

Samuel Ebner

Berufsrechtliche Fragen der Mitwirkung von Patient*innen an pflegerischen und medizinischen Aufgaben

Bei den Gesundheits- und Krankenpflegeberufen handelt es sich um die mit Abstand größte Berufsgruppe im Gesundheitswesen,¹ und aufgrund der demographischen Entwicklung der Gesamtbevölkerung wird der Bedarf an Pflegepersonen bis zum Jahr 2050 voraussichtlich um über 50% steigen.² Jedoch besteht bereits jetzt ein Mangel an Pflegekräften,³ und der erwartete Mehrbedarf wird sich nicht allein durch neu hinzukommende Absolvent*innen pflegerischer Ausbildungen decken lassen.⁴ Es werden verschiedene Ansätze zur Lösung dieser Diskrepanz zwischen Bedarf an Pflege und bestehendem Angebot vorgeschlagen: Einerseits personelle Maßnahmen wie die Erhöhung der Absolvent*innenzahlen und die Anwerbung von ausgebildetem Personal aus dem In- und Ausland, andererseits unter anderem auch Strategien zur Steigerung der Effizienz der pflegerischen Abläufe.⁵

Diesen Ansatz der Effizienzsteigerungen verfolgt auch das an der medizinischen Universität Graz angesiedelte Projekt N!CA⁶, das unterschiedliche Strategien zur Entlastung von Pflegekräften erforscht. Dabei zeigt sich unter anderem, dass Pflegekräfte aktuell auch Aufgaben erfüllen, die aus pflegewissenschaftlicher Sicht potentiell auch Patient*innen bzw. Pfleglinge (teilweise) selbst erfüllen könnten. Die Einbindung von Patient*innen in solche, bisher bei Pflegekräften liegende Aufgaben wirft unterschiedliche rechtliche Fragen auf. Der Vortrag hat einige berufsrechtliche Aspekte der Mitwirkung von Patient*innen beleuchtet, konkret der Mitwirkung an der pflegerischen Dokumentation und am Diabetes-Management.

Zur Einbindung von Patient*innen in die Dokumentation

Die Dokumentationspflicht der Angehörigen der Pflegeberufe wird zentral in § 5 Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG) normiert. Es handelt sich schon dem Titel des Gesetzesabschnittes „Berufspflichten“ nach um eine Berufspflicht, daher und ausweislich des Wortlautes („die von ihnen gesetzten [...] Maßnahmen“) um eine höchstpersönliche Pflicht. Auch im Krankenanstaltenrecht findet sich in § 10 Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz⁷ (KAKuG) sowie den dazugehörigen Ausführungsgesetzen der Länder, dass Krankenanstalten Krankengeschichten anzulegen haben, in denen neben der Anamnese und dem Krankheitsverlauf unter anderem auch angeordnete und erbrachte ärztliche und pflegerische Maßnahmen zu dokumentieren sind (§ 10 Abs 1 Z 2 lit a bzw. lit b KAKuG). § 10 Abs 3 KAKuG weist die Zuständigkeit für die Führung der Krankengeschichte den jeweils für die Maßnahme selbst verantwortlichen Berufsangehörigen zu und rekurriert insofern implizit auf das Berufsrecht.

§ 4 Abs 1 GuKG schreibt die gewissenhafte Berufsausübung ohne Unterschied der Person vor, wobei aus der Anordnung der Gewissenhaftigkeit eine Bindung an den Stand der Wissenschaft – die *leges*

¹ Weiss/Lust, Gesundheits- und Krankenpflegegesetz⁹ (2021) Allgemeines 1; vgl auch Juraszovich/Rappold/Gyimesi, Pflegepersonalprognose. Update bis 2050. Aktualisierung der Pflegepersonalbedarfsprognose 2030. Ergebnisbericht. (2023) 11, sowie Österreichische Ärztekammer, Ärzttestatistik für Österreich zum 31.12.2023 (2024) 4.

