VORTRAG · MEDIZINRECHT · 2026

Anfang und Ende der ärztlichen Delegation

Rechtssicher delegieren – Verantwortung behalten.

Aufbereiteter Fachtext und Lesefassung zum Vortrag – mit Hintergründen, Praxisbeispielen, typischen Fehlerbildern und geprüften Quellen.

Stefan Rohpeter

Rechtsanwalt · Fachanwalt für Medizinrecht · Health Care Manager

Spezialisiert auf ärztliches Berufsrecht, Vertragsarztrecht und Organisationsverantwortung in Praxis und Klinik.

Rohpeter, Schwinn & Damm Rechtsanwälte PartG mbB · medizinrechtskanzlei.net

Stand: Juni 2026. Diese Lesefassung wurde aus dem Sprechskript und der Begleitpräsentation (26 Folien) zusammengeführt, sprachlich für das Nachlesen aufbereitet und anhand öffentlich zugänglicher Quellen (Gesetze, Bundesmantelvertrag, EBM, BÄK-Curricula, DGVS-Leitlinien, Rechtsprechung) geprüft. Vorgenommene Präzisierungen sind im *separaten Prüfbericht* mit Quelle und Begründung dokumentiert.

Kein Ersatz für die rechtliche Einzelfallberatung. Die Umsetzung ist an das jeweilige Setting (Praxis, MVZ, Klinik) anzupassen.

Inhalt

Worum es geht – und warum jetzt 3

Prolog: Drei Zahlen, die alles erklären 3

Was ist – juristisch – „Delegation"? 4

Akt 1 – Der Anfang: Das Delegations-Pentagon 6

Auswahl & Qualifikation: NäPA und VERAH 8

Überwachung, Erreichbarkeit, Dokumentation 10

Akt 2 – Das Ende: Wo Delegation aufhört 11

Die No-Go-Liste – BMV-Ä Anlage 24 12

Hochrisiko – wo Anwesenheit Pflicht wird 13

Akt 3 – Settings & Spielregeln 14

Spickzettel: NäPA und EBM Kapitel 38 15

Praxis-Spotlight: CED als Modellfall 16

Therapiestationen – wer darf was? 18

Akt 4 – Wenn es knallt: Drei Welten der Konsequenz 19

Drei Rechtsprechungs-Schlaglichter 20

Akt 5 – Was Sie morgen tun 21

Glossar der Spezialbegriffe 23

Quellenpflege und Aktualisierung 26

Worum es geht – und warum jetzt

Spezialisierung, Personalmangel und wirtschaftlicher Druck verlagern ärztliche Aufgaben zunehmend auf Medizinische Fachangestellte (MFA), nichtärztliche Praxisassistenz (NäPA) und Pflege. Ohne diese Arbeitsteilung wäre der Versorgungsalltag kaum zu bewältigen. Genau dieser Effizienzgewinn erzeugt aber neue Risiken: Sobald unklar ist, wer was tun darf, wer anleiten und kontrollieren muss und wer im Schadensfall haftet, entstehen Angriffsflächen – zivilrechtlich, berufsrechtlich, sozialrechtlich und im Extremfall strafrechtlich.

Typische Alltagssituationen zeigen das Problem: In einer übervollen Sprechstunde übernimmt eine MFA „mal eben" die Aufklärung; in der Endoskopie wird die Sedierung faktisch von der Pflege gesteuert; in Kliniken werden ärztliche Aufgaben aus Personalmangel schleichend in den Pflegebereich verschoben, ohne dass jemand bewusst entschieden hätte, ob und wie das zulässig ist. Diese Lesefassung arbeitet heraus, wie solche Situationen rechtssicher und zugleich pragmatisch organisiert werden.

Zum Gebrauch dieses Textes

- Der Text folgt dem Aufbau des Vortrags in fünf „Akten": Anfang der Delegation, Ende (Grenzen), Settings & Spielregeln, Konsequenzen und der praktische Werkzeugkasten.
- Fachbegriffe (BMV-Ä, EBM, NäPA, VERAH, SOP, Anaphylaxie, Biologika u. a.) sind im Glossar am Ende erläutert.
- Grafische Übersichten, Tabellen und Merksätze verdichten die jeweils zentrale Aussage.
- Die chronisch entzündliche Darmerkrankung (CED) dient als durchgehender Modellfall, weil sie Hochrisikotherapie, Lotsenfunktion und akute Krisensituationen vereint. Die Prinzipien gelten aber für jede risikobehaftete Indikation.

Prolog: Drei Zahlen, die alles erklären

Drei Bezugsgrößen markieren die Schwellen, an denen Delegation in der Praxis tatsächlich scheitert – Aufklärung, Haftung und Abrechnung. Wer sie sich merkt, versteht, warum Delegation über Haftung, Honorar und im Extremfall über die Berufsausübung entscheidet.

§ 630e BGB	**Aufklärung ist ärztliche Aufgabe.** Sie darf nur durch einen Arzt – nicht durch nichtärztliches Personal – erfolgen. Wer sie an MFA überträgt, produziert eine unwirksame Einwilligung; jeder noch so lege artis durchgeführte Eingriff wird damit zivilrechtlich rechtswidrig.
100 % Haftung	**Übernahmeverschulden trifft den Arzt – nicht das Personal.** Wer delegiert und dabei Auswahl, Instruktion oder Überwachung verletzt, haftet als Behandelnder selbst. „Aber die hat das doch gemacht!" reicht juristisch nie.
Persönliche Leistung	**Honorarvoraussetzung im Vertragsarztrecht.** Die persönliche Leistungserbringung ist Tatbestandsmerkmal der Abrechnung (§ 32 Abs. 1 Ärzte-ZV, § 15 Abs. 1 BMV-Ä). Wer sie verletzt, riskiert Honorarberichtigung, Plausibilitätsprüfung und Rückforderung –

	quartalsübergreifend.

Hinweis (geprüft)
Die persönliche Leistungserbringung als Honorarvoraussetzung ist nicht in § 95 SGB V, sondern in § 32 Abs. 1 Ärzte-ZV und § 15 Abs. 1 BMV-Ä verankert. § 95 SGB V regelt den Status der Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung (Zulassung). Diese Präzisierung wurde gegenüber der Vortragsfassung vorgenommen.

Was ist – juristisch – „Delegation"?

