



# Bundesärztekammer

Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern  
Rechtsabteilung

RA Horst Dieter Schirmer  
Leiter der Rechtsabteilung

Fon: 030 / 40 05-1701  
Fax: 030 / 40 05-1790  
E-Mail: HSchirmer@kbv.de

Zeichen: Schi/fi/de  
Dok:

Bundesärztekammer · Postfach 12 08 64 · 10598 Berlin

Stand: 23. August 2006

Seite  
1 von 3

## Arbeitspapier

### „Nichtärztliche Heilberufe“ und erweiterte Kompetenzentwicklung

#### Gliederungsübersicht

#### A. Ausgangslage

#### B. Probleme

#### C. Analyse

##### I. Kompetenzrechtliche Lage

1. Bundesgesetzgeber:  
Heilberufe/Gesundheitsfachberufe (Heilhilfsberufe)
2. Bundesgesetzgeber: Ausübung der Heilkunde

##### II. Heilberufe

##### III. Gesundheitsfachberufe

##### IV. Inhalt des Kompetenztitels: Zulassung zum Beruf

Bundesärztekammer  
Herbert-Lewin-Platz 1  
10623 Berlin

Postfach 12 08 64  
10598 Berlin

Fon: 030 / 40 04 56-0  
Fax: 030 / 40 04 56-388

info@baek.de  
www.baek.de

## **V. Mögliche Entwicklungen**

1. Ausweitung der Fachkompetenz im Bereich delegierbarer Leistungen in Zusammenarbeit mit dem Arzt
2. Erweiterung heilkundlicher Kompetenz
3. Weitere rechtliche Probleme

## **VI. Rechtliche Schnittstellen und Probleme bei Verleihung heilkundlicher Kompetenz an Angehörige nichtärztlicher Berufe**

1. Behandlungsvertrag, Heileingriff und Einwilligung (strafrechtliche Bedeutung)
2. Haftung, Verantwortung des Arztes bei Überweisung an nichtärztlichen Beruf?
3. Weitere Folgen, insbesondere in der GKV
  - a) Behandlungsausweitung durch weitere Leistungserbringer?
  - b) Notwendigkeit der Bestimmung eigenständiger Leistungen im Leistungsrecht

## **D. Mögliche Lösungswege unter Berücksichtigung ärztlicher Kompetenz**

## **A. Ausgangslage**

Die Koalitionsvereinbarung der Bundesregierung sieht eine stärkere Einbindung der „nichtärztlichen Heilberufe“ in Versorgungskonzepte vor. Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen ist mit der Erstellung eines entsprechenden Gutachtens beauftragt.

## **B. Probleme**

Die Diskussion um eine stärkere Einbeziehung „nichtärztlicher Heilberufe“ in Versorgungskonzepte muss drei Aspekte berücksichtigen:

- Was sind „nichtärztliche Heilberufe“?
- Sollen bestehende Berufe mit mehr Kompetenzen ausgestattet werden? Oder sollen neue Berufe mit entsprechenden heilkundlichen Kompetenzen ausgestattet werden?
- Sollen selbständige heilkundliche Kompetenzen bestehen oder die Delegationsmöglichkeit des Arztes an entsprechend qualifizierte Berufe bei Fortbestehen der Pflicht zum Zusammenwirken erweitert werden?

Die Diskussionsüberlegungen sind mit verschiedenen rechtlichen Fragestellungen verbunden, welche nachstehend unter C dargestellt werden.

Die Diskussion wird unter Vergleich ausländischer „Vorbilder“ (z.B. von Pflegepersonen geleitete Herzinsuffizienzambulanzen in Schweden, „Nurse practioners“ [USA, Großbritannien] ebenso wie derzeit nicht mehr praktizierte Tätigkeitsbilder im Gesundheitswesen der ehemaligen DDR (Gemeindekrankenschwester – vgl. die Anordnung über Gemeindeschwesterstationen – Gemeindeschwesterordnung – vom 13.03.1961, vgl. daselbst z.B. § 7 Abs. 1: „Die Gemeindeschwester leistet Erste Hilfe bei Unfällen und ernsten Krankheitszuständen“; vgl. aber auch mehrere Vorschriften, welche die Gemeindekrankenschwester an ärztliche Anordnungen bindet, z.B. § 11: „Die Gemeindeschwester verabfolgt Medikamente entsprechend den ärztlichen Anordnungen.“). Wie die Beispiele zeigen, stehen derzeit im