² Juraszovich/Rappold/Gyimesi, Pflegepersonalprognose 27–29.

³ Juraszovich/Rappold/Gyimesi, Pflegepersonalprognose 6f.

⁴ Juraszovich/Rappold/Gyimesi, Pflegepersonalprognose IV.

⁵ Juraszovich/Rappold/Gyimesi, Pflegepersonalprognose 32 f.

⁶ <https://www.medunigraz.at/nica> (abgerufen am 28.10.2025).

⁷ Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten (KAKuG) BGBl 1957/1 idF BGBl I 2024/24.

artis – als erhöhter Sorgfaltsmaßstab abgeleitet wird, was auch im Sinne des § 6 StGB und § 1299 ABGB haftungsrechtlich relevant werden kann.⁸ Diese Anordnung betrifft die gesamte Berufsausübung der Pflegekräfte und damit auch die Dokumentationspflicht.

Die berufsrechtliche Dokumentationspflicht der Pflegeberufe bezieht sich auf alle gesetzten gesundheits- und krankenpflegerischen Maßnahmen, „insb. die Pflegeanamnese, -diagnose, -planung und -maßnahmen“ (§ 5 Abs 1 und 2 GuKG), ebenso wie etwa übernommene ärztliche Tätigkeiten und getätigte Anordnungen.⁹

Die Dokumentationspflicht dient insb. drei Zwecken:

1. der Therapiesicherung: d.h. der Sicherheit und Sorgfalt der Behandlung,
2. der Rechenschaftslegung: d.h. der Möglichkeit des*der Patient*in, durch Einsichtnahme in den Akt sich selbst zu informieren und Leistungen ggf. durch eine*n andere*n Ärzt*in/Berufsangehörige*n überprüfen zu lassen, sowie
3. der Beweissicherung: betreffend die Geltendmachung von Rechtsansprüchen, etwa Schadenersatzforderungen.¹⁰

Zur Erreichung dieser Zwecke ist notwendig, dass die Dokumentation „vollständig, richtig, zeitnah, chronologisch, der verantwortlichen Person zuordenbar und lesbar ist.“¹¹

Zu fragen ist nun, ob und inwieweit Gesundheits- und Krankenpfleger*innen die Dokumentation durch Patient*innen führen lassen dürfen. § 5 GuKG trifft als höchstpersönliche Pflicht die Angehörigen der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe selbst und sieht grundsätzlich keine Übertragung der Verantwortung vor: Die Verantwortung für das aus der Pflicht resultierende Ergebnis, hier also für die sachgemäße Dokumentation, liegt daher bei den Berufsangehörigen.

Denkbar ist jedoch, dass Patient*innen gewisse Informationen bereits in einer Form bereitstellen, die dem pflegerischen Personal Arbeit abnimmt: Patient*innen könnten insb. Teile der (Pflege-)Anamnese selbst einbringen und so gewisse Daten in einer für die Dokumentation bereits tauglichen Form zur Verfügung stellen. In Deutschland werden Anamnesen für geplante Eingriffe bereits teils per Formular,¹² teils sogar per Smartphone-Applikation erhoben.¹³ Zu beachten ist in diesem Kontext, dass die Pflegeanamnese als Teil des Pflegeprozesses eine pflegerische Tätigkeit ist, sind ihre Ergebnisse doch zentrale Grundlage für das weitere pflegerische Vorgehen.¹⁴ Deshalb ergibt sich – zusätzlich zur

⁸ Müller/Falch in Neumayr/Resch/Wallner (Hrsg), Grundriss Kommentar zum Gesundheitsrecht² § 4 GuKG Rz 2 (Stand 1.1.2022, rdb.at); vgl zum ÄrzteG Stöger in Stöger/Zabrl (Hrsg), Ärztegesetz 1998 (2023) § 49 Rz 2.

⁹ Weiss/Lust, GuKG⁹ § 5 Anm 2.

