

Ausgabe 2

DELEGATION

VON LEISTUNGEN IN
DER RHEUMATOLOGIE

WIR delegieren –
WIR übernehmen

Dr. Kirsten Hoepfer
Christian Koller
Dr. Florian Schuch & Petra Sandner
Dr. Edmund Edelmann
Patricia Steffens-Korbanka

BROSCHÜRE 1

Erscheinungstermin Oktober 2020

Warum stellen wir, als Autorenteam, Ihnen das Thema
Delegation in einer Serienbeilage vor?

Dr. Kirsten Hoeper

Der Einsatz der Rheumafachassistenz aus ärztlicher Sicht

Dr. Martin Welcker

Die Rheumatologische Fachassistenz

Dr. Florian Schuch

BROSCHÜRE 2

Erscheinungstermin Dezember 2020

Juristische Aspekte der Delegation 6
Christian Koller, Anwalt für Medizinrecht

Wirtschaftlichkeit der Delegation? 17
Dr. Edmund Edelmann

Medizinisch/organisatorische Aspekte 22
Dr. Florian Schuch / Petra Sandner

Erfahrung aus einer RFA-Sprechstunde 24
Patricia Steffens-Korbanka

BROSCHÜRE 3

Erscheinungstermin Februar 2021

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

Karl-Wiechert-Allee 3
30625 Hannover
Tel. 0511/5326400
Fax 0511/5326401
hoeper.kirsten@mh-hannover.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. 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



PATRICIA STEFFENS-KORBANKA

Rheumapraxis
an der Hase
Osnabrück

Möserstraße 46
49074 Osnabrück
Tel. 0541/358580
Fax 0541/3585830
patricia.steffens-korbanka@osnanet.de

Die Welt der Rheumatologie befindet sich seit Jahren in einem Veränderungsprozess, bedingt durch neue diagnostische Verfahren und die erweiternden Möglichkeiten neuer Substanzklassen in der Behandlung. Eines hielt nicht Schritt, und zwar die Erkrankungen möglichst früh und schnell unter Kontrolle zu bringen. Was ist zu verändern?

Eine Ad-hoc-Kommission der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie e.V. (DGRh) erarbeitete zur Lösung dieses Problems übergeordnete Prinzipien sowie Empfehlungen zur Delegation von ärztlichen Aufgaben an die Rheumatologische Fachassistenz (RFA). Hiermit wurden eine medizinische und rechtliche Grundlage und der Rahmen für eine sinnvolle und sichere Delegation geschaffen.

Basierend auf diesen Ergebnissen sollen drei Ausgaben der Fachzeitschrift „Rheuma Management“ (Oktober, Dezember 2020, Februar 2021) alle essenziellen Gesichtspunkte einer Etablierung der Delegation beleuchten und – das ist unser besonderes Ziel – Wege und Motivation zu einer Realisierung aufzeigen.



DELEGATION VON LEISTUNGEN IN DER RHEUMATOLOGIE

DR. KIRSTEN HOEPER

EINE KURZE ZUSAMMENFASSUNG DER ERSTEN VERÖFFENTLICHUNG IM OKTOBER SEI DER ZWEITEN AUSGABE VORANGESTELLT

Dr. Martin Welcker, der über langjährige „Delegations-Erfahrung“ verfügt, beleuchtete in der ersten Ausgabe dieser Broschürenreihe an Beispielen die Vorteile des kooperativen Handelns der medizinischen Versorgungsstrukturen und stellte fest: „Delegation besticht als existenzielle und qualitätssteigernde Versorgungsleistung und funktionierendes Managementtool. Es erhöht bei Steigerung der Betreuungsqualität die Lebensqualität aller Beteiligten und die wirtschaftliche Ertragslage.“

Zu einer ähnlichen Einschätzung gelangte Dr. Florian Schuch: „Durch diese neuen Verantwortlichkeiten und Kompetenzen kann eine Verbesserung der Arbeitszufriedenheit, eine bessere Identifizierung mit der Tätigkeit und auch Sinnfindung, Sinnggebung im Beruf erreicht werden. Jahrelanges, 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.“

DIESE THEMEN FINDEN SIE IN DIESER AUSGABE

Welche juristischen Probleme können durch die Delegation entstehen? Auf diese Frage wird der Rechtsanwalt Christian Koller eine Antwort geben.