Vordergrund die Angehörigen von Pflegeberufen. Überlegungen sind bekannt, im Zusammenhang auch mit der Neuordnung von Studiengängen aufgrund des sog. „Bologna-Prozesses“ einen Bachelor of Arts „Pflegerwissenschaft“ einzuführen. In Mecklenburg-Vorpommern wird ein Modellprojekt „AGnES“ [„arztentlastende, gemeindenahе, e-Health-gestützte, systemische Intervention] durchgeführt. Die Förderung erfolgt durch das Sozialministerium und das Bundesministerium für Verkehr. Das Land Brandenburg prüft nach unseren Informationen im zuständigen Ministerium ein Tätigkeitsprofil von (neuen) „Gemeindeschwestern“, welche die Erfahrungen früherer Gemeindeschwestern und heutiger ambulanter Pflegedienste nutzen soll.

Abzugrenzen sind diese Diskussionsüberlegungen von Tätigkeitsbildern, die in einem weiteren Zusammenhang mit einer Auswirkung auf den Berufsauftrag des Arztes verbunden sind, aber mit dem Pflegebereich nichts zu tun haben. Hinzuweisen ist zum Beispiel auf „Physician assistants“ (USA) Sie haben eine Ausbildung, für die es in Deutschland keine Entsprechung gibt. Das US-Recht schreibt vor, dass Physician Assistants von einem Arzt oder einem Ärzteteam beaufsichtigt werden müssen. In der Praxis scheint sich ein dehnbare Begriff der Aufsicht herausgebildet zu haben, der auch selbständige Tätigkeiten der Physician Assistants in der Weise gestattet, dass lediglich zum aufsichtführenden Arzt ein Telefonkontakt oder Telekontakt besteht (vgl. im übrigen den Bericht in „Ärztezeitung“, Ausgabe vom 08.12.2005, Seite 2: „Vorbild für uns? So werden nichtärztliche Heilberufe in den USA in Versorgungskonzepten eingebunden“.) Ähnliches gilt für die Ausweitung der Befugnisse von Anästhesie-Assistenzpersonal, die dadurch ermöglicht werden sollen, dass besondere Ausbildungsgänge angeboten werden (z.B. Anästhesie-technischer Assistent in Pilotprojekten in Frankfurt/Main und Halle/Saale und „Medizinischer Assistent für Anästhesiologie“ der Helios Kliniken GmbH). Diese Formen der Entwicklung von Berufen müssen einer ergänzenden anderen Betrachtung unterzogen werden, weil sie im wesentlichen Haftungsfragen für das Krankenhaus und die dort tätigen Ärzte aufwerfen und anhand der entsprechenden Rechtsprechung zur Organisationsverantwortung unter Berücksichtigung der Parallel-Narkose-Urteile des BGH und des Gebots des Facharztstandards beurteilt werden müssten.

Im weiteren Verlauf der nachstehenden Erläuterungen wird dementsprechend die Ausweitung von Kompetenzen der „Pflegerberufe“ in den Vordergrund gestellt.

## C. Analyse

### I. Kompetenzrechtliche Lage

#### 1. Bundesgesetzgeber: Heilberufe/Gesundheitsfachberufe (Heilhilfsberufe)

Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 GG überträgt dem Bund die Kompetenz für ein Teilgebiet des Gesundheitswesens Regelungen zu treffen, nämlich zur Zulassung zu ärztlichen und anderen Heilberufen und zum „Heilgewerbe“. In einer maßgeblichen neueren Entscheidung befasst sich das Bundesverfassungsgericht mit der Frage, was i.S. des Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 GG als „anderer Heilberuf“ zu verstehen ist (Urteil des 2. Senats des Bundesverfassungsgerichts vom 24.10.2002 – 2 BvF 1/01 – [„Altenpflege“]). Das Bundesverfassungsgericht weist dem Heilberufsbegriff in Art. 74 Nr. 19 GG danach ein dynamisches Entwicklungspotenzial zu:

„Er umschließt nicht nur die Berufe, die bereits bei Erlass des Grundgesetzes als Heilberufe galten oder die seither zu Heilberufen geworden sind. Vielmehr kann der Bundesgesetzgeber auch neue Heilberufe schaffen oder die Entwicklung bestehender Berufe zu Heilberufen aufnehmen, solange er sich innerhalb der Vorgaben des Kompetenztitels des Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 GG hält.“

