QUALITÄTSSICHERUNG 01.03.2021

Physician Assistants – eine juristische Einschätzung



Physicians Assistants (PA) sind in den USA schon seit über 50 Jahren als Profession etabliert und fassen auch in Deutschland immer mehr Fuß. Aufgrund der Tatsache, dass es sich aber zumindest hierzulande um ein noch junges Berufsbild handelt, fehlt es noch an konkreten Angaben dazu, welche Aufgaben aus dem ärztlichen Tätigkeitsspektrum delegierbar sind und in welchem Rahmen dies auch rechtlich zulässig ist.

Rechtliche Rahmenbedingungen

Konkrete rechtliche Rahmenbedingungen für den Einsatz von PA existieren derzeit noch nicht.

Man muss also auf dasjenige zurückgreifen, was grundsätzlich im Zusammenhang mit der Übertragung ärztlicher Leistungen auf nichtärztliche Mitarbeiter gilt. Einigkeit besteht insofern, dass es nicht um die Übertragung ärztlicher Tätigkeiten zur eigenverantwortlichen und dauerhaften Leistungserbringung einer Substitution (und damit einhergehenden Heilkundeausübung) gehen soll, sondern lediglich um die assistierende Hilfeleistungserbringung im Rahmen der Delegation. Dass eine solche Delegation zulässig ist, ergibt sich bereits aus dem Gesetz. Nach § 28 Abs. 1 Satz 2 SGB V umfasst die ärztliche Behandlung auch die Hilfeleistung anderer Personen, die von einem Arzt angeordnet oder von ihm zu verantworten ist.

Dr. Peter Hüttl



Herr Rechtsanwalt Dr. Peter Hüttl, seit 2001 als Rechtsanwalt zugelassen, ist Fachanwalt für Arbeitsrecht und Medizinrecht. Er hat sich auf Arbeitsrecht und Arzthaftungsrecht spezialisiert und steht als ausgebildeter Mediator vorwiegend in diesen Bereichen auch im Rahmen einer Konfliktlösung zur Verfügung.

Gesetzliche Grundlagen der Delegation

Eine klassische gesetzliche Grundlage, was im Rahmen der Delegation auf PAs zulässig ist, existiert nicht. Gleichwohl gibt es einige Richtlinien und Gesetze, aus denen sich ein Rahmen ergibt, den es zu beachten gilt und der aber auch ein Anhalt dafür sein kann, was zulässig ist im Rahmen der Delegation.

So existiert einerseits die Richtlinie des gemeinsamen Bundesausschusses zur häuslichen Pflege für den hausärztlichen Dienst[1].

Darüber hinaus gibt es den Anhang zum Bundesmantelvertrag-Ärzte nach § 28 Abs. 1 S. 3 SGB V, der eine Auflistung delegierbarer Leistungen in der vertragsärztlichen Versorgung vorhält.[2] Es gilt dann noch die Heilkundeübertragungsrichtlinie im Rahmen von Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3 c SGB V zu beachten.[3] Schließlich darf noch der Vollständigkeit halber auf § 1 Abs. 5 Zahnheilkundegesetz verwiesen werden.

Der explizite Arztvorbehalt wird lediglich in wenigen Einzelfällen gesetzlich für bestimmte Leistungen definiert, insbesondere für bestimmte Infektionskrankheiten nach § 24 Infektionsschutzgesetz (IfSG), Schwangerschaftsabbrüche nach §§ 218 ff. Strafgesetzbuch (StGB), Kastrationen nach § 2 Kastrationsgesetz (KastrG), die Organentnahme bei Organspendern nach §§ 3, 4, 5, 8 Transplantationsgesetz (TPG), die Blutspende nach § 7 Transfusionsgesetz (TransfG), die Fortpflanzungsmedizin nach §§ 9, 11 Embryonenschutzgesetz (ESchG), die Anordnung und Anwendung von Röntgenstrahlen nach §§ 23, 24 Röntgenverordnung (RöV), die Verabreichung und Verschreibung bestimmter Medikamente nach § 48 Arzneimittelgesetz (AMG) und § 13 Betäubungsmittelgesetz (BtMG), die Verschreibung bestimmter Medizinprodukte nach § 1 Medizinprodukte-Verschreibungsverordnung (MPVerschrV) und die Aufklärung vor klinischen Prüfungen nach §§ 40, 41, 49 AMG, §§ 20, 21 Medizinprodukte-Gesetz (MPG) sowie § 41 Strahlenschutz-Verordnung (StrlSchV).

