

Juristische Fakultät  
der  
Heinrich-Heine Universität Düsseldorf

Professor Dr. jur. Helmut Frister  
am Lehrstuhl für Strafrecht und Strafprozessrecht

## **Rechtsstellung und Bedeutung des Physician Assistant**

Dissertation  
zur  
Erlangung des Doktorgrades der Rechtswissenschaften  
durch die Juristische Fakultät  
der Heinrich-Heine Universität Düsseldorf

Vorgelegt von  
Dr. med. Friederike Haerter  
aus Hagen

2017

Dissertation der Juristischen Fakultät der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

Erstgutachter :

Herr Prof. Dr. jur. Helmut Frister

Zweitgutachter :

Frau Prof. Dr. jur. Katharina Hilbig-  
Lugani

Tag der mündlichen Prüfung:

7. November 2017

# Inhaltsverzeichnis

<b>Erstes Kapitel: Der Physician Assistant .....</b>	<b>1</b>
<b>A. Einleitung.....</b>	<b>1</b>
<b>I. Historische Entwicklung: Der Feldscherer als Vorgänger zum PA .....</b>	<b>3</b>
<b>II. Einführung des PA im Ausland.....</b>	<b>4</b>
1. PAs in den USA .....	4
a) Entwicklung des Berufsbildes .....	4
b) Zulassungsvoraussetzungen zum PA-Studium.....	5
c) Studieninhalte und Akkreditierung der Studienanbieter.....	6
d) Aufgabenbereiche und Kompetenzen.....	9
e) Einsatzgebiete .....	13
f) Anerkennung .....	14
g) Zusammenfassung .....	15
2. PAs in Großbritannien .....	17
a) Entwicklung des Berufsbildes .....	17
b) Zulassungsvoraussetzungen zum PA-Studium.....	18
c) Studieninhalte und Akkreditierung der Studienanbieter.....	19
d) Aufgabenbereiche und Kompetenzen.....	19
e) Einsatzgebiete .....	21
f) Anerkennung .....	22
g) Zusammenfassung .....	22
3. PAs in den Niederlanden .....	23
a) Entwicklung des Berufsbildes .....	23
b) Zulassungsvoraussetzungen zum PA-Studium.....	23
c) Studieninhalte und Akkreditierung der Studienanbieter.....	23
d) Aufgabenbereiche und Kompetenzen.....	24
e) Einsatzgebiete .....	26
f) Anerkennung .....	27
g) Zusammenfassung .....	27
4. Zusammenfassung der ausländischen PA-Systeme.....	27
5. Erfahrungsberichte aus dem Ausland .....	29

<b>III. Einführung des PA in Deutschland .....</b>	<b>33</b>
1. Entwicklungen im deutschen Gesundheitswesen .....	33
a) Demographischer Wandel.....	33
aa) Bedeutung des demographischen Wandels.....	33
bb) Auswirkungen des demographischen Wandels .....	35
cc) Zusammenfassung.....	36
b) Medizinischer Fortschritt.....	36
c) Der Ärztemangel.....	37
d) Lösungsansätze .....	39
2. Gesetzliche Regelung.....	40
3. Zulassungsvoraussetzungen zum PA-Studium .....	43
4. Studieninhalte .....	45
5. Aufgabenbereiche und Kompetenzen .....	50
6. Einsatzgebiete von PAs.....	54
7. PAs als Bindeglieder zwischen Ärzten und Pflegepersonal .....	55
a) Berufsbild des Arztes.....	57
aa) Ausbildungsziel.....	57
bb) Zulassungsvoraussetzungen.....	58
cc) Ausbildungsstruktur und –inhalt.....	58
dd) Facharztweiterbildung .....	59
b) Berufsbild des Gesundheits- und Krankenpflegers .....	60
aa) Ausbildungsziel.....	60
bb) Zulassungsvoraussetzungen.....	60
cc) Ausbildungsstruktur und –inhalt.....	61
c) Zusammenfassung .....	64
8. Erfahrungsberichte zum PA-Einsatz in Deutschland.....	64
<b>Zweites Kapitel: Arbeitsteilung im Gesundheitssektor.....</b>	<b>65</b>
<b>A. Arbeitsteilung zwischen Ärzten und nicht-ärztlichem Personal .....</b>	<b>65</b>
<b>I. Grundsatz der persönlichen Leistungserbringung durch den Arzt .....</b>	<b>65</b>
1. Grundlagen des Behandlungsvertrages.....	65
2. Grundlagen der Rechtsprechung.....	66

<b>II. Ärztliche Pflicht zur persönlichen Leistungserbringung in der gesetzlichen Versorgung.....</b>	<b>68</b>
1. Sozialgesetzbuch in Verbindung mit dem Bundesmantelvertrag .....	68
2. Zulassungsverordnung für Vertragsärzte.....	69
<b>III. Ärztliche Pflicht zur persönlichen Leistungserbringung in der privaten Versorgung .....</b>	<b>69</b>
1. Gebührenordnung .....	69
2. Berufsordnung.....	71
3. Zusammenfassung.....	71
<b>IV. Arbeitsteilung zwischen ärztlichen und nicht-ärztlichen Mitarbeitern .</b>	<b>72</b>
1. Gegenstand der Arbeitsteilung.....	73
2. Verschiedene Formen der Arbeitsteilung .....	74
a) Assistenz.....	74
aa) Definition .....	75
bb) Bedeutung.....	75
cc) Voraussetzungen .....	75
b) Delegation.....	75
aa) Definition .....	76
bb) Bedeutung.....	76
cc) Voraussetzungen .....	77
(1) Sachliche Voraussetzungen einer delegationsfähigen Tätigkeit .....	77
α) Nicht-delegationsfähige Leistungen .....	78
β) Generell delegationsfähige Leistungen .....	81
γ) Im Einzelfall delegationsfähige Leistungen .....	81
(2) Persönliche Voraussetzungen einer Delegation .....	81
α) Person des Delegierenden.....	82
β) Person des Delegations-Empfängers .....	83
γ) Patient .....	83
(3) Zusammenfassung und Würdigung.....	83
c) Substitution .....	86
aa) Definition .....	87
bb) Bedeutung.....	87
(1) Problematik der Substitution im Rahmen des	

Heilpraktikergesetzes .....	87
(2) Einführung der Substitution durch das Modellvorhaben .....	91
(3) Bedeutung der Substitution für andere Berufsgruppen .....	92
cc) Voraussetzungen .....	92
(1) Sachliche Voraussetzungen einer Substitution .....	92
(2) Persönliche Voraussetzungen einer Substitution .....	96
d) Zusammenfassung und Würdigung .....	97
aa) Stellungnahmen .....	97
(1) In rechtspolitischer Hinsicht-de lege ferenda .....	97
(2) Zur Einführung der Substitution im Rahmen des Modellvorhabens- de lege lata .....	100
bb) Eigene Beurteilung .....	101
(1) In rechtspolitischer Hinsicht-de lege ferenda .....	101
(2) Eingeschränkte Substitution .....	103
(3) Einsatz im Bereich der Telemedizin .....	105
(4) Stellungnahme zur Einführung der Substitution im Rahmen des Modellvorhabens-de lege lata .....	110
<b>B. Arbeitsteilung mit dem PA .....</b>	<b>113</b>
<b>I. Schwachstellen und Regelungsbedarf bei der PA-Ausbildung .....</b>	<b>113</b>
1. Zulassungsvoraussetzungen, Studieninhalte .....	113
2. Kompetenzen und Qualifikation eines PA .....	115
<b>II. Formen der Arbeitsteilung mit dem PA .....</b>	<b>115</b>
1. Die Assistenz .....	115
2. Die Delegation .....	116
a) De lege lata .....	116
b) De lege ferenda .....	116
3. Die Substitution .....	117
a) De lege lata .....	117
b) De lege ferenda .....	119
4. Zusammenfassung und Stellungnahme .....	120
a) Rechtliche Grundlagen der Arbeitsteilung mit einem PA .....	120
b) Favorisierte Form der Arbeitsteilung mit einem PA .....	121

<b>III. Einzelfallbetrachtung.....</b>	<b>123</b>
1. Anamnese.....	123
a) Status quo.....	123
b) Im Ländervergleich.....	124
c) Mögliche Kompetenzerweiterung.....	124
2. Aufklärung .....	127
a) Status quo.....	127
b) Im Ländervergleich.....	130
c) Kompetenzerweiterung.....	130
3. Diagnostische Maßnahmen.....	133
a) Status quo.....	133
b) Im Ländervergleich.....	135
c) Kompetenzerweiterung.....	135
aa) Diagnostik .....	135
bb) Körperliche Untersuchung.....	136
4. Diagnoseerstellung.....	137
a) Status quo.....	137
b) Ländervergleich.....	137
c) Kompetenzerweiterung.....	137
5. Therapieplanung .....	138
a) Status quo.....	138
b) Im Ländervergleich.....	139
c) Kompetenzerweiterung.....	139
6. Therapieumsetzung.....	139
a) Status quo.....	139
b) Im Ländervergleich.....	141
c) Kompetenzerweiterung.....	141
7. Hausbesuche, Heimbesuche.....	142
a) Status quo.....	142
b) Im Ländervergleich.....	147
c) Kompetenzerweiterung.....	147
8. Dokumentation.....	151
a) Status quo.....	151
b) Ländervergleich.....	151

c) Kompetenzerweiterung.....	151
9. Medikamentenverschreibung.....	153
a) Status quo.....	153
b) Ländervergleich.....	153
c) Kompetenzerweiterung.....	153
<b>C. Vorschlag eines einheitlichen Gesetzesentwurfes.....</b>	<b>155</b>
<b>D. Verfassungsrechtliche Erwägungen.....</b>	<b>167</b>
<b>I. Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit</b>	
<b>Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG.....</b>	<b>167</b>
1. Bestehen einer allgemeinen Schutzpflicht.....	167
2. Bestehen einer Schutzpflicht aus Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG.....	168
3. Schutzpflichtverletzung durch Gesetzesentwurf.....	172
4. Ergebnis.....	177
<b>II. Recht auf Berufsfreiheit Art. 12 Abs.1 GG.....</b>	<b>177</b>
1. Schutzpflichtverletzung durch Gesetzesentwurf.....	177
2. Ergebnis.....	178
<b>Drittes Kapitel: Gesamtbeurteilung und Würdigung.....</b>	<b>179</b>
<b>A. Bedeutung des PA im deutschen Gesundheitssystem.....</b>	<b>179</b>
<b>B. Mögliche Komplikationen, die mit der PA-Einführung verknüpft sein können.....</b>	<b>183</b>
<b>C. Fazit.....</b>	<b>184</b>
Literaturverzeichnis.....	186
Versicherung.....	192
Curriculum Vitae.....	193
Danksagung.....	196



# Erstes Kapitel: Der Physician Assistant

## A. Einleitung

Der Physician Assistant (PA)<sup>1</sup>, auch Medizin- oder Arztassistent genannt, stellt in Deutschland ein neues medizinisches Berufsbild dar. Er ist darauf ausgelegt, ein Bindeglied zwischen Arzt und Pflegepersonal zu bilden.

Auf Grund dieser Ausrichtung und des breiten Einsatzgebietes auch außerhalb ärztlicher Supervision wird der deutsche Name des Medizin- oder Arztassistenten, also des Assistenten eines Arztes, dem neuen Berufsbild nicht gerecht.

An den Universitäten und in der öffentlichen Diskussion ist die Terminologie des PA als Acronym für den Physician Assistant am ehesten gebräuchlich, während in der Weiterbildungsverordnung Baden-Württemberg die deutsche Übersetzung Arztassistent Einzug gefunden hat. Der Physician Assistant schließt an die primäre Namensgebung aus den USA an, wo das Berufsbild seinen Ursprung findet. In Großbritannien ist auf Grund der angesprochenen Problematik die Berufsbezeichnung des Physician Assistant zu Physician Associate<sup>2</sup> umgewandelt worden, um zu verdeutlichen, dass es sich mehr um ein partnerschaftliches Verhältnis als um eine Assistenz handelt. Die Assistenz wird nach dem allgemeinen Verständnis in der Bevölkerung als untergeordnete Hilfstätigkeit interpretiert. Für eine Annäherung des deutschen Begriffes an die Bezeichnung Physician Associate spricht auch, dass zum jetzigen Zeitpunkt noch keine einheitliche Gesetzesregelung existiert, sodass die Gefahr unterschiedlicher Terminologien nicht gegeben ist.

Aus den genannten Gründen ist daher neben der englischen Bezeichnung des Physician Associate, weiterhin kurz PA, als deutsches Pendant die Berufsbezeichnung Arztvertreter zu favorisieren. Die Bezeichnung als Vertreter impliziert allerdings keine Gleichrangigkeit mit der ärztlichen Berufsgruppe in allen Bereichen sondern ist auf ausgewählte Bereiche zu beschränken.

---

<sup>1</sup> Bei allen personenbezogenen Bezeichnungen umfasst die gewählte Formulierung beide Geschlechter, auch wenn aus Gründen der leichteren Lesbarkeit die männliche Form gewählt wurde.

<sup>2</sup> <http://www.fparcp.co.uk> (Stand: 2.1.2017).

Das 2005 erstmalig an der Steinbeis Hochschule Berlin eingeführte drei- bis vierjährige Studium zum „Bachelor of Science in Physician Assistance“ setzt sich sowohl aus akademischen, als auch aus praktischen Anteilen zusammen.

§ 1 Abs. 1 der Weiterbildungsverordnung Arztassistenten Baden-Württemberg vom 5. Juni 2013 definiert die Zielsetzung als Wahrnehmung von patientennahen, organisatorischen und delegierbaren medizinischen Tätigkeiten. Schwerpunkt der Tätigkeit des PA sei die „unterstützende Zusammenarbeit mit Ärzten im Krankenhaus“.

Insbesondere in Zeiten des Ärztemangels bei zugleich fortschreitendem demographischem Wandel in Hinblick auf die Entwicklung der Altersstruktur wird der Beruf des PA zunehmend an Bedeutung gewinnen, wodurch auch rechtliche Fragestellungen, unter anderem im Hinblick auf Kompetenzen und Formen der Arbeitsteilung, in den Vordergrund treten. Die Einführung des PA hat nicht nur das Potential, dem Fachkräftemangel entgegenzuwirken, sondern könnte auch dabei helfen, die Versorgungsqualität der Bevölkerung insbesondere in ländlichen Regionen zu verbessern. Durch Vertretung ärztlichen Personals bei Routinetätigkeiten kann eine Konzentrierung medizinischer Kapazitäten auf anspruchsvolle und komplexe medizinische Aufgaben erfolgen. Insbesondere bei der Versorgung chronisch Erkrankter kann der PA eine wichtige Bedeutung erlangen, da sich bei dieser Patientengruppe das diagnostische und therapeutische Schema wiederholt.

Ziel der nachfolgenden Arbeit ist es, ein umfassendes Bild des PA zu vermitteln, indem zunächst die historische Entwicklung und anschließend der aktuelle Zustand im zum Teil deutlich weiter in der PA-Implementierung fortgeschrittenen Ausland dargestellt werden. Hierbei werden schwerpunktmäßig die für die Entwicklung des Berufes wesentlichen Rechtsordnungen behandelt.

Im Anschluss werden Besonderheiten des deutschen Gesundheitssystems erörtert, welche sich förderlich auf die Etablierung des PA in Deutschland auswirken. Schließlich wird die Problematik der arbeitsteiligen Zusammenarbeit zwischen Ärzten und nicht-ärztlichen Mitarbeitern unter besonderer Bezugnahme auf PAs erläutert. Es werden die verschiedenen Formen der Zusammenarbeit zwischen Ärzten und nicht-ärztlichem Personal miteinander verglichen und in Bezug zum PA-Einsatz dargestellt. Aus einer Synopsis von Erkenntnissen ausländischer Gesundheitssysteme in Kombination mit den in Deutschland ausgearbeiteten Regularien zur Arbeitsteilung und zu den einzelnen Berufsbildern wird ein Gesetzesentwurf entwickelt und im Anschluss

auf seine Verfassungsmäßigkeit überprüft. Abschließend erfolgt eine Gesamtbeurteilung der Rolle des PA im deutschen Gesundheitssystem. Es wird aufgezeigt, an welchen Stellen weiterhin Regelungsbedarf besteht, um die Fähigkeiten des PA optimal im deutschen Gesundheitssystem zum Einsatz zu bringen.

## **I. Historische Entwicklung: Der Feldscherer als Vorgänger zum PA**

Im mittelalterlichen Europa zogen viele an Universitäten ausgebildete Ärzte die Lehre und Forschung der Patientenversorgung vor und erachteten letztere als unter ihrer Würde. Daher kamen für diese Tätigkeit umherziehende Barbieri zum Einsatz, die sich unter anderem, neben dem Haarschneiden, auch der Versorgung von Knochenbrüchen, der Wundversorgung und der Herstellung von Heilmitteln widmeten.<sup>3</sup>

Im 14. Jahrhundert wurde in der Schweiz der Beruf des Feldscherers<sup>4</sup> eingeführt.<sup>5</sup> Die neue Berufsgruppe wurde durch Barbieri ausgebildet und assistierte bei der militärischen Wundversorgung.<sup>6</sup> Unter Kaiser Maximilian I. (1493-1519) wurde der Einsatz der Feldscherer ausgedehnt und unter die Aufsicht eines Oberfeldarztes gestellt, der meist eine akademische Ausbildung aufweisen konnte.

Ab Mitte des 18. Jahrhunderts wurde die Ausbildung des Feldscherers erweitert, um den besonderen Anforderungen des Militärsanitätswesens gewachsen zu sein. Da jedoch die Fähigkeiten und Kenntnisse zwischen den einzelnen Feldscherern erheblich divergierten, wurde ab Ende des 18. Jahrhunderts versucht, den Feldscherer endgültig vom Scherer- und Barbiererstand abzugrenzen. Erst im 19. Jahrhundert wurden insbesondere auf Grund des raschen medizinischen Fortschritts, mit Ausnahme von Russland<sup>7</sup>, die Feldscherer durch Ärzte ersetzt, die nun die medizinische Versorgung des Heeres sicherstellen.<sup>8</sup>

---

<sup>3</sup> *Mc Callum J.E.*, *Military Medicine: From Ancient times to the 21<sup>st</sup> century*, ABC-Clio, 2008, S. 36.

<sup>4</sup> Auch "Feldscher", Ableitung von "zu scheren"= militärischer Wundarzt.

<sup>5</sup> <http://www.amuseum.de/medizin/CibaZeitung/nov33.htm>.

<sup>6</sup> *Hooker R.S., Cawley J.F., Asprey D.P.*, *Physician Assistant, Policy and Practice*, F.A. Davis Company, Kap. 2, S. 22.

<sup>7</sup> <http://www.spiegel.de/spiegel/print/d-69003659.html> (Stand: 2.1.2017).

<sup>8</sup> <http://www.amuseum.de/medizin/CibaZeitung/nov33.htm> (Stand: 2.1.2017).

## II. Einführung des PA im Ausland

### 1. PAs in den USA

Seinen akademischen Ursprung hat der Beruf des Arztvertreters Mitte der 1960er Jahre im amerikanischen Physician Assistant (PA).

Charles L. Hudson entwickelte 1961 erste theoretische Grundlagen für das Berufsbild eines medizinischen Assistenten mit besonderer Ausbildung und Stellung zwischen Arzt und Pflegepersonal, der auch medizinische Verantwortung übernehmen sollte.<sup>9</sup>

Seither hat der PA in den USA zunehmend an Bedeutung gewonnen und spielt eine fundamentale Rolle im amerikanischen Gesundheitssystem.

Nach Angaben der nationalen PA-Kommission NCCPA ("National Commission on Certification of Physician Assistants") gab es in den USA Ende des Jahres 2013 bereits 95.583 zertifizierte PAs.<sup>10</sup> Der Einsatz des PA wird durch Gesetze, Verordnungen und Gerichtsentscheidungen sowohl auf Ebene des Bundes, als auch der einzelnen Staaten bestimmt.<sup>11</sup>

#### a) Entwicklung des Berufsbildes

Als Folge eines Mangels an Hausärzten plante der für die medizinische Fakultät der Duke Universität arbeitende Mediziner Eugene A. Stead Jr. ein erstes Ausbildungsprogramm für PAs im Jahr 1965 mit Hilfe von vier medizinisch erfahrenen Marine-Krankenhaussanitätern. Das Curriculum basierte auf dem Schnellverfahren zur Ausbildung von Ärzten während des zweiten Weltkriegs.<sup>12</sup>

Anfang der 1970er Jahre erlangte das von Stead entwickelte Ausbildungsprogramm als Maßnahme gegen den Mangel an medizinischem Fachpersonal auf Grundlage des "Health Manpower Act" von 1972 durch das "American Medical Association's Council on Medical Education" (1972-1976)<sup>13</sup> auch bundesstaatliche Akzeptanz.

---

<sup>9</sup> Hudson C., Expansion of Medical Professional Services with Nonprofessional Personnel, The journal of the American Medical Association, 1961, 176: 839-841.

<sup>10</sup> <https://www.nccpa.net/Upload/PDFs/2013StatisticalProfileofCertifiedPhysicianAssistants-AnAnnualReportoftheNCCPA.pdf> (Stand: 2.1.2017).

<sup>11</sup> Younger P., Physician Assistant Legal Handbook, S.1.

<sup>12</sup> <https://www.aapa.org/threeColumnLanding.aspx?id=429> (Stand: 2.1.2017).

<sup>13</sup> Guidelines for State Regulation of Physician Assistants, American Academy of Physician Assistants: <https://www.aapa.org/Workarea/DownloadAsset.aspx?id=795> (Stand: 2.1.2017).

## **b) Zulassungsvoraussetzungen zum PA-Studium**

Für die Reglementierung des PA in den USA spielt die ARC-PA ("Accreditation Review Commission on Education for the Physician Assistant ") eine bedeutende Rolle. Hierbei handelt es sich um eine nationale, politisch unabhängige Akkreditierungskommission, deren rechtliche Grundlage als gemeinnützige Organisation auf „Section 501“<sup>14</sup> des Bundesgesetzes „Internal Revenue Code of 1986“ beruht.

Sie legt die Rahmenbedingungen des PA in der sogenannten "Standards 4th Edition"<sup>15</sup> fest, welche jedoch unter A3.15 lediglich beinhaltet, dass das Ausbildungsprogramm die Informationen über Aufnahmekriterien hinsichtlich gegebenenfalls bevorzugter Bewerber (a), früherer Arbeitserfahrungen oder absolvierter Ausbildungen (b), der Erlangung eines Platzes im Voraus (c) sowie eines erforderlichen akademischen oder technischen Standards (d, e) für die Einschreibung bereitstellen muss.

Die konkreten Voraussetzungen zur Zulassung für ein PA-Programm werden durch die einzelnen Universitäten geregelt.

Beispielsweise wird am City College of New York ein Bachelor-Abschluss mit Kursen in Biologie, Chemie, Mikrobiologie, Statistik sowie zwei der Fächer Molekular-/Zellbiologie, Genetik, Physiologie der Säuger, Anatomie und Physiologie oder Biochemie gefordert<sup>16</sup>.

Ähnliche Voraussetzungen werden an der "Southern California University of Health Sciences" gestellt. Zulassungsvoraussetzungen sind ein Bachelor-Abschluss und das Absolvieren von Kursen in Chemie, Mathematik, menschliche Anatomie und Physiologie, Biologie, Psychologie, Englisch, Anthropologie und Statistik. An praktischer Erfahrung ist der Nachweis von 500 Stunden bezahlter Arbeit im klinischen Sektor zu erbringen.<sup>17</sup>

---

<sup>14</sup> Section 501 c 3: hierbei handelt es sich um gemeinnützige Organisationen u.a. zur Förderung von Ausbildung und Wissenschaft.

<sup>15</sup> Stand 03/2016.

<sup>16</sup> <https://www.cuny.cuny.edu/sophiedavis/pa-program-requirements> (Stand: 2.1.2017).

<sup>17</sup> <http://www.scuhs.edu/academics/master-of-science-physician-assistant-program/academic-requirements/> (Stand: 2.1.2017).

### **c) Studieninhalte und Akkreditierung der Studienanbieter**

Eine Festlegung und Sicherstellung von Standards<sup>18</sup> sowie eine Evaluation der einzelnen Studienanbieter erfolgt in den USA durch die ARC-PA.

Die ARC-PA legt als Grundlage für das PA-Curriculum unter den „ARC-PA Standards 4th edition“ B1 fest, dass Basiswissen über etablierte und in der Entwicklung befindliche biomedizinische und klinische Erkenntnisse sowie deren Anwendung in der Patientenversorgung vermittelt werden müssen (B1.02).

Außerdem soll der PA durch das Curriculum auf die klinische Anwendung der Medizin vorbereitet werden (B1.03). Auch ethische Grundlagen sowie Fertigkeiten als Führungsposition sind vorgesehen (B1.05). Zusätzlich beinhalten die ARC-PA Standards eine Vorbereitung der Studenten auf die Gesundheitsversorgung von Patienten mit verschiedenen kulturellen Hintergründen, welche die Patientenkommunikation, Entscheidungsfindung, Compliance und das Outcome beeinflussen (B1.06). Das Curriculum muss Fähigkeiten zur Problemlösung und zum Treffen medizinischer Entscheidungen sowie zur interdisziplinären Zusammenarbeit vermitteln (B1.07, B1.08). Für jeden didaktischen und klinischen Kurs muss der Anbieter Ziele definieren und veröffentlichen, welche für die Studenten-Akquisition erforderliche Kompetenzen durch messbare Begriffe zur Definition des Fortschritts ermöglichen (B1.09).

Eine Vergleichbarkeit der Studieninhalte, der Studentenerfahrung und des Zugangs zu didaktischem Material und Labormaterial muss gewährleistet sein, wenn der Unterricht an verschiedenen Orten oder nach unterschiedlichen Lehrmethoden vollzogen wird (B1.10, B1.11). Als Pflichtinhalte werden Lehre und klinische Anwendung in den Fächern Anatomie, Physiologie, Pathophysiologie, Pharmakologie sowie Entstehung und Mechanismen von Gesundheit und Krankheit und die Lehre über alle Organsysteme angegeben (B2.02). Die Vermittlung interpersoneller und kommunikativer Basisfertigkeiten als Grundlage für einen effektiven Austausch mit Patienten, deren Angehörigen und anderen Gesundheitsversorgern (B2.04) sowie die Lehre in Patientenevaluation (Anamneseerhebung, klinische Untersuchung, Generierung von Differentialdiagnosen), Diagnostik (Anordnung, Auswertung) und Patientenmanagement (Akut- und Langzeitbetreuung, Behandlungspläne) sind vorgesehen (B2.05). Das Curriculum muss die Präventiv-, Notfall-, Akut-, Chronische-, Rehabilitativ- und Pallia-

---

<sup>18</sup> <http://www.arc-pa.org/accreditation/standards-of-accreditation/> (Stand: 2.1.2017).

tivversorgung der gesamten Bevölkerungsschichten (pränatal, Säuglinge, Kinder, Adoleszenz, Erwachsene, Ältere) umfassen (B2.06).

Auch eine Einweisung in technische Fertigkeiten und Prozeduren nach den aktuellen Gepflogenheiten muss erfolgen (B2.07). Neben der Lehre in Sozial- und Verhaltensforschung muss die Entwicklung innerhalb einzelner Lebensphasen (Erkennen und Behandlung von Drogenmissbrauch, Sexualität, Problematik des Todes, des Sterbens und Verlustes, der Umgang mit Krankheit, Verletzung und Belastung, Gewalterkennung und –prävention und psychiatrische Zustände) thematisiert werden (B2.08).

Fertigkeiten in Patientenberatung und –erziehung sowie das Aufsuchen, die Interpretation und Evaluation medizinischer Lektüre müssen vermittelt werden (B2.09). Grundlagen des Gesundheitswesens und der Gesundheitspolitik sowie die Konzepte des Gesundheitswesens in Bezug auf die Rolle des praktizierenden PA (Teilnahme an Krankheitsüberwachung, -übermittlung und -intervention) sind ebenfalls Pflichtbestandteile des Curriculums, wie auch Patientensicherheit, Qualitätsverbesserung, die Prävention medizinischer Fehler und das Risikomanagement (B2.10-B2.13).

Die Lehre muss zusätzlich Grundlagen bzgl. Rückerstattung, Dokumentation, Codierung und Rechnungswesen umfassen sowie Prinzipien und deren Umsetzung im Bereich der Medizinethik (B2.14-B2.16). Beim durch qualifizierte Mitarbeiter aus den Basisbereichen (Familienmedizin, Innere Medizin, Allgemein Chirurgie, Pädiatrie, Gynäkologie und Psychiatrie) überwachten praktischen Einsatz der PA-Studenten muss ausreichender Patientenkontakt ermöglicht werden (Patienten aller Altersstufen, gynäkologische Patientinnen, chirurgische Patienten, psychisch Erkrankte in der Ambulanz, in der Notaufnahme, stationär und im Operationssaal) (B3.01-B3.07).<sup>19</sup>

Darauf beruhend werden individuelle Regelungen von den einzelnen Staaten und Universitäten erstellt.

Ein Basis-Curriculum wurde beispielsweise durch das “Department of Consumer Affairs” (Verbraucherministerium) Kalifornien in Artikel 3 des "California Code of Regulations" Titel 16 festgelegt. Gemäß Sektion 1399.531 a) sollte in der Ausbildung ein Basiswissen in den Bereichen Chemie, Mathematik, Englisch, Anatomie, Physiologie, Mikrobiologie, Soziologie und Psychologie vermittelt werden. Außerdem sollten theoretische Grundlagen mit, soweit erforderlich, direktem Patientenkontakt, in

---

<sup>19</sup> <http://www.arc-pa.org/wp-content/uploads/2016/10/Standards-4th-Ed-March-2016.pdf> (Stand: 2.1.2017).

den Bereichen Präventionsmedizin und Gesundheitswesen, psychische Gesundheit, Anamneseerhebung und körperliche Untersuchung, Erste Hilfe und Umgang mit häufigen Erkrankungen, Konzepte in der klinischen Medizin und im OP, gewöhnliche Labor- und Screening-Techniken, gewöhnliche OP-Verfahren, Medikamente und ihre Wirkweisen, Medizinethik und Gesetze, medizinische Sozio-Ökonomie und Beratungstechniken und zwischenmenschliche Dynamik (Sektion 1399.531 b) im Lehrplan enthalten sein.

Das "City College of New York" hat in seinem Curriculum die Fächer Anatomie, Physiologie, Pharmakologie, klinische Medizin und Patientenkommunikation für das erste Semester vorgeschrieben. Neben Vertiefungskursen zu einzelnen Fächern aus dem ersten Semester werden Präventionsmedizin, physikalische Diagnostik und Geschichte des PA aufgeführt. Im dritten Semester folgen unter anderem Kurse zur klinischen Korrelation, zur interkulturellen Beratung, zur integrativen Medizin und zu technischen Fertigkeiten. Kurse des zweiten Ausbildungsjahres umfassen die einzelnen medizinischen Fachgebiete Notfallmedizin, Innere Medizin, Pädiatrie, Chirurgie, Gynäkologie, Psychiatrie, Geriatrie sowie die Intensiv- und die Elektivversorgung. Das letzte Jahr beschäftigt sich mit der Epidemiologie, Forschung, Medizinischem Recht und Wirtschaft.<sup>20</sup>

Die Akkreditierung der einzelnen PA-Programme erfolgt primär durch nicht-staatliche gemeinnützige Organisationen, welche die Einhaltung etablierter Qualifikationen und Bildungsstandards gewähren.<sup>21</sup> Die bedeutendste Akkreditierungsorganisation ist die „Commission on Accreditation of Allied Health Education Programs“ (CAAHEP).<sup>22</sup> Nachdem diese ihre Anerkennung durch das amerikanische Bildungsministerium („US Department of education“)<sup>23</sup> verloren hatte, erfolgte eine Anerkennung durch das nicht-staatliche „Council for Higher Education Accreditation“ (CHEA)<sup>24</sup>, welches einen Zusammenschluss aus 3000 Colleges und Universitäten

---

<sup>20</sup> <https://www.ccnycuny.edu/sophiedavis/curriculum-of-physician-assistant-program> (Stand: 2.1.2017).

<sup>21</sup> <http://www.arc-pa.org/about/> (Stand: 2.1.2017).

<sup>22</sup> *Younger P.*, Physician Assistant Legal Handbook, S.19, 20.

<sup>23</sup> <http://ope.ed.gov/accreditation/agencies.aspx> (Stand: 2.1.2017).

<sup>24</sup> <http://www.chea.org/pdf/Recognition/Summaries%202016%20Feb/CAAHEP.pdf#search=%22caahep%22> (Stand: 2.1.2017).



darstellt.<sup>25</sup> In den USA existieren insgesamt 199 durch die ARC-PA national anerkannte PA-Programme.<sup>26</sup>

#### **d) Aufgabenbereiche und Kompetenzen**

Grundlage des PA-Einsatzes sind die im Jahr 2012 aktualisierten „Competencies for the Physician Assistant Profession“<sup>27</sup>, welche durch die "American Academy of Physician Assistants" (AAPA), die "Accreditation Review Commission on Education for the Physician Assistant" (ARC-PA), die "Physician Assistant Education Association" (PAEA) und die "National Commission on Certification of Physician Assistants" (NCCPA) anerkannt wurden.

Als wesentliche Kompetenzen werden unter anderem medizinisches Wissen in Bezug auf evidenz-basierte Medizin, wissenschaftliche Prinzipien in Bezug auf die Patientenversorgung, Risikofaktoren und zugrundeliegende pathologische Mechanismen von Erkrankungen, angemessenes diagnostisches Vorgehen, pharmakologische und andere Therapiemöglichkeiten, Krankheitsprävention, Screeningmethoden sowie Methoden zur Erstellung von Differentialdiagnosen aufgelistet.

Unter dem Begriff der Kommunikationsfähigkeit wird der Aufbau einer therapeutischen und ethischen Beziehung mit dem Patienten, das Verfügen über Kommunikationsmittel zur Informationsübertragung und deren flexibler Einsatz, die Zusammenarbeit in einem Team, eigene emotionale Stabilität und die Dokumentation zusammengefasst.

In der Kategorie der Patientenversorgung werden die effektive Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsversorgern, der Umgang mit Patienten und ihren Angehörigen, das Sammeln von wichtigen Informationen über den Patienten und die anschließende Entscheidung über das weitere Vorgehen, die Entwicklung von Behandlungsplänen, die Patientenberatung, Präventionsmaßnahmen und der Einsatz neuer Technologien, um die Patientenentscheidung zu erleichtern aufgezählt.

Des Weiteren zählt zu den anerkannten Kompetenzen die Professionalität, welche das Verständnis der Rolle des PA-Berufes, den professionellen Umgang mit anderen Ge-

---

<sup>25</sup> <http://www.chea.org> (Stand: 2.1.2017).

<sup>26</sup> <http://www.arc-pa.org/accreditation/accredited-programs/> (Stand: 2.1.2017).

<sup>27</sup> <http://www.nccpa.net/Uploads/docs/PACompetencies.pdf> (Stand: 2.1.2017).

sundheitsanbietern, die Eigenschaften Mitgefühl, Respekt und Integrität, eine Rechenschaftspflicht gegenüber dem Patienten, die fachliche Weiterbildung, das Einhalten ethischer Prinzipien, die Akzeptanz des kulturellen Hintergrundes des Patienten und seiner Schwächen, die Selbstreflektion und Eigeninitiative beinhaltet.

Das praxisorientierte Lernen umfasst die systematische Analyse der praktischen Erfahrungen mit anderen, die Integration wissenschaftlicher Studien in den klinischen Alltag, die Nutzung neuer Technologien zur eigenen Weiterbildung und das Erkennen von Schwächen und Lücken im allgemeinen und im eigenen Wissen.

Als system-basierte Praxis wird der effektive Wechsel zwischen verschiedenen Formen der medizinischen Praxis, das Verständnis über die Kostenverteilung im Gesundheitssystem und ihre effektive Nutzung, die Unterstützung des Patienten bei Problemen mit diesem System, die Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsfachleuten zur Verbesserung der Patientenversorgung, das Erkennen und Beseitigen von Faktoren, welche sich negativ auf das Patientenwohl auswirken und die Anwendung von Konzepten der Bevölkerungsgesundheit auf die individuelle Patientenversorgung verstanden.<sup>28</sup>

Die konkrete Ausgestaltung der Aufgabenbereiche des PA erfolgt durch die einzelnen Staaten.

Der Staat Kalifornien hat beispielsweise durch das „Department of Consumer Affairs“ (Verbraucherministerium) in seinen „Physician Assistant Regulations“ 1399.541, veröffentlicht durch das "Physician Assistant Board" im Januar 2014, den Umfang des PA-Einsatzes detailliert festgelegt.

Der PA erhebt die Patientenanamnese, führt die körperliche Untersuchung durch und erstellt eine Beurteilung und Diagnose. Hiervon ausgehend darf er eine Behandlung initiieren und überarbeiten sowie sachdienliche Daten aufnehmen und dem Arzt präsentieren (1399.541 a).

Als konkrete Behandlungsmaßnahmen kann der PA Röntgenanordnungen, andere Untersuchungen, therapeutische Diäten, physikalische Therapien, Beschäftigungstherapien und Atemtherapien anordnen oder übermitteln (1399.541 b).

---

<sup>28</sup> <http://www.nccpa.net/Uploads/docs/PACompetencies.pdf> (Stand: 2.1.2017).

Diagnostisch ist es ihm gestattet, Laborverfahren, Screening-Untersuchungen und therapeutische Verfahren zu beantragen, diesbezügliche Anforderungen zu übermitteln, diese durchzuführen oder dabei zu assistieren (1399.541 c).

Übergreifend soll der PA Situationen erkennen und beurteilen, welche die sofortige Aufmerksamkeit eines Arztes erfordern und, falls erforderlich, Behandlungsmaßnahmen zur Erhaltung des Patientenlebens treffen (1399.541 d).

Außerdem berät der PA die Patienten im Zusammenhang mit ihrer physischen und mentalen Gesundheit und kann sie bei Bedarf einweisen. Die Beratung soll auch Themen einschließen wie beispielsweise die Medikamente, Diäten, soziale Gewohnheiten, Familienplanung, normales Wachstum und Entwicklung, Altern sowie das Verständnis einer Langzeittherapie ihrer Erkrankung (1399.541 e).

Administrativ umfasst das Tätigkeitsfeld eines PA die initialen Maßnahmen bei Patientenaufnahme, die Vervollständigung von Formalien und Tabellen im Zusammenhang mit der Krankenakte sowie Maßnahmen für Patienten, die eine dauerhafte Betreuung erfordern, z.T. auch in ihrer häuslichen Umgebung (1399.541 f). Auch das Initiieren und Ermöglichen von Patientenüberweisungen zu geeigneten Gesundheitsanbietern kann durch den PA erfolgen (1399.541 g).

Im therapeutischen Bereich verabreichen PAs Medikamente und geben Medikamentenanordnungen mündlich oder schriftlich weiter, wenn dies im Einklang mit den dazugehörigen gesetzlichen Regelungen steht (Section 3502.1 Physician Assistant Regulations). Gemäß Section 3502.1 der Physician Assistant Regulations wird bei der Medikamentenverabreichung durch einen PA vorausgesetzt, dass der delegierende Arzt die Art und Weise angibt, auf die der PA ein Rezept erstellt. Außerdem ist er verpflichtet, dem PA schriftlich in einem Protokoll alle Kriterien für den konkreten Einsatz des Medikamentes mit seinen Kontraindikationen mitzuteilen. Bei bestimmten Medikamenten muss auch die Diagnose von Krankheiten, Verletzungen oder Zuständen, bei denen das Medikament indiziert ist, übermittelt werden. Es dürfen nur Medikamente durch den PA zum Einsatz kommen, welche auch zum Tätigkeitsbereich des überwachenden Arztes zählen. Andere als die im Protokoll aufgeführten Medikamente darf der PA nur nach vorausgegangener Genehmigung durch den Arzt einsetzen.<sup>29</sup>

---

<sup>29</sup> Section 3502.1 der Physician Assistant Regulations.

PAs können Operationen, die gewöhnlich in Lokalanästhesie durchgeführt werden, ohne die Präsenz des supervisierenden Arztes durchführen. Vor der Delegation einer solchen Operation muss der supervisierende Arzt die Dokumentation überprüfen, welche anzeigt, dass der PA hinreichend ausgebildet ist, die Operation durchzuführen. Alle anderen chirurgischen Eingriffe, die eine andere Form der Anästhesie erfordern dürfen durch den PA nur in Anwesenheit des anerkannten supervisierenden Arztes durchgeführt werden (i Nr.1). Der PA darf auch als erste oder zweite Assistenz in einer Operation unter Aufsicht eines anerkannten supervisierenden Arztes agieren (i Nr.2).

Das "New York Department of Health" (Gesundheitsministerium)<sup>30</sup> hat für die auf einen PA delegierbaren Tätigkeiten nicht abschließend die Evaluation, also den ersten Kontakt mit Patienten aller Altersgruppen zur Erarbeitung einer detaillierten Anamnese, zur körperlichen Untersuchung und zur Herausarbeitung von Problemen mit anschließender Präsentation der Daten aufgeführt.

Des Weiteren wird das Monitoring angegeben, welches als die Assistenz des Arztes bei der stationären Visite, die Versorgung im ambulanten Sektor, die Erarbeitung und Umsetzung von Behandlungsplänen und die Dokumentation des Behandlungsverlaufes verstanden wird.

PAs können im Bereich der Diagnostik tätig werden.

Im therapeutischen Rahmen ist ihr Einsatz bei der Durchführung von Routineverfahren wie Injektionen, Impfungen, Wundversorgung und Nähen, dem Management von einfachen Zuständen durch Infekte oder Traumen, der Assistenz bei komplexeren Erkrankungen und Verletzungen sowie des Einschreitens bei lebensbedrohlichen Situationen zu sehen. PAs sind autorisiert, Blutabnahmen anzuordnen und zu überwachen, um Alkohol oder Drogen bei Patienten beispielsweise nach einem Verkehrsvergehen nachzuweisen.

Im Bereich der Beratung dürfen sie Patienten in Bezug auf die Einhaltung der vorgeschriebenen Therapieschemata, physiologisches Wachstum und Entwicklung, Familienplanung, emotionale Probleme des täglichen Lebens und die Erhaltung der Gesundheit informieren.

---

<sup>30</sup> [https://www.health.ny.gov/professionals/doctors/conduct/physician\\_assistant.htm](https://www.health.ny.gov/professionals/doctors/conduct/physician_assistant.htm) (Stand: 2.1.2017).

Ebenfalls vorgesehen ist ihr Beitrag zur Erleichterung der Überweisung von Patienten an andere Gesundheitsversorger und soziale Einrichtungen.<sup>31</sup>

Durch das "New York State Education Department" (Bildungsministerium) unter Artikel 131-B § 6542 wurde festgelegt, dass ein PA medizinische Tätigkeiten nur unter der Supervision eines Arztes vornehmen darf, der auch die Berechtigung zur Überwachung der dem PA erlaubten Tätigkeiten aufweist. Die Überwachung muss zwar kontinuierlich erfolgen, erfordert jedoch nicht dauerhaft die körperliche Anwesenheit des Arztes.

Zusammenfassend weist der PA in den USA ein umfassendes Kompetenzspektrum auf, das, beginnend mit dem ersten Patientenkontakt, über die Vornahme diagnostischer Maßnahmen bis zur Durchführung therapeutischer Tätigkeiten reicht. Dennoch ist der PA bei allen Tätigkeiten einem supervidierenden Arzt untergeordnet, welcher, insbesondere bei der Verabreichung von Medikamenten, dessen Handlungen anleitet und überwacht. Eine dauerhafte ärztliche Anwesenheit ist jedoch nicht erforderlich.

#### **e) Einsatzgebiete**

Einsatzgebiete des amerikanischen PAs sind Krankenhäuser, Arztpraxen, ländliche und städtische Gesundheitszentren, Pflegeheime, private Anbieter medizinischer Dienste („retail clinics“), Schulen und universitäre Einrichtungen, die Industrie, Justizvollzugsanstalten sowie Bundesbehörden.<sup>32</sup> Etwa 50 % der PAs arbeiten in Krankenhäusern und ca. 37 % in Privatpraxen.<sup>33</sup> Klinische Einsatzgebiete sind hauptsächlich die Allgemein- und Familienmedizin (20,4 %), die Notfallmedizin (18,9 %) so-

---

<sup>31</sup> [https://www.health.ny.gov/professionals/doctors/conduct/physician\\_assistant.htm](https://www.health.ny.gov/professionals/doctors/conduct/physician_assistant.htm) (Stand: 2.1.2017).

<sup>32</sup> [https://www.aapa.org/twocolumnmain.aspx?id=290&utm\\_source=aapa.org&utm\\_medium=home\\_4buttonmenu&utm\\_campaign=WhatisaPA](https://www.aapa.org/twocolumnmain.aspx?id=290&utm_source=aapa.org&utm_medium=home_4buttonmenu&utm_campaign=WhatisaPA) (Stand: 2.1.2017).

<sup>33</sup> „2015-Statistical profile of recently certified Physician Assistants“, Tabelle 12: <http://www.nccpa.net/Uploads/docs/2015StatisticalProfileofRecentlyCertifiedPhysicianAssistants.pdf> (Stand: 2.1.2017).

wie der chirurgische Bereich (16,8 %). 1,6 % der PAs arbeiten im psychiatrischen Sektor.<sup>34</sup>

## **f) Anerkennung**

Der „Code of Federal Regulations“ (Sammlung der Bundesrichtlinien) regelt auf Ebene des Bundes in § 410.74 c) als erforderliche Qualifikation eines PA, dass dieser ein PA-Programm absolviert haben muss, welches durch die „Commission on Accreditation of Allied Health Education Programs“ (CAAHEP) akkreditiert wurde (1), das national zertifizierte Examen bestanden haben muss, welches durch die „National Commission on certification of Physician Assistant“ (NCCPA) angeboten wird (2) und eine Lizenz des jeweiligen Staates mit der Erlaubnis zum Praktizieren innehaben muss (3).

Das durch die NCCPA verwaltete national zertifizierte Examen „Physician Assistant National Certifying Exam“ (PANCE) besteht aus einem Multiple Choice Test.<sup>35</sup>

Die NCCPA ist die einzige Organisation zur Zertifizierung von PAs in den USA. Sie wurde durch alle US-Bundesstaaten, den „District of Columbia“ und die US Territorien zur Reglementierung und Zulassung von PAs durch Aufnahme des Examens als Voraussetzung zur Lizenzerteilung anerkannt.<sup>36</sup>

Die Lizenz zur Berufsausübung wird unter bestimmten, durch die Staaten individuell vorgegebenen, Voraussetzungen erteilt.<sup>37</sup>

Grundlagen der staatlichen Regelungen sind die „Guidelines for State Regulation of Physician Assistants“ (Staatliche Richtlinien für den PA) der „American Academy of Physician Assistants“ (AAPA), welche die Lizenz als beste Form der Regulation von PAs betrachtet, aber nur sehr allgemeine Hinweise für die Erteilung einer Lizenz, wie beispielsweise die Kontrolle auf Vorstrafen, erteilt.<sup>38</sup>

---

<sup>34</sup> „2015-Statistical profile of recently certified Physician Assistants“, Tabelle 13: <http://www.nccpa.net/Uploads/docs/2015StatisticalProfileofRecentlyCertifiedPhysicianAssistants.pdf> (Stand: 2.1.2017).

<sup>35</sup> <http://www.nccpa.net/pance-eligibility> (Stand: 2.1.2017).

<sup>36</sup> <https://www.nccpa.net/about> (Stand: 2.1.2017).

<sup>37</sup> § 410.74 (3) des „Code of Federal Regulations“.

<sup>38</sup> <https://www.aapa.org/Workarea/DownloadAsset.aspx?id=795> (Stand: 2.1.2017).

Das „New York State Education Department“ (Bildungsministerium) hat in Titel 8 § 6541 Artikel 131-B des "New York Education Law" (New York Hochschulgesetz) unter anderem festgelegt, dass ein Mindestalter von 21 Jahren, mindestens ein Bachelor Abschluss und der erfolgreiche Abschluss eines anerkannten PA-Programms nachgewiesen werden müssen. Die Lizenz muss alle drei Jahre beim Bildungsministerium erneuert werden.<sup>39</sup>

Das „California Department of Consumer Affairs“ (Verbraucherministerium) hat unter Artikel 3, 3519 der „Laws and Regulations Relating to the Practice of the Physician Assistant“ für die Erteilung einer Lizenz ebenfalls im Wesentlichen festgelegt, dass der PA ein anerkanntes Programm und das Examen absolviert haben muss. Die Lizenz muss alle zwei Jahre durch das Verbraucherministerium erneuert werden<sup>40</sup>.

Des Weiteren muss der PA über die NCCPA jeweils nach zehn Jahren eine Rezertifizierung vornehmen (sog. PAN-RE = Rezertifizierungsexamen) sowie alle zwei Jahre ein CME-Programm („continuing medical education“) im Umfang von 100 Stunden absolvieren, das von über 2000 Organisationen angeboten wird<sup>41</sup> und online Schulungen oder die Teilnahme an Kongressen umfasst.<sup>42</sup>

### **g) Zusammenfassung**

In den USA wurden die Grundlagen der PA-Ausbildung entwickelt.

Das amerikanische PA-System zeichnet sich dadurch aus, dass Ausbildungsstandards durch eine nationale, politisch unabhängige Organisation (ARC-PA)<sup>43</sup> festgelegt werden. Außerdem existiert ein umfängliches Akkreditierungssystem, welches sowohl die Qualifikation des einzelnen PA, als auch die der Ausbildungsgänge an den jeweiligen Universitäten umfasst. In einem Ausführungsübereinkommen („practice agreement“) zwischen dem PA und einem dazu legitimierten supervidierenden Arzt oder einer dafür zuständigen Organisation („Supervising Physician Organization“) wird ausgearbeitet, für welche Patientenprobleme und Maßnahmen der PA durch den Arzt

---

<sup>39</sup> <http://www.op.nysed.gov/prof/med/rpa.htm> (Stand: 2.1.2017).

<sup>40</sup> <http://www.pac.ca.gov/licensees/renewals.shtml> (Stand: 2.1.2017).

<sup>41</sup> <http://www.accme.org/requirements/accreditation-requirements-cme-providers/accreditation-criteria> (Stand: 2.1.2017).

<sup>42</sup> <https://med.stanford.edu/cme.html> (Stand: 2.1.2017).

<sup>43</sup> [http://www.arc-pa.com/documents/BYLAWS reviewed 1.5.15.pdf](http://www.arc-pa.com/documents/BYLAWS%20reviewed%201.5.15.pdf) (Stand: 2.1.2017).

autorisiert werden kann. Dieses Übereinkommen wird in Abhängigkeit von der durchgeführten Tätigkeiten regelmäßig aktualisiert<sup>44</sup> und ist innerhalb einer staaten-abhängigen Zeitspanne nach Tätigkeitsbeginn des PA abzuschließen.

Amerikanische PAs dürfen u.a. die Krankengeschichte des Patienten aufnehmen, klinisch untersuchen, Krankheiten diagnostizieren und behandeln, diagnostische Tests beauftragen und interpretieren, Behandlungspläne erarbeiten, Präventionsberatung vornehmen, bei Operationen assistieren, Rezepte schreiben und visitieren. Das genaue Ausmaß ihrer Kompetenzen ist dabei von ihrem Arbeitsumfeld, ihren individuellen Erfahrungen, ihrer Spezialisierung sowie der jeweiligen staatlichen Reglementierung abhängig.<sup>45</sup>

---

<sup>44</sup> <https://aapa.org/WorkArea/DownloadAsset.aspx?id=630> (Stand: 2.1.2017).

<sup>45</sup> [https://www.aapa.org/twocolumnmain.aspx?id=290&utm\\_source=aapa.org&utm\\_medium=home\\_4buttonmenu&utm\\_campaign=WhatisaPA](https://www.aapa.org/twocolumnmain.aspx?id=290&utm_source=aapa.org&utm_medium=home_4buttonmenu&utm_campaign=WhatisaPA) (Stand: 2.1.2017).



## 2. PAs in Großbritannien

In Großbritannien trägt der PA die Bezeichnung des Physician Associates, um seiner Bedeutung bei der Gesundheitsversorgung, die weit über eine bloße Assistenz hinausgeht, gerecht zu werden. Der Physician Assistant stellt hingegen eine eigene Berufsgruppe dar, welche unter der Aufsicht eines Anästhesisten arbeitet.<sup>46</sup>

Im September 2014 haben insgesamt 200 Physician Associates in Großbritannien gearbeitet.<sup>47</sup> Nach Angaben der „International Academy of PAs“ zeichnet sich das britische Gesundheitswesen durch einen Mangel an Anbietern des Gesundheitssektors aus sowie durch eine geographisch unausgeglichene Verteilung der Gesundheitsanbieter und eine unzureichende Versorgung außerhalb der Dienstzeiten.<sup>48</sup> Dieser Entwicklung soll der Ausbau des PA-Berufes entgegenwirken.

Die zweijährige Ausbildung besteht in Großbritannien sowohl aus theoretischen, als auch aus praktischen Elementen und ist zu großen Teilen an das britische Medizinstudium angelehnt.

### a) Entwicklung des Berufsbildes

In Großbritannien sind im Jahr 2003 im Rahmen eines staatlich geförderten Pilotprojektes erstmalig in den USA ausgebildete PAs zum Einsatz gekommen.<sup>49</sup> Diese gründeten 2005 die „UK Association of Physician Associates“ (UKAPA), um den Berufsstand auch in Großbritannien zu etablieren und den Schwächen im britischen Gesundheitssystem entgegenzuwirken.

In diesem Jahr (2005) wurde an der Universität Herefordshire das erste PA-Programm in England eingeführt.

Circa 10 Jahre später (2016) wurde die PA-Ausbildung von 25 Programmen angeboten, zu denen im Jahr 2017 weitere 4 Kurse hinzugeplant sind. 4 zusätzliche PA-Programme befinden sich derzeit noch in der Entwicklungsphase.<sup>50</sup>

---

<sup>46</sup> <http://nurse-practitioners-and-physician-assistants.advanceweb.com/Archives/Article-Archives/Association-of-Physician-Assistants-in-Anesthesia.aspx> (Stand: 2.1.2017).

<sup>47</sup> Rimmer, *Abi*, Will physician associates be replacing doctors? *BMJ careers* (2014).

<sup>48</sup> <http://iapae.org/england> (Stand: 2.1.2017).

<sup>49</sup> <http://www.pahx.org/period07.html> (Stand: 2.1.2017).

<sup>50</sup> <http://www.fparcp.co.uk/ukphysicianassociateprogrammes/> (Stand: 2.1.2017).

## **b) Zulassungsvoraussetzungen zum PA-Studium**

Im Jahr 2006 erließ das „Department of Health“ (Gesundheitsministerium) erstmals den „Competence and Curriculum Framework“ (Kompetenz- und Curriculum-Rahmenplan) für den PA in Zusammenarbeit mit dem „Royal College of Physicians“ (Ärzteverband) und dem „Royal College of General Practitioners“ (Verband für Hausärzte).<sup>51</sup>

Dieser Rahmenplan wurde 2012 auf Anordnung des Gesundheitsministeriums<sup>52</sup> durch das „Physician Assistant Managed Voluntary Register“ (MVR- ein freiwilligen Verband von PAs) unter Hinzuziehung des „Royal College of Surgeons“ (Verband der Chirurgen) und des „College of Emergency Medicine“ (Verband der Notfallmediziner) zusätzlich zu den bereits am ersten Entwurf beteiligten „Royal College of Physicians“ (Ärzteverband) und dem „Royal College of General Practitioners“ (Verband der Hausärzte) aktualisiert.<sup>53</sup>

In dem Rahmenplan wird allgemein unter Punkt 3.6.1 geregelt, dass sich die PA-Studenten im Wesentlichen aus Absolventen der Biowissenschaften und denen eines Heilberufes zusammensetzen. Zusätzlich zu einem akademischen Hintergrund sollen die Absolventen auch über eine abgerundete Persönlichkeit und Lebenserfahrung verfügen. Auch der persönliche Hintergrund eines Anwerbers sollte beispielsweise in Bezug auf Vorstrafen überprüft werden.<sup>54</sup>

Konkrete Regelungen der Zulassungsvoraussetzungen werden durch die einzelnen Universitäten in Anlehnung an den Rahmenplan individuell erstellt.

An der Universität Aberdeen wird beispielsweise ein Abschluss in einer Naturwissenschaft oder einem Gesundheits-/Medizin-bezogenen Fach, in Chemie, Englisch und Mathematik vorausgesetzt. Das Fehlen dieser Erfordernisse kann gegebenenfalls durch pflegerische Vorkenntnisse kompensiert werden.<sup>55</sup>

---

<sup>51</sup> [http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/+www.dh.gov.uk/en/publicationsandstatistics/publications/publicationspolicyandguidance/dh\\_4139317](http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/+www.dh.gov.uk/en/publicationsandstatistics/publications/publicationspolicyandguidance/dh_4139317) (Stand: 2.1.2017).

<sup>52</sup> Die Veranlassung erfolgte auf Nachfrage des „UK/Ireland Universities Board for PA Education“ (UKIUBPAE).

<sup>53</sup> <http://static1.squarespace.com/static/544f552de4b0645de79fbe01/t/557f1c1ae4b0edab35dd92cf/1434393626361/CCF-27-03-12-for-PAMVR.pdf> (Stand: 2.1.2017).

<sup>54</sup> 3.6.1. Competence and Curriculum Framework.

<sup>55</sup> <http://www.abdn.ac.uk/smmsn/postgraduate/taught/physician-associate/academic-requirements.php> (Stand: 2.1.2017).

Auch an der Universität Manchester werden ein Abschluss in einer der Biowissenschaften sowie Qualifikationen in Mathematik und Englisch gefordert.<sup>56</sup>

Ein krimineller Hintergrund stellt an beiden Universitäten ein Ausschlusskriterium dar.<sup>57</sup>

### **c) Studieninhalte und Akkreditierung der Studienanbieter**

Als minimale Stundenanzahl in den einzelnen vorgeschriebenen klinischen Bereichen (Sozialmedizin, Allgemeinmedizin, Unfall- und Notfallmedizin, Psychiatrie, Geburtshilfe und Gynäkologie sowie Pädiatrie) werden 1600 Stunden bei einer Gesamtstudienzeit von 3150 Stunden im „Competence and Curriculum Framework“ unter 3.5.2 festgelegt. Theoretische Kenntnisse müssen gemäß 5.1 des Rahmenplanes in Anatomie, Biochemie, Kommunikation, Entwicklung, Wachstum und Reproduktion, Ethik und Recht, Gesundheitserziehung, Gesundheitspolitik, Histologie, Immunologie und Mikrobiologie, Pathologie, Pharmakologie, Physiologie, Psychologie, Epidemiologie, Volksgesundheit, Soziologie, Lehre und Beurteilung sowie Informatik erlangt werden.

### **d) Aufgabenbereiche und Kompetenzen**

PAs arbeiten in Großbritannien unter direkter Aufsicht eines Arztes.

Grundlage für den medizinischen Einsatz des PA ist die durch das „General Medical Council“<sup>58</sup> in § 54 des „Good Medical Practice“ geregelte Delegation. Diese umfasst gemäß der Regelung „Delegation and referral“ aus dem Jahr 2013<sup>59</sup> die Beauftragung eines Kollegen, die Versorgung oder Behandlung anstelle der eigenen Person durchzuführen (Nr. 3 „Delegation and referral“).

---

<sup>56</sup> <http://www.mhs.manchester.ac.uk/study/postgraduate-certificate-diploma/courses/physician-associate-studies-pgdip/?pg=3#course> (Stand: 2.1.2017).

<sup>57</sup> <http://www.abdn.ac.uk/smmsn/postgraduate/taught/physician-associate/academic-requirements.php>; <http://www.mhs.manchester.ac.uk/study/postgraduate-certificate-diploma/courses/physician-associate-studies-pgdip/?pg=3#course> (Stand: 2.1.2017).

<sup>58</sup> General Medical Council- vergleichbar mit der deutschen Bundesärztekammer.

<sup>59</sup> [http://www.gmc-uk.org/guidance/ethical\\_guidance/21187.asp#ask\\_a\\_colleague](http://www.gmc-uk.org/guidance/ethical_guidance/21187.asp#ask_a_colleague) (Stand: 2.1.2017).

Als Kollege wird jeder Mitarbeiter definiert, mit dem der Arzt zusammenarbeitet, unabhängig davon, ob er ebenfalls ein Arzt ist. Gemäß Nr. 4 „Delegation and referral“ ist jedoch erforderlich, dass der Delegierende sich davon überzeugt, dass der Delegationsempfänger das Wissen, die Fähigkeiten und die Erfahrung besitzt, die Behandlung fachgerecht durchzuführen oder, dass eine ausreichende Überwachung gewährleistet wird.

Der Delegierende behält gemäß Nr. 5 „Delegation and referral“ weiterhin die Verantwortung für das Gesamtvorgehen mit dem Patienten, worunter das Behandlungskonzept und die Planung nachfolgender Diagnostik und Therapie zu verstehen sind.

Die von einem qualifizierten PA zu erwartenden Fähigkeiten und Kompetenzen werden einheitlich durch das „Physician Assistant Managed Voluntary Register“<sup>60</sup> festgeschrieben. Zu ihnen zählen im Allgemeinen die Anamneseerhebung, eine orientierende Untersuchung, die Auswertung und Einleitung neuer Diagnoseschritte, die Therapiefindung, die klinische Planung mit Patienten und anderen Angehörigen der Gesundheitsberufe, Dokumentations- und Informationsmanagement, Risikomanagement, Ressourcenmanagement, der Umgang mit ethischen und rechtlichen Fragestellungen und Maßnahmen zur Verbesserung der Volksgesundheit.

Obwohl die Medikamentenverschreibung zu den vom „Managed Voluntary Register“ aufgelisteten Kompetenzen zählt, ist sie zur Zeit in England noch nicht vorgesehen.<sup>61</sup>

Zu den konkret mit dem PA-Abschluss erworbenen Fähigkeiten zählen außerdem praktische Tätigkeiten bei der notfallmäßigen Patientenversorgung (u.a. Teilnahme an einer kardiopulmonalen Reanimation, Durchführung einer Elektrokardiographie), der Routinebetreuung (u.a. venöse Blutabnahmen, Vornahme von Blutgasanalysen, Durchführung einer Lungenfunktionsdiagnostik, eines Zervix/Vaginalabstrichs, eines Urinstreifentests, eines Schwangerschaftstests, der initiale Umgang mit muskuloskelettalen Verletzungen, Durchführung von Untersuchungen am Auge und im vorderen Nasenbereich) sowie der therapeutischen Versorgung (u.a. Legen einer Magensonde, Blasenkatheterisierung, Durchführung einfacher Hautnähte, der Einsatz von Lokalanästhesie, intramuskuläre/subkutane/intrakutane/intravenöse Injektionen und Infusionen, das Legen von Zugängen, die Berechnung von Insulindosen).