In welcher Weise dabei versorgungspolitische Entwicklungen eine Rolle spielen können, zeigt die Argumentation des Bundesverfassungsgerichts in diesem Urteil (Rz. 176):

„Nach dem Sinn und Zweck des Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 GG, dem Bund insgesamt die Gesetzgebungskompetenz für die Zulassung zu Heilberufen zu eröffnen, ist die Altenpflege in einer Gesamtbetrachtung den Heilberufen zuzuordnen. Das Berufsbild der Altenpflege hat sich in den fachlichen Anforderungen und den praktischen Voraussetzungen inzwischen soweit denjenigen der Heilberufe angenähert, dass der Gesetzgeber diese Entwicklung mit einfachgesetzlichen Vorgaben weiterführen dürfte, indem er dem Berufsbild der Altenpflege einen klaren heilkundlichen Schwerpunkt verleiht. Es wird nicht bezweifelt, dass auch pflegende Berufe, soweit sie im Schwerpunkt eine Ersetzung, Ergänzung oder Unterstützung der ärztlichen Tätigkeit zum Gegenstand haben (wie z.B. die Berufe in der Krankenpflege), als sog. „Heilhilfsberufe“ den Heilberufen unterfallen ...“

Unbeschadet anderer rechtlicher Problematik in diesem Zusammenhang wäre zumindest kompetenzrechtlich dem Bund der Weg - wie es in anderen Zusammenhängen heißt – zur „substitution of doctors by nurses in primary care“ durch die Schaffung eines entsprechenden Berufsbildes gestattet.

## 2. Bundesgesetzgeber: Ausübung der Heilkunde

Maßgeblich für alle weiteren Überlegungen, insbesondere fachliche (heilkundliche?) Kompetenzerweiterung oder gar Verselbständigung ausschnittshafter heilkundlicher Kompetenzen, ist eine Betrachtung des Rechts der Heilkundeausübung. Das auch heute noch in wesentlichen Teilen geltende Heilpraktikergesetz aus dem Jahre 1939 weist in §1 Abs. 2 eine Legaldefinition für den Begriff der Heilkunde auf:

„Ausübung der Heilkunde im Sinne dieses Gesetzes ist jede berufs- oder gewerbsmäßig vorgenommene Tätigkeit zur Feststellung, Heilung oder Linderung von Krankheiten, Leiden oder Körperschäden bei Menschen, auch wenn sie im Dienste von anderen ausgeübt wird.“

Die Ausübung von „Heilkunde“ dient danach nicht nur der Heilung im engeren Sinn, sondern auch der Linderung körperlicher Defekte, mithin schon einer Situationsverbesserung. In der Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts sind – entsprechend der Zweckrichtung des Heilpraktikergesetzes als eines Regelungswerks, das damals wie heute der Abwehr von Gefahren, die vor allem von fachlich ungeeigneten Personen für die Gesundheit der Patienten ausgehen, dient - ungeschriebene Tatbestandsmerkmale entwickelt worden, welche die gesetzliche Definition der Heilkunde ergänzen.

Im wesentlichen geht es um zwei Elemente:

Ausgenommen ist der Bereich, in dem die Behandlung keine Fachkenntnisse voraussetzt oder keinen Schaden anrichten kann, mithin keine Gefahr für den Patienten bedeutet. Zum anderen ist der Bereich eingeschlossen, in dem es um die gefährliche Behandlung an sich gesunder Menschen geht.

Auch die Bundesärzteordnung verwendet den Begriff der Heilkunde, ohne ihn allerdings zu definieren (vgl. § 2 Abs. 5 BÄO). Der Definiti-

onsinhalt des § 1 Abs. 2 HPG gilt jedoch auch für die ärztliche Tätigkeit, ohne diese allerdings abzudecken. Der Heilkundebegriff im Sinne der BÄO ist weiterzufassen. Er umfasst nicht nur die unmittelbar am Patienten ausgeübte diagnostische und therapeutische Tätigkeit, sondern darüber hinaus die gesamte „auf ärztlich-wissenschaftliche Erkenntnis gerichtete und auf der Approbation als Arzt beruhende praktische, wissenschaftliche oder verwaltende Tätigkeit, die sich unmittelbar oder mittelbar auf die Verhütung, Früherkennung, Feststellung, Heilung oder Linderung menschlicher Krankheiten, Körperschäden oder Leiden bezieht, auch wenn sie im Dienste anderer ausgeübt wird“. Zum Gesamtzusammenhang und auch zu den Abgrenzungen und Beispielen für die Ausübung der Heilkunde vgl. beispielsweise Rieger/Hespeler in Rieger (Herausgeber) Lexikon des Arztrechts, 2. Auflage, Stand: März 2006, Stichwort „Heilkunde“.

