

Gemeinsames Positionspapier der DGVS, der DEGEA, der DGE-BV, des BVGD, der ALGK und des bng zum aktuellen Stand und den prinzipiellen Möglichkeiten der Delegation ärztlicher Tätigkeiten im Bereich Gastroenterologie (für Klinik und Praxis)

Präambel

Einleitend ist zu erwähnen, dass dieses Positionspapier im europäischen Kontext gesehen werden muss, und die bei uns in Deutschland zunehmend aufkommenden Fragen nach der Delegationsfähigkeit gastroenterologischer Leistungen beantworten soll. Die Delegationsfähigkeit soll dabei im Positionspapier aus wissenschaftlicher, aber auch aus juristischer Sicht bewertet werden. Die Frage nach der Delegationsfähigkeit konventioneller endoskopischer Leistungen wird hier nicht beantwortet.

Ziel dieses gemeinsamen Positionspapiers ist es, einen Überblick zu geben über den aktuellen Stand und die prinzipiellen Möglichkeiten der Delegation ärztlicher Tätigkeiten in der Gastroenterologie an speziell geschultes nicht-ärztliches Personal. Besonderer Wert wird dabei auf die jeweilige juristische Einschätzung und Wertung der genannten Tätigkeiten gelegt.

Die Notwendigkeit zu einem solchen Positionspapier ergibt sich aus Sicht der Autoren aus vielerlei Hinsicht. Zum einen werden bislang schon ärztliche Tätigkeiten in der Gastroenterologie in Deutschland an nicht-ärztliches Personal delegiert, ohne dass es hierfür eine anerkannte Ausbildung, entsprechende Fähigkeitsnachweise oder eine offizielle Stellungnahme unserer Fachgesellschaften gibt (z.B. Durchführung von Funktionsuntersuchungen). Ferner kommt es durch eine zunehmende Akademisierung der Pflegeberufe (z.B. vielfältige Bachelor- und Masterstudiengänge, Physician Assistance, Advanced Nurse Practitioner) zu einer weiter fortschreitenden Verlagerung medizinischer Tätigkeiten zugunsten von primär in Pflegeberufen ausgebildetem nicht-ärztlichen Personal. Diese von staatlichen, halbstaatlichen aber auch anderen öffentlichen Institutionen vorangetriebene Akademisierung übertrifft dabei bei Weitem die

bisherige Delegation ärztlicher Leistungen, z. B. im Rahmen der Ausbildung zu Operations- oder Anästhesie technischen Assistenten (OTA, ATA). Andere Fachgesellschaften haben hier bereits Fakten geschaffen, die die Attraktivität des Pflegeberufs in ihren speziellen Teilbereichen signifikant erhöht (z.B. Atemtherapeut in der Pneumologie mit Erlaubnis zur Durchführung von Bronchoskopien durch die Deutsche Gesellschaft für Pneumologie [DGP]). Die Gastroenterologie könnte hier im Rennen um die rare Ressource „Pflegepersonal“ bei gleichzeitig bestehendem Ärztemangel – nicht nur in ländlichen Gebieten – zukünftig ins Hintertreffen geraten. Darüber hinaus schreitet die Entwicklung im europäischen Ausland unaufhaltsam voran. Während in anderen europäischen Ländern die Teambildung mit Delegation ärztlicher Leistungen in der Gastroenterologie an Mitarbeiter aus nichtärztlichen Gesundheitsfachberufen bis hin zur eigenverantwortlichen Durchführung von Endoskopien schon weit fortgeschritten ist, hat sich diese in Deutschland bislang kaum entwickelt. Zusätzlich deuten nicht nur publizierte Befragungen der DEGEA, sondern auch verschiedenste Interessengruppen darauf hin, dass es auch in Deutschland auf freiwilliger Basis Interessenten für eine erweiterte Pflegetätigkeit in der Gastroenterologie gibt. Zuletzt belegen diverse Aktivitäten des Bundesministeriums für Gesundheit wie z.B. die Ausrufung einer „Bund-Länder-Arbeitsgruppe Gesamtkonzept Gesundheitsfachberufe“ eindeutig, dass dem aktuell bestehenden Pflegemangel in Deutschland auch durch eine Neuorientierung und Neuausrichtung aller Gesundheitsfachberufe – politisch gewollt – entgegengewirkt werden soll.

In der Gesamtschau kann sich durch die Delegation gewisser bislang ärztlicher Tätigkeiten, eine vergleichbar gute Qualität natürlich vorausgesetzt, auch ein

Benefit für die Patienten in der Gastroenterologie ergeben, da durch z. B. eine auf speziell ausgebildetes nicht-ärztliches Personal verlagerte Befunderhebung und Versorgung u.a. Arztstunden frei werden für komplexere Behandlungen und wichtige Patientengespräche. Besonders hervorzuheben ist, dass sich, wie oben erwähnt, für nicht-ärztliches Personal bislang ungeahnte berufliche Entwicklungsmöglichkeiten ergeben, die den Beruf insgesamt attraktiver machen, was auch ein erklärtes Ziel der konzertierten Aktion des Bundesgesundheitsministeriums ist.

Die Vielfalt und Unterschiede in den Gesundheitsberufen erlaubt konkrete Zuordnungen der delegierbaren Tätigkeiten für die Bereiche Klinik und Praxis. Dies wird in den Ausführungen gesondert dargelegt.

Rechtliche Rahmenbedingungen

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

Gesetzliche Grundlagen der Delegation

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

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

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

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

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

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

Gleichwohl fehlt es an einer klaren Darstellung, was im Rahmen der Delegation an nicht-ärztliches Personal nunmehr zulässig ist.