---

<sup>60</sup><http://static1.squarespace.com/static/544f552de4b0645de79f9be01/t/557f1c1ae4b0edab35dd92cf/1434393626361/CCF-27-03-12-for-PAMVR.pdf> (Stand: 2.1.2017).

<sup>61</sup> <http://pamvr.org.uk/faqs/index.html> (Stand: 2.1.2017).

Es wurde außerdem eine Liste mit Pathologien ausgearbeitet, auf die der PA angemessen reagieren sollte. Hierbei handelt es sich um ein breites Feld, das, ähnlich wie in einer hausärztlichen Praxis, fast alle Gebiete der Medizin abdeckt. Es werden sowohl Zustände des psychiatrischen Bereiches (beispielsweise Sucht, Ängste, Gewichtsschwankungen und andere psychische Alterationen), als auch des chirurgisch/orthopädischen (z.B. Rückenschmerzen, Gelenkbeschwerden, Ischiasneuralgie, Unfälle), des internistischen (Blutverlust, Synkopen, gastrointestinale Beschwerden, Dysphagie, Fieber, Ödeme, Kurzatmigkeit, Miktionsbeschwerden, Schlafstörungen, Müdigkeit), des Hals-Nasen-Ohrenärztlichen (Husten, Hals-Nasen-Ohren-Probleme), des dermatologischen (Hautveränderungen), des augenärztlichen (Augenprobleme), des gynäkologischen (Menstruationsbeschwerden, Schwangerschaft, Infertilität, sexuelle Dysfunktion), des pädiatrischen (Gedeihstörungen bei Kindern, des neurologischen (Kopfschmerzen, Gedächtnisverlust, Sprachstörungen), des anästhesistischen (Schmerzen) und des urologischen (Scrotalbeschwerden) Bereiches beschrieben.<sup>62</sup>

Zusammenfassend ist nach dem „Managed Voluntary Register“ der PA-Einsatz in fast allen medizinischen Bereichen vorgesehen. Dennoch basiert jegliches Tätigwerden auf den Grundlagen der Delegation durch einen Arzt.

#### **e) Einsatzgebiete**

Einsatzgebiete sind neben der Lehre und dem öffentlichen Gesundheitswesen sowohl die ambulante, als auch die stationäre Versorgung. PAs sind u.a. in der Notfallmedizin, Allgemeinmedizin, Akutversorgung, Kardiologie, Geriatrie, Dermatologie, Endokrinologie, Gastroenterologie, Inneren Medizin, Hämatologie, Infektiologie, Nephrologie, Neurologie, Psychiatrie, Rehabilitationsmedizin und Pulmologie im Einsatz. Des Weiteren finden sie Anstellung in der Pädiatrie und in chirurgischen Bereichen, wie beispielsweise der Mammachirurgie, der Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie, der Colorectalchirurgie, der Neurochirurgie, der Orthopädie, der Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, der Plastischen Chirurgie, der Urologie sowie der Gefäßchirurgie.<sup>63</sup>

---

<sup>62</sup><http://static1.squarespace.com/static/544f552de4b0645de79f9be01/t/557f1c1ae4b0edab35dd92cf/1434393626361/CCF-27-03-12-for-PAMVR.pdf> (Stand: 2.1.2017).

<sup>63</sup> <http://www.ukapa.co.uk/faqs/> (Stand: 2.1.2017).

## **f) Anerkennung**

Die Bezeichnung zum PA stellt in England keinen geschützten Titel dar.

Eine Regulationsmöglichkeit für PAs ist die empfohlene, jedoch nicht verpflichtende, Mitgliedschaft im „Managed Voluntary Register“.<sup>64</sup>

Als Weiterbildungsmaßnahme wird im Rahmenplan unter 4.6 empfohlen, dass jeder PA jährlich eine bestimmte Anzahl an Übungsstunden („Continuous Professional Development“ (CPD)) absolviert. Entsprechend 3.6.3 des „Competence and Curriculum Framework for the Physician Assistant“ muss nach jeweils 6 Jahren eine Rezertifizierung stattfinden, die der PA innerhalb von 3 Versuchen bestehen muss. Bei Nichtbestehen des Rezertifizierungsprozesses verliert der PA unter Benachrichtigung seines Arbeitgebers seine Mitgliedschaft aus dem „Voluntary Register“ und kann diesem erst dann wieder beitreten, wenn er erneut erfolgreich den Aufnahmeprozess durchläuft.<sup>65</sup>

## **g) Zusammenfassung**

Britische PA-Studenten müssen einen Collegeabschluss in einer Biowissenschaft vorweisen, der gegebenenfalls durch praktische Erfahrungen in einem Gesundheitsberuf ersetzt werden kann. Das PA-Ausbildungsprogramm ist in Großbritannien an den einzelnen Universitäten unterschiedlich ausgestaltet, jedoch gibt es zentral entwickelte, einheitliche Zielvorgaben, die jeder PA nach dem Absolvieren der Ausbildung zu erfüllen hat. Der PA stellt in England keinen geschützten Titel dar und die Teilnahme an Akkreditierungsprogrammen erfolgt auf freiwilliger Basis.

---

<sup>64</sup> <http://www.nhscareers.nhs.uk/explore-by-career/wider-healthcare-team/careers-in-the-wider-healthcare-team/clinical-support-staff/physician-associate/> (Stand: 2.1.2017).

<sup>65</sup> <http://www.fparcp.co.uk/recertification/> (Stand: 2.1.2017).

### **3. PAs in den Niederlanden**

#### **a) Entwicklung des Berufsbildes**

In den Niederlanden wurden PAs erstmalig 2001 eingeführt, um der Diskrepanz zwischen Angebot und Nachfrage in den Gesundheitsberufen entgegenzuwirken. Derzeit nimmt die PA-Ausbildung in den Niederlanden auf Grund ihres ausführlichen Regelungscharakters und ihrer guten Abstimmung mit anderen Gesundheitsfachberufen im internationalen Vergleich eine Vorreiterrolle ein.

#### **b) Zulassungsvoraussetzungen zum PA-Studium**

Zugangsvoraussetzung für das 30-monatige Masterprogramm sind an allen Standorten ein Bachelor im Gesundheitswesen (beispielsweise Krankenpflege, Physiotherapie, Gesundheitswissenschaften) sowie mindestens zwei Jahre Berufserfahrung in diesem Bereich<sup>66</sup>.

#### **c) Studieninhalte und Akkreditierung der Studienanbieter**

Die Voraussetzungen zur Erlangung des PA-Titels sowie Studieninhalte und erforderliche Fähigkeiten und Kompetenzen wurden im vom Gesundheitsminister entworfenen, auf Art. 36a des Gesetzes der Berufe in der individuellen Gesundheitsfürsorge<sup>67</sup> basierenden, zeitlich beschränkten Beschluss (Besluit tijdelijke zelfstandige bevoegdheid physician assistant)<sup>68</sup> vom 21.12.2011 national geregelt.

Gemäß § 3 Artikel 4 des Beschlusses umfasst die Ausbildung zum PA ein Arbeitsvolumen von 4200 Stunden, welches sich sowohl aus theoretischen, als auch aus praktischen Komponenten zusammensetzt.

---

<sup>66</sup> *Spengelink-Schut G., ten Cate O.Th. J., Kort H.S.M.*, Training the Physician Assistant in the Netherlands; University Medical Center, Utrecht, Netherlands, The journal of Physician Assistant Education 2008, 19 Nr.4, S.46-53(47).

<sup>67</sup> „Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg“:

<https://www.bigregister.nl/registratie/inhetbigregister/wetenregelgeving/> (Stand 2.1.2017).

<sup>68</sup> <http://wetten.overheid.nl/BWBR0030978/2012-01-01> (Stand: 2.1.2017).

In Anlehnung an das amerikanische Modell ist der PA kontinuierlich während des gesamten Studienverlaufes einem „supervising physician“, also einem betreuenden Arzt, unterstellt.

#### **d) Aufgabenbereiche und Kompetenzen**

In den Niederlanden existiert eine Liste mit „vorbehaltenen Tätigkeiten“, die nur von bestimmten Gesundheitsberufen durchgeführt werden dürfen, da sie nicht hinnehmbare Risiken für die Gesundheit des Patienten beinhalten, falls sie von unqualifizierten Mitarbeitern durchgeführt werden. Eine Zuordnung von Berufsgruppe und Tätigkeit befindet sich im „Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg“ (Gesetz über die Berufe in der individuellen Gesundheitsfürsorge, BIG).

Erst seit 2012 ist der PA in einer temporären (5 Jahre Geltung) Fassung des BIG Registers aufgelistet. Er zählt damit zu den geschützten Titeln (Art. 36 a Wet BIG) und darf eigenständig die „vorbehaltenen Tätigkeiten“ durchführen.

Die Ausbildung soll gemäß § 3 Artikel 4 des Beschlusses<sup>69</sup> darauf abzielen, Kompetenzen gemäß Art. 6 in Bezug auf a) medizinisches Wissen/Expertise, b) Kommunikation, c) Organisation, d) Zusammenarbeit, e) Forschung und Wissenschaft f) soziales Handeln und g) Professionalität zu erwerben.

Gemäß § 3 Artikel 5, Nr.1 des Beschlusses ist unter medizinischem Wissen/Expertise die Fähigkeit zu verstehen, a) in Hinblick auf häufige Erkrankungen effektive und ethisch verantwortliche Diagnostik, therapeutische, prognostische und auf das Individuum abgestimmte präventive Maßnahmen in der Praxis anzuwenden, b) relevante Informationen über diagnostische, therapeutische, prognostische und auf das Individuum angepasste präventive Optionen zusammenzusuchen und in die klinische Praxis zu integrieren, c) effiziente mündliche und schriftliche Kommunikation mit anderen Gesundheitsanbietern über die ihm anvertraute Patientenversorgung zu führen sowie d) medizinisches Wissen/Expertise auch außerhalb der unmittelbaren Patientenversorgung vorweisen zu können. § 3 Artikel 5, Nr. 2 des Beschlusses definiert die Fähigkeit zur Kommunikation dadurch, a) mit dem Patienten eine therapeutische Beziehung aufzubauen und diese dann auf der Grundlage von gegenseitigem Verständnis,

---

<sup>69</sup> Besluit tijdelijke zelfstandige bevoegdheid physician assistant, 2011.



Einfühlungsvermögen und Vertrauen aufrecht zu erhalten, b) Informationen über den Zustand des Patienten zu sammeln, auch mit Hilfe der Familie oder relevanter Dritten aus der Umgebung des Patienten, und diese in das Gesamtbild zu integrieren, c) relevante Informationen mit Patienten, Familie oder anderen Betreuungspersonen zu besprechen, um eine optimale Patientenversorgung zu gewährleisten, d) die Patienten und Angehörigen zu begleiten sowie e) mit verschiedenen Patientengruppen wie Kindern, älteren Menschen, Männern und Frauen sowie Patienten mit verschiedenen kulturellen Hintergründen, umzugehen.

Nach § 3 Artikel 5, Nr. 3 des Beschlusses ist unter der Fähigkeit zur Organisation a) die effektive IT-Nutzung, b) die Formulierung von Visionen und Zielen sowie die Entwicklung einer Strategie und das Treffen adäquater Maßnahmen mit Delegation angemessener Aufgaben und Verantwortlichkeiten, c) der effektive Einsatz von Mitteln zur Gesundheitsversorgung, Forschung und Lehre, d) das Aufweisen umfassender Kenntnisse über das niederländische Gesundheitssystem, den Einfluss gesellschaftlicher und politischer Entwicklungen und die zielorientierte und effiziente Nutzung dieser Kenntnisse für die eigene Funktion und Organisation, e) die Grundsätze des Qualitätsmanagements, welche Überwachung, Förderung und Gewährleistung beinhalten, in der Praxis anzuwenden.

§ 3 Artikel 5, Nr. 4 des Beschlusses erläutert die Fähigkeit zur Zusammenarbeit damit, a) in Absprache mit dem Patienten auf effektive Weise eine Zusammenarbeit mit anderen medizinischen Dienstleistern des Gesundheitswesens zu erreichen sowie b) zielorientierte Beiträge an interdisziplinäre Teams auf dem Gebiet der Patientenversorgung, Lehre und Forschung zu liefern.

§ 3 Artikel 5, Nr. 5 des Beschlusses definiert die zu erwerbenden Fähigkeiten in Forschung und Wissenschaft damit, a) angewandte empirische wissenschaftliche Untersuchungen zu entwickeln und durchzuführen, b) die Prinzipien des kritischen Denkens auf medizinische Quellen unter Interaktion mit anderen anzupassen, c) bei konkreten Entscheidungen in der klinischen Praxis verfügbare Erkenntnisse beizusteuern sowie d) eine persönliche Lernstrategie zu entwickeln, zu implementieren und zu dokumentieren.

Nach § 3 Artikel 5, Nr. 6 des Beschlusses umfasst soziales Handeln, a) die Kenntnisse über Ursachen von Gesundheit und Krankheit in der Praxis anzuwenden und Maßnahmen, welche die Gesundheit von Individuen und Gruppen fördern, mitzuentwickeln, b) gesundheitliche Risikofaktoren auf den Ebenen des Einzelnen, von Patien-

tengruppen und der Gesellschaft zu identifizieren sowie c) adäquate Reaktionen auf diese Risikofaktoren zu entwickeln.

§ 3 Artikel 5, Nr. 7 des Beschlusses beschreibt die Fähigkeit zur Professionalität als a) die Darbietung einer auf ehrliche und bedeutsame Art hochwertigen Gesundheitsversorgung unter Berücksichtigung der Integrität des Patienten b) adäquates professionelles Verhalten in Gesundheitsversorgung, Forschung und Lehre, c) Anwendung von Medizin auf ethisch verantwortungsvolle Weise unter Beachtung der medizinischen, juristischen und professionellen Verpflichtungen, die sich aus der Mitgliedschaft einer selbstregulierenden Gruppe ergeben, d) Reflektion der eigenen Stärken und Schwächen und dadurch Ansteuerung eines eigenen Lernprozesses mit verantwortungsbewusstem Aufgreifen für die persönliche professionelle Reifung mit dem Ziel einer lebenslangen professionellen Entwicklung, e) Reflektion des eigenen Handelns in der medizinischen Praxis in Bezug auf die eigenen Gefühle und Erkenntnisse sowie als f) Reflektion über die Auswirkungen eigener Einstellungen, Normen und Wertvorstellungen auf das medizinische Handeln.

Die Kompetenzen des PA sind in § 5 Artikel 7 des Beschlusses geregelt. Demnach ist er zur Verrichtung von Heilkunde a), zur Ausübung der Endoskopie b), zur Katheterisierung c), zur Durchführung von Injektionen d), Punktionen e), elektiver Kardioversion f) und Defibrillation g) sowie zur Verschreibung verschreibungspflichtiger Medikamente h) befugt. Diese Kompetenzen sind dem PA jedoch gemäß Art.7 Nr.2 ausschließlich dann vorbehalten, wenn es sich um Handlungen begrenzter Komplexität b), routinemäßige Handlungen c) und Handlungen mit überschaubarem Risiko handelt d), bei denen regionale Bestimmungen eingehalten werden e).

### **e) Einsatzgebiete**

Der PA erfährt eine breit angelegte medizinische Ausbildung, die ihn dazu befähigt, sich in seinem Einsatzgebiet zu spezialisieren. Er wird im Operationssaal, in Polikliniken, in der Ambulanz und auf den Stationen mit einem vergleichbaren Tätigkeitsprofil zu einem Arzthelfer eingesetzt. Somit bestimmt der praktische Einsatz das Aufgabengebiet.<sup>70</sup>

---

<sup>70</sup> <http://www.napa.nl/kennisbank/faq/> (Stand: 2.1.2017).

## **f) Anerkennung**

Zusätzlich zu den gesetzlichen Reglementierungen hat die „nederlandse associatie physician assistants“ (Niederländische Vereinigung der Physician Assistants, NAPA) seit 2009 die Möglichkeit der Registrierung jedes PA in einem Qualitätsregister geschaffen<sup>71</sup>, bei der sich der PA gleichzeitig zur Einhaltung der im Berufscodex formulierten Grundlagenpunkte verpflichtet.

Die Registrierung gilt nach Artikel 6.1 des „Reglement Kwaliteitsregister Physician Assistant“ (Qualitätsregister) für maximal 5 Jahre und muss danach erneuert werden. Die Akkreditierung kann auch online über ein gemeinsames Internet Akkreditierungssystem (GAIA – Gemeenschappelijke Accreditatie Internet Applicatie) erfolgen.<sup>72</sup>

Außerdem wurde ein unabhängiges niederländisch-flämisches Akkreditierungsprogramm zur Qualitätsbeurteilung der Masterstudiengänge eingeführt („nederlands-vlaamse accreditatieorganisatie“ NVAO).<sup>73</sup>

## **g) Zusammenfassung**

Das niederländische PA-System zeichnet sich dadurch aus, dass die Kompetenzen der einzelnen Gesundheitsfachberufe einheitlich und sehr detailliert normiert wurden. Diese Regelung gilt jedoch zunächst nur bis 2017, bevor dann eine dauerhafte Normierung geplant ist. Der PA erhält in den Niederlanden weitreichende Kompetenzen, die u.a. auch invasive Maßnahmen umfassen. Diese sind jedoch nur auf Routineeingriffe beschränkt.

## **4. Zusammenfassung der ausländischen PA-Systeme**

Der PA spielt internationalen Bereich bereits eine bedeutende Rolle in der Gesundheitsversorgung. Sein Einsatz ist breit gestreut und umfasst weite Bereiche vom ersten Patientenkontakt bis zur therapeutischen Versorgung. Insbesondere

---

<sup>71</sup> <http://www.napa.nl/wp-content/uploads/2015/03/Reglement-1e-registratie-Kwaliteitsregister-vers-3.0-def.pdf> (Stand: 2.1.2017).

<sup>72</sup> <http://www.napa.nl/kwaliteit-nascholing/gaia/> (Stand: 2.1.2017).

<sup>73</sup> <https://www.nvao.net> (Stand: 2.1.2017).

das niederländische System zeichnet sich durch ein ausgearbeitetes System an Regularien aus, welches einen sicheren und kontrollierten Einsatz des PA ermöglicht.

Tabelle 1 stellt eine vergleichende Übersicht der im Ausland getroffenen Regelungen zu den Zulassungsvoraussetzungen eines PA-Studiums und den hierbei erworbenen Kompetenzen dar.

<b>Nation</b>	<b>Zulassungsvoraussetzungen</b>	<b>Kompetenzen</b>	<b>Besonderheiten</b>
<b>USA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bachelorabschluss in einer Naturwissenschaft (z.B. Biologie, Chemie etc.)</li> <li>- praktische Erfahrungen im klinischen Sektor</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Anamnese</li> <li>- Körperliche Untersuchung</li> <li>- Beurteilung und Diagnose</li> <li>- Einleitung und Durchführung bestimmter Behandlungsmaßnahmen</li> <li>- Ärztlich regulierte Verabreichung und Anordnung von Medikamenten</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nationale Festlegung von Ausbildungsstandards</li> <li>- Einheitliches Akkreditierungssystem für PAs und Ausbildungsprogramme</li> <li>- Individuelles Übereinkommen zwischen PA und super-vidierendem Arzt zur Festlegung des Einsatzes</li> </ul>
<b>Großbritannien</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Absolventen der Biowissenschaften oder von Heilberufen</li> <li>➤ Kompensation durch pflegerische Vorkenntnisse möglich</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Anamnese</li> <li>- Orientierende körperliche Untersuchung</li> <li>- Auswahl und Einleitung von Diagnoseschritten</li> <li>- Therapiefindung</li> <li>- Durchführung von Basismaßnahmen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- PA Registrierungsmöglichkeit in nationalem Register</li> <li>- Ausbildungsvorgaben durch einheitlichen nationalen Rahmenplan</li> <li>- PA-Einsatz basierend auf Delegation, die jedoch nur bei fehlender Qualifikation eine Überwachung erfordert</li> </ul>
<b>Niederlande</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bachelor im Gesundheitswesen</li> <li>- Zwei Jahre Berufserfahrung in diesem Bereich</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Anamnese</li> <li>- Diagnostische Maßnahmen</li> <li>- Heilkundliche Aufgaben mit begrenzter Komplexität (z.B. Endoskopie, Katheterisierung)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Einheitliche Festlegung der Kompetenzen der einzelnen Gesundheitsberufe, dadurch Abstimmung der Aufgabebereiche</li> <li>- Sehr detaillierte nationale Regelung der PA-Kompetenzen</li> </ul>

Tabelle 1: Zulassungsvoraussetzungen und Kompetenzen des PA im Ausland.

## 5. Erfahrungsberichte aus dem Ausland

Eine durch den niederländischen Gesundheitsminister in Zusammenarbeit mit der NAPA und der V&VN<sup>74</sup> ("Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland"<sup>75</sup>) beauftragte Studie<sup>76</sup> über die Entwicklung des PA und des parallel eingeführten Pflegespezialisten der Universität Rotterdam von Februar 2015 ergab, dass der PA sich zu einer vollwertigen Fachkraft mit einer eigenständigen Rolle und eigenen Handlungskompetenz und Spezialisierungen entwickelt habe.<sup>77</sup> PAs seien ein Teil des medizinischen Teams und würden sowohl medizinische, als auch organisatorische Aufgaben von medizinischen Spezialisten übernehmen.<sup>78</sup> Sie stellten ein eigenes Berufsbild neben dem der Ärzte und der Krankenschwester dar und ihr Aufgabengebiet ginge über das der bloßen Übernahme von Tätigkeiten von medizinischen Spezialisten hinaus.<sup>79</sup> Des Weiteren würden sie eine Innovation für die Gesundheitsversorgung bilden, u.a., indem sie die Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Pflegepersonal stärkten, zu einer Verbesserung der Organisation im Gesundheitssektor führten und die psycho-soziale Unterstützung für Patienten und Angehörige förderten.<sup>80</sup> Daher gäbe es keinen Konkurrenzkampf zwischen etablierten und neuen Fachkräften.

Der Bericht der Universität Rotterdam macht jedoch auch darauf aufmerksam, dass die Art und Weise der Entwicklung des neuen Berufsbildes situationsabhängig sei.<sup>81</sup> Zum einen sei der PA-Einsatz von den Umständen in der jeweiligen Organisationseinheit, wie z.B. der Pflegeeinrichtung und der Terminplanung, abhängig. Außerdem

---

<sup>74</sup> <http://www.venvn.nl> (Stand: 2.1.2017).

<sup>75</sup> Pflegepersonal Niederlande- Der V&VN ist der größte Fachverband der Niederlande.

<sup>76</sup> Wallenbur, I., Janssen, M., De Bont A., De rol van de Verpleegkundig Specialist en de Physician Assistant in de zorg-Een praktijkonderzoek naar taakherschikking in de tweede- en derdelijnszorg in Nederland (=Die Rolle des Pflegespezialisten und des PAs in der Gesundheitsversorgung- Eine praxisorientierte Untersuchung der Aufgabenumverteilung in der Sekundär- und Tertiärversorgung), Bestuur&Beleid van de Gezondheidszorg, Instituut Beleid & Management Gezondheidszorg, Erasmus Universiteit Rotterdam (2015), S.1-78.

<sup>77</sup> Seite 65, De rol van de Verpleegkundig Specialist en de Physician Assistant in de zorg-Een praktijkonderzoek naar taakherschikking in de tweede- en derdelijnszorg in Nederland.

<sup>78</sup> Seite 47, Punkt 4.2, De rol van de Verpleegkundig Specialist en de Physician Assistant in de zorg-Een praktijkonderzoek naar taakherschikking in de tweede- en derdelijnszorg in Nederland.

<sup>79</sup> Seite 65, De rol van de Verpleegkundig Specialist en de Physician Assistant in de zorg-Een praktijkonderzoek naar taakherschikking in de tweede- en derdelijnszorg in Nederland.

<sup>80</sup> Seite 56, 57, Punkt 4.2, De rol van de Verpleegkundig Specialist en de Physician Assistant in de zorg-Een praktijkonderzoek naar taakherschikking in de tweede- en derdelijnszorg in Nederland.

<sup>81</sup> Seite 37, 38, Punkt 4.1, De rol van de Verpleegkundig Specialist en de Physician Assistant in de zorg-Een praktijkonderzoek naar taakherschikking in de tweede- en derdelijnszorg in Nederland.

würde die Tätigkeit des PA durch die Präferenzen der Klinikleitung und der Fachkräfte in der Organisation beeinflusst. Diese Präferenzen würden durch Erfahrung und gegenseitiges Vertrauen geprägt. Schließlich würde die Stellung des PA durch lokale Vereinbarungen definiert, die angepasst oder verhandelt werden, wenn Kenntnisse, Fähigkeiten und Vertrauen in die PAs steigen. So würden PAs schrittweise mehr Verantwortung bekommen.<sup>82</sup>

Lokale Absprachen und Gebräuche würden jedoch auch dazu führen, dass die gesetzlichen Befugnisse durch den PA nicht optimal ausgenutzt werden. In der Praxis würden neue Abhängigkeiten geschaffen. Beispiel sei die Übertragung der letztendlichen Verantwortung auf Ärzte, wodurch die PAs unter Aufsicht von Ärzten arbeiteten. Diese Verleihung der letztendlichen Verantwortung beruhe auf keiner Rechtsgrundlage. Auf der Grundlage des Gesetzes (BIG) seien nämlich die einzelnen Fachkräfte des Gesundheitswesens für die durch sie vorgenommene Pflege selbst verantwortlich.<sup>83</sup>

Timmermans et al. publizierten 2015 eine Studie in Hinblick auf Unterschiede bei der Stationsarbeit zwischen PAs und Ärzten in den Niederlanden. Die PA-geführten Stationen wiesen die höchste personale Kontinuität auf.

PAs verbrachten mehr Zeit mit der direkten Patientenversorgung, während Ärzte mehr Zeit für Forschung aufwandten.<sup>84</sup>

Eine weitere niederländische, 2015 publizierte Studie untersuchte die generellen klinischen Fähigkeiten des PA im Spektrum klinischer Fälle im Vergleich zu seeben graduierten Ärzten. PAs wiesen bei der Beurteilung der klinisch häufigsten Fälle ein vergleichbares Kompetenzspektrum zu den seeben graduierten Ärzten auf. Sie schnit-

---

<sup>82</sup> Seite 37, 38, Punkt 4.1, De rol van de Verpleegkundig Specialist en de Physician Assistant in de zorg-Een praktijkonderzoek naar taakherschikking in de tweede- en derdelijnszorg in Nederland.

<sup>83</sup> Seite 66, De rol van de Verpleegkundig Specialist en de Physician Assistant in de zorg-Een praktijkonderzoek naar taakherschikking in de tweede- en derdelijnszorg in Nederland.

<sup>84</sup> *Timmermanns M. J.C., Van Vught, A.J.A., Van den Berg M., Ponfoort E.D., Riemens F., Van Unen J., Wobbles T, Wensing M., Laurant M.G.H.*, Physician assistants in medical ward care: a descriptive study of the situation in the Netherlands, *Journal of Evaluation in Clinical Practice* (2015), doi: 10.1111/jep.12499, S.1-8 (5).

ten jedoch bei der klinischen Argumentation in der vollen Breite der medizinischen Versorgung schlechter ab.<sup>85</sup>

In einer 2013 in den USA durchgeführten Studie<sup>86</sup> wurden die Auswirkungen eines „physician assistant home care“- (PAHC) Programmes anhand der 30-Tage Wiederaufnahmerate in Krankenhäusern evaluiert. Patienten mit Zustand nach einer kardialen Operation wurden postoperativ über 13 Monate (340 Patienten) im Vergleich zu einer Kontrollgruppe (361 Patienten) ohne das PAHC-Programm untersucht. Die PA-Hausbesuche wurden am 2. und 5. Tag nach der Entlassung durchgeführt. Die Krankenhauswiederaufnahmerate innerhalb der ersten 30 Tage wurde durch die PA-Visiten im Vergleich zur Kontrollgruppe um 25 % reduziert. Die häufigste interven-tionelle Maßnahme des PA im Rahmen des Besuches war die Medikamentenabstim-mung.<sup>87</sup>

Eine in Kanada durchgeführte Studie aus dem Jahr 2010 ergab, dass durch den Ein-satz von PAs eine Zeitersparnis von 204 Stunden für den supervidierenden Arzt in-nerhalb eines Jahres entsteht. Außerdem werde das Operationsvolumen gesteigert, wodurch es zu einer Reduktion der Wartezeiten komme.<sup>88</sup>

Im Jahr 2009 wurde eine Studie publiziert, die prospektiv erhobene Daten von 5508 Patientenaufnahmen aus dem Zeitraum 1998-2000 (physician assistants–hospitalists service) mit retrospektiv in den Jahren 1996-1998 erhobenen Daten von 5458 Patien-tenaufnahmen (medical residents model) in einem amerikanischen öffentlichen Kran-kenhaus miteinander verglich. Das Behandlungsteam von 1996-1998 bestand aus 30 Assistenzärzten und 9.5 Fachärzten in Vollzeit (1996-1998) und wurde durch 23 PAs

---

<sup>85</sup> *Van Vught A.J.A.H., Hettinga A.M., Denessen E.J.P.G., Gerhardus M.J.T., Bouwmans G.A.M., Van den Brink G.T.W.J., Postma C.T.*, Analysis of the level of general clinical skills of physician assistant students using an objective structured clinical examination, *Journal of Evaluation in Clinical Practice* (2015), 21:971-975 (973).

<sup>86</sup> *Nabagiez J.P., Shariff M.A., Khan M.A., Molloy W.J., Mc Ginn J.T.*, Physician assistant home visit program to reduce hospital readmissions, *J Thorac Cardiovasc Surg.* (2013), 145:225-233 (226).

<sup>87</sup> *Nabagiez J.P., Shariff M.A., Khan M.A., Molloy W.J., Mc Ginn J.T.*, Physician assistant home visit program to reduce hospital readmissions, *J Thorac Cardiovasc Surg.* (2013), 145:225-233 (226).

<sup>88</sup> *Bohm E.R., Dunbar M., Pitman D., Rhule C., Araneta J.*, Experience with physician assis-tants in a Canadian arthroplasty program, *Canadian Journal of Surgery* (2010), 53(2):103-108 (105-107).

und 12.5 Fachärzten in Vollzeit (1998-2000) ersetzt. Während innerhalb des PA-Intervalles die Mortalität 1.94 % betrug, wurde während des Assistenten-Intervalles eine Mortalität von 2.85 % festgestellt ( $p \leq 0.001$ ). Die Komplikationsrate hingegen war im PA-Intervall fast doppelt so hoch (9 v.s. 5,  $p = 0.29$ ), während die Wiederaufnahmerate innerhalb von 30 Tagen im Assistentenintervall höher war (64 v.s. 69,  $p = 0.34$ ). Die Patientenzufriedenheit betrug im PA-Intervall 95 % im Vergleich zu 96 % unter den Assistenten ( $p = 0.33$ ). Die Versorgungsqualität wurde innerhalb der Studie zwischen beiden Modellen als gleichwertig eingestuft.<sup>89</sup>

Aus einer 2006 veröffentlichten amerikanischen Studie aus 146.880 Patientenangaben über die Zufriedenheit älterer Patienten ( $> 65$  Jahre) mit PAs, Krankenschwestern („nurse practitioner“) und Ärzten ergab sich, dass die Patienten eine generelle Zufriedenheit mit ihrer medizinische Versorgung zeigten und keinen der Gesundheitsversorger präferierten.<sup>90</sup>

Zusammenfassend stellen die dargelegten Studien ein positives Bild des PA dar. Der PA wird als vollwertige Fachkraft angesehen und wirkt sich positiv ergänzend auf das Gefüge an Berufen im Gesundheitssektor aus. Neben einer deutlichen Arbeitsentlastung für Ärzte zeigte sich auch eine hohe Zufriedenheit unter den von einem PA betreuten Patienten.

---

<sup>89</sup> *Dhuper S., Choksi S.*, Replacing an Academic Internal Medicine Residency Program With a Physician Assistant–Hospitalist Model: A Comparative Analysis Study, *American Journal of medical quality* (2009), 24:132-139 (135,136).

<sup>90</sup> *Cipher D.J., Hooker R.S., Sekscenski E.*, Are older patients satisfied with physician assistants and nurse practitioners? *Journal of the American Academy of Physician Assistants* (2006), 19(1): 36, (39-40, 42-44).



### **III. Einführung des PA in Deutschland**

Das PA-Studium wurde in Deutschland erstmalig im Jahr 2005 an der Steinbeis Hochschule Berlin eingeführt.

Im Laufe der Jahre kamen weitere Standorte<sup>91</sup> hinzu und der Studiengang wurde mehrfach modifiziert.

Eine den weiteren Prozess der Etablierung des PA fördernde Rolle spielt die nachfolgend dargestellte Entwicklung im deutschen Gesundheitssystem.

#### **1. Entwicklungen im deutschen Gesundheitswesen**

Der PA wurde in Deutschland hauptsächlich eingeführt, um eine Arbeitsentlastung für Ärzte herbeizuführen und auf diese Weise den relativen Mangel an Ärzten abzumildern. Dieser basiert auf verschiedenen Faktoren, zu denen neben dem nachfolgend dargestellten demographischen Wandel auch eine ungünstige Entwicklung im Medizinsektor zählt.

##### **a) Demographischer Wandel**

###### **aa) Bedeutung des demographischen Wandels**

Über Jahrhunderte hinweg existierte eine sogenannte „Alterspyramide“ mit breiter Basis der jungen Generationen und, auf Grund der hohen Sterberate, schmaler Spitze bei den Älteren.<sup>92</sup>

Ab Mitte des 20. Jahrhunderts änderte sich dies, indem die Anzahl der Jüngeren abnahm und die Lebenserwartung anstieg.<sup>93</sup> Dieser Trend setzte sich bis zur heutigen

---

<sup>91</sup> Duale Hochschule BW, Carl Remigius Medical School, Praxis Hochschule, Staatliche Studienakademie Plauen.

<sup>92</sup> Statistisches Bundesamt, Alterspyramide 1950, <https://www.destatis.de/bevoelkerungspyramide/#!y=1950&v=2> (Stand: 2.1.2017).

<sup>93</sup> Statistisches Bundesamt, koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung Deutschland 1950-2060, <https://www.destatis.de/bevoelkerungspyramide/#!y=2060> (Stand: 2.1.2017).

Zeit fort und beschleunigt sich insbesondere durch den Rückgang der Anzahl potentieller Mütter.<sup>94</sup>

Während 1950 der Anteil der 60-80 Jährigen noch 13,6 % betrug, befand sich 2014 bereits mehr als jeder Fünfte (21,8 %) in dieser Altersgruppe.<sup>95</sup> Außerdem stieg die Lebenserwartung von 72,4 Jahren für Frauen, bzw. 66,9 Jahren für Männer im Jahr 1960 auf 82,7 bzw. 77,2 Jahre im Jahr 2010 um ca. 15 % bei beiden Geschlechtern (ca. 14,2% für Frauen, ca. 15,4 % für Männer).

Bis zum Jahr 2060 wird ein Anstieg der Lebenserwartung auf 89,2 (um 7,9 %) bzw. 85 Jahre (um 10,1 %) erwartet.<sup>96</sup> Somit entwickelt sich die Anfang des 20. Jahrhunderts beschriebene Alterspyramide von einer eher tannenbaumartigen Form zu einer umgekehrten Pyramide mit der breitesten Basis in den hohen Altersstufen<sup>97</sup> (Abb.1).

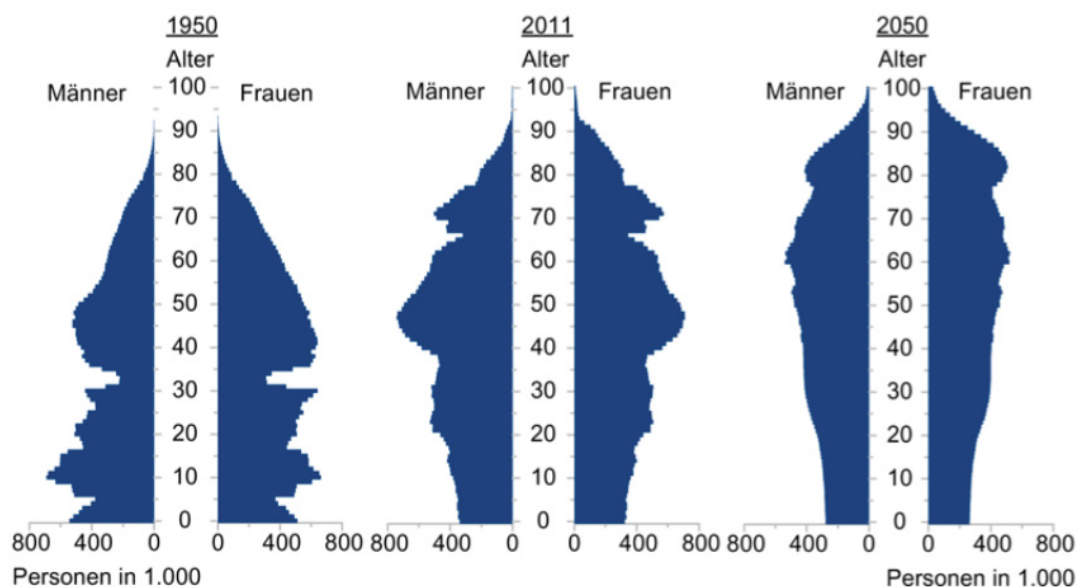


Abbildung 1: Altersstruktur der deutschen Bevölkerung 1950, 2011, 2050.<sup>98</sup>

<sup>94</sup> Statistisches Bundesamt, Geburtentrends und Familiensituation in Deutschland, 2012, S.1-73 (8).

<sup>95</sup> Statistisches Bundesamt, Bevölkerung nach Altersgruppen, Deutschland, [https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/Bevoelkerungsstand/Tabellen/\\_lrbev01.html;jsessionid=0721BCEDE1CC87DA5D7D4EDFD335C467.cae1](https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/Bevoelkerungsstand/Tabellen/_lrbev01.html;jsessionid=0721BCEDE1CC87DA5D7D4EDFD335C467.cae1) (Stand: 2.1.2017).

<sup>96</sup> Statistisches Bundesamt, Bevölkerung Deutschlands bis 2060, 2009, S.1-49 (29).

<sup>97</sup> Alterspyramide Deutschland, <http://www.ohg-giessen.de/veranstaltungen/vortraege/2010/abb/JLeib-20110202-alterspyramide.jpg> (Stand: 2.1.2017).

<sup>98</sup> Daten des Statistischen Bundesamtes zum demographischen Wandel in Deutschland, Graphik: Bundesministerium für Familien, Senioren, Frauen und Jugend, <https://www.bmfsfj.de/bmfsfj/aktuelles/alle-meldungen/dialog-ueber-demografischen-wandel-wird-fortgesetzt/77374> (Stand: 2.1.2017).

## **bb) Auswirkungen des demographischen Wandels**

Die sich verstärkende Zunahme des Anteils der älteren Bevölkerungsschichten hat weitreichende Konsequenzen für das deutsche Gesundheitssystem.

Nach einer Auswertung des Institutes Arbeit und Qualifikation der Universität Duisburg-Essen aus dem Jahr 2013 erwies sich der Altersfaktor als zentrale Einflussgröße auf die Gesundheit.

Bei den mindestens 75-Jährigen gab jeweils mehr als ein Viertel der befragten Frauen und Männer an, unter einer Krankheit zu leiden, während dies in der Gruppe der 50-55-Jährigen nur für jeden Fünften zutrif.<sup>99</sup>

Die Anzahl der Tage, die Versicherte im Krankenhaus verbringen, steigt mit zunehmendem Alter an. Während bei den unter 35-Jährigen die durchschnittliche Verweildauer bei einer stationären Behandlung im Krankenhaus noch unter einem Tag liegt, steigt sie ab dem 65. Lebensjahr schon auf über drei Tage. Im Alter von mehr als 80 Jahren beträgt die Krankenhausverweildauer durchschnittlich siebeneinhalb (Frauen) bis acht (Männer) Tage.<sup>100</sup>

Diese Entwicklung spiegelt sich auch in einer Vorausberechnung der Behandlungskosten in Krankenhäusern nach Altersgruppen bis 2030 wieder. Während 2008 die Kosten für die Bevölkerung < 64 Jahren 34,3 Milliarden Euro und > 65 Jahren 32,4 Milliarden Euro betragen, wurden für das Jahr 2030 Ausgaben in Höhe von 30,8 Milliarden Euro für die Bevölkerung < 64 Jahren und 44,6 Milliarden Euro für die Bevölkerung > 65 Jahren vorausgesagt.<sup>101</sup>

---

<sup>99</sup> Statistisches Bundesamt Ergebnisse des Mikrozensus 2013-Kranke nach Altersgruppen und Geschlecht, 2013.

<sup>100</sup> Stürzer M., Cornelißen W., Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Gender Datenreport, 8.3.2 Krankenhausaufenthalte und medizinische Diagnosen, 2005, S.1-806 (498).

<sup>101</sup> Nöthen, M., Hohe Kosten im Gesundheitswesen: Eine Frage des Alters?, Statistisches Bundesamt Wiesbaden (2011), S. 665-675 (673).

### **cc) Zusammenfassung**

Durch eine Zunahme der höheren Altersgruppen ist auch eine Zunahme des medizinischen Behandlungsaufwandes zu verzeichnen, der mit einem Kostenanstieg verbunden ist.<sup>102</sup> Dies hat einen erhöhten Bedarf u.a. an ärztlichem Personal zur Konsequenz, während gleichzeitig Einsparungen im Gesundheitssektor vorgenommen werden müssen, um den Kostenanstieg zu kompensieren.

### **b) Medizinischer Fortschritt**

Die BÄK formuliert<sup>103</sup>, dass mit zunehmendem Alter jede lebensverlängernde Maßnahme zu einem progressiv anwachsendem Leistungsbedarf im Gesundheitswesen führt. Neue Methoden in Diagnostik und Therapie seien zwar geeignet, einzelne Krankheiten wirkungsvoll zu bekämpfen, jedoch werden diese dann durch neue Krankheitsbilder, die zuvor eine eher untergeordnete Rolle gespielt haben, abgelöst (z.B. durch eine Reduktion der kardiovaskulären Ereignisse kommt es zu einem gehäuften Aufkommen der Alzheimer-Demenz). Mit zunehmendem Alter steige der Behandlungsaufwand in Abhängigkeit vom medizinischen Fortschritt an, da jeder erfolgreichen Bekämpfung einer Krankheit zwingend eine andere potentielle Todesursache folge, die ebenfalls behandlungsbedürftig sei.<sup>104</sup>

Zusammenfassend hilft der medizinische Fortschritt einerseits, bestimmte Krankheiten zu bekämpfen und das Leben in der Bevölkerung zu verlängern. Andererseits erlangen dann jedoch andere Krankheitsbilder eine zentralere Bedeutung, die vom medizinischen Fortschritt noch nicht erfasst wurden. Dies hat zur Folge, dass sowohl die Lebenserwartung, als auch der zur Lebenserhaltung zu betreibende Aufwand (finanziell und personell) steigen.

---

<sup>102</sup> *Seibl M, Spickhoff A.*, Die Erstattungsfähigkeit ärztlicher Leistungen bei Delegation an nichtärztliches Personal, NZS (2008), 57, S. 57-65 (57).

<sup>103</sup> Bundesärztekammer, Abteilung Statistik, Analyse Ärztemangel trotz steigender Arztzahlen – ein Widerspruch, der keiner ist, S. 1-17 (5-7); <https://www.aerzteblatt.de/download/files/2009/04/down136282.pdf> (Stand: 2.1.2017).

<sup>104</sup> Bundesärztekammer, Abteilung Statistik, Analyse Ärztemangel trotz steigender Arztzahlen – ein Widerspruch, der keiner ist, S. 1-17 (5-7), <https://www.aerzteblatt.de/download/files/2009/04/down136282.pdf> (Stand: 2.1.2017).

Die durchschnittlichen Gesundheitsausgaben je Einwohner stiegen nach Angaben des Bundesministeriums für Gesundheit von 2690 Euro im Jahr 2001 auf 3910 Euro im Jahr 2013.<sup>105</sup>

Zusätzlich ist der medizinische Fortschritt auch mit einem Anstieg der Komplexität einzelner medizinischer Prozesse, Diagnose- und Therapiemaßnahmen verbunden. Für den Einzelnen ist es unmöglich geworden, in allen Bereichen sowohl wissenschaftlich auf dem neuesten Stand zu sein, als auch praktisch die erforderliche Alltagsroutine zu beherrschen.

### c) Der Ärztemangel

Diese Problematik wird durch den bereits seit längerem beschriebenen Ärztemangel weiter verschärft, der trotz eines Anstiegs der Gesamtzahl berufstätiger Ärzte (Jahr 2013: 357.252 Ärzte; Jahr 2010:333.599 Ärzte; Jahr 2000: 294.676 Ärzte)<sup>106</sup> zu verzeichnen ist.

Bis zum Jahr 2020 wird ein Defizit von 51.774 Ärzten im ambulanten Sektor geschätzt. Im stationären Bereich werden bis zum Jahr 2020 19.851 Ober- und Chefarzte altersbedingt in den Ruhestand gehen, während bereits 2009 5.000 vakante Stellen im ärztlichen Dienst in Krankenhäusern nicht besetzt werden konnten.<sup>107</sup>

Auch das Durchschnittsalter berufstätiger Ärzte stieg im stationären Bereich von 38,05 Jahren (1993) auf 41,25 Jahre (2013) und im ambulanten Bereich von 46, 56 Jahren (1993) auf 53,09 Jahre (2013) an.<sup>108</sup>

---

<sup>105</sup> Daten des Gesundheitswesens 2015, [http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Publikationen/Gesundheit/Broschueren/151104\\_BMG\\_DdGW\\_A4.pdf](http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Publikationen/Gesundheit/Broschueren/151104_BMG_DdGW_A4.pdf), S.131 (Stand: 2.1.2017).

<sup>106</sup> Bundesärztekammer, Diagramme und Tabellen, <http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/Stat13AbbTab.pdf> (Stand: 2.1.2017).

<sup>107</sup> *Kopetsch T.*, Dem deutschen Gesundheitswesen gehen die Ärzte aus! Studie zur Altersstruktur- und Arztzahlentwicklung 5. aktualisierte und komplett überarbeitete Auflage, Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung Berlin, Abteilung Statistik, 2010, S.1-146 (17).

<sup>108</sup> *Osterloh F.*, Ärztestatistik, Mehr Ärztinnen, mehr Angestellte, Deutsches Ärzteblatt 2014; 111(16): A-672 / B-580 / C-560.

Aus einer Statistik der Bundesärztekammer geht hervor, dass im Vergleich zu 1993, als noch 26,6 % aller berufstätigen Ärzte jünger als 35 Jahre waren, dies im Jahr 2013 lediglich noch auf 18 % der Ärzte zutraf.<sup>109</sup>

Dies korreliert damit, dass sich die Zahl der in den Ruhestand gehenden Ärzte im Jahr 2013 im Vergleich zum Vorjahr um 3,8 % erhöht hat. Während die Anzahl der Medizinstudenten in den Jahren 1999-2010 zwischen 78.545 und 80.991 schwankte, zeigte sich im Anschluss eine leicht ansteigende Tendenz auf 86.376 Studenten im Jahr 2013.<sup>110</sup>

Den Ärztemangel weiter verschärfend existiert eine zunehmende Feminisierung des Berufsstandes. Nach einer Statistik des Deutschen Ärzteblattes stieg der Prozentsatz berufstätiger Ärztinnen von 35,9 % im Jahr 1996 auf 45 % im Jahr 2013.<sup>111</sup>

Nach Angaben des statistischen Bundesamtes erhöhte sich der Anteil an weiblichen Medizinstudenten von 44,26 % im Jahr 1990 auf eine gleichmäßige Verteilung von 49,97 % im Jahr 1998 bis zu einer Umkehr der Geschlechter auf 60,63 % im Jahr 2013.<sup>112</sup> Von den berufstätigen Ärztinnen arbeiteten im Jahr 2008 37,4 % weniger als 40 Stunden pro Woche, während dies lediglich auf 15,6 % der Ärzte zutraf.<sup>113</sup>

Somit ergibt sich eine Dysbalance zwischen der Verteilung der Leistungserbringer und der Zunahme des Arbeitsaufkommens. Es entsteht ein wachsender Anteil der Ärzteschaft, der einen geringeren Anteil der Arbeitsbelastung trägt und somit den Mehrbedarf an Ärzten verstärkt.

---

<sup>109</sup> Bundesärztekammer, Diagramme und Tabellen, Abb.6, <http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/Stat13AbbTab.pdf> (Stand: 2.1.2017).

<sup>110</sup> Statistisches Bundesamt, Studierende, <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/Indikatoren/LangeReihen/Bildung/lrbil05.html> (Stand: 2.1.2017).

<sup>111</sup> Osterloh F., Ärztestatistik, Mehr Ärztinnen, mehr Angestellte, Dtsch Arztebl 2014; 111(16): A-672 / B-580 / C-560.

<sup>112</sup> Statistisches Bundesamt, Studierende, <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/Indikatoren/LangeReihen/Bildung/lrbil05.html> (Stand: 2.1.2017).

<sup>113</sup> Kopetsch T., Dem deutschen Gesundheitswesen gehen die Ärzte aus! Studie zur Altersstruktur- und Arztlzahlentwicklung 5. aktualisierte und komplett überarbeitete Auflage, Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung Berlin (2010), Abteilung Statistik, S.1-146 (136).

Dies wird zusätzlich dadurch verschärft, dass auch die Gesamtarbeitszeit sowohl unter weiblichen als auch männlichen Ärzten rückläufig ist (-1 wöchentliche Arbeitsstunde im Jahr 2008 im Vergleich zu 2002).<sup>114</sup>

Zusammenfassend lässt sich der zunehmende Mangel an Ärzten neben einem Anstieg des Durchschnittsalters, einer damit verbundenen Zunahme der in Ruhestand gehenden Ärzte und einer nur geringen Zunahme des Mediziner Nachwuchses auch auf eine Dysbalance in der Geschlechterverteilung sowie eine Abnahme der Arbeitszeiten zurückführen.

#### **d) Lösungsansätze**

Der Wissenschaftsrat forderte 2012 „eine den veränderten Anforderungen angepasste Qualifikation der Angehörigen der Gesundheitsversorgungsberufe sowie eine insgesamt stärker kooperativ organisierte Gesundheitsversorgung.“<sup>115</sup>

Eine Zunahme an Komplexität in Diagnostik, Therapie und Prävention durch die Entwicklung neuer Techniken und Methoden erfordere ein engeres interdisziplinäres Zusammenwirken zwischen verschiedenen Gruppen des Gesundheitssektors. Dem Bedarf an neuen Berufsgruppen, die vermehrt solche Schnittstellen besetzen können, entsprach der Rat mit einer Empfehlung zur „künftigen Qualifizierung für Gesundheitsversorgungsberufe, mithin zur strukturellen Entwicklung der gesundheitsbezogenen Disziplinen in Hinsicht auf ihre Ausbildungsleistungen“.<sup>116</sup>

Der Vorschlag kann insoweit zusammengefasst werden, dass neben einer engeren Zusammenarbeit zwischen Ärzten und anderen Berufsfeldern auch eine Qualifikationssteigerung dieser anderen Berufsgruppen erforderlich ist, die entweder durch Zusatzqualifikationen oder gerade auf bestimmte Tätigkeitsfelder ausgerichtete neue Ausbildungszweige zu erreichen ist.

---

<sup>114</sup> Statistisches Bundesamt, Nettoeinkommen, [https://www.destatis.de/DE/Publikationen/STATmagazin/BildungForschungKultur/2010\\_04/EinkommenArbeitszeit.html](https://www.destatis.de/DE/Publikationen/STATmagazin/BildungForschungKultur/2010_04/EinkommenArbeitszeit.html) (Stand: 2.1.2017).

<sup>115</sup> Wissenschaftsrat, Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen, Drs. 2411-12, 2012, S.1-113 (7-8, 77-78).

<sup>116</sup> Wissenschaftsrat, Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen, Drs. 2411-12, 2012, S.1-113 (7-8, 77-78).

Dem kann der PA gerecht werden, indem er sowohl eine engere Zusammenarbeit zwischen Ärzten und nicht-ärztlichen Mitarbeitern ermöglicht, als auch als neuer Ausbildungszweig eine Entlastung für Ärzte darstellt.

## **2. Gesetzliche Regelung**

Die Umsetzung des Vorhabens, einen neuen Berufszweig in das deutsche Gesundheitswesen einzuführen, ist zum jetzigen Zeitpunkt, mit Ausnahme der baden-württembergischen Weiterbildungsverordnung (WVO-BW), keiner einheitlichen gesetzlichen Regelung unterworfen.

Die Verordnung des Sozialministeriums und des Wissenschaftsministeriums zur Erprobung einer Weiterbildung in den Berufen der Krankenpflege, Kinderkrankenpflege und Altenpflege zur Arztassistenz (Weiterbildungsverordnung Arztassistenz Baden-Württemberg) vom 5. Juni 2013 wurde auf Grundlage (Art. 80 Abs.1 GG) von § 25 Abs.1, Abs.4, Abs.7 des Landespflegegesetzes vom 11. September 1995<sup>117</sup>, geändert durch Artikel 1 des Gesetzes vom 15. Juni 2010<sup>118</sup>, sowie § 4 Abs.1 des Landesverwaltungsgesetzes vom 14. Oktober 2008<sup>119</sup> erlassen.

Fraglich ist, ob die Weiterbildungsverordnung BW auch den Vorgaben der Rechtsgrundlage entspricht.

Gemäß § 25 Abs.1 des Landespflegegesetzes vom 11. September 1995 ist das Sozialministerium ermächtigt, zur Erweiterung und Vertiefung der beruflichen Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten in den Berufen der Gesundheits- und Krankenpflege (Nr. 2) Weiterbildungen an staatlich anerkannten Weiterbildungsstätten durch Rechtsverordnung zu regeln. Bei der WVO für PAs ist Voraussetzung für die Aufnahme der Weiterbildung, dass der Bewerber die hochschulrechtlichen Voraussetzungen erfüllt und über die Erlaubnis nach § 1 Abs. 1 S. 1 Nr. 1 oder 2 des Krankenpfle-

---

<sup>117</sup> GBl. S.665.

<sup>118</sup> GBl. S. 427, Gesetz zur Umsetzung der Richtlinie 2005/36/EG des Europäischen Parlaments und des Rates über die Anerkennung von Berufsqualifikationen.

<sup>119</sup> GBl. S. 313, 314.



gesetzes vom 16. Juli 2003<sup>120</sup> oder die Erlaubnis nach § 1 S. 1 des Altenpflegegesetzes in der Fassung vom 25. August 2003<sup>121</sup> verfügt (§ 5 WVO-BW). Demnach liegt eine Erweiterung und Vertiefung der beruflichen Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten der Berufsgruppen der Alten- und Gesundheits-/Krankenpflege vor. Gemäß § 2 Abs. 1 WVO-BW handelt es sich auch um eine Weiterbildung an einer Hochschule, sodass ebenfalls diese Voraussetzung der Rechtsgrundlage erfüllt ist.

Erfolgt die Weiterbildung an öffentlichen oder staatlich anerkannten Hochschulen, ist sie gemäß § 25 Abs. 4 des Landespflegegesetzes durch gemeinsame Rechtsverordnung des Sozialministeriums und des Wissenschaftsministeriums zu regeln. Bei der WVO-BW handelt es sich um eine Verordnung des Sozialministeriums und des Wissenschaftsministeriums.

Gemäß § 25 Abs. 7 des Landespflegegesetzes können zur Weiterentwicklung der Pflegeberufe zeitlich befristet Weiterbildungsangebote an Hochschulen erprobt werden, die erweiterte fachübergreifende Kenntnisse im Bereich medizinischen Grundlagenwissens sowie erweiterte Fertigkeiten zur Mitwirkung bei medizinischen Maßnahmen und der interdisziplinären Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen vermitteln. Inhalt, Gliederung, Dauer, Durchführung und Abschluss der Weiterbildung, der Umfang des theoretischen Unterrichts und der praktischen Unterweisung, die Zugangsvoraussetzungen, die Anrechnung von Unterbrechungen und Vorbildungszeiten, das Prüfungsverfahren, die Ausstellung von Zeugnissen und die Erteilung der Erlaubnis zum Führen der Weiterbildungsbezeichnung (§ 25 Abs. 2 des Landespflegegesetzes) müssen durch Rechtsverordnung festgelegt werden, wobei die Hochschule ermächtigt werden kann, Einzelheiten der Weiterbildung, insbesondere das Prüfungsverfahren, die Prüfungsleistungen und -organisation durch Satzung zu regeln. Diese erfordert ihrerseits das Einvernehmen von Sozialministerium und Wissenschaftsministerium (§ 25 Abs. 7 des Landespflegegesetzes).

Die WVO-BW trifft Regelungen zu den Inhalten der Weiterbildung (§ 3 WVO-BW), zur Dauer, Gliederung und Abschluss der Weiterbildung (§ 2 WVO-BW), zur personellen Ausstattung der Hochschule und der Einrichtung des Gesundheitswesens sowie Organisation des Studiums (§ 4 WVO-BW), zu den Aufnahmevoraussetzungen (§ 5 WVO-BW), zu Unterbrechungen (§ 6 WVO-BW), zur Anrechnung von Studien- und Prüfungsleistungen sowie von beruflichen Vorbildungszeiten (§ 7 WVO-BW) und zu

---

<sup>120</sup> BGBl. I S.1442.

<sup>121</sup> BGBl. I S. 1691.

Prüfungsleistungen (§ 8 WVO-BW), Prüfungsverfahren (§ 9 WVO-BW) und Zeugnissen (§ 12 WVO-BW), auf die in den nachfolgenden Abschnitten näher eingegangen wird. Demnach sind auch die gemäß § 25 Abs. 2 des Landespflegegesetzes erforderlichen inhaltlichen Voraussetzungen erfüllt.

Nach erfolgreich absolvierter Prüfung erteilt die Hochschule neben dem Hochschulgrad auch das Weiterbildungszeugnis, das zur Führung der staatlichen Weiterbildungsbezeichnung berechtigt (§ 25 Abs. 7 des Landespflegegesetzes, § 12 Abs. 3 WVO-BW). Zuletzt muss auch eine wissenschaftliche Begleitung und Auswertung der Modellvorhaben im Hinblick auf die Erreichung der Ziele erfolgen (§ 25 Abs. 7 des Landespflegegesetzes). Diese Anforderung ist durch § 13 Abs. 2 WVO-BW sichergestellt, nach der die Hochschule im Einvernehmen mit dem Wissenschaftsministerium und dem Sozialministerium die Durchführung einer externen, unabhängigen wissenschaftlichen Begleitung und Auswertung der Weiterbildung festlegt, wobei neben dem Studium auch die unmittelbar anschließende berufliche Tätigkeit einzubeziehen ist.

Zusammenfassend erfüllt die WVO-BW die Anforderungen der gemäß Art. 80 Abs. 1 GG erforderlichen Rechtsgrundlage.

Dennoch ist hervorzuheben, dass die WVO-BW lediglich für einen der in Deutschland angebotenen Studiengänge (DHBW) eine gesetzliche Grundlage bildet.

### 3. Zulassungsvoraussetzungen zum PA-Studium

Die Zulassungsvoraussetzungen zum PA-Studium der einzelnen Anbieter werden in Tabelle 2 dargestellt.

Programm	Schulische Voraussetzungen	Berufliche Voraussetzungen	Zusätzliche Voraussetzungen
<b>Carl Remigius Medical School</b> <sup>122</sup>  <b>Standorte:</b> -Frankfurt -München  <b>Eingeführt:</b> <b>2016</b>	- Allgemeine Hochschulreife (Abitur)  <u>alternativ:</u> - Fachgebundene Hochschulreife  <u>alternativ:</u> - Fachhochschulreife Meisterprüfung oder Abschluss einer beruflichen Aufstiegsfortbildung (mindestens 400 Unterrichtsstunden)  <u>alternativ:</u> - Hochschulzugangsprüfung für beruflich Qualifizierte (Voraussetzungen: Abschluss einer mindestens 2-jährigen Berufsausbildung mit anschließender mindestens 2-jähriger Berufstätigkeit, beides fachlich affin zum angestrebten Studiengang); (z.B. als medizinischer Fachangestellter, Gesundheits- & Krankenpfleger, Rettungs- & Krankenpfleger, Rettungssanitäter, Hebamme etc.)	- Abgeschlossene dreijährige Ausbildung in einem anerkannten Gesundheitsberuf (Abschlussnote mindestens 3,0)  <u>alternativ</u> - Abgeschlossenes Medizinstudium  - Mindestens drei Jahre Berufserfahrung	- Nachweis über 120 Stunden Pflegepraktikum im Bereich der stationären Pflege
<b>Praxis Hochschule</b> <sup>123</sup>  <b>Standorte:</b> -Rheine -Köln  <b>Eingeführt:</b> <b>2011</b>	- Mit Hochschul- oder Fachhochschulreife <u>sowie:</u> - Abgeschlossener 3-jähriger Berufsausbildung in einem Gesundheitsfachberuf und - 3-jähriger beruflicher Tätigkeit in diesem Beruf  - Ohne Hochschul- oder Fachhochschulreife <u>sowie:</u> - Abgeschlossener 3-jähriger Berufsausbildung in einem Gesundheitsfachberuf	- Abgeschlossener medizinischer Fachberuf (Gesundheits- und Krankenpfleger, Operationstechnischer, chirurgisch-technischer Assistent, Soldat auf Zeit im Sanitätsdienst der Bundeswehr (BFD-förderfähig), Rettungsassistent und Notfallsanitäter, Anästhesietechnischer Assistent, Medizinischer Fachangestell-	

<sup>122</sup> <https://www.carl-remigius.de/standorte/frankfurt-am-main/bachelor-studiengaenge-in-frankfurt/physician-assistance-in-frankfurt-am-main/>, Zulassungsordnung für Bachelorstudiengänge, 27.7.2016 in Kraft getreten (Stand: 2.1.2017).

<sup>123</sup> <http://www.praxishochschule.de/de/studium/studiengaenge-medical/physician-assistance-b-sc> (Stand: 2.1.2017).