An diesem Begriff der „Heilkunde“ müssen sich dementsprechend Tätigkeiten anderer Berufe messen lassen, wenn es darum geht festzustellen, ob sie die Heilkunde ausüben (auch ggf. in Segmenten) und wie ihnen eine entsprechende Tätigkeit erlaubt wird.

## **II. Heilberufe**

Zu den Heilberufen im engeren Sinne zählen Ärzte, Zahnärzte, Tierärzte, Apotheker und seit dem entsprechenden Gesetz von 1997 auch Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Ihnen ist es jeweils gestattet, die ärztliche, zahnärztliche, tierärztliche Heilkunde und die Heilkunde mittels Psychotherapie sowie – bei Apothekern – den Beruf des Apothekers auszuüben.

## **III. Gesundheitsfachberufe**

Unter Inanspruchnahme des Kompetenztitels des Art. 74 Nr. 19 GG hat sich in der Staatspraxis eine Entwicklung durchgesetzt, nach der der Bundesgesetzgeber für bestimmte Tätigkeitsfelder Regelungen über die Berufsausbildung in Heilberufen – einschließlich Heilhilfsberufen – erlassen hat, u.a.

- Beruf des pharmazeutisch-technischen Assistenten,
- Beruf des Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten,
- Beruf des Logopäden,
- Berufe in der Krankenpflege (Krankenpflegegesetz),
- Beruf der Hebamme und des Entbindungspflegers (Hebammengesetz),
- Beruf der Rettungsassistentin und des Rettungsassistenten,
- Beruf der Orthoptistin und des Orthoptisten,
- Gesetz über technische Assistenten in der Medizin (MTA-Gesetz),
- Beruf der Diätassistentin und des Diätassistenten,
- Berufe in der Physiotherapie (Masseur- und Physiotherapeutengesetz).

Wie das Bundesverfassungsgericht in der zuvor erwähnten Entscheidung feststellt, sei den in Rede stehenden Berufsbildern ein Schwerpunkt im heil(hilfs)kundlichen Bereich eigen, ohne dass dieser quantitativ immer überwiegt. Auf das quantitative Element abzustellen (für die Frage der Kompetenzzuordnung) würde eine einheitliche Regelung von Heilberufen, die neben dem heil(hilfs)kundlichen Schwerpunkt weitere Aspekte ohne Zusatzelemente umfassen, unmöglichen machen (Rz. 229).

#### **IV. Inhalt des Kompetenztitels: Zulassung zum Beruf**

Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 GG verleiht dem Bund nur die Kompetenz, die „Zulassung“ zu ärztlichen und anderen Heilberufen gesetzlich festzulegen. Bloß ausgestaltende Regelungen der Berufsausübung fallen nicht darunter. Die in der Gesetzgebungspraxis für die Gesundheitsfachberufe geübte Konzeption, Berufsbezeichnungen zu schützen, indem die jeweilige Bezeichnung Personen mit bestimmten Fähigkeiten vorbehalten wird, ohne zugleich die Ausübung des so bezeichneten Berufs zu monopolisieren (Ausnahmen für Hebammen und technische Assistenten in der Medizin), hat im Sinne der Regelung des Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 GG zulassungsrelevante Bezüge. Das Bundesverfassungsgericht führt dazu u.a. aus:

„... kann sich ein derartiger Bezeichnungsschutz auf die Befugnis zur Ausübung der betreffenden Tätigkeiten dadurch auswirken, dass andere, die Berufsausübung regelnde Vorschriften auf die geschützte Berufsbezeichnung Bezug nehmen und die Berufsausübung denen vorbehalten, die diese Bezeichnung führen dürfen... Im Bereich derartiger Normen ist die Berufsausübung mittelbar erlaubnispflichtig, die Kombination von Bezeichnungsschutz und korrespondierender Tätigkeitsbeschränkung wirkt als Zulassungsregelung.“

Dieser Zusammenhang wird in der angesprochenen Entscheidung vom Bundesverfassungsgericht für den Altenpfleger bejaht, da nach anderen Vorschriften die Tätigkeit als Altenpfleger von der entsprechenden Berufsausbildung und –bezeichnung abhängig gemacht wird und damit - wenn auch diese Tätigkeit anderen nicht verboten ist – faktisch auf dem Markt für Pflegefachkräfte zulassungskonstitutiv wirkt.