Jenseits dieser Richtlinien und Gesetze existieren aber keine konkreten gesetzlichen Maßgaben zur Arbeitsteilung im Rahmen der Delegation.

Zu betonen gilt es aber, dass es der ausdrückliche Wille des Gesetzgebers ist, dass die erlernten Fertigkeiten auch jenseits von Modellvorhaben eingesetzt werden, sodass der dazu definierte Rahmen dem Grunde nach anwendbar sein muss.

Auch der Gesetzesentwurf zur Änderung des Notfallsanitätergesetzes lässt die Vermutung zu, dass die Delegation, wenn sie sich im zulässigen Rahmen bewegt, im Sinne des Gesetzgebers ist, wenn man darin liest:

„Notfallsanitäter genießen eine dreijährige qualitativ hochwertige Ausbildung, die sie speziell auf ihre Aufgaben in medizinischen Notfallsituationen vorbereitet. Sie den unkundig praktizierenden Laien gleichzustellen, vor denen das Heilpraktikergesetz nach seiner historischen Zielsetzung schützen will, lässt jede fachgerechte Einordnung und Wertschätzung dieses hochqualifizierten Gesundheitsfachberufes vermissen.“[4]

Es geht dem Gesetzgeber also darum, Patienten vor der Heilkunde durch praktizierende Laien zu schützen. Als praktizierende Laien sind aber die nichtärztlichen Heilberufe nicht anzusehen.

Grundsätze der Delegation

Es gilt daher nach wie vor der Grundsatz, dass delegationsfähig nur Verrichtungen sind, die nicht aufgrund ihrer Schwierigkeit, ihrer Gefährlichkeit oder wegen der Unvorhersehbarkeit etwaiger Reaktionen ärztliches Fachwissen voraussetzen und deshalb vom Arzt persönlich durchzuführen sind. Die Delegation ärztlicher Aufgaben an nichtärztliches Personal ist also grundsätzlich nur dann zulässig, wenn sie nicht dem ärztlichen Personal vorbehalten sind. Dabei ist dort die Grenze zu ziehen, wo die betreffende Tätigkeit gerade eigene Fähigkeiten und Kenntnisse des Arztes bedingt. Der Bundesgerichtshof (BGH) hat hier insoweit bereits 1975 folgenden Grundsatz aufgestellt:

„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 vielmehr grundsätzlich nur zu fordern, wo die betreffende Tätigkeit gerade dem Arzte eigene Kenntnisse und Kunstfertigkeiten voraussetzt.“[5]

So hat sich recht schnell eine Unterscheidung in drei Gruppen herauskristallisiert, wonach es die grundsätzlich nicht delegationsfähigen ärztlichen Leistungen, die im Einzelfall delegationsfähigen ärztlichen Leistungen und die im Allgemeinen delegationsfähigen Leistungen gibt.

Problematisch ist allerdings, dass dieser juristische Rahmen im Einzelfall mit konkret zu benennenden zulässigen Tätigkeiten ausgefüllt werden muss, und hier scheiden sich seit vielen Jahren die Geister. Was man allerdings festhalten muss ist, dass insbesondere im Zusammenhang mit den im Einzelfall delegationsfähigen ärztlichen Leistungen, bei welchen es im Wesentlichen auf den Patienten, aber auch auf die Qualifikation des Mitarbeiters ankommt, der Spielraum fließend ist. Denn dadurch, dass die Delegation unter anderem auch von der Qualifikation des jeweiligen Mitarbeiters bestimmt wird, sind die Grenzen hier heute sicherlich weiter zu ziehen, als noch vor vielen Jahren. Denn mit der zunehmenden Qualifikation und insbesondere auch der neuen Berufsbilder, insbesondere des PA, weitet sich automatisch der Rahmen. Dass die Ausbildung die zentrale Rolle bei der Beurteilung mitunter spielt, hat auch nunmehr der Gesetzgeber erkannt, wenn er im Krankenpflegegesetz (KrPflG) in § 1 Abs. 1 Satz 2 folgendes ausführt: „Personen mit einer Erlaubnis nach Satz 1, die über eine Ausbildung nach § 4 Abs. 7 verfügen, sind im Rahmen der in dieser Ausbildung vermittelten erweiterten Kompetenzen zur Ausübung der heilkundlichen Tätigkeiten berechtigt.“ Es ist daher davon auszugehen, dass man den Angehörigen eines Pflegeberufes, die beispielsweise die Zusatzausbildung zum PA absolviert haben und auch mittels einer Prüfung erfolgreich abgeschlossen haben, unter Berücksichtigung des Gesetzestextes nicht die Befähigung und damit Befugnis absprechen kann, diese materiellen Kenntnisse auch einzusetzen.[6]

