

Delegations- und SOP-System für PA-Arbeit in der Teampraxis

Anleitung zur Einführung standardisierter ärztlicher Delegationsanordnungen (Standing Orders), SOPs und Kompetenzfreigaben in der hausärztlich-internistischen Teampraxis – mit Risikoklassifikation, sechs Muster-Delegationsanordnungen, ausgefülltem Praxisbeispiel und Einführungsplan.

SYSTEM

Acht aufeinander aufbauende Ebenen: von der Rollenbeschreibung über Standing Orders und SOPs bis zu Audit und Revision.

MACHBAR

Starterpaket mit zwei Delegationsanordnungen, Aufwandsschätzung je Dokument und 30-60-90-Tage-Plan – realistisch für eine Praxis ohne QM-Abteilung.

SICHER

Risikoklassen A-D, Red-Flag-Katalog, aufgabenbezogene Kompetenzfreigabe und klare ärztliche Kernleistungen.

ZUSAMMENFASSUNG

Abstract

Diese wissenschaftlich-praktische Anleitung beschreibt ein strukturiertes Delegations- und SOP-System für den Einsatz von Physician Assistants (PA) und angehenden Physician Assistants in der hausärztlich-internistischen Teampraxis. Ziel ist die selbstständige Durchführung definierter, ärztlich delegierter und supervidierter Tätigkeiten innerhalb eines klaren Verantwortungsrahmens. Der Fokus liegt auf Rollenklärung, standardisierten ärztlichen Delegationsanordnungen, SOPs, Kompetenzfreigaben, Dokumentation, Red-Flag-Eskalation und Qualitätskontrolle. Version 2.0 ergänzt eine Aufwandsschätzung mit Starterpaket, ein vollständig ausgefülltes Praxisbeispiel, einen Katalog typischer Implementierungsfehler und die explizite Zuordnung der Muster-Delegationsanordnungen zu Risikoklassen.

Begriffsklärung vorab: „Standing Order“

Der Begriff Standing Order ist im deutschen ambulanten Kontext **kein etabliertes Rechtsinstitut**. Er wird in dieser Anleitung durchgängig als **standardisierte ärztliche Delegationsanordnung** verstanden: eine schriftlich freigegebene Anordnung für wiederkehrende, risikoabgegrenzte Versorgungssituationen. Ärztliche Kernleistungen – Diagnosestellung, Indikationsstellung, Therapieentscheidung, rechtliche Aufklärung, Verordnungsentscheidung – bleiben davon unberührt. Diese Klarstellung steht bewusst am Anfang und nicht erst in den Limitationen.

Kernaussage

Eine PA kann innerhalb einer Teampraxis selbstständig arbeiten, wenn Aufgabe, Qualifikation, Delegationsanordnung, SOP, Supervision, Eskalationskriterien und Dokumentation zusammenpassen. Selbstständigkeit meint hier keine eigenständige Heilkunde, sondern definierte Handlungsfähigkeit im ärztlich verantworteten Versorgungssystem.

Was ist neu in Version 2.0?

- Machbarkeit: Aufwandsschätzung je Dokument und Starterpaket (zwei Delegationsanordnungen statt sechs auf einmal)
- Logik geschlossen: explizite Zuordnung aller Muster-Delegationsanordnungen zu Risikoklassen, inkl. Klarstellung für Klasse-C-Situationen
- Praxisbeispiel: eine vollständig ausgefüllte Delegationsanordnung als Arbeitsmuster
- Fehlermodi: die sieben häufigsten Implementierungsfehler und ihre Gegenmittel
- Anschlussfähigkeit: Verhältnis zu Kompetenzfreigabe-Stufen (P1-P4) und Eskalationslogik (CTOP) des Allwardt-Modells für Kliniken

Schlüsselwörter: Physician Assistant, Delegation, SOP, Standing Order, Delegationsanordnung, Teampraxis, Patientensicherheit, Supervision, Aufgabenmatrix, ambulante Versorgung, Hausarztpraxis

ÜBERSICHT

Inhaltsverzeichnis

GRUNDLAGEN

1	Einleitung, Zielsetzung und Leitfrage	4
2	Methodisches Vorgehen und Begriffsdefinitionen	5
3	Rechtlicher und professioneller Bezugsrahmen	6
4	Leitprinzipien und Rahmenmodell (acht Ebenen)	7

EINFÜHRUNG UND STEUERUNG

5	Implementierungsanleitung in zehn Schritten	8
6	Machbarkeit: Aufwand, Starterpaket und Minimalpfad	9
7	Risikoklassifikation A-D und Zuordnung der Muster-Anordnungen	10
8	Aufgabenmatrix: Ärztlich, PA und MFA	11
9	Nicht delegierbare Tätigkeiten und typische Implementierungsfehler	12

INSTRUMENTE

10	Aufbau einer Standing Order (Delegationsanordnung)	13
11	Muster 1 und 2: Hypertonie- und Diabetes-Verlaufskontrolle	14
12	Muster 3 und 4: Pflegeheimrückmeldung und palliative Symptomerfassung	15
13	Muster 5 und 6: Schmerzassessment und Akutprechstunden-Vorstrukturierung	16
14	SOP-System und Muster-SOP SBAR-Rücksprache	17
15	Dokumentationsstandard, Versionierung und Ablage	18
16	Kompetenz- und Freigabesystem, Anschluss an P1-P4 und CTOP	19
17	Supervisionsmodell und Red-Flag-Katalog	20

UMSETZUNG UND QUALITÄT

18	30-60-90-Tage-Einführungsplan	21
19	Qualitätsmanagement, Audit und Governance	22
20	Curriculum zur Implementierungsfortbildung	23
21	Ausgefülltes Praxisbeispiel: Delegationsanordnung Hypertonie	24
22	Diskussion, Limitationen und Fazit	25

ANHANG

A/B	Blanko-Vorlagen: Standing Order und SOP	26
C/D	Kurzanleitung und Quick-Check vor Aufgabenfreigabe	27
Q	Literatur und Quellen	28

KAPITEL 1

Einleitung, Zielsetzung und Leitfrage

Problemstellung

Die hausärztlich-internistische Versorgung wird zunehmend durch Multimorbidität, Chronikerbetreuung, Pflegeheimkontakte, Hausbesuche, Akutvorstellungen, Befundmanagement und Dokumentationsaufwand geprägt. Physician Assistants können eine relevante Entlastungs- und Strukturrolle übernehmen – wenn ihr Einsatz nicht informell, sondern systematisch geregelt wird.

In der Praxis entsteht jedoch häufig eine Lücke zwischen theoretischer Delegationsmöglichkeit und sicherer Umsetzung. Ohne Aufgabenmatrix, SOP, Rücksprachekriterien und Kompetenzfreigabe bleibt die Rolle unklar. Daraus ergeben sich Risiken: ärztliche Entscheidungen werden unzureichend abgegrenzt, Rücksprachen erfolgen zu spät, Dokumentation bleibt uneinheitlich, MFA- und PA-Aufgaben überschneiden sich, und Patientensteuerung wird personenabhängig statt systematisch.

Zielsetzung

Ziel ist ein handhabbares System, mit dem eine Teampraxis PA-Tätigkeiten sicher, transparent und qualifikationsgerecht einführen kann. Die Anleitung richtet sich an ärztliche Leitungen, Praxisteams, angehende PA, Praxismanagement sowie Einrichtungen, die ambulante Rollenmodelle strukturiert entwickeln möchten.

Leitfrage

Wie kann eine hausärztlich-internistische Teampraxis Standing Orders, SOPs, Aufgabenmatrix, Kompetenzfreigaben und Supervision so einführen, dass ein Physician Assistant selbstständig im definierten Rahmen arbeiten kann, ohne ärztliche Kernaufgaben zu ersetzen?

Unterfragen

- Welche Tätigkeiten eignen sich für standardisierte Delegationsanordnungen?
- Welche Aufgaben bleiben ärztlich und dürfen nicht eigenständig übernommen werden?
- Welche Dokumente und Prozesse benötigt eine Praxis vor dem Einsatz einer PA – und mit welchem Aufwand?
- Wie werden Kompetenzfreigaben, Supervision und Eskalationskriterien praktisch organisiert?
- Wie kann Qualität nach Einführung überprüft und weiterentwickelt werden?