¹⁰ Wallner, Handbuch Ärztliches Berufsrecht³ (2024) Kap 28 mwN.

¹¹ Rappold/Aistleitner, Arbeitshilfe Pflegedokumentation 2017 – Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen³ 5; ausführlich Kletečka-Pulker, Kap. I.5 Dokumentation und Datenschutz (Stand 1.10.2020, rdb.at), in Aigner/Kletečka/Kletečka-Pulker/Memmer, HB Medizinrecht für die Praxis.

¹² Johannes Gutenberg-Universität Mainz, Fragebogen Pflegeanamnese (2018) https://www.unimedizin-mainz.de/fileadmin/kliniken/portal/UKM_Eigenanamnese.pdf (abgerufen am 30.10.2025); Klinikum der Landeshauptstadt Stuttgart gemeinnützige Kommunalanstalt öffentlichen Rechts (gKAöR), Selbstauskunft https://www.klinikum-stuttgart.de/media/01_Medizin-Pflege/zsg/psychosomatik/downloads/Fragebogen_Selbstauskunft_01_25.pdf (abgerufen am 30.10.2025); Klinikum Bremerhaven Reinkenbeide gGmbH, Selbstauskunft des Patienten zur Vorbereitung der Behandlung am KBR https://klinikum-bremerhaven.de/fileadmin/content/files/PDF/Geburtshilfe/Geburtshilfe_Selbstauskunft-Patientin.pdf (abgerufen am 30.10.2025); Klinikum St. Georg gGmbH, Selbstauskunft/Voranmeldung zur Geburt https://www.sanktgeorg.de/fileadmin/Kliniken/Gynaekologie/Selbstauskunft_Voranmeldung_23022022.pdf (abgerufen am 30.10.2025).

¹³ Elsner, UM Pflegeanamnese App, <https://www.youtube.com/watch?v=7nLLHV8nzRE> (Stand 2021).

¹⁴ Fiechter/Meier, Pflegeplanung – eine Anleitung für die Praxis¹⁰ (1998), zit n Wiggermann, Pflegeplanung als Grundlage professioneller Pflege – Pflegeplanung in der Palliativpflege, Zeitschrift für Palliativmedizin 11(4)/2010, 162; vgl auch die Übersicht bei Rappold/Aistleitner, Arbeitshilfe Pflegedokumentation³ 8.

Dokumentationspflicht – aus § 14 Abs 2 Z 1 GuKG die Verantwortung der diplomierten Gesundheits- und Krankenpfleger*innen (DGKP) für diesen Prozess.

Ebenso ist denkbar, dass Patient*innen während ihres Aufenthalts in einer Einrichtung regelmäßig selbst Informationen, etwa zu ihrem Wohlbefinden und physiologischen Vorgängen, aufschreiben und dass das Pflegepersonal diese Niederschriften nach Bearbeitung übernimmt.

Ein solcher Arbeitsmodus darf jedoch nur eingesetzt werden, wenn das Fachpersonal alle damit einhergehenden Gefahren beherrschen kann: Die Berufsangehörigen haben dafür einzustehen, dass auch bei einer solchen Änderung des Modus der Informationsgabe das gleiche Sicherheitsniveau besteht wie bei persönlichem Kontakt, der als etablierter Modus als Vergleichsmaßstab heranzuziehen ist.¹⁵ Von Patient*innen schriftlich gegebene Informationen sind daher nach demselben Maßstab zu beurteilen wie mündlich gegebene. Hat das Pflegepersonal nach bisherigen Maßstäben Anlass, an der erhaltenen Information zu zweifeln, oder gibt sie Grund zur Nachfrage oder zur Überprüfung, ist daher wie bisher vorzugehen.