Dieser Schluss erscheint nach Ansicht der Autoren dieses Artikels zulässig, wenn man sich die Gesetzesbegründung zum Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3 c SGB V ansieht.[7] Hier betont der Gesetzgeber in der Begründung, dass berufsrechtlich die zusätzlich erworbenen Kompetenzen nicht auf Tätigkeiten im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung beschränkbar sind, da die Ausbildung eine grundlegende Kompetenz vermittelt, die generell und dauerhaft den Zugang zum erlernten Beruf und damit die Ausübung der erlernten heilkundlichen Tätigkeit gestattet.[8] Des Weiteren macht der Gesetzgeber deutlich, dass diese Möglichkeiten der Delegation, die bereits bestehen, in der Vergangenheit nicht umfassend genutzt wurden.[9] Es drängt sich daher den Autoren dieses Artikels der Rückschluss auf, dass die Delegation vom Gesetzgeber ausdrücklich gewünscht ist und zwar in einem größeren Umfang als bisher.[10]

Dies spielt insbesondere dann eine Rolle, wenn man betrachtet, was im Rahmen dieser Modellvorhaben als delegationsfähige Leistungen angesehen wird. Dies erweitert den möglichen Katalog doch erheblich, da unter Berücksichtigung des Sinn und Zweckes der Gesetzgebung feststeht, dass nicht nur im Rahmen von Modellvorhaben gewisse Leistungen delegiert werden können, sondern dass daraus eine grundsätzliche Zulässigkeit auch jenseits des Modellvorhaben resultiert, wie sich aus den vorzitierten Gesetzesbegründungen ergibt.

Gleichwohl ändert dies alles nichts daran, dass der Arzt diejenigen Leistungen, die er nur höchstpersönlich erbringen kann, nicht delegieren darf.

Dazu gehören die Anamnese, die Indikationsstellung, die Untersuchung des Patienten einschließlich invasiver diagnostischer Leistungen, das Stellen der Diagnose, die Aufklärung und Beratung des Patienten, die Entscheidung über die Therapie und die Durchführung invasiver Therapien einschließlich der Kernleistungen operativer Eingriffe.11

Der Arzt trägt bei der Delegation nach wie vor die sog. Anordnungs- und Anweisungsverantwortung12 und muss dabei die Gefahrgeneigtheit der durchzuführenden Tätigkeit, die Schutzbedürftigkeit des Patienten auch unter Berücksichtigung der Komplikationsdichte und etwaigen Behandlungsschwierigkeiten sowie die Qualifikation des PA, auf welchen die Tätigkeit delegiert werden soll, berücksichtigen. Er haftet demgemäß für seine Auswahl.

Der PA wiederum hat dann die Übernahme- und Durchführungsverantwortung13. Dies bedeutet, wenn er eine auf ihn zulässig delegierte Leistung übernommen hat, trägt er auch die Verantwortung dafür, dass im Rahmen seiner Leistung alles ordnungsgemäß durchgeführt wird. Er hat aber darüber hinaus auch die Remonstrationspflicht, wenn er der Auffassung ist, dass er die Leistung nicht erbringen kann oder darf. Er hat zudem die Pflicht, bei auftretenden Komplikationen unmittelbar den Arzt hinzuzurufen. Eine Haftung ist dann unmittelbar auch beim PA gegeben.

