

Persönliche Leistungserbringung

Möglichkeiten und Grenzen der Delegation
ärztlicher Leistungen

Stand: 29. August 2008

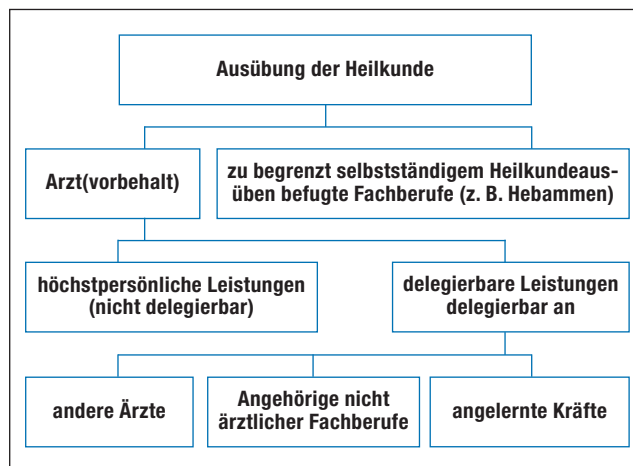
Die persönliche Leistungserbringung ist eines der wesentlichen Merkmale freiberuflicher Tätigkeit. Sie prägt wie kein anderes Merkmal das Berufsbild des Arztes¹ und steht dafür, dass der Arzt seine Leistungen auf der Grundlage einer besonderen Vertrauensbeziehung erbringt. Persönliche Leistungserbringung bedeutet nicht, dass der Arzt jede Leistung höchstpersönlich erbringen muss. Sie erfordert vom Arzt aber immer, dass er bei Inanspruchnahme nicht ärztlicher oder ärztlicher Mitarbeiter zur Erbringung eigener beruflicher Leistungen leitend und eigenverantwortlich tätig wird. Der Arzt kann daher, anders als der gewerbliche Unternehmer, den Leistungsumfang seiner Praxis durch Anstellung von Mitarbeitern nicht beliebig vermehren.

I. Rechtsgrundlagen

Für die ambulante ärztliche Berufsausübung regelt das allgemeine Dienstvertragsrecht – Verträge zwischen Arzt und Patient sind regelmäßig Dienstverträge –, dass Dienstleistungen im Zweifel durch die Person des Dienstleistungsverpflichteten zu erbringen sind (§ 613 S. 1 des Bürgerlichen Gesetzbuchs, BGB). Im ärztlichen Berufsrecht hat das Merkmal der persönlichen Leistungserbringung seinen Niederschlag in § 19 Abs. 1 der (Muster-) Berufsordnung (MBO) gefunden, im Vertragsarztrecht in § 32 Abs. 1 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV) und in § 15 Abs. 1 des Bundesmantelvertrages-Ärzte (BMV-Ä). Die Pflicht zur persönlichen Leistungserbringung gilt auch für den Krankenhausarzt, soweit er aufgrund entsprechender Vereinbarungen mit Krankenhaus und Privatpatienten stationäre „Wahlleistungen“ gesondert berechnet (§ 17 Abs. 1 des Krankenhausentgeltgesetzes). Die Pflicht zur persönlichen Leistungserbringung gilt zudem für die ambulante Behandlung durch den Krankenhausarzt, wenn er berechtigt ist, im Krankenhaus eine Privatambulanz zu betreiben oder auf der Grundlage einer vom Zulassungsausschuss erteilten persönlichen Ermächtigung gesetzlich Krankenversicherte zu behandeln.

Die aus diesen Bestimmungen resultierende Pflicht des Arztes zur persönlichen Leistungserbringung erfordert es jedoch nicht in jedem Einzelfall, dass der Arzt sämtliche Leistungen in vollem Umfang höchstpersönlich erbringt. So darf der Arzt gemäß § 4 Abs. 2 der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) alle selbstständigen ärztlichen Leistungen berechnen, die er selbst erbracht hat oder als delegierbare Leistungen durch nicht ärztliche oder ärztliche Mitarbeiter hat erbringen lassen, die seiner Aufsicht und fachlichen Weisung unterstehen. Auch die §§ 15 Abs. 1 und 28 Abs. 1 des Sozialgesetzbuchs, Fünftes Buch (SGB V), sowie § 15 Abs. 1 S. 5 BMV-Ä bestimmen, dass zur ärztlichen Behandlung die Hilfeleistungen anderer Personen gehören, die der Arzt anordnet und verantwortet.

Von den Hilfeleistungen nicht ärztlicher Mitarbeiter sind die Leistungen ärztlicher Mitarbeiter zu unterscheiden, die dem Arzt ebenfalls als eigene Leistung zugerechnet werden. Jeder niedergelassene Arzt muss die Beschäftigung eines angestellten Arztes seiner Ärztekammer anzeigen (§ 19 Abs. 1 S. 3 MBO), der Vertragsarzt muss sich im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung darüber hinaus die Beschäftigung eines angestellten Arztes durch den Zulassungsausschuss oder die Beschäftigung von Weiterbildungs-/Sicherstellungsassistenten durch seine Kassenärztliche Vereinigung (KV) genehmigen lassen (§§ 95 Abs. 9 S. 1 SGB V, 32 Abs. 2 Ärzte-ZV). Zugerechnet werden dem Arzt gemäß § 19 Abs. 2 MBO auch Leistungen eines fachgebietenfremd angestellten Arztes, wobei beide Fachgebiete regelmäßig bei der Behandlung von Patienten zusammenwirken müssen.² Die zulässige Zahl der voll oder in Teilzeit angestellten Ärzte wird nur für den Vertragsarzt³ ausdrücklich auf den Umfang von drei, bei medizinisch-technischen Leistungen auf vier Vollzeitstellen begrenzt (§ 14 a Abs. 1 BMV-Ä). Auch ohne diese Begrenzung wird man die Zahl der angestellten Ärzte aber kaum deutlich erhöhen können, ohne dass der niedergelassene Arzt damit zum gewerblichen Unternehmer wird. Dies hätte nach der finanzgerichtlichen Rechtsprechung zu Großlaboren in steuerrechtlicher Hinsicht zudem zur Konsequenz, dass die Tätigkeit des Praxisinhabers damit insgesamt der Gewerbesteuer unterläge⁴.



II. Arztvorbehalt

Das Ausüben der Heilkunde im umfassenden Sinn ist dem Arzt vorbehalten. Hierzu bedarf es der Approbation als Arzt oder einer ärztlichen Berufserlaubnis. Die Entscheidung darüber, welche konkreten Leistungen dem Arztvorbehalt unterliegen, hat der Gesetzgeber nur in Einzelfällen ausdrücklich selbst getroffen. So darf z. B. nach § 48 des Arzneimittelgesetzes nur der Arzt oder Zahnarzt verschreibungspflichtige Arzneimittel verschreiben oder nach § 9 des Embryonenschutzgesetzes nur der Arzt eine künstliche Befruchtung vornehmen. Demgegenüber sind zu Leistungen der Geburtshilfe außer Ärzten auch Hebammen berechtigt (siehe § 4 des Hebmammengesetzes).