Zur Beurteilung, ob einer bestimmten Aussage eines*einer Patient*in vertraut werden darf, kann wohl schon bisher auf die in § 50a Ärztegesetz (ÄrzteG) und §§ 3b, 3c GuKG positivierten Maßstäbe rekurriert werden, wonach der*die Patient*in die zur Beurteilung der jeweils gegebenen Frage erforderlichen Fähigkeiten und die nötige Verlässlichkeit¹⁶ aufweisen muss.

Wie bereits betont, steigt durch diese Mitarbeit des*der Patient*in in diesem anderen Modus der Informationsmitteilung deren*dessen Verantwortung nicht und wird jene der Pflegekraft nicht gemindert. Es ist weiterhin Pflicht des Fachpersonals, sicherzustellen, dass eine sachgemäße und anforderungskonforme Dokumentation geführt wird.

Zum Patient*innen-Selbstmanagement bei Diabetes

Ebenso im Kontext der Auslagerung von bisher bei Pflegekräften verorteten Aufgaben stellt sich die Frage, ob Pflegekräfte durch Selbstmanagement von Patient*innen mit Diabetes entlastet werden dürfen, und inwieweit ggf. weiterhin eine Betreuung durch Pflegepersonen geboten ist.

Selbstmanagement von Patient*innen bezeichnet die Ausführung faktischer Handlungen durch die Patient*innen selbst, die nach Anleitung, aber ohne Anwesenheit ärztlichen oder pflegerischen Personals erfolgt. Die derartige Einbindung von Patient*innen in die Behandlung der eigenen (chronischen) Krankheit bietet neben der Entlastung von Fachpersonal auch den Vorteil, dass Patient*innen dadurch informierter und aktiver mit ihrer Erkrankung umgehen können, wodurch Langzeitfolgen gemindert und die Mortalität gesenkt werden.¹⁷

Bei Diabetes können zum Selbst-Management unterschiedliche Maßnahmen zählen, insb. regelmäßige Plasmaglukosemessung (vulgo „Blutzuckermessung“), Fußuntersuchungen, Gewichtsmonitoring, das Führen eines Ernährungsplans¹⁸ und die Verabreichung von Insulin.¹⁹ Im Rahmen des Projekts N!CA werden davon die Messung der Plasmaglukose und die Verabreichung von Insulin im Detail behandelt.

¹⁵ Zum Konzept der Gefahrenbeherrschung *Warter*, Zur Unmittelbarkeit der ärztlichen Leistungserbringung, DRdA 2020, 205 (207 ff) mwN; ebenso ErläutRV 2503 BlgNR 27. GP 58 ff; sowie ErläutRV 2310 BlgNR 27. GP 14 f.

¹⁶ ErläutRV 306 BlgNR 22. GP 15.

¹⁷ *Laxy/Holle*, Selbstmanagement der Patienten – Intensive Einbindung lohnt, Dtsch Ärztebl International 111 (2014) Diabetologie 1 (22).

¹⁸ *Laxy/Holle*, Dtsch Ärztebl International 111 (2014) Diabetologie 1 (20).

¹⁹ *Consoli/Formoso*, Patient perceptions of insulin therapy in diabetes self-management with insulin injection devices, Acta Diabetologica 60/5 (2023) 705 (707).