Delegation ist die Übertragung einzelner ärztlicher Verrichtungen an qualifiziertes nichtärztliches Personal – unter Verbleib der Gesamtverantwortung und Letztentscheidung beim Arzt. Wichtig ist die Abgrenzung in beide Richtungen:

- **Assistenz:** Die ärztliche Tätigkeit bleibt im Vordergrund; die MFA reicht zu, hält oder dokumentiert, trifft aber keine eigenen Behandlungsentscheidungen.
- **Delegation:** Die MFA übernimmt eine klar umrissene Teilaufgabe eigenständig (z. B. Blutabnahme, EKG, standardisierte Funktionsdiagnostik), jedoch auf ärztliche Anordnung und innerhalb eines vorgegebenen Rahmens.
- **Substitution:** Die vollständige Übertragung eines Behandlungsteils inklusive eigenständiger Diagnose- und Therapieentscheidung. Im Regelfall berufs- und sozialrechtlich unzulässig; nur in eng begrenzten Modellvorhaben der Heilkundeübertragung (§ 64d SGB V) möglich.

MERKE Delegiert wird die Tätigkeit – nicht die Verantwortung.

Juristisch bleibt der Patient immer mit dem Namen des Arztes verbunden: Behandlungsvertrag, Aufklärung, Dokumentation und Haftung knüpfen an ihn an, nicht an die einzelne MFA. Bei einer Komplikation fragt das Gericht nicht „Wer hat das technisch gemacht?", sondern „Wer hätte dafür sorgen müssen, dass diese Person geeignet, angeleitet und überwacht ist?". Wer delegiert, erweitert seinen Verantwortungsbereich organisatorisch – er verkleinert ihn nicht.

Die drei Pflichtenebenen

Jeder Delegationsvorgang wird zugleich an drei Ebenen gemessen. Ein und derselbe Fehler kann deshalb drei unterschiedliche Folgen haben – und jede einzelne kann existenzbedrohend sein, ohne dass die anderen davon Notiz nehmen.

Ebene	Maßstab	Worüber entschieden wird
Zivilrecht	§§ 630a, 630e BGB	Behandlungsvertrag, Aufklärungspflicht, Haftung gegenüber dem Patienten. Ein MFA-Fehler wird zu „Ihrem" Behandlungsfehler, wenn Auswahl, Anleitung oder Überwachung nicht stimmen.
Berufsrecht	MBO-Ä, BÄK-Empfehlungen	Persönliche Leistung, Auswahl, Anleitung, Überwachung. Droht: berufsgerichtliches Verfahren bis zum Approbationsentzug.

Sozialrecht	SGB V, BMV-Ä, EBM	Genehmigungspflichten, persönliche Leistung als Honorarvoraussetzung. Hebel für Honorarberichtigung und Regress.

Begriff: Übernahmeverschulden

Der dem Arzt zu vertretende Vorwurf, eine Tätigkeit übertragen (oder selbst übernommen) zu haben, obwohl er die Sicherungspflichten der Delegation – Auswahl, Anleitung, Überwachung – nicht erfüllt hat. Die Rechtsprechung unterstellt, dass nur solche Aufgaben delegiert werden, bei denen sich der Arzt von Qualifikation, Einarbeitung und laufender Kontrolle überzeugt hat. Geschieht das nicht oder nur „pro forma", wird ein Fehler der MFA rechtlich zu „seinem" Fehler. Übernahmeverschulden ist kein Vorwurf an die MFA, sondern ein Organisationsverschulden des Arztes.

Akt 1 – Der Anfang: Das Delegations-Pentagon

Jeder Delegationsvorgang wird an fünf Pflichten gemessen. Sie bilden die mentale Landkarte des gesamten ersten Akts – von der einfachen Blutentnahme bis zur Sedierung in der Endoskopie oder dem Hausbesuch der NäPA. Wenn nur eine Pflicht fehlt, schaltet die Rechtsprechung das Übernahmeverschulden scharf.

01	**Anordnung**	Konkrete ärztliche Anweisung – kein „Macht das wie immer". Inhalt, Umfang und Ziel für den konkreten Patienten festlegen. Die rechtsbegründende Tat: ohne Anordnung handelt das Team eigenmächtig.
02	**Auswahl**	Richtige Person, richtige Aufgabe – Qualifikation passt zum Risiko. Drei Schichten: formale Qualifikation, praktische Erfahrung mit genau dieser Tätigkeit, persönliche Eignung. Auswahl nach Eignung, nicht nach Verfügbarkeit.
03	**Instruktion**	Aus „Sagen" wird „Können". SOP (schriftlicher Rahmen), Briefing (mündliche Übersetzung auf den Fall) und Refresher (Auffrischung bei seltenen, riskanten Tätigkeiten) gehören zusammen.
04	**Überwachung**	Anwesenheit oder Erreichbarkeit – abhängig von der Gefährdungslage. Je höher das Patientenrisiko, desto dichter die ärztliche Präsenz.
05	**Dokumentation**	Anordnung, Auswahl, Instruktion und Ergebnis – beweissicher. Was nicht dokumentiert ist, gilt im Zweifel als nicht erfolgt.

Die Klammer um die fünf Felder

Mit jeder Delegationsentscheidung übernimmt der Arzt die Verantwortung dafür, dass Anordnung, Auswahl, Instruktion, Überwachung und Dokumentation unter den konkreten Umständen fachgerecht erfüllt werden können. Wird eine Pflicht deutlich verfehlt – etwa eine unerfahrene Kraft führt ohne ausreichende Anleitung ein Belastungs-EKG durch und es kommt zur Komplikation –, gilt schon die Übernahme der Aufgabe als pflichtwidrig, auch wenn die Durchführung im Einzelfall korrekt erschien.

Anfang im Detail (1): Anordnung · Auswahl · Instruktion

Hier werden die Weichen gestellt. Eine fachlich richtige Anordnung verliert an Qualität, wenn die falsche Person ausgewählt wird; eine gute Auswahl verpufft, wenn die Instruktion lückenhaft bleibt. Genau diese Punkte werden später in Gutachten und Gerichtsverfahren rekonstruiert.

01 Anordnung

Die Anordnung ist die Genehmigung im Mikroformat. Eine pauschale Generalvollmacht „an alle MFAs" trägt nicht – die Rechtsprechung verlangt einen konkreten Bezug zu Patient und Aufgabe. In risikosensiblen Konstellationen (insbesondere i.v.-Erstanwendungen) muss sie schriftlich und vor Beginn der Tätigkeit erfolgen, nicht rückwirkend.

Gut: „Heute 1. Infusion Präparat X, Dosis nach Körpergewicht, Prämedikation gemäß SOP, Monitoring alle 5 Minuten in den ersten 30 Minuten, Arzt im Nebenraum, Abbruchkriterien: Blutdruckabfall, Atemnot, generalisierte Urtikaria."

Schlecht: „Bitte Biologikum anhängen wie bei den anderen." — CAVE: Eine Anordnung „an alle" ist praktisch eine an keinen.

