Untersuchungen etwa 1 Todesfall auf 200.000 Anästhesien. Eine erst rezent veröffentlichte Untersuchung hingegen zeigt auf, dass sich diese sehr hoffnungsvollen Zahlen nicht mehr halten lassen. Gerade bei sog. „einfachen“ Narkosen, d.h. bei Patienten der ASA-Risikogruppe I und II, also mehr oder weniger gesunden Menschen, nehmen die Komplikationen, verursacht vor allem durch das Einführen eines Schlauches in die Lunge (Intubation), erheblich zu. 2,6 schwere bis tödliche Kollateralschäden pro 100.000 Narkosen werden in dieser Studie angegeben; wobei die Autoren von einer wesentlich höheren Dunkelziffer ausgehen. Ergebnisse einer noch nicht veröffentlichten Untersuchung in den Niederlanden lassen noch Schlimmeres befürchten. Allein auf die Situation in Deutschland würde dies bedeuten: einen Absturz eines Jumbo-Jets alle fünf Jahre über Deutschland – eine schier unvorstellbare Situation, die es laut dem Präsidenten der deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin zu vermeiden gilt. Und all diese Anästhesien wurden von Fachärzten bzw. in Ausbildung stehenden Ärzten unter Aufsicht eines Facharztes für Anästhesiologie und Intensivmedizin durchgeführt.^{204,205}

5.2. Chirurgische Komplikationen

Am Beispiel der Chirurgie der Schilddrüse, einer definierten und häufigen standardisierten Operation mit klaren Vergleichsparametern zeigt sich durch eine entsprechende chirurgische Spezialisierung eine deutliche Abnahme der vor allem für den Patienten unangenehmen Komplikationen, potentiellen Risiken:

Komplikation	Risiko (1980)	Risiko (heute)
Störung des Stimmband-Nervens	15%	0,5%
Störung der Kalzium-regulierenden Drüsen	5%	0,5%
Kosmetische Irritation:		
Behandlungsbedürftige Narbenstörungen	20%	3%

204 Schiff HJ, Welker A, Fohr B et al. (2014) Major incidents and complications in the otherwise healthy patients undergoing elective procedures: result based on 1.36 million anaesthetic procedures. BJA: 1–13.

205 Noch immer zu viele Todesfälle durch Narkosen. FAZ vom 7. Mai 2014

6. Warum eine Kompetenz- erweiterung nicht funktionieren kann

Grundsätzlich hat jeder Patient zu jedem Zeitpunkt einer medizinischen Behandlung Anspruch auf den Standard eines Facharztes und Behandlung nach dem Stand der medizinischen Wissenschaften. Von der Judikatur und der herrschenden Lehre wird die Einhaltung der berufsspezifischen Sorgfalt, die sich nach der Gefahr aus der Sicht ex-ante, der Komplikationsdichte, dem den jeweiligen Fall anhaftenden Risiko, den Schwierigkeiten der jeweiligen Behandlung sowie den Kenntnissen, Erfahrungen und Fähigkeiten des Einzelnen bestimmen, gefordert.²⁰⁶

Dieser Sorgfaltsmaßstab rekrutiert sich aus der Tatsache, dass es sich bei der Behandlung eines Patienten um einen Eingriff in die höchsten Güter eines Menschen – nämlich Leben, körperliche Integrität und Selbstbestimmungsrecht – handelt.

Facharztstandard meint in diesem Zusammenhang natürlich nicht, dass jede medizinische Behandlung durch einen Facharzt vorgenommen werden muss; vielmehr ist ausreichend, dass der tätige Arzt über jene objektive und subjektive Qualifikation verfügt, die für die Bewältigung der aktuellen Situation erforderlich ist.

Aus der Gefahreneigtheit einer medizinischen Heilbehandlung, der Schutzbedürftigkeit des Patienten und den erforderlichen Kenntnissen der Pathophysiologie und den auf Erfahrung basierenden Handlungswissen folgt, dass der Delegation ärztlicher Tätigkeiten an nichtärztliche Gesundheitsberufe Grenzen gesetzt sind. Diese Grenze bestimmt nicht der Jurist, diese Grenze bestimmt vielmehr das jeweilige Fachgebiet, diese Grenze bestimmt die jeweilige Fachgesellschaft. Denn nur der jeweilige Fachexperte ist in der Lage, die Gefahren, die sich aus der geplanten medizinischen Heilbehandlung, aus dem aktuellen Gesundheitszustand, den Vor- und Begleiterkrankungen ergeben, abzuschätzen, und nur der jeweilige Fachexperte ist in der Lage abzuschätzen, welcher Qualifikation, welcher Erfahrung und welchen Wissens und Könnens es bedarf, um eine Behandlung für den anvertrauten Patienten so risikominimiert wie möglich durchzuführen.

206 Ulsenheimer K (2009) Delegation ärztlicher Aufgaben auf nichtärztliche Berufsgruppen. Möglichkeiten und Grenzen aus rechtlicher Sicht. Unfallchirurg 112: 1004–1009.

In der Argumentation der nichtärztlichen Gesundheitsberufe, dass man ärztliche Leistungen, wie etwa die selbständige Durchführung von Anästhesien bei Patienten der Risikoklassifikation ASA I und II bzw. das selbständige Öffnen des Operationsgebietes und die Darstellung des Operationsgebietes delegieren bzw. substituieren kann, wird übersehen, dass weder die Anästhesiologie noch die Intensivmedizin und auch keinesfalls die Chirurgie ausschließlich ein handwerklicher Beruf ist. Anästhesiologie und Chirurgie sind kein Lehrberuf, den man in wenigen Semestern erlernen kann. Es wird zwar keineswegs bestritten, dass das Handwerkzeug eines Anästhesisten oder eines Chirurgen nicht erlernt werden könnte; die Durchführung einer Intubation, die Vornahme eines Hautschnitts, aber auch die Präparation der darunterliegenden Strukturen kann erlernt werden, aber damit ist es noch nicht getan. Das Erlernen einer handwerklichen Tätigkeit befähigt noch nicht zur Vornahme von dem Arzt vorbehaltenen Tätigkeiten. Denn zum Handwerk kommt noch dazu, was grundsätzlich als **ärztliche Heilkunst** bezeichnet wird, nämlich die **effiziente Anwendung und Umsetzung von Wissen und Können am Menschen**. Und dies kann nicht in wenigen Semestern, wenn auch in einer universitären Ausbildung, erlernt werden. Dazu bedarf es eines umfassenden Studiums der gesamten Heilkunde, einer langjährigen Ausbildung in einem speziellen Fachgebiet und der jahrelangen Erfahrung als praktisch tätiger Facharzt.

Den Versuch, ärztliche Tätigkeiten an nichtärztliche Gesundheitsberufe zu übertragen, hat es in Deutschland schon vor längerer Zeit gegeben. So haben die HELIOS-Kliniken 2004 bereits als planmäßigen Ersatz für Fachärzte für Anästhesiologie und Intensivmedizin den medizinischen Assistenten für Anästhesie (MAfA) geschaffen.²⁰⁷ Nachdem es aber bereits kurze Zeit nach der Einführung dieser medizinischen Assistenten zu einem tödlichen Zwischenfall bei einem jungen und gesunden Patienten gekommen ist, haben sich die HELIOS-Kliniken dem Druck der deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin sowie des Berufsverbandes deutscher Anästhesisten gebeugt und sich von diesem Konzept wieder verabschiedet.²⁰⁸ Auch in der Chirurgie wurden Tätigkeiten an Pflegepersonen, die zum sog. chirurgischen Operationsassistenten ausgebildet worden sind, delegiert. Die Meinung über die Sinnhaftigkeit dieses Konzeptes wird in Fachkreisen sehr kontrovers diskutiert.^{209,210}

207 Helios entschärft umstrittenes Konzept. Deutsches Ärzteblatt 104: 11: A 694.

208 Vgl. dazu: Kern/Lissel/Lippert (2013) § 3 Rz 99. in: Ratzel/Lissel (Hrsg.)Handbuch des Medizinschadensrecht, Beck München.

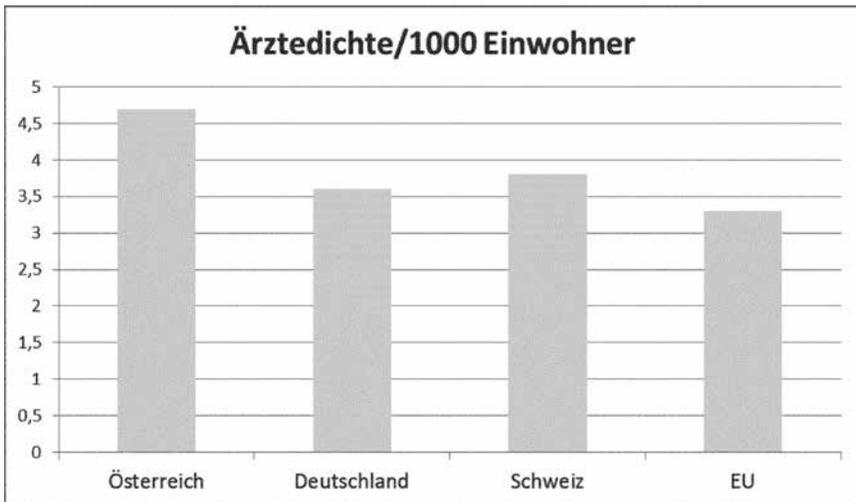
209 Nichtärztliche Chirurgieassistenz. Ein neuer Assistenzberuf etabliert sich. Deutsches Ärzteblatt 107: 11: A 494

210 Nichtärztliche Fachberufe im Krankenhaus. Hilfe oder Konkurrent. Deutsches Ärzteblatt 107: 13: A 596.

7. Der prognostizierte Ärztemangel und dessen mögliche Ursachen

7.1. Die derzeitige Situation der Personaldichte im Bereich des Arzt- und Pflegepersonals

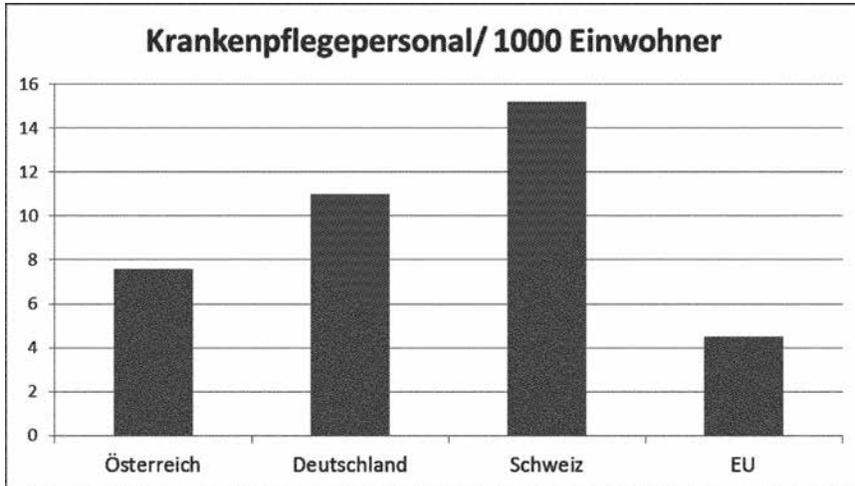
Wie bereits unter Pkt. 1 ausgeführt, wird von der Gesundheitspolitik mittelfristig ein Ärztemangel in Aussicht gestellt. Betrachtet man jedoch die Ärztedichte in Österreich im internationalen Vergleich, dann zeigt sich, dass Österreich nach Griechenland die höchste Dichte praktizierender Ärzte pro 1.000 Einwohner aufweist. 4,7 Ärzte kommen in Österreich auf jeweils 1.000 Bürger; in unseren unmittelbaren Nachbarstaaten Deutschland und Schweiz hingegen sind es 3,8 bzw. 3,6 Ärzte pro 1.000 Einwohner. Und im Durchschnitt aller EU-Staaten sind es 3,3 Ärzte, die 1.000 Bewohner versorgen.²¹¹



Wie ebenfalls unter Pkt. 1 ausgeführt, besteht die Argumentation für die Übernahme ärztlicher Tätigkeiten durch nichtärztliche Gesundheitsberufe u.a. darin, dass der mittelfristig prognostizierte Ärztemangel vom Pflegepersonal kompensiert werden kann. Dieser Argumentation widerspricht die Aussage des Vorsitzenden

211 Bachner F, Ladurner J, Habimana K, Ostermann H, Habl C (2011) Das österreichische Gesundheitswesen im internationalen Vergleich 2009.

der Vereinigung der Pflegedirektoren Österreichs²¹², der betont, dass ab 2017 auch bei den Pflegeberufen ein eklatanter Mangel bestehen wird. Dies wird auch deutlich, wenn man sich die Pflegedichte innerhalb der EU ansieht (Abb. 2).²¹³



7.2. Ursachen eines prognostizierten Ärztemangels

Die moderne Medizin hat erfreulicherweise zu einer enormen Zunahme des Leistungsangebots geführt. Spitzenmedizin wird nahezu ubiquitär und zeitlich unbegrenzt angeboten. Dies setzt aber auch ein entsprechendes Personalangebot voraus, das oft schwer zu erfüllen ist. Damit kommen aber auf den einzelnen Arzt, insbesondere in den Journaldiensten, sehr hohe Belastungen zu. Aufgrund gesetzlicher Vorgaben der Arbeitszeitgrenzen sowie der Beschränkungen im möglichen Ausmaß von Journaldiensten ist dies häufig für einzelne Abteilungen, insbesondere Anästhesiologie, Intensivmedizin und Chirurgie, kaum zu bewältigen und führt zur Unzufriedenheit der Mitarbeiter mit der Gefahr von Burn-out und Belastungsstörungen. Obwohl vom Arzt, und dies nicht nur seitens der Politik, sondern insbesondere seitens der Patienten gefordert wird, dieses Leistungsangebot rund um die Uhr zu gewährleisten, sind die Voraussetzungen dafür in vielen Fällen nicht oder zumindest nur unzureichend vorhanden. Dies ist ein wesentliches Kriterium für die „mangelnde Attraktivität“ des Arztberufes.