	<p>und</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 3-jähriger beruflicher Tätigkeit in diesem Beruf</li> <li>oder</li> <li>- 2-jähriger Tätigkeit in dem erlernten Gesundheitsfachberuf mit Aufstiegsstipendium der „Stiftung Begabtenförderung berufliche Bildung“</li> </ul>	<p>ter, Logo-, Ergo-, Physiotherapeut)</p>	
<p><b>Duale Hochschule Baden Württemberg</b><sup>124</sup></p> <p><b>Standort:</b> -Karlsruhe</p> <p><b>Eingeführt:</b> <b>2010</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hochschulzugangsberechtigung : Abitur</li> </ul> <p><u>alternativ:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fachhochschulreife mit Eignungsprüfung an der DHBW</li> </ul> <p><u>alternativ:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Zulassung als besonders qualifizierter Berufstätiger nach dem Landeshochschulgesetz</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ausbildung in einem dreijährigen Gesundheitsfachberuf (Gesundheits- und Krankenpflege, Kinderkrankenpflege Operationstechnischer Assistent, Medizin-technischer Assistent, Medizinische Fachangestellte usw.)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ausbildungsvertrag mit einem dualen Partner der DHBW</li> </ul>
<p><b>Steinbeis Transfer Institut Medicine and Allied Health</b><sup>125</sup></p> <p><b>Standort:</b> -Berlin</p> <p><b>Eingeführt:</b> <b>2005</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Abitur</li> </ul> <p><u>alternativ:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fachhochschulreife mit mindestens 2 Jahren Berufserfahrung</li> </ul> <p><u>alternativ:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mittlere Reife mit mindestens 4 Jahren Berufserfahrung in einem geeigneten Beruf (z. B. staatlich geprüfter Gesundheits- und Krankenpfleger/Operations- technischer Assistent, medizinisch-technischer Assistent oder eine vergleichbare Ausbildung im Bereich der medizinischen Assistenzberufe)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Abgeschlossene Ausbildung zum staatlich geprüften Gesundheits- und Krankenpfleger / Operationstechnischen Assistenten, zum medizinisch-technischen Assistenten oder eine vergleichbare Ausbildung im Bereich der medizinischen Assistenzberufe</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Arbeitgeber/ Projektgeber für Projektarbeit</li> <li>- Eignungsprüfung</li> </ul>
<p><b>Staatliche Studienakademie Plauen</b><sup>126</sup></p> <p><b>Standort:</b> -Plauen</p> <p><b>Eingeführt:</b> <b>2015</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Allgemeine Hochschulreife</li> </ul> <p><u>alternativ:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fachhochschulreife</li> <li>oder</li> <li>- Fach-gebundene Hochschulreife</li> <li>oder</li> <li>- Eine vom Staatsministerium für Wissenschaft und Kunst als gleichwertig anerkannte Vorbil-</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Abgeschlossene Ausbildung (in der Regel 3 Jahre) und anschließende Berufserfahrung (in der Regel mindestens 2 Jahre) in einem medizinischen Fachberuf</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Abschluss eines Ausbildungsvertrages mit einem der aufgeführten Praxispartner<sup>127</sup></li> </ul>

<sup>124</sup> <https://www.dhbw-karlsruhe.de/pa/> (Stand: 2.1.2017).

<sup>125</sup> [http://www.dgou.de/uploads/media/2012\\_07\\_25\\_Flyer\\_Bachelor\\_01.pdf](http://www.dgou.de/uploads/media/2012_07_25_Flyer_Bachelor_01.pdf), Studien- und Prüfungsordnung Bachelor of Science Physician Assistance, Anhang 1, Nr. 3 vom 2.12.2015 (Stand: 2.1.2017).

<sup>126</sup> § 3 Studienordnung Physician Assistant Staatliche Studienakademie Plauen Stand 1.10.15 i.V.m. § 7 SächsBAG, [http://www.baplauen.de/images/stories/Dokumente/01\\_09/06%20Studienordnung/06\\_1%20Bachelor/Studienordnung\\_PA\\_2015.pdf](http://www.baplauen.de/images/stories/Dokumente/01_09/06%20Studienordnung/06_1%20Bachelor/Studienordnung_PA_2015.pdf) (Stand: 2.1.2017).

<sup>127</sup> Entspricht den vom Kollegium nach § 14 Abs. 4 Nr. 8 SächsBAG, Stand 2009, aufgestellten Grundsätzen für die Ausgestaltung des Vertragsverhältnisses.

dung oder - Absolvierte Meisterprüfung  <u>alternativ:</u> - Bestehen einer Zugangsprüfung bei Vorliegen einer abgeschlosse- nen Berufsausbildung		
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--

Tabelle 2: Zulassungsvoraussetzungen für die einzelnen PA-Programme.

Zusammenfassend wird den Bewerbern an allen Standorten die Möglichkeit gegeben, einen geringeren Schulabschluss durch berufliche Vorbildung zu kompensieren. Die meisten Studiengänge setzen eine abgeschlossene Berufsausbildung in einem Gesundheitsfachberuf voraus. Hierdurch zeigt sich die ausgeprägte Schwerpunktsetzung auf den praktischen Bereich der PA-Ausbildung.

#### **4. Studieninhalte**

Die Ausbildung zum Arztvertreter gliedert sich an allen Hochschulen sowohl in Theorie- als auch in Praxisphasen. In Tabelle 3 sind die Studieninhalte und die Studierendauer der einzelnen Anbieter dargestellt.

<p><b>Carl Remigius Medical School</b><sup>128</sup></p> <p>8 Semester</p>	<p><u>Medizinische und naturwissenschaftliche Grundlagen, klinische Vertiefung</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Grundlagen der Biologie, Chemie, Biochemie</li> <li>- Anatomie</li> <li>- Physiologie und Pathophysiologie</li> <li>- Medizinische Terminologie</li> <li>- Anamneseerhebung und Untersuchungsverfahren</li> <li>- Medizinische und pharmakologische Grundlagen &amp; Toxikologie</li> <li>- Medizintechnische Grundlagen</li> <li>- Medizinische Psychologie und Soziologie</li> <li>- Allgemeine und spezielle Krankheitslehre in operativen und konservativen Fächern</li> <li>- Arbeits- und Sozialmedizin</li> <li>- Prävention und Rehabilitation</li> </ul> <p><u>Vertiefende Themengebiete und Soft Skills</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Grundlagen wissenschaftlichen Arbeitens</li> <li>- Medizinische Statistik</li> <li>- Krisen- und Selbstmanagement</li> <li>- Patientenaufklärung, Gesprächsführung und „social skills“</li> <li>- Berufsrolle und Interdisziplinarität in der juristischen und gesundheitspolitischen Perspektive</li> <li>- Rechtliche Grundlagen, Berufsethik und Gesundheitspolitik</li> <li>- Informationsmanagement und medizinische Dokumentation</li> <li>- Praxismanagement</li> <li>- Notfallmanagement und Rettungswesen</li> <li>- Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung im Gesundheitssystem</li> </ul>
<p><b>Praxis Hochschule</b><sup>129</sup></p> <p>6 Semester</p>	<p><u>1. Semester</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Medizinische und biochemische Grundlagen</li> <li>- Hygiene und Mikrobiologie</li> <li>- Berufsrolle, professionelle Interaktion und Ethik</li> <li>- Wissenschaftliches Arbeiten und Selbstmanagement</li> </ul> <p><u>2. Semester</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Vorbereitende Anamnese und Untersuchungstechniken/ Vorsichtung</li> <li>- Pharmakologie und Toxikologie</li> <li>- Rechtssichere Dokumentation, Entgeltsysteme und E-Health</li> <li>- Gesundheitsökonomie und Recht/ MPG/ Strahlenschutz</li> </ul> <p><u>3. Semester</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fach- und fallspezifisches Handeln: Innere Medizin</li> <li>- Individuelles und interdisziplinäres Notfallmanagement</li> <li>- Unterstützende diagnostische und therapeutische Kompetenzen</li> <li>- Einführung in die qualitative und quantitative Forschung</li> </ul>

<sup>128</sup> <http://www.carl-remigius.de/standorte/frankfurt-am-main/bachelor-studiengaenge-in-frankfurt/physician-assistance-in-frankfurt-am-main/> sowie durch die Hochschule zur Verfügung gestellte Informationen (Stand: 2.1.2017).

<sup>129</sup> <http://www.praxishochschule.de/de/studium/studiengaenge-medical/physician-assistance-b-sc#aufgaben> (Stand: 2.1.2017).

	<p><b><u>4. Semester</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fach- und fallspezifisches Handeln: Chirurgie</li> <li>- Durchführung klinischer Maßnahmen</li> </ul> <p><b><u>5. Semester</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fach- und fallspezifisches Handeln: Anästhesie, Schmerzmanagement und Palliativmedizin</li> <li>- Fach- und fallspezifisches Handeln: Wahlpflichtmodule (Teil 2)</li> <li>- Qualitätssicherndes Gesundheitsmanagement in Institutionen</li> <li>- Evidenzbasiertes Handeln und Evaluieren</li> </ul> <p><b><u>6. Semester</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fach- und fallspezifisches Handeln: Urologie/ Gynäkologie</li> <li>- Fach- und fallspezifisches Handeln: Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie</li> </ul> <p>Wahlpflichtmodul für den PA:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fach- und fallspezifisches Handeln</li> </ul>
<p><b>Duale Hochschule Baden Württemberg<sup>130</sup></b></p> <p>6 Semester bzw. 3 Jahre</p>	<p><b><u>1. Studienjahr</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Physik und Chemie für Gesundheitsberufe 135 Stunden (Physik mit Biophysik, Chemie mit Biochemie der Zelle, Labor Chemie mit Biochemie der Zelle)</li> <li>- Grundlagen der Klinischen Medizin 145 Stunden (Grundlagen Hygiene und Mikrobiologie, Einführung in die Klinische Medizin, Medizinische Kommunikation, Gesundheitsfürsorge I)</li> <li>- Der menschliche Körper I 150 Stunden (Anatomie I (mit medizinisch-wissenschaftlicher Terminologie), Grundlagen Physiologie)</li> <li>- Molekularbiologie der Zelle I 90 Stunden (Molekularbiologie der Zelle I, Labor Molekularbiologie der Zelle I)</li> <li>- Klinische Medizin I 120 Stunden (Endokrine Organe, Stoffwechsel Verdauungstrakt, Ernährung)</li> <li>- Lunge, Herz, Blut- und Lymphsystem 90 Stunden</li> <li>- Der menschliche Körper II 150 Stunden (Anatomie II, Grundlagen Pathologie)</li> </ul> <p><b><u>2. Studienjahr</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Arzneimittelkunde, Toxikologie 135 Stunden</li> <li>- Klinische Medizin II 150 Stunden (Urogenitalsystem, Gynäkologie, Infekte, Immunologie, Rheumatologie)</li> <li>- Klinische Medizin III 150 Stunden (Neurologie, Psychiatrie, Arbeitsmedizin, Muskel- und Skeletterkrankungen)</li> <li>- Molekularbiologie der Zelle II 105 Stunden (Molekularbiologie der Zelle II Labor Molekularbiologie der Zelle II)</li> <li>- Medizinische Technik 135 Stunden (Medizinische Geräte und Werkstoffe, Med. Informatik / Messen-Steuern-Regeln)</li> <li>- Bildgebende Verfahren 90 Stunden (Übungen zu bildgebenden Verfahren)</li> <li>- Diagnose und Therapie 165 Stunden (Akuterkrankungen und Rezepturen, Notfälle)</li> </ul>

<sup>130</sup>Von der DHBW zur Verfügung gestelltes Curriculum, Stand: 28.1.2016.

	<p><b>3. Studienjahr</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klinische Medizin IV 120 Stunden (HNO, Augen, Haut, Grundlagen der Anästhesiologie, Schmerzbehandlung)</li> <li>- Grundlagen Strahlenmedizin 90 Stunden (Strahlentherapie, Nuklearmedizin)</li> <li>- Ärztliche Rechte und Pflichten 105 Stunden (Medizinrecht, Sozialmedizin, Gesundheitsfürsorge II)</li> </ul> <p><u>und Profil Innere Medizin:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Innere Medizin I 135 Stunden (Differentialdiagnose mit Anamnese und Untersuchungen, Interpretation und Behandlungsansatz)</li> <li>- Therapeutische Maßnahmen (Innere Medizin) 105 Stunden</li> <li>- Beratung von Patienten 90 Stunden</li> <li>- Polymorbide Patienten, Medikamentenverträglichkeit 90 Stunden</li> </ul> <p><u>oder Profil Chirurgie:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Chirurgie I 135 Stunden (Anatomie und Spezielle Pathologie in der Chirurgie Spezielle Diagnostik, Instrumenten- und Apparatekunde)</li> <li>- Konservative Behandlungen 105 Stunden (Chirurgie)</li> <li>- OP-Lehre, -Vorbereitung, -Planung und Organisation 90 Stunden</li> <li>- Operationsdurchführung, post-OP Betreuung, Nachsorge 90 Stunden</li> </ul> <p><b>Praxis 1. Jahr:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Anamnese und Untersuchung, Hygiene</li> <li>- Diagnostik inklusive Labordiagnostik, Pathologie</li> </ul> <p><b>Praxis 2. Jahr:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Chirurgie/ Orthopädie, Kinderklinik (Impfen)</li> <li>- Notfallstation, Bildgebende Verfahren, Gynäkologie</li> </ul> <p><b>Praxis 3. Jahr</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- nach Profil</li> </ul>
<p><b>Steinbeis Transfer Institut Medicine and Allied Health<sup>131</sup></b></p> <p>5400 Stunden oder 36 Monate</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Grundlagen "Common Trunk"</li> <li>- Organisation und Recht</li> <li>- Kommunikation und Präsentation</li> <li>- Selbstmanagement</li> <li>- Medizinisches Englisch</li> <li>- Recht</li> <li>- Personalwesen</li> <li>- Organisation</li> <li>- Betriebswirtschaftslehre (Betriebswirtschaft, Qualitäts- und Risikomanagement)</li> <li>- Medizinische Technik 1-3</li> <li>- Theoretische Medizin (Anatomie und Physiologie, Pathologie, Hygiene und Labormedizin, Pharmakologie, Ethik)</li> <li>- Klinische Medizin (Grundlagen der Krankheitslehre, körperliche Untersuchung und Anamnese, Klinische Grundlagen: Neurologische Erkrankungen und ihre Behandlung, Klinische Grundlagen: Herz- und Gefäßerkrankungen und ihre Behandlung, Klinische Grundlagen: Erkrankungen des Bewegungsapparates und ihre Behandlung, Klinische Grundlagen: Erkrankungen der Verdauungsorgane und ihre Behandlung, Erkrankungen der Atemwege und Atmungsorgane, Klinische Grundlagen: allgemeine innere Medizin, Klinische Grundlagen: Anästhesiologie und Intensivmedizin, Interventionelle Diagnostik, Allgemeine Forensik)</li> <li>- Erkrankungen, Diagnostik und chirurgische/internistische Behandlung (der inneren Organe, Herz-Kreislauf-System, Bewegungsapparat, Urogenitaltrakt, Nervensystem, verschiedene Fachgebiete)</li> </ul>

<sup>131</sup> Von der Steinbeis Hochschule zur Verfügung gestellte Studien- und Prüfungsordnung, Inkrafttreten 2.12.15.



	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Medizintechnik</li> <li>- Assistenz in verschiedenen Fachgebieten der Medizin</li> <li>- Transferpraxis (Assistenz bei operativen Eingriffen, Praxis in der Intensivmedizin, Interventionelle Medizin, Radiologie, Kardiologie, Endoskopie)</li> </ul>
<b>Staatliche Studienakademie Plauen</b> <sup>132</sup>  6 Semester, 6300 Stunden	<p><u>Medizinische Grundlagen</u>          Gesamt Workload (WL)<sup>133</sup>= 600 Stunden</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Grundlagen der Anatomie und Physiologie (150 Stunden)</li> <li>- Grundlagen der Pathologie und Pathophysiologie (150 Stunden)</li> <li>- Grundlagen der Mikrobiologie und Hygiene (150 Stunden)</li> <li>- Pharmakologie und Toxikologie (150 Stunden)</li> </ul> <p><u>Klinische Medizin</u>          Gesamt WL= 900 Stunden</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Innere Medizin (150 Stunden)</li> <li>- Allgemeine, Viszeral- und Gefäßchirurgie (150 Stunden)</li> <li>- Traumatologie / Orthopädie (150 Stunden)</li> <li>- Notfallmedizin (150 Stunden)</li> <li>- Anästhesie: Verfahren/Durchführung/Doku (150 h)</li> <li>- Gynäkologie/ Urologie/ HNO/ Haut (150 Stunden)</li> </ul> <p><u>Prozeduren</u>          Gesamt WL=450 Stunden</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Funktionsdiagnostik (150 Stunden)</li> <li>- Grundlagen der Medizintechnik / bildgebende Verfahren / Strahlenschutz (150 Stunden)</li> <li>- OP-Lehre (150 Stunden)</li> </ul> <p><u>Prozess- und Qualitätsmanagement</u>          Gesamt WL= 810 Stunden</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Diagnostik / Therapie /Reha (120 Stunden)</li> <li>- Anamnese und körperliche Untersuchungen (150 Stunden)</li> <li>- Leitlinien und Therapiefade, SOP (120 Stunden)</li> <li>- Case-Management (150 Stunden)</li> <li>- Dokumentation / Qualitätsmanagement (120 Stunden)</li> <li>- Prävention / Rehabilitation (150 Stunden)</li> </ul> <p><u>System- und Methodenkompetenz</u>          Gesamt WL= 840 Stunden</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Grundlagen BWL (150 Stunden)</li> <li>- Gesundheits- und Vergütungssysteme (120 Stunden)</li> <li>- Medizin- und Sozialrecht(150 Stunden)</li> <li>- Sozialkompetenz /wiss. Arbeiten (120 Stunden)</li> <li>- Klinische Studien (150 Stunden)</li> <li>- Projektmanagement (150 Stunden)</li> </ul>

<sup>132</sup> Studienablauf- und Prüfungsplan: [http://www.ba-plauen.de/images/stories/pdf/sonstige/PA/Studienablauf\\_Pruefungsplan\\_PA.pdf](http://www.ba-plauen.de/images/stories/pdf/sonstige/PA/Studienablauf_Pruefungsplan_PA.pdf) (Stand: 2.1.2017).

<sup>133</sup> Gesamt-Workload= Präsenzveranstaltung+Eigenverantwortliches Lernen.

<u>Praxismodule</u> <u>Gesamt WL= 900 Stunden</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Stationseinsatz (180 Stunden)</li> <li>- Elektive Patientenaufnahme (180 Stunden)</li> <li>- Notfallaufnahme (180 Stunden)</li> <li>- Endoskopie / Funktionsdiagnostik (180 Stunden)</li> <li>- Operationen (180 Stunden)</li> </ul>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Tabelle 3: Studieninhalte und Studiendauer der PA-Ausbildung.

Zum Studienabschluss muss an jeder Hochschule eine Bachelorarbeit verfasst werden. Die Regelstudienzeit beträgt an allen Hochschulen sechs Semester oder 3 Jahre mit Ausnahme der Carl Remigius Medical School (8 Semester).

Die an den einzelnen Hochschulen angebotenen Studieninhalte unterscheiden sich sowohl hinsichtlich der theoretischen, als auch der praktischen Ausgestaltung. Sie zeigen jedoch auch viele Überschneidungen.

Gemeinsamkeit an allen Hochschulen ist, dass neben den medizinischen Grundlagen auch Kenntnisse in angelagerten Bereichen der Ethik, des Rechts, der Betriebswissenschaft oder der Technik vermittelt werden.

Im medizinischen Bereich legen die meisten Hochschulen einen Schwerpunkt auf die Ausbildung im internistischen und chirurgischen Bereich. Andere medizinische Fachgebiete, wie beispielsweise die Augenheilkunde, werden in sehr unterschiedlichem Ausmaß oder in das jeweilige Curriculum integriert oder werden vollständig ausgespart.

## **5. Aufgabenbereiche und Kompetenzen**

§ 1 Abs. 2 WVO-BW regelt, dass PAs an Anamnese und Stuserhebung, inklusive eigenständiger Durchführung von Assessmentinstrumenten, mitwirken dürfen. Des Weiteren ist es ihnen gestattet, an der Erstellung und Erläuterung der Diagnose sowie an der Erarbeitung eines Behandlungsplans mitzuwirken. Auch Ausführung und Erläuterung eines Behandlungsplans sowie die adressatengerechte Weitergabe von Informationen und Übernahme der Koordinationsfunktion in einem therapeutischen

Team sind ihnen gestattet. Die Durchführung von medizinisch-technischen Tätigkeiten ist zulässig, soweit diese nicht speziellen Berufsgruppen vorbehalten sind. Operationsassistenten und Durchführung von kleineren Eingriffen wie Wundversorgung, orientierende Sonographie, Organisation von Verlegung und Überweisung der Patienten sowie Protokoll- und Berichterstellung sind ebenfalls in der Verordnung vorgesehene Betätigungsfelder (§ 1 WVO-BW).

Tabelle 4 stellt die durch die PA-Programme beschriebenen Aufgabenbereiche und Kompetenzen des PA dar.

<b>Carl Remigius Medical School<sup>134</sup></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Erhebung der Anamnese und Durchführung der körperlichen Untersuchung</li> <li>- Ausarbeitung der Verdachtsdiagnose</li> <li>- Vornahme kleinerer Eingriffe</li> <li>- Assistenz bei Operationen</li> <li>- Erledigung administrativer Aufgaben</li> <li>- Medizinische Dokumentation</li> <li>- Schnittstellenkommunikation</li> <li>- Unterstützung bei der Patientenberatung und –aufklärung</li> </ul>
<b>Praxis Hochschule<sup>135</sup></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Patientenaufnahme und Voranamnese sowie körperliche Untersuchung mit Sichtung/Triage</li> <li>- Assistenz bei chirurgischen/operativen Eingriffen</li> <li>- Koordination des Stationsablaufs und Schreiben von (Kurz-) Arzt- und Entlassbriefen</li> <li>- Vor- und Nachbereitung sowie Unterstützung bei den Visiten in Oberarzt-/ Chefarztbegleitung</li> <li>- Orientierende Sonographie und EKG Vorbefundung &amp; das Legen von Gefäßzugängen sowie die Applikation verordneter Medikamente</li> </ul>

<sup>134</sup> <http://www.carl-remigius.de/standorte/frankfurt-am-main/bachelor-studiengaenge-in-frankfurt/physician-assistance-in-frankfurt-am-main/> (Stand: 2.1.2017).

<sup>135</sup> <http://www.praxishochschule.de/de/studium/studiengaenge-medical/physician-assistance-b-sc> (Stand: 2.1.2017).

<b>Duale Hochschule Baden-Württemberg</b> <sup>136</sup>	<p>Im <u>stationären Bereich</u> beispielsweise:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Anamnese und Stuserhebung</li> <li>- Diagnostik</li> <li>- Orientierende Sonographie</li> <li>- Erstellung eines Behandlungsplans</li> <li>- Erläuterung von Diagnostik und Diagnose</li> <li>- Ausführung und Erläuterung eines Behandlungsplans</li> <li>- Adressatengerechte Weitergabe von Informationen und Übernahme einer Koordinationsfunktion im therapeutischen Team</li> <li>- Durchführung von medizinisch-technischen Tätigkeiten, soweit diese nicht speziellen Berufsgruppen vorbehalten sind</li> <li>- Organisation von Patientenverlegungen und -überweisungen</li> <li>- Erstellung von fachlichen Protokollen und Dokumentationen der Behandlung (z.B. Arztbriefe, Codierung im DRG-System)</li> <li>- Maßnahmen des Qualitätsmanagements</li> </ul> <p>Im <u>OP-Bereich</u> beispielsweise:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Lagerung von Patienten</li> <li>- OP-Felddesinfektionen und Abdeckungen</li> <li>- Operationsassistenz</li> <li>- Durchführung von kleineren Eingriffen wie Wundversorgungen und -verschlüsse</li> </ul>
<b>Staatliche Studienakademie Plauen</b> <sup>137</sup>	<p><u>Medizinische Leistungen (delegierbar)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Assistenz bei Endoskopien, Narkoseverfahren, Operationen</li> <li>- Strukturierte Datenerhebung zur Anamnesevorbereitung</li> <li>- Intra- und postoperative Überwachung des Patienten</li> <li>- Wundmanagement und Wundversorgung nach ärztlicher Weisung (Anlage von VAC-Verbänden, Entfernen von Drainagen, Wundverschlüsse)</li> <li>- Durchführung diagnostischer Maßnahmen auf ärztliche Anordnung</li> <li>- Durchführung Infusionen und Injektionen</li> <li>- Überwachung von Dialysen</li> <li>- Anlage peripherer Venenkatheter, arterieller und venöser Verweilkannülen, Blutentnahmen</li> <li>- Verabreichung von Medikamenten</li> </ul> <p><u>Dokumentation und Codierung</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Vorbereitung ärztlicher Dokumentation (u.a. OP-Bericht, Entlassungsbericht, Prozeduren und Diagnosen)</li> <li>- Umsetzung der Maßnahmen des ärztlichen Qualitätsmanagements</li> <li>- Bearbeitung von Anfragen des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen</li> </ul>

<sup>136</sup> <https://www.dhbw-karlsruhe.de/pa/> (Stand: 2.1.2017).

<sup>137</sup> [http://www.ba-plauen.de/images/stories/pdf/sonstige/PA/Kurzbeschreibung\\_StG\\_PA\\_BAPL.pdf](http://www.ba-plauen.de/images/stories/pdf/sonstige/PA/Kurzbeschreibung_StG_PA_BAPL.pdf) (Stand: 2.1.2017).

	<p><u>Organisation</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Vorbereitung Anamnese, Untersuchung, Aufklärung</li> <li>- Patientenberatung</li> <li>- Koordination von diagnostischen Maßnahmen</li> <li>- Vorbereitung für diagnostische und therapeutische Eingriffe und Anästhesiemaßnahmen</li> <li>- OP-Management und Case-Management</li> <li>- Organisation von Konsilien</li> <li>- Organisation von Rehabilitationsmaßnahmen</li> </ul>
<p><b>Deutsche Gesellschaft für Physician Assistants<sup>138</sup></b></p>	<p><b>Mögliche Aufgabengebiete im Bereich der Chirurgie</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 1. und 2. Assistenz bei Operationen</li> <li>- Verfassen von Operationsberichten</li> <li>- Verfassen von Aufnahme- oder Entlassungsberichten</li> <li>- Stationstätigkeiten wie z.B. Blutentnahmen, präoperative Checklisten, ggf. Veranlassen weiterer Diagnostik</li> <li>- Überwachung des Patienten im postoperativen Verlauf</li> <li>- Wundmanagement (Anlage von VAC-Verbänden, Entfernen von Drainagen und Wundverschlüssen)</li> <li>- Erfassen von Prozeduren und Diagnosen</li> </ul> <p><b>Mögliche Aufgabengebiete im Bereich der Zentralen Notaufnahme</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Vorbereitende Anamnese und körperliche Untersuchung</li> <li>- Ersteinschätzung</li> <li>- Interpretieren von EKGs</li> <li>- Ultraschalldiagnostik</li> <li>- Patientenberatung</li> <li>- Anordnung von diagnostischen Maßnahmen</li> <li>- Vorbereitende Aufklärung für Eingriffe und diagnostisch-therapeutische Maßnahmen</li> <li>- Aufstellen eines Behandlungsplans</li> <li>- Anordnung von Konsilen durch Fachabteilungen</li> <li>- Wundversorgungen</li> <li>- Verabreichung von Medikamenten</li> <li>- Qualitätsmanagement in der Zentralen Notaufnahme</li> <li>- Erfassung von Diagnosen und Prozeduren</li> <li>- Verfassen von Aufnahme- bzw. Verlegungsbriefen</li> </ul> <p><b>Mögliche Aufgabengebiete im Bereich der Anästhesie und Intensivmedizin</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Vorbereitende Anamnese und Untersuchung</li> <li>- Vorbereitende Narkoseaufklärung</li> <li>- Vorbereiten der Patienten auf den Eingriff</li> <li>- Stationsarbeiten (ZVK-Anlage, Anlage von arteriellen und venösen Verweilkanülen, Blutentnahmen)</li> <li>- Assistenz bei Narkoseverfahren</li> <li>- Intra -und Postoperative Überwachung von Patienten</li> </ul>

<sup>138</sup> <https://www.pa-deutschland.de/berufsbild/aufgabengebiete> (Stand: 2.1.2017).

	<p><b>Mögliche Aufgabengebiete im Bereich von Funktionsdiagnostik und Therapie</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Assistenz bei Endoskopien</li> <li>- Vorbereitung der Patienten vor endoskopischen Eingriffen</li> <li>- Durchführung von Ergometrien, Sonographien, Punktionen, Lungenfunktionstests</li> <li>- Assistenz bei Koronarangiographien</li> <li>- Dialyse</li> </ul>
--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Tabelle 4: Aufgabenbereiche und Kompetenzen des PA.

Zusammenfassend wird von den Hochschulen ein breites Bild zukünftiger Aufgabengebiete beschrieben, das sowohl ein Tätigwerden im praktischen, als auch im bürokratischen Bereich sowie in der Forschung vorsieht. Das Einsatzgebiet des PA unterliegt einem ständigen Wandel und entwickelt sich stetig weiter.<sup>139</sup>

Insbesondere die von der Deutschen Gesellschaft für Physician Assistants erstellte Liste der Aufgaben, die möglicherweise auf einen PA übertragen werden können, verdeutlicht, dass ein Einsatz in allen medizinischen Fachrichtungen möglich ist.

## 6. Einsatzgebiete von PAs

Für PAs ergibt sich ein breites Spektrum möglicher Arbeitsgebiete.

Sie können in Krankenhäusern und Polikliniken, in Tageskliniken, Rehabilitationskliniken, Ärztehäusern, medizinischen Versorgungszentren sowie anderen ambulanten Einrichtungen (allgemeinmedizinisch oder fachärztlich) eine Anstellung finden.<sup>140</sup>

Auch fachspezifisch bietet sich ihnen eine breite Variabilität. In ihrer Ausbildung erlangen PAs Einblicke in eine Vielfalt von Fachbereichen<sup>141</sup>, in denen sie später zum Einsatz kommen können. Einheitliche diesbezügliche Vorgaben oder Reglementierungen der Einsatzgebiete existieren zur Zeit nicht.

<sup>139</sup> So auch das Fazit der Praxis Hochschule:  
<http://www.praxishochschule.de/de/studium/studiengaenge-medical/physician-assistance-b-sc>  
 (Stand: 2.1.2017).

<sup>140</sup> <https://studieren.de/studienprofil.0.physician-assistant-arztassistent-hs-fresenius.38906.5729.html> (Stand: 2.1.2017).

<sup>141</sup> Siehe Tabelle 3.

## 7. PAs als Bindeglieder zwischen Ärzten und Pflegepersonal

Die PA Ausbildung ist darauf ausgelegt, dass zukünftige Absolventen ein Bindeglied zwischen Arzt und Pflegepersonal darstellen und damit unter anderem dem Ärztemangel entgegenwirken. Durch die Entlastung von Ärzten soll die Versorgungsqualität insgesamt angehoben und die Zufriedenheit sowohl unter den Patienten, als auch den Mitarbeitern gesteigert werden. Die Einführung des neuen Berufsbildes bietet den Mitarbeitern des Pflegesektors neue berufliche Perspektiven, insbesondere bei Nichterfüllung der strengen Voraussetzungen für ein Medizinstudium.

Die von den einzelnen PA-Programmen vorgegebenen Zielsetzungen der Ausbildung sind in Tabelle 5 dargestellt.

<b>Carl Remigius Medical School</b> <sup>142</sup>	Der Physician Assistant wird künftig eine bedeutende Rolle an der <b>Schnittstelle zwischen Ärzteschaft und Pflege</b> übernehmen. Ökonomisch betrachtet sorgen Sie dafür, dass in Krankenhäusern <b>finanzielle und zeitliche Ressourcen</b> wesentlich effizienter eingesetzt werden. Gesellschaftlich gesehen ist das Berufsfeld eine praxisnahe, bedarfsgerechte und lösungsorientierte Antwort auf den <b>steigenden Fachkräftemangel</b> und eine Möglichkeit, dem Versorgungsauftrag auch in Zukunft in qualitativ hohem Maße nachzukommen.
<b>Praxis Hochschule</b> <sup>143</sup>	Der Studiengang PA qualifiziert für die <b>eigenständige, ärztlich delegierte Assistenz Tätigkeit</b> , unter anderem im Berufsfeld des Operationsdienstes, der Intensivstation, Notfallambulanz, Dialyse, Funktionsdiagnostik sowie in der ambulanten und stationären Versorgung. PAs übernehmen in Deutschland <b>ausschließlich ärztlich delegierte Aufgaben</b> . Ihnen kann ein <b>begrenzter Ermessensspielraum</b> zugebilligt werden, solange es sich <b>nicht um genuin ärztliche Maßnahmen (höchstpersönliche Leistungserbringung) oder gar eine eigenständige Heilbehandlung</b> handelt. Juristisch ist die Delegation auch komplexer Tätigkeiten unproblematisch. Rechtsgrundlagen sind unter anderem § 15 Abs. 1 SGB V (allgemein) und § 15 Bundesmantelvertrag-Ärzte (persönliche Leistungserbringung). Aufgrund des häufig schon bestehenden regionalen <b>Ärztemangels</b> stehen typischerweise finanzielle Mittel aus nicht besetzten Assistenzarztstellen zur Verfügung. Bei genauerer Betrachtung haben die Assistenzärzte bisher häufig Aufgaben übernommen, die entweder nicht genuin ärztlicher Tätigkeit zuzuordnen waren (Terminplanung, Anmeldung, Untersuchungen usw.) oder die unzweifelhaft delegierbar sind (Blutentnahmen, Anlegen von Verweilkanülen, intravenöse Medikamentengabe, nachgeordnete OP-Assistenz usw.). Aufgrund der oben aufgeführten haftungsrechtlichen Überwachungs- und Sorgfaltspflichten des Arztes ist es

<sup>142</sup> <http://www.carl-remigius.de/standorte/frankfurt-am-main/bachelor-studiengaenge-in-frankfurt/physician-assistance-in-frankfurt-am-main/> (Stand: 2.1.2017).

<sup>143</sup> <http://www.praxishochschule.de/de/studium/studiengaenge-medical/physician-assistance-b-sc> (Stand: 2.1.2017).

	zwingend notwendig, <b>PAs dem ärztlichen Dienst zu unterstellen.</b>
<b>Duale Hochschule Baden Württemberg</b> <sup>144</sup>	<p>(1) Die Studierenden sollen durch das Studium die Kompetenzen erwerben, die erforderlich sind, um in der Berufspraxis die fachlichen Zusammenhänge zu überblicken, wissenschaftliche Erkenntnisse anzuwenden und Probleme übergreifend zu lösen</p> <p>(2) Die Prüfungen dienen der Feststellung, ob die Studierenden die in Absatz 1 genannten Ziele erreicht haben.</p>
<b>Staatliche Studienakademie Plauen</b> <sup>145</sup>	<p>(1) Der Studierende erwirbt durch das Studium die Kompetenzen, Kenntnisse, Fähigkeiten und beruflichen Fertigkeiten sowie Erfahrungen, die erforderlich sind, um in der Berufspraxis die fachlichen Zusammenhänge zu überblicken, übergreifende Probleme zu lösen und wissenschaftliche Erkenntnisse anzuwenden. Er erwirbt fundierte wissenschaftliche Fach- und Methodenkenntnisse, vertiefte spezielle medizinische Kenntnisse und Fertigkeiten sowie grundlegende betriebswirtschaftliche und medizinrechtliche Kenntnisse.</p> <p>(2) Der Studierende ist in der Lage, seine fachlichen Qualifikationen in der medizinischen Praxis anzuwenden und verfügt über die erforderlichen Kenntnisse und Fertigkeiten, <b>um delegierbare ärztliche Leistungen fachgerecht durchführen zu können.</b> Er besitzt keine Approbation und ist ausschließlich zur vom Arzt angeordneten medizinischen Tätigkeit berechtigt. Der Studierende ist in der Lage, sein Wissen und seine Kompetenzen kritisch zu reflektieren und sich gezielt wissenschaftlich wie berufspraktisch weiterzubilden.</p>
<b>Steinbeis Transfer Institut Medicine and Allied Health</b> <sup>146</sup>	Das Ziel des Studiengangs ist es, Studenten mit einer Ausbildung als Gesundheits- und Krankenpfleger und verwandten Berufen auf akademischem Niveau auszubilden, <b>um die ärztliche Versorgung in allen Aspekten der klinischen Arbeit zu unterstützen.</b>

Tabelle 5: Zielsetzungen der einzelnen Programme.

Nachfolgend erfolgt eine abgrenzende Darstellung der Berufsbilder des Arztes und Pflegepersonals, um diese Zwischenstellung zu erläutern.

<sup>144</sup> Amtliche Bekanntmachungen der Dualen Hochschule Baden-Württemberg, Nr. 26/2015 (29. September 2015), § 1 Ziel des Studiums, [http://www.dhbw.de/fileadmin/user\\_upload/Dokumente/Amtliche\\_Bekanntmachungen/2015/26\\_2015\\_Bekanntmachung\\_StuPrO\\_DHBW\\_Arztassistent.pdf](http://www.dhbw.de/fileadmin/user_upload/Dokumente/Amtliche_Bekanntmachungen/2015/26_2015_Bekanntmachung_StuPrO_DHBW_Arztassistent.pdf) (Stand: 2.1.2017).

<sup>145</sup> Studienordnung Staatliche Studienakademie Plauen, § 2.

<sup>146</sup> <http://www.steinbeis-pa.de> (Stand: 2.1.2017).



## **a) Berufsbild des Arztes**

Ärzte bilden die am höchsten qualifizierte Gruppe in der medizinischen Versorgung.

### **aa) Ausbildungsziel**

Gemäß § 1 Abs. 1 S. 1 der Approbationsordnung für Ärzte (ÄApprO) ist der „wissenschaftlich und praktisch in der Medizin ausgebildete Arzt, der zur eigenverantwortlichen und selbständigen ärztlichen Berufsausübung, zur Weiterbildung und zu ständiger Fortbildung befähigt ist“, Ziel der ärztlichen Ausbildung.

Der Begriff der „Medizin“ ist hingegen nicht gesetzlich definiert, wird im allgemeinen Sprachgebrauch aber als Heilkunde definiert.<sup>147</sup>

In einer praxis- und patientenbezogenen Ausbildung auf wissenschaftlicher Grundlage sollen grundlegende Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten vermittelt werden, welche die Basis einer umfassenden Gesundheitsversorgung der Bevölkerung darstellen (§ 1 Abs. 1 S. 2 ÄApprO).

Sowohl Grundlagen über die Körperfunktionen und die Psyche des Menschen, als auch über Krankheiten und den kranken Menschen werden gelehrt. Die für das ärztliche Handeln erforderlichen allgemeinen Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten in Diagnostik, Therapie, Gesundheitsförderung, Prävention und Rehabilitation, praktische Erfahrungen im Umgang mit Patienten, einschließlich der fächerübergreifenden Betrachtungsweise von Krankheiten und der Fähigkeit, die Behandlung zu koordinieren, die Fähigkeit zur Beachtung der gesundheitsökonomischen Auswirkungen ärztlichen Handelns, Grundkenntnisse der Einflüsse von Familie, Gesellschaft und Umwelt auf die Gesundheit, die Organisation des Gesundheitswesens und die Bewältigung von Krankheitsfolgen, und die geistigen, historischen und ethischen Grundlagen ärztlichen Verhaltens auf der Basis des aktuellen Forschungsstandes sollen vermittelt werden. Ebenfalls Beachtung finden sollten Gesichtspunkte ärztlicher Gesprächsführung sowie ärztlicher Qualitätssicherung und die Bereitschaft zur Zusammenarbeit mit anderen Ärzten und Angehörigen anderer Berufe des Gesundheitswesens (§ 1 Abs. 1 S. 3 ÄApprO). Die Universitäten müssen das Erreichen dieser Ziele regelmäßig und systematisch bewerten (§ 1 Abs. 1 S. 4 ÄApprO).

---

<sup>147</sup> Igl/Welti Gesundheitsrecht, Kap.4, § 12, Rn.160.

## **bb) Zulassungsvoraussetzungen**

Das Medizinstudium setzt grundsätzlich eine Hochschulzugangsberechtigung voraus (§ 49 Abs.1 Hochschulgesetz NRW). Diese kann jedoch gemäß § 49 Abs.6 Hochschulgesetz NRW und durch die Verordnung über den Hochschulzugang für in der beruflichen Bildung Qualifizierte (Berufsbildungshochschulzugangsverordnung) auch durch eine berufliche Qualifikation ersetzt werden.

Es findet eine zentrale Vergabe der Studienplätze durch die Stiftung für Hochschulzulassung in Dortmund<sup>148</sup> nach einem durch die Länder festgelegten Zulassungsverfahren statt. Die Studienplätze werden nach der Abiturbestenquote (20%), nach der Wartezeit (20%) und nach dem Auswahlverfahren der jeweiligen Hochschule (z.B. WWU Münster: durch die Beurteilung eines Bewerbungsschreibens, eines medizinisch-naturwissenschaftlichen Verständnistests und eines Multiple Mini-Aktionstests)<sup>149</sup> (60%) vergeben.

## **cc) Ausbildungsstruktur und –inhalt**

Gemäß § 1 Abs. 2 der Approbationsordnung für Ärzte beinhaltet das Medizinstudium ein Hochschulstudium von sechs Jahren und drei Monaten Regelstudienzeit, wobei das letzte Jahr eine zusammenhängende praktische Ausbildung (Praktisches Jahr) von 48 Wochen umfasst (Mindestanforderung 5 Jahre und 5500 Stunden).<sup>150</sup> Erforderlich ist außerdem eine Ausbildung in erster Hilfe, ein Krankenpflagedienst von drei Monaten, eine Famulatur von vier Monaten und die Ärztliche Prüfung, die in drei Abschnitten (1. Abschnitt nach 2 Jahren, 2. Abschnitt 3 Jahre nach Absolvieren des 1. Abschnittes, 3. Abschnitt 1 Jahr nach Bestehen des 2. Abschnittes) abzulegen ist.

Zwischen Abschluss des Ersten und Zweiten Abschnitts der Ärztlichen Prüfung müssen die Studierenden gemäß § 27 Abs. 1 Prüfungen in folgenden Bereichen ablegen: Allgemeinmedizin, Anästhesiologie, Arbeitsmedizin, Sozialmedizin, Augenheilkunde, Chirurgie, Dermatologie, Venerologie, Frauenheilkunde, Geburtshilfe, Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Humangenetik, Hygiene, Mikrobiologie, Virologie, Innere Medizin, Kinderheilkunde, Klinische Chemie, Laboratoriumsdiagnostik, Neurologie,

---

<sup>148</sup> <http://www.hochschulstart.de/?id=17> (Stand: 2.1.2017).

<sup>149</sup> <https://medicampus.uni-muenster.de/6739.html> (Stand: 2.1.2017).

<sup>150</sup> Artikel 24 II Berufsanerkennungsrichtlinie der Europäischen Union.

Orthopädie, Pathologie, Pharmakologie, Toxikologie, Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatische Medizin, Rechtsmedizin, Urologie sowie in den Querschnittsbereichen Epidemiologie, medizinische Biometrie und medizinische Informatik, Geschichte-Theorie-Ethik der Medizin, Gesundheitsökonomie, Gesundheitssystem, Öffentliches Gesundheitswesen, Infektiologie, Immunologie, klinisch-pathologische Konferenz, klinische Umweltmedizin, Medizin des Alterns und des alten Menschen, Notfallmedizin, Klinische Pharmakologie/Pharmakotherapie, Prävention, Gesundheitsförderung, bildgebende Verfahren, Strahlenbehandlung, Strahlenschutz, Rehabilitation, Physikalische Medizin, Naturheilverfahren, Palliativmedizin, Schmerzmedizin.

#### **dd) Facharztweiterbildung**

Zur Ausübung der ärztlichen Tätigkeit muss nach dem Medizinstudium die Approbation beantragt werden.<sup>151</sup> Die Zulassung zum Vertragsarzt erfordert zusätzlich eine Facharztweiterbildung, welche den geregelten Erwerb festgelegter Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten beinhaltet.<sup>152</sup> Hierdurch sollen nach Abschluss der Berufsausbildung besondere ärztliche Kompetenzen erlangt werden, die zur Sicherung der Qualität der ärztlichen Berufsausübung dienen. Beispielsweise definiert § 4 Abs. 3 der Weiterbildungsordnung der Ärztekammer Nordrhein die ärztliche Weiterbildung als die Vertiefung von Kenntnissen, Erfahrungen und Fertigkeiten in der Verhütung, Erkennung, Behandlung, Rehabilitation und Begutachtung von Krankheiten, Körperschäden und Leiden einschließlich der Wechselbeziehungen zwischen Mensch und Umwelt und geschlechtsspezifischer Unterschiede. Die Dauer der Facharztweiterbildung variiert zwischen 4-6 Jahren in Abhängigkeit des jeweiligen Bereiches.<sup>153</sup>

---

<sup>151</sup> Geregelt beispielsweise in § 4 I der Weiterbildungsordnung der Ärztekammer Nordrhein.

<sup>152</sup> Z.B. § 1 der Weiterbildungsordnung der Ärztekammer Nordrhein.

<sup>153</sup> Weiterbildungsordnung der Ärztekammer Nordrhein vom 1. Oktober 2005 in der Fassung vom 28. August 2014.

## **b) Berufsbild des Gesundheits- und Krankenpflegers**

### **aa) Ausbildungsziel**

Gemäß § 3 Abs.1 des Krankenpflegegesetzes soll die Ausbildung entsprechend dem allgemein anerkannten Stand pflegewissenschaftlicher, medizinischer und weiterer bezugswissenschaftlicher Erkenntnisse fachliche, personale, soziale und methodische Kompetenzen zur verantwortlichen Mitwirkung insbesondere bei der Heilung, Erkennung und Verhütung von Krankheiten vermitteln.

Die Pflege ist dabei unter Einbeziehung präventiver, rehabilitativer und palliativer Maßnahmen und unter Berücksichtigung unterschiedlicher Pflege- und Lebenssituationen sowie Lebensphasen und der Selbstständigkeit und Selbstbestimmung der Menschen auf die Wiedererlangung, Verbesserung, Erhaltung und Förderung der physischen und psychischen Gesundheit der zu pflegenden Menschen auszurichten.

Der Auszubildende soll gemäß § 3 Abs. 2 Krankenpflegegesetz dazu befähigt werden, die Erhebung und Feststellung des Pflegebedarfs, Planung, Organisation, Durchführung und Dokumentation der Pflege, die Evaluation der Pflege, die Sicherung und Entwicklung der Pflegequalität, die Beratung, Anleitung und Unterstützung von Pflegebedürftigen und ihrer Bezugspersonen in der individuellen Auseinandersetzung mit Gesundheit und Krankheit, die Einleitung lebenserhaltender Sofortmaßnahmen bis zum Eintreffen des Arztes durchzuführen sowie an der Durchführung ärztlich veranlasster Maßnahmen an Maßnahmen der medizinischen Diagnostik, Therapie oder Rehabilitation und an Maßnahmen in Krisen- und Katastrophensituationen mitzuwirken. Er soll auch in die Lage versetzt werden, interdisziplinär mit anderen Berufsgruppen zusammenzuarbeiten und dabei multidisziplinäre und berufsübergreifende Lösungen von Gesundheitsproblemen zu entwickeln.

### **bb) Zulassungsvoraussetzungen**

Gemäß § 5 Nr. 2, 3 Krankenpflegegesetz muss ein Realschulabschluss oder eine andere gleichwertige, abgeschlossene Schulbildung oder ein erfolgreicher Abschluss einer sonstigen zehnjährigen allgemeinen Schullaufbahn oder ein Hauptschulabschluss oder eine gleichwertige Schulbildung zusammen mit einer erfolgreich abgeschlossenen Berufsausbildung mit einer vorgesehenen Ausbildungsdauer von mindestens zwei Jahren oder einer Erlaubnis als Krankenpflegehelfer oder eine erfolgreich

abgeschlossenen landesrechtlich geregelte Ausbildung von mindestens einjähriger Dauer in der Krankenpflegehilfe oder Altenpflegehilfe vorgewiesen werden.

### **cc) Ausbildungsstruktur und –inhalt**

Die Ausbildung zum Gesundheits- und Krankenpfleger endet gemäß § 4 Abs. 1 Krankenpflegegesetz mit einer staatlichen Abschlussprüfung und umfasst einen Zeitraum von 3 (Vollzeit)-5 (Teilzeit) Jahren mit theoretischem und praktischem Unterricht von 2100 Stunden (45% Kenntnisse der Gesundheits- und Krankenpflege, der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege sowie der Pflege- und Gesundheitswissenschaften; 23,8 % Pflegerelevante Kenntnisse der Naturwissenschaften und der Medizin; 14,3 % Pflegerelevante Kenntnisse der Geistes- und Sozialwissenschaften; 7,1 % Pflegerelevante Kenntnisse aus Recht, Politik und Wirtschaft; 9,5 % zur freien Verteilung).

Die praktische Ausbildung umfasst 2500 Stunden (32 % Gesundheits- und Krankenpflege von Menschen aller Altersgruppen in der stationären Versorgung in kurativen Gebieten in den Fächern Innere Medizin, Geriatrie, Neurologie, Chirurgie, Gynäkologie, Pädiatrie, Wochen- und Neugeborenenpflege sowie in mindestens zwei dieser Fächer in rehabilitativen und palliativen Gebieten; 20 % Gesundheits- und Krankenpflege von Menschen aller Altersgruppen in der ambulanten Versorgung in präventiven, kurativen, rehabilitativen und palliativen Gebieten; 28 % Gesundheits- und Krankenpflege, Stationäre Pflege in den Fächern Innere Medizin, Chirurgie, Psychiatrie oder Gesundheits- und Kinderkrankenpflege, Stationäre Pflege in den Fächern Pädiatrie, Neonatologie, Kinderchirurgie, Neuropädiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie; 20 % zur freien Verteilung).

Die in Anlage 1 des Krankenpflegegesetzes geregelten Lehrinhalte sind das Erkennen, Erfassen und Bewerten von Pflegesituationen bei Menschen aller Altersgruppen. Den Auszubildenden wird auf der Grundlage pflegewissenschaftlicher Erkenntnisse und pflegerelevanter Kenntnisse der Bezugswissenschaften, wie Naturwissenschaften, Anatomie, Physiologie, Gerontologie, allgemeine und spezielle Krankheitslehre, Arzneimittellehre, Hygiene und medizinische Mikrobiologie, Ernährungslehre, Sozialmedizin sowie der Geistes- und Sozialwissenschaften vermittelt, Pflegesituationen wahr-

zunehmen und zu reflektieren sowie Veränderungen der Pflegesituationen zu erkennen und adäquat darauf zu reagieren.

Die Auszubildenden werden befähigt, unter Berücksichtigung der Entstehungsursachen aus Krankheit, Unfall, Behinderung oder im Zusammenhang mit Lebens- und Entwicklungsphasen den daraus resultierenden Pflegebedarf sowie den Bedarf an Gesundheitsvorsorge und Beratung festzustellen und den Pflegebedarf unter Berücksichtigung sachlicher, personenbezogener und situativer Erfordernisse zu ermitteln und zu begründen.

Des Weiteren wird vermittelt, pflegerische Interventionen in ihrer Zielsetzung, Art und Dauer am Pflegebedarf auszurichten, die unmittelbare vitale Gefährdung, den akuten oder chronischen Zustand bei einzelnen oder mehreren Erkrankungen, bei Behinderungen, Schädigungen sowie physischen und psychischen Einschränkungen und in der Endphase des Lebens bei pflegerischen Interventionen entsprechend zu berücksichtigen, die Pflegemaßnahmen im Rahmen der pflegerischen Beziehung mit einer entsprechenden Interaktion und Kommunikation alters- und entwicklungsgerecht durchzuführen, bei der Planung, Auswahl und Durchführung der pflegerischen Maßnahmen den jeweiligen Hintergrund des stationären, teilstationären, ambulanten oder weiteren Versorgungsbereichs mit einzubeziehen und den Erfolg pflegerischer Interventionen zu evaluieren und zielgerichtetes Handeln kontinuierlich an den sich verändernden Pflegebedarf anzupassen.

Der Auszubildende erlangt die Fähigkeiten, Patienten bei der Bewältigung vital oder existenziell bedrohlicher Situationen zu unterstützen, Maßnahmen der Gesundheitsvorsorge zur Erhaltung, Förderung und Wiederherstellung von Gesundheit anzuregen und hierfür angemessene Hilfen und Begleitung anzubieten, Bezugspersonen zu beraten, anzuleiten und in das Pflegehandeln zu integrieren, die Überleitung von Patienten in andere Einrichtungen oder Bereiche in Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen kompetent durchzuführen sowie die Beratung für Patienten und Bezugspersonen in diesem Zusammenhang sicherzustellen.

Auch wird die Kompetenz vermittelt, den Bedarf an pflegefachlichen Angeboten zur Erhaltung, Verbesserung und Wiedererlangung der Gesundheit systematisch zu ermitteln und hieraus zielgerichtetes Handeln abzuleiten und Betroffene in ihrer Selbstständigkeit zu fördern und sie zur gesellschaftlichen Teilhabe zu befähigen.

Die Auszubildenden werden in die Lage versetzt, das Selbstbestimmungsrecht und die individuelle Situation der zu pflegenden Personen zu berücksichtigen und dabei das soziale Umfeld von zu pflegenden Personen einbeziehen sowie ethnische, interkulturelle, religiöse und andere gruppenspezifische Aspekte sowie ethische Grundfragen zu beachten.

Außerdem wird ein Zugang zu den pflegewissenschaftlichen Verfahren, Methoden und Forschungsergebnissen verschafft, Pflegehandeln mit Hilfe von pflegetheoretischen Konzepten zu erklären, kritisch zu reflektieren und die Themenbereiche auf den Kenntnisstand der Pflegewissenschaft zu beziehen sowie Forschungsergebnisse in Qualitätsstandards zu integrieren.

Die Ausbildung soll zusätzlich dazu befähigen, an der Entwicklung und Umsetzung von Qualitätskonzepten mitzuwirken, rechtliche Rahmenbestimmungen zu reflektieren und diese bei ihrem Pflegehandeln zu berücksichtigen, Verantwortung für Entwicklungen im Gesundheitssystem im Sinne von Effektivität und Effizienz mitzutragen und mit materiellen und personalen Ressourcen ökonomisch und ökologisch umzugehen.

Medizinisch wird darauf vorbereitet, bei Diagnostik und Therapie mitzuwirken, insbesondere mit Ärzten und Angehörigen anderer Gesundheitsberufe die für die jeweiligen medizinischen Maßnahmen erforderlichen Vor- und Nachbereitungen vorzunehmen und bei der Durchführung der Maßnahmen mitzuwirken, Patienten bei Maßnahmen der medizinischen Diagnostik und Therapie zu unterstützen und ärztlich veranlasste Maßnahmen im Pflegekontext eigenständig unter Berücksichtigung der dabei relevanten rechtlichen Aspekte durchzuführen.

Lebenserhaltende Sofortmaßnahmen sollen bis zum Eintreffen des Arztes eingeleitet werden können, indem adäquates Handeln in akuten Notfallsituationen und erste Hilfe Maßnahmen in Katastrophensituationen vermittelt werden.

Im Lehrplan sollte auch die Positionierung des Pflegeberufes im Kontext der Gesundheitsfachberufe, die kritische Auseinandersetzung mit dem Beruf, der Beitrag zur eigenen Gesundheitsvorsorge und der Umgang mit Krisen- und Konfliktsituationen enthalten sein.

Über den fachlichen Bereich hinaus sollen die Absolventen dazu befähigt werden, Entwicklungen im Gesundheitswesen wahrzunehmen, deren Folgen für den Pflegeberuf einzuschätzen und sich in die Diskussion einzubringen, den Pflegeberuf in seiner Eigenständigkeit zu verstehen, danach zu handeln und weiterzuentwickeln, die eigene

Ausbildung kritisch zu betrachten sowie Eigeninitiative und Verantwortung für das eigene Lernen zu übernehmen.

Sie werden in eine Position versetzt, pflegerische Erfordernisse in einem intra- sowie in einem interdisziplinären Team zu erklären, angemessen und sicher zu vertreten sowie an der Aushandlung gemeinsamer Behandlungs- und Betreuungskonzepte mitzuwirken, die Grenzen des eigenen Verantwortungsbereichs zu beachten und im Bedarfsfall die Unterstützung und Mitwirkung durch andere Experten im Gesundheitswesen einzufordern und zu organisieren und im Rahmen von Konzepten der integrierten Versorgung mitzuarbeiten.

### **c) Zusammenfassung**

Mit einer 3-4 jährigen (ca. 5000-6000 Stunden)<sup>154</sup> Ausbildung übersteigt die Ausbildungsdauer für den PA die des Gesundheits- und Krankenpflegers, die 3 Jahre und 4600 Stunden in Anspruch nimmt, während das Medizinstudium 6 Jahre und 3 Monate mit anschließender Facharztweiterbildung (4-6 Jahre) dauert. Auch die Zulassungsvoraussetzungen sind für den PA, der in der Regel einen abgeschlossenen Gesundheitsfachberuf zum Teil mit Berufserfahrung aufweisen muss, höher als für eine Gesundheits-/Krankenpflegerausbildung. In Bezug auf die Studieninhalte zeigt sich im Medizinstudium der größte Anteil an medizinischen Lehrinhalten. Während die Pflegeausbildung einen Schwerpunkt auf die pflegerische Versorgung legt, nimmt die PA-Ausbildung eine Zwischenstellung ein, indem sowohl pflegerische als auch medizinische Aspekte thematisiert werden.

## **8. Erfahrungsberichte zum PA-Einsatz in Deutschland**

Eine systematische Auswertung zum PA-Einsatz in Deutschland ist noch nicht erstellt worden.

---

<sup>154</sup> Siehe Tabelle 3.



## **Zweites Kapitel: Arbeitsteilung im Gesundheitssektor**

Da aktuell in Deutschland keine einheitliche Regelung bzgl. der Einsatzmöglichkeiten für PAs existiert, gestaltet sich ihre Einführung in den klinischen Alltag als problematisch.

Nachfolgend werden die Grundlagen für die Arbeitsteilung zwischen Ärzten und nicht-ärztlichem Personal erläutert und hinsichtlich ihrer Übertragbarkeit auf den PA diskutiert.

### **A. Arbeitsteilung zwischen Ärzten und nicht-ärztlichem Personal**

#### **I. Grundsatz der persönlichen Leistungserbringung durch den Arzt**

Die persönliche Leistungserbringung ist ein prägendes Merkmal für das Berufsbild des Arztes.

##### **1. Grundlagen des Behandlungsvertrages**

Die persönliche Leistungserbringung lässt sich auf den zwischen Arzt und Patient geschlossenen Behandlungsvertrag (§ 630 a BGB) zurückführen.<sup>155</sup>

Der Behandlungsvertrag ist im Wesentlichen als Dienstvertrag zu behandeln, bei dem lediglich die Behandlung, aber kein Behandlungserfolg geschuldet ist.

Dies beruht auf § 630 b BGB, der auf das Dienstvertragsrecht verweist.<sup>156</sup> § 613 S. 1 BGB, der gemäß § 630 b BGB für den Behandlungsvertrag hinzuzuziehen ist<sup>157</sup>, regelt, dass die Leistung im Zweifel in Person zu erbringen ist. Durch die Formulierung

---

<sup>155</sup> Laufs/Katzenmeier/Lipp, *Arztrecht*, Kap.III. Rn.35; Laufs/Kern/Steinhilper, *Handbuch des Arztrechts*, § 26, Rn.14,15; Schnapp/Wigge, *Handbuch des Vertragsarztrechts*, § 2, Rn.47; Spaetgens, Martin, *Der Grundsatz der persönlichen Leistungserbringung*, RDG 2014, S.12-20 (12).

<sup>156</sup> Auch vor der gesetzlichen Regelung (Patientenrechtegesetz 2013) des Behandlungsvertrages entsprach dies der Auffassung in der Rechtsprechung, z.B.: BGH, NJW 1975, 305 (306); OLG Hamburg 2006, 120 (121); OLG Zweibrücken, GesR 2012, 503 (504) und der Literatur, z.B.: Bamberger/Roth/Fuchs, *Kommentar zum BGB*, § 611, Rn.16; Laufs/Kern/Steinhilper, *Handbuch des Arztrechts*, § 26, Rn.14.

<sup>157</sup> Frister/Lindemann/Peters, *Arztstrafrecht*, Kap. 2, Rn.125.

„im Zweifel“ wird verdeutlicht, dass es sich um eine zwischen den Parteien abdingbare Regelung handelt.

Der Behandlungsvertrag wird in seiner Ausgangsform zwischen einem praktizierenden Arzt und einem Privatpatienten geschlossen.<sup>158</sup> Der Vertragsabschluss erfolgt in der Regel konkludent durch Aufnahme der Behandlung.<sup>159</sup> Aus diesem Grund fehlen in den meisten Fällen konkrete Abreden der Vertragspartner bezüglich der Behandlungspflichten.

Dies hat zur Folge, dass der Behandlungsvertrag nach dem mutmaßlichen Willen der Parteien auszulegen ist und im Zweifel die Pflicht zur persönlichen Leistungserbringung durch den Arzt geschuldet ist.<sup>160</sup>

## 2. Grundlagen der Rechtsprechung

Grundlage der Ausgestaltung des Grundsatzes der persönliche Leistungserbringung in der Rechtsprechung bildet eine BGH-Entscheidung aus dem Jahr 1975<sup>161</sup>, nach der die Verwendung nichtärztlicher Hilfspersonen „aus der modernen Medizin und insbesondere aus dem heutigen Klinikwesen nicht wegzudenken“ ist. „Es ist auch unvermeidlich, dass diesen Hilfspersonen im Einzelfall ein hohes Maß von Verantwortung zufällt“, da in manchen Bereichen „dem Arzt ein persönliches Tätigwerden im Einzelfall teils aus Gründen der wirtschaftlichen Arbeitsteilung nicht zumutbar, teils auch wegen der Grenzen seiner fachlichen Kenntnisse gar nicht möglich“ ist.

Des Weiteren wird die Pflicht zum persönlichen Tätigwerden näher erläutert: „Damit kann sich eine Pflicht des Arztes, solche Tätigkeiten im Einzelfall persönlich auszuüben, nicht schon aus der Schwere der Gefahren ergeben, die eine unsachgemäße Ausführung mit sich bringen kann. Ein persönliches Eingreifen des Arztes ist viel-

---

<sup>158</sup> Geiß/Greiner, *Arzthaftpflichtrecht*, Kap.A,I,1.a), Rn. 2.

<sup>159</sup> Geiß/Greiner, *Arzthaftpflichtrecht*, Kap.A,I,1.a), Rn. 2.

<sup>160</sup> BGH, NJW 2010, 1200 (1203): „Maßgebend für Art und Umfang der vom Arzt geschuldeten Tätigkeit ist der nach Maßgabe der jeweiligen Heilberufsgesetze bestehende Inhalt des mit dem Patienten abgeschlossenen Behandlungsvertrags. Enthält dieser keine ausdrückliche Vereinbarung, kommt es darauf an, wie die Parteien bei verständiger Würdigung unter Berücksichtigung der Verkehrssitte nach Treu und Glauben den Behandlungswunsch des Patienten einerseits und die Übernahme der Behandlung durch den Arzt im Rahmen seiner beruflichen Pflichten andererseits verstehen durften“.

<sup>161</sup> BGH, NJW 1975, 2245 (2246).

mehr grundsätzlich nur zu fordern, wo die betreffende Tätigkeit gerade dem Arzte eigene Kenntnisse und Kunstfertigkeiten voraussetzt.“<sup>162</sup>

Die Pflicht zur persönlichen Leistungserbringung beschränkt sich nur auf die Kernleistungen der ärztlichen Tätigkeit<sup>163</sup> und nicht darauf, jede einzelne Handlung eigenständig durchzuführen.<sup>164</sup>

Auch in Wahlleistung tätige Ärzte sind nicht verpflichtet, alle Maßnahmen eigenhändig durchzuführen.<sup>165</sup> Der Kernbereich wahlärztlicher Leistungen, der dem liquidationsberechtigten Arzt vorbehalten ist, wird in den einzelnen Fachbereichen unterschiedlich definiert.<sup>166</sup>

---

<sup>162</sup> BGH, NJW 1975, 2245 (2246).

