



---

**Fachbereiche WD 3, WD 7, WD 8**

---

**Physician Assistants (PAs)**

Rechtliche Rahmenbedingungen für ein neues Berufsbild

**Physician Assistants (PAs)**

Rechtliche Rahmenbedingungen für ein neues Berufsbild

Aktenzeichen:	WD 8-033/26; WD 7-017/26; WD 3-024/26
Abschluss der Arbeit:	27.04.2026
Fachbereich:	WD 8: Gesundheit, Familie, Bildung und Forschung, Umwelt WD 7: Zivil-, Straf- und Medienrecht, Bauen und Wohnen WD 3: Verfassung und Verwaltung

---

Die Wissenschaftlichen Dienste des Deutschen Bundestages unterstützen die Mitglieder des Deutschen Bundestages bei ihrer mandatsbezogenen Tätigkeit. Ihre Arbeiten geben nicht die Auffassung des Deutschen Bundestages, eines seiner Organe oder der Bundestagsverwaltung wieder. Vielmehr liegen sie in der fachlichen Verantwortung der Verfasserinnen und Verfasser sowie der Fachbereichsleitung. Arbeiten der Wissenschaftlichen Dienste geben nur den zum Zeitpunkt der Erstellung des Textes aktuellen Stand wieder und stellen eine individuelle Auftragsarbeit für einen Abgeordneten des Bundestages dar. Die Arbeiten können der Geheimschutzordnung des Bundestages unterliegende, geschützte oder andere nicht zur Veröffentlichung geeignete Informationen enthalten. Eine beabsichtigte Weitergabe oder Veröffentlichung ist vorab dem jeweiligen Fachbereich anzuzeigen und nur mit Angabe der Quelle zulässig. Der Fachbereich berät über die dabei zu berücksichtigenden Fragen.

---

## Inhaltsverzeichnis

<b>1.</b>	<b>Einleitung (WD 8)</b>	<b>5</b>
<b>2.</b>	<b>Verortung des PA im Spektrum der Gesundheitsberufe (WD 8)</b>	<b>8</b>
2.1.	Gesundheitsberufe	8
2.2.	Heilkunde	8
2.3.	Heilberufe	9
2.4.	Ärzte	9
2.5.	Spezifische Berufsgesetze, Beispiele und aktuelle Entwicklungen	10
2.5.1.	Hebammen	10
2.5.2.	Notfallsanitäter	11
2.5.3.	Pflegeberufe	11
2.6.	Berufe in der Medizinischen Technologie (MT)	12
<b>3.</b>	<b>Übertragung von Aufgaben durch Ärzte (WD 8)</b>	<b>13</b>
3.1.	Grundsatz der persönlichen Leistungserbringung und Arztvorbehalt	13
3.2.	Delegation	15
3.3.	Substitution	18
3.4.	Eingeschränkte oder Teil-Substitution	19
<b>4.</b>	<b>Haftungs-, versicherungs- und strafrechtliche Aspekte (WD 7)</b>	<b>20</b>
4.1.	Zivilrechtliche Haftungsverteilung zwischen Arzt, Einrichtung und PA	20
4.1.1.	Grundsätzliche Konstellation	20
4.1.2.	Anknüpfungspunkt für eine Haftung im Zusammenhang mit der Tätigkeit eines PA	21
4.2.	Welche Änderungen ergäben sich bei einer gesetzlich neu geschaffenen Möglichkeit der Substitution?	21
4.3.	Wäre eine eigenständige Berufshaftpflichtversicherung gesetzlich vorzuschreiben?	22
4.4.	Wären strafrechtliche Risiken neu zu bewerten?	23
<b>5.</b>	<b>Abrechnungsbefugnis im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung (WD 8)</b>	<b>23</b>
5.1.	Leistungserbringer	23
5.2.	Ärzte	23
5.3.	Abrechnung durch nichtärztliche Leistungserbringer (Beispiele)	24
<b>6.</b>	<b>Modell einer Übergangslösung nach § 63 ff SGB V (WD 8)</b>	<b>25</b>
6.1.	Grundsatz	25
6.2.	Beispiel Pflege	25
6.3.	Modellvorhaben in Bezug auf PAs	26

---

<b>7.</b>	<b>Ausbildung und Einsatz von PAs (WD 8)</b>	<b>27</b>
7.1.	Ausbildung	27
7.2.	Mögliche Entlastungswirkung durch PAs im stationären und ambulanten Bereich	28
<b>8.</b>	<b>Der PA in den Niederlanden (WD 8)</b>	<b>30</b>
<b>9.</b>	<b>Verfassungsrechtliche Rahmenbedingungen eines „PA-Berufsgesetzes“ (WD 3)</b>	<b>32</b>
9.1.	Gesetzgebungskompetenz des Bundes	32
9.1.1.	Potenziell relevante Gesetzgebungskompetenzen	32
9.1.2.	Anwendbarkeit und Anforderungen des Art. 72 Abs. 2 GG	35
9.2.	Grundrechte	37
9.2.1.	Berufsfreiheit	37
9.2.2.	Schutz der Gesundheit und des Lebens	40
9.2.3.	Gleichheitssatz	40

## 1. Einleitung (WD 8)

Das Berufsbild und der Studiengang „Physician Assistance“ haben die Berufsbezeichnung „**Physician Assistant (PA)**“ etabliert. Es handelt sich um eine aus dem internationalen Sprachgebrauch entlehnte Bezeichnung für einen hochschulisch qualifizierten Gesundheitsberuf.<sup>1</sup> Laut der Deutschen Gesellschaft für Physician Assistants (**DGPA**) e.V. existiert dieser in Deutschland seit 2005.<sup>2</sup> Zunächst war das Studium ausschließlich Personen mit Ausbildung im Gesundheitswesen vorbehalten, inzwischen ist er auch grundständig möglich, d.h. für Studierende ohne vorherige Gesundheitsausbildung.<sup>3</sup> Mittlerweile gibt es auch Masterstudiengänge.<sup>4</sup>

Zuvor hatten sich das Studium sowie der Beruf der PAs vor allem in den USA<sup>5</sup> und weiteren angloamerikanischen Ländern, seit etwa 2002 auch in den Niederlanden etabliert.<sup>6</sup>

Der PA stellt nun auch in Deutschland einen im Vordringen befindlichen akademischen Gesundheitsberuf dar, der „den klinisch tätigen Arzt durch die Übernahme delegierbarer Aufgaben unterstützen, ihn so für seine Kernaufgaben entlasten, jedoch nicht ersetzen soll“.<sup>7</sup> Andere deutsche Bezeichnungen sind Medizinassistent, -assistentin oder Arztassistent, -assistentin; diese werden jedoch uneinheitlich verwendet, teilweise wird die Bezeichnung „Arztvertreter, -vertreterin“ fa-

- 
- 1 Physician Assistance – ein etabliertes Berufsbild im deutschen Gesundheitswesen April 2025, Bundesärztekammer 2025, abrufbar unter [https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user\\_upload/BAEK/Gesundheitsfachberufe/Physician\\_Assistance\\_Papier\\_2025.pdf](https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/Gesundheitsfachberufe/Physician_Assistance_Papier_2025.pdf). Dieser und alle weiteren Links wurden letztmalig abgerufen am 24. April 2026.
  - 2 Das Berufsbild Physician Assistance (PA), Deutsche Gesellschaft für Physician Assistants (DGPA) e.V., abrufbar unter <https://www.pa-deutschland.de/berufsbild>. Die DGPA e.V. wurde am 12. Februar 2008 von Absolventinnen und Absolventen des ersten deutschen PA-Studiengangs in Lahr gegründet.
  - 3 Hildebrandt, Helmut u.a., Delegation im Praxisteam: Ein starker Hebel für die Sicherung der Versorgung, Potenzialanalyse zum Einsatz weitergebildeter und akademisierter Praxisassistentenberufe in der hausärztlichen Versorgung, Bertelsmann Stiftung, März 2026, S. 18, abrufbar unter [https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/user\\_upload/BSt-Studie\\_Delegation\\_Potenzialanalyse\\_final.pdf](https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/user_upload/BSt-Studie_Delegation_Potenzialanalyse_final.pdf).
  - 4 Die DGPA beschreibt den Studiengang wie folgt: „In einem Bachelorstudium erwerben Studierende breitgefächerte medizinische Kenntnisse. Von naturwissenschaftlichen Grundlagen, Anatomie, Physiologie und Pathologie über Innere Medizin, Chirurgie, OP-Lehre und Funktionsdiagnostik bis hin zu Public Health, Digitalisierung und Gesundheitsökonomie. Einige Hochschulen setzen den Abschluss einer dreijährigen medizinischen Ausbildung voraus. An anderen Hochschulen ist ein Studium primärqualifizierend möglich. Ein Masterstudium Physician Assistance wird seit 2021 angeboten“, Das Berufsbild Physician Assistance (PA), Deutsche Gesellschaft für Physician Assistants (DGPA) e.V., abrufbar unter <https://www.pa-deutschland.de/berufsbild>.
  - 5 Siehe dazu Haerter, Friederike, Rechtsstellung und Bedeutung des Physician Assistant, Dissertation, 2017, S. 4-16.
  - 6 120. Deutscher Ärztetag, Beschlussprotokoll, Freiburg, 23. bis 26. Mai 2017, Stand 9. Juni 2017, Physician Assistant – Ein neuer Beruf im deutschen Gesundheitswesen, Anlage zur Drs. Ib-08 des 120. DÄT 2017, abrufbar unter [https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user\\_upload/old-files/downloads/pdf-Ordner/120.DAET/Beschlussprotokoll\\_120\\_DAET.pdf](https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/old-files/downloads/pdf-Ordner/120.DAET/Beschlussprotokoll_120_DAET.pdf).
  - 7 MAH MedR/Feifel, 4. Aufl. 2026, § 1, Rn 651.

vorisiert.<sup>8</sup> Von Hochschulen wird der PA teilweise als „Bindeglied zwischen Pflege und Ärzten“ bezeichnet.<sup>9</sup> Die konkrete Ausgestaltung der Tätigkeit in der Praxis scheint je nach Einsatzgebiet sehr unterschiedlich zu sein.<sup>10</sup>

Für Deutschland wurden die Rahmenbedingungen für Studium und Berufsausübung der PAs unter anderem im Mai 2017 auf dem 120. Deutschen Ärztetag<sup>11</sup> in einem Konzeptpapier von der Bundesärztekammer (BÄK) und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) verabschiedet (**Konzeptpapier PA 2017**)<sup>12</sup>. Das Papier enthält unter anderem einen detaillierten Katalog zur Beschreibung des Tätigkeitsrahmens (unter II.) sowie ein Muster der Studieninhalte und zu vermittelnden Kompetenzen (unter III.).

Im April 2025 hat die Bundesärztekammer unter Mitwirkung der DGPA 2025 ein Positionspapier (**Positionspapier 2025**)<sup>13</sup> vorgelegt, welches das Konzeptpapier 2017 novelliert und in welchem eine „*erneute berufspolitische und inhaltliche, fachliche Befassung mit dem Berufsbild PA*“ als notwendig erachtet wird. Das Papier soll als „*Beitrag zur weiteren Professionalisierung des Berufsbildes sowie zur Klärung (Weiterentwicklung) der Rollenidentität (Kompetenzprofil) von PA in Deutschland*“ zu verstehen sein.

Der 129. Deutsche Ärztetag hat den Vorstand der Bundesärztekammer (BÄK) Ende Mai 2025 zudem aufgefordert, künftig bei Grundsatzfeststellungen zu der Einbindung von PAs und anderem nichtärztlichen Personal aller reglementierten und nicht reglementierten Gesundheitsberufe die delegationsfähigen und nicht delegationsfähigen Leistungen genauer zu präzisieren.<sup>14</sup> In diesem Sinne solle das Positionspapier „*Persönliche Leistungserbringung – Möglichkeiten und Grenzen*

---

8 Haerter, Friederike, Rechtsstellung und Bedeutung des Physician Assistant, Dissertation, 2017.

9 MSB Medical School Berlin, Hochschule für Gesundheit und Medizin, Physician Assistant (B.Sc.), abrufbar unter <https://www.medicalschool-berlin.de/bachelor/physician-assistant/>.

10 Siehe bspw. Paarsch, Andrea, u.a., Berufseinstieg als Physician Assistant, Die Arbeit mit herzkranken Menschen ist emotional fordernd, Spiegel, 26. März 2026, abrufbar unter <https://www.spiegel.de/start/physician-assistant-werden-die-arbeit-mit-herzkranken-menschen-ist-emotional-fordernd-a-5b9a05c6-6588-4ce6-a483-4432d2d0dd54>.

11 120. Deutscher Ärztetag, Deutscher Ärztetag unterstützt Delegationsmodell „Physician Assistant“, Presseportal Bundesärztekammer, 25. Mai 2017, abrufbar unter <https://www.presseportal.de/pm/9062/3644570>.

12 120. Deutscher Ärztetag, Beschlussprotokoll, Freiburg, 23. bis 26. Mai 2017, Stand 9. Juni 2017, Physician Assistant – Ein neuer Beruf im deutschen Gesundheitswesen, Anlage zur Drs. Ib-08 des 120. DÄT 2017, abrufbar unter [https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user\\_upload/old-files/downloads/pdf-Ordner/120.DAET/Beschlussprotokoll\\_120\\_DAET.pdf](https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/old-files/downloads/pdf-Ordner/120.DAET/Beschlussprotokoll_120_DAET.pdf)

13 Physician Assistance – ein etabliertes Berufsbild im deutschen Gesundheitswesen April 2025, Bundesärztekammer 2025, abrufbar unter [https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user\\_upload/BAEK/Gesundheitsfachberufe/Physician\\_Assistance\\_Papier\\_2025.pdf](https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/Gesundheitsfachberufe/Physician_Assistance_Papier_2025.pdf).

14 129. Deutscher Ärztetag Beschlussprotokoll, Leipzig 27.– 30. Mai 2025, S. 96 ff, abrufbar unter [https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user\\_upload/BAEK/Aerztetag/129.DAET/2025-05-30\\_Beschlussprotokoll\\_129\\_DAET.pdf](https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/Aerztetag/129.DAET/2025-05-30_Beschlussprotokoll_129_DAET.pdf).

der Delegation ärztlicher Leistungen“ vom 29. August 2008<sup>15</sup> aus heutiger Sicht kritisch betrachtet und ggf. überarbeitet werden. Arztvorbehalt und Letztverantwortung des Arztes oder der Ärztin, so ein weiterer Beschluss des Ärztetages, seien zu bewahren und in allen Kooperationen mit nichtärztlichem Assistenzpersonal herauszustellen, um zu verhindern, dass es künftig – aufgrund des Ärztemangels und des wachsenden wirtschaftlichen Drucks – zur Substitution ärztlicher Leistungen komme.<sup>16</sup>

Der Deutsche Hochschulverband Physician Assistant (**DHPA**) e.V.<sup>17</sup> hat ein Gutachten<sup>18</sup> zur Rechtsstellung des PA in Auftrag gegeben. In einer Petition von 2022<sup>19</sup> wurde die staatliche Anerkennung des Berufszweiges PA gefordert. Kritische Stimmen dagegen sprechen beispielsweise von der „Gefahr einer grundlegenden Veränderung des Arztberufes weg von der konkreten Tätigkeit in der Versorgung von Patientinnen und Patienten hin zum Management und zur Supervision nachgeordneter nicht-ärztlicher Assistenzberufe“<sup>20</sup>. Der Berufsstand der Ärzte „schaffe sich selbst ab“, das Risiko einer „schleichenden Erweiterung“ der Befugnisse, weniger Weiterbildungsmöglichkeiten für (Fach-)Ärzte, eines generellen Absinkens des medizinischen Niveaus und einer Bedrohung von niedergelassenen Ärzten sind weitere Bedenken<sup>21</sup>.

Diese Ausarbeitung verortet das Berufsbild des PA im Kontext anderer Gesundheitsberufe und Ausbildungskonzepte. Sie gibt einen Überblick über den aktuell bestehenden rechtlichen Rahmen in Deutschland sowie über wesentliche Regelungen in den Niederlanden. Schließlich werden für den Fall der Schaffung eines Berufsgesetzes haftungs- und verfassungsrechtliche Erwägungen präsentiert, wobei ohne ein konkretes Regelungskonzept eine hypothetische Prüfung lediglich abstrakt-generell vorgenommen werden kann.

- 
- 15 Persönliche Leistungserbringung. Möglichkeiten und Grenzen der Delegation ärztlicher Leistungen Stand: 29. August 2008, Bundesärztekammer und Kassenärztliche Vereinigung, abrufbar unter [https://www.aekwl.de/fileadmin/user\\_upload/aekwl/recht/goae/Artikel\\_Persoeliche\\_Leistungserbringung.pdf](https://www.aekwl.de/fileadmin/user_upload/aekwl/recht/goae/Artikel_Persoeliche_Leistungserbringung.pdf).
  - 16 129. Deutscher Ärztetag Beschlussprotokoll, Leipzig 27.– 30. Mai 2025, S. 142 ff, abrufbar unter [https://www.bundesaeztekammer.de/fileadmin/user\\_upload/BAEK/Aerztetag/129.DAET/2025-05-30\\_Beschlussprotokoll\\_129\\_DAEt.pdf](https://www.bundesaeztekammer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/Aerztetag/129.DAET/2025-05-30_Beschlussprotokoll_129_DAEt.pdf).
  - 17 Deutscher Hochschulverband Physician Assistant e.V. (DHPA), Website abrufbar unter <https://www.hochschulverband-pa.de/>.
  - 18 Huster, Stefan u.a., Kurzfassung des Gutachtens zur Rechtsstellung des Physician Assistant, 13. September 2023, abrufbar unter <https://www.hochschulverband-pa.de/wp-content/uploads/2024/01/DHPA-Rechtsgutachten-Teil-A-online.pdf>.
  - 19 [https://epetitionen.bundestag.de/petitionen/2022/05/27/Petition\\_134347/forum/Beitrag\\_771802.nc.html](https://epetitionen.bundestag.de/petitionen/2022/05/27/Petition_134347/forum/Beitrag_771802.nc.html)
  - 20 Veelken, Julian, Berufsverband der Deutschen Chirurgie e.V. (BDC), 1. März 2021, abrufbar unter <https://www.bdc.de/author/julian-veelken/#:~:text=Gleichzeitig%20werden%20die%20Physician%20Assistants%20deutlich%20geringer,%C3%A4rztlichen%20Dienst%20durch%20Physician%20Assistants%20zu%20substituieren.>
  - 21 Stürmer, Jonathan, Physician Assistant – eine kritische Betrachtung, Junge Ärztinnen und Ärzte, Landesärztekammer Hessen, Ausgabe 2/2022, abrufbar unter <https://www.laekh.de/heftarchiv/ausgabe/artikel/2022/februar-2022/physician-assistant-eine-kritische-betrachtung>.

## 2. Verortung des PA im Spektrum der Gesundheitsberufe (WD 8)

### 2.1. Gesundheitsberufe

Eine Definition des Begriffs der Gesundheitsberufe gibt es laut Bundesministerium für Gesundheit (**BMG**) nicht;<sup>22</sup> grundsätzlich werden darunter Berufe zusammengefasst, die im weitesten Sinne mit Gesundheit zu tun haben. Für einen Teil der Gesundheitsberufe ist die Ausbildung (und Ausübung) durch Gesetz (Bundes- oder Landesrecht) geregelt.<sup>23</sup>

Ein Beispiel für einen Gesundheitsberuf, der kein Heilberuf ist, stellen die medizinischen Fachangestellten (**MFA**) dar, deren Ausbildung durch das Berufsbildungsgesetz (BBiG)<sup>24</sup> und die darauf beruhende Verordnung<sup>25</sup> geregelt wird.