212 Die Presse vom 3. 5. 2014.

213 Bachner F, Ladurner J, Habimana K, Ostermann H, Habl C (2011) Das österreichische Gesundheitswesen im internationalen Vergleich 2009.

Es fehlen aber auch attraktive Karriereperspektiven: Infolge der Neuordnung der Spitalslandschaft ist die Möglichkeit, leitende Funktionen zu übernehmen, stark eingeschränkt. Zudem besteht, selbst bei Vorhandensein dieser Möglichkeit, ein Missverhältnis zwischen den Anforderungen an diese Funktion und dem dafür gebotenen Entgelt.

Der prognostizierte Ärztemangel und dessen Ursachen

- Fehlen attraktiver beruflicher Perspektiven (Leistungsfunktionen, Forschung)
- soziale Unsicherheit (befristete Stellen, schwierige Lebensplanung)
- wenig attraktive Tätigkeit im niedergelassenen Bereich
- Generation Y
- demotivierende Vorbildfunktion

Auch sind in der Hochschullandschaft derzeit die Chancen für eine Karriere relativ begrenzt, denn einerseits erhalten die Berufsanfänger nur einen befristeten Vertrag mit einer für die in dieser Zeit zu erbringenden Leistungen zu kurzen Laufzeit: innerhalb von sechs Jahren sollen die Ausbildung, eine zumindest im Fachbereich Anästhesiologie und Intensivmedizin sehr schwere Facharztprüfung und dann auch noch ausreichend Forschung durchgeführt werden, um nach Fristablauf die Chance zur Habilitation und zum Weiterverbleib an der Universität zu erhalten. Ein Unterfangen, das nur sehr wenigen MitarbeiterInnen gelingt.

Befristete Stellen führen aber bei den MitarbeiterInnen zu einer großen sozialen Unsicherheit: So ist es oft nicht sicher, ob man für einen längeren Zeitraum fix beschäftigt werden kann oder wird; damit werden Lebensplanungen (z.B. Familiengründung, Ankauf von Wohnraum etc.) nahezu unmögliche Wagnisse.

Auch im niedergelassenen Bereich wird durch das hohe Ausmaß an Verantwortung und die Funktion des „Ein-Mann-Betriebs“ kaum mehr das gewünschte Ausmaß an Versorgung zu gewährleisten sein. Nahezu demütigend anmutende Verrechnungsmöglichkeiten führen auch zu wirtschaftlichen Situationen, die für eine Lebensplanung nicht mehr attraktiv sein können.

Es ist des Weiteren unübersehbar, dass sich die oft belastenden Anforderungen der ärztlichen Tätigkeit mit verschiedenen soziologischen Veränderungen²¹⁴ der letzten Jahrzehnte schwer vereinbaren lassen. Die in die „Generation Y“²¹⁵ fallenden MitarbeiterInnen sind weniger dazu bereit, unangenehme Situationen in

214 Schmidt CE, Möller J, Schmid K, Gerbershagen MU, Wappler F et al (2012) Generation 55+. Führung und Motivation von Generationen im Krankenhaus. *Anaesthesist* 61: 630–639.

215 Schmidt CE, Möller J, Schmid K, Gerbershagen MU, Wappler F et al (2011) Generation Y. Rekrutierung, Entwicklung und Bindung. *Anaesthesist* 60: 517–524.

Kauf zu nehmen. Dies bedeutet nicht weniger Engagement, aber einen anderen Zugang zu Arbeit, Familie und Freizeit an sich. Unzufriedenheit mit der beruflichen Situation führt, falls zufriedenstellende Änderungen nicht in Sicht sind, zum Wechsel des Arbeitsplatzes, aber auch des Arbeitsortes. Handlungen, die zumindest die als „Babyboomer“ bezeichnete Generation nicht vorgenommen hätte. Diese Generation hat sich einfach in die vorgegebenen Situationen gefügt. Somit kann geschlussfolgert werden, dass die im ärztlichen Beruf oft unvermeidlichen Härtezeiten nicht jedermann zumutbar sind.²¹⁶

Es ist ein weiteres Phänomen unserer Zeit, dass Universitätsabsolventen ein hohes Maß an Mobilität aufweisen. So ist der Ortswechsel ein jederzeit mögliches Konzept. Das Verbleiben nach dem Studium am Standort ist keineswegs sicher, im Gegenteil wandern viele Absolventen nach der Ausbildung unproblematisch auch ins entfernte Ausland ab. Dies lässt einen lokalen Ärzteschwund stärker in Erscheinung treten. Die lokale Situation in Österreich ist, um es klar auszudrücken, für einen zunehmenden Prozentsatz an Absolventen nicht mehr attraktiv genug und kann mit den Möglichkeiten in andern Ländern hinsichtlich Ausbildung, finanzieller Absicherung und Chancen nicht mehr mithalten.

Zuletzt ist es eine Tatsache, dass der weibliche Anteil an Medizinstudenten und Universitätsabsolventen etwa 2/3 beträgt. Auch die Zahl der Ärztinnen ist stetig gestiegen. So sind im Bereich des Fachgebietes Anästhesiologie und Intensivmedizin bereits über 50 % der Ärzte weiblich. Es ist verständlich und gesellschaftlich absolut wünschenswert, wenn Ärztinnen sich trotz Berufsausübung auch zur Familiengründung entschließen. Derzeit aber bilden die rigiden Ausbildungsordnungen und fehlende Flexibilität in arbeitsrechtlicher Hinsicht ein großes Hindernis, um beiden Wünschen gerecht zu werden. Gerade aus diesem Grund wird in einem hohen Prozentsatz dem Privatleben der Vorzug gegeben. Und falls sich die Kolleginnen doch entschließen, wieder in das Berufsleben einzusteigen, dann meist in einem deutlich reduzierten Dienstaussmaß. Somit entsteht eine weitere Kluft zwischen der Anzahl der Universitätsabsolventinnen und den beruflich Tätigen.

Zusammenfassend ist festzustellen, dass der vermeintliche „Ärztmangel“ möglicherweise kein quantitatives Problem darstellt, sondern eher Ausdruck einer geringeren gewordenen Attraktivität des Berufsstandes an sich ist. Auf die Gründe des Verlustes des elitären Charakters des Berufsstandes soll hier nicht eingegangen werden, aber das Verlangen, dem Berufsstand unter allen Umständen, auch unter beträchtlichen Nachteilen und Einschränkungen, nachzugehen, erscheint deutlich weniger ausgeprägt zu sein.

216 Bürkle H (2011) X, Y . Personalmangel?. *Anaesthesist* 60: 505–506.

Die angeführten Ursachen erscheinen wohl banal, sind aber im täglichen medizinischen Betrieb vordergründig und evident. Für mögliche angedachte Problemlösungen sind diese Punkte jedoch von entscheidender Bedeutung, vor allem bezogen auf die ursprüngliche Fragestellung, ob der vermeintliche Ärztemangel durch andere Berufsgruppen kompensiert werden kann.

8. Kann durch Delegation ärztlicher Tätigkeiten an das Pflegepersonal ein Ärztemangel verhindert werden?

Aus den im Positionspapier des GÖG angedachten Kompetenzerweiterungen²¹⁷ und daraus resultierenden Vorschlägen geht eindeutig hervor, dass es sich um willkürlich herausgelöste Tätigkeiten handelt, die bislang als dem Arzt vorbehalten Tätigkeiten zu qualifizieren sind.

Es ist aus diesen Vorschlägen auch ganz klar ersichtlich, dass es sich bei den geplanten Kompetenzerweiterungen um Tätigkeiten handelt, an denen ohnehin kein Mangel besteht. Wie oben ausgeführt, bestehen die Probleme, die Ärzte dazu bewegen, ihren Beruf in der Form nicht mehr auszuüben oder dorthin abzuwandern, wo die Perspektiven besser sind, in der Häufung von nicht unbedingt genuin ärztlichen Tätigkeiten (überbordende Dokumentationsaufgaben) sowie in frustrierenden Perspektiven und nicht in einer Überlastung auf dem Gebiet der ärztlichen Kernkompetenz. Der Eingriff in diese Regelungen, d.h. Übergabe der „attraktiven“ Tätigkeiten am Patienten unter Aussparung der „unattraktiven“, verstärkt die prekäre Situation nur weiter.

Zudem darf nicht übersehen werden, dass die Delegation „attraktiver“ ärztlicher Leistungen an andere Berufsgruppen zu einer Verschlechterung der Ausbildung jener Ärzte führt, die zum Facharzt im jeweiligen Fachbereich ausgebildet werden sollen. Zudem ist, wie bereits ausgeführt, mit einer Abnahme der Patientensicherheit im Zusammenhang mit einer Zunahme der perioperativen Sterblichkeitsrate

217 Gesundheit Österreich GmbH (2013) Gesundheits- und Krankenpflegeberufe: Konkretisierung der Reformansätze, Aufgaben- und Kompetenzprofile zu den Spezialisierungen.

(siehe z.B. MAfA) zu rechnen. Des Weiteren muss auch mit einer Rufschädigung des ärztlichen Berufstandes gerechnet werden. Und durch die Übernahme „attraktiver“ ärztlicher Leistungen werden mit ziemlicher Sicherheit Arbeitsplätze eingespart, und daraus resultierend sinkt die Attraktivität des Berufs eines Facharztes für Anästhesiologie und Intensivmedizin bzw. eines Facharztes für Chirurgie weiter und der derzeit noch prognostizierte Ärztemangel wird dann Realität.²¹⁸

Die angedachten höheren Qualifikationen der Pflegewissenschaften sind auch aus ärztlicher Sicht wünschenswert und werden befürwortet, da daraus sicherlich auch eine Verbesserung in der Kooperation mit den Ärzten resultieren wird. Nur ist für diese Berufsgruppe dann auch ein neues Berufsbild festzulegen, für das aber definitiv **nicht eine Beschneidung der bisherigen ärztlichen Kompetenz** infrage kommt. Auch ist zu bedenken, dass das bisher von der Ärzteschaft höchst geschätzte Berufsbild der echten „Pflege“ womöglich ausgedünnt werden könnte.

218 Friesenecker B (2014) A+IC News, 4-5.

9. Lösungsansätze

In der Diskussion um die Delegation und Substitution ärztlicher Tätigkeiten an nichtärztliche Gesundheitsberufe muss festgehalten werden, dass es sich beim derzeitigen Vorschlag²¹⁹ um jene Bereiche handelt, in deren Versorgung ohnehin kein Mangel besteht und die damit auch für jedermann „attraktiv“ sind. Zu den problematischen Themenkreisen wurden aber bislang keine Vorschläge zur Entlastung der Ärzteschaft erbracht.

Der Plan zur höheren Qualifizierung der Pflege wird dennoch auch von der Ärzteschaft zu unterstützen sein. Auf dem Gebiet der Assistenz Tätigkeiten, aber auch im administrativen Bereich, in der Dokumentation, in der Datenaufbereitung sind hier wertvolle Beiträge zu erwarten. Die unmittelbare Verantwortung für den Patienten, sowohl im Bereich der Anästhesiologie und Intensivmedizin als auch in den chirurgischen Fächern, muss aber in der Hand des Arztes bleiben.