02 Auswahl

„Richtige Person für die richtige Aufgabe" ist mehr als der Blick auf die Berufsbezeichnung. Titel und Zertifikate sind nur der Einstieg; entscheidend ist, ob die Person die Maßnahme bereits mehrfach unter Supervision durchgeführt hat, die hausinternen Standards und Notfallwege kennt und in der aktuellen Situation belastbar ist. Häufiges Fehlerbild: Auswahl nach Verfügbarkeit („wer gerade Zeit hat") statt nach Kompetenz. Wird im Haftungsfall erkennbar, dass der Arzt die Überforderung hätte erkennen müssen, liegt ein Auswahlverschulden vor.

03 Instruktion

Instruktion heißt nicht, einmal in der Teamsitzung etwas „angesagt" zu haben, sondern so anzuleiten, dass die Mitarbeiterin die Aufgabe sicher, reproduzierbar und im Zweifel unter Stress durchführen kann. Eine globale SOP im Ordner genügt nicht – es braucht die konkrete Arbeitsanweisung für die konkrete Konstellation, eine praktische Einweisung (nicht nur Lesen lassen), klare Sicherheitshinweise („Was tun, wenn es schiefgeht?") und Refresher bei neuen Geräten, Medikamenten oder Verfahren. Juristisch entscheidend ist weniger die Existenz der SOP als der Nachweis, dass die konkret tätige Person passend unterwiesen wurde (Datum, Inhalt, wer wen eingewiesen hat).

> **Begriff: SOP und i.v.-Erstanwendung**
>
> **SOP (Standard Operating Procedure):** schriftliche Verfahrensanweisung – wer macht was, wie, womit, bei wem, und was bei Komplikationen? Sie erfüllt zugleich Instruktions- und Überwachungspflicht und liefert den beweisrechtlichen Anker.
>
> **i.v.-Erstanwendung:** die erste intravenöse Exposition eines Wirkstoffs beim Patienten – mit erhöhtem Risiko unkalkulierbarer Reaktionen (insbesondere Anaphylaxie). „Erstanwendung" meint die erste i.v.-Gabe überhaupt, auch wenn der Wirkstoff zuvor oral oder s.c. vertragen wurde. Die praktische Durchführung einzelner Handgriffe (Zugang legen, An-/Abhängen) ist delegierbar; Indikation, Aufklärung, Überwachung des ersten Zyklus und Komplikationsmanagement bleiben beim anwesenden Arzt.

Auswahl & Qualifikation: NäPA und VERAH

Zwei in der Beratungspraxis ständig verwechselte Titel. Die Unterscheidung ist delegationsrechtlich und wirtschaftlich entscheidend: Wer sie nicht kennt, verschenkt Honorarpotenzial oder setzt Mitarbeitende in Aufgaben ein, für die sie formal nicht vorgesehen sind.

NäPA · BMV-Ä Anlage 8	VERAH · Hausärzteverband
Vertragsärztlicher Genehmigungstitel. • Voraussetzungen (§ 7 Anlage 8 BMV-Ä): MFA oder Pflegekraft; mind. 3 Jahre Berufserfahrung; mind. 20 Wochenstunden Anstellung. • Curriculum: BÄK-Fortbildungscurriculum „Nichtärztliche Praxisassistenz", 3. Auflage 2023; mind. 20 begleitete Hausbesuche. • KV-Genehmigung VOR Aufnahme der Tätigkeit – rückwirkend nichts zu retten. • Refresher: alle 3 Jahre mind. 16 Std. Fortbildung, davon mind. 8 Std. Notfallmanagement und 8 Std. berufliche Weiterentwicklung (u. a. Digitalisierung/Telemedizin). • Abrechnung: EBM Kapitel 38 (GOP 38100/38105 + Zuschläge 38200–38207).	*Fortbildung – kein EBM-Direktanker.* • Träger: Deutscher Hausärzteverband / Institut für hausärztliche Fortbildung (IHF); Fortbildungsordnung Stand Juni 2025. • Voraussetzung: MFA + 2 Jahre Berufserfahrung in der Hausarztpraxis (oder vergleichbarer medizinischer Beruf + 2 Jahre). • Umfang: 200 Stunden in 8 Modulen – 160 Std. Theorie (106 Präsenz + 54 Kompetenznachweise) + 40 Std. Praktikum. • Abschluss: Hausarbeit (Patientenfall) + Fachgespräch. • Nutzen: hausarztzentrierte Versorgung (HZV, § 73b SGB V); schafft im EBM allein keine neuen Abrechnungspositionen.

Anrechnung & Praxis-Tipp

Eine vorhandene VERAH kann mit **+ 20 Hausbesuchen und + 20 Theoriestunden (Notfallmanagement)** zur NäPA aufgestockt werden – Antrag bei der Landesärztekammer, anschließend NäPA-Genehmigung über die KV. Umgekehrt werden NäPA- und EVA-Inhalte auf VERAH-Module angerechnet; BÄK und Hausärzteverband haben die gegenseitige Anrechnung formell vereinbart.

MERKE **VERAH-Curriculum als Basis – NäPA-Genehmigung als Honorar-Hebel.**

Nur die NäPA-Anerkennung öffnet EBM Kapitel 38. Wer eine VERAH ohne NäPA-Aufstockung einsetzt, leistet wertvolles Versorgungsmanagement, verdient aber im Kollektivvertrag nichts dazu. Die Anrechnung ersetzt nicht die formale Genehmigung: Erst nach abgeschlossenem zweistufigem Verfahren (Kammer → KV) ist die Delegation im Sinne des EBM abrechnungsfähig.

Begriffe: EVA · EFA · HZV

- **EVA (Entlastende Versorgungsassistentin):** ältere BÄK-Bezeichnung; inhaltlich eng mit NäPA/VERAH verwandt und gegenseitig anrechenbar.
- **EFA (Entlastungsassistentin in der Familienmedizin):** ältere VERAH-nahe Qualifizierung; auf NäPA und VERAH anrechenbar.

- **HZV (Hausarztzentrierte Versorgung, § 73b SGB V):** selektivvertraglicher Versorgungsweg außerhalb des Kollektivvertrags; viele Verträge honorieren den VERAH-Einsatz ausdrücklich (z. B. strukturierte Hausbesuche, Chronikerprogramme).

Anfang im Detail (2): Überwachung · Erreichbarkeit · Dokumentation

Die zentrale Frage lautet: Wie nah muss der Arzt dran sein? Die Antwort ist nicht binär, sondern risikoabhängig in drei Stufen.