Daraus folgt, dass ein Bundesgesetzgeber, der einen in seiner Bezeichnung geschützten Beruf unter dem Kompetenztitel der Zulassung zum Beruf regelt, durch ergänzende Regelungen zumindest faktische Tätigkeitsvorbehalte schaffen muss.

Eine andere Frage ist es, in welchem Umfang ein Zugriff auf die Kompetenz zur Heilkundenausübung im Sinne der zuvor dargestellten Begriffsdefinition geregelt werden soll.

## V. Mögliche Entwicklungen

Mögliche Entwicklungen, auf deren Diskussion die Bundesärztekammer sich einstellen muss, dürften – grob betrachtet – in zwei Richtungen gehen können:

- Ausweitung der fachlichen Kompetenz bei entsprechenden nicht-ärztlichen Berufen, insbesondere in der Pflege,
  - = im Hinblick auf einen eigenen Verantwortungsbereich in der „Pflege“ und
  - = im Hinblick auf einen größeren Spielraum zur Delegation beim Arzt, aber unter Fortführung der ärztlichen Verantwortung und Weisung (Zusammenarbeit mit dem Arzt) [1.],
- „eigene“ (eigenverantwortliche und in selbständiger Berufsausübung mögliche) heilkundliche Tätigkeit auf bestimmten Feldern (ggf. mit Vorbehaltstätigkeit) (auf diese Weise würde eine Art medizinischer „Midlevel-Provider“ herangebildet) [2.].

1. Ausweitung der Fachkompetenz im Bereich delegierbarer Leistungen in Zusammenarbeit mit dem Arzt

Schreiben der  
Rechtsabteilung  
vom 23.08.2006

Seite  
10 von 14

Entsprechende Ansätze dafür dürften bereits im Rahmen der Diskussion um die Weiterentwicklung der Pflegekompetenz bei entsprechenden Berufsangehörigen zu sehen sein. Ein solches Modell würde voraussetzen, dass die Angehörigen des Fachberufs (z.B. Krankenpflegepersonen) unter Aufsicht des Arztes und nach dessen Anordnungen bestimmte Tätigkeiten ausführen dürfen, welche heute als nicht delegierbar angesehen werden oder zumindest nur ausgeführt werden dürfen, wenn eine räumlich nahe Überwachung durch den Arzt ermöglicht wird. Die Entwicklung telemedizinischer Verfahren und das sog. „Telemonitoring“ könnten technische Begleiter einer solchen Entwicklung sein und sie beschleunigen.

2. Erweiterung heilkundlicher Kompetenz

Die Erweiterung heilkundlicher Kompetenzen für Angehörige von Gesundheitsfachberufen setzt eine Veränderung der entsprechenden Ausbildungsziele für diese Berufe voraus, weil die Wahrnehmung selbständiger heilkundlicher Befugnisse nach den meisten gesetzlichen Regelungen nicht Gegenstand der Ausbildung ist. Am Beispiel der Krankenpflegeberufe würde dies bedeuten, dass es nicht ausreichend ist, durch Fortbildungsmaßnahmen eine Qualifizierung herbeizuführen, sondern – wie zuvor anhand der Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts gezeigt – ein Modell entwickelt wird, das den Ansprüchen an Regelungen über die Zulassung zum Beruf gerecht wird. Die heute z.B. im Krankenpflegebereich vorgesehene originäre Kompetenz im pflegerischen Bereich und die Kompetenz zur Zusammenarbeit mit dem Arzt bei Diagnostik und Therapie reicht insofern nicht aus, vielmehr bedürfte es einer Änderung des Ausbildungszieles. Es bedürfte zugleich einer Änderung des Heilpraktikergesetzes, da dieses den Heilkundevorbehalt enthält. Schließlich müssten, da der Gesetzgeber auf diesem Feld die Bevölkerung vor fachlich nicht gesicherten und unzureichend ausgebildeten Personen schützen muss, Vorbehaltstätigkeiten eingeführt werden, deren Ausführung nur entsprechend ausgebildeten Personen zugewiesen wird (unter gleichzeitiger Aufrechterhaltung auch der ärztlichen Kompetenz).