Neu in Version 2.0: Die Frage „Mit welchem Aufwand?“ wird in Kapitel 6 ausdrücklich beantwortet – ein System, das eine Praxis überfordert, ist kein Sicherheitsgewinn.

KAPITEL 2

Methodisches Vorgehen und Begriffsdefinitionen

Die Anleitung basiert auf einer narrativ-praktischen Synthese aus gesetzlichen Grundlagen, berufs- und vertragsärztlichen Delegationsregelungen, Positionspapieren zur Physician Assistance, Dokumentationsanforderungen und patientensicherheitsorientierter Prozesslogik. Es handelt sich nicht um eine empirische Studie und nicht um ein Rechtsgutachten. Die Entwicklung erfolgte in vier Schritten: Begriffs- und Rahmenanalyse, Risikologik, Prozessdesign und Umsetzungsvorlagen.

Geltungsbereich

Das Konzept ist als Muster zu verstehen. Jede Praxis muss die Umsetzung an lokale ärztliche Verantwortung, Qualifikationsnachweise, Versicherungsfragen, KV-Vorgaben, Praxissoftware, Datenschutz, Berufsrecht und interne Standards anpassen.

Begriffsdefinitionen

Begriff	Arbeitsdefinition im Konzept
Physician Assistant	Akademisch qualifizierte Assistenzrolle im ärztlich verantworteten Team zur Übernahme delegierbarer Tätigkeiten nach Qualifikation, Einarbeitung und Supervision
Angehender PA	Person im PA-Studium oder in Vorbereitung darauf. Aufgabenübernahme nur im bestehenden Qualifikationsrahmen (z. B. Pflegeexamen), nach Einarbeitung und enger Supervision
Delegation	Übertragung einer Tätigkeit durch eine ärztlich verantwortliche Person an qualifiziertes nichtärztliches Personal. Verantwortung für Auswahl, Anleitung und Überwachung bleibt ärztlich strukturiert
Standing Order	In diesem Konzept: standardisierte ärztliche Delegationsanordnung für wiederkehrende, definierte Versorgungssituationen mit klaren Einschluss-, Ausschluss- und Eskalationskriterien. Kein etabliertes deutsches Rechtsinstitut – der Begriff wird als Arbeitsbegriff mit internationaler Anschlussfähigkeit verwendet
SOP	Standard Operating Procedure: schriftlicher Ablaufstandard, der beschreibt, wie eine wiederkehrende Aufgabe sicher, einheitlich und dokumentierbar durchgeführt wird
Kompetenzfreigabe	Dokumentierte ärztliche Freigabe einer Person für definierte Tätigkeiten nach Beobachtung, Anleitung, Durchführung und Bewertung – aufgabenbezogen, nicht pauschal
Supervision	Strukturierte ärztliche Anleitung, Erreichbarkeit, Kontrolle und Fallreflexion. Sie kann je nach Risiko direkt, indirekt oder nachgelagert erfolgen

Merkregel zur Hierarchie der Instrumente: Die **Standing Order** sagt, **was** ärztlich freigegeben ist. Die **SOP** sagt, **wie** es durchgeführt wird. Die **Kompetenzfreigabe** sagt, **wer** es tun darf. Die **Supervision** sagt, **wie eng** begleitet wird.

KAPITEL 3

Rechtlicher und professioneller Bezugsrahmen

Der rechtliche Bezugsrahmen legt keine fertige PA-Aufgabenliste für jede Praxis fest. Er definiert die Grundlogik: Ärztliche Behandlung kann Hilfeleistungen anderer Personen umfassen, wenn diese ärztlich angeordnet und ärztlich verantwortet werden [1]. Die ambulante Delegation wird über Anlage 24 BMV-Ä konkretisiert; sie beschreibt Anforderungen und beispielhafte Tätigkeiten, ohne jede lokale Ausgestaltung abschließend zu regeln [2].

Das Positionspapier der Bundesärztekammer zur Physician Assistance (2025) beschreibt PA als etabliertes Berufsbild in Deutschland und betont die Übernahme delegierbarer Aufgaben unter ärztlicher Verantwortung; höchstpersönliche ärztliche Leistungen bleiben ausgeschlossen [3]. Für die praktische Umsetzung ist außerdem die Dokumentation zentral: § 630f BGB verpflichtet zur Behandlungsdokumentation in unmittelbarem zeitlichem Zusammenhang [4]; Aufklärungspflichten nach § 630e BGB sind ärztlich zu beachten und dürfen nicht unklar in andere Rollen verschoben werden [5].

Quelle / Norm	Relevanz für das Konzept
§ 28 Abs. 1 SGB V	Ärztliche Behandlung umfasst auch Hilfeleistungen anderer Personen, wenn sie ärztlich angeordnet und verantwortet werden
Anlage 24 BMV-Ä (KBV/GKV)	Regelt Anforderungen der Delegation in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung und enthält einen Beispielskatalog delegierbarer Leistungen
BÄK-Positionspapier Physician Assistance 2025	Beschreibt PA als Berufsbild, betont Delegation, ärztliche Verantwortung und Ausschluss ärztlicher Kernleistungen
§ 630f BGB	Verlangt zeitnahe, nachvollziehbare Behandlungsdokumentation – relevant für delegierte Tätigkeiten und Rücksprachen
§ 630e BGB	Aufklärungspflichten bleiben ärztlich – wichtig zur Abgrenzung von Patientenedukation und ärztlicher Aufklärung
KBV-Praxisinformation Delegation; Delegationsvereinbarung BÄK/KBV/GKV	Praktische Anforderungen an Auswahl, Anleitung und Überwachung delegierten Personals

Abgrenzung

Das Konzept darf nicht als Freigabe zur eigenständigen Heilkunde verstanden werden. Standing Orders ersetzen keine ärztliche Diagnostik, Indikationsstellung oder Therapieentscheidung. Sie standardisieren wiederkehrende, delegierte Handlungen und definieren, wann ärztlich rückgesprochen werden muss.

KAPITEL 4

Leitprinzipien und Rahmenmodell

Sechs Leitprinzipien

Nr.	Prinzip	Praktische Bedeutung
1	Patientensicherheit vor Entlastung	Eine Tätigkeit wird nur freigegeben, wenn Risiko, Kompetenz, Supervision und Eskalation geklärt sind
2	Ärztliche Kernleistungen bleiben ärztlich	Diagnose, Indikation, Therapieentscheidung, rechtliche Aufklärung und Verordnung werden nicht ersetzt
3	Standardisierung ermöglicht selbstständiges Arbeiten	Selbstständigkeit entsteht durch klar definierte Handlungskorridore, nicht durch Rollenunklarheit
4	Kompetenz vor Berufsbezeichnung	Nicht der Titel entscheidet, sondern Qualifikation, Einarbeitung, Erfahrungsstand und dokumentierte Freigabe
5	Eskalation ist Kompetenz	Frühe Rücksprache bei Red Flags oder Unsicherheit ist Teil professioneller PA-Arbeit – kein Versagen
6	Dokumentation ist Sicherheitsarchitektur	Was nicht nachvollziehbar dokumentiert ist, ist im Team schwer kontrollierbar

Rahmenmodell: acht Ebenen

Jede Ebene muss vorhanden sein, damit PA-Arbeit im definierten Rahmen verlässlich und auditierbar funktioniert. Die Ebenen bauen aufeinander auf.

Ebene	Instrument	Zweck
1	Rollenbeschreibung	Klären, wer welche Funktion im Praxisteam übernimmt
2	Aufgabeninventar	Alle wiederkehrenden Aufgaben erfassen und nach Risiko und Standardisierbarkeit sortieren
3	Delegationsmatrix	Festlegen, was ärztlich bleibt, was PA/MFA vorbereiten oder durchführen können
4	Standing Orders	Standardisierte ärztliche Delegationsanordnungen für wiederkehrende Fälle
5	SOPs	Konkrete Ablaufbeschreibung für Durchführung, Dokumentation, Rücksprache und Eskalation
6	Kompetenzfreigabe	Aufgaben erst nach Einarbeitung, Beobachtung und ärztlicher Freigabe übertragen
7	Supervision und Fallreview	Erreichbarkeit, Fallbesprechung und Qualitätssicherung festlegen
8	Audit und Revision	Regelmäßig prüfen, ob SOPs funktionieren und angepasst werden müssen

Die Ebenen bauen aufeinander auf: Eine SOP ohne Delegationsmatrix ist unvollständig. Eine Standing Order ohne Kompetenzfreigabe ist riskant. Eine Aufgabenfreigabe ohne Audit ist nicht nachhaltig.