Der prognostizierte Ärztemangel sollte in der Diskussion nicht ausschließlich an Zahlen festgemacht werden. Grundsätzlich ist eine geringere Bereitschaft zu unattraktiver Berufsausübung festzustellen. Es ist daher eine wichtige Aufgabe der Gesundheitspolitik, an diesem Punkt einzuhaken:

- Hervorhebung des besonderen Charakters des Arztberufs anstatt dauernde Nivellierung nach unten,
- praktikablere Arbeitszeit- und Karrieremodelle, die den heutigen sozialen Gegebenheiten gerecht werden und auch darauf angelegt sind, Ärztinnen, die nur teilzeitbeschäftigt sind, im Beruf zu halten,
- Reduktion der nichtärztlichen Tätigkeiten, um aus dem „Ärztemangel“ nicht ein rein terminliches Problem werden zu lassen. Das Herunterbrechen der erforderlichen Spezialisierung ist im Sinne des Patienten keineswegs wünschenswert.

Weder die Anästhesiologie und Intensivmedizin noch die Chirurgie sind Lehrberufe, sondern es erfordert eine > 12 Jahre dauernde Ausbildung, um zu brauchbarer Fertigkeit zu kommen, und weitere 20 Jahre, um dann tatsächlich als Spezialist zu gelten.

219 Gesundheit Österreich GmbH (2013) Gesundheits- und Krankenpflegeberufe: Konkretisierung der Reformansätze, Aufgaben- und Kompetenzprofile zu den Spezialisierungen.

10. Zusammenfassung

Abschließend ist festzuhalten, dass die reine Überführung derzeit klar definierter ärztlicher Tätigkeiten und Verantwortungen hin zu einer neu zu schaffenden Berufsgruppe an der Fragestellung völlig vorbeigeht. Die geschilderten Probleme, die auch in gesellschaftspolitischer Struktur ihren Grund haben, sind erkennbar und ernst zu nehmen und sind durch eine deutliche Strukturreformen, z.B. in arbeitsrechtlicher Hinsicht zu lösen, ohne dass einfach eine numerische Personalvermehrung stattfindet. Das Problem ist nicht rein quantitativ, sondern eher qualitativer Natur. Das Herunterbrechen ärztlicher Spezialisierung auf einen Lehrberuf ist sicher nicht im Sinne des Patienten, aber auch nicht im Sinne des Gesundheitssystems. Grundsätzlich muss aus standespolitischer Sicht auch entschieden widersprochen werden, dass durch Schaffung einer neuen – möglicherweise „kostengünstigeren“ – Berufsgruppe eine Kostenverminderung im System angestrebt wird. Im Gegenteil muss die Attraktivität des Berufsstandes entsprechend erhalten bleiben, um die zahlreich vorhandenen Absolventen dann auch im Beruf und in der Versorgung zu behalten. Es wird aber festgehalten, dass vonseiten der Ärzte gegen eine höhere Qualifizierung des Pflegeberufes keinesfalls ein Einwand zu erheben ist. Es sollte aber diese Assistenzleistung an jenen Punkten angreifen, an denen tatsächlich ein Mangel herrscht. Die ist für die beiden betroffenen und besprochenen Fachbereiche auch bereits definiert und diskutiert.

Auf den StandPunkt gebracht

Die Rubrik „Auf den StandPunkt gebracht“ beinhaltet Positionen und ExpertInnenwissen aus der Standesvertretung der Ärzte und Ärztinnen in Österreich zum jeweiligen Schwerpunktthema der Ausgabe.

INHALT

Ursula Frohner, Präsidentin des Österreichischen Gesundheits- und Krankenpflegeverbandes (ÖGKV)

Effizienter Einsatz von Gesundheits- und Krankenpflegepersonal 106

PhDr. Petra Herz, MAS, Verbandspäsidentin des Berufsverbandes der DMTF und MAB Österreichs

Weiterer Handlungsbedarf beim Gesetz für Medizinische Assistenzberufe 108

ao. Univ.-Prof. Dr. Thomas Szekeres, Präsident der Ärztekammer für Wien

Aufgabenverteilung von Ärzten und Pflegepersonal 111

Ursula Frohner

Präsidentin des Österreichischen Gesundheits- und Krankenpflegeverbandes (ÖGKV)

„Das Gesetz für Medizinische Assistenzberufe kann unter Umständen auch für Pflegefachkräfte eine deutliche Entlastung bringen.“

Nicht nur ÄrztInnen, sondern auch die Gesundheits- und Krankenpflege ist in ihrem beruflichen Alltag mit zahlreichen Herausforderungen konfrontiert. Das Gesundheitswesen insgesamt befindet sich derzeit in einem enormen Umbruch. Veränderte Ansprüche der Menschen an die Versorgungssysteme fordern alle Gesundheitsberufe auf, ihr Fachwissen besser in den Versorgungsprozessen abzubilden. Bedingt durch den Rückgang der Geburtenrate werden in den kommenden Jahren insgesamt weniger Personen in Gesundheitsberufen zur Verfügung stehen. Insbesondere Gesundheits- und Krankenpflegeberufe sind daher, durch ihre zentrale Position nahe am Patienten und den Angehörigen, aufgerufen, ihre Kompetenzen optimal zu nutzen.

Derzeit werden die Ressourcen der Gesundheits- und Krankenpflegepersonen noch zu oft für Reinigung, Erbringung der Hotelkomponente im Krankenhaus oder etwa administrative Tätigkeiten fehlgeleitet. Das muss sich ändern! Das Fachwissen und die damit verbundenen Qualifikationen der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe sind einfach zu kostbar, um nicht für die PatientInnen genutzt zu werden. Gleichzeitig sind aber die Handlungsabläufe mit allen Gesundheitsberufen zu koordinieren.

Und auch die ambulante sowie die weitere Versorgung zu Hause nach einem Spitalsaufenthalt müssen dringend, in Zusammenarbeit mit dem gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege und den Medizinischen Assistenzberufen, ausgebaut werden. Nur so können komplexe Therapien zur Anwendung kommen, tagesklinische Eingriffe ausgebaut und der „Dreh-türeffekt“ für Spitalsaufenthalte verhindert werden.

Das Berufsgesetz für Medizinische Assistenzberufe definiert sehr klar das jeweilige Handlungsspektrum der einzelnen Berufsgruppen. Eine Entlastung für Pflegefachkräfte wird dann stattfinden, wenn vorhandene Qualifikationen auch tatsächlich für die Versorgungssysteme koordiniert zum Einsatz kommen. Doppelgleisigkeiten könnten dann durchaus vermieden werden. Eben-

so muss das Wissen der PflegeassistentInnen vermehrt in der direkten Pflege am Patienten zur Anwendung kommen. Darüber hinaus erbringen derzeit beispielsweise Ordinationsassistentinnen zusätzlich zu ihren Kernkompetenzen pflegerische Tätigkeiten, da das Handlungsspektrum der Gesundheits- und Krankenpflegepersonen im niedergelassenen Bereich noch viel zu wenig abgebildet wird. Ergänzend zum derzeitigen Angebot der mobilen Pflege sind Gesundheits- und Krankenpflegepersonen in den ärztlichen Versorgungsstrukturen zu verankern; und das in allen Organisationsformen.

Über den effizienten Einsatz der medizinischen Assistenzberufe hinaus müssen aber auch noch weitere personelle Anpassungen vorgenommen werden, um die Pflegefachkräfte zu entlasten. Insbesondere in den Akutkrankenhäusern und in den Langzeitpflegeeinrichtungen ist ausreichend Personal für Serviceleistungen, hauswirtschaftliche Tätigkeiten, Administration und Reinigung rund um die Uhr einzustellen. Zahlreiche Studien belegen, dass die zusätzliche Erbringung dieser berufsfremden Leistungen für alle Gesundheitsberufe als enorm belastend empfunden wird.

Grundsätzlich möchte ich noch anmerken, dass die PatientInnen der Mittelpunkt von Versorgungsleistungen sind. Derzeit werden aber die Systeme überwiegend mit ärztlicher Versorgung assoziiert und auf diesen Bedarf ausgerichtet. Die künftige Gesundheitsversorgung wird jedoch ohne die vermehrte Einbindung und Nutzung der Fachkompetenz aller Gesundheitsberufe, jedenfalls der Gesundheits- und Krankenpflege, nicht aufrecht zu erhalten sein. Daher sollte Kooperation und Koordination des Fachwissens in den Prozessen im Vordergrund stehen und am besten schon gestern begonnen haben.

PhDr. Petra Herz, MAS

Verbandspräsidentin, Berufsverband der DMTF und MAB Österreichs

„Die neu geschaffenen medizinischen Assistenzberufe sind die notwendigen Ergänzungen zu den traditionellen medizinischen Berufsbildern. Die Tätigkeitsbereiche der dipl. medizinisch-technischen Fachkräfte werden, mit neuen Kombinationsmöglichkeiten, weitergeführt und ausgeweitet.“

Der Hauptgrund für die Schaffung der neuen medizinischen Assistenzberufe war sicher, dass das MTF-SHD Gesetz aus dem Jahr 1961 (!) in keinsten Weise mehr den tatsächlichen Anforderungen im täglichen Routinebetrieb entsprochen hat. In den letzten Jahrzehnten wurden nach und nach alle gesetzlich geregelten Gesundheitsberufe novelliert oder bekamen ein eigenes, neues Berufsgesetz. Es war daher längst Zeit, auch die große Berufsgruppe der medizinischen Assistenzberufe, die diplomierten medizinisch-technischen Fachkräfte und die Sanitätshilfsdienste, zu novellieren.

Das am 01.01.2013 in Kraft getretene MAB-G ist in vielen Bereichen für die Sanitätshilfsdienste sicherlich eine Aufwertung. Allein, dass das Wort „Hilfsdienste“ durch Assistenzberufe abgelöst wurde, zeigt dass ohne gut qualifizierte Assistenzleistungen die Aufgaben im Gesundheitsbereich nicht bewältigbar sind. Weiters wurden die Kompetenzen mancher Assistenzberufe ausgeweitet und die Fortbildungsverpflichtung für medizinisches Assistenzpersonal festgeschrieben.

Die mehrspartige Ausbildung der MFA (medizinischen Fachassistenz) in mindestens 3 Bereichen entspricht auf alle Fälle den derzeitigen Anforderungen. Gesundheitseinrichtungen benötigen derzeit, und in naher Zukunft sicherlich noch stärker, MitarbeiterInnen, die flexibel, eben mehrspartig Tätigkeiten durchführen können.

Jede Medaille hat jedoch 2 Seiten. Es ist daher in gewisser Weise paradox, dass ausgerechnet die Berufsgruppe der DMTF (dipl. medizinisch-technischen Fachkraft), welche seit 1961 dreispartig ausgebildet wurde (Labor, Röntgen und Physikalische Therapie) anscheinend nicht mehr den heutigen Anforderungen entspricht und die Ausbildung mit 2015 ausläuft.

Auf Grund der Gesetzesänderung wird seit Oktober 2013 in allen DMTF-Schulen die Ausbildung zur medizinischen Fachassistenz laut Medizinischem Assistenzberufe-Gesetz-MABG angeboten. Im ersten Bildungsweg kann jedoch ausschließlich die Ausbildung zur medizinischen Fachassistenz (MFA) absolviert werden. In Wien startet zum Beispiel im September 2014 die Ausbildung zur MFA mit folgenden Kombinationsmöglichkeiten: Gips-Assistenz, OP-Assistenz und Röntgen-Assistenz. Die 2. Ausbildungsmöglichkeit ist: Desinfektions-Assistenz, Ordinations-Assistenz und Laborassistenz.

Meiner Meinung nach wird sich aufgrund des neuen MAB-G die Zusammenarbeit der verschiedenen Berufsgruppen nicht wesentlich ändern. Die Kinder haben halt andere Namen ...

Mit 7 verschiedenen Berufsbildern ist die Liste bei den MABs, wenn man ausschließlich „Assistenzberufe“ betrachtet, sicherlich erweiterbar. Als Beispiel wäre hier der medizinische Masseur oder auch die zahnärztliche Assistentin zu nennen.

