

Strafrechtliche Folgen der Delegation ärztlicher Aufgaben

Dr. jur. Klaus Ellbogen, Potsdam

Der Kostendruck im öffentlichen Gesundheitswesen führt verstärkt dazu, dass nach Möglichkeiten der Ausgabenminimierung gesucht wird. Insbesondere Krankenhausträger versuchen darum z.B., bislang von Ärzten wahrgenommene Aufgaben auf nichtärztliches Personal zu delegieren, um so ihre Ausgaben zu senken¹. Dass ein solches Vorgehen nicht in jedem Fall qualitätserhöhend oder auch nur qualitätserhaltend sein muss, hat der „Erfurter Narkosezwischenfall“ hinlänglich unter Beweis gestellt. Neben zivilrechtlichen Haftungsfragen wirft die Delegation ärztlicher Aufgaben auch strafrechtliche Probleme auf. Im Folgenden soll deshalb untersucht werden, wie sich Ärzte, nichtärztliches Personal und eventuell verantwortliche Entscheidungsträger der Krankenhäuser bei einem solchen Vorgehen strafbar machen können.

I. Delegation

Der Terminus „Delegation ärztlicher Aufgaben“ ist allerdings ungenau. Nach der in Deutschland geltenden Rechtslage ist die Ausübung der Heilkunde approbierten Ärzten² und Heilpraktikern vorbehalten. Nach § 1 Abs. 2 HeilpraktikerG umfasst dies die Feststellung, Heilung oder Linderung von Krankheiten, Leiden oder Körperschäden. Demnach können ärztliche Aufgaben gar nicht auf Dritte übertragen werden. Aus §§ 15 Abs. 1, 27 Abs. 1 SGB V ergibt sich jedoch, dass gewisse Tätigkeiten delegiert werden können. Denn dort heißt es, dass zur ärztlichen Behandlung auch die Hilfsleistungen anderer Personen zählen, soweit sie vom Arzt angeordnet und von ihm zu verantworten sind. Bereits 1975 hat der BGH festgestellt, dass die Verwendung nichtärztlicher Hilfspersonen

aus der modernen Medizin und insbesondere dem heutigen Klinikwesen nicht wegzudenken ist. Daher ist es auch unvermeidlich, dass den Hilfspersonen im Einzelfall ein hohes Maß an Verantwortung zufällt, z.B. im Bereich der Asepsis, bei hochentwickelten technischen Geräten, deren Funktion oft nur von einem Techniker zu kontrollieren ist, oder bei der Bereitstellung von Medikamenten und anderen Chemikalien³.

Die Frage kann deshalb nur sein, welche Aufgaben zum Kernbereich ärztlicher Aufgaben gehören und damit nicht delegationsfähig sind. Die Arbeitsgemeinschaft für ArztRecht vertritt hierzu den Standpunkt, dass es zum Kernbereich ärztlicher Tätigkeit gehört, die Diagnose zu stellen, den Therapieplan festzulegen, das definitive Aufklärungsgespräch mit dem Patienten zu führen und Eingriffe vorzunehmen⁴. Welche Aufgaben

delegiert werden können, bestimmen daneben die ärztlichen Berufsverbände und wissenschaftlichen Gesellschaften des jeweiligen medizinischen Fachgebietes⁵. So ist z.B. nach einem Beschluss der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie vom April 2007 die Anästhesieführung bei Allgemeinanästhesien und allen rückenmarksnahen Leitungsanästhesien nicht delegierbar. Lediglich reine Überwachungsmaßnahmen sind übertragbar⁶.

Werden bislang von Ärzten wahrgenommene Aufgaben auf Nichtärz-

1 Vgl. Junghanns, *ArztR* 2007, 200; Schulte-Sasse/Bruns, *ArztR* 2007, 116, 117.

2 Siehe zum Arztvorbehalt auch BVerfG, *NJW* 1988, 2292, 2293.

3 BGH, *NJW* 1975, 2245, 2246.

4 *ArztR* 2007, 184.