KAPITEL 5

Implementierungsanleitung in zehn Schritten

Jeder Schritt beantwortet eine Leitfrage und erzeugt ein konkretes Ergebnisdokument. Die Schritte 1–4 sind Analysearbeit des Teams, die Schritte 5–7 erzeugen die Instrumente, die Schritte 8–10 sichern den Betrieb.

Schritt	Leitfrage	Ergebnisdokument
1 · Praxisanalyse	Welche Aufgaben binden aktuell ärztliche Zeit, ohne zwingend ärztliche Kernentscheidung zu sein?	Engpassliste
2 · Aufgabeninventar	Welche wiederkehrenden Aufgaben sind standardisierbar?	Aufgabeninventar
3 · Risikoanalyse	Welche Gefährdung entsteht bei Fehler, Verzögerung oder Fehleinschätzung?	Risikoklasse A–D je Aufgabe
4 · Rollenklärung	Wer übernimmt welche Vorarbeit, Durchführung, Entscheidung und Dokumentation?	Rollen- und Aufgabenmatrix
5 · Standing Order	Welche Tätigkeiten werden ärztlich standardisiert freigegeben?	Delegationsanordnung
6 · SOP	Wie wird die Tätigkeit Schritt für Schritt durchgeführt?	SOP-Dokument
7 · Kompetenzfreigabe	Wer darf die Tätigkeit nach welchem Nachweis durchführen?	Kompetenzmatrix
8 · Supervision	Wie erreichbar ist der Arzt und wann erfolgt Fallreview?	Supervisionsplan
9 · Audit	Woran wird Qualität gemessen?	Auditbogen / KPI-Set
10 · Revision	Wann wird die SOP angepasst?	Versionslogik

Reihenfolge ist Sicherheit

Wer mit Schritt 5 beginnt (Standing Orders schreiben), ohne die Schritte 1–4 durchlaufen zu haben, standardisiert die falschen Aufgaben. Die Analyse kostet einen Teamtermin – und spart Monate an Korrekturen.

Wie viel Arbeit das konkret ist – und womit eine Praxis realistisch startet – beantwortet das nächste Kapitel.

KAPITEL 6 · NEU IN VERSION 2.0

Machbarkeit: Aufwand, Starterpaket und Minimalpfad

Eine Hausarztpraxis hat keine QM-Abteilung. Ein System, das sechs Delegationsanordnungen, sechs SOPs und ein Audit gleichzeitig verlangt, scheitert nicht an der Logik, sondern am Alltag. Deshalb gilt: klein starten, sauber dokumentieren, dann erweitern.

Aufwandsschätzung je Dokument

Dokument	Erstellung mit Vorlage	Beteiligte
Aufgabeninventar + Risikoklassen	ein Teamtermin, ca. 90–120 Min.	ärztliche Leitung, PA, MFA, Praxismanagement
Standing Order (je Stück)	ca. 2–3 Std. Entwurf + 30 Min. ärztliches Review	Entwurf durch PA/Praxismanagement, Freigabe ärztlich
SOP (je Stück)	ca. 1–2 Std. + Review	Entwurf durch durchführende Rolle, Freigabe ärztlich
Kompetenzmatrix	ca. 60 Min. initial	ärztlicher Supervisor
Auditbogen / KPI-Set	ca. 60 Min. initial	ärztliche Leitung + Praxismanagement

Die Angaben sind Erfahrungsschätzungen für die Arbeit mit den Blanko-Vorlagen aus Anhang A/B – keine Messwerte. Sie dienen der Ressourcenplanung und sind lokal zu überprüfen.

Das Starterpaket (empfohlener Minimalpfad)

Was zum Start wirklich reicht

- 1 Teamtermin: Aufgabeninventar + Rollenklärung
- 2 Standing Orders: Hypertonie-Verlaufskontrolle und Pflegeheimrückmeldung (höchster Alltagsnutzen, Risikoklasse B)
- 1 SOP: SBAR-Rücksprache (wird von allen Standing Orders genutzt)
- 1 Kompetenzmatrix mit den ersten drei Tätigkeiten
- Red-Flag-Karte im Behandlungszimmer

Warum genau diese zwei?

Hypertonie-Verlaufskontrolle ist hochfrequent, gut standardisierbar und sofort spürbar entlastend. Die Pflegeheimrückmeldung ist der häufigste Störfaktor im Praxisalltag und profitiert am stärksten von strukturierter Erfassung. Beide sind Risikoklasse B mit klaren Red Flags – ideal, um Routine und Vertrauen aufzubauen, bevor Klasse-C-nahe Situationen (Akutsprechstunde, Palliativ) folgen.

Realistischer Zeitrahmen für das Starterpaket: rund ein Arbeitstag Gesamtaufwand, verteilt über etwa vier Wochen – parallel zum laufenden Betrieb. Erweiterung um weitere Anordnungen erst, wenn die ersten zwei im Audit unauffällig laufen.

KAPITEL 7

Risikoklassifikation A–D und Zuordnung der Muster-Anordnungen

Klasse	Beschreibung	Beispiele	Vorgabe
A · niedrig	Wiederkehrend, wenig invasiv, gut standardisierbar, geringe unmittelbare Gefährdung	Vitalparameter, Vorbefundsammlung, Recall, standardisierte Patientenedukation	SOP und dokumentierte Einarbeitung ausreichend
B · mittel	Klinische Einschätzung erforderlich, aber mit klaren Red Flags und Rücksprachekriterien standardisierbar	Hypertonie-Verlauf, Diabetes-Verlauf, Schmerzassessment, Pflegeheimrückmeldung	Standing Order, SOP, Kompetenzfreigabe, indirekte Supervision
C · erhöht	Höheres Risiko durch Akutsymptome, Multimorbidität oder unklare Verschlechterung	Akutsprechstunde, palliative Krise, Dyspnoe, Sturzfolgen, Delirverdacht	Nur Vorstrukturierung und Erfassung delegierbar; zeitnahe ärztliche Bewertung obligat
D · ärztlich	Ärztliche Kernentscheidung oder rechtlich vorbehaltene Tätigkeit	Diagnose, Indikation, Therapieänderung, Aufklärung, Verordnung	Nicht eigenständig delegierbar

Zuordnung der sechs Muster-Delegationsanordnungen

Muster-Anordnung (Kapitel 11–13)	Risikoklasse	Delegierter Anteil
1 · Hypertonie-Verlaufskontrolle	B	vollständige Verlaufserhebung nach SOP, ärztliche Bewertung nachgelagert
2 · Diabetes-Verlaufskontrolle	B	vollständige Verlaufserhebung nach SOP, ärztliche Bewertung nachgelagert
3 · Pflegeheimrückmeldung	B	strukturierte Erfassung und SBAR-Aufbereitung, Entscheidung ärztlich
4 · Palliative Symptomerfassung	C-Situation	nur der Erfassungsanteil ; jede Bewertung und Therapiezielfrage zeitnah ärztlich
5 · Schmerzassessment	B	vollständige Erfassung inkl. Wirkung/Nebenwirkung, Therapie ärztlich
6 · Akutsprechstunden-Vorstrukturierung	C-Situation	nur Vorstrukturierung ; sofortige ärztliche Vorstellung bei jedem Red Flag

Klarstellung für Klasse-C-Situationen (Logikschluss der Version 2.0)

In C-Situationen wird **nicht die Situation delegiert, sondern nur ihr standardisierbarer Erfassungsanteil** – also eine Klasse-A/B-Tätigkeit innerhalb einer Klasse-C-Situation. Die Anordnungen 4 und 6 sind deshalb bewusst als Erfassungs- und Vorstrukturierungsanordnungen formuliert: Sie verkürzen die Zeit bis zur ärztlichen Bewertung, sie ersetzen sie nie. Wer diesen Unterschied im Team nicht klar kommuniziert, erzeugt genau die Rollenunklarheit, die das System verhindern soll.

