

DELEGATION

VON LEISTUNGEN IN
DER RHEUMATOLOGIE

WIR delegieren –
WIR übernehmen

Dr. Kirsten Hoepfer
Christian Koller
Dr. Florian Schuch & Petra Sandner
Prof. Dr. Klaus Krüger & Ines Joppa
Dr. Edmund Edelmann

Dr. Georg Gauler &
Patricia Steffens-Korbanka
Dr. Martin Welcker
Dr. Silke Zinke
Dr. Jörg Wendler

Vorwort

Dr. Silke Zinke, Dr. Jörg Wendler

Delegation von Leistungen in der Rheumatologie

Fakten – Chancen

Dr. Kirsten Hoeper

Delegation in der Praxis – Perspektive des Rheumatologen

Prof. Dr. Klaus Krüger

Der Einsatz der Rheumafachassistenz aus ärztlicher Sicht

Dr. Martin Welcker

Juristische Aspekte der Delegation

Christian Koller, Anwalt für Medizinrecht

Versorgungs- und wirtschaftliche Aspekte der Delegation in der rheumatologischen Praxis und Ambulanz

Dr. Edmund Edelmann

Die Rheumatologische Fachassistenz

Dr. Florian Schuch

Erfahrung eines Osnabrücker Rheumazentrums

Dr. Georg Gauler, Patricia Steffens-Korbanka

Die Rheumafachassistenz im Alltag

Dr. Florian Schuch, Petra Sandner

Delegation in der Praxis: die Perspektive einer rheumatologischen Fachassistentin

Ines Joppa

Meine Erfahrung mit der Delegation

Patricia Steffens-Korbanka



DIE BROSCHÜRENREIHE „DELEGATION VON LEISTUNGEN IN DER RHEUMATOLOGIE“ ENTSTAND IN ZUSAMMENARBEIT MIT DEM BDRH E. V.

IMPRESSUM

Herausgeber: Sigurd Rudeloff

WORTREICH Gesellschaft für individuelle Kommunikation mbH, Limburg/Lahn

Tel. 06431/590960, Fax 06431/5909611, info@wortreich-gik.de



DR. KIRSTEN HOEPER

Regionales Kooperatives Rheumazentrum Niedersachsen e. V. Geschäftsführung



DR. FLORIAN SCHUCH

Rheumatologische Schwerpunktpraxis Erlangen



PROF. DR. KLAUS KRÜGER

Praxiszentrum St. Bonifatius München



PETRA SANDNER

Rheumatologische Schwerpunktpraxis Erlangen



INES JOPPA

Praxis Prof. Dr. med. Klaus Krüger München



DR. EDMUND EDELMANN

Rheumazentrum Bad Aibling & Erding



DR. MARTIN WELCKER

MVZ für Rheumatologie Planegg



DR. GEORG GAULER

Rheumapraxis an der Hase Osnabrück



CHRISTIAN KOLLER

Fachanwalt für Medizinrecht Kanzlei Tacke Krafft München



PATRICIA STEFFENS-KORBANKA

Rheumapraxis an der Hase Osnabrück



DR. SILKE ZINKE

Rheuma-Praxis-Zinke Berlin



DR. JÖRG WENDLER

Rheumatologische Schwerpunktpraxis Erlangen

VORWORT

Liebe Leserinnen und Leser,
liebe Kolleginnen und Kollegen,
liebe rheumatologische Fachassistentinnen und Fachassistenten,

die Weiterentwicklung und Weiterbildung der in einer rheumatologischen Praxis oder Klinik tätigen Medizinischen Fachangestellten MFA zur RFA findet aktuell besondere Anerkennung: Das Musterfortbildungscurriculum für Medizinische Fachangestellte „Rheumatologie“ wurde nach Beratung im Ausschuss „Medizinische Fachberufe“ der Bundesärztekammer vom Vorstand der Bundesärztekammer am 06.04.2021 beschlossen und den Landesärztekammern zur einheitlichen Anwendung empfohlen. Der Entwurf dazu wurde in Zusammenarbeit von DGRh und BDRh, sowie unter weiterer Beteiligung des Verbandes Rheumatologischer Akutkliniken e.V. (VRA), des Fachverbandes Rheumatologische Fachassistenz e. V., der Ärztekammer Westfalen-Lippe, der Ärztekammer Schleswig-Holstein, der Bundesärztekammer sowie in Abstimmung mit dem Verband medizinischer Fachberufe e. V. (VmF) erstellt.

Das Musterfortbildungscurriculum kann als Wahlteil für die Aufstiegsqualifikation „Fachwirt/-in für ambulante medizinische Versorgung“ gemäß § 1 Abs.4 in Verbindung mit § 54 Berufsbildungsgesetz durch die Landesärztekammern anerkannt werden.

Jetzt ist es also „offiziell“ - damit ergeben sich neue Chancen und ein geändertes Berufsbild für die RFA. Gratulation, und Dank den Autoren dieser Broschüre, die zu den Wegbereitern dieser Entwicklung gehören, der Rheumaakademie als zentralem Motor und Koordinator, besonders Frau Voormann, und der Industrie für die intensive, vertrauensvolle Zusammenarbeit und ihre nachhaltige Unterstützung bei diesem Projekt, das vor 15 Jahren seinen Anfang nahm.

Also ein wichtiger Schritt, ein Meilenstein, der helfen wird, die Versorgung für Patientinnen und Patienten mit entzündlich rheumatischen Erkrankungen durch die Etablierung und den Einsatz der Rheumatologischen Fachassistenz (RFA) zu verbessern.

Die hier vorliegenden Beiträge betrachten und diskutieren, erklären und hinterfragen die vielfältigen Aspekte der Delegation von Leistungen in der Rheumatologie an die RFA. Die AutorInnen sind alle seit vielen Jahren in der curriculären Ausbildung der RFA, dem praktischen Einsatz in Klinik und Praxis, wissenschaftlichen Untersuchungen zur Delegation aktiv, oder sind selbst erfahrene RFAs, und lassen neben ihrem Wissen auch ihre persönlichen Erfahrungen und Beurteilungen in ihre Beiträge einfließen. Ein besonderer Blick wird auf die juristischen Aspekte der Delegation gerichtet.

Eine aktuelle und spannende Lektüre,

Ihre
Silke Zinke und Jörg Wendler

www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/MFA/Musterfortbildungscurriculum_MFA_Rheumatologie_1Auflage_2021.pdf



DELEGATION VON LEISTUNGEN IN DER RHEUMATOLOGIE

DR. KIRSTEN HOEPER

FAKTEN

Wir wissen: Die Behandlung von chronisch-entzündlichen Erkrankungen hat sich in den letzten Jahren, vor allem durch neue therapeutische Möglichkeiten mit der Anwendung von Biologika, deutlich verändert. Die Erkrankungen möglichst früh und schnell durch eine wirksame und konsequente Therapie unter Kontrolle zu bringen, ist die Voraussetzung, irreversible Organschäden, Gelenkdestruktionen und Komplikationen zu vermeiden. Für eine Optimierung des Outcomes ist die laufende Anpassung der Therapien bis zu einem definierten Endpunkt mit engmaschiger Verlaufskontrolle erforderlich.¹⁻³ Aufgrund des hohen Risikos von Komorbidität bei allen chronisch-entzündlichen Erkrankungen ist ein Screening auf Begleiterkrankungen von großer Bedeutung.

Unsere vorhandenen ärztlichen Ressourcen reichen nicht aus, schon gar nicht, um eine frühzeitige, patientenzentrierte und leitliniengerechte Versorgung durchzuführen. Wir wissen auch:

- Patienten mit chronisch-entzündlichen Erkrankungen haben eine hohe Krankheitslast. Das z. T. frühe Manifestationsalter führt zu erheblichen Auswirkungen auf Aktivitäten und die Teilhabe in den Bereichen Ausbildung, Beruf, Partnerschaft und Familie.
- Ein Zugang zur Spitzenmedizin fehlt häufig, insbesondere in ländlichen Regionen.
- Die Zahl der Fachärzte liegt nur bei 50 % des Werts, der für eine optimale Versorgung notwendig wäre.⁴
- Für die Zukunft ist sogar eine Verschlechterung zu erwarten, da angesichts der nur geringen Vergütung der Rheumatologie im DRG-System aktuell viele rheumatologische Zentren geschlossen werden und so in Zukunft noch weniger Fachärzte ausgebildet werden können.
- Die vorhandenen niedergelassenen Praxen und Ambulanzen schaffen es nur unzureichend, den Versorgungsansturm zu bewältigen. Die Folge: Es kommt zu langen Wartezeiten auf einen fachärztlichen Termin.

Um der grundsätzlichen Problematik der langen Wartezeiten auf einen Termin in der Facharztversorgung zu begegnen, hat der Gesetzgeber in dem am 23. Juli 2015 in Kraft getretenen Versorgungsstärkungsgesetz die Kassenärztlichen Vereinigungen verpflichtet, Terminservicestellen einzurichten, mit dem Ziel, innerhalb von einer Woche einen Termin bei einem Facharzt mit einer Wartezeit von maximal vier Wochen zu vermitteln.⁵ Diese konkrete Festlegung zur zeitnahen Zurverfügungstellung der fachärztlichen Versorgung ohne eine adäquate Patientensteuerung löst die Zugangsprobleme in der Rheumatologie jedoch in keiner Weise, sondern verschärft die Situation nur.

Die Medizinischen Fachangestellten (MFA) sind laut Statistischem Bundesamt die zweitgrößte Gruppe unter den Fachberufen im Gesundheitswesen. Im Auftrag der Ärztekammern entwickelt die Bundesärztekammer seit vielen Jahren Muster-Curricula für eine spezialisierte zusätzliche Qualifikation von MFAs. Die Versorgung von Patienten mit chronischen Erkrankungen erfordert ein multidisziplinäres Team aus ärztlichen und nichtärztlichen Mitarbeitern.

In Deutschland wird bei den nichtärztlichen Partnern auf Ernährungsberater, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Sozialberater etc. verwiesen. Die MFAs werden oftmals, trotz spezialisierter Zusatzqualifikation, nicht dazugezählt – ein in der Öffentlichkeit nicht kommuniziertes Faktum!

Während die Delegation von ärztlichen Tätigkeiten an nichtärztliches Personal in der Sekundärversorgung in anderen europäischen Ländern bereits etabliert ist⁶, gehört ein strukturierter Einsatz einer MFA in Deutschland derzeit noch nicht zum Versorgungsalltag! Durch unterschiedliche Gesundheitssysteme in Europa, Unterschiede in den rechtlichen Rahmenbedingungen der Delegierbarkeit von ärztlichen Leistungen an nichtärztliches Praxispersonal sowie Unterschiede in der Ausbildung, sind die Ergebnisse allerdings nicht uneingeschränkt auf die Versorgungssituation in Deutschland übertragbar.

Bislang gab es in Deutschland jedoch noch keine Studie, welche die Versorgungsqualität einer Delegation in der Rheumatologie abbildet und deren Wirksamkeit nachweist. Diese Lücke schließen nun die Studien „ERFASS: Effektivität der RFA-Sprechstunde“^{7,8} und „StärkeR: Strukturierte Delegation ärztlicher Leistungen im Rahmen konzeptionsgeregelter Kooperation der Versorgung von Patienten mit chronisch-entzündlichen Erkrankungen“.⁹ Wir haben nun fundierte Daten und Argumente.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der GKV-Spitzenverband schlossen bereits 2013 als Anlage 24 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) eine Vereinbarung über die Delegation ärztlicher Leistungen an nichtärztliches Personal in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung. Der Einsatz von nichtärztlichen Praxisassistenten (NÄPA) und Versorgungsassistenten in der Hausarztpraxis (VERAH) bei den Primärversorgern ist bereits im Versorgungsalltag angekommen und wurde positiv bewertet.¹⁰

Eine von der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie e. V. (DGRh) beauftragte Ad-hoc-Kommission hat sich dem Sachverhalt Delegation angenommen und übergeordnete Prinzipien sowie Empfehlungen zur Delegation von ärztlichen Aufgaben an die Rheumatologische Fachassistenz (RFA) erarbeitet und publiziert.¹¹ **Diese Empfehlungen schaffen eine medizinische und rechtliche Grundlage und bilden den Rahmen für eine sinnvolle und sichere Delegation.**

Die Vorgaben orientieren sich an der Anlage 24 BMV-Ä.¹² Die Erweiterung der Ausbildung der RFA mit einem von der Bundesärztekammer zertifizierten Fortbildungscurriculum für Medizinische Fachangestellte und Arzthelfer/innen „Rheumatologie“ schafft mit seiner positiven mit ihrem positiven Bescheid vom 15.4.2021 mehr Transparenz und Sicherheit für die Ärzte und RFAs.

Am 06.04.2021 hat die Bundesärztekammer die Durchführung des „Musterfortbildungscurriculum für Medizinische Fachangestellte „Rheumatologie““ beschlossen. Siehe Quelle: Quelle: https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/MFA/Musterfortbildungscurriculum_MFA_Rheumatologie_1Auflage_2021.pdf

CHANCEN

Der regelmäßige Einsatz einer MFA im Rahmen einer eigenen Sprechstunde bietet vielfältige Chancen, die wir wahrnehmen können bzw. sollten:

- Eine engmaschige Verlaufskontrolle der Krankheitsaktivität kann gewährleistet werden.
- Eine kontinuierliche Überwachung der Medikamenteneinnahme und der möglichen Nebenwirkungen ist ebenfalls von großer Bedeutung.
- Die Medikamentensicherheit und die Adhärenz könnten gesteigert werden.
- Die freiwerdenden Ressourcen auf Seiten der Ärzte können für komplexere oder neue Patienten genutzt werden.
- Die Ausweitung der Kompetenzen auf Seiten der MFAs wertet den Beruf auf, was eine höhere Zufriedenheit nach sich ziehen könnte.
- Ein effizienterer Einsatz der Ressourcen könnte langfristig zu einer Kostenersparnis führen, ohne die Versorgung der Patienten zu verschlechtern.

PARAMETER	AKTIVITÄT	VERSORGUNGSVERBESSERUNG
LEISTUNGSEMPFÄNGER		
Grunderkrankung	Treat-to-Target	schnellere Remission
Komorbiditäten	Screening Prävention	schnelle Diagnose; schneller Therapiebeginn
Medikamentöse Therapie	Kontrolle des Medikamentenplans Screening auf Nebenwirkungen Überwachung der Adhärenz	verbesserte Medikamentensicherheit; gesteigerte Adhärenz
Psychische Betreuung	Zeit für Gespräch	zeitnahe Reaktion auf psychische Probleme
Beratung	Vermittlung von Selbsthilfegruppen Ermittlung Rehabilitationsbedarf	verbesserte Teilhabe am Leben; verbesserte Lebensqualität; verbessertes Self-Management
LEISTUNGSERBRINGER		
Arzt	verbesserte Ressourcenallokation	mehr Zeit für komplexe und neue Patienten
MFA/RFA	vermehrte Kompetenzen	Aufwertung des Berufs; erworbene Qualifikation und Erfahrung kann angewendet werden
LEISTUNGSTRÄGER		
gesetzliche Krankenversicherung	Ausweitung von Kompetenzen auf die MFA; Vermeidung von Fehlallokation der Arbeiten	effizienterer Ressourceneinsatz

Meine Schlussfolgerung: Als die Person, die schon langjährig an diesem Thema arbeitet, an Studien maßgeblich teilgenommen hat, auch eine Reihe von praktizierenden Delegierern begleitet hat, komme ich nur zu einem Ergebnis:

DELEGATION BESTICHT ALS EXISTENZIELLE UND QUALITÄTSSTEIGERENDE VERSORGUNGSLEISTUNG UND FUNKTIONIERENDES MANAGEMENTTOOL.



DELEGATION IN DER PRAXIS: DIE PERSPEKTIVE DES RHEUMATOLOGEN

PROF. DR. KLAUS KRÜGER

RHEUMAFACHASSISTENZ – EINE ERFOLGSGESCHICHTE

Im Herbst 2005 traf sich in Erlangen eine Gruppe von sechs Rheumatologen/ Rheumatologinnen, um – mit Unterstützung der Firma Abbott – ein Curriculum zur Ausbildung von rheumatologischen Fachassistentinnen zu erstellen. Wir hatten damals zum einen die Gewissheit, dass in unseren jeweiligen Kliniken und Praxen Mitarbeiterinnen mit großem Interesse für die Rheumatologie und Bedarf für Fortbildung arbeiten, zum anderen schon damals das Gefühl, dass die Versorgung von Rheumakranken zukünftig ein breiteres Fundament benötigt. Aus den kleinen Anfängen wurde eine Erfolgsgeschichte, die man damals noch nicht für möglich gehalten hätte. Mit der Rheumaakademie wurde eine Institution gefunden, die bereit und in der Lage war, als Organisationsstruktur Kurse zu etablieren, als Ansprechpartner für Teilnehmer/innen zu dienen und alle zusätzlichen Aufgaben rund um diese neugeschaffene Ausbildung zu übernehmen. In den folgenden Jahren wurde der Kreis der Referenten und Kursautoren sukzessive vergrößert und das Kursangebot erweitert: Zum Grundkurs, der an vier Wochenenden 64 Unterrichtseinheiten vermittelte, kamen zunächst Refresherangebote, „Schnupperkurse“ für an der Rheumatologie Interessierte und an Kliniken stattfindende Aufbaukurse hinzu. DGRh und BDRh übernahmen die Schirmherrschaft und es wurde eine Zertifizierung für die Teilnehmerinnen geschaffen.