5 Siehe z.B. für den Bereich der Zahnmedizin Neumann-Wedekindt, *ArztR* 2008, 88 ff.

te übertragen, muss bei der Kosten- und Nutzenabwägung das Wohl des Patienten dies rechtfertigen können. Der Arzt, der sich dazu entschließt, unter derartigen neuen Bedingungen tätig zu werden, muss sich im Schadensfall an der Sorgfalt eines vorsichtigen Arztes messen lassen⁷.

II. Der Erfurter Narkosezwischenfall

Die Helios Kliniken GmbH hat ab 2004 in ihren Krankenhäusern, beginnend in Erfurt, sog. MAFAs – Medizinische Assistenten für Anästhesie – ausgebildet und eingesetzt. Diese besonders ausgebildeten Anästhesiepflegekräfte übernahmen nach einer entsprechenden ärztlichen Delegation Aufgaben der Narkoseführung und -überwachung. Die MAFAs sollten „einfache Narkosen“ bei „absehbar risikolosen Patienten“ betreuen. So sollte erreicht werden, dass ein Facharzt bei mehreren Operationen gleichzeitig Narkosen durchführen konnte.

Ein „absehbar risikoloser Patient“ war der 19-jährige Abiturient Patrick H., der sich 2006 im Erfurter Helios-Klinikum einer Operation am rechten Ohr unterzog. Während des Eingriffs (Tympanoplastik Typ III c) kam es aufgrund von Anästhesie-Problemen zum Herzstillstand. Der Patient konnte erst nach 15 Minuten reanimiert werden, lag dann drei Monate im Koma und ist nun schwerstbehindert. Seit März 2007 wird das „MAFA-Konzept“ nicht mehr weiterfolgt.

III. Strafrechtliche Folgen für die Beteiligten

Anhand des Erfurter Narkosezwischenfalls soll im Folgenden eine mögliche Strafbarkeit der Beteiligten untersucht werden, wenn bislang von Ärzten ausgeführte Tätigkeiten delegiert und hierdurch beim Patienten Schäden verursacht werden.

a) Der Arzt

Nimmt ein Arzt eine Operation vor, obwohl er weiß, dass für diese kein hinreichend qualifizierter Anästhesist zur Verfügung steht, der die Anästhesie des Patienten auch während der Operation führt und adäquat überwacht, und kommt es deshalb zum Tod oder zu einer Schädigung des Behandelten, so ist zunächst – abhängig vom eingetretenen Erfolg – ein vorsätzlicher Totschlag (§ 212 StGB) oder eine (schwere) Körperverletzung (§§ 223, 224 StGB) zu prüfen.

aa) Vorsatzstrafbarkeit

Die Vorsatzstrafbarkeit hängt davon ab, ob der Arzt hinsichtlich des eingetretenen Erfolges zumindest mit Eventualvorsatz gehandelt hat. Dies setzt voraus, dass der Täter die Möglichkeit des Erfolgseintrittes erkannt und diesen Erfolg mindestens billigend in Kauf genommen hat⁸. Der Eventualvorsatz muss sorgfältig von der bewussten Fahrlässigkeit abgegrenzt werden, bei welcher der Täter ebenfalls die Möglichkeit des Erfolgseintrittes erkennt, mit dieser Folge aber nicht einverstanden ist und auf ihren Nichteintritt vertraut⁹.

Beim Vorsatz wie bei der Fahrlässigkeit muss der Täter aber zunächst den Erfolgseintritt als mögliche und nicht ganz fern liegende Folge seines Handelns erkannt haben¹⁰. Einem Arzt ist aufgrund seiner Ausbildung bekannt und bewusst, dass ein (operativer) Eingriff bei gleichzeitiger Sedierung/Anästhesie des Patienten mit Gefahren bis hin zum Tod verbunden ist. Diese Möglichkeitserkenntnis ist folglich gegeben.