<sup>163</sup> BGH NJW 2008, 987 (988).

<sup>164</sup> Z.B. BGH, NJW 2010, 2580 (2581): Der Krankenhausträger kann sich zur Erfüllung seiner Verpflichtung grds. seines gesamten Personales bedienen; OLG Dresden 2008-4 U 1857/07- Es stellt keinen Behandlungsfehler dar, wenn einer erfahrenen und fachgerecht ausgebildeten MTA für Radiologie iv Injektionen zur Vorbereitung von Diagnosemaßnahmen übertragen werden, sofern für eine regelmäßige Kontrolle und Überwachung durch den Arzt Sorge getragen wird.; LG Berlin, NJW-RR 1994, 80: Die Übertragung einer iv Injektion auf eine Krankenschwester oder Arzthelferin durch den Arzt ist nicht von vorneherein fehlerhaft. Der Arzt muss prüfen, dass die Arzthelferin /Krankenschwester aufgrund entsprechender Ausbildung und Anleitung durch einen Arzt die hinreichende Qualifikation für eine intravenöse Injektion hatte und, dass er sich in regelmäßigen Abständen durch Kontrollen von der fachgerechten Injektionstechnik seiner Mitarbeiterinnen überzeugt hat; ArbG Koblenz 1993, 3 Ca713/93: Die Delegation ärztlicher Tätigkeiten auf nicht ärztliches Personal ist rechtlich nur zulässig, wenn der Patient in diese Maßnahme einwilligt, die Art des Eingriffs das persönliche Handeln des Arztes nicht erfordert, der Arzt die Maßnahme anordnet, der ausführende nicht ärztliche Mitarbeiter zur Durchführung der Anordnung befähigt ist und er zur Ausführung der ärztlichen Tätigkeit bereit ist.

<sup>165</sup> OLG Hamm, NJW 1995, 2420 (2421): Der Chefarzt muss nicht alle Maßnahmen eigenhändig durchführen, sondern es ist ausreichend, wenn er einen Therapieplan erarbeitet oder einen solchen vor Beginn der Umsetzung überprüft sowie den Behandlungsverlauf engmaschig kontrolliert; OLG Celle NJW 1982, 2129 (2130): Der Chefarzt verletzt jedenfalls dann, wenn er sich durch einen ärztlichen Mitarbeiter vertreten läßt, ohne dass hierfür besondere Gründe (Urlaub, Krankheit usw) vorliegen, seine aus dem Arztvertrag folgenden Pflichten zur persönlichen Leistungserbringung, weil der Patient, der die Leistung des Chefarztes als gesondert berechenbare Wahlleistung in Anspruch nimmt, grundsätzlich erwarten kann, dass der Chefarzt die erforderlichen Leistungen im wesentlichen persönlich erbringt, wenn er nicht aus besonderen Gründen in der fraglichen Zeit abwesend ist.

<sup>166</sup> Terbille/Clausen/Schroeder-Printzen, Münchener Anwaltshandbuch Medizinrecht, § 7 Rn.99; z.B. LG Hamburg, NJW 2001, 3415 (3416): Im Fachbereich Anästhesie: Durchführung der Aufklärung, der Voruntersuchung sowie die Ein- und Ausleitung der Narkose.

Zusammenfassend wird in der Rechtsprechung in unterschiedlichem Ausmaß vertreten, dass der Arzt zwar grundsätzlich persönlich tätig werden soll, er aber auch unter Erfüllung bestimmter Voraussetzungen (z.B. regelmäßige Kontrollen, Überprüfung der Qualifikation des Mitarbeiters) andere Personen an der Behandlung beteiligen kann.

Eine einheitliche gesetzliche Definition der Pflicht zur persönlichen Leistungserbringung, anhand derer eine Abgrenzung der ärztlichen Tätigkeiten erfolgen könnte, existiert nicht.

Der Grundsatz zur persönlichen Leistungserbringung ist zwischen Patienten mit gesetzlicher und privater Krankenversicherung unterschiedlich ausgeprägt.

Im Folgenden werden die einzelnen Bereiche für gesetzlich und privat Versicherte aufgeführt, in denen die persönlichen Leistungserbringung geregelt ist.

## **II. Ärztliche Pflicht zur persönlichen Leistungserbringung in der gesetzlichen Versorgung**

### **1. Sozialgesetzbuch in Verbindung mit dem Bundesmantelvertrag**

§ 15 Abs. 1 des Bundesmantelvertrages-Ärzte (BMV-Ä) regelt, dass jeder an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Arzt<sup>167</sup> verpflichtet ist, die vertragsärztliche Tätigkeit persönlich auszuüben. Gemäß § 15 Abs. 1 S. 1 SGB V sind ärztliche Behandlungen von Ärzten zu erbringen, soweit nicht im Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3c etwas anderes bestimmt ist. Sind Hilfeleistungen anderer Personen erforderlich, dürfen diese nur erbracht werden, wenn sie vom Arzt angeordnet und von ihm verantwortet werden (§ 15 Abs. 1 S. 2 SGB V).

Nach § 28 Abs. 1 S. 2 SGB V gehört zur ärztlichen Behandlung auch die Hilfeleistungen anderer Personen, welche von dem Arzt angeordnet und zu verantworten sind. Ebenfalls gesetzlich geregelt ist gemäß § 28 Abs. 1 S. 3 SGB V, dass die Partner der Bundesmantelverträge bis zum 30. Juni 2012 für die ambulante Versorgung beispiel-

---

<sup>167</sup> Der Begriff des Vertragsarztes ist die Neufassung des ursprünglichen Kassenarztes. Als solcher gilt jeder approbierte niedergelassene Arzt mit Vertragsarztsitz.

haft festlegen konnten, bei welchen Tätigkeiten Personen nach § 28 Abs. 1 S. 2 SGB V ärztliche Leistungen erbringen können und welche Anforderungen an die Erbringung zu stellen sind.

## **2. Zulassungsverordnung für Vertragsärzte**

Die Zulassung zum Vertragsarzt bewirkt gemäß § 95 Abs. 3 SGB V, dass der Vertragsarzt Mitglied der für seinen Kassenarztsitz zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung wird und zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung im Umfang seines aus der Zulassung folgenden zeitlich vollen oder hälftigen Versorgungsauftrages berechtigt und verpflichtet ist. § 32 Abs. 1 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV) regelt, dass der Vertragsarzt die vertragsärztliche Tätigkeit persönlich und in freier Praxis auszuüben hat. Hierzu zählt auch, dass er sich bei Krankheit, Urlaub oder Teilnahme an ärztlicher Fortbildung oder an einer Wehrübung innerhalb von zwölf Monaten für bis zu drei Monate und bei einer Entbindung bis zu 12 Monate vertreten lassen kann.

## **III. Ärztliche Pflicht zur persönlichen Leistungserbringung in der privaten Versorgung**

### **1. Gebührenordnung**

Gemäß § 4 Abs. 2 der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) können Gebühren nur für selbständige ärztliche Leistungen, die der Arzt selbst erbracht hat, oder, die unter seiner Aufsicht<sup>168</sup> nach fachlicher Weisung<sup>169</sup> erbracht wurden, als sog. eigene Leistungen erhoben werden. Der liquidierende Arzt soll die Leistung leitend und eigenverantwortlich vornehmen und dieser damit ein „persönliches Gepräge“ verleihen.<sup>170</sup> Die

---

<sup>168</sup> OLG Oldenburg, NJW 2012, 1597 (1598): Eine unter Aufsicht erbrachte Leistung setzt die Möglichkeit voraus, unverzüglich persönlich einwirken zu können.

<sup>169</sup> BGH, NJW 2012, 1377(1383): Eine Leistung nach fachlicher Weisung setzt voraus, dass der anweisende Arzt die entsprechende fachliche Qualifikation aufweist und die Tätigkeit auch selbst durchführen könnte.

<sup>170</sup> LG Bonn MedR 1997, 81 (82).

grundlegenden Entscheidungen bzgl. der Therapie muss der Arzt selbst treffen und die Behandlung eigenverantwortlich überwachen<sup>171</sup>, wobei die bloße Mitarbeiterauswahl und -überwachung oder ein organisatorisches Weisungsrecht nicht ausreichen.<sup>172</sup>

Als liquidationsfähige Leistungen gelten auch von ihm berechnete Laborleistungen, die nach fachlicher Weisung unter der Aufsicht eines anderen Arztes in Laborgemeinschaften<sup>173</sup> oder in von Ärzten ohne eigene Liquidationsberechtigung geleiteten Krankenhauslaboren erbracht werden.<sup>174</sup> Eine Abrechnung scheidet aus, wenn eine bloße Auftragserteilung an Laborärzte zur Ausführung der Leistung erfolgt ist.<sup>175</sup>

Da ein Facharzt im Wesentlichen<sup>176</sup> nur auf seinem Fachgebiet tätig werden darf, bezieht sich die vertragliche Verpflichtung zur persönlichen Leistungserbringung beispielsweise eines Hausarztes, der Laborleistungen in Auftrag gibt, gegenüber dem Patienten nicht auf diese Laborleistungen, da sie von seinem Fachgebiet nicht umfasst werden.<sup>177</sup>

Zweck der Ausnahmeregelung des Prinzips der persönlichen Leistungserbringung ist das Verhindern medizinisch nicht indizierter Spezialleistungen, indem die früher übliche Selbstzuweisung ausgeschlossen und dahinter stehende finanzielle Anreize eliminiert werden sollen.<sup>178</sup>

Die Regelung gilt nicht für die in § 4 Abs. 2 Nr. 1-3 GOÄ aufgelisteten Leistungen im Rahmen einer wahlärztlichen stationären, teilstationären oder vor- und nachstationären Krankenhausbehandlung, wenn diese nicht durch den Wahlarzt oder dessen vor Abschluss des Wahlarztvertrages dem Patienten benannten ständigen ärztlichen Vertreter persönlich erbracht wurden.

---

<sup>171</sup> LG Marburg VersR 2001, 1565 (1566).

<sup>172</sup> AG Berlin-Charlottenburg r + s 1999, 35 (36).

<sup>173</sup> Uleer/Miebach/Patt, Abrechnung von Arzt- und Krankenhausleistungen, § 4, Rn. 46: Laborgemeinschaften sind Zusammenschlüsse von Ärzten zur gemeinsamen Benutzung von Laborgeräten innerhalb oder außerhalb der eigenen Praxisräume mit dem Ziel der Erbringung bestimmter Laboratoriumsuntersuchungen.

<sup>174</sup> Bzgl. der persönlichen Leistungserbringung von Laborleistungen: BSG BeckRS 2004, 17403: Ein Laborarzt muss in der Praxis anwesend sein; eine lediglich jederzeitige telefonische Erreichbarkeit während eines Auslandsaufenthalts genügt nicht.

<sup>175</sup> Uleer/Miebach/Patt, Abrechnung von Arzt- und Krankenhausleistungen, § 4, Rn. 47.

<sup>176</sup> BVerfG, Beschluss der 2. Kammer des Ersten Senats vom 01. Februar 2011 - 1 BvR 2383/10, Rn. 1-33 (30).

<sup>177</sup> BGH, NJW 2010, 1200 (1203).

<sup>178</sup> BR-Drs. 211/94 S. 88 f., 94.

Zusammenfassend wird in der GOÄ die persönliche Leistungserbringung im Allgemeinen als durch den Arzt selbstständiges Tätigwerden oder als solches unter seiner Aufsicht und nach fachlicher Weisung definiert.

## **2. Berufsordnung**

Die auf der Grundlage der Kammer- und Heilberufsgesetze beschlossene Muster-Berufsordnung (MBO) soll die Überzeugung der Ärzteschaft zum Verhalten von Ärzten gegenüber Patienten, Kollegen und anderen Partnern im Gesundheitswesen sowie zum Verhalten in der Öffentlichkeit repräsentieren.<sup>179</sup>

§ 19 Abs. 1 MBO legt fest, dass Ärzte die Praxis persönlich ausüben müssen. Eine genauere Ausführung der persönlichen Ausübung findet sich hier jedoch nicht.

## **3. Zusammenfassung**

In keinem der aufgeführten Bereiche wird vorausgesetzt, dass der Arzt alle medizinischen Tätigkeiten in eigener Person ausführt. Sogar innerhalb der Gebührenordnung ist eine Liquidierung als eigene Leistung zulässig, wenn sie unter Aufsicht des Arztes und nach dessen fachlicher Weisung erbracht wurde. Insbesondere die Berechtigung zur Liquidation von Laborleistungen, bei denen der Arzt zwar die fachliche Weisung erteilt hat, jedoch mangels körperlicher Anwesenheit und fachlicher Kompetenz in den meisten Fällen keine Aufsicht über die größtenteils in entfernten Großlaboren durchgeführten Laborleistungen führen kann, zeigt, dass eine medizinische Kollaboration angestrebt wird.

Aus den einzelnen Regelungsinhalten geht jedoch auch hervor, dass der Arzt nicht unbeschränkt Aufgaben an seine Mitarbeiter übertragen kann. So muss er beispielsweise seine Praxis persönlich führen.

---

<sup>179</sup> Präambel der Musterberufsordnung für Ärzte.

#### **IV. Arbeitsteilung zwischen ärztlichen und nicht-ärztlichen Mitarbeitern**

Die Durchführung aller medizinischen Tätigkeiten durch den Arzt selbst ist in der Praxis nicht umsetzbar und, wie in den vorherigen Abschnitten ersichtlich, auch rechtlich nicht vorgesehen, sodass sich der Arzt im Rahmen der Arbeitsteilung anderer, sowohl ärztlicher, als auch nicht-ärztlicher Mitarbeiter, bedienen darf.

Igl gliedert die rechtlichen Voraussetzungen und Grenzen der Kooperation und Koordination in vier Ebenen ein: 1. die Ebene der Handlungsvoraussetzungen der dienstleistenden Akteure; 2. die Ebene der Abläufe der gesundheitlichen Versorgung; 3. die Ebene der leistungserbringungsrechtlichen Voraussetzungen und 4. die Ebene der Rechtsformen der koordinierten und kooperierenden Leistungsbereitstellung und der daraus resultierenden Rechtspflichten.<sup>180</sup>

Er beschreibt die 1. Ebene der Handlungsvoraussetzungen als das Erfüllen formaler Qualifikation durch Absolvierung einer entsprechenden Ausbildung und das zum Schutz des Patienten durch Ge- und Verbote dominierte berufliche Handeln. In der 2. Ebene werden als Instrumente der einzelnen Abläufe die ärztliche Verordnung und Anordnung, strukturierte Behandlungsprogramme bei chronischen Erkrankungen, die interdisziplinäre Zusammenarbeit und die integrierte Versorgung aufgeführt.

Im Rahmen der leistungserbringungsrechtlichen Voraussetzungen weist Igl auf das Erfordernis einer gesetzlichen Grundlage für die Begründung von Rechten und Pflichten bei der Kooperation und Koordination von Leistungserbringern hin, die neben der Dimension des jeweiligen Handelns eines Leistungserbringers neben Haftungsfragen auch Qualitätssicherungs- und Vergütungsfragen umfassen.

In Hinblick auf die Rechtsformen wird unter Verweis auf §§ 23 b und 29 a MBOÄ aufgeführt, dass es Ärzten nicht gestattet ist, zusammen mit Personen, die weder Ärzte sind noch zu ihren berufsmäßig tätigen Mitarbeitern gehören, zu untersuchen oder zu behandeln. Dies gilt nicht für Personen, welche sich in der Ausbildung zum ärztlichen Beruf oder zu einem Fachberuf in Gesundheitswesen befinden (§ 29 a Abs. 1 MBOÄ). Die Zusammenarbeit mit Angehörigen anderer Gesundheitsberufe ist zulässig, wenn die Verantwortungsbereiche des Arztes und des Angehörigen des Gesundheitsberufs klar erkennbar voneinander getrennt bleiben (§ 29 a Abs. 1 MBOÄ). Je-

---

<sup>180</sup> Igl/Welti, Gesundheitsrecht, 4. Kap., § 18.



doch ist eine medizinische Kooperationsgemeinschaft zwischen Ärzten und Angehörigen anderer Fachberufe möglich (§ 23 b MBOÄ).<sup>181</sup>

## **1. Gegenstand der Arbeitsteilung**

Ein grundsätzliches Problem stellt die mangelnde einheitliche Regelung der jeweiligen Kompetenzbereiche der einzelnen Berufsgruppen dar. Die Vielzahl von Berufsordnungen enthalten oft sich überschneidende Kompetenzen, sodass eine gesetzliche Regelung der einzelnen Formen der Arbeitsteilung ohne vorherige Abgrenzung der Zuständigkeitsbereiche schwierig ist.

So legt beispielsweise § 1 Abs. 2 MBO lediglich fest, dass es Aufgabe des Arztes sei, „das Leben zu erhalten, die Gesundheit zu schützen und wiederherzustellen, Leiden zu lindern, Sterbenden Beistand zu leisten und an der Erhaltung der natürlichen Lebensgrundlagen im Hinblick auf ihre Bedeutung für die Gesundheit der Menschen mitzuwirken.“

Diese Auflistung zeigt jedoch Überschneidungspunkte mit den Ausrichtungen anderer Gesundheitsberufe.

Beispielsweise sieht § 1 Abs. 1 Krankenpflegegesetz für Krankenpfleger ebenfalls das Mitwirken insbesondere bei der Heilung, Erkennung und Verhütung von Krankheiten sowie das Erlernen von Maßnahmen zur Wiedererlangung, Verbesserung, Erhaltung und Förderung der physischen und psychischen Gesundheit der zu pflegenden Menschen vor.

Diese Problematik kann einerseits dadurch bearbeitet werden, dass, ähnlich wie im niederländischen System, eine nationale Liste mit bestimmten Berufsgruppen zugeordneten Tätigkeiten erstellt wird. Alternativ kann, wie momentan in Deutschland dominierend, für jede Berufsgruppe eine eigene Berufsordnung erstellt werden, sodass dann durch separate Regelungen zur Aufgabenverteilung die Tätigkeiten zwischen den Berufsgruppen eingeteilt werden können.

Nachteilig an diesem System ist jedoch, dass die Berufsordnungen nicht aufeinander abgestimmt sind und diese wiederum nicht Grundlage der Richtlinien zu einzelnen

---

<sup>181</sup> Igl/Welti, Gesundheitsrecht, 4. Kap., § 18.

Formen der Arbeitsteilung sind. Eine einheitliche Liste hingegen würde eine bessere Koordination der einzelnen Aufgabenbereiche ermöglichen.<sup>182</sup> Stattdessen kommt es momentan unter Berücksichtigung der vielfältigen Gesundheitsfachberufe in vielen Bereichen zu Überschneidungen, welche nicht harmonisch aufeinander abgestimmt werden können. Insbesondere der Abgrenzung ärztlicher und nicht-ärztlicher Tätigkeiten sollte auf Grund ihres Gefahrenpotentials größte Aufmerksamkeit gewidmet werden.

## **2. Verschiedene Formen der Arbeitsteilung**

Zu unterscheiden sind Formen der Arbeitsteilung auf gleichem Qualifikationsniveau (z.B. zwischen Ärzten) von denen mit Qualifikationsgefälle (z.B. zwischen ärztlichen und nicht-ärztlichen Mitarbeitern).

Bei letzterem handelt es sich um eine Form der vertikalen Arbeitsteilung<sup>183</sup>, welche durch fachliche Über- und Unterordnung innerhalb eines Fachgebietes charakterisiert ist.<sup>184</sup> Formen der vertikalen Arbeitsteilung sind die Assistenz, die Delegation und teilweise auch die Substitution, bei denen dem nicht-ärztlichen Mitarbeiter ein unterschiedliches Ausmaß an Kompetenzen und Verantwortung zugesprochen wird.

### **a) Assistenz**

Die schwächste Form der Arbeitsteilung zwischen Ärzten und nicht-ärztlichen Mitarbeitern stellt die Assistenz (lat. *assistere* = herantreten) dar.

---

<sup>182</sup> So auch *Großkopf*- Delegation ärztlicher Aufgaben-Sackgasse oder Effizienzsteigerung? RDG 2003, 2 (4): der als ersten Schritt für ein tragbares Delegationsmodell sieht, dass das Leistungsspektrum aller im Krankenhaus tätigen Professionen abgesteckt wird.

<sup>183</sup> *Laufs/Kern*, Handbuch des Arztrechts, § 100, Rn. 3: Im Gegensatz zur horizontalen Arbeitsteilung, bei der die Aufgabenverteilung auf dem kollegialen Prinzip der funktionsbedingten Gleichordnung verschiedener kooperierender Disziplinen erfolgt-klassisches Beispiel ist die Vertretung.

<sup>184</sup> *Laufs/Kern*, Handbuch des Arztrechts, § 100, Rn. 3.

### **aa) Definition**

Bei der Assistenz verrichtet der Mitarbeiter unter Aufsicht und Anweisung des Arztes Hilfstätigkeiten, um diesen bei seiner Arbeit zu unterstützen (z.B. Anreichen des Verbandsmaterials, Haken halten im Operationsaal, Absaugen). Sowohl das „ob“, als auch das „wie“ der Verrichtung bleiben in Verantwortung des Arztes.<sup>185</sup>

### **bb) Bedeutung**

Die Assistenz ist eine im klinischen Alltag gängige Methode der Arbeitsteilung, die täglich vielfach zur Anwendung kommt. Durch sie kann der Arzt schnell und unkompliziert Hilfe für einzelne Tätigkeiten erlangen, um seinen Arbeitsprozess zu beschleunigen oder zu vereinfachen (z.B. das sog. „Hakenhalten“ im Operationsfeld).

### **cc) Voraussetzungen**

Bei dieser Form der Arbeitsteilung sind keine besonderen Anforderungen an den Assistenten zu stellen, da der Arzt weiterhin persönlich die medizinische Versorgung vornimmt und der Mitarbeiter lediglich beaufsichtigte, kleinere Handlungen vornimmt. Eine Assistenz kann auch durch nicht in dem konkreten Tätigkeitsbereich ausgebildete Mitarbeiter ausgeführt werden.

### **b) Delegation**

Die Delegation (lat. *delegare*=hinschicken, anvertrauen, übertragen) stellt eine intensivere Form der Arbeitsteilung zwischen Arzt und nicht-ärztlichem Mitarbeiter als die Assistenz dar.

---

<sup>185</sup> Seibl, Spickhoff, Die Erstattungsfähigkeit ärztlicher Leistungen bei Delegation an nicht-ärztliches Personal, NZS 2008, 57-65 (57).

## aa) Definition

Eine Legaldefinition des Begriffes Delegation existiert nicht, jedoch hat sich eine gängige Interpretation durchgesetzt. Diese versteht die Delegation als die unter bestimmten Voraussetzungen zulässige Übertragung von ärztlichen Aufgaben auf andere Berufsgruppen.<sup>186</sup>

Während der Arzt somit die Entscheidungskompetenz bzgl. des „ob“ beibehält, geht die Entscheidungskompetenz für das „wie“ auf den Delegationsempfänger über.<sup>187</sup>

Der Arzt behält bei der Delegation stets die ärztliche und juristische Verantwortung für die sach- und fachgerechte Durchführung der delegierten ärztlichen Leistung.<sup>188</sup>

## bb) Bedeutung

In einer Resolution der BÄK zur Delegation wird diese als erforderliche Maßnahme gegen die Entwicklung zukünftiger Missstände im deutschen Gesundheitssystem eingeordnet.

Bereits 1975 wurde in einer Entscheidung des Bundesgerichtshofs die hohe Bedeutung nicht-ärztlichen Personals im medizinischen Bereich konstatiert.<sup>189</sup>

---

<sup>186</sup> Laufs/Katzenmeier/Lipp, *Arztrecht*, Kap. 10, Rn. 57ff.; Terbille/Clausen/Schroeder-Printzen, *Münchener Anwaltshandbuch Medizinrecht*, § 1, Rn. 519; Grützner/Jakob, *Compliance von A-Z*, Kap. Delegation-Auch außerhalb der Medizin in einem Unternehmen beinhaltet die Delegation die Übertragung von Aufgaben, bei denen der Delegierende für die Auswahl und Überwachung desjenigen verantwortlich ist, dem die Aufgaben übertragen werden; Bericht des *Deutschen Krankenhausinstituts (DKI)*, *Neuordnung von Aufgaben des Ärztlichen Dienstes*, S. 6; *Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung*, *Persönliche Leistungserbringung-Möglichkeiten und Grenzen der Delegation ärztlicher Leistungen*, 2008, S. 4f.

<sup>187</sup> Roters D., Leiter der Rechtsabteilung beim GBA, Übertragung ärztlicher Leistungen auf Pflegeberufe, Vortrag beim Symposium der Deutschen Gesellschaft für Kassenarztrecht am 12.3.09, Folie 8.

<sup>188</sup> AWMF, *Stellungnahme: Ausübung der Heilkunde muss in ärztlicher Hand und Verantwortung bleiben*, S. 3: <http://www.awmf.org/medizin-versorgung/stellungnahmen/ausuebung-der-heilkunde.html> (Stand: 2.1.2017).

<sup>189</sup> BGH NJW 1975, 2245 (2246): „Es ist auch unvermeidlich, dass diesen Hilfspersonen im Einzelfall ein hohes Maß von Verantwortung zufällt - so im gesamten Bereich der Asepsis, bei hochentwickelten technischen Geräten, deren Funktion verlässlich oft nur von einem Techniker zu kontrollieren ist, oder bei der Bereitstellung von Medikamenten und anderen Chemikalien. In all diesen Bereichen ist dem Arzt ein persönliches Tätigwerden im Einzelfall teils aus Gründen der wirtschaftlichen Arbeitsteilung nicht zumutbar, teils auch wegen der Grenzen seiner fachlichen Kenntnisse gar nicht möglich.“

Nach einer Umfrage der KBV<sup>190</sup> aus dem Jahr 2014 wird die Delegation von Medikations- und Wundmanagement bereits von 41 % der Befragten (7942 Haus- oder Fachärzte) vorgenommen, wohingegen die Delegation von Hausbesuchen als einer medizinischen Kerntätigkeit lediglich von 18 % der Befragten bejaht wird. Von den bereits eine Delegation in der Praxis anwendenden Ärzten haben jedoch nur 20 % angegeben, für die Übernahme von delegierten Aufgaben weitergebildete Angestellte einzusetzen. Insgesamt planen aber 30 % der befragten Haus- und Fachärzte, die Delegation von Aufgaben an nicht-ärztliches Personal in Zukunft auszuweiten.<sup>191</sup>

Nach Bauer ist es „ein Gebot der Klugheit“, Aufgaben, die auch von nicht-ärztlichem Personal durchgeführt werden können, an andere abzugeben. Er beschreibt die Delegation sowohl als Entlastung des Arztes, als auch als Aufwertung des nicht-ärztlichen Berufsträgers.<sup>192</sup>

### **cc) Voraussetzungen**

Die Voraussetzungen einer zulässigen Delegation sind nicht einheitlich geregelt. Es ist zwischen sachlichen und persönlichen Voraussetzungen der Delegation zu unterscheiden.

#### **(1) Sachliche Voraussetzungen einer delegationsfähigen Tätigkeit**

Als übereinstimmende sachliche Voraussetzung der Delegation ist anerkannt, dass es sich um eine delegationsfähige Tätigkeit<sup>193</sup> handeln muss.

Eine abschließende gesetzliche Vorgabe der einzelnen delegationsfähigen Tätigkeiten existiert jedoch nicht. Nicht abschließende Vorgaben erfolgen durch die medizinischen Fachbereiche. In Anlage 24 des Bundesmantelvertrags, der 2013 gemäß § 82

---

<sup>190</sup> *Kassenärztliche Bundesvereinigung*, *Ärztemonitor* 2014, S. 15.

<sup>191</sup> *Kassenärztliche Bundesvereinigung*, *Ärztemonitor* 2014, S. 15.

<sup>192</sup> *Bauer S.*, *Gegenwart und Zukunft der Delegation und Substitution ärztlicher Leistungen*, *GewA* 2012, S.13.

<sup>193</sup> *Spickhoff/Seibl*, *Haftungsrechtliche Aspekte der Delegation ärztlicher Leistungen an nicht-ärztliches Medizinpersonal - unter besonderer Berücksichtigung der Anästhesie*, *MedR* 2008, S.463 (465); *Berg/Ulsenheimer/Gaibler/Trengler*, *Patientensicherheit, Arzthaftung, Praxis- und Krankenhausorganisation*, S.112-115.

Abs. 1 SGB V zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen geschlossen wurde und allgemeine Regelungen der vertragsärztlichen Versorgung von Kassenpatienten beinhaltet, sind Anforderungen an die Delegation ärztlicher Leistungen an nicht-ärztliche Mitarbeiter in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung unter Aufführung eines nicht abschließenden beispielhaften Kataloges delegationsfähiger Leistungen sowie deren spezifischer Anforderungen geregelt.<sup>194</sup>

Auch in einer Bekanntmachung der Bundesärztekammer aus dem Jahr 2008 werden einzelne medizinische Tätigkeitsbereiche in Bezug auf die Möglichkeit einer Delegation untersucht.<sup>195</sup>

Häufig<sup>196</sup> wird eine Aufgliederung der Leistungen unter folgenden drei Gesichtspunkten vorgenommen: (α) nicht-delegationsfähige Leistungen, (β) generell delegationsfähige Leistungen sowie (γ) im Einzelfall delegationsfähige Leistungen.<sup>197</sup>

#### **α) Nicht-delegationsfähige Leistungen**

Die Tätigkeit ist u.a. dann nicht-delegationsfähig, wenn sie unter einem Arztvorbehalt steht.

Hierunter ist zu verstehen, dass bestimmte Leistungen nur von einem approbierten Arzt erbracht werden dürfen. Grundlage ist, dass diese Tätigkeiten mit einem erhöhten Risiko für den Patienten einhergehen und ihre Durchführung eine besondere Qualifikation zur Gefahrenabwehr und Risikominimierung erfordern.<sup>198</sup> Der Arztvorbe-

---

<sup>194</sup> [http://www.kbv.de/media/sp/24\\_Delegation.pdf](http://www.kbv.de/media/sp/24_Delegation.pdf), Anhang S.1-8 (Stand: 2.1.2017).

<sup>195</sup> *Deutsches Ärzteblatt* 2008, Bekanntmachungen - Persönliche Leistungserbringung: Möglichkeiten und Grenzen der Delegation ärztlicher Leistungen Stand: 29. August 2008, 105(41).

<sup>196</sup> Diese Einteilung wurde jedoch durch die *Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung* aufgegeben, "weil die Qualifikationen der Mitarbeiter und damit die Delegationsmöglichkeiten sowohl innerhalb dieser beiden Fallgruppen differieren als auch zwischen beiden Fallgruppen übereinstimmen können, so dass sich aus dieser Fallgruppenbildung keine Aussagen zur notwendigen Präsenz des Arztes und zur Überwachung durch ihn ableiten lassen"; *Persönliche Leistungserbringung, Möglichkeiten und Grenzen der Delegation ärztlicher Leistungen*, 2008, S. 4.

<sup>197</sup> *Terbille/Clausen/Schroeder-Printzen*, Münchener Anwaltshandbuch Medizinrecht, § 1, Rn. 519; *Ratzel/Lissel/Kern*, Handbuch des Medizinischschadensrechts, § 3, Rn. 89.

<sup>198</sup> so auch *Spickhoff/Fenger*, Medizinrecht, § 5, Rn.1 am Beispiel der genetischen Untersuchung.

halt soll sicherstellen, dass in den ausgezeichneten medizinischen Bereichen mit wissenschaftlich gesicherten medizinischen Kenntnissen vorgegangen wird.<sup>199</sup>

Es existieren sowohl gesetzlich normierte, als auch ungeschriebene Regelungen des Arztvorbehaltes.

Allgemeine gesetzliche Normierungen zum Arztvorbehalt finden sich beispielsweise in §§ 15 Abs. 1; 28 Abs. 1 SGB V. Hier wird für die Leistungserstattung gesetzlich Versicherter geregelt, dass ärztliche Behandlungen von Ärzten erbracht werden müssen, soweit nicht etwas anderes bestimmt ist.<sup>200</sup>

Konkrete gesetzliche Normierungen mit Arztvorbehalt finden sich beispielsweise in § 48 Arzneimittelgesetz, der festlegt, dass verschreibungspflichtige Arzneimittel nur vom Arzt, Zahnarzt oder Tierarzt verschrieben werden dürfen. Dem entsprechend bedürfen auch Betäubungsmittel gemäß § 13 des Gesetzes über den Verkehr mit Betäubungsmitteln einer ärztlichen Verschreibung. Nach § 9 des Gesetzes zum Schutz von Embryonen ist es nur einem Arzt gestattet, künstliche Befruchtungen, Präimplantationsdiagnostik, Embryonentransfer sowie Embryonen-/Eizellkonservierungen vorzunehmen. § 4 Abs. 1 des Gesetzes über den Beruf der Hebamme und des Entbindungspflegerers hingegen enthält eine Abschwächung des Arztvorbehaltes, indem er neben Ärzten auch Hebammen zu Leistungen der Geburtshilfe berechtigt.

Im Krankenhaus sowie im ambulanten Bereich besteht ein Anspruch des Patienten auf den sog. Facharztstandard.<sup>201</sup>

Dieser wird als das „zum Behandlungszeitpunkt in der ärztlichen Praxis und Erfahrung bewährte, nach naturwissenschaftlicher Erkenntnis gesicherte, von einem durchschnittlichen Facharzt verlangte Maß an Können und Sorgfalt“ verstanden, das jedoch keine formelle Facharztanerkennung voraussetzt, sondern als Qualitätsanforderung zu verstehen ist.<sup>202</sup> Der im Krankenhaus grundsätzlich vorzuweisende Facharztstan-

---

<sup>199</sup> *Deutsch*, Embryonenschutz in Deutschland, NJW 1991, 721(722).

<sup>200</sup> § 2 I BÄO hingegen legt lediglich fest, dass die Approbation als Arzt erforderlich ist, um im Geltungsbereich dieses Gesetzes den ärztlichen Beruf auszuüben. Dabei handelt es sich nicht um einen Tätigkeits-, sondern um einen Titelschutz.

<sup>201</sup> BGH NJW 1987, 1479 (1480), BGH NJW 1984, 655 (656).

<sup>202</sup> *Ulsenheimer*, Arztstrafrecht in der Praxis, Kap. 1, Rn. 57.

dard<sup>203</sup> erfordert neben den im jeweiligen Fachbereich geltenden Maßstäben auch generelle medizinische Grundkenntnisse.<sup>204</sup>

In § 7 Abs. 1 des Gesetzes über genetische Untersuchungen bei Menschen wird beispielsweise für prädiktive genetische Untersuchungen der Facharzt für Humangenetik oder eine anderweitig erlangte Qualifikation für genetische Untersuchungen verlangt.

Zusätzlich zu den gesetzlich normierten Fällen des Arztvorbehaltes existiert auch ein Bereich, der auf Grund seines Gefährdungspotentials das Tätigwerden eines Arztes bzw. eines Facharztes erfordert.<sup>205</sup> Dieser Bereich wird als sogenannter Kernbereich ärztlichen Handelns bezeichnet, der jedoch nicht gesetzlich reglementiert wurde (ungeschriebener Arztvorbehalt).

§ 2 Anlage 24 BMV-Ä definiert unter dem Kernbereich ärztlicher Tätigkeiten Maßnahmen, welche die besondere Fachkenntnis des Arztes erfordern. Hierzu gehören insbesondere die Anamnese, die Indikationsstellung, die Untersuchung des Patienten einschließlich invasiver diagnostischer Leistungen, die Diagnosestellung, die Aufklärung und die Beratung des Patienten sowie die Entscheidung über eine Therapie und die Durchführung invasiver Therapien und operativer Eingriffe.

Das OLG Dresden entschied 2008<sup>206</sup>, dass zum Kernbereich der ärztlichen Tätigkeit alle diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen zählen, die durch ihre Schwierigkeit, das Patientenrisiko oder die Unvorhersehbarkeit von Komplikationen professionelles ärztliches Fachwissen erfordern. Dabei sei nicht das aus einer unsachgemäßen Behandlung erwachsende Risiko maßgeblich, sondern das Risiko, das aus der Behandlung eines Nicht-Arztes resultiert. Konkret wurden beispielsweise operative Eingriffe<sup>207</sup> oder die Aufklärung<sup>208</sup> aufgeführt.

---

<sup>203</sup> *Spickhoff*, Medizinrecht, § 839 Haftung bei Amtspflichtverletzung, Rn. 8.

<sup>204</sup> BGH NJW 1999, 1779 (1781).

<sup>205</sup> OLG Karlsruhe NJW 1987, 1489 (1489); ArbG Koblenz vom 24. 8. 1993, 3 Ca 713/93.

<sup>206</sup> OLG Dresden 2008-4U1857/07.

<sup>207</sup> AG Berlin-Charlottenburg r + s 1999, 35 (36).

<sup>208</sup> BGH NJW 1974, 604 (605); OLG Brandenburg vom 27. 3. 2008, 12 U 239/06: Auch dann liegt keine wirksame Aufklärung, wenn der Arzt bei der Aufklärung durch einen nicht-ärztlichen Mitarbeiter im Raum anwesend ist; OLG Jena NJW-RR 2006, 135: Die Aufklärung als ärztliche Tätigkeit.



## **β) Generell delegationsfähige Leistungen**

Als generell delegationsfähige Leistungen werden unter anderem Laborleistungen, der Dauerkatheterwechsel und der Wechsel einfacher Verbände sowie radiologische Leistungen aufgeführt.<sup>209</sup>

## **γ) Im Einzelfall delegationsfähige Leistungen**

Im Einzelfall delegationsfähige Leistungen können auf qualifizierte nicht-ärztliche Mitarbeiter delegiert werden, wenn ein persönliches Tätigwerden des Arztes nach Art und Schwere des Krankheitsbildes oder des Eingriffs nicht erforderlich ist und der Mitarbeiter die erforderliche Qualifikation, Zuverlässigkeit und Erfahrung aufweist. Sie umfassen u.a. Injektionen, Infusionen, Blutentnahmen sowie die Entnahme von Gewebe nach dem Transplantationsgesetz.<sup>210</sup>

## **(2) Persönliche Voraussetzungen einer Delegation**

Nach Ansicht der BÄK kann und darf die Delegation an nicht-ärztliche Mitarbeiter „nicht pauschal oder allein leistungsbezogen“ erfolgen. Sie bedürfe vielmehr einer individuellen Einzelfallbetrachtung unter Einbeziehung sowohl der Besonderheiten auf Patientenseite<sup>211</sup> mit Versorgungsumfeld, als auch auf Seiten des beauftragten Mitarbeiters.

---

<sup>209</sup> Ratzel/Lissel/Kern, Handbuch des Medizinschadensrechts, § 3, Rn. 91.

<sup>210</sup> Ratzel/Lissel/Kern, Handbuch des Medizinschadensrechts, § 3, Rn. 92; *Ärztammer Bremen*, Behandlung durch den Arzt, S.2:

[https://www.aekhb.de/data/mediapool/pa\\_re\\_delegation.pdf](https://www.aekhb.de/data/mediapool/pa_re_delegation.pdf) (Stand: 2.1.2017).

<sup>211</sup> Nach Entscheidung des OLG Köln VersR 1997, 366 ist von einem groben Behandlungsfehler auszugehen, wenn angesichts einer besonderen Gefährdungssituation bei einem Patienten die täglichen Verbandswechsel vom Arzt auf eine Pflegekraft delegiert werden.

## **α) Person des Delegierenden**

Nach einer Auffassung ist es erforderlich, dass der delegierende Arzt über eine durch schriftliche Vereinbarung sicherzustellende Weisungsbefugnis verfügt.<sup>212</sup>

Andere fordern, der Delegierende müsse die zu übertragende Tätigkeit gesondert ärztlich anordnen, bestmöglich klar definiert und schriftlich.<sup>213</sup>

Er müsse den Delegations-Empfänger individuell auswählen und anleiten sowie dessen Tätigwerden koordinieren.<sup>214</sup> Für bestimmte Tätigkeiten, die primär zu den ärztlichen Aufgaben zählen, die aber auch Prüfungsinhalte der Pflegeausbildung darstellen, wie beispielsweise subkutane oder intramuskuläre Injektionen, gelte der Vertrauensgrundsatz, der besagt, dass der anordnende Arzt auf eine hinreichende Qualifikation der Fachkraft vertrauen darf, soweit keine gegenteiligen Hinweise bestehen.<sup>215</sup>

Des Weiteren wird auch eine Überwachung durch den Delegierenden gefordert.<sup>216</sup> Die Bundesärztekammer formuliert eine Durchführungs- und Erfolgskontrolle durch den Arzt. 2011 erging ein Beschluss des OLG Frankfurt<sup>217</sup>, in dem es für eine zulässige Delegation als „erforderlich“ erachtet wurde, „dass der Arzt erreichbar und in der Lage ist, unverzüglich persönlich einwirken zu können, falls dies notwendig wird.“

---

<sup>212</sup> Vereinbarung zwischen der KBV und dem GKV- Spitzenverband über die Delegation ärztlicher Leistungen an nicht-ärztliches Personal in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung gem. § 28 Abs. 1 S. 3 SGB V vom 1. Oktober 2013, § 3.

<sup>213</sup> Laufs/*Katzenmeier*/Lipp, *Arztrecht*, Kap.X, Rn. 57; Berg/Ulsenheimer/*Gaibler, Trengler*, *Patientensicherheit, Arzthaftung, Praxis- und Krankenhausorganisation*, Kap. 10, S. 112-115; *Persönliche Leistungserbringung-Möglichkeiten und Grenzen der Delegation ärztlicher Leistungen*, 2008, S. 4; ArbG Koblenz vom 24. 8. 1993, 3 Ca 713/93.

<sup>214</sup> Bundesärztekammer, *Resolution zur Delegation 2012*, S. 2; Vereinbarung zwischen der KBV und dem GKV- Spitzenverband über die Delegation ärztlicher Leistungen an nicht-ärztliches Personal in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung gem. § 28 Abs. 1 S. 3 SGB V vom 1. Oktober 2013, § 4 II.

<sup>215</sup> Berg/Ulsenheimer/*Gaibler, Trengler*, *Patientensicherheit, Arzthaftung, Praxis- und Krankenhausorganisation*, Kap.10, S.112-115.

<sup>216</sup> Laufs/*Katzenmeier*/Lipp, *Arztrecht*, Kap.X, Rn. 57; Vereinbarung zwischen der KBV und dem GKV- Spitzenverband über die Delegation ärztlicher Leistungen an nicht-ärztliches Personal in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung gem. § 28 Abs. 1 S. 3 SGB V vom 1. Oktober 2013, § 4 II; *Persönliche Leistungserbringung-Möglichkeiten und Grenzen der Delegation ärztlicher Leistungen*, 2008, S. 4.

<sup>217</sup> OLG Frankfurt am Main 04.08.2011, 8 U 226/10.

Schließlich müsse die Delegation durch den Arzt dokumentiert werden.<sup>218</sup>

### **β) Person des Delegations-Empfängers**

Der ausführende nicht-ärztliche Mitarbeiter soll zur Durchführung der Anordnung befähigt und zur Ausführung der ärztlichen Tätigkeit bereit sein.<sup>219</sup> Dies setzt sowohl die erforderliche praktische Kompetenz, als auch das nötige fachliche Wissen voraus.<sup>220</sup> Allgemeine berufsgruppenspezifische Qualifikationen des beauftragten nicht-ärztlichen Mitarbeiters und dessen persönliche Zusatz-Qualifikationen, Erfahrungen und Fertigkeiten im Besonderen sind dabei zu berücksichtigen.<sup>221</sup>

### **γ) Patient**

Auf Seiten des Patienten wird gefordert, dass dieser in die Delegation einwilligt.<sup>222</sup>

## **(3) Zusammenfassung und Würdigung**

Zusammenfassend stellt sich als erste Problematik einer zulässigen Delegation die Frage, ob es sich um eine delegationsfähige Tätigkeit handelt. Zur Beantwortung dieser Frage wird häufig der Ausschluss einer Delegation bei Betroffenheit des Kernbereichs ärztlicher Tätigkeit angeführt. Da dieser Kernbereich jedoch ebenfalls nicht

---

<sup>218</sup> Laufs/*Katzenmeier*/Lipp, *Arztrecht*, Kap. X, Rn.57; Bundesärztekammer, *Resolution zur Delegation 2012*, S. 2.

<sup>219</sup> *Spickhoff*/Seibl *MedR* 2008, 463 (465); Berg/Ulsenheimer/*Gaibler, Trengler*, *Patientensicherheit, Arzthaftung, Praxis- und Krankenhausorganisation*, Kap. 10, S. 112-115; ArbG Koblenz vom 24. 8. 1993, 3 Ca 713/93.

<sup>220</sup> Berg/Ulsenheimer/*Gaibler, Trengler*, *Patientensicherheit, Arzthaftung, Praxis- und Krankenhausorganisation*, Kap.10, S.112-115; *Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung*, *Persönliche Leistungserbringung-Möglichkeiten und Grenzen der Delegation ärztlicher Leistungen*, 2008, S. 4, <http://www.bundesaerztekammer.de/richtlinien/empfehlungenstellungnahmen/delegation/> (Stand: 2.1.2017).

<sup>221</sup> Bundesärztekammer, *Resolution zur Delegation 2012*, S. 2, [http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user\\_upload/downloads/24022012\\_-\\_Resolution\\_Verbaendegespraech.pdf](http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/24022012_-_Resolution_Verbaendegespraech.pdf) (Stand: 2.1.2017).

<sup>222</sup> Berg/Ulsenheimer/*Gaibler, Trengler*, *Patientensicherheit, Arzthaftung, Praxis- und Krankenhausorganisation*, Kap. 10, S. 112-115; ArbG Koblenz 1993, 3 Ca 713/93.

hinreichend und einheitlich definiert ist, handelt es sich hierbei um eine bloße Verlagerung der Problematik.

Eine eindeutige Regelung, welche Tätigkeit auf welche Berufsgruppe zu übertragen ist, stellt sich aufgrund der Komplexität und Vielfältigkeit der medizinischen Tätigkeiten sowie der medizinischen Berufsbilder als fast unmöglich dar, da in jedem Einzelfall zusätzlich noch die individuellen Fähigkeiten des Einzelnen sowie die konkrete Situation des Patienten zu berücksichtigen sind.

Auf Grundlage dieser Überlegungen ist es sinnvoll, die Problematik aus der entgegengesetzten Perspektive, also durch Festlegung der Tätigkeiten, die keinesfalls durch einen nicht-ärztlichen Mitarbeiter durchzuführen sind, zu behandeln.

Dies kann durch abstrakte gesetzliche Regelungen oder durch Vorgaben der medizinischen Fachbereiche erfolgen. Für letzteres spricht, dass die Fachverbände eine umfassende Kenntnis über die Leistungen in ihrem Gebiet aufweisen und medizinische Neuerungen schnell einarbeiten können. Zwar besteht die Gefahr einer Rechtsunsicherheit, falls widersprechende Angaben in Überschneidungsgebieten der Medizin entstehen, jedoch werden nur die Fachverbände der Komplexität medizinischer Tätigkeiten mit ihrem Fachwissen gerecht.<sup>223</sup>

Bezüglich der Anforderungen an den Delegationsvorgang besteht weitgehend Einigkeit, dass eine Anordnung des Arztes erforderlich ist und er den nicht-ärztlichen Mitarbeiter auswählen muss. Die zum Teil geforderte schriftliche Form der Anordnung ist jedoch als unpraktikabel abzulehnen, da sie zu viel Zeit in Anspruch nimmt und eine Dokumentation der Tätigkeit das Schutzziel der Patientensicherheit ausreichend gewährleistet.

Im Einzelnen muss der Delegations-Empfänger zur Ausführung der Tätigkeit befähigt sein.

Diese gegenseitigen Anforderungen auf Empfänger- und Überträgerseite stehen in einem Abhängigkeitsverhältnis, welches mit einer Waage beschrieben werden kann. Auf der einen Seite befindet sich die zu delegierende Tätigkeit mit ihrem Anforderungsprofil, auf der anderen Seite die Qualifikation des Mitarbeiters. Die Qualifikati-

---

<sup>223</sup> So auch *Frahm*, VersR 2009, 1576 (1579).

on muss durch ein mehr oder weniger ausgeprägtes Maß ärztliche Anleitungs- und Kontrollpflichten aufgestockt werden, um der Komplexität der Aufgabe gerecht zu werden. Die Auswahlpflicht hingegen muss eine gleichbleibende Intensität aufweisen, um die Qualifikation des Mitarbeiters konstant bestimmen zu können.

Uneinigkeit besteht im Hinblick auf das genaue Ausmaß der erforderlichen Überwachungspflicht. Fraglich ist, ob auf die körperliche Verfügbarkeit oder auf die fachliche Zugänglichkeit abzustellen ist.

Für das strengere Erfordernis der körperlichen Verfügbarkeit des Arztes spricht, dass sie im Vergleich zur fachlichen Zugänglichkeit ein größeres Maß an Sicherheit für den Patienten bietet, indem der Arzt innerhalb kurzer Zeit hinzustoßen und in die Situation eingreifen kann. Für die fachliche Zugänglichkeit, beispielsweise in Form telefonischer Erreichbarkeit, lässt sich aufführen, dass die Delegation so ein breiteres Einsatzgebiet erlangt. Der nicht-ärztliche Mitarbeiter kann flexibler eingesetzt werden (z.B. bei Hausbesuchen), wodurch eine stärkere Entlastung der Ärzte ermöglicht wird. Unter Berücksichtigung der absehbaren Entwicklung im Gesundheitswesen mit zunehmend knappen Ressourcen sollte eine an die Fähigkeiten des nicht-ärztlichen Mitarbeiters angepasste Auslegung des Begriffes der Rufweite erfolgen. Bei für die delegierte Aufgabe gut ausgebildetem Personal sollte eine weite Auslegung erfolgen, so dass eine telefonische oder anderweitige Erreichbarkeit ausreichend ist (z.B. bei dem Praxisassistenten). Bei Mitarbeitern mit weniger Erfahrung oder geringerer Qualifikation hingegen sollte weiterhin eine unmittelbare körperliche Rufbereitschaft des Arztes vorhanden sein. Auch die Art der Tätigkeit ist von entscheidender Bedeutung. Bei komplexeren Tätigkeiten ist eine strengere Auslegung bis zur körperlichen Anwesenheit des Arztes zu befürworten.

Die nur durch wenige Vertreter geforderte gesonderte Einwilligung des Patienten in die Delegation ist als wenig praktikabel und nicht erforderlich abzulehnen. Da in der Regel jegliches medizinische Handeln bereits die Einwilligung des Patienten gegenüber der Handelnden Person erfordert, ist in dieser Einwilligung bereits konkludent enthalten, dass der Patient mit der Durchführung der Tätigkeit durch den bestimmten Mitarbeiter einverstanden ist. Eine zusätzliche gesonderte Einwilligung in die Delega-

tion nach vorheriger Aufklärung ist zu weitgreifend und entspricht nicht dem Sinn und Zweck einer Aufklärung zur Sicherung des Selbstbestimmungsrechts des Patienten. Für diesen ist es bei der einfachen Delegation, welche kein besonderes Gefahrenpotential in sich birgt, irrelevant, durch wen genau die Maßnahme durchgeführt wird, soweit eine ausreichende Qualifikation gegeben ist und es sich um eine delegierbare Tätigkeit handelt.

### **c) Substitution**

Die Substitution (lat. *substituere*= ersetzen) ist die intensivste Form der Arbeitsteilung zwischen Arzt und nicht-ärztlichem Mitarbeiter.

Strittig ist, ob die Substitution der vertikalen oder der horizontalen Arbeitsteilung zuzuordnen ist. Für die vertikale Aufteilung spricht, dass sich im klassischen Fall der Substitution ein Arzt und ein Mitarbeiter des Pflegesektors gegenüberstehen. Demnach läge eine hierarchische Beziehung vor. Andererseits schließt ein generelles Über- Unterordnungsverhältnis nicht aus, dass dieses im Einzelfall durchbrochen sein könnte. Bei der substituierten Tätigkeit handelt es sich um eine originäre Kompetenz des Durchführenden, für die er auch die Durchführungsverantwortung übernimmt<sup>224</sup>. Dennoch bleibt das hierarchische Verhältnis bestehen, indem der Arzt im Einzelfall die Kompetenz des Mitarbeiters sicherstellen muss<sup>225</sup>. Im Gegensatz zu typischen Fällen der horizontalen Arbeitsteilung, wie beispielsweise bei der interdisziplinären Zusammenarbeit im Krankenhaus, bei welcher der Arzt keine Überwachungspflichten einhalten muss und sein Partner keinen Weisungen unterworfen ist,<sup>226</sup> trifft dies auf die Substitution nicht uneingeschränkt zu.

Zusammenfassend ist von einer Zwischenstellung der Substitution zwischen horizontaler und vertikaler Arbeitsteilung auszugehen.

---

<sup>224</sup> Ratzel/Lissel/Kern, Handbuch des Medizinschadensrechts, § 3, Rn. 103.

<sup>225</sup> § 3 Richtlinie des GBA.

<sup>226</sup> Pfluger, Krankenhaushaftung und Organisationsverschulden, Kap. 4, § 10, S. 154.

## aa) Definition

Bei der Substitution handelt es sich um die “selbstverantwortliche Ausübung ärztlicher Tätigkeiten durch nichtärztliches Personal“.<sup>227</sup>

Neben der Durchführungskompetenz („wie“) soll auch die Entscheidungskompetenz (“ob“) auf die andere Berufsgruppe übergehen.<sup>228</sup> Unter der Entscheidungskompetenz ist die Indikationsstellung<sup>229</sup> zur Durchführung der Maßnahme zu verstehen.

Eine Legaldefinition der Substitution existiert jedoch nicht. Der AWMF hat in seiner Stellungnahme<sup>230</sup> die Substitution als das “Ersetzen des Arztes durch einen nicht-ärztlichen Mitarbeiter bei der Durchführung von Leistungen, bei denen es sich um die selbständige Ausübung von Heilkunde handelt” definiert. Es gehe die ärztliche und juristische Verantwortung für die Ordnungsgemäßheit der durchgeführten Maßnahme (Heilkunde) vom Arzt auf den nicht-ärztlichen Mitarbeiter über.<sup>231</sup>

## bb) Bedeutung

### (1) Problematik der Substitution im Rahmen des Heilpraktikergesetzes

Nach der soeben dargestellten Definition hat die Substitution zur Konsequenz, dass nicht-ärztliches Personal zur Ausübung von Heilkunde legitimiert wird. Dies stellt unter Berücksichtigung des § 1 Abs. 1 Heilpraktikergesetz, der bei Ausübung von

---

<sup>227</sup> Ratzel/Lissel/Kern, Handbuch des Medizinschadensrechts, § 3, Rn. 103.

<sup>228</sup> Roters D., Leiter der Rechtsabteilung beim GBA, Übertragung ärztlicher Leistungen auf Pflegeberufe, Vortrag beim Symposium der Deutschen Gesellschaft für Kassenarztrecht am 12.3.09, Folie 8; So auch § 2 II 3 der Richtlinie über die Festlegung ärztlicher Tätigkeiten zur Übertragung auf Berufsangehörige der Alten- und Krankenpflege zur selbständigen Ausübung von Heilkunde im Rahmen von Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3c SGB des Gemeinsamen Bundesausschusses, 2012.

<sup>229</sup> lat. Indicare = anzeigen, Entscheidung, welche medizinische Maßnahme bei einem bestimmten Krankheitsbild angebracht ist

<sup>230</sup> AWMF, Stellungnahme: Ausübung der Heilkunde muss in ärztlicher Hand und Verantwortung bleiben, S.3- <http://www.awmf.org/medizin-versorgung/stellungnahmen/ausuebung-der-heilkunde.html> (Stand: 2.1.2017).

<sup>231</sup> So auch § 2 II 2, III der Richtlinie über die Festlegung ärztlicher Tätigkeiten zur Übertragung auf Berufsangehörige der Alten- und Krankenpflege zur selbständigen Ausübung von Heilkunde im Rahmen von Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3c SGB des Gemeinsamen Bundesausschusses, 2012.

Heilkunde, ohne als Arzt bestellt zu sein, eine Erlaubnis erfordert, eine zu diskutierende Problematik dar.

§ 2 Abs. 5 BÄO regelt, dass die Ausübung der Heilkunde Gegenstand des ärztlichen Berufes ist.

Eine Legaldefinition der Heilkunde findet sich in § 1 Abs. 2 des Heilpraktikergesetzes, als „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.“

Tätigkeiten zur Feststellung, Heilung oder Linderung beinhalten sowohl diagnostische, als auch therapeutische Maßnahmen. Diese müssen nicht direkt mit einer Heilung verknüpft sein. Bei einer Feststellung ist das diagnostische Element im Vordergrund, während bei einer Linderung sich zwar der Zustand des Patienten bessert, dieser jedoch nicht geheilt ist.<sup>232</sup>

Leiden stellen lang anhaltende, häufig kaum oder nicht mehr therapeutisch beeinflussbare Funktionsstörungen dar, während Körperschäden alle grundsätzlich irreparablen, nicht krankhaften Veränderungen des Zustands oder der Funktion des Körpers, einzelner Organe oder Organteile wie beispielsweise Sterilität, Taub- oder Blindheit umfassen.<sup>233</sup>

Die in § 1 Abs. 2 des Heilpraktikergesetzes getroffene umfassende Legaldefinition von Heilkunde mit daraus folgender Ausweitung des in § 1 Abs. 1 des Heilpraktikergesetz festgelegten präventiven Verbotes mit Erlaubnisvorbehalt ist jedoch nach allgemeiner Ansicht zu weit gefasst, sodass eine verfassungskonforme Auslegung der Heilkundeausübung im Sinne einer ärztliche bzw. medizinische Fachkenntnisse erfordernden Tätigkeit und Behandlung, die bei generalisierender Betrachtung gesundheitlichen Schädigungen verursachen kann<sup>234</sup>, erfolgen muss. Im Umkehrschluss setzt die Ausübung von Heilkunde voraus, dass es sich um eine ärztliche bzw. medizinische Fachkenntnisse erfordernde Tätigkeit mit Schädigungspotential handelt.

---

<sup>232</sup> So auch *Dünisch/Bachmann*, Das Recht des Heilpraktikerberufs und der nichtärztlichen Heilkundeausübung, § 1 Rn. 6.2.

<sup>233</sup> *Spickhoff/Schelling*, Medizinrecht, Nr.260, § 1, Kap. 2, Rn.8.

<sup>234</sup> BVerfG, NJW 2003, 41; BVerwGE 134, 345 Rn.11; BVerwG, NJW 1970, 1987(1988); BVerwG, NJW 1959, 833(834); *Krauskopf/Wagner*, Soziale Krankenversicherung, Pflegeversicherung, SGB V § 28, Rn.15.



Die Beurteilung der Heilkunde erfolgt dabei nach objektiven Kriterien und ist im Einzelfall zu entscheiden.<sup>235</sup> Eine Beschränkung auf zur Zeit des Gesetzeserlasses existierende Therapiemethoden existiert nicht. Stattdessen handelt es sich um einen dynamischen Begriff, der sich, seinem Zweck entsprechend, mit dem medizinischen Fortschritt weiterentwickelt.<sup>236</sup>

Bei einem Einsatz im Rahmen der Substitution sind regelmäßig medizinische Fachkenntnisse erforderlich und ein Schädigungspotential ist gegeben.

Gegebenenfalls könnte sich hieraus die Pflicht zur Einholung einer Erlaubnis im Sinne des § 1 Abs. 1 Heilpraktikergesetz herleiten.

Diese kann mangels widersprechenden Wortlautes und dem Sinn und Zweck der Vorschrift<sup>237</sup> auch beschränkt erteilt werden, „wenn ein Antragsteller die Heilkunde nur auf einem abgrenzbaren Gebiet oder nur eine eindeutig umrissene Therapieform ausüben möchte“<sup>238</sup>, solange sichergestellt ist, dass er die „Grenzen seines Könnens kennt und beachtet“.<sup>239</sup> Dies kann beispielsweise durch spezialgesetzliche Regelungen mit hinreichender Bestimmung des Tätigkeitsbereiches erfolgen.<sup>240</sup>

Eine Beschränkung ist für nicht-ärztliche Berufsgruppen erforderlich, da die Heilpraktikererlaubnis alle beherrschten Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der gesamten Heilkunde ohne Beschränkungen auf einzelne Fachdisziplinen umfasst.<sup>241</sup>

Gegebenenfalls könnte jedoch eine teleologische Reduktion des Heilpraktikergesetzes dazu führen, dass eine Heilpraktikererlaubnis für nicht-ärztliche Berufsgruppen mit klar umgrenztem Betätigungsfeld für das Tätigwerden im Rahmen der Substitution nicht erforderlich ist.

Voraussetzung einer solchen Reduktion ist, dass der vom Wortlaut umfasste Fall dem Telos der Normierung widerspricht.<sup>242</sup>

Sinn und Zweck des Heilpraktikergesetzes ist es, die Gesellschaft vor unberufenen

---

<sup>235</sup> Spickhoff/*Schelling*, Medizinrecht, Nr. 260, § 1, Kap. 2, Rn. 15, 18.

<sup>236</sup> BVerwG NJW 1984, 1414-1416.

<sup>237</sup> BVerwGE 134, 345 Rn.18; BVerwG NJW 1993, 2395-2397; OVG Rheinland-Pfalz 2006 - 6 A 10271/06.OVG.

<sup>238</sup> BVerfG, Beschluss vom 24. Oktober 1994 - 1 BvR 1016/89 -, n.v. Beschlussabdruck S. 7 ff.

<sup>239</sup> BVerwGE 134, 345 Rn.12.

<sup>240</sup> BVerwG 2009, 3 C 19. 08.

<sup>241</sup> Spickhoff/*Schelling*, Medizinrecht, Nr. 260, Kap. 2, § 1, Rn. 24.

<sup>242</sup> Zu den Voraussetzungen einer teleologischen Reduktion: BGH NJW 2005, 354 (355).

Heilbehandlern zu bewahren.<sup>243</sup>

Fraglich ist, ob sich eine solche Gefahr der Gesundheitsgefährdung bei der Substitution ergibt, wenn die substituierten Tätigkeiten individuell auf den Kompetenzbereich der jeweiligen Berufsgruppe abgestimmt sind.

Dafür spricht, dass der nicht-ärztliche Mitarbeiter bei der Substitution auch die Entscheidungskompetenz innehat und somit eigenständig eine Indikation stellen darf. Hierbei ist er keiner ärztlichen Kontrolle unterworfen, da er ebenfalls über die Durchführungskompetenz verfügt.