KAPITEL 8

Aufgabenmatrix: Ärztlich, PA und MFA

Die Aufgabenmatrix trennt ärztliche Entscheidung, PA-Vorstrukturierung und MFA-Prozessarbeit. Sie ist kein starres Berufsrecht, sondern eine lokale Arbeitsvereinbarung auf Basis von Qualifikation, Freigabe und Supervision – und sie ist das wichtigste Kommunikationsinstrument gegenüber dem MFA-Team.

Aufgabenbereich	Ärztlich	PA / angehender PA	MFA / Praxisassistentenz
Diagnose / Indikation	stellt Diagnose, legt Indikation fest	sammelt Befunde, strukturiert Verlauf, benennt Auffälligkeiten	organisiert Unterlagen, Termine, Diagnostik
Therapie / Medikation	entscheidet Therapie und Medikation	erfasst Wirkung, Nebenwirkungen, Adhärenz, bereitet Rücksprache vor	aktualisiert Plan nach Freigabe, organisiert Rezepte
Chronikerkontrolle	bewertet und entscheidet	führt strukturierte Verlaufserhebung nach SOP durch	Vorbereitung DMP, Labor, Terminmanagement
Pflegeheimkontakt	entscheidet Vorgehen	SBAR-Rückfrage, klinische Vorstrukturierung	Anrufannahme, Weiterleitung, Terminorganisation
Hausbesuch	entscheidet Indikation und Therapie	bereitet Besuch vor, erhebt Verlauf im Rahmen der Freigabe	plant Termin, Unterlagen, Verordnungslogistik
Palliativsituation	Therapieziel, Medikation, Notfallplan	Symptomassessments, Angehörigenkontakt, SAPV-Vorbereitung	Kontaktmanagement, Dokumente, Rezeptlogistik
Akutsprechstunde	medizinische Bewertung und Entscheidung	Vitalparameter, Red Flags, Vorstrukturierung, Priorisierung	Patientenannahme, EKG/Labor nach Standard
Dokumentation	verantwortet ärztliche Inhalte	erstellt strukturierte Entwürfe und Verlaufseinträge	scannt, ordnet, versendet, pflegt Stammdaten

Lesehilfe für das Team

Jede Zeile folgt demselben Muster: Die MFA organisiert den Prozess, die PA erhebt und strukturiert klinische Information, die Ärztin oder der Arzt bewertet und entscheidet. Wenn eine Aufgabe nicht in dieses Muster passt, gehört sie in die ärztliche Spalte – oder sie braucht eine eigene Klärung, bevor sie verteilt wird.

KAPITEL 9

Nicht delegierbare Tätigkeiten und typische Implementierungsfehler

Nicht eigenständig durch PA, angehende PA, MFA oder Pflegefachpersonen

- Diagnosestellung und abschließende Bewertung unklarer Symptome
- Indikationsstellung für Diagnostik, Therapie, Einweisung oder Verordnung
- Therapieentscheidung einschließlich Beginn, Änderung oder Absetzen ärztlicher Medikation
- rechtliche ärztliche Aufklärung im Sinne einer behandlungsbezogenen Risikoaufklärung
- Verordnungsentscheidung, Arbeitsunfähigkeitsentscheidung und Attestierung, soweit ärztlich vorbehalten
- komplexe Risikoentscheidungen ohne ärztliche Bewertung
- invasive Maßnahmen ohne eindeutige lokale Regelung, Qualifikationsnachweis, ärztliche Freigabe und rechtliche Prüfung

Merksatz

Delegation schafft Handlungsspielraum, aber keine eigenständige ärztliche Rolle. Jede Erweiterung von PA-Tätigkeit braucht Qualifikation, Freigabe, Supervision und Dokumentation.

Grauzonen aktiv klären

Tätigkeiten, die lokal unterschiedlich geregelt sind (z. B. Impfvorbereitung, EKG-Befundvorstrukturierung, Wunddébridement), gehören auf eine ausdrückliche Klärungsliste: erst lokale Regelung und Haftpflichtauskunft, dann Freigabeentscheidung – nie stillschweigende Praxis.

Die sieben häufigsten Implementierungsfehler NEU IN 2.0

Fehler	Gegenmittel
1 · Alles auf einmal einführen	Starterpaket (Kapitel 6): zwei Anordnungen, eine SOP – erweitern erst nach unauffälligem Audit
2 · Anordnung ohne Ausschlusskriterien	Jede Standing Order braucht „Nicht anwendbar bei“ und Red Flags – sonst ist sie ein Freibrief statt eines Korridors
3 · Pauschale statt aufgabenbezogener Freigabe	Kompetenzfreigabe je Tätigkeit dokumentieren (Kapitel 16), nie „für alles“ freigeben
4 · Dokumentation suggeriert ärztliche Entscheidung	Rollenklare Formulierungen; Dokumentationsregel aus Kapitel 15 im Team schulen
5 · Dokumente ohne Revisionsdatum	Jede Anordnung und SOP erhält Version, Verantwortliche und nächstes Prüfdatum – sonst entstehen tote Dokumente
6 · MFA-Team nicht einbezogen	Aufgabenmatrix gemeinsam erarbeiten; Rollengewinn der MFA explizit benennen, sonst entstehen Konflikte
7 · Supervision nicht erreichbar geregelt	Erreichbarkeit konkret festlegen (wer, wie, in welcher Zeit) – „im Zweifel fragen“ ohne Erreichbarkeitsregel funktioniert nicht

KAPITEL 10

Aufbau einer Standing Order (Delegationsanordnung)

Eine Standing Order wird in diesem Konzept als standardisierte ärztliche Delegationsanordnung verstanden. Sie wird schriftlich durch die ärztliche Leitung freigegeben und gilt nur für definierte Situationen, definierte Personen und definierte Tätigkeiten.

Element	Inhalt
Titel	Name der standardisierten Delegationsanordnung
Zweck	Warum gibt es diese Anordnung? Welches Versorgungsproblem wird standardisiert?
Geltungsbereich	Praxis, Zielgruppe, Patientengruppe, Setting
Anwendbar bei	Einschlusskriterien
Nicht anwendbar bei	Ausschlusskriterien / Red Flags
Delegierte Tätigkeiten	Was darf PA/MFA durchführen oder vorbereiten?
Ärztlich vorbehalten	Was bleibt ausdrücklich ärztlich?
Dokumentation	Welche Werte, Beobachtungen und Rücksprachen werden erfasst?
Eskalation	Wann sofort ärztlich vorstellen?
Kompetenzfreigabe	Wer darf die Anordnung anwenden?
Supervision	Direkt, indirekt, telefonisch, Fallreview
Version / Revision	Datum, Verantwortliche, nächste Prüfung

Qualitätsmaßstab für jede Anordnung

Eine gute Delegationsanordnung beantwortet vier Fragen so, dass eine neue Mitarbeiterin sie ohne Nachfrage versteht: Wann gilt sie? Wann gilt sie nicht? Was genau wird getan? Wann wird sofort ärztlich vorgestellt? Alles Übrige ist Ausgestaltung.

Lesehinweis zu den Mustern (Kapitel 11–13)

Die sechs Muster sind bewusst als kompakte Rahmen formuliert – lokale Zielwerte, Zuständigkeiten und Zeitfenster gehören in die Praxisversion (siehe ausgefülltes Beispiel in Kapitel 21). Jedes Muster trägt seine Risikoklasse aus Kapitel 7 im Titel.

KAPITEL 11 · MUSTER-DELEGATIONSANORDNUNGEN

Muster 1 und 2: Chroniker-Verlaufskontrollen

Muster 1 · Hypertonie-Verlaufskontrolle **KLASSE B**

Standardisierte Verlaufserhebung bei bekannter Hypertonie ohne akute Red Flags. Ziel ist die strukturierte Vorbereitung der ärztlichen Bewertung.

Bereich	Regelung
PA / Team im Rahmen der SOP	Praxis- und Eigenmesswerte erfassen · Puls, Symptome und Nebenwirkungen abfragen · Adhärenz und Einnahmeprobleme dokumentieren · relevante Vorbefunde und Laborwerte zusammenstellen · SBAR-Kurzbericht für ärztliche Bewertung vorbereiten
Ärztlich vorbehalten	Bewertung der Zielwerte · Diagnose- und Risikobewertung · Medikationsänderung · Indikation weiterer Diagnostik oder Überweisung
Sofort ärztlich / Ausschluss	Brustschmerz · Dyspnoe · neurologische Symptome · Synkope · hypertensive Krise mit Symptomen · neue Verwirrtheit oder deutliche Verschlechterung

Muster 2 · Diabetes-Verlaufskontrolle **KLASSE B**

Standardisierte Verlaufserhebung bei bekanntem Diabetes zur Vorbereitung der ärztlichen DMP- und Therapieentscheidung.