Grundsätze der Delegation

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

„Damit kann sich eine Pflicht des Arztes, solche Tätigkeiten im Einzelfall persönlich auszuüben, nicht schon aus der Schwere der Gefahren ergeben, die eine unsachgemäße Ausführung mit sich bringen kann. Ein persönliches Eingreifen des Arztes ist vielmehr grundsätzlich nur zu fordern, wo die betreffende Tätigkeit gerade dem Arzte eigene Kenntnisse und Kunstfertigkeiten voraussetzt.“ [4]

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

Problematisch ist allerdings, dass dieser juristische Rahmen im Einzelfall mit konkret zu benennenden zulässigen Tätigkeiten ausgefüllt werden muss, und hier scheiden sich seit vielen Jahren die Geister. Was man allerdings festhalten muss ist, dass insbesondere im Zusammenhang mit den im Einzelfall delegationsfähigen ärztlichen Leistungen, bei welchen es im Wesentlichen auf den Patienten aber auch auf die Qualifikation des Mitarbeiters ankommt, der Spielraum fließend ist. Denn dadurch, dass die Delegation unter anderem auch von der Qualifikation des jeweiligen Mitarbeiters bestimmt wird, sind die Grenzen hier heute sicherlich weiterzuziehen, als noch vor vielen Jahren. Denn mit der zunehmenden Qualifikation und insbesondere auch der neuen Berufsbilder, insbesondere des nicht-ärztlichen Personals, weitet sich automatisch der Rahmen. Dass die Ausbildung die zentrale Rolle bei der Beurteilung mitunter spielt, hat auch nunmehr der Gesetzgeber erkannt, wenn er im Krankenpflegegesetz (KrPflG) in §1 Abs.1 Satz2 Folgendes ausführte: *„Personen mit einer Erlaubnis nach Satz1, die über eine Ausbildung nach §4 Abs.7 verfügen, sind im Rahmen der in dieser Ausbildung vermittelten erweiterten Kompetenzen zur Ausübung der heilkundlichen Tätigkeiten berechtigt.“* Es ist daher davon auszugehen, dass man den Angehörigen eines Pflegeberufs, die beispielsweise die neue Zusatzausbildungen additiv zu etablierten Endoskopieweiterbildungen absolviert haben und auch mittels einer Prüfung erfolgreich abgeschlossen haben, unter Berücksichtigung des Gesetzestextes nicht die Befähigung und damit Befugnis absprechen kann, diese materiellen Kenntnisse auch einzusetzen [5].

Deutlicher wird dies noch, wenn man sich die Gesetzesbegründung zum Modellvorhaben nach §63 Abs.3c SGB V ansieht [6]. Hier betont der Gesetzgeber in der Begründung, dass berufsrechtlich die zusätzlich erworbenen Kompetenzen nicht auf Tätigkeiten im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung beschränkbar sind, da die Ausbildung eine grundlegende Kompetenz vermittelt, die generell und dauerhaft den Zugang zum erlernten Beruf und damit die Aus-

übung der erlernten heilkundlichen Tätigkeit gestattet. Des Weiteren macht der Gesetzgeber deutlich, dass diese Möglichkeiten der Delegation, die bereits bestehen, in der Vergangenheit nicht umfassend genutzt wurden [7]. Man kann also mit Fug und Recht behaupten, dass die Delegation vom Gesetzgeber ausdrücklich gewünscht ist, und zwar in einem größeren Umfang als bisher.

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

Gleichwohl ändert dies nichts daran, dass der Arzt diejenigen Leistungen, die er nur höchstpersönlich erbringen kann, nicht delegieren darf. Dazu gehören die eigenverantwortliche Anamnese, die selbstständige Indikationsstellung, die Untersuchung des Patienten einschließlich invasiver diagnostischer Leistungen, das alleinige Stellen der Diagnose, die ärztliche Aufklärung und Beratung des Patienten, die Entscheidung über die Therapie und die Durchführung invasiver Therapien einschließlich der Kernleistungen operativer Eingriffe [8].

Der Arzt trägt bei der Delegation nach wie vor die sog. Anordnungs- und Anweisungsverantwortung [9] und muss dabei die Gefahrgeneigntheit der durchzuführenden Tätigkeit, die Schutzbedürftigkeit des Patienten auch unter Berücksichtigung der Komplikationsdichte und etwaigen Behandlungsschwierigkeiten sowie die Qualifikation des nicht-ärztlichen Personals, auf welchen die Tätigkeit delegiert werden soll, berücksichtigen. Er haftet demgemäß für seine Auswahl.

Die speziell ausgebildete Endoskopiepflegepersonen und -fachassistenz wiederum haben dann die Übernahme- und

Durchführungsverantwortung [10]. Dies bedeutet, wenn er eine auf ihn zulässige delegierte Leistung übernommen hat, trägt er auch die Verantwortung dafür, dass im Rahmen seiner Leistung alles ordnungsgemäß durchgeführt wird. Er hat aber darüber hinaus auch die Remonstrationspflicht, wenn er der Auffassung ist, dass er die Leistung nicht erbringen kann oder darf. Er hat zudem die Pflicht, bei auftretenden Komplikationen unmittelbar den Arzt hinzuzurufen. Eine Haftung ist dann unmittelbar auch bei nicht-ärztlichem Personal gegeben.

Im Folgenden werden verschiedene, potenziell für eine Delegation an interessiertes, speziell ausgebildetes Pflegepersonal geeignete Tätigkeiten in der Gastroenterologie aufgeführt und deren Umsetzungspotenzial entsprechend juristisch bewertet. Dabei werden Beratungstätigkeiten von „aktiven“ Tätigkeiten unterschieden.

A Beratungstätigkeiten und nicht-invasive Tätigkeiten

Beratungstätigkeiten und nicht-invasive Tätigkeiten werden sowohl im Bereich der gastroenterologischen Facharztpraxis als auch in Fachambulanzen und Endoskopieabteilungen im klinischen Setting durchgeführt.