Dagegen spricht, dass bei der Substitution eine konkrete Zuteilung der erforderlichen Qualifikation und der erlaubten ärztlichen Tätigkeit erfolgen muss, dass also der nicht-ärztliche Mitarbeiter zu der Tätigkeit befähigt sein muss. Dies könnte einen ausreichenden Schutz für die Bevölkerung darstellen.

Im Ergebnis ist jedoch eine teleologische Reduktion des Heilpraktikergesetzes auf Grund des hohen Gefahrenpotentials bei der Ausübung von Heilkunde abzulehnen, da ansonsten jede Berufsordnung selbst den Maßstab dafür setzen würde, ob ihre Berufsgruppe zu der substituierten Ausübung von Heilkunde befähigt ist. Dies würde die Grenze zur Ausübung von Heilkunde aufweichen, dem Sinn und Zweck des Heilmittelgesetzes widersprechen und die Patientensicherheit gefährden.

Folglich ist die Substitution als eigenständige Ausübung von Heilkunde ohne eine Erlaubnis grundsätzlich nicht mit dem Heilpraktikergesetz vereinbar. Dies hat zur Konsequenz, dass jede Berufsgruppe im Gesundheitswesen, an die Aufgaben substituiert würden, über eine Erlaubnis zur Ausübung von Heilkunde verfügen muss.

Gegen die pauschale Zuteilung einer auf den jeweiligen Tätigkeitsbereich der einzelnen Berufsgruppe beschränkten Erlaubnis spricht, dass es sich hierbei um eine starre Lösung handelt, die sich nicht dem aktuellen Stand der Wissenschaft anpasst. Insbesondere neuere Berufsgruppen, wie beispielsweise der PA, welche noch keine etablierte Berufsordnung mit festgelegtem Kompetenz- und Ausbildungsrahmen aufweisen, wären durch eine solche Regelung längerfristig von der Substitution ausgeschlossen.

---

<sup>243</sup> Krauskopf/Wagner, Soziale Krankenversicherung, Pflegeversicherung, SGB V § 28, Rn. 14; Spickhoff/Schelling, Medizinrecht, Nr. 260, Kap. 2, §1 Rn. 1; BVerfG NJW 1988, 2292(2293).

Vorzugswürdig ist daher eine wie vom GBA durch das Modellvorhaben reglementierte einheitliche und auf die Kompetenzen der einzelnen Berufsgruppen abgestimmte Ausnahmeregelung.

## **(2) Einführung der Substitution durch das Modellvorhaben**

Durch die Einführung des § 63 Abs. 3 c SGB V<sup>244</sup> in Verbindung mit § 1 Abs. 1 S. 2 Kranken-/ Altenpflegegesetz wurde neben der im Heilpraktikergesetz vorgesehenen Erlaubnis eine Ausnahmeregelung für die Übertragung ärztlicher Tätigkeiten im Rahmen einer selbständigen Ausübung von Heilkunde auf die Angehörigen der im Kranken-/Altenpflegegesetz geregelten Berufe geschaffen. § 1 Abs. 1 S. 2 Kranken-/Altenpflegegesetz befugt Personen mit einer Erlaubnis nach Satz 1, die über eine Ausbildung nach § 4 Abs. 7 Kranken-/ Altenpflegegesetz verfügen, im Rahmen der ihnen in dieser Ausbildung vermittelten erweiterten Kompetenzen zur Ausübung heilkundlicher Tätigkeiten.

Der Wortlaut des § 63 Abs. 3 c SGB V enthält mit der Formulierung „Übertragung“ keine eindeutige Nomenklatur der Form der Arbeitsteilung als Substitution oder Delegation. Aus der Gesetzesbegründung zum Pflege-Weiterentwicklungsgesetz<sup>245</sup> ergibt sich jedoch, dass bestimmte ärztliche Leistungen von entsprechend qualifizierten Pflegefachkräften ohne vorherige ärztliche Veranlassung erbracht werden können, was mit einem Übergang der Entscheidungskompetenz gleichzusetzen ist. Diese Pflegefachkräfte treten als eigenständige Leistungserbringer in der gesetzlichen Krankenversicherung auf, so dass hieraus eine Erweiterung der Leistungserbringerseite folgt. Insbesondere durch die Übertragung der Entscheidungskompetenz zeigt sich, dass die Substitution Regelungsinhalt des Modellvorhabens ist.

---

<sup>244</sup> § 63 SGB V wurde 1988 durch Art. 1 GRG v 20.12.1988 BGBl I 2477 eingeführt. Erst 2008 erfolgte die Einführung des § 63 Abs. 3c SGB V auf Grundlage von Art 6 Nr 8 Pflege-Weiterentwicklungsgesetz vom 28.5.2008 (BGBl I 874).

<sup>245</sup> Deutscher Bundestag, Pflege-Weiterentwicklungsgesetz, 2007, Drucksache 16/7439, S. 96,97.

### **(3) Bedeutung der Substitution für andere Berufsgruppen**

Die Substitution einer Tätigkeit auf eine andere Berufsgruppe führt nicht dazu, dass die primär zuständige Berufsgruppe ihre diesbezügliche Kompetenz verliert. Dagegen spricht, dass, insbesondere im medizinische Bereich, oft mehrere Berufsdisziplinen für bestimmte Tätigkeiten zuständig sind und sich die Kompetenzbereiche überschneiden. Auch, wenn bestimmte Tätigkeiten, wie beispielsweise die körperliche Untersuchung, substituiert werden, muss die originär zuständige Berufsgruppe, z.B. der Arzt, diese weiterhin durchführen dürfen, um eine ausreichende Patientenversorgung zu gewährleisten. Somit bleibt die ursprüngliche Zuständigkeit durch eine Substitution unberührt.

#### **cc) Voraussetzungen**

##### **(1) Sachliche Voraussetzungen einer Substitution**

Als allgemeine sachliche Voraussetzungen für eine zulässige Substitution müssen, da diese die stärkste Form der Übertragung ärztlicher Tätigkeiten darstellt, erst Recht die Anforderungen an eine für die Delegation erlaubte Tätigkeit erfüllt sein.

Somit ist die Substitution ausgeschlossen, wenn eine Tätigkeit auf Grund ihrer Schwierigkeit oder ihres Gefahrenpotentials den Kernbereich ärztlichen Handelns betrifft.<sup>246</sup>

Genauer zu erörtern sind insbesondere die Anforderungen an eine Aufklärung bei Tätigwerden eines nicht-ärztlichen Mitarbeiters im Rahmen der Substitution.

Als allgemeine Voraussetzungen der Aufklärung regelt § 630 e Abs. 1 BGB für das Vertragsrecht, dass der Behandelnde verpflichtet ist, den Patienten über sämtliche für die Einwilligung wesentlichen Umstände wie Art, Umfang, Durchführung, zu erwart-

---

<sup>246</sup> Dennoch beinhaltet § 63 Abs. 3c SGB V weder Einschränkungen bezüglich des Arztvorbehaltes aus § 2 V BÄO, noch bezüglich § 1 des Heilpraktikergesetzes.

tende Folgen und Risiken<sup>247</sup> der Maßnahme sowie ihre Notwendigkeit, Dringlichkeit, Eignung und Erfolgsaussichten in Hinblick auf die Diagnose oder die Therapie<sup>248</sup>, aufzuklären. Er muss auf Alternativen zur Maßnahme hinweisen, wenn mehrere medizinisch gleichermaßen indizierte und übliche Methoden zu wesentlich unterschiedlichen Belastungen, Risiken oder Heilungschancen führen können. Die Aufklärung muss auf eine für den Patienten verständliche Weise erfolgen.<sup>249</sup>

Grundsätzlich kann bei der medizinischen Aufklärung zwischen der Selbstbestimmungs- oder Eingriffsaufklärung und der therapeutischen- oder Sicherungsaufklärung unterschieden werden.

Die Selbstbestimmungsaufklärung umfasst die Diagnose-, Verlaufs- und Risikoaufklärung.<sup>250</sup>

Bei der Risikoaufklärung wird der Patient über die Gefahren des Eingriffs in Kenntnis gesetzt und erfährt, welche vorübergehenden oder auch dauerhaften Folgen für seine Gesundheit entstehen können.<sup>251</sup> Bei der Diagnoseaufklärung wird der Patient über seine Krankheit informiert und darüber, welche Auswirkungen diese auf ihn hat. Die Verlaufsaufklärung klärt den Patienten über den zu erwartenden Verlauf mit und ohne Vornahme des Eingriffs auf.<sup>252</sup> Zusammenfassend soll der Patient durch die Selbstbestimmungsaufklärung in die Lage versetzt werden, in Kenntnis seiner Erkrankung und ihrer zu erwartenden Entwicklung, des Eingriffes und dessen Risiken sowie möglicher alternativer Behandlungskonzepte eine umfassende Entscheidung zu treffen.

---

<sup>247</sup> BGH NJW 2005, 1716 (1717): Bei der Verschreibung von Kontrazeptiva muss auch über die Auswirkungen des Rauchens aufgeklärt werden; OLG Frankfurt 2010 (8 U 88/10): Ein ausdrücklicher Hinweis auf das Mortalitätsrisiko ist nur dann erforderlich, wenn es auf Grund des individuellen Patienten- oder des Eingriffsrisikos als nicht fernliegende Komplikation bewertet werden kann; LG Heidelberg 2015, 4O221/13: Der Arzt muss auch über seltene Risiken aufklären, wenn sie bei ihrer Realisierung zu einer schweren Beeinträchtigung des Patienten führen und für den Eingriff spezifisch, für den Patienten jedoch überraschend sind.

<sup>248</sup> BGH NJW 2011, 1088 (1089): Bei Auswahl einer nicht allgemein anerkannten Therapiemethode ist eine umfangreichere Aufklärung über das „Für und Wider der beabsichtigten Therapie“ sowie eine Information über die Abweichung vom medizinischen Standard bei unbekanntem Risiken erforderlich.

<sup>249</sup> Bergmann/Pauge/Steinmeyer/Wever, *Gesamtes Medizinrecht*, §630e, Rn. 45.

<sup>250</sup> Laufs/Kern, *Handbuch des Arztrechts*, § 59, Rn. 11.

<sup>251</sup> Nach Urteil des BGH NJW 2007, 217(218) steht minderjährigen Patienten mit ausreichender Urteilsfähigkeit ein Vetorecht gegen die Einwilligung der gesetzlichen Vertreter bei lediglich relativ indizierten Eingriffen mit der Möglichkeit erheblicher Folgen für die weitere Lebensführung zu.

<sup>252</sup> Laufs/Katzenmeier/Lipp, *Arztrecht*, Kap.V, Rn. 14-16.

Die Sicherungsaufklärung hingegen stellt keine klassische Aufklärungsform dar, sondern ist Bestandteil der ärztlichen Nachbehandlung. Fehler hierbei gelten als Behandlungs- und nicht als Aufklärungsfehler.<sup>253</sup> Zweck der Sicherungsaufklärung ist es, den Behandlungserfolg durch eine positive Compliance des Patienten nach einem Eingriff sicherzustellen. Dies beinhaltet, den Patienten über alle wichtigen Folgen des Eingriffs zu informieren, denen er besondere Beachtung schenken sollte (z.B. Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten, Fahrtüchtigkeit, Unverträglichkeitsreaktionen) sowie über ggf. erforderliche Nachbehandlungen (z.B. Nachbestrahlung) und Verhaltensregeln (z.B. Ernährungsumstellung, Vorsichtsmaßnahmen bei Gefahr für Dritte).<sup>254</sup>

Die Aufklärung über den Einsatz eines nicht-ärztlichen Mitarbeiters im Rahmen der Substitution ist der Selbstbestimmungsaufklärung zuzuordnen. Als Untergruppe ist die Risikoaufklärung über die konkreten Risiken des Eingriffs von entscheidender Bedeutung<sup>255</sup>, da bei der Eingriffsdurchführung durch einen nicht-ärztlichen Mitarbeiter ein deutlich anderes Eingriffsrisiko vorliegen kann, als bei Vornahme durch einen Arzt.<sup>256</sup>

Die Aufklärung über mögliche Qualitätsunterschiede durch die Wahl des Behandelnden wird unter dem Begriff der Qualitätsaufklärung diskutiert.<sup>257</sup> Da eine Behandlung, welche den erforderlichen Sorgfaltsmaßstab unterschreitet, grundsätzlich unzulässig ist, kann es sich nur um eine Diskussion um Qualitätsunterschiede innerhalb dessen Rahmen handeln. Bei der Bestimmung des Sorgfaltsmaßstabes sind die im jeweiligen Kreis der Allgemein- oder Fachärzte vorausgesetzten Fähigkeiten, Kenntnisse und Fertigkeiten entscheidend, wohingegen die persönlichen Möglichkeiten des einzelnen Berufsangehörigen nicht von Bedeutung sind.<sup>258</sup>

Demnach muss der von den Ärzten des jeweiligen Fachbereiches zu erwartende Qua-

---

<sup>253</sup> BGH, NJW 1989, 2318 (2319).

<sup>254</sup> Parzeller M., Wenk M.; Zedler B., Rothschild M., Aufklärung und Einwilligung bei ärztlichen Eingriffen, 2007, Dtsch Arztebl, 104(9): A-576 / B-507 / C-488.

<sup>255</sup> Anders Abandor, Univ.Diss., S. 203: es sei die Verlaufsaufklärung betroffen- diese betrifft jedoch eher die Folgen der Erkrankung und ihren zu erwartenden Verlauf.

<sup>256</sup> BGH NJW 2004, 3703 (3704).

<sup>257</sup> Deutsch/Spickhoff, Medizinrecht-Arztrecht, Arzneimittelrecht, Medizinproduktrecht und Transfusionsrecht, Kap. 8, Nr.8 h, Rn. 453.

<sup>258</sup> Laufs/Kern, Handbuch des Arztrechts, Kap. 17, § 97, II, Nr. 5: Bezeichnet als Prinzip der Gruppenfahrlässigkeit.

litätsstandard mit dem der handelnden Berufsgruppe nicht-ärztlicher Mitarbeiter verglichen werden.

Hierbei ist jedoch problematisch, dass für den Einsatz nicht-ärztlicher Mitarbeiter im Rahmen der Substitution keine objektiven Kriterien existieren, bei denen eine signifikante Erhöhung des Eingriffsrisikos vorliegt.<sup>259</sup> Dies würde für die einzelnen Berufsgruppen bei Durchführung der jeweiligen Tätigkeiten wissenschaftliche Untersuchungen in hoher Stückzahl voraussetzen, die momentan nicht vorliegen.

Andererseits kann momentan auch nicht wissenschaftlich widerlegt werden, dass das Risiko vergleichbar ist, d.h. nicht signifikant voneinander abweicht.

Grundsätzlich ist bei neuen Behandlungsmethoden der Patient darüber aufzuklären, „dass die neue Methode die Möglichkeit unbekannter Risiken birgt. Er muss in die Lage versetzt werden, eine Entscheidung zu treffen, ob er sich nach der herkömmlichen Methode mit den bekannten Risiken“ behandeln lassen möchte „oder nach der neuen Methode unter besonderer Berücksichtigung der in Aussicht gestellten Vorteile und der noch nicht in jeder Hinsicht bekannten Gefahren“.<sup>260</sup>

Eine zu weite Ausdehnung der Anforderungen an eine zulässige Aufklärung würde einerseits dazu führen, dass sich im Zweifel jeder Patient für eine Vornahme der Behandlung durch einen Arzt entscheidet und somit eine Aufgabenteilung mit nicht-ärztlichen Mitarbeitern zur Arbeitsentlastung nicht möglich wäre. Andererseits handelt es sich momentan noch um eine Versuchsphase der Substitution, kenntlich durch die Regelung in einem Modellvorhaben<sup>261</sup>, die wissenschaftlich noch nicht umfangreich ausgewertet worden ist. Daher ist zur Ermöglichung der Selbstbestimmung des Patienten von einer Pflicht zur Aufklärung der Tätigkeit im Rahmen der Substitution auszugehen.<sup>262</sup>

Als in § 63 Abs. 3 c SGB V normierte sachliche Voraussetzungen einer zulässigen Substitution ist erforderlich, dass der gemeinsame Bundesausschuss in einer Richtlinie festlegt, bei welchen Tätigkeiten eine Übertragung von Heilkunde erfolgen kann.

---

<sup>259</sup> BGHZ 106, 153 (157).

<sup>260</sup> BGH NJW 2006, 2477 (2478).

<sup>261</sup> Die Teilnahme der Versicherten und der Leistungserbringer an diesem Modell erfolgt freiwillig - BT-Drs. 13/6087, 18.

<sup>262</sup> So im Ergebnis auch: *Abandor*, Univ.Diss., S. 206.

Dabei soll eine zuvor einzuholende Stellungnahme der Bundesärztekammer sowie der maßgeblichen Verbände der Pflegeberufe einbezogen werden. Der GBA hat nach der Vorschrift bei seiner Regelung den Kernbereich ärztlichen Handelns zu wahren.

Die auf dieser Rechtsgrundlage beruhende, 2012 in Kraft getretene Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Festlegung ärztlicher Tätigkeiten zur Übertragung auf Berufsangehörige der Alten- und Krankenpflege zur selbstständigen Ausübung von Heilkunde<sup>263</sup> enthält einen abschließenden Katalog, der „Art und Umfang der übertragbaren ärztlichen Tätigkeiten sowie die zur selbstständigen Ausübung von Heilkunde jeweils erforderlichen Qualifikationen“ aufführt (§ 1 Abs. 2 S. 1 Richtlinie GBA).

Voraussetzung für eine zulässige Übertragung ist allerdings, dass sowohl ärztliche Diagnose als auch Indikationsstellung vorliegen (§ 3 Abs.1 Richtlinie GBA). Gemäß § 3 Abs. 2 S. 1 der Richtlinie des GBA kann die Befugnis noch durch anderweitige entgegenstehende Entscheidungen oder Maßnahmen eines Arztes begrenzt werden.

## **(2) Persönliche Voraussetzungen einer Substitution**

Die Richtlinie des GBA erfordert § 63 Abs. 3 c SGB V entsprechend die Übertragung an einen gemäß § 4 Abs. 7 des jeweiligen Berufszulassungsgesetzes (Krankenpflegegesetz oder Altenpflegegesetz) qualifizierten Mitarbeiter.

Gemäß § 4 Abs. 7 Kranken-/ Altenpflegegesetz können im Rahmen des Modellvorhabens über die bisherigen Ausbildungsziele hinausgehende erweiterte Kompetenzen zur Ausübung heilkundlicher Tätigkeiten vermittelt werden.

Das Gesundheitsministerium hat in seinem Schreiben vom 17. Februar 2015 darauf hingewiesen, dass die Festlegung der Ausbildungsinhalte nach § 63 Abs. 3c SGBV in Verbindung mit § 4 Abs. 7 Kranken-/ Altenpflegegesetz Aufgabe des jeweils für das Berufsgesetz zuständigen Fachressorts sei. Diesem könne nicht durch die Formulierung verbindlicher Qualifikationsanforderungen in der Richtlinie vorgegriffen wer-

---

<sup>263</sup> <https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/77/#details/1401/listContext/beschluesse> (Stand: 2.1.2017).



den, sodass die formulierten Qualifikationserfordernisse nur als unverbindlichen Hinweis zu deuten sind.<sup>264</sup>

## **d) Zusammenfassung und Würdigung**

### **aa) Stellungnahmen**

#### **(1) In rechtspolitischer Hinsicht-de lege ferenda**

Die Bundesärztekammer hat sich in ihrer Stellungnahme gegen die Substitution ärztlicher Leistungen ausgesprochen. Kritisiert wird insbesondere die Schaffung einer neuen Versorgungsebene mit Verlagerung ärztlicher Zuständigkeiten sowie neuer Vorbehaltstätigkeiten für nicht-ärztliche Gesundheitsberufe.

Dies führe zu einer Zersplitterung der Versorgungslandschaft sowie, durch die Schaffung neuer Schnittstellen, zu einem Informationsverlust und einem erhöhtem Koordinationsbedarf.<sup>265</sup>

Auch am 118. Deutschen Ärztetag im Mai 2015 sprach sich die Bundesärztekammer gegen die Akademisierung von Gesundheitsfachberufen mit dem Ziel der Substitution ärztlicher Tätigkeit in den Bereichen Diagnose- und Indikationsstellung, Therapiehoheit und Gesamtverantwortung aus. Als Gründe wurden die Patientensicherheit sowie die Vermeidung einer immer weitergehenden Fragmentierung der Versorgung aufgeführt.

Zudem könne auch der heute im Pflegebereich zu beobachtende Mangel an Fachkräften im mittleren Qualifikationsniveau durch eine Akademisierung der Pflege nicht behoben werden.<sup>266</sup>

---

<sup>264</sup> Gegenäußerung der Bundesregierung zur Stellungnahme des Bundesrates vom 6. Februar 2015 zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz – GKV-VSG) BR-Drucksache 641/14 (Beschluss).

<sup>265</sup> Stellungnahme der *BÄK* gemäß § 91 Abs. 5 SGB V und § 63 Abs. 3c Satz 4 SGB V zur Richtlinie des GBA über die Festlegung ärztlicher Tätigkeiten zur Übertragung auf Berufsangehörige der Alten- und Krankenpflege zur selbstständigen Ausübung von Heilkunde im Rahmen von Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3c SGB V / 16.05.2011.

Die der Substitution entgegenstehende Haltung der Bundesärztekammer wurde auch auf dem 119. Deutschen Ärztetag im Jahr 2016 bestätigt. Die Versammlung legte innerhalb des Beschlussprotokolles zum PA fest, dass Diagnose- und Indikationsstellung, Therapiehoheit und Gesamtverantwortung für den Behandlungsprozess dem Arzt vorbehalten sein müssten. Es dürften sich keine problematischen Schnittstellen zum Arztberuf ergeben und das Tätigkeitsprofil müsse sinnvoll in multiprofessionelle Teams integrierbar sein. Daher wird die Übernahme von ärztlichen Aufgaben durch Assistenzberufe abgelehnt. Eine Ausweitung von ärztlichen Assistenzberufen sei keine geeignete Lösung zur Bekämpfung des Ärztemangels.<sup>267</sup>

Ablehnend hinsichtlich einer Arbeitsteilung im Rahmen der Substitution äußerte sich ebenfalls die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (AWMF) mit der Begründung, dass eine Substitution an nicht ärztliche Mitarbeiter zu schwierigen Abgrenzungs- und daraus resultierenden Haftungsfragen führt. Außerdem stünde der Ausübung von Heilkunde durch nicht approbierte Mitarbeiter die grundgesetzliche Verpflichtung des Staates zum Schutz von Leben und körperlicher Unversehrtheit entgegen.<sup>268</sup>

Ein interdisziplinäres<sup>269</sup> Symposium zu dem Thema „Ärztliche Leistungen: Delegation gestalten, Substitution verhindern“ wurde 2014 in Berlin gegründet und verfasste als gemeinsame Stellungnahme, dass die Delegation ein denkbarer Weg sei, „Ärzte von nicht ärztlichen, über Jahrzehnte fehlübernommenen Aufgaben zu entlasten“. Eine Refokussierung auf die Ausübung ärztlicher Kernkompetenz, die nicht durch zu definierende Delegationsinhalte berührt sein darf, wird begrüßt. Die Substitution ärzt-

---

<sup>266</sup> *Bundesärztekammer*, 118. Deutscher Ärztetag, Beschlussprotokoll Frankfurt am Main 12.-15.5.15, S.1- 400 (205).

<sup>267</sup> 119. Deutscher Ärztetag 2016, Rahmenvorgaben für das Delegationsmodell Physician Assistant, Beschluss.

<sup>268</sup> <http://www.awmf.org/medizin-versorgung/stellungnahmen/ausuebung-der-heilkunde.html> (Stand: 2.1.2017).

<sup>269</sup> auf Initiative der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGAI), der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH), der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) sowie der anästhesiologischen und chirurgischen Berufsverbände (BDA, BDC).

licher Kernkompetenzen hingegen wird durch das Symposium abgelehnt. Es sieht hierdurch kein Einsparpotential bei den Personalkosten im Gesundheitswesen.<sup>270</sup>

Die ärztlichen Spitzenverbände positionierten sich 2012 ebenfalls klar ablehnend gegen eine Substitution, indem sie vom Gesetzgeber forderten, „die Vorgaben für das Zusammenwirken von Ärzten und nicht-ärztlichen Gesundheitsberufen im Sinne des Facharztstandards zu gestalten und eine ärztliche Kompetenz ausschließende Medizinsubstitution nicht zuzulassen“.<sup>271</sup>

Demgegenüber positiv äußerte sich der GKV-Spitzenverband in seiner Stellungnahme vom 23.3.2015 zum Antrag der Fraktion „Die Linke“ vom 03.03.2015 indem er die Erprobung verschiedener Anwendungsgebiete für Delegation, Substitution und Telemedizin als begrüßens- und unterstützenswert bezeichnete.<sup>272</sup>

Auch der Stellungnahme des Deutschen Pflgerates e.V. (DPR) zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz) vom 25.02.2015 ist zu entnehmen, dass der DPR die Förderung von Modellen zur Delegation und Substitution von Leistungen begrüßt.<sup>273</sup>

---

<sup>270</sup>[http://www.dgch.de/index.php?id=131&tx\\_news\\_pi1%5Bnews%5D=483&tx\\_news\\_pi1%5Bcontrol-ler%5D=News&tx\\_news\\_pi1%5Baction%5D=detail&cHash=afed258bb2c0bbdbb28f7b83a08c931a](http://www.dgch.de/index.php?id=131&tx_news_pi1%5Bnews%5D=483&tx_news_pi1%5Bcontrol-ler%5D=News&tx_news_pi1%5Baction%5D=detail&cHash=afed258bb2c0bbdbb28f7b83a08c931a) (Stand: 2.1.2017).

<sup>271</sup> Resolution zur Delegation der ärztlichen Spitzenverbände 2012: [http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user\\_upload/downloads/24022012\\_-\\_Resolution\\_Verbaendegespraech.pdf](http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/24022012_-_Resolution_Verbaendegespraech.pdf) (Stand: 2.1.2017).

<sup>272</sup> <https://www.bundestag.de/blob/366578/20731f1c7d9aff24ecc0e42d65429919/gkv-spitzenverband1-data.pdf> (Stand: 2.1.2017).

<sup>273</sup> <https://www.bundestag.de/blob/366056/de053842e53d1c4f8c3a09bc33c25096/deutscher-pflgerat-e-v-dpr-data.pdf> (Stand: 2.1.2017).

## **(2) Zur Einführung der Substitution im Rahmen des Modellvorhabens-de lege lata**

Kritik an der neuen Richtlinie äußerte u.a. die Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaften (DGP), da Aufgaben, die seit jeher durch Pflegekräfte übernommen würden, neu unter Arztvorbehalt gestellt worden seien, um diesen dann im Rahmen der Substitution aufzulösen (z.B. Hautpflege bei Diabetikern). Diese z.T. bereits in der Ausbildung enthaltenen Aufgaben könnten nun nicht mehr durch Personal ohne die erforderliche Qualifikation durchgeführt werden. Die Möglichkeit zur Zusatzqualifikation bestehe außerdem lediglich für die Erstausbildung, da bundesgesetzlich keine Kompetenz zur Weiterbildung bestehe. Zudem macht die DPG darauf aufmerksam, dass durch das Erfordernis einer im Rahmen des Modellvorhabens vorgesehenen ärztlichen Indikationsstellung gerade nicht mehr das „ob“, also die Entscheidungskompetenz, beim nicht-ärztlichen Mitarbeiter verbleibe. Die übertragene Tätigkeit würde somit nicht integraler Bestandteil der pflegerischen Kompetenz.<sup>274</sup>

Roters bemängelte die Ausgestaltung der Richtlinie in Bezug auf das durch die nicht-ärztlichen Mitarbeiter aufzuweisende Qualifikationsspektrum. Er folgerte aus dem Verweis von § 63 Abs. 3 c SGBV auf das Altenpflege-/Krankenpflegegesetz, dass der GBA die übertragbaren Tätigkeiten und die erforderlichen Qualifikationen im Rahmen seiner Richtlinienbefugnis nach Satz 3 festlegen solle, obwohl dies nicht dem Wortlaut von Satz 3 entspreche, der die Aufgabe des GBA auf die Benennung der übertragbaren Tätigkeiten beschränke. Dies sei zwingend erforderlich, um dem Arztvorbehalt gerecht zu werden.

Mit der Einheitlichkeit der Umsetzung sei dem GBA somit zugleich auferlegt, auch in Bezug auf die erforderliche Qualifikation Standards zu setzen.<sup>275</sup>

Weitere Kritik in rechtlicher Hinsicht wird an der Regelung des Modellvorhabens im Sozialgesetzbuch geübt, welche auf die ärztliche Berufsordnung Einfluss nehme. Zumindest eine auf Dauer angelegte Substitution ärztlicher Leistungen auf nicht-

---

<sup>274</sup> <http://www.dg-pflegewissenschaft.de/2011/DGP/wp-content/uploads/2013/08/DGP-Stellungnahme-G-BA-Richtl-Nov..2011-1.pdf> (Stand: 2.1.2017).

<sup>275</sup> Kasseler/Roters, Kommentar zum Sozialversicherungsrecht, SGB V § 63, Rn. 20, 21.

ärztliche Mitarbeiter bedürfe berufsrechtlich gesehen einer gesetzlichen Regelung außerhalb des Sozialversicherungsrechts.<sup>276</sup>

Eine positive Stellungnahme zum Modellvorhaben erfolgte schließlich durch Krauskopf, der ausführte, dass insbesondere wegen des Hausärztemangels die eigenverantwortliche Tätigkeit nicht-ärztlicher Heilberufe besonders in den neuen Bundesländern an Bedeutung gewinne, sodass es zumindest in einem Modellversuch vertretbar erscheine, die entsprechend qualifizierten Pflegekräfte selbst mit der Verordnung der genannten Mittel zu betrauen.<sup>277</sup>

## **bb) Eigene Beurteilung**

### **(1) In rechtspolitischer Hinsicht-de lege ferenda**

Viele ablehnende Stellungnahmen argumentieren mit einem Konflikt bei der Einführung der Substitution mit dem Arztvorbehalt und der grundgesetzlichen Verpflichtung des Staates zum Schutz von Leben und körperlicher Unversehrtheit:

Dem Argument, dass der Ausübung von Heilkunde durch nicht approbierte Mitarbeiter die grundgesetzliche Verpflichtung des Staates zum Schutz von Leben und körperlicher Unversehrtheit entgegenstehe, ist entgegenzuhalten, dass gerade durch eine zu hohe Arbeitsbelastung der Mediziner ein Qualitätsverlust der Behandlung droht. Insbesondere die Versorgung von Patienten in ländlichen Bereichen kann bei Fortschreiten der bisherigen Entwicklung nicht mehr aufrecht erhalten werden. Daher muss der Staat gerade in Hinblick auf seine grundgesetzliche Verpflichtung zum Schutz von Leben und körperlicher Unversehrtheit Maßnahmen ergreifen, um die sich zuspitzenden Defizite auszugleichen. Eine solche stellt die Zusatzqualifikation bestehender Berufsgruppen, um bestimmte ärztliche Aufgaben zu übernehmen, dar.

---

<sup>276</sup> AG Rechtsanwälte im Medizinrecht/Jorzig/Uphoff/Bonvie H., Delegation und Substitution-wenn der Pfleger den Doktor ersetzt..., Kap. XI, S. 136.

<sup>277</sup> Krauskopf, Soziale Krankenversicherung, Pflegeversicherung, SGB V § 63, Rn. 21.

Ein anderer Kritikpunkt ist die Abgrenzung zu anderen Berufsgruppen und eine mögliche Zersplitterung der Versorgungsbereiche:

Die in der Stellungnahme des AWMF gefürchteten Abgrenzungs- und Haftungsprobleme<sup>278</sup> sind jedoch nur dann zu erwarten, wenn die Voraussetzungen der Substitution, insbesondere die erforderliche Qualifikation und die genaue Beschreibung der Tätigkeit, nicht ausreichend geregelt wurden.

Dem durch die BÄK vertretenen Hinweis auf eine drohende Zersplitterung der Versorgungslandschaft durch Schaffung einer neuen Versorgungsebene und dem dadurch drohenden Informationsverlust bei gleichzeitig erhöhtem Kontrollbedarf ist bei schlechter Umsetzung und mangelhafter Ausarbeitung der Substitution grundsätzlich zuzustimmen.

Die Schaffung neuer Schnittstellen birgt stets das Risiko eines Informationsverlustes, jedoch besteht immer zugleich auch die Chance auf einen Gewinn neuer Erkenntnisse durch die mit unterschiedlichem beruflichem Background verbundenen Sichtweisen und Herangehensweisen.<sup>279</sup>

Durch die Verknüpfung einzelner ärztlicher Aufgaben mit nicht-ärztlichen Berufsgruppen entsteht auch die Gelegenheit, dass sich die Mitarbeiter auf einzelne Tätigkeiten spezialisieren und diese ggf. routinierter ausführen können, als dies für ärztliche Mitarbeiter mit ihren begrenzten zeitlichen Ressourcen möglich ist.

Auf Grund des zunehmenden Mangels an Ärzten bei gleichzeitiger Zunahme des Versorgungsbedarfes im Rahmen des demographischen Wandels besteht das zwingende Erfordernis einer Arbeitsteilung mit Schaffung neuer Schnittstellen, um die Berufsgruppe der Ärzte zu entlasten. Auch bei einer Arbeitsteilung in Form der Delegation entstehen solche Schnittstellen, da zwar die Durchführungsverantwortung, nicht jedoch die Entscheidungsverantwortung übergeht. Ein erhöhter Kontrollbedarf im Vergleich zur eigenhändigen Durchführung durch den Arzt ist ebenfalls sowohl bei der Delegation, als auch bei der Substitution vorhanden. Er kann jedoch keine Begrün-

---

<sup>278</sup> <http://www.awmf.org/medizin-versorgung/stellungnahmen/ausuebung-der-heilkunde.html> (Stand: 2.1.2017).

<sup>279</sup> So auch *Spaetgens*, Der Grundsatz der persönlichen Leistungserbringung, RGD 2014, 12, der durch die verstärkte Kooperation zwischen ärztlichem und nicht-ärztlichem Personal eine Möglichkeit zur verbesserten Versorgungssituation gerade in ländlichen Bereichen sieht.

dung für die prinzipielle Ablehnung der Substitution liefern. Es muss vielmehr den Gesundheitsversorgern selbst überlassen sein, diesen Zusatzaufwand in Kauf zu nehmen, um medizinische Kapazitäten zu gewinnen.

Auch im Ländervergleich zeigt sich, dass die Einführung der Substitution bereits zu einer positiven Resonanz geführt hat. Eine im Jahr 2011 publizierte niederländische Studie untersuchte die Übertragung des Diabetes Typ II Managements von Hausärzten auf sog. „practice nurses“ (praxiserfahrene Pflegende) über einen Zeitraum von 14 Monaten und kam zu dem Ergebnis, dass sich im Patienten-outcome keine signifikanten Unterschiede zeigten.<sup>280</sup>

## **(2) Eingeschränkte Substitution**

Zusammenfassend bleibt bei der klassischen Substitution im Wesentlichen der Kritikpunkt eines Konfliktes mit dem Arztvorbehalt erhalten. Zum Schutz des Patienten soll der Kernbereich ärztlicher Tätigkeit von einer vertikalen Arbeitsteilung unberührt bleiben. Der Arztvorbehalt könnte dadurch gewahrt bleiben, dass eine eingeschränkte Form der Substitution eingeführt wird, die, wie auch im Modellvorhaben vorgesehen, eine ärztliche Indikation sowie eine vorgelagerte ärztliche Diagnose voraussetzt.

Von primärer Bedeutung ist die Entscheidung, ob dem Tätigwerden eines nicht-ärztlichen Mitarbeiters im Rahmen der Substitution eine ärztliche Diagnose vorgelagert sein sollte.

Dafür spricht, dass die Diagnosestellung auf Grund ihrer medizinischen Komplexität zu den Kerntätigkeiten eines Arztes zählt. Sie beruht auf einem breiten medizinischen Fundament, in das alle vorgelagerten Diagnoseschritte (z.B. Laborwerte, MRT) einfließen. In Ausnahmefällen kann es z.B. bei bestimmten chronischen Erkrankungen, die stets der gleichen Therapie bedürfen (z.B. diabetische Wundversorgung), ausreichen, falls eine ärztliche, in regelmäßigen Abständen kontrollierte, Primärdiagnose (Intervallbestimmung in Abhängigkeit des Krankheitsbildes) vorliegt. Diese Variatio-

---

<sup>280</sup> *Houweling ST, Kleefstra N, van Hateren KJ, Groenier KH, Meyboom-de Jong B, Bilo HJ. Can diabetes management be safely transferred to practice nurses in a primary care setting? A randomised controlled trial. By J Clin Nurs, 2011, 20 (9-10), S. 1264-1272.*

nen sollten für jede substituierte Tätigkeit gesetzlich normiert und mit der Anordnung versehen werden, dass bei unvorhergesehener Komplexität des aufgeführten Krankheitsbildes mit Überschreitung der vorhandenen Kompetenzen die Pflicht einer ärztlichen Konsultation besteht.

Folglich ist grundsätzlich eine vorgelagerte ärztliche Diagnose zu fordern.

Problematisch ist außerdem die Übertragung der Kompetenz zur Indikationsstellung. Im Gegensatz zur Stellung einer Diagnose, bei der das jeweilige medizinische Krankheitsbild bestimmt wird, erfolgt hierbei die Festlegung der konkreten medizinischen Maßnahme.

Die Indikationsstellung stellt eine weitreichende Maßnahme im Behandlungsablauf dar und ist, auf Grund ihrer medizinischen Komplexität, in der Regel eine ärztliche Aufgabe.<sup>281</sup>

Bei fehlerhafter Indikationsstellung drohen häufig erhebliche Gefahren für die Gesundheit des Patienten, beispielsweise, falls bestimmte Kontraindikationen (z.B. Arzneimittelunverträglichkeiten) nicht bedacht werden.

Fraglich ist, ob dieser komplexe Prozess der Indikationsstellung in bestimmten Konstellationen auf in dem jeweiligen Bereich qualifizierte nicht-ärztliche Mitarbeiter übertragen werden sollte.

Dafür spricht, dass die Substitution gerade erfordert, dass der jeweilige Mitarbeiter bestimmte Zusatzqualifikationen aufweist, die das entsprechende Fachwissen und die erforderlichen praktischen Fähigkeiten sichern.

Dennoch zeigt sich durch das Erfordernis einzelner Zusatzqualifikationen, dass der Mitarbeiter gerade nicht über das umfassende medizinische Fachwissen eines voll ausgebildeten Arztes verfügt. Nur in den seltensten Fällen weisen Patienten lediglich ein gut abgegrenztes Krankheitsbild auf, bei dem keine weiteren Faktoren zu berücksichtigen sind. Stattdessen bestehen oft Komorbiditäten, die erheblichen Einfluss auf die Auswahl und die Durchführung der therapeutischen Maßnahme haben.

Insbesondere muss beachtet werden, ob bereits eine ärztliche Diagnose vorliegt. Der Gesetzgeber könnte in diesem Fall durch die entsprechenden Fachgremien eine Liste mit Diagnosen und dazugehörigen Maßnahmen erstellen lassen, welche der nicht-ärztliche Mitarbeiter mit eigener Indikation durchführen kann.

---

<sup>281</sup> Hauck E., Rechtsgrundlagen der medizinischen Indikationsstellung, NJW 2013, 3334 (3335).



Die Kompetenz zur Indikationsstellung sollte am Einzelfall ausgerichtet werden. Beispielsweise die Wundversorgung bei kleinen Schnittwunden mit fachgerechter Anwendung einer Lokalanästhesie und der Durchführung einer Anamnese (z.B. die Erfragung eines Tetanusschutzes) könnten nach entsprechender Qualifikation durch einen nicht-ärztlichen Mitarbeiter indiziert werden. Auch die Indikation zur Dauerversorgung bei chronischen Leiden sollte durch einen nicht-ärztlichen Mitarbeiter unter der Komplexität des Falles angepassten regelmäßigen ärztlichen Kontrollen erfolgen dürfen. Sieht der nicht-ärztliche Mitarbeiter seinen Kompetenzrahmen überschritten, muss er jederzeit die Versorgung auf die ärztliche Ebene übertragen (z.B. bei therapiebedürftiger Gefäßverletzung). Auch dies sollte in einer möglichen Substitutionsregelung aufgeführt sein.

Zusammenfassend ist eine Regelung der eingeschränkten Substitution dahingehend sinnvoll, dass mit Ausnahme chronisch Erkrankter (jedoch regelmäßige Kontrollen und primäre Diagnose) stets eine vorgelagerte ärztliche Diagnose sowie eine ärztliche Indikationsstellung bei gefahrgeneigter Tätigkeit erforderlich sind.

### **(3) Einsatz im Bereich der Telemedizin**

Um eine flexible Gestaltung der eingeschränkten Substitution trotz des Erfordernisses einer vorgelagerten Diagnose und ggf. Indikation zu ermöglichen, kann auf die Telemedizin zurückgegriffen werden.

Dieser Begriff stellt nach Angaben des Telemedizin zentrums der Charité „aus semantischer Sicht eine Kürzung aus den Begriffen Informatik, Telekommunikation, Telematik und Medizin“<sup>282</sup> dar. Insbesondere bei chronischen Erkrankungen könnte der nicht-ärztliche Mitarbeiter über Fernkommunikationsmedien mit dem Arzt in Kontakt treten und hierdurch, beispielsweise bei Hausbesuchen, sich der Diagnose und der Indikation vergewissern.

Fraglich ist, ob der Einsatz der Telemedizin dem Verbot der Fernbehandlung als ausschließliche Betreuungsform widerspricht.

---

<sup>282</sup> <http://tmcc.charite.de/forschung/telemedizin/> (Stand: 2.1.2017).

Gemäß § 7 Abs. 4 der Musterberufsordnung für Ärzte dürfen Ärzte die individuelle ärztliche Behandlung, insbesondere auch Beratung, nicht ausschließlich über Print- und Kommunikationsmedien durchführen.

Der Einsatz von Telemedizin ist gestattet, wenn eine unmittelbare Behandlung des Patienten durch den Arzt gesichert ist. Als gängige Beispiele für den zulässigen Einsatz von Telemedizin im Rahmen bestehender Behandlungsverhältnisse wird die Terminvereinbarung per E-Mail oder die fortlaufende Beratung und auch Überwachung von Körperfunktionen (Telemonitoring) durch computergestützte Medien aufgelistet, welche auf der Grundlage der bestehenden Gebührenordnungen abgerechnet werden können<sup>283</sup>.

Eine ergänzende Behandlung oder Notfallbehandlung über Fernmedien ist ebenfalls zulässig<sup>284</sup> und sinnvoll, da auf diese Weise die erforderlichen medizinischen Maßnahmen schneller und zielgerichteter eingesetzt werden können.

Eine Studie des Institutes für Demoskopie Allensbach über den Einsatz von Telematik und Telemedizin im Gesundheitswesen aus Sicht der Ärzteschaft ergab, dass 47 % von 598 interviewten Ärzten im Jahr 2010 von einem starken Bedeutungszuwachs und 40 % von einem leichten Zuwachs der Telemedizin ausgingen<sup>285</sup>.

Beim Tätigwerden eines Konsiliararztes findet die Telemedizin bereits regelmäßig Anwendung. Das in Ziff. 60 der GOÄ aufgelistete Konsilium wird als Beratung zweier oder mehrerer Ärzte nach vorangegangener Untersuchung des Patienten zur Stellung der Diagnose und/oder Festlegung des Heilplanes definiert<sup>286</sup>. Hierbei befinden sich jedoch an beiden Enden der Kommunikation ärztliche Mitarbeiter.

Insbesondere bei Fachrichtungen, die sich auf einzelne Diagnoseschritte spezialisieren, bei denen die körperliche Anwesenheit des Patienten nicht zwingend erforderlich ist (z.B. Radiologie, Pathologie, klinische Chemie), können die Fragestellungen telemedizinisch bearbeitet werden.

Die Umfrage des Institutes für Demoskopie Allensbach ergab u.a., dass die Befragten der Teleradiologie mit 43 % den größten Nutzen zuschrieben, während dies bei 20 %

---

<sup>283</sup> Terbille/Clausen/Schroeder-Printzen, *Anwaltshandbuch Medizinrecht*, 2. Aufl. 2013, Rn. 119.

<sup>284</sup> *Ratzel/Lippert*, *Kommentar zur Musterberufsordnung der deutschen Ärzte (MBO)*, VII, Rn. 22.

<sup>285</sup> Institut für Demoskopie Allensbach: *Der Einsatz von Telematik und Telemedizin im Gesundheitswesen aus Sicht der Ärzteschaft*, Umfrage 5283, April 2010.

<sup>286</sup> *Quaas/Zuck/Clemens*, *Medizinrecht*, § 16, Kap. VI Nr. 3, Rn. 142.

der befragten für die Telekonsultation und bei 18 % der Befragten für das Telementoring zutraf.<sup>287</sup>

Für den Bereich der Radiologie ist bereits in § 2 Nr. 24 der Röntgenverordnung eine Legaldefinition der Teleradiologie aufgeführt, welche diese als Untersuchung eines Menschen mit Röntgenstrahlung unter der Verantwortung eines Arztes, der sich nicht am Ort der technischen Durchführung befindet und der mit Hilfe elektronischer Datenübertragung und Telekommunikation insbesondere zur rechtfertigenden Indikation und Befundung unmittelbar mit den Personen am Ort der technischen Durchführung in Verbindung steht, beschreibt. Gemäß § 3 Abs. 4 Nr. 1 Röntgenverordnung ist zu gewährleisten, dass der approbierte Radiologe, welcher sich nicht am Ort der technischen Durchführung der Untersuchung befindet, nach eingehender Beratung mit dem nicht dem im Strahlenschutz fachkundigen Mitarbeiter (§ 24 Abs. 2 Röntgenverordnung) die rechtfertigende Indikation für die Anwendung von Röntgenstrahlung am Menschen stellt, die Untersuchungsergebnisse befundet und die ärztliche Verantwortung für die Anwendung der Röntgenstrahlung trägt. Mittels Telekommunikation muss hierbei eine unmittelbare Kommunikation stattfinden (§ 3 Abs. 4 Nr. 4 Röntgenverordnung). Die Regelung beschränkt sich grundsätzlich auf Nacht- Wochenende- und Feiertagsdienste, wenn nicht eine besondere Bedarfssituation existiert, bei der eine Erlaubnis für maximal drei Jahre erteilt werden kann (§ 3 Abs. 4 Röntgenverordnung). Diese wird in Bezug auf die Patientenversorgung dann angenommen, wenn sonst unter Berücksichtigung der regionalen stationären und ambulanten Einrichtungen keine ortsnahe, den Patienten zumutbare fachkundige radiologische Versorgung oder keine fachkundige radiologische Notfallversorgung am Krankenhaus vorhanden ist.<sup>288</sup>

Anhand der aufgeführten Beispiele des Einsatzes von Telemedizin wird ihre zunehmende Bedeutung in der Medizin demonstriert. Insbesondere durch die Beschränkung auf Engpasssituationen in der Röntgenverordnung zeigt sich jedoch, dass legislativ eher eine zurückhaltende Position eingenommen wird, während die Telemedizin in vielfältiger Weise bereits Einzug in den klinischen Alltag gefunden hat.

---

<sup>287</sup> Institut für Demoskopie Allensbach: Der Einsatz von Telematik und Telemedizin im Gesundheitswesen aus Sicht der Ärzteschaft, Umfrage 5283, April 2010.

<sup>288</sup> VG Aachen 2007, Az: 6 K 276/06.

Beispielsweise im Projekt „StrokeNet“ wird durch die Entwicklung telemedizinischer Endgeräte, die bereits am Einsatzort und im Rettungswagen Vitaldaten und Videobilder des Patienten an eine Schlaganfallstation übertragen können, eine Möglichkeit geschaffen, bereits während des präklinischen Rettungseinsatzes entscheiden zu können, welche Art von Notaufnahme angefahren werden muss oder, ob die nächstgelegene Notaufnahme das Ziel der Wahl ist.<sup>289</sup>

Abschließend wird durch die Einführung der Substitution v.a. eine Qualitätsminderung in der Versorgung befürchtet. Diese Befürchtung setzt voraus, dass eine durch den Arzt vorgenommene Behandlung in den meisten Fällen qualitativ einer Behandlung durch einen nicht-ärztlichen Mitarbeiter überlegen ist.

Dem ist entgegenzuhalten, dass routinierte Pfleger, die bestimmte Tätigkeiten täglich durchführen, in einzelnen Bereichen mindestens qualitativ gleichwertig arbeiten können. Außerdem ist bei zunehmender Arbeitsbelastung der Mediziner mit einem Qualitätsverlust durch immer weniger Zeit für den einzelnen Patienten zu rechnen. Um eine Qualitätssicherung zu ermöglichen, sollten bundesgesetzlich detaillierte Regularien aufgestellt werden, die, ähnlich wie innerhalb der Regulationsrichtlinien erfolgt, die zur Substitution stehenden Tätigkeiten sowie die erforderlichen Qualifikationen und allgemeine Voraussetzungen erfassen.

Die Frage, ob die Substitution oder die hier befürwortete eingeschränkte Substitution bei dem hohen Erfordernis an Regularien überhaupt, verglichen mit der Delegation, Vorteile aufweist, ist anhand des zunehmenden Ärztemangels bei gleichzeitig erhöhter Arbeitsbelastung zu beantworten. Durch das Erfordernis einer vorgelagerten ärztlichen Diagnose und ggf. Indikation kann das Gefährdungsrisiko für den Patienten minimiert und der ärztliche Aufwand mangels Anleitungs- Überwachungs- und Kontrollpflichten reduziert werden.

Die unterschiedlichen Anforderungen an die Delegation und die beiden Formen der Substitution sind in Tabelle 6 dargestellt.

---

<sup>289</sup> <http://www.strokenet.de/projekt.htm> (Stand: 2.1.2017).

	<b>Delegation</b>	<b>Eingeschränkte Substitution</b>	<b>Substitution</b>
<b>Sachliche Voraussetzungen</b>	- Delegationsfähige Leistung	- Substitutionsfähige Leistung (konkret gesetzlich geregelt)	- Substitutionsfähige Leistung (konkret gesetzlich geregelt)
<b>Persönliche Voraussetzungen-Arzt (Pflichten)</b>	- Auswahl- und Kontrollpflichten - Anleitung	- Erstellung einer Diagnose - Ggf. Indikationsstellung	
<b>Persönliche Voraussetzungen-nicht-ärztlicher Mitarbeiter</b>	- Qualifikation	- Qualifikation	- Qualifikation
<b>Folgen</b>	- Übergang der Durchführungskompetenz	- Übergang der Durchführungskompetenz - Ggf. Übergang der Entscheidungskompetenz (bei Gefahrneigung)	- Übergang der Entscheidungs- und Durchführungskompetenz

Tabelle 6: Darstellung der verschiedenen Formen der Arbeitsteilung zwischen Arzt und nicht-ärztlichem Mitarbeiter.

Tabelle 7 verdeutlicht die Vor- und Nachteile der einzelnen Formen der Arbeitsteilung mit nicht-ärztlichen Mitarbeitern. Die Assistenz weist einerseits das geringste Patientenrisiko auf, andererseits ermöglicht sie jedoch auch nur eine minimale Entlastung für den Arzt, da dieser weiterhin persönlich agiert.

Durch die Übertragung der Durchführungskompetenz kommt es im Rahmen der Delegation zu einem mäßigen Risikoanstieg für den Patienten bei mittlerer Entlastung des Arztes, der Überwachungs- und Kontrollpflichten wahrnehmen muss.

Bei der eingeschränkten Substitution besteht im Vergleich zur Delegation ein ähnliches Risiko für den Patienten bei umfassenderer Entlastung des Arztes. Die für eine eingeschränkte Substitution gesteigerte Qualifikation des nicht-ärztlichen Mitarbeiters sowie das Erfordernis einer vorgelagerten ärztlichen Diagnose und ggf. Indikation kompensieren das Fehlen von Überwachungs- und Kontrollpflichten.

Bei der klassischen Substitution hingegen ist durch die vollständige Übertragung von Entscheidungs- und Durchführungskompetenz das höchste Patientenrisiko gegeben bei nur leicht gesteigerter Entlastung des Arztes im Vergleich zur eingeschränkten Substitution.

Formen der Arbeitsteilung	Maß an Autonomie des nicht-ärztlichen Mitarbeiters	Entlastung des Arztes	Risiko des Patienten
Assistenz	▼	▼	▼
Delegation	↑	↑	↑
Eingeschränkte Substitution	↑	↑	↑
Substitution	↑	↑	↑

Tabelle 7: Vor- und Nachteile der einzelnen Formen der Arbeitsteilung.

#### (4) Stellungnahme zur Einführung der Substitution im Rahmen des Modellvorhabens-de lege lata

Die Einführung des Modellvorhabens zeigt, dass der Gesetzgeber die Substitution als grundsätzlich sinnvolle Form der Arbeitsteilung im medizinischen Sektor erachtet.

Durch das Erfordernis einer Festlegung der zur Substitution stehenden Tätigkeiten durch den GBA sowie das Einholen einer Stellungnahme medizinischer Fachgremien wird verdeutlicht, dass der Substitution eine besondere Bedeutung und ein erhöhtes Anforderungsprofil zugeschrieben wird. Dem entspricht, dass die Substitution bisher nur der Berufsgruppe der Alten- und Krankenpfleger vorbehalten wurde. Durch ihre Einführung im Rahmen eines Modellvorhabens zeigt sich auch der Erprobungscharakter der Regelung, um festzustellen, ob die Substitution eine sinnvolle Form der Arbeitsteilung darstellt und, wie genau diese ausgestaltet werden soll.

Im Einzelnen ist dem Argument einer fehlenden originären Übertragung der beschriebenen Tätigkeiten durch das Erfordernis einer ärztlichen Indikation zuzustimmen. Un-

ter Verwendung der klassischen Definition einer Substitution<sup>290</sup> liegt eine solche, ohne Übergang der Entscheidungskompetenz, nicht vor.

Um eine durch die Substitutionsrichtlinie erfolgte Übertragung von Tätigkeiten, welche primär in der Berufsordnung des jeweiligen nicht-ärztlichen Mitarbeiters als dessen Kompetenz vorgesehen waren, unter den Arztvorbehalt zu verhindern, muss eine bessere Abstimmung zwischen den einzelnen Berufsordnungen und der Richtlinie erfolgen.

In diesem Zusammenhang ist in Anlehnung an die Kritik einer nur sozialgesetzlichen Regelung mit Verweis auf eine Regelung durch den GBA zu diskutieren, welche Form der rechtlichen Ausgestaltung am sinnvollsten ist.

Für eine Auslagerung der rechtlichen Ausgestaltung der Substitution auf Fachgremien wie den GBA spricht, dass eine solche Lösung dem aktuellen Stand der Wissenschaft am ehesten gerecht werden kann und eine fachlich adäquate Lösung eher zu erwarten ist, als bei einer Regelung durch den in der Regel fachfremden Gesetzgeber. Dieser kann sich zwar durch Sachverständige beraten lassen, ist aber in der Entscheidung im Rahmen der oft sehr speziellen Fragestellungen in der Regel nicht zu einer medizinischen Gesamtwürdigung fähig. Insbesondere die Beurteilung des Kernbereichs ärztlichen Handelns als Grenze der Substitution kann durch Fachgremien wie den GBA besser erfolgen. Zusätzlich ist auch mit einer aktuelleren Einarbeitung neuer medizinischer Erkenntnisse zu rechnen.

Eine diskutierte Problematik stellt die demokratische Legitimation des GBA dar. Grundsätzlich hat sich gezeigt, dass der Gesetzgeber Selbstverwaltungsorganisationen wie den GBA „neben der Verwirklichung von Partizipation auch dort nutzen kann, wo es darum geht, qualifiziertes Wissen zu generieren und divergierende Interessen zur Steigerung der Akzeptanz von Normen einzubeziehen“.<sup>291</sup>

---

<sup>290</sup> Mit Übergang sowohl der Entscheidungs- als auch der Durchführungskompetenz.

<sup>291</sup> Kluth, Verfassungsrechtliche Beurteilung des Gemeinsamen Bundesausschusses, Halle, 2015, S.115.

Bei dem GBA ergibt sich jedoch die Konstellation, dass die Deutsche Krankenhausgesellschaft als Mitglied des GBA nicht öffentlich-rechtlich verfasst ist<sup>292</sup> und der GBA nicht durch eine ununterbrochene Legitimationskette auf das Volk zurückzuführen ist.<sup>293</sup> Nach Entscheidung der Rechtsprechung ist eine ununterbrochene Legitimationskette von den Normunterworfenen hin zum Normgeber nicht erforderlich<sup>294</sup>, jedoch müssen ausreichende Vorkehrungen getroffen werden, dass die Interessen der Betroffenen angemessen berücksichtigt werden.<sup>295</sup>

Problematisch für die Regelung der Substitution im Rahmen des Modellvorhabens ist daher die fehlende Vertretung nicht-ärztlicher Teilnehmer an der Gesundheitsversorgung im GBA<sup>296</sup>, um deren Einsatz es sich bei dem Modellvorhaben handelt.

Folglich wird für die Auslagerung der Substitutionsregulierung auf den GBA gefordert, dass alle betroffenen Adressaten, so auch nicht-ärztliches Pflegepersonal an der Ausgestaltung beteiligt werden.<sup>297</sup> Eine dies andeutende Formulierung findet sich auch in § 4 Abs. 7 Kranken-/Altenpflegegesetz, indem pflegewissenschaftlicher und pflegepädagogischer Sachverstand, sowie eine Stellungnahme der Bundesärztekammer und der maßgeblichen Verbände der Pflegeberufe hinzuzuziehen sind. Dies würde eine praktikable Lösung darstellen, welche die Interessen aller im Wesentlichen betroffenen Personengruppen berücksichtigt.<sup>298</sup>

---

<sup>292</sup> § 1 Satzung der DKG.

<sup>293</sup> *Kingreen*, NJW 2006, 877 (880), *Schimmelpfeng-Schütte*, MedR2006, 21 (22).

<sup>294</sup> BVerfGE 107, 59 (87); BSGE 94, 50 (74).

<sup>295</sup> BVerfGE 107, 59 (93).

<sup>296</sup> Zusammensetzung des GBA aus der Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung, der Deutschen Krankenhausgesellschaft und dem GKV-Spitzenverband (§ 91 I SGB V).

<sup>297</sup> *Abandor*, Univ.Diss., S.139.

<sup>298</sup> Zur Erfüllung des Bestimmtheitsgebotes: *Abandor*, Univ.Diss., S. 134ff.



## **B. Arbeitsteilung mit dem PA**

Die Grundlage für das Ausmaß der Arbeitsteilung mit einem PA stellt seine Ausbildung mit den hierauf aufbauenden Kompetenzen dar.

### **I. Schwachstellen und Regelungsbedarf bei der PA-Ausbildung**

Um das Potential des PA optimal ausschöpfen zu können, müssen einige Voraussetzungen geschaffen und Veränderungen getätigt werden.

Von zentraler Bedeutung ist hierbei eine einheitliche Regulation der Studieninhalte und Kompetenzen. Hierbei kann in Anlehnung an das niederländische Vorgehen<sup>299</sup> zunächst eine Übergangslösung (Niederlande: 5 Jahre) geschaffen werden, um die Umsetzung der Neuerungen in die Praxis zu erproben und diese dann, falls erforderlich, umzugestalten. Die allgemeinen Richtlinien zur Delegation und Substitution können zwar ergänzend hinzugezogen werden, sie bilden jedoch für sich genommen keine ausreichende Regelungsgrundlage.<sup>300</sup>

#### **1. Zulassungsvoraussetzungen, Studieninhalte**

Momentan divergieren die Zulassungsvoraussetzungen zu einem PA-Studium erheblich, indem nicht an allen Hochschulen eine abgeschlossene Ausbildung in einem der Gesundheitsberufe vorausgesetzt wird.<sup>301</sup>

Fraglich ist insbesondere, ob der Abschluss einer Gesundheits-/Krankenpflegeausbildung zwingende Voraussetzung für die PA-Ausbildung sein sollte.<sup>302</sup>

Gegen eine gesetzliche Etablierung dieses Erfordernisses spricht, dass sich auf diese Weise die Gesamtausbildungszeit auf mindestens 6 Jahre summiert, was zeitlich fast einem Medizinstudium entspricht. Bei der PA-Ausbildung handelt es sich in der Regel um eine Vollzeitausbildung, bei der eine parallele berufliche Betätigung oft nur

---

<sup>299</sup> Siehe PAs in den Niederlanden.

<sup>300</sup> Siehe Arbeitsteilung mit dem PA-Zusammenfassung und Stellungnahme.

<sup>301</sup> Siehe Tabelle 2.

<sup>302</sup> Siehe Tabelle 2.

eingeschränkt möglich ist, sodass sich Interessenten eine finanzielle Hürde stellen wird. Die zwingende Voraussetzung einer vorausgehenden Berufsausbildung widerspricht bei Konzipierung als Bachelorstudiengang, wie dies an allen Hochschulen erfolgt ist, auch dem in § 27 Abs. 2 Hochschulrahmengesetz etablierten Grundsatz, dass die für das Studium erforderliche Qualifikation durch den erfolgreichen Abschluss einer auf das Studium vorbereitenden Schulbildung erbracht wird. Auch der fachliche Zugewinn im zukünftigen Betätigungsfeld des PA durch eine vorausgehende Pflegeausbildung ist begrenzt. Zwar sollten PAs den pflegerische Ablauf kennenlernen, jedoch ist ihr Betätigungsfeld nicht überwiegend darauf ausgerichtet, in der Pflege eingesetzt zu werden.

Daher sollten, ähnlich wie im Medizinstudium, lediglich Krankenpflegepraktika sowie theoretische Grundzüge in der Pflege vorausgesetzt werden, die bei vorhandener Pflegeausbildung angerechnet werden können. Eine ähnliche Regelung findet sich auch in Großbritannien, wo die Kompensation eines Bachelorabschlusses durch pflegerische Vorkenntnisse zulässig ist.

Insgesamt sollte die PA-Ausbildung als neue Berufsausbildung konzipiert werden, die durch möglichst jeden Interessenten aufgenommen werden kann. Nur auf diese Weise ist ein ausreichender Nachwuchs an PAs sicherzustellen.

Des Weiteren ist im Hinblick auf die z.T. erheblichen Differenzen in den Lehrplänen eine bundesweit einheitliche Regelung anzustreben, die bestimmte Pflichtinhalte festlegt. Ohne eine solche Regelung ist die Einstellung eines PA mit einer erheblichen Vorausplanung durch den Arbeitgeber verbunden. Dieser muss für jeden PA einzeln überprüfen, welche Lehrinhalte und damit auch, welche Kompetenzen in dessen Ausbildung vermittelt wurden und, ob diese in sein Anforderungsprofil passen. Auch die Mobilität eines PA bei Wechsel des Arbeitsplatzes würde durch ein einheitliches Ausbildungskonzept erleichtert. Die Bundesärztekammer betont, dass die Vielzahl der neu entstehenden Berufe im Gesundheitssektor eine einheitliche Ausbildung und Berufsausübung erfordere und eine Regelung der Inhalte und Verantwortlichkeiten der Berufsausübung stattfinden müsse.<sup>303</sup>

---

<sup>303</sup> 119. Deutscher Ärztetag 2016, Rahmenvorgaben für das Delegationsmodell Physician Assistant, Beschluss.