### 2.2. Heilkunde

Eine gesetzliche Definition der Heilkunde gibt es nur im „Gesetz über die berufsmäßige Ausübung der Heilkunde ohne Bestallung“ (**Heilpraktikergesetz – HeilprG**).<sup>26</sup> § 1 Abs. 1 HeilprG enthält einen Erlaubnisvorbehalt für Nichtärzte, die „Heilkunde“ ausüben.<sup>27</sup>

Heilkunde ist in § 1 Abs. 2 HeilprG sehr weit definiert als „jede berufs- oder gewerbsmäßig vorgenommene Tätigkeit zur Feststellung, Heilung oder Linderung von Krankheiten, Leiden oder Körperschäden bei Menschen“. Nach ständiger Rechtsprechung und verbreiteter Meinung in der Literatur muss der Heilkundebegriff verfassungskonform dahingehend ausgelegt werden, dass Heilkundenausübung jedenfalls immer dann vorliegt, wenn die Tätigkeit ärztliche oder medizinische Fachkenntnisse erfordert und die „Behandlung bei einer generalisierenden und typisierenden Be-

- 
- 22 Bundesministerium der Gesundheit, Gesundheitsberufe – Allgemein, 22. September 2025, abrufbar unter <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/gesundheitswesen/gesundheitsberufe/gesundheitsberufe-allgemein.html>.
- 23 Siehe allgemein zu Gesundheitsberufen: Wissenschaftliche Dienste des Deutschen Bundestages, Gesundheitsberufe in Deutschland, WD 9 – 3000 – 58/22, abrufbar unter <https://www.bundestag.de/resource/blob/914564/1d3bed098a2d08687bdf85e3be4b5d9e/WD-9-058-22-pdf.pdf>.
- 24 Berufsbildungsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 16. April 2025 (BGBl. 2025 I Nr. 117; 2025 I Nr. 129), zuletzt geändert durch Art. 9 des Gesetzes vom 28. Oktober 2025 (BGBl. 2025 I Nr. 259), darauf beruhend Verordnung über die Berufsausbildung zum Medizinischen Fachangestellten/zur Medizinischen Fachangestellten vom 26. April 2006 (BGBl. I S. 1097).
- 25 Verordnung über die Berufsausbildung zum Medizinischen Fachangestellten/zur Medizinischen Fachangestellten vom 26. April 2006 (BGBl. I S. 1097).
- 26 Heilpraktikergesetz in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 2122-2, veröffentlichten bereinigten Fassung, zuletzt geändert durch Art. 17e des Gesetzes vom 23. Dezember 2016 (BGBl. I S. 3191).
- 27 Nomos-BR/Haage HeilpraktikerG/Heinz Haage, 2. Aufl. 2013, HeilPraktG § 1 Rn. 1.

trachtungsweise der Tätigkeit gerade gesundheitliche Schäden verursachen kann“.<sup>28</sup> Es stellt sich vorliegend unter anderem die Frage, wie weit der PA (aktuell) in den Bereich der Heilkunde vordringen darf.<sup>29</sup>

### 2.3. Heilberufe

Die Heilberufe stellen einen Großteil der geregelten Gesundheitsberufe dar<sup>30</sup>. Zu den Heilberufen zählen neben den Ärzten, Zahnärzten und Tierärzten auch Heilpraktiker, Krankengymnasten/Physiotherapeuten, Hebammen und Heilmasseur sowie mit Einschränkungen die Diplompsychologen.<sup>31</sup> Es ist ein Kennzeichen der Heilberufe, dass sie einer durch eine spezifische Ausbildung erworbenen Berufszulassung bedürfen, vgl. § 1 Abs. 2 HeilprG.<sup>32</sup>

Das Berufsrecht unterscheidet insoweit außerdem zwischen Heilberufen, die eigenverantwortlich körperliche oder seelische Leiden behandeln dürfen (Arzt, Zahnarzt, Psychotherapeut, Heilpraktiker)<sup>33</sup>, und den „Heilhilfsberufen“ oder Gesundheitsfachberufen, die zur Krankenbehandlung grundsätzlich nur auf Grund ärztlicher Verordnung befugt sind:<sup>34</sup> *„Ähnlich vielfältig wie die Anzahl der Berufe selbst, deren Angehörige bei der Erbringung medizinischer Leistungen mitwirken, sind auch die Bezeichnungen, unter denen diese Berufe erfasst werden. Insoweit trifft man etwa auf die Begriffe „medizinische Assistenzberufe“, „Heilhilfsberufe“, „nicht-ärztliche Heilberufe“ oder „Medizinalfachberufe“, die häufig in weitere Kategorien wie „medizinisch-technische und therapeutische Berufe“ und „Pflegerberufe“ unterteilt werden.“*<sup>35</sup>

### 2.4. Ärzte

Ärzte bilden die am höchsten qualifizierte Gruppe der Heilberufe in der medizinischen Versorgung. Gemäß § 1 Abs. 1 S. 1 der Approbationsordnung für Ärzte (**ÄApprO**)<sup>36</sup> ist Ziel der ärztlichen Ausbildung „der wissenschaftlich und praktisch in der Medizin ausgebildete Arzt, der zur

---

28 Nomos-BR/Haage HeilpraktikerG/Heinz Haage, 2. Aufl. 2013, HeilPraktG § 1 Rn. 10 (mit Beispielen und weiteren Nachweisen: BVerwG, NJW 1973, 579; BVerwG, NJW 1959, 833; OVG NRW, MedR 2006, 487).

29 Claussen, Arne, Die Ausübung der Heilkunde durch den Physician Assistant (PA), RDG 2025, S. 11.

30 Im Einzelnen zur weiteren Unterscheidung der verschiedenen Gesundheitsberufe in Deutschland siehe Wissenschaftliche Dienste des Deutschen Bundestages, Gesundheitsberufe in Deutschland, WD 9 – 3000 – 58/22, abrufbar unter <https://www.bundestag.de/resource/blob/914564/1d3bed098a2d08687bdf85e3be4b5d9e/WD-9-058-22-pdf.pdf>.

31 MüKoBGB/Schäfer, 9. Aufl. 2024, PartGG § 1 Rn. 50.

32 MüKoBGB/Schäfer, 9. Aufl. 2024, PartGG § 1 Rn. 50-53.

33 Nomos-BR/Haage HeilpraktikerG/Heinz Haage, 2. Aufl. 2013, HeilPraktG § 1 Rn. 1.

34 MAH MedR/Kazemi/Goebel, 4. Aufl. 2026, § 15 Rn. 169 m.w.N.

35 Achterfeld, Claudia, Aufgabenverteilung im Gesundheitswesen – Rechtliche Rahmenbedingungen der Delegation ärztlicher Leistungen, S. 3, abrufbar unter <https://link.springer.com/book/10.1007/978-3-642-54666-2>.

36 Approbationsordnung für Ärzte vom 27. Juni 2002 (BGBl. I S. 2405), zuletzt geändert durch Art. 2 der Verordnung vom 7. Juni 2023 (BGBl. 2023 I Nr. 148).

eigenverantwortlichen und selbständigen ärztlichen Berufsausübung, zur Weiterbildung und zu ständiger Fortbildung befähigt ist.“ Die Approbation ist die staatliche Erlaubnis zur uneingeschränkten Ausübung der Heilkunde.

## 2.5. Spezifische Berufsgesetze, Beispiele und aktuelle Entwicklungen

Approbation oder die Erlaubnis zum Führen einer Berufsbezeichnung werden auf Antrag erteilt, der unter anderem den Nachweis erfordert, dass die gesetzlich geregelte Ausbildung oder das Studium abgeleistet und jeweils eine staatliche Prüfung bestanden wurde. Die Einzelheiten zur Ausbildung oder zum Studium und zur jeweiligen staatlichen Prüfung sind in den Approbationsordnungen beziehungsweise Studien-, Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen geregelt, die jeweils zu den entsprechenden Berufsgesetzen erlassen werden.<sup>37</sup>

Eine Orientierung (für neue Regelungen) könnten einige Beispiele<sup>38</sup> für durch Bundesgesetze geregelte Heilberufe darstellen:

### 2.5.1. Hebammen

Das Gesetz über das Studium und den Beruf von Hebammen (**Hebammengesetz - HebG**)<sup>39</sup> regelt die selbständige und umfassende Beratung, Betreuung und Beobachtung von Frauen während der Schwangerschaft, bei der Geburt, während des Wochenbetts und während der Stillzeit, die selbständige Leitung von physiologischen Geburten sowie die Untersuchung, Pflege und Überwachung von Neugeborenen und Säuglingen, § 1 HebG. Hier gibt es die Besonderheit, dass Hebammen gemäß § 4 Abs. 1 HebG neben Ärztinnen und Ärzten zur Leistung von Geburtshilfe berechtigt sind. § 4 Abs. 1 HebG enthält damit eine (partielle) Schwächung des Arztvorbehaltes.

Auf Landesebene finden sich darüber hinaus Regelungen in den jeweiligen **Landeshebammengesetzen, Berufsordnungen** und **Gebührenordnungen** (für Leistungen außerhalb der GKV). Die Gebühren für die Leistungen an Versicherte der GKV ergeben sich aus der Hebammen-Vergütungsvereinbarung.<sup>40</sup>

---

37 Bundesministerium für Gesundheit (BMG), abrufbar unter <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/gesundheitswesen/gesundheitsberufe/gesundheitsberufe-allgemein>.

38 Eine Übersicht findet sich auf der Seite des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG), abrufbar unter <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/gesundheitswesen/gesundheitsberufe/gesundheitsberufe-allgemein>.

39 Hebammengesetz vom 22. November 2019 (BGBl. I S. 1759), zuletzt geändert durch Art. 5 des Gesetzes vom 12. Dezember 2023 (BGBl. 2023 I Nr. 359), siehe auch Begründung im Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Hebammenausbildung und zur Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (Hebammenreformgesetz – Heb-RefG), Drs. [19/10612](#).

40 Anlage 1 des Vertrages über die Versorgung mit Hebammenhilfe nach § [134a](#) SGB V, abrufbar unter [https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/ambulante\\_leistungen/hebammen\\_geburtshaeuser/hebammenhilfevertrag/hebammenhilfevertrag.jsp](https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/ambulante_leistungen/hebammen_geburtshaeuser/hebammenhilfevertrag/hebammenhilfevertrag.jsp).

### 2.5.2. Notfallsanitäter

Das Gesetz über den Beruf der Notfallsanitäterin und des Notfallsanitäters (**Notfallsanitätergesetz - NotSanG**)<sup>41</sup> löste 2014 das Rettungsassistentengesetz (RettAssG)<sup>42</sup> von 1989 ab und ist ein Ausbildungs- und Berufszulassungsgesetz für einen nichtärztlichen Gesundheitsfachberuf.<sup>43</sup>

Zentrale Vorschrift des Gesetzes ist § 4 NotSanG, der das Ausbildungsziel regelt. Er unterscheidet zwischen Kompetenzen, die befähigen sollen, bestimmte Maßnahmen „eigenverantwortlich“ auszuführen, und solchen, die in die Lage versetzen sollen, bei der notfallmedizinischen Versorgung von Patientinnen und Patienten Aufgaben „im Rahmen der Mitwirkung“ wahrzunehmen.<sup>44</sup> Die „Übernahme heilkundlicher Tätigkeiten“ durch Notfallsanitäter ist hier in für den Patienten lebensgefährlichen Situationen ermöglicht:<sup>45</sup> Mit dem Inkrafttreten von Art. 12 des Gesetzes zur Reform der technischen Assistenzberufe in der Medizin (MTA-Reform-Gesetz) am 4. März 2021 wurde zur Erhöhung der Rechtssicherheit § 2a NotSanG geschaffen, der die eigenständige Ausübung der Heilkunde bis zum Eintreffen des Notarztes oder dem Beginn einer sonstigen ärztlichen Versorgung explizit regelt.<sup>46</sup>

### 2.5.3. Pflegeberufe

Gemäß § 1 des Gesetzes über die Pflegeberufe (**Pflegeberufegesetz - PflBG**)<sup>47</sup> bedarf ebenfalls der Erlaubnis, wer die Berufsbezeichnung „Pflegefachfrau“ oder „Pflegefachmann“ führen will. Personen mit einer Ausbildung nach Teil 3 PflBG führen die Berufsbezeichnung „Pflegefachfrau“ oder „Pflegefachmann“ mit dem akademischen Grad.

- 
- 41 Notfallsanitätergesetz vom 22. Mai 2013 (BGBl. I S. 1348), zuletzt geändert durch Art. 7c des Gesetzes vom 19. Juli 2023 (BGBl. 2023 I Nr. 197).
- 42 Gesetz über den Beruf der Rettungsassistentin und des Rettungsassistenten, vom 10. Juli 1989, Bundesgesetzblatt Teil I, 1989 Nr. 35 vom 14. Juli 1989.
- 43 Wissenschaftliche Dienste des Deutschen Bundestages, Das Berufsbild der Notfallsanitäterin und des Notfallsanitäters unter besonderer Berücksichtigung der Ausbildungszielbestimmung des § 4 Abs. 2 Nr. 2 Buchstabe c Notfallsanitätergesetz – Bundesrechtliche Vorgaben und Umsetzung in den Bundesländern, WD 9 - 3000 - 032/19, S. 12, abrufbar unter <https://www.bundestag.de/resource/blob/660578/WD-9-032-19-pdf.pdf>.
- 44 Wissenschaftliche Dienste des Deutschen Bundestages, Das Berufsbild der Notfallsanitäterin und des Notfallsanitäters unter besonderer Berücksichtigung der Ausbildungszielbestimmung des § 4 Abs. 2 Nr. 2 Buchstabe c Notfallsanitätergesetz, WD 9 - 3000 - 032/19, abrufbar unter <https://www.bundestag.de/resource/blob/660578/WD-9-032-19-pdf.pdf>.
- 45 Siehe im Einzelnen zur „Übernahme heilkundlicher Tätigkeiten“ die Gesetzesbegründung im Entwurf eines Gesetzes über den Beruf der Notfallsanitäterin und des Notfallsanitäters sowie zur Änderung weiterer Vorschriften, BT-Drs. 17/11689, insbesondere S. 21, abrufbar unter <https://dserver.bundestag.de/btd/17/116/1711689.pdf>.
- 46 Siehe auch: Wissenschaftliche Dienste des Deutschen Bundestages, Anwendung von Standard Operating Procedures durch Notfallsanitäter bei Verfügbarkeit eines Telenotarztdienstes, Kurzinformation vom 6. Juli 2021, WD 9 - 3000 - 069/21, abrufbar unter <https://www.bundestag.de/resource/blob/852954/WD-9-069-21-pdf.pdf>.
- 47 Pflegeberufegesetz vom 17. Juli 2017 (BGBl. I S. 2581), zuletzt geändert durch Art. 5 des Gesetzes vom 22. Dezember 2025 (BGBl. 2025 I Nr. 371).

Am 1. Januar 2026 ist das Gesetz zur Befugnisserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege<sup>48</sup> in Kraft getreten, mit Änderungen, die auch für die Diskussionen um die (zukünftige) Rechtsstellung und Befugnisse des PA relevant sein könnten. So wurde unter anderem § 4a neu in das PflBG eingeführt. Danach „sind Personen mit einer Erlaubnis nach § 1 PflBG zur **eigenverantwortlichen Heilkundeausübung** im Rahmen der dazu erworbenen staatlich geprüften, staatlich anerkannten oder staatlich festgestellten Kompetenzen befugt.“<sup>49</sup> In der Begründung des Gesetzentwurfes vom 8. September 2025<sup>50</sup> heißt es dazu: „Der Pflegeberuf ist ein Heilberuf mit eigenen beruflichen Kompetenzen“. Zugleich wurden mit dem Gesetz Änderungen im Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V)<sup>51</sup> vorgenommen<sup>52</sup>: In § 15a SGB V (und parallel in § 28 Abs. 5 Sozialgesetzbuch Elftes Buch, SGB XI<sup>53</sup>) wurde festgelegt, dass nun auch Pflegefachpersonen bestimmte Aufgaben der ärztlichen Behandlung eigenverantwortlich im Rahmen der leistungsrechtlichen Vorschriften erbringen dürfen (siehe auch Ziff. 6.2). Teilweise wird kritisch angemerkt, dass das Gesetz zur Befugnisserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege das Potenzial gehabt hätte, „Aussagen zu den zukünftigen Kompetenzen des PA zu treffen“, da „die partielle Übertragung der Heilkunde an Pflegefachpersonen erweitert und der Arztvorbehalt partiell aufgehoben“ wurde.<sup>54</sup> Im Bereich der Pflege wurde bereits in vorherigen Gesetzesänderungen die Bedeutung des Arztvorbehaltes diskutiert.<sup>55</sup>

## 2.6. Berufe in der Medizinischen Technologie (MT)

Durch das Gesetz über die Berufe in der medizinischen Technologie (MTBG)<sup>56</sup> sind vier verschiedene Berufe geregelt. Die konkreten Tätigkeitsfelder der MT für Laboratoriumsanalytik, MT für Funktionsdiagnostik, MT für Veterinärmedizin sowie MT für Radiologie (§ 1 MTBG) sind in den

- 
- 48 Gesetz zur Befugnisserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege vom 22. Dezember 2025, BGBl. 2025 I Nr. 371 vom 29. Dezember 2025.
- 49 Gesetz zur Befugnisserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege vom 22. Dezember 2025, BGBl. 2025 I Nr. 371 vom 29. Dezember 2025, Art. 5 Änderung des Pflegeberufgesetzes.
- 50 Gesetzentwurf der Bundesregierung, Entwurf eines Gesetzes zur Befugnisserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege, S. 70 BT-Drs. 21/1511, abrufbar unter <https://dserver.bundestag.de/btd/21/015/2101511.pdf>.
- 51 Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) - Gesetzliche Krankenversicherung, Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), zuletzt geändert durch Art. 8 des Gesetzes vom 3. Februar 2026 (BGBl. 2026 I Nr. 28).
- 52 Gesetz zur Befugnisserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege vom 22. Dezember 2025, BGBl. 2025 I Nr. 371 vom 29. Dezember 2025, Art. 5 Änderung des Pflegeberufgesetzes.
- 53 Sozialgesetzbuch (SGB) - Elftes Buch (XI) - Soziale Pflegeversicherung, Art. 1 des Gesetzes vom 26. Mai 1994, BGBl. I S. 1014, 1015, zuletzt geändert durch Art. 2 des Gesetzes vom 22. Dezember 2025 (BGBl. 2025 I Nr. 371).
- 54 Claussen, Arne, Die Ausübung der Heilkunde durch den Physician Assistant (PA), RDG 2025, S. 16.
- 55 Vgl. Siefarth, Thorsten, Mehr Befugnisse für Pflegekräfte bei häuslicher Krankenpflege: Arztvorbehalt in Gefahr? GuP 2022, S. 213.
- 56 MT-Berufe-Gesetz vom 24. Februar 2021 (BGBl. I S. 274), geändert durch Artikel 7 des Gesetzes vom 12. Dezember 2023 (BGBl. 2023 I Nr. 359).

---

§§ 5 sowie 9-12 MTBG geregelt und betreffen weitestgehend technische Diagnostik und Analyseverfahren. Es handelt sich um einen Ausbildungsberuf, auf welchen das Berufsbildungsgesetz jedoch keine Anwendung findet, § 7 MTBG.

### 3. Übertragung von Aufgaben durch Ärzte (WD 8)

#### 3.1. Grundsatz der persönlichen Leistungserbringung und Arztvorbehalt

Der Grundsatz der persönlichen Leistungserbringung ist ein prägendes Merkmal für das Berufsbild des Arztes, sowohl in der vertrags-, als auch in der privatärztlichen Versorgung.<sup>57</sup> Die persönliche Leistungspflicht des Arztes enthält zunächst ein Verbot der Übertragung auf Dritte (vgl. auch § 613 S. 1 BGB<sup>58</sup>).<sup>59</sup> Allgemeine gesetzliche Normierungen zum Arztvorbehalt finden sich in § 15 Abs. 1 SGB V und § 28 Abs. 1 SGB V, die diesen für den Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung regeln. Gemäß § 15 Abs. 1 S. 1 SGB V sind „ärztliche Behandlungen von Ärzten“ zu erbringen.<sup>60</sup> Auch § 15 Abs. 1 des zwischen KBV und GKV-Spitzenverband vereinbarten Bundesmantelvertrages-Ärzte (BMV-Ä)<sup>61</sup> regelt, dass jeder an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Arzt verpflichtet ist, die vertragsärztliche Tätigkeit persönlich auszuüben.

