



Stellungnahme

Hausärztinnen- und Hausärzteverband e. V.

Referentenentwurf eines Gesetzes zur Stärkung der
Pflegekompetenz (Pflegekompetenzgesetz)

30. September 2024



Die Kommentierung ist in ihren Ausführungen und Vorschlägen bewusst knappgehalten und fokussiert sich auf jene Sachverhalte mit besonderer Bedeutung für die Hausärztinnen und Hausärzte. Wir behalten uns vor, zusätzliche Aspekte im Laufe des weiteren Verfahrens einzubringen oder zu kommentieren.

I. Allgemeines

Die mit dem Referentenentwurf verfolgten Ziele zur Sicherstellung der Pflegestrukturen in Deutschland, insbesondere die Rahmenbedingungen für die professionellen Pflegenden dahingehend zu verbessern, dass die an der Pflege beteiligten Akteure ihren gesetzlichen Auftrag einer leistungsfähigen, regional gegliederten, ortsnahen und aufeinander abgestimmten pflegerischen Versorgung der Bevölkerung besser erfüllen können, werden seitens des Hausärztinnen- und Hausärzterverbandes grundsätzlich begrüßt. Dazu zählen verschiedene Maßnahmen, wie z. B. der Ausbau der Befugnisse von Pflegefachpersonen – abgestuft nach der jeweils vorhandenen Qualifikation – und weitere Delegationsmöglichkeiten für Ärztinnen/Ärzte, die Förderung einer kompetenzorientierten sowie teambasierten Zusammenarbeit in multiprofessionellen Teams u. a. zur Entlastung der Ärztinnen/Ärzte, Verfahrensoptimierungen (wie z. B. bei Vergütungsverhandlungen und digitalen Pflegeanwendungen) und niederschwellige Betreuungsangebote.

Vorab möchten wir positiv anmerken, dass wir eine teambasierte, interprofessionelle Zusammenarbeit grundsätzlich unterstützen und auch Evaluationen zur vertrauensvollen und kontinuierlichen Versorgung im Rahmen der Hausarztzentrierten Versorgung (HZV) nach § 73b SGB V zeigen, dass dadurch u. a. die Versorgung chronisch kranker Patientinnen/Patienten nachhaltig verbessert werden kann.

Gleichwohl muss angesichts der begrenzt verfügbaren Personalressourcen im Gesundheitswesen kritisch hinterfragt werden, ob durch die Erweiterung der Kompetenzen von Pflegefachpersonen gegebenenfalls zunehmend eine Deprofessionalisierung der qualitativ hochwertigen Gesundheitsversorgung droht – z. B. durch die selbständige Erbringung von Leistungen durch Pflegefachpersonen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung – und unnötige Doppelstrukturen sowie Kosten entstehen.

Darüber hinaus ist zur Vermeidung von Rechtsunsicherheiten insbesondere kritisch anzumerken, dass gerade bei „Mischformen“ einer multiprofessionellen und sektorenübergreifenden Zusammenarbeit klare Rechtsvorgaben nicht nur bei der Berufsbezeichnung, Qualifikation, den Leistungs- und Verantwortungsbereichen erforderlich sind, sondern auch korrespondierende Fragestellungen – wie z. B. bezüglich der Finanzierung, Abrechnung und Haftung – eindeutig im Gesetzeswortlaut oder zumindest in der Gesetzesbegründung geklärt werden müssen.

Zudem müssen die technischen Voraussetzungen und Schnittstellen für eine multiprofessionelle, sektorenübergreifende Zusammenarbeit (z. B. mit Blick auf digitale Gesundheits- und Pflegeanwendungen sowie Abrechnungsverfahren bei selbständig erbrachten erweiterten heilkundlichen Leistungen) rechtzeitig und einwandfrei zur Verfügung stehen, um die Aufwände für die ohnehin schon durch zahlreiche technische Störfälle belasteten Praxen möglichst gering zu halten.



Ferner ist bei der Überprüfung des EBM, in welchem Umfang delegationsfähige Leistungen angemessen vergütet werden, darauf zu achten, dass dabei nicht ungerechtfertigterweise eine Herabsetzung der Vergütung qualitativ hochwertiger Gesundheitsleistungen erfolgt. Denn auch bei delegationsfähigen Leistungen liegen insbesondere die Anleitungs- und regelmäßigen Überwachungspflichten sowie die Gesamtverantwortung für den Behandlungsverlauf weiterhin bei der delegierenden Ärztin/dem delegierenden Arzt. Überdies ist zu berücksichtigen, dass nicht jede delegationsfähige Leistung aufgrund der anhaltenden Personalknappheit auch durch eine entsprechend qualifizierte Person erbracht werden kann, sodass im Zweifel doch die Ärztin/der Arzt in der Pflicht ist, diese Leistung unmittelbar zu erbringen.

Im Einzelnen nehmen wir gerne zu den kritischen Punkten wie folgt Stellung:

II. Kommentierung einzelner Regelungen

Zu Artikel 1

Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch

§ 40 Abs. 6 i. V. m. § 17a SGB XI-neu

Die Neuregelungen in § 40 Abs. 6 i. V. m. § 17a SGB XI-neu, wonach Pflegepersonen im Rahmen ihrer Leistungserbringung nach §§ 36, 37, 37c SGB V sowie der Beratungseinsätze nach § 37 Abs. 3 SGB V konkrete Empfehlungen zur Hilfsmittel- und Pflegehilfsmittelversorgung abgeben können, werden überwiegend unterstützt.