Eine über den Pflichtstoff hinausgehende vertiefende Ausbildung an den einzelnen Hochschulen kann weiterhin erfolgen, beispielsweise in Form eines Masterprogrammes für die jeweiligen medizinischen Fachrichtungen.

## **2. Kompetenzen und Qualifikation eines PA**

Eine bundeseinheitliche Regelung sollte neben Zulassungsvoraussetzungen und Studieninhalten insbesondere klare Angaben zu den durch den PA erworbenen Kompetenzen und Qualifikationen machen, um Arbeitgebern den bestmöglichen Einsatz von PAs zu ermöglichen. Auf diese Weise werden unnötige Risiken für Patienten durch einen Kompetenz überschreitenden Einsatz von PAs sowie Haftungsprobleme minimiert. Ähnlich wie im amerikanischen PA-System (NCCPA) könnte ein bundesweites Akkreditierungsprogramm eine sinnvolle Maßnahme zur Erzeugung eines vergleichbaren Qualifikationsniveaus darstellen. Auf diese Weise würde auch der individuelle Kompetenzmaßstab und Fortbildungsstand des einzelnen PA erfasst.

## **II. Formen der Arbeitsteilung mit dem PA**

Fraglich ist, welche Tätigkeiten in welcher Form an den PA übertragen werden dürfen. Diskussionsbedürftig ist, in welchem Ausmaß der PA durch Delegation oder Substitution einbezogen werden kann und, ob die bisherigen Regelungen hierfür ausreichen oder, ob es ergänzender Regelungen oder Neuregelungen bedarf.

### **1. Die Assistenz**

#### **De lege lata et de lege ferenda**

Da bei der Assistenz die Tätigkeit weiterhin im Wesentlichen durch den Arzt durchgeführt wird und der Mitarbeiter lediglich eine untergeordnete Hilfstätigkeit übernimmt, ist der PA-Einsatz im Rahmen der Assistenz unproblematisch möglich.

## 2. Die Delegation

### a) De lege lata

Die Delegation erfordert zwar fachlich die geeignete Qualifikation des Mitarbeiters<sup>304</sup>, jedoch nicht im Ausbildungsgrad, sodass sie grundsätzlich eine zulässige Form der Arbeitsteilung mit PAs darstellt. Sie bildet momentan das Fundament für die Ausbildungsgänge an den deutschen Hochschulen.<sup>305</sup> Die Bundesärztekammer fasst die Stellung des PA wie folgt zusammen: „Der Physician Assistant ist dem ärztlichen Dienst zuzuordnen und wird von diesem auf der Basis des Delegationsprinzips mit Letztverantwortung beim Arzt eingesetzt.“<sup>306</sup> Das Fehlen eines einheitlichen Ausbildungskonzeptes mit vergleichbarem Kompetenzspektrum der PA-Absolventen führt jedoch zu einem unnötigen Kontroll- und Überwachungsaufwand, da für jeden PA das Kompetenzspektrum umfangreicher überprüft werden muss als bei Berufsgruppen, deren Ausbildung einheitlich geregelt ist und bei denen bestimmte Kompetenzen vorausgesetzt werden können.

### b) De lege ferenda

Auch nach rechtspolitischen Erwägungen ist die Delegation eine unproblematische Form der Arbeitsteilung mit dem PA. Allerdings sollte auf Grund der zusätzlichen Überwachungsarbeit zur Vereinfachung des Einsatzes im Rahmen der Delegation möglichst zeitnah ein einheitliches Ausbildungskonzept erarbeitet werden.

---

<sup>304</sup> Siehe Delegation- Voraussetzungen.

<sup>305</sup> Siehe Tabelle 4.

<sup>306</sup> *Bundesärztekammer*, 118. Deutscher Ärztetag, Beschlussprotokoll Frankfurt am Main 12.-15.5.15, S. 1- 400 (225).

### 3. Die Substitution

#### a) De lege lata

Problematischer ist die Arbeitsteilung zwischen Arzt und PA im Rahmen der Substitution, falls man diese nicht prinzipiell bei der Übertragung auf nicht ärztliche Mitarbeiter ablehnt.<sup>307</sup>

Nach der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Festlegung ärztlicher Tätigkeiten zur Übertragung auf Berufsangehörige der Alten- und Krankenpflege zur selbständigen Ausübung von Heilkunde im Rahmen von Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3 c SGB V ist hierfür eine gemäß § 4 Abs. 7 des jeweiligen Berufszulassungsgesetzes (Krankenpflegegesetz oder Altenpflegegesetz) erfolgte Qualifizierung erforderlich.

Die Krankenpflegeausbildung ohne diese Zusatzqualifikation ist an allen Ausbildungsstätten als alternativer Gesundheitsberuf für die Zulassung zur PA-Ausbildung zulässig. Unter Anwendung des *argumentum a maiore ad minus* ist die Substitution auf einen PA erst Recht möglich, wenn er zusätzlich über eine Kranken-/Altenpflegeausbildung mit den geforderten erweiterten Kompetenzen verfügt.

Schwieriger stellt sich die Situation dar, wenn der PA eine solche Ausbildung mit Zusatzqualifikation nicht vorweisen kann sondern über einen anderen Gesundheitsberuf in das PA-Studium gelangt ist (z.B. über den Sanitätsdienst der Bundeswehr). Für eine erneute Anwendung des *argumentum a maiore ad minus* müsste die Berufsausbildung zum PA eine höhere oder, nach Sinn und Zweck der Regelung, zumindest gleichwertige Qualifikationsstufe darstellen im Vergleich zu der Ausbildung zum Kranken-/Altenpfleger mit Zusatzqualifikation.

Da § 4 Abs. 7 Alten-/Krankenpflegegesetz lediglich eine Rechtsgrundlage zum Erwerb erweiterter Kompetenzen für den GBA beinhaltet, ist auf die Qualifikationsanforderungen der GBA-Richtlinie nach § 63 Abs. 3 c SGB V<sup>308</sup> abzustellen. Hierbei ist nach der Qualifikation des PA im Hinblick auf die aufgeführten Diagnosen Diabetes Mellitus I, II, chronische Wunden, Demenz und Hypertonus zu differenzieren.

---

<sup>307</sup> Siehe Stellungnahmen-Zur Substitution.

<sup>308</sup> Stand 20. Oktober 2011.

Mit den einheitlichen Vorgaben der Kranken-/Altenpflegeausbildung vergleichbare Regelungen existieren für das PA-Studium derzeit nicht. Die einzelnen Ausbildungsorte regeln eigenständig ihre Studieninhalte und richten diese nach den Maßgaben zur Delegation aus oder haben landesrechtliche Vorgaben<sup>309</sup>. Hierdurch ist im Vergleich zur Kranken-/Altenpflegeausbildung kein einheitlicher Ausbildungsstandard gewährleistet. Die Ausbildung an den einzelnen Hochschulen ist zwar darauf ausgerichtet, auch pflegerische Inhalte zu vermitteln, jedoch ist gerade durch die Ausrichtung auf eine Schnittstellenbesetzung sowohl im pflegerischen, als auch im medizinischen Bereich während der vergleichbaren Ausbildungszeit (circa 3 v.s. 4 Jahre) keine gleiche Qualifikation möglich.

Die einzelnen zur Substitution stehenden Tätigkeiten sind genau auf die Pflegeausbildung ausgerichtet und können, durch die unterschiedlichen Ausbildungskonzepte, nicht bei allen PA-Absolventen vorausgesetzt werden. Somit ist für die speziell aufgeführten Krankheitsbilder nicht von einer höherwertigen gleichgerichteten Qualifikation auszugehen und das argumentum a maiore ad minus findet keine Anwendung.

Auch eine in den speziell aufgelisteten Bereichen gleichwertige Qualifikation ist nicht anzunehmen, da weder im Bereich des Studiums ein einheitliches Basiscurriculum gewährleistet ist, welches für eine vergleichbare Qualifizierung sorgen könnte, noch nach abgeschlossener Ausbildung die Möglichkeit besteht, an einer vergleichbaren einheitlichen Qualitätssicherung teilzunehmen. Selbst bei theoretischer Behandlung der durch den GBA aufgeführten Krankheitsbilder in der PA Ausbildung kann noch keine Aussage über die praktischen Fertigkeiten der PA Absolventen in den erweiterten Kompetenzbereichen getroffen werden.

Innerhalb der PA-Ausbildung werden zusätzlich an den einzelnen Hochschulen unterschiedliche curriculäre Schwerpunkte gesetzt, wodurch weiterhin ein einheitlicher Maßstab erschwert wird.<sup>310</sup>

Insbesondere im Hinblick auf das hohe Maß an Verantwortung, welches im Rahmen der Substitution besteht, indem der Mitarbeiter selbstständig befähigt wird, Heilkunde auszuüben, sind erhöhte Anforderungen an die Qualifikation des Mitarbeiters zu stellen. Es ist davon auszugehen, dass die Auflistung der Kompetenzen unter Berücksichtigung der zu voraussetzenden Fähigkeiten und Fertigkeiten von Alten-

---

<sup>309</sup> Weiterbildungsverordnung Baden-Württemberg.

<sup>310</sup> Siehe Tabelle 3.

/Krankenpflegern vorgenommen wurde. Daher ist anzunehmen, dass sich der Gesetzgeber bewusst dazu entschieden hat, die Substitution auf die von ihm angegebenen Berufsgruppen zu beschränken.

Zusammenfassend ist nach geltendem Recht kein PA-Einsatz im Rahmen der Substitution möglich. Dies ist in Hinblick auf die Ausrichtung des Berufsbildes eines PA als Zwischenglied zwischen Arzt und Pflegepersonal ein fragwürdiges Ergebnis, welches im Wesentlichen erneut auf das uneinheitliche Ausbildungssystem zurückgeführt werden kann.

#### **b) De lege ferenda**

Zu diskutieren ist, ob durch die Einführung bestimmter Qualitätssicherungsmethoden eine analoge Anwendung der Richtlinien zur Substitution in Erwägung zu ziehen ist. Hierfür müssten PAs beispielsweise durch staatlich anerkannte Eignungstests oder Zusatzqualifikationen nachweisen können, dass sie zur sicheren Ausübung der zur Substitution stehenden Tätigkeit befähigt sind. Dann wäre von einer Planwidrigkeit der Regelungslücke als Voraussetzung einer Analogie auszugehen.<sup>311</sup>

Zusätzlich müsste auch eine Vergleichbarkeit der Interessenlage vorliegen. Sinn und Zweck der Richtlinie müssten also auch auf den PA anwendbar sein.<sup>312</sup>

Durch die Auflistung einzelner substitutionsfähiger Tätigkeiten mit gleichzeitiger Angabe der erforderlichen Qualifikation wird bezweckt, dass einerseits eine Entlastung der Ärzte herbeigeführt wird, andererseits diese jedoch nicht mit einer signifikanten Abnahme der Behandlungsqualität oder Erhöhung des Gefährdungspotentiales für Patienten assoziiert sein soll. Dieser Zweck kann auch dann erfüllt werden, wenn die Tätigkeit durch einen genau auf die aufgelisteten Bereiche qualifizierten Mitarbeiter einer vergleichbaren Berufsgruppe, wie beispielsweise den PA, durchgeführt wird. Damit ist eine vergleichbare Interessenlage zu bejahen und die Analogie, unter den oben genannten Bedingungen, zulässig.

---

<sup>311</sup> BGH 7, 194 (194f).

<sup>312</sup> BGH NJW 2003, 2601 (2602); BGHZ 149,165(166); *Canaris/Larenz*, Methodenlehre der Rechtswissenschaft, S. 202.

#### **4. Zusammenfassung und Stellungnahme**

Zum jetzigen Zeitpunkt ist der PA-Einsatz lediglich im Rahmen der Delegation und der Assistenz vorgesehen und zulässig.

##### **a) Rechtliche Grundlagen der Arbeitsteilung mit einem PA**

Diskussionsbedürftig ist, ob die bisher zur Delegation erstellten Regelungen, z.B. die WVO-BW, die Vereinbarungen der Fachgremien (z.B. KBV, Bundesärztekammer) oder die Regularien der Hochschulen eine ausreichende Grundlage für den PA-Einsatz darstellen. Da es sich bei der Delegation nicht um eine eigenständige Ausübung von Heilkunde handelt sind weder eine Heilpraktikererlaubnis noch eine gesetzliche Ausnahmeregelung hiervon erforderlich.

Indem die WVO-BW nur die PA-Ausbildung in Baden-Württemberg regelt, kann sie in den anderen Bundesländern lediglich supportiv hinzugezogen werden. Einer bisher ausreichenden Regelung durch die Hochschulen und Fachgremien widerspricht, dass die Ausbildungsprogramme zwischen den einzelnen Hochschulen erheblich divergiert, sodass PAs einen sehr unterschiedlichen theoretischen und praktischen Hintergrund aufweisen.<sup>313</sup> Dies sollte zwar durch eine der Tätigkeit vorgelagerte Qualifikationsüberprüfung ausgeglichen werden<sup>314</sup>, führt jedoch dazu, dass beim PA-Einsatz zwei undefinierte Variablen (1. Ist die Tätigkeit delegierbar? 2. Ist der PA ausreichend qualifiziert?) vorliegen.

Gerade in dem sensiblen Bereich der Gesundheitsversorgung muss eine einheitliche Regelung sowohl hinsichtlich des Ausbildungskonzeptes, als auch der Einsatzmöglichkeiten vorgenommen werden, wie dies auch für andere Gesundheitsberufe der Fall ist.

---

<sup>313</sup> Siehe Tabelle 3.

<sup>314</sup> Siehe Tabelle 6.



Des Weiteren erfordert die Übertragung einer Tätigkeit, die als Heilbehandlung zu kategorisieren ist, dass der Betreffende die Grenzen seines Könnens kennt und beachtet.<sup>315</sup>

Dies erfolgt in der Regel durch spezialgesetzliche Regelungen mit hinreichender Bestimmung des Tätigkeitsbereiches<sup>316</sup>, welche für den PA noch nicht vorliegen.

#### **b) Favorisierte Form der Arbeitsteilung mit einem PA**

Mangels eines Regelungskonzeptes kann der PA noch nicht über die eingeschränkte Substitution zum Einsatz kommen. Für eine zukünftige Regelung sollte jedoch diskutiert werden, welche Formen der Arbeitsteilung mit dem PA zu bevorzugen sind.

Zur Zeit ist die Delegation die von den Hochschulen favorisierte Form des PA-Einsatzes<sup>317</sup>, während sich zugleich viele Stimmen gegen eine Einführung der Substitution aussprechen.<sup>318</sup> Vorteil der Delegation ist, dass der Arzt weiterhin die medizinische Verantwortung über die Behandlung trägt und koordinierend tätig wird. Zugleich muss er jedoch einen zeitlich relativ hohen Organisationsaufwand leisten (Auswahlpflichten, Kontrollpflichten).

Im Bereich der Substitution fehlen fast gänzlich gesetzliche Normierungen. Erste Schritte in diese Richtung wurden durch das Modellvorhaben zur Heilkundeübertragung<sup>319</sup> vorgenommen, welches die Substitution für einen begrenzten Personenkreis für konkret ausgewählte Tätigkeiten ermöglicht. Da der PA nicht zu diesem Personenkreis zählt und auch eine analoge Anwendung ausscheidet, entfällt derzeit diese Form der Arbeitsteilung für den PA.

---

<sup>315</sup> So kann von einer ausgebildeten Krankenschwester erwartet werden, dass sie ohne entsprechende Anweisung im Falle einer respiratorischen Insuffizienz den diensthabenden Arzt herbeiruft (OLG Hamm 2009, 26 U 44/08); auch der Hinweisbeschluss des OLG Oldenburg 2015-5U71/13 kann als generelles Erfordernis gedeutet werden: Derjenige, der einen als Heilpraktiker tätigen Physiotherapeuten aufsucht, muss darauf vertrauen dürfen, dass dieser die Möglichkeiten und Grenzen der eigenen Diagnosefähigkeit erkennt und beachtet.

<sup>316</sup> So z.B. für den Beruf des Arztes in der Musterberufsordnung für Ärzte geregelt.

<sup>317</sup> Siehe Tabelle 4.

<sup>318</sup> Siehe Stellungnahmen-Zur Substitution.

<sup>319</sup> Siehe Substitution-Bedeutung-Modellvorhaben.

Die eingeschränkte Substitution hat zum Vorteil, dass der Arzt weiterhin die Diagnose und ggf. auch eine Indikation stellen muss, aber durch die fehlenden Aufsichts- und Kontrollpflichten deutlicher entlastet wird. Dies kann dadurch kompensiert werden, dass gesetzlich eine genaue Regelung der zu substituierenden Tätigkeit mit gleichzeitiger Auflistung der erforderlichen Qualifikation erfolgt.<sup>320</sup>

Die Ausgestaltung der erforderlichen Indikation und vorgelagerten Diagnosestellung (z.B. der zeitliche Abstand und die Kontrollfrequenz durch einen Arzt) sollte sich am Gefahrenpotential der Tätigkeit orientieren.

Auf diese Weise kann zwischen einer deutlichen Entlastung des Arztberufes und der Aufrechterhaltung der Patientensicherheit ein Kompromiss gefunden werden.

Insgesamt sollte der Gesetzgeber die Arbeitsteilung mit dem PA sowohl in Form der eingeschränkten Substitution, als auch der Delegation fördern.

Durch beide Formen der Arbeitsteilung können verschiedenen Anbieter des Gesundheitswesens dem Ärztemangel mit ihrer unterschiedlich ausgeprägten Personalstruktur am sinnvollsten begegnen.

Eine Delegation ist eher dann vorzuziehen, wenn geringer qualifizierte Mitarbeiter tätig werden, die einem häufigeren Wechsel unterliegen, während für eine eingeschränkte Substitution ein höher qualifiziertes Mitarbeiterspektrum erforderlich ist, das über einen dauerhaften Zeitraum mit bestimmten Aufgaben betraut wird und so ein hohes Maß an Routine und Kenntnissen in dem jeweiligen Gebiet aufweist. Dies bildet die Grundlage für die übertragene Verantwortung und kompensiert das Minus an Kontroll- und Überwachungspflichten.

Die klassische Form der Substitution, bei der eine Diagnose- und Indikationsstellung durch den Arzt nicht erforderlich sind, birgt hingegen ein zu großes Gefahrenpotential in sich, welches nicht durch einen signifikanten Zusatzgewinn kompensiert werden kann.

---

<sup>320</sup> Siehe Tabelle 7.

### **III. Einzelfallbetrachtung**

Nachfolgend erfolgt eine Darstellung einzelner, aus bisheriger Sicht im Wesentlichen ärztlicher Aufgaben und ihrer Übertragbarkeit auf den PA. Hierbei wird unter anderem Bezug auf die Weiterbildungsverordnung BW, auf Angaben deutscher Hochschulen sowie aus Regelungen im Ausland genommen. Auf Grund der bereits erörterten Problematik in Bezug auf den Arztvorbehalt wird nachfolgend anstelle der klassischen Substitution lediglich die eingeschränkte Form der Substitution als zulässige Form der Arbeitsteilung mit dem PA diskutiert.

#### **1. Anamnese**

##### **a) Status quo**

Die Anamnese ist gemäß § 3 Anlage 24 BMV-Ä eine vom Arzt höchstpersönlich zu erbringende Leistung, da sie das Fundament aller sich daraus ableitenden Maßnahmen in Diagnostik und Therapie darstellt. Sie setzt ein fundiertes medizinisches Wissen voraus. Fehler bei ihrer Erhebung bergen ein erhebliches Gefährdungspotential für den Patienten in sich, beispielsweise, wenn wesentliche Informationen nicht erfasst werden, die für eine schnelle Diagnosefindung und damit auch für den Behandlungserfolg maßgeblich sind.

Nach § 1 Abs. 2 Nr. 1 der Weiterbildungsverordnung BW ist es PAs gestattet, an Anamnese und Statuserhebung mitzuwirken. Die Formulierung „Mitwirkung“ verdeutlicht, dass weiterhin der Arzt die Verantwortung trägt, während der PA lediglich supportiv unter seiner Beaufsichtigung tätig wird. Es handelt sich somit um Arbeitsteilung im Rahmen der Delegation.

Im Anhang zur Anlage 24 des BMV-Ä ist eine Delegation der standardisierten Anamneseerhebung für medizinische Fachangestellte mit späterer Überprüfung/Ergänzung im Patientengespräch durch den Arzt bereits vorgesehen. Im Vergleich zum PA weist ein MFA ein deutlich weniger ausgeprägtes medizinisches Wissen auf. Auch werden den PAs Grundlagen über Patientenkommunikation und Gesprächsführung vermittelt. Durch einen großen praktischen Anteil der Ausbildung bekommt der PA außerdem die Gelegenheit, Anamnesegesprächen beizuwohnen, um

deren Ablauf zu erlernen. Somit kann davon ausgegangen werden, dass der PA vorbereitende und unterstützende Beiträge zur Anamnese leisten kann, indem er diese in standardisierter Form unter späterer Überprüfung durch einen Arzt eigenständig durchführt.

Zusammenfassend handelt es sich bei der Mitwirkung an der Anamneseerhebung, bei der weiterhin der Arzt die Entscheidungsverantwortung beibehält, um eine zulässige Form der Delegation. Dies entspricht der Ansicht der BÄK, dass die Anamnese durch qualifizierte und eingewiesene nichtärztliche Mitarbeiter vorbereitet werden darf wenn der Arzt die Patientenangaben überprüft/ergänzt.<sup>321</sup> Die Anamneseerhebung ist bereits Inhalt des Curriculums aller PA-Programme.<sup>322</sup>

### **b) Im Ländervergleich**

In den USA ist es PAs gestattet, die Krankengeschichte des Patienten aufzunehmen. Auch in Großbritannien und den Niederlanden ist diese Tätigkeit durch den PA vorgesehen, jedoch auf dem Prinzip der Delegation basierend.

### **c) Mögliche Kompetenzerweiterung**

Fraglich ist, ob eine Übertragung der Anamneseerhebung im Rahmen der eingeschränkten Substitution auf den PA sinnvoll wäre.

Dagegen spricht, dass die Aufnahme der Krankengeschichte einen wichtiger Selektionsfaktor darstellt, nach dem der Arzt entscheiden kann, ob dringender Handlungsbedarf besteht.

Wie bereits beschrieben<sup>323</sup> führt die Substitution (insbesondere auch nicht die eingeschränkte Substitution) jedoch nicht dazu, dass der Arzt seine diesbezügliche Zuständigkeit verliert. Er kann weiterhin den Patienten anamnestizieren, auch wenn dies zuvor durch einen PA erfolgt ist.

---

<sup>321</sup> Bundesärztekammer, Persönliche Leistungserbringung- Möglichkeiten und Grenzen der Delegation ärztlicher Leistungen, 2008.

<sup>322</sup> Siehe Tabelle 3.

<sup>323</sup> Siehe Substitution- Bedeutung.

Gegebenenfalls könnte es sinnvoll sein, die Anamnese in einzelne Aspekte aufzuspalten und diese einer Einzelbetrachtung zu unterziehen. Zwar variiert die Struktur der Anamnese in Abhängigkeit vom Untersucher, jedoch setzt sie sich inhaltlich aus Familienanamnese, psychosozialer Anamnese, früheren Erkrankungen sowie aktuellen Symptomen und Beschwerden zusammen.<sup>324</sup>

Bei der Familienanamnese werden bestimmte Erkrankungen verwandter Personen (v.a. Eltern, Geschwister) erfragt, um das genetische Risiko für in Betracht kommende Krankheitsbilder (z.B. Tumorerkrankungen, kardiovaskuläre Erkrankungen, Autoimmunerkrankungen) zu eruieren.

Die psychosoziale Anamnese setzt sich aus einer psychischen Anamnese, die den psychischen Zustand des Patienten erfasst (z.B. Depressionen, Angststörungen, somatoforme Störungen), sowie aus einer sozialen Anamnese, die das soziale Umfeld des Patienten (z.B. Beruf, Wohnsituation, Familienstand, Beziehungsstatus) umfasst, zusammen. Sie dient neben der Gewinnung krankheitsrelevanter Informationen (z.B. häusliche oder berufliche Belastung mit bestimmten Noxen-z.B. Asbest) auch dem Aufbau einer Vertrauensbeziehung zwischen Arzt und Patient und soll eine Differenzierung bei psychischen Problemen ermöglichen.

Die Frage nach früheren Erkrankungen ist darauf gerichtet, Vorboten bestimmter Erkrankungsfelder zu identifizieren, die ggf. mit den aktuellen Beschwerden in Verbindung stehen (z.B. Frage nach stattgefundenem Herzinfarkt/Schlaganfall).

Außerdem können zurückliegende Erkrankungen Grundlagen der aktuellen Problematik darstellen (z.B. frühere Tumorerkrankungen → Verdacht auf Rezidiv oder Metastasen) und das weitere Vorgehen sowohl in Diagnostik, als auch in der Therapie erheblich beeinflussen (z.B. Schilddrüsenerkrankungen bzgl. Kontrastmittelgabe<sup>325</sup>). Bei der Erforschung der aktuellen Beschwerden und Symptome sollte, neben einer allgemeinen Darstellung durch den Patienten, abgestimmt auf die jeweilige Verdachtsdiagnose, gezielt nach bestimmten Leitsymptomen, die für einzelne Krank-

---

<sup>324</sup> *Füeßl/Middeke*, Anamnese und klinische Untersuchung, S. 18.

<sup>325</sup> *Steidle B., Grehn S., Seif F. J.*, Jodinduzierte Hyperthyreose durch Kontrastmittel, Deutsche medizinische Wochenschrift 1979, 104(41), S.1435-1438.

heitsbilder charakteristisch sind, gefragt werden (z.B. bei Erkrankungen der Leber Untersuchung u.a. auf Palmarerythem, Caput Medusae).<sup>326</sup>

Die einzelnen neuen Erkenntnisse, die jeder Anamneseschritt hervorbringt, müssen in das sich wandelnde Gesamtbild eingefügt und aufeinander abgestimmt werden. Sie greifen eng ineinander und sind spezifisch auf die jeweilige Verdachtsdiagnose auszu legen.

Dies spricht gegen eine themenabhängige Aufsplitterung der Anamnese in die soeben beschriebenen Schritte.

Alternativ könnte eine Aufteilung nach der Anamnesetiefe erfolgen. Hierbei ist zwischen zielgerichteter Kurzanamnese und umfassender Gesamtanamnese zu differenzieren. Bei einer Übernahme der umfassenden Gesamtanamnese durch den PA kann dieser bereits die zielgerichtete Kurzanamnese, die durch einen Arzt vorzunehmen ist, vorbereiten und deutlich erleichtern. Diese Vorgehensweise findet im klinischen Alltag zur Arbeitsentlastung der Ärzte bereits täglich Anwendung (beispielsweise durch Medizinstudenten im praktischen Jahr oder Arzthelfer).

Fraglich ist jedoch, ob die Übertragung im Rahmen der eingeschränkten Substitution anstatt der Delegation erfolgen sollte. Dafür spricht, dass dem Aspekt der Entscheidungskompetenz in diesem Bereich keine besondere Bedeutung beikommt (im Gegensatz zu diagnostischen oder therapeutischen Eingriffen), da sie routinemäßig bei jedem Patienten durchgeführt werden muss. Im Gegensatz zur Delegation hat der Arzt bei der eingeschränkten Substitution jedoch keine Anleitungs- oder Überwachungspflichten einzuhalten. Diese Pflichten sind, da der Arzt weiterhin eine zielgerichtete Kurzanamnese durchführen muss, auch nicht erforderlich.

Somit ist eine Übertragung von Entscheidungs- und Durchführungskompetenz der Anamnese auf den PA im Rahmen einer ausführlichen Gesamtanamnese zu befürworten, wenn der Arzt weiterhin zumindest eine Kurzanamnese durchführt, die beispielsweise bei chronisch Erkrankten lediglich in gewissen Zeitintervallen erneuert werden muss.

---

<sup>326</sup> *Schaub*, Hautveränderungen bei Lebererkrankungen, PRAXIS, 2002, 91, S. 1037-1041; *Albrecht, G.*, Skin symptoms due to liver diseases, Therapeutische Umschau, 2000, 57, S. 232-235.

## 2. Aufklärung

### a) Status quo

Bei dem Einsatz eines PA im Rahmen der Delegation ist das Erfordernis einer ordnungsgemäßen Aufklärung<sup>327</sup> zu beachten.

Ohne eine wirksame Einwilligung<sup>328</sup> erfüllt die ärztliche Heilbehandlung nach herrschender Auffassung den Tatbestand einer Körperverletzung (§§ 223 ff. StGB; 823 Abs. 1 BGB).<sup>329</sup>

Nach verbreiteter Rechtsprechung ist die Aufklärung im Vorhinein<sup>330</sup> individuell durch den behandelnden Arzt vorzunehmen und stellt einen Teil der Heilbehandlung dar.<sup>331</sup> Stellt der Arzt sicher, dass die Informationen umfänglich übermittelt wurden und vergewissert sich, dass eine hinreichende Aufklärung stattfand, kann die Aufklärung auch durch einen ärztlichen Kollegen erfolgen.<sup>332</sup> Bei diesem muss es sich nicht um einen Facharzt handeln.<sup>333</sup>

Fraglich ist, ob auch die Durchführung der Aufklärung durch nicht-ärztliches Personal zulässig ist. Gemäß § 630 e Abs. 2 Nr. 1 BGB muss die Aufklärung mündlich durch den Behandelnden oder durch eine Person erfolgen, die über die zur Durchführung der Maßnahme notwendige Ausbildung verfügt. Die andere Person muss den Eingriff noch nicht eigenständig vorgenommen haben.<sup>334</sup> Grundsätzlich handelt es sich bei den

---

<sup>327</sup> Zu den einzelnen Formen der Aufklärung siehe Substitution-Voraussetzungen.

<sup>328</sup> BGH NJW 2010, 2580 (2581)-Die Einwilligung kann durch den Patienten auf die Durchführung des Eingriffs durch einen bestimmten Arzt beschränkt werden und muss eindeutig zum Ausdruck gebracht werden.

<sup>329</sup> BGH, NJW 1988, 2310 (2311).

<sup>330</sup> Nach Urteil des BGH, NJW 2010, 2430 (2432) kann in einfach gelagerten Fällen der Patient auch telefonisch über die Risiken aufklären, wenn der Patient damit einverstanden ist; nach Urteil des BGH NJW 2003, 2012(2013) hängt die Wirksamkeit der Einwilligung davon ab, ob der Patient ausreichend Gelegenheit hatte, sich frei zu entscheiden, wovon bei Aufklärung am Vorabend grds. nicht auszugehen ist mit Ausnahme einer ausreichenden Aufklärung vor der Erstoperation.

<sup>331</sup> BGH NJW-RR 2007, 310 (311); BGH NJW 2005, 1716 (1717); BGH NJW 1984, 1807 (1808); OLG Karlsruhe NJW-RR 1998, 459 (461).

<sup>332</sup> *Laufs/Kern*, Handbuch des Arztrechts, § 62, Rn. 1; so auch OLG Karlsruhe, NJW-RR 1998, 459 (460).

<sup>333</sup> *Huster/Kaltenborn/Gaidzik/Weimer*, Krankenhausrecht, § 13, Rn. 73; OLG München NJW-RR 2011, 749(751); OLG Karlsruhe NJW-RR 1998, 459 (461).

<sup>334</sup> *Bender, A.W.*, Facharztvorbehalt und "fachfremde" Aufklärung bei der Erfüllung der ärztlichen Aufklärungspflicht nach dem Patientenrechtegesetz, *VersR* 2013, 962.

aufklärungsbedürftigen Handlungen um durch einen Arzt vorzunehmende Heileingriffe.

Dem entspricht eine streng ablehnende Ansicht, nach der nicht-ärztlichem Personal die Legitimation und Kompetenz zur Aufklärung fehle.<sup>335</sup> Es existiert eine Fülle ablehnender Entscheidungen und Ansichten, die das für eine Aufklärung erforderliche hohe Maß an medizinischen Kenntnissen nur einem Arzt zuspricht.<sup>336</sup> Die Aufklärung zählt daher momentan zu den höchstpersönlichen ärztlichen Tätigkeiten, die damit nicht delegationsfähig sind (§ 3 Anlage 24 BMV-Ä). Eine liberalere Auffassung vertrat das OLG Karlsruhe, indem es bei Standardeingriffen die Delegation der Aufklärung an einen Medizinstudenten im praktischen Jahr als zulässig erachtete<sup>337</sup>, obwohl auch dieser noch nicht über die zur Durchführung der Maßnahme notwendige Ausbildung verfügt, diese jedoch für einfachere Eingriffe mit Erlangung der Approbation am Ende des praktischen Jahres erhält.

Fraglich ist, ob der PA in seiner Qualifikation mit einem Medizinstudenten im praktischen Jahr gleichgestellt werden kann. Dieser hat bereits den gesamten Theorieabschnitt des Studiums absolviert und muss im praktischen Jahr, das mit einer mündlichen Prüfung abgeschlossen wird, in den Basisfächern Chirurgie, Innere Medizin sowie einem Wahlfach praktische Erfahrungen sammeln. Er ist im letzten Jahr seiner medizinischen Ausbildung, an die sich die Facharztausbildung anschließen kann. Die Ausbildung des PA ist in ihren medizinisch-theoretischen Grundlagen deutlich geringer ausgeprägt als das Medizinstudium, auch wenn zuvor eine Kranken-/Altenpflegeausbildung abgeschlossen wurde. Auch in Bezug auf die praktische Erfahrung im Klinikalltag weist ein PJ-Student nach Absolvierung eines Krankenpflegepraktikums (mindestens 3 Monate), Famulaturen (mindestens 4 Monate), einzelner Blockpraktika (in den Fächern Innere Medizin, Chirurgie, Kinderheilkunde, Frauenheilkunde und Allgemeinmedizin<sup>338</sup>) sowie einer zusätzlichen Ausbildung im praktischen Jahr von bis zu 48 Wochen eine umfangreichere Ausbildung als ein PA<sup>339</sup> auf.

---

<sup>335</sup> Becker/Deutsch/Knappen/Nußgens, *Medico-legale Fragen: Probleme der fachärztlichen Aufklärungspflicht*, 1975, Z. Laryng. Rhinol. 51, S.783ff (798).

<sup>336</sup> BGH, NJW RR 2006, 135 (136); BGH, NJW 1974, 604 (605); so auch Saalfrank, *Handbuch des Medizin- und Gesundheitsrechts*, § 2, Rn. 86.

<sup>337</sup> OLG Karlsruhe RDG 2014, 85 (86).

<sup>338</sup> Gem. § 27 IV der Approbationsordnung für Ärzte; an der Universität Münster über einen Zeitraum von insgesamt 11 Wochen.

<sup>339</sup> Siehe Tabelle 3.



Somit ist der PA weder in der theoretischen noch in der praktischen Ausbildung einem Medizinstudenten im praktischen Jahr gleichzusetzen.

Jedoch ist im Anhang der Anlage 24 BMV-Ä die Unterstützung bei Vermittlung und Erläuterung standardisierter Informationsmaterialien für MFAs unter späterer Überprüfung/Ergänzung im Patientengespräch durch den Arzt vorgesehen. Die MFA-Ausbildung umfasst ebenfalls einen Zeitraum von 3 Jahren und beinhaltet die Assistenz bei Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Bewegungsapparates (60 Stunden, Inhalte: Physikalische Therapie: Kälte, Wärme, Reizstrom, Verordnung von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, Frakturen, Gelenk- und Muskelverletzungen, Arthrose) sowie Lehrinhalte zur Patientenbegleitung (Patienten empfangen und begleiten, 60 Stunden, Inhalte: Gesprächsführung, Konfliktlösungsstrategien, Grundlagen des Vertragsrechts, Behandlungsvertrag, Versicherungsnachweis, Versichertengruppen, Kostenträger, Grundlagen der ärztlichen Abrechnung, Karteiführung, Einzel- und Mehrplatzsystem; Patienten bei diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen der Erkrankungen des Urogenitalsystems begleiten, 60 Stunden, Inhalte: Urinschnelltest, Harngewinnungsmethoden, Präanalytik, Harnwegsinfektionen, Schwangerschaft, Geburt, Antikonzeptiva, Brust-, Gebärmutterhals-, Prostatakrebs; Patienten bei diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen der Erkrankungen des Verdauungssystems begleiten, 80 Stunden, Inhalte: Ultraschalluntersuchung, Endoskopie, Untersuchung auf occultes Blut, Applikationsformen von Arzneimitteln).<sup>340</sup>

Die PA-Ausbildung ist an den meisten Ausbildungsstätten deutlich intensiver auf medizinische Lehrinhalte ausgerichtet, sodass grundsätzlich bei PAs von einem tiefergreifenden medizinischen Verständnis ausgegangen werden kann. Im Gegensatz zur Substitution ist bei der Delegation weiterhin das Erfordernis von Anleitungs- und Kontrollpflichten zu beachten, sodass eine weniger strenge Anwendung der Richtlinie auf die aufgeführten Berufsgruppen vorzunehmen ist. Diese muss bei einer mindestens gleichwertigen Ausbildung nach einer zweckgerichteten Auslegung ebenfalls Anwendung finden. Folglich muss die Delegation einer Unterstützung bei Vermittlung und Erläuterung standardisierter Informationsmaterialien auch für PAs unter späterer ärztlicher Überprüfung/Ergänzung im Patientengespräch durch den Arzt möglich sein.

---

<sup>340</sup> Rahmenlehrplan für den Ausbildungsberuf Medizinischer Fachangestellter, Beschluss der Kultusministerkonferenz vom 18.11.2005.

## **b) Im Ländervergleich**

Im amerikanischen Gesundheitssystem ist der sog. „informed consent“, der gemäß Titel 22 CCR Section 72052 als freiwilliges Einverständnis des Patienten oder dessen Vertreter in das weitere Vorgehen nach vorheriger Information verstanden wird, erforderlich, bei dem beispielsweise von der kalifornischen Regierung gefordert wird, dass ein solcher durch den verschreibenden lizenzierten Mitarbeiter (einschließlich des Physician Assistant) erhoben wird, der innerhalb seines Kompetenzspektrums agiert.<sup>341</sup> Das grundsätzliche Erfordernis der Einholung eines „informed consent“ durch den PA wird auch durch die 2013 bekräftigte Richtlinie der amerikanischen PA-Assoziation<sup>342</sup> bestätigt. Auch in Großbritannien<sup>343</sup> und den Niederlanden<sup>344</sup> ist die Durchführung der Aufklärung durch den PA vorgesehen.

## **c) Kompetenzerweiterung**

Insbesondere die Fragestellung nach einer Übertragung der Aufklärung auf einen PA im Rahmen der eingeschränkten Substitution beinhaltet ein hohes Maß an praktischer Relevanz. Nach momentan dominierenden Stellungnahmen erfordert eine zulässige Aufklärung das Tätigwerden eines Arztes.<sup>345</sup> Dies hat jedoch, wie bereits erläutert, zur Folge, dass der Arzt bei jeder einwilligungsbedürftigen Handlung des PA diesem zuvorkommen muss, um Aufklärung und Einwilligung des Patienten sicherzustellen. Der PA kann keine einwilligungsbedürftige Tätigkeit am Patienten ohne vorausgehende ärztliche Aufklärung vornehmen.

Fraglich ist, ob § 630 e Abs. 2 S. 1 Nr.1 BGB bereits eine ausreichende Legitimation für die Durchführung der Aufklärung durch den PA darstellt, wenn dieser den Eingriff später selbst vornimmt und ihn grundsätzlich vornehmen kann. Demnach kann die

---

<sup>341</sup> <https://www.cdph.ca.gov/PROGRAMS/LNC/Pages/FAQ-InformedConsent.aspx> (Stand: 2.1.2017).

<sup>342</sup> Guidelines for Ethical Conduct for the Physician Assistant Profession der American Academy of Physician Assistants (2013).

<sup>343</sup> Managed Voluntary Register, Competence and Curriculum Framework for the Physician Assistant 2012, S.14, 2.3.15.

<sup>344</sup> NAPA, Taakherschikking, S.8, [http://www.anesthesiologie.nl/uploads/misc/TAAKHERSCHIKKING\\_NVA\\_NAPA.pdf](http://www.anesthesiologie.nl/uploads/misc/TAAKHERSCHIKKING_NVA_NAPA.pdf) (Stand: 2.1.2017).

<sup>345</sup> So auch § 3 Anlage 24 BMV-Ä.

Aufklärung durch eine Person erfolgen, die „über die zur Durchführung der Maßnahme notwendige Ausbildung verfügt“.

Der Gesetzeswortlaut schließt somit eine Durchführung der Aufklärung durch nicht-ärztliches Personal nicht aus. Nach der Gesetzesbegründung soll primär derjenige, der die Maßnahme durchführt, selbst den Patienten aufklären. Daneben soll es aber auch möglich sein, die Aufklärung durch eine andere Person vornehmen zu lassen, wenn sie über die zur sachgerechten Aufklärung notwendige Befähigung und damit über die für die Durchführung der Maßnahme adäquate fachliche Qualifikation verfügt.<sup>346</sup>

Der Begründung ist ebenfalls zu entnehmen, dass die Regelung den Anforderungen aus der bisherigen Praxis entspricht und insbesondere den Bedürfnissen des Krankenhausalltags Rechnung trägt, um eine gute medizinische Aufklärung und Behandlung mit dem vorhandenen ärztlichen Personal zu gewährleisten.<sup>347</sup> Durch den Verweis auf die Anforderungen aus der bisherigen Praxis wird ersichtlich, dass die Aufklärung gemäß § 630 e Abs. 2 S. 1 Nr. 1 BGB weiterhin durch Ärzte erfolgen soll.<sup>348</sup>

In Anlehnung an das Urteil des OLG Karlsruhe<sup>349</sup> könnte die Aufklärung durch den PA jedoch dann zulässig sein, wenn dieser im Bereich der Aufklärung eine dem Medizinstudent im praktischen Jahr vergleichbare Kompetenzstufe aufweisen würde. Wie bereits beschrieben ist der PA jedoch weder in der theoretischen noch in der praktischen Ausbildung einem Medizinstudenten im praktischen Jahr gleichzusetzen.<sup>350</sup>

Eine entsprechende Rechtsprechung zu dieser Problematik hat sich noch nicht herausgebildet.<sup>351</sup>

Die Delegation oder die eingeschränkte Substitution könnten eine Grundlage für die Durchführung einer Aufklärung durch den PA darstellen.

Für eine Ausdehnung der eingeschränkten Substitution auf die Aufklärung spricht, dass im Gegensatz zur Delegation der Arzt durch eine Abnahme der Anleitungs- und Kontrollpflichten deutlich entlastet würde.

---

<sup>346</sup> Bundestag, Drucksache 17/10488, S. 24.

<sup>347</sup> Bundestag, Drucksache 17/10488, S. 39.

<sup>348</sup> So auch *Ulsenheimer, K.*, Anmerkungen zum neuen Patientenrechtegesetz, 2013, S. 3.

<sup>349</sup> OLG Karlsruhe, NJW-RR 1998, 459-60.

<sup>350</sup> Siehe unter Aufklärung - Status quo.

<sup>351</sup> *Laufs/Katzenmeier/Lipp*, Arztrecht, Kap. V, Rn. 47.

Dagegen ist aufzuführen, dass Aufklärungsfehler einen gravierenden Einschnitt in das Selbstbestimmungsrecht des Patienten darstellen. Um dieses zu wahren, muss eine umfassende Erläuterung der möglichen Komplikationen unter Einbeziehung der individuellen Risiken auf Seiten des Patienten sowie eine Darstellung der Therapiealternativen erfolgen.

Lediglich bei Standardeingriffen entspricht dies im Wesentlichen den allgemein auf einem Aufklärungsbogen enthaltenen Schilderungen. Ob ein solcher vorliegt, ist zuvor durch einen Arzt zu beurteilen, der sowohl den Patienten, als auch den Eingriff kennt. Nur so kann sichergestellt werden, dass keine wesentlichen Komplikationen übersehen werden.

Diesem Argument kann jedoch entgegengehalten werden, dass, in Anlehnung an das Modellvorhaben<sup>352</sup> und die Ausführungen zur Vorzugswürdigkeit einer eingeschränkten Substitution<sup>353</sup>, dem Handeln des PA eine ärztliche Diagnose und ggf. eine Indikation vorausgehen müssen.

Wäre die gesamte Aufklärung auf eine nicht-ärztliche Berufsgruppe übertragbar, so hätte dies zur Konsequenz, dass im klinischen Alltag Ärzte nur selten selbst vor dem Eingriff mit dem Patienten sprechen würden. Eine direkte Verknüpfung zwischen behandelndem Arzt, Patient und der bevorstehenden Maßnahme hat auch zur Folge, dass die Fehlerquote durch Verwechslungen oder die Wahl eines unpassenden oder nicht optimal gewählten Eingriffes reduziert wird. Außerdem fördert der vorherige direkte Kontakt mit dem behandelnden Arzt die Patientenzufriedenheit. Der behandelnde Arzt kann, da er den Eingriff selbst vornimmt, am besten dem Patienten ein realistisches Bild der bevorstehenden Prozedur vermitteln. Nach einer 2012 erhobenen Forsa-Umfrage mit 1003 Befragten hielten 66 % eine intensivere Aufklärung für besonders wichtig.<sup>354</sup> Ein Urteil des OLG Hamm aus dem Jahr 2013 macht auf die häufig unzureichende Aufklärungspraxis aufmerksam.<sup>355</sup>

---

<sup>352</sup> Beschluss des GBA § 3.

<sup>353</sup> Siehe Eigene Beurteilung- eingeschränkte Substitution.

<sup>354</sup> Forsa-Umfrage: Zufriedenheit mit der ärztlichen Versorgung in Bayern, 1003 Befragte, 2012, [https://www.dak.de/dak/download/Forsa-Umfrage\\_Patientenzufriedenheit-1317990.pdf](https://www.dak.de/dak/download/Forsa-Umfrage_Patientenzufriedenheit-1317990.pdf) (Stand: 2.1.2017).

<sup>355</sup> OLG Hamm, 09.12.2014, 26 U 88/13.

Wird der PA in einem bestimmten medizinischen Bereich eingesetzt (z.B. auf einer Urologiestation), in dem er über längere Zeit Erfahrungen sammeln und die Stationsärzte bei Eingriffen sowie bei Aufklärungsgesprächen begleiten konnte, so ist davon auszugehen, dass er durch die Kombination aus in der Ausbildung erlangtem Wissen über Gesprächsführung<sup>356</sup> und Unterricht über die einzelnen Krankheitsbilder mit Diagnostik und Therapie<sup>357</sup> grundsätzlich ausreichend qualifiziert ist, um im Rahmen der eingeschränkten Substitution vorbereitende Aufklärungsgespräche über Standardeingriffe bei nicht mit einem besonderen Risiko behafteten Patienten zu führen.

Dennoch sollte für die finale Einwilligung des Patienten weiterhin der den Eingriff durchführende Arzt, bzw. in Ausnahmen ein ärztlicher Vertreter, zugegen sein. Dies ermöglicht die Klärung noch ausstehender Fragen, die Sicherstellung eines ausreichenden Verständnisses über den Eingriff, bestehende Risiken und alternative Therapiemöglichkeiten sowie den Aufbau einer Vertrauensbasis. Handelt es sich hingegen um einen durch den PA durchgeführten Eingriff sollte es ausreichen, wenn die Einwilligung dem PA gegenüber erteilt wird, da dieser durch die erforderliche Expertise zur Durchführung der jeweiligen Tätigkeit auch das für eine umfassende Aufklärung erforderliche Wissen aufweist.

Zusammenfassend sollte die eingeschränkte Substitution der Aufklärung von Standardeingriffen an den PA bis zur Einwilligung möglich sein, jedoch ist die finale Zuständigkeit des Arztes zur Erlangung der Einwilligung beizubehalten, um mögliche ausstehende Fragen des Patienten zu erörtern, die wesentlichen Kernpunkte der Aufklärung zu überprüfen und Vertrauen aufzubauen. Bei durch den PA durchzuführenden Tätigkeiten kann auf die finale Zuständigkeit des Arztes verzichtet werden.

### **3. Diagnostische Maßnahmen**

#### **a) Status quo**

Die baden-württembergische Richtlinie § 1 Abs. 2 Nr. 1 gestattet dem PA, eigenständig Assessmentinstrumente durchzuführen. Dies beinhaltet die "Einschätzung pflege-relevanter Variablen und Phänomene zum Zweck der Bewertung und/oder der nach-

---

<sup>356</sup> Siehe Tabelle 3.

<sup>357</sup> Siehe Tabelle 3.

folgenden Handlungsinitiierung.<sup>358</sup> Zu den gängigen Assessmentinstrumenten zählen unter anderem der Barthel-Index<sup>359</sup>, der Uhrentest nach Watson<sup>360</sup> oder die Schmerzskala ECPA.<sup>361</sup>

Bei der eigenständigen Durchführung von Assessmentinstrumenten behält der Arzt gemäß Abs. 1 jedoch weiterhin die Entscheidungsverantwortung, sodass es sich um eine Form der Delegation handelt.

Fraglich ist, ob diese zulässig ist. Funktion der Assessmentinstrumente ist, den Zustand des Patienten in ein vergleichbares und damit objektivierbares Schema zu übertragen. Hierzu werden sowohl standardisierte detaillierte Fragebögen, als auch einfache Skalen verwendet, die darauf ausgelegt sind, nicht, oder nur minimal, durch die Herangehensweise des Untersuchers manipuliert zu werden, um so eine objektive Zustandsbeschreibung des Patienten zu erreichen. Häufig ist bereits der genaue Wortlaut der Fragen vorgegeben und z.T. wird die genaue Vorgehensweise auf bestimmte Rückfragen beschrieben. Eine korrekte Durchführung der Tests setzt zwar eine kleine Einführungsschulung, aber keine besonderen Fachkenntnisse des Untersuchers über den Test hinaus voraus. Die eigenständige Durchführung eines Assessmentinstrumentes durch den PA kann somit unproblematisch vorgenommen werden.

Fraglich ist, ob auch andere diagnostische Maßnahmen auf den PA delegiert werden können. Gemäß § 2 BMV-Ä sind Untersuchungen des Patienten, einschließlich invasiver diagnostischer Leistungen, höchstpersönlich durch den Arzt vorzunehmen. Dennoch sieht der Anhang zu Anlage 24 des BMV-Ä vor, dass die technische Durchführung von Untersuchungen, bestimmte Aspekte der Labordiagnostik (durch MFAs/MTLAs) sowie unterstützende Maßnahmen zur Diagnostik (durch MFAs) an nicht-ärztliche Mitarbeiter delegiert werden können. Auch fachspezifische diagnostische Maßnahmen, wie beispielsweise die Tonometrie in der Augenheilkunde, dürfen delegiert werden.

---

<sup>358</sup> <http://www.pflegeassessment.de> (Stand: 2.1.2017).

<sup>359</sup> *Sainsbury A., Seebass G., Bansal A., Young JB.*, Reliability of the Barthel Index when used with older people, *Age Ageing*, 2005 ;34(3), S.228-32.

<sup>360</sup> *Watson YI., Arfken CL., Birge SJ.*, Clock completion: an objective screening test for dementia, *J Am Geriatr Soc.* 1993; 41(11), S.1235-40.

<sup>361</sup> *Zwakhalen SM., Hamers JP., Abu-Saad HH., Berger MP.*, Pain in elderly people with severe dementia: a systematic review of behavioural pain assessment tools, *BMC Geriatrics* 27.1.2006; Ausgabe 6, S. 3.

Somit ist entsprechend einer teleologischen Auslegung nach dem Sinn und Zweck der Vorschrift davon auszugehen, dass die Delegation ebenfalls auf mindestens in dem jeweiligen Bereich gleichwertig ausgebildete Mitarbeiter übertragbar ist.

## **b) Im Ländervergleich**

In den USA dürfen PAs klinisch untersuchen sowie Tests beauftragen und interpretieren. In Großbritannien nehmen sie eine orientierende Untersuchung sowie die Einleitung und Auswertung neuer Diagnoseschritte vor. In den Niederlanden führen sie in Hinblick auf häufige Erkrankungen effektive und ethisch verantwortliche Diagnostik durch.

## **c) Kompetenzerweiterung**

### **aa) Diagnostik**

Fraglich ist, ob die eingeschränkte Substitution einzelner diagnostischer Maßnahmen sinnvoll wäre.

Im klinischen Alltag werden bereits viele diagnostische Tätigkeiten in Abhängigkeit des jeweiligen medizinischen Bereiches (z.B. Blutdruckmessung, Blutabnahme, EKG) routinemäßig durch das Pflegepersonal bei jeder Neuaufnahme ohne ärztliche Einzelfallindikation durchgeführt. Hierdurch wird den Ärzten ein effizienteres Arbeiten ermöglicht, da sie wesentlich schneller auf die Ergebnisse der Diagnostik zugreifen können. Insbesondere in spezialisierten Praxen, die nur ein bestimmtes Kontingent an Erkrankungen aufgreifen, werden regelmäßig bei jedem Patienten die gleichen Voruntersuchungen vorgenommen.

Für diese Formen der Routinediagnostik ist keine vorgelagerte ärztliche Diagnose oder Indikation erforderlich.

Bei invasiven oder speziellen diagnostischen Maßnahmen, die über die Routinediagnostik hinausgehen, wäre eine eingeschränkte Substitution der in Anlehnung an die PA-Ausbildung einzeln zu bestimmenden diagnostischen Maßnahmen an PAs eine

geeignete Methode, um zu einer erheblichen ärztlichen Arbeitsentlastung beizutragen. Die Auswahl der zur eingeschränkten Substitution an PAs geeigneten Tätigkeiten müssen entsprechend des Kompetenzspektrums eines durchschnittlichen PA-Absolventen ausgewählt werden.

### **bb) Körperliche Untersuchung**

Die Durchführung einer körperlichen Untersuchung schließt sich im Regelfall an das Anamnesegespräch an und vervollständigt das Anfangsbild eines Patienten. Sie beschränkt sich auf die Hinzunahme einfacher Hilfsmittel (z.B. Stethoskop, Pupillenleuchte) und erfolgt in der Regel nach einem klassischen Schema (Inspektion= Betrachtung, Palpation = Befühlen, Perkussion=Abklopfen, Auskultation= Abhören, Funktionsuntersuchung = Test einzelner Körperfunktionen).

Die Durchführung der körperlichen Untersuchung zählt zu den nicht invasiven Untersuchungsverfahren ohne wesentliche Patientengefährdung. Da der durchschnittliche PA-Absolvent in seiner Ausbildung diesbezüglich sowohl theoretische, als auch praktische Unterweisungen erhält, ist diese Tätigkeit von seinem Kompetenzbereich grundsätzlich abgedeckt.

Für eine Übertragung im Rahmen der eingeschränkten Substitution spricht, dass, vergleichbar mit der Anamneseerhebung, die körperliche Untersuchung routinemäßig bei jedem Patienten durchgeführt wird. Auch hier wäre eine Aufteilung nach dem Untersuchungsumfang sinnvoll, sodass zunächst eine breite und umfassende Untersuchung durch den PA vorgenommen wird, bevor der Arzt eine zielgerichtete, auf das Kernproblem reduzierte, Kurzuntersuchung durchführt.

Wie bereits erläutert führt die eingeschränkte Substitution selbstverständlich nicht dazu, dass der Arzt in seiner umfassenden Untersuchungsbefugnis eingeschränkt wird. Im Gegensatz zur Delegation könnte der Arzt direkt auf die Voruntersuchung des PA zugreifen, ohne zuvor eine Indikation gestellt haben zu müssen. Somit ist die eingeschränkte Substitution einer umfassenden körperlichen Untersuchung zu befürworten, während zugleich die ärztliche Zuständigkeit aufrecht erhalten bleibt.



## **4. Diagnoseerstellung**

### **a) Status quo**

§ 1 Abs. 2 Nr. 2 der BW Verordnung gestattet dem PA die „Mitwirkung“ an der Diagnoseerstellung im Rahmen der Delegation. Auch die Diagnosestellung ist eine vom Arzt höchstpersönlich zu erbringende Leistung<sup>362</sup>, da sie ein besonderes Maß an medizinischem Fachwissen voraussetzt und Fehler zur Therapieverzögerung oder Fehlbehandlung mit gegebenenfalls einsetzender dauerhafter Patientenschädigung führen können.

Die Erstellung einer Diagnose setzt das Zusammenführen vieler Parameter voraus, die auf ein bestimmtes Krankheitsbild hinweisen. Hierzu zählen neben dem klinischen Erscheinungsbild auch Laborparameter, Angaben aus der Anamnese sowie vorgenommene Untersuchungen (z.B. MRT). Durch das Mitwirken an der Anamneseerhebung sowie die eigenständige Durchführung der Assessmentinstrumente<sup>363</sup>, die beide zur Diagnoseerstellung herangezogen werden, ist der PA folglich auch hinreichend qualifiziert, um im Rahmen der Delegation an der Diagnoseerstellung mitzuwirken. Somit handelt es sich hierbei um eine zulässige Delegation.

### **b) Ländervergleich**

Amerikanischen und niederländischen PAs ist es gestattet, Krankheiten zu diagnostizieren, während in England nur die Auswertung neuer Diagnoseschritte im Rahmen der Delegation vorgesehen ist.

### **c) Kompetenzerweiterung**

Die Diagnoseerstellung erfordert ein möglichst breites medizinisches Wissen, um ohne wesentliche Verzögerung die erforderlichen Therapiemaßnahmen einleiten zu können. In vielen Fällen können zwar einzelne Diagnosen ohne besondere Vorkennt-

---

<sup>362</sup> So auch § 3 Anlage 24 BMV-Ä.

<sup>363</sup> Beschreibung in Diagnostische Maßnahmen: 2.2.3.3.1. Status quo.

nisse gestellt werden (z.B. einer milden arteriellen Hypertonie bei systolischen Blutdruckwerten von 140-159 mmHg und einem diastolischen Blutdruck von 90-99 mmHg), jedoch stehen diese meist in einem komplexeren Zusammenhang mit anderen Komorbiditäten, die mit in die Diagnose einfließen müssen (beispielsweise bei plötzlicher Entwicklung Ausschluss Nierenarterienverschlusses).

Ein Arzt hat durch seine umfassende Ausbildung die besten Voraussetzungen, die einzelnen Diagnoseschritte mit dem klinischen Gesamtbild in Einklang zu bringen, sodass eine Substitution auf andere Berufsgruppen abzulehnen ist.

Eine eingeschränkte Substitution ist auf Grund des Erfordernisses einer vorgelagerten ärztlichen Diagnose nicht möglich.<sup>364</sup>

Fraglich ist, ob die Delegation der Diagnoseerstellung ermöglicht werden sollte. Dann verbliebe die Entscheidungsverantwortung beim ärztlichen Personal, während die Durchführungsverantwortung auf den PA überginge. Dagegen spricht, dass hierbei der Arzt zur Einschätzung, ob eine komplexe und vielschichtige Diagnose vorliegt oder es sich eher um ein abgegrenztes Krankheitsbild handelt, bereits selbst zu einer Diagnose gekommen sein muss, sodass die Delegation hier zu keiner Arbeitsentlastung führt. Demnach ist eine Delegation in diesem Bereich weiterhin abzulehnen.

## **5. Therapieplanung**

### **a) Status quo**

Gemäß § 1 Abs. 2 Nr. 3, 4 der BW Verordnung ist für den PA die Mitwirkung an der Erstellung eines Behandlungsplans vorgesehen. Fraglich ist, ob der PA eine für diese Tätigkeit ausreichende Qualifikation aufweist. Innerhalb seiner Ausbildung erlangt er an allen Hochschulen<sup>365</sup> ein Grundwissen an geläufigen medizinischen Krankheitsbildern und deren Behandlung. Außerdem werden Grundlagen in Pharmakologie und Toxikologie vermittelt, sodass auch hinsichtlich der zum Einsatz kommenden Medikamente Basiswissen vorhanden ist. Insbesondere innerhalb der vorgesehenen Praxisphasen erlangen PAs Einblicke in Therapieplanung und -ausführung. Somit ist eine

---

<sup>364</sup> Siehe Tabelle 5.

<sup>365</sup> Siehe Tabelle 3.

ausreichende Qualifikation der PAs zur Mitwirkung an der Therapieplanung im Rahmen der Delegation zu bejahen.

### **b) Im Ländervergleich**

Den amerikanischen und niederländischen PAs ist es gestattet, Behandlungspläne zu erarbeiten. Auch in England dürfen PAs im Rahmen der Delegation die Therapiefindung vornehmen.

### **c) Kompetenzerweiterung**

Insbesondere die Therapieplanung erfordert ein breites medizinisches Wissen, das über die Durchführung der einzelnen Maßnahmen hinausgeht. Sogar bei der Planung durch Ärzte schließen sich oft mehrere Fachdisziplinen zusammen, um ein bestmögliches Konzept zu erarbeiten (z.B. Tumorkonferenzen). Bei einer Planung durch einen nicht-ärztlichen Mitarbeiter besteht ein signifikant erhöhtes Risiko, dass Kontraindikationen oder Wechselwirkungen nicht bedacht werden oder, dass die optimale Therapiemethode übersehen wird. Somit sollte keine eingeschränkte Substitution der Therapieplanung an PAs vorgenommen werden.

## **6. Therapieumsetzung**

### **a) Status quo**

Gemäß § 1 Abs. 2 Nr. 3, 4 der BW Verordnung ist für den PA des Weiteren die Mitwirkung an der Ausführung eines Behandlungsplans sowie dessen Erläuterung vorgesehen.

Somit muss der PA hierfür hinreichend qualifiziert sein.

Bei der Ausführung und Erläuterung des Behandlungsplans ist der wesentlichste Schritt der Planung bereits abgeschlossen. Dennoch muss der Zustand des Patienten stets kontrolliert und der Behandlungsplan kontinuierlich daran angepasst werden. Auch hierbei ist ein hohes Maß an Erfahrung und medizinischem Kenntnisstand er-

forderlich, um Komplikationen frühzeitig erkennen und einordnen zu können, sodass dem Patienten kein dauerhafter Schaden entsteht. Der PA muss folglich frühzeitig erkennen können, wann ernste Komplikationen drohen, die das Eingreifen des Arztes erfordern.

Sowohl pharmakologische und toxikologische Grundlagen, als auch medizinische Krankheitslehre sind in den Lehrplänen der Hochschulen<sup>366</sup> in unterschiedlichem Ausmaß aufgeführt. Einzelne medizinische Fachbereiche sind jedoch nicht an allen Hochschulen vertreten oder nur in geringem Ausmaß vorgesehen, sodass davon auszugehen ist, dass sowohl in der Wissenstiefe, als auch in der Wissensbreite z.T. erhebliche Unterschiede vorliegen. Daher sollte insbesondere bei komplexen Therapieplänen und Krankenhausverläufen, ein Schwerpunkt auf die Überprüfung der individuellen Qualifikation des PA zu dem einzelnen Krankheitsbild gelegt werden und interne Weiterbildungsmöglichkeiten zur speziellen Qualifikation geschaffen werden.