Bereich	Regelung
PA / Team im Rahmen der SOP	HbA1c- und Laborverlauf vorbereiten · Hypo- und Hyperglykämien erfragen · Medikation, Adhärenz und Nebenwirkungen erfassen · Fußrisiken und Wundhinweise abfragen · Schulungsbedarf dokumentieren
Ärztlich vorbehalten	Therapieanpassung · Indikation weiterer Diagnostik · Risikobewertung · Überweisung · Verordnungsentscheidung
Sofort ärztlich / Ausschluss	symptomatische Hypoglykämie · rezidivierende Entgleisungen · infizierte Wunden · Vigilanzminderung · akute Verschlechterung

Beide Anordnungen sind die empfohlenen Startdokumente (Kapitel 6): hochfrequent, klar abgrenzbar, sofort entlastend. Kompetenzfreigabe und Supervisionsstufe werden je Person in der Kompetenzmatrix (Kapitel 16) dokumentiert.

KAPITEL 12 · MUSTER-DELEGATIONSANORDNUNGEN

Muster 3 und 4: Pflegeheim und Palliativ

Muster 3 · Pflegeheimrückmeldung **KLASSE B**

Strukturierte Erfassung telefonischer Pflegeheimrückmeldungen, um ärztliche Entscheidungen schneller, vollständiger und sicherer vorzubereiten.

Bereich	Regelung
PA / Team im Rahmen der SOP	Anlass, Beginn und Verlauf erfassen · Vitalparameter anfordern · Bewusstsein, Atmung, Schmerz, Temperatur, Trinkmenge, Ausscheidung, Sturz und Infektzeichen abfragen · Medikationsänderungen und Notfallplan prüfen · SBAR-Rückmeldung vorbereiten
Ärztlich vorbehalten	Behandlungsentscheidung · Hausbesuch · Einweisung · Medikationsanordnung · Therapiezielentscheidung
Sofort ärztlich / Ausschluss	akute Dyspnoe · Bewusstseinsveränderung · Sepsisverdacht · Sturz mit relevanten Beschwerden · palliative Krise · unklare Gefährdung

Muster 4 · Palliative Symptomerfassung **C-SITUATION – NUR ERFASSUNGSANTEIL**

Standardisierte Erfassung belastender Symptome in palliativen Versorgungssituationen zur Vorbereitung ärztlicher Entscheidungen und ggf. SAPV-Einbindung. Delegiert wird ausschließlich die Erfassung – jede Bewertung erfolgt zeitnah ärztlich (Kapitel 7).

Bereich	Regelung
PA / Team im Rahmen der SOP	Schmerz, Dyspnoe, Unruhe, Angst, Übelkeit und Vigilanz erfassen · Wirkung vorhandener Bedarfsmedikation dokumentieren · Angehörigenbelastung erfassen · Vorsorgeplanung und Notfallplan prüfen · SAPV-/Hospizkontakt vorbereiten
Ärztlich vorbehalten	Therapiezielklärung · Medikationsentscheidung · Opioid- oder Sedierungsentscheidung · SAPV-Verordnung · Einweisung oder Behandlungsbegrenzung
Sofort ärztlich / Ausschluss	unkontrollierter Schmerz · schwere Dyspnoe · starke Unruhe · fehlender Notfallplan · Angehörigenüberforderung · Wunsch nach Therapiezieländerung

Der Zweck von Muster 4 ist Zeitgewinn für die ärztliche Entscheidung – nicht ihre Verlagerung. Der SBAR-Weg (Kapitel 14) ist hier obligater Bestandteil jeder Anwendung.

KAPITEL 13 · MUSTER-DELEGATIONSANORDNUNGEN

Muster 5 und 6: Schmerz und Akutsprechstunde

Muster 5 · Schmerzassessment

KLASSE B

Strukturierte pflegefachlich-medizinische Vorarbeit bei bekannten oder neu berichteten Schmerzverläufen. Ziel ist nicht Therapieentscheidung, sondern vollständige Erfassung und sichere Eskalation.

Bereich	Regelung
PA / Team im Rahmen der SOP	NRS/VAS/VRS oder geeignetes Beobachtungsinstrument anwenden · Lokalisation, Qualität, Verlauf, Auslöser und Begleitsymptome dokumentieren · Wirkung und Nebenwirkungen vorhandener Maßnahmen beobachten · Ruheschmerz und Belastungsschmerz unterscheiden · SBAR-Rücksprache vorbereiten
Ärztlich vorbehalten	Diagnose der Schmerzursache · medikamentöse Therapieentscheidung · Dosisanpassung · Indikation weiterer Diagnostik
Sofort ärztlich / Ausschluss	neuer starker Schmerz · Brustschmerz · akutes Abdomen · neurologische Ausfälle · Atemdepression oder starke Sedierung · Sturzereignis · unkontrollierter palliativer Schmerz

Muster 6 · Akutsprechstunden-Vorstrukturierung

C-SITUATION – NUR VORSTRUKTURIERUNG

Vorstrukturierung unangemeldeter oder kurzfristiger Akutvorstellungen. Ziel ist Priorisierung, vollständige Informationssammlung und sofortige ärztliche Vorstellung bei Red Flags.

Bereich	Regelung
PA / Team im Rahmen der SOP	Leitsymptom erfassen · Vitalparameter erheben · Medikation und relevante Vorerkrankungen erfassen · Red Flags prüfen · EKG/Labor/POCT nur nach lokaler SOP vorbereiten · Dringlichkeit an ärztliches Team melden
Ärztlich vorbehalten	Diagnose · Therapieentscheidung · Einweisung · Aufklärung · abschließende Bewertung jeder Akutvorstellung
Sofort ärztlich / Ausschluss	Brustschmerz · Dyspnoe · Synkope · neurologische Ausfälle · Sepsisverdacht · akutes Abdomen · instabile Vitalparameter · schwere Schmerzen

Wichtigste Regel von Muster 6: Es gibt keine „PA-Sprechstunde light“. Jede akut vorgestellte Patientin und jeder Patient wird ärztlich bewertet – die Vorstrukturierung entscheidet nur über die Reihenfolge und bereitet die Bewertung vor.

KAPITEL 14

SOP-System und Muster-SOP SBAR-Rücksprache

SOPs übersetzen eine Standing Order in konkrete Handlungsschritte. Während die Standing Order den ärztlich freigegebenen Rahmen beschreibt, regelt die SOP die Durchführung im Alltag.

Bausteine jeder SOP

SOP-Baustein	Frage
Ziel	Welches Ergebnis soll die SOP sichern?
Anwendungsbereich	Für welche Patienten, Situationen und Rollen gilt sie?
Voraussetzungen	Welche Qualifikation, Freigabe und Materialien sind notwendig?
Ablauf	Welche Schritte erfolgen in welcher Reihenfolge?
Dokumentation	Was wird wo und wann dokumentiert?
Rücksprache	Wann wird ärztlich rückgesprochen?
Red Flags	Wann ist die SOP abubrechen und ärztlich vorzustellen?
Qualität	Welche Kennzahl oder Prüfung zeigt, ob die SOP funktioniert?
Revision	Wann und durch wen wird die SOP überprüft?

Muster-SOP: SBAR-Rücksprache

Element	Leitfragen	Beispiel
S – Situation	Warum erfolgt die Rücksprache jetzt?	„Pflegeheim meldet akute Verschlechterung seit heute Morgen.“
B – Background	Welche Vorerkrankungen, Medikamente oder Ereignisse sind relevant?	„84 Jahre, Herzinsuffizienz, Diabetes, zuletzt stabil.“
A – Assessment	Was wurde erhoben? Werte, Symptome, Verlauf	„Temp. 38,7 °C, Puls 108, SpO2 91 %, trinkt kaum, deutlich schläfriger.“
R – Recommendation / Rückfrage	Welche Entscheidung wird benötigt?	„Bitte Entscheidung: Hausbesuch, Einweisung oder weitere Anordnung?“

Warum SBAR die erste SOP sein sollte

Alle sechs Muster-Delegationsanordnungen enden im selben Schritt: strukturierte Rücksprache. Wer SBAR zuerst einführt und trainiert, verbessert damit jede spätere Anordnung – deshalb gehört diese SOP ins Starterpaket (Kapitel 6).

