

*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 abzudecken<sup>149</sup>.

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 heranzuzuziehen und damit auch in der Patientenversorgung wirksam zu machen<sup>150</sup>. 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 starrerem 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