Prinzipiell gilt, dass Patient*innen auf Basis des Behandlungsvertrages an ihrer Behandlung mitzuwirken haben. Diese sog. Mitwirkungsobliegenheit kann neben der Information über Beschwerden, bestehende Vorerkrankungen, Allergien und laufende Therapien auch die Unterwerfung unter (Nach-)Behandlungen sowie die Durchführung von Therapiemaßnahmen umfassen.²⁰ Die Anleitung von Patient*innen zur Durchführung von Maßnahmen an sich selbst kann daher auf dem Behandlungsvertrag basieren und ist an dessen Zweck – der „Untersuchung, Behandlung, Betreuung“²¹ *lege artis* – auszurichten. Jedoch ist die Abgrenzung, zu welchen Maßnahmen Patient*innen, die i.d.R. keine medizinische Ausbildung aufweisen, angeleitet werden dürfen, rechtlich nicht ausdrücklich geregelt.²² Schon aus systematischen Gesichtspunkten hat dabei aber zu gelten, dass der Patient*innenschutz gewahrt bleiben muss. Diesem dient neben den gesundheitsberuflichen Tätigkeitsvorbehalten²³ auch die Begrenzung jener Maßnahmen, die pflegerisches und medizinisches Fachpersonal an Lai*innen delegieren darf. Die Delegation von Maßnahmen an Lai*innen ist mit der Anleitung von Patient*innen zur Durchführung von Tätigkeiten an sich selbst insofern vergleichbar, als die meisten Patient*innen, wie zu zeigen ist, Ähnlichkeiten zu Lai*innen aufweisen. Diese Parallele lässt eine Orientierung an den zugrundeliegenden Überlegungen fruchtbar erscheinen.

Die Delegation von Maßnahmen an Lai*innen ist sowohl nach dem GuKG als auch dem ÄrzteG zulässig. Da die Messung der Plasmaglukose im Blut, das aus einem Stich in die Fingerkuppe gewonnen wurde, und die Verabreichung von Insulin medizinische Tätigkeiten sind,²⁴ und weiters die Möglichkeiten der Delegation an Lai*innen im GuKG (§§ 3b und 3c GuKG)²⁵ parallel zu einer von mehreren Delegationsermächtigungen des ÄrzteG (§ 50b ÄrzteG) laufen und daher enger gefasst sind als jene des ÄrzteG (§ 49 Abs 2 S 2, §§ 50a, 50b ÄrzteG), werden im Folgenden nur jene des ÄrzteG behandelt.

Die Delegationsmöglichkeiten des § 49 Abs 2 S 2 ÄrzteG bietet keinen geeigneten Anhaltspunkt für eine Ableitung von Maßstäben, da diese Regelung lediglich Unterstützungsleistungen betrifft,²⁶ worunter die Durchführung der Blutzuckermessung und der Insulinverabreichung aufgrund ihrer zentralen Bedeutung in der Behandlung wohl nicht fallen. § 50b ÄrzteG bietet sich für eine Ableitung von Abgrenzungskriterien auch wenig an, da diese Regelung die Delegation an Angehörige der Personenbetreuungsberufe und der persönlichen Assistenz betrifft,²⁷ wobei jeweils ein gewisser förmlicher – weil i.d.R. entgeltlicher – Rahmen das Verhältnis zwischen Patient*in und Dienstleister*in prägt.

²⁰ Nigl, *Arzthaftung*⁵ (2024) Rz 202; Jesser-Huß, Kap III Zivilrechtliche Fragen des Arzt-Patienten-Verhältnisses, in Resch/Wallner (Hrsg), *Handbuch Medizinrecht*³ (2020) 99 Rz 34; Memmer, Kap. I.2.3.3 Rechte und Pflichten - Patient und Behandler (Stand 1.5.2022, rdb.at), in Aigner/Kletečka/Kletečka-Pulker/Memmer (Hrsg), *Handbuch Medizinrecht für die Praxis*.

²¹ Stöger in Stöger/Zabrl, *ÄrzteG* § 49 Rz 3 f.

²² So schon Haselmayr, *Rechtliche Aspekte des Einsatzes von Entscheidungsfindungssystemen in der Hauskrankenpflege bei Diabetes Typ 2* – Diplomarbeit, eingereicht an der Universität Graz (2017) 51.

²³ Resch, Kap 18, in Resch (Hrsg), *Das Corona-Handbuch: Österreichs Rechtspraxis zur aktuellen Lage 1.06* (Stand 1.7.2021, rdb.at) Rz 7 mwN; zum Patient*innenschutz ausführlich Kletečka-Pulker/Doppler, Kap. I.10 Patientensicherheit (Stand 1.1.2025, rdb.at), in Aigner/Kletečka/Kletečka-Pulker/Memmer, *HB Medizinrecht für die Praxis*.