Fraglich ist jedoch, ob beim Arzt auch das voluntative Element des Vorsatzes gegeben ist. Nach der Rechtsprechung billigt ein Täter einen an sich unerwünschten, aber notwendigen Erfolg bereits dann, wenn er sich mit diesem um eines erstrebten Zieles willen abfindet¹¹, mit diesem Erfolg also einverstanden ist oder ihm der als möglich erkannte Handlungserfolg gleichgültig ist¹². Ein endgültiges Urteil über die vom Täter verwirklichte Vorsatzform kann jedoch immer nur nach einer Gesamtwürdigung der objektiven und subjektiven Tatumstände vorgenommen werden¹³.

Bei einem Arzt ist regelmäßig davon auszugehen, dass er nicht bereit ist, den – soweit man das isoliert betrachten kann – operativen Erfolg (Entfernung einer Geschwulst oder Ähnliches) auf Kosten des Lebens oder der Gesundheit seines Patienten erzielen zu wollen. Dies ist nur in Extremfällen denkbar, etwa wenn er unter Beweis stellen will, dass eine bestimmte Operations- oder Behandlungsmethode durchführbar ist. Regelmäßig wird man daher ein vorsätzliches Handeln verneinen können. Aus dem gleichen Grund scheidet auch eine Strafbarkeit wegen Versuchs aus, sollte bei einem operativen Eingriff ohne Anästhesisten kein strafrechtlich relevanter Erfolg eingetreten sein.

bb) Sorgfaltsanforderungen

In Betracht kommt aber die Verwirklichung von § 222 StGB (fahrlässiger

6 Vgl. ArztR 2007, 184.

7 Vgl. BGH, NJW 2007, 2774.

8 Siehe z.B. Cramer/Sternberg-Lieben in: Schönke/Schröder, StGB, 27. Auflage, 2006, § 15, Rdnr. 84; Roxin, Strafrecht AT I, 4. Auflage, 2006, S. 445 ff.

9 Wessels/Beulke, Strafrecht AT, 37. Auflage, 2007, Rdnr. 216.

10 Vgl. BGHSt 7, 363, 369; Fischer, StGB, 55. Auflage, 2008, § 15, Rdnr. 9b.

11 BGHSt 36, 1, 11; BGH, NStZ 1994, 584.

12 BGHSt 40, 304, 306; BGH, NStZ-RR 2007, 43, 44.

13 BGH, NStZ-RR 2003, 8.

Totschlag) oder § 229 StGB (fahrlässige Körperverletzung). Bei der Fahrlässigkeit wird dem Täter der Vorwurf gemacht, dass er gehandelt hat, obwohl er es für möglich hielt, dass eine schwere Folge eintritt, er aber pflichtwidrig darauf vertraute, diese werde sich nicht verwirklichen¹⁴.

Wesentlich für die Strafbarkeit des Arztes ist daher die Frage, ob in der jeweiligen Situation der Eintritt des Erfolges objektiv vorhersehbar war und er die im Verkehr erforderliche Sorgfalt außer Acht gelassen hat. Welche Sorgfaltsanforderungen gelten, muss in jedem Fall der Delegation ärztlicher Aufgaben anhand der im jeweiligen Fachgebiet geltenden Standards bestimmt werden. Speziell im Bereich der Anästhesie stellt es eine gesicherte Erkenntnis dar, dass eine Operation ohne fachärztliche Anästhesieführung stets mit einem Risiko für das Leben oder die Gesundheit des Patienten verbunden ist¹⁵. Narkosezwischenfälle gehören zu den häufigsten und vor allem gefährlichsten Komplikationen im operativen Bereich¹⁶.