Stufe	Bedeutung	Beispiel / Maßstab
Grün – Erreichbarkeit	Standardtätigkeit, geringes Risiko. Arzt im Haus, klar geregelter Rufkanal und Reaktionszeit.	Blutentnahme, Routine-EKG durch erfahrene MFA. Fehlerbild: Arzt „im Haus", faktisch aber in der Außenstelle – aus Erreichbarkeit wird unzulässige Abwesenheit.
Orange – Sichtnähe	Erhöhtes, aber kalkulierbares Risiko. Arzt im Sichtkontakt, beobachtet den Verlauf, kann ohne Zeitverlust handeln.	i.v.-Erstanwendung eines neuen Wirkstoffs, Belastungs-EKG. Fehlerbild: „Die MFA ruft schon, wenn etwas ist" – bei Rhythmusstörung oder Allergie zu spät.
Rot – Anwesenheit am Patienten	Hochrisiko, Sekunden zählen. Arzt unmittelbar am Patienten, Notfallmedikation und Reanimationsausrüstung griffbereit.	Kontrastmittelgabe, Allergie-Provokation. Fehlerbild: Arzt „schaut kurz rein" und ist dann anderweitig beschäftigt → Organisationsverschulden.

MERKE **Wer schreibt, der bleibt. Im Delegationsrecht wahrer denn je.**

Im Audit – durch KV, MDK oder Patientenanwalt – lautet die Frage: „Wie war es organisiert?" Diese Frage beantwortet nur das Protokoll. Fünf Punkte gehören hinein:

1. Wer hat WAS WANN angeordnet?
2. Welche Qualifikation lag vor?
3. Welche Instruktion wurde erteilt?
4. Wer war erreichbar – und über welchen Kanal?
5. Wurde die Ergebnisprüfung dokumentiert?

> **Beweissicheres Beispiel statt „Infusion verabreicht"**
> „Anordnung Dr. X: heute 1. Infusion Präparat Y, Monitoring alle 5 Min., Arzt im Nebenraum. Durchführung: NäPA Frau Z gemäß SOP Biologika 2026, Verlauf komplikationslos." – So wird die Delegationskette sichtbar; der bloße Eintrag „Biologika-Infusion durch MFA" lässt offen, ob überhaupt eine Delegationsentscheidung getroffen wurde.

Akt 2 – Das Ende: Wo Delegation aufhört

Die rote Linie: Aufklärung

> ***„Die Aufklärung ist Kernaufgabe des Arztes. Sie ist nicht auf nichtärztliches Personal delegierbar – auch nicht, wenn der Arzt nebenan im Raum sitzt."***
> **OLG Brandenburg · BGH-Linie · § 630e BGB**

Gemeint ist die inhaltliche, verstehende Aufklärung über Art, Umfang, Risiken und Alternativen. Ist sie nicht wirksam erfolgt, ist die Einwilligung juristisch unwirksam; ohne wirksame Einwilligung wird jeder Eingriff – medizinisch noch so korrekt – zum rechtswidrigen Eingriff, aus dem die volle Haftung folgt.

MERKE Unwirksame Einwilligung → rechtswidriger Eingriff → volle Haftung.

Präzisierung (geprüft): „arztvorbehalten", nicht „höchstpersönlich"
Nach § 630e Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 BGB hat die Aufklärung „durch den Behandelnden oder durch eine Person zu erfolgen, die über die zur Durchführung der Maßnahme notwendige Ausbildung verfügt". Die Aufklärung ist damit **arztvorbehalten**: Sie darf auf einen anderen, fachlich qualifizierten Arzt delegiert werden – aber nicht auf nichtärztliches Personal. Die Formulierung „höchstpersönlich" (nur durch den behandelnden Arzt selbst) ist insoweit zu eng; die Kernaussage des Vortrags – keine Delegation an MFA/Pflege – bleibt unberührt und wird durch die Rechtsprechung gestützt.

Was das Team noch darf

Die Begleitleistungen sind nicht nur erlaubt, sondern in einer gut organisierten Praxis notwendig, um den Arzt zu entlasten und die Qualität zu erhöhen:

- Anamnesebogen vorbereiten lassen, Aufklärungsformular aushändigen.
- Wartezeit nach der Aufklärung organisieren.
- Rückfragen weiterleiten – nicht exklusiv beantworten.
- Verständnis prüfen, nicht ersetzen.

Die Trennlinie: Das Team klärt Organisation, Ablauf und Formalien; ab der ersten medizinischen Detailfrage („Wie hoch ist das Risiko einer Lähmung?") muss der Arzt hinzugezogen werden.

Die No-Go-Liste – BMV-Ä Anlage 24

Anlage 24 BMV-Ä ist die „Gebrauchsanweisung" für Delegation im vertragsärztlichen Bereich. Sie benennt verbindlich die nicht delegierbaren Kernaufgaben und führt – als nicht abschließenden Beispielkatalog – delegierbare Tätigkeiten auf.

NICHT DELEGIERBAR – höchstpersönlich ärztlich	DELEGIERBAR (Beispiele) – wenn Qualifikation und Risiko passen
– Anamnese (diagnostisches Erstgespräch) – Indikationsstellung / Diagnose – Aufklärung und Beratung – Therapieentscheidung – Invasive Therapien & Operationen – Verordnung von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln – Untersuchungen mit erheblichem Risiko	• Blutentnahmen, s.c.- und i.m.-Injektionen • i.v.-Injektionen unter Voraussetzungen • Labor- und EKG-Erstellung • Wundversorgung, Verbandwechsel, Katheterwechsel • Physikalisch-medizinische Leistungen • Vor- und Nachbereitung ärztlicher Maßnahmen • Delegierte Haus- und Heimbesuche (NäPA)

Die Fußnote der Anlage 24

Der Beispielkatalog ist nicht abschließend. Maßgeblich bleibt die Einzelfallprüfung nach Qualifikation und Risiko: Passt diese konkrete Tätigkeit bei diesem konkreten Patienten zu genau dieser Mitarbeiterin – heute, in dieser Situation? Derselbe Handgriff kann bei einem jungen, gesunden Patienten problemlos delegierbar sein, bei einer hochbetagten, multimorbiden Patientin unter Antikoagulation aber in die ärztliche Hand gehören.

Begriff: s.c. / i.m. / i.v.

Subkutan – intramuskulär – intravenös: aufsteigende Risikostufen, medizinisch wie juristisch. Subkutan (z. B. Insulin, Heparin) ist bei Schulung gut delegierbar; intramuskulär birgt Nerven-/Gefäßrisiken; intravenös wirkt unmittelbar und unumkehrbar – hier knüpfen Richtlinien und Rechtsprechung besonders hohe Anforderungen an Qualifikation, Überwachung und – bei Erstanwendungen – ärztliche Präsenz. Typischer Fehler: alle Injektionswege organisatorisch gleich behandeln.