Gegenüber Privatversicherten gilt grundsätzlich ebenfalls das Prinzip der persönlichen Leistungserbringung: Gemäß § 4 Abs. 2 der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)<sup>62</sup> können Gebühren nur für selbstständige ärztliche Leistungen, die der Arzt selbst erbracht hat oder die unter seiner Aufsicht nach fachlicher Weisung erbracht wurden, als sog. eigene Leistungen erhoben werden. Darüber hinaus gibt es speziell normierte Arztvorbehalte in einzelnen Gesetzen, wie etwa §§ 218 ff. Strafgesetzbuch (StGB)<sup>63</sup> zum Schwangerschaftsabbruch, § 24 Infektionsschutzgesetz (IfSG)<sup>64</sup> zur

---

57 Siehe Steinhilper, Gernot, Persönliche Leistungserbringung, in: Heidelberger Kommentar Arztrecht, Krankenhausrecht, Medizinrecht, Ordnungsziffer 4060, Rn. 1.

58 Bürgerliches Gesetzbuch in der Fassung der Bekanntmachung vom 2. Januar 2002 (BGBl. I S. 42, 2909; 2003 I S. 738), das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 29. März 2026 (BGBl. 2026 I Nr. 83) geändert worden ist.

59 BeckOK BGB/Katzenmeier BGB § 630b Rn. 4, m.w.N.

60 „...so weit nicht in Modellvorhaben nach § 63 Absatz 3c in der bis zum 29. Dezember 2025 geltenden Fassung oder in § 15a etwas anderes bestimmt ist“ ist der Wortlaut der geänderten Fassung, siehe Gesetz zur Befugnisserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege vom 22. Dezember 2025, BGBl. 2025 I Nr. 371 vom 29. Dezember 2025, abrufbar unter <https://www.recht.bund.de/bgbl/1/2025/371/VO.html>.

61 Bundesmantelvertrag – Ärzte vom 1. April 2025, abrufbar unter <https://www.kbv.de/documents/info-thek/rechtsquellen/bundesmantelvertrag/bmv-aerzte.pdf>.

62 Gebührenordnung für Ärzte in der Fassung der Bekanntmachung vom 9. Februar 1996 (BGBl. I S. 210), zuletzt geändert durch Artikel 3b des Gesetzes vom 19. Juli 2023 (BGBl. 2023 I Nr. 197).

63 Strafgesetzbuch in der Fassung der Bekanntmachung vom 13. November 1998 (BGBl. I S. 3322), zuletzt geändert durch Artikel 1 des Gesetzes vom 20. März 2026 (BGBl. 2026 I Nr. 95).

64 Infektionsschutzgesetz vom 20. Juli 2000 (BGBl. I S. 1045), zuletzt geändert durch Artikel 3 Absatz 1 des Gesetzes vom 4. März 2026 (BGBl. 2026 I Nr. 60).

---

Feststellung übertragbarer Krankheiten, §§ 9, 11 Embryonenschutzgesetz (ESchG)<sup>65</sup> zu künstlicher Befruchtung und Präimplantationsdiagnostik, § 13 Abs. 1 Betäubungsmittelgesetz (BtMG)<sup>66</sup> sowie § 48 Arzneimittelgesetz (AMG)<sup>67</sup>, die explizit die medizinisch sensiblen Bereiche besonders schützen.<sup>68</sup>

Die Musterberufsordnung für Ärzte (**MBO**)<sup>69</sup> regelt in § 19 Abs. 1: „*Ärztinnen und Ärzte müssen die Praxis persönlich ausüben. Die Beschäftigung ärztlicher Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Praxis setzt die Leitung der Praxis durch die niedergelassene Ärztin oder den niedergelassenen Arzt voraus.*“ Eine genauere Ausführung findet sich hier nicht.

Trotz dieser Grundsätze und spezifischen Normen ist jedoch allgemein anerkannt, dass Ärzte bestimmte Aufgaben innerhalb bestimmter Grenzen an ärztliche und nichtärztliche Mitarbeiter übertragen können. Die generelle Möglichkeit der Übertragung von Aufgaben durch Ärzte ist für den Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung neben § 15 Abs. 1 S. 2 SGB V in § 28 Abs. 1 S. 2 SGB V angelegt: „*Zur ärztlichen Behandlung gehört auch die Hilfeleistung anderer Personen, die von dem Arzt angeordnet und von ihm zu verantworten ist.*“ Für die Liquidationsfähigkeit von Leistungen, die zugunsten Privatversicherter erbracht werden, enthält § 4 Abs. 2 GOÄ die Möglichkeit, Leistungen durch ärztliche und nichtärztliche Vertreter erbringen zu lassen, sofern diese der Aufsicht und fachlichen Weisung des Arztes unterstehen.

Hierbei handelt es sich um die gesetzlich eröffnete Möglichkeit einer Übertragung ärztlicher Aufgaben, die aktuell (unter bestimmten Voraussetzungen, siehe unter 3.2.) auch auf PAs als „nicht-ärztliches Personal“ Anwendung finden.<sup>70</sup> Allerdings ist zur Beantwortung der Frage, ob – und wenn ja welche – Aufgaben Ärzte an PAs übertragen können, zunächst die Klärung der teilweise uneinheitlich verwendeten Begriffe der Delegation bzw. Substitution<sup>71</sup> erforderlich.

---

65 Embryonenschutzgesetz vom 13. Dezember 1990 (BGBl. I S. 2746), zuletzt geändert durch Artikel 1 des Gesetzes vom 21. November 2011 (BGBl. I S. 2228).

66 Betäubungsmittelgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 1. März 1994 (BGBl. I S. 358), zuletzt durch Artikel 1 der Verordnung vom 19. Dezember 2025 (BGBl. 2025 I Nr. 365).

67 Arzneimittelgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 12. Dezember 2005 (BGBl. I S. 3394), zuletzt geändert durch Art. 2 des Gesetzes vom 23. Oktober 2024 (BGBl. 2024 I Nr. 324), § 48.

68 Abanador, Michelle, Die Zulässigkeit der Substitution ärztlicher Leistungen durch Leistungen nichtärztlichen Pflegepersonals, Zugleich ein Beitrag zu § 63 Abs. 3c SGB V, 2011, S. 49.

69 (Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte - MBO-Ä 1997 - in der Fassung der Beschlüsse des 114. Deutschen Ärztetages 2011 in Kiel, abrufbar unter [https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user\\_upload/old-files/downloads/MBO\\_08\\_20112.pdf](https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/old-files/downloads/MBO_08_20112.pdf).

70 Spickhoff/Nebendahl, 4. Aufl. 2022, SGB V § 28 Rn. 9.

71 Wissenschaftliche Dienste des Deutschen Bundestages, Das Berufsbild der Notfallsanitäterin und des Notfallsanitäters unter besonderer Berücksichtigung der Ausbildungszielbestimmung des § 4 Abs. 2 Nr. 2 Buchstabe c Notfallsanitätergesetz, WD 9 - 3000 - 032/19, S. 18, abrufbar unter <https://www.bundestag.de/resource/blob/660578/WD-9-032-19-pdf.pdf>.

### 3.2. Delegation

Eine Legaldefinition für Delegation oder gesetzliche Kriterien für die Delegationsfähigkeit ärztlicher Tätigkeiten existieren bislang nicht.<sup>72</sup> Nach einer in der Literatur soweit ersichtlich überwiegend vertretenen Auffassung<sup>73</sup> handelt es sich bei der Delegation um die „Übertragung der Durchführungskompetenz zur Ausübung heilkundiger Tätigkeiten insbesondere auf nichtärztliches Personal“<sup>74</sup>. Eine Delegation erfordert stets eine gesonderte ärztliche Anordnung und Überwachung und hat unter ärztlicher Verantwortung zu erfolgen<sup>75</sup>. Die Entscheidungshoheit über die Durchführung der übertragenen Behandlungsmaßnahme – das „Ob“ – verbleibt im Falle der Delegation beim Arzt, während die Durchführungsverantwortung – das „Wie“ – auf den Delegationsempfänger übergeht<sup>76</sup>. Auch wenn die Anordnungs- und Überwachungsbefugnis sowie die Verantwortung hierfür bei dem anordnenden Arzt als delegierender Person verbleiben, erfüllt der Delegationsempfänger die an ihn delegierten Aufgaben gleichwohl selbstständig<sup>77</sup>. Von der Delegation zu unterscheiden sind reine Assistenz Tätigkeiten, bei denen das nichtärztliche Personal an der Seite des Arztes lediglich untergeordnete Aufgaben und Handreichungen übernimmt, ohne eigenständige Kompetenzen hinsichtlich der Frage der Durchführung zu haben<sup>78</sup>. Die Abgrenzung zwischen Delegation und Assistenz kann im Einzelfall Schwierigkeiten bereiten<sup>79</sup>.

---

72 BeckOK BGB/Katzenmeier BGB § 630b Rn. 5, m.w.N.

73 Vgl. etwa Steinhilper, Gernot, Persönliche Leistungserbringung, in: Heidelberger Kommentar Arztrecht, Krankenhausrecht, Medizinrecht, Ordnungsziffer 4060, Rn. 81; Reuther, Christian, Delegation ärztlicher Leistungen, in: Heidelberger Kommentar Arztrecht, Krankenhausrecht, Medizinrecht, Ordnungsziffer 1360, Rn. 3; Achterfeld, Claudia, Aufgabenverteilung im Gesundheitswesen – Rechtliche Rahmenbedingungen der Delegation ärztlicher Leistungen, S. 3, abrufbar unter <https://link.springer.com/book/10.1007/978-3-642-54666-2>.

74 Steinhilper, Gernot, Persönliche Leistungserbringung, in: Heidelberger Kommentar Arztrecht, Krankenhausrecht, Medizinrecht, Ordnungsziffer 4060, Rn. 81; Reuther, Christian, Delegation ärztlicher Leistungen, in: Heidelberger Kommentar Arztrecht, Krankenhausrecht, Medizinrecht, Ordnungsziffer 1360, Rn. 3; Achterfeld, Claudia, Aufgabenverteilung im Gesundheitswesen – Rechtliche Rahmenbedingungen der Delegation ärztlicher Leistungen, S. 3, abrufbar unter <https://link.springer.com/book/10.1007/978-3-642-54666-2>.

75 Vgl. Laufs/Katzenmeier/Lipp ArztR/Katzenmeier, 8. Aufl. 2021, [Rn. 57](#); Achterfeld, Claudia, Aufgabenverteilung im Gesundheitswesen – Rechtliche Rahmenbedingungen der Delegation ärztlicher Leistungen, S. 3, abrufbar unter <https://link.springer.com/book/10.1007/978-3-642-54666-2>; Hanika, Heinrich, Pflegerecht und Patientensicherheit im Lichte der Delegations-, Substitutions- und Allokationsdiskussionen, in: Pflege Recht (PflR) 2009, S. 372 (373).

76 Vgl. Steinhilper, Gernot, Persönliche Leistungserbringung, in: Heidelberger Kommentar Arztrecht, Krankenhausrecht, Medizinrecht, Ordnungsziffer 4060, Rn. 81.

77 Abanador, Michelle, Die Zulässigkeit der Substitution ärztlicher Leistungen durch Leistungen nichtärztlichen Pflegepersonals, zugleich ein Beitrag zu § 63 Abs. 3c SGB V, 2011, S. 24. Spickhoff/Seibl, Haftungsrechtliche Aspekte der Delegation ärztlicher Leistungen an nichtärztliches Medizinpersonal unter besonderer Berücksichtigung der Anästhesie, in: Medizinrecht (MedR) 2008, S. 463 (463).

78 Vgl. Achterfeld, Aufgabenverteilung im Gesundheitswesen – Rechtliche Rahmenbedingungen der Delegation ärztlicher Leistungen, S. 3; Abanador, Michelle, Die Zulässigkeit der Substitution ärztlicher Leistungen durch Leistungen nichtärztlichen Pflegepersonals, zugleich ein Beitrag zu § 63 Abs. 3 c SGB V, 2011, S. 25.

79 Vgl. hierzu näher Abanador, Michelle, Die Zulässigkeit der Substitution ärztlicher Leistungen durch Leistungen nichtärztlichen Pflegepersonals, zugleich ein Beitrag zu § 63 Abs. 3 c SGB V, 2011, S. 25 ff.

Dem gesetzlichen Auftrag in § 28 Abs. 1 SGB V<sup>80</sup> folgend haben die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) eine Vereinbarung über die Delegation ärztlicher Leistungen an nichtärztliches Personal in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung als Anlage 24 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) vom 1. Oktober 2013 geschlossen.<sup>81</sup> Die Anlage enthält einen Beispielkatalog für delegierbare Leistungen, die sich primär auf die Delegation von Aufgaben an MFA richtet. Die geforderte Qualifikation kann demnach jedoch „auch durch den Abschluss einer vergleichbaren medizinischen / heilberuflichen Ausbildung nachgewiesen werden“. Ob dies auch auf den PA zutrifft, wird nicht einheitlich beurteilt.<sup>82</sup> Darüber hinaus enthält Anlage 8 zum BMV-Ä eine sogenannte Delegationsvereinbarung, die speziell Leistungen in Pflegeheimen oder Hausarztpraxen betrifft.<sup>83</sup>

Im aktuellen Schrifttum werden als **im Einzelfall delegationsfähig** angesehen: radiologische Leistungen wie die Herstellung eines Röntgenbildes, EKG- und EEG-Leistungen (nicht aber ein Belastungs-EKG), Injektionen und Blutabnahmen an diesbezüglich ausgebildete Fachangestellte.<sup>84</sup> Als **grundsätzlich delegationsfähig** werden erachtet: Laborleistungen (mit bestimmten Ausnahmen), physikalisch-medizinische Leistungen, Wechsel einfacher Verbände, Dauerkatheterwechsel, Ton- und Sprachaudiometrie sowie damit vergleichbare Messverfahren.<sup>85</sup>

In der spezifisch **hausärztlichen Versorgung** werden laut einer Studie der Bertelsmann Stiftung<sup>86</sup> leicht standardisierbare, routinenahе Tätigkeiten als delegierbar angesehen: technische Diagnostik (Elektrokardiogramm, Langzeitparameter, Spirometrie), geriatrische Assessments und

---

80 „Zur ärztlichen Behandlung gehört auch die Hilfeleistung anderer Personen, die von dem Arzt angeordnet und von ihm zu verantworten ist. Die Partner der Bundesmantelverträge legen für die ambulante Versorgung beispielhaft fest, bei welchen Tätigkeiten Personen nach Satz 2 ärztliche Leistungen erbringen können und welche Anforderungen an die Erbringung zu stellen sind. Der Bundesärztekammer ist Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben“, § 28 Abs. 1 S. 2 und 3 SGB V.

81 Vereinbarung über die Delegation ärztlicher Leistungen an nichtärztliches Personal in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 28 Abs. 1 S. 3 SGB V vom 1. Oktober 2013 als Anlage 24 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä), abrufbar unter [https://www.kbv.de/documents/infothek/rechtsquellen/bundesmantelvertrag/anlage-24-delegation/24\\_Delegation.pdf](https://www.kbv.de/documents/infothek/rechtsquellen/bundesmantelvertrag/anlage-24-delegation/24_Delegation.pdf).

82 Claussen, Arne, Die Ausübung der Heilkunde durch den Physician Assistant (PA), RDG 2025, S. 12.

83 Vereinbarung über die Erbringung ärztlich angeordneter Hilfeleistungen in der Häuslichkeit der Patienten, in Alten- oder Pflegeheimen oder in anderen beschützenden Einrichtungen gem. § 28 Abs. 1 S. 2 SGB V oder in hausärztlichen Praxen (Delegations-Vereinbarung) vom 17. März 2009 in der Fassung vom 6. Januar 2022, abrufbar unter [https://www.bundesaeztekammer.de/fileadmin/user\\_upload/BAEK/Gesundheitsfachberufe/Delegationsvereinbarung\\_Anlage-8\\_BMV\\_AE\\_Stand\\_06-01-2022.pdf](https://www.bundesaeztekammer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/Gesundheitsfachberufe/Delegationsvereinbarung_Anlage-8_BMV_AE_Stand_06-01-2022.pdf).

84 MAH MedR/Feifel, 4. Aufl. 2026, § 1 Rn. 650.

85 MAH MedR/Feifel, 4. Aufl. 2026, § 1 Rn. 650.

86 Hildebrandt, Helmut u.a., Delegation im Praxisteam: Ein starker Hebel für die Sicherung der Versorgung, Potenzialanalyse zum Einsatz weitergebildeter und akademisierter Praxisassistentenberufe in der hausärztlichen Versorgung, Bertelsmann Stiftung, März 2026, S. 10, abrufbar unter [https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/user\\_upload/BSt-Studie\\_Delegation\\_Potenzialanalyse\\_final.pdf](https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/user_upload/BSt-Studie_Delegation_Potenzialanalyse_final.pdf).

Chronikerkontrollen, DMP-Dokumentation<sup>87</sup> und verlaufsorientierte Untersuchungen, Hausbesuche und aufsuchende Versorgung sowie administrative Tätigkeiten wie Dokumentation und Koordination.<sup>88</sup>

Konsens besteht indessen darüber, dass es einen **Kernbereich ärztlicher Tätigkeiten**<sup>89</sup> gibt, der nicht delegierbar ist.<sup>90</sup> Hierzu zählen Anamnese, Indikationsstellung, Untersuchung des Patienten einschließlich invasiver diagnostischer Leistungen, Diagnose, Entscheidung über Therapie und Durchführung invasiver Maßnahmen sowie operativer Eingriffe.<sup>91</sup> Darüber hinaus werden im Schrifttum als genuine ärztliche Leistungen genannt: die ärztliche Aufklärung, insbesondere die Risikoaufklärung, invasive diagnostische Eingriffe wie eine Kontrastmittelinjektion sowie Entscheidungen über sämtliche therapeutische Maßnahmen.<sup>92</sup>

Der BGH forderte in einer Grundsatzentscheidung eine persönliche Tätigkeit des Arztes dort, wo die betreffende Tätigkeit *„gerade dem Arzt eigene Kenntnisse und Kunstfertigkeiten voraussetzt“*.<sup>93</sup> Diese allgemeine Formulierung vermöge Rechtsklarheit und Rechtssicherheit allerdings „schwerlich zu verbürgen“, wird im Schrifttum kritisch angemerkt.<sup>94</sup>

- 
- 87 Disease-Management-Programme (DMP) sind Behandlungsprogramme für Menschen mit chronischen Erkrankungen, siehe Website des G-BA, abrufbar unter <https://www.g-ba.de/themen/disease-management-programme/>.
- 88 Hildebrandt, Helmut u.a. Delegation im Praxisteam: Ein starker Hebel für die Sicherung der Versorgung, Potenzialanalyse zum Einsatz weitergebildeter und akademisierter Praxisassistentenberufe in der hausärztlichen Versorgung, Bertelsmann Stiftung, März 2026, S. 10, abrufbar unter [https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/user\\_upload/BSt-Studie\\_Delegation\\_Potenzialanalyse\\_final.pdf](https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/user_upload/BSt-Studie_Delegation_Potenzialanalyse_final.pdf).
- 89 Hier differenziert bereits zum Begriff der „ärztlichen Tätigkeit“ Bohne, Kerstin, Delegation ärztlicher Tätigkeiten, 2012, S. 14 ff.
- 90 BeckOK BGB, Hau/Poseck, 77. Edition Stand: 1. Februar 2026, Katzenmeier BGB § 630b Rn. 6, m.w.N.; Springer, Sebastian u.a., Ärztliche Delegation an Physician Assistants (PA): Organisationsverschulden als Primärrisiko in haftungsrelevanten Grenzfällen, 16. Januar 2026, abrufbar unter <https://www.thieme-connect.de/products/ejournals/pdf/10.1055/a-2763-5405.pdf>.
- 91 BeckOK BGB, Hau/Poseck 77. Edition Stand: 1. Februar 2026, Katzenmeier BGB § 630b Rn. 6, m.w.N.; Stöhr, Karlheinz, Delegation und Substitution: Haftet der Arzt für alles und jeden? Arbeitsgemeinschaft Rechtsanwälte im Medizinrecht e. V. (Hrsg.), Delegation und Substitution – Wenn der Pfleger den Doktor ersetzt..., S. 105 (111, 112).§ 2 der Vereinbarung über die Delegation ärztlicher Leistungen an nichtärztliches Personal in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 28 Abs. 1 S. 3 SGB V vom 1. Oktober 2013 als Anlage 24 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä), abrufbar unter [https://www.kbv.de/documents/infothek/rechtsquellen/bundesmantelvertrag/anlage-24-delegation/24\\_Delegation.pdf](https://www.kbv.de/documents/infothek/rechtsquellen/bundesmantelvertrag/anlage-24-delegation/24_Delegation.pdf).
- 92 MAH MedR/Feifel, 4. Aufl. 2026, § 1 Rn. 650.
- 93 BGH, Urteil vom 24. 6. 1975 - VI ZR 72/74, NJW 1975, 2245.
- 94 BeckOK BGB, Hau/Poseck 77. Edition Stand 1. Februar 2026, Katzenmeier BGB § 630b Rn. 6, m.w.N.; Gerst, Thomas, Delegation und Substitution: Wer wann wo behandeln darf, Deutsches Ärzteblatt, Ausgabe 10/2015 abrufbar unter <https://www.aerzteblatt.de/archiv/delegation-und-substitution-wer-wann-wo-behandeln-darf-38c549ae-de4f-4da5-b1af-ba10e9f01eef>.

