



Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V.

Leitlinien, Empfehlungen, Stellungnahmen
Stand September 2010

- 5 Qualitätssicherung
- 5.1 Möglichkeiten der Delegation ärztlicher Leistungen im Bereich der Gynäkologie und Geburtshilfe

Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG)

Möglichkeiten der Delegation ärztlicher Leistungen im Bereich der Gynäkologie und Geburtshilfe

Die ärztliche Tätigkeit war und ist gestützt auf eine Kooperation zwischen Ärzten verschiedener Fachrichtungen, aber auch vor allem mit Angehörigen der Pflegeberufe und anderer Dienstleister (Labor, Röntgen-Assistenz, Pathologie etc.). Die derzeitige Kostensituation im Gesundheitswesen und der sich abzeichnende Ärztemangel begünstigen die Suche nach Möglichkeiten zur Entlastung des Arztes. In dieser Situation ist es allerdings wenig zielführend und geradezu widersinnig, den Arzt mit administrativen Aufgaben im Rahmen der Kostenabrechnung und der Datenerfassung für andere Zwecke (Qualitätssicherung) zu überlasten. Sowohl die Kodierung nach DRGs, als auch die Datenerfassung zum Zwecke der Qualitätssicherung ist durch geschultes Pflegepersonal mit gleicher Qualität möglich.

Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen hat in seinem Gutachten“ Kooperation und Verantwortungen - Voraussetzungen einer Ziele orientierten Gesundheitsversorgung“ aus dem Jahre 2007 vorgeschlagen, bestimmte ärztliche Aufgaben schrittweise nicht-ärztlichen Berufen vor allem aus der Pflege zu übertragen. Allerdings ist ein Arztvorbehalt dann zwingend erforderlich, wenn das Erbringen einer bestimmten Leistung oder die Beherrschung gesundheitlicher Gefährdungen ärztliche Fachkenntnisse und das Tätigwerden eines Arztes erfordern.

Es ist zu unterscheiden zwischen der **Delegation** einer primär ärztlichen Leistung an nicht-ärztliche Mitarbeiter und einer **Substitution**, bei der die betreffende Leistung in eigener Verantwortlichkeit durch Angehörige anderer Berufsgruppen erbracht werden soll.

Der 111. Deutsche Ärztetag in Ulm hat vor einer Gefährdung der Patientensicherheit und einer Zersplitterung der Einheitlichkeit der Heilkundenausübung gewarnt, zumal damit die Rechtsunsicherheit vergrößert würde. Zusammenfassend hat er gefordert:

- keine Teilbarkeit der therapeutischen Gesamtverantwortung
- Delegation statt Substitution ärztlicher Leistungen
- keine Einführung einer neuen nicht-ärztlichen Versorgungsebene.

Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung haben mit einer gemeinsamen Bekanntmachung die notwendigen Präzisierungen zum Votum des Ärztetages geliefert (Deutsches Ärzteblatt 2008, 105 (41), A. 2173 ff.).

Die Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe hält es für erforderlich, dass jedes Fachgebiet für sich definiert, welche primär ärztlichen Leistungen an nicht-ärztliches Personal delegiert werden können. Zu berücksichtigen sind dabei die Schwierigkeit der Leistung, das für den Patienten entstehende Risiko und die Qualifikation des nicht-ärztlichen Mitarbeiters, an den die Leistung delegiert werden soll.

1.