Vor allem definiert sich diese Erfolgsgeschichte jedoch über die Teilnehmerzahlen: Unterdessen sind fast:

- 2.000 Rheumafachassistent/innen ausgebildet,
- mehr als 50 Grundkurse haben an 17 deutschen Veranstaltungsorten stattgefunden!
- die nächsten Kurse im Jahr 2021 nahezu ausgebucht, d. h. der Bedarf an Ausbildung für diese Berufsgruppe hält unvermindert an.

Seit einigen Jahren wurden von der Rheumaakademie und allen weiteren Beteiligten Anstrengungen unternommen, die zertifizierte Ausbildung in einen von der Bundesärztekammer anerkannten regelrechten Berufsabschluss zu überführen. Hierbei war hilfreich, dass unterdessen ein zusätzlicher weiterführender Kurs „RFA Plus“* mit neuen komplementären Inhalten etabliert werden konnte, durch den nicht nur eine weitere Vertiefung des Fachwissens möglich wurde, sondern die für den Berufsabschluss erforderliche Zahl an Ausbildungsstunden erreicht werden konnte. Die förmliche und „amtliche“ Anerkennung des Berufsbildes Rheumatologische Fachassistenz steht damit unmittelbar vor dem Abschluss. Ein weiteres Kapitel der Erfolgsgeschichte ist die Etablierung eines Fachverbandes Rheumatologische Fachassistenz e. V., in dem mittlerweile viele der ausgebildeten Fachassistent/innen organisiert sind.

WARUM EIN DRINGENDER BEDARF FÜR DELEGATION BESTEHT

Es ist hinlänglich bekannt, dass die Versorgung von Rheumapatienten in Deutschland durch quälende Defizite gekennzeichnet ist. Die Zahl an Patienten, die durch den Rheumatologen zu versorgen sind, nimmt kontinuierlich zu. Hierzu trägt einmal die (erwünschte) verbesserte Awareness primärversorgender Kollegen für rheumatische Erkrankungen bei, die durch verstärkte Bemühungen um ein gutes Fortbildungsangebot seitens der Fachgesellschaft und der Rheumaakademie erreicht wurde. Noch mehr fallen demografische Gründe ins Gewicht: Auch für Rheumapatienten gilt, dass die Lebenserwartung sich – nicht zuletzt durch die enormen therapeutischen Fortschritte – kontinuierlich erhöht hat, Rheumapatienten bedürfen so über einen immer längeren Zeitraum der intensiven Betreuung durch den Rheumatologen.

Dem steht gegenüber, dass die Zahl der für die Betreuung zur Verfügung stehenden Rheumatologen nicht zunimmt, mittelfristig vielleicht gar rückläufig ist. Das 2016 aktualisierte Memorandum der DGRh weist trotz sehr großzügiger Einschätzung der Arbeitskapazität des Rheumatologen auf das Fehlen von mindestens 600 Fachärzten hin. Dabei ist nicht einmal berücksichtigt, dass ein Trend zur Arbeit in Teilzeit besteht und die Altersstruktur befürchten lässt, dass viele Kollegen/innen in den nächsten Jahren ihre Tätigkeit beenden werden. Das wäre unproblematisch, wenn gleichzeitig genügend Rheumatologen ausgebildet würden, die alsbald nachrücken. Da die Anzahl rheumatologischer Einrichtungen an den Universitäten kaum zunimmt und die Zahl der Rheumakliniken mit Ausbildungsplätzen eher rückläufig ist, ist dies jedoch absehbar sicher nicht zu erwarten: Die Anzahl junger Kollegen, die die Facharztprüfung absolvieren, stagniert seit vielen Jahren.

Es muss also nach neuen Wegen gesucht werden, um die Versorgung sicherzustellen. Neben Digitalisierung und Automatisierung, deren Nutzen für die Versorgung erst belegt werden muss, ist hier die Delegation eine große Hoffnung. Unterdessen gibt es

kaum noch rheumatologische Schwerpunktpraxen, in denen keine entsprechend ausgebildeten Fachassistent/innen tätig sind. Zumindest von der personellen Infrastruktur her besteht somit in den meisten Einrichtungen die Möglichkeit, diese Ressource zu nutzen, wenn die innerbetrieblichen Kapazitäten dies zulassen.

SPRECHSTUNDE DURCH DIE FACHASSISTENZ – IST DAS BEREITS UMSETZBAR?

International ist eine (Mit)Betreuung von Rheumakranken durch Fachassistent/innen (international: Nurses) in vielen Ländern seit Langem möglich und üblich. Dies trifft beispielsweise für die Beneluxstaaten, Großbritannien und die skandinavischen Länder zu. In Flächenstaaten wie Norwegen oder Finnland ist eine vergleichsweise eher kleine Zahl an Rheumatologen in wenigen weit auseinander liegenden großen Zentren tätig. Patienten jedoch sind naturgemäß über das ganze Land verteilt. Die Sprechstunde durch Nurses ist in diesen Ländern seit vielen Jahren Standard. Nurses sind weitgehend allein für die Routine-Betreuung der Patienten zuständig und ziehen Ärzte nur bei Auftreten von Problemen hinzu. Das Problem des Flächenstaates wird durch routinemäßige Etablierung von Videosprechstunden gelöst, für die ebenfalls in erster Linie die Nurses zuständig sind. Es versteht sich, dass die Nurses auch für die Infusionszentren und für die Durchführung von Studien verantwortlich bzw. mitverantwortlich sind.

Wer die große internationalen Rheumatologie-Kongresse wie EULAR oder ACR besucht, wird registriert haben, dass ein wachsender Anteil des Kongressprogrammes ebenfalls von Nurses bestritten wird, d. h. es findet eine zunehmende Einbindung in wissenschaftliche Projekte statt, die sich auch in Publikationen in hochrangigen Journals niederschlägt; auch die selbständige Durchführung wissenschaftlicher Untersuchungen ist immer häufiger zu beobachten.

Was international möglich und üblich ist, sollte auch in Deutschland umsetzbar werden! Zwar muss zunächst ein zeitlicher Rückstand aufgeholt werden: Während die selbständige Tätigkeit der rheumatologischen Nurses in einigen Ländern schon im ausgehenden 20. Jahrhundert üblich war, setzte hierzulande eine strukturierte Ausbildung erst 2006 ein (siehe oben). Lange Zeit herrschte unter den Rheumatologen auch Unklarheit über die rechtlichen Rahmenbedingungen der Delegierbarkeit, vielfach war über große Vorsicht bezüglich der Übertragung zusätzlicher Aufgaben für die immer besser qualifizierten Mitarbeiter/innen die Folge, was wiederum bei den ausgebildeten Fachassistent/innen Frustration hervorrief, weil das Erlernte am Arbeitsplatz kaum angewendet werden konnte. Die Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie setzte hier Zeichen, indem eine Ad-hoc-Kommission gegründet wurde, die die Aufgabe übertragen bekam, juristisch sichere Rahmenbedingungen für die Delegation in der Rheumatologie zu schaffen. Die Arbeit dieser Kommission ist abgeschlossen und hat auf diesem Gebiet für Klarheit gesorgt.

Flankierend konnte wissenschaftlich nicht nur international, sondern auch in Deutschland in Studien gezeigt werden, dass rheumatologische Fachassistent/innen in der Lage sind, unter entsprechender Verlinkung mit dem Arzt sich selbstständig an der Versorgung der Patienten zu beteiligen. Ein Beispiel für diese Entwicklung ist die mul-

tizentrische ERIKO-Studie, in der wir ermitteln wollten, inwieweit die Fachassistentin selbstständig in der Lage war, mit einem strukturierten Programm ein Komorbiditäten-Assessment durchzuführen. Diese Studie erbrachte ausgezeichnete Ergebnisse und hatte z. B. für uns zur Folge, dass Teile des Programms in den Praxisalltag übernommen wurden. Ein weiteres Beispiel ist die niedersächsische ERFASS-Studie, in der untersucht wurde, ob eine strukturierte Erfassung und Dokumentation von Krankheitsaktivität und Therapieverlauf durch die Fachassistentenz (mit kurzem zusätzlichem Arztkontakt) zu einer vergleichbaren Versorgungsqualität führt wie der derzeitige Versorgungsstandard. Auch in dieser Studie waren die Ergebnisse vielversprechend. Darauf aufbauend läuft gegenwärtig unter Leitung des Rheumazentrums Hannover die DELIVER-CARE-Studie, in der randomisiert über 52 Wochen die Betreuung der Rheumakranken durch die Fachassistentenz bzw. durch den Rheumatologen bezüglich Outcome verglichen werden. Man kann davon ausgehen, dass die Ergebnisse dieser Studien – bisher durchweg positiv ausgefallen – wissenschaftlich Machbarkeit und Wert der Delegation untermauern.

ABLAUF DER FACHASSISTENZ-SPRECHSTUNDE IN UNSEREM ZENTRUM

Wir haben die Fachassistentenz-Sprechstunde in unserem Zentrum seit einigen Monaten fest etabliert. Zwei ausgebildete und erfahrene Kolleginnen wechseln sich mit einer wöchentlichen, mehrstündigen Sprechstunde ab. Für ggf. erforderliche sofortige Maßnahmen steht ein Rheumatologe im Hintergrund zur Verfügung, alle Fälle werden zeitnah kurz besprochen. Die so betreuten Patienten erhalten den nächsten turnusmäßigen Termin wieder beim Rheumatologen. Ziel ist eine abwechselnde Betreuung in beiden Sprechstunden. Aus einem eigenen Beitrag einer der beiden beteiligten Fachassistentinnen (siehe Frau Joppa) sind nähere Einzelheiten zu den Inhalten dieser Sprechstunde zu entnehmen, die bisher reibungslos abläuft und nicht zuletzt auch zur Entlastung des überfüllten Kalenders beiträgt. Die Akzeptanz seitens der Patienten/innen ist nach mündlichen Aussagen der Betroffenen hervorragend, es läuft aber auch eine regelrechte Evaluation, die dann noch detailliertere Auswertungen ermöglichen wird, aus denen wir Schlüsse zur weiteren Verbesserung ziehen können.

AUSBLICK

Die rechtlichen Voraussetzungen für Delegation und die Fachassistentenz-Sprechstunde sind erarbeitet, immer mehr Zentren betreiben eine solche Sprechstunde schon seit längerem oder machen damit zumindest erste Erfahrungen. Anhand wissenschaftlicher internationaler und nationaler Untersuchungen ist gezeigt, dass die Fachassistentenz in der Lage ist, den Rheumatologen viel mehr zu unterstützen und zu entlasten als man das früher für möglich gehalten hat, und sogar bei eigenen wissenschaftlichen Projekten gestaltend mitwirken kann. Lange Zeit war unklar, wie sich erweitertes Wissen und Kompetenz sowie der umfassendere Tätigkeitsbereich auch finanziell abbilden lassen, dies blieb individuell der Kreativität und Bereitschaft des jeweiligen Arbeitgebers überlassen. Aber auch hier sind Fortschritte in naher Zukunft zu erwarten. Nach der soeben erfolgten Anerkennung des beruflichen Abschlusses durch die Bundesärztekammer wird mit einer entsprechenden tariflichen Regelung zu rechnen sein.

DER EINSATZ DER RHEUMAFACHASSISTENZ AUS ÄRZTLICHER SICHT

DR. MARTIN WELCKER



ICH MÖCHTE VORWEG MIT MEINEM GANZ PERSÖNLICHEN STATEMENT BEGINNEN

Als Arzt, der ich schon langjährig an diesem Thema arbeite, an Studien teilgenommen und die Ausbildung einer Reihe von RFAs praktisch begleitet habe, komme ich nur zu dem einen Ergebnis: **Delegation besticht als existenzielle und qualitätssteigernde Versorgungsleistung und funktionierendes Managementtool. Es erhöht bei Steigerung der Betreuungsqualität die Lebensqualität aller Beteiligten und die wirtschaftliche Ertragslage.** Die ambulante Betreuung in der Medizin und der Rheumatologie ist naturgemäß so vielfältig wie die Strukturen, in denen wir leben. Jeder Arzt hat seine eigenen Vorstellungen, Vorlieben und persönlichen Fähigkeiten, welche die Organisationsstrukturen beeinflussen. Daher ist es nur logisch, dass besonders kleinere Einheiten, hier vor allem Einzelpraxen, stark auf die ärztliche Leitung ausgerichtet sind. Ich möchte im Folgenden plakative Aussagen in die Diskussion aufnehmen. An diesen Beispielen möchte ich die Vorteile des kooperativen Handelns der medizinischen Versorgungsstrukturen beleuchten.

„ICH BIN ARZT, INTERNIST UND RHEUMATOLOGE. NUR ICH KANN DAHER DIE RHEUMATOLOGISCHE BETREUUNG EINES PATIENTEN GEWÄHRLEISTEN!“

„Ich bin der Arzt und daher für die Betreuung des Patienten zuständig!“ Das ist hier wohl die Grundlage der Einstellung. Möglicherweise wurden auch im Rahmen früherer Arbeiten negative Erfahrungen gemacht, sodass z. B. im Rahmen einer Delegation ein Vorgang fehlerhaft verlief. Dies mit der persönlichen Konsequenz: „Alles muss man alleine machen!“

Aber, ist dies wirklich die Alternative? Die Annahme eines Patienten, die Terminerstellung, die Erstellung eines Rezeptes nach Vorlage sind doch bereits erste Schritte einer Delegation und werden von allen MFAs ausgeführt. Die Beantwortung der Frage, ob ein Medikament im Falle eines Infektes eingenommen werden soll oder nicht, ist ebenfalls eine Form der Delegation. Diese kann naturgemäß vom Arzt beantwortet werden. Hat eine MFA aber entsprechende Erfahrung („also meine Erstkraft kann das, aber der Rest...“) kann diese mit Sicherheit eine orientierende Antwort geben. Noch besser kann die Antwort aber gegeben werden, wenn die MFA im Rahmen einer intensiven Schulung bzw. sogar Ausbildung gelehrt wurde, wie in solchen Fällen die korrekte Antwort zu lauten hat und ab welchem Moment diese Antwort vom Chef, also vom Arzt, gegeben werden muss. Exakt diese Kompetenz hat eine RFA nach Durchlaufen ihres Curriculums erworben!

Wenn ich also meine, alles selbst machen zu müssen und nicht delegieren kann oder will, lasse ich Möglichkeiten der Arbeitserleichterung ablauftechnisch „auf der Straße“ liegen. Zudem nutze ich die Möglichkeit der Mitarbeitermotivation im Sinne der Weiterbildung und Wertschätzung nicht aktiv. Welche Mitarbeiterin mit Potenzial wird diese Tätigkeit langfristig ausführen?

„ICH BIN ARZT, INTERNIST UND RHEUMATOLOGE. ICH WÜRDTE JA GERNE DELEGIEREN! ABER, WIE SOLL ICH DAS DENN UMSETZEN UND WELCHEN GEFAHREN SETZE ICH MICH AUS?“

An dieser Stelle **als Erstes der rechtliche Rahmen:** Wie von Kirsten Hoepfer ausgeführt, ist der Rahmen der Delegation mittlerweile gut definiert. Ich möchte es an dieser Stelle vereinfacht wie folgt zusammenfassen:

Sofern eine strukturierte Form des Ablaufes (strukturierte Anamnese, strukturierte Gelenkuntersuchung, strukturierte Laboranweisung, strukturierte Untersuchungstechnik, etc.) vorliegt, die im optimalen Fall auch noch von der Fachgesellschaft festgelegt oder in einem Curriculum vermittelt wird (z. B. Ausbildung zur Rheumafachassistenz, RFA-plus-Weiterbildung) ist diese rechtlich abgesichert! Die individuell angepassten Untersuchungen (individuell angepasste Anamnese, Gelenkuntersuchung, Laboranweisung, Untersuchungstechnik, etc.) sind naturgemäß ärztliche Leistungen. Aber auch hier ist die Qualität je nach Ausbildungsstand (Assistent erster Berufsjahre, Weiterbildungsas-

sistent, Facharzt, Oberarzt oder vergleichbare langjährige Erfahrung) individuell sehr unterschiedlich.