²⁴ Vgl den mittlerweile aufgehobenen, aber immer noch zum Vergleich heranziehbaren Kompetenzkatalog des § 15 Abs 4 GuKG idF BGBl I 2016/75 und dort insb. Z 3 und 1, zur vergleichweisen Heranziehbarkeit s Abänderungsantrag zum Gesetzentwurf im Bericht des Ausschusses für Arbeit und Soziales 2694 der Beilagen über den Antrag 4115/A betreffend ein Bundesgesetz, mit dem das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz, das Gewerbliche Sozialversicherungsgesetz, das Bauern-Sozialversicherungsgesetz, das Sozialhilfe-Grundsatzgesetz, das Bundespflegegeldgesetz, das Gesundheits- und Krankenpflegegesetz und das Arbeitsmarktpolitik-Finanzierungsgesetz geändert werden AA-411 27. GP AA-411, 15; s auch Wallner, *Rechtsfragen zur ärztlichen Anordnungskompetenz gegenüber nichtärztlichen Gesundheitsberufen*, RdM 2025, 226 (234).

²⁵ Weiss/Lust, *GuKG*⁹ § 3 Anm 1 (66).

²⁶ Stöger in Stöger/Zabrl, *ÄrzteG* § 49 Rz 12 (Stand 1.1.2023, rdb.at)

²⁷ Stöger in Stöger/Zabrl, *ÄrzteG* § 50b Rz 2 (Stand 1.1.2023, rdb.at), Stöger in Stöger/Zabrl, *ÄrzteG* § 50b Rz 6 (Stand 1.1.2023, rdb.at); 53 StProtNR XXIII. GP 23.

Bedeutende Parallelen weist hingegen § 50a ÄrzteG auf: Er nennt als mögliche Adressat*innen der Delegation an Lai*innen

1. Angehörige der*des Patient*in,
2. Personen, in deren Obhut der*die Patient*in steht, sowie
3. Personen, die zum*zur Patient*in in einem [...] Naheverhältnis stehen.

DGKP dürfen gemäß §§ 50a, 49 Abs 3 ÄrzteG in Verbindung mit § 15 Abs 5 GuKG nach Maßgabe der ärztlichen Anordnung angeordnete Maßnahmen an diese Lai*innen weiterdelegieren.

Der Bedeutungsinhalt des Begriffs „Laie“ bzw. „Laiin“ liegt dem umgangssprachlich üblichen nahe: Das Bundesministerium für Gesundheit versteht in Bezug auf das **GuKG** Lai*innen als Personen, die nicht Angehörige eines gesetzlich geregelten Gesundheitsberufes oder eines Sozialbetreuungsberufes im Sinne der Bund-Länder-Vereinbarung über Sozialbetreuungsberufe²⁸ sind²⁹ – wofür berufsrechtlich eine einschlägige Ausbildung nötig wäre (§ 27 Abs 1 Z 3 GuKG bzw. Art 3 der genannten Vereinbarung)³⁰. Diese Beschreibung wird wohl auf die meisten Patient*innen zutreffen, insb. werden diese i.d.R. keine solche Ausbildung aufweisen.

Die Personengruppen, an die gemäß § 50a **ÄrzteG** delegiert werden darf, haben ausweislich der Gesetzesmaterialien gemein, dass ihnen „im konkreten Fall keine gesetzliche Befugnis zur Durchführung der übertragenen Tätigkeiten zukommt“³¹ – wiederum etwa aufgrund einer bestehenden Berufsberechtigung in einem Gesundheitsberuf. Auch das wird auf die meisten Patient*innen zutreffen. Daher scheint eine Orientierung an den Wertungen aus Sicht des Patient*innenschutzes denkbar.