¹Nachfolgend werden die Bezeichnungen „Arzt“, „Mitarbeiter“, „Patient“ u. a. zum Zwecke der besseren Lesbarkeit des Textes jeweils für beide Geschlechter verwendet.

²Bei privatärztlicher Behandlung scheidet eine Abrechnung der Leistungen eines fachgebietenfremd angestellten Arztes durch den Praxisinhaber im Regelfall an § 4 Abs. 2 GOÄ und der aufgrund der Fachgebietenfremdheit nicht möglichen Aufsicht und fachlichen Weisung. Dementsprechend wird empfohlen, dem fachgebietenfremd angestellten Arzt die Befugnis zur Privatliquidation zu erteilen. Die Erstattungsfähigkeit derart abgerechneter Leistungen wird von der privaten Krankenversicherung allerdings zum Teil bestritten.

³Diese Einschränkung gilt für Medizinische Versorgungszentren aufgrund der Besonderheiten dieser Versorgungsform nicht.

⁴Es ist davon auszugehen, dass jedenfalls die Finanzverwaltung diese Konsequenz auch bei medizinischen Versorgungszentren zieht.

Meist hat der Gesetzgeber jedoch keine ausdrückliche Entscheidung über den Arztvorbehalt getroffen. Ob eine bestimmte Leistung unter Arztvorbehalt steht, hängt in diesen Fällen nach der Rechtsprechung davon ab, ob das Erbringen einer bestimmten Leistung oder die notwendige Beherrschung gesundheitlicher Gefährdungen ärztliche Fachkenntnisse und damit das Tätigwerden eines Arztes erfordert.

Steht danach eine bestimmte Leistung unter Arztvorbehalt, bedeutet dies, abgesehen von Not- oder sonstigen Ausnahmefällen, die Erbringung ärztlicher Leistungen auf dem Niveau eines zum Facharzt weitergebildeten Arztes. Darauf hat der Patient nach der Rechtsprechung im Krankenhaus Anspruch (Facharztstandard). Der Facharztstandard bildet aber auch bei der ambulanten Behandlung den Maßstab für die anzuwendende Sorgfalt. Zur vertragsärztlichen Versorgung wird nur zugelassen, wer eine Weiterbildung zum Facharzt abgeschlossen hat. Zudem benötigen Vertragsärzte vielfach zusätzliche Qualifikationen und entsprechende Genehmigungen zur Durchführung der ihnen vorbehaltenen Leistungen.

Der Arzt kann Leistungen, die ihm vorbehalten sind und die er selbst erbringen darf, an einen anderen Arzt delegieren, wenn dieser ebenfalls die erforderlichen berufs- und ggf. vertragsrechtlichen Voraussetzungen erfüllt. Solche Leistungen kann der Arzt in Teilen auch an nicht ärztliche Mitarbeiter delegieren, d. h. von diesen unter seiner Verantwortung durchführen lassen. Die ärztliche Leistung und Verantwortung kann in diesem Fall jedoch nicht in dem Sinn substituiert werden, dass die eigenverantwortliche Leistung eines Angehörigen eines nicht ärztlichen Fachberufs im Gesundheitswesen die Leistungen des Arztes vollständig ersetzt.

III. Höchstpersönliche Leistungen des Arztes

In Bezug auf Leistungen, die unter Arztvorbehalt stehen, stellt sich die weitere Frage, welche von ihnen der Arzt ganz oder teilweise höchstpersönlich erbringen muss. Das sind solche Leistungen oder Teilleistungen, die der Arzt wegen ihrer Schwierigkeit, ihrer Gefährlichkeit für den Patienten oder wegen der Unvorhersehbarkeit etwaiger Reaktionen unter Einsatz seiner spezifischen Fachkenntnis und Erfahrung höchstpersönlich erbringen muss. Eine Gefährlichkeit für den Patienten ist dann gegeben, wenn die nicht fachgerechte Durchführung einer Leistung durch einen nicht ärztlichen Mitarbeiter den Patienten (z. B. bei einem operativen Eingriff) unmittelbar schädigen oder ihm (z. B. durch Nichterkennen krankhafter Befunde bei diagnostischen Maßnahmen) erst zu einem späteren Zeitpunkt erkennbar werdende Schäden verursachen kann. Aus diesen Gründen höchstpersönliche Leistungen des Arztes sind insbesondere

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

Eine Pflicht zur höchstpersönlichen Erbringung grundsätzlich delegationsfähiger Leistungen kann sich für den Arzt zudem aus speziellen gesetzlichen Bestimmungen ergeben. Der nach den §§ 95, 116 SGB V persönlich ermächtigte Arzt kann seine Leistungen, abgesehen von Vertretungsfällen im Sinne des § 32 a Ärz-

te-ZV, nicht an ärztliche Mitarbeiter delegieren, weil er keine Ärzte anstellen oder Assistenten beschäftigen darf; insoweit ist er zur höchstpersönlichen Leistung verpflichtet. Das Gleiche gilt, abgesehen von nicht vorhersehbaren oder individuell vereinbarten Vertretungsfällen, für den Wahlarzt im Krankenhaus, weil er dem Patienten aus dem Wahlarztvertrag gerade seine höchstpersönliche Leistung schuldet. Der Wahlarzt ist durch § 4 Abs. 2 GOÄ darüber hinaus in der Delegation dort aufgeführter Leistungen beschränkt.

IV. Delegation an ärztliche Mitarbeiter

Die Zulässigkeit einer Delegation von Leistungen an einen ärztlichen Mitarbeiter und die für diesen Fall geltenden Anforderungen hängen von der Qualifikation des anderen Arztes ab. Delegiert der Arzt Leistungen an einen anderen Arzt, von dessen formaler Qualifikation nach Weiterbildungsrecht (insbesondere Facharztanerkennung) und nach ggf. einschlägigen vertragsarztrechtlichen Vorschriften (Abrechnungsgenehmigung) er sich überzeugt hat, darf er nach der erstmaligen gemeinsamen Durchführung der Leistung darauf vertrauen, dass der andere Arzt die Leistungen mit der erforderlichen Qualität und Sorgfalt erbringt. Eine Überprüfungspflicht entsteht daher erst dann, wenn konkrete Anhaltspunkte Zweifel an einer ordnungsgemäßen Leistungserbringung durch den anderen Arzt begründen.

Eine Delegation vertragsärztlicher Leistungen an einen anderen Arzt, der nicht über eine zur Erbringung der Leistung erforderliche Abrechnungsgenehmigung oder fachliche Qualifikationsbescheinigung der KV verfügt, ist nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts unzulässig. Eine Delegation von Leistungen, die die Qualifikation eines weitergebildeten Facharztes erfordern, an einen anderen Arzt, der nicht über die entsprechende Facharztqualifikation verfügt, ist nur zulässig, wenn die Delegation im Rahmen der Weiterbildung des anderen Arztes erfolgt und wenn sich der delegierende Arzt in unmittelbarer Nähe des anderen Arztes aufhält oder er sich zuvor davon überzeugt hat, dass der andere Arzt über ausreichende Erfahrung mit der Erbringung dieser einzelnen Leistung verfügt.