Als Zweites der organisatorische Rahmen: Dieser bedarf einiger struktureller Gedanken, welche im Vorfeld durchgeführt werden sollten. Ich gebe zu bedenken, dass Prozesse üblicherweise in kleinen Schritten verändert werden und schlage dieses Vorgehen auch hier vor (einzig bei Neugründung einer Praxis sollten gleich zu Beginn der Ablauf komplett und streng strukturiert festgelegt werden):

An dieser Stelle schlage ich auch vor, die Kompetenz der Mitarbeiter und MFA/RFAs frühzeitig einzubinden, da diese die Eigenheiten von uns Ärzten, die Organisationsstärken und -schwächen und die Möglichkeiten der Ergänzung und Optimierung meist gut kennen. Es ist an dieser Stelle ebenso notwendig, einen kooperativen Arbeitsstil mit kompetenter Delegation einzuführen, die nicht zwingend ab dem ersten Tag funktioniert. Fehler, Probleme und Rückschläge sollten nicht dazu führen, alles wieder selbst zu machen, sondern sie eröffnen die Chance, die Ursache des Fehlers zu analysieren und den Ablauf an dieser Stelle zu verbessern. Bitte denken Sie daran, dass auch wir Ärzte Fehler machen. Wenn wir als Chefs in Praxen etc. unterwegs sind, werden uns diese nur oft nicht mitgeteilt. Das Modell der Delegation ermöglicht es also auch, die eigenen Fehler zu erkennen und zu korrigieren.

Schritt für Schritt können Sie somit die unterschiedlichen Funktionen einer RFA-Betreuung (standardisierte Telefonberatung der einfacheren Fragen/Fälle, Erstellen einer vorstrukturierten Anamnese, Erheben eines vorstrukturierten Gelenkstatus, Erheben der Medikamentenanamnese, etc.) einführen und für sich und Ihre Abläufe bewerten bzw. anpassen. Natürlich ist hierbei zu erkennen, ob Ihre RFA mit den Anforderungen zu-rechtkommt und welche Patienten für welche Form der Betreuung in Frage kommen. Als abschließenden Schritt können Sie dann auch noch eine RFA-Sprechstunde einführen, welche Ihren Arbeitsablauf wesentlich erleichtert und die Zufriedenheit Ihrer Patienten nach entsprechender Vorinformation (das ist aus meiner Sicht wichtig) deutlich verbessert. Das zeigen die Ergebnisse der ERFASS-Studie!

Als Drittes der finanzielle Rahmen: Auch wenn Kirsten Hoeper mit ihrem vom Innovationsfonds geförderten Forschungsprojekt „Deliver Care“ (Fördernummer NVF 18014) an diesem Thema arbeitet, wird die direkte Bezahlung der RFA im EBM bzw. der GOÄ nicht rasch abgebildet sein. Aber, im Rahmen diverser Selektivverträge und der Ambulanten Spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) ist der Einsatz von RFAs in der Betreuung der Patienten bereits mit Sonderhonoraren versehen.

Denkt man darüber hinaus noch an die RFA-assoziierte Verbesserung der Versorgungsqualität (Stichwort: Image und Ruf des Zentrums, etc.) und die Optimierung der Abläufe (mit den Möglichkeiten des Zeitgewinns – also Steigerung der Betreuungs- und Lebensqualität) sieht die „Rechnung“ doch anders aus. Denn habe ich dieselbe Arbeit in kürzerer Zeit erledigt (Steigerung der Leistung), steht mir entweder mehr freie Zeit zur Verfügung oder aber ich kann in der gleichen Zeit mehr Patienten mit konsekutiv höherem Umsatz versorgen. Was halten Sie davon? Ich sehe diesen Aspekt in der Diskussion nicht ausreichend berücksichtigt.

**„ICH BIN ARZT, INTERNIST UND RHEUMATOLOGE.
ICH DELEGIERE AKTIV UND GERNE! ICH WEISS AUCH, WIE DAS GEHT
UND MÖCHTE NUR NOCH WISSEN, WIE ICH DIE ABLÄUFE OPTIMIEREN
KANN!“**

Nun, an diesem Punkt angekommen, muss ich passen. Sie sollten hier übernehmen und ich schlage Ihnen vor, die gelesenen Zeilen mit Ihren Kommentaren zu versehen und zum Erfahrungsaustausch für die Kollegen als „Leserbrief“ an den Herausgeber zu senden (delegation@delegation-rheumatologie.de), damit diese von Ihrem Wissen profitieren können!

An dieser Stelle frage ich mich gerne, wie ich mich denn am besten selbst überflüssig machen kann?... Habe ich keine Routineaufgaben mehr?... Habe ich die Kapazität, die wirklich wichtigen Dinge zu betreuen? Erst dann kann ich meine (hoffentlich nicht nur eingebildeten menschlichen und ärztlichen) Qualitäten zur Betreuung der Patienten, aber auch der Mitarbeiter (!), optimal einsetzen. Daher die Eingangsfrage.

Zudem ist aus meiner Sicht die weitere Schulung der Mitarbeiter zu empfehlen. Das neue Curriculum der RFA-plus-Ausbildung, die diversen Angebote für RFA-Fortbildungen und der Fachverband Rheumatologische Fachassistenz e. V. seien an dieser Stelle genannt. Hiermit wird das Wissen der Mitarbeiter gefördert, die persönliche Entwicklung gestärkt und die Wertschätzung der Ärzte an die Mitarbeiter signalisiert. Alles Maßnahmen der Strukturstärkung eines Unternehmens, welches Praxen, MVZs und andere Ambulanzen letztlich darstellen. Im Wettbewerb der Arbeitgeber um Mitarbeiter auf dem Arbeitsmarkt, der abgesehen von der mutmaßlichen COVID-Flaute, vom Facharbeitermangel gekennzeichnet ist bzw. sein wird, sind dies langfristig wichtige betriebsökonomische Überlegungen, welche den „Wert“ des Einsatzes der rheumatologischen Fachassistenz widerspiegeln.

Ich hoffe, Ihnen meine Argumente der Arbeitsdelegation und Einbindung unserer Rheumatologischen Fachassistenz in die Betreuung unserer Patienten nahegebracht zu haben. Bitte nehmen Sie auch wahr, dass die Digitalisierung unserer Arbeitsabläufe großen Einfluss auf den Alltag genommen hat und weiter nehmen wird. Die meisten Ärztinnen und Ärzte sind in der zweiten Lebenshälfte, also keine „digital natives“.

**UNSERE JÜNGEREN KOLLEGINNEN UND KOLLEGEN KÖNNEN UNS HIER EINE
WERTVOLLE UNTERSTÜTZUNG SEIN!**



RECHTSANWALT CHRISTIAN KOLLER

A

EINLEITUNG

In der vorliegenden Ausgabe sollen die juristischen Aspekte der Delegation und damit die Integration der rheumatologischen Fachassistenz in die rheumatologische Praxis beleuchtet werden. Dabei möchte ich den Blick des Lesers zunächst auf die Zahnärzteschaft lenken.

Zahnärzte haben bereits vor vielen Jahren mit großem Erfolg den Nutzen der Einbindung des nichtzahnärztlichen Personals in die Behandlung von Patienten erkannt. Das Paradebeispiel stellt hier die professionelle Zahnreinigung (kurz: PZR) dar. Die PZR wird – wenn auch rechtlich unter der Verantwortung des Zahnarztes – relativ eigenständig von dem zahnmedizinischen Fachpersonal durchgeführt. Teilweise verfügt das Fachpersonal dabei über eine gesonderte Ausbildung zur Dentalhygienikerin (DH)¹³ und gewährleistet einen noch höheren Standard. Dies geht so weit, dass Dentalhygienikerinnen ihre Dienste sogar in verschiedenen Praxen in speziellen PZR-Sprechstunden anbieten.

Natürlich ist die PZR durch eine Dentalhygienikerin nicht mit der Tätigkeit einer rheumatologischen Fachassistenz zu vergleichen. Handelt es sich bei der PZR um eine in sich geschlossene Therapie, die seitens des Zahnarztes nur im Groben überwacht werden muss, sind die Tätigkeiten der RFA und des Rheumatologen viel mehr miteinander verwoben. Dennoch sind die rechtlichen Grundlagen dieselben.

Ein Hauptaugenmerk liegt dabei auf dem Haftungsrisiko. Dieses soll sich durch die Arbeitsteilung nicht wesentlich erhöhen. Im ersten Abschnitt gehen wir deshalb zunächst der Frage nach, welche Leistungen in zulässiger Weise delegiert werden dürfen (*siehe Kapitel B*), um anschließend zu erörtern, für wen sich durch die Arbeitsteilung das Haftungsrisiko erhöht (*siehe Kapitel C*). Zum Schluss legen wir die Anforderungen an eine wirksame Rückzahlungsvereinbarung dar, wenn der Arbeitgeber die Ausbildungskosten der RFA übernommen hat (*siehe Kapitel D*).

WAS DARF DER RHEUMATOLOGE AN DIE RFA DELEGIEREN?

Bevor wir ins Detail gehen, müssen wir die Grundlagen der Delegation verstehen. Dies hilft uns auch am Schluss bei der folgenden Frage: Macht es haftungsrechtlich einen Unterschied, ob ein Arzt in einer Einzelpraxis oder in einer Berufsausübungsgemeinschaft delegiert?

I. Rechtlicher Ausgangspunkt der Delegation

Aufgrund des Behandlungsvertrages gemäß § 630a BGB ist der Arzt verpflichtet, die medizinische Behandlung persönlich zu erbringen. Die persönliche Leistungspflicht enthält zugleich das grundsätzliche Verbot der Übertragung von ärztlichen Maßnahmen auf Dritte. Man spricht hier auch vom sog. **Arztvorbehalt**, wonach bestimmte Tätigkeiten oder Maßnahmen nur von einem ausgebildeten und approbierten Arzt ausgeübt beziehungsweise durchgeführt werden dürfen.

Dies bedeutet jedoch nicht, dass eine Delegation grundsätzlich verboten wäre. Bereits 1975 hat der Bundesgerichtshof entschieden, dass der Arzt an qualifiziertes, nichtärztliches Personal delegieren kann, wenn die Tätigkeit nicht dem Arzt eigene Kenntnisse und Kunstfertigkeiten voraussetzt (BGH, Urt. v. 24.06.1975, Az.: VI ZR 72/74).

Maßgeblich ist damit, ob Verrichtungen wegen ihrer Schwierigkeit, ihrer Gefährlichkeit und einer damit einhergehenden Unvorhersehbarkeit etwaiger Reaktionen ärztliches Fachwissen voraussetzen. Dann ist der **Kernbereich des ärztlichen Handelns** betroffen. Eine Delegation scheidet aus.

Im Umkehrschluss dürfen Leistungen unter Aufsicht und Kontrolle des verantwortlichen Arztes auf Hilfspersonen und damit auch auf RFAs delegiert werden, soweit es sich um vorbereitende, unterstützende, ergänzende oder mitwirkende Tätigkeiten zur eigentlichen ärztlichen Leistung handelt.

II. Umsetzung in der Praxis

Wie so oft im Medizinrecht haben wir also eine recht knappe juristische Definition, deren Umsetzung nur mit fachmedizinischem Wissen gelingen kann. Um für Vertragsärzte Rechtssicherheit zu schaffen, haben sich die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der GKV-Spitzenverband zum 01.10.2013 auf die Anlage 24 zum Bundesmantelvertrag für Ärzte über die Delegation ärztlicher Leistungen an nichtärztliches Personal in der Praxis (im Folgenden: Delegationsvereinbarung¹⁴) geeinigt. Diese Vereinbarung weist als Anhang einen *nicht abschließenden* Beispielskatalog delegierbarer ärztlicher Leistungen aus, der vom Arzt als Richtlinie herangezogen werden kann. Danach sind z. B. als delegationsfähige Leistungen physikalisch-medizinische Leistungen, der Wechsel des

B

Dauerkatheters, die Durchführung einfacher Messverfahren (audiometrische Messungen, Prüfung des Hörens), Laborleistungen – mit Ausnahme der Leistungen der Speziallabore – sowie unterstützende Maßnahmen der Diagnostik wie etwa Blutentnahme und EKG genannt.

Dabei legt die Vereinbarung auch dar, inwieweit eine Ausbildung als Medizinische Fachangestellte Voraussetzung für die Übernahme einer bestimmten delegierten Leistung ist. RFAs sind dort allerdings nicht genannt. Umso mehr Aufmerksamkeit muss dem Beitrag „Delegation ärztlicher Leistungen in der Rheumatologie“ von Krause und seinem Autorenteam¹¹ geschenkt werden, der konkret auf diese Fragestellung eingeht.

III. Kernbereich des ärztlichen Handelns

Alles in allem ist dabei Konsens, dass folgende Maßnahmen zum Kernbereich des ärztlichen Handelns zählen:

- Anamneseerhebung
- Untersuchung des Patienten einschließlich der invasiven Diagnostik
- Indikationsstellung
- Aufklärung und Beratung des Patienten
- Entscheidung über die Therapie
- Durchführung invasiver Therapien, z. B. schwierige Injektionen
- operative Eingriffe

IV. Einbindung der RFA

Dies bedeutet aber nicht, dass der Arzt in diesen Bereichen immer alleine handeln muss. Insbesondere in den ersten beiden Punkten darf er die RFA mit einbinden:

1. Unterstützung bei der Erhebung der Anamnese

Soweit die Anamnese standardisiert durch einen Fragebogen erfolgt, kann die RFA dem Patienten unterstützend zur Seite stehen. Zweckdienlich ist der Einsatz insbesondere, um Verständnisfragen zu klären und im Anschluss die Vollständigkeit und Plausibilität des ausgefüllten Fragebogens zu überprüfen. Ebenso können gezielte Untersuchungen, wie z. B. Bestimmung einfacher Vitalparameter, sowie die standardisierte Erhebung eines Wirbelsäulen- und Gelenkstatus durch die RFA erfolgen. Ebenso dürfen RFAs erhobene Befunde dokumentieren, Assessmentbögen nach einem ärztlich vorgegebenen Schema auswerten und krankheitsspezifische Scores errechnen.¹¹

2. Unterstützung bei der Diagnostik

Bei Vorliegen einer entsprechenden Qualifikation als medizinisch-technische Radiologie-Assistentin und der Beachtung der konkreten strahlenschutzrechtlichen Vorgaben¹⁵ darf eine RFA Röntgenaufnahmen anfertigen.

Bei entsprechender Schulung und Einarbeitung darf die RFA darüber hinaus folgende Leistungen durchführen:

- Knochendichtemessung mittels DXA
- Spirometrie
- Blutabnahme
- Anlage Venenverweilkanüle

Ebenso können neu eintreffende Laborbefunde von RFAs vorab gesichtet werden. Dabei kann der Arzt besonders auffällige Werte definieren, bei deren Überschreitung die

RFA die Laborbefunde sofort dem Behandler vorlegt.

Hingegen bleibt die Befundung der Röntgenbilder sowie der Ergebnisse der Osteodensitometrie und Spirometrie dem Arzt vorbehalten.¹¹ Ebenso nicht delegierbar sind folgende diagnostische Untersuchungen:

- Sonographische Untersuchungen, wie z. B. Gelenksonographie
- Kapillarmikroskopie
- Gelenkpunktionen
- Lippen- und Hautbiopsien

Diese Tätigkeiten fallen alle in den ärztlichen Kernbereich.

3. Durchführung von Therapien

Bei entsprechender Schulung und Ausbildung darf eine RFA subkutane und intramuskuläre Injektionen einschließlich Impfungen durchführen. Die intravenöse Erstapplikation von Medikamenten einschließlich Infusionen darf jedoch nur durch Ärzte erfolgen.

4. Im Einzelfall delegationsfähige Leistungen

Zudem gibt es Leistungen, die im Einzelfall auf nichtärztliche Mitarbeiter übertragen werden dürfen. Hierzu gehören insbesondere die Injektionen, Infusionen und Blutentnahmen. Der Arzt darf im Einzelfall qualifizierte nichtärztliche Mitarbeiter mit solchen Tätigkeiten betrauen, sofern sein persönliches Tätigwerden nach Art und Schwere des Krankheitsbildes oder des Eingriffs nicht erforderlich ist und der Mitarbeiter die erforderliche Qualifikation, Zuverlässigkeit und Erfahrungen aufweist.