Die Beratung von Patienten ist ein wichtiger und zeitaufwendiger Bereich, der Personalressourcen bindet. Speziell geschultes nicht-ärztliches Personal könnte verstärkt in der Beratung und Schulung von speziellen Patientengruppen eingesetzt werden, um Ärzte zu entlasten und das Fachwissen zielgerichtet für die Patienten zu vermitteln. Folgende Einsatzgebiete wären in der Gastroenterologie denkbar:

1. Beratung zur Screening-Koloskopie (insbesondere Beratung bei Verdacht auf eine familiäre Kolon-Karzinom-Belastung)

Zu den Beratungsaufgaben könnte insbesondere die informative Aufklärung zur Darmkrebsprävention zählen. Hier konnte die FAMKOL-Studie zeigen, dass speziell geschultes nicht-ärztliches Fach-

personal die qualitätsgesicherte Beratung zur Darmkrebsvorsorge übernehmen kann [11]. Die Koloskopie-Teilnahmerate konnte durch die individuelle pflegerische Beratung auf >80% gesteigert werden. Die Beratung zur Koloskopie durch speziell ausgebildetes Personal kann in der Hausarztpraxis und in der Facharztpraxis den Arzt entlasten und die Akzeptanz der Screening-Koloskopie erhöhen. Die Beratung bei Indexpatienten und deren Angehörigen ist durch das erhöhte Darmkrebsrisiko von besonderer Bedeutung, um zur Teilnahme an Vorsorgekoloskopien zu motivieren. Die Ergebnisse der FAMKOL-Studie weisen auf die große Bedeutung der breiten allgemeinen Aufklärung von betroffenen Patienten und deren Familienangehörigen hin. Dies kann durch geschultes nicht-ärztliches Personal erfolgen. Die allgemeine, informative Aufklärung (nicht gemeint ist die ärztliche Pflichtaufklärung) kann auch bei Routineeingriffen flankierend zur ärztlichen Aufklärung durchgeführt werden.

Ein entsprechendes nationales Ausbildungs-Curriculum liegt vor und basiert auf den Erfahrungen der FAMKOL-Studie. Folgende Ausbildungsinhalte sind dabei vorgesehen: Genese, Diagnostik und Therapie des Kolorektalen Karzinoms, familiär erhöhtes Darmkrebsrisiko, verschiedene Screeningkonzepte (iFOBT, Vorsorgekoloskopie), Kommunikation mit Patienten und Angehörigen, Techniken der Kommunikation und Gesprächsführung, Wahrnehmung und Motivation, Motivation von Patienten und Angehörigen zur Teilnahme an Vorsorgeprogrammen, rechtliche Rahmenbedingungen und ethische Fragestellungen.

Die Schulungsmodule umfassen bis zu 2 Tage mit praktischem Nachweis der Beratungstätigkeiten, die neben der fachspezifischen Qualifikation auch Kenntnisse und Fähigkeiten im Bereich der Kommunikation und Gesprächsführung ausbauen sowie die Vernetzung fördern sollen.

Juristische Bewertung:

Da es sich bei den vorgenannten Tätigkeiten letztendlich nicht um eigenständige ärztliche Leistungen handelt, beste-

hen aus juristischer Sicht keinerlei Bedenken dagegen, diese Aufgaben zu delegieren. Klar ist, dass die eigentliche, patientenbezogene Anamnese und Diagnose dann wiederum unter dem Arztvorbehalt steht. Hier können allenfalls vorbereitende und ergänzende Leistungen durch geschultes nicht-ärztliches Personal übernommen werden.

2. Beratung von Patienten mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen (sog. CED-Nurse)

Bedingt durch den intensiven Kontakt zu CED-Patienten nimmt Fachpersonal in Facharztpraxen, CED-Zentren, Ambulanzen und Endoskopieabteilungen eine zentrale Rolle ein. Sie entlasten den Arzt und gewährleisten eine höhere Qualität in der Betreuung von CED-Patienten. Dadurch verkürzt sich die Zeit des Arztkontakts erheblich und die Rolle der Fachkraft wird als interaktiv agierendes Mitglied im Team gestärkt. Aufgaben der CED-Assistenz sind u. a. Beratungen hinsichtlich chronisch entzündlicher Darmerkrankungen, Aufklärungen bezüglich Ernährung, Lebensführung, Sport, Schwangerschaft, Krankheitsverlauf und ärztlich angeordnete Medikamente, Unterstützung und Schulung der Patienten in komplexen Therapien, Information in sozialrechtlichen Fragen, Begleitung von Studien, Mitarbeit bei Diagnostik und Therapie.

Zur selbstständigen Durchführung der Beratungstätigkeiten werden aktuell entsprechend einem Curriculum der Bundesärztekammer [12] (2 Module à 120 Stunden mit Praxis- und Theoriephasen) folgende Ausbildungsinhalte vermittelt: Kommunikation, Gesprächsführung, Wahrnehmung und Motivation, medizinische Grundlagen zur CED, Diagnostik und Therapiekonzepte bei CED, begleitende medizinische Versorgungsmaßnahmen und psychosoziale Hilfen, Studienmanagement.

3. Aufklärung vor endoskopischen Eingriffen (insbesondere ÖGD, Koloskopie)

Die Aufklärung vor invasiven endoskopischen Eingriffen ist ärztliche Pflicht vor jeder geplanten Untersuchung. Ein allgemeines informatives (nicht die ärztliche

Aufklärung ersetzendes) Vorgespräch mit dem Patienten könnte von entsprechend geschultem nicht-ärztlichem Personal ergänzend zum Arztgespräch übernommen werden. Eine Vorbereitung der Aufklärung kann u. a. die Medikamentenanamnese, die Frage nach Allergien, Vorerkrankungen, Implantaten usw. und vor allem die Erklärung des eigentlichen Eingriffs und notwendiger Vorbereitungsmaßnahmen zum Eingriff beinhalten (insbesondere Informationen zur Darmlavage vor Koloskopie).

Juristische Bewertung:

Die ärztliche Aufklärung ist in § 630 BGB zentral geregelt.

In § 630e Abs. 2 Ziffer 1 BGB ist geregelt, dass die Aufklärung mündlich durch den Behandelnden oder durch eine Person erfolgen muss, die über die zur Durchführung der Maßnahme notwendige Ausbildung verfügt (vgl. § 630e Abs. 2 Ziffer 1 BGB). So könnte man zunächst einmal annehmen, dass die Aufklärung nunmehr nach ausdrücklichem Willen des Gesetzgebers nicht mehr unter dem ausdrücklichen Arztvorbehalt steht, sondern lediglich nur unter dem Vorbehalt, dass die aufklärende Person über die notwendigen Kenntnisse und Ausbildung für den Eingriff verfügt. Insofern könnte dies die Aufklärung durch beispielsweise besonders geschultes Personal zunächst einmal als zulässig erscheinen lassen.