Von der Delegation ist der Fall der Bestellung eines Vertreters zu unterscheiden, bei der sich der Arzt wie bei der Delegation von Leistungen an einen ärztlichen Mitarbeiter der notwendigen Qualifikation des Vertreters vergewissern muss. Überwachungs-pflichten treffen den Arzt in Bezug auf einen ärztlichen Vertreter regelmäßig jedoch nicht.

V. Delegation an nicht ärztliche Mitarbeiter⁵

Leistungen, die der Arzt wegen ihrer Art oder der mit ihnen verbundenen besonderen Gefährlichkeit für den Patienten oder wegen der Umstände ihrer Erbringung, insbesondere der Schwere des Krankheitsfalls, nicht höchstpersönlich erbringen muss, darf er an nicht ärztliche Mitarbeiter delegieren. Die Entscheidung, ob und an wen der Arzt eine Leistung delegiert, ob er den betreffenden Mitarbeiter ggf. besonders anzuleiten und wie er ihn zu überwachen hat, muss der Arzt von der Qualifikation des jeweiligen Mitarbeiters abhängig machen.⁶

⁵Der Bereich des Rettungsdienstes ist nicht Gegenstand dieser Stellungnahme. Siehe dazu die Stellungnahme der Bundesärztekammer zur Notkompetenz von Rettungsassistenten und zur Delegation ärztlicher Leistungen im Rettungsdienst.

⁶Diesbezüglich wird die bisherige Unterscheidung zwischen grundsätzlich und im Einzelfall delegationsfähigen Leistungen aufgegeben, weil die Qualifikationen der Mitarbeiter und damit die Delegationsmöglichkeiten sowohl innerhalb dieser beiden Fallgruppen differieren als auch zwischen beiden Fallgruppen übereinstimmen können, sodass sich aus dieser Fallgruppenbildung keine Aussagen zur notwendigen Präsenz des Arztes und zur Überwachung durch ihn ableiten lassen.

Will der Arzt eine Leistung an einen Mitarbeiter delegieren, der über eine abgeschlossene, ihn dazu befähigende Ausbildung in einem Fachberuf im Gesundheitswesen verfügt, kann er sich regelmäßig darauf beschränken, diese formale Qualifikation des Mitarbeiters festzustellen (Zeugnis), sich zu Beginn der Zusammenarbeit mit dem betreffenden Mitarbeiter davon zu überzeugen, dass die Leistungen des Mitarbeiters auch tatsächlich eine seiner formalen Qualifikation entsprechende Qualität haben, und die Qualität der erbrachten Leistungen stichprobenartig zu überprüfen. Sofern die Qualität der Leistungen des Mitarbeiters nicht ausreichend ist, muss der Arzt den Mitarbeiter ggf. nachschulen, ihn eingehender überwachen und, wenn er die Anforderungen an eine Delegation nicht erfüllt, hierauf verzichten.

Verfügt der Mitarbeiter, an den der Arzt delegieren will, nicht über eine abgeschlossene Ausbildung in einem Fachberuf im Gesundheitswesen, die die zu delegierende Leistung einschließt, muss der Arzt zunächst prüfen, ob der Mitarbeiter aufgrund seiner allgemeinen Fähigkeiten für eine Delegation der betreffenden Leistung geeignet scheint (Auswahlpflicht). Sodann muss er ihn zur selbstständigen Durchführung der zu delegierenden Leistung anlernen (Anleitungspflicht). Auch nachdem er sich davon überzeugt hat, dass der Mitarbeiter die Durchführung der betreffenden Leistung beherrscht, muss der Arzt ihn dabei regelmäßig überwachen, bevor er sich mit der Zeit wie bei einem Fachberufsangehörigen auf Stichproben beschränken kann (Überwachungspflicht). Sofern ein Mitarbeiter bereits durch einen anderen Arzt angeleitet wurde, darf der delegierende Arzt eher von einer regelmäßigen Überwachung zu einer stichprobenartigen Überprüfung übergehen.

Erbringen nicht ärztliche Mitarbeiter delegierte Leistungen, ist der Arzt verpflichtet, sich grundsätzlich in unmittelbarer Nähe (Rufweite) aufzuhalten. Es ist daher unzulässig, in der Arztpraxis aufgrund genereller Anordnung an das Praxispersonal Leistungen durchführen zu lassen, wenn der Arzt persönlich nicht in der Praxis erscheinen kann oder für längere Zeit abwesend ist. In solchen Fällen muss daher ein in der Praxis tätiger Vertreter bestellt oder die Praxis vorübergehend geschlossen werden. Bei vorübergehender Abwesenheit können jedoch Leistungen durchgeführt werden, die der Arzt einzelfallbezogen bereits angeordnet hat, wenn dies medizinischen Erfordernissen genügt. Als Grundregel kann gelten, dass eine Abwesenheit des Arztes umso eher hingenommen werden kann, je höher Kenntnisstand und Erfahrung des Mitarbeiters in Bezug auf die delegierte Leistung sind und je geringer das mit der Leistung für den Patienten verbundene Gefährdungspotenzial ist. So können beispielsweise vom Arzt im Einzelfall vorher angeordnete Blutentnahmen in der Zeit vor Beginn der Sprechstunde durchgeführt werden, wenn der Arzt erreichbar ist und notfalls kurzfristig persönlich in der Praxis sein kann. Soweit im Krankenhaus auch zur Nachtzeit und an Wochenenden Ärzte im Bereitschaftsdienst anwesend sind, können nicht ärztliche Mitarbeiter zuvor im Einzelfall ärztlich angeordnete Leistungen auch zu diesen Zeiten erbringen. Dabei muss aber sichergestellt sein, dass ein Arzt im Notfall kurzfristig zur Verfügung stehen kann (Notfallkette).

In jedem Fall handelt es sich bei einer Delegation nach diesen Vorgaben um Leistungen, die dem Arzt deshalb als eigene Leistungen zugerechnet werden, weil er sie in jedem Einzelfall anordnen und überwachen muss und weil er dafür die volle Verantwortung und Haftung trägt, was eine gleichzeitige deliktische Verantwortlichkeit des Mitarbeiters gemäß § 823 BGB nicht ausschließt.

VI. Haftung/Strafbarkeit

Der niedergelassene Arzt und der Krankenhausarzt, der berechtigt ist, stationäre Wahlleistungen und ambulante Leistungen zu erbringen, haften dem Patienten aus dem Behandlungsvertrag nicht nur für eigene Behandlungsfehler und sonstige Pflichtverletzungen, sondern auch für Pflichtverletzungen, deren sich ihre Mitarbeiter bei der Durchführung delegierter Leistungen schuldig machen. Zudem haften sie für die ordnungsgemäße Auswahl, Anleitung und Überwachung der Mitarbeiter, an die sie Leistungen delegieren.