### 3.3. Substitution

Von der Delegation zu unterscheiden ist die gesetzlich ebenfalls nicht definierte Substitution ärztlicher Leistungen<sup>95</sup>. Auch bei der Substitution übernimmt das nichtärztliche Personal eine medizinische Maßnahme, deren Ausübung im Grunde dem Arzt vorbehalten wäre. Während im Rahmen der Delegation lediglich die Durchführungsverantwortung für die übertragene Tätigkeit – das „Wie“ – auf das nichtärztliche Personal übertragen wird, erfolgt im Rahmen der Substitution eine originäre Zuweisung der ursprünglich ärztlichen Leistung an das nichtärztliche Personal.<sup>96</sup> Dieses handelt folglich nicht mehr auf ärztliche Weisung, sondern anstelle des Arztes.<sup>97</sup> Damit obliegt dem Nichtmediziner im Rahmen der Substitution nicht nur die Entscheidung über das „Wie“, sondern auch die Entscheidungsprärogative über das „Ob“ einer heilkundlichen Maßnahme.<sup>98</sup> Unter Substitution ist folglich die selbstständige, eigenverantwortliche und somit autonome Wahrnehmung heilkundlicher Aufgaben durch nichtärztliches Personal zu verstehen.<sup>99</sup>

Allerdings ist darauf hinzuweisen, dass unterschiedliche Begrifflichkeiten teilweise eine Trennschärfe erschweren. So wird im Schrifttum ebenfalls vertreten, dass es sich bei dem „ökonomischen Begriff der vertikalen Substitution an sich um das Pendant zum juristischen Ausdruck der Delegation“ handle, im medizinisch-pflegewissenschaftlichen Diskurs jedoch um die „vollstän-

- 
- 95 Steinhilper, Gernot, Persönliche Leistungserbringung, in: Heidelberger Kommentar Arztrecht, Krankenhausrecht, Medizinrecht, Ordnungsziffer 4060, Rn. 83; Reuther, Christian, Delegation ärztlicher Leistungen, in: Heidelberger Kommentar Arztrecht, Krankenhausrecht, Medizinrecht, Ordnungsziffer 1360, Rn. 4; Achterfeld, Claudia, Aufgabenverteilung im Gesundheitswesen – Rechtliche Rahmenbedingungen der Delegation ärztlicher Leistungen, S. 4.
- 96 Vgl. Bonvie, Delegation und Substitution: Berufsrechtliche Sicht, in: Arbeitsgemeinschaft Rechtsanwälte im Medizinrecht e. V. (Hrsg.), Delegation und Substitution – Wenn der Pfleger den Doktor ersetzt..., S. 17 (17); Achterfeld, Aufgabenverteilung im Gesundheitswesen – Rechtliche Rahmenbedingungen der Delegation ärztlicher Leistungen, S. 4; Hanika, Heinrich, Pflegerecht und Patientensicherheit im Lichte der Delegations-, Substitutions- und Allokationsdiskussionen, in: PflR 2009, S. 372 (373).
- 97 Abanador, Michelle, Die Zulässigkeit der Substitution ärztlicher Leistungen durch Leistungen nichtärztlichen Pflegepersonals. Zugleich ein Beitrag zu §63 Abs. 3 c SGB V, 2011, S. 24; Achterfeld, Aufgabenverteilung im Gesundheitswesen – Rechtliche Rahmenbedingungen der Delegation ärztlicher Leistungen, S. 4.
- 98 Vgl. Steinhilper, Gernot, Persönliche Leistungserbringung, in: Heidelberger Kommentar Arztrecht, Krankenhausrecht, Medizinrecht, Ordnungsziffer 4060, Rn. 83; Achterfeld, Aufgabenverteilung im Gesundheitswesen – Rechtliche Rahmenbedingungen der Delegation ärztlicher Leistungen, S. 4; Stöhr, Karlheinz, Delegation und Substitution: Haftet der Arzt für alles und jeden? Arbeitsgemeinschaft Rechtsanwälte im Medizinrecht e. V. (Hrsg.), Delegation und Substitution – Wenn der Pfleger den Doktor ersetzt..., S. 105 (111).
- 99 Vgl. Steinhilper, Gernot, Persönliche Leistungserbringung, in: Heidelberger Kommentar Arztrecht, Krankenhausrecht, Medizinrecht, Ordnungsziffer 4060, Rn. 83; Abanador, Michelle, Die Zulässigkeit der Substitution ärztlicher Leistungen durch Leistungen nichtärztlichen Pflegepersonals, Zugleich ein Beitrag zu §63 Abs. 3 c SGB V, 2011, S. 24.

dige und dauerhafte Überführung vormals ärztlicher Tätigkeiten in den Verantwortungsbereich der substituierenden nichtärztlichen Berufsgruppe“.<sup>100</sup> In der Literatur wird vertreten, dass nach geltendem Recht kein PA-Einsatz im Rahmen der Substitution möglich sei.<sup>101</sup>

### 3.4. Eingeschränkte oder Teil-Substitution

Die Begrifflichkeit der eingeschränkten, partiellen oder Teil-Substitution ärztlicher Tätigkeit wird soweit ersichtlich nicht einheitlich verwendet.

Ein Beispiel könnten die Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3c SGB V (aF) sein, durch welche bestimmte ärztliche Tätigkeiten auf ausgebildete Pflegekräfte zur selbstständigen Ausübung übertragen wurden: Die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (**G-BA**) über die Festlegung ärztlicher Tätigkeiten zur Übertragung auf Berufsangehörige der Alten- und Krankenpflege zur selbstständigen Ausübung von Heilkunde im Rahmen von Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3c SGB V (**Heilkundeübertragungsrichtlinie**)<sup>102</sup> enthält einen abschließenden Katalog von ärztlichen Tätigkeiten, die im Rahmen von Modellvorhaben auf Berufsangehörige der Kranken- und Altenpflege zur selbstständigen Ausübung von Heilkunde übertragen werden können. Allerdings ist auch hier eine Übertragung von ärztlichen Tätigkeiten auf Pflegepersonal nur dann möglich, wenn bereits eine ärztliche Diagnose und Indikationsstellung vorliegt, an welche die Pflegefachpersonen gebunden sind.<sup>103</sup> Insofern besteht auch hier gerade **keine umfassende Übernahme der Verantwortung** durch Pflegepersonal im Sinne einer vollständigen Substitution eines gesamten Aufgabenkreises (vgl. dazu auch unten Ziff. 6.2).

Teilweise wird im Bereich der PAs insofern eine Regelung der „eingeschränkten Substitution“ dahingehend für sinnvoll erachtet, dass „*mit Ausnahme chronisch Erkrankter stets eine vorgelagerte ärztliche Diagnose sowie Indikationsstellung bei gefahrgeneigter Tätigkeit erforderlich*“ seien.<sup>104</sup> Andererseits wird in diesem Kontext angemerkt, dass eine Unterscheidung zwischen Teilsubstitution und Delegation eigentlich redundant sei, da bei einer partiellen Substitution weiterhin ein Arzt beteiligt sei und nur nachgeordnete Aufgaben von Nichtmedizern erledigt würden.<sup>105</sup>

---

100 Bohne, Kerstin, Delegation ärztlicher Tätigkeiten, 2012, S. 14.

101 Haerter, Friederike, Rechtsstellung und Bedeutung des Physician Assistant, Dissertation, 2017, S. 119.

102 Richtlinie nach § 63 Abs. 3c 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 nach § 63 Abs. 3c SGB V in der Fassung vom 20. Oktober 2011 veröffentlicht im Bundesanzeiger Nr. 46 (S. 1 128) vom 21. März 2012 und Nr. 50 (S. 1 228) vom 28. März 2012 in Kraft getreten am 22. März 2012, abrufbar unter <https://www.g-ba.de/richtlinien/77/>.

103 Siehe § 3 Abs. 1 S. 1 der Richtlinie nach § 63 Abs. 3c 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 nach § 63 Abs. 3c SGB V, abrufbar unter <https://www.g-ba.de/richtlinien/77/>.

104 Haerter, Friederike, Rechtsstellung und Bedeutung des Physician Assistant, Dissertation 2017, S-105.

105 Claussen, Arne, Die Ausübung der Heilkunde durch den Physician Assistant (PA), RDG 2025, S. 16.

#### 4. Haftungs-, versicherungs- und strafrechtliche Aspekte (WD 7)

##### 4.1. Zivilrechtliche Haftungsverteilung zwischen Arzt, Einrichtung und PA

###### 4.1.1. Grundsätzliche Konstellation

Primärer Haftungsschuldner eines Patienten wegen einer im Rahmen einer medizinischen Behandlung erlittenen Schädigung ist grundsätzlich der Vertragspartner des bestehenden Behandlungsvertrags, der Behandelnde (§§ 630a, 280 BGB). Wer dies ist, lässt sich nur im jeweiligen Einzelfall beurteilen. Wird ein Patient etwa in der Praxis eines Einzelarztes behandelt, wird im Regelfall der Arzt selbst der Vertragspartner und damit auch potenzieller Anspruchsgegner sein, während das in der Praxis eingesetzte Personal dem Patienten nicht unmittelbar vertraglich haftet. Erfolgt die Behandlung in einer größeren Gesundheitseinrichtung, wird in der Regel deren Träger Vertragspartner des Patienten sein. Auch hier können dann keine unmittelbaren vertraglichen Schadensersatzsprüche des Patienten gegen die einzelnen Mitarbeiter der Gesundheitseinrichtung bestehen, unabhängig davon, in welcher Funktion sie tätig sind – sie gelten rechtlich als bloße Erfüllungsgehilfen (§ 278 BGB).<sup>106</sup> Dies dürfte mithin auch für PAs gelten.

Neben den vertraglichen Ansprüchen sind auch deliktische Ansprüche denkbar, also gesetzliche Schadensersatzansprüche wegen der rechtswidrigen Verletzung von Rechtsgütern (§§ 823 ff. BGB). Wegen des Gleichlaufprinzips läuft diese Deliktshaftung zwar parallel zur Vertragshaftung und erlangt im Regelfall keine eigenständige Bedeutung.<sup>107</sup> Etwas anderes kann jedoch dann gelten, wenn es um die Haftung einzelner Handelnder einer Gesundheitseinrichtung geht, mit denen wie gesehen regelmäßig keine Vertragsbeziehung des Patienten besteht.<sup>108</sup>

Derjenige, der vom Patienten im Außenverhältnis auf Schadensersatz in Anspruch genommen wird – etwa die Trägergesellschaft eines Krankenhauses bzw. deren Haftpflichtversicherung<sup>109</sup> –, kann seinerseits unter Umständen im Innenverhältnis Rückgriff nehmen, etwa gegen die unmittelbar fehlerhaft handelnde Person, beispielsweise den behandelnden Arzt („Regress“). Insofern gelten jedoch für abhängig beschäftigte Mitarbeiter grundsätzlich Haftungsprivilegierungen, namentlich keine Haftung bei lediglich einfacher Fahrlässigkeit.<sup>110</sup>

---

106 Dies gilt auch für angestellte Ärzte, vgl. Schmidt-Recla, in: Laufs/Kern/Rehborn, Handbuch des Arztrechts, 5. Auflage 2019, § 24 Rn. 16.

107 Wagner, in: Münchener Kommentar zum BGB, 9. Auflage 2024, § 823 Rn. 1217.

108 Vgl. Schmidt-Recla, in: Laufs/Kern/Rehborn, Handbuch des Arztrechts, 5. Auflage 2019, § 24 Rn. 17; MüKoBGB/Wagner, 9. Aufl. 2024, BGB § 823 Rn. 1218.

109 Vgl. Katzenmeier, in: Laufs/Katzenmeier/Lipp, Arztrecht, 8. Auflage 2021, Rn. 128.

110 Schmidt-Recla, in: Laufs/Kern/Rehborn, Handbuch des Arztrechts, 5. Auflage 2019, § 24 Rn. 1, 23; Ricken, in: Huster/Kaltenborn, Krankenhausrecht, 2. Auflage 2017, § 13 Rn. 62 ff.

#### 4.1.2. Anknüpfungspunkt für eine Haftung im Zusammenhang mit der Tätigkeit eines PA

Eine zivilrechtliche Haftung des Behandelnden erfordert Pflichtverletzung, Schaden und Kausalität.<sup>111</sup> Die Pflichtverletzung besteht im Verstoß gegen einen objektiven Sorgfaltsstandard.<sup>112</sup> Eine solche Pflichtverletzung kann zum einen durch den PA selbst begangen werden, etwa wenn er eine ihm obliegende Aufgabe mangelhaft durchführt. Zum anderen ist es möglich, dass bereits die Delegation einer Tätigkeit auf den PA eine Pflichtverletzung darstellt – etwa, weil eine Tätigkeit delegiert wurde, die als solche nicht auf einen PA hätte delegiert werden dürfen: Denn die Übertragung einer generell oder im Einzelfall nicht delegierbaren Aufgabe auf nichtärztliches Personal stellt einen Behandlungsfehler dar.<sup>113</sup>

Hierbei gilt: „Die Arbeitsteilung zwischen ärztlichen und nichtärztlichen Mitarbeitern ist grundsätzlich so zu organisieren, dass medizinische Leistungen, die ärztliches Fachwissen voraussetzen, von entsprechend ausgebildeten Ärzten durchgeführt werden, alle übrigen Maßnahmen und insbesondere Pflegemaßnahmen hingegen von Mitarbeitern, die für diese Aufgaben geschult sind.“<sup>114</sup> Die unmittelbare Außenhaftung eines in einer medizinischen Einrichtung tätigen PA setzte wie gesehen das Bestehen eines deliktischen Schadensersatzanspruchs voraus. Eine solche Haftung kommt unter anderem in Betracht, wenn der nichtärztliche Mitarbeiter die übertragene Aufgabe ausführt, obwohl er an der Ordnungsgemäßheit der Übertragung zweifelt und seine Bedenken nicht weiterträgt.<sup>115</sup>

#### 4.2. Welche Änderungen ergäben sich bei einer gesetzlich neu geschaffenen Möglichkeit der Substitution?

Welche haftungsrechtlichen Auswirkungen eine gesetzliche Neuregelung hätte, lässt sich nicht abstrakt-pauschal beurteilen, sondern nur, wenn die entsprechenden Regelungen im Detail bekannt sind. Unter diesem Vorbehalt lässt sich grundsätzlich feststellen, dass die derzeitigen haftungsrechtlichen Regelungen weder auf das Handeln von Ärzten noch von sonstigen Angehörigen der Heilberufe beschränkt sind. Vorbehaltlich explizit den bestehenden haftungsrechtlichen Regelungskontext modifizierender Regelungen dürften deshalb die unter Gliederungspunkt 4.1 dargelegten Grundsätze durch das Zulassen einer Substitution nicht grundlegend tangiert werden.<sup>116</sup> Durch das Zulassen einer Substitution ändern dürfte sich naheliegenderweise die Verantwortungsallokation zwischen den verschiedenen Handelnden in den von der Substitution erfassten Bereichen: Handlungen in diesen Bereichen würden von bislang dem ärztlichen Vorbehalt unterliegenden Tätigkeiten zu originären Tätigkeiten des PA, womit – vorbehaltlich

---

111 Wagner, in: Münchener Kommentar zum BGB, 9. Auflage 2023, § 630a Rn. 129. Zum Gleichlauf mit der deliktischen Haftung vgl. insofern Wagner, in: Münchener Kommentar zum BGB, 9. Auflage 2024, § 823 Rn. 1207.

112 Wagner, in: Münchener Kommentar zum BGB, 9. Auflage 2023, § 630a Rn. 129.

113 Rehborn, in: Laufs/Kern/Rehborn, Handbuch des Arztrechts, 5. Auflage 2019, § 99 Rn. 18.

114 Wagner, in: Münchener Kommentar zum BGB, 9. Auflage 2023, § 630a Rn. 131.

115 Rehborn, in: Laufs/Kern/Rehborn, Handbuch des Arztrechts, 5. Auflage 2019, § 99 Rn. 18.

116 Vgl. Achterfeld, Claudia, Aufgabenverteilung im Gesundheitswesen – Rechtliche Rahmenbedingungen der Delegation ärztlicher Leistungen, 2014, S. 238.

---

abweichender betriebsinterner Festlegungen im Einzelfall – eine gesteigerte Verantwortlichkeit des PA einher ginge – weg von einer bloßen Durchführungsverantwortung, hin zu einer Entscheidungsverantwortung – und eine komplementär sinkende des Arztes.<sup>117</sup> Dies dürfte sich grundsätzlich auch entsprechend im Haftungsregime abbilden.<sup>118</sup> Für die Sorgfaltsanforderungen gilt insofern, dass bei „den nichtärztlichen Gesundheitsfachberufen (...) auf die sich aus dem Berufsstand jeweils ergebenden heilberuflichen Sorgfaltsanforderungen und Standards abzustellen (wäre). Die Einhaltung ärztlicher Standards wird dabei nicht verlangt. (§ 630a Absatz) II fordert vielmehr die typischerweise von einem Angehörigen dieses Heilberufs zu erwartenden fachgerechten medizinischen Behandlungskennnisse.“<sup>119</sup>

#### 4.3. Wäre eine eigenständige Berufshaftpflichtversicherung gesetzlich vorzuschreiben?

Der Gesetzgeber hat, namentlich wenn Bundes- und Länderebene kumuliert betrachtet werden, einen weiten Spielraum bezüglich des Ob und des Wie einer verpflichtenden Berufshaftpflichtversicherung für einzelne (Heil-)Berufe, wobei der Schwerpunkt deutlich im Bereich der Länder liegt. In verschiedenen Bundesländern etwa ist die Haftpflichtversicherung für Angehörige der Heilberufe als Pflicht-Haftpflichtversicherung im Sinne der §§ 113 VVG<sup>120</sup> ausgestaltet.<sup>121</sup> Grundlage sind hier die jeweiligen Landesheilberufe- und Kammergesetze.<sup>122</sup> In anderen Bundesländern ist eine Haftpflichtversicherung wiederum lediglich durch die Berufsordnungen der Ärztekammern vorgesehen.<sup>123</sup> Auf Bundesebene ist eine an etwaige verpflichtende Länderregelungen geknüpfte Haftpflichtversicherung für Ärzte mittelbar in § 6 Abs. 1 Nr. 5 BÄO<sup>124</sup> normiert: Hiernach kann das Ruhen der Approbation angeordnet werden, wenn sich ergibt, dass der Arzt nicht ausreichend gegen die sich aus seiner Berufsausübung ergebenden Haftpflichtgefahren versichert ist, sofern kraft Landesrechts oder Standesrechts eine Pflicht zur Versicherung besteht. Hiermit wird „eine von der Gesetzgebungskompetenz des Bundes gem. Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 GG allein ge-

---

117 Vgl. Achterfeld, Claudia, Aufgabenverteilung im Gesundheitswesen – Rechtliche Rahmenbedingungen der Delegation ärztlicher Leistungen, 2014, S. 233, 237.