Am Anfang aller Überlegungen, ob eine Position in der Praxis für Delegationsaufgaben implementiert wird, steht eine Kostenrechnung, mit der Dr. Edmund Edelmann aufzuzeigen versucht, unter welchen Bedingungen „eine schwarze Zahl unterm Strich“ steht.

Dr. Florian Schuch, „Motor“ in der Umsetzung der Delegation, und seine Mitarbeiterin Petra Sandner, RFA, stellen medizinisch/organisatorische Betrachtungen, die Umsetzung und Vorteile der Umstrukturierung für die Einführung der Delegation und Beispiele einer realisierten Delegation vor.

Ganz wichtig ist uns, die Realität der Umsetzung darzustellen. Die erfahrene RFA, Frau Patricia Steffens-Korbanka, schildert diese in einem Interview mit viel Engagement.

Zum Schluss schlage ich Ihnen vor, Ihre Kommentare oder Fragen zum Erfahrungsaustausch für die Kollegen als „Leserbrief“ an den Herausgeber zu senden, damit diese von Ihrem Wissen profitieren können! (delegation@delegation-rheumatologie.de)

JURISTISCHE ASPEKTE DER DELEGATION

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)¹ 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?

B

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: Delegationsvereinbarung²) 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 Dau-

erkatheters, 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 Autorenteam³ 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.³

2. Unterstützung bei der Diagnostik

Bei Vorliegen einer entsprechenden Qualifikation als medizinisch-technische Radiologie-Assistentin und der Beachtung der konkreten strahlenschutzrechtlichen Vorgaben⁴ 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.³ 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 26) 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



C

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.⁵ 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 Arzt⁶ 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 Beispielsfall 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. Honorarausfall⁷) 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 veranlasst haben – 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.⁸ 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 mit-versichert. 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 Hausärzterverband 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 Medikationinformation 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 Spondylitis⁹, 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.

DIE RHEUMAFACHASSISTENZ IM ALLTAG

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.¹⁰ 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-Studie¹¹, 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.¹² 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.

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.



**MEINE ERFAHRUNG
MIT DER DELEGATION**

PATRICIA STEFFENS-KORBANKA

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

KBV-VEREINBARUNG VON SEITE 9

§ 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.

LITERATUR

REFERENZEN ¹Aufgrund 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. | ²Da sich die Vereinbarung allein an haftungsrechtlichen Grundsätzen orientiert, ist sie auch auf die rein privatärztliche Behandlung übertragbar. | ³Krause A et al., Z Rheumatol 2020; 79: 123-131 | ⁴Strahlenschutzgesetz (StrlSchG) sowie Strahlenschutzverordnung (StrlSchV) | ⁵Hier von 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. | ⁶Dies gilt natürlich auch für alle Kooperationsformen, wie z. B. einer Berufsausübungsgemeinschaft, ein Medizinisches Versorgungszentrum, der ASV oder einem Krankenhaus | ⁷Ist 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. | ⁸Hier von zu unterscheiden sind Ausbildungskosten. Diese gehören zu den Kosten der privaten Lebensführung und stellen daher steuerpflichtigen Arbeitslohn dar. | ⁹Kiltz U et al., Z Rheumatol 2020; 79: 729-736 | ¹⁰Schwarze M et al., Z Rheumatol 2020; doi: 10.1007/s00393-020-00871-7 | ¹¹Hoeper K et al., Ann Rheum Dis 2020, 79 (Suppl1): 97 (OP0154-HPR) | ¹²Pressemittteilung KKH Kaufmännische Krankenkasse, 27. Oktober 2020

VORSCHAU
AUF DIE NÄCHSTE AUSGABE

ERSCHEINUNGSTERMIN FEBRUAR 2021

- Umsetzung in der Praxis
- Konkrete Handlungsbeispiele
- Vorstellung des Curriculums RFAplus
- Wo gibt es welchen Support?
- Fazit: Einführung der Delegation

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**

HIER STEHT EINE ANZEIGE.