1983 hatte der BGH über einen Fall zu entscheiden, in dem die Narkoseüberwachung auf einen approbierten Arzt (!) übertragen worden war, der bislang an Narkosen nur unter Anleitung mitgewirkt hatte. Der Fachanästhesist, der gleichzeitig drei Operationen zu überwachen hatte, war in einem 17 m entfernten Raum tätig. Der BGH hat dabei den Grundsatz aufgestellt, dass eine solche Parallelnarkose allenfalls zulässig ist, wenn zum Fachanästhesisten Blick- oder wenigstens Rufkontakt besteht. Bei auftretenden Komplikationen müsse der sofortige Beistand des Fachanästhesisten sichergestellt sein¹⁷. Gemessen an diesem Maßstab handelt ein Arzt daher pflichtwidrig, wenn er eine OP beginnt oder fortführt, obwohl ihm bekannt ist, dass kein Anästhesist wenigstens in Ruf- oder Blickkontakt zur Verfügung steht, um die Anästhesie des Patien-

ten zu führen sowie Komplikationen rechtzeitig zu erkennen und auf diese adäquat zu reagieren.

cc) Ausschluss der Rechtswidrigkeit?

Zumindest im Bereich der Körperverletzungsdelikte ist bei ärztlichen Heileingriffen immer zu prüfen, ob eine rechtfertigende Einwilligung des Patienten vorliegt. Eine derartige Einwilligung setzt jedoch voraus, dass der Patient rechtzeitig und umfassend informiert wurde und ihm – soweit solche bestehen – Behandlungsalternativen aufgezeigt wurden¹⁸.

In den bekannt gewordenen Fällen fehlte es an einer expliziten Aufklärung des Patienten über die vorgesehene Führung der Anästhesie während der Operation. Darüber hinaus erscheint es zweifelhaft, ob ein Patient tatsächlich in eine solche Verfahrensweise einwilligen würde, wenn er umfassend über die damit verbundenen vermeidbaren Risiken informiert würde. Da eine wirksame Einwilligung fehlt, ist ein operativer Eingriff in diesen Fällen rechtswidrig und der Arzt setzt sich dem Risiko der Bestrafung aus §§ 222 oder 229 StGB aus.

Ausnahmen kommen nur dann in Betracht, wenn aufgrund eines momentanen Personalmangels kein Anästhesist für den Eingriff zur Verfügung steht, der Eingriff aber gleichwohl umgehend durchgeführt werden muss. (Nur) in derartigen Situationen ist insoweit eine rechtfertigende (auch mutmaßliche) Einwilligung denkbar.

In sonstigen Fällen der Delegation ärztlicher Aufgaben kommt es für eine wirksame Einwilligung des Patienten darauf an, dass dieser umfassend über die Vor- und Nachteile der Delegation aufgeklärt wird¹⁹.

b) Das nicht-ärztliche Personal

Im Falle einer Gesundheitsschädigung oder des Todes eines Patienten infolge mangelhafter Anästhesie ist

weiterhin zu prüfen, wie sich die Krankenschwester (MAfA) strafbar macht, auf die Aufgaben delegiert wurden und die vom Arzt hierfür eingeteilt worden ist.

Für die Krankenschwester kommt wie beim Arzt eine Strafbarkeit aus §§ 222 oder 229 StGB in Betracht, wenn für sie der Erfolg objektiv vorhersehbar und ihr Verhalten objektiv sorgfaltswidrig war. Objektiv vorhersehbar ist, was ein umsichtig handelnder Mensch aus dem Verkehrskreis des Täters unter den jeweils gegebenen Umständen aufgrund der allgemeinen Lebenserfahrung in Rechnung stellen würde²⁰.