Auf den PA delegierbare Leistungen

So ist nach dem Beispielkatalog delegierbarer ärztlicher Leistungen der Anlage 24 zum BMV-Ä folgendes zulässig:

- standardisierte Erhebung der Anamnese, wenn eine spätere Überprüfung und ggf. Ergänzung im Patientengespräch durch den Arzt erfolgt
- die Unterstützung bei der Vermittlung und Erläuterung standardisierter Informationsmaterialien im Zusammenhang mit der Aufklärung, wenn eine spätere Überprüfung ggf. Ergänzung durch den Arzt im persönlichen Gespräch mit dem Patienten erfolgt
- die Datenerfassung und die Kommunikation von Untersuchungsergebnissen und Therapieerfolgen
- die Unterstützung des Arztes bei Erstellung von schriftlichen Mitteilungen im Gutachten, wie beispielsweise der Vorbereitung eines standardisierten Arztbriefes, wenn später eine Kontrolle durch den Arzt erfolgt.
- Labordiagnostik (wie beispielsweise allgemeine Laborleistungen, technische Aufarbeitung und Beurteilung von Untersuchungsmaterial, Durchführung labortechnischer Untersuchungsgänge, humangenetische Leistungen)
- unterstützende Leistungen bei der Diagnostik (hier beispielsweise Blutentnahme kapillar sowie venös, (Langzeit-) Blutdruckmessung, (Langzeit-)EKG, Lungenfunktionstest, Pulsoxymetrie, Blutgasanalysen und Erhebung weiterer Vitalparameter).

Angesichts der Tatsache, dass beispielsweise auch szintigraphische Untersuchungen delegierbar sind, bestehen aus Sicht der Verfasser keine Bedenken dagegen, dass man ebenfalls standardisierte Untersuchungstechniken (beispielsweise Echokardiographie, Sonographie oder Karotisduplex) delegiert. Sofern die entsprechenden Kenntnisse dafür gegeben sind und die entsprechenden Aufzeichnungen und Speicherungen anschließend vom Arzt validiert werden.

Jegliche Art der subkutanen und intramuskulären Injektionen gilt als regelhaft delegationsfähige Leistung. Gleiches gilt für Blutentnahmen.

Sofern die initiale Wundversorgung durch einen Arzt erfolgt ist, kann die weitere Wundversorgung nach Rücksprache mit dem Arzt erfolgen. Hierzu zählen selbstverständlich auch Verbandwechsel jeglicher Art, wenn sichergestellt ist, dass bei auffälligen Feststellungen der Arzt hinzugezogen wird. Aber auch eine Versorgung von Wunden im Sinne von Debridement etc. muss zulässig sein.14

Die standardisierte Kontrolle der präoperativen Diagnostik und Kommunikation mit Vorschlägen der Diagnostik an den Arzt ist ebenfalls zulässig. Denn im Zusammenhang mit dem Krankheitsbild des Diabetes mellitus Typ II wurde diesbezüglich bereits vom gemeinsamen Bundesausschuss den Pflegekräften eine umfassende Kompetenz in der Prozesssteuerung und Durchführung der therapeutischen Maßnahmen zugebilligt.

Das Entfernen von Portnadeln ist daher ebenso delegationsfähig, wie die Pflege und das Ziehen von Drainagen.

Die Umsetzung des Therapieplanes, insbesondere die Prozesssteuerung und die Durchführung im Sinne eines Monitorings durch den PA kann nicht zu beanstanden sein.15

Die vorbenannten Beispiele ergeben sich aus der Heilkundeübertragungsrichtlinie bzw. aus der Anlage 24 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte und stehen somit außerhalb der Diskussion unter der Voraussetzung, dass die notwendige Qualifikation beim nichtärztlichen Mitarbeiter gegeben ist und der Patient seine Einwilligung dazu gegeben hat. Das Postulat der Einwilligung gilt natürlich auch bei der Delegation und es wird bei der Darstellung der Zulässigkeit der Delegation davon ausgegangen, dass diese vorliegt.

Nicht direkt beantwortet sind darin aber Fragestellungen der Delegation, die speziell mit chirurgischen Leistungen zusammenhängen.

Eine direkte Antwort auf diese Fragestellungen findet man in der Rechtsprechung derzeit noch nicht. Bereits aus der Entscheidung des Bundesgerichtshofes aus dem Jahr 1979 wird aber deutlich, dass die zentrale Fragestellung im Zusammenhang mit der Zulässigkeit der Delegation im Einzelfall insbesondere auch diejenige ist, ob die entsprechende Qualifikation vorliegt.16 Diesen Aspekt hat die Rechtsprechung stets zur Beantwortung der Frage herangezogen, ob die Delegation einer Einzelleistung juristisch zulässig ist.