Unabhängig von einer Haftung aus Vertrag haftet der Arzt auch aufgrund der allgemeinen Haftungsbestimmung des § 823 BGB für Pflichtverletzungen in Zusammenhang mit der Durchführung delegierter Leistungen. Die Mitarbeiter, an die der Arzt eine Leistung delegiert hat, haften für eigene Pflichtverletzungen ebenfalls nach dieser Vorschrift, weil der Patient mit ihnen keinen Vertrag abgeschlossen hat. Da die Rechtsprechung den Patienten im Arzthaftpflichtprozess mit Beweiserleichterungen bis hin zur Beweislastumkehr unterstützt, muss der Arzt im Zweifel nachweisen können, dass er seine Pflichten in Bezug auf die Durchführung delegierter Leistungen ordnungsgemäß erfüllt hat.

Neben dieser auf Schadensersatz gerichteten zivilrechtlichen Haftung des Arztes kommt auch eine strafrechtliche Verantwortlichkeit des Arztes wegen einer fahrlässigen Körperverletzung (§ 229 des Strafgesetzbuchs, StGB) oder wegen einer fahrlässigen Tötung (§ 222 StGB) in Betracht, wenn der Patient bei der Durchführung einer delegierten Leistung zu Schaden kommt. Voraussetzung ist in diesem Fall allerdings, dass dem delegierenden Arzt eine Verletzung seiner Pflichten nachgewiesen wird.

VII. Einzelne Fragestellungen

1. Anamnese

Die Anamnese ist wegen der durch sie erhältlichen, für Diagnose und Therapie bedeutsamen Informationen eine höchstpersönliche Leistung des Arztes und kann daher nicht an nicht ärztliche Mitarbeiter delegiert werden. Zulässig ist es allerdings, wenn entsprechend qualifizierte und eingewiesene nicht ärztliche Mitarbeiter mit Patienten vorbereitend einen Anamnesefragebogen durcharbeiten und der Arzt die Angaben des Patienten im nachfolgenden Gespräch überprüft und ggf. ergänzt.

2. Aufklärung

Eine Delegation der Aufklärung des Patienten, insbesondere über diagnostische oder therapeutische Eingriffe und deren Risiken, an nicht ärztliche Mitarbeiter ist unzulässig. Allerdings ist das Aushändigen schriftlicher Informationen an den Patienten zulässig, sofern sich der Arzt in dem mit dem Patienten zu führenden Aufklärungsgespräch davon überzeugt, dass der Patient die schriftlichen Hinweise gelesen und verstanden hat. Dabei hat der Arzt auf die persönlichen Belange des Patienten einzugehen und ihm Gelegenheit zu geben, Fragen zu stellen.

Bei der Delegation der Aufklärung an ärztliche Mitarbeiter ist zu beachten, dass der Mitarbeiter zu der ihm übertragenen Aufklärung hinreichend qualifiziert sein muss und dass der delegierende Arzt die ordnungsgemäße Aufklärung durch den anderen Arzt sicherstellen muss, d. h. dass er sich im Gespräch mit dem Patienten oder durch Blick in die Patientenakte der ordnungsgemäß erfolgten Aufklärung vergewissern muss. Bei sehr seltenen Eingriffen können spezielle Aufklärungsanweisungen für den die Aufklärung durchführenden Arzt erforderlich sein. ▷

3. Technische Untersuchungen

Der Arzt kann die Durchführung technischer Untersuchungen an entsprechend qualifizierte nicht ärztliche Mitarbeiter delegieren. Dabei obliegt die Anordnung der Leistung und die Befundung und Befundbewertung zwingend dem Arzt. Bei der Zervixzytologie kann unter Aufsicht eines Facharztes auch die Befundung von entsprechend qualifiziertem Fachpersonal (zytologisch tätiger Assistent oder medizinisch-technischer Laboratoriumsassistent mit einjähriger Weiterbildung in der Zervixzytologie) vorbereitet werden (siehe Qualitätssicherungs-Richtlinie Zervixzytologie).

Soweit sich für den Patienten mit der Durchführung der technischen Leistung ein Risiko verbindet, muss sich der Arzt in unmittelbarer Nähe aufhalten; die notwendige ärztliche Präsenz kann auch durch einen anderen Arzt gewährleistet werden, der das mit der Leistung verbundene Risiko beherrscht. In keinem Fall delegierbar sind Leistungen der Endoskopie (außer Kapselendoskopien, die durch speziell ausgebildete nicht ärztliche Mitarbeiter durchgeführt werden können) und der Sonografie.

4. Röntgen

Die rechtfertigende Indikation zur Anwendung von Röntgenstrahlen darf nach den §§ 23 und 24 Abs. 1 Nr. 1 oder 2 der Röntgenverordnung (RöV) nur der Arzt stellen, der über eine Röntgenfachkunde oder über Kenntnisse im Strahlenschutz verfügt. Die technische Durchführung der Anwendung von Röntgenstrahlen kann nach § 24 Abs. 2 RöV dagegen an nicht ärztliche Mitarbeiter delegiert werden, die dafür eine Qualifikation nach der Röntgenverordnung besitzen (§ 24 Abs. 2 Nr. 1 oder Nr. 2 RöV) oder Kenntnisse im Strahlenschutz nachweisen können (§ 24 Abs. 2 Nrn. 3 und 4 RöV). Die Anwendung der Röntgenstrahlen als delegierte Leistung erfolgt unter der Aufsicht und Verantwortung des fachkundigen Arztes. Dabei ist die Anwesenheit des Arztes im Röntgenraum nicht erforderlich. Er muss jedoch für eventuelle Rückfragen der die Röntgenstrahlen anwendenden Mitarbeiter kurzfristig erreichbar sein und die auf seine Anordnung gefertigten Röntgenaufnahmen nach Erstellung selbst beurteilen, um daraus gegebenenfalls auch Schlussfolgerungen für ergänzende Aufnahmen ziehen zu können. Bei Röntgenuntersuchungen mit intravenöser Kontrastmittelgabe muss der Arzt wegen möglicher allergischer Reaktionen in unmittelbarer Nähe sein.

5. MRT

MRT-Untersuchungen kann nur der Arzt anordnen und befunden. Die technische Durchführung von MRT-Untersuchungen kann er an nicht ärztliche Mitarbeiter delegieren. In diesem Fall muss er mit den die Untersuchung durchführenden nicht ärztlichen Mitarbeitern in der Weise in Verbindung stehen, dass er die entstehenden Aufnahmen bewerten und den weiteren Gang der Untersuchung steuern kann. Bei Risikopatienten muss sich der Arzt in unmittelbarer Nähe aufhalten; ausreichend ist auch die unmittelbare Nähe eines anderen Arztes, der das mit der Leistung verbundene Risiko beherrscht.