V. Allgemeine Anforderungen an die Delegation

Haben wir nun geklärt, welche konkreten Leistungen an das nichtärztliche Personal delegiert werden dürfen, soll im Folgenden dargelegt werden, wie eine rechtssichere Delegation erfolgen kann. Hierbei ist zwischen den Pflichten des delegierenden Arztes einerseits und der RFA als Empfängerin des Delegationsauftrages andererseits zu unterscheiden.

1. Anordnungsverantwortung des Arztes

Gemäß § 4 der Delegationsvereinbarung in der KBV (s. Seite 46) trägt der Arzt im Rahmen der Delegation eine sog. Anordnungsverantwortung. Folgende Punkte sind zu beachten:

Die Leistung erfordert nicht das höchstpersönliche Handeln des Arztes. Hier geben zunächst die vorangegangenen Ausführungen eine Hilfestellung. Letztendlich muss der Arzt überprüfen, ob eine Leistung vorliegt, die **fachärztliches Wissen voraussetzt**. Je gefährlicher die Durchführung einer Maßnahme für den Patienten ist, desto weniger kann sie auf nichtärztliches Personal delegiert werden. Im Hinblick auf die Delegation von rheumatologischen Leistungen sei auf die Ausführungen unter B. verwiesen.

Die Mitarbeiterin ist formal, objektiv und subjektiv zur Erbringung der Leistung qualifiziert. Der Arzt hat eine **Auswahlpflicht**. Er muss sicherstellen, dass die Mitarbeiterin aufgrund ihrer beruflichen Qualifikation oder allgemeinen Fähigkeiten und Kenntnissen für die Erbringung der delegierten Leistung geeignet ist. Von der Qualifikation der Mitarbeiterin muss sich der Arzt persönlich überzeugen. Die Auswahlpflicht erschöpft sich deshalb nicht darin, der Mitarbeiterin einen Fortbildungskurs zu bezahlen. Vielmehr muss der Arzt nach erfolgreicher Absolvierung der Ausbildung zumindest

anfangs „über die Schulter schauen“ und prüfen, ob sie die ihr übertragenen Aufgaben zuverlässig erfüllt. Anschließend sollte er stichprobenhaft kontrollieren, ob sich im Laufe der Zeit Fehler eingeschlichen haben.

Der Arzt ordnet die konkrete Leistung an. Der Arzt hat die Mitarbeiterin zur selbstständigen Durchführung der Leistung anzuleiten. Dabei erteilt er fachliche Weisungen, indem er auf typische Gefahrenquellen hinweist oder auf konkrete Besonderheiten des Patienten (**Anleitungspflicht**). Ebenso muss er beachten, dass seine Anordnung vollständig, richtig und organisatorisch durchsetzbar ist.

Der Arzt überwacht die Ausführung. Zur Erfüllung seiner **Überwachungspflicht** ist nicht erforderlich, dass der Arzt bei der Ausführung der Tätigkeit immer anwesend ist. Überwachung bedeutet, dass der Arzt während des Einsatzes jederzeit für Rückfragen, Korrekturen oder bei Komplikationen zur Verfügung steht. **Es gilt der Grundsatz, dass die Delegation regelmäßig die Anwesenheit des Arztes beziehungsweise dessen kurzfristige Erreichbarkeit in der Praxis voraussetzt.** Somit ist es nicht zulässig, dass etwa in einer Arztpraxis durch das nichtärztliche Personal Leistungen durchgeführt werden, wenn der Arzt persönlich nicht erscheinen kann und längerfristig abwesend ist. Etwas anderes gilt nur, wenn der Arzt binnen kurzer Zeit eintreffen wird und somit in angemessener Zeit persönlich erreichbar ist. Im Regelfall setzt dies voraus, dass er sich in Rufweite befindet.

Die Anordnungsverantwortung des Arztes lässt sich wie folgt zusammenfassen:

- Die Anordnung muss vollständig, richtig und organisatorisch durchsetzbar sein
- Der Adressat muss richtig ausgewählt und angeleitet sein und stichprobenhaft kontrolliert werden

Ist der Arzt überzeugt, dass die RFA die Maßnahme beherrscht und sie sachgerecht durchführen kann, darf er sich im Allgemeinen darauf verlassen, dass sie die Maßnahmen, die man aufgrund ihres Ausbildungsstandes üblicherweise erwarten kann, beherrscht.

2. Durchführungsverantwortung der RFA

Mit der ärztlichen Anordnungsverantwortung korrespondiert die **Durchführungsverantwortung** der RFA. Als Empfängerin des Delegationsauftrages muss sie darauf achten, dass sie nur Aufgaben übernimmt, denen sie sich gewachsen fühlt. Erkennt sie, dass ihr die entsprechende Qualifikation, Kenntnis oder Fähigkeit fehlt, muss sie auf diesen Mangel hinweisen und gegebenenfalls die angewiesene Tätigkeit ablehnen. Die RFA hat also die Verpflichtung, eine ärztlich delegierte Maßnahme nur dann durchzuführen, wenn sie diese auch beherrscht. Ansonsten muss sie sich – sollten sodann bei der Ausführung Fehler passieren – ein Übernahmeverschulden vorwerfen lassen.

Die RFA trägt eine Mitverantwortung, wenn eine ärztlich angeordnete Maßnahme offensichtlich falsch oder für den Patienten gefährlich ist. Sie trifft dann die Verpflichtung, den Arzt auf ihre Bedenken hinzuweisen und diese nach Möglichkeit zu dokumentieren. Aufgrund des bestehenden Über-/Unterordnungsverhältnisses zwischen Arzt und RFA ist sie zu einer Arbeitsverweigerung gegenüber dem Arzt dann befugt, wenn die angeordnete Maßnahme das Leben des Patienten gefährdet. Sie ist verpflichtet, im Falle von Fragen oder Unsicherheiten den Arzt hinzuzuziehen.

DELEGATION ÄRZTLICHER LEISTUNGEN



VI. Anwendungsbereich der Grundsätze

Die soeben dargestellten Grundsätze gelten zum einen für alle medizinischen Einrichtungen. Grund ist die ärztliche Anordnungsverantwortung. Die ordnungsgemäße Delegation hat ihren Ausgangspunkt immer in der Person des Arztes. Es ist deshalb unerheblich, ob es sich um einen Arzt in einer Einzelpraxis, in einem großen Medizinischen Versorgungszentrum oder um ein Teammitglied in der ASV handelt. Entscheidend ist das Über-/Unterordnungsverhältnis zwischen dem Rheumatologen und der RFA.

Zum anderen besteht gegebenenfalls ein Interesse daran, dass auch angestellte Ärzte an nichtärztliches Personal delegieren sollten. Angestellte verfügen nicht automatisch über das Weisungsrecht des Arbeitgebers. Damit sie in der Lage sind, im Rahmen der ärztlichen Behandlung des Patienten die Hilfeleistung anderer Personen in Anspruch zu nehmen, müssen sie gegenüber dem nichtärztlichen Mitarbeiter weisungsbefugt sein.

Diese Weisungsbefugnis ist durch eine schriftliche Vereinbarung zu dokumentieren und sicherzustellen. Aufgrund dieses Erfordernisses sollte im Arbeitsvertrag des delegierenden Arztes schriftlich fixiert sein, welche Tätigkeiten er an wen delegieren darf und welches Qualifikationserfordernis für diese Person besteht.

HAFTUNG IM RAHMEN DER DELEGATION





HAFTUNGSRECHTLICHE KONSEQUENZEN

Betrachten wir nun die Folgen für Arzt und RFA bei einer Verletzung der oben dargestellten Grundsätze. Zur Veranschaulichung soll folgendes **Beispiel** dienen:

Ein Rheumatologe überträgt generell die Durchführung von Knochendichtemessungen mittels DXA an seine erfahrenste RFA. An einem Nachmittag teilt er seiner RFA mit, dass er aus privaten Gründen seine Praxis für mehrere Stunden verlassen müsse und nicht erreichbar sei. Sie solle trotzdem mehrere Untersuchungen eigenständig durchführen, was diese dann auch tut. Bei der Untersuchung eines Patienten unterläuft ihr ein Fehler, der zu einem Gesundheitsschaden führt.

1. Was kann der Patient verlangen?

Kommt ein Patient aufgrund einer Pflichtverletzung zu Schaden, stellt sich die Frage, welche zivilrechtlichen Ansprüche er geltend machen kann.¹⁶ Im Falle eines Behandlungs- oder Aufklärungsfehlers hat der Patient zwei Arten von Zahlungsansprüchen:

- Schmerzensgeld, also die Kompensation für die zugefügten Schmerzen
- Schadensersatz, z. B. Verdienstausschlag, Haushaltsführungsschaden, Pflegemehrbedarf, vermehrte Fahrt- und Behandlungskosten, die nicht von anderen Kostenträgern erstattet werden

Diese Ansprüche resultieren in erster Linie aus dem Behandlungsvertrag, den der Patient mit dem Arzt¹⁷ geschlossen hat.

Neben den vertraglichen Ansprüchen kennt das deutsche Recht aber auch die sog. **deliktische Haftung** (§ 823 BGB). Danach haftet derjenige auf Schmerzensgeld und Schadensersatz, der schuldhaft einen anderen dessen Gesundheit oder Leben verletzt. Ein Vertrag zwischen dem Schädiger und dem Geschädigten oder eine andere rechtliche Beziehung ist dabei nicht erforderlich. Die Haftung knüpft vielmehr originär daran, wer die schädigende Handlung konkret ausgeführt hat. Die deliktische Haftung kann somit dann eine Rolle spielen, wenn auch die RFA eine ihr übertragene Behandlungspflicht verletzt. Dazu sogleich. Schauen wir uns aber zunächst an, wann der Arzt in der Verantwortung steht.

2. Wann haftet der Arzt gegenüber dem Patienten?

In dem Beispielfall haftet der Arzt gegenüber dem Patienten, da er mit seiner Anordnung gegen seine Überwachungspflicht verstoßen hat. Da es sich bei der DXA-Untersuchung um eine ärztliche, wenn auch delegationsfähige Leistung handelt, darf er diese nur auf die RFA übertragen, soweit er anwesend ist oder den Untersuchungsraum persönlich umgehend erreichen kann.

Weiter ist zu beachten, dass der Arzt gegenüber dem Patienten nicht nur für eigene Fehler haftet. Aufgrund des Behandlungsvertrages muss er sich gemäß § 278 BGB auch die Pflichtverletzungen des nichtärztlichen Personals zurechnen lassen. Dies gilt also auch dann, wenn der Arzt zwar seine Anordnungsverantwortung gewahrt hat. Im Beispielfall verletzt die RFA ihre Durchführungsverantwortung, da sie einen bestimmten fachlichen Fehler begeht. Damit muss der Arzt auch für ihre Pflichtverletzung einstehen.

Damit haben wir den nicht überraschenden Befund, dass die Delegation das Haftungsrisiko des Arztes erhöht.

3. Wann haftet die RFA gegenüber dem Patienten?

Da der Patient nur mit dem Arzt einen Behandlungsvertrag schließt, kann er keine vertraglichen Ansprüche gegen die RFA geltend machen. Verletzt die RFA jedoch wie im Beispielfall ihre Durchführungsverantwortung, so verletzt sie den Patienten in seiner Gesundheit. Folglich haftet sie aus Delikt. Dies bedeutet, dass der Patient seine Ansprüche auch direkt gegen die RFA durchsetzen kann. Er kann sie also neben dem Arzt verklagen oder seine Zivilklage ausschließlich gegen die RFA richten.

WAS BEDEUTET DAS FÜR DIE RFA? ERHÖHT SICH IHR HAFTUNGSRISIKO? MUSS SIE FOLGLICH EINE EIGENE BERUFSHAFTPFLICHTVERSICHERUNG ABSCHLIESSEN?

Dies ist nicht der Fall. Jeder Patient wird sich jedoch gut überlegen, ob er seine monetären Forderungen isoliert geltend machen soll. Schließlich dürften sich die finanziellen Mittel der RFA in Grenzen halten. Aus diesen Gründen kommt eine isolierte Klage gegen eine RFA in der juristischen Praxis quasi nicht vor. Dem Unterfertigten sind im Rahmen seiner nunmehr zwanzigjährigen forensischen Tätigkeit keine Fälle bekannt, in denen der Patient allein einen nichtärztlichen Angestellten verklagt hat. Der Patient tut immer gut daran, sich auch gegen den Arzt zu wenden, um seinen Anspruch finanziell zu sichern.

Hinzu kommt, dass nichtärztliches Hilfspersonal in der Berufshaftpflichtversicherung des Arztes oder der Praxis mitversichert ist. Solange also die schadensverursachende Tätigkeit der RFA der Praxistätigkeit zugeordnet werden kann, kommt grundsätzlich die Versicherung für den Schaden aufgrund der Verletzungshandlung auf. Eine eigene Haftpflichtversicherung der RFA ist dabei nicht erforderlich.

4. Regress des Arbeitgebers

So ganz sicher darf sich die RFA jedoch nicht fühlen. Zwar besteht zwischen ihr und dem Patienten kein Behandlungsvertrag. Sie steht aber in einem arbeitsvertraglichen Verhältnis zu ihrem Arbeitgeber, also dem Arzt. Verletzt sie schuldhaft einen Patienten, so verstößt sie gleichzeitig gegen ihren Arbeitsvertrag, der sie verpflichtet, bei ihrer Tätigkeit die allgemeine Sorgfalt walten zu lassen.

Damit stellt sich für den Praxisinhaber und Arbeitgeber im Falle einer Inanspruchnahme durch den Patienten die Frage, ob er seine RFA in Regress nehmen soll. Zwar greift, wie bereits dargelegt, der Haftpflichtschutz, sodass dem Arzt auf den ersten Blick kein finanzieller Schaden entsteht. Jedoch sind, je nach Schadenshöhe und Frequenz der Schadensfälle, steigende Haftpflichtprämien möglich. Denkbar sind auch Fälle, in denen sich der Arzt aufgrund eines vereinbarten Selbstbehalts oder dem Vorliegen eines nichtversicherten Schadens (z. B. Honorarausfall¹⁸) an der Schadensregulierung mit eigenen Mitteln beteiligen muss.

Die Möglichkeiten eines Arbeitgebers, bei seinem Arbeitnehmer Regress zu nehmen, sind jedoch begrenzt. Die Rechtsprechung hat hierbei die Figur des innerbetrieblichen Schadensausgleichs entwickelt. Danach haftet der Arbeitnehmer nicht in allen Fällen. Entscheidend ist vielmehr der sogenannte Grad des Verschuldens, also wie vorwerf-

bar der dem Arbeitnehmer unterlaufene Fehler diesem ist. Man unterscheidet insoweit zwischen:

- **Leichter Fahrlässigkeit:** Keine Haftung des Arbeitnehmers
- **Mittlerer Fahrlässigkeit:** Haftungsaufteilung zwischen Arbeitnehmer und Arbeitgeber. Die Quote ist nicht generell 50:50 %, sondern orientiert sich an den Umständen des Einzelfalls.
- **grob fahrlässigem Handeln:** In der Regel hat der Arbeitnehmer den gesamten Schaden zu tragen. Jedoch können Haftungserleichterungen, die von einer Abwägung im Einzelfall abhängig sind, in Betracht kommen.
- **Vorsatz:** Volle Haftung des Arbeitnehmers

Der Arbeitgeber hat somit nur die Möglichkeit, seinen Arbeitnehmer voll in Regress zu nehmen, wenn dieser vorsätzlich gehandelt hat. Hingegen wird der Schaden bei Vorliegen einer mittleren oder groben Fahrlässigkeit je nach den Einzelumständen verteilt. Zudem kann im Einzelfall eine Haftungsbegrenzung berücksichtigt werden. Die Haftung soll den Arbeitnehmer nicht in den Ruin treiben. So gilt zum Beispiel bei einem sog. Mini-Job, dass regelmäßig der gesamte Verdienst zur Existenzhaltung benötigt wird und Reserven, Rücklagen oder Sparquoten nicht bestehen. Hingegen ist das Bestehen einer privaten Haftpflichtversicherung bei der Beurteilung des Haftungsmaßstabes nicht zu berücksichtigen, da eine freiwillig abgeschlossene Privatpflichtversicherung sich nicht auf die interne Betriebsrisikoverteilung auswirkt.