Die mit der Anästhesie für den Patienten verbundenen Gefahren und Risiken sind auch dem medizinischen Personal regelmäßig bekannt, sodass eine objektive Vorhersehbarkeit gegeben ist.

aa) Übernahmeverschulden

Die Krankenschwester müsste darüber hinaus objektiv sorgfaltswidrig gehandelt haben. Inhalt der objektiven Sorgfaltspflicht ist, die aus dem konkreten Verhalten des Täters erwachsenen Gefahren zu erkennen und sich darauf einzustellen. Dies bedeutet, dass eine gefährliche Handlung entweder nur unter ausreichenden Sicherheitsvorkehrungen vorgenommen werden darf oder der Täter die geplante Handlung notfalls unterlassen muss, wenn er die bestehenden Gefahren nicht beherrschen kann²¹. Eine spezielle Ausformung dieses Grundsatzes stellt die „Über-

14 Wessels/Beulke (Fn. 9), Rdnr. 661.

15 Siehe auch Schulte-Sasse/Bruns, *ArztR* 2007, 116 ff.

16 Gaisbauer, *VersR* 1976, 214, 222.

17 BGH *NJW* 1983, 1374, 1376; siehe auch BGH, *NJW* 1993, 2989 ff.; ablehnend gegenüber der Parallelnarkose Uhlenbruck, *NJW* 1972, 2201, 2205.

18 BGH, *NStZ-RR* 2007, 340, 341; Ellbogen, *ArztR* 2008, 32 ff.

19 So auch Debong, *ArztR* 2007, 204, 206.

20 Wessels/Beulke (Fn. 9), Rdnr. 667a.

nahme-Fahrlässigkeit²² dar. Diese ist gegeben, wenn der Täter eine Tätigkeit übernimmt, der er mangels Sachkunde nicht gewachsen ist²³.

In den Fällen der Anästhesieführung und -begleitung durch nicht-ärztliches Personal wird regelmäßig ein derartiges Übernahmeverschulden gegeben sein, da den Betroffenen trotz einer möglicherweise gegebenen Unterweisung die hinreichende Sachkunde für diese Tätigkeit fehlen wird. In allen anderen Fällen der Delegation muss der Betreffende, auf den bislang von Ärzten wahrgenommene Aufgaben delegiert werden, sorgfältig und selbstkritisch prüfen, ob er tatsächlich das erforderliche Wissen und die notwendige Erfahrung besitzt²⁴.

bb) Rechtfertigungs- oder Entschuldigungsgründe?

Die Krankenschwester müsste aber auch rechtswidrig handeln. Hier gilt zunächst der Grundsatz, dass eine gegenüber dem Arzt erteilte wirksame Einwilligung die Rechtswidrigkeit auch für die im Auftrag des Arztes Handelnden entfallen lässt. Da in unserem Beispielfall eine wirksame Einwilligung des Patienten fehlt, handelt folglich auch die Krankenschwester rechtswidrig. Fraglich ist jedoch, wie es sich auswirkt, dass die Krankenschwester angewiesen wurde, diese Aufgabe zu übernehmen.

Im Bereich des hoheitlichen Handelns gibt es die Fallgruppe der Handlung auf dienstliche Weisung.

Hierbei gilt, dass eine verbindliche rechtmäßige Weisung für den Untergebenen im Rahmen seiner Befolgungspflicht einen Rechtfertigungsgrund darstellt²⁵. Sind die Weisung bzw. der Befehl rechtswidrig, so ist umstritten, ob diese gleichwohl rechtfertigende oder entschuldigende Wirkung entfalten²⁶.

Im hier relevanten Bereich des Privatrechts kann ein Handeln aufgrund arbeitsrechtlicher Weisung jedoch allenfalls entschuldigende Wirkung entfalten. Im Bereich der Fahrlässigkeitsdelikte wird dies unter dem Topos Unzumutbarkeit normgerechten Verhaltens diskutiert. In der Rechtsprechung des Reichsgerichts wurde arbeitsrechtlichen Weisungen, die zur fahrlässigen Verletzung Dritter führten, entschuldigende Wirkung beigemessen²⁷. In der heutigen strafrechtlichen Literatur herrscht jedoch die zutreffende Auffassung vor, dass eine Entschuldigung wegen Unzumutbarkeit analog § 35 StGB nur dann in Betracht kommt, wenn bei Nichtbefolgung der Weisung die Existenz des Täters oder seiner Individualsphäre unmittelbar bedroht ist²⁸. Dass die Krankenschwester durch die Ablehnung dieser Aufgabe in eine vergleichbare Situation gebracht würde, ist auszuschließen. Sie handelt daher – auch wenn sie erst auf ausdrückliche Anweisung ihres Arbeitgebers tätig wird – schuldhaft und damit insgesamt fahrlässig.