In der juristischen Literatur wird aber stets die Auffassung vertreten, dass die Aufklärung nach wie vor unter dem Arztvorbehalt steht und keine delegationsfähige Leistung ist [13].

Dabei bleibt es zunächst abzuwarten, inwieweit über die Tatsache, dass möglicherweise immer mehr ärztliche Teilleistungen als delegationsfähig von den Fachkreisen angesehen werden, sich dieser Aspekt in der obergerichtlichen Rechtsprechung ändert. Derzeit ist es aber nach wie vor so, dass die Aufklärung an sich unter dem Arztvorbehalt steht und damit nicht delegiert werden kann.

Hingegen zulässig ist es, wenn die Aufklärung durch nicht-ärztliches Personal flankierend vorbereitet wird. Wenn hier

also ganz allgemein Vorbereitungshandlungen zur Aufklärung durchgeführt werden, die Aufklärung dann aber wiederum durch den Arzt an sich erfolgt, wären die reinen Vorbereitungshandlungen aus juristischer Sicht unschädlich.

Nach dem Bundesmantelvertrag Ärzte ist die Unterstützung bei der Vermittlung und Erläuterung standardisierter Informationsmaterials im Zusammenhang mit der Aufklärung, wenn eine spätere Überprüfung ggf. ergänzend durch den Arzt im persönlichen Gespräch mit dem Patienten erfolgt, ausdrücklich als delegierbare Leistung genannt.

B Sedierung und Monitoring

Endoskopische Eingriffe unter Sedierung werden sowohl in gastroenterologischen Facharztpraxen als auch in Endoskopieabteilungen im klinischen Setting durchgeführt. Im Rahmen der Sedierung übernehmen speziell ausgebildete Pflegepersonen und/oder medizinische Fachangestellte die Medikamentenapplikation und Überwachung der Patienten.

Während in den 60er- und 70er-Jahren des vorigen Jahrhunderts endoskopische Untersuchungen in Deutschland überwiegend ohne Sedierung erfolgten, führte die Einführung der Benzodiazepine (insbesondere Midazolam in den 80er-Jahren) zu einer Trendwende. Nach der Zulassung von Propofol 1986 in Deutschland (initial überwiegend zur Dauer sedierung von Intensivpatienten genutzt) erkannten, ab Anfang der 90er-Jahre, einige Gastroenterologen das Potenzial dieser Substanz für die Sedierung in der Endoskopie. Nachdem durch ein Rechtsgutachten von Herrn Prof. Dr. Erwin Deutsch, 1996, geklärt werden konnte, dass die Applikation von Propofol durch, in der Intensivmedizin ausgebildete, Fachärzte für Innere Medizin möglich ist, begann sich die Propofol-Sedierung in der Endoskopie derart durchzusetzen, sodass heutzutage fast 90% aller endoskopischen Untersuchungen (und nahezu ausnahmslos sämtliche Interventionen) unter Propofol-Sedierung durchgeführt werden. Im Laufe der zunehmenden Erfahrung mit der Propofol-Sedie-

rung hat es sich dann mehr und mehr etabliert, dass auch Pflegepersonal die Medikamentenapplikation und die Überwachung der Patienten übernommen haben. Um diese Praxis rechtlich abzusichern, wurde im Jahr 2006 (im Auftrag der DGVS) durch die Kanzlei Prof. Dr. Alexander Ehlers und Kollegen, München, ein weiteres Rechtsgutachten erstellt, welches die Delegation der Sedierung an qualifiziertes Pflegepersonal in den rechtlichen Kontext setzt. Auf dieser Vorarbeit und zahlreichen damals schon vorliegenden, zum Teil auch randomisierten Studien fußend, wurde 2008 die erste bundesdeutsche S3-Leitlinie zur Sedierung in der gastrointestinalen Endoskopie, gemeinsam von den deutschen Fachgesellschaften für Gastroenterologie (DGVS) und Anästhesie (DGAI) publiziert [14]. Diese Leitlinie wurde dann 2016 noch einmal aktualisiert [15, 16]. Hier wurden die persönlichen und methodischen Voraussetzungen für eine Delegation im Detail definiert. Basierend auf diesen Publikationen wurde dann, für die spezielle Qualifizierung von Pflegepersonen, ein Curriculum der DEGEA und der europäischen Fachgesellschaften entwickelt [17], welches die Ausbildung für die Übernahme dieser Aufgabe beschreibt [18]. Inzwischen haben mehrere Tausend Pflegepersonen in Deutschland Ausbildungskurse gemäß dieses Curriculums der DEGEA (mit Zertifizierung) durchlaufen. Die Übernahme der Sedierung unter bestimmten Voraussetzungen (keine kritisch kranken Patienten, einfache endoskopische Prozeduren) ist daher heute ein, in der ambulanten und stationären, Gastroenterologie gut etabliertes und auch rechtlich abgesichertes Konzept.

Juristische Bewertung:

Angesichts der existierenden Leitlinie und des bereits vorliegenden Rechtsgutachtens zu dieser Fragestellung, kann aus juristischer Sicht – gerade und auch im Lichte der bereits zitierten Rechtsprechung – kein Einwand gegen die Delegation an fachlich qualifiziertes nicht-ärztliches Personal erhoben werden.

C „Aktive“ Tätigkeiten

Die „aktiven“ Tätigkeiten werden im Rahmen von Eingriffen primär in Endoskopieabteilungen im klinischen Setting erbracht.