Unverständlich aus meiner Sicht ist jedoch, dass die im Vorfeld geplante und bereits im Voranschlag niedergeschriebene „Reha-Assistenz“ kurz vor der Verabschiedung des MAB-Gesetzes wieder entfernt wurde. Gerade dieser Bereich wird in den nächsten Jahren und Jahrzehnten eminent zunehmen, und gerade hier wird es dringend notwendig sein, gute, qualifizierte Assistenzberufe zu haben. Ein weiterer wichtiger Punkt für die Reha-Assistenz ist, dass für das Berufsbild der DMTF im Bereich Labor und Röntgen Übergangsbestimmungen geschaffen wurden. Leider für den Tätigkeitsbereich in der Physikalische Therapie nicht. Der Berufsverband der DMTF, aber auch viele andere VertreterInnen von verschiedenen Berufsgruppen sowie Interessensvertretungen haben immer wieder die dringende Notwendigkeit einer Reha-Assistenz aufgezeigt. Derzeit gibt es österreichweit leider viele Situationen, wo einerseits DMTF-KollegInnen mit 20 Jahren Berufserfahrung um ihren Arbeitsplatz fürchten müssen, aber vor allem junge DMTF-AbsolventInnen keinen Arbeitsplatz in diesem Bereich bekommen werden.

Damit die Zusammenarbeit von Ärzten, Pflegefachkräften etc. reibungslos funktionieren kann, ist eine Sache ganz besonders entscheidend: Ein wertschätzendes Miteinander! Jede(r) Einzelne ist ein wertvolles Bauteil und somit Bindeglied im Gesundheitsbereich. Ohne das Eine funktioniert das Andere nicht. Konkurrenzdenken hat in diesem sensiblen Bereich nichts verloren. Objektiv betrachtet muss das MAB-Gesetz für alle Bereiche angepasst, novelliert werden, damit dieses neu geschaffene Gesetz auch wirklich innovativ

und neu ist. Derzeit ist das MAB-G mit vielen Kinderkrankheiten behaftet, die so schnell wie möglich erkannt und geheilt werden müssen. Dann steht einer reibungslosen Zusammenarbeit sicher nichts entgegen.

Darüber hinaus habe ich noch ein ganz großes Anliegen! Das neu geschaffene MAB-Gesetz mit den bereits erwähnten Übergangsregelungen in bestimmten Bereichen (Labor und Röntgen) bringt für viele DMTF, und hier vor allem für die jungen DMTF (in Ausbildung oder seit kurzem fertig), eine deutliche Schlechterstellung. Die Übergangsregelungen beherbergen Fristenregelungen, die für viele ein K.O.-Kriterium darstellen. Derzeit haben SchülerInnen nicht einmal die Möglichkeit, eine Prüfung für bestimmte Tätigkeitsbereiche abzulegen (z.B. CT und MRT), um später in diesem Bereich arbeiten zu können. Auch Mütter in Karenz sind durch diese kuriosen Übergangsregelungen schwerst benachteiligt. Irritierend ist auch, dass es im neuen MAB-G einerseits Berufsbilder gibt, die sofern und soweit sie über die erforderlichen Kenntnisse und Fertigkeiten verfügen, die Berufsbezeichnung zum Beispiel „Desinfektionsassistent“ bzw. „Desinfektionsassistentin“ führen dürfen (MAB-G §35) und dies durch den „Landeshauptmann“ bestätigen lassen müssen. Andererseits gibt es das Berufsbild der DMTF, das Übergangsregelungen in bestimmten Bereichen bekommen hat (diese Tätigkeitsbereiche werden und wurden in all den Jahren während der Ausbildung gelehrt, gelernt und geprüft!) mit viel zu kurzen Fristen bzw. K.O.- Kriterien für schwangere Frauen, Mütter in Karenz oder für DMTF-KollegInnen, welche längere Zeit in einer anderen Sparte gearbeitet haben. Entspricht eine DMTF-KollegIn den Kriterien und möchte gerne eine, zwei oder drei Prüfungen gemäß den Übergangsbestimmungen machen, wird er oder sie zusätzlich auch noch zur Kasse gebeten.

Ich wünsche mir sehnlichst, dass all jene KollegInnen, die gerade in Ausbildung sind oder in den letzten Jahren fertig geworden sind, genauso all jene Möglichkeiten bekommen, wie alle anderen DMTF davor. Ich wünsche mir, dass die Fristenregelung fällt – da dieses Berufsbild künftig nicht mehr ausgebildet wird und somit jeder, jede das Recht bekommt, alle Tätigkeitsbereiche einer DMTF auch künftig ausüben zu können.

Und ich hoffe, dass von allen verantwortlichen Beteiligten sehr rasch erkannt wird, dass der Reha-Assistent ein besonderes wichtiges Berufsbild der (nahen) Zukunft ist!

ao. Univ.-Prof. Dr. Thomas Szekeres

Präsident der Ärztekammer für Wien

„Ärzte und Pflegepersonal müssen von berufsfremden Tätigkeiten befreit werden, um vermehrt ihren eigentlichen Aufgaben nachgehen zu können.“

Die Spitalsärzte geben täglich alles, um die Patientinnen und Patienten bestmöglich zu versorgen. Dennoch erschweren Stress, Bürokratie sowie Arbeitsüberlastung immer mehr das Berufsleben der Ärzteschaft in den Krankenhäusern. Mit den überlangen Arbeitszeiten in direktem Zusammenhang steht die zusätzliche Arbeitsverdichtung aufgrund von massiven Frequenzzunahmen im stationären, teilstationären und ambulanten Bereich sowie im Besonderen während der Nacht. Nachtdienste werden von den Spitalsärzten vielfach sogar als gesundheitsgefährdend eingestuft. Mit dem Stress in der Nacht gehen Burn-out, Selbstmordgefährdung, Bluthochdruck sowie vermehrte Herzinfarkte einher. Oft sind Patienten dann leider mit übermüdeten Kolleginnen und Kollegen konfrontiert. Im niedergelassenen Bereich stehen wir in Wien bereits vor der Situation, dass der Sparkurs der Wiener Gebietskrankenkasse für Patienten spürbar ist. Es müssen entsprechende Rahmenbedingungen geschaffen werden, damit Ordinationen und Gruppenpraxen längere Öffnungszeiten anbieten können. Um die Situation nicht noch weiter zu verschärfen und damit es zu keinem regelrechten Versorgungsnotstand kommt, sind dringend zusätzliche Investitionen in die Gesundheit der Österreicher und Österreicherinnen und strukturelle Verbesserungen im niedergelassenen Bereich erforderlich.

Derzeit machen Krankenschwestern und -pfleger oft Hilfsarbeiten, während Ärztinnen und Ärzte Aufgaben des Pflegepersonals übernehmen müssen. Diplomiertes Pflege- sowie ärztliches Personal werden zu oft für administrative Tätigkeiten verwendet. Hier wäre es sinnvoller, Stationsadministratoren einzusetzen. Da Hilfskräfte fehlen, muss diplomiertes Pflegepersonal oft deren Tätigkeiten durchführen. Parallel dazu ist der Arbeitsalltag von Ärztinnen und Ärzten mit Tätigkeiten gefüllt, die bereits heute aufgrund der gesetzlichen Möglichkeiten von diplomierten Pflegekräften durchgeführt werden könnten. Hier sind insbesondere Blutdruckmessen, Blut abnehmen sowie das Umhängen von Infusionen zu nennen. Man sollte die raren Mitarbeiter im

Gesundheitssystem dort einsetzen, wo ihre Expertise ist. Es macht jedenfalls Sinn, dass die einschlägig ausgebildeten Ärztinnen und Ärzte riskantere medizinische Eingriffe, wie Operationen, durchführen, und die ebenfalls hoch spezialisierten Pflegekräfte – aber eben auf anderen Gebieten – Tätigkeiten übernehmen, für die sie tatsächlich ausgebildet wurden.

Was die neu geschaffenen Medizinischen Assistenzberufe (MAB) betrifft, wird man in den nächsten Jahren beobachten müssen, welche Entlastungen und Verbesserungen diese Änderungen mit sich bringen werden. Grundsätzlich stehen wir Entwicklungen, die eine Erleichterung bringen können, positiv gegenüber. In der Medizin geht es immer um ein offenes Miteinander, um die bestmögliche Behandlung und Betreuung der Patienten zu garantieren.

Bei all den Überlegungen bezüglich des Gesundheitssystems in den letzten Jahren sollte eines nicht vergessen werden: nämlich dass der Patient im Mittelpunkt steht. Nichtsdestotrotz geht es auch um eine verbesserte Arbeitssituation für Ärztinnen und Ärzte. Um die derzeit sehr überspannte Lage zu verbessern, bedarf es einiger Maßnahmen. Dazu gehören vor allem die Einhaltung der Arbeitszeiten im Spital, die Entlastung von bürokratischen Tätigkeiten, die Verbesserung und Attraktivierung der medizinischen Ausbildung, aber auch die Aufwertung des Hausarztes und der Ausbau von Kassenarztstellen. Die Patienten sollten dort behandelt werden, wo es medizinisch und wirtschaftlich besser und sinnvoller ist, dann geht es dem Gesundheitssystem gut – und der Ärzteschaft auch. Darüber hinaus wird damit das Hin- und Herschicken der Patienten zwischen Spital und Ordination verhindert.

Svenja Hofert

Selbstständige Karriereberaterin und Buchautorin, Hamburg

Die Bildungsfalle: Die Folgen der Akademisierung

Vorwort	114
1. Alle wollen studieren, aber was damit machen?	115
2. Schiefer Markt: Hier zu viel und da zu wenig	116
3. Berufe verschwinden, Orientierung auch	118
4. Neue Gütekriterien für Akademiker	118
5. Höhere Bildung soll Aus-Bildung sein	119
6. Akademiker in der Privatwirtschaft – eine neue Erscheinung	120
7. Erhörter Ruf der Ökonomie	120
8. Vergessen: das duale System	121
9. Demografischer Wandel zementiert Ungleichgewicht	122
10. Menschen wollen glücklich sein, nicht arbeitsmarkttauglich	124
11. Von Humboldt zu Luhmann: Die Neubewertung von Bildung	125
12. Business-Planung für Bildungsinvestitionen	127
13. Schweinezyklus für Akademiker	127
14. Engpass nur für wenige Berufe	128
15. Akademisierte Frauen: Kein Return on Bildung	129
16. Zukunft der Akademisierung von Berufen: die Dualisierung	130
17. Bildungsentscheidungen spiegeln Statusbewusstsein	131

Früher führte Hochschulbildung eine kleine Elite in anerkannte Berufe und eine finanziell sichere Zukunft. Heute sind Akademiker nichts Besonders mehr. An den Hochschulen vermitteltes Wissen hat kurze Halbwertzeiten und ist begrenzt tauglich für den Arbeitsmarkt. Über die Folgen der Akademisierung schreibt die Buchautorin („Am besten wirst du Arzt“) und Karriereberaterin Svenja Hofert.

Vorwort

Der folgende Artikel behandelt eine äußerst interessante bildungspolitische Frage, die übergreifend sehr viele Berufsbilder und Branchen betrifft. Gibt es heute einen zu hohen Grad an Akademisierung? Werden uns bald die Handwerker fehlen, wenn wir nur noch Denker und keine Macher mehr haben? Bekommen wir ein Problem, wenn es zwar z.B. hochspezialisierte Automobilentwickler gibt wie Sand am Meer, jedoch niemand mehr da ist, der einen Ölwechsel zu seinen Aufgaben zählt? Diese Darstellung scheint etwas übertrieben zu sein, ist jedoch meiner Meinung nach durchaus schon in vielen Bereichen beobachtbar. Denken Sie nur daran, wie schwer es heute fällt, einen wirklich guten Handwerker zu finden, etwa einen Fliesenleger.

Den Beitrag von Frau Hofert haben wir deshalb in unsere Zeitschrift aufgenommen, weil er im Allgemeinen skizziert, was auch im Gesundheitswesen auf uns zukommen könnte: wir haben viele bestens ausgebildete Kräfte, die auf akademischen Niveau arbeiten, jedoch einfache Tätigkeiten wie Verbände wechseln, Infusionen legen oder Blut abnehmen nicht mehr zu ihrem Berufsbild zählen. Wird es in Zukunft noch ausreichend Personal in den Spitälern geben, das auch diese einfacheren, jedoch unverzichtbaren Tätigkeiten für uns erledigt? Werden sich nach wie vor genügend junge Menschen für eine Ausbildung entscheiden, die sich nicht auf Hochschulniveau befindet oder sogar mit einem Bachelor, Master oder einem Doktor abschließt und so die dringend notwendigen „handwerklichen“ Tätigkeiten an den Patienten durchführen? Es bleibt zu hoffen, dass sich auch in Zukunft genügend Menschen dazu berufen fühlen, diese nicht minder wichtigen Berufe anzustreben und auszuüben, damit die medizinische Versorgung als umfassendes Angebot erhalten bleiben kann – vom einfachen Hilfspfleger bis zum hochspezialisierten Facharzt.