Unstreitig gibt es im Rahmen der Krankenbehandlung zahlreiche Maßnahmen, zu deren sachgerechter Vornahme „gerade dem Arzt eigene Kenntnisse und Kunstfertigkeiten“ erforderlich sind¹, die also zum ausschließlichen Aufgaben- und Verantwortungsbereich des Arztes gehören und deshalb nicht auf andere Berufsgruppen delegiert bzw. durch andere Berufsgruppen substituiert werden dürfen. Welche Maßnahmen aber im einzelnen unter diesem sog. Arztvorbehalt stehen, ergibt sich weder aus dem Heilpraktikergesetz, das die Frage der Delegierbarkeit ärztlicher Maßnahmen auf nichtärztliches Hilfspersonal überhaupt nicht anspricht, noch aus anderen speziellen gesetzlichen Vorschriften. (Eine Ausnahme stellt das Gendiagnostikgesetz GenDG dar, das von einem grundsätzlichen Arztvorbehalt ausgeht.) Zur Bestimmung des „ureigenen“, „genuinen“, nicht delegierbaren oder substituierbaren ärztlichen Aufgabenbereich ist daher auf allgemeine Kriterien zurückzugreifen, die sich vor allem in der Bundesärzteordnung und im Haftungsrecht finden.

2.

Die ungeheuren Fortschritte der Medizin in den letzten Jahrzehnten bei Prävention, Diagnostik, Therapie und Rehabilitation beruhen zum einen auf der Perfektionierung der Technik und zum anderen auf der immer weiter ausgreifenden Arbeitsteilung mit zunehmender Spezialisierung und Subspezialisierung in allen Bereichen. Daraus resultieren aber auch besondere Gefahren, die in der nicht hinreichenden Qualifikation der mitwirkenden Personen, fehlender Koordinierung und unzulänglicher Kommunikation untereinander sowie unzulässiger Delegation/Substitution ihren sichtbaren Ausdruck finden. Insoweit gilt es deshalb, die Maßstäbe für die Qualität der ärztlichen Arbeit und die Grenzen ihrer Delegierbarkeit/Substituierbarkeit festzulegen. Diese Aufgabe muss in erster Linie die Ärzeschaft selbst erfüllen, doch steht sie dabei natürlich unter rechtlicher „Grenzkontrolle“. Anders formuliert: Welche gynäkologischen und geburtshilflichen Leistungen auf nichtärztliches Personal übertragbar bzw. durch nichtärztliches Personal ersetzbar sind oder aber eine spezifisch ärztliche, nicht delegierbare/substituierbare Tätigkeit darstellen, ist zum einen – und zwar in erster Linie – eine originäre Entscheidung des Fachgebiets Gynäkologie und Geburtshilfe, zum anderen – in Abhängigkeit davon – das Ergebnis einer rechtlichen Beurteilung im Rahmen richterlicher Kontrolle². Diese besteht darin, dass die Rechtsprechung die Mindestanforderungen für die berufsspezifische Sorgfalt des Arztes bei der Ausübung seiner Tätigkeit, einen Mindeststandard im Interesse von Schutz und Sicherheit der Patienten festlegt, der absolute Priorität vor allen anderen Erwägungen hat und deshalb unabdingbar zu gewährleisten ist. „Der Arzt schuldet dem

¹ BGH NJW 1975, 2245, 2246

² Schreiber, Notwendigkeit und Grenzen rechtlicher Kontrolle der Medizin, 1983, S. 38

Patienten die Beachtung der gebotenen Sorgfalt, nicht nur der üblichen. Da der Patient darauf vertrauen darf, dass der Arzt alle, auch entfernte, Verletzungsmöglichkeiten in den Kreis seiner Erwägungen einbezieht und sein Verhalten bei der Behandlung danach einrichtet, ist der Arzt zur Beachtung der größtmöglichen Vorsicht verpflichtet Grundsätzlich gebietet es deshalb die ärztliche Sorgfaltspflicht, von vermeidbaren Maßnahmen abzusehen, wenn diese auch nur ein geringes Risiko in sich bergen, d.h. der Arzt muss bei gravierenden Risiken für den Patienten auch unwahrscheinliche Gefährdungsmomente ausschließen³.