### 3. Weitere rechtliche Probleme

Beide beschriebenen Lösungswege sind mit rechtlichen Problemen, insbesondere im Bereich der Haftung und der Patienteneinwilligung in die Behandlung verbunden, die nachstehend kursorisch dargestellt werden.

## VI. **Rechtliche Schnittstellen und Probleme bei Verleihung heilkundlicher Kompetenz an Angehörige nichtärztlicher Berufe**

### 1. Behandlungsvertrag, Heileingriff und Einwilligung (strafrechtliche Bedeutung)

Bei einer abgrenzbaren eigenständigen Heilkundekompetenz – auch wenn auf Teilverfahren oder –funktionen in der Versorgung beschränkt – würde, da ein entsprechender Vertrag nicht mit dem Arzt geschlossen wird, ein eigenständiger Dienstvertrag mit dem „Midlevel-Provider“ geschlossen werden müssen. Dies bedingt, dass im Interesse des Schutzes des Patienten vermutlich erhöhte Anforderungen an die Aufklärung über die Grenzen der Versorgungskompetenz gemacht werden müssten, um eine rechtswirksame Einwilligung des Patienten in die „Behandlung“ (diagnostische Maßnahmen?, therapeutische Maßnahmen?, Arzneimittelverordnungen?) zu gestatten. Dies bedeutet zugleich, dass der tatbestandsmäßig als Körperverletzung angesehene Eingriff im Sinne des Strafrechts nur gerechtfertigt würde, wenn ebenfalls die aus dem Persönlichkeitsrecht abzuleitende rechtswirksame Einwilligung des Patienten vorliegt. Diese Rechtslage relativiert sich, wenn sowohl der Arzt und der in seiner Fachkompetenz erweitert ausgebildete Angehörige eines nichtärztlichen Heilberufs zusammenarbeiten und durch ein Aufsichts- und Weisungsband verbunden sind. Es ist dann eine Frage der medizinischen Standards, die entwickelt werden müssten, in welchem Umfang eine solche Zusammenarbeit auch in räumlicher Entfernung und unter welchen Voraussetzungen möglich ist.

## 2. Haftung, Verantwortung des Arztes bei Überweisung an nichtärztlichen Beruf?

Mit einer Übertragung zusätzlicher heilkundlicher Kompetenzen steigt die Haftungsverantwortung der Berufsangehörigen. Haftungsrechtlich geht es um die Abgrenzung der Haftungsrisiken der beiden Berufsgruppen, nämlich Ärzte und der Angehörigen eines nichtärztlichen Heilberufs. Diese Abgrenzungsrisiko ist in der Entwicklung der Haftungsrechtsprechung im Verhältnis von ärztlicher Tätigkeit und Pflege mehrfach entschieden worden. Paradigmatisch ist die sog. „Dekubitus-Entscheidung“ des BGH vom 18.03.1986 (BGH IV ZR 215/84, z.B. BGH NJW 1986, Seite 2365). Letztlich geht es darum, wer im Bereich der Pflege organisatorische und ärztliche Verantwortung zu tragen hat und in welchem Umfang der Pflegebereich aus der Verantwortung des Arztes entlassen ist und in die Verantwortung der Pflege fällt. Überträgt man entsprechende Gedanken auf eine künftige Konstruktion von Angehörigen „kleiner“ heilkundlicher Berufe, so dürfte diesen in den von ihnen beruflich verantworteten und ggf. sogar vorbehaltenen Bereich ausschließlich eine entsprechende Haftung zukommen. Damit stiege das Haftungsrisiko mit allen Folgen der Versicherbarkeit und auch damit verbundener Kosten. Anders verhält es sich, wenn ggf. künftig besser ausgebildete Berufsangehörige mit dem Arzt zusammenarbeiten. Hier würden weiterhin die bisherigen haftungsrechtlichen Situationen fortgelten, die den Arzt verpflichten, eine gehörige Anordnung und Beaufsichtigung zu übernehmen. Es handelt sich rechtlich um den Bereich, der mit den Problembeschreibungen der „Delegierbarkeit“ ärztlicher Maßnahmen umschrieben wird. Die letzte Darstellung zur Delegierbarkeit stammt aus dem Jahre 1988 (gemeinsame Grundsätze der KBV und der Bundesärztekammer).