6. Nuklearmedizin/Strahlentherapie

Radioaktive Stoffe oder ionisierende Strahlung dürfen in Ausübung der Heilkunde unmittelbar am Menschen nur angewendet werden, wenn ein Arzt mit der Fachkunde im Strahlenschutz nach der Strahlenschutzverordnung hierfür die rechtfertigende Indikation gestellt hat. Die technische Mitwirkung bei der nuklearmedizinischen Untersuchung und Behandlung einschließlich Qualitätssicherung und die technische Mitwirkung bei der Strahlen-

behandlung, bei der Erstellung des Bestrahlungsplans und bei dessen Reproduktion am Patienten einschließlich Qualitätssicherung sowie die Durchführung messtechnischer Aufgaben in der Dosimetrie und dem Strahlenschutz dürfen an nicht ärztliche Mitarbeiter delegiert werden, wenn diese eine Qualifikation nach der Strahlenschutzverordnung (StrlSchVO) besitzen (§ 82 Abs. 2 Nr. 1 oder Nr. 2 StrlSchVO) oder Kenntnisse im Strahlenschutz nachweisen können (§ 24 Abs. 2 Nrn. 3 und 4 StrlSchVO). Dies betrifft insbesondere medizinisch-technische Assistenten in der Radioonkologie und Strahlentherapie (MTAR, vgl. § 9 Abs. 1 Nr. 2 des MTA-Gesetzes). Voraussetzung ist, dass der verantwortliche fachkundige Arzt die Teilleistungen im Einzelfall anordnet.

7. Labor

In der Labordiagnostik können unter anderem die technische Beurteilung des Untersuchungsmaterials auf seine Brauchbarkeit zur ärztlichen Diagnose und die technische Aufarbeitung histologischen und zytologischen Untersuchungsmaterials, aber auch die Durchführung von Untersuchungsgängen an entsprechend qualifizierte nicht ärztliche Mitarbeiter, insbesondere an medizinisch-technische Laboratoriumsassistenten, delegiert werden. Erforderlich ist dabei neben der ärztlichen Anordnung der jeweiligen Leistung deren fachliche Überwachung. Das macht bei Leistungen des Speziallabors auch nach der sozialgerichtlichen Rechtsprechung die Anwesenheit des Arztes im Labor zur Zeit der Leistungserbringung erforderlich.

Im Rahmen von Laborgemeinschaften können Leistungen des Basislabors auch in der Form delegiert werden, dass die Leistungen durch einen der beteiligten Ärzte persönlich in seiner Praxis oder in einer gemeinsamen Einrichtung durch einen gemeinschaftlich beschäftigten angestellten Arzt erbracht werden (vgl. §§ 4 Abs. 2 S. 2 GOÄ sowie 15 Abs. 3 und 25 Abs. 3 BMV-Ä). Der Arzt, der die Leistungen in dieser Form erbringt, kann sie ebenfalls an nicht ärztliche Mitarbeiter delegieren.

8. Blutentnahme, Injektion und Infusion

Kapilläre und venöse Blutabnahmen können an entsprechend qualifizierte nicht ärztliche Mitarbeiter delegiert werden. Da venöse Blutabnahmen nicht in allen Ausbildungskatalogen enthalten sind, muss sich der Arzt bei Medizinischen Fachangestellten, Angehörigen der Pflegeberufe oder anderem Fachpersonal ggf. bereits vorhandener Kenntnisse und Fertigkeiten vergewissern oder diese besonders einweisen. Bei der delegierten Blutabnahme sind die Technischen Regeln für Biologische Arbeitsstoffe in der jeweils geltenden Fassung zu beachten.

Subkutane und intramuskuläre Injektionen können an entsprechend qualifizierte nicht ärztliche Mitarbeiter delegiert werden. Zu diesen Injektionen gehören auch Impfungen, wobei die Impfanamneseerhebung und die Aufklärung zur Impfung nicht delegierbar sind. Allergietests (Pricktest, Subkutantest) können ebenfalls an entsprechend qualifizierte nicht ärztliche Mitarbeiter delegiert werden, erfordern aber aufgrund des Risikos eines allergischen Schocks die Anwesenheit des Arztes in unmittelbarer Nähe.

Intravenöse Injektionen und Infusionen können an entsprechend qualifizierte nicht ärztliche Mitarbeiter delegiert werden, wenn sich der Arzt von der durch Ausbildung und Erfahrung gewonnenen spezifischen Qualifikation in der Punktions- und Injektionstechnik überzeugt hat und wenn er sich in unmittelbarer Nähe aufhält. Die intravenöse Erstapplikation von Medikamenten ist nicht delegierbar. Die Zulässigkeit einer Delegation der Appli-

kation von Medikamenten oder Infusionen über einen Port ist abhängig von der applizierten Substanz und der Qualifikation und Erfahrung des damit betrauten nicht ärztlichen Mitarbeiters.

9. Operation

Die Durchführung von Operationen zählt zu den originär ärztlichen Tätigkeiten. Der Operateur trägt die volle Verantwortung für jeden OP-Schritt, eine eigenverantwortliche Übernahme operativer Teilschritte durch nicht ärztliche Mitarbeiter ist nicht möglich. Gegebenenfalls kann die zweite oder dritte OP-Assistenz an speziell ausgebildete nicht ärztliche Mitarbeiter (z. B. CTA, OTA) delegiert werden. Die Tätigkeit der ersten OP-Assistenz ist ausschließlich ärztlichen Mitarbeitern vorbehalten.

10. Anästhesie

Die Durchführung von Anästhesien gehört zu den originär ärztlichen Tätigkeiten. Eine Delegation der Anästhesie oder einzelner Phasen der Anästhesie (Vorbereitung, Einleitung, Führung/Aufrechterhaltung, Ausleitung) an nicht ärztliche Mitarbeiter kommt nicht in Betracht. Einzelne Maßnahmen während einzelner Anästhesiephasen können allerdings mit der Maßgabe an nicht ärztliche Mitarbeiter delegiert werden, dass dadurch das Risiko für den Patienten nicht erhöht wird und der Fachpflegestandard gewahrt ist.⁷

11. Blasenkatheter

Die Einlage eines transurethralen Blasenkatheters zu diagnostischen oder therapeutischen Zwecken kann an entsprechend qualifizierte nicht ärztliche Mitarbeiter delegiert werden. Da diese Tätigkeit nur im Ausbildungskatalog der Gesundheits- und Krankenpfleger enthalten ist, muss der Arzt anderes Fachpersonal dazu besonders anleiten oder sich ggf. bereits vorhandener Kenntnisse und Fertigkeiten vergewissern. Die Ersteinlage eines suprapubischen Blasenkatheters ist nicht delegierbar.

12. Wundversorgung

Die Versorgung unkomplizierter Wunden ist delegierbar. Die Versorgung komplizierter und sekundär heilender Wunden ist ebenfalls delegierbar; sie müssen jedoch initial und anschließend in regelmäßigen Intervallen ärztlich überwacht werden, weshalb die Wundversorgung in diesen Fällen nur nach Festlegung des patientenspezifischen Vorgehens durch den Arzt delegierbar ist.