Selbst wenn also Eingriffe grundsätzlich einmal in den Verantwortungsbereich des Arztes gehören, so wird man immer fragen müssen, ob es sich tatsächlich um eine Tätigkeit handelt, die aufgrund ihrer Schwierigkeit, Gefährlichkeit oder Unvorhersehbarkeit zwingend von einem Arzt erbracht werden muss oder ob sie nicht vielmehr aufgrund der vermittelten Qualifikation nicht auch vom PA durchgeführt werden kann.

Die Autoren dieses Artikels gehen davon aus, dass der Rahmen aus rein juristischer Sicht weit gesteckt werden kann, sofern aus medizinischer Sicht keine fachlichen Bedenken bestehen. Dann bleibt als einziges Kriterium die bereits benannte Kenntnis durch den ausführenden PA.

Es empfiehlt sich aber bei der Delegation noch mehr als sonst auch, durch eine sorgfältige Auswahl des durchführenden PA und eine ggf. transparente Beweisbarkeit seiner fachlichen Qualifikation sicherzustellen, dass man das Infragestellen der Delegation im Einzelfall mit den entsprechenden Argumenten aus der Rechtsprechung

parieren kann. Jenseits der grundsätzlichen Zulässigkeit muss daher immer am konkreten Patienten in Ansehung der zu erbringenden Leistung und der Qualifikation des PA eine Entscheidung getroffen werden. Dies ist aber keine Besonderheit der Delegation auf einen PA, sondern ein Grundsatz der Delegation, da ja gerade keine Substitution vorliegt und auch nicht vorliegen soll.

Jenseits der Tätigkeit am Patienten kann ein PA aber auch umfassend administrativ zur Entlastung beitragen.

So bestehen keine Bedenken dagegen, wenn ein PA Entlassbriefe vorbereitet, ggf. standardisierte OP-Berichte vorbereitet und diese dann durch den jeweilig zuständigen Arzt kontrolliert werden.

PA können auch bei der Etablierung neuer OP-Techniken in der Organisation tätig sein, wie beispielsweise als Schnittstelle zwischen den Herstellern, dem Einkauf und dem beteiligten Chirurgen dienen. Im Zusammenhang mit Studien ist das Erstellen und Führen von Datenbanken, das Sammeln von Daten und Dokumentationen und deren Auswirkung hinsichtlich ihrer Relevanz selbstverständlich eine Leistung, die vom PA durchgeführt werden kann. Gleiches gilt für die Dokumentation des Behandlungsverlaufes und der ärztlichen Anordnungen. Er darf auf Visiten begleiten und auf ärztliche Anordnung hin das Anmelden und die Organisation der diagnostischen Untersuchungen sowie Konsilen und Therapien übernehmen. Auch die Koordination von Entlass-Management und das Verlegen von Patienten (ggf. auf ärztliche Anordnung) sind Dinge, die vom PA durchgeführt werden können. Sofern nicht ausdrücklich die ärztliche Expertise notwendig ist, kann der PA auch als Ansprechpartner für Zuweiser, mitbehandelnde Ärzte, Reha-Kliniken und Krankenkassen dienen. Er kann selbstverständlich auch Anschlussheilbehandlunganträge vorbereiten, wobei man hier die Abrechnungsbesonderheiten berücksichtigen muss.

Gleichfalls bestehen keine Probleme im Hinblick auf die Zulässigkeit der Unterstützung bei Forschung und Lehre, als da sind das Patientenscreening für klinische Studien, die Durchführung der Laboranalytik, die Studiendokumentation, die Korrespondenz mit der Studienleitung, die Teilnahme an Zertifizierungskursen, die Literaturrecherche und die Präsentationserstellung. Im Zusammenhang mit der Lehre sind die Vorlesungsassistenz, die Erstellung von Vorlesungsskripten, die Seminarvorbereitung, die Mitwirkung an Blockpraktika, die Mitarbeit in Lehrprojekten und das Teaching im OP Dinge, die unzweifelhaft einem PA übertragen werden können.

Schlussbetrachtung

Wie sich aus den vorgenannten Darstellungen ergibt, sind bereits jetzt durch den Gesetzgeber bzw. entsprechende Richtlinien zahlreiche Fragestellungen geklärt, was die Zulässigkeit der Delegation ärztlicher Leistungen an nicht ärztliches Personal dem Grunde nach betrifft.