Hochrisiko – wo Anwesenheit Pflicht wird

„Hochrisiko" meint nicht seltene Extremfälle, sondern alle Konstellationen, in denen bei einer Komplikation Sekunden zählen. Anwesenheitspflicht bedeutet dann nicht „im Haus", sondern physisch beim Patienten. Reine telefonische Erreichbarkeit ist im Notfall wertlos, wenn niemand vor Ort den Atemweg sichert oder eine Anaphylaxie behandelt.

i.v.-Erstanwendung	Neuer Wirkstoff, unklare Reaktion. Volle Dosis unmittelbar im Kreislauf; Anaphylaxie/kardiale Ereignisse oft in Sekunden bis Minuten. Anwesenheit zwingend – Durchführung (Zugang, An-/Abhängen) delegierbar, Risikosteuerung nicht.
Kontrastmittelgabe	Risiko Anaphylaxie mit Atemwegsverlegung und Kreislaufversagen binnen Minuten. Arzt im Untersuchungsraum bzw. am Gerät – nicht im Befundraum.
Belastungs-EKG	Rhythmusstörungen, Ischämie bis Kammerflimmern möglich. Arzt im Raum, beurteilt das EKG in Echtzeit, entscheidet über Abbruch.
Provokationstests	Bewusst herbeigeführte Allergie-/Bronchialreaktion – bis zur Anaphylaxie mit Kreislaufstillstand. Sofortintervention erforderlich, Notfallausrüstung bereit.
Sedierung / Analgosedierung	Atemdepression und Verlust der Schutzreflexe; Situation kippt in Sekunden. Arzt-Hand am Patienten; Atemwegsmanagement nicht delegierbar.
Komplexe Wundversorgung	Heilungsstörung, Infektion, Nekrose. Ärztliche Inspektion in sinnvollen Abständen erforderlich; technische Schritte delegierbar, Beurteilung nicht.

MERKE Je akuter die mögliche Komplikation, desto kürzer der Weg zwischen Arzt und Patient.

Begriffe: Anaphylaxie · Sedierung · Provokationstest

- **Anaphylaxie:** akute, potenziell lebensbedrohliche allergische Reaktion mit Atemwegs- und Kreislaufbeteiligung; zwischen ersten Warnzeichen und vitaler Bedrohung liegen oft nur Minuten.
- **Sedierung / Analgosedierung:** medikamentöse Bewusstseinsdämpfung (häufig Propofol); Risiko Atemdepression. Die S3-Leitlinie der DGVS verlangt eine zweite, ausschließlich für Sedierung und Überwachung zuständige qualifizierte Person.
- **Provokationstest:** diagnostische Auslösung einer allergischen/bronchialen Reaktion unter kontrollierten Bedingungen; ärztliche Anwesenheit zwingend.

Akt 3 – Settings & Spielregeln

PRAXIS · MVZ – Vertragsarztrecht regiert mit	KRANKENHAUS · WAHLLEISTUNG – persönlich, eng vertretbar
• Persönliche Leistungserbringung als Honorarvoraussetzung. • Genehmigte Anstellung, Assistenz, Vertretung. • Delegation an MFA/NäPA nach Anlagen 24 und 8 BMV-Ä. • EBM Kapitel 38: GOP 38100/38105, Zuschläge 38200–38207. **Vertretung (§ 32 Ärzte-ZV):** • Unter 1 Woche: nichts notwendig. • Bis 3 Monate (in 12 Monaten): Anzeigepflicht. • Über 3 Monate: Genehmigungspflicht.	• Der Wahlarzt schuldet das persönliche „Gepräge" der Behandlung. • Kernleistungen: OP, Anästhesie-Ein-/Ausleitung, Visiten. • Delegation an nichtärztliches Personal nur als „eigene Leistung unter Aufsicht" i. S. d. GOÄ – sonst schmilzt der Liquidationsrahmen. **Vertretung:** • Unvorhersehbare Verhinderung: ständiger Vertreter. • Vorhersehbare Verhinderung: nur Individualabrede mit Aufklärung und Wahloption des Patienten – keine Pauschalklausel.

MERKE Links der KV-Test (Sozialrecht, Genehmigung, Abrechnung); rechts: je höher der Liquidationsanspruch, desto enger die Anforderungen an persönliche Leistung, Aufsicht und Transparenz der Vertretung.

Begriff: Gepräge der Behandlung

Der Wahlarzt ist nicht „Logo auf dem Briefkopf", sondern Dirigent des Behandlungsgeschehens. Er darf sich eines Teams bedienen, muss aber erkennbar selbst tätig werden – insbesondere bei Aufklärung, Planung und Durchführung der wesentlichen Schritte. Eigene Einträge in Kurve und Arztbrief, dokumentierte Aufklärungsgespräche und persönlich durchgeführte Kernmaßnahmen machen das Gepräge nachweisbar.

Spickzettel: NäPA und EBM Kapitel 38

Voraussetzungen NäPA	Die GOPs, die zählen
• Zusatzqualifikation (KBV-Curriculum; VERAH/EFA anrechenbar). • Mindestberufserfahrung als MFA / vergleichbar. • Vollzeitnahe Wochenarbeitszeit (mind. 20 Std.). • KV-Genehmigung des Praxisinhabers – vorab.	**38100 · 38105** – delegierter Haus-/Heimbesuch (Erst-/Folgepatient). **38200 · 38202** – Zuschlag NäPA-Besuch (zu 38100: Heim / Häuslichkeit). **38205 · 38207** – Zuschlag NäPA-Besuch eines weiteren Patienten (zu 38105: Heim / Häuslichkeit). **Abschnitt 38.2** nichtärztliche Fachkraft ·

• Erbringung in Praxis und Häuslichkeit des Patienten. • Berichtspflicht spätestens am nächsten Werktag.	**Abschnitt 38.3** qualifizierte NäPA (höhere Zuschläge, Genehmigung erforderlich).

Typische Abrechnungsfehler

- 38100/38105 genutzt, aber die NäPA-Zuschläge 38200/38202 vergessen → systematisch verschenktes Erlöspotenzial.
- 38200/38202 abgerechnet, obwohl faktisch eine MFA ohne NäPA-Qualifikation tätig war → Rückforderungsrisiko in der KV-Prüfung.
- Leistungen als NäPA-Leistungen abgerechnet, ohne dass die KV-Genehmigung vorlag (rückwirkend nichts zu retten).

Praxis-Spotlight: CED als Modellfall

Die CED-Versorgung vereint mehrere Risikodimensionen: Infektionsrisiko unter Immunsuppression, Tumorrisiko bei Langzeittherapie, komplexe Medikamentenregime (Biologika, Immunsuppressiva, Steroide) und häufig junge, berufstätige Patientinnen und Patienten mit hohem Informationsbedarf. Viel ist planbar und delegierbar – einige Punkte aber müssen zwingend ärztlich bleiben.