Gemäß § 50a ÄrzteG es dürfen nur solche Tätigkeiten übertragen werden, für die der*die Lai*in nach Anleitung und Unterweisung über die erforderlichen Fähigkeiten verfügt (§ 50a Abs 1 S 2 aE, auch § 50b Abs 4 Z 1 und 2 ÄrzteG). Die Materialien sprechen dabei von einer „Anleitungs- und Unterweisungspflicht“ sowie von einer „Vergewisserungspflicht des Arztes“³². Auch ist die Verlässlichkeit des*der Lai*in, die jeweilige Maßnahme in der notwendigen Regelmäßigkeit vorzunehmen, zu berücksichtigen.³³ Darüber hinaus besteht jedoch inhaltlich nahezu keine Begrenzung der delegierbaren Maßnahmen.³⁴

Das Fachpersonal muss daher eine fundierte Einschätzung treffen, ob der*die Lai*in die Maßnahme sachgemäß durchführen wird. Insofern kann eine Haftung für eigenes Verschulden des Fachpersonals betreffend eine Verletzung der Anleitungs-, Einschulungs- und Vergewisserungspflichten eintreten. Die Verantwortung für die einschulungsgemäße Durchführung der Maßnahme liegt jedoch bei dem*der die Delegation empfangenden Lai*in, dessen*deren Handeln dem ärztlichen Personal nicht zugerechnet wird.³⁵

²⁸ Vereinbarung gemäß Art 15a B-VG zwischen dem Bund und den Ländern über Sozialbetreuungsberufe BGBl I 55/2005 idF BGBl I 2024/152.

²⁹ Information des BMG vom 2.3.2011 betreffend die Abgrenzung von Lientätigkeiten und Vorbehaltstätigkeiten der Pflege und Medizin, BMG-92251/0013-II/A/2/2011, idF BMG-92251/0071-II/A/2/2014, 2; zust *Weiss/Lust*, GuKG⁹ § 3 Anm 1.

³⁰ Zum Lai*innenbegriff s auch *Huber/Dietrich*, Laienmedizin ohne Arztbeteiligung, RdM 2022, 205 (206).

³¹ ErläutRV 306 BlgNR 22. GP 14.

³² ErläutRV 306 BlgNR 22. GP 15; ebenso *Juen*, Arzthaftungsrecht – die zivilrechtliche Haftung des Arztes für den Behandlungsfehler – der Arzthaftungsprozess in Österreich² (2005) 187; darauf aufbauend *Riss/Kepplinger*, Haftungsfragen bei Delegation ärztlicher Tätigkeiten an „Nichtärzte“, RdM 2016, 216 (236).

³³ ErläutRV 306 BlgNR 22. GP 15.

³⁴ *Wallner*, HB Ärztliches Berufsrecht³ (2024) 123; ErläutRV 1194 BlgNR 25. GP 13.

³⁵ *Riss/Kepplinger*, RdM 2016, 216, 235 ff.

Die Einschätzung, ob ein*e Lai*in die Voraussetzungen für eine Durchführung aufweist, kann sich im Laufe der Behandlung verändern und ist in angemessenen Abständen zu reevaluieren. Bei negativer Evaluierung darf dem*der Lai*in eine Durchführung der jeweiligen Maßnahme nicht mehr zugetraut werden, die Einschätzung und eine ggf. erfolgende Delegation durch ärztliches Personal unterliegt nach herrschender Ansicht der Dokumentationspflicht des § 51 ÄrzteG.³⁶

In den Unterlagen zum Entwurf des § 50a ÄrzteG findet sich, dass der Gesetzgeber bei der Delegation an Lai*innen ausdrücklich die Messung des Blutzuckerspiegels und die Verabreichung von Insulin vor Augen hatte,³⁷ eine Anleitung von Lai*innen und Patient*innen zu diesen Tätigkeiten ist also jedenfalls denkbar. Nicht zuletzt führen Personen mit insulinpflichtigem Diabetes, die sich nicht in Krankenanstalts- oder Langzeitpflege befinden, in aller Regel die Insulintherapie selbst durch.³⁸