118 Achterfeld, Claudia, Aufgabenverteilung im Gesundheitswesen – Rechtliche Rahmenbedingungen der Delegation ärztlicher Leistungen, 2014, S. 237.

119 Mansel, in: Jauernig, BGB, 19. Auflage 2023, § 630a Rn. 19; Achterfeld, Claudia, Aufgabenverteilung im Gesundheitswesen – Rechtliche Rahmenbedingungen der Delegation ärztlicher Leistungen, 2014, S. 238.

120 Versicherungsvertragsgesetz vom 23. November 2007 (BGBl. I S. 2631), zuletzt durch Art. 4 des Gesetzes vom 3. Februar 2026 (BGBl. 2026 I Nr. 28).

121 Keilbar/Ziegler, in: Beck'sches Rechtsanwalts-Handbuch, 12. Auflage 2022, § 28 Rn. 157.

122 Keilbar/Ziegler, in: Beck'sches Rechtsanwalts-Handbuch, 12. Auflage 2022, § 28 Rn. 157.

123 Keilbar/Ziegler, in: Beck'sches Rechtsanwalts-Handbuch, 12. Auflage 2022, § 28 Rn. 157.

124 Bundesärzterordnung in der Fassung der Bekanntmachung vom 16. April 1987 (BGBl. I S. 1218), zuletzt geändert durch Art. 1 der Verordnung vom 20. März 2024 (BGBl. 2024 I Nr. 99).

---

deckte Berufszulassungsregelung (das Ruhen der Approbation) ... an eine dem Landesrecht vorbehaltene Berufsausübungsregelung (den Abschluss einer ausreichenden Haftpflichtversicherung) geknüpft.“<sup>125</sup>

#### 4.4. Wären strafrechtliche Risiken neu zu bewerten?

Vorbehaltlich der Ausgestaltung der einschlägigen Regelungen sind strafrechtliche Auswirkungen insofern mittelbar denkbar, als bei einer Substitution aufgrund der im größeren Umfang eigenverantwortlichen Tätigkeit des PA abstrakt-generell auch das Potenzial für ein strafrechtlich relevantes Fehlverhalten des PA steigt, während es reziprok für den involvierten Arzt eher sinken dürfte.<sup>126</sup>

### 5. Abrechnungsbefugnis im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung (WD 8)

Die gesetzlichen Grundlagen des vertragsärztlichen Vergütungssystems sind im SGB V, in einem mehrstufigen System aus Bundesmantelverträgen nach §§ 82, 87 SGB V und weiteren Gesamtverträgen auf Landesebene nach §§ 82 Abs. 2, 83 SGB V normiert.<sup>127</sup>

#### 5.1. Leistungserbringer

Das vierte Kapitel des SGB V (§§ 69 -140h sowie §§ 63 und 64) regelt die Rechtsbeziehungen der Krankenkassen zu den Vertragsärzten (§§ 77ff. SGB V) Krankenhäusern (§§ 107ff. SGB V), Heilmittelerbringern (§§ 124ff. SGB V), Hilfsmittelerbringern (§§ 126 ff. SGB V), Apotheken und pharmazeutischen Unternehmen (§§ 129ff. SGB V) sowie sonstigen Leistungserbringern (§§ 132ff. SGB V).

#### 5.2. Ärzte

Die Zulassung zum Vertragsarzt gemäß § 95 Abs. 3 S. 1 SGB V bewirkt, dass der Vertragsarzt Mitglied der für seinen Kassenarztsitz zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung wird und zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung im Umfang seines aus der Zulassung folgenden Versorgungsauftrages berechtigt und verpflichtet ist. Die Grundlage für die Abrechnung der vertragsärztlichen Leistungen bildet bundesweit der einheitliche Bewertungsmaßstab (**EBM**).<sup>128</sup> Erstellt wird er vom Bewertungsausschuss, der sich aus Vertretern der Kassenärztlichen

---

125 Katzenmeier, in: Laufs/Katzenmeier/Lipp, *Arztrecht*, 8. Auflage 2021, Rn. 123.

126 Vgl. Achterfeld, Claudia, *Aufgabenverteilung im Gesundheitswesen – Rechtliche Rahmenbedingungen der Delegation ärztlicher Leistungen*, 2014, S. 238; Bohne, Kerstin, *Delegation ärztlicher Tätigkeiten*, 2012, S. 267.

127 Achterfeld, Claudia, *Aufgabenverteilung im Gesundheitswesen – Rechtliche Rahmenbedingungen der Delegation ärztlicher Leistungen*, S. 115, abrufbar unter <https://link.springer.com/book/10.1007/978-3-642-54666-2>.

128 Die Grundlage für die Abrechnung nach EBM findet sich in § 87 Abs. 2 S. 1 SGB V, wonach der einheitliche Bewertungsmaßstab den Inhalt der abrechnungsfähigen Leistungen und ihr wertmäßiges, in Punkten ausgedrücktes Verhältnis zueinander bestimmt.

Bundesvereinigung (**KBV**)<sup>129</sup> und des GKV-Spitzenverbandes zusammensetzt.<sup>130</sup> Im EBM sind alle Leistungen, die für gesetzlich Krankenversicherte abgerechnet werden können, mit einer Gebührenordnungsposition aufgeführt.<sup>131</sup> Grundsätzlich kann der Arzt eine Leistung nur abrechnen, wenn er sie in eigener Person, eigenverantwortlich und selbständig erbracht hat, §§ 15 Abs. 1, 28 Abs. 1 SGB V, § 15 Abs. 1 BMV-Ä. Auch in den allgemeinen Bestimmungen des EBM ist die Pflicht zur persönlichen Leistungserbringung ausdrücklich im Sinne eines Abrechnungsverbots konkretisiert.<sup>132</sup> Aus §§ 28 Abs. 1 S. 2, 15 Abs. 1 S. 2 SGB V sowie den gebührenrechtlichen Regelungen der § 15 Abs. 1 S. 5 BMV-Ä ergibt sich jedoch auch, dass unter bestimmten Voraussetzungen durch den Arzt auch delegierte Leistungen abgerechnet werden können (siehe oben Ziff. 3.2.).

### 5.3. Abrechnung durch nichtärztliche Leistungserbringer (Beispiele)

Neben den Ärzten erbringen auch eine Vielzahl anderer Einrichtungen und Berufsträger – wie zum Beispiel Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten oder Hebammen – Leistungen im Rahmen der GKV.<sup>133</sup> Gemäß § 124 ff SGB V dürfen beispielsweise Heilmittel, die als Dienstleistungen abgegeben werden, insbesondere Leistungen der Physiotherapie, der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie, der Ergotherapie, der Podologie oder der Ernährungstherapie von zugelassenen Leistungserbringern an Versicherte abgegeben werden. Einzelheiten zu den Abrechnungsmodalitäten und der Höhe der Vergütung werden zwischen den Leistungserbringern und Leistungsträgern verhandelt und in den Kollektivverträgen festgeschrieben. Das Gesetz bestimmt oft nur die groben Rahmenbedingungen.<sup>134</sup> So bestimmt beispielsweise § 125 Abs. 2 SGB V, dass die Versorgung der Versicherten mit Heilmitteln durch Verträge geregelt wird, die dann der GKV-Spitzenverband mit bindender Wirkung mit den für die Wahrnehmung der Interessen der Heilmittelerbringer maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene für jeden Heilmittelbereich schließt. Diese Verträge wiederum regeln insbesondere Einzelheiten der Versorgung, die Preise,

---

129 Der Dachverband der 17 KVen, Website abrufbar unter <https://www.kbv.de/>.

130 Bundesministerium für Gesundheit, Einheitlicher Bewertungsmaßstab – EBM, abrufbar unter <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/e/einheitlicher-bewertungsmaassstab-ebm>.

131 Kassenärztliche Bundesvereinigung, Einheitlicher Bewertungsmaßstab, abrufbar unter <https://www.kbv.de/praxis/abrechnung/ebm>.

132 Achterfeld, Claudia, Aufgabenverteilung im Gesundheitswesen – Rechtliche Rahmenbedingungen der Delegation ärztlicher Leistungen, S. 116, abrufbar unter <https://link.springer.com/book/10.1007/978-3-642-54666-2>.

133 Bundesministerium der Gesundheit, Leistungserbringer, abrufbar unter <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/l/leistungserbringer/>, MAH MedR/Kazemi/Goebel § 15 Rn. 114-129.

134 Koller, Pia, Vergütung in der GKV zwischen BSG-Rechtsprechung und Grundrechtsschutz der Leistungserbringer, NZS 2026, 87.

---

die als Höchstpreise auszugestalten sind, und deren Abrechnung.<sup>135</sup> Verträge nach § 125 Abs. 1 SGB V wurden geschlossen für den Bereich der Ergotherapie, Ernährungstherapie, Physiotherapie, Podologie, Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie.<sup>136</sup>

## 6. Modell einer Übergangslösung nach § 63 ff SGB V (WD 8)

### 6.1. Grundsatz

Die §§ 63–65 SGB V eröffnen Krankenkassen und ihren Verbänden die Möglichkeit, Modellvorhaben zur Weiterentwicklung der Versorgung durchzuführen.<sup>137</sup> Ziel ist, Möglichkeiten zur Verbesserung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung zu entwickeln und damit die Innovationsfähigkeit der GKV zu verbessern.<sup>138</sup>

### 6.2. Beispiel Pflege

Die 2008 durch das Gesetz zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (Pflege-Weiterentwicklungsgesetz – PFWG) eingeführten §§ 63 Abs. 3b SGB V und 63 Abs. 3c SGB V öffneten die Strukturmodelle für eine intensivere Beteiligung nichtärztlicher Heilberufe, um die Ärzte zu entlasten und damit auch dem in einigen Regionen bestehenden Hausärztemangel zu begegnen<sup>139</sup>. Nach § 63 Abs. 3c SGB V konnten bestimmte ärztliche Leistungen, bei denen es sich um die „selbstständige Ausübung von Heilkunde“ handelte<sup>140</sup>, die durch die entsprechende Heilkundeübertragungsrichtlinie des G-BA)<sup>141</sup> konkretisiert wurden, auf entsprechend qualifizierte

---

135 Siehe dazu auch MAH MedR/Kazemi/Goebel, 4. Aufl. 2026, § 15 Rn. 196-207.

136 GKV-Heilmittel, Verträge nach § 125 SGB V, abrufbar unter [https://www.gkv-heilmittel.de/fuer\\_heilmittelerbringer/vertraege/vertraege.jsp](https://www.gkv-heilmittel.de/fuer_heilmittelerbringer/vertraege/vertraege.jsp).

137 Becker/Kingreen/Huster, 9. Aufl. 2024, SGB V § 63 Rn. 1-3.

138 Entwurf eines Zweiten Gesetzes zur Neuordnung von Selbstverwaltung und Eigenverantwortung in der gesetzlichen Krankenversicherung (2. GKV-Neuordnungsgesetz - 2. GKV NOG), BT-Drs. 13/6087, 18, 26 abrufbar unter <https://dserver.bundestag.de/btd/13/060/1306087.pdf>.

139 Becker/Kingreen/Huster, 9. Aufl. 2024, SGB V § 63 Rn. 9.

140 Achterfeld, Claudia, Aufgabenverteilung im Gesundheitswesen – Rechtliche Rahmenbedingungen der Delegation ärztlicher Leistungen, S. 232.

141 Richtlinie über die Festlegung ärztlicher Tätigkeiten zur Übertragung auf Berufsangehörige der Alten- und Krankenpflege zur selbstständigen Ausübung von Heilkunde im Rahmen von Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3c SGB V, abrufbar unter <https://www.g-ba.de/richtlinien/77/>.

Pflegefachkräfte übertragen werden.<sup>142</sup> Diese Modellvorhaben wurden zunächst fakultativ in § 63 Abs. 3c SGB V verankert, ihre Durchführung ist nach einer Gesetzesnovelle nunmehr gemäß § 64d SGB V verpflichtend vorgeschrieben.<sup>143</sup>

Anzumerken ist, dass auch nach diesen Modellversuchen gemäß § 3 der Heilkundeübertragungsrichtlinie eine Übertragung von ärztlichen Tätigkeiten auf Pflegepersonal nur dann möglich ist, wenn bereits eine ärztliche Diagnose und Indikationsstellung vorliegt, an welche die Pflegefachpersonen auch gebunden sind. Insofern besteht gerade keine umfassende Übernahme der Verantwortung durch Pflegepersonal; mitunter wird deshalb von einer Teilsubstitution gesprochen (siehe oben Ziff. 3.2). Innerhalb dieses vorgegebenen Rahmens (Indikation, Diagnose, Überprüfung der Diagnose) bedarf es jedoch keiner gesonderten Übertragung der Tätigkeit im Sinne einer Delegation, sondern die Pflegefachkraft führt die durch die Richtlinie vorgesehenen Behandlungsmaßnahmen in eigener Verantwortung im Sinne einer Substitution aus.<sup>144</sup> Für die Einführung dieser Modellvorhaben erforderlich war jedoch die Schaffung weiterer Sonderregelungen, um den Arztvorbehalt aus § 15 SGB V einzuschränken. So erlauben die §§ 15 Abs. 1, 15a SGB V nun auch eine ausnahmsweise Abweichung insofern, als bestimmte ärztliche Leistungen von Pflegepersonal im Rahmen von Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3c SGB a. F. bzw. § 64d SGB V gestattet sind.<sup>145</sup>

### 6.3. Modellvorhaben in Bezug auf PAs

Die Sonderregelungen für Pflegepersonal zur Einschränkung des Arztvorbehalts dürften aktuell keine analoge Anwendung auf PAs finden, denn bei der Einschränkung des Arztvorbehalts nach den §§ 15 Abs. 1, 15a SGB V handelt es sich um selektive Ausnahmeregelungen zugunsten von Pflegepersonal, welche nicht verallgemeinerungsfähig sind. Die §§ 15 Abs. 1, 15a, 64d SGB V nehmen dabei nach ihrem Wortlaut ausdrücklich Pflegepersonal in Bezug, mithin nach § 14 PflBG besonders ausgebildete und staatlich geprüfte Personen.<sup>146</sup> Nicht nur stehen PAs diesem

---

142 Becker/Kingreen/Huster, 9. Aufl. 2024, SGB V § 63 Rn. 9; zur Begrifflichkeit „Übertragung ärztlicher Aufgaben“ ohne eine Entscheidung zu Delegation oder Substitution zu treffen siehe im Einzelnen Achterfeld, Claudia, Aufgabenverteilung im Gesundheitswesen – Rechtliche Rahmenbedingungen der Delegation ärztlicher Leistungen, S. 233 ff.; Abanador, Michelle, Die Zulässigkeit der Substitution ärztlicher Leistungen durch Leistungen nicht-ärztlichen Pflegepersonals, Zugleich ein Beitrag zu § 63 Abs. 3 c SGB V, 2011.

143 Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung vom 11. Juli 2021. (BGBl. I 2754), zuletzt geändert durch das Gesetz zur Befugnisserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege vom 22. Dezember 2025, BGBl. 2025 I Nr. 371.

144 Roters, in: BeckOGK SGB V § 63 Rn. 30; aber § 15a SGB V: künftig pflegerische Diagnose mögl. durch Vertrag aufgrund § 73d Abs. 1 S. 1 Nr. 1 SGB V n. F.

145 Seit dem 1. Januar 2026 wird der Arztvorbehalt nicht mehr nur durch die fortgeltenden Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3c a. F. durchbrochen, sondern auch durch § 15a SGB V. Dessen derzeit praktisch maßgeblicher Anwendungsbereich liegt vor allem in § 15a Abs. 1 Nr. 3 SGB V, wonach Pflegefachpersonen bis zum Abschluss des Vertrags nach § 73d Abs. 1 S. 1 die in Anlage 1 des Rahmenvertrags zu § 64d SGB V genannten Leistungen der ärztlichen Behandlung eigenverantwortlich erbringen können. Ziel des Gesetzgebers ist es, die bislang modellhaft erprobten Leistungen in die Regelversorgung zu überführen; im ambulanten Bereich soll dies vor allem durch den **Vertrag nach § 73d SGB V**, im Krankenhausbereich durch den **Vertrag nach § 112a SGB V** näher ausgestaltet werden.

146 Vgl. Huster, in: Becker/Kingreen SGB V – Gesetzliche Krankenversicherung, § 63, Rn. 9.

Personenkreis nicht gleich, auch fehlt es aktuell an einer Regulierung der Ausbildung von PAs, die mit der von Pflegekräften in Bezug auf Einheitlichkeit und Abschluss durch eine staatliche Prüfung vergleichbar wäre (vgl. unten Ziff. 7.).<sup>147</sup>

Sollten für PAs entsprechende Sonderregelungen in das SGB V aufgenommen werden, um im Rahmen eigener Modellversuche die Übertragung konkreter ärztlicher Aufgaben auf diese zu erproben, würden außerhalb des Sozialrechts bestehende straf-, haftungs- oder berufsrechtlich relevante Arztvorbehalte unberührt bleiben.

## 7. Ausbildung und Einsatz von PAs (WD 8)

### 7.1. Ausbildung

Aktuell orientieren sich die Studieninhalte der Hochschulen, die den Studiengang eines PA anbieten,<sup>148</sup> an dem im Konzeptpapier 2017 enthaltenen **Musterstudienplan** von BÄK und KBV. Die Ärztekammern sollen im Rahmen der Begleitung der Studiengänge die Einhaltung dieser Studieninhalte beurteilen.<sup>149</sup> Die rechtliche Grundlage der Ausbildung beschränkt sich aktuell darauf, dass die Studiengänge staatlich akkreditiert sind. Es gibt jedoch keine einheitliche Abschlussprüfung, die eine einheitliche Qualität gewährleisten würde. Auch wenn ein PA durch den Abschluss seines Studiums in der Regel ein fundiertes medizinisches Grundwissen belegen kann, sei es bisher *„nicht möglich, ihm mit Sicherheit bestimmte Kenntnisse zuzuschreiben, die deutlich über die von anderen nichtärztlichen Assistenzberufen, insbesondere wenn diese eine fachspezifische Weiterbildung absolviert haben, hinausgehen“*.<sup>150</sup>

Da Lerninhalte und Abschlüsse dementsprechend immer noch stark variieren, hat die BÄK gemeinsam mit der DGPA im Positionspapier 2025 **neue Kernelemente** festgelegt:

- Einheitlich festgelegte Zugangsvoraussetzungen,
- einheitliche Lehrinhalte (primär- und sekundärqualifiziert)
- Fortbildungen und Masterstudiengänge
- Tätigkeitsrahmen für die praktischen Kompetenzen.

Teilweise wird eine Erweiterung der heilkundlichen Studieninhalte gefordert, um *„den PA näher an ärztliche Aufgaben heranzuführen.“*<sup>151</sup> Zur Organisation des Studiums wurde teilweise eine abgeschlossene Ausbildung in einem Gesundheitsfachberuf als Zugangsvoraussetzung

---

147 Vgl. auch Haerter, Friederike, Rechtsstellung und Bedeutung des Physician Assistant, Dissertation 2017, S. 118.

148 Siehe Übersicht unter <https://studieren.de/physician-assistant.hochschuliste.t-0-c-43552.html>.

149 120. Deutscher Ärztetag Beschlussprotokoll Freiburg, 23. bis 26. Mai 2017, Stand 9. Juni 2017, Physician Assistant – Ein neuer Beruf im deutschen Gesundheitswesen, Anlage zur Drs. Ib-08 des 120. DÄT 2017, S. 10, abrufbar unter [https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user\\_upload/old-files/downloads/pdf-Ordner/120.DAET/Beschlussprotokoll\\_120\\_DAET.pdf](https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/old-files/downloads/pdf-Ordner/120.DAET/Beschlussprotokoll_120_DAET.pdf).