c) Der Krankenhausträger

Fraglich ist, ob sich auch die Entscheidungsträger des Krankenhauses wegen eines fahrlässig begangenen Delikts strafbar machen, wenn aufgrund ihrer ausdrücklichen Anweisung z.B. Fachärzte für Anästhesie eingespart werden und daraufhin wegen unzureichender Anästhesie (-begleitung) Patienten zu Schaden kommen.

Im Strafrecht gilt im Bereich der Fahrlässigkeitsdelikte der sog. Einheitstäterbegriff. D.h., jeder der einen kausalen Verursachungsbeitrag für den eingetretenen Erfolg gesetzt hat, ist strafbar, wenn für ihn der Erfolg vorhersehbar war und er sorgfaltswidrig handelte.

Eine Vorhersehbarkeit des Erfolges liegt für den Krankenhausträger zumindest dann vor, wenn er entgegen den Empfehlungen des jeweiligen ärztlichen Berufsverbandes Aufgaben auf nichtärztliches Personal delegiert oder er vom Chefarzt auf die möglichen negativen Folgen hingewiesen wurde.

Des Weiteren müsste auch eine Sorgfaltspflichtverletzung vorliegen. Im zivilrechtlichen Haftungsbereich ist anerkannt, dass es nicht dem geschuldeten Standard entspricht, routinemäßig Operationen anzusetzen, ohne hinreichend ausgebildetes Personal einsetzen zu können, z.B. eine Parallelnarkose wegen einer Unterversorgung einer Universitätsklinik mit Anästhesisten durchzuführen²⁹. Dies bestimmt auch im Strafrecht den Sorgfaltsmaßstab des verantwortlichen Krankenhausträgers. Speziell beim Erfurter Narkosezwischenfall könnte der Krankenhausträger allerdings einwenden, dass er mit den MAFAs speziell ausgebildetes Personal bereitgestellt habe. Diese spezielle Ausbildung befähigte die Krankenschwestern gleichwohl nicht, mehr als reine Überwachungsaufgaben im Bereich der Anästhesie zu übernehmen. Die Urteile, in denen sogar die Delegation auf einen Arzt, der nicht Facharzt

21 BGHSt 5, 271 ff.; 20, 315, 320 f.

22 Speziell zur Übernahmefahrlässigkeit und actio libera in causa siehe Baumann/Weber/Mitsch, Strafrecht AT, 11. Auflage, 2003, § 22, Rdnr. 60.

23 BGHSt 10, 133 ff.; BGHZ 88, 248 f.; BGH, NJW 1998, 1802, 1803 f.; Wessels/Beulke (Fn. 9), Rdnr. 668. Debong, ArztR 2007, 204, 205.

24 Auch einen Arzt trifft die aus der Übernahmefahrlässigkeit folgende Unterlassenspflicht, wenn er eine Aufgabe übernimmt, für die er nicht hinreichend qualifiziert ist, Kühl, Strafrecht AT, 5. Auflage, 2005, § 17, Rdnr. 35.

25 Roxin (Fn. 8), S. 796; a.A. Baumann/Weber/

Mitsch (Fn. 22), § 17, Rdnr. 143. Siehe auch §§ 56 II BGG, 38 II BRRG.