Dies scheint auf den ersten Blick ebenfalls das Haftungsrisiko der RFA zu erhöhen. Jedoch muss auch hier darauf hingewiesen werden, dass eine Regressierung durch den Arbeitgeber nur sehr selten vorkommt. Dies zeigt vor allem die Situation in Krankenhäusern und hat damit zu tun, dass durch die Geltendmachung eines Regresses nicht nur das konkrete Arbeitsverhältnis gestört wird, sondern der Arbeitgeber gegenüber der gesamten Belegschaft an Attraktivität verliert. Zum anderen ist auch hier wieder zu berücksichtigen, dass schon ein hoher vierstelliger Betrag den Arbeitnehmer an seine finanzielle Belastungsgrenze bringen kann. Eine Durchsetzung verbleibt für viele Arbeitgeber frustan. Ein etwas anders gelagerter Fall des Arbeitgeberregresses stellt die Rückforderung bereits übernommener Ausbildungskosten dar. Dies leitet uns zu unserem letzten Kapitel über.

D

ÜBERNAHME DER AUSBILDUNGSKOSTEN

Soweit Sie als Praxisinhaber und Arbeitgeber die Kosten für die Fort- bzw. Weiterbildung zur RFA ganz oder teilweise übernehmen, stellt sich Frage, ob Sie verhindern können, dass Ihre Arbeitnehmerin nach absolvierter Fortbildung kündigt, um sich mit der von Ihnen finanzierten Qualifikation einen besser dotierten Job zu suchen. Eine Möglichkeit ist die Schließung einer Rückzahlungsvereinbarung. Dabei ist dies in engen Grenzen zulässig, im Falle einer Kündigung die übernommenen Kosten ganz oder teilweise von Ihrer Mitarbeiterin zurückzuverlangen.

1. Generelle Zulässigkeit

Eine Rückzahlungsvereinbarung ist nur dann zulässig, wenn es sich um eine Ausbildung handelt, die dem Arbeitnehmer in aller Regel besondere Aufstiegschancen beim

eigenen Arbeitgeber sowie eine Chancenverbesserung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt eröffnen. Dagegen dürfen kurze betriebsbezogene Fortbildungsmaßnahmen, die vorhandene Kenntnisse und Fähigkeiten lediglich erweitern oder auffrischen, nicht Gegenstand einer solchen Vereinbarung sein. Im Falle der Fortbildung zur RFA können wir jedoch sicher von einer erheblichen Verbesserung der Qualifikation der nichtärztlichen Mitarbeiterin ausgehen.

2. Form der Vereinbarung

Wichtig ist, dass eine solche Rückzahlungsvereinbarung **schriftlich**, und zwar **vor Beginn** der Fortbildung getroffen wird. Unterschreiben der Arzt und die RFA erst nach Beginn des Kurses die Vereinbarung, können bereits bezahlte Kursgebühren nicht mehr zurückverlangt werden.

3. Inhalt der Vereinbarung

Inhaltlich muss eine Rückzahlungsvereinbarung verhältnismäßig sein. Der Angestellte darf zeitlich nicht unbegrenzt zur Rückzahlung der Fortbildungskosten verpflichtet werden. Maßgeblich ist dabei das Verhältnis der Weiterbildungsdauer im Verhältnis zur so genannten Bindungsdauer. Dabei umfasst die Weiterbildungsdauer den Zeitraum, den die Bildungsmaßnahme einnimmt. Konkret versteht man dabei die Zeit der tatsächlichen Freistellung zur Teilnahme an den Fortbildungsmaßnahmen, nicht jedoch den gesamten Zeitraum, über den sich die Fortbildung erstreckt. Verläuft also die Ausbildung über insgesamt vier Blöcke á 2 Tage, stellt der Arbeitgeber den Arbeitnehmer für maximal 8 Tage frei, auch wenn sich die einzelnen Blöcke gegebenenfalls auf mehrere Monate verteilen. In einem solchen Fall geht die Rechtsprechung von einer **Bindungsdauer von maximal 6 Monaten** aus. Dies bedeutet, dass die Rückzahlungsklausel nach absolvierter Prüfung für 6 Monate gilt. Kündigt der Mitarbeiter 7 Monate nach absolvierter Prüfung, so wäre keine Rückforderung mehr möglich.

4. Die Rückzahlungsmodalitäten

Im Rahmen einer Rückzahlungsvereinbarung sind auch die Rückzahlungsmodalitäten zu regeln. Nach der Rechtsprechung ist der Rückzahlungsbetrag zeitanteilig im Verhältnis zur Bindungsdauer zu staffeln. Würde mit dem Ausscheiden des Arbeitnehmers (innerhalb der Bindungsdauer) der volle Rückzahlungsbetrag fällig, käme die Klausel einer Vertragsstrafe gleich und wäre unwirksam. In der Praxis empfiehlt sich somit, bei einer sechsmonatigen Bindungsdauer den Rückzahlungsbetrag pro Monat der Bindungsdauer um 1/6 zu reduzieren. Schließlich darf der Rückzahlungsbetrag nur die tatsächlich angefallenen Fortbildungskosten umfassen. Neben den Fortbildungskosten kann bei einer Freistellung von der Arbeitsleistung allerdings auch die fortgezahlte Vergütung zurückgefordert werden. Das bedeutet, dass bei unterstellten Kurskosten von € 3.000,00 bei einer Kündigung nach 3 Monaten nach Kursende nur € 1.500,00 zurückgefordert werden dürfen.

5. Beendigungstatbestände

Eine Rückzahlung von Fortbildungskosten darf der Arbeitgeber nur verlangen, wenn der betreffende Arbeitnehmer das Arbeitsverhältnis vor Ablauf der jeweiligen Bindungsfrist selbst beendet. Der Arbeitnehmer muss also die Beendigung des Arbeitsverhältnisses veranlassen – und zwar entweder durch eigene Kündigung oder durch schuldhaftes Fehlverhalten, das seinerseits zu einer Kündigung durch den Arbeitgeber geführt hat. Hingegen können eine betriebsbedingte Kündigung oder andere vom

Arbeitgeber veranlasste Beendigungsgründe die Rückzahlungsklausel nicht aktivieren.

6. Steuerrechtliche Auswirkungen

Zuletzt sei noch auf die Frage hingewiesen, ob die Übernahme der Kursgebühren als **geldwerter Vorteil** für den Arbeitnehmer zu werten ist. In diesem Fall wären die Kosten als normaler Arbeitslohn zu behandeln und damit zusätzlich zu versteuern. Zudem wären die Kosten sozialversicherungspflichtig, was für den Arbeitgeber zu Mehrkosten führen würde. Hier sind Fortbildungs- von Ausbildungskosten zu unterscheiden.

Die Gebühren für den Aufbaukurs einer Rheumatologischen Fachassistenz sind sog. Fortbildungskosten.¹⁹ Hierbei handelt es sich im steuerlichen Sinn um Aufwendungen, die die Kenntnisse im ausgeübten Beruf erweitern und den steigenden und sich ändernden Anforderungen anpassen sollen. Insofern gehören Arbeitgeberleistungen, die der beruflichen Fortbildung des Arbeitnehmers dienen, nicht zum steuerpflichtigen Arbeitslohn, wenn diese Bildungsmaßnahmen im ganz überwiegenden betrieblichen Interesse des Arbeitgebers durchgeführt werden. Hier kann der Arbeitgeber nicht nur die reinen Kursgebühren, sondern auch Fahrtkosten, Verpflegungsmehraufwendungen und Übernachtungskosten nach den für die Dienstreise geltenden Grundsätzen übernehmen.

E FAZIT

Damit beende ich unseren kleinen juristischen Rundblick über die verschiedenen Fragen der Delegation und der Stellung der Rheumatologischen Fachassistentin. Wie dargelegt, gibt es zahlreiche Tätigkeiten, die eine RFA übernehmen kann, um den Arzt sinnvoll zu entlasten. Dabei steigt das Haftungsrisiko des Arztes, da er für Fehler der RFA gegenüber dem Patienten einstehen muss. Er muss somit darauf achten, die Anordnungsverantwortung gewissenhaft auszuüben. Im Regelfall sind allerdings die von der RFA verursachten Schadensfälle vom Berufshaftpflichtschutz mitumfasst. Für krasse Fehler der RFA, die jedoch in der Praxis praktisch nie vorkommen, steht ihm zudem die Möglichkeit des Arbeitgeberregresses zu. Auch das persönliche Haftungsrisiko der RFA steigt. Sie ist aber generell über die Haftpflichtversicherung der Praxis ausreichend mitversichert. Eine eigene Haftpflichtversicherung ist nicht notwendig.

Bei Einhaltung der beschriebenen rechtlichen Verbindlichkeiten stellt die Delegation ein effektives Instrument zur ärztlichen Entlastung, zur Motivation der Mitarbeiter und intensiveren zuwendungsorientierten Behandlung der Patienten dar. Insgesamt zeigt die forensische Erfahrung, dass das Haftungsrisiko beherrschbar ist und kein Ausschlusskriterium für eine Zusammenarbeit zwischen Arzt und RFA sein darf. Soweit die nichtärztlichen Mitarbeiter zum Absolvieren der Fortbildung durch eine Übernahme der Kosten motiviert werden sollen, kann der Arzt das finanzielle Risiko durch eine juristisch korrekte Rückzahlungsvereinbarung zumindest für eine gewisse Zeit abmildern.

VERSORGUNGS- UND WIRTSCHAFTLICHE ASPEKTE DER DELEGATION IN DER RHEUMATOLOGISCHEN PRAXIS UND AMBULANZ

DR. EDMUND EDELMANN

Bevor die finanziellen Aspekte der Delegation an die Rheumatologische Fachassistenz (RFA) näher betrachtet werden, lohnt es sich, die gesetzlichen und versorgungspolitischen Grundlagen der Übertragung einer ärztlichen Tätigkeit auf die Fachassistenz genauer in Augenschein zu nehmen.

Der Gesetzgeber hat in § 28 Abs. 1 S. 3 SGB V die Delegation ärztlicher Leistungen ausdrücklich genehmigt. Die Ausführungsbestimmungen obliegen für die ambulante Versorgung dem Bundesmantelvertrag (BMV). Die Inhalte wurden zuletzt am 1. Oktober 2013 zwischen der KBV und GKV-Spitzenverband unter der Anlage 24 zum BMV festgelegt. Als roter Faden zieht sich durch die Erfordernis einer Qualifikation der medizinischen Fachkraft (MFA), MTLA (Laborassistentin) oder MTRA (Röntgenassistentin) die Notwendigkeit einer Überprüfung der delegierten Leistungen durch den Arzt, bzw. des persönlichen Arzt-Patienten-Kontakts. Eine Delegation ist auch an Auszubildende möglich, die Delegation ist hier allerdings an eine besondere Sorgfalt des Arztes gebunden, der sich von den erworbenen Kenntnissen und Fertigkeiten überzeugen muss.

Unter **Allgemeine delegierbare ärztliche Tätigkeiten** werden im Bundesmantelvertrag ausdrücklich die Datenerfassung und Dokumentation von Untersuchungsergebnissen, eine standardisierte Erhebung der Anamnese und die Unterstützung bei der Vermittlung und Erläuterung von standardisierten Informationsmaterialien genannt.

Grundsätzlich kann nach diesen rechtsverbindlichen Vorgaben auch eine nicht speziell weitergebildete MFA unter ärztlicher Schulung und Aufsicht in der Rheumatologie diese Leistungen erbringen. Eine besondere Honorierung dieser Delegation erfolgt im Hausarztbereich im EBM sowie in den hausärztlichen Selektivverträgen und im Facharztbereich in fachärztlichen rheumatologischen Selektivverträgen, bisher ausschließlich beim Nachweis der Tätigkeit einer in der Versorgung von schweren Erkrankungen besonders geschulten und qualifizierten MFA.

Es ist das besondere Verdienst der Kollegen Florian Schuch und Jörg Wendler, dass diese bereits im Jahr 2005 erkannten, dass für die effektive Unterstützung bei der Versorgung von unseren Patienten mit komplexen Krankheitsbildern, das medizinische Fachpersonal einer gesonderten Schulung bedarf und ein komplettes Ausbildungscurriculum entwickelten. Diese Initiative wurde durch die DGRh und den BDRh aufgegriffen und über ein Autorenteam ein Schulungsprogramm für die RFA unter dem Dach der Rheumaakademie ab dem Jahr 2006 entwickelt.

Die Hausärzte erreichten mit ihrer für schwere Erkrankungen gesondert geschulten Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis (VERAH), erstmals ab dem Jahr 2010 eine Vergütung der Delegation in den flächendeckenden Selektivverträgen nach § 73 b SGB V, der hausarztzentrierten Versorgung. Der Hausärzteverband war damit der Türöffner für eine analoge Vergütungsregelung für die Delegation an die Rheumatologische Fachassistenz im ersten rheumatologischen Selektivvertrag (Versorgungslandschaft Rheuma mit der TK nach § 140 a SGB V ab dem Jahr 2014).

CHANCEN IN DEN VERSORGUNGSVERTRÄGEN

Es zeigte sich bei den ab dem Jahr 2012 laufenden Vertragsverhandlungen mit der TK, und drei Jahre später mit der Barmer GEK, sowie ab dem Jahr 2015 mit der AOK Baden-Württemberg und BKK Bosch, relativ schnell, dass die Krankenkassen ein hohes Interesse hatten, eine Entlastung der Tätigkeit der Rheumatologen durch die gesonderte Finanzierung der RFA herbeizuführen und damit eine umfänglichere und qualitätsorientierte rheumatologische Versorgung zu ermöglichen.

Mittlerweile sind diese Versorgungsverträge in 12 Bundesländern ausgerollt. In den Versorgungsverträgen mit der TK, BKK Mobil Oil, pronova BKK und Barmer GEK besteht eine Vergütung für die nachzuweisende Anstellung einer RFA von 10 €/Quartal pro in den Vertrag eingeschlossenem Patienten.

Seit dem Jahr 2018 erfolgt auch im bundesweit ausgerollten Arzneimittelvertrag mit ca. 30 Krankenkassen (alle Ersatzkassen außer der Barmer GEK und mehrere, meist große Betriebskrankenkassen) eine Vergütung von 5 €/Quartal für die Delegationsleistung der RFA bei Verordnung von Biosimilars, die den Aufwand der Therapieumstellung und der gesonderten Schulung für neue Devices tragen soll.

Diese Förderung und finanzielle Anerkennung der Tätigkeit der RFA in den Selektivverträgen ist umso erfreulicher, als sich gerade im letzten und diesem Jahr abzeichnet, dass die Krankenkassen bereit sind, ihr Engagement bei den Selektivverträgen auszubauen. Dieses Jahr haben sich mit der BKK Mobil Oil und der pronova BKK zwei große Betriebskrankenkassen dem Versorgungsvertrag RheumaOne angeschlossen und sowohl die TK als auch die Barmer GEK haben die Versorgungsverträge mit der BDRh Service GmbH auf weitere Bundesländer ausgedehnt.

Aber trägt diese Finanzierung von 5 bzw. 10 € die laufenden Kosten für eine RFA, deren Delegationstätigkeit in der Regel zusätzlich zum üblichen Praxis- oder Ambulanzmanagement erfolgt?

Wird diese Tätigkeit nur innerhalb der Selektivverträge ausgeübt, kann dies bejaht werden. Je nach Kasse und Region besteht die Chance, über den jeweiligen Versorgungsvertrag zwischen 10 und 15 %, in Nordrhein (TK, Pronova und Mobil Oil) und in Hessen (Barmer GEK, TK, Pronova und Mobil Oil) bis zu 25 % der Patienten in den Selektivvertrag einzuschließen. Allein die Vergütung über die RFA-Pauschale kann dann zwischen 1.000 und 2.500 €/Quartal betragen und damit die Selektivvertrags-spezifische Zusatzarbeit der RFA wie Assessments und die Delegation bei der Anamneseerhebung, bei einer strukturierten Medikamenteninformation etc. abdecken.

Im Gegensatz zum hausärztlichen Versorgungsbereich ist im KV-System eine Finanzierung der Delegation durch Fachärzte bisher nicht möglich. Anlage 8 des Bundesmantelvertrags für Ärzte (BMV-Ä) sieht diese Förderung im § 4 Absatz 1 nur für Ärzte in der hausärztlichen Versorgung vor.

Im Vergleich zu den hausarztzentrierten Vollversorgungs-Selektivverträgen nach § 73 b, die die Delegation an die VERAH mit 5 €/Quartal bei schwerwiegenden Erkrankungen vorsehen, ist die Vergütungshöhe im KV-System, im EBM, mit aktuell 2,42 €/Quartal



deutlich geringer. In § 7 der Anlage 8 des BMV-Ä ist festgelegt, dass für diese Delegationsziffer im EBM eine umfangreiche Zusatzqualifikation der MFA über Fortbildungen der Bundesärztekammer nachzuweisen ist.