Nicht geklärt ist das Problem, ob dem Arzt bei einer „Überweisung“ an einen nichtärztlichen Berufsangehörigen zur begrenzten Heilbehandlung eine Auswahlverantwortung zukommt, und zwar sowohl im Hinblick auf die Geeignetheit des Berufsangehörigen, aber auch auf die Geeignetheit des Patienten zur Durchführung entsprechender Maßnahmen. Ersteres dürfte bei qualifizierten Berufsangehörigen ausscheiden, letzteres ist nicht so ohne weiteres von der Hand zu weisen.

### 3. Weitere Folgen, insbesondere in der GKV

- a) Behandlungsausweitung durch weitere Leistungserbringer?  
Sofern heilkundlich selbständige Leistungen erbracht werden dürfen, müssten diese Leistungserbringer in einem speziellen Leistungserbringerrecht vertragliche Beziehungen zu den Krankenkassen aufnehmen. Am heutigen Beispiel der häuslichen Krankenpflege lässt sich dies zeigen. Die Frage stellt sich, ob dadurch nicht – entgegen den Absichten, die mit der Übertragung von Kompetenzen an nichtärztliche Heilberufe in Versorgungskonzepten verbunden sind – Behandlungsausweitungen verbunden sind.
- b) Notwendigkeit der Bestimmung eigenständiger Leistungen im Leistungsrecht  
Das GKV-Recht zielt auf das Modell der ärztlichen Behandlung und der durch den Arzt veranlassten nichtärztlichen Leistungen ab, die nur in Anspruch genommen werden können, wenn eine entsprechende Verordnung oder Veranlassung vorliegt. Die Übertragung begrenzter heilkundlicher Kompetenzen auf andere würde insoweit ebenfalls die Frage aufwerfen, ob das Leistungsrecht der GKV durch weitere Leistungen dieser Art ergänzt werden müssten, die dann ggf. auch vom Versicherten unmittelbar in Anspruch genommen werden sollten. Auch insoweit stellt sich die Frage nach einer vernünftigen Balance mit Blick auf eine nicht notwendige Leistungsausweitung.

### **D. Mögliche Lösungswege unter Berücksichtigung ärztlicher Kompetenz**

Die nachstehenden Überlegungen sind nicht abschließend. Sie sollen lediglich Stichpunktorte für eine Diskussion der Problematik vorgeben. Grundsätzlich stellt sich die Frage, warum überhaupt eine Erweiterung heilkundlicher Kompetenz sog. „nichtärztlicher“ Heilberufe diskutiert wird.

## I.

- Was ist das eigentliche Motiv?
- Sind die vordergründigen Thesen von der Notwendigkeit der Beseitigung einer Unterversorgung, insbesondere im hausärztlichen Bereich, zutreffend?
- Kann „Unterversorgung“ in der hausärztlichen Versorgung tatsächlich durch „Substitution“ bestimmter ärztlicher Maßnahmen durch Pflegekräfte oder „Gemeindeschwestern“ beseitigt werden?
- Führt nicht die Beteiligung von Angehörigen nichtärztlicher Berufe ggf. zu einer Ausweitung der Notwendigkeit ärztlicher Maßnahmen?
- Ist ggf. eine „doppelte“ Inanspruchnahme nicht auszuschließen?
- Steigt die Qualität?
- Ist Kostensenkung oder –steigerung die Folge?

Vermutlich lassen sich die Fragen nicht sicher beantworten. Es hängt auch vom Kontext der Einbeziehung nichtärztlicher Pflegekräfte in entsprechende Versorgungskonzepte ab.

## II.

Geht man von der Notwendigkeit der Wahrung der ärztlichen Kompetenz aus, könnten folgende Stichworte in eine entsprechende Diskussion einbezogen werden:

1. Anstellung von Berufsangehörigen durch Arzt?
2. Ausbau des Kooperationsmodells nach § 23b MBO-Ä: Kooperationsgemeinschaft mit nichtärztlichen Berufsangehörigen als Gemeinschaftsverantwortung
3. Weiterentwicklung der Grundsätze persönlicher Leistungserbringung – Relativierung des „Intra-Muros“-Grundsatzes
4. „Netzwerk“ (Tätigkeit des Berufsangehörigen für mehrere Ärzte als dienstvertragliche Assistenz)

Die Stichworte sind nicht abschließend.