Begründet wird dieser strenge Maßstab zum einen damit, dass bei der ärztlichen Berufsausübung höchste Güter des Menschen – Leben, körperliche Unversehrtheit, Selbstbestimmungsrecht und Intimsphäre – auf dem Spiel stehen, und zum anderen mit der Schutzbedürftigkeit des Patienten, der während der Zeit der Behandlung seine Gesundheit, u.U. auch sein Leben in die Hand des Arztes legt.

3.

Vor diesem rechtlichen Hintergrund ist – unter Beachtung der Schutz- und Sicherheitsinteressen der Patientin/von Mutter und Kind - der ureigene ärztliche Kompetenzbereich, der jegliche Delegation/Substitution ausschließt, ist – allgemein formuliert – dadurch charakterisiert, dass es um Diagnose- oder Therapie-maßnahmen geht, die gerade dem Arzt gelehrte theoretische Kenntnisse, von ihm gewonnene praktische Erfahrung und Fertigkeiten verlangen,

- weil die zu erbringende Leistung schwierig ist,
- allgemein und/oder aufgrund der besonderen Konstitution des Patienten ein hohes Risikopotential aufweist und
- daher für ihn objektiv und subjektiv eine erhebliche Gefährdung darstellt.

Natürlich zieht diese Definition nicht „mathematisch“ exakte Grenzen, sondern ist von Wertungen abhängig, aber die

3 Eckpunkte des Wertungsrahmens:

- 1. die Schwierigkeit,**
- 2. das Risiko und**
- 3. die Gefährlichkeit der in Rede stehenden Maßnahme**

stecken bei sachverständiger Beurteilung das ausschließlich ärztliche Tätigkeitsfeld hinreichend genau und überzeugend ab. Dabei ist Raum für die Berücksichtigung gewisser Unterschiede in den räumlichen, personellen und apparativen Gegebenheiten vor Ort⁴.

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

- die körperliche Untersuchung und Diagnose,
- die Indikationsstellung,

³ Pfälzisches OLG Zweibrücken, MedR 1999, 80, 82

⁴ vgl. z.B. die neue Entscheidung des OLG Dresden, GesR 2008, 635 zur Frage der Delegierbarkeit intravenöser Injektionen auf eine erfahrene und fachgerecht ausgebildete medizinisch-technische Assistentin für Radiologie

- der Therapieplan,
- Auswahl und Dosierung der Medikation,
- Operation und Narkose,
- die Bluttransfusion,
- Behebung von Komplikationen, z. B. schwerwiegenden Anästhesie- oder Geburtskomplikationen,
- die Aufklärung (Beratung) des Patienten/der Patientin

Zu dieser Beurteilung gelangen Rechtsprechung und Rechtswissenschaft, indem sie – wie hier - vor allem auf die konkrete Gefährlichkeit der Maßnahme abstellen, die von der generellen und individuellen Schwere und Art des jeweiligen Eingriffs sowie dessen genereller und individueller Komplikationsträchtigkeit bzw. von einer bereits eingetretenen Gefährdung des Patienten abhängt.⁵

4.

Soweit eine gebotene Maßnahme nicht in den Kernbereich ärztlichen Handelns fällt, ist Voraussetzung jeglicher Delegation

- die fachliche Qualifikation des nichtärztlichen Personals,
- dessen persönliche Zuverlässigkeit und Gewissenhaftigkeit und
- die mehr oder weniger dichte Aufsicht bzw. Überwachung durch den Arzt.

Insoweit ist zwischen unmittelbarer, sofortiger Eingriffsmöglichkeit, ständiger Erreichbarkeit, Blick- und/oder Rufkontakt und bloßer Organisationsverantwortung zu unterscheiden.