Grundsätzlich ist damit die Zulässigkeit der eigenständigen Durchführung des Therapieplanes im Rahmen der Delegation gegeben. Bei besonders komplexen Therapieplänen, die häufigen Neuerungen unterlegen sind, oder bei besonderen Problemfeldern auf Seiten des Patienten, muss jedoch gesteigert auf die Einhaltung der Auswahl- und Kontrollpflichten geachtet und im Zweifel eine ausreichende Qualifikation des PA verneint werden.

Fraglich ist, in welchem Ausmaß der PA auch invasive medizinische Tätigkeiten im Rahmen der Delegation vornehmen kann. § 1 Abs. 2 Nr. 8 der BW Verordnung sieht die Operationsassistenten und Durchführung von kleineren Eingriffen wie Wundversorgungen und –verschlüsse im Rahmen der Delegation (Abs. 1) vor.

Bei der Vornahme invasiver Maßnahmen ist neben der praktischen Durchführung auch ein breites theoretisches Wissen über mögliche Komplikationen und Risiken des Eingriffs erforderlich. Dieses ist umso geringer, je unkomplizierter der Eingriff ist und je weniger Komorbiditäten vorliegen.

Das Ausmaß der Einbeziehung theoretischer und praktischer Grundlagen in die PA-Ausbildung variiert sehr stark zwischen den einzelnen Hochschulen<sup>367</sup>, sodass momentan nicht von einem vergleichbaren Qualifikationsniveau ausgegangen werden kann. Somit muss das Delegationsausmaß besonders an die individuellen Fähigkeiten und Kenntnisse des einzelnen PA angepasst werden.

---

<sup>366</sup> Siehe Tabelle 3.

<sup>367</sup> Siehe Tabelle 3.

Fraglich ist, ob der PA auch hinreichend qualifiziert ist, im Rahmen der Delegation den Therapieplan dem Patienten/Angehörigen/Betreuer zu erläutern. Dies setzt voraus, dass er sowohl die Basisfertigkeiten im Umgang mit dem Patienten/Angehörigen sowie selbst ausreichendes Verständnis hinsichtlich des Therapieplanes aufweist. Durch Unterrichtung der Grundfertigkeiten in Patientenkommunikation und Gesprächsführung<sup>368</sup> sowie durch gehäufte Übungsmöglichkeiten in den Praxisphasen können diese Qualifikationen bejaht werden.

Falls jedoch ungeklärte Fragen bei dem Patienten verbleiben, muss zusätzlich ein Arzt hinzugezogen werden. Somit ist auch in diesem Bereich die Delegation grundsätzlich als zulässig zu erachten.

#### **b) Im Ländervergleich**

PAs in den USA sind befähigt, Krankheiten zu behandeln. Eine detailliertere Regelung findet sich in Großbritannien, wo PAs im Rahmen der Delegation u.a. an einer kardiopulmonalen Reanimation teilnehmen, eine Magensonde legen, den initiale Umgang mit muskuloskelettalen Verletzungen vornehmen, Blasenkatheter legen, einfache Hautnähte durchführen, Lokalanästhesie verwenden, intramuskuläre, subkutane, intrakutane, intravenöse Injektionen und Infusionen sowie Zugänge legen dürfen.

In den Niederlanden ist der PA zur Umsetzung des Therapieplanes im Rahmen seines Kompetenzbereiches legitimiert, zu dem auch invasive Maßnahmen wie beispielsweise die Katheterisierung, die Durchführung von Injektionen, Punktionen, eine elektive Kardioversion und die Defibrillation zählt.

#### **c) Kompetenzerweiterung**

Zu diskutieren ist, ob eine eingeschränkte Substitution einzelner Therapiemaßnahmen auf PAs erfolgen sollte. Wenn diese Maßnahmen dem Qualifikationsprofil des PA entsprechen und gesetzlich legitimiert sind, ist hiergegen nichts einzuwenden. In diesen Fällen erfolgt eine deutliche Entlastung des ärztlichen Personales bei keiner signi-

---

<sup>368</sup> Siehe Tabelle 3.

fikanten Risikoerhöhung, da die Diagnose und ggf. die konkrete Indikation durch einen Arzt erfolgen.

## **7. Hausbesuche, Heimbefuche**

### **a) Status quo**

Hausbesuche beinhalten das Aufsuchen des Patienten in dessen häuslicher Umgebung durch den Arzt, wenn der Patient nicht, wie üblich, in dessen Praxis kommen kann. Bei Heimbefuchen findet die Behandlung in der Pflegeeinrichtung statt. § 17 Abs. 6 BMV-Ä regelt, dass die Besuchsbehandlung grundsätzlich Aufgabe des behandelnden Hausarztes ist.

Nach Satz 2 gilt die Pflicht zu Hausbesuchen auch für Fachärzte mit Gebietsbezeichnung, wenn sie zur konsiliarischen Beratung hinzugezogen werden und nach dem Ergebnis der gemeinsamen Beratung weitere Besuche durch sie erforderlich sind und, wenn bei Versicherten, die von ihnen behandelt werden wegen einer Erkrankung aus ihrem Fachgebiet ein Besuch notwendig ist.

Ein Anspruch auf einen Hausbesuch besteht jedoch nur dann, wenn dem Patienten das Aufsuchen des Arztes in dessen Praxisräumen wegen Krankheit nicht möglich oder nicht zumutbar ist.

Die Pflicht<sup>369</sup> zu Hausbesuchen ergibt sich aus der durch die tatsächliche Übernahme der Behandlung entstandene Garantstellung für den Arzt, der sich auf fernmündlichen Anruf des Patienten in dessen Wohnung zu begeben hat, „um durch eine dort durchzuführende Untersuchung ein, soweit möglich, zutreffendes Bild von dem Zustand des Patienten zu erhalten und die danach erforderlichen ärztlichen Maßnahmen zu treffen.“<sup>370</sup>

Die Pflicht entfällt dann, wenn schwerwiegende Gründe (Behandlung anderer Patienten, anderweitige Verhinderung) ihn an der Ausübung des Hausbesuches hindern und er für anderweitige Hilfe sorgt (Verweisung auf einen ärztlichen Kollegen oder auf den ärztlichen Notfalldienst).<sup>371</sup>

---

<sup>369</sup> OLG Köln NJW 1991, 764 (765): fahrlässige Körperverletzung bei Unterlassung eines medizinisch indizierten Hausbesuches; AG Jever NJW 1991, 760 (760): Es besteht ein Schmerzensgeldanspruch bei unterbliebenem Hausbesuch durch den Bereitschaftsarzt.

<sup>370</sup> BGH NJW 1961, 2068 (2068).

<sup>371</sup> BGH NJW 1979, 1248 (1249); BGH NJW 1955, 718 (719).

Dies hat zur Konsequenz, dass in Fällen, in denen der zuständige Arzt verhindert ist, und auf Grund mangelnder Untersuchungsmöglichkeit keine Vorselektion treffen kann, der Notarzt häufig prophylaktisch ohne tatsächlichen Bedarf gerufen wird, so dass unnötig Kapazitäten beschlagnahmt werden. Besonders in ländlichen Bereichen, in denen die Facharztbetreuung eine geringere Dichte aufweist, wird hierdurch schneller auf den Notarzt zurückgegriffen. Da Hausbesuche mit einem hohen Zeitaufwand assoziiert sind, der auf Grund des logistischen (zeitlich und materiell) Aufwandes nicht zu einer längeren Arzt-Patientenzeit führt, versuchen einige niedergelassene Ärzte, diese unbeliebte Tätigkeit zu vermeiden bzw. zu reduzieren, indem sie z.B. dem Patienten lediglich die Alternativen Rettungsdienst oder Besuch in den Praxisräumlichkeiten darlegen.

Durch eine Delegation der Besuche auf qualifiziertes Hilfspersonal könnten insbesondere Hausärzte in ländlichen Bereichen entlastet und die Behandlungsqualität gesteigert werden.

Nach bisher vertretener Auffassung darf sich der Arzt nicht auf Laienschilderungen verlassen, sondern muss den Patienten selbst untersuchen<sup>372</sup>. Auch bei medizinisch zweifelhafter Schilderung muss der Arzt, wenn keine „außerordentlichen Umstände“ wie z.B. notorischen Querulanz eines Patienten oder seiner Angehörigen vorliegen, den Hausbesuch abstaten.<sup>373</sup>

§ 87 Abs. 2 b S. 5 SGB V regelt, dass ärztlich angeordnete Hilfeleistungen anderer Personen nach § 28 Abs. 1 S. 2 SGB V, die in der Häuslichkeit der Patienten in Abwesenheit des Arztes erbracht werden, vergütet werden. Die „Vereinbarung über die Erbringung ärztlich angeordneter Hilfeleistungen in der Häuslichkeit der Patienten, in Alten- oder Pflegeheimen oder in anderen beschützenden Einrichtungen gemäß § 87 Abs. 2b S. 5 SGB V oder in hausärztlichen Praxen“ (Delegations-Vereinbarung, 2009 in Kraft getreten)<sup>374</sup> regelt den Geltungsbereich und definiert den Versorgungsauftrag und die Qualifikationsvoraussetzungen für das nicht-ärztliche Hilfspersonal, welches angeordnete Hilfeleistungen in der Häuslichkeit der Patienten, in Alten- oder Pflege-

---

<sup>372</sup> BGH NJW 1979, 1248 (1249).

<sup>373</sup> OVG Koblenz NJW 1991, 772 (772).

<sup>374</sup> Vereinbarung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und des GKV Spitzenverbandes: [http://www.kbv.de/media/sp/08\\_Delegation.pdf](http://www.kbv.de/media/sp/08_Delegation.pdf) (Stand: 2.1.2017).

heimen oder in anderen beschützenden Einrichtungen sowie in der Vertragsarztpraxis auch in Abwesenheit des Arztes erbringt (§ 1 Delegations-Vereinbarung).

Voraussetzungen für eine zulässige Delegation sind gemäß § 3 Abs. 2 Delegations-Vereinbarung, dass mindestens eine schwerwiegende chronische Erkrankung gem. § 2 Abs. 2 Delegations-Vereinbarung zur Umsetzung der Regelungen in § 62 SGB V für schwerwiegend chronisch Erkrankte vorliegt und der Patient in der Regel das 65. Lebensjahr vollendet hat oder, dass eine Erkrankung vorliegt, die einer dauerhaften intensiven ärztlichen Betreuung bedarf (insbesondere Patienten mit Alters- und geriatrischen Erkrankungen) und der Patient in der Regel das 65. Lebensjahr vollendet hat.

Handelt es sich um eine akute schwerwiegende Erkrankung, die einer intensiven ärztlichen Betreuung bedarf, ist die Erbringung ärztlich angeordneter Hilfeleistungen durch den nicht-ärztlichen Mitarbeiter gesondert zu begründen. Eine allgemeine Voraussetzung ist, dass der Patient die Praxis des Arztes aufgrund seines Gesundheitszustandes nicht oder nur unter erschwerten Bedingungen aufsuchen kann.

Der nicht-ärztliche Mitarbeiter muss entsprechend § 4 Abs. 2 Delegations-Vereinbarung der Arztpraxis mit einer regelmäßigen Wochenarbeitszeit von mindestens 20 Stunden angestellt sein und gemäß § 6 Delegations-Vereinbarung einen qualifizierten Berufsabschluss zum Medizinischen Fachangestellten/Arzthelfer/Kranke-/Altenpfleger und eine nach dem qualifizierten Berufsabschluss mindestens dreijährige Berufserfahrung in einer hausärztlichen Praxis und bestimmte Zusatzqualifikationen aufweisen können. Hierzu zählen gemäß § 7 Abs.1 Delegations-Vereinbarung eine theoretische Fortbildung zu den Themen Berufsbild, medizinische Kompetenz und Kommunikation/Dokumentation, eine praktische Fortbildung in Form von Hausbesuchen und eine Fortbildung in Notfallmanagement.

Der Umfang der für die Zusatzqualifikation nachzuweisenden Stunden richtet sich nach der Dauer der bisherigen Berufstätigkeit (§ 7 Abs. 2 Delegations-Vereinbarung: Dauer der Berufstätigkeit <5/<10/>10 Jahre→Theoretische Fortbildung 200/170/150 Stunden, Praktische Fortbildung 50/30/20, Notfallmanagement Erweiterte Notfallkompetenz 20/20/20 Stunden).

Die theoretische Fortbildung umfasst gemäß § 7 Abs. 3 Delegations-Vereinbarung die Inhalte „Berufsbild“ (mindestens 15 Stunden) über rechtliche Grundlagen und Rahmenbedingungen für die Tätigkeit des nicht-ärztlichen Praxisassistenten, die demographische Entwicklung in Deutschland und deren Einfluss auf die Epidemiologie relevanter Erkrankungen sowie deren Auswirkungen auf die ärztliche Versorgung,



sowie Verfahrensabläufe und Instrumente im professionellen Handeln des nicht-ärztlichen Praxisassistenten.

Die Thematik „medizinische Kompetenz“ (mindestens 110 Stunden) beinhaltet die Vermittlung medizinischer Grundlagen v.a. in Bezug auf nichtinfektiöse, infektiöse, toxische und neoplastische sowie auf allergische, metabolische, ernährungsabhängige und degenerative Erkrankungen, inklusive deren Besonderheiten im höheren Lebensalter, die Grundlagen der Tumorthherapie und der Schmerzbehandlung von Tumorpatienten, die Begleitung palliativmedizinisch zu versorgender Patienten, geriatrische Syndrome und Krankheitsfolgen im Alter, psychogene Symptome, somatopsychische Reaktionen und psychosoziale Zusammenhänge, ernährungsbedingte Gesundheitsstörungen einschließlich diätetischer Behandlung, die Überwachung physikalischer Therapiemaßnahmen, die Arzneimitteltherapie, deren Interaktionen und Nebenwirkungen, insbesondere bei geriatrischen Patienten, die Früherkennung von Gesundheitsstörungen und häuslichen Gefahrenpotentialen (z. B. Sturzprophylaxe), die Wundpflege, Wundversorgung und Behandlung von Dekubitus und auf die Grundlagen der Vorsorge- und Früherkennungsmaßnahmen sowie insbesondere die Grundlagen der Diabetikerbehandlung einschließlich strukturierter Schulungen, der Elektrokardiografie, des Langzeit-EKGs, der Langzeitblutdruckmessung, der Infusionsbehandlung und der enteralen und parenteralen Ernährung.

Unter der Fortbildung „Kommunikation/Dokumentation“ (mindestens 25 Stunden) wird die Wahrnehmung und Motivation von Patienten, die Kommunikation und Gesprächsführung mit Patienten, die Patienteninformation und -edukation, die Kommunikation mit Angehörigen, die Medizinische Dokumentation und die Kommunikation mit dem Arzt subsumiert.

In der praktischen Fortbildung soll der nicht-ärztliche Mitarbeiter zur Anwendung des theoretisch Erlernten befähigt werden, indem er den Arzt bei Hausbesuchen oder Besuchen in Alten- oder Pflegeheimen oder in anderen beschützenden Einrichtungen begleitet und unter Aufsicht des Arztes diese bei Patienten mit unterschiedlichen Erkrankungen übernimmt.

Die Fortbildung Notfallmanagement (mindestens 20 Stunden) soll insbesondere auf Notfälle in der Häuslichkeit sowie in Alten-/Pflegeheimen vorbereiten und ist alle drei Jahre zu wiederholen. Er vermittelt Kenntnisse über Vitalparameter und deren Bedeutung, Bewusstseinsgrade, das Vorgehen bei Bewusstlosigkeit, Herz- und Atemstillstand, Notfallstressmanagement (Selbstkunde, Umgang mit Patienten und Ange-

hörigen), Notfallkunde (Wunden, internistische Notfälle, Traumatologie, Schädelhirntrauma, Medikamente, Schock), Lagerungsarten, Kenntnisse des Rettungsdienstes und einen praktischer Teil mit Übungen am Phantom. Die Zusatzqualifikation muss durch erfolgreiche Teilnahme an einer schriftlichen Lernerfolgskontrolle nachgewiesen werden.

Das in § 5 Abs. 1 Delegations-Vereinbarung geregelte Aufgabenprofil des Mitarbeiters umfasst Ausführungen von durch den Arzt angeordneten Hilfeleistungen, soweit diese an den nicht-ärztlichen Praxisassistenten delegierbar sind, standardisierte Dokumentation der Patientenbeobachtung einschließlich standardisierter Erfassung der verschriebenen und der selbst erworbenen freiverkäuflichen Medikamente und des Einnahmeverhaltens mit dem Ziel der Verbesserung der Patientencompliance, Ermittlung von kognitiven, physischen, psychischen und sozialen Fähigkeiten, Ressourcen und Defiziten von Patienten mit Hilfe standardisierter Tests (z. B. Durchführung von Uhrentests, von Timed up- and go-Test, Esslinger Sturzrisikoassessment), Testverfahren bei Demenzverdacht; Erfassung von Hirnleistungsstörungen mittels standardisierter Testverfahren bei Patienten mit Demenzverdacht (Durchführung von DemTect - Test, Test zur Früherkennung von Demenzen mit Depressionsabgrenzung (TFDD), Syndrom Kurztest (SKT), Mini-Mental- Status-Tests (MMST), Patientenschulungen, das Anlegen einer Langzeit-Blutdruckmessung, das Anlegen der Elektroden für die Aufzeichnung eines Langzeit-EKG, die Bestimmung von Laborparametern vor Ort (z. B. Glucose, Gerinnung) und die arztunterstützende Abstimmung mit Leistungserbringern. Dem Arzt obliegt die Anleitungs- und Überwachungspflicht. Gemäß § 5 Abs. 2 GBA-Richtlinie müssen die Leistungen durch den Vertragsarzt im Einzelfall in Bezug auf den Patienten angeordnet werden, nachdem er ihn zuvor bezüglich derselben Erkrankung selbst besucht oder in seiner Praxis gesehen und eingehend untersucht hat. Parallel zur bereits geführten Diskussion zur Anwendung der Substitutionsrichtlinien<sup>375</sup>, muss die Regelung für einen PA mit vorausgegangener Krankenpflegerausbildung erst Recht Anwendung finden. In Ermangelung eines einheitlichen Ausbildungskonzeptes<sup>376</sup> kann dieser erst-Recht-Schluss nicht auf PAs ohne Krankenpflegerausbildung transferiert werden .

---

<sup>375</sup> Siehe Arbeitsteilung mit dem PA- Im Rahmen der Substitution.

<sup>376</sup> Siehe Tabelle 3.

Fraglich ist, ob nach teleologischer Auslegung der Regelung, diese auch auf den PA ohne Krankenpflegerausbildung anwendbar ist. Der Gesetzgeber hat in der Vereinbarung das Erfordernis eines qualifizierten Berufsabschlusses zum Medizinischen Fachangestellten/Arzthelfer/Kranke-/Altenpfleger aufgestellt, ohne den PA mit aufzuführen. Da es sich um eine Aufgabenübertragung im Rahmen der Delegation handelt und neben der Berufsqualifikation das Erfordernis von Zusatzqualifikationen aufgestellt wurde, ist davon auszugehen, dass die Regelung darauf abzielt, einen medizinischen Standard bei der häuslichen Betreuung aufrechtzuerhalten und nicht, diese nur auf einzelne Berufe zu reduzieren.

Wie bereits im oberen Abschnitt diskutiert<sup>377</sup>, weist ein durchschnittlicher PA ein breiteres medizinisches Fundament als ein durchschnittlicher MFA auf. Auch dieser kann durch Absolvieren der Zusatzqualifikationen die vom Gesetzgeber vorgeschriebenen Grundlagen einer hausärztlichen Versorgung erlangen. Somit ist nach Sinn und Zweck der Vorschrift davon auszugehen, dass diese auch für PAs ohne Pflegeausbildung Anwendung finden sollte.

## **b) Im Ländervergleich**

PAs werden in England und den USA<sup>378</sup> bereits verbreitet für Hausbesuche eingesetzt. Auch in den Niederlanden kommen sie bei Hausbesuchen zum Einsatz.

## **c) Kompetenzerweiterung**

Die Ausgestaltung der Richtlinie zur Delegation von Hausbesuchen verdeutlicht den erhöhten Bedarf an Möglichkeiten zur Entlastung der zur hausärztlichen Versorgung verpflichteter Mediziner.

Erste ausländische Studien zeigten bereits einen positiven Einfluss von PA-Hausbesuchen auf die Patientengesundheit.<sup>379</sup>

---

<sup>377</sup> Siehe: Aufklärung- Status quo.

<sup>378</sup> Z.B. <http://www.physicianshomevisit.com/index.php> (Stand: 2.1.2017).

<sup>379</sup> *Nabagiez J.P., Shariff M.A., Khan M.A., Molloy W.J., Mc Ginn J.T.*, Physician assistant home visit program to reduce hospital readmissions, *J Thorac Cardiovasc Surg.* (2013), 145:225-233 (226).

Die Besonderheit bei der Versorgung in der Umgebung des Patienten ist, dass der nicht-ärztliche Mitarbeiter nicht, wie sonst bei der Delegation erforderlich, auf den körperlich anwesenden Arzt in Rufbereitschaft zurückgreifen kann.

Unterstützend kann sich der PA jedoch technischer Mittel bedienen, um telefonisch vor Ort dem Arzt in unklaren Situationen Bericht zu erstatten und ihm, ggf. über eine live- Übertragung oder durch das Versenden von Bildern und Untersuchungsbefunden, einen aktuellen Eindruck von dem Patienten zu vermitteln. Durch die Möglichkeiten der Telemedizin<sup>380</sup> kann der PA mit einem Arzt sowohl hinsichtlich der Diagnose, als auch einer ggf. erforderlichen Indikation Rücksprache halten.

Zur Hausarztunterstützung wurde von 2005 bis 2008 das sog. „AGnES-Projekt“ (Arztentlastende, Gemeindenahe, E-Health-gestützte, Systemische Intervention) eingeführt, bei dem Hausärzte die Besuche an qualifizierte nicht-ärztliche Mitarbeiter delegieren durften<sup>381</sup>.

Diese konnten die während der Hausbesuche erhobenen Daten unmittelbar zu Hause bei den Patienten in einen Tablet-PC eingeben. Die verschlüsselten Daten wurden über eine gesicherte Internet-Verbindung in das Institut für Community Medicine gesendet und dort auf Vollständigkeit und Plausibilität geprüft. Die Auswertung von 8386 delegierten Hausbesuchen ergab, dass ca. 50 % der Tätigkeiten im Rahmen des Hausbesuches die Erfassung diagnostischer Parameter ausmachte, während 35 % die Beurteilung des physischen und psychischen Patientenzustandes mit Symptombdokumentation und die Beratung betraf. Die restlichen Tätigkeiten umfassten medizinische Aufgaben, wie z.B. die Blutentnahme, Injektionen und Wundbehandlungen. 38 der 42 teilnehmenden Hausärzte beurteilten das Projekt als Entlastung für ihre berufliche Tätigkeit.<sup>382</sup>

---

<sup>380</sup> Siehe unter Eigene Beurteilung- eingeschränkte Substitution.

<sup>381</sup> Van den Berg N., Meinke C., Heymann R., Fiß T, Suckert E., Pöller C., Dreier A., Rogalski H., Karopka T., Oppermann R., Hoffmann W., AGnES: Hausarztunterstützung durch qualifizierte Praxismitarbeiter; Evaluation der Modellprojekte: Qualität und Akzeptanz, Deutsches Ärzteblatt, Jg. 10, Heft 1–2, 5. Januar 2009, S.3-9 (3).

<sup>382</sup> Van den Berg N., Meinke C., Heymann R., Fiß T, Suckert E., Pöller C., Dreier A., Rogalski H., Karopka T., Oppermann R., Hoffmann W., AGnES: Hausarztunterstützung durch qualifizierte Praxismitarbeiter; Evaluation der Modellprojekte: Qualität und Akzeptanz, Deutsches Ärzteblatt, Jg. 10, Heft 1–2, 5. Januar 2009, S.3 (6,7).

629 der 667 Patienten (94,3 %) konnten sich eine weitere Betreuung durch das nicht-ärztliche Personal vorstellen, sodass der Hausarzt nur noch bei dringendem medizinischem Bedarf Hausbesuche abstattet.<sup>383</sup>

Auf Grund der positiven Ergebnisse des Projektes wurde diese Versorgungsform durch die Gesetzgeber in einzelnen Bundesländern in die Regelversorgung überführt. Mit Auslaufen des Modelles wurde die sog. "AGnES-Fachkraft" in Brandenburg seit dem 1. April 2009 in den „nicht-ärztliche Praxisassistent/in“ umgewandelt, dessen Rolle bereits im oberen Teil der Arbeit erläutert wurde.<sup>384</sup>

Durch eine Weiterentwicklung der technischen Möglichkeiten bei gleichzeitig zu erwartender Abnahme der ärztlichen Versorgungssituation, insbesondere im ländlichen Bereich, mit Zunahme der höheren Altersstufen wird die Telemedizin beim Einsatz nicht-ärztlicher Mitarbeiter eine essentielle Bedeutung zur Entlastung des sich zuspitzenden Betreuungsdefizites erlangen.

Der PA sollte mit seiner vertieften medizinischen Ausbildung in das System der Telemedizin integriert werden. Er sollte Patienten in ihrer häuslichen Umgebung aufsuchen und dort sowohl therapeutische, als auch diagnostische Maßnahmen vornehmen dürfen, zu denen er auch im Krankenhausalltag befähigt ist.

Eine Reduktion der übertragbaren Hausbesuche auf Patienten der oberen Altersschichten oder mit chronischen Erkrankungen ist abzulehnen. Insbesondere akut erkrankte und jüngere Patienten, bei denen lediglich eine Überprüfung des Therapieanschlages erforderlich ist (z.B. nach Antibiose bei Pneumonie), sollten nicht ausgeschlossen werden.

Unter Berücksichtigung der Ergebnisse der AGnES-Studie zeigte sich eine hohe Akzeptanz sowohl auf Seiten der Ärzte, als auch der Patienten für eine Delegation an nicht-ärztliche Mitarbeiter. Auch eine eingeschränkte Substitution von Hausbesuchen

---

<sup>383</sup> Van den Berg N., Meinke C., Heymann R., Fiß T, Suckert E., Pöller C., Dreier A., Rogalski H., Karopka T., Oppermann R., Hoffmann W., AGnES: Hausarztunterstützung durch qualifizierte Praxismitarbeiter; Evaluation der Modellprojekte: Qualität und Akzeptanz, Deutsches Ärzteblatt, Jg. 10, Heft 1–2, 5. Januar 2009, S.3 (7).

<sup>384</sup> „Vereinbarung über die Erbringung ärztlich angeordneter Hilfeleistungen in der Häuslichkeit der Patienten, in Alten- oder Pflegeheimen oder in anderen beschützenden Einrichtungen gem. § 87 Abs. 2b Satz 5 SGB V oder in hausärztlichen Praxen“, Anlage 24 BMV-Ä: Delegations-Vereinbarung, 2009 in Kraft getreten.

ist durch die Möglichkeiten der Telemedizin eine sinnvolle Maßnahme insbesondere für die Betreuung chronisch erkrankter Patienten im ländlichen Bereich.

Im Gegensatz zu den Voraussetzungen des nicht-ärztlichen Praxisassistenten<sup>385</sup> ergeben sich bessere und weniger diskriminierende Auswahlkriterien aus Krankheitsbild und der Qualifikation des PA.

Zur Sicherung der Behandlungsqualität muss es sich daher um ein dem PA vertrautes Krankheitsbild handeln. Außerdem muss der Patient sowohl dem zuständigen Arzt, als auch dem Physician Assistant vorbekannt sein. Die Leistungen müssen durch den Vertragsarzt im Einzelfall in Bezug auf den Patienten angeordnet werden, sodass die Therapieplanung weiterhin beim Arzt verbleibt. Um bei Rückfragen durch den PA diesen unterstützen und anweisen zu können, muss der Patient mindestens einmal innerhalb der letzten drei Monate durch den Arzt auf Grund desselben Krankheitsbildes visitiert worden sein.

Des Weiteren muss während des Hausbesuches eine jederzeitige Kontaktaufnahme über Fernkommunikationsmedien mit dem Arzt möglich sein. Dieses Erfordernis fungiert als Äquivalent zu der im Krankenhaus für eine zulässige Delegation grundsätzlich geforderten Rufnähe, sodass der PA unter Verwendung von Telemedizin gleichermaßen auf den Arzt zurückgreifen und bei akutem Bedarf diesen oder einen Notarzt hinzurufen kann.

Entsprechendes gilt für Heimbefuche. Ebenfalls zu hinterfragen ist das Erfordernis von Zusatzqualifikationen für den PA, um Hausbesuche durchführen zu dürfen. Erste Hilfe- und Notfallmaßnahmen sind im PA-Curriculum bereits enthalten, sodass eine erneute Unterrichtung nicht erforderlich ist.

Die speziell auf die Betreuung älterer Menschen (z.B. Sturzprophylaxe, Mini Mental Test) ausgelegten Fortbildungsinhalte sind in der Regelung insbesondere dadurch zu erklären, dass die Norm v.a. für über 65 Jährige angelegt ist. Ohne dieses Auswahlkriterium ist diese Schwerpunktsetzung jedoch nicht sinnvoll und zu einseitig, sodass hiervon Abstand zu nehmen ist.

Der PA ist durch seine Ausbildung gut auf die Betreuung verschiedener Krankheitsbilder in unterschiedlichen Altersklassen vorbereitet. Durch die sowohl sprachlichen, als auch bildlichen Möglichkeiten zur Telekommunikation kann er jederzeit mit dem

---

<sup>385</sup> Siehe unter Hausbesuche- Status quo.

Arzt Rücksprache halten, der, wie auch im klinischen Alltag, weiterhin die Behandlung koordiniert.

## **8. Dokumentation**

### **a) Status quo**

Nach dem Beispielkatalog delegierbarer Leistungen des BMV-Ä ist vorgesehen, dass administrative Tätigkeiten, wie z.B. die Datenerfassung und Dokumentation von Untersuchungsergebnissen und Therapieerfolgen sowie die Unterstützung des Arztes bei der Erstellung von schriftlichen Mitteilungen und Gutachten an MFAs, Schreib- und Bürokräfte delegiert werden können. Gemäß § 10 Abs. 1 MBO- Ä müssen Ärzte über die in Ausübung ihre Berufes gemachten Feststellungen und getroffenen Maßnahmen die erforderlichen Aufzeichnungen machen.

### **b) Ländervergleich**

Auch in den USA, den Niederlanden und England ist eine Dokumentation der durch den PA vorgenommenen Tätigkeiten vorgesehen. Hierzu zählt u.a. auch die Niederschrift von Untersuchungsergebnissen und Therapieerfolgen.

### **c) Kompetenzerweiterung**

Wie in allen anderen medizinischen Bereichen, sollte auch bei Einsatz des PA gelten, dass dieser für die Dokumentation aller durch ihn erhobenen Daten und durchgeführten Tätigkeiten verantwortlich ist. Somit sollte die Erfassung von Untersuchungsergebnissen und Therapieerfolgen auch für den PA unproblematisch möglich sein, bzw. zu seinem Aufgabenbereich zählen, sodass weder Delegation noch Substitution erforderlich sind.

Fraglich ist, ob auch durch andere Personen, z.B. durch Ärzte, erhobene Ergebnisse zur Dokumentation an PAs delegiert werden könnten.

Dagegen spricht, dass die Dokumentation sowohl zum Schutz des Patienten<sup>386</sup>, als auch zur Absicherung des Durchführenden<sup>387</sup> gerade durch den Handelnden erfolgen muss, da nur er die Situation korrekt wiedergeben und sein Handeln begründen kann. Als Hauptzweck der Dokumentation wird der therapeutische Nutzen zur Erzeugung einer einheitlichen, aufeinander abgestimmten Handlungskette, die einen reibungslosen Übergang in zeitlicher (bei längeren Behandlungspausen) und personaler Hinsicht (bei einem Wechsel des behandelnden Arztes) ermöglicht, herangezogen.<sup>388</sup> Die einfache Übertragung von Laborwerten oder anderen maschinellen Diagnoseergebnissen (z.B. Befund aus der Mikrobiologie) in die Gesundheitsakte ist unabhängig von der Person des Durchführenden und kann unproblematisch auch durch PAs vorgenommen werden.

Bei der Unterstützung des Arztes bei der Erstellung von schriftlichen Mitteilungen und Gutachten im Rahmen der Delegation kann ebenfalls der PA eingesetzt werden, da weiterhin der Gutachter die Hauptverantwortung für das Geschriebene übernimmt und der PA lediglich supportiv Informationen vorbereiten würde.

Fraglich ist, ob die Erstellung von Gutachten durch den PA auch im Rahmen der eingeschränkten Substitution sinnvoll wäre. Das medizinische Sachverständigen Gutachten erfordert die persönliche Auswertung der Krankenunterlagen und eine eigene Untersuchung des Patienten durch den Sachverständigen.<sup>389</sup>

Somit ist die eingeschränkte Substitution eines Gutachtens auf den PA nicht möglich.

---

<sup>386</sup> OLG Köln NJW-RR 2000, 1267 (1268): Ein Dekubitus IV. Grades lässt auf grobe Pflegeängel schließen und kann nicht durch die pauschale Aussage exkulpiert werden, der Patient sei häufiger gepflegt worden, als dies den Pflegeberichten zu entnehmen ist.

<sup>387</sup> BGH NJW 2015, 411 (413): Durch das Fehlen der Dokumentation einer aufzeichnungspflichtigen Maßnahme führt zu der Vermutung, dass die Maßnahme unterblieben ist und entfällt nicht dadurch, dass die fehlerhafte Dokumentation der Praxis entspricht oder, dass sie insgesamt lückenhaft ist; BGH NJW 1978, 2337(2338): Beweiserleichterung für den Patienten bei unzulänglicher ärztlicher Dokumentation.

<sup>388</sup> OLG Düsseldorf VersR 1995, 339 (340).

<sup>389</sup> Bergmann/Pauge/Steinmeyer, Gesamtes Medizinrecht, § 407 a, Rn. 2.



## **9. Medikamentenverschreibung**

### **a) Status quo**

Gemäß § 1 AMVV dürfen verschreibungspflichtige Arzneimittel nur nach ärztlicher, zahnärztlicher oder tierärztlicher Verschreibung abgegeben werden. Die Arzneimittelverschreibung ist nach dem Bundesmantelvertrag für Ärzte<sup>390</sup> eine höchstpersönliche ärztliche Tätigkeit. Somit ist es anderen Berufsgruppen, wie auch den PAs nicht gestattet, Medikamente zu verschreiben.

### **b) Ländervergleich**

Sowohl in den USA, als auch in den Niederlanden ist es dem PA gestattet, Medikamente zu verschreiben. In England hingegen ist dieses Recht nicht den PAs vorbehalten.

### **c) Kompetenzerweiterung**

Diskussionsbedürftig ist, ob die Verschreibung von Medikamenten für PAs ermöglicht werden sollte.

Im Rahmen der eingeschränkten Substitution würde dies eine Änderung der AMVV voraussetzen. Bei der Substitution würde die Entscheidungskompetenz auf den PA übergehen. Aus einer 2014 publizierten Studie zum britischen PA-System ergab sich, dass 82 % der befragten ärztlichen Supervisors beklagten, dass PAs keine Rezepte signieren dürfen.<sup>391</sup>

Diese weitreichende Kompetenzübertragung ist nur dann zu befürworten, wenn eine zuvor erteilte ärztliche Diagnose und Indikation vorliegen. Insbesondere die Verschreibung von Arzneimitteln erfordert ein breites medizinisches Fundament, um Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten oder einen möglichen Einfluss vorbestehender Komorbiditäten bei der Medikamentenauswahl zu berücksichtigen. Durch

---

<sup>390</sup> § 29 I Bundesmantelvertrag – Ärzte, Stand 1.1.2016.

<sup>391</sup> *Williams L., Ritsema T.*, Satisfaction of doctors with the role of physician associates, *Clinical Medicine* 2014 Vol 14, No 2: 113-16.

die Auswahl der Medikamente wird auch der Behandlungsplan wiedergespiegelt, der ein zentrales Element der ärztlichen Tätigkeit darstellt.

Insbesondere für den Einsatz des oben beschriebenen Praxisassistenten<sup>392</sup> der Hausbesuche vornehmen kann, stellt die eingeschränkte Substitution eine signifikante Erweiterung des Kompetenzspektrums dar. Gegebenenfalls wäre in diesem Zusammenhang eine Lockerung der vorgelagerten ärztlichen Diagnose und Indikation sinnvoll, durch die der Arzt nicht in jedem Einzelfall dem PA gegenüber die Erkrankung diagnostizieren und das erforderliche Medikament indizieren muss, sondern, dass es ausreicht, wenn bei chronischen Erkrankungen (z.B. Rheumatoide Arthritis) die Diagnose und Indikation durch den Arzt in regelmäßigen Abständen überprüft und bestätigt werden.

---

<sup>392</sup> Siehe unter Hausbesuche- Status quo.

### C. Vorschlag eines einheitlichen Gesetzesentwurfes

Gemäß Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 GG handelt es sich bei der Zulassung zu ärztlichen und anderen Heilberufen sowie zum Heilgewerbe um eine Zugehörigkeit zur konkurrierenden Gesetzgebung, sodass die einzelnen Bundesländer diese Problematik landesrechtlich normieren, bis der Bund eine bundeseinheitliche Regelung vornimmt (Art. 72 Abs. 1 GG).

Dem Wortlaut ist zu entnehmen, dass es sich um eine Regelung zur Zulassung zu den jeweiligen Berufen handelt. Igl zählt hierunter auch den Nachweis der Zulassungsvoraussetzungen, das Prüfungswesen sowie in Teilen das Ausbildungswesen<sup>393</sup>. Das BVerfG urteilte 2003, dass auch die Festlegung von Mindeststandards für die Schulen und die Qualifikation der Lehrkräfte unverzichtbarer Bestandteil des Bundesgesetzes seien, damit das Ziel der Vereinheitlichung, eine Erhöhung der Qualifikationen, erreicht werden kann.<sup>394</sup>

Zu prüfen ist, ob der PA-Beruf den Heilberufen oder dem Heilgewerbe zugeordnet werden kann.

Eine Legaldefinition der Heilberufe oder des Heilgewerbes existiert nicht. Das BVerfG legt in seiner Entscheidung aus dem Jahr 2003 fest, dass die zu Zeiten der Gesetzgebung alleine vorliegende Definition von "Heilkunde" des Heilpraktikergesetzes für die Auslegung der Begrifflichkeiten in Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 GG herangezogen werden kann.<sup>395</sup>

Entsprechend der im oberen Teil der Arbeit aufgeführten Angaben zum Heilkundebe-  
griff<sup>396</sup> ist eine weite Auslegung geboten, um dem Sinn und Zweck der Vorschrift zu entsprechen und die Bevölkerung vor unsachgemäßer medizinischer Tätigkeit durch Nicht-Ärzte zu schützen.

Die PA-Ausbildung ist darauf ausgelegt, den Arzt bei seiner medizinischen Tätigkeit zu unterstützen und, soweit es dem Kompetenzbereich des PA entspricht, selbständig medizinische Aufgaben wahrzunehmen. Dem PA werden sowohl diagnostische, als auch therapeutische Aufgaben übertragen, um Leiden und Körperschäden festzustellen, zu lindern und wenn möglich auch zu heilen. Somit handelt es sich bei der Tätig-

---

<sup>393</sup> Igl/Welti, Gesundheitsrecht, 4. Kap. § 13, Rn. 156.

<sup>394</sup> BVerfG NJW 2003, 41 (49).

<sup>395</sup> BVerfG, NJW 2003, 41 (42).

<sup>396</sup> Siehe Bedeutung-Problematik der Substitution im Rahmen des Heilpraktikergesetzes.

keit eines PA um die Durchführung von Heilkunde. Diese ist dem Heilgewerbe zuzuordnen<sup>397</sup>, sodass der Beruf des PA unter die Heilberufe zu subsumieren ist. Folglich findet Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 GG Anwendung und die konkurrierende Gesetzgebung ist einschlägig.

Mit der einschlägigen, im Gesetzesblatt für Baden-Württemberg<sup>398</sup> veröffentlichten Verordnung wurde im Rahmen des Landesrechts die Ausbildung zum PA als Bachelor-Studiengang staatlich anerkannt. Eine entsprechende bundeseinheitliche Regelung für alle Bundesländer fehlt jedoch.

Entscheidend für die rechtliche Gestaltung ist die Einstufung der PA-Ausbildung, als Weiterbildung, als Ausbildungsberuf oder als Studium.

Wird die PA-Ausbildung als Weiterbildung eines Alten-/Krankenpflegeberufes ausgestaltet, hat dies zur Konsequenz, dass die auf §§ 73 und 104 b GuKG basierende Verordnung der Bundesministerin für Gesundheit und Frauen über Weiterbildungen für Gesundheits- und Krankenpflegeberufe Anwendung findet.

Zu erörtern ist daher, ob die PA-Ausbildung als neuer Ausbildungsberuf oder als Weiterbildung zu klassifizieren ist.

Wie bereits im oberen Teil der Arbeit diskutiert<sup>399</sup>, sollte die PA-Ausbildung auch ohne vorherigen Abschluss einer Kranken-/Altenpflegeausbildung begonnen werden können. Hierfür stellt die Weiterbildungsverordnung Baden-Württemberg keine Rechtsgrundlage dar.

Problematisch ist des Weiteren, ob eine Ausgestaltung als Studium oder als Ausbildung zu bevorzugen ist.

Gemäß § 4 Abs. 1 BBiG darf das Gesundheitsministerium als Grundlage für eine geordnete und einheitliche Berufsausbildung im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Bildung und Forschung durch Rechtsverordnung, die nicht der Zustimmung des Bundesrates bedarf, Ausbildungsberufe staatlich anerkennen und hierfür Ausbil-

---

<sup>397</sup> Siehe Bedeutung-Problematik der Substitution im Rahmen des Heilpraktikergesetzes.

<sup>398</sup> Ausgabe 2013, Nr. 9, S. 158 – 162.

<sup>399</sup> Siehe Arbeitsteilung mit dem PA-Zulassungsvoraussetzungen, Studieninhalte.

dungsordnungen nach § 5 erlassen. Dies hat zur Konsequenz, dass gemäß § 4 Abs. 1 BBiG das Gesundheitsministerium eine einheitliche Ausbildungsordnungen nach § 5 BBiG erlassen darf. Diese muss nach § 5 Abs. 1 BBiG die Bezeichnung des Ausbildungsberufes, der anerkannt wird, die Ausbildungsdauer, die zwischen 2-3 Jahren liegen soll, die beruflichen Fertigkeiten, Kenntnisse und Fähigkeiten, die mindestens Gegenstand der Berufsausbildung sind (Ausbildungsberufsbild), eine Anleitung zur sachlichen und zeitlichen Gliederung der Vermittlung der beruflichen Fertigkeiten, Kenntnisse und Fähigkeiten (Ausbildungsrahmenplan), und die Prüfungsanforderungen enthalten.

Fakultativ kann die Ausbildungsordnung gemäß § 5 Abs. 2 BBiG vorsehen, dass die Berufsausbildung in sachlich und zeitlich besonders gegliederten, aufeinander aufbauenden Stufen erfolgt.

Nach den einzelnen Stufen soll ein Ausbildungsabschluss vorgesehen werden, der sowohl zu einer qualifizierten beruflichen Tätigkeit im Sinne des § 1 Abs. 3 befähigt, als auch die Fortsetzung der Berufsausbildung in weiteren Stufen ermöglicht (Stufenausbildung). Außerdem sollte die Abschlussprüfung in zwei zeitlich separaten Teilen durchgeführt werden, sodass, abweichend von § 4 Abs. 4, die Berufsausbildung in diesem Ausbildungsberuf unter Anrechnung der bereits zurückgelegten Ausbildungszeit fortgesetzt werden kann, wenn die Vertragsparteien dies vereinbaren. Auf die durch die Ausbildungsordnung geregelte Berufsausbildung sollte eine andere, einschlägige Berufsausbildung unter Berücksichtigung der hierbei erworbenen beruflichen Fertigkeiten, Kenntnisse und Fähigkeiten angerechnet werden können. Zusätzlich sollten über das Ausbildungsberufsbild hinaus berufliche Fertigkeiten, Kenntnisse und Fähigkeiten vermittelt werden können, welche die berufliche Handlungsfähigkeit ergänzen oder erweitern. Auch sollten Teile der Berufsausbildung in geeigneten Einrichtungen außerhalb der Ausbildungsstätte durchgeführt werden, wenn und soweit es die Berufsausbildung erfordert (überbetriebliche Berufsausbildung), dass Auszubildende einen schriftlichen Ausbildungsnachweis zu führen haben.

Gemäß § 19 Abs. 1 des Hochschulrahmengesetzes dürfen Hochschulen Studiengänge einrichten, die zu einem Bachelor- oder Bakkalaureusgrad und zu einem Master- oder Magistergrad führen. Unter Hochschulen sind nach § 1 HRG die Universitäten, die Fachhochschulen und die sonstigen Einrichtungen des Bildungswesens, die nach Landesrecht staatliche Hochschulen sind, sowie die staatlich anerkannten Hochschu-

len zu subsumieren. Nach Absatz 2 kann die Hochschule auf Grund von Prüfungen, mit denen ein erster berufsqualifizierender Abschluss erworben wird, einen Bachelor- oder Bakkalaureusgrad verleihen. Die Regelstudienzeit beträgt dabei mindestens drei und höchstens vier Jahre.

Gemäß § 19 Abs. 3 HRG kann innerhalb einer Regelstudienzeit von mindestens einem und höchstens zwei Jahren auf Grund von Prüfungen, mit denen ein weiterer berufsqualifizierender Abschluss erworben wird, durch die Hochschule ein Master- oder Magistergrad verliehen werden.

Sowohl die Weiterbildungsverordnung Baden-Württemberg<sup>400</sup>, als auch die einzelnen Normierungen der Hoch- bzw. Fachhochschulen konzipieren die PA-Ausbildung als Bachelorstudiengang mit einer Regelstudienzeit von 3-4 Jahren.<sup>401</sup>

Insgesamt ist das jetzige PA-Ausbildungsangebot einem Studium und nicht einer Ausbildung zuzuordnen.

Nur auf diese Weise ist eine Abgrenzung zu den Pflegeberufen möglich.

Auch die Studiendauer zwischen 3 bis 4 Jahren und der Bachelor Abschluss zeigen den Charakter eines Studiums. Des Weiteren handelt es sich bei den Anbietern um Hochschulen oder Fachhochschulen. Die Gestaltung als Bachelor-Studium hat zum Vorteil, dass ein länderübergreifender Abschlusstitel erworben werden kann und die Absolventen auch im Ausland arbeiten dürfen.

Die Zielsetzung des PA-Berufes ist, eine Zwischenstellung zwischen Pflegern und Ärzten einzunehmen. Die PA-Ausbildung soll dazu befähigen, der Heilkunde zuzuordnende Tätigkeiten selbstständig durchzuführen, wodurch die Ausbildung eher einem Medizinstudium anzunähern ist, als einer Pflegeausbildung. Die theoretische Ausbildung nimmt den dominierenden Anteil der PA-Ausbildung ein. Folglich ist eine Ausgestaltung der PA-Ausbildung als Bachelor-Studium zu präferieren.

Nach Angaben der deutschen Gesellschaft für PAs wird eine bundeseinheitliche Gesetzeslage zum PA bereits angestrebt.

Am 17.05.2014 wurde die Deutsche Hochschulkonferenz Physician Assistance in der Sitzung des Arbeitskreises zur Etablierung des Berufsbildes PA in Deutschland gegründet. Sie setzt sich aus Mitgliedern aller PA-ausbildenden Hochschulen, der Ver-

---

<sup>400</sup> Ausgabe 2013, Nr. 9, S. 158 – 162.

<sup>401</sup> Siehe Tabelle 3.

setzung der Ärztekammer, sowie der DGPA zusammen und verfolgt als gemeinsames Ziel die gesetzliche Etablierung des Berufsbildes PA in Deutschland und die dafür benötigte Erarbeitung einheitlicher Standards.<sup>402</sup>

Auf Grund der konkurrierenden Gesetzgebungskompetenz würde das Inkrafttreten einer solchen bundeseinheitlichen Regelung die von Baden-Württemberg erstellte Verordnung ersetzen, die ohnehin lediglich für eine der PA Hochschulen Anwendung findet.

Dieser Prozess kann auf Grund des umfassenden Regelungsinhaltes noch mehrere Jahre in Anspruch nehmen.

In Ermangelung einer einheitlichen Reglementierung werden momentan in den übrigen Bundesländern die Rahmenbedingungen für den PA-Einsatz durch das allgemeine Delegationsrecht bestimmt.<sup>403</sup>

Eine einheitliche Regelung des Berufsrechts für PAs ist jedoch unerlässlich, insbesondere, um eine Gefährdung der Patientensicherheit zu vermeiden. Die Ausschöpfung des großen Potentials der PAs zur Entlastung der angespannten Situation im Gesundheitswesen ist nur möglich, wenn Arbeitgebern ein einheitliches Berufskonzept mit vergleichbarem Kompetenzstandard präsentiert werden kann. Eine individuelle Regelung der einzelnen Bundesländer, wie dies bereits in Baden Württemberg vorgenommen wurde, birgt die Gefahr sich widersprechender Individuallösungen, sodass eine bundeseinheitliche Regelung zu bevorzugen ist.

Nachfolgend findet sich ein Gesetzesentwurf, der eine Zusammenstellung aus bisherigen im Ausland und in Deutschland gewonnenen Erfahrungen zum PA-Einsatz mit im oberen Teil der Arbeit gewonnenen Erkenntnissen zu Assistenz, Delegation und Substitution darstellt.

---

<sup>402</sup> Deutsche Gesellschaft Physician Assistants e.V.: <https://www.pa-deutschland.de/berufsbild>.

<sup>403</sup> Siehe Tabellen 3,4.

## **Gesetzesentwurf**

### **Die Ausbildung zum Arztvertreter**

#### *§ 1 Führen der Berufsbezeichnung*

- (1) Wer die Berufsbezeichnung Arztvertreter führen will, bedarf der Erlaubnis.
- (2) Arztvertreter, die Staatsangehörige eines Vertragsstaates des Europäischen Wirtschaftsraumes sind, führen die Berufsbezeichnung nach Absatz 1 Nummer 1 im Geltungsbereich dieses Gesetzes ohne Erlaubnis, sofern sie ihre Berufstätigkeit als vorübergehende und gelegentliche Dienstleistung im Sinne des Artikels 50 des EG-Vertrages im Geltungsbereich dieses Gesetzes ausüben. Sie unterliegen jedoch der Meldepflicht nach diesem Gesetz.
- (3) Arztvertreter, die Staatsangehörige eines Vertragsstaates des Europäischen Wirtschaftsraumes sind, führen die Berufsbezeichnungen nach Absatz 1 Nr. 2 im Geltungsbereich dieses Gesetzes ohne Erlaubnis, sofern sie ihre Berufstätigkeit als vorübergehende und gelegentliche Dienstleistung im Sinne des Artikels 50 des EG-Vertrages im Geltungsbereich dieses Gesetzes ausüben. Sie unterliegen jedoch der Meldepflicht und Nachprüfung nach diesem Gesetz.
- (4) Die Absätze 2 und 3 gelten entsprechend für Drittstaaten und Drittstaatsangehörige, soweit sich hinsichtlich der Diplomanerkennung nach dem Recht der Europäischen Gemeinschaften eine Gleichstellung ergibt.

#### *§ 2 Eingeschränkte Substitution*

Der Arztvertreter wird zur Ausübung von Heilkunde im Rahmen der eingeschränkten Substitution legitimiert. Es bedarf in jedem Fall einer vorgelagerten ärztlichen Diagnose und in Abhängigkeit vom Gefahrenpotential gegebenenfalls einer ärztlichen Indikationsstellung.

Der Gemeinsame Bundesausschuss legt gemeinsam mit der Bundesärztekammer und der Deutschen Gesellschaft für Arztvertreter in Richtlinien fest, bei welchen Tätigkeiten eine Übertragung von Heilkunde auf den Arztvertreter erfolgen kann und welche Tätigkeiten auf Grund ihres Gefahrenpotentials einer vorherigen ärztlichen Indikation bedürfen.



### *§ 3 Ziele und Schwerpunkte der Ausbildung*

(1) Die Ausbildung zum Arztvertreter an einer staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschule oder Fachhochschule dient der Befähigung zur Ausübung von Heilkunde und assoziierter organisatorischer Tätigkeiten. Sie soll theoretische und praktische Grundlagen in allen medizinischen Gebieten umfassen, die für eine umfassende gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung erforderlich sind sowie Grundlagen der Organisation in der medizinischen Versorgung. Der Arztvertreter soll mit entsprechender Einarbeitung in allen medizinischen Bereichen zum Einsatz kommen können. Sofern durch dieses Gesetz nichts anderes bestimmt wird, findet die medizinische Tätigkeit im Rahmen der Delegation bzw. der eingeschränkten Substitution statt.

(2) Die Ausbildung soll auf dem aktuellen Stand der Forschung und Wissenschaft erfolgen und insbesondere folgende Inhalte vermitteln:

1. Theoretische Grundlagen der medizinische Fachdisziplinen,
2. Praktische Basisfertigkeiten, die bei der medizinischen Versorgung erforderlich sind,
3. Rechtliche und ethische Grundlagen des Gesundheitswesens,
4. Basiswissen und -fertigkeiten zu organisatorischen Abläufen,
5. Grundlagen zu wissenschaftlichem Arbeiten,
6. Grundkenntnisse in Patientenkommunikation und Gesprächsführung.

### *§ 4 Ausbildungsstruktur und –dauer*

(1) Die Ausbildung zum Arztvertreter setzt sich sowohl aus praktischen, als auch aus theoretischen Anteilen zusammen. Das Vollzeitstudium nimmt eine Regelstudienzeit von 6 Semestern in Anspruch und schließt mit einer staatlichen Theorie- und Praxisprüfung ab.

(2) Im Einzelnen sind:

- ein Studium an einer Hochschule/Fachhochschule von 6 Semestern mit einer Mindestgesamtstudienzeit von 4200 Stunden,
- ein Erste-Hilfe-Kurs (2 Tage),
- ein Krankenpflegepraktikum von 3 Monaten,

- pro Semester eine Integration im klinischen Alltag von einem Tag pro Woche mit einer vorbereitenden klinischen Einführungsphase von je 2 Wochen,
- eine aus schriftlichen und mündlichen Anteilen bestehende Bachelorprüfung erforderlich.

### *§ 5 Aufnahmevoraussetzungen*

Als Aufnahmebedingung ist die allgemeine Hochschul-/ Fachhochschulreife erforderlich. Ein Pflegepraktikum von mindestens 120 Stunden ist nachzuweisen.

### *§ 6 Ausbildungsinhalte*

(1) Die theoretische Grundlagenvermittlung muss in den nachfolgenden Disziplinen erfolgen:

- naturwissenschaftliche Grundlagen in Biologie, Chemie und Physik
- medizinische Grundlagen in Anatomie, Physiologie und Pathologie des menschlichen Körpers mit körperlicher Untersuchung
- Grundlagen zur Hygiene und Mikrobiologie
- Grundlagen der Arzneimittelheilkunde und Toxikologie
- Grundlagen zur medizinischen Kommunikation und Gesprächsführung
- Basiswissen zu chirurgischen Erkrankungen, Diagnose- und Therapieverfahren
- Basiswissen zu internistischen Erkrankungen, Diagnose- und Therapieverfahren
- Grundlagen zu Urologie, Gynäkologie, Radiologie, Anästhesie, Dermatologie, Augenheilkunde, Neurologie, Psychiatrie, HNO
- vertiefende Lehrinhalte zu einem Wahlfach: Urologie, Gynäkologie, Radiologie, Anästhesie, Dermatologie, Augenheilkunde, Neurologie, Psychiatrie, HNO
- rechtliche und ethische Grundlagen
- Grundlagen in den organisatorischen Bereichen Abrechnung, Qualitätsmanagement, Dokumentation und Aufklärung

(2) Die praktische Ausbildung muss in den Bereichen Innere Medizin, Chirurgie sowie einem Wahlfach erfolgen. Sie hat

(a) unter Anleitung und in Zusammenarbeit mit einem Mentors zu erfolgen, der

- im 2. Semester ein zur Ausbildung befugter Gesundheits-/Krankenpfleger-/in,
- im 3. Semester ein in der Inneren Medizin tätiger Arzt,
- im 4. Semester ein in der Chirurgie tätiger Arzt,
- im 5. Semester ein niedergelassener Arzt und
- im 6. Semester ein Arzt in einem Wahlbereich sein muss und

(b) einen zeitlichen Umfang von einem Tag pro Woche mit jeweils 8 Arbeitsstunden aufzuweisen, der

(c) einer in den Semesterferien stattfindende Einarbeitungsphase von 2 Wochen vorausgeht und

(d) inhaltlich u.a.

- im 1. Semester aus einen Untersuchungskurs mit Anamneseerhebung, dem Erlernen venöser Blutentnahmen und dem Legen von Venenverweilkanülen,
- im 2. Semester aus der pflegerischen Patientenversorgung
- im 3. Semester aus der medizinischen Versorgung internistischer Patienten, einschließlich Anamneseerhebung, klinischer Untersuchung, Diagnostik und Therapie
- im 4. Semester aus der medizinischen Versorgung chirurgischer Patienten, einschließlich Anamneseerhebung, klinischer Untersuchung, Diagnostik und Therapie
- im 5. Semester aus der Zusammenarbeit mit einem niedergelassenen Arzt aus dem Bereich der Inneren Medizin oder der Chirurgie
- im 6. Semester aus dem Tätigwerden in einem medizinischen Wahlbereich

zu bestehen.

## § 7 Kompetenzen

(1) Die Ausbildung zum Arztvertreter soll entsprechend dem allgemein anerkannten Stand wissenschaftlicher, medizinischer und weiterer bezugswissenschaftlicher Erkenntnisse fachliche, personale, soziale und methodische Kompetenzen zur verantwortlichen Mitwirkung bei der medizinischen Versorgung der Bevölkerung vermitteln.

(2) Die Ausbildung zum Arztvertreter soll insbesondere dazu befähigen:

(a) im Allgemeinen:

- die Anamneseerhebung,
- die körperliche Untersuchung,
- die Anordnung und Auswertung diagnostischer Verfahren,
- die Therapieplanung und –durchführung,
- die Durchführung eines Aufklärungsgespräches,
- die Dokumentation

(b) im Speziellen:

invasive Tätigkeiten:

- die Durchführung von peripheren venösen Gefäßpunktionen
- die Durchführung von Injektionen intravenös, intramuskulär und subkutan
- das Einbringen und Entfernen einer venösen Verweilkanüle
- der Wundverschluss bei oberflächlicher Verletzung einschließlich einfacher Hautnähte und Injektion eines Lokalanästhetikums
- das Einbringen und Entfernen eines transurethralen Harnblasenkatheters
- das Einbringen und Entfernen einer Magensonde
- die Defibrillation mit einem automatisierten externen Defibrillatoren (AED)

(c) die Durchführung von Hausbesuchen, wenn

1. es sich um einen dem nach Nr.4 zuständigen Arzt und dem Arztvertreter vorbekannten Patienten handelt,
2. es sich um ein dem PA vertrautes Krankheitsbild handelt,
3. der Patient mindestens einmal innerhalb der letzten drei Monate durch den Arzt auf Grund desselben Krankheitsbildes visitiert wurde,
4. eine jederzeitige Kontaktaufnahme über Fernkommunikationsmedien in Bild und Ton mit dem Arzt möglich ist,
5. die Leistungen durch den Vertragsarzt im Einzelfall in Bezug auf den Patienten angeordnet und dokumentiert werden,
6. der Arztvertreter eine Dokumentation über Zustand des Patienten und durch ihn erfolgte Maßnahmen vornimmt, die dann an den zuständigen Arzt übermittelt werden.

(3) Die in Absatz 2 aufgeführten Kompetenzen sind dem Arztvertreter ausschließlich dann vorbehalten, wenn es sich um Tätigkeiten

1. begrenzter Komplexität,
2. des Routineablaufs,
3. mit überschaubarem Risiko

handelt.

(4) Der Einsatz des Arztvertreters im Rahmen der eingeschränkten Substitution, welche als eigenverantwortliches Tätigwerden nach vorgelagerter ärztlicher Diagnose und ggf. Indikation zu verstehen ist, findet auf Grundlage einer Ausarbeitung der zur eingeschränkten Substitution stehenden Tätigkeiten durch den gemeinsamen Bundesausschuss statt.

## § 8 Personelle und organisatorische Rahmenbedingungen

(1)

(a) Die Lehrkörper müssen über die im Landeshochschulgesetz (LHG) in der jeweils geltenden Fassung bestimmte Qualifikation verfügen.

(b) Zur praktischen Unterweisung befugte Bedienstete müssen die in § 65c Absatz 3 LHG in der jeweils geltenden Fassung genannten Qualifikationen erfüllen und über die zur Vermittlung der entsprechenden Kompetenzen notwendige Qualifikation verfügen.

(2) Grundlage für den Ablauf des Studiums sowie die Organisation des Studienbetriebs und der Prüfungen ist die Studien- und Prüfungsordnung der einzelnen Hochschulen.

## **D. Verfassungsrechtliche Erwägungen**

Im Folgenden erfolgt eine verfassungsrechtliche Prüfung des vorausgestellten Gesetzesentwurfes, insbesondere bezüglich des PA-Einsatzes im Rahmen der eingeschränkten Substitution.

### **I. Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG**

Die gesetzliche Einführung der eingeschränkten Substitution stellt keinen direkten Eingriff des Staates in Grundrechte der Bevölkerung dar. Vielmehr werden gesetzliche Rahmenbedingungen geschaffen, innerhalb derer eine Übertragung ärztlicher Aufgaben auf nicht-ärztliche Mitarbeiter stattfinden kann. Als Folge dieser Aufgabenumverteilung könnte eine Gefährdung der Gesundheitsversorgung durch Absenkung der Behandlungsqualität eintreten.

Zu prüfen ist daher eine aus Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG in Verbindung mit der Wertordnung der Grundrechte erwachsende Schutzpflichtverletzung durch Einführung des Gesetzesentwurfes.

#### **1. Bestehen einer allgemeinen Schutzpflicht**

“Das Grundrecht auf Leben und körperliche Unversehrtheit gewährt nicht nur ein subjektives Abwehrrecht gegen staatliche Eingriffe” sondern “stellt zugleich eine objektive Wertentscheidung der Verfassung dar, die staatliche Schutzpflichten begründet”.<sup>404</sup> Die Grundrechte bilden eine objektive Wertordnung<sup>405</sup> und haben zur Folge, dass den Staat Schutzpflichten zur Sicherung der grundrechtlichen Freiheiten treffen.<sup>406</sup> Das Ausmaß der staatlichen Schutzpflichten bestimmt sich einzelfallbezogen in Abhängigkeit von Art und Schwere der Beeinträchtigung.

---

<sup>404</sup> BVerfG Beschluss vom 26. Juli 2016.