Mag. Katharina Riedler

Gesundheitsökonomie, Linzer Institut für Gesundheitssystem-Forschung

Es war einst ein Schneider, der seine drei Söhne verstieß, weil sie seine Ziege in seinen Augen verhungern ließen. Sie gingen auf Wanderschaft und in die Lehre. Einer der Söhne kam mit einem Wundertisch zurück, dem Tischlein deck dich. „Papa, ich bin Schreiner geworden“, sagte er stolz. Für meine jungen Klienten in der Berufsberatung kommt Schreinerwerden nicht mehr in Frage. Erst recht nicht Maler, Elektriker, Krankenpfleger oder Restaurantfachmann. Schließlich hat man heute ja Abitur oder Matura und hütet keine Ziegen mehr. Als Abiturient Patienten heben, an Autos schrauben, Leitungen verlegen oder Rohre reinigen? „Auf keinen Fall“, sagen 99 von 100, die zu uns von überwiegend gut situierten Eltern in die Beratung geschickt werden.

1. Alle wollen studieren, aber was damit machen?

Wenn ich frage: „Warum muss es eine Uni sein?“, bekomme ich diffuse Antworten. Die 18-, 19-Jährigen können noch nicht so gut artikulieren, was mir die Eltern sagen würden: „Es geht um Zukunftschancen in der Wissensgesellschaft! Mit Lehre hat man doch heute keine Chancen mehr! Außerdem verdienen Akademiker doch mehr!“ Sie würden das natürlich immer mit einem Zusatz sagen, wie: „Natürlich kann meine Tochter oder mein Sohn sich frei entscheiden, wir stehen immer dahinter.“ Doch schöne Worte überlagern die darunter stehenden Einstellungen nicht. Hinter diesen Einstellungen steht etwas, was uns seit mindestens einem Jahrzehnt medial eingehaucht wird: Wir leben in einer Wissensgesellschaft. Und da sind Menschen gefragt, die kognitive Arbeit leisten. Handwerkliche Arbeit ist einfache Arbeit, ist nicht kognitiv, ist nicht adäquat für die Zukunft der Arbeit. Mit einem Studium dagegen sind wir auf der Gewinnerseite.

Wirklich? Wir beraten nicht nur junge Menschen, sondern am gesamten Karriere- oder Berufslebenszyklus entlang. Mit Karrierelebenszyklus meine ich die gesamte Zeit, die jemand nach einer wie auch immer gearteten Ausbildung im Job steht, seine Ausbildung verwertet und durch Weiterbildungen und Berufserfahrung ausbaut. Und da stellt sich eine Sache zunehmend als schwierig heraus: Die Frage der Verwertbarkeit von Ausbildungen, der adäquate Job für die akademische Qualifikation. Immer häufiger sehen wir Menschen mit teils mehreren Masterabschlüssen, die zwar Jobs bekommen, aber nicht jene, die ihrer Qualifikation angemessen wären. Sie sind unterfordert oder aber arbeiten auf Stellen, für die eine mittlere Qualifikation ausreichend gewesen wäre. Dass Arbeitgeber solche Stellen oft anders ausschreiben, nämlich mit höherer Anforderung in Texten wie: „Sie haben ein Studium und/oder eine Ausbildung“, ist ein anderer Punkt. Entscheidend ist das subjektive Gefühl der Personen, die ihre Fähigkeiten nicht voll

zur Blüte bringen können. Manchmal sogar gar nicht. Rund 19 Prozent sind in ihren Jobs unterfordert, ermittelte eine Studie der Universität Hohenheim im Auftrag der IG Metall des Bundeslandes Baden-Württemberg.

2. Schiefer Markt: Hier zu viel und da zu wenig

Einige Bewerber finden gar nichts mehr in ihrem angestammten oder angestrebten Beruf oder der bevorzugten Branche. Bei jungen Menschen liegt es oft daran, dass sie den Aussagen der Universitäten und Hochschulen nur zu gerne glauben, die seit Bologna zunehmend auf die Mittel des Marketings setzen und das Wort „Employability“ missbrauchen. Dieses wird fälschlich mit „berufsqualifizierender Abschluss“ übersetzt, den ein Studium vermitteln soll. Wie in der Marketingabteilung eines Unternehmens werden Studiengänge hinsichtlich ihrer Marktakzeptanz entwickelt und installiert. Studiengänge, die keiner so richtig versteht. Laut Hochschulrektorenkonferenz gibt es fast 17.000 Bachelor- und Masterabschlüsse in Deutschland – innerhalb von fünf Jahren sind mehr als 3.000 dazugekommen.²²⁰ In Österreich sind es weniger, jedoch explodieren auch hier die Angebote. Allein bei „Studienwahl.at“ finden sich annähernd 2.000 Angebote.

Das Studium ist damit auch ein Wettbewerbsfaktor geworden – selbst für staatliche Hochschulen, die ihre Studiengänge nur halten können, wenn sich genügend Kandidaten einschreiben. So werden gerne Berufschancen dargestellt und beworben, die viele nur allzu gern haben möchten: etwa als Lektor in einem Verlag zu arbeiten (wo immer weiter abgebaut wird und selbst ein Praktikum schwer zu bekommen ist) oder in einer EU-Institution (die so eng zugänglich sind wie ein Nadelöhr). Die Entwickler der Studiengänge orientieren sich dabei oft nur zu gern an der Nachfrage. Manche Angebote mögen für sich genommen gar nicht schlecht sein, aber die Personaler und Entscheider verstehen sie nicht. Was sind „Kulturraumstudien“ (ein Studiengang der Universität Passau, inzwischen umbenannt, unter anderem in Kulturwirtschaft)? Und was genau lernt man im neuen Renner, dem Fach Wirtschaftspsychologie? Dass es hier unter anderem auch um Finanzmärkte und die Psychologie von Anlageentscheidungen geht, wissen die meisten nicht. Also werden Absolventen solcher neuen Fächer von den Personalabteilungen oft in falsche Schubladen sortiert. Teils wäre wirklich ein Anwendungsbezug im Unternehmen da, teils nicht. Das Ergebnis ist dasselbe: Wir haben in unserer Praxis reihenweise junger Bachelor- und Masterabsolventen, denen ihre begrenzte „Verwertbarkeit“ am Arbeitsmarkt erst nach langer vergeblicher Suche bewusst wird.

220 http://www.hrk.de/uploads/media/HRK_Statistik_WiSe_2013_14_mit_Cover_01.pdf, letzter Abruf: 21.4.2014

Bei älteren Akademikern hat die Tatsache, dass sie nichts Adäquates finden, oft mit Veränderungen am Arbeitsmarkt zu tun oder mit einem zu großen Angebot im entsprechenden Bereich. Zu groß ist das Angebot etwa im Bereich Design, Public Relations, Journalismus, Marketing und in Teilen auch im Personalbereich. So sind nach einem Jobverlust oft radikale Schwenks im Lebenslauf nötig – teils in fortgeschrittenem Alter. So einen Schwenk unternahm der 50-jährige Akademiker, der keine Chancen auf einen vernünftigen Job mit seinem Designstudium mehr sah und nun eine handwerkliche Lehre als Möbeltischler angefangen hat. Oder die Germanistin, die im fortgeschrittenen Alter auf Notariatsgehilfin umsteuert. Einzelfälle noch – aber vielleicht doch eine Vorhut?

Unklarheiten, die nach der Bologna-Studienreform entstanden sind:

1. Unklarheit über Inhalte: Neue Studiengänge, die niemand kennt, auch die Arbeitgeber nicht. Weder können sie sich unter den Inhalten etwas vorstellen noch sind diese Studiengänge „bewährt“.
2. Unklarheit über Kombinierbarkeit: Nur Weiterbildungsmaster sind nicht konsekutiv, also frei zu kombinieren, allen anderen liegt eine teils komplizierte Kombinationslogik zugrunde.
3. Unklarheit der Bildungsziele – gesellschaftlich oder wirtschaftlich? Geht es um Persönlichkeitsbildung und Forschergeist oder um Berufsqualifizierung? Viele Studiengänge schwimmen unklar dazwischen, aber jeder will berufsqualifizierend sein.
4. Unklarheit der Verantwortlichkeit für die Berufsausbildung: Durch die Verlagerung auf Hochschulen sind Arbeitgeber von der Pflicht zu Ausbildung scheinbar freigesprochen, die Hochschulen sollen ja „berufsqualifizierende“ Abschlüsse liefern.
5. Unklarheit über Finanzierung des lebenslangen Lernens: Es wird derzeit mehr oder weniger komplett in private Hände gelegt, da Arbeitsagenturen für akademisches Lernen nicht zuständig sind.

3. Berufe verschwinden, Orientierung auch

Wer bin ich, wenn ich studiert habe? Nicht jeder kann darauf noch eine Antwort geben. Man arbeitet als „Mitarbeiter X“ in einer Branche Y, ist bestenfalls ein Manager oder ein Experte für irgendwas. Wofür man Geld bekommt, kann sich im Laufe der Zeit immer mal wieder ändern. Akademiker sein, also eine Hochschule oder Universität besucht und diese mit einem anerkannten Abschluss verlassen zu haben, ist allein dabei keine Lebensarbeitsplatzgarantie mehr. Das betrifft erst recht jene akademischen Wege, die nicht direkt in einen Beruf führen. Der Medizinstudent wird zum Arzt, der Pharmaziestudent kann Apotheker werden, der Architekturstudent Architekt. Aber beim Informatiker wird es schon schwieriger: Er kann Business Analyst, Softwareentwickler und allerlei mehr werden. Der Wirtschaftswissenschaftler wird seine Identität nur an der Universität mit einer Professur in „Reinkultur“ erhalten können. Der Psychologe? Seine Berufsperspektiven sind ebenso vielfältig wie unklar. Das alles hat auch damit zu tun, dass die „Ausbildung“, die Studiengänge vermitteln, unterschiedlich berufsspezifisch ausfällt – auf einer Skala von 0 bis 100 sind manche Angebote gar nicht berufsspezifisch, bewegen sich also um den Nullpunkt, andere sehr berufsspezifisch bei nahe 100.

Welches Studium vor allem Bildung und welches wirklich Aus-Bildung vermittelt – die Bezeichnung Akademiker sagt es nicht mehr aus. Die Praxis zeigt: Es geht immer weniger um Berufe und immer mehr um Funktionen, die Bezeichnungen tragen wie „Projektmanager“ oder „Account Manager“. Das verunsichert junge Menschen, die nach etwas suchen, das einen Namen hat – aber immer öfter nichts Konkretes finden.

4. Neue Gütekriterien für Akademiker

Für Verunsicherung sorgt auch der unklare Wert des errungenen Abschlusses. Ökonomisch betrachtet lautet die Regel: Gibt es von etwas ein Überangebot, fällt sein Wert und es wird billiger. Psychologisch gesehen, sinkt der subjektive Wert bei großer Verfügbarkeit. Das psychologische „Gesetz der Knappheit“ bedeutet, dass etwas umso wertvoller angesehen wird, je seltener es ist. Die ökonomische und die psychologische Betrachtung sprechen jeweils für sich für eine zunehmende Abwertung des Akademikers als gesellschaftliche Gruppe mit besonderem Status. Je mehr Akademiker es gibt, desto geringer der Wert eines Studiums als Studium an sich. Bachelor, Master, Promotion – die alte Aufteilung und Rangordnung genügt den Ansprüchen nicht mehr.

Arbeitgeber, Studierende, Institutionen entwickeln einen natürlichen Wunsch nach Selektion. Noten allein reichen da lange nicht mehr. Arbeitgeber wollen „die besten“ einstellen, Studierende bevorzugt sein, Institutionen streben nach Gütekriterien, Bewertungen und Qualitätssicherung. Es bilden sich zwangsläufig neue Gütekriterien um Eliteuniversitäten, Privathochschulen, Auslandsstudien und den Wert eines einzelnen Faches und schließlich Studiengangs. Da war jemand nicht nur auf einer Uni, sondern auf einer besonderen. Da gehört jemand zur Elite, ausgezeichnet, im Ranking vorn.