Die Delegations-Risikolandkarte

Feld	Stufe	Regel
Biologika-Erstgabe	**Anwesenheit zwingend**	Infliximab, Vedolizumab, Ustekinumab, Risankizumab, Mirikizumab; JAK-Inhibitoren. Erstgabe wegen Infusions-/Anaphylaxierisiko ärztlich begleiten; Folgegaben nach Etablierung delegierbar – mit SOP zu Abbruch und Notfall.
i.v.-Eisen	**Anwesenheit zwingend**	Ferinject, MonoFer – Anaphylaxie- und Hypophosphatämie-Risiko. Fachinformationen verlangen ärztliche Überwachung mit Reanimationsbereitschaft. Kein „MFA-Solo".
Off-Label-Aufklärung	**höchstpersönlich ärztlich**	Tacrolimus, Cyclosporin, Biologika-Switch außerhalb der Zulassung. Qualifizierte, schriftliche Aufklärung über Risiken, Studienlage, Erstattung – Delegation kategorisch ausgeschlossen.
Endoskopie & Sedierung	**ärztlich gesteuert**	Vorbereitung (PEG/Picoprep) delegierbar; Eingriffsaufklärung und Sedierungssteuerung nicht. Propofol verlangt qualifizierten Zweit-Sedierer (S3-Leitlinie DGVS).
Telefon-Triage akuter Schub	**ärztlich gesteuert**	Blut, Schmerz, Fieber = diagnostische Bewertung. Personal erfasst strukturiert, leitet aber den ärztlichen Eskalationspfad ein – keine eigene Dringlichkeitsentscheidung.
Surveillance-Koloskopie	**Organisationspflicht**	Verkürzte Kontrollintervalle nach DGVS-Leitlinie. Recall-System, Eskalationspfad und Lückenkontrolle sind nicht delegierbar als Aufgabenabgabe – nur im operativen Vollzug.

Begriffe: Biologika · JAK-Inhibitor · DGVS

- **Biologika:** monoklonale Antikörper/Fusionsproteine, die gezielt in immunologische Signalwege eingreifen – Anti-TNF (Infliximab, Adalimumab), Anti-Integrin α4β7 (Vedolizumab), Anti-IL-12/23 (Ustekinumab), Anti-IL-23 (Risankizumab, Mirikizumab). Hochrisikomedizin wegen schwerer Infektionen, Reaktivierungen und Infusionsreaktionen.
- **JAK-Inhibitor:** orale Januskinase-Hemmer (Tofacitinib, Upadacitinib); Risiken u. a. Thrombose, schwere Infektionen, Lipid- und kardiovaskuläre Effekte – Rote-Hand-Briefe beachten.

- **DGVS:** Deutsche Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten – Herausgeberin der CED-Leitlinien und der S3-Leitlinie Sedierung in der gastrointestinalen Endoskopie (2023). Leitlinien bilden den fachlichen Standard ab; Abweichungen sind begründungspflichtig.

Therapiestationen – wer darf was?

Die Gegenüberstellung dient nicht dazu, „Team gegen Arzt" auszuspielen, sondern sichtbar zu machen, wo Delegation sinnvoll und sicher möglich ist – und wo die Verantwortung unteilbar ärztlich bleibt.

TEAM – delegierbar	ÄRZTLICH – nicht delegierbar
• Folge-Applikation Biologikum (nach Initialisierung, mit SOP). • Blutentnahme für TDM, Calprotectin, Routinelabor. • Schulung zur Pen-/Spritzen-Selbstapplikation. • Vorbereitungsschulung Koloskopie (PEG/Picoprep). • Symptom- und Aktivitätstagebuch auswerten (Datenebene). • Termin- und Recall-Management (Surveillance, Biologika-Intervalle). • Stoma-Pflege und Material-Schulung. • Anamnesebogen/Aufklärungsformular vorbereiten und aushändigen.	– Erstapplikation Biologikum und i.v.-Eisen – unter Anwesenheit. – Indikation und Aufklärung (inkl. Off-Label, Tumor-/Infektrisiko). – Schwangerschafts- und Impfberatung unter Immunsuppression. – Triage des akuten Schubs (Blutstuhl, Fieber, Schmerz). – Indikation und Sedierungssteuerung der Koloskopie. – TDM-Interpretation und Dosis-Anpassung. – Bewertung Calprotectin / CDAI / Mayo – Therapieentscheidung. – Komplikationsbeurteilung Stoma / perianale Fistel.

MERKE Alles Messen darf das Team – das Bewerten und Entscheiden bleibt beim Arzt.

Akt 4 – Wenn es knallt: Drei Welten der Konsequenz

ZIVILRECHT – Geld	SOZIALRECHT – Honorar	STRAF-/BERUFSRECHT – Approbation
• Schmerzensgeld (§§ 253, 823 BGB), zudem § 280 BGB. • Behandlungskosten, Verdienstausfall, ggf. Renten. • Bei grobem Behandlungsfehler: Beweislastumkehr (§ 630h Abs. 5 BGB).	• Honorarberichtigung und Regress. • Probleme mit Anstellungs-/Vertretergenehmigung. • Plausibilitätsprüfung; Rückforderungen quartalsübergreifend, oft über Jahre.	– Körperverletzung (§ 223 StGB) ohne wirksame Einwilligung. – Abrechnungsbetrug (§ 263 StGB) bei nicht persönlich erbrachten Leistungen. – Berufsgerichtliches Verfahren – im Worst Case Approbationsentzug.

MERKE Ein Fehler – drei Verfahren, die zeitgleich laufen. Saubere Organisation, klare Delegation und gute Dokumentation sind keine Bürokratie, sondern die Schutzschicht gegen dieses Dreifach-Risiko.

Drei Rechtsprechungs-Schlaglichter

Drei Leitentscheidungen als innerer Referenzrahmen – eine zur Aufklärung, eine zur Wahlleistungsvertretung, eine zur Delegation technischer Leistungen. Die im Vortrag bewusst offengelassenen Aktenzeichen lassen sich anhand öffentlicher Quellen wie folgt belegen (Prüfstand Juni 2026):

OLG Brandenburg Urt. v. 27.03.2008 – 12 U 239/06	Aufklärung durch MFA – nein. Eine Arzthelferin hatte das Aufklärungsgespräch (Koloskopie) geführt; der Arzt war nur im Hintergrund. Das Gericht: Aufklärung ist ärztliche Aufgabe, die unter bestimmten Umständen auf einen anderen Arzt, nicht aber auf nichtärztliches Personal delegiert werden kann. Ohne wirksame Einwilligung ist der Eingriff rechtswidrig.
BGH – Wahlleistung Urt. v. 20.12.2007 – III ZR 144/07	Vertretung ist die Ausnahme, nicht die Regel. Bei vorhersehbarer Verhinderung des Wahlarztes verlangt der BGH eine Individualabrede mit namentlichem Vertreter und ausdrücklicher Wahloption des Patienten (Behandlung durch den Vertreter, Verschiebung oder Regelleistung). Pauschalklauseln tragen das nicht.
BGH – Delegation Injektion *Aktenzeichen im Vortrag mündlich aktualisieren*	Delegieren ja – aber mit Vorbereitung. Auswahl, Anleitung und Überwachung des Personals sind Pflicht; bei i.v.-Verabreichungen muss die ärztliche Nähe sichergestellt sein. Diese Linie deckt sich mit den Anforderungen an i.v.-Erstanwendungen.