Insbesondere die Gesetzesmaterialien machen sehr deutlich, dass der Gesetzgeber bei der punktuellen Zulässigkeit der Übertragung ärztlicher Leistungen auf nicht ärztliche Berufe nicht nur das jeweilige (Pilot)Projekt im Auge hatte, sondern er geht davon aus, dass eine grundlegend erworbene Kompetenz generell und dauerhaft ausgeübt werden kann. Insofern ist es zulässig, wenn man sich bei der Betrachtung der Delegation ärztlicher Leistungen auf PA an demjenigen orientiert, was in der Anlage 24 Bundesmantelvertrag Ärzte oder aber auch in der Heilkundeübertragungsrichtlinie im Sinne von § 63 Abs. 3 c SGB V steht.

Jenseits dessen muss man bei der Beurteilung noch nicht geklärter Fragestellungen sich auf dasjenige zurückziehen, was die Rechtsprechung fordert.

Hier geht es im Wesentlichen in erster Linie darum, ob die zu delegierende Leistung etwas ist, was unter dem zwingenden Arzt-Vorbehalt steht. Hier ist die jeweilige Leistung entscheidend und letztlich muss daher diese Frage dann von Seiten der Ärzteschaft entschieden werden. Denn auch im Fall einer juristischen Auseinandersetzung zu diesem Thema, wird letztlich ein medizinischer Gutachter diese entscheidende Frage klären.

Wenn dieser Vorbehalt also nicht gegeben ist, so bestehen grundsätzlich an der Delegationsfähigkeit keine Zweifel.

Dann sind abschließend die Fragen zu stellen, inwieweit die Person, auf die der Eingriff delegiert wurde, dann tatsächlich dazu in der Lage ist, diese Leistung auch zu erbringen und ob angesichts des konkreten Patienten die Delegation vertretbar ist.

Entsprechend § 4 der Anlage 24 zum Bundesmantelvertrag Ärzte kann man also festhalten, dass der Arzt sicher zu stellen hat, dass der PA aufgrund seiner beruflichen Qualifikation oder allgemeinen Fähigkeiten und Kenntnisse für die Erbringung der delegierten Leistung geeignet ist. Er hat ihn dann zur selbständigen Durchführung der zu delegierenden Leistung anzuleiten sowie regelmäßig zu überwachen.

Insofern ändern die neuen Berufsbilder nichts daran, dass es grundsätzlich bei den Grundsätzen der Delegation verbleibt. Da aber die Frage nach der Zulässigkeit der Delegation immer unter dem Aspekt der jeweiligen Leistungsfähigkeit im Sinne des Könnens des PA steht, ist hier vieles im Fluss. Wie die gesamte Medizin, ist also im Ergebnis auch die Frage der Delegationsfähigkeit einzelner ärztlicher Leistungen etwas, was einem steten Wandel unterworfen ist und nicht zuletzt auch dadurch bestimmt wird, welche Kompetenzen die neuen Berufsbilder vermittelt erhalten und damit auch haben.

Ein weiterer Schritt zu mehr Rechtssicherheit wäre sicher ein Katalog der jeweiligen Fachgesellschaft, in dem ähnlich der Vereinbarung über die Delegation ärztlicher Leistungen an nichtärztliches Personal in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 28 Abs. 1 S. 3 SGB V (Anlage 24 zum Bundesmantelvertrag Ärzte) oder der Richtlinie nach § 63 Abs. 3c SGB V grundsätzlich festgelegt wird, welche Leistungen delegiert werden können und bei welchen Leistungen ein zwingender Arztvorbehalt besteht.

Für mehr Orientierung bei der Aufgabenübertragung sowie dem Qualitätsrahmen hinsichtlich bundesweit einheitlicher PA-Studiengänge ist auch weiterhin ein intensiver Austausch zwischen Fachgesellschaften, Hochschulen und anderen Akteuren des Gesundheitswesens (z. B. BÄK und KBV) anzustreben.