KAPITEL 15

Dokumentationsstandard, Versionierung und Ablage

Delegierte Tätigkeiten müssen so dokumentiert werden, dass Anlass, erhobene Informationen, Rücksprache, ärztliche Entscheidung und weiteres Vorgehen nachvollziehbar bleiben (§ 630f BGB [4]).

Dokumentationsminimum je Kontakt

- Datum und Uhrzeit
- Anlass des Kontakts
- erhobene Werte und Beobachtungen
- relevante Symptome, Verlauf und Red Flags
- durchführende Person und Rolle
- ärztliche Rücksprache mit Name / Funktion
- ärztliche Entscheidung oder Anordnung
- vereinbarter Kontrollzeitpunkt
- Patienten- oder Angehörigenedukation im definierten Rahmen
- offene Punkte und Verantwortlichkeit

Dokumentationsregel

Die Dokumentation darf keine ärztliche Entscheidung suggerieren, wenn lediglich eine strukturierte Vorarbeit oder Rücksprache durchgeführt wurde. Formulierungen müssen rollen- und verantwortungsklar sein – z. B. „Verlauf erhoben, ärztliche Bewertung durch Dr. N.N. erbeten“ statt „Therapie fortgeführt“.

Versionierung und Ablage der Systemdokumente

- Jede Anordnung und SOP trägt Version, Freigabedatum, Verantwortliche und nächstes Prüfdatum
- ein definierter Ablageort (QM-Ordner im PVS oder Praxislaufwerk), keine Kopien in E-Mail-Postfächern
- alte Versionen werden archiviert, nicht gelöscht – Nachvollziehbarkeit bei Rückfragen
- Änderungen nur über die ärztliche Leitung (Governance, Kapitel 19)

Praxisregel: Ein delegierter Kontakt ist erst abgeschlossen, wenn Erfassung, Rücksprache (falls vorgesehen), Entscheidung und Kontrollzeitpunkt dokumentiert sind – nicht bei der letzten Messung.

KAPITEL 16

Kompetenz- und Freigabesystem

Eine PA arbeitet erst dann selbstständig innerhalb einer SOP, wenn die Kompetenz für genau diese Aufgabe dokumentiert freigegeben wurde. Die Freigabe erfolgt aufgabenbezogen, nicht pauschal – und sie ist reversibel.

Kompetenzbereich	beobachtet	angeleitet durchgeführt	im definierten Rahmen freigegeben	Supervisor / Datum
Vitalparameter und Monitoring				
strukturierte Voranamnese				
SBAR-Rücksprache				
Hypertonie-Verlauf (Muster 1)				
Diabetes-Verlauf (Muster 2)				
Pflegeheimrückmeldung (Muster 3)				
Palliativassessment (Muster 4)				
Schmerzassessment (Muster 5)				
Akutsprechstunden-Vorstrukturierung (Muster 6)				
Medikationsabgleich vorbereiten				
Berichtsentwurf				

Anschlussfähigkeit an das Allwardt-Modell (Klinik) **NEU IN 2.0**

Dieses Praxissystem und das Klinik-Governance-Modell des Autors nutzen dieselbe Logik mit unterschiedlicher Granularität: Die drei Spalten „beobachtet – angeleitet – freigegeben“ entsprechen den Kompetenzfreigabestufen P1–P4; die Red-Flag-Eskalation (Kapitel 17) entspricht den Clinical-Take-Over-Points (CTOP 00–04). Eine Praxis braucht die Klinik-Nomenklatur nicht – aber wer später ins Krankenhaus skaliert, findet dieselbe Architektur wieder.

Freigaben sind lebende Einträge: Nach längerer Abwesenheit, kritischem Ereignis oder Aufgabenänderung wird die betroffene Zeile neu bewertet – das ist Qualitätsroutine, keine Degradierung.

KAPITEL 17

Supervisionsmodell und Red-Flag-Katalog

Fünf Supervisionsstufen

Stufe	Form	Geeignet für
1	Direkte Supervision	neue, risikobehaftete oder noch nicht freigegebene Tätigkeiten. Arzt unmittelbar verfügbar
2	Indirekte Supervision	freigegebene Tätigkeiten mit ärztlicher Erreichbarkeit in der Praxis
3	Telefonische Rücksprache	standardisierte Situationen außerhalb unmittelbarer ärztlicher Präsenz, sofern lokal zulässig und freigegeben
4	Fallreview	nachgelagerte Qualitätskontrolle definierter Routinetätigkeiten
5	Audit / Revision	regelmäßige Prüfung von Dokumentation, Red Flags und Prozessqualität

Erreichbarkeitsregel (Fehlermodus 7)

Jede Supervisionsstufe braucht eine konkrete Erreichbarkeitsvereinbarung: Wer ist zuständig, über welchen Kanal, mit welcher maximalen Reaktionszeit, und wer vertritt bei Abwesenheit? Ohne diese vier Angaben ist „Supervision“ nur ein Wort.

Red-Flag- und Eskalationskatalog

Red Flags sind Situationen, bei denen keine selbstständige Fortführung nach SOP erfolgt. Die Patientin oder der Patient wird sofort ärztlich vorgestellt oder es wird unmittelbar ärztlich rückgesprochen.

Kategorie	Red Flags
Kardiopulmonal	Brustschmerz, akute Dyspnoe, Synkope, Zyanose, instabile Vitalparameter
Neurologisch	neurologische Ausfälle, Bewusstseinsveränderung, Krampfanfall, akute Verwirrtheit
Infektion / Sepsis	Fieber mit schlechtem Allgemeinzustand, Schüttelfrost, Hypotonie, Tachykardie, zunehmende Somnolenz
Schmerz	neuer starker Schmerz, akutes Abdomen, Schmerz nach Sturz, unkontrollierter palliativer Schmerz
Geriatric / Pflegeheim	Sturz mit Beschwerden, Delirverdacht, Exsikkosezeichen, rasche Verschlechterung
Psychosozial	Suizidalität, akute Fremdgefährdung, massive Angehörigenüberforderung
Systemisch	Unsicherheit im Team, unklare Verantwortlichkeit, fehlende Dokumentation, widersprüchliche Informationen

Die Kategorie „Systemisch“ ist bewusst Teil des Katalogs: Auch Prozessunsicherheit ist ein Eskalationsgrund – nicht nur klinische Symptome.

KAPITEL 18

30-60-90-Tage-Einführungsplan

Der Einführungsplan verbindet die Einarbeitung der PA mit dem Aufbau der Systemdokumente (Starterpaket, Kapitel 6). Jede Phase endet mit einem überprüfbaren Freigabekriterium – erst dann beginnt die nächste.

Phase	Ziel	Tätigkeiten	Freigabekriterium
Tag 1–30 · Orientierung	Praxisabläufe und Rollen verstehen	Hospitation, Dokumentationssystem, Vorbefundsammlung, einfache Vorstrukturierung, SBAR-Training; parallel: Teamtermin Aufgabeninventar	sichere Rücksprache und Kenntnis der Red Flags
Tag 31–60 · angeleitete Durchführung	Definierte Aufgaben unter Supervision übernehmen	Hypertonie-/Diabetes-Verläufe vorbereiten, Pflegeheimrückmeldungen strukturieren, Dokumentation nach SOP; Standing Orders 1 und 3 in Kraft setzen	mehrfach angeleitete Durchführung ohne relevante Dokumentationsmängel
Tag 61–90 · definierte Freigabe	Selbstständige Durchführung im freigegebenen Rahmen	Standing Orders anwenden, Fallreview etablieren, erste Routinen übernehmen, Audit starten	ärztliche Freigabe in Kompetenzmatrix dokumentiert
ab Tag 90 · Stabilisierung	Qualität sichern und Aufgaben erweitern	regelmäßiges Fallreview, KPI-Auswertung, SOP-Revision, Erweiterung um weitere Anordnungen bei Eignung	positive Evaluation und keine ungeklärten Sicherheitsereignisse

Für die ärztliche Leitung

Der Plan kostet in den ersten 90 Tagen vor allem eines: verlässliche Rücksprachezeit. Wer sie nicht einplant, verlängert die Phase 2 unnötig – eingeplante 15 Minuten täglich sind billiger als unklare Dauerverfügbarkeit.