1. Durchführung und Vorauswertung gastroenterologischer Funktionsuntersuchungen (z. B. H2-Exhalationsteste, Ösophagus-Manometrie, 24-Std-pH-Metrie)

Versorgungsengpässe ergeben sich bei diesen Tätigkeiten zunehmend im klinischen Alltag, da Funktionsmessungen häufig Assistenzärzten übertragen werden, die im Bereich der Funktionsdiagnostik noch nicht hinreichend ausgebildet sind. Daher werden die genannten, aber auch weitere gastroenterologische Funktionsuntersuchungen bereits heute häufig von Pflegekräften nach einer entsprechenden Einarbeitung selbstständig durchgeführt. Analog dazu ist das Legen von Magensonden bereits seit längerer Zeit offiziell an ausgebildete Krankenpflegekräfte delegierbar. Entsprechende Ausbildungs-Curricula für Funktionsuntersuchungen existieren aktuell noch nicht, müssten aber u. a. folgende Punkte enthalten: Anatomie, Physiologie und Pathophysiologie des Gastrointestinaltrakts, Kenntnisse zu relevanten Krankheitsbildern, Lageanomalien und Risiken sowie alternative Untersuchungsmethoden, Kenntnisse über Indikationen und Kontraindikationen der jeweiligen Untersuchungsmethoden, Kenntnisse über mögliche Komplikationen und deren Prävention, technische Grundkenntnisse der jeweiligen Untersuchungsmethode, Betreuung des Patienten in der prä-, intra- und postinterventionellen Phase, Anleitung und Beratung des Patienten, praktische Durchführung der jeweiligen Untersuchungsmethode, einschließlich der vorläufigen Befunderstellung. Der Arzt prüft und finalisiert die Befunderhebung, die in den ärztlichen Behandlungspfad einfließt und hat somit die Endverantwortung für die diagnostische Einordnung der Befunde und die daraus folgenden therapeutischen Konsequenzen.

Juristische Bewertung:

Wenn man sich betrachtet, dass nach der Anlage 24 zum Bundesmantelvertrag

Ärzte (BMVÄ) es ohne Weiteres zulässig ist, wenn man die Labordiagnostik, wie beispielsweise allgemeine Laborleistungen, die technische Aufarbeitung und Beurteilung von Untersuchungsmaterial, die Durchführung labortechnischer Untersuchungsgänge und humangenetischer Leistungen delegiert, was ebenfalls für unterstützende Leistungen bei der Diagnostik hier beispielsweise Blutentnahme kapillar sowie venös, (Langzeit-) Blutdruckmessung, (Langzeit-)EKG, Lungenfunktionsstest, Pulsoxymetrie, Blutgasanalysen und die Erhebung weiterer Vitalparameter gilt, bestehen keinerlei Bedenken dahingehend, diese Art der aktiven Tätigkeiten auf nicht ärztliches Personal, wenn es hinreichend geschult ist, zu delegieren [19].

2. H2-Exhalationstest

Der H2-Exhalationstest findet bei Verdauungsstörungen wie Bauchschmerzen, Durchfällen und Blähungen Anwendung, um Zuckerunverträglichkeiten festzustellen. Über die Konzentration des Wasserstoffgehalts (H2) in der Ausatemluft werden Rückschlüsse auf die Verarbeitung verschiedener Zuckerarten im Darm gezogen. Die Methode ist unkompliziert und wird von Erwachsenen und Kindern gut toleriert.

Der H2-Exhalationstest wird bereits an ausgebildete medizinische Fachangestellte und Pflegepersonen in Facharztpraxen und Kliniken übertragen. Der Arzt prüft und finalisiert die Befunderhebung, die in den ärztlichen Behandlungspfad einfließt und hat somit die Endverantwortung für die diagnostische Einordnung der Befunde und die daraus folgenden therapeutischen Konsequenzen.

Juristische Bewertung:

Aus den vorgenannten Überlegungen unter Ziffer 1 gilt auch hier, dass juristisch keine Vorbehalte bestehen, wenn derartige nicht-invasive Tätigkeiten von nicht-ärztlichem Personal durchgeführt werden.

3. Perkutane Punktion bei der Anlage einer perkutanen endoskopischen Gastrostomie (PEG)

Die PEG-Anlage in der Fadendurchzugstechnik ist eine seit Jahrzehnten fest

etablierte Intervention in der gastroenterologisch-interventionellen Endoskopie. Bislang werden in deutschen Kliniken und Krankenhäusern die Punktionen bei PEG-Anlagen regelhaft von ärztlichem Personal angelegt. Häufig kommt es durch Personalmangel im ärztlichen Bereich zu Wartezeiten für den Patienten und zu Verzögerungen im Prozessablauf. Für die perkutane Punktion der Bauchdecke zur Anlage der PEG werden daher neben dem verantwortlichen, endoskopierenden Arzt häufig junge Ärzte oder gar PJ-Studenten herangezogen (oftmals ohne entsprechendes Ausbildungskonzept). Jedoch wurde diese Tätigkeit bisher in Einzelfällen auch schon an nicht-ärztliches Personal delegiert [20].

Im europäischen Ausland, in den USA und Neuseeland wird die PEG bereits offiziell an speziell ausgebildetes Pflegepersonal delegiert. Die Daten aus nicht randomisierten Studien in diesen Ländern deuten auf eine vergleichbar gute Durchführungsqualität hin [21–25]. Entsprechende Schulungskonzepte wurden in Neuseeland konzipiert [26]. In Deutschland gibt es neben einer Studie an Simulatoren bislang keine Studien an Patienten [27]. In der Studie an Simulatoren zeigten Mediziner und Endoskopiepersonal vergleichbare, gute Ergebnisse. Basierend auf diesen Studienerfahrungen wurde ein nationales Curriculum erarbeitet, und erste Trainingskurse zur perkutanen Punktion bei der PEG-Anlage werden an Simulatoren angeboten. Das Ausbildungsmodul umfasst einen intensiven Kurs mit Trainingsphasen an Modellen, fachspezifischem Unterricht sowie einer theoretischen und praktischen Prüfung. In der sich anschließenden klinischen Lernphase werden 10 PEG's unter Anleitung und ärztlicher Kontrolle dokumentiert durchgeführt. Betont wird, dass der gastrokopierende Arzt die perkutane Punktion durch die speziell geschulte Endoskopiefachkraft überwacht und ggf. jederzeit korrigieren kann. Prädestiniert für diese zusätzliche Qualifikation sind erfahrene Endoskopiefachpflegekräfte mit Fachweiterbildung Endoskopie.