Eine Vergütungsposition im EBM für die fachärztliche RFA zu erreichen, dürfte sehr schwierig werden, da die KBV in einem insgesamt budgetierten Finanzierungsrahmen immer auch die Interessen der anderen Fachgruppen bedenken wird und jede neue Leistung zur Vergütungsminderung anderer Leistungen führt und vor allem zu Lasten der Ärzte und Fachgruppen geht, die keinen Anteil an dieser Leistung haben. Der Gestaltungsspielraum ist für Hausärzte diesbezüglich größer. Der KV-Hausarzttopf, das GKV-Vergütungsvolumen, das den Hausärzten zur Verfügung steht, wurde im letzten Jahrzehnt nicht ausgeschöpft. Neue Leistungen können im Hausarztbereich, insofern die Krankenkassen zustimmen, ohne Kürzung der Vergütung anderer Leistungen implementiert werden.

CHANGEN IM KV-SYSTEM

Eine Refinanzierung der Delegationsleistung einer RFA kann im System der Kassenärztlichen Vereinigungen und in der Ambulanten Spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) jedoch indirekt auch ohne eine (fraglos wünschenswerte) EBM-Ziffer für die Delegation erreicht werden.

Mit der Budgetbefreiung bei Neuvorstellungen durch das Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) bietet sich seit dem 3. Quartal des Jahres 2020 die Chance, dass die Delegationstätigkeit über eine Zunahme an Neuvorstellungen finanziert wird.

Die zeitliche Entlastung des Rheumatologen durch eine strukturierte Voranamnese, durch das Assessment von CDAI, BASDAI, BASFI, BASMI, DAPSA etc. und durch eine strukturierte Patienteninformation über die verordneten Basistherapien durch die RFA, bietet die Chance, in den Praxen und Ambulanzen die Früharthritissprechstunde auszubauen und mehr Erst- bzw. Neuvorstellungen anzunehmen. Das würde helfen, die Qualität der Rheumaversorgung insgesamt zu verbessern und auch wirtschaftlicher zu machen. Die seit Kurzem von den Krankenkassen beim Bundesministerium für Gesundheit eingebrachte Vorstellung, die bis zum 1.9.2020 bzw. letztmals bis zum 1.10.2020 noch bestehende Bereinigung von Neuvorstellungen, von Terminservice-Patienten im KV-System, durch eine Gesetzesänderung um 1 Jahr zu verlängern, würde dieser Chance auf eine Versorgungsverbesserung und Erleichterung der Finanzierung einer zusätzlichen Stelle für eine RFA, leider sehr entgegenstehen. 70 bis 90 % des Zusatzhonorars durch Neuvorstellungen würden durch eine Verlängerung der Bereinigung damit nicht ausbezahlt werden.

CHANGEN IN DER ASV

Eine weitere Refinanzierungsmöglichkeit der RFA-Tätigkeit außerhalb von Selektivverträgen und der oben skizzierten extrabudgetären Vergütung von Neuvorstellungen, er-

gibt sich im Versorgungssystem der ASV. Alle ärztlichen und technischen Leistungen, die im ASV-System abgerechnet werden, unterliegen keiner Mengenbegrenzung. Ein Leistungszuwachs, der Dank der ärztlichen Entlastung durch die RFA erreicht werden kann, schlägt sich in der ASV 1:1 in einer Umsatzsteigerung nieder.

Die Entlastungsfunktion, die die RFA wahrnehmen kann, ist ein Teil der Chance, über die ASV die Ambulanz- und Praxistätigkeit ausweiten zu können, Wartezeiten zu verkürzen und die Versorgung zu verbessern. Die Hauptchance liegt allerdings in der Anstellung von Rheumatologen, von Weiterbildungsassistenten, die ihre Leistungen in der ASV ohne Budgetierung abrechnen können.

Diese Chance einer Versorgungsverbesserung rheumatischer Erkrankungen durch die ASV kann zunehmend umgesetzt werden. Mittlerweile gibt es bundesweit 30 ASV-Teams, die mit vermutlich mehr als 200 internistischen Rheumatologen an der nicht budgetierten ASV teilnehmen und zwischen 20 und 80 % ihrer Rheumapatienten in dieser Versorgungsebene behandeln.

Selektivverträge nach § 140 a, die nicht budgetierte Bezahlung der KV-Leistungen bei Neuvorstellungen und die komplette Budgetbefreiung in der ASV werden im Jahr 2021 zusehends die wirtschaftliche Basis der Leistungserbringung in der Rheumatologie verbessern und helfen damit, eine Ausweitung und Intensivierung der Delegation zu ermöglichen. Insofern könnte das Jahr 2021 das Jahr der Delegation in der Rheumatologie werden.

AUSBLICK

Für die nachhaltige Etablierung der Delegation in der Rheumatologie ist es überaus hilfreich, dass in mehreren internationalen Studien und inzwischen auch in Deutschland mit der PredAS-Studie zur Delegation bei der Früherkennung der ankylosierenden Spondylitis²⁰, eine Gleichwertigkeit von Delegation und Standardversorgung für das Outcome der Patienten gefunden wurde.

Für die Umsetzung der Delegation in der ambulanten rheumatologischen Versorgung ist die Arbeit der Ad-hoc-Kommission Delegation der DGRh wichtig, die auf wissenschaftlicher und gesetzlicher Basis delegierbare Leistungen in der Rheumatologie definiert und publiziert.

Mit all diesen Studien und Initiativen, mit den oben dargestellten Entlastungs- und Refinanzierungsmöglichkeiten sollte es gelingen, eine dauerhafte Akzeptanz der Delegation in der Gesellschaft, bei Patienten, bei den Rheumatologen, in der Politik sowie bei den Krankenkassen zu erreichen und diese sinnvolle Ergänzung und Erweiterung zur ärztlichen Tätigkeit, dauerhaft zu etablieren.

ERFAHRUNG EINES OSNABRÜCKER RHEUMAZENTRUMS

DR. GEORG GAULER, RFA PATRICIA STEFFENS-KORBANKA

In 2006 wurde erstmalig - angestoßen durch einen Kreis engagierter Erlanger Kollegen – eine spezielle Fortbildung für medizinische Fachangestellte aus dem Bereich der Rheumatologie angeboten, durchgeführt unter dem Dach der Rheumaakademie.

In diesem und späteren Jahren nahmen mehrere unserer medizinischen Fachangestellten an diesen Kursen teil und waren von Inhalt und Durchführung sehr angetan. Bald stellte sich jedoch im Alltag die Frage: Was mache ich mit all meinen erworbenen Fähigkeiten in der Praxis?

Während sich also für die medizinischen Fachangestellten eine zunehmende Ungleichheit von guter Fortbildung auf der einen Seite und fehlenden Strukturen für die Anwendung des gewonnenen Wissens auf der anderen Seite zeigte, war es von ärztlicher Seite der zunehmende Zeitdruck in der Versorgung von Patienten, der nach Veränderung rief.

So entstand etwa im Jahre 2008 in unserer Praxis, getragen sowohl von MFAs als auch von der Praxisleitung, der Gedanke, ärztliche Leistungen an gut fortgebildete Fachassistenten zu delegieren. Getragen von dem gemeinsamen Ziel, die rheumatologische Versorgung voranzubringen, haben wir uns zusammengesetzt und eine Sprechstunde für rheumatologische Fachassistenten geplant, in der diese gut eingestellte Patienten mit rheumatoider Arthritis, Psoriasis-Arthritis oder Spondylarthritis unter Einbeziehung des behandelnden Arztes versorgt wurden.

Wichtig war und ist uns bei diesem Konzept, dass die Fachassistenz in einem vorgegebenen Sprechstundenrahmen weitgehend selbstständig Kontakt mit dem Patienten aufnimmt, ihn bezüglich seiner Probleme berät, sei es in medikamentöser, persönlicher oder sozialmedizinischer Art. Für offene Fragen war im Anschluss ein kurzer Arztkontakt geplant.

Natürlich gab es anfänglich Bedenken, sowohl auf Seiten der Ärzte als auch auf Seiten der Fachassistenten. Während die einen um die Versorgungsqualität und die Akzeptanz bei den Patienten fürchteten, sahen die anderen eine mögliche Überforderung oder mangelndes Vertrauen der Ärzte in ihre Arbeit als Probleme an. So haben wir dann ab 2009 zunächst ein Konzept mit zwei Fachassistenten und zwei Ärzten umgesetzt. Weder die Befürchtungen ärztlicherseits, noch die seitens der Fachassistenz waren berechtigt. Sehr schnell stellte sich heraus, dass die Patienten einen zeitlich großzügigeren Rahmen im Gespräch mit der Fachassistenz sehr schätzten. Die Ärzte merkten schnell, wie gut die RFA ihre Aufgaben erledigt hatte. Die RFAs gewannen in der Praxis deutlich an Statur und wurden zunehmend in einem partnerschaftlichen Betreuungsverhältnis mit den Ärzten wahrgenommen.

Ärztlicherseits wurde sehr rasch die schnellere Versorgung von gut eingestellten Patienten mit den oben genannten Erkrankungen festgestellt, sodass die gewonnene Zeit anderweitig eingesetzt werden konnte, ohne dass Abstriche an der Versorgungsqualität notwendig waren.

Während bei vielen Kollegen außerhalb der Praxis das Vorgehen auf Zögern oder Ablehnung stieß, fanden wir interessierte und offene Ohren bei einigen Pharmafirmen, die das von uns verwirklichte Konzept durch Fortbildungen unterstützten. Die RFAs erfuhren so eine Wertschätzung, die sie bisher nicht erfahren hatten und wurden zu wichtigen Ansprechpersonen auch im Außenverhältnis der Praxis.

Ein weiterer großer Schritt in der Tätigkeit der Rheumafachassistenz kam mit der Empfehlung und Initiierung der Treat-to-Target (T2T)-Strategie. Den Ärzten wurde schnell klar, dass eine ausschließliche Begleitung dieser Strategie durch den internistischen Rheumatologen mit engmaschigen Kontrollen im Kontext des derzeitigen Systems ärztlicherseits nicht zu leisten ist. Nun machte es sich bezahlt, dass in den vorangegangenen Jahren von Seiten der Praxisinhaber Zeit und Sorgfalt in die Ausbildung der RFA investiert worden war. Wir konnten sehr rasch eine RFA-geleitete T2T-Sprechstunde für frisch eingeleitete Basistherapien etablieren. Ein enormer Zugewinn an Versorgungsqualität und Therapieadhärenz, wie alle schnell merkten.

Aus Sicht des Praxisinhabers ist große Sorgfalt bei der Ausbildung und Auswahl der RFA für die einzelnen Aufgaben unentbehrlich. Nicht jeder kann alles, aber die Willigen und Fähigen herauszufiltern und zu fördern, zu ermutigen und zu fordern, ist eine lohnenswerte Aufgabe, die sich am Ende auch rechnet. Die RFA erfährt eine deutliche persönliche, fachliche und in den meisten Fällen auch finanzielle Aufwertung durch die verantwortungsvolle und hochwertige Arbeit, die geleistet wird.

Als ständige Ansprechpartner der Patienten entlasten die RFAs den behandelnden Rheumatologen in unendlich vielen Aspekten der täglichen Arbeit. Ein stabiler und zu-

friedener Patient braucht üblicherweise deutlich weniger Arbeitszeit. Die gewonnene Zeit wiederum kann investiert werden in verschiedene andere Bereiche.

VON ENTSCHEIDENDER BEDEUTUNG BEIM EINSATZ DER RHEUMATOLOGISCHEN FACHASSISTENZ MIT ERWEITERTEN AUFGABEN IM PRAXISALLTAG IST DER ENGMASCHIGE ABGLEICH ZWISCHEN BEHANDELNDEM ARZT UND RFA. SACHLICHER AUSTAUSCH UND STETE KOMMUNIKATION SOWIE VERTRAUEN AUF EINANDER SIND UNSERES ERACHTENS DER SCHLÜSSEL ZUM ERFOLG!

RFA-Sprechstunde, Treat-to-Target-Sprechstunde oder unser neues Projekt eines strukturierten Erstkontaktes von Neupatienten durch RFAs kann immer nur als funktionierendes Team gelingen. Die jahrelange Tätigkeit im niedergelassenen Bereich als Arzt und RFA zeigt uns, dass jede Praxis ihre Eigenarten hat. Das heißt, die vor Ort bestehenden Probleme müssen gemeinsam benannt und angegangen werden.

Bezüglich der von uns umgesetzten Delegationsleistungen empfehlen wir einen Beginn im Kleinen und ein organisches Wachsen ausgerichtet an den individuellen Bedürfnissen von Praxis, Patienten, Arzt und RFA. Bevor eine Investition sich rechnet, muss sie zunächst getätigt werden. Dies gilt sowohl für den Arzt, als auch für die RFA. Wenn die erste Frage der Beteiligten lautet „wer bezahlt mir das alles“, ist ein glatter Fehlstart vorprogrammiert! Freude an problemlösenden neuen Strukturen und Tätigkeiten als Team sind gute Voraussetzungen. In diesem Sinne konnten wir unsere Erfahrungen gemeinsam mit engagierten Kollegen aus Praxis und Klinik in die Entwicklung eines Muster-Curriculums Rheumatologie einbringen, welches aktuell von der BÄK beschlossen wurde, sodass zukünftig eine 120-stündige strukturierte Fortbildung zum Erlangen von Kommunikations- und Handlungskompetenzen mit einer entsprechenden BÄK-Zertifizierung zur Verfügung stehen wird, die als Teil der Ausbildung zum Fachwirt gelten kann.



Ein Riesen
DANKESCHÖN

... an alle MFAs und RFAs!

In diesen sehr schwierigen
Zeiten ist es großartig, wie wir uns auf
unsere Praxisteams verlassen können.

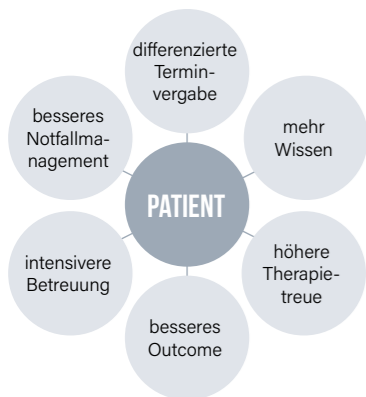
DIE RHEUMATOLOGISCHE FACHASSISTENZ

DR. FLORIAN SCHUCH

ZU WELCHEN LEISTUNGEN HAT DIE RFA IN DER NIEDERGELASSENEN PRAXIS GEFÜHRT? WAS BEFÄHIGT SIE ZU DELEGATIONSLEISTUNGEN? WAS KANN EIN MOTIVATIONSAKTOR SEIN?

Ein kurzer Rückblick: Der Beruf der Arzthelferin entstand in den fünfziger Jahren und war zunächst vorwiegend als reine Verwaltungsunterstützung und für einfachere medizinische Assistenz in der kassenärztlichen Haus- und Facharztpraxis angelegt. Ende der sechziger Jahre wurde dann eine eigenständige zweijährige Weiterbildung etabliert. Seit 2006 ist der Beruf der „Medizinischen Fachangestellten (m/w/d)“ (MFA) als Weiterentwicklung des Berufs der Arzthelferin definiert worden. Parallel mit dieser Änderung der Nomenklatur haben sich die Aufgaben der MFA in allen Bereichen der Medizin erheblich verändert.

Und heute? Bis dato sind noch die überragende Mehrheit der medizinischen Fachangestellten in Arztpraxen tätig, aber zunehmend auch in Krankenhäusern, im ambulanten und stationären Versorgungsbereich. Der Unterschied zu früher: Das Aufgabengebiet hat sich ganz erheblich verändert und die Verantwortlichkeiten in der Patientenbetreuung sind in den letzten Jahren viel mehr und vielschichtiger geworden. Eigenständige Hausbesuche im hausärztlichen Versorgungsbereich, Einbindung in Patientenschulungen, Betreuung bei chronischen Erkrankungen sind in der Jetztzeit fest etabliert. Trotz dieser Erweiterung des Berufsfelds und dem Mehr an Verantwortung und einer damit einhergehenden deutlichen Verbesserung im Gehaltsgefüge hat sich das Bewerberinteresse für diesen Beruf in den letzten Jahren deutlich reduziert. Leider eine unbefriedigende Situation für unsere Praxen und Versorgung!



Mit der seit 2006 etablierten Rheumatologischen Fachassistenz (RFA) sind die speziellen Anforderungen an Assistenz- und Pflegepersonal in Rheumatologischen Schwerpunktpraxen und Kliniken bedient worden. Zielgruppe sind neben der MFA auch Fachkräfte für Gesundheits- und Pflegeberufe („Krankenpfleger m/w/d“). Diese Ausbildung ermöglicht eine erhebliche Ausdehnung der Kompetenz und damit auch des Aufgabenspektrums der RFA.