Hinweis zu den Fundstellen

Die beiden ersten Entscheidungen sind über juristische Datenbanken belegbar (Prüfbericht). Für die dritte Karte („Delegation Injektion") sollte das konkrete Aktenzeichen vor namentlicher Nennung im Vortrag verifiziert werden, um Fehlzitate zu vermeiden – die inhaltliche Linie (Auswahl/Anleitung/Überwachung; ärztliche Nähe bei i.v.) ist gesichert.

Akt 5 – Was Sie morgen tun

Nr.	Goldregel	Kern
01	**Hochrisiko-Applikationen ärztlich absichern.**	Biologika-Erstgabe, i.v.-Eisen, Steroidstoß: Arzt am Patienten, Anaphylaxie-SOP und Notfallset bereit und geübt. Diese eine Regel verhindert die meisten schweren Schadensfälle.
02	**Aufklärung ärztlich – ohne Ausnahme.**	Biologika-Risiko, Off-Label, Lebendimpfstoff-Tabu unter Immunsuppression, Schwangerschaft: persönliches Arztgespräch, verständlich und dokumentiert. Formulare und IBD-Nurse nur unterstützend, nie ersetzend.
03	**Telefon-Triage: ärztlicher Pfad.**	Blutstuhl, Fieber, Schmerz – kein Personal entscheidet allein. Eskalations-SOP mit klaren Rückrufzeiten (z. B. 30–60 Min.). Sonst drohen Übernahmeverschulden und der Vorwurf der unterlassenen Hilfeleistung.
04	**Endoskopie und Sedierung sauber regeln.**	Propofol verlangt einen zweiten qualifizierten Sedierer (S3-Leitlinie). Vorbereitung delegierbar, Aufklärung nicht. Klare SOPs zu Abbruch und Reanimation, dokumentierte Team-Trainings.
05	**Stellenbeschreibung als Schutzschild.**	Für die IBD-Nurse: Vorbehaltsaufgaben, delegierte Aufgaben, Schulungsplan, Refresher und Dokumentation schriftlich definieren. Bei Industriefinanzierung zusätzlich Compliance-Erklärung (§§ 299a, 299b StGB).
06	**Disease-Scores und TDM: Personal misst, Arzt entscheidet.**	Calprotectin, Talspiegel, CDAI/Mayo: Datenerhebung delegierbar, Bewertung und Therapieanpassung bleiben ärztlich – auch in der Kommunikation gegenüber dem Patienten.
07	**Surveillance-Recall systematisch organisieren.**	Versäumte Vorsorge-/Kontroll-Koloskopie haftet auf der Praxis. Reminder-System, Eskalationspfad und Lückenkontrolle aufsetzen. Das Telefonieren ist delegierbar – die Verantwortung dafür, dass niemand im Systemloch verschwindet, nicht.

Take-Aways: Drei Sätze – mehr braucht es nicht

MERKE 01 Delegiert wird die Tätigkeit – nicht die Verantwortung.

MERKE 02 Die Aufklärung ist und bleibt ärztlich – sonst kippt die Einwilligung.

MERKE 03 Wer nicht dokumentiert, hat den Streit schon verloren.

Diese drei Sätze fassen die zentralen Botschaften der Akte zusammen – Anfang, Ende und Dokumentationspflicht. Als innere Checkliste: Was darf ich delegieren und unter welchen Bedingungen? Welche Schritte – insbesondere Aufklärung und Therapieentscheidung – bleiben zwingend in meiner Hand? Und ist das, was ich getan und entschieden habe, so dokumentiert, dass es auch Jahre später belastbar ist?

Glossar der Spezialbegriffe

Konsolidiertes Glossar der im Text verwendeten Begriffe – auch als Handout für das Team geeignet. Wer die Begriffe kennt, versteht Delegationsregeln, SOP-Vorgaben und Dokumentationsanforderungen schneller.

Übernahmeverschulden
Vorwurf an den Arzt, eine Tätigkeit übertragen oder übernommen zu haben, obwohl die Sicherungspflichten (Auswahl, Anleitung, Überwachung) verletzt wurden. Organisationsverschulden des Arztes, nicht der MFA.

SOP
Standard Operating Procedure – schriftliche Verfahrensanweisung mit Zuständigkeiten, Schritt-für-Schritt-Ablauf, Sicherheits- und Notfallregeln. Erfüllt Instruktions- und Überwachungspflicht und liefert den beweisrechtlichen Anker.

NäPA
Nichtärztliche Praxisassistenz nach Anlage 8 BMV-Ä; vertragsärztlicher Genehmigungstitel mit EBM-Direktanker (Kapitel 38). Voraussetzungen u. a. 3 Jahre Berufserfahrung, 20 Wochenstunden, KV-Genehmigung vorab.

VERAH
Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis – 200-Stunden-Fortbildung des Hausärzteverbands (IHF); kein eigenständiger Genehmigungstitel, im EBM kein Direktanker. Bedeutung v. a. in HZV-Strukturen.

EVA / EFA
Ältere BÄK- bzw. familienmedizinische Bezeichnungen (Entlastende Versorgungsassistentin / Entlastungsassistentin in der Familienmedizin); auf NäPA und VERAH anrechenbar.

HZV
Hausarztzentrierte Versorgung nach § 73b SGB V – Selektivvertrag außerhalb des Kollektivvertrags, in dem VERAH-Leistungen besondere Bedeutung haben.

IHF
Institut für hausärztliche Fortbildung – Fortbildungsträger des Deutschen Hausärzteverbands; organisiert u. a. die VERAH-Fortbildung.

GOP
Gebührenordnungsposition – kodifizierte Einzelleistung im EBM mit Punktzahl und Abrechnungsvoraussetzungen (Qualifikation, Setting, Häufigkeit).

i.v. / i.m. / s.c.
intravenös / intramuskulär / subkutan – aufsteigende Risikostufen der parenteralen Verabreichung; mit der „Tiefe" steigen die Anforderungen an Qualifikation, Überwachung und Notfallmanagement.

i.v.-Erstanwendung
Erste i.v.-Gabe eines Wirkstoffs beim Patienten – erhöhtes Risiko unkalkulierbarer Reaktionen (Anaphylaxie). Ärztliche Anwesenheit erforderlich.