26 Vgl. Fischer, vor § 32, Rdnr. 16; Wessels/Beulke (Fn. 9), Rdnr. 450.

27 RGSt 30, 25 („Leinenfänger-Fall“ - hierzu Achenbach, Jura 1997, 631 ff.); 74, 195.

28 Maiwald in FS für Schüler-Springorum (1993), S. 475, 487; Mommsen, Die Zumutbarkeit als Begrenzung strafrechtlicher Pflichten (2006), S. 536 f. Siehe auch Jescheck/Weigend, Strafrecht AT, 5. Auflage, 1996, S. 597; Roxin (Fn. 8), S. 1106 f.

29 BGH, NJW 1985, 2189, 2191; Bergmann, VersR 1996, 810, 812; Rumler-Detzel, VersR 1998, 546, 547.

für Anästhesie war, als haftungsauslösend angesehen wurde, verdeutlichen, dass die hier vertretene Auffassung auch in der Rechtsprechung anerkannt ist. Auch der o.g. Beschluss der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie vom April 2007 stellte insoweit kein Novum dar, sondern entsprach dem Fachwissen. Die Anordnung, MAFAs für mehr als reine Überwachungsaufgaben routinemäßig für die Anästhesie einzusetzen, war daher sorgfaltswidrig.

Generell kommt ein Verstoß gegen die Sorgfaltspflichten für einen Krankenhausträger immer dann in Betracht, wenn aufgrund seiner ausdrücklichen Anordnung nichtärztlichem Personal Aufgaben entgegen den Empfehlungen des jeweiligen ärztlichen Berufsverbandes übertragen werden. Ordnet der Träger gleichwohl die Delegation an, handelt er insoweit sorgfaltswidrig³⁰, wenn er mit der Delegation ein vermeidbares, nicht dem Wohle des Patienten dienendes Risiko schafft.

IV. Zusammenfassung

Werden – wie beim Erfurter Narkosezwischenfall speziell im Bereich der Anästhesie – entgegen den Empfehlungen des jeweiligen ärztlichen Berufsverbandes bzw. der wissenschaftlichen Gesellschaft des Fachgebietes ärztliche Aufgaben auf nichtärztliches Personal delegiert, so setzen sich die Beteiligten dem Risiko aus, wegen Fahrlässigkeit strafrechtlich belangt zu werden. Darüber hinaus droht bei einem Schadensfall in einem zivilrechtlichen Arzthaftungsprozess eine Beweislastumkehr³¹.

Auch im Bereich der zulässigen Delegation ärztlicher Aufgaben bleibt die Letztverantwortung beim delegierenden Arzt³². Kommt es zu Schäden des Patienten, weil eine zulässigerweise delegierte Aufgabe unsachgemäß ausgeführt wurde, ist im Rahmen einer strafrechtlichen Fahrlässigkeitshaftung zu prüfen, ob der Arzt sein Personal hinreichend ausgewählt, angeleitet und überwacht hat.

Wirken mehrere Ärzte bei einer Operation zusammen (z.B. Chirurg und Anästhesist) so hat grundsätzlich jeder Arzt nur den Facharztstandard seines Fachbereiches zu gewährleisten³³. Wurde die Delegation also vom zuständigen Facharzt gebilligt, darf der Arzt der anderen Fachrichtung grundsätzlich auf ordnungsgemäße Ausführung der delegierten Leistungen vertrauen. Dieser Vertrauensgrundsatz gilt jedoch nur, solange keine Mängel offenbar werden³⁴. In einem solchen Fall muss der Operateur – zur Vermeidung eigener Strafbarkeit – entweder den Eingriff verweigern oder einen Facharzt hinzuziehen.

30 So auch Achenbach, Jura 1997, 631, 636 für den Fall, dass der Arbeitgeber seinem Angestellten mit Entlassung droht.

31 Vgl. Arbeitsgemeinschaft für ArztR, ArztR 2007, 184; Debong, ArztR 2007, 204, 206.

32 Vgl. auch Polonius, ArztR 2007, 202, 203.

33 OLG Naumburg, ArztR 2006, 23.

34 BGH, NJW 1998, 1802, 1803.