- Erkennung von Notfällen
- Telefonische Differenzierung der Akutizität: Erstvorstellung bis Dauerbetreuung
- Verbesserung des Krankheitsverständnis
- Therapie-Verständnis/Therapie-Einstellung T2T „Treat-to-Target“
- Management von Komorbidität: z. B. Impfen, „Knochengesundheit“, Ernährung
- Mitarbeit bei Patientenedukation

Dieses vielfältige Anforderungsprofil macht auch deutlich, dass eine sorgfältige Auswahl des Mitarbeiters eine wichtige Voraussetzung ist. Die übergeordneten Prinzipien einer möglichen Implementierung der Delegation sind dabei unbedingt zu beachten:

- Verantwortung des Arztes für alle Leistungen
- Beachtung der individuellen Eignungen und Wünsche der MFA
- Klare Handlungsanweisungen
- Stringente Dokumentation
- Qualitätskontrolle¹

Im Alltag zeigt sich, dass dieses Mehr an Wissen und Können der ausgebildeten RFAs viele noch nicht qualifizierte Kollegen motiviert, ebenfalls diese Ausbildung anzustreben. Durch diese neuen Verantwortlichkeiten und Kompetenzen kann eine Verbesserung der Arbeitszufriedenheit, eine bessere Identifizierung mit der Tätigkeit und auch Sinnfindung, Sinngebung im Beruf erreicht werden. Jahrelange, manchmal jahrzehntelanges Begleiten von Patienten und das Erleben der Dankbarkeit und des Vertrauens, welches uns Patienten mit entzündlich-rheumatischen Systemerkrankungen entgegenbringen, ist in der täglichen Arbeit oft berührend.



Eine wirkliche dreifache „win-win-win“-Konstellation wird für den Patienten, die RFA und den Rheumatologen erreicht. In Zeiten, in denen die Arbeitsverdichtung immer stärker zugenommen hat, kann die kooperative Betreuung durch Rheumatologen und RFA hier Freiräume und Zeiträume schaffen, die es erlauben, die ureigensten Aufgaben des Berufes zu verwirklichen:

EINEN CHRONISCH KRANKEN MENSCHEN ZU BEGLEITEN, ZU UNTERSTÜTZEN UND SICHERHEIT ZU GEBEN!



DR. FLORIAN SCHUCH / RFA PETRA SANDNER

In den letzten Jahren hat sich die Rheumatologische Fachassistenz (RFA) für die Versorgung der Patienten in den Ambulanzen, Kliniken immer mehr etabliert und bewährt.

Wie kann die Delegation von neuen Verantwortlichkeiten und Aufgaben im Praxisalltag gelingen? Nach der Ausbildung ist es sicherlich wichtig, dass der Rheumatologe im Austausch mit seiner Mitarbeiterin schrittweise die Aufgaben und Zuständigkeiten der rheumatologischen Fachassistenz in einem gemeinsamen Entscheidungsprozess definiert. Von der einfachen Zwischenanamnese bis hin zu komplexeren Themen, wie z. B. die Erfassung von Komorbiditäten, kardiovaskulären Risikofaktoren, osteologischen Fragestellungen, Impfschutz, Tipps zur Ernährung und/oder Bewegung, können diese Aufgaben schrittweise erarbeitet werden.

Im Alltag zeigt sich, dass die RFA durch dieses Mehr an Aufgaben, Verantwortung und Arbeit mit dem Patienten, sich im Idealfall besser mit ihrem Beruf identifizieren kann. Selbstverständlich sollte ein/e Mitarbeiter/in in diese Funktionen nur eingebunden sein, wenn dies auch ein gemeinsamer Wunsch ist. „Übergestülpt“ werden sollten solche Aufgaben sicher nicht.

Unterstützen können dabei entweder papiergebundene oder aber auch schon im Praxisverwaltungssystem („PVS“) in Textbausteinen etablierte Zwischenanamnesebögen. (siehe Folgeseite). Insgesamt können hier auch Sicherheitsdiagnostik, z. B. Augenarztkontrolle, Zahnarztkontrollen bei antiresorptiver Therapie, radiologische Verlaufskontrollen, Hautkrebsvorsorge usw. gezielter erfasst werden. Diese Kontrollen sind bei zunehmender Zeitknappheit und Verdichtung der Sprechstunde schnell aus den Augen verloren.

ZWISCHENANAMNESEBÖGEN

Datum Standardisierte Anamnese durch rheumatologische Fachassistenz:
Allgemeines Befinden: (besser, schlechter)
Gelenkschmerzen: (wo, seit wann, wie oft, neu, etc.?)
Gelenkschwellungen:
Morgensteifigkeit:
Infekte im Intervall: (Dauer, Fieber, Antibiotika)
Gripeschutzimpfung:
Krankenhausaufenthalte im Intervall: (Diagnose des KH-Aufenthaltes, liegt AB vor?)
Aussetzen der Rheumamedikation:
Änderung der Medikation:
letzte Laborkontrolle am: bei:
letzte augenärztliche Kontrolle bei Kortison, Quensyl, Resochin:
letzte Hautkrebsvorsorge:
letzte radiologische Verlaufskontrolle am: letzte Knochendichtemessung am:
CV: Score X% x 1,5; NT proBNP xx pg/ml; Karotisdopplerdiagnostik xx.xx.xx; ; Urin xx.xx.xx: keine Mikroalbuminurie
Impfungen:
RR: mmHg

Wichtig für eine gelungene Umsetzung ist das Einräumen von eigenen Zeitslots für die Durchführung der RFA-Sprechstunde, idealerweise fest eingeplant im vorhandenen Terminverwaltungssystem. Durch dieses Vorgehen wird der Rahmen geboten, auch nachhaltige Effekte zu bewirken, Gespräche zwischen „Tür und Angel“ sind zu vermeiden. Ebenso hat sich bewährt, bei Therapieeinstellung oder -umstellung die Art der Therapie nochmals in Ergänzung und Wiederholung zum Arzt mit der RFA durchzusprechen, ggf. einen Patientenpass auszuhändigen und dies natürlich auch zu dokumentieren. Die RFA kann als Ansprechpartner/in zur Verfügung stehen und z. B. nach 4 bis 6 Wochen erneut nachfragen, ob die angestrebten Therapieziele erreicht wurden, bzw. was dem eventuell im Wege steht. Hier sind eine höhere Therapietreue bzw. Compliance und ein besseres Therapievertrauen zu erreichen.

Ergänzend dazu ist im Rahmen der Patientenschulung im ambulanten Bereich, der strukturierten Patienteninformation, StruPI, die RFA fest eingebunden.²¹ Als weiterer Aspekt kann aufgeführt werden, dass die Kommunikationsebene zwischen RFA und Patient oft verständlicher ist als im Arztkontakt und eine niedrigere Schwelle besteht, bei Unklarheiten nachzufragen. Durch die aktuellen wissenschaftlichen Daten vom EULAR 2020, die ERFASS-Studie⁷, konnte gezeigt werden, dass diese Form der Betreuung einen Mehrwert für alle Beteiligten darstellt.

Sozialmedizinische Aspekte und Tipps zur Reha und zum Nachteilsausgleich („GdB“) sind sicher wünschenswert. Aktuell ist im Alltag aufgrund der bisher vermittelten Kompetenzen jedoch dies nicht wirklich umsetzbar. Das Aufgabenfeld für die RFA wird sich wohl in den nächsten Jahren bei einer stagnierenden oder rückläufigen Zahl ambulant tätiger Rheumatologen erweitern. Insbesondere bei einer erheblichen Zunahme der rheumatologischen Erkrankungsbilder ist dies dringend notwendig.²² Dies kann ein wertvoller Beitrag dazu sein, dass früher und besser entzündlich-rheumatische Erkrankungen erkannt und behandelt werden.

Die im Jahr 2021 zu erwartende Anerkennung der Medizinischen Fachangestellten für Rheumatologie mit Bundesärztekammerzertifizierung wird hier nochmals ein Schritt zur besseren Betreuung unserer Patienten mit entzündlich-rheumatischen Systemerkrankungen sein. Eine Aufwertung der Gehälter von RFAs ist natürlich unabdingbar. Dies sollte auch in Versorgungsverträgen und im KV-System entsprechend berücksichtigt werden.

DELEGATION IN DER PRAXIS: DIE PERSPEKTIVE EINER RHEUMATOLOGISCHEN FACHASSISTENTIN

RFA INES JOPPA

Die Thematik der Delegation in deutschen Arztpraxen beschäftigt Ärzte und ihre medizinischen Fachassistentinnen und Fachassistenten (MFA) gleichermaßen. Speziell in der Rheumatologie bedarf es für einen strukturierten Praxisablauf sowohl einer organisierten Delegation als auch einer qualifizierten Umsetzung und Weiterbildung des medizinischen Fachpersonals. Um in dafür speziell eingerichteten Fachassistenzsprechstunden gezielt Aufgaben zu übernehmen und mit den Patienten zu kommunizieren, ist ein ausführliches Fortbildungsprogramm notwendig, das im Rahmen der Berufslaufbahn einer MFA absolviert werden muss. Dieser Beitrag bietet den persönlichen Blick einer Rheumafachassistentin (RFA) auf ihre Ausbildungsschritte und die bereits umgesetzte Delegation am Arbeitsplatz.

Seit fast schon 31 Jahren arbeite ich als MFA und habe mich 2008 dazu entschlossen, den zusätzlichen Ausbildungsweg der RFA einzuschlagen. Der dafür notwendige Grundkurs bildet das Fundament für ein aktives Mitwirken u. a. in der Patientenaufklärung und -betreuung. Zusätzlich zu den alle zwei Jahre anstehenden Refresher-Kursen gibt es eine Vielzahl an komplementären Fortbildungen, um in einem Gebiet mit steten Neuerungen und Veränderungen, z. B. der Therapie, auf dem aktuellen Stand zu bleiben. Der von der BÄK am 06.04.2021 beschlossene RFA-Plus-Kurs erweitert die Kompetenzen der RFA und hat es mir persönlich ermöglicht, aktiv an Studien mitzuwirken und selbstständig nicht-interventionelle Studien durchzuführen. Diese Fortbildungsschritte sind es, die in unserer rheumatologischen Praxis die Delegation und den Austausch zwischen Arzt und Assistenz aus der RFA-Perspektive erleichtert haben.

KURSE

Wirft man einen genaueren Blick auf die einzelnen Kurseinheiten der rheumatologischen Fachassistenz-Ausbildung, so überschneiden sich Basis- und RFA-Plus-Kurs insofern, dass sie jeweils mit einem zeitlichen Umfang von 60 Stunden und einer Zertifizierung abzuschließen sind. Ihre Zusammensetzung besteht aus einer Kombination aus Theorie und Praxis, die es ermöglicht, schrittweise Aufgaben in der Praxis zu übernehmen. Ergänzend dazu ziehen die Veranstalter des Aufbaukurses digitale Hilfsmittel als Lernhilfe hinzu, um ein zusätzliches Fachwissens-Training im Eigenheim zu erleichtern. Über allem steht die Prämisse das erlernte Wissen zu erhalten und zu vertiefen.

SCHWERPUNKTE

Der Basiskurs vermittelt insgesamt zunächst die Grundlagen der unterschiedlichen rheumatischen Erkrankungen und ihre Wechselwirkungen mit dem Immunsystem. Kombiniert werden dabei Einblicke in physikalische und medikamentöse Behandlungsabläufe. Es wird ein genauer Überblick in die korrekte Versorgung der Patienten und Dokumentation des Krankheitsverlaufs gegeben, der wiederum die Bereiche der Labor Diagnostik, Radiologie und Gelenks- und Wirbelsäulenuntersuchung umfasst. Neben dem medizinischen Fachwissen gehören die Lernbereiche einer strukturierten Organisation und klaren Kommunikation in der Praxis, sowie das Qualitätsmanagement zum Ausbildungsrepertoire dazu. Relevant ist dabei auch ein genaueres Verständnis für die Erkrankten selbst. Dadurch wurde es mir ermöglicht, telefonisch die Dringlichkeit eines Termins besser einschätzen zu können. Das vertiefte Fachwissen erlaubt mir ein zielführendes Fragestellen. Anhand von Fallbeispielen werden akute Notfälle mit den korrekten Verhaltensweisen und dem sicheren Umgang mit den Patienten anschaulich dargestellt.

Im, auf dem Grundkurs aufbauenden, RFA-Plus-Kurs rückt primär die Aufklärung in den Mittelpunkt des Lernens: Es wird genauer auf die Bereiche Beratung des Patienten und Unterstützung bei der Krankheitsbewältigung eingegangen. Neu hinzu kommt der Aspekt von juristischen Fragen und Richtlinien, die ich als RFA befolgen muss. Im Vordergrund steht dabei die grundsätzliche Frage: Welche Aufgaben darf mir der behandelnde Arzt innerhalb der juristischen Regeln übertragen? In Verbindung damit werden neue Organisationsbereiche wie die Planung einer RFA-Sprechstunde eröffnet, die nach klaren Richtlinien abzulaufen hat. Alles nach dem Grundsatz: Zuerst die Untersuchung durch den Rheumatologen und als zweite, ergänzende Instanz schließlich die RFA. Eine Besonderheit des Aufbaukurses ist es, dass neben den behandelnden Spezialisten auch RFAs selbst Vorträge halten. Sie gehen genauer auf die Themengebiete des Praxisablaufs und der Praxisverwaltung ein. Dadurch ist es mir und den anderen Teilnehmern möglich, unsere Delegationsansätze zu vergleichen und ggf. anzupassen bzw. zu verbessern. Insgesamt bieten die Kurse die Möglichkeit, ein interagierendes Netzwerk zwischen RFAs und Ärzten gleichermaßen aufzubauen, und sich über Fortschritte im Bereich der Delegation auszutauschen.

ERGEBNISSE

Grundsätzlich zeichnen sich in der Fortbildung persönliche und praxisbezogene Bereicherungen im Arbeitsalltag ab. Dank der Weiterbildung kann die RFA als qualifiziertes und vor allem aktives Mitglied im Zusammenhang mit der Delegation agieren:

BEREICHE	TÄTIGKEIT
Anmeldung/Verwaltung	<ul style="list-style-type: none">- Telekommunikation- Briefe- Befundzuordnung- Medikationsabfrage- Befindlichkeitsabfrage- Rezepte/Rezeptwünsche- Terminvergabe: Dringlichkeit
Labor	<ul style="list-style-type: none">- Blutabnahme/Labordiagnostik- Abfrage der Vitalparameter- Infusionsgabe/Zugang legen- Spritzen- Impfungen- Wundversorgung- Injektionsschulung des Patienten
RFA-Sprechstunde	<ul style="list-style-type: none">- Strukturierte Abfrage: Zweitaufklärung & Schulung des Patienten- Abfrage und Dokumentation der Komorbiditäten- Medikations- & Therapieabfrage- Nebenwirkungen & neue Krankheiten- Impfstatus- Abfrage der Vitalparameter- Diagnostik- Erhebung und Auswertung von Scores
Weiteres	<ul style="list-style-type: none">- Umfangreiche Patientenschulung in allen Bereichen- Mitwirken bei interventionellen und nicht-interventionellen Studien

Ergänzend dazu können der Gesundheits- und Medikationsstatus des Patienten vorab intentional erfragt und die Funktion einer zweiten Aufklärungsinstanz übernommen werden. Auf der Basis einer Erweiterung der Kommunikationstechnik mit den Patienten und deren Angehörigen kann standardisiert eine allgemeine und fachspezifische Krankengeschichte erhoben werden. Abfragen der Komorbiditäten und anfallenden Therapiemöglichkeiten, sowie der Score-Auswertungen und Arbeit im Labor sind einfacher durchführbar. Beim Aspekt der RFA-Sprechstunde steht primär die Patientenschulung und Beraterfunktion der RFA im Vordergrund, außerdem die Möglichkeit für Rückfragen erreichbar zu sein.

DELEGATION IN DER PRAXIS

In meiner Funktion als Bindeglied zwischen Arzt und Patient, kann ich als ausgebildete RFA dazu beitragen, die Delegationsprozesse transparent und reibungsloser zu gestalten. In meinem Arbeitsalltag gestaltet sich die Übertragung von Aufgaben folgendermaßen: Der behandelnde Arzt leitet seinen Patienten an mich weiter mit dem Ziel, die vorab gegebene Beratung zu vertiefen. In der dafür eigens eingerichteten RFA-Sprechstunde kann ich Themen wie die Therapieeinstellung, neue Therapien oder neue Medikamente weiter besprechen. Wichtig ist hierbei ein Gespräch auf Augenhöhe, was von unseren Patienten sehr geschätzt wird.