<sup>405</sup> BVerfGE 7, 198 ff..

<sup>406</sup> BVerfGE 39, 1 (41 f.) „...gebietet dem Staat auch, sich schützend und fördernd vor diese Leben zu stellen, das heißt vor allem, es auch vor rechtswidrigen Eingriffen von seiten anderer zu bewahren.“

gung<sup>407</sup> sowie der Eintrittswahrscheinlichkeit<sup>408</sup> unter Berücksichtigung von Grundrechten Dritter.<sup>409</sup>

## **2. Bestehen einer Schutzpflicht aus Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG**

Den Staat könnte eine aus Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG erwachsende Schutzpflicht treffen, eine qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung in der Bevölkerung sicherzustellen.

Das Grundrecht umfasst den Schutz von Leben als die physische Existenz einer natürlichen Person<sup>410</sup> sowie die körperliche Unversehrtheit als deren physische und psychische Integrität.<sup>411</sup> Durch ein Absenken der Versorgungsqualität im Gesundheitssektor ist zumindest die körperliche Unversehrtheit betroffen.

Nach der momentanen Rechtslage stellt die Aufrechterhaltung des Facharztstandards einen Kernpfeiler des gesetzlich reglementierten Versorgungsniveaus und ein Indiz für dessen Gewährleistung dar. Er wird als das rechtliche Maß dessen, was in der ärztlichen Behandlung an Erwägungen und Maßstäben vom Arzt konkret zu erwarten ist, beschrieben.<sup>412</sup>

Der Facharztstandard ist nicht mit der Facharztqualifikation, sondern mit einem Arbeiten auf Facharzniveau gleichzusetzen.<sup>413</sup> § 630 a Abs. 2 BGB gibt vor, dass die Behandlung „nach den zum Zeitpunkt der Behandlung bestehenden, allgemein anerkannten fachlichen Standards“ zu erfolgen hat, soweit nicht etwas anderes vereinbart ist. Eine gesetzliche Bestimmung dieses Standards erfolgt jedoch nicht.

Der gebotene medizinische Standard wird nicht allein durch Richtlinien, Leitlinien oder Empfehlungen der zuständigen medizinischen Gesellschaft geprägt, sondern ebenfalls durch den Erkenntnisstand der medizinischen Wissenschaft

---

<sup>407</sup> BVerfGE 46, 160 (164).

<sup>408</sup> BVerfGE 48, 89 (142).

<sup>409</sup> BVerfGE 88, 203 (254).

<sup>410</sup> BVerfGE 115, 118; Auch des ungeborenen Lebens (BVerfG, NJW 1975, 573).

<sup>411</sup> BVerfG Beschluss des Zweiten Senats vom 23. März 2011, (Rn39).

<sup>412</sup> Geiß/*Greiner*, Arzthaftpflichtrecht, Kap. B, Rn. 2.

<sup>413</sup> Siehe unter Delegation-Voraussetzungen- Nicht-delegationsfähige Leistungen.



zur Zeit der Behandlung.<sup>414</sup> Dieser Standard unterliegt einem dem medizinischen Fortschritt geschuldeten häufigen Wandel<sup>415</sup> und muss ex ante beurteilt werden. Es muss sich um „bewährte ärztliche Behandlungsregeln oder gesicherte medizinische Erkenntnisse“ handeln.<sup>416</sup>

Grundsätzlich steht dem Gesetzgeber bei der Umsetzung seiner Schutzpflichten ein Einschätzungs-, Wertungs- und Gestaltungsspielraum zu.<sup>417</sup> Die Verletzung einer Schutzpflicht ist nur dann gegeben, „wenn Schutzvorkehrungen entweder überhaupt nicht getroffen sind, wenn die getroffenen Regelungen und Maßnahmen offensichtlich ungeeignet oder völlig unzulänglich sind, oder wenn sie erheblich hinter dem Schutzziel zurückbleiben“.<sup>418</sup>

Es besteht kein mit der objektiven Schutzpflicht des Staates korrelierendes subjektives Recht des Einzelnen auf eine bestimmte Regelungsvariante, sondern allenfalls auf, dem Untermaßverbot<sup>419</sup> entsprechende, organisatorische Grundvorkehrungen.

Ab wann konkret ein zum Einschreiten verpflichtender Abfall der Gesundheitsversorgung unter einen Mindeststandard vorliegt, ist im Einzelfall zu hinterfragen.

---

<sup>414</sup> BGH NJW 2003, 1862 (1863): Bei der rechtlichen Beurteilung des ärztlichen Handelns sei zwar grundsätzlich der medizinische Standard zum Zeitpunkt der Behandlung zu Grunde zu legen ist, jedoch sind neuere Entwicklungen in der Medizin auch nicht völlig unerheblich; BGH NJW 1991, 1535 (1537): Der medizinische Standard erfordert das regelmäßige Lesen einschlägiger Fachzeitschriften auf dem entsprechenden Gebiet; OLG Hamm NJW 2000, 1801 (1802): Die Richtlinien können diesen Erkenntnisstand der medizinischen Wissenschaft nur deklaratorisch wiedergeben, nicht aber konstitutiv begründen.

<sup>415</sup> BGH, NJW 2002, 2944 (2945); BGH NJW 1988, 763 (765): es gibt „personell und apparativ besser ausgestattete Kliniken“, der medizinische Fortschritt entwickelt sich zunächst in der Hand von Spezialisten und anfangs nur in wenigen Kliniken, bevor gesicherte medizinische Erkenntnisse und Erfahrungen die neuen Therapiemöglichkeiten zum medizinischen Standard werden lassen.

<sup>416</sup> BGH, NJW 2002, 2944 (2945).

<sup>417</sup> BVerfG Beschluss vom 26.7.2016.

<sup>418</sup> BVerfG Beschluss vom 26.7.2016, 1 BvL 8/15; BVerfG Beschluss vom 28.2.2002, 1 BvR 1676/01.

<sup>419</sup> BVerfGE 88, 203 (254).

Die Unterschreitung des Facharztstandards könnte eine Grenze der Mindestversorgung darstellen.<sup>420</sup>

Aus der staatlichen Schutzpflicht und dem Sozialstaatsprinzip ergibt sich das Recht jedes Bürgers auf ein funktionsfähiges Gesundheitssystem.<sup>421</sup>

Grundlage der Mindestversorgung bildet das Existenzminimum, auf dessen Gewährleistung jeder Bürger einen verfassungsrechtlich gewährten Anspruch innehat.<sup>422</sup> Dieser geht mit einem subjektiven Recht auf eine medizinische Minimalversorgung einher<sup>423</sup>, welche jedoch kein einheitliches Regelungskonzept findet.<sup>424</sup> Es wird unter anderem vertreten, die soziale Gleichheit als wesentliches Element einer Minimalversorgung zu betrachten, durch die eine Differenzierung der medizinischen Versorgung vermieden werden soll.<sup>425</sup> Eine andere Ansicht vertritt, ein Anspruch auf staatliche Hilfe bestehe erst, „wenn die Vorenthaltung lebensnotwendiger Güter zum Tode führen würde“.<sup>426</sup>

Anhand der Beispiele wird verdeutlicht, dass lediglich eine grundlegende Versorgung grundrechtlich abgesichert ist, wohingegen die Behandlung auf Facharztniveau keine verfassungsrechtliche Verankerung findet.

Durch den Mangel an Ärzten bei gleichzeitig zunehmender Morbidität in der Bevölkerung<sup>427</sup> ist eine Arbeitsentlastung für Ärzte zwingend erforderlich. Wie bereits beschrieben, kann der Zuwachs an Medizinern dem Anforderungszuwachs durch

---

<sup>420</sup> So *Abandor*, Univ.Diss., S. 32, *Spickhoff/Seibl*, MedR 2008, 463 (472).

<sup>421</sup> *Sachs/Murswiek*, GG-Kommentar, Art. 2, Rn. 255; *Oduncu*, MedR 2012, S. 359 (364).

<sup>422</sup> Dessen rechtlicher Ursprung beruht im Wesentlichen auf Art.1 Abs.1 GG iVm dem Sozialstaatsprinzip- BVerfGE 45, 187 (228).

<sup>423</sup> *Brech*, Triage und Recht, S. 186; *Epping/Hillgruber/Lang*, GG-Kommentar, Art. 2, Rn. 82; *Dreier/Schulze-Fielitz*, GG-Kommentar, Art. 2 Abs. 2 Rn. 96; Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer, Priorisierung medizinischer Leistungen im System der Gesetzlichen Krankenversicherung, S. 16.

<sup>424</sup> Überblick in Neumann: Das medizinische Existenzminimum (NZZ 2006, 393).

<sup>425</sup> *Neumann*, Der Grundrechtsschutz von Sozialleistungen in Zeiten der Finanznot, NZZ 1998, 401 (410).

<sup>426</sup> *Wolter/Taupitz*, Ressourcenknappheit in der Medizin, Einwirkungen der Grundrechte auf das Zivilrecht, Öffentliche Recht und Strafrecht, S. 113 (119).

<sup>427</sup> Siehe Demographischer Wandel.

den demographischen Wandel<sup>428</sup>, den medizinischen Fortschritt und ein im Schnitt abnehmendes pro Kopf Arbeitsaufkommen der Ärzte<sup>429</sup> nicht standhalten.

Dies hat weitreichende Konsequenzen für die zu erwartende Patientenversorgung.

Es ist mit zunehmenden Wartezeiten bei Fachärzten zu rechnen, durch die eine Verringerung von Therapieoptionen einzutreten droht.

Zunehmende Wartezeiten entstehen, wenn das Versorgungssystem den aktuellen Bedarf an medizinischen Behandlungen nicht bedienen kann. Sie sind auf die Rationierung von Gesundheitsleistungen zurückzuführen und stellen ein Indiz für die Versorgungsqualität von Gesundheitssystemen dar.<sup>430</sup>

Momentan stellt die Wartezeit im deutschen Gesundheitssystem noch kein Problem dar. Im globalen Ländervergleich weisen Deutschland und die Schweiz die geringsten Wartezeiten auf.<sup>431</sup> Bei Fortschreiten der bisherigen Entwicklung kann diese positive Ausgangssituation jedoch nicht erhalten werden.

Die zunehmende Arbeitsbelastung für Ärzte hat zur Folge, dass weniger Zeit für die Behandlung des einzelnen Patienten zur Verfügung steht. Hierdurch ist mit einer Zunahme an Behandlungsfehlern zu rechnen.<sup>432</sup>

Insbesondere in ländlichen Bereichen droht die Gefahr, eine optimale medizinische Versorgung nicht mehr gewährleisten zu können.

Eine schlechte Zugänglichkeit zur fachärztlichen Versorgung hat zur Konsequenz, dass viele Patienten unnötigerweise direkt in die Notaufnahmen der Krankenhäuser geleitet werden, wo durch den Mangel einer Vorselektion Kapazitäten von der Versorgung schwerwiegend erkrankter Patienten abgezogen werden und unnötige Kosten entstehen.

Außerdem sind eine Abnahme der Behandlungsqualität und zunehmende Unzufriedenheit sowohl unter den Patienten, als auch unter den Ärzten und dem Pflegeperso-

---

<sup>428</sup> Siehe Demographischer Wandel.

<sup>429</sup> Siehe Der Ärztemangel.

<sup>430</sup> *Kopetsch, T.*, Kassenärztliche Bundesvereinigung, Wartezeiten in der ambulanten Versorgung, S.4, <http://www.kbv.de/html/15254.php> (Stand: 2.1.2017).

<sup>431</sup> *Kopetsch, T.*, Kassenärztliche Bundesvereinigung, Wartezeiten in der ambulanten Versorgung, S.24, <http://www.kbv.de/html/15254.php> (Stand: 2.1.2017).

<sup>432</sup> Eine Zunahme der Behandlungsfehler beschreiben auch:

*Hansis M.L., Hart D., Becker-Schwarze K., Hansis D.E.*, Medizinische Behandlungsfehler in Deutschland, Robert Koch Institut/Statistisches Bundesamt: Gesundheitsberichterstattung des Bundes Heft 04/2001, S.3-14 (5-7).

nal zu erwarten. Dies kann zu einer Verringerung der Attraktivität des ärztlichen Berufsbildes und damit zur Abnahme der Bewerberzahlen mit einer weiteren Verschärfung des Ärztemangels führen.

Die genannten Faktoren haben zur Folge, dass bei Fortschreiten der beschriebenen Entwicklung ohnehin mit einer Gefährdung des Facharztstandards zu rechnen ist.

Vorrang vor der Einhaltung des Facharztstandards muss insbesondere die Absicherung einer qualitativ hochwertigen medizinischen Versorgung für alle Bereiche der Bevölkerung haben. Dem Abschneiden einzelner Bevölkerungsteile (z.B. immobile Patienten im ländlichen Bereich) von der ärztlichen Versorgung ist durch den Staat entgegenzuwirken.

Aus den genannten Erwägungen ist die legislative Ausgestaltung eines Rahmenkonzeptes zur Sicherung des Versorgungsstandards auch ohne die zwingende Einhaltung des nicht grundrechtlich verankerten Facharztstandards insbesondere möglich, wenn qualitätserhaltende Sicherungsmaßnahmen getroffen werden. Durch die aus den Grundrechten erwachsende Schutzpflicht ist der Staat lediglich gezwungen, eine Mindestversorgung im Rahmen des Existenzminimums zu wahren. Diese Mindestversorgung muss nicht zwingend auf der Arbeit von Ärzten basieren sondern kann auch zu gewissen Teilen durch nicht-ärztliche Mitarbeiter erfolgen, um eine flächendeckende Versorgung sicherzustellen.

### **3. Schutzpflichtverletzung durch Gesetzesentwurf**

Durch Legalisierung der eingeschränkten Substitution könnte der Staat eine signifikante Absenkung der gesundheitlichen Versorgungsqualität der Bevölkerung verursachen, welche nicht mehr durch seinen Ermessensspielraum gedeckt ist, und damit die aus Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG erwachsende Schutzpflicht verletzen.

Demnach ist der Gesetzesentwurf auf seine Folgen für die Versorgung im Gesundheitssektor unter Abwägung des Zugewinns und der Risiken für den Einzelnen zu untersuchen.

Im Rahmen der eingeschränkten Substitution nimmt ein nicht-ärztlicher Mitarbeiter ärztliche Aufgaben wahr. Zwar kann der nicht-ärztliche Mitarbeiter gegebenenfalls in einzelnen medizinischen Bereichen ein größeres Maß an Routine aufweisen als ein ärztlicher Mitarbeiter, jedoch ist ärztliches Personal bei Auftreten einer unvorhergesehenen Komplikation in den meisten Fällen durch das langjährige und umfassende Studium besser ausgebildet, um adäquat zu reagieren<sup>433</sup>.

Bei der Arbeitsteilung im Rahmen der klassischen Substitution fehlen größtenteils die für die Delegation beschriebenen Kontrollmechanismen (keine Überwachungs- und Kontrollpflichten). Dies soll dadurch kompensiert werden, dass strengere Vorgaben bezüglich der Qualifikation und der daraufhin erlaubten Tätigkeit aufgestellt werden. Auf Grund der Übertragung der Entscheidungs- und Durchführungskompetenz auf den nicht-ärztliche Mitarbeiter kann dennoch nicht von einem Arbeiten auf dem Niveau eines Arztes ausgegangen werden, da insbesondere bei der Entscheidung zum Tätigwerden nicht das umfassende Wissen eines Arztes vorliegt.

Gegebenenfalls könnte das Erfordernis einer vorgelagerten ärztlichen Diagnose und einer vom Gefahrenpotential abhängigen vorherigen ärztlichen Indikationsstellung im Rahmen der eingeschränkten Substitution zu einem anderen Ergebnis führen.

Dagegen spricht eine weite Auslegung des Schutzcharakters des Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG, der die Gesundheit als besonders schützenswertes Kernelement der Gesellschaft hervorhebt.<sup>434</sup>

Sie lässt jedoch außer Acht, dass durch den relativen Ärztemangel bereits eine Abnahme der Versorgungsqualität zu befürchten ist und die eingeschränkte Substitution das Potential besitzt, zu einer Wiederanhebung der Behandlungsqualität zu führen.

Dennoch müssen auch im Rahmen der eingeschränkten Substitution durch den Arzt keine Kontroll- und Überwachungspflichten eingehalten werden und eine ärztliche Indikationsstellung ist nur in besonderen Fällen mit hohem Gefahren-

---

<sup>433</sup> Siehe Arzt- Ausbildungsstruktur und -inhalte.

<sup>434</sup> Maunz/Dürig/*Di Fabio*, GG Art. 2, Nr. 1, Rn. 58.

potential erforderlich.<sup>435</sup> Im Falle einer Komplikation setzt das Hinzurufen des Arztes als vorgelagerten Erkenntnisprozess des eigenständig agierenden Substitutionsempfängers voraus, dass ein nicht beherrschbarer Verlauf einzutreten droht oder bereits eingetreten ist. Hierdurch entsteht eine zeitliche Verzögerung im Vergleich zu einer Situation, bei welcher der Arzt die Maßnahme persönlich vornimmt und sich nicht zunächst noch in die Situation des nicht-ärztlichen Mitarbeiters hineindenken muss.

Somit muss von einer Gefährdung der aktuellen Versorgungsqualität ausgegangen werden.

Diese Gefährdung ist mit dem zu erwartenden Zugewinn durch Einführung der eingeschränkten Substitution abzuwägen.

Die gesetzliche Einführung der eingeschränkten Substitution dient dazu, der sich zuspitzenden Arbeitsbelastung für Ärzte entgegenzuwirken. Insbesondere in ländlichen Regionen nehmen Wartezeiten für Facharzttermine und Anfahrtszeiten zu niedergelassenen Ärzten in der Umgebung zu, sodass ggf. erforderliche Arztbesuche nicht wahrgenommen werden können. Die Ausdünnung der fachärztlichen Versorgung lässt zudem befürchten, dass immobilen Patienten der Zugang zum Facharzt faktisch unmöglich wird.<sup>436</sup> Durch die eingeschränkte Substitution können nicht-ärztliche Berufsgruppen in reguliertem Rahmen zu einer deutlichen Entlastung von ärztlichem Personal führen. Sie übernehmen einerseits reglementierte ärztliche Aufgaben und unterliegen andererseits weiterhin ärztlicher Kontrolle durch das Erfordernis einer vorgelagerten ärztlichen Diagnose und ggf. Indikation.

Insbesondere bei chronisch Erkrankten kann die eingeschränkte Substitution zu einer deutlichen Entlastung führen, da eine Diagnose lediglich in regelmäßigen Abständen erneuert werden muss und der nicht-ärztliche Mitarbeiter flexibel im Rahmen von Hausbesuchen eingesetzt werden kann. Durch das sich wiederho-

---

<sup>435</sup> Siehe Tabelle 5.

<sup>436</sup> Nach BVerfG: Organentnahme bei lebenden Personen (Transplantationsgesetz), JuS 2000, 393 (394) liegt ein Eingriff in Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG vor, "wenn staatliche Regelungen dazu führen, dass einem kranken Menschen eine nach dem Stand der medizinischen Forschung prinzipiell zugängliche Therapie, mit der eine Verlängerung des Lebens, mindestens aber eine nicht unwesentliche Minderung des Leidens verbunden ist, versagt bleibt".

lende Behandlungsschema ist das Risiko für den Patienten deutlich verringert bei starkem Zugewinn durch regelmäßige und geringer frequentierte Besuche. Des Weiteren hat die Einführung der eingeschränkten Substitution das Potential, die Attraktivität der nicht-ärztlichen Gesundheitsberufe zu steigern, indem neue Weiterbildungsmaßnahmen geschaffen werden, die den Mitarbeitern einen größeren Verantwortungsbereich eröffnen und mit einer zunehmenden Arbeitsplatzsicherheit assoziiert sein können.<sup>437</sup>

Letztendlich überwiegt durch die legislative Einführung der eingeschränkten Substitution das Potential des Zugewinns ärztlicher Kapazitäten und eines Attraktivitätsgewinnes von Tätigkeiten im Gesundheitssektor gegenüber der Gefahr einer möglichen Absenkung des Versorgungsstandards.

In Anbetracht der aufgeführten Entwicklung ist ohne staatlich regulatorisches Einschreiten eine Qualitätsabsenkung mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit zu erwarten.

Auch im Vergleich zu anderen Maßnahmen stellt die eingeschränkte Substitution eine adäquate Möglichkeit zur ärztlichen Entlastung dar. Hierzu zählen u.a. eine Steigerung der Ärztezahlen (z.B. Heraufsetzung der Ruhestandsgrenzen, Schaffung von mehr Studienplätzen, Förderung der Einwanderung ausländischen Personals), die Schaffung neuer Berufsbilder (z.B. des PA), die primär ärztliche Aufgaben bereits in ihrer Grundausbildung integrieren, oder die Abkopplung bestimmter Bevölkerungsgruppen von der ärztlichen Versorgung (z.B. Gesetz zum Praxisassistenten<sup>438</sup>). Die Steigerung der Arztzahlen ist entweder mit einem signifikanten Anstieg der Kosten (Studienplätze) oder mit der Gefahr einer Qualitätsabnahme (Heraufsetzung der Ruhestandsgrenzen) assoziiert. Auch ist davon auszugehen, dass diese Maßnahmen in Anbetracht der demographischen Entwicklung den Mangel an ärztlichem Personal nicht vollständig kompensieren können.

---

<sup>437</sup> So auch *Spickhoff/Seibl*, Die Erstattungsfähigkeit ärztlicher Leistungen bei Delegation an nicht-ärztliches Personal, NZS 2008, 57 (57).

<sup>438</sup> Siehe unter Hausbesuche- Status quo.

Die Schaffung neuer Berufsbilder ist mit zusätzlichen Kosten verknüpft und erfordert eine große Vorlaufzeit, bis die ersten Absolventen dem Gesundheitswesen zur Verfügung stehen.

Andere Ansatzpunkte sind die Förderung alternativer Methoden der Arbeitsteilung. Bei der Assistenz führt der Arzt weiterhin die Tätigkeit eigenständig durch, sodass es ggf. zu einer Zeitersparnis kommt. Häufig handelt es sich auch um Aufgaben, die ohne Assistenten nicht durchführbar sind (z.B. operative Eingriffe). Durch die Assistenz werden jedoch keine wesentlichen freien Kapazitäten für den Arzt geschaffen, da dieser ganzzzeitiglich vor Ort sein muss.

Sowohl bei der Delegation, als auch bei der eingeschränkten und der klassischen Substitution ist der Arzt nicht mehr eigenhändig tätig.

Im Rahmen der Delegation muss er sich jedoch in Rufbereitschaft befinden und das Tätigwerden des nicht-ärztlichen Mitarbeiters regelmäßig überwachen. Bei der klassischen Substitution wird der nicht-ärztliche Mitarbeiter ohne vorherige ärztliche Diagnose/ggf. Indikation tätig, sodass die Gefahr einer nicht optimalen oder falschen Behandlung besteht.

Die eingeschränkte Substitution führt ebenfalls zu einer deutlichen Arbeitsentlastung für Ärzte. Sie erfolgt jedoch in einem kontrollierteren Rahmen als bei der klassischen Substitution, indem eine ärztliche Diagnose und ggf. Indikation vorausgesetzt werden. Hierdurch wird ein Kompromiss aus Arbeitsentlastung für den Arzt und Schutz des Patienten gefunden.

Der Gesetzesentwurf wird demnach der aus dem Sozialstaatsprinzip gemäß Art. 20 Abs. 1 GG abgeleiteten Verpflichtung des Gesetzgeber gerecht, das Gesundheitswesen effizient zu organisieren.<sup>439</sup>

Die Legalisierung der eingeschränkten Substitution stellt folglich eine angemessene und finanzierbare Maßnahme zur Erhaltung der Volksgesundheit dar. Es liegt kein staatlicher Schutzpflichtverstoß vor.

---

<sup>439</sup> *Sengler/Schmidt*, DÖV 1997, S. 718, 723 f.



#### **4. Ergebnis**

Durch die gesetzliche Einführung der eingeschränkten Substitution liegt keine Verletzung der staatlichen Schutzpflicht aus Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG in Verbindung mit der Werteordnung der Grundrechte vor.

Vielmehr ist auf Grundlage der dargestellten Entwicklung von einer staatlichen Verpflichtung auszugehen, gesetzlich ein geeignetes System zu bereiten, die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung abzusichern. Eine Art, dieser Verpflichtung nachzukommen, könnte die Einführung der eingeschränkten Substitution darstellen.

## **II. Recht auf Berufsfreiheit Art. 12 Abs.1 GG**

Die gesetzliche Einführung der eingeschränkten Substitution stellt ebenfalls keinen direkten Eingriff des Staates in Grundrechte der Ärzte dar. Entsprechend der obigen Ausführungen ist daher eine Schutzpflichtverletzung aus Art. 12 Abs. 1 GG in Verbindung mit der Werteordnung durch Einführung des Gesetzesentwurfes zu prüfen.

### **1. Schutzpflichtverletzung durch Gesetzesentwurf**

Eine Schutzpflichtverletzung scheidet von vornherein aus, wenn bereits der Schutzbereich von Art. 12 Abs. 1 GG nicht eröffnet ist.

Durch Einführung der eingeschränkten Substitution könnte die Berufsfreiheit des Arztes betroffen sein.

Hierfür muss die Maßnahme eine subjektiv oder objektiv berufsregelnde Tendenz aufweisen, sodass sie entweder auf die Berufsregelung ausgerichtet ist, oder sich unmittelbar auf die berufliche Tätigkeit auswirkt bzw. in ihrer mittelba-

ren Auswirkungen von einigem Gewicht ist.<sup>440</sup> Das Grundrecht schützt vor staatlicher Beeinträchtigung mit Bezug auf die berufliche Betätigung.<sup>441</sup>

Nach Urteil des Bundesverfassungsgerichtes besteht eine untrennbare Verknüpfung zwischen Berufswahl und Berufsausübung.<sup>442</sup> Durch Einführung der Substitution werden primär ärztliche Tätigkeitsbereiche für nicht-ärztliche Berufsbilder eröffnet.

Das ärztliche Personal kann diese Tätigkeiten jedoch weiterhin vornehmen, sodass die Ausübung der Tätigkeiten nicht unmöglich gemacht wird. Die eingeschränkte Substitution zielt nicht darauf ab, die Berufsausübung für Ärzte einzuschränken.

Ihre mittelbaren Auswirkungen könnten jedoch ausreichen, um einen Eingriff zu bejahen. Durch die Erweiterung des zu ärztlichen Aufgaben legitimierten Personenkreises erfolgt eine Gefügeänderung der Berufe im Gesundheitswesen. Die Annäherung der Aufgabenfelder hat eine Neuausrichtung der Berufsfelder zur Konsequenz, sodass grundsätzlich eine mittelbare Auswirkung vorliegt.

Die Neuausrichtung ist jedoch im Wesentlichen auf ein gesteigertes Konkurrenzverhältnis unter den einzelnen Berufen zurückzuführen.

Da der Konkurrenzschutz nicht von Art. 12 Abs. 1 GG umfasst wird<sup>443</sup>, ist ein Eingriff in den Schutzbereich abzulehnen.

## **2. Ergebnis**

Es ist keine Schutzpflichtverletzung aus Art. 12 Abs. 1 GG gegeben.

---

<sup>440</sup> Pieroth/Schlink/Kingreen/Poscher, Grundrechte Staatsrecht II, § 21, Rn. 877.

<sup>441</sup> BVerfG NJW 2009, 2033 (2038); BVerfG NJW 2007, 51 (54).

<sup>442</sup> BVerfG NJW 1958, 1035 (1037); BVerfG NJW 1972, 1561 (1564).

<sup>443</sup> BVerfG NJW 1958, 1035 (1038); VG Köln, Urteil vom 20. Oktober 2010, 24 K 7534/08.

## **Drittes Kapitel: Gesamtbeurteilung und Würdigung**

### **A. Bedeutung des PA im deutschen Gesundheitssystem**

Dem im oberen Teil der Arbeit beschriebenen relativen Ärztemangel im deutschen Gesundheitssystem kann auf verschiedene Arten entgegengewirkt werden.

Einerseits kann versucht werden, die Zahl der berufstätigen Ärzte, beispielsweise durch Schaffung zusätzlicher Studienplätze und attraktiverer Arbeitsbedingungen, anzuheben.

Andererseits kann begonnen werden, die steigende Arbeitsbelastung so weit wie möglich zwischen verschiedenen Berufsgruppen aufzuteilen. Hierbei können bereits bestehende Berufsgruppen qualifiziert bzw. fortgebildet werden, um Ärzte zu entlasten. Dieser Weg der Arbeitsumverteilung wird im deutschen Gesundheitswesen im Rahmen der Delegation immer häufiger eingeschlagen.

Ein anderes, jedoch in Deutschland nicht etabliertes Modell der Arbeitsumverteilung stellt die Substitution dar, welche den nicht-ärztlichen Mitarbeiter zur eigenständigen Ausübung von Heilkunde befähigt. Dieses Konzept der Arbeitsteilung birgt jedoch ein zu hohes Risikopotential in sich, da ein nicht-ärztlicher Mitarbeiter, ohne die umfassende medizinische Ausbildung eines Arztes, ohne Überwachung Heilkunde verrichtet, die mit einem Schädigungspotential für den Patienten einhergeht. Dies steht zudem in einem Konflikt zu der in § 1 Abs. 1 Heilberufsgesetz festgelegten Erlaubnispflicht für die Ausübung von Heilkunde durch Nicht-Ärzte.

Die gesetzliche Einführung der Substitution im Rahmen des Modellvorhabens soll probeweise eine mildere Art der Substitution für Kranken- und Altenpfleger legalisieren, indem bei bestehender ärztlicher Diagnose und Indikation bestimmte heilkundliche Tätigkeiten verrichtet werden dürfen.

Bei dieser Regelung trägt der Arzt weiterhin die Entscheidungskompetenz durch das Stellen einer Indikation.

Es handelt sich somit weder um eine klassische Delegation, noch um eine reine Substitution. Die Gestaltung der Richtlinie verdeutlicht, dass einerseits eine Entlastung der Mediziner erfolgen soll, andererseits jedoch eine umfassende Übertragung von ärztlichen Aufgaben auf nicht-ärztliche Mitarbeiter gefürchtet wird.

Auch die Regelungen bzgl. Haus- und Heimbefuchen verdeutlichen das Erfordernis eines stringenten Konzeptes, um dem Ärztemangel entgegenzuwirken.

Die Delegation auf nicht-ärztliche Mitarbeiter wird in der Regel nur für über 65-Jährige Patienten mit langjährigem Betreuungserfordernis vorgesehen, was der Einleitung einer 2-Klassen-Gesellschaft gleichzusetzen ist. Der Ärztemangel sollte gerade nicht dazu führen, dass bestimmten Patientengruppen der Arztzugang verwehrt wird.

Die zu übertragende Tätigkeit, bzw. ihre Kompatibilität mit dem Kompetenzspektrum des Mitarbeiters, muss als Differenzierungskriterium zwischen ärztlicher- und nicht-ärztlicher Aufgabe fungieren. Das Patientenkollektiv unterteilt nach Alters- bzw. Erwerbsstufe darf bei dieser Einteilung keine Rolle spielen.

Des Weiteren wird ersichtlich, dass die kontrollierte Übertragung von Heilkunde an nicht-ärztliche Berufsgruppen nur sehr zögerlich voranschreitet. In anderen, bereits länger bestehenden Bereichen, wie beispielsweise dem Heilpraktikergewerbe, werden umfassende Kompetenzen an nicht-ärztliche Mitarbeiter eingeräumt.

Zwar ist die Ausübung von Heilkunde einem Heilpraktiker nur mit staatlicher Erlaubnis gestattet (§ 1 HeilprG), jedoch existiert keine gesetzlich normierte Regelausbildung.

Der die Entscheidung zur Heilpraktikerzulassung treffende Gutachterausschuss besteht nach § 4 Abs. 1 HeilprGDV 1 aus einem Vorsitzenden, der weder Arzt noch Heilpraktiker sein darf, aus zwei Ärzten sowie aus zwei Heilpraktikern. Die Zulassungsprüfung<sup>444</sup> setzt sich sowohl aus einer mündlichen, als auch aus einer schriftlichen multiple-choice Prüfung zusammen. Gemäß § 2 Abs. 1 HeilprGDV 1 wird die Erlaubnis nicht erteilt, wenn der Antragsteller das 25. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, wenn er nicht die deutsche Staatsangehörigkeit besitzt<sup>445</sup>, wenn er nicht mindestens eine abgeschlossene Volksschulbildung nachweisen kann, wenn sich aus Tatsachen ergibt, dass ihm die sittliche Zuverlässigkeit fehlt, insbesondere, wenn schwere strafrechtliche oder sittliche Verfehlungen vorliegen, wenn er in gesundheitlicher Hinsicht zur Ausübung des Berufs ungeeignet ist, wenn mit Sicherheit anzunehmen

---

<sup>444</sup> Nach Urteil des VG Koblenz 2006, 3 K 855/05 lassen die Bestimmungen des § 1 I und 3 HeilprG i.V.m. § 2 I Ziffer i) DVHeilprG nicht zu, ausgebildeten Masseuren und medizinischen Bademeistern bzw. Physiotherapeuten ohne vorherige Überprüfung ihrer Kenntnisse und Fähigkeiten durch das Gesundheitsamt eine auf ihr Fachgebiet beschränkte Erlaubnis zur selbständigen Ausübung der Heilkunde zu erteilen; So auch das VG Gelsenkirchen 2007, 7 K 2003/05.

<sup>445</sup> Nicht mehr gültig nach BVerfGE 78, 179.

ist, dass er die Heilkunde neben einem anderen Beruf ausüben wird und wenn sich aus einer Überprüfung der Kenntnisse und Fähigkeiten des Antragstellers durch das Gesundheitsamt ergibt, dass die Ausübung der Heilkunde durch den Betreffenden eine Gefahr für die Volksgesundheit bedeuten würde. Gemäß 4.2 der Richtlinien zur Durchführung des Heilpraktikergesetzes liegen die Grenzen der Fähigkeiten und Handlungskompetenzen der Heilpraktiker dort, wo Diagnostik und Therapie, ärztliches Wissen und Befugnisse voraussetzen (z.B. bei meldepflichtigen Erkrankungen z.B. § 24 Infektionsschutzgesetz, bei bestehendem Arztvorbehalt z.B. § 9 Embryonenschutzgesetz, sexuell übertragbare Krankheiten, bei der Geburtshilfe, in der Zahnheilkunde, beim Röntgen, bei der Verordnung von rezeptpflichtigen Arzneimitteln § 48 Abs. 1 Arzneimittelgesetz und Betäubungsmitteln, bei der Leichenschau und der Ausstellung eines Totenscheines). Eine rechtsverbindliche Berufsordnung für Heilpraktiker existiert nicht. Somit darf ein Heilpraktiker mit einigen Ausnahmen eigenständig diagnostische und therapeutische Maßnahmen vornehmen, was anderen Berufsgruppen trotz gesetzlich reglementiertem Ausbildungskonzept verwehrt wird.

Diese widersprüchliche Kompetenzverteilung birgt die Gefahr in sich, dass auf Grund der strengen Reglementierungen für viele Gesundheitsberufe bei zugleich lockeren Bestimmungen für einzelne Berufsgruppen, Patienten auf Grund des Ärztemangels beispielsweise bei zunehmenden Wartezeiten bei niedergelassenen Ärzten auf die geringer reglementierten Berufsgruppen zurückgreifen. Hierdurch droht eine Qualitätsabnahme in der medizinischen Versorgung.

Um diesem Prozess entgegenzuwirken, sollten bei der Besetzung komplexer Aufgabenfelder, die nicht unbedingt das Handeln eines Arztes erfordern, neben der Einführung von Zusatzqualifikationen auch neue Berufsfelder, wie beispielsweise PAs, etabliert werden, die gerade dieses neue Anforderungsprofil erfassen und grundlegend in ihre Lehre integrieren.

Der sich zuspitzende relative Mangel an Ärzten kann nicht durch eine Einzelmaßnahme schnell und effizient behoben werden.

Das alleinige Fördern der Anzahl berufstätiger Ärzte ist sowohl in der Umsetzung (z.B. die Kosten für einen Humanmedizinabsolventen betragen laut Bundesgesundheitsministerium 180.000 Euro), als auch in den Folgen (Ärzte bilden die oberste Ge-

haltsstufe im medizinischen Sektor) kostenintensiv und mit erheblichem Aufwand verbunden.

Die bloße Aufstufung bereits bestehender Gesundheitsberufe hätte eine Unterbesetzung in dem jeweiligen Pflegesektor zur Konsequenz, der, auf Grund steigender Inanspruchnahme durch den oben beschriebenen demographischen Wandel, bereits an den Grenzen seiner Kapazität<sup>446</sup> angelangt ist.<sup>447</sup>

Durch das alleinige Einführen neuer Berufsgruppen ist ebenfalls nicht direkt mit einer Lösung der Problematik zu rechnen. Die Etablierung neuer Berufsbilder, gerade, wenn diese medizinisch anspruchsvolle Tätigkeiten übernehmen sollen, erfordert viel Zeit und hohe Investitionen. Auch führt eine solche Maßnahme dazu, dass Interessenten für andere bereits bestehende Gesundheitsberufe abgeworben werden und somit diesem Markt nicht mehr zur Verfügung stehen.

Auf Grund der soeben beschriebenen Nachteile, ist keine dieser Maßnahmen alleine geeignet, eine schnelle und effiziente Lösung herbeizuführen.

Es sind vielmehr verschiedene Ansatzpunkte unter Einbeziehung verschiedener Gesundheitsprofessionen zu ergreifen, um die Belastungen gleichmäßig im Gesundheitssektor zu verteilen.<sup>448</sup>

Die Ausbildung zum PA hat das Potential, einen gravierenden Beitrag zur Entlastung der sich zuspitzenden Entwicklung zu liefern. Durch gezielte Arbeitsteilung können Ärzte einen Teil ihrer Routinetätigkeit auf den PA übertragen, wodurch eine deutliche Entlastung entsteht. Insgesamt kommt es durch den Einsatz des PA auch zu einer Aufwertung der ärztlichen Tätigkeit, indem PAs einfachere medizinische Aufgaben übernehmen und dadurch den Ärzten mehr Zeit für die Bearbeitung komplexer und problematischer medizinischer Sachverhalte verschaffen.

PAs können, indem sie einen Großteil der täglichen Routinearbeit übernehmen, im stationären Umfeld mehr personelle Kontinuität herbeiführen, die wiederum zu einer

---

<sup>446</sup> Maier T., Woher nehmen, wenn nicht stehlen? Qualifikationsreserven für die Pflege, BWP 6/2012, S.4,5 (4).

<sup>447</sup> So spricht sich Prof. *Hundenborn* in: Für die Pflege verantwortlich sein-Hintergründe, Entwicklungen und Perspektiven einer generalisierten Pflegeausbildung, RDG 2015, 272ff. für eine generalisierte (europaeinheitliche) Pflegeausbildung aus, um die Flexibilität und damit die Attraktivität des Pflegeberufes zu stärken.

<sup>448</sup> Nach *Großkopf*: Delegation ärztlicher Aufgaben-Sackgasse oder Effizienzsteigerung, RDG 2003,2(4) droht gar die Gefahr der Ausgrenzung vom Gesamtgeschehen in einer Einrichtung bei Verweigerung der Pflege ihres Beitrags an der ökonomischen Verantwortung.

Abnahme von Behandlungsfehlern führt. Auch für die Patienten ist es angenehmer, einer dauerhaften Bezugsperson anvertraut zu sein.

Insbesondere die Versorgung chronisch Erkrankter stellt ein breites Betätigungsfeld für den PA dar, da bei dieser Patientengruppe die Diagnosestellung durch den Arzt lediglich in bestimmten Abständen wiederholt werden muss (im Rahmen der hier befürworteten eingeschränkten Substitution). In den USA decken PAs in vielen ländlichen Bereichen bereits die Basisversorgung von chronisch Erkrankten ab.<sup>449</sup>

Durch einen breiten pflegerischen Anteil in der Ausbildung kann der PA eine vermittelnde Rolle zwischen Ärzten und Pflegepersonal einnehmen und das harmonische Ineinandergreifen beider Tätigkeitsfelder fördern sowie Zeitverluste durch Unstimmigkeit und Missverständnisse minimieren. Auch bietet sich für Angehörige der Pflegeberufe die Möglichkeit, eine Zusatzqualifikation zu erlangen, wodurch dieser Berufszweig an Attraktivität gewinnt und eine Alternative für Interessenten darstellt, welche die hohen Anforderungen eines Medizinstudiums nicht erfüllen können.

## **B. Mögliche Komplikationen, die mit der PA-Einführung verknüpft sein können**

Bei dem praktischen Einsatz von PAs sollte nach Ansicht des DBfK darauf geachtet werden, dass es nicht zu einer „Aufsplitterung der Versorgungsprozesse in kleinste Schritte, die dann vom jeweils geringstmöglich qualifizierten Mitarbeiter übernommen werden“, kommen wird.

Dies würde einen enormen logistischen Aufwand erzeugen, sodass durch das Erfordernis von immer mehr Auswahl-, Anleitungs- und Überwachungspflichten auf Seiten der Ärzte der Zusatzaufwand den erhofften Gewinn übersteigt. Durch einen undosierten Dauereinsatz der PAs sinke auch die Flexibilität, sie zu Zeiten erhöhten Bedarfs (z.B. Zugangslück) einsetzen zu können.<sup>450</sup>

Insgesamt ist jedoch davon auszugehen, dass sich letztgenannte Problematiken bei der praktischen Umsetzung durch das Bestreben der Kliniken und Praxisbetreiber als

---

<sup>449</sup> Cawley, J.F.; Lane, S.; Smith, N.; Bush, E., Physician assistants in rural communities, Journal of the American Academy of Physician Assistants, Jan.2016, Vol.29, S.42-54.

<sup>450</sup> Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe, Position des DBfK zur Neuordnung von Aufgaben im Krankenhaus, 2010, S.4.

Wirtschaftsunternehmen nach einem kosteneffizienten und profitablen Einsatz neuer Fachkräfte in einem selbstregulierenden Prozess eliminieren werden.

Grundsätzlich ist eine Aufgabenteilung, in der Tätigkeiten vom am geringsten ausgebildeten Glied übernommen werden, ohne, dass eine Qualitätseinbuße erfolgt, eine notwendige Maßnahme, um den Ärztemangel abzuschwächen.

Auf diese Weise können die Ressourcen der höchstqualifizierten Mitarbeiter für anspruchsvolle Tätigkeiten eingesetzt werden, die dieses hohe Ausbildungsmaß auch erfordern.

Der vom Vorstand der Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) geäußerten Befürchtung der Einführung eines „Arzt light“ und einer zwei-Klassen Medizin durch die Einführung einer Subkultur unterhalb des Arztberufes<sup>451</sup> ist zu entgegnen, dass sich die Gefahr einer zwei-Klassen-Medizin durch den vorherrschenden Ärztemangel in vielen Bereichen bereits realisiert hat<sup>452</sup> (beispielsweise Einsatz des Praxisassistenten bei chronisch Erkrankten und alten Patienten).

### **C. Fazit**

Der PA hat das Potential, mit einer an das Medizinstudium angelehnten Ausbildung speziell die Aufgaben abzudecken, die in seinem Kompetenzspektrum liegen und bisher durch einen Arzt durchgeführt werden. Hierdurch wird keine weitere Versorgungsebene gebildet, da weiterhin die wesentlichen Entscheidungen durch Ärzte getroffen werden. Im Rahmen der eingeschränkten Substitution ist der PA lediglich auf ärztlicher Grundlage (Diagnose und bei gefährlichen Tätigkeiten auch Indikation) tätig, wodurch der Gewinn an zeitlicher Entlastung für Ärzte das Risiko einer unzureichenden Versorgungsqualität deutlich übersteigen sollte.

Auch spricht gegen die Ausbildung einer zwei-Klassen-Gesellschaft durch die PA-Einführung, dass der PA nicht alleine für bestimmte Patientengruppen eingesetzt werden soll, sondern, dass sowohl Arzt, PA, als auch weitere nicht-ärztliche Mitarbeiter den Patienten bestmöglich gemeinsam versorgen, indem durch jeden Mitarbeiter die Aufgaben wahrgenommen werden, die in seinem Kompetenzbereich liegen.

---

<sup>451</sup> Köhler A., Delegation ärztlicher Leistungen, KBV 2013.

<sup>452</sup> Erkennbar beispielsweise an den unterschiedlichen Wartezeiten zwischen gesetzlich und privat Versicherten: Studie *Kopetsch T.*, KBV, Wartezeiten in der ambulanten Versorgung, 2014, S. 1-26 (15).



Anstelle der Legitimation schlechter ausgebildeten Personals für diese Aufgaben bei gleichzeitiger Beschränkung auf ältere oder chronisch erkrankte Menschen (so beim Praxisassistenten) kann unter anderem mit Hilfe des PA eine qualitativ hochwertige Versorgung aller Bevölkerungsschichten gewährleistet werden. Die Bezeichnung als „Arzt-light“ ist dabei nicht negativ zu interpretieren, sondern als ein Aspekt der Rolle des PA zur Auflockerung der bisher starren Rollenverteilung im deutschen Gesundheitswesen.

## Literaturverzeichnis

*Abandor, M.*, Die Zulässigkeit der Substitution ärztlicher Leistungen durch Leistungen nichtärztlichen Pflegepersonals, Universitäre Dissertation, Düsseldorf 2011 (zitiert: *Abandor*, Univ.Diss., S.)

*AG Rechtsanwälte im Medizinrecht/Jorzig/Uphoff* (Hrsg.), Delegation und Substitution-wenn der Pfleger den Doktor ersetzt..., Berlin Heidelberg 2010 (zitiert: *AG Rechtsanwälte im Medizinrecht/Jorzig/Uphoff/Bearbeiter*, Delegation und Substitution-wenn der Pfleger den Doktor ersetzt..., Kap., S.)

*Albrecht G.*, Skin symptoms due to liver diseases, *Therapeutische Umschau*, 2000, 57, S. 232-235

*Bamberger/Roth* (Hrsg.), Kommentar zum Bürgerlichen Gesetzbuch, 3. Auflage, München 2012 (zitiert: *Bamberger/Roth/Bearbeiter*, Kommentar zum BGB, §, Rn.)

*Bauer, S.*, Gegenwart und Zukunft der Delegation und Substitution ärztlicher Leistungen, *GewA* 2012, S.13

*Becker/Deutsch/Knappen/Nüßgens*, Medico-legale Fragen: Probleme der fachärztlichen Aufklärungspflicht, 1975, *Z. Laryng. Rhinol.* 51, S.783ff.

*Bender A.W.*, Facharztvorbehalt und "fachfremde" Aufklärung bei der Erfüllung der ärztlichen Aufklärungspflicht nach dem Patientenrechtegesetz, *VersR* 2013, S.962ff.

*Berg/Ulsenheimer* (Hrsg.), Patientensicherheit, Arzthaftung, Praxis- und Krankenhausorganisation, Berlin Heidelberg 2006 (zitiert: *Berg/Ulsenheimer/Bearbeiter*, Patientensicherheit, Arzthaftung, Praxis- und Krankenhausorganisation, Kap., S.)

*Bergmann/Pauge/Steinmeyer* (Hrsg.), *Gesamtes Medizinrecht*, 2. Auflage, Baden-Baden 2014 (zitiert: *Bergmann/Pauge/Steinmeyer/Bearbeiter*, *Gesamtes Medizinrecht*, §, Rn.)

*Bohm E.R., Dunbar M., Pitman D., Rhule C., Araneta J.*, Experience with physician assistants in a Canadian arthroplasty program, *Canadian Journal of Surgery* 2010, 53(2), S.103-108

*Brech* (Hrsg.), *Triage und Recht*, Berlin, 2008 (zitiert: *Brech*, *Triage und Recht*, S.)

*Cawley, J.F.; Lane, S.; Smith, N.; Bush, E.*, Physician assistants in rural communities, *Journal of the American Academy of Physician Assistants*, Januar 2016, Vol.29, S.42-54

*Cipher D.J., Hooker R.S., Sekscenski E.*, Are older patients satisfied with physician assistants and nurse practitioners? *Journal of the American Academy of Physician Assistants* (2006), 19(1), S.36ff.

*Deutsch*, Embryonenschutz in Deutschland, NJW 1991, S.721ff.

*Deutsch/Spickhoff (Hrsg.)*, Medizinrecht: Arztrecht, Arzneimittelrecht, Medizinprodukterecht und Transfusionsrecht, 7. Auflage, München 2014 (zitiert: *Deutsch/Spickhoff/Bearbeiter*, Medizinrecht, Kap., Rn.)

*Dhuper S., Choksi S.*, Replacing an Academic Internal Medicine Residency Program With a Physician Assistant–Hospitalist Model: A Comparative Analysis Study, American Journal of medical quality 2009, 24, S.132-139

*Dreier (Hrsg.)*, 3. Auflage, Tübingen 2013 (zitiert: *Dreier/Bearbeiter*, GG-Kommentar, Art., Abs., Rn.)

*Dünisch/Bachmann (Hrsg.)*, Das Recht des Heilpraktikerberufs und der nichtärztlichen Heilkundeausübung, Starnberg 2000 (zitiert: *Dünisch/Bachmann*, Das Recht des Heilpraktikerberufs und der nichtärztlichen Heilkundeausübung, §, Rn.)

*Epping/Hillgruber (Hrsg.)*, 2. Auflage, München 2013 (zitiert: *Epping/Hillgruber/Bearbeiter*, GG-Kommentar, Art., Rn.)

*Frahm W.*, Die Zulässigkeit der Delegation ärztlicher Leistungen auf nichtärztliches Personal, VersR 2009, S.1576ff.

*Francke (Hrsg.)*, Ärztliche Berufsfreiheit und Patientenrechte-Eine Untersuchung zu den verfassungsrechtlichen Grundlagen des ärztlichen Berufsrechts und des Patientenschutzes, Karlsruhe 1996 (zitiert: *Francke*, Ärztliche Berufsfreiheit und Patientenrechte, S.)

*Friester/Lindemann/Peters (Hrsg.)*, Arztstrafrecht, München 2011 (zitiert: *Friester/Lindemann/Peters*, Arztstrafrecht, Kap., Rn.)

*Füeßl/Middeke (Hrsg.)*, Anamnese und klinische Untersuchung, 5. Auflage, Stuttgart 2014 (zitiert: *Füeßl/Middeke*, Anamnese und klinische Untersuchung, S.)

*Geiß/Greiner (Hrsg.)*, Arzthaftpflichtrecht, 7. Auflage, München 2014 (zitiert: *Geiß/Greiner*, Arzthaftpflichtrecht, Kap., Rn.)

*Großkopf V.*, Delegation ärztlicher Aufgaben-Sackgasse oder Effizienzsteigerung, RDG 2003, S.2ff.

*Hansis/Hart/Becker-Schwarze/Hansis*, Medizinische Behandlungsfehler in Deutschland, Robert Koch Institut/Statistisches Bundesamt: Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 04/01, S.3-14

*Hooker/Cawley/Asprey* (Hrsg.), *Physician Assistant, Policy and Practice*, Philadelphia 3. Auflage, 2010 (zitiert: *Hooker/Cawley/Asprey*, *Physician Assistant, Policy and Practice*, Kap., S.)

*Houweling ST, Kleefstra N, van Hateren KJ, Groenier KH, Meyboom-de Jong B, Bilo HJ*. Can diabetes management be safely transferred to practice nurses in a primary care setting? A randomised controlled trial. *By J Clin Nurs* 2011, 20(9-10), S.1264-1272

*Hudson C.*, Expansion of Medical Professional Services with Nonprofessional Personnel, *The journal of the American Medical Association* 1961, 176, S.839-841

*Hundenborn G.*, Für die Pflege verantwortlich sein-Hintergründe, Entwicklungen und Perspektiven einer generalisierten Pflegeausbildung, *RDG* 2015, S.272ff.

*Huster/Kaltenborn* (Hrsg.), *Krankenhausrecht-Praxishandbuch zum Recht des Krankenhauswesens*, München 2010, (zitiert: *Huster/Kaltenborn/Bearbeiter*, *Krankenhausrecht*, §, Rn.)

*Igl/Welti* (Hrsg.), *Gesundheitsrecht*, 2. Auflage, München 2014 (zitiert: *Igl/Welti/Bearbeiter*, *Gesundheitsrecht*, Kap., §, Rn.)

*Kasseler* (Hrsg.), *Kommentar zum Sozialversicherungsrecht, Stand der 91. Ergänzungslieferung*, München September 2016 (zitiert: *Kasseler/Bearbeiter*, *Kommentar zum Sozialversicherungsrecht, SGB V*, §, Rn.)

*Kingreen T.*, Verfassungsrechtliche Grenzen der Rechtsetzungsbefugnis des Gemeinsamen Bundesausschusses im Gesundheitsrecht, *NJW* 2006, 877ff.

*Kluth W.*, Verfassungsrechtliche Beurteilung des Gemeinsamen Bundesausschusses, Halle, 2015, S.1-116 (zitiert: *Kluth*, *Verfassungsrechtliche Beurteilung des Gemeinsamen Bundesausschusses*, S.)

*Kopetsch T.*, *Kassenärztliche Bundesvereinigung, Wartezeiten in der ambulanten Versorgung*, 2014, S.1-26

*Krauskopf* (Hrsg.), *Soziale Krankenversicherung, Pflegeversicherung, Loseblatt-Kommentar*, 92.EL Juni 2016 (zitiert: *Krauskopf/Bearbeiter*, *Soziale Krankenversicherung, Pflegeversicherung*, §, Rn.)

*Laufs/Katzenmeier/Lipp* (Hrsg.), *Arztrecht*, 7. Auflage, München 2015 (zitiert: *Laufs/Katzenmeier/Lipp*, *Arztrecht*, Kap., Rn.)

*Laufs/Kern* (Hrsg.), *Handbuch des Arztrechts*, 4. Auflage, München 2010 (zitiert: *Laufs/Kern/Bearbeiter*, *Handbuch des Arztrechts*, §, Rn.)

*Maier T.*; Woher nehmen, wenn nicht stehlen? Qualifikationsreserven für die Pflege, Berufsbildung in Wissenschaft und Praxis (6/2012), S. 4f.

*Maunz/Dürig* (Hrsg.), Grundgesetz Kommentar, Stand der 55. Ergänzungslieferung, München 2009 (zitiert: *Maunz/Dürig/Bearbeiter*, GG, Art., Nr., Rn.)

*Mc Callum J.E.*, Military Medicine: From Ancient times to the 21<sup>st</sup> century, Santa Barbara, 2008 (zitiert: *Mc Callum J.E.*, Military Medicine: From Ancient times to the 21<sup>st</sup> century, 2008, S.)

*Nabagiez J.P., Shariff M.A., Khan M.A., Molloy W.J., Mc Ginn J.T.*, Physician assistant home visit program to reduce hospital readmissions, J Thorac Cardiovasc Surg. 2013, 145, S.225-233

*Neumann V.*, Der Grundrechtsschutz von Sozialleistungen in Zeiten der Finanznot, NZS 1998, 401ff.

*Nöthen M.*, Hohe Kosten im Gesundheitswesen: Eine Frage des Alters?, Statistisches Bundesamt Wiesbaden 2011, S.665-675.

*Oduncu F.*, Verteilungsgerechtigkeit, Rationierung und Priorisierung, MedR 2012, S. 359ff.

*Osterloh F.*, Ärztestatistik, Mehr Ärztinnen, mehr Angestellte, Deutsches Ärzteblatt 2014, 111(16), S.A-672

*Parzeller M., Wenk M.; Zedler B., Rothschild M.*, Aufklärung und Einwilligung bei ärztlichen Eingriffen, 2007, Deutsches Ärzteblatt, 104(9), S.A-576 / B-507 / C-488

*Pfluger F.*, Krankenhaushaftung und Organisationsverschulden, Heidelberg 2002 (zitiert: *Pfluger*, Krankenhaushaftung und Organisationsverschulden, Kap., S.)

*Quaas/Zuck/Clemens* (Hrsg.), Medizinrecht, 3. Auflage, München 2014 (zitiert: *Quaas/Zuck/Clemens/Bearbeiter*, Medizinrecht, §, Kap., Rn.)

*Ratzel/Lissel* (Hrsg.), Handbuch des Medizinschadensrechts, 1. Auflage, München 2013 (zitiert: *Ratzel/Lissel/Bearbeiter*, Handbuch des Medizinschadensrechts, §, Rn.)

*Ratzel/Luxenburger* (Hrsg.), Handbuch Medizinrecht, München 2008 (zitiert: *Ratzel/Luxenburger/Bearbeiter*, Handbuch Medizinrecht, §, Rn.)

*Rimmer, A.*, Will physician associates be replacing doctors? 2014, BMJ careers

*Saalfrank* (Hrsg.), Handbuch des Medizin- und Gesundheitsrechts, Stuttgart, Stand 6.Ergänzungslieferung Januar 2016 (zitiert: *Saalfrank*, Handbuch des Medizin- und Gesundheitsrechts, §, Rn.)

*Sachs* (Hrsg.), GG-Kommentar, München, 7. Auflage 2014 (zitiert: *Sachs/Bearbeiter*, GG-Kommentar, Art., Rn.)

*Sainsbury A., Seebass G., Bansal A., Young JB.*, Reliability of the Barthel Index when used with older people, *Age Ageing*, 2005 ;34(3), S.228-32

*Schaub*, Hautveränderungen bei Lebererkrankungen, *PRAXIS*, 2002, 91, S.1037-1041

*Schimmelpfeng-Schütte*, R., Die Zeit ist reif für mehr Demokratie in der Gesetzlichen Krankenversicherung, *MedR2006*, 21

*Schnapp/Wigge* (Hrsg.), Handbuch des Vertragsarztrechts, 2. Auflage, München 2006 (zitiert: *Schnapp/Wigge*, Handbuch des Vertragsarztrecht, §, Rn.)

*Seibl M., Spickhoff A.*, Die Erstattungsfähigkeit ärztlicher Leistungen bei Delegation an nichtärztliches Personal, *NZS*, 2008, S.57

*Sengler/Schmidt*, Verfassungsrechtliche Fragen einer gesetzlichen Regelung des Transplantationsrechts, *DÖV* 1997, S. 718-725

*Spaetgens M.*, Der Grundsatz der persönlichen Leistungserbringung, *RDG* 2014, S.12

*Spengelink-Schut G., ten Cate O.Th.J., Kort H.S.M.*, Training the Physician Assistant in the Netherlands; University Medical Center, Utrecht, Netherlands, *The journal of Physician Assistant Education* 2008, 19 Nr.4, S.46-53

*Spickhoff* (Hrsg.), *Medizinrecht*, 2.Auflage, München 2014 (zitiert: *Spickhoff/Bearbeiter*, *Medizinrecht*, §, Rn.)

*Spickhoff/Seibl*, Haftungsrechtliche Aspekte der Delegation ärztlicher Leistungen an nichtärztliches Medizinpersonal, *MedR* 2008, 26, S.463-473

*Steidle B., Grehn S., Seif F. J.*, Jodinduzierte Hyperthyreose durch Kontrastmittel, *Dtsch med Wochenschr* 1979, 104(41), S.1435-1438

*Terbille/Clausen/Schroeder-Printzen* (Hrsg.), *Anwaltshandbuch Medizinrecht*, 2. Auflage, München 2013 (zitiert: *Terbille/Clausen/Schroeder-Printzen/Bearbeiter*, *Anwaltshandbuch Medizinrecht*, §, Rn.)

*Timmermanns M. J.C., Van Vught, A.J.A., Van den Berg M., Ponfoort E.D., Riemens F., Van Unen J., Wobbles T, Wensing M., Laurant M.G.H.*, Physician assistants in me-

dical ward care: a descriptive study of the situation in the Netherlands, *Journal of Evaluation in Clinical Practice* (2015), doi: 10.1111/jep.12499, S.1-8

*Uleer/Miebach/Patt* (Hrsg.), *Abrechnung von Arzt- und Krankenhausleistungen*, 3.Auflage, München 2006 (zitiert: *Uleer/Miebach/Patt/Bearbeiter*, *Abrechnung von Arzt- und Krankenhausleistungen*, §, Rn.)

*Ulsenheimer* (Hrsg.), *Arztstrafrecht in der Praxis*, 5.Auflage, Heidelberg 2015 (zitiert: *Ulsenheimer/Bearbeiter*, *Arztstrafrecht in der Praxis*, Kap., Rn.)

*Van den Berg N., Meinke C., Heymann R., Fiß T, Suckert E., Pöller C., Dreier A., Rogalski H., Karopka T., Oppermann R., Hoffmann W.*, AGnES: Hausarztunterstützung durch qualifizierte Praxismitarbeiter; Evaluation der Modellprojekte: Qualität und Akzeptanz, *Deutsches Ärzteblatt*, 5. Januar 2009, Jg. 10, Heft 1–2, S.3-9

*Van Vught A.J.A.H., Hettinga A.M., Denessen E.J.P.G., Gerhardus M.J.T., Bouwmans G.A.M., Van den Brink G.T.W.J., Postma C.T.*, Analysis of the level of general clinical skills of physician assistant students using an objective structured clinical examination, *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 2015, 21, S.971-975

*Wallenbur, I., Janssen, M., De Bont A.*, De rol van de Verpleegkundig Specialist en de Physician Assistant in de zorg-Een praktijkonderzoek naar taakherschikking in de tweede- en derdelijnszorg in Nederland, *Bestuur&Beleid van de Gezondheidszorg, Instituut Beleid & Management Gezondheidszorg, Erasmus Universiteit Rotterdam* (2015), S.1-78

*Watson YI., Arfken CL., Birge SJ.*, Clock completion: an objective screening test for dementia, *J Am Geriatr Soc.* 1993 Nov;41(11), S.1235-40

*Williams L., Ritsema T.*, Satisfaction of doctors with the role of physician associates, *Clinical Medicine* 2014, 14, Nr.2, S.113-16

*Wolter/Riedel/Taupitz* (Hrsg.), 1999 (zitiert: *Wolter/Riedel/Taupitz/Bearbeiter*, *Ressourcenknappheit in der Medizin, Einwirkungen der Grundrechte auf das Zivilrecht, Öffentliche Recht und Strafrecht*, S.)

*Younger P.* (Hrsg.), *Physician Assistant Legal Handbook*, Maryland, 1997 (zitiert: *Younger P.*, *Physician Assistant Legal Handbook*, 1997, S.)

## **Versicherung**

Ich versichere an Eides Statt, dass die Dissertation selbständig und ohne unzulässige fremde Hilfe erstellt worden ist.

Des Weiteren erkläre ich, dass die Dissertation an keiner anderen Fakultät vorgelegt wurde.



## **Curriculum Vitae**

Der Lebenslauf ist in der Online-Version aus Gründen des Datenschutzes nicht enthalten.

## **Curriculum Vitae**

Der Lebenslauf ist in der Online-Version aus Gründen des Datenschutzes nicht enthalten.

## **Curriculum Vitae**

Der Lebenslauf ist in der Online-Version aus Gründen des Datenschutzes nicht enthalten.

## **Danksagung**

Die Danksagung ist in der Online-Version aus Gründen des Datenschutzes nicht enthalten.