150 Claussen, Arne, Die Ausübung der Heilkunde durch den Physician Assistant (PA), RDG 2025, 10, S. 11.

151 Claussen, Arne, Die Ausübung der Heilkunde durch den Physician Assistant (PA), RDG 2025, S. 14.

gefordert.<sup>152</sup> Andere Stimmen wiederum lehnen dies mit der Begründung ab, dass die Ausbildungsdauer von sechs Jahren dann mit einem Medizinstudium vergleichbar wäre.<sup>153</sup> Ein grundständiges PA-Studium müsse aber „mit einem hohen Anteil an Praxisphasen verbunden werden“. <sup>154</sup> Der 129. Deutsche Ärztetag 2025 forderte die Landesärztekammern auf, darauf einzuwirken, dass Ausbildung und Weiterbildung von Ärztinnen und Ärzten nicht durch den fortschreitenden Einsatz von PAs beeinträchtigt werden.<sup>155</sup>

## 7.2. Mögliche Entlastungswirkung durch PAs im stationären und ambulanten Bereich

Obwohl PAs in Deutschland seit geraumer Zeit tätig sind, liegen bisher nur wenige Daten vor.<sup>156</sup> Der Sachverständigenrat Gesundheit und Pflege (SVR) betrachtet in seinem Gutachten „Fachkräfte im Gesundheitswesen. Nachhaltiger Einsatz einer knappen Ressource“ vom April 2024<sup>157</sup> zwar die Berufsgruppe der weitergebildeten nichtärztlichen Praxisassistentinnen und -assistenten (NäPAs)<sup>158</sup>, die damit verwandten PAs werden dort jedoch nicht näher dargestellt.

Am 2. März 2026 hat die Bertelsmann Stiftung eine umfassende Potenzialanalyse<sup>159</sup> veröffentlicht. Laut der Studie könnten PAs bzw. NäPAs und ähnliche weitergebildete Praxisassistentenberufe schon „heute innerhalb der geltenden Delegationsvereinbarungen unter Supervision im Schnitt 65 % des ansonsten erforderlichen Zeitvolumens von Hausärztinnen und -ärzten ersetzen“. Dies ließe sich durch die Konzentration der Ärztinnen und Ärzte auf ihre Kernaufgaben

- 
- 152 Abgeschlossene Ausbildung soll Voraussetzung für Physician Assistant sein, Deutsches Ärzteblatt 14. Mai 2018, abrufbar unter <https://www.aerzteblatt.de/news/abgeschlossene-ausbildung-soll-voraussetzung-fuer-physician-assistant-sein-ea9f8f7f-694f-4bec-8168-408d01763db6>
- 153 Haerter, Friederike, Rechtsstellung und Bedeutung des Physician Assistant, Dissertation 2017, S. 113.
- 154 Claussen, Arne, Die Ausübung der Heilkunde durch den Physician Assistant (PA), RDG 2025, S. 14.
- 155 129. Deutscher Ärztetag Beschlussprotokoll, Leipzig 27.– 30. Mai 2025, S. 236 ff., abrufbar unter [https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user\\_upload/BAEK/Aerztetag/129.DAET/2025-05-30\\_Beschlussprotokoll\\_129\\_DAEt.pdf](https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/Aerztetag/129.DAET/2025-05-30_Beschlussprotokoll_129_DAEt.pdf).
- 156 Meyer-Treschan, Tanja u.a., Healthcare in Germany: Including Physician Assistants into the Team of Physicians, PublicMed Journal (PMC), 2022 Feb 25;85(3):181–187. [Article in German] doi: [10.1055/a-1718-3132](https://doi.org/10.1055/a-1718-3132).
- 157 Fachkräfte im Gesundheitswesen. Nachhaltiger Einsatz einer knappen Ressource, Sachverständigenrat Gesundheit und Pflege vom April 2024, DOI: 10.4126/FRL01-006473488, abrufbar unter <https://www.svr-gesundheit.de/publikationen/gutachten-2024/>.
- 158 Nichtärztliche Praxisassistentinnen und -assistenten (NäPA) sowie Versorgungsassistentinnen und -assistenten in der Hausarztpraxis (VERAH) sind speziell qualifizierte medizinische Fachangestellte, die Ärztinnen und Ärzte im Praxisalltag entlasten und patientennahe Aufgaben übernehmen sollen, Verband der Ersatzkassen (VDEK), abrufbar unter [https://www.vdek.com/presse/glossar\\_gesundheitswesen/nichtaerztliche-praxisassistentinnen-versorgungsassistentinnen.html#:~:text=Nicht%C3%A4rztliche%20Praxisassistentinnen%20und%20Dassistenten%20\(N%C3%A4PA,und%20patientennahe%20Aufgaben%20%C3%BCbernehmen%20sollen.](https://www.vdek.com/presse/glossar_gesundheitswesen/nichtaerztliche-praxisassistentinnen-versorgungsassistentinnen.html#:~:text=Nicht%C3%A4rztliche%20Praxisassistentinnen%20und%20Dassistenten%20(N%C3%A4PA,und%20patientennahe%20Aufgaben%20%C3%BCbernehmen%20sollen.)
- 159 Hildebrandt, Helmut u.a. Delegation im Praxisteam: Ein starker Hebel für die Sicherung der Versorgung, Potenzialanalyse zum Einsatz weitergebildeter und akademisierter Praxisassistentenberufe in der hausärztlichen Versorgung, Bertelsmann Stiftung, März 2026, abrufbar unter [https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/user\\_upload/BS-Studie\\_Delegation\\_Potenzialanalyse\\_final.pdf](https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/user_upload/BS-Studie_Delegation_Potenzialanalyse_final.pdf).

und eine breite Delegation gewährleisten. Hausärztinnen und -ärzte könnten damit rechnerisch ihr Versorgungsvolumen durch den Einsatz von Delegationskräften um bis zu 200 Prozent steigern. Im Fokus der Studie steht die Frage, ob durch den „gezielten Einsatz weitergebildeter und akademisierter Praxisassistentenberufe hausärztliche Arbeitszeit effizienter genutzt und damit mehr deutschlandweite Versorgungssicherheit erreicht werden könne. Hier geht es in erster Linie um die gefährdete hausärztliche Versorgung im ländlichen Raum. Es wird empfohlen, die hausärztliche Versorgung in Deutschland bis 2030 auch in den ländlichen Regionen durch Kapazitäten nichtärztlicher Praxisassistenten zu sichern.<sup>160</sup>

Die Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen hat die hessischen Kliniken aufgefordert, PAs „*nur gemäß dem von Bundesärztekammer und Kassenärztlicher Bundesvereinigung entwickelten Delegationsmodell einzusetzen*“. Darüber hinaus „*müsse sichergestellt werden, dass die Weiterbildung von Ärztinnen und Ärzten in keinem Fall durch die Tätigkeit von PAs behindert oder verzögert werde. Auch müsse gewährleistet sein, dass die durch den zur Weiterbildung ermächtigten Arzt/Ärztin weiterzubildenden Ärztinnen und Ärzte jederzeit die in der Weiterbildungsordnung vorgesehenen Eingriffe, Methoden und Untersuchungen in der vorgesehenen Zeit erlernen könnten.*“<sup>161</sup>

Eine Studie von 2023 kam zu dem Ergebnis, dass die Einbindung von PAs in das Hausarztteam „*der Schlüssel zur Überwindung der oft bedrohlichen oder bereits bestehenden Unterversorgung mit medizinischer Versorgung in strukturell schwachen Regionen sein*“ könne. Allerdings müsse der rechtliche und finanzielle Rahmen für den Einsatz von PAs in der ambulanten Versorgung „*zuverlässig geklärt und transparent kommuniziert*“ werden.<sup>162</sup>

Eine Literaturrecherche in verschiedenen akademischen Datenbanken zwischen Februar und Juli 2025<sup>163</sup> untersuchte den aktuellen Stand hinsichtlich der Rolle, Effektivität und Akzeptanz von PAs in der ambulanten Versorgung in Deutschland und hatte zum Ziel, die bestehenden Herausforderungen und strukturellen Gegebenheiten innerhalb des deutschen Gesundheitssystems zu bewerten. Sie kam unter anderem zu dem Ergebnis, dass PAs „*insbesondere in ländlichen Regionen Versorgungslücken schließen und die Arbeitsbelastung des medizinischen Personals reduzieren*“ können.

---

160 Hildebrandt, Helmut u.a. Delegation im Praxisteam: Ein starker Hebel für die Sicherung der Versorgung, Potenzialanalyse zum Einsatz weitergebildeter und akademisierter Praxisassistentenberufe in der hausärztlichen Versorgung, Bertelsmann Stiftung, März 2026, S. 12, abrufbar unter [https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/user\\_upload/BSt-Studie\\_Delegation\\_Potenzialanalyse\\_final.pdf](https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/user_upload/BSt-Studie_Delegation_Potenzialanalyse_final.pdf).

161 Hessisches Ärzteparlament fordert den Einsatz von Physician Assistants nach Delegationsmodell, Bundesärztekammer, 29. November 2023, abrufbar unter <https://www.bundesaerztekammer.de/presse/aktuelles/detail/hessisches-aerzteparlament-fordert-den-einsatz-von-physician-assistants-nach-delegationsmodell>.

162 Schillen, Philip u.a., Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen (ZEFQ) 182–183 (2023) 44–52, abrufbar unter <https://doi.org/10.1016/j.zefq.2023.07.006>.

163 Bigge, Stefan, Physician Assistants in der ambulanten medizinischen Versorgung in Deutschland – Chancen und Herausforderungen. GMS Ger Med Sci. 2025;23, abrufbar unter DOI: [10.3205/000351](https://doi.org/10.3205/000351) und <https://books.publisso.de/de/journals/gms/volume23/000351>.

Die Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe (KVWL) hat 2023 gemeinsam mit der Hochschule für Gesundheit, Soziales und Pädagogik Rheine (EUFH) und der Deutschen Gesellschaft für Physician Assistants e. V. (DGPA) ein Modellprojekt ins Leben gerufen, zu dem das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung im Abschlussbericht eine Entlastung der teilnehmenden Ärzte, eine hohe Akzeptanz im Praxis-Team und bei den Patientinnen und Patienten sowie eine gute Versorgungsqualität festgestellt hat.<sup>164</sup>

## 8. Der PA in den Niederlanden (WD 8)

In den Niederlanden gibt es insgesamt fünf Hochschulen, an denen das duale Masterstudium des PA (M.Sc) angeboten wird. Es dauert meist zweieinhalb Jahre und setzt Verschiedenes voraus. So müssen angehende Studierende für die Zulassung bereits über einen Bachelor-Abschluss im Gesundheitswesen wie z.B. der Krankenpflege oder Physiotherapie verfügen und mindestens zwei Jahre Berufserfahrung in der direkten Patientenversorgung haben. Zudem benötigen sie eine Praxisanstellung und einen Praxisausbilder zur Betreuung.<sup>165</sup> Über die Hochschule und verschiedene Praktika wird eine generalistische Ausbildung, über die Praxisanstellung eine fachspezifische Ausbildung gewährleistet.<sup>166</sup> Anschließend können PAs innerhalb ihrer Fachrichtung sowohl in ambulanten Einrichtungen, Arztpraxen und Krankenhäusern als auch in der Altenpflege arbeiten.<sup>167</sup>

Seit dem Jahr 2004 gibt es in den Niederlanden eine Berufsvereinigung für PAs, die mittlerweile etwa 2.500 Mitglieder zählt.<sup>168</sup> Der Beruf des PA ist neben anderen Gesundheitsberufen im „Gesetz über die Berufe im Bereich der individuellen Gesundheitsversorgung“ (BIG)<sup>169</sup> geregelt und als Berufstitel geschützt. Nur Personen, die in das zum BIG gehörende Register eingetragen sind, dürfen die darin geregelten Berufstitel führen und dementsprechende Behandlungen vornehmen.<sup>170</sup> Sie müssen sich u. a. unter Nachweis von Berufserfahrung alle fünf Jahre neu

---

<sup>164</sup> Hagen, Bernd u.a., Physician Assistants im ambulanten Bereich, Modellprojekt der KVWL, Abschlussbericht 20. März 2025, abrufbar unter <https://www.kvwl.de/pressemitteilungen/detail/nachricht-die-akzeptanz-ist-hoch>.

<sup>165</sup> Physician Assistant, Huisartswerkt, abrufbar unter <https://huisartswerkt.nl/ontwikkeling/beroepen-huisartsenzorg/physician-assistant>.

<sup>166</sup> Ausführlich zur Ausbildung der PA das nationale Ausbildungsprofil: Landelijk Opleidingsprofiel Master Physician Assistant 2022, Landelijk Overleg Opleidingen MPA (Hrsg.), abrufbar unter <https://zorgmasters.nl/ext-docs/Landelijk-Opleidingsprofiel-Master-Physician-Assistant-2022-1-maart-22.pdf>.

<sup>167</sup> Van den Brink, Geert, The physician assistants and nurse practitioners in the Netherlands: a solution for healthcare, 2023, abrufbar unter <https://www.geertvandenbrink.nl/proefschrift/2023-Geert-van-den-Brink-the-sis-The-PAs-and-NPs-in-the-Netherlands--a-solution-for-healthcare.pdf>.

<sup>168</sup> Nederlandse Associatie Physician Assistant (NAPA), NAPA in feiten & cijfers, 2025, abrufbar unter [https://www.napa.nl/app/uploads/2025/09/NAPA\\_Factsheet\\_A4\\_interactief\\_sept\\_2025\\_DEF.pdf](https://www.napa.nl/app/uploads/2025/09/NAPA_Factsheet_A4_interactief_sept_2025_DEF.pdf).

<sup>169</sup> Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (BIG) vom 11. November 1993, zuletzt geändert durch Gesetz vom 5. Juli 2025, abrufbar unter <https://wetten.overheid.nl/BWBR0006251/2025-07-05>.

<sup>170</sup> Dieses Register ist nach dem es regelnden Gesetz benannt, siehe Over het BIG-register, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, abrufbar unter <https://www.bigregister.nl/over-het-big-register>.

registrieren.<sup>171</sup> PAs verfügen wie andere Leistungserbringer des Gesundheitswesens auch über einen sog. AGB-Code (Algemeen Gegevensbeheer zorgverleners, allgemeine Datenverwaltung Gesundheitsdienstleister). Hierbei handelt es sich um einen Identifikationsschlüssel, den Gesundheitsdienstleister für fast alle Verwaltungsprozesse wie z. B. auch Abrechnungen oder Vertragsabschlüssen mit Krankenkassen verwenden.<sup>172</sup>

PAs übernehmen gängige medizinische Behandlungen aus dem Fachgebiet, in dem sie ausgebildet wurden. Beispiele hierfür sind unter anderem: untersuchen, diagnostizieren, einen Behandlungsplan aufstellen, erkennen von Komplikationen, Notfallhilfe leisten, beraten und aufklären.<sup>173</sup> Darüber hinaus sind sie gem. § 36 BIG innerhalb ihres Fachgebiets dazu befugt, die folgenden acht Arten von medizinischen Eingriffen selbstständig auszuführen: chirurgische Eingriffe, Endoskopien, Katheterisierung, Injektionen, Punktionen, elektive Kardioversion, die Anwendung eines Defibrillators sowie das Verschreiben von Medikamenten. Nicht dazu gehören unter anderem Maßnahmen während einer Geburt, Narkosen sowie Behandlungen mit Strahlungen wie Röntgenaufnahmen, Computertomographie oder Strahlentherapie.<sup>174</sup> Voraussetzung für das Ausführen solcher Eingriffe ist, dass es sich um eine routinemäßige, nach bestimmten Protokollen durchgeführte Handlung von begrenzter Komplexität handelt, deren Risiko überschaubar ist.<sup>175</sup>

Die PAs unterliegen in Bezug auf ihre selbstständig ausgeführten Handlungen grundsätzlich der gleichen Disziplinargerichtsbarkeit wie beispielsweise auch Ärzte, Psychotherapeuten und Apotheker und sind damit juristisch eigenständig aufgestellt.<sup>176</sup> Dies geht mit dem Prinzip der „taakherschikking“ (Aufgabenumverteilung) einher, bei dem sowohl die Aufgabe als auch die dazugehörige Verantwortung strukturell übertragen wird.<sup>177</sup> Der Arzt ist nur bei solchen Aufgaben haftbar, die er delegiert bzw. bei denen er die Aufsicht führt. Von großer Bedeutung sind in den Nie-

---

<sup>171</sup> Herregistreren als physician assistant, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, abrufbar unter <https://www.bigregister.nl/herregistratie/criteria-per-beroep/physician-assistant>.

<sup>172</sup> AGB-register, Vektis, abrufbar unter <https://www.vektis.nl/agb-register>; Starter in de zorg, Vektis, abrufbar unter <https://www.vektis.nl/agb-register/starter-in-de-zorg>.

<sup>173</sup> Nederlandse Associatie Physician Assistant (NAPA), Bevoegdheden van de Physician Assistant, abrufbar unter <https://www.napa.nl/physician-assistant/bevoegdheden-pa/>.

<sup>174</sup> Welke voorbehouden handelingen mag een zorgverlener uitvoeren?, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, abrufbar unter <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/voorbehouden-handelingen/vraag-en-antwoord/voorbehouden-medische-handelingen>.

<sup>175</sup> Dies ist rechtlich festgeschrieben in Art. 5 Abs. 3 Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied physician assistant (eine Art Regierungsverordnung über die Ausbildungsanforderungen und den Zuständigkeitsbereich des Physician Assistant), abrufbar unter <https://wetten.overheid.nl/BWBR0040886/2023-01-01>.

<sup>176</sup> Nederlandse Associatie Physician Assistant (NAPA), Bevoegdheden van de Physician Assistant, abrufbar unter <https://www.napa.nl/physician-assistant/bevoegdheden-pa/>; zudem Art. 47-78 BIG.

<sup>177</sup> Taakherschikking, Federatie Medisch Specialist, abrufbar unter <https://demedischspecialist.nl/themas/thema/taakherschikking>

derlanden die sog. zentralen Berufshaftpflichtversicherungen, bei denen ein Krankenhaus oder eine Gesundheitseinrichtung für die gesamte Haftung innerhalb der Organisation abgesichert ist.<sup>178</sup>

## 9. Verfassungsrechtliche Rahmenbedingungen eines „PA-Berufsgesetzes“ (WD 3)

Ob ein bundesrechtliches „PA-Berufsgesetz“ verfassungskonform wäre, hängt von seiner konkreten Ausgestaltung ab. Insbesondere müsste eine Gesetzgebungskompetenz des Bundes bestehen, und einschlägige Grundrechte müssten berücksichtigt werden. Da den Wissenschaftlichen Diensten kein konkretes Regelungskonzept vorliegt, das verfassungsrechtlich geprüft werden könnte, stellt dieser Abschnitt die verfassungsrechtlichen Anforderungen an ein solches Gesetz lediglich abstrakt dar.

### 9.1. Gesetzgebungskompetenz des Bundes

Zunächst bedürfte ein bundesrechtliches PA-Berufsgesetz einer Gesetzgebungskompetenz des Bundes für die in dem Gesetz enthaltenen Regelungen.

Gemäß Art. 70 Abs. 1 Grundgesetz (GG)<sup>179</sup> haben grundsätzlich die Länder das Recht der Gesetzgebung, soweit das GG nicht dem Bund Gesetzgebungsbefugnisse verleiht.