Durch das zusätzliche zeitliche Angebot kann sowohl der Arzt entlastet als auch dem Patienten eine eingehendere Unterstützung angeboten werden. Durch den steten Austausch zwischen dem behandelnden Arzt und mir, kann ich auf der Basis der gewonnenen Informationen eine strukturierte und vor allem zielgerichtete Abfragetechnik einsetzen. Diese hilft mir dabei herauszufinden, ob bei dem Patienten neue Beschwerden aufgetreten sind, die ich zeitnah weiterleiten muss. Die bessere Information und Einstellung des Patienten kann ermöglichen, dass erforderliche Kontrolltermine verringert werden. Das bedeutet weniger Stress für die Praxis, unser Team und besonders die Patienten. Durch die offenen Gespräche versuche ich, das Vertrauen der Patienten in die Praxis und somit auch in die Therapie weiter auszubauen. Hierbei unterstützt mich die erlernte Kommunikations- und Gesprächstechnik und bringt in Kombination mit einem sorgfältigen Praxismanagement mehr Ordnung in den teils hektischen Arbeitsalltag.

Außerdem kann der Terminkalender entlastet werden, was mehr Platz und Zeit für Akut- oder Neupatienten bedeutet. Im aktuellen Fall der Corona-Pandemie lässt sich dadurch die akute Gefährdung der Rheumapatienten reduzieren, weil diese nun weniger häufig in die Praxis kommen.

AUSBLICK/FAZIT

Alles in allem erweisen sich die Basis- und Fortbildungskurse als große Hilfe, um die Übertragung von Aufgaben in der Praxis zu erleichtern und somit einen optimalen und reibungslosen Praxisablauf zu gestalten. Sie führen zu einer stabileren Einstellung der Patienten, die sich besser mit ihrer Krankheit auskennen und bereitwilliger ihre Therapien akzeptieren und durchführen. Die Kommunikation in der Praxis selbst – das schließt sowohl den Austausch zwischen Arzt und RFA als auch zwischen RFA und MFA mit ein – ist direkter und weniger umständlich. Und das aufgebaute und gezeigte Vertrauen in die Fähigkeiten der RFA stärkt das ganze Team. Als Endresultat lässt sich festhalten, dass die RFA durch die Delegation eine deutlich aktivere Rolle im Praxisalltag spielt und zusätzlich aktiv bei der Durchführung von interventionellen und nicht-interventionellen Studien beteiligt werden kann. An dieser Stelle noch ein Dankeschön an alle Referenten und ihr tolles Engagement und ihre informativen Beiträge.

Über der ganzen Delegationsthematik steht für uns als RFAs der Wunsch, dass sich unsere Arbeit auch in der Schaffung eigener Leistungsziffern sowie in entsprechender tariflicher Einstufung widerspiegelt.



MEINE ERFAHRUNG MIT DER DELEGATION

RFA PATRICIA STEFFENS-KORBANKA

FRAU PATRICIA STEFFENS-KORBANKA, RFA IN OSNABRÜCK, SPRICHT ÜBER DEN MEHRWERT DER DELEGATION

Frau Steffens-Korbanka, können Sie uns in kurzen Worten Ihren Werdegang zur RFA und zur Übernahme einer RFA-Sprechstunde beschreiben?

Ich arbeite seit 1994 in der „rheumapraxis an der hase“ in Osnabrück und habe 2006 die Weiterbildung zur RFA gemacht. Nach der Ausbildung haben wir im Praxisteam gemeinsam überlegt, welchen Mehrwert die Weiterbildung für mich aber auch für die Praxis haben könnte. Durch meine langjährige Tätigkeit als Study Nurse habe ich viele Gespräche mit Patienten führen dürfen und fand große Freude daran, Patienten zu betreuen und zu begleiten. Daher habe ich die Idee eine RFA-Sprechstunde mitgestalten zu dürfen, als Herausforderung und als besondere Aufwertung meiner Arbeit gesehen.

Wie hat Sie Ihr „Chef“ unterstützt?

Die Idee eine RFA-Sprechstunde in unserer Praxis durchzuführen, war von Anfang an ein Teamprojekt von Ärzten und RFAs. Bei begrenzten ärztlichen Zeitressourcen sind die Terminwartezeiten stark gestiegen. Mit Hilfe der RFA-Sprechstunde ist es uns gelungen, die hochwertige Versorgung unserer Patienten sicherzustellen und die gewonnene ärztliche Zeit für Notfallpatienten und Frühsprechstunden einzusetzen. Daher war und ist die Unterstützung und Akzeptanz der Ärzte hoch.

Wie organisieren Sie eine RFA-Sprechstunde?

Unsere RFA-Sprechstunde richtet sich an Patienten mit rheumatoider Arthritis, Psoriasis-Arthritis oder ankylosierender Spondylitis mit stabiler Einstellung. In einem klar strukturierten Gespräch frage ich die Patienten, wie die letzten drei oder sechs Monate ihrer rheumatologischen Erkrankung verlaufen sind, ich untersuche die Krankheitsaktivität und die Beweglichkeit. Und natürlich ist auch etwas Zeit in dem Gespräch, einmal darüber zu sprechen, ob gerade Dinge im Leben eine Rolle spielen, die die Patienten zusätzlich belasten könnten. In einem kurzen Gespräch wird dann der Rheumatologe über den Stand der Dinge informiert und kommt zu einem abschließenden Gespräch dazu.

Die Patienten profitieren sehr von diesem Konzept. Sie haben einen weiteren persönlichen Ansprechpartner und mehr Zeit, ihre Beschwerden und Wünsche vorzubringen, als in einem zeitlich begrenzten Arztkontakt. Dies bewerten die Patienten als sehr positiv.

Welche Hürden galt es zu Beginn im Umgang mit den Patienten zu überwinden?

Es gab erstaunlich wenige Hürden durch unsere Patienten. Im Gegenteil, die Patienten haben die RFA-Sprechstunde gerne angenommen und empfinden die gemeinsame Betreuung durch RFA und Rheumatologen als Gewinn. Das ärztliche Gespräch vor der ersten RFA-Sprechstunde mit Hinweis auf diese etwas andere Versorgungsform ist essenziell. Besonders der Hinweis auf eine gemeinsame Versorgung durch RFA und Rheumatologen sollte hervorgehoben werden.

IHR RESÜMEE

Die RFA-Sprechstunde läuft mittlerweile seit gut 8 Jahren in unserer Praxis und ist inzwischen Routine. Wir haben unsere RFA-Sprechstunden in den letzten Jahren noch weiter ausgebaut und neue Projekte mit Ärzten und RFAs konzipiert und initiiert, darunter eine Treat-to-target-Sprechstunde und eine Erstkontaktsprechstunde mit strukturierten Instrumenten. Diese stoßen ebenfalls auf große Akzeptanz und verbessern die individuelle Versorgung der Patienten.

FRAU STEFFENS-KORBANKA, VIELEN DANK FÜR DIESES GESPRÄCH.

LINKS

Fachverband Rheumatologische Fachassistenz e.V.
www.forum-rheumanum.de

Rheumatologische Fachassistenz DGRh
www.dgrh.de

Rheumatologische Fortbildungsakademie
https://rheumaakademie.de/10.html

Berufsverband Deutscher Rheumatologen e. V. (BDRh)
www.bdrh.de

Rheuma Management
www.rheumamanagement-online.de

Bundesärztekammer „Mustercurriculum“
www.bundesaeztekammer.de/fileadmin/user_upload/
downloads/pdf-Ordner/MFA/Musterfortbildungscurricu-
lum_MFA_Rheumatologie_1Auflage_2021.pdf

LITERATUR

REFERENZEN ¹Smolen JS, Landewe R, Breedveld FC, et al. EULAR recommendations for the management of rheumatoid arthritis with synthetic and biological disease-modifying antirheumatic drugs: 2013 update. Ann Rheum Dis 2014; 73(3): 492-509 | ²Bryant RV, Costello SP, Schoeman S, et al. Limited uptake of ulcerative colitis "treat-to-target" recommendations in real-world practice. J Gastroenterol Hepatol 2018; 33(3): 599-607 | ³Armstrong AW, Siegel MP, Bagel J, et al. From the Medical Board of the National Psoriasis Foundation: Treatment targets for plaque psoriasis. J Am Acad Dermatol 2017; 76(2): 290-298 | ⁴Zink A, Braun J, Gromnica-Ihle E, et al. Memorandum der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie zur Versorgungsqualität in der Rheumatologie – Update 2016. Z Rheumatol 2017; 76: 195-207 | ⁵BMG. GKV-Versorgungsstärkungsgesetz. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/g/gkv-versorgungsstaerkungsgesetz.html | ⁶De Thurah A, Esbensen BA, Roelsgaard IK, Frandsen TF, Primdahl J. Efficacy of embedded nurse-led versus conventional physician-led follow-up in rheumatoid arthritis: a systematic review and meta-analysis. RMD Open 2017; 3(2): e000481 | ⁷Juliana Rachel Hoepfer, Jan Zeidler, Sara Eileen Meyer, Georg Gauler, Patricia Steffens-Korbanka, Martin Welcker, Jörg Wendler, Florian Schuch, Ulrich von Hinüber, Andreas Schwarting, Torsten Witte, Dirk Meyer-Olson, Kirsten Hoepfer [Effect of nurse-led care on outcomes in patients with ACPA/RF-positive rheumatoid arthritis with active disease undergoing treat-to-target: a multicentre randomised controlled trial]. RMD Open 2021; 7:e001627 | ⁸Hoepfer JR, Gauler G, Meyer-Olson D. Effect of nurse-led-care on patient outcomes in rheumatoid arthritis in Germany: a multicentre controlled trial. Ann Rheum Dis 2020; 79(Suppl 1): 97-98. Abstract OP0154-HPR | ⁹Braun J, Krause D. Stärker – Strukturierte Delegation ärztlicher Leistungen im Rahmen konzeptionsgeregelter Kooperation der Versorgung von Patienten mit chronisch-entzündlichen Erkrankungen (01NVF17004). Aktuelle Rheumatologie 2018; 5: 410-411 | ¹⁰Mergenthal K, Guthlin C, Beyer M, Gerlach FM, Siebenhofer A. Wie bewerten und akzeptieren Patienten die Betreuung durch Medizinische Fachangestellte in der Hausarztpraxis? Ergebnisse einer Patienten-Befragung in der HzV in Baden-Württemberg. Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany) 2016 | ¹¹Krause A, Schuch F, Braun J, et al. [Delegation of medical tasks in rheumatology]. Z Rheumatol 2020; 79: 123-131 | ¹²Bundesmantelvertrag-Ärzte. Vereinbarung über die Delegation ärztlicher Leistungen an nichtärztliches Personal in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 28 Abs. 1 S. 3 SGB V. In: GKV-Spitzenverband KB, ed. Anlage 24, Stand 2015. ¹³Aufgrund der Tatsache, dass der Beruf der (zahn)medizinischen Fachassistenz nach wie vor in fester weiblicher Hand ist, verwendet der Autor im Folgenden zur besseren Lesbarkeit des Textes immer die weibliche Form. Die männlichen Fachassistenten werden es mir nachsehen. | ¹⁴Da sich die Vereinbarung allein an haftungsrechtlichen Grundsätzen orientiert, ist sie auch auf die rein privatärztliche Behandlung übertragbar. | ¹⁵Strahlenschutzgesetz (StrlSchG) sowie Strahlenschutzverordnung (StrlSchV) | ¹⁶Hiervon zu unterscheiden ist die strafrechtliche Verfolgung der Leistungserbringer wegen fahrlässiger Körperverletzung oder gar Tötung durch die Staatsanwaltschaft. Im Verhältnis zur Anzahl der geführten zivilrechtlichen Verfahren kommt die strafrechtliche Aufarbeitung eines Behandlungsfehlers jedoch eher selten vor, da sie dem geschädigten Patienten keine finanzielle Kompensation verschafft. | ¹⁷Dies gilt natürlich auch für alle Kooperationsformen, wie z. B. einer Berufsausübungsgemeinschaft, ein Medizinisches Versorgungszentrum, der ASV oder einem Krankenhaus | ¹⁸Ist eine medizinische Handlung für einen Patienten völlig unbrauchbar, kann er das bereits bezahlte Behandlungshonorar vom Arzt zurückverlangen. Dies kommt z. B. bei Selbstzahlerleistungen in Betracht. Der Wegfall des Behandlungshonorars stellt einen Erfüllungsschaden dar. Erfüllungsschäden sind grundsätzlich nicht vom Versicherungsschutz umfasst. | ¹⁹Hiervon zu unterscheiden sind Ausbildungskosten. Diese gehören zu den Kosten der privaten Lebensführung und stellen daher steuerpflichtigen Arbeitslohn dar. | ²⁰Kiltz U et al., Z Rheumatol 2020; 79: 729-736 | ²¹Schwarze M et al., Z Rheumatol 2020; doi: 10.1007/s00393-020-00871-7 | ²²Pressemitteilung KKH Kaufmännische Krankenkasse, 27. Oktober 2020

KONTAKTE

KBV-VEREINBARUNG VON SEITE 19

§ 4 Abs. 2 Delegationsvereinbarung: Der Arzt hat sicherzustellen, dass der Mitarbeiter aufgrund seiner beruflichen Qualifikation oder allgemeinen Fähigkeiten und Kenntnisse für die Erbringung der delegierten Leistung geeignet ist (Auswahlpflicht). Er hat ihn zur selbständigen Durchführung der zu delegierenden Leistung anzuleiten (Anleitungspflicht) sowie regelmäßig zu überwachen (Überwachungspflicht). Die Qualifikation des Mitarbeiters ist ausschlaggebend für den Umfang der Anleitung und der Überwachung.

DR. KIRSTEN HOEPER

Regionales Kooperatives Rheumazentrum
Niedersachsen e.V., Geschäftsführung
Karl-Wiechert-Allee 3, 30625 Hannover
Tel. 0511/5326400, Fax 0511/5326401
hoeper.kirsten@mh-hannover.de

PROF. DR. KLAUS KRÜGER

Praxiszentrum St. Bonifatius München
St. Bonifatius-Straße 5, 81541 München
Tel. 089/6914222
klaus.krueger@med.uni-muenchen.de

INES JOPPA

Praxis Prof. Dr. Klaus Krüger München
St. Bonifatius-Straße 5, 81541 München
Tel. 089/6914222

DR. MARTIN WELCKER

MVZ für Rheumatologie Planegg
Bahnhofstraße 32, 82152 Planegg
Tel. 089/893566915
martin.welcker@rheumatologie-welcker.de

CHRISTIAN KOLLER

Fachanwalt für Medizinrecht
Kanzlei Tacke Krafft München
Rindermarkt 3 und 4, 80331 München
Tel. 089/1894430, Fax 089/18944333
christian.koller@tacke-krafft.de

DR. SILKE ZINKE

Rheuma-Praxis-Zinke
Hauptstr. 9, 13055 Berlin
Tel. 030/98317454, Fax 030/98695232
zinke@bdrh.de

FRAGEN

Wenn Sie Fragen zur Delegation allgemein oder Fragen an die Autoren haben, wenden Sie sich gerne an uns per Mail unter: **delegation@delegation-rheumatologie.de**

DR. FLORIAN SCHUCH

Rheumatologische Schwerpunktpraxis Erlangen
Möhrendorfer Str. 1c, 91056 Erlangen
Tel. 09131/89000, Fax 09131/890050
florian.schuch@pgrn.de

PETRA SANDNER

Rheumatologische Schwerpunktpraxis Erlangen
Möhrendorfer Str. 1c, 91056 Erlangen
Tel. 09131/89000, Fax 09131/890050

DR. EDMUND EDELMANN

Rheumazentrum Bad Aibling & Erding
Lindenstraße 2, 83043 Bad Aibling
Tel. 08061/90580, Fax 08061/37921
edelmann@rz-bae.de

DR. GEORG GAULER

Rheumapraxis an der Hase Osnabrück
Möserstraße 46, 49074 Osnabrück
Tel. 0541/358580, Fax 0541/3585830
gauler@web.de

PATRICIA STEFFENS-KORBANKA

Rheumapraxis an der Hase Osnabrück
Möserstraße 46, 49074 Osnabrück
Tel. 0541/358580, Fax 0541/3585830
patricia.steffens-korbanka@osnnet.de

DR. JÖRG WENDLER

Rheumatologische Schwerpunktpraxis Erlangen
Möhrendorfer Strasse 1c, 91056 Erlangen
Tel. 09131/89000, Fax 09131/890050
joerg.wendler@pgrn.de

Das Serviceprogramm für Ihre Patienten

AbbVie Care

Gemeinsam erfolgreich!



**Vielseitige Unterstützung im Umgang
mit der Erkrankung und Therapie**

Bieten Sie Ihren Patienten einen
zusätzlichen kostenfreien Service an.

Sie wollen mehr erfahren?
Besuchen Sie uns:
www.abbvie-care.de/psp