Im folgenden werden **Kernleistungen** aufgeführt, die dem Arzt vorbehalten sind und bleiben müssen. Ferner werden Delegations-Möglichkeiten an nicht-ärztliche Mitarbeiter diskutiert. Gynäkologie und Geburtshilfe werden getrennt behandelt. Dies erscheint vor allem deswegen erforderlich, weil in der Geburtshilfe traditionell ein eigenständiger Heilberuf, nämlich derjenige der Hebamme, tätig ist, dessen Verantwortung und Tätigkeitsfeld von den jeweiligen Hebammenordnungen der Länder definiert wird. Gemeinsam ist allen diesen Berufsordnungen, dass die Hebamme in den Stand versetzt wird, eigenständig die physiologische Schwangerschaft und Geburt zu überwachen wie auch zu leiten, sowie auch das Wochenbett, sofern keine pathologischen Besonderheiten auftreten, eigenständig zu betreuen⁶. Diese Eigenständigkeit verliert die Hebamme in demjenigen Moment, in dem pathologische Besonderheiten bei der Patientin auftreten. Hier besteht die Hinzuziehungspflicht eines approbierten Arztes. Da auch unter klinischen Bedingungen sich Besonderheiten der Hebammenberufsordnungen in der Zusammenarbeit mit Ärzten und nicht ärztlichen Mitarbeitern auswirken und den Alltag bestimmen, ist im zweiten Teil der systematisch aufgeführten Leistungen die Geburtshilfe gesondert behandelt.

⁵] siehe dazu Spickhoff/Seibl, MedR 2008, 463, 466 ff; Uhlenbruck, NJW 1972, 2203; Weissauer, Arztrecht 1972, 44; Peikert, MedR 2000, 355; Hahn, NJW 1981, 1981; NJW 1983, 1375 ff; BGH NJW 1975, 2245, 2246; 1979, 1935, 1936; VersR 1974, 804, 806; OLG Celle, zitiert nach Perret, Arzthaftpflicht, 1956, S. 110, 111, Urteil vom 10.1.1951 – Sa 146/50; OLG Köln, AnästhInfo 1973, 216

⁶ Ohne Geburts-relevante Risiken der Kataloge A und B des Mutterpasses. Ohne während der Schwangerschaft diagnostizierte Risiken.