5. Höhere Bildung soll Aus-Bildung sein

Früher reichte zum Elitendenken ein Studienabschluss. Höhere Bildung hatte nicht notwendigerweise mit Ausbildung zu tun. Als mein Großvater als eines von acht Kindern vor mehr als 100 Jahren die Ehre hatte, eine universitäre Bildung zu genießen, war das eine Auszeichnung ganz besonderer Art, mit der er sich der Familie zu lebenslangen Dank verpflichtete. Seine geisteswissenschaftlichen Studien waren angesehen. Wer gebildet war, galt als kultiviert. Bis zur Rente arbeitete er als Beamter im höheren Dienst. Niemand fragte nach der Art seines Studiums oder einer Eliteuni. Niemand fragte nach dem Wert für den Arbeitsmarkt oder der Berufsqualifizierung des Magisterabschlusses. Ein Studium war höhere Bildung zum gesellschaftlichen Nutzen. Ich erinnere mich aus meiner Schulzeit an Lehrer-Aussagen wie: „Die Nazizeit wäre nicht möglich gewesen, hätte es mehr Akademiker gegeben“. Diese Bildung, die wir in den 1970 bis 1980er Jahren meinten, hatte weder mit Geld zu tun noch mit Karriere. Sie war eher eine selbstverständliche Folge von höherer Bildung, über die niemand nachdachte. Mein Opa war stolz, als ich mich ebenfalls für ein Magisterstudium an der philosophischen Fakultät entschied. Kein Gedanke daran, dass ähnliche Studienentscheidungen heute zu einem beruflichen „Problem“ geworden sind – mangels „employability“. Es ging damals noch um Bildung im Sinne von Persönlichkeitsentwicklung – die Ausbildung im Sinne von Kompetenz- und Wissenserwerb folgte von ganz allein durch die Praxis. Innerhalb von 30 Jahren ist ein radikaler Wandel eingetreten: Es geht nicht mehr um Bildung für den Geist und die Gesellschaft. Es geht um genügend Fachkräfte für die Privatwirtschaft.

6. Akademiker in der Privatwirtschaft – eine neue Erscheinung

Bis etwa 1970 waren Akademiker für den Staats- oder staatsnahen Dienst ausgebildet worden – Lehrer, Richter, Mediziner. Während dieser Zeit hatten nur etwa zwei Prozent der in der Privatwirtschaft tätigen Menschen einen Hochschulabschluss. Inzwischen haben Akademiker die meisten Sektoren erobert, einzig in der Gastronomie und im Handel sowie in einigen anderen Dienstleistungsbereichen sind sie unterrepräsentiert. In wissensintensiven Branchen, etwa der Softwareindustrie, beträgt ihr Anteil teils 80 bis 90 Prozent. In Chemie, Elektrotechnik und Maschinenbau ist eine Führungskraft ohne akademischen Abschluss und teils sogar ohne Promotion kaum vorstellbar. Auch in den öffentlichen Dienst strömen die akademisch Ausgebildeten. Rund ein Drittel aller Jobs im österreichischen Staatsdienst sind mit Akademikern besetzt. Wer Karriere machen möchte, so scheint es, muss studieren. Dieser Ruf erreichte auch Österreich mit einer der höchsten Berufsbildungsquoten, aber einer der niedrigsten Hochschulzugangsquoten.

7. Erhöhter Ruf der Ökonomie

Als ich 1986 mein Abitur gemacht habe, betrug die Abiturientenquote in Deutschland – ähnlich wie in Österreich – etwa 27 Prozent. Heute beläuft sich die Zahl in beiden Ländern bei je fast 50 Prozent. Damit liegen Deutschland und Österreich allerdings immer noch unter dem OECD-Durchschnitt von rund 60 Prozent. Im Jahr 2011 erreichte Österreich einen Akademikeranteil von 12,3 Prozent und lag damit nicht nur unter dem Durchschnitt der EU-15, der 21 Prozent betrug, sondern rangierte im Vergleich der alten Mitgliedsstaaten an vorletzter Stelle hinter Deutschland (17,1 Prozent).

Der Ruf nach mehr Akademikern scheint erhört: Zum Wintersemester 2013/2014 studieren 2,6 Millionen junge Menschen in Deutschland, das ist ein Zuwachs von 100.000 Personen. Auf der anderen Seite stehen 1,98 Millionen Auszubildende, weniger als je zuvor. Doch damit nicht genug: Die Abbruchquoten in den Lehrberufen sind teils noch höher als die im Studium (in Deutschland laut Hochschulinformationssystem an Fachhochschulen 19, an Unis 35 Prozent): Etwa jede dritte Restaurantfachlehre wird aufgegeben.

Es sind bevorzugt die Gebildeten, deren Kinder studieren. Akademiker wird, wer aus einem akademisch geprägten Umfeld stammt. Bildung ist in den beiden Nachbarstaaten eng ans familiäre Umfeld gebunden. Je besser dieses ist,

desto höher die Bildung. Die Wahrscheinlichkeit, dass in Österreich ein Akademikerkind die Uni besucht, ist 2,5-mal höher als es dem Bevölkerungsschnitt entspricht, in Deutschland 2,2-mal. Bisher hielt man das für eine systemimmanente Bildungsungerechtigkeit, da ein Studium automatisch mit beruflicher Karriere im Sinne eines Aufstiegs und finanzieller Sicherheit in Verbindung gebracht wurde. Allerdings könnte sich das als Trugschluss herausstellen. Gerade dreht sich der politische Trend: Eine massive Förderung der Ausbildungsberufe in den Betrieben zeichnet sich ab und wird die Folge sein. Aufgrund des Mangels ist nicht ausgeschlossen, dass der Handwerker am Ende finanziell besser dasteht als der Wirtschaftsingenieur mit Bachelor oder Master.

8. Vergessen: das duale System

In der Diskussion um die Notwendigkeit einer Akademisierung in unserer Wissensgesellschaft wurde lange vernachlässigt, dass Deutschland und Österreich zu den wenigen Ländern mit einem dualen System gehören, also einer bewährten betrieblichen Ausbildung. Ein Optiker wird nur im deutschsprachigen Raum betrieblich ausgebildet, anderswo studiert er. Ein Physiotherapeut besucht nur hier eine Schule und nicht die Universität. Dass die deutsche Ausbildung, dual-betrieblich oder schulisch, im Ausland nicht anerkannt wurde, war einer der Gründe für die Bologna-Reformen und den anschließenden Rückbau des dualen Systems. So konnte die deutsche Physiotherapeutin in Kanada, wo dieser Beruf akademisch ist, nur als Ungelernte arbeiten – trotz teils mindestens gleicher, oft sogar besserer oder mindestens gleichwertiger Qualifikation. Doch gerade rudert die Politik zurück. Dass die duale Ausbildung wirksames Mittel gegen Jugendarbeitslosigkeit ist, zeigt die Tatsache, dass das deutsche Ausbildungssystem zum Exportschlager wird. In Spanien soll es mit deutscher Hilfe implementiert werden und junge Spanier in Beschäftigung bringen. Die im OECD-Schnitt geringe Akademikerquote in Deutschland und Österreich ist vor allem der Tatsache geschuldet, dass es den breiten mittleren Bereich der betrieblich Ausgebildeten anderswo in dieser Form gar nicht gibt.

Schon sucht man Kompromisse zu finden, die international anerkannte Doppelqualifikationen ermöglichen, vor allem im medizinischen Bereich. Wer an der FH Campus Wien, der FH Salzburg oder neuerdings auch der Medizinischen Universität Graz Krankenpflege studiert, erwirbt eine Doppelqualifikation: Einerseits können Absolventen mit dem Bachelorabschluss ein weiterführendes Masterstudium anfangen, andererseits erwerben sie die Berufsberechtigung, um als diplomiertes Krankenpflegepersonal zu arbeiten.

9. Demografischer Wandel zementiert Ungleichgewicht

Die Abiturienten- und Maturantenzahl steigt, immer mehr Schüler eines Jahrgangs entscheiden sich für ein Studium, und die Akademikerarbeitslosigkeit ist mit unter drei Prozent äußerst niedrig. Akademiker verdienen zudem im Durchschnitt mehr als dual ausgebildete Personen, wie verschiedene Studien, unter anderem der Personalmarkt-Gehaltsreport von 2013, zeigen. Betrachtet man nur diese Zahlen, so fragt man sich: Wo ist das Problem bei der Akademisierung? Ist diese nicht wirklich notwendig?

Es sind einige Faktoren, die zusätzlich betrachtet werden sollten. Etwa der demografische Wandel, der uns bis 2060 zu einem Bevölkerungsanteil der über 65-Jährigen von nahezu 50 Prozent führt, darunter etwa 15 Prozent Hochbetagte über 80 Jahre.^{221, 222} Dieser Wandel spricht auf den ersten Blick dafür, dass sich der Arbeitsmarkt erheblich entspannen wird, da Arbeitskräfte fehlen – geht man vom bisherigen Bedarf aus und nicht etwa von einer Erhöhung aufgrund zusätzlichen Pflegebedarfs älterer Menschen. Auch eine Reduktion ist andererseits gut denkbar – aufgrund der Verlagerung durch Globalisierung und weiterer Prozessoptimierungen in der Produktion sowie in den betrieblichen Abläufen generell. Das Minus auf der einen Seite könnte also durch ein Plus auf der anderen Seite wieder ausgeglichen werden: In Zukunft scheint es insofern illusorisch, dass 63-Jährige in Rente gehen können, wie derzeit in Deutschland durch die neue Bundesregierung wieder eingeführt.

Doch werden die Menschen der Zukunft mit 30 Jahren den gleichen Job ausüben wie mit 60? Und: Wird dieser der ersten nach der Schule erlangten akademischen Qualifikation entsprechen? Das scheint immer fraglicher. Mindestens außerhalb der Medizin und Altenpflege und damit des Megatrends „Gesundheit“ ist jedoch unklar, welche Jobs die Zukunft wirklich braucht. Und selbst in der Medizin gibt es Fragezeichen. Wird es Pflegeroboter geben? Werden sich die Jobs dann auch inhaltlich ändern? Wird es nicht mehr nur um gesundhalten und versorgen gehen, sondern auch um lehren und unterhalten?

221 <https://www.oeffentlicherdienst.gv.at/fakten/bundespersonal/daten/qualifikationsstruktur/qualifikation.html>

222 http://www.bib-demografie.de/SharedDocs/Meldungen/DE/TopThema/broschuere_daten_fakten_trends_2013.html

Fünf Faktoren, die den Bedarf an hochqualifizierten Arbeitskräften beeinflussen:

1. Globalisierung: Produktionen und ganze Industriezweige verlagern sich ins Ausland. Die Abhängigkeit von Arbeitskräften auf den regionalen Märkten sinkt. Die hier verbleibenden Jobs sind vor allem der Wissensarbeit zuzuordnen, also Tätigkeiten, die mit Methoden, Organisation und Kommunikation zu tun haben.
2. Prozessoptimierung: Je professioneller die Produktion, desto weniger Arbeitskräfte sind nötig, das gilt für Großbäckereien wie für Ölplattformen. Meist EDV-gestützte Prozessoptimierung ist aber nicht nur in der Produktion, sondern auch im Dienstleistungsbereich zu beobachten.
3. Innovationen: Disruptive Technologien können für ein schnelles Sterben von Branchen und Segmenten sorgen. So ist das große Bäckereisterben in Deutschland innerhalb von nur einem Jahrzehnt erfolgt. Statt Handwerker zogen Lebensmitteltechnologien in die neuen Großbäckereien und ihre Zulieferbetriebe ein.
4. Krisen: Aufgrund gegenseitiger globaler Abhängigkeiten können bereits kleine Störungen große wirtschaftliche Krisen auslösen. Beispiel ist die Schifffahrtskrise 2011.
5. Wertewandel: Seit etwa Ende der 1990er Jahre gewinnt Wertemanagement an Bedeutung. Es geht nicht mehr nur um ökonomische Werte, wodurch neue Jobs entstehen, etwa im Bereich Corporate Social Responsibility (CSR).

Viele der neuen akademischen Jobprofile wirken von vorneherein nicht als auf Dauer angelegt, sondern auf Zeit. Sie überholen sich selbst in wenigen Jahren. Vor allem die Innovationen beeinflussen unmittelbar Branchen und Arbeitskräftebedarf, lassen neue Segmente entstehen, alte absterben und formen Berufe. Durch das Aufkommen von Social Media ist der Social Media Manager entstanden. Der Diversity Manager, der in internationalen Unternehmen für die Diversität der Belegschaft sorgt und deren Folgen managt, ist eine unmittelbare Folge des Bedarfs nach wertorientierten Management in der Wirtschaft. Solche neuen Berufe werden lieber mit Akademikern besetzt, fordern sie doch ein übergreifendes interdisziplinäres Verständnis von Kommunikation und wirtschaftlichen Zusammenhängen. Das Wissen, das sie brauchen, ist einigermaßen schnell veraltet und überholt. Es ist ein „Add-on“, kein grundlegendes Bildungsprogramm. Solches Spezialwissen, etwa zum Diversity Management oder zur Corporate Social Res-

possibility, also der Unternehmensverantwortlichkeit, lässt sich bedarfsgerecht in nichtkonsekutiven Masterstudiengängen vermitteln. Hier könnte sich das modulare Bachelor-Master-Baukastensystem positiv bemerkbar machen: Ein in anderthalb oder zwei Jahren erworbener Master fügt dem Profil eine neue zeitgemäße Facette zu.