13. Hausbesuche

Hausbesuche, d. h. Leistungen in der häuslichen Umgebung des Patienten, sind nach der Entscheidung des Sozialgesetzgebers im Rahmen des GKV-Pflegeweiterentwicklungsgesetzes (s. § 87 Abs. 2 b S. 5 SGB V) auch im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung an entsprechend qualifizierte nicht ärztliche Mitarbeiter delegierbar. Insoweit kommen der Therapie dienende Maßnahmen wie Wundpflege und Verbandwechsel, subkutane und intramuskuläre Injektionen, aber auch die Diagnostik unterstützende Maßnahmen wie Blutdruckmessungen in Betracht. Ausgeschlossen sind demgegenüber Leistungen, deren Durchführung für den Patienten mit akuten, für die jeweilige Fachkraft u. U. nicht beherrschbaren Gefahren verbunden ist. Einzelheiten hat der Bewertungsausschuss nach Maßgabe der berufsrechtlichen Bedingungen festzulegen.

⁷Siehe Entschließung der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin e.V. (DGA) und des Berufsverbandes Deutscher Anästhesisten (BDA) vom 26. 10. und 8. 11. 2007, Ärztliche Kernkompetenz und Delegation in der Anästhesie

Voraussetzung jeder Delegation solcher regelmäßig in Abwesenheit des Arztes zu erbringenden Leistungen ist zunächst, dass sich der delegierende Arzt der notwendigen Qualifikation des nicht ärztlichen Mitarbeiters vergewissert. Des Weiteren ist eine Delegation nur dann zulässig, wenn der Arzt den jeweiligen Patienten zunächst selbst besucht oder in seiner Praxis gesehen und eingehend untersucht hat. Der Arzt muss die zu erbringenden Leistungen angeordnet und den nicht ärztlichen Mitarbeiter patientenbezogen in Umstände eingewiesen haben, die beim Erbringen der einzelnen Leistung zu berücksichtigen sind. Ein dokumentierter Bericht an den Arzt ist nach jedem Hausbesuch durch nicht ärztliche Mitarbeiter zwingend erforderlich. Bei wiederholter Durchführung solcher Besuche in Abwesenheit des Arztes über einen längeren Zeitraum hinweg muss sich der Arzt in regelmäßigen Abständen einen persönlichen Eindruck von dem in dieser Weise betreuten Patienten verschaffen; der Einsatz von optischen Hilfsmitteln wie Videokamera, Videotelefonie etc. kann die Intervalle verlängern.

14. Heimversorgung

Unter den zum Hausbesuch genannten Voraussetzungen kann der Arzt auch pflegerische Leistungen oder Medikamentengaben anordnen, die von nicht bei ihm angestellten Personen in der häuslichen Umgebung des Patienten oder in Heimen erbracht werden. Auch in einem solchen Fall muss sich der Arzt der notwendigen Qualifikation der Person vergewissern, die die von ihm angeordnete Leistung durchführt. Dabei wird er sich insbesondere in Heimen meist darauf beschränken können zu prüfen, ob die betreffende Person eine Ausbildung in einem entsprechenden Fachberuf im Gesundheitswesen absolviert hat. Insofern reduziert sich seine Verantwortung darauf, die notwendige Leistung anzuordnen und für die Durchführung der Leistung durch eine ausreichend qualifizierte Person Sorge zu tragen. Für die ordnungsgemäße Durchführung der Leistung selbst ist er in diesem Fall nicht verantwortlich. Wenn er allerdings – z. B. aufgrund früherer Erfahrungen mit einer bestimmten Fachkraft oder aufgrund von Berichten von Heimbewohnern – Anlass zu Zweifeln darüber hat, ob die angeordnete Leistung ordnungsgemäß durchgeführt wird, muss der Arzt von einer Delegation absehen und die notwendigen Leistungen selbst erbringen oder durch eigene Mitarbeiter erbringen lassen.

15. Standardisierte Testverfahren

Mit Ausnahme der Indikationsstellung, der Bewertung des Testergebnisses und der diesbezüglichen Dokumentation ist die Durchführung von standardisierten Testverfahren (z. B. psychometrische Tests, Barthel-Index, geriatrisches Assessment nach LACHS) delegierbar.

16. Case Management

Case Management stellt ein Instrument zur Optimierung des patientenbezogenen Prozessmanagements dar. Es umfasst die Planung, Koordination, Steuerung und Evaluation der Behandlung eines komplexen Einzelfalls über die Sektoren hinweg und unter Einbeziehung aller Leistungserbringer. Case Management ist im Rahmen der individuellen Patientenversorgung vom Arzt anzuordnen. Es kann sich auf einzelne Prozessschritte („einfaches“ Case Management) oder das komplette Case Management erstrecken. Die Durchführung des Case Managements darf an speziell ausgebildete oder fortgebildete Mitarbeiter delegiert werden. Die diagnostische und therapeutische Gesamtverantwortung verbleibt beim Arzt. □

Bekanntmachungen

Basierend auf den Änderungen der Bundesmantelverträge, die zum 1. Oktober 2008 vorsehen, dass Laborgemeinschaften künftig die über ihre vertragsärztlichen Mitglieder dort in Auftrag gegebenen Leistungen direkt mit der für den Standort der Laborgemeinschaft zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung abrechnen, wurde eine Verfahrensrichtlinie zur Umsetzung des Kostennachweises von Laborgemeinschaften verabschiedet.

Verfahrensrichtlinie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gemäß § 75 Abs. 7 Nr. 1 SGB V zur Umsetzung des Kosten- nachweises von Laborgemeinschaften nach § 28 Abs. 3 des Bundesmantelvertrages Ärzte/Ersatzkassen/§ 25 Abs. 3 des Bundesmantelvertrages-Ärzte

Mit Wirkung vom 1. Oktober 2008 haben die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Spitzenverbände der Krankenkassen Änderungen des Bundesmantelvertrages zur Einführung der Direktabrechnung für Laborgemeinschaften vereinbart. Ab diesem Zeitpunkt haben die in Laborgemeinschaften nach § 28 Abs. 3 des Bundesmantelvertrages Ärzte/Ersatzkassen/§ 25 Abs. 3 des Bundesmantelvertrages-Ärzte zusammenschlossenen Vertragsärzte ihre dort durchgeführten Laborleistungen direkt mit der am Sitz der Laborgemeinschaft zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung unter Angabe der Betriebsstättennummer der anfordernden Praxis, der Betriebsstättennummer der Laborgemeinschaft und der Arztnummer des anfordernden Arztes abzurechnen.