Neben der reinen Tätigkeit der Anlage der PEG-Sonde ist eine umfassende prä-

und postinterventionelle Betreuung und Versorgung der Patienten und deren Angehörigen anzustreben. Postinterventionell muss dann die Einweisung aller Beteiligten im Umgang mit dieser Sonde und eine Schulung zur Vermeidung von Komplikationen (z. B. Sondenokklusion, sog. Burried-Bumper-Syndrom, Infektionen an der Sondeneintrittsstelle) erfolgen. Idealerweise erfolgt diese Einweisung in Kombination mit einer qualifizierten Ernährungsberatung.

Juristische Bewertung:

Eine direkte Antwort auf diese Fragestellung, also ob die Anlage einer PEG-Sonde eine delegationsfähige Leistung ist, findet sich in der Rechtsprechung derzeit noch nicht. Bereits aus der Entscheidung des Bundesgerichtshofs aus dem Jahre 1979 wird aber deutlich, dass die zentrale Fragestellung im Zusammenhang mit der Zulässigkeit der Delegation im Einzelfall insbesondere auch diejenige ist, ob die entsprechende Qualifikation vorliegt [28]. Der Bundesgerichtshof nahm damals an, dass mangels hinreichender Schulung eine intramuskuläre Spritze nicht delegationsfähig ist. Diesen Aspekt der Qualifikation hat die Rechtsprechung stets zur Beantwortung der Frage herangezogen, ob die Delegation einer Einzelleistung juristisch zulässig ist. Denn selbst wenn die vorgenannten Eingriffe grundsätzlich einmal in den Verantwortungsbereich des Arztes gehören, so wird man immer fragen müssen, ob es sich tatsächlich um eine Tätigkeit handelt, die aufgrund ihrer Schwierigkeit, Gefährlichkeit oder Unvorhersehbarkeit zwingend von einem Arzt erbracht werden muss und ob es sich nicht dann um eine delegationsfähige Leistung handelt, wenn die hierfür notwendige Qualifikation dem nicht-ärztlichen Personal zum vermittelt wurde und man sich zum anderen davon überzeugt hat, dass die Kenntnis nicht nur theoretisch, sondern auch praktisch vorhanden ist. Eingegenk des Vorgenannten wäre unter dieser Voraussetzung, dass die Qualifikation vorhanden ist und aus Sicht der ärztlichen Fachkreise kein strenger Arztvorbehalt besteht, die Delegation der Anlage der PEG-Sonde und die Betreuung an sich als delegationsfähig anzusehen. So bestehen beispielsweise im Zusammen-

hang mit der Pflege und dem Ziehen von Drainagen ebenso wenig Zweifel an der Zulässigkeit der Delegation, wie im Zusammenhang mit der Pflege und dem Entfernen von Portnadeln [29]. Insofern kann hier für die PEG nichts anderes gelten.

4. Durchführung und Auswertung der Videokapselendoskopie des Dün- und Dickdarms in der Klinik

Mehrere Studien deuten darauf hin, dass erfahrene und speziell ausgebildete Endoskopiepflegekräfte und Fachassistenten die Durchführung sowie die Vorauswertung bzw. Auswertung der Videokapselendoskopie zur Entlastung des Arztes übernehmen können [30–33]. Es sind zwar schon Studien mit Fallzahlen von knapp 100 Patienten durchgeführt worden, aber immer mit sehr breiten Konfidenzintervallen, sodass man damit nicht die Nichtunterlegenheit belegen kann. Bisher gibt es erst eine deutsche monozentrische Studie zur Vorauswertung der Dünndarmkapsel und eine Studie zur Auswertung der Kolonkapsel durch nicht-ärztliches Personal [34]. Ein vorhandenes nationales Curriculum erweitert die bisherigen Ausbildungsmodule, die bereits von ärztlichen Fachgesellschaften angeboten werden, mit zusätzlichen Inhalten, sodass spezifisches Fachwissen in der Auswertung und Vorbefundung bzw. Befundung vermittelt werden kann. Im Rahmen des Ausbildungsmoduls werden mindestens 20 Kapselendoskopien dokumentiert und beurteilt (siehe DGVS-Curriculum) [35].

Ziel soll sein, dass speziell ausgebildetes Endoskopiepflegefachpersonal in der Klinik eine Vorauswertung des Kapselvideofilms vornimmt, Marker (thumbnails) setzt, und der verantwortliche Arzt die markierten Stellen bewertet und somit die Diagnose sichert. Der Arzt hat die „Endverantwortung“ nach einer entsprechenden Vorauswertung im Sinne der Delegation sowie für deren weitere diagnostische und therapeutische Konsequenzen. Im ambulanten Bereich liegen vertragsrechtliche Regelungen und Bestimmungen vor, die eine komplette Analyse des Kapselvideofilms durch den behandelnden Arzt fordern, für sinnvoll erachten und daher eine solche Lösung

für den ambulanten Bereich aus Gründen der Qualitätssicherung nicht für zielführend erachten.

Langfristig zeichnen sich Entwicklungen ab, die mithilfe der künstlichen Intelligenz auch hier sicher eine wissenschaftlich profunde Objektivierung von Schleimhautveränderungen kenntlich machen können. Der Arzt hat die Endverantwortung für die diagnostische Einordnung der Befunde und die daraus folgenden therapeutischen Konsequenzen.

Juristische Bewertung:

Wie bereits oben dargestellt, ist die Labordiagnostik sowie die unterstützende Leistung bei der Diagnostik an sich etwas, was als delegationsfähig angesehen wird. Es sind keine Aspekte ersichtlich, weshalb die Durchführung und Auswertung der Videokapselendoskopie des Dünn- und Dickdarms nicht an qualifiziertes Personal delegiert werden kann. Ein strenger Arztvorbehalt ist juristisch hier dann nicht zu erkennen, wenn ärztlicherseits dieser als nicht gegeben angesehen wird.