Die in der Literatur bisher nur vereinzelt vorgeschlagene³⁹ Umlegung der Maßstäbe des § 50a ÄrzteG bietet somit eine nötige und wohl ausreichend dynamische Eingrenzung der an Patient*innen übertragbaren Tätigkeiten: Patient*innen dürfen zur Durchführung einer Maßnahme im Rahmen des Selbstmanagements angeleitet werden, sofern sie nach erfolgter Sicherungsaufklärung, ggf. Unterweisung und nach Vergewisserung der Kenntnisse, Fähigkeiten sowie Verlässlichkeit aus Sicht des Fachpersonals in der Lage sind, diese gemäß Anleitung und Vorgaben durchzuführen und bei Bedarf Fachpersonal beizuziehen. Eine Verletzung der geschilderten Aufklärungs-, Vergewisserungs- und Unterweisungspflichten durch Ärzt*innen oder DGKP kann zu Haftungen führen. Bei zulässiger Übertragung trägt jedoch der*die Patient*in die Verantwortung für die anleitungskonforme Durchführung der Maßnahme.

Eine dauernde Aufsicht ist bei der Delegation nach § 50a ÄrzteG bzw. bei der Weiterdelegation nach §§ 15 Abs 5 Z 2 GuKG iVm § 50a ÄrzteG nicht zwingend vorgesehen,⁴⁰ nach diesem Maßstab ist eine solche auch bei der Übertragung von Maßnahmen auf Patient*innen nicht geboten. Bestünde eine Aufsichtspflicht, wäre im Übrigen der Entlastungseffekt für das Fachpersonal gering. Da keine durchgehende Aufsicht gehalten wird, sind umso mehr nur Maßnahmen zu übertragen, bei denen die Gefahr eines Fehlers gering ist oder ein solcher eine geringe Gefahr birgt.⁴¹

Über das Projekt

Der Vortrag beruht auf den Ergebnissen einer an der Universität Wien im Rahmen des Projekts N!CA verfassten Diplomandenseminararbeit. Das COMET-Projekt N!CA wird im Rahmen von COMET – Competence Centers for Excellent Technologies durch BMIMI, BMWET, SFG und Land Steiermark gefördert (Fördernummer FO999904895). COMET wird durch die FFG abgewickelt.

³⁶ Wallner, Kap XXI Berufsrecht der Ärzte, in Resch/Wallner, HB Medizinrecht³ 776 Rz 203 mwN.

³⁷ ErläutRV 306 BlgNR 22. GP 14.

³⁸ Redaktion Gesundheitsportal des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, Wie erfolgt die Behandlung von Diabetes Typ 1? <https://www.gesundheit.gv.at/krankheiten/stoffwechsel/diabetes/typ-1.html#wie-erfolgt-die-behandlung-von-diabetes-typ-1> (Stand 12.1.2023)

³⁹ Vgl die Andeutung bei Pruckner, Der Betreuer pflegt (nicht), RdM 2008, 4 (6); ausdrücklich Haselmayr, Entscheidungsfindungssysteme in der Hauskrankenpflege 51 f; ebenso Haselmayr/Stöger, Medizinische Entscheidungsfindungssysteme in der Hauskrankenpflege – eine berufsrechtliche Fallstudie, RdM 2018, 139 (143).

⁴⁰ Wallner, Rechtspolitische Überlegungen zur Delegation ärztlicher Leistungen an nichtärztliche Gesundheitsberufe, RdM 2014, 301; Stöger in Stöger/Zabrl, ÄrzteG § 50a Rz 4.

⁴¹ Schon ErläutRV 306 BlgNR 22. GP 15; ErläutRV 1194 BlgNR 25. GP 13; sinngemäß auch Riss/Kepplinger, RdM 2016, 216 (236) mwN.