10. Menschen wollen glücklich sein, nicht arbeitsmarkttauglich

So könnte es jedenfalls in der Theorie sein. Was aber oft vergessen wird: Studiengänge dienen nicht nur der Berufsausbildung und Weiterbildung, sondern auch persönlichen Interessen. Was für den Arbeitsmarkt sinnvoll erscheint, ist es mit dem persönlichen Blickwinkel eher nicht. Da die Bildung immer stärker privatisiert wird, macht sich auch das bemerkbar: Es entstehen immer mehr private Studiengänge, die weniger mit dem Arbeitsmarkt als vielmehr mit dem Wunsch zu tun haben, ein bestimmtes Fach zu studieren. In Deutschland etwa sind in den letzten Jahren zahlreiche Studienmöglichkeiten für das beliebte und durch enge Zulassungsgrenzen in Deutschland schwer zugängliche Fach Psychologie entstanden, das früher viele NC-Flüchtlinge nach Österreich getrieben hat. Die Akademisierung geht hier Hand in Hand mit der Ökonomisierung, mit der Folge, dass immer mehr Menschen immer höher qualifiziert sind, ohne das wirtschaftlich nutzbar machen zu können. Denn die für die breite Masse interessanten und gern privat finanzierten Studiengänge sind meist nicht die, in denen ein deutlicher Mangel herrscht.

Es sind Studiengänge für Design, Tourismus oder Eventmanagement, die nicht etwa einen Bedarf am Arbeitsmarkt decken, sondern eine stetig steigende Nachfrage erfüllen. Hier scheint die Akademisierung noch aus einem anderen Grund fragwürdig, werden doch Themen in ein universitäres oder schulisches Umfeld verlegt, die in einer betrieblichen, also dualen Ausbildung besser aufgehoben wären. Da wird sogar der Umgang mit Photoshop oder Videoschnittprogrammen akademisiert – haben auch Excel und Word bald Anspruch auf die Hochschullehre? Es darf die kritische Frage erlaubt sein: Ist das Ausbildung auf akademischem Niveau? Und wenn man die Silbe „Aus-“ streicht, bleibt da Bildung?

11. Von Humboldt zu Luhmann: Die Neubewertung von Bildung

Womit wir zu einer grundsätzlichen Frage kommen: Treibt die Akademisierung der persönliche Bildungsanspruch oder eine arbeitsmarktpolitische Notwendigkeit – oder nichts davon? Die Akademisierung wird, wenn nicht unter dem Etikett der Wissensgesellschaft, unter dem des Rechts auf „Bildung für alle“ betrieben. Die Wissensgesellschaft brauche mehr Arbeitskräfte in höheren Bildungsstufen, soweit die Fachwelt. Die OECD teilt in sechs Bildungsstufen ein, bis zur Promotion. Innerhalb der Stufen gibt es zum Beispiel ein 5A und 5B. 5A sind allgemeinbildende Abschlüsse wie Bachelor und Master, 5B berufsqualifizierende wie etwa ein Techniker oder Meister.

5B wird in der Regel erlangt, weil ein Bewerber auf dem Arbeitsmarkt bestehen und seine vorhandene Qualifikation weiterentwickeln möchte, etwas durch den Meisterbrief. 5A könnte auch rein aus Lust am Lernen und Interesse erfolgen – eine durchaus häufiger anzutreffende Motivation. Immer mehr absolvieren, vor allem aus Lernlust, sogar mehrere Studiengänge. Einen adäquaten Einsatz am Arbeitsmarkt finden diese Mehrfachakademiker jedoch selten – zu viel Wissen ist dann auch nicht gut. Vor allem, wenn das Wissen nicht in unmittelbaren Mangelbereichen fruchtbar gemacht werden kann.

Der Ruf nach „lebenslangem Lernen“, den etwa auch die OECD formuliert, kann sich deshalb wohl nicht auf interessengesteuertes Lernen beziehen, sondern nur auf arbeitsmarktbezogenes. Die Akademisierung ist dann doch eher eine Ökonomisierung. Und damit ein Bruch mit dem humboldtschen Bildungsideal. Nach Wilhelm von Humboldt ist das Bedürfnis, sich zu bilden, im Inneren des Menschen angelegt und naturgegeben. Jedem soll Bildung zugänglich gemacht werden. Im humboldtschen Ideal steht die Persönlichkeitsentwicklung im Mittelpunkt, durch die Individualität möglich wird. Materielle Ziele gehen damit nicht einher. Diese indes verfolgt eine Politik, die mit Akademikern den Wirtschaftsbetrieb aufrechterhalten und die Wettbewerbsfähigkeit steigern möchte. Das ist ein grundsätzlicher Interessenkonflikt. Ein Teil der Bildungswilligen inhaliert das lebenslange Lernen als Leitmotiv und strebt höhere Abschlüsse an, um berufliche Ziele und Träume zu verwirklichen. Diese stehen indes teils sogar im Gegensatz zu den Anforderungen des Arbeitsmarktes, der auf eine durchschnittlich mittlere Qualifikation ausgerichtet bleibt – auch wenn das Niveau innerhalb der mittleren Qualifikation steigt. Ein KFZ-Mechatroniker braucht inzwischen auch Informatikkenntnisse, ein Friseur sollte chemisches Basiswissen haben. Breites allgemeinbildendes Wissen ist indes nicht direkt nutzbar.

So werden, Akademisierung hin oder her, nicht direkt verwertbare Abschlüsse immer weiter abgewertet, was in den Geistes-, Kultur- und Sozialwissenschaften am deutlichsten wird. Studenten dieser Fächer müssen sich heute geradezu verteidigen: „Was willst du denn damit machen?“ Das Nutzenargument beherrscht die Diskussion und damit eine utilitaristische Betrachtungsweise des „Was bringt das für das Portemonnaie?“ Ein Studium dient nicht mehr der Geistesbildung, sondern soll wirtschaftlichen Gewinn bringen, einen Return on Investment.

So hat sich in weiten Teilen der Bevölkerung eine Haltung breit gemacht, die mit Niklas Luhmanns „Theorie sozialer Systeme“ zu erklären ist. Wie alle anderen sozialen Systeme Politik, Wirtschaft und Recht führt auch das Bildungssystem ein eigenständiges Dasein. Luhmanns soziale Systeme reproduzieren sich selbst, in dem sie einen immer gleichen binären Code anwenden. Das Bildungssystem löst seine Probleme nach dem Code „vermittelbar/unvermittelbar“. Ein großer Teil der Bildung erzeugt unvermittelbare Akademiker. Es geht nicht mehr darum, die Bildung im humboldtschen Sinn zu fördern, sondern die Vermittelbarkeit an das System Wirtschaft. In diesem wiederum gilt ein eigener binärer Code, der lautet: Zahlung/Nicht-Zahlung. Arbeitgeber wollen Zahlung – geeignete Mitarbeiter sind die Voraussetzung, dass sie erfolgt, es sind „Human Resources“, die sich für Geld verdingen. Ob diese im humboldtschen Sinn gebildet sind, ist nicht wirklich wichtig.

Dieser Hintergrund erklärt die vielen neuen Studiengänge, die schon im Bachelor auf Spezialisierung setzen statt auf breite Grundausbildung. Im Sinne der Wirtschaft wünschenswert, im Sinn der Menschen fragwürdig. Aus mindestens zwei Gründen: Zum einen führt frühe Spezialisierung in bestimmte Branchen und Tätigkeiten, die wirtschaftliche Zyklen durchlaufen und sich durch Technologien immer wieder neu erfinden. Was heute gefragt ist, kann morgen schon überflüssig sein. Das Studium als selbstfinanziertes Geschenk an den Arbeitsmarkt ist dann schnell entwertet – es war ja für diese bestimmte Branche. Da die Ausbildung in der Regel vom Arbeitgeber bezahlt wird, wäre es damit etwas anderes. Eine Tatsache, die sehr für duale Studiengänge spricht. Doch sind die hier produzierten Mitarbeiter wirklich Akademiker im früheren Sinne? Oder beschreibt das duale Studium nicht letztendlich den perfekten Kompromiss an eine verbesserte mittlere Ausbildung, die neben praktischen Teilen nun eben auch die theoretischen vermittelt?

Es bleibt bei all dem die Frage, ob es Ziel ist, der Wirtschaft Mitarbeiter zuzuführen oder Menschen Bildung zu vermitteln, die ihre Persönlichkeit entfaltet. Und damit der Gesellschaft insgesamt nutzt.

12. Business-Planung für Bildungsinvestitionen

Derzeit gibt es zwei Lager. Die einen folgen, gestützt von Eltern und Beratern in der nachhallenden Tradition der Selbstverwirklichungstrends der Blumenkinderzeit, einem Laissez-faire der Interessen. Immer noch ist Richard Nelson Bolles *What color is your parachute?* das meistgekauftete Berufsorientierungsbuch. So gut wie alle Berater und Coachs berufen sich auf die hier deklarierte individuelle Freiheit, einen Beruf zu finden, der glücklich macht. Die Wirtschaft ist hier außen vor.

Die anderen suchen in erster Linie einen Return on Investment ihrer (Aus-)Bildung. Von hier ist es nicht mehr weit zu einer Bildungs-Business-Planung. Hierbei spielen private Angebote eine zunehmende Rolle, Jahr für Jahr nehmen die Zahlen selbstzahlender Studenten (oder ihrer Eltern) zu. Die staatlichen Angebote gelten als nicht gut genug, der spätere wirtschaftliche Gewinn als zunehmend unsicher. Teils ist das berechtigt: Wir hatten Kunden von renommierten Privathochschulen, die sich oft gar nicht auf den normalen Arbeitsmarkt bewerben müssen, weil sie schon vorher Angebote genug hatten. Das gilt indes nicht für alle privaten Angebote, sondern nur für einige, meist besonders teure. Wer ökonomisch denkt, rechnet: Das Studium kostet X Euro und dauert Y Jahre. Nach diesen Y Jahren bringt es Summe Z über wiederum Y Jahre. Für ein Medizinstudium in Ungarn, bei den deutschen Abiturienten, die am NC scheitern, sehr beliebt, ist das leicht kalkulierbar: Es kostet etwa 7.000 Euro pro Semester, aber die sind mit einem Jahr als Facharzt schnell wieder herausgeholt. Wieder ein Beispiel für Ökonomisierung der akademischen Ausbildung, die sich auch bei den Weiterbildungs-Masterprogrammen gut beobachten lässt. Was ein „MBA“ an einer bekannten Business School zurück auf die Gehaltszettel bringt, lässt sich regelmäßig in Wirtschaftszeitungen nachlesen.

13. Schweinezyklus für Akademiker

Doch der ökonomischen Berechenbarkeit und Bildungs-Business-Planung sind enge Grenzen gesetzt: Weder Lehrer noch Juristen oder Architekten können sich sicher währen, dass sie in Zukunft nicht einem Schweinezyklus zum Opfer fallen, das also die heute gefragten Akademikerguppen morgen zu einem Überschuss werden. Im Business-Plan sollte unter „Risiken“ bei Bildungsinvestitionen immer stehen: Unberechenbarkeit des Markts, zu viele Faktoren, die beeinflussen. Nehmen wir einmal das Beispiel Lehrer und Schule: Immerhin führt der demografische Wandel zu kleineren Klassen, könnte E-Learning über kurz oder lang auch in Schulen Einzug halten oder ein Teil der Schulbildung durch zugeschaltete Lehrer in interaktiven Wohnzimmern gelernt werden – Sichtkontakt und damit

die Möglichkeit zur sozialen Kontrolle eingeschlossen. Dann bräuchte man weniger Lehrer. Auch Ingenieure und Informatiker können sich nicht sicher wähnen. Die Prozessoptimierung schreitet weiter voran. Es ist durchaus denkbar, dass in Zukunft eher weniger hochqualifizierte Köpfe nötig sind, um die immer besseren Maschinen zu bedienen und zu entwerfen. Wie volatil der Arbeitsmarkt sein kann, wissen zum Beispiel Bauingenieure. Aktuell gut im Geschäft, gab es gerade für sie immer wieder schwierige Phasen, in denen weniger gebaut wird. Dass der Arbeitsmarkt selbst für Maschinenbauingenieure schwankend ist, zeigt die kurze Krise 2009, in der binnen weniger Monate die Zahl der Stelleninserate für Ingenieure in Deutschland um 18 Prozent zurückging.