1. Laborgemeinschaften haben der an ihrem Sitz zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung bis zum Ablauf von vier Monaten nach Abschluss ihres Geschäftsjahres eine Gewinn- und Verlustrechnung vorzulegen, die auf die im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung erbrachten Laborleistungen bezogen ist, und Angaben zu machen zur Aufschlüsselung der Personalkosten, zur Größe der Betriebsstätte (in Quadratmetern) und zur Zahl und Art der eingesetzten Analysensysteme, die für Serien mit hoher Probenzahl bestimmt sind.
2. Die Kassenärztliche Vereinigung überprüft die Quartalsabrechnungen der Laborgemeinschaft anhand der nach Nr. 1 vorgelegten Unterlagen daraufhin, ob die Höhe der abgerechneten Kosten plausibel und marktüblich ist. Die Kassenärztliche Vereinigung kann mit dieser Überprüfung auch die Kassenärztliche Bundesvereinigung beauftragen. In diesem Fall leitet die Kassenärztliche Vereinigung die zu überprüfenden Quartalsabrechnungen und die Unterlagen nach Nr. 1 an die Kassenärztliche Bundesvereinigung weiter.
3. Wird die Kassenärztliche Bundesvereinigung gemäß Nr. 2 mit der Überprüfung beauftragt, teilt sie der beauftragenden Kassenärztlichen Vereinigung das Ergebnis der Überprüfung mit und gibt eine Empfehlung über die Höhe gegenüber den Mitgliedern der Laborgemeinschaft geltend zu machender Rück-

forderungen, soweit die tatsächlichen Kosten unter der Summe der Kostenerstattungen gemäß Kapitel 32.2 des EBM liegen.

4. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung kann mit der Überprüfung nach Nr. 3 auch das K(B)V-Kompetenzzentrum Labor beauftragen.
5. Auf Grundlage des Ergebnisses der Plausibilitätsprüfung und der Empfehlung über die Höhe der Rückforderungen macht die Kassenärztliche Vereinigung Rückforderungen gegenüber den Mitgliedern der Laborgemeinschaft geltend.
6. Die Laborgemeinschaft stellt sämtliche im vierten Quartal 2007 erbrachten Leistungen des Kapitels 32.2 mitgliedsbezogen und bewertet mit den dort je Parameter angegebenen Höchstpreisen zusammen und legt diese Aufstellung gegenüber der an ihrem Sitz zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung offen. Auf der Grundlage dieser Berechnung zahlt die am Sitz der Laborgemeinschaft zuständige Kassenärztliche Vereinigung ab dem vierten Quartal 2008 bis zum Vorliegen des ersten Abrechnungsbescheids monatliche Abschläge an die in der Laborgemeinschaft zusammengeschlossenen Vertragsärzte. Die am Sitz eines Mitglieds der Laborgemeinschaft zuständige Kassenärztliche Vereinigung kann ihre Abschlagszahlungen an den Vertragsarzt ab dem vierten Quartal 2008 bis zur Höhe der Kostenerstattung für die in dessen Honorarbescheid für das vierte Quartal 2007 enthaltenen Leistungen des Kapitels 32.2 EBM kürzen. Dazu übermittelt die am Sitz der Laborgemeinschaft zuständige Kassenärztliche Vereinigung der für den anweisenden Arzt zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung die jeweiligen Angaben nach Satz 1.
7. Die Verfahrensrichtlinie tritt am 1. Oktober 2008 in Kraft. □

Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses

über eine Änderung der Arzneimittel-Richtlinie in Anlage 4: Therapiehinweis zu Leflunomid

Vom 15. Mai 2008

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Sitzung am 15. Mai 2008 beschlossen, die Richtlinie über die Verordnung von Arzneimitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Arzneimittel-Richtlinie) in der Fassung vom 31. August 1993 (BANz. S. 11155), zuletzt geändert am 15. Mai 2008 (BANz. S. 2851), wie folgt zu ändern:

- I. In der Anlage 4 der Arzneimittel-Richtlinie wird im Therapiehinweis „Leflunomid“ der Abschnitt „Kosten“ wie folgt ergänzt:
Unterhalb der Kostentabelle wird eine weitere Fußzeile angefügt:
„Die Preiskalkulation von Infliximab erfolgte auf der Basis eines Patienten mit einem Standardgewicht von 70 kg.“
- II. Die Änderung der Richtlinie tritt am Tag nach der Veröffentlichung im Bundesanzeiger in Kraft.

Die tragenden Gründe zu diesem Beschluss werden auf der Homepage des Gemeinsamen Bundesausschusses unter www.g-ba.de veröffentlicht.

Siegburg, den 15. Mai 2008

Gemeinsamer Bundesausschuss
Der Vorsitzende

Hess

Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Krebsfrüherkennungs-Richtlinien: Anpassung der Dokumentation

Vom 19. Juni 2008

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Sitzung am 19. Juni 2008 beschlossen, die Richtlinien über die Früherkennung von Krebserkrankungen („Krebsfrüherkennungs-Richtlinien“) in der Fassung vom 26. April 1976 (Beilage Nummer 28 zum BAnz. vom 11. November 1976), zuletzt geändert am 15. November 2007 (BAnz. 2008 S. 871), wie folgt zu ändern.

I. In Abschnitt B „Früherkennungsmaßnahmen bei Frauen“ wird Nummer 7 wie folgt neu gefasst:

„7. Aufzeichnungen und Dokumentation

- a) Die Untersuchungen und deren Ergebnisse werden – mit Ausnahme der Koloskopie, der Früherkennung von Brustkrebs durch Mammografie-Screening sowie der Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs – auf einem dreiteiligen Berichtsvordruck (Anlage I)* aufgezeichnet; auf die Vollständigkeit der Eintragungen ist zu achten.
- b) Der ausgefüllte dreiteilige Berichtsvordruck wird zusammen mit dem Untersuchungsmaterial an den Zytologen gesandt.
- c) Der Teil b des Berichtsvordrucks wird vom Zytologen ausgefüllt an den Einsender zurückgeschickt; (der bisherige Teil c entfällt und ist künftig nicht mehr besetzt) Teil d bleibt beim Zytologen.
- d) Teil b verbleibt beim untersuchenden Arzt.
- e) Sofern der untersuchende Arzt auch die zytologische Untersuchung ausführt, verbleiben die Teile b und d beim untersuchenden Arzt.
- f) Die an der Durchführung der zytologischen Untersuchung Beteiligten sind gehalten, für eine ordnungsgemäße Befund- und Präparatedokumentation zu sorgen. Die Präparate und die Befunde sind zehn Jahre aufzubewahren.
- g) Einzelheiten zum Verfahren und zur Durchführung von Auswertungen der Aufzeichnungen sowie der Evaluation der Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten können durch den Gemeinsamen Bundesausschuss festgelegt werden.
- h) Der zuständige Unterausschuss des Gemeinsamen Bundesausschusses ist berechtigt, Änderungen am Berichtsvordruck vorzunehmen, deren Notwendigkeit sich aus der praktischen Anwendung ergibt, soweit dadurch der Berichtsvordruck nicht in seinem wesentlichen Inhalt geändert wird.“