Ärztliche Kernleistungen im Bereich Gynäkologie

	Kommentar zur Delegationsmöglichkeit
Anamnese	Es ist zulässig, dass entsprechend qualifizierte und eingewiesene nicht-ärztliche Mitarbeiter einen vorbereitenden Fragebogen durchsprechen und ausfüllen, den der Arzt im nachfolgenden Gespräch zu überprüfen beziehungsweise zu ergänzen hat. In der Geburtshilfe wird traditionell die Erhebung der Anamnese der Hebamme überlassen - die Verantwortung trägt der Arzt für seine Erfüllungsgehilfin.
Untersuchung	Die körperliche Primäruntersuchung ist ärztliche Aufgabe ⁶ , postoperative Wundkontrolle und Verlaufskontrollen können im Einzelfall durch Delegation von nicht-ärztlichem Personal vorgenommen werden.
Diagnose	Einzelmaßnahmen der Diagnostik können delegiert werden, z.B. Blutentnahme, Anfertigung von EKG, CTG und Röntgenaufnahmen, Abnahme von zytologischen Präparaten. Sonographische Untersuchungen obliegen dem Arzt. Die Anordnung der diagnostischen Leistung und die Befundbewertung obliegt zwingend dem Arzt. Soweit für den Patienten mit der Durchführung der technischen Leistungen ein Risiko verbunden ist, muss sich der Arzt in unmittelbarer Nähe aufhalten.
Therapieplanung	Eine Delegation an nicht-ärztliche Mitarbeiter ist unzulässig
Aufklärung	Eine Delegation an nicht-ärztliche Mitarbeiter ist unzulässig
Operation	Arztvorbehalt! Die Delegation der 2. Assistenz an nicht-ärztliche, entsprechend weitergebildete Mitarbeiter ist möglich, wenn der Schweregrad der geplanten Operation niedrig und das Risiko für den Patienten gering ist. Das gilt z.B. für ambulante Eingriffe. Bei größeren, insbesondere onkologischen oder plastischen Eingriffen muss der 1. Assistent Arzt sein.
Begleitende Maßnahmen	Das Legen eines nicht-suprapubischen Blasen-Katheters ist delegationsfähig. Das Anlegen einer Infusion ist delegationsfähig. Die Applikation von Medikamenten ist im Falle von Zytostatika ärztliche Aufgabe, im übrigen jedoch delegationsfähig. Die Wundversorgung und Wundbeobachtung kann delegiert werden.
Dokumentation	Die Abfassung des Arztbriefes und die Dokumentation von Behandlungs-Daten ist ärztliche Aufgabe. Die Dokumentation von Daten für Qualitätssicherung, Leistungserfassung und Abrechnung können und sollen delegiert werden.
Heim-Versorgung	Leistungen der häuslichen Umgebung des Patienten können delegiert werden, sofern es sich um begleitende Maßnahmen wie Wundpflege, Verbandwechsel, subkutane und intramuskuläre Injektionen, Blutdruckmessungen, Blutzucker-Messungen und andere einfache diagnostische Maßnahmen handelt. Dem Arzt obliegt die Aufgabe der individuellen Anordnung und Kontrolle. Er muss sich in regelmäßigen Abständen einen persönlichen Eindruck von dem durch nicht-ärztliche Mitarbeiter betreuten Patienten verschaffen.
Case-Management	Das Case-management umfasst die Planung, Koordination, Steuerung und Behandlung eines Einzelfalls unter Einbeziehung aller Leistungserbringer. Zu den Aufgaben gehören die Kodierung nach DRGs, Terminplanung, Betten-Belegung, Organisation von Untersuchungsterminen und Konsilen, Bescheinigungen und Antworten auf Anfragen der Krankenkassen und die Krankenblattverwaltung (Medizinische Fachangestellte). Derartige Aufgaben können und sollen delegiert werden.

Ärztliche Kernleistungen im Bereich Geburtshilfe

Die diagnostischen und therapeutischen Leistungen in der Geburtshilfe werden traditionsgemäß und nach europäischer und deutscher Gesetzgebung und der Hebammen-Berufsordnungen von Ärzten und Hebammen wahrgenommen. Hinsichtlich der notwendigen Abgrenzung der Zuständigkeiten gilt immer, dass im Notfall diejenige Person initial handeln muss, die anwesend und am besten mit dem Problem vertraut ist.

Die Leistungen im Bereich der psychosozialen Beratung können auch durch entsprechend qualifizierte Personen anderer Berufsgruppen durchgeführt werden.