Das GG sieht keine umfassende Gesetzgebungskompetenz des Bundes zur Regulierung des gesamten Gesundheitswesens vor. Stattdessen regelt es verschiedene begrenzte konkurrierende Gesetzgebungsbefugnisse des Bundes mit Gesundheitsbezug.<sup>180</sup> Im Bereich der konkurrierenden Gesetzgebung haben die Länder die Befugnis zur Gesetzgebung, solange und soweit der Bund von seiner Gesetzgebungszuständigkeit nicht durch Gesetz Gebrauch gemacht hat (Art. 72 Abs. 1 GG). Welche Gesetzgebungskompetenzen des Bundes in Betracht kommen, hängt von den konkreten Regelungsinhalten des Berufsgesetzes ab und kann deshalb nicht abschließend dargestellt werden. Im Folgenden werden beispielhaft einige Gesetzgebungskompetenzen skizziert, die naheliegen oder bereits für Berufsgesetze anderer Heilberufe herangezogen wurden. Anschließend wird auf die für einige dieser Gesetzgebungskompetenzen geltenden zusätzlichen Anforderungen des Art. 72 Abs. 2 GG eingegangen.

#### 9.1.1. Potenziell relevante Gesetzgebungskompetenzen

Eine konkurrierende Gesetzgebungskompetenz besteht nach Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 GG für Maßnahmen gegen gemeingefährliche oder übertragbare Krankheiten bei Menschen und Tieren, die Zulassung zu ärztlichen und anderen Heilberufen und zum Heilgewerbe, sowie das Recht des

---

<sup>178</sup> Medische aansprakelijkheid en werken in of buiten een ziekenhuis, VvAA, 6. Februar 2024, abrufbar unter <https://www.vvaa.nl/nieuws-en-kennis/nieuws-en-artikelen/medische-aansprakelijkheid-werken-in-of-buiten-zikenhuis>.

<sup>179</sup> Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 100-1, veröffentlichten bereinigten Fassung, zuletzt geändert durch Artikel 1 des Gesetzes vom 22. März 2025 (BGBl. 2025 I Nr. 94).

<sup>180</sup> Vgl. Wittreck, Fabian, in: Dreier, Grundgesetz-Kommentar, 3. Auflage 2015, GG, Art. 74, Rn. 86.

Apothekenwesens, der Arzneien, der Medizinprodukte, der Heilmittel, der Betäubungsmittel und der Gifte. Für ein potenzielles PA-Berufsgesetz könnte insbesondere die Regelungskompetenz für die Zulassung zu ärztlichen und anderen Heilberufen relevant werden. Als ärztliche Berufe gelten insofern zwar lediglich der Arzt-, Zahnarzt- und Tierarztberuf.<sup>181</sup> Der PA-Beruf könnte aber einen anderen Heilberuf darstellen. Dieser Begriff wird weit ausgelegt und beschreibt die helfende Betreuung von Menschen mit gesundheitlichen Problemen.<sup>182</sup> Nach der Rechtsprechung des BVerfG üben einen Heilberuf unter anderem Hebammen, Heilpraktiker, Altenpfleger, Beschäftigungstherapeuten, Diätassistenten, Logopäden, Masseure, Orthopisten, pharmazeutisch-technische Assistenten, Physiotherapeuten, Rettungsassistenten und technische Assistenten in der Medizin aus.<sup>183</sup> Der Begriff der Heilberufe beschränkt sich gerade nicht auf traditionelle Heilberufe. Vielmehr kann der Bundesgesetzgeber auch neue Heilberufe schaffen oder die Entwicklung bestehender Berufe zu Heilberufen aufgreifen.<sup>184</sup> Aufgrund dieser weiten Auslegung ist davon auszugehen, dass jedenfalls PAs, die Patienten medizinisch betreuen, einen Heilberuf im Sinne der Norm ausüben. Die Gesetzgebungskompetenz des Bundes erstreckt sich insoweit allerdings ausschließlich auf die Zulassung zu einem Heilberuf. Davon gedeckt sind jedenfalls Bestimmungen über die Erteilung, die Zurücknahme und den Verlust der Befugnis zur Berufsausübung. Erfasst sind alle Regelungen, die erforderlich sind, um der Zulassungsregelung Gehalt zu geben. Der Gesetzgeber kann deshalb den Beruf selbst beschreiben und Anforderungen an die Berufsangehörigen regeln, um ein bestimmtes fachliches Niveau der Berufsangehörigen sicherzustellen. Vor diesem Hintergrund können Vorschriften über das für die Zulassung einschlägige Prüfungswesen, Mindestanforderungen an die Ausbildung (ggf. auch Zugangsvoraussetzungen zur Ausbildung) und den Nachweis der Zulassungsvoraussetzungen von der Gesetzgebungskompetenz gedeckt sein. Indes darf der Bundesgesetzgeber das Ausbildungswesen nicht in vollem Umfang regeln. Die Substanz des Ausbildungswesens verbleibt in der Regelungskompetenz der Länder. Die Gesetzgebungskompetenz nach Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 GG erstreckt sich auch nicht auf bloß ausgestaltende Regelungen der Berufsausübung, wozu auch eine etwaige Berufsgerichtsbarkeit, Gebührenfragen, Werbeverbote und Weiterbildung zählen.<sup>185</sup> Der Schutz einer Berufsbezeichnung ist per se keine Zulassungsregelung. Er unterfällt der Gesetzgebungskompetenz für die Zulassung zu Heilberufen nur, wenn eine Tätigkeitsbeschränkung auf die Berufsbezeichnung verweist und die geschützte Berufsbezeichnung mittelbar als Zulassungsregelung wirkt.

---

181 Vgl. m.w.N. Wittreck, Fabian, in: Dreier, Grundgesetz-Kommentar, 3. Auflage 2015, Art. 74 GG, Rn. 88; BVerfG, Beschluss vom 9. Mai 1972, Az. 1 BvR 518/62, 1 BvR 308/64, BVerfGE 33, 125 (153).

182 BVerfG, Urteil vom 24. Oktober 2002, Az. 2 BvF 1/01, BVerfGE 106, 62 (107); Vgl. Wittreck, Fabian, in: Dreier, Grundgesetz-Kommentar, 3. Auflage 2015, Art. 74 GG, Rn. 88.

183 Vgl. Wittreck, Fabian, in: Dreier, Grundgesetz-Kommentar, 3. Auflage 2015, Art. 74 GG, Rn. 88; BVerfG, Urteil vom 24. Oktober 2002, Az. 2 BvF 1/01, BVerfGE 106, 62 (105); für Hebammen: BVerfG, Beschluss vom 17. März 1964, Az. 2 BvO 1/60, BVerfGE 17, 287 (292).

184 BVerfG, Urteil vom 24. Oktober 2002, Az. 2 BvF 1/01, BVerfGE 106, 62 (105).

185 Vgl. Wittreck, Fabian, in: Dreier, Grundgesetz-Kommentar, 3. Auflage 2015, Art. 74 GG, Rn. 87; BVerfG, Beschluss vom 21. Oktober 1954, Az. 1 BvL 9/51, 1 BvL 2/53, BVerfGE 4, 74 (82 ff.); BVerfG, Beschluss vom 17. März 1964, Az. 2 BvO 1/60, BVerfGE 17, 287 (292); BVerfG, Beschluss vom 9. Mai 1972, Az. 1 BvR 518/62, 1 BvR 308/64, BVerfGE 33, 125 (154 f.); BVerfG, Urteil vom 24. Oktober 2002, Az. 2 BvF 1/01, BVerfGE 106, 62 (124 ff., 130 f.).

Angenommen hat das BVerfG dies etwa für die Berufsbezeichnung als Altenpfleger nach dem früheren<sup>186</sup> Altenpflegegesetz sowie als pharmazeutisch-technischer Assistent.<sup>187</sup>

Regelungen zum Gebührenwesen sowohl für Ärzte als auch Psychotherapeuten wurden in der Vergangenheit auf die konkurrierende Gesetzgebungskompetenz des Bundes für das Recht der Wirtschaft (Art. 74 Abs. 1 Nr. 11 GG) gestützt.<sup>188</sup> Zum Recht der Wirtschaft zählen nicht nur Vorschriften, die sich auf die Erzeugung, Herstellung und Verteilung von Gütern des wirtschaftlichen Bedarfs beziehen, sondern auch alle anderen das wirtschaftliche Leben und die wirtschaftliche Betätigung als solche regelnden Normen. Dazu gehören auch Gesetze mit wirtschaftslenkendem oder wirtschaftsregulierendem Inhalt wie preisrechtliche Regelungen.<sup>189</sup>

Darüber hinaus erstreckt sich die konkurrierende Gesetzgebungskompetenz des Bundes gemäß Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG auf das Arbeitsrecht einschließlich der Betriebsverfassung, des Arbeitsschutzes und der Arbeitsvermittlung sowie die Sozialversicherung einschließlich der Arbeitslosenversicherung. Die Gesetzgebungskompetenz für das Arbeitsrecht begründet eine umfassende Kompetenz zur privat- oder öffentlich-rechtlichen Regelung der Rechtsbeziehungen zwischen Arbeitgebern und unselbstständigen Arbeitnehmern. Auf diese Kompetenz wurden beispielsweise die Vorschriften des früheren Altenpflegegesetzes über das Ausbildungsverhältnis und den sozialen Status Auszubildender gestützt.<sup>190</sup> Die Kompetenz zur Regelung der Sozialversicherung betrifft die beitragspflichtige Versicherung bestimmter sozialer Risiken wie auch der Krankheit. Der Begriff der Sozialversicherung wird weit verstanden und umfasst sowohl die Beitrags- als auch die Leistungsseite.<sup>191</sup>

Nach Art. 74 Abs. 1 Nr. 19a GG hat der Bund zudem die konkurrierende Gesetzgebungskompetenz für die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser und die Regelung der Krankenhauspfllegesätze. Die Kompetenz berechtigt den Bund nicht zur umfassenden Regelung des Kranken-

---

186 Das Altenpflegegesetz ist nicht mehr in Kraft. Es wurde durch das Pflegeberufegesetz abgelöst.

187 BVerfG, Urteil vom 24. Oktober 2002, Az. 2 BvF 1/01, BVerfGE 106, 62 (126 f.).

188 Vgl. BVerfG, Beschluss vom 12. Dezember 2026, Az. 1 BvR 1249/83, NJW 1985, 2185 (2186 ff.); Gesetzentwurf der Bundesregierung, Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Psychotherapeutenausbildung, BT-Drs. 19/9770 vom 30. April 2019, S. 39, abrufbar unter <https://dsrserver.bundestag.de/btd/19/097/1909770.pdf>.

189 BVerfG, Beschluss vom 12. Dezember 2026, Az. 1 BvR 1249/83, NJW 1985, 2185 (2186).

190 BVerfG, Urteil vom 24. Oktober 2002, Az. 2 BvF 1/01, BVerfGE 106, 62 (132 f.).

191 Seiler, Christian, in: Epping/Hillgruber, BeckOK Grundgesetz, 64. Edition, Stand: 15.11.2025, GG, Art. 74, Rn. 52.

hauswesens, sondern beschränkt sich auf die genannten finanziellen Teilaspekte.<sup>192</sup> Der Entwurf des Hebammenreformgesetzes berief sich für die Regelung der Finanzierung der berufspraktischen Ausbildung von Hebammenstudentinnen in Krankenhäusern auf diese Kompetenz.<sup>193</sup>

Nach Art. 74 Abs. 1 Nr. 7 GG hat der Bund die konkurrierende Gesetzgebungskompetenz zur Regelung der öffentlichen Fürsorge. Darunter wird traditionell die Unterstützung Hilfsbedürftiger in – vornehmlich wirtschaftlichen – Notlagen durch die öffentliche Hand oder von ihr Beliehene verstanden. Der Begriff ist weit auszulegen und umfasst auch neue Sachverhalte, solange sie in ihren wesentlichen Strukturelementen der klassischen Fürsorge entsprechen.<sup>194</sup> Die Gesetzgebungskompetenz umfasst neben Bestimmungen über die Fürsorgeleistungen auch organisationsrechtliche Vorschriften im Bereich der öffentlichen Fürsorge.<sup>195</sup>

Etwaige Bußgeldvorschriften unterfallen der konkurrierenden Gesetzgebungskompetenz des Bundes für das Strafrecht (Art. 74 Abs. 1 Nr. 1 GG).<sup>196</sup>

#### 9.1.2. Anwendbarkeit und Anforderungen des Art. 72 Abs. 2 GG

Für einige, aber nicht alle konkurrierenden Gesetzgebungskompetenzen des Bundes regelt Art. 72 Abs. 2 GG die zusätzliche Anforderung der „Erforderlichkeit“ der bundesgesetzlichen Regelung.

Anwendbar ist dieses Kriterium insbesondere auf den Gebieten der Art. 74 Abs. 1 Nr. 7 (öffentliche Fürsorge), Nr. 11 (Recht der Wirtschaft), Nr. 19a (wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser und Regelung der Krankenpflegesätze) GG. In den Gebieten der konkurrierenden Gesetzgebung, die in Art. 72 Abs. 2 GG nicht ausdrücklich genannt sind, ist der Bund hingegen auch dann zur Gesetzgebung befugt, wenn die entsprechende Regelung nicht erforderlich im Sinne des Art. 72 Abs. 2 GG ist. Letzteres gilt beispielsweise für die Regelung der Zulassung zu Heilberufen nach Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 GG sowie das Strafrecht (Art. 74 Abs. 1 Nr. 1 GG).

In den in Art. 72 Abs. 2 GG bezeichneten Gebieten hat der Bund das Gesetzgebungsrecht nur, wenn und soweit die Herstellung gleichwertiger Lebensverhältnisse im Bundesgebiet oder die Wahrung der Rechts- oder Wirtschaftseinheit im gesamtstaatlichen Interesse eine bundesgesetzliche Regelung erforderlich macht.

Das Erfordernis der „Herstellung gleichwertiger Lebensverhältnisse“ wird eng verstanden. Für sich genommen reicht es weder aus, dass ein Gesetz bundeseinheitliche Regelungen schaffen soll, noch, dass es insgesamt zur Verbesserung der Lebensverhältnisse beitragen soll. Das

---

192 Degenhart, Christoph, in: Sachs, Grundgesetz, 10. Auflage 2024, GG, Art. 74, Rn. 88; Seiler, Christian, in: Epping/Hillgruber, BeckOK Grundgesetz, 64. Edition, Stand: 15.11.2025, GG, Art. 74, Rn. 73.

193 Vgl. Gesetzesentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und SPD, Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Hebammenausbildung und zur Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, BT-Drs. 19/10612 vom 4. Juni 2019, S. 43, abrufbar unter <https://dserver.bundestag.de/btd/19/106/1910612.pdf>.

194 Degenhart, Christoph, in: Sachs, Grundgesetz, 10. Auflage 2024, GG, Art. 74, Rn. 35.

195 Vgl. in Bezug auf die Altenpflege BVerfG, Urteil vom 24. Oktober 2002, Az. 2 BvF 1/01, BVerfGE 106, 62 (133).

196 Degenhart, Christoph, in: Sachs, Grundgesetz, 10. Auflage 2024, GG, Art. 74, Rn. 11.

---

bundesstaatliche Rechtsgut gleichwertiger Lebensverhältnisse ist vielmehr erst dann bedroht und der Bund erst dann zum Eingreifen ermächtigt, wenn sich die Lebensverhältnisse in den Ländern in erheblicher, das bundesstaatliche Sozialgefüge beeinträchtigender Weise auseinanderentwickelt haben oder sich eine derartige Entwicklung konkret abzeichnet.<sup>197</sup>

Ähnlich strenge Maßstäbe gelten für die Wahrung der Rechts- und Wirtschaftseinheit. Die Wahrung der Rechtseinheit macht eine bundeseinheitliche Regelung erst erforderlich, wenn die Gesetzesvielfalt auf Länderebene eine Rechtszersplitterung mit problematischen Folgen darstellt, die im Interesse sowohl des Bundes als auch der Länder nicht mehr hingenommen werden kann. Dass in verschiedenen Bundesländern unterschiedliche Regelungen gelten, reicht für sich genommen nicht aus und ist dem föderalen System immanent.<sup>198</sup>

Der Erlass von Bundesgesetzen zur Wahrung der Wirtschaftseinheit liegt im gesamtstaatlichen Interesse (sowohl des Bundes als auch der Länder), wenn Landesregelungen oder das Untätigbleiben der Länder erhebliche Nachteile für die Gesamtwirtschaft mit sich bringen.<sup>199</sup>

Das BVerfG hat eine Erforderlichkeit zur Wahrung der Wirtschaftseinheit im gesamtstaatlichen Interesse beispielsweise im Hinblick auf Regelungen des ehemaligen Altenpflegegesetzes zur Berufsausbildung angenommen. Es hat ausgeführt, dass ein Bundesgesetz jedenfalls dann zur Wahrung eines einheitlichen Wirtschaftsraumes und damit der Wirtschaftseinheit erforderlich ist, wenn es die Einheitlichkeit der beruflichen Ausbildung sicherstellen oder für gleiche Zugangsmöglichkeiten zu Berufen oder Gewerben in allen Ländern sorgen soll. Unterschiedliche Regelungen der Ausbildung und Zulassung können im deutschen Wirtschaftsgebiet störende Grenzen aufrichten und eine Ballung oder Ausdünnung des Nachwuchses in unterschiedlichen Regionen verursachen. Dadurch kann das Niveau der Ausbildung beeinträchtigt werden, was wiederum die Chancen des Nachwuchses und die Berufssituation im Gesamtstaat verschlechtern kann. Zudem stärkte die bundeseinheitliche Regelung der Altenpflege nach Ansicht des BVerfG die Attraktivität der Ausbildung und ließ eine Erhöhung des Fachkräfteanteils erwarten.<sup>200</sup> Eine Erforderlichkeit der Regelungen zur Herstellung gleichwertiger Lebensverhältnisse lehnte das Gericht hingegen ab, weil es keine Mängel der bisherigen Landesregelungen in einzelnen oder mehreren Ländern feststellen konnte, die die dort ausgebildeten Altenpfleger oder Pflegebedürftigen deutlich schlechter gestellt hätten (oder künftig deutlich schlechter stellen würden).<sup>201</sup>

Die Einhaltung dieser Voraussetzungen unterliegt der verfassungsgerichtlichen Kontrolle. Dem Gesetzgeber kommt insofern kein Beurteilungsspielraum zu.<sup>202</sup> Im Hinblick auf künftige Entwicklungen, von denen das Vorliegen der Voraussetzungen des Art. 72 Abs. 2 GG abhängt, hat der Gesetzgeber allerdings einen Prognosespielraum. An solche Prognosen des Gesetzgebers stellt das

---

197 BVerfG, Urteil vom 24. Oktober 2002, Az. 2 BvF 1/01, BVerfGE 106, 62 (144).

198 BVerfG, Urteil vom 24. Oktober 2002, Az. 2 BvF 1/01, BVerfGE 106, 62 (145 f.).

199 BVerfG, Urteil vom 24. Oktober 2002, Az. 2 BvF 1/01, BVerfGE 106, 62 (147).

200 BVerfG, Urteil vom 24. Oktober 2002, Az. 2 BvF 1/01, BVerfGE 106, 62 (135 ff., 147, 156 f., 162).

201 BVerfG, Urteil vom 24. Oktober 2002, Az. 2 BvF 1/01, BVerfGE 106, 62 (153 f.).

202 BVerfG, Urteil vom 24. Oktober 2002, Az. 2 BvF 1/01, BVerfGE 106, 62 (135 f., 142, 148).

BVerfG folgende Mindestanforderungen: Die der Prognose zugrundeliegenden Sachverhaltsannahmen müssen sorgfältig ermittelt sein oder sich jedenfalls im gerichtlichen Verfahren bestätigen lassen. Sie muss sich auf ein angemessenes und konsequent verfolgtes Prognoseverfahren stützen. In die Prognose dürfen keine sachfremden Erwägungen einfließen. Zudem müssen die die Einschätzung tragenden Gesichtspunkte hinreichend deutlich offengelegt worden sein – bzw. eine solche Offenlegung muss jedenfalls im Normenkontrollverfahren möglich sein.<sup>203</sup>

## 9.2. Grundrechte

Ob ein PA-Berufsgesetz mit den Grundrechten vereinbar wäre, hängt von seiner konkreten Ausgestaltung ab. Insbesondere müsste es den Anforderungen genügen, die sich aus der Berufsfreiheit, dem Schutz von Leben und Gesundheit sowie dem Gleichbehandlungsgrundsatz ergeben.