Für angehende PA

Die Phasen gelten unabhängig von Vorerfahrung: Auch eine erfahrene Pflegefachkraft durchläuft Beobachtung und Anleitung je Aufgabe – das schützt beide Seiten und macht die Freigabe belastbar.

KAPITEL 19

Qualitätsmanagement, Audit und Governance

Ein Delegations- und SOP-System ist nur tragfähig, wenn es regelmäßig überprüft wird. Das Audit soll nicht sanktionieren, sondern Prozessrisiken sichtbar machen.

Sechs Qualitätsindikatoren

Indikator	Mögliche Messung	Ziel
Rücksprachequalität	Anteil vollständiger SBAR-Rücksprachen in Stichprobe	Informationsverluste reduzieren
Dokumentationsqualität	Stichprobe: Anlass, Werte, Rücksprache, Entscheidung dokumentiert?	Nachvollziehbarkeit sichern
Red-Flag-Erkennung	Fälle mit Red Flags und Zeitpunkt der ärztlichen Vorstellung	Verzögerungen vermeiden
SOP-Nutzung	Anteil korrekt angewandeter SOPs in Routinetätigkeiten	Standardisierung stärken
Fallreview	Anzahl und Qualität regelmäßiger Fallbesprechungen	Lernen im Team sichern
Patientensteuerung	unnötige Rückfragen / fehlende Informationen bei Pflegeheimkontakten	Kommunikation verbessern

Audit-Zyklus

- Monat 1–3: wöchentliches Kurzreview neuer Delegationsfälle
- Monat 4–6: monatliche Stichprobe aus Dokumentation und Rücksprachen
- ab Monat 6: quartalsweise SOP-Revision oder anlassbezogen nach kritischem Ereignis
- jede SOP erhält Version, Verantwortliche, Freigabedatum und nächstes Prüfdatenfeld

Governance: Wer entscheidet was?

- **SOP-Freigabe:** ärztliche Leitung
- **Standing Order:** ärztliche Leitung, ggf. Praxisinhaber / medizinische Leitung
- **Kompetenzfreigabe PA:** benannter ärztlicher Supervisor
- **MFA-Prozesse:** Praxismanagement in Abstimmung mit ärztlicher Leitung
- **Dokumentationsstandard:** ärztliche Leitung und Praxismanagement
- **Audit:** ärztliche Leitung, PA, Praxismanagement
- **Revision nach Ereignis:** sofortige ärztliche Leitung, Teamreview

Faustregel: Kein Indikator braucht Software – eine Stichprobe von fünf Fällen pro Monat mit dem Auditbogen deckt die relevanten Risiken zuverlässig auf.

KAPITEL 20

Curriculum zur Implementierungsfortbildung

Zur Einführung des Systems empfiehlt sich eine Teamfortbildung mit anschließendem Praxisworkshop. Ziel ist nicht nur Wissensvermittlung, sondern die Erstellung erster lokaler Arbeitsdokumente – das Team verlässt die Fortbildung mit fertigen Entwürfen.

Modul	Thema	Umfang	Produkt
1	Rollenklärung PA, MFA, Arzt	45 Min.	Rollenbild
2	Delegation und ärztliche Kernleistungen	45 Min.	Ausschlussliste
3	Aufgabeninventar und Risikoklassifikation	60 Min.	Aufgabenliste A–D
4	Standing Orders erstellen	75 Min.	Entwurf einer Delegationsanordnung
5	SOP schreiben und dokumentieren	75 Min.	SOP-Entwurf
6	Red Flags, SBAR, Eskalation	60 Min.	Rücksprachekarte
7	Kompetenzfreigabe und Supervision	45 Min.	Freigabematrix
8	Audit und Revision	30 Min.	Qualitätsplan

Gesamtumfang: 435 Minuten Unterrichtszeit – durchführbar als ein Fortbildungstag (ca. 8,5 Zeitstunden inklusive Pausen) oder als zwei Halbtage (Module 1–4 und 5–8). Empfohlene Gruppengröße: das gesamte Praxisteam inklusive MFA.

Didaktisches Prinzip

Jedes Modul erzeugt ein Dokument, das die Praxis danach wirklich verwendet. Die Fortbildung ist damit zugleich der erste Implementierungsschritt – nicht ihre Voraussetzung.

Hinweis zur Durchführung

Die Module 4 und 5 arbeiten mit den Blanko-Vorlagen aus Anhang A/B und dem ausgefüllten Beispiel aus Kapitel 21. Ohne konkrete eigene Praxisfälle bleiben die Entwürfe abstrakt – Teilnehmende bringen daher zwei reale (anonymisierte) Alltagssituationen mit.

KAPITEL 21 · NEU IN VERSION 2.0

Ausgefülltes Praxisbeispiel: Delegationsanordnung Hypertonie

Fiktives, vollständig ausgefülltes Arbeitsmuster. Alle Einträge sind Beispiele und lokal anzupassen – insbesondere Zielwerte, Zeitfenster und Zuständigkeiten.

Feld	Beispieleintrag (fiktiv, lokal anzupassen)
Titel	SDA-01 Hypertonie-Verlaufskontrolle
Version / Datum	Version 1.0 · freigegeben 01.07.2026
Ärztlich verantwortlich	Dr. med. M. Muster (ärztliche Leitung)
Geltungsbereich	Musterpraxis Dr. Muster; erwachsene Patientinnen und Patienten mit bekannter, ärztlich diagnostizierter Hypertonie im DMP-/Chronikerprogramm
Ziel	Strukturierte Verlaufserhebung vor ärztlicher Bewertung; Reduktion unvollständiger Kontrolltermine
Anwendbar bei	geplanter Verlaufskontrolle ohne aktuelle Beschwerden; Wiedervorstellung nach ärztlich festgelegtem Intervall
Nicht anwendbar bei	Erstdiagnose; Schwangerschaft; Red Flags (siehe Eskalation); Patientenwunsch nach ärztlichem Gespräch
Delegierte Tätigkeiten	standardisierte RR-Messung beidseits nach Ruhephase; Puls; Erfassung Eigenmesswerte und Messqualität; Symptom- und Nebenwirkungsabfrage nach Checkliste; Adhärenzfragen; Zusammenstellung Labor-/Vorbefunde; SBAR-Kurzbericht
Ärztlich vorbehalten	Bewertung gegen individuell ärztlich festgelegte Zielwerte; jede Medikations- und Therapieentscheidung; Indikation Diagnostik/Überweisung
Dokumentation	Werte, Beobachtungen und SBAR-Bericht im PVS-Formular „Hypertonie-Verlauf“; durchführende Person mit Rolle; Zeitstempel
Eskalation (sofort ärztlich)	Brustschmerz, Dyspnoe, neurologische Symptome, Synkope, symptomatische hypertensive Entgleisung, neue Verwirrtheit, ausgeprägte Messwertabweichung nach lokal definierter Schwelle
Kompetenzfreigabe erforderlich	Zeile „Hypertonie-Verlauf“ in Kompetenzmatrix; Freigabe durch ärztlichen Supervisor
Supervision	Stufe 2 (indirekt, Arzt in Praxis erreichbar); Fallreview 14-täglich in den ersten 3 Monaten
Nächste Revision	01.01.2027 oder anlassbezogen nach kritischem Ereignis

Wichtig

Konkrete Schwellenwerte (z. B. ab welchem Messwert sofort eskaliert wird) werden bewusst nicht in diesem Muster vorgegeben – sie sind ärztliche Festlegungen der jeweiligen Praxis und gehören in die lokale Version, bevor die Anordnung in Kraft tritt.

KAPITEL 22

Diskussion, Limitationen und Fazit

Diskussion

Das vorgestellte System kann die PA-Integration professionalisieren, weil es den Übergang von personenbezogener Improvisation zu strukturierter Aufgabensteuerung ermöglicht. Besonders relevant ist die Kombination aus Standing Order und SOP: Die Standing Order beschreibt den ärztlich freigegebenen Handlungsrahmen, die SOP steuert den konkreten Ablauf. Erst durch Kompetenzfreigabe und Supervision entsteht daraus eine sichere Arbeitsroutine. Die größte Stärke liegt in der Transparenz: MFA, PA und Ärztinnen bzw. Ärzte erkennen, wer welche Aufgabe übernimmt, wann ärztlich entschieden wird und welche Red Flags eine sofortige Eskalation verlangen – das Risiko von Verantwortungsdiffusion sinkt.