Denn aus juristischer Sicht wird es, wie ja bisher bei der Delegation ärztlicher Leistungen es auch schon ist, so sein, dass all das nicht zu beanstanden sein wird, was aus Sicht der Ärzteschaft als delegationsfähige Leistung zu klassifizieren ist und unzulässig bleibt, was aus deren Sicht nicht delegationsfähig ist.[17]

Zur Absicherung des Haftpflichtversicherungsschutzes ist es zudem zwingend notwendig, dass die Haftpflichtversicherung über den Einsatz von PAs informiert wird.

Fußnoten

1 Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege (Häusliche Krankenpflege-Richtlinie)
2 siehe Vereinbarung zwischen der KBV und dem GKV Spitzenverband über die Delegation ärztlicher Leistungen an nichtärztliches Personal in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 28 Abs. 1 S. 3 SGB V
3 siehe Richtlinie nach § 63 Abs. 3c SGB V 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. 3c SGB V (Richtlinie nach § 63 Abs. 3c SGB V)
4 Vgl. Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Notfallsanitätergesetzes, Deutscher Bundestag Drucksache 19/15274,

http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/19/152/1915274.pdf

5BGH, NJW 1975, 2245 f.

6so auch Gaidzik/Weimer in: Huster/Kaltenborn, Krankenhausrecht (2017), Seite 519

7Gesetzliche Krankenkassen und Leistungserbringer können im Rahmen von Modellvorhaben bestimmte ärztliche Tätigkeiten auf ausgebildete Kranken- und Altenpflegekräfte zur selbstständigen Ausübung übertragen. Der G-BA regelt in der Richtlinie nach § 63 Abs. 3c SGB V die allgemeinen Grundlagen der Heilkundeübertragung in Modellvorhaben, bestimmt Art und Umfang der Tätigkeiten sowie die zur selbstständigen Ausübung jeweils erforderlichen Qualifikationen.

8In der Gesetzesbegründung heißt es wörtlich: Berufsrechtlich sind diese zusätzlich erworbenen Kompetenzen aber nicht auf Tätigkeiten im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung beschränkbar, da die Ausbildung eine grundlegende Kompetenz vermittelt, die generell und dauerhaft Zugang zum erlernten Beruf und damit die Ausübung der erlernten heilkundlichen Tätigkeit gestattet. vgl. Bröhme, a.a.O.

9vgl. hierzu Böhme, Intravenöse Applikation von Chemotherapie durch Pflegepersonal, Pflege- und Krankenhausrecht 2019, Seite 8 ff.

10Hierzu heißt es in der Gesetzesbegründung: Bereits die geltenden Regelungen sowohl des Berufsrechtes als auch des SGB V ermöglichen die Delegation von ärztlichen Tätigkeiten auf nichtärztliche Heilberufe. Diese Möglichkeiten wurden in der Vergangenheit nicht umfassend genutzt, vgl. Bröhme, a.a.O.

11Bundesärztekammer und Kassenärztliche Vereinigung, Physician assistant – Ein neuer Beruf im deutschen Gesundheitswesen, Seite 7

12vgl. BGH, Urteil vom 10.01.1984, Az.: VI ZR 158/82

13 OLG Stuttgart, Urteil vom 20.08.1992, Az.: 14 U 3/92; OLG Köln, Urteil vom 02.12.1992, Az.: 27 U 103/91

14vgl. hierzu siehe Richtlinie nach § 63 Abs. 3c SGB V 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

15wie vor

16BGH, Urteil vom 08.05.1979, Az.: VI ZR 58/78, insbesondere Rdnr. 11. Der BGH nahm damals an, dass mangels hinreichender Schulung eine intramuskuläre Spritze nicht delegationsfähig ist.

17Deutsche Gesellschaft für Chirurgie e.V., Die rechtliche Stellung Chirurgisch-Technischer Assistenten https://www.bdc.de/die-rechtliche-stellung-chirurgisch-technischer-assistenten/

Hüttl P, Heberer J: Physician Assistants – eine juristische Einschätzung. Passion Chirurgie. 2021 März; 11(03): Artikel 03_02.

Autor:innen des Artikels



Peter Hüttl

Fachanwalt für Arbeitsrecht und Medizinrecht, München
Kanzlei Dr. Heberer & Kollegen

Kontakt



Jörg Heberer

Justitiar des BDC, Rechtsanwalt und Fachanwalt für Medizinrecht
Rechtsanwaltskanzlei Dr. Heberer & Kollegen

Kontakt