Wie schnell sich der Wind drehen kann, sehen wir aktuell an den Bekleidungs-technikerningenieuren und anderen akademischen Mitarbeitern der Textilbranche, die aus Europa verschwindet. Die wenigen Unternehmen, die verbleiben, produzieren nicht oder nur teilweise, stehen aber dennoch unter einem enormen Kostendruck. Das wirkt sich unmittelbar auf die Unternehmenskulturen aus, die oft durch harten Wettbewerb gekennzeichnet sind. Doch was machen als Bekleidungsingenieur, wenn die Branche schrumpft? Derzeit weichen einige zu Automobilzulieferern aus, die benötigen textile Teile. Doch auch dort ist die Luft stickig, da der Markt eng ist ...

In Deutschland tobt seit drei Jahren eine Auseinandersetzung zwischen Medien wie Spiegel Online und den Ingenieur- und Arbeitgeberverbänden. Danach gebe es keinen echten Ingenieurmangel, was unter anderem damit begründet wird, dass viele Stellen mehrfach ausgeschrieben werden. Die Forderung nach immer mehr Ingenieuren sei vor allem dem Wunsch der Arbeitgeber geschuldet, möglichst viel Auswahl zu haben, auch in kleineren, traditionell schlechter zahlenden Firmen und auf dem Land. Auch wir sehen in unserer Praxis keineswegs ein Paradies für Ingenieure. Ohne Berufserfahrung haben es auch sie schwer. Hinzu kommt die regionale Verteilung: Manche Jobs gibt es vor allem im ländlichen Raum, wo viele Städter nicht gern hinmöchten.

14. Engpass nur für wenige Berufe

Hinzu kommt, dass für die derzeit offenen Stellen gar nicht unbedingt Ingenieure nötig wären, sondern vielfach eine gehobene mittlere Qualifikation reichen würde. Das deutsche Bundesministerium für Wirtschaft hat eine Liste mit 119 Engpassberufen herausgegeben. Die Methodik ist einfach: Ein Fachkräfteengpass ist da, wenn die Zahl der offenen Stellen größer ist als die der gemeldeten Arbeitslosen. In der so entstandenen Engpassanalyse finden sich fast ausschließlich Berufe, die nicht studiert werden. Arbeitgeber suchen Fachleute für Kälte- und Elektro-

technik, Krankenpfleger und Restaurantfachkräfte. Das deutsche Bundesinstitut für Berufsbildung (BIBB) schildert die Lage als „dramatisch“ und weist auf den demografischen Wandel hin, der das alles verschlimmere.

Dem entgegen steht: Wir haben Kunden, die 180 Bewerbungen verschicken, ohne Erfolg. Sie sind intelligent – und Akademiker. Keine Geisteswissenschaftler, nein, mit fundiertem betriebswirtschaftlichen Studium und internationaler Erfahrung. „Ich bin doch eine Fachkraft! Ich habe doch studiert!“, höre ich oft. Ja, aber leider in vielen Fällen das Falsche mit Blick auf den Arbeitsmarkt. Außerdem kann man auch ein Zuviel haben. Und es kann sein, dass das, was man vorher in einer Firma gemacht hat, nicht das ist, was „eingekauft“ werden kann. Als Nicht-Akademiker hätten sie es, siehe Engpassberufe, leichter. Vielleicht auch, weil sie diesen Anspruch an Aufstieg und steigendes Gehalt nicht in der Form stellen würden. Unter Akademikern sind Karriere-Glaubenssätze weiter verbreitet. Dazu gehört der Mythos vom immer steigenden Gehalt genauso wie der Glaube daran, dass der nächste berufliche Schritt immer eine Verbesserung bringen muss.

Noch sind die Statistiken auf der Seite der Akademiker. Diese verdienen im Durchschnitt mehr als dual ausgebildete Personen. Außen vor bleiben Details: Etwa 10 Prozent der Akademiker arbeiten im Niedriglohnbereich, verdienen unter 9,30 Euro in der Stunde. Diese Zahl beruht auf Berechnungen des Instituts für Arbeit und Qualifikation (IAQ) der Universität Duisburg-Essen aus dem Jahr 2012. Besonders betroffen sind Akademikerinnen, Frauen also.

15. Akademisierte Frauen: Kein Return on Bildung

Die Erklärung für dieses Phänomen sehe ich täglich in unserer Praxis. Es hat mit der Studienwahl und dem Mobilitätsverhalten von Frauen zu tun. Frauen wählen eher Fächer aus den Geistes- und Sozialwissenschaften oder BWL. Sie verhalten sich, spätestens wenn Kinder da sind, auch nicht mehr so mobil. Leben Sie auf dem Land, haben sie außerhalb der Verwaltung so gut wie keine Auswahl an der Qualifikation entsprechenden Jobs. Eine globale Karriere, die für männliche Akademiker ein wichtiger Karriereschritt ist, kommt für sie ab einem bestimmten Alter, meist ab Mitte 30, nicht mehr in Frage. Solche Frauen fallen zwar nicht in die Arbeitslosenstatistik, sind aber dennoch unzufrieden, da ihr Return on Bildung zu gering ausgefallen ist.

Unzufriedene Akademiker gibt es daneben noch einige mehr:

- Karriereaussteiger: Menschen, die nach vielen Jahren, die sie überwiegend in Fliegern und unterwegs verbracht haben, endlich einen ruhigen Job wollen. Oder jene, die genug von Führungsjobs haben. Oder beides.

- Unerfüllte: Menschen, die in ihrem Job, auch wenn er akademisch ist, keine Erfüllung finden, weil er nicht ihren Kompetenzen entspricht oder ihnen keinen Sinn verleiht.
- Unpassende: Menschen am Ende eines „Karrierelebenszyklus“: Damit meine ich Personen, die in bedrohten Branchen und Berufen arbeiten. Die Textilbranche als ein Beispiel habe ich bereits erwähnt.

16. Zukunft der Akademisierung von Berufen: die Dualisierung

Die Akademisierung, wie sie sich derzeit zeigt, hat vor allem das Ziel, im luhmannschen Sinn das System „Bildung“ zu bedienen, also Vermittelbarkeit an den Arbeitsmarkt herzustellen. Diese Vermittelbarkeit ist zunehmend zeitlich begrenzt. Hinzu kommt, dass die Rechnung ohne den Menschen gemacht wird. Dieser sucht Sinn in seiner Arbeit, sobald existenzielle Grundbedürfnisse gedeckt sind – und das sind sie in den reichen westeuropäischen Ländern. Das große, unbeachtete Thema in diesem Kontext ist die berufliche Wandelbarkeit. Aufgrund des Arbeitsmarktes, aber auch aufgrund von persönlichen Bildungspräferenzen muss in Zukunft Veränderung leichter sein als sie das derzeit ist. Wir leben in einer Zeit, in der der rote Faden im Lebenslauf gesucht und verlangt wird und die theoretisch mögliche modulare Bildung durch Weiterbildungsmaster und andere Anpassungsqualifizierungen noch in Kinderschuhen steckt. Die Trennung von betrieblicher und universitärer Bildung ist ein weiterer Hemmschuh. Ein Arbeitsloser, der ein akademisches Studium absolviert hat und keine Perspektive mehr sieht, kann in Deutschland keine Förderung für eine betriebliche Ausbildung erhalten – nicht einmal einen Bildungskredit. Der eingangs geschilderte Sozialwissenschaftler, der Möbeltischler werden wollte, kann nicht mit staatlicher Unterstützung rechnen, sondern muss seinen Plan privat finanziert umsetzen. Das müsste nicht so sein. Doch es tut sich was: Schon fordert die deutsche Bildungsministerin Johanna Wanka, Studienabbrecher für das Handwerk zu gewinnen. Warum nur Studienabbrecher? Warum nicht alle, die mit einer akademischen Qualifizierung keine adäquaten Jobs erreichen konnten?

Adäquate Jobs zu schaffen, muss auch Aufgabe der Arbeitgeber sein. Adäquat heißt auch: den Fähigkeiten angemessen und nicht diese einschränkend. Denn der Wirtschaft nutzen keine psychisch kranken Fachkräfte, die ihre Jobs ungern ausüben. Die inzwischen medial etwas abgeschwappte Burn-out-Welle zeigte, dass nicht die gewerblichen Mitarbeiter von psychischen Erkrankungen überproportional häufig betroffen sind, sondern die Hochqualifizierten. Eine Erklärung ist

die fehlende Sinnhaftigkeit in der Arbeit, die Akademiker schneller empfinden als weniger gut ausgebildete Berufsgruppen. Weiterhin macht sich intensiver Kontakt mit Menschen oft eher als Stress bemerkbar, weshalb dieser gerade im Schul- und Gesundheitswesen auftritt. Bildung könnte sich ja durchaus auch auf solche Punkte beziehen – bessere Persönlichkeitsbildung statt immer mehr Fachwissen, vor allem am Anfang des Berufslebens.

17. Bildungsentscheidungen spiegeln Statusbewusstsein

Kürzlich ist mein Auto liegen geblieben. Der junge Mann vom Pannenservice las mit seinem Handy meinen Motor aus. So fand er den Fehler, und der Wagen konnte schnell repariert werden. Der junge Mann hat einen Job, den Abiturienten derzeit für sich nicht als adäquat ansehen: KFZ-Mechatroniker. Alles andere als anspruchslos. Das Gehalt ist deutlich besser als das eines akademisch ausgebildeten PR-Mitarbeiters im Kulturbetrieb. Doch solche Jobs haben Kinder aus einem gebildeten Umfeld, den Ruf nach Akademikern im Ohr, nicht im Sinn.

Bildungsentscheidungen haben viel mit einer schwer fassbaren Größe namens Status zu tun. Bestimmte Jobs sind in bestimmten Schichten angesehen, andere nicht. So haben die soziokulturellen Milieus erheblichen Einfluss auf die Berufswahl. In der sogenannten „bürgerlichen Mitte“ ist der PR-Mitarbeiter ranghöher als der KFZ-Mechaniker. Diese Hackordnung zwischen Akademikern und Nicht-Akademikern hat auch mit Chancen und dem möglichen Gehaltsniveau zu tun. Und das ist bei Akademikern höher, im Moment.

Zumindest im privatwirtschaftlichen Bereich ist eine Veränderung denkbar. Je weniger Fachkräfte verfügbar sind, desto eher steigen die Gehälter. Schon gibt es erste Unternehmen, die Bleibepremien zahlen, wenn Mitarbeiter sich nach der Ausbildung verpflichten. Wohlgemerkt: Hier handelt es sich um Nicht-Akademiker. Es werden Jobgarantien gegeben. Selbst Arbeitsverträge mit 60 Tagen Urlaub sind möglich. Vielleicht wird es auch findige Arbeitgeber geben, die ihren neuen Handwerker-Gesellen das Geschichtsstudium finanzieren, das diese nicht für den Arbeitsmarkt, sondern für die Persönlichkeitsbildung und aus Interesse absolvieren.

Kommen wir zurück an den Anfang. „Papa, ich werde Schreiner“, löst irgendwann vielleicht doch wieder Stolz aus.

Josef Höger, Detail aus «Blick aus einem Gartenpavillon auf das Schloss Lichtenstein», The Princely Collections, Vaduz-Vienna, nach 1837



Wann ist es Zeit, an morgen zu denken?

Wenn Sie Ihr Vermögen langfristig erhalten möchten.
Nehmen Sie sich Zeit für ein Gespräch mit uns: LGT Bank Österreich
Wien Tel. 01 227 59-0 und Salzburg Tel. 0662 2340-0.

LGT. Partner für Generationen. In Wien, Salzburg und
an mehr als 20 weiteren Standorten weltweit. www.lgt.at



**Private
Banking**

Die Zeitschrift für Gesundheitspolitik (ZGP) des Linzer Instituts für Gesundheitssystem-Forschung (LIG) versteht sich als Medium zur Veröffentlichung neuer Denkanstöße und Perspektiven zu aktuellen Problemen des österreichischen Gesundheitssystems. Sie will damit einen Beitrag zur innovativen Weiterentwicklung des österreichischen Gesundheitssystems leisten. Themenbereiche sind etwa intra- und extramurale Versorgung, Nahtstellenmanagement, Finanzierung, Organisation und Akteure des Gesundheitssystems. Die ZGP richtet sich an Personen aus Politik, Sozialversicherung, Kammern, Wissenschaft und an alle, die am Gesundheitssystem interessiert sind.

Erscheinungsweise: vierteljährlich

Gerne lassen wir Ihnen unverbindlich und kostenlos ein Exemplar zukommen.

Bestelladresse:

Linzer Institut für Gesundheitssystem-Forschung (LIG)
Dinghoferstraße 4, 4010 Linz
Tel.: ++43/732/77 83 71-320
Fax: ++43/732/78 36 60-320
E-mail: bergmair@aekoee.at

LIG
GESUNDHEITSSYSTEM-FORSCHUNG

LINZER
INSTITUT
FÜR

aekoee **Ärzt**ekammer
für Oberösterreich