Gleichzeitig darf das Modell nicht überschätzt werden: Es ersetzt keine rechtliche Einzelfallprüfung, keine KV-spezifische Abrechnungsprüfung und keine lokale ärztliche Verantwortung. Aufgaben müssen regelmäßig überprüft werden, weil Kompetenz, Teamstruktur, Praxissoftware und Patientenkollektiv variieren.

Limitationen

- Das Konzept ist ein Implementierungsmodell und keine empirisch validierte Interventionsstudie
- Der Begriff Standing Order ist im deutschen ambulanten Kontext nicht als einheitliches Rechtsinstitut etabliert; er wird hier als standardisierte ärztliche Delegationsanordnung verstanden (Begriffsklärung Seite 2)
- Die Muster sind nicht ohne lokale Anpassung verwendbar; das ausgefüllte Beispiel (Kapitel 21) ist fiktiv
- Abrechnungsfragen, Haftpflichtfragen und KV-spezifische Besonderheiten sind gesondert zu prüfen
- Kompetenzfreigaben müssen personenbezogen erfolgen und können nicht allein aus einem Studienstatus abgeleitet werden
- Die Aufwandsschätzungen in Kapitel 6 sind Erfahrungswerte, keine Messdaten

Fazit

Eine PA kann in der Teampraxis selbstständig arbeiten, wenn Selbstständigkeit als Handeln innerhalb eines definierten, ärztlich verantworteten Rahmens verstanden wird. Das erfordert keine bloße Stellenbeschreibung, sondern ein Betriebssystem aus Aufgabenmatrix, Standing Orders, SOPs, Kompetenzfreigaben, Supervision, Dokumentation, Red-Flag-Eskalation und Audit – eingeführt in machbaren Schritten über ein Starterpaket.

Der entscheidende Qualitätsmaßstab lautet: Jede Aufgabe muss so beschrieben sein, dass sie für Team, Patientinnen und Patienten sowie ärztliche Leitung nachvollziehbar ist. Wenn Aufgabe, Qualifikation, Supervision und Dokumentation zusammenpassen, kann PA-Arbeit ärztliche Versorgung strukturiert entlasten, ohne ärztliche Verantwortung zu verwischen.

ANHANG A UND B

Blanko-Vorlagen: Standing Order und SOP

Anhang A · Blanko Standing Order

Feld	Eintrag
Titel	
Version / Datum	
Ärztlich verantwortlich	
Geltungsbereich	
Ziel	
Anwendbar bei	
Nicht anwendbar bei	
Delegierte Tätigkeiten	
Ärztlich vorbehalten	
Dokumentation	
Eskalation / Red Flags	
Kompetenzfreigabe erforderlich	
Supervision	
Nächste Revision	

Anhang B · Blanko SOP

Feld	Eintrag
SOP-Titel	
Zweck	
Zielgruppe / Setting	
Rollen	
Voraussetzungen	
Material / Dokumente	
Ablauf Schritt 1-10	
Dokumentationspflicht	
Rücksprachekriterien	
Abbruchkriterien / Red Flags	
Qualitätsindikator	
Freigabe / Version	

Arbeitshinweis

Die Vorlagen sind bewusst einseitig gehalten: Was nicht auf eine Seite passt, wird im Alltag nicht gelesen. Details gehören in die SOP-Ablaufschritte, nicht in die Standing Order.

ANHANG C UND D

Kurzanleitung und Quick-Check

Anhang C · Kurzanleitung für die Praxis (acht Schritte)

- 1 Erstelle ein **Aufgabeninventar** der wiederkehrenden Praxisprozesse
- 2 Sortiere Aufgaben nach **ärztlich, PA-vorbereitend, MFA-organisatorisch** und nicht delegierbar
- 3 Klassifiziere Tätigkeiten nach **Risiko A–D**
- 4 Erstelle für Risikoklasse B eine **Standing Order und eine SOP** (Start: Hypertonie + Pflegeheimrückmeldung)
- 5 Definiere **Red Flags und SBAR-Rücksprache**
- 6 Gib Tätigkeiten erst nach **Kompetenznachweis** frei
- 7 Führe ein **Fallreview** ein
- 8 Prüfe **Dokumentation und SOP-Nutzung** regelmäßig

Anhang D · Quick-Check vor jeder PA-Aufgabenfreigabe

- ☐ Aufgabe ist grundsätzlich delegierbar
- ☐ ärztlich vorbehaltene Anteile sind ausgeschlossen
- ☐ Standing Order liegt schriftlich vor
- ☐ SOP liegt schriftlich vor
- ☐ Red Flags sind definiert
- ☐ SBAR-Rückspracheweg ist festgelegt

- ☐ Dokumentationsstandard ist geklärt
- ☐ PA-Kompetenz wurde beobachtet und angeleitet geprüft
- ☐ ärztliche Freigabe ist dokumentiert
- ☐ Supervisionsstufe und Erreichbarkeit sind festgelegt
- ☐ Audit- und Revisionsdatum sind bestimmt
- ☐ Team und MFA sind informiert

Erst wenn alle zwölf Punkte abgehakt sind, geht eine Aufgabe in den Regelbetrieb. Ein fehlender Punkt ist kein Hindernis, sondern die nächste konkrete Aufgabe.

LITERATUR

Literatur und Quellen

- [1] Sozialgesetzbuch V, § 28 Ärztliche und zahnärztliche Behandlung. URL: https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/__28.html. Abruf: 25.07.2026.
- [2] Kassenärztliche Bundesvereinigung / GKV-Spitzenverband. Anlage 24 BMV-Ä – Vereinbarung über die Delegation ärztlicher Leistungen an nichtärztliches Personal in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung, inkl. Anhang Beispielskatalog. URL: http://www.kbv.de/documents/infoteh/rechtsquellen/bundesmantelvertrag/anlage-24-delegation/24_Delegation.pdf. Abruf: 25.07.2026.
- [3] Bundesärztekammer. Physician Assistance – ein etabliertes Berufsbild im deutschen Gesundheitswesen. Positionspapier 2025. URL: https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/Gesundheitsfachberufe/Physician_Assistance_Papier_2025_.pdf. Abruf: 25.07.2026.
- [4] Bürgerliches Gesetzbuch, § 630f Dokumentation der Behandlung. URL: https://www.gesetze-im-internet.de/bgb/__630f.html. Abruf: 25.07.2026.
- [5] Bürgerliches Gesetzbuch, § 630e Aufklärungspflichten. URL: https://www.gesetze-im-internet.de/bgb/__630e.html. Abruf: 25.07.2026.
- [6] Kassenärztliche Bundesvereinigung. Delegation – Praxisführung. URL: <https://www.kbv.de/praxis/praxisfuehrung/delegation>. Abruf: 25.07.2026.
- [7] Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung. Delegationsvereinbarung – Anforderungen an Auswahl, Anleitung und Überwachung (historische Fassung; maßgeblich ist die jeweils aktuelle Anlage 24 BMV-Ä, siehe [2]). URL: https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/_old-files/downloads/pdf-Ordner/MFA/Delegation_KBV_GKv.pdf. Abruf: 25.07.2026.

Hinweis zur Nutzung

Dieses Dokument ist eine wissenschaftlich-praktische Vorlage. Vor Einsatz in einer konkreten Praxis sind ärztliche Leitung, lokale Standards, Haftpflicht, KV-Vorgaben, Datenschutz und ggf. juristische Beratung einzubeziehen. Gesetze und Vereinbarungen sind in der jeweils geltenden Fassung anzuwenden.

Zugehörige Dokumente des Autors

- PA-Governance für Kliniken (Allwardt-Modell, CTOP, P1-P4): dominik-allwardt.de/pa-governance-ctop-standing-orders
- PA in der Hausarzt-Teampraxis (Rollen, Wirtschaftlichkeit): dominik-allwardt.de/pa-teampraxis
- Entscheidungsvorlage für Arbeitgeber und weitere Unterlagen: dominik-allwardt.de/downloads