Belastungs-EKG
EKG unter körperlicher Belastung (Ergometer); akute kardiale Komplikationen möglich – ärztliche Anwesenheit im Raum Standard.

Allergie-Provokation / Provokationstest
Diagnostische Auslösung einer allergischen/bronchialen Reaktion unter kontrollierten Bedingungen; hohes Risiko – ärztliche Anwesenheit zwingend.

Anaphylaxie

Akute, potenziell lebensbedrohliche allergische Reaktion mit Atemwegs- und Kreislaufbeteiligung; bei Kontrastmittel- und Biologika-Gaben das gefürchtete Akutrisiko.

Sedierung / Analgosedierung
Medikamentöse Bewusstseinsdämpfung (häufig Propofol); Risiko Atemdepression. Die S3-Leitlinie der DGVS verlangt eine zweite, ausschließlich für Sedierung/Überwachung zuständige qualifizierte Person.

DGVS
Deutsche Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten – Herausgeberin der CED-Leitlinien und der S3-Leitlinie Sedierung (2023).

CED / IBD
Chronisch entzündliche Darmerkrankungen / Inflammatory Bowel Disease – klinisch vor allem Morbus Crohn und Colitis ulcerosa.

Biologika
Monoklonale Antikörper/Fusionsproteine gegen immunologische Signalwege; in CED: Anti-TNF (Infliximab, Adalimumab), Anti-Integrin (Vedolizumab), Anti-IL-12/23 (Ustekinumab), Anti-IL-23 (Risankizumab, Mirikizumab).

JAK-Inhibitor
Oraler Januskinase-Hemmer (Tofacitinib, Upadacitinib); relevante Risiken (Thrombose, Infektionen, kardiovaskulär) – erhöhter Aufklärungs- und Überwachungsstandard.

i.v.-Eisen
Eisencarboxymaltose (Ferinject) bzw. Eisenderisomaltose (MonoFer); Anaphylaxie- und Hypophosphatämie-Risiko; ärztliche Überwachung erforderlich.

Off-Label-Use
Verordnung eines zugelassenen Arzneimittels außerhalb der Zulassung (Indikation, Dosis, Patientengruppe); qualifizierte, schriftliche Aufklärung und Dokumentation erforderlich.

TDM
Therapeutisches Drug Monitoring – Bestimmung von Wirkstoff-Talspiegel und ggf. Antikörpern (z. B. Anti-Infliximab) zur Therapiesteuerung; Blutentnahme delegierbar, Interpretation ärztlich.

Calprotectin
Eiweißmarker (S100A8/A9) im Stuhl, korreliert mit der Entzündungsaktivität; Verlaufsparameter in CED. Erhebung delegierbar, Bewertung ärztlich.

CDAI / Mayo-Score
Aktivitätsscores für Morbus Crohn bzw. Colitis ulcerosa; Datenerhebung delegierbar, endoskopische und ärztliche Gesamtbeurteilung nicht.

Stoma
Chirurgisch geschaffene Öffnung der Darmwand (Kolostoma, Ileostoma); Pflege/Anleitung delegierbar, Indikation und Komplikationsbeurteilung ärztlich.

Perianale Fistel
Fistelgang im Analbereich, typische Komplikation bei Morbus Crohn; Wunddokumentation delegierbar, Bewertung von Warnsignalen ärztlich.

Lavage / Bowel-Prep
Darmreinigung vor Koloskopie (PEG, Pico-Salax, Moviprep); Erläuterung/Durchführung delegierbar, Präparatwahl und Risikoaufklärung ärztlich.

IBD-Nurse
Spezialisierte CED-Fachkraft; in Deutschland kein geschützter Titel. Deutsche Entsprechung: „Versorgungsassistenz CED" nach dem 120-Stunden-Mustercurriculum der BÄK. Bleibt im Ursprungsberuf (MFA/Pflege) verankert – keine eigene heilkundliche Befugnis.

Lebendimpfstoff-Tabu

Lebendimpfstoffe (MMR, Varizellen, Gelbfieber u. a.) sind unter Biologika-/JAK-Therapie kontraindiziert (Reaktivierungsrisiko). STIKO-Empfehlungen verlangen Klärung/Impfung vor Therapiebeginn.

Heilkundeübertragung

Erweiterte, eigenverantwortliche Aufgabenübertragung an qualifizierte Pflegekräfte im Rahmen von Modellvorhaben nach § 64d SGB V und der G-BA-Richtlinie (nach § 63 Abs. 3c SGB V) – abzugrenzen von der alltäglichen Delegation unter ärztlicher Weisung.

Quellenpflege und Aktualisierung

Diese Lesefassung gibt den Rechts- und Fachstand Juni 2026 wieder. Vor jeder Wiederholung des Vortrags empfiehlt sich die Prüfung der folgenden Quellen, um neue Rechtsprechung, geänderte Abrechnungsvorgaben und aktualisierte Leitlinien zeitnah zu erfassen:

1. Anlage 8 und Anlage 24 BMV-Ä in der geltenden KBV-Fassung (nichtärztliche Praxisassistenz, Hausbesuchskonzepte, delegierbare Leistungen).
2. EBM Kapitel 38 in der aktuellen Quartalsfassung (Abrechnungsgrundlage delegationsfähiger Leistungen).
3. BÄK-Curriculum „Nichtärztliche Praxisassistenz" (3. Auflage 2023, ggf. Neuauflage).
4. VERAH-Fortbildungsordnung des IHF (Stand Juni 2025).
5. BÄK-Curriculum „Versorgungsassistenz CED" (120 Stunden).
6. Aktuelle Rechtsprechung zur Aufklärungsdelegation und zur Wahlleistungsvertretung (OLG- und BGH-Ebene).
7. S3-Leitlinie der DGVS „Sedierung in der gastrointestinalen Endoskopie" (2023, AWMF 021-014).
8. STIKO-Empfehlungen für Immunsupprimierte (Impfentscheidungen bei CED unter Biologika/JAK).
9. Aktuelle Fachinformationen der eingesetzten Biologika und i.v.-Eisenpräparate.

> **Verhältnis zum Prüfbericht**
> Die in diesem Text vorgenommenen Präzisierungen gegenüber der ursprünglichen Vortragsfassung (z. B. Anker der persönlichen Leistungserbringung, Charakter der Aufklärung als arztvorbehalten statt „höchstpersönlich", NäPA-Refresher, ergänzte Aktenzeichen) sind im separaten Dokument „Prüfbericht – Quellen und Änderungsvorschläge" jeweils mit Bewertung, Begründung und Quelle/URL dokumentiert.