Zusammenfassende Bewertung

In dem vorliegenden Positionspapier werden beratende und aktive Tätigkeiten beschrieben, die aus Sicht der Expertengruppe an nicht-ärztliches Personal in Klinik und Praxis delegiert werden können.

Dabei sind die Grundsätze der Delegation zu berücksichtigen, sodass in jedem Fall Tätigkeiten nur an diejenige nicht-ärztliche Fachperson delegiert werden kann, die auch über die entsprechenden Ausbildungsnachweise, Kenntnisse und Fähigkeiten verfügt. Der Arzt muss sich vom Können überzeugen und dies auch in Intervallen prüfen. Das nicht-ärztliche Personal muss im Umkehrschluss eine Übertragung von Tätigkeiten dann ablehnen, wenn sie/er sich dazu nicht ausreichend ausgebildet fühlt.

Die hier genannten ärztlichen Tätigkeiten, mit Ausnahme der ärztlichen Pflichtaufklärung vor endoskopischen Behandlungen, werden bereits in einigen

Kliniken und Praxen mit Erfolg an nicht-ärztliches Personal delegiert.

Mit diesem gemeinsamen Positionspapier unterstreichen DGVS, DEGEA, die Sektion Endoskopie in der DGVS, DGE-BV, BVGD, ALGK und bng die Notwendigkeit einer strukturierten und juristisch geprüften Delegation von ärztlichen Tätigkeiten an speziell dafür ausgebildetes nicht-ärztliches Personal. Dabei wird die Notwendigkeit der zusätzlichen spezifischen Ausbildung betont. Mehrere Studien haben gezeigt, welche delegierbaren Tätigkeiten vergleichbar gut von nicht-ärztlichem Personal übernommen werden können. Die Verantwortung für die Diagnosestellung und den Behandlungspfad verbleibt beim behandelnden Arzt.

Vor dem Hintergrund der allgegenwärtig erkennbar knappen Personalsituation kommt es nicht zuletzt auch den Patienten zugute, wenn auch zukünftig auf der Basis von wissenschaftlich gut durchgeführten Studien definierte Tätigkeiten im Versorgungsteam neu verteilt werden.

Stand 01. April 2020

Hinweis

Das Positionspapier erscheint parallel auch in der Mai-Ausgabe der Zeitschrift für Gastroenterologie.

Interessenkonflikt

Die Autorinnen/Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Autorinnen/Autoren

Ute Pfeifer¹, Ulrike Beilenhoff¹, Horst Neuhaus², Frank Lammert², Hans-Dieter Allescher³, Till Wehrmann³, Alexander Meining³, Peter Hüttl⁴, Jutta Keller⁵, Joachim Labenz⁵, Ulrich Rosien⁶, Helmut Messmann⁶, Thomas Frieling⁷, Dieter Schilling⁷, Albert Beyer⁸, Gero Moog⁸, Siegbert Faiss²

Institute

- 1 DEGEA
- 2 DGVS
- 3 DGE-BV
- 4 Fachanwalt für Arbeitsrecht und Medizinrecht, Anwaltskanzlei Heberer, München
- 5 BVGD
- 6 Sektion Endoskopie in der DGVS
- 7 ALGK
- 8 bng

Korrespondenzadresse

Dr. rer. cur. Ute Gabriele Pfeifer
Evangelisches Krankenhaus Düsseldorf,
Leitung Abteilung für Endoskopie
Kirchfeldstraße 40
40217 Düsseldorf
E-Mail: Ute.Pfeifer@evk-duesseldorf.de

Literatur

- [1] Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege (Häusliche Krankenpflege-Richtlinie)
- [2] siehe Vereinbarung zwischen der KBV und dem GKV Spitzenverband über die Delegation ärztlicher Leistungen an nicht-ärztliches Personal in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 28 Abs. 1 S. 3 SGB V
- [3] siehe Richtlinie nach § 63 Abs. 3c SGB V des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Festlegung ärztlicher Tätigkeiten zur Übertragung auf Berufsangehörige der Alten und Krankenpflege zur selbständigen Ausübung von Heilkunde im Rahmen von Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3c SGB V (Richtlinie nach § 63 Abs. 3c SGB V)
- [4] BGH, NJW 1975, 2245 f
- [5] so auch Gaidzik/Weimer in: Huster/Kaltenborn, Krankenhausrecht (2017), Seite 519
- [6] Gesetzliche Krankenkassen und Leistungserbringer können im Rahmen von Modellvorhaben bestimmte ärztliche Tätigkeiten auf ausgebildete Kranken- und Altenpflegekräfte zur selbstständigen Ausübung übertragen. Der G-BA regelt in der Richtlinie nach § 63 Abs. 3c SGB V die allgemeinen Grundlagen der Heilkundeübertragung in Modellvorhaben, bestimmt Art und Umfang der Tätigkeiten sowie die zur selbstständigen Ausübung jeweils erforderlichen Qualifikationen
- [7] vgl. hierzu Böhme, Intravenöse Applikation von Chemotherapie durch Pflegepersonal, Pflege- und Krankenhausrecht 2019, Seite 8 ff
- [8] Bundesärztekammer und Kassenärztliche Vereinigung. Physician assistant – Ein neu-