### 9.2.1. Berufsfreiheit

Art. 12 Abs. 1 GG regelt die Berufsfreiheit. Er lautet:

Alle Deutschen haben das Recht, Beruf, Arbeitsplatz und Ausbildungsstätte frei zu wählen. Die Berufsausübung kann durch Gesetz oder auf Grund eines Gesetzes geregelt werden.

Als Beruf gilt jede auf eine gewisse Dauer angelegte, der Schaffung und Erhaltung einer Lebensgrundlage dienende Tätigkeit.<sup>204</sup> Art. 12 GG schützt die Berufsfreiheit als einheitliches Grundrecht und umfasst als Vorstufe des Berufs grundsätzlich auch die Berufsausbildung.<sup>205</sup>

Die in Art. 12 Abs. 1 S. 2 GG geregelte Regelungsbefugnis des Gesetzgebers erstreckt sich sowohl auf die Berufsausübung als auch die Berufswahl.<sup>206</sup> Eingriffe in die Berufsfreiheit bedürfen eines formellen Gesetzes. Jedenfalls die grundrechtswesentlichen Entscheidungen muss der Gesetzgeber insofern selbst treffen.<sup>207</sup>

Nach der Rechtsprechung des BVerfG darf der Gesetzgeber Berufsbilder rechtlich fixieren und dadurch die Erscheinungsformen und Ausübungsmodalitäten eines Berufs regeln.<sup>208</sup> Er ist dabei nicht starr an bestehende Vorprägungen gebunden, sondern kann Berufsbilder auch durch die Änderung und Ausrichtung überkommener Berufsbilder gestalten. Zudem kann der Gesetzgeber verwandte Berufe vereinheitlichen oder gesetzliche Leitbilder formulieren, die sich am

---

203 BVerfG, Urteil vom 24. Oktober 2002, Az. 2 BvF 1/01, BVerfGE 106, 62 (152 f.).

204 Vgl. Mann, Thomas, in: Sachs, Grundgesetz, 10. Auflage 2024, GG, Art. 12, Rn. 45.

205 Vgl. Mann, Thomas, in: Sachs, Grundgesetz, 10. Auflage 2024, GG, Art. 12, Rn. 14.

206 BVerfG, Urteil vom 11. Juni 1958, Az. 1 BvR 596/56, BVerfGE 7, 377 (402).

207 Vgl. Mann, Thomas, in: Sachs, Grundgesetz, 10. Auflage 2024, GG, Art. 12, Rn. 111 ff.

208 Vgl. BVerfG, Urteil vom 24. Oktober 2002, Az. 2 BvF 1/01, BVerfGE 106, 62 (116 ff.); BVerfG, Beschluss vom 17. Juli 1961, Az. 1 BvL 44/55, BVerfGE 13, 97 (106); BVerfG, Beschluss vom 10. Mai 1988, Az. 1 BvR 482/84, 1 BvR 1166/85, BVerfGE 78, 179 (193); BVerfG, Beschluss vom 16. März 2000, Az. 1 BvR 1453/99, NJW 2000, 1779; m. w. N. Mann, Thomas, in: Sachs, Grundgesetz, 10. Auflage 2024, GG, Art. 12, Rn. 67.

Aufgabenkreis spezifischer Berufszweige orientieren.<sup>209</sup> Grundsätzliche Bedenken gegen die Normierung des Berufsbildes von PAs bestehen damit nicht. Indes folgen aus der Berufsfreiheit inhaltliche Grenzen für eine solche Regelung. Das BVerfG hat betont, dass der Gesetzgeber bei der Neuausrichtung eines Berufsbildes die Schranken des Art. 12 Abs. 1 GG, wie insbesondere die Verhältnismäßigkeit, und das schutzwürdige Vertrauen der in den „überkommenen“ Berufen Tätigen beachten muss.<sup>210</sup> Die gesetzliche Regelung eines Berufsbildes muss dem Sachverhalt, den sie erfassen soll, und seinen realen Veränderungen gerecht werden. Sie darf der Wirklichkeit nicht ohne hinreichenden Grund eine andersartige Regelung willkürlich aufzwingen.<sup>211</sup>

Die Berufsfreiheit dient in erster Linie der Abwehr staatlicher Eingriffe in die berufliche Freiheit. Sie schützt nicht nur vor gezielten staatlichen Eingriffen, sondern auch „faktischen“ oder „mittelbaren“ Beeinträchtigungen. Ein Berufsgesetz für PAs würde durch die Regelung des Berufsbildes jedenfalls in die Berufsfreiheit der PAs im Sinne des Gesetzes eingreifen – etwa durch die Regelung von Zulassungsvoraussetzungen oder zulässiger Tätigkeiten der PAs.

Wenn eine Regelung in den Schutzbereich der Berufsfreiheit eingreift, führt dies nicht automatisch zu ihrer Verfassungswidrigkeit. Gesetzliche Eingriffe in die Berufsfreiheit lassen sich durch Gemeinwohlbelange rechtfertigen, wenn sie verhältnismäßig sind. Für Eingriffe in die Berufsfreiheit hat das BVerfG 1958 in seinem Apotheken-Urteil<sup>212</sup> die sogenannte Dreistufentheorie entwickelt. Danach bestehen unterschiedlich strenge Rechtfertigungsanforderungen je nachdem, ob eine gesetzliche Regelung die Berufsausübung einschränkt oder subjektive oder objektive Voraussetzungen für die Berufswahl aufgestellt. Beschränkungen der Berufsausübung sollen bereits zulässig sein, soweit vernünftige Erwägungen des Gemeinwohls sie zweckmäßig erscheinen lassen. Auf dieser Stufe beschränke sich der Grundrechtsschutz auf die Abwehr in sich verfassungswidriger Auflagen, die etwa übermäßig belastend und deshalb nicht zumutbar seien. Subjektive – also durch den Einzelnen beeinflussbare – Berufszulassungsvoraussetzungen wie beispielsweise eine bestimmte Ausbildung oder Prüfung sind nach dieser Rechtsprechung zulässig, wenn sie als Voraussetzung zur ordnungsgemäßen Erfüllung des Berufs und zum Schutz hoher Gemeinschaftsgüter erforderlich sind und wenn sie nicht außer Verhältnis zum angestrebten Zweck stehen. Objektive Berufswahlvoraussetzungen lassen sich nach der Dreistufentheorie hingegen nur mit der Abwehr nachweisbarer oder höchstwahrscheinlicher schwerer Gefahren für ein überragend wichtiges Gemeinschaftsgut rechtfertigen.<sup>213</sup> Das BVerfG hat die Stufentheorie in der Folgezeit allerdings sukzessive in eine umfassende Verhältnismäßigkeitsprüfung überführt.

---

209 Vgl. BVerfG, Beschluss vom 10. Mai 1988, Az. 1 BvR 482/84, 1 BvR 1166/85, BVerfGE 78, 179 (193); BVerfG, Beschluss vom 16. März 2000, Az. 1 BvR 1453/99, NJW 2000, 1779; Mann, Thomas, in: Sachs, Grundgesetz, 10. Auflage 2024, GG, Art. 12, Rn. 69.

210 BVerfG, Beschluss vom 10. Mai 1988, Az. 1 BvR 482/84, 1 BvR 1166/85, BVerfGE 78, 179 (193); BVerfG, Urteil vom 24. Oktober 2002, Az. 2 BvF 1/01, BVerfGE 106, 62 (116 ff.).

211 BVerfG, Beschluss vom 10. Mai 1988, Az. 1 BvR 482/84, 1 BvR 1166/85, BVerfGE 78, 179 (193); BVerfG, Urteil vom 24. Oktober 2002, Az. 2 BvF 1/01, BVerfGE 106, 62 (116 ff.); BVerfG, Beschluss vom 17.07.1961, Az. 1 BvL 44/55, BVerfGE 13, 97 (106); Mann, Thomas, in: Sachs, Grundgesetz, 10. Auflage 2024, GG, Art. 12, Rn. 68.

212 BVerfG, Urteil vom 11. Juni 1958, Az. 1 BvR 596/56, BVerfGE 7, 377.

213 Vgl. zur Stufentheorie BVerfG, Urteil vom 11. Juni 1958, Az. 1 BvR 596/56, BVerfGE 7, 377; BVerfG, Beschluss vom 16. März 2000, Az. 1 BvR 1453/99, NJW 2000, 1779; BVerfG, Beschluss vom 3. Juni 2004, Az. 2 BvR 1802/02, NJW 2004, 2890; BVerfG, Beschluss vom 10. Mai 1988, Az. 1 BvR 111/77, BVerfGE 78, 155 (161 f.).

Verhältnismäßig sind Regelungen, wenn sie einem legitimen Zweck dienen, zu dessen Erreichung sie geeignet, erforderlich und angemessen sind. Erforderlich sind Maßnahmen, wenn keine gleich geeigneten, milderer Maßnahmen zur Verfügung stehen. Die Prüfung der Angemessenheit verlangt eine Abwägung zwischen dem Eingriff in die Berufsfreiheit und den Zielen, die mit der gesetzlichen Regelung verfolgt werden. Dabei sind insbesondere die Eingriffsintensität und der Wirkungsgrad der Regelung zu beachten.<sup>214</sup> Die freie berufliche Betätigung darf nur so weit eingeschränkt werden, wie es zur Erreichung der angestrebten Ziele erforderlich ist. Je stärker eine Regelung die Berufstätigkeit einengt, desto gewichtiger müssen die sie rechtfertigenden Gründe sein.<sup>215</sup>

Die Regelung des Berufsbildes beinhaltet regelmäßig Eingriffe in die Berufsfreiheit, die die dargestellten Rechtfertigungsanforderungen erfüllen müssen. Zulassungsschranken und -voraussetzungen betreffen regelmäßig die subjektive Berufswahl und gelten deshalb typischerweise als im Vergleich zu einer Regelung der Ausübungsmodalitäten eingriffsintensiv.<sup>216</sup> Als Rechtfertigungsgrund für Regelungen im Bereich der Heilberufe kommt insbesondere der Schutz der Patientinnen und Patienten vor einer unsachgemäßen Behandlung in Betracht. So rechtfertigt die Gesundheit der Bevölkerung als besonders wichtiges Gemeinschaftsgut beispielsweise den Erlaubniszwang für die heilkundliche Tätigkeit und die Zugangsvoraussetzung eines abgeschlossenen Diplomstudiums für Psychotherapeuten.<sup>217</sup>

Bei der Regelung eines PA-Berufsgesetzes müsste der Gesetzgeber gegebenenfalls dem schutzwürdigen Vertrauen der bereits tätigen PAs – etwa durch Übergangsregelungen – Rechnung tragen. Dies könnte insbesondere relevant werden, falls ein Teil der derzeit praktizierenden PAs die Berufszulassungsvoraussetzungen nach dem Berufsgesetz nicht erfüllen würde und diese deshalb Tätigkeiten, die sie bislang erlaubt ausüben, nicht mehr übernehmen dürften.<sup>218</sup>

Ob ein PA-Berufsgesetz auch in die Berufsfreiheit von Personen eingreifen würde, die keine PAs im Sinne des Gesetzes sind, hängt von der Ausgestaltung des Gesetzes ab. Ein Eingriff in die Berufsfreiheit liegt nahe, sofern die Berufsausübung dieser Personen (mit-)geregelt und insbesondere eingeschränkt würden. Demgegenüber gewährt Art. 12 Abs. 1 GG grundsätzlich keinen Schutz gegen neue Konkurrenz für einen Beruf, der selbst von der Regelung unangetastet bleibt.

---

214 Vgl. Mann, Thomas, in: Sachs, Grundgesetz, 10. Auflage 2024, GG, Art. 12, Rn. 137 ff., 142 ff.

215 Vgl. BVerfG, Beschluss vom 9. Mai 1972, Az. 1 BvR 518/62, 308/64, BVerfGE 33, 125 (168).

216 Vgl. BVerfG, Beschluss vom 16. März 2000, Az. 1 BvR 1453/99, NJW 2000, 1779; Mann, Thomas, in: Sachs, Grundgesetz, 10. Auflage 2024, GG, Art. 12, Rn. 68.

217 BVerfG, Beschluss vom 3. Juni 2004, Az. 2 BvR 1802/02, NJW 2004, 2890; BVerfG, Beschluss vom 16. März 2000, Az. 1 BvR 1453/99, NJW 2000, 1779; BVerfG, Beschluss vom 10. Mai 1988, Az. 1 BvR 482/84, 1 BvR 1166/85, BVerfGE 78, 179 (192).

218 Vgl. im Hinblick auf das Psychotherapeutengesetz: BVerfG, Beschluss vom 16. März 2000, Az. 1 BvR 1453/99, NJW 2000, 1779.

---

Aus der Berufsfreiheit lässt sich weder ein Anspruch auf die Erhaltung des Geschäftsumfangs noch auf die Sicherung weiterer Erwerbsmöglichkeiten ableiten.<sup>219</sup>

### 9.2.2. Schutz der Gesundheit und des Lebens

Nach Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG hat jeder das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit. Die körperliche Unversehrtheit umfasst sowohl die Gesundheit im biologisch-physiologischen Bereich als auch im psychischen Bereich.<sup>220</sup> Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG dient in erster Linie der Abwehr staatlicher Eingriffe in das Leben und die körperliche Unversehrtheit. Darüber hinaus begründet Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG aber auch Pflichten des Staates zum Schutz dieser Rechtsgüter insbesondere vor Beeinträchtigungen durch Dritte. Bei der Erfüllung dieser Schutzpflichten hat der Gesetzgeber einen weiten Gestaltungsspielraum. Es ist primär seine Aufgabe, zu entscheiden, wie die verfassungsrechtlich begründete Schutzpflicht im Einzelnen zu konkretisieren und auszufüllen ist. Die verfassungsrechtliche Grenze des Untermaßverbotes ist erst erreicht, wenn die staatlichen Vorkehrungen zum Schutz des Grundrechts völlig ungeeignet oder völlig unzulänglich sind.<sup>221</sup>

### 9.2.3. Gleichheitssatz

Der allgemeine Gleichheitssatz (Art. 3 Abs. 1 GG) gebietet es dem Gesetzgeber, wesentlich Gleiches gleich und wesentlich Ungleiches seinem Wesen entsprechend ungleich zu behandeln.<sup>222</sup> Das gilt sowohl für ungleiche Belastungen als auch für ungleiche Begünstigungen.<sup>223</sup> Grundsätzlich bestimmt der Gesetzgeber, an welche Sachverhalte das Gesetz dieselben Rechtsfolgen knüpft, muss diese Auswahl aber sachgerecht treffen.<sup>224</sup> Aus dem allgemeinen Gleichheitssatz ergeben sich je nach Regelungsgegenstand und Differenzierungsmerkmalen unterschiedliche Grenzen für den Gesetzgeber, die vom bloßen Willkürverbot bis zu einer strengen Bindung an Verhältnismäßigkeitserfordernisse reichen. Art. 3 Abs. 1 GG ist jedenfalls verletzt, wenn sich kein vernünftiger Grund für die Differenzierung oder Gleichbehandlung finden lässt und die Auswahl deshalb willkürlich ist. Art. 3 Abs. 1 GG ist verletzt, wenn eine Gruppe im Vergleich zu einer anderen anders behandelt wird, obwohl zwischen den Gruppen keine Unterschiede von einer solchen Art und einem solchen Gewicht bestehen, dass sie die unterschiedliche Behandlung rechtfertigen können. Eine strengere Bindung des Gesetzgebers und damit höhere Anforderungen an

---

219 Vgl. BVerfG, Beschluss vom 16. März 2000, Az. 1 BvR 1453/99, NJW 2000, 1779 (1780); Mann, Thomas, in: Sachs, Grundgesetz, 10. Auflage 2024, GG, Art. 12, Rn. 16.

220 Vgl. Lang, Heinrich, in: Epping/Hillgruber, BeckOK Grundgesetz, 64. Edition, Stand: 15. November 2025, GG, Art. 2, Rn. 195.

221 Lang, Heinrich, in: Epping/Hillgruber, BeckOK Grundgesetz, 64. Edition, Stand: 15. November 2025, GG, Art. 2 Rn. 269 f., 290.

222 Vgl. BVerfG, Beschluss vom 8. Juni 2004, BVerfGE 110, 412 (431); BVerfG, Beschluss vom 19. November 2019, BVerfGE 152, 274 (311); BVerfG, Beschluss vom 28. Juni 2022, BVerfGE 162, 277 (305).

223 BVerfG, Beschluss vom 8. Juni 2004, BVerfGE 110, 412 (431); BVerfG, Beschluss vom 19. November 2019, BVerfGE 152, 274 (311); BVerfG, Beschluss vom 28. Juni 2022, BVerfGE 162, 277 (305).

224 BVerfG, Beschluss vom 4. Dezember 2002, BVerfGE 107, 27 (46); BVerfG, Beschluss vom 08. Juni 2004, BVerfGE 110, 412 (433); BVerfG, Beschluss vom 19. November 2019, BVerfGE 152, 274 (311); BVerfG, Beschluss vom 28. Juni 2022, BVerfGE 162, 277 (305).

---

gesetzliche Differenzierungen werden insbesondere angenommen, wenn die Ungleichbehandlung von Personen oder Sachverhalten die Ausübung grundrechtlich geschützter Freiheiten beeinträchtigen kann.<sup>225</sup> Zudem verschärfen sich die Anforderungen, je weniger die Merkmale für den Einzelnen verfügbar sind und je näher das Differenzierungskriterium an den Merkmalen des Art. 3 Abs. 3 GG liegt.<sup>226</sup> Bei einem Berufsgesetz für PAs liegt es nahe, dass bei der Rechtfertigung einer Ungleichbehandlung Verhältnismäßigkeitserfordernisse gelten, weil sich die Regelungen auf die freie Berufswahl und -ausübung auswirken dürften.

Über den allgemeinen Gleichheitssatz hinaus sind auch die speziellen Diskriminierungsverbote des Art. 3 Abs. 2, Abs. 3 GG zu beachten. Nach Art. 3 Abs. 2 GG sind Männer und Frauen gleichberechtigt. Der Staat fördert diese Gleichberechtigung. Nach Art. 3 Abs. 3 GG darf niemand wegen seines Geschlechtes, seiner Abstammung, seiner Rasse, seiner Sprache, seiner Heimat und Herkunft, seines Glaubens, seiner religiösen oder politischen Anschauungen benachteiligt oder bevorzugt werden. Niemand darf wegen seiner Behinderung benachteiligt werden. Differenzierungen, die an den Kriterien des Art. 3 Abs. 3 GG anknüpfen, unterliegen erhöhten Rechtfertigungsanforderungen. Sie können durch kollidierendes Verfassungsrecht oder sonstige besonders schwerwiegende Gründe gerechtfertigt sein.<sup>227</sup>

\* \* \*

---

225 Nußberger, Angelika/Hey, Johanna, in: Sachs, Grundgesetz, 10. Auflage 2024, GG, Art. 3, Rn. 8 ff., 25 ff.; BVerfG, Beschluss vom 8. Juni 2004, BVerfGE 110, 412 (431 f.); BVerfG, Beschluss vom 19. November 2019, BVerfGE 152, 274 (312 f.); BVerfG, Beschluss vom 28. Juni 2022, BVerfGE 162, 277 (306 f.).

226 Nußberger, Angelika/Hey, Johanna, in: Sachs, Grundgesetz, 10. Auflage 2024, GG, Art. 3, Rn. 32; BVerfG, Beschluss vom 28. Juni 2022, BVerfGE 162, 277 (307).

227 Kischel, Uwe, in: Epping/Hillgruber, BeckOK Grundgesetz, 64. Edition, Stand: 15. September 2025, GG, Art. 3, Rn. 231.