II. In Abschnitt C „Früherkennungsmaßnahmen bei Männern“ wird Nummer 5 wie folgt neu gefasst:

„5. Aufzeichnung und Dokumentation

- a) Die Untersuchungen und deren Ergebnisse werden – mit Ausnahme der Koloskopie sowie der Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs – auf einem Berichtsvordruck (Anlage II)* aufgezeichnet; auf die Vollständigkeit der Eintragungen ist zu achten.
- b) Der ausgefüllte Berichtsvordruck verbleibt beim Arzt.
- c) Einzelheiten zum Verfahren und zur Durchführung von Auswertungen der Aufzeichnungen sowie der Evaluation der Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten können durch den Gemeinsamen Bundesausschuss festgelegt werden.
- d) Der zuständige Unterausschuss des Gemeinsamen Bundesausschusses ist dazu berechtigt, Änderungen am Berichtsvordruck vorzunehmen, deren Notwendigkeit sich aus der praktischen Anwendung ergibt, soweit dadurch der Berichtsvordruck nicht in seinem wesentlichen Inhalt geändert wird.“

III. Die Änderungen der Richtlinie treten am Tag nach der Bekanntmachung im Bundesanzeiger in Kraft.

Siegburg, den 19. Juni 2008

Gemeinsamer Bundesausschuss
Der Vorsitzende

Hess

Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Richtlinien zur Jugendgesundheitsuntersuchung: Anpassung der Dokumentation

Vom 19. Juni 2008

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Sitzung am 19. Juni 2008 beschlossen, die Richtlinien zur Jugendgesundheitsuntersuchung in der Fassung vom 26. Juni 1998 (BAnz. S. 12 723), zuletzt geändert am 23. Oktober 1998 (BAnz. 1999, S. 947), wie folgt zu ändern.

I. Nummer 5 „Dokumentation und Auswertung“ wird wie folgt neu gefasst:

„5. Dokumentation und Auswertung

- Anamnestiche Befunde, Untersuchungsergebnisse und veranlasste Maßnahmen der Jugendgesundheitsuntersuchung werden auf einem Berichtsvordruck (Anlage) aufgezeichnet. Auf die Vollständigkeit der Eintragungen ist zu achten.
- Der Berichtsvordruck verbleibt beim Arzt.
- Werden infolge der Untersuchung weitere Maßnahmen

veranlasst, so sind die hierfür relevanten Gründe durch entsprechende Kennzeichnung (Eintragen von Kennziffern) auf dem Dokumentationsbogen auszuweisen.

- Einzelheiten zum Verfahren und zur Durchführung von Auswertungen der Aufzeichnungen sowie der Evaluation der Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten können durch den Gemeinsamen Bundesausschuss festgelegt werden.
- Der zuständige Unterausschuss des Gemeinsamen Bundesausschusses ist dazu berechtigt, Änderungen am Dokumentationsbogen der Jugendgesundheitsuntersuchung vorzunehmen, deren Notwendigkeit sich aus der praktischen Anwendung ergibt, soweit dadurch der Dokumentationsbogen nicht in seinem wesentlichen Inhalt geändert wird.“

II. Die Änderungen der Richtlinie treten am Tag nach der Bekanntmachung im Bundesanzeiger in Kraft.

Die tragenden Gründe zu diesem Beschluss werden auf der Homepage des Gemeinsamen Bundesausschusses unter www.g-ba.de veröffentlicht.

Siegburg, den 19. Juni 2008

Gemeinsamer Bundesausschuss
Der Vorsitzende

Hess

Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses

über eine Änderung der Gesundheitsuntersuchungs- Richtlinien: Anpassung der Dokumentation

Vom 19. Juni 2008

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Sitzung am 19. Juni 2008 beschlossen, die Richtlinien über die Gesundheitsuntersuchung zur Früherkennung von Krankheiten („Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinien“) in der Fassung vom 24. August 1989 (Bundesarbeitsblatt 1989, Nr. 10), zuletzt geändert am 21. Dezember 2004 (BAnz. 2005 S. 4995), wie folgt zu ändern.

I. Teil C „Dokumentation und Auswertung“ wird wie folgt neu gefasst:

„C.

Dokumentation und Auswertung

1. Die Ergebnisse der Anamnese und der Untersuchungen werden ebenso wie die aufgrund der Gesundheitsuntersuchung veranlassten oder empfohlenen Maßnahmen auf einem Berichtsvordruck (Anlage 1) dokumentiert; dabei ist auf die Vollständigkeit der Eintragungen zu achten.
2. Der vollständig ausgefüllte Berichtsvordruck verbleibt beim Arzt.
3. Einzelheiten zum Verfahren und zur Durchführung von Auswertungen der Aufzeichnungen sowie der Evaluation der

Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten können durch den Gemeinsamen Bundesausschuss festgelegt werden.

4. Der zuständige Unterausschuss des Gemeinsamen Bundesausschusses ist dazu berechtigt, Änderungen am Berichtsvordruck vorzunehmen, deren Notwendigkeit sich aus der praktischen Anwendung ergibt, soweit dadurch der Berichtsvordruck nicht in seinem wesentlichen Inhalt geändert wird.“

II. Die Änderungen der Richtlinie treten am Tag nach der Bekanntmachung im Bundesanzeiger in Kraft.

Die tragenden Gründe zu diesem Beschluss werden auf der Homepage des Gemeinsamen Bundesausschusses unter www.g-ba.de veröffentlicht.

Siegburg, den 19. Juni 2008

Gemeinsamer Bundesausschuss
Der Vorsitzende

Hess

2. Präventionstagung der Bundesärztekammer

vom 28.–29. Oktober 2008, Bundesärztekammer, Berlin

Das Präventionsgesetz ist vorerst gescheitert, doch die ärztliche Prävention in Praxis, Krankenhaus, öffentlichem Gesundheitsdienst und Betrieb geht weiter. Die dieses Jahr zum zweiten Mal stattfindende Präventionstagung der Bundesärztekammer richtet sich vor allem an Ärztinnen und Ärzte, für die Prävention ein zentrales Element ihrer täglichen beruflichen Praxis darstellt, sowie an Vertreter ärztlicher Berufsorganisationen, die in der Gesundheitsförderung und Prävention aktiv sind.

Die Tagung wird sich insbesondere mit den Rahmenbedingungen und Ausgestaltungsmöglichkeiten bestehender Vorsorgeuntersuchungen befassen: Wie lassen sich die Teilnehmeraten steigern, wie können Patienten gesundheitsfördernd beraten und zu Verhaltensänderungen motiviert werden?

In Arbeitsgruppen werden Modelle zur Bewegungsförderung, zur Einbeziehung des Praxispersonals in präventive Aktivitäten, Kooperationen niedergelassener Ärzte mit Gesundheitsämtern sowie Ansätze der betrieblichen Gesundheitsförderung vorgestellt und diskutiert.

Das Programm ist im Internet unter www.bundesaerztekammer.de/downloads/Programm2Praevention.pdf eingestellt.

Tagungsort: Bundesärztekammer, Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern, Herbert-Lewin-Platz 1, 10623 Berlin

Fortbildungsnachweis: Die Veranstaltung ist von der Ärztekammer Berlin mit 15 Fortbildungspunkten für beide Tage anerkannt.

Auskunft: Bundesärztekammern, Margret Del Bove, Telefon: 0 30/40 04 56-4 15, Martina Kettner, Telefon: 0 30/40 04 56-4 11, E-Mail: cme@baek.de, Internet: www.bundesaerztekammer.de □