	Kommentar zur Delegationsmöglichkeit
Anamnese, Beratung	können durch Hebammen eigenverantwortlich durchgeführt werden. Bei einer Risikokonstellationen muss der Arzt hinzugezogen werden
Körperliche Untersuchung	kann durch Hebammen eigenverantwortlich durchgeführt werden ⁶ . Bei pathologischen Befunden ist der Arzt hinzuzuziehen
Fundusstand, Gewicht, Blutdruck	können durch Hebammen und Pflegepersonal eigenverantwortlich erfasst werden
Blutentnahmen	können durch Hebammen eigenverantwortlich vorgenommen werden
Entnahme von Katheterurin	kann durch Hebammen und Pflegepersonal eigenverantwortlich vorgenommen werden
Zervix-Bakteriologie / Infektions-Screening	bleibt ärztliche Aufgabe
Stoffwechsel-Diagnostik (GDM)	bleibt ärztliche Aufgabe, wobei die Verdachtsdiagnostik (oGTT) auch an die Hebamme oder Diabetes-Assistentinnen/Beraterinnen oder geschulte Krankenschwestern delegiert werden kann
Genetische Beratung nach dem GenDG	bleibt ärztliche Aufgabe
Allgemeine Schwangerschafts- und Geburtsberatung	kann durch Hebammen eigenverantwortlich durchgeführt werden.
Beratung bei Risikoschwangerschaften und –Geburten	bleiben ärztliche Aufgabe
Beratung über mögliche geburtshilfliche Probleme, insbesondere bei der Entbindung, bei Verdacht auf Makrosomie	bleibt ärztliche Aufgabe, wobei die Verdachtsdiagnostik der speziell geschulten Hebamme übertragen werden darf
Psychosoziale Beratung / Schwangerschaftshilfen	kann durch speziell geschulte Hebammen eigenverantwortlich durchgeführt werden
Stillberatung	kann durch Hebammen eigenverantwortlich durchgeführt werden
Familienplanung	Kontrazeptionsberatung bleibt ärztliche Aufgabe. Allgemeine Hinweise können durch Hebammen eigenverantwortlich gegeben werden
Aufklärung über operative Eingriffe jeder Art und ihre Durchführung	bleibt ärztliche Aufgabe
Aufklärung über invasive diagnostische oder therapeutische Eingriffe und ihre Durchführung	bleiben ärztliche Aufgabe
Aufklärung über Maßnahmen des Schwangerschaftsabbruchs und ihre	bleiben ärztliche Aufgabe

5.1 Möglichkeiten der Delegation ärztlicher Leistungen im Bereich der Gynäkologie und Geburtshilfe

Durchführung	
Ultraschalldiagnostik	bleibt ärztliche Aufgabe, wobei die Beurteilung der Fruchtwassermenge bei Terminüberschreitung an die Hebamme delegiert werden kann
Beratung bei drohender Frühgeburt	bleibt ärztliche Aufgabe
Beratung und Untersuchung bei Blutungen in der Schwangerschaft	bleiben ärztliche Aufgabe
Beratung und Untersuchung bei Mehrlingsschwangerschaft	bleiben ärztliche Aufgabe
CTG-Beurteilung	bleibt ärztliche Aufgabe, wobei die Verdachtsdiagnostik der speziell geschulten Hebamme übertragen werden darf
Geburtshilfliche Schmerztherapie außer PDA	kann an die geschulte Hebamme delegiert werden, wobei die Vorschriften des Betäubungsmittelgesetzes beachtet werden müssen
Dammschnitt und Naht, Versorgung eines DR I	kann an die geschulte Hebamme delegiert werden
Geburtshilfliche Operationen	bleiben ärztliche Aufgabe
Assistenz bei geburtshilflichen Operationen (z.B. Forceps, Vakuum)	kann durch Hebammen übernommen werden
Sectio und 1. Assistenz bei Sectio	bleibt ärztliche Aufgabe
Plazentalösung, Nachtastung, Curettage	bleiben ärztliche Aufgabe
Gabe von wehenanregenden Mitteln und Wehenhemmern	kann im Einzelfall an die geschulte Hebamme delegiert werden
Maßnahmen bei einer Schulterdys- tokie	können im Einzelfall an die geschulte Hebamme delegiert werden
Dateneingabe für Qualitätssicherung, Leistungs-Erfassung etc.	Kann an Hebammen oder Dokumentationsassistent/innen delegiert werden
Führung des Partogramms	Gemeinsame Aufgabe von Hebamme und Arzt

Diese Stellungnahme wurde erarbeitet unter Mitwirkung und mit Zustimmung der folgenden Arbeitsgemeinschaften der DG GGG:

- AGO
- AGE
- AGUB
- ARGUS
- AWOgyn
- DGGEF
- AG Diabetes und Schwangerschaft der DDG
- FIDE
- Hebammenlehrer
- Junges Forum der DG GGG

Federführung:

Prof. Dr. D. Berg
Schwaiger Str. 33
224 Amberg

Weitere Autoren: A.T. Teichmann, R. Kreienberg, K. Ulsenheimer, K. Vetter