- er Beruf im deutschen Gesundheitswesen. Seite 7
- [9] vgl. BGH, Urteil vom 10.01.1984, Az.: VI ZR 158/82
- [10] OLG Stuttgart. Urteil vom 20.08.1992. Az.: 14 U 3/92; OLG Köln, Urteil vom 02.12.1992, Az.: 27 U 103/91
- [11] Stiftung Lebensblicke. Erfolgreicher Abschluss der FAMKOL Studie zur risikoadaptierten Früherkennung von Darmkrebs. 15.12.2015: <http://www.lebensblicke.de/abschluss-der-deutschlandweiten-famkol-studie/>
- [12] Bundesärztekammer. Fortbildungscurriculum für Medizinische Fachangestellte und Arzthelfer/innen „Chronisch Entzündliche Darmerkrankungen (CED)“. 1. Auflage 2017: https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Fortbildung/Musterfortbildungscurriculum_MFA_CED.pdf (letzter Zugriff: 4.7.2019)
- [13] vgl. hierzu Weidenkaff in Palandt, Bürgerliches Gesetzbuch, § 630 e Rdnr. 8
- [14] Riphaut A, Wehrmann T, Weber B et al. S3-Leitlinie Sedierung in der gastrointestinalen Endoskopie (AWMF-Register-Nr. 021/014). Z Gastroenterol 2008; 46: 1298–1330
- [15] Riphaut A et al. Update S3-Leitlinie „Sedierung in der gastrointestinalen Endoskopie“ 2014 (AWMF-Register-Nr. 021/014). Z Gastroenterol 2015; 53: 802–842
- [16] Beilenhoff U et al. DEGEA-Curriculum für Refresherkurs Sedierung und Notfallmanagement in der Endoskopie für Endoskopiepflege- und -assistenzpersonal – Update 2018. Endo-Praxis 2018; 34: 154–156
- [17] Dumonceau JM, Riphaut A, Beilenhoff U et al. European curriculum for sedation training in gastrointestinal endoscopy, position statement of the ESGE and ESGENA. Endoscopy 2013; 45: 496–504
- [18] Beilenhoff U et al. DEGEA-Curriculum: Sedierung und Notfallmanagement in der Endoskopie für Endoskopiepflege- und Endoskopieassistenzpersonal – Update 2018. Endo-Praxis 2018; 34: 89–93
- [19] vgl. Bundesmantelvertrag Ärzte
- [20] Pfeifer U. Die Durchführung der PEG-Anlage – eine Befragung in deutschen Endoskopieabteilungen. Endo-Praxis 2013; 29: 146–153
- [21] Sturgess RP, O’Toole PA, McPhillips J et al. Percutaneous endoscopic gastrostomy: evaluation of insertion by an endoscopy nurse practitioner. Eur J Gastroenterol Hepatol 1996; 8: 631–634
- [22] Patrick PG, Kirby D, McMillion DB et al. Evaluation of the safety of nurse assisted percutaneous endoscopic gastrostomy. Gastroenterol Nursing 1996; 19: 176–180
- [23] Wilson L. Nurse-assisted PEG in pediatric patients. Gastroenterol Nurs 2000; 23: 121–124
- [24] Lee AC, Carter HP, Sugarman ID et al. Nurse-assisted PEG in children. Br J Perioper Nurs 2003; 13: 333–337
- [25] Gye V, Mortensen MB. Nurse-Assisted Percutaneous Endoscopic Gastrostomy Tube Placement is a Safe Procedure in Adult Patients. Gastrointestinal Nursing 2018; 41: 219–222
- [26] New Zealand Nurses Organization. NZNO Recommendations: registered nurse first assist for the placement of P.E.G. tubes in endoscopy suites in New Zealand: endoscopy service policy guidelines Gastroenterology Nurses Section NZNO. Published 2002, reviewed: 2004, 2010, 2015. 2015: https://www.nzno.org.nz/Portals/0/Files/Documents/Groups/Gastroenterology/PEG%201st%20Assist%20Policy%201%20Sept%202015%20review%20V2docx_1.pdf (letzter Zugriff 5.7.2019)
- [27] Engelke M et al. Vergleich der Sicherheit der perkutan gastralen Punktion im Rahmen der PEG-Anlage zwischen Ärzten und spezialisierten Pflegenden – eine nicht randomisierte, interventionelle Pilotstudie an Simulatoren. Z Gastroenterol 2017; 55: 1–10
- [28] Bundesgerichtshof. Urteil vom 08.05.1979. Az.: VI 6 ZR 58/18, insbesondere Rdnr. 11
- [29] vgl. hierzu Richtlinien nach § 63 Abs. 3 c SGB V des gemeinsamen Bundesausschusses über die Festlegung ärztlicher Tätigkeiten zur Übertragung auf Berufsangehörige der Alten- und Krankenpflege zur selbstständigen Ausübung von Heilkunde im Rahmen von Modellvorhaben
- [30] Verschuur EML et al. Nurses working in GI and endoscopic practice: a review. Gastrointestinal Endoscopy 2007; 65: 469–479
- [31] Yung D et al. Systematic review and meta-analysis of the performance of nurses in small bowel capsule endoscopy reading. United European Gastroenterology Journal 2017; 5: 1061–1072
- [32] Dokoutsidou H et al. A study comparing an endoscopy nurse and an endoscopy physician in capsule endoscopy interpretation. Eur J Gastroenterol Hepatol 2011; 23: 166–170
- [33] Dreanic J et al. Small bowel capsule endoscopy: May we delegate it to nurses? Clin Res Hepatol Gastroenterol 2017: Nov 24; pii: S2210-7401(17)30225-5. doi:10.1016/j.clinre.2017.10.008 [Epub ahead of print]
- [34] Pfeifer U. RCT zur Prüfung der Auswertungsqualität der PillCam Colon Kapselendoskopie von Ärzten und Pflegepersonen im Vergleich zur Expertenauswertung unter Einbezug der beruflichen Identität von Pflegepersonen in der Endoskopie. Quelle: https://kidoks.bsz-bw.de/files/60/Endfassung_Dissertation_15.01.2013.pdf
- [35] DGVS. Endoskopische Trainingskurse nach den Kriterien der DGVS. Kursreihe 5 Kapselendoskopie des Dünndarms Zertifizierung. https://www.dgvs.de/wp-content/uploads/2016/11/Kursmodul_5_Kapselendoskopie_des_Duennarms.pdf (letzter Zugriff: 4.7.2019)

Bibliografie

DOI <https://doi.org/10.1055/a-1149-4635>
 Endo-Praxis 2020; 36: 70–77
 © Georg Thieme Verlag KG
 Stuttgart · New York
 ISSN 0177-4077