Zur Entlastung der Ärzteschaft wird auch die Neuregelung in § 40 Abs. 6 S. 4 SGB XI-neu grundsätzlich positiv bewertet, dass es bei Vorliegen einer Empfehlung nach S. 1 einer ärztlichen Verordnung gemäß § 33 Abs. 5a SGB V nicht bedarf.

Trotzdem sollten auch Szenarien berücksichtigt und eindeutig geregelt werden, in denen ggf. ausnahmsweise zeitgleich bzw. im engen zeitlichen Abstand (z. B. ein Tag) eine Empfehlung nach § 40 Abs. 6 S. 1 SGB XI-neu durch eine Pflegeperson und gleichfalls eine ärztliche Verordnung ausgestellt wird. Insbesondere bei inhaltlichem Abweichen von Empfehlung und Verordnung muss klar und praktisch handhabbar geregelt werden, wessen Entscheidung zugrunde zu legen ist, ohne dass es zu finanzieller Benachteiligung einer verordnenden Stelle kommt. Zwecks optimaler Versorgung der Versicherten ist zudem sicherzustellen, dass die Informationen zu Pflegehilfsmitteln und Hilfsmitteln den an der Versorgung beteiligten Personen, also zumindest der involvierten Pflegeperson als auch der behandelnden Ärztin bzw. dem behandelnden Arzt zugänglich gemacht werden.

In Fällen komplexer Versorgung aufgrund des Schweregrades der Erkrankung und auch für den Fall, dass das Stellen neuer Diagnosen aufgrund neu hinzugetretener Umstände ärztlicherseits erforderlich wird, ist zwingend zu regeln, dass die hieraus resultierende Verordnung durch die behandelnde Ärztin bzw. den behandelnden Arzt zu erfolgen hat. Wie im Rahmen der modellhaften Erprobung nach § 64d SGB V erfolgt, sollte die Einbindung der behandelnden Ärztin/ des behandelnden Arztes immer dann erfolgen, wenn sich der gesundheitliche Zustand der Patientin/des Patienten derart verändert, dass eine erneute Diagnose- und Indikationsstellung der Ärztin/des Arztes erforderlich ist.



Zu Artikel 3 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

§ 15a SGB V-neu

Die Neuregelungen zu pflegerischen Leistungen und heilkundlichen Leistungen durch Pflegefachpersonen nach § 15a SGB V-neu sind grundsätzlich zu begrüßen, aber teilweise klarstellungs- und anpassungsbedürftig.

Kritisch anzumerken und entsprechend anpassungsbedürftig ist, dass sich die nachfolgende Unterscheidung zwischen den drei Leistungsbereichen, die sich jeweils nach den vorhandenen Qualifikationen richten, eindeutig aus dem Gesetzeswortlaut des § 15a Abs. 1 SGB V-neu ergeben muss:

- **Pflegerische Leistungen:** alle Leistungen, die keine heilkundlichen Leistungen sind und u. a. durch Pflegeassistentenberufe erbracht werden dürfen
- **Heilkundliche Leistungen:** z. B. häusliche Krankenpflege, medizinische Behandlungspflege, die auf Grundlage einer Erlaubnis nach § 1 Abs.1 des Pflegeberufgesetzes durch Pflegefachpersonen mit einer dreijährigen generalistischen Pflegeausbildung erbracht werden dürfen und
- **Erweiterte heilkundliche Leistungen:** Aufgaben, die bisher Ärztinnen/Ärzten vorbehalten waren, die z. B. Bereiche der diabetischen Stoffwechsellage, chronischen Wunden und Demenz betreffen und nur durch Pflegefachpersonen mit Hochschulischer Ausbildung erbracht werden dürfen (vgl. § 37 Abs. 2 S. 2 Pflegeberufgesetz-neu in der ab dem 1. Januar 2025 geltenden Fassung).

Zudem sollte zumindest in der Gesetzesbegründung bei allen drei Leistungsbereichen – und nicht nur bei den „pflegerischen Vorbehaltsaufgaben“ im Sinne des § 15a SGB V-neu – klargestellt werden, wer die Verantwortung (einschließlich das Haftungsrisiko) für fehlerhafte Entscheidungen unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots trägt. Insbesondere sollte konkretisiert werden, ob (lediglich) erweiterte Delegations- oder darüber hinaus Substitutionsmöglichkeiten geschaffen werden sollen. In diesem Zusammenhang müssen die Erläuterungen zum Begriff „Selbständigkeit“ bei erweiterten heilkundlichen Leistungen in der Gesetzesbegründung nachgeschärft werden (vgl. hierzu auch unsere Ausführungen zu § 73d SGB V-neu).

Darüber hinaus sollte in der Gesetzesbegründung klargestellt und entsprechend angepasst werden, dass nur „erweiterte heilkundliche“ (und nicht alle heilkundlichen) Leistungen im Rahmen des SGB V nach § 4a des Pflegeberufgesetzes-neu auch durch Pflegefachpersonen mit gleichwertigen Qualifikationen erbracht werden können, die auch in anderen als den drei genannten Bereichen (diabetische Stoffwechsellage, chronische Wunden und Demenz) erworben sein können (z. B. in der Intensivpflege). Dazu können entsprechende Fachweiterbildungen, aber auch im Ausland erworbene Qualifikationen gehören. Diesbezüglich fordern wir eindeutige und rechtsverbindliche Vorgaben, da die jeweiligen Leistungs- und Verantwortungsbereiche aus den abgestuften Qualifikationen abgeleitet werden. Für die im Versorgungsprozess Beteiligten, insbesondere die Ärztinnen und Ärzte, muss überdies klar ersichtlich und zweifelsfrei nachvollziehbar sein, über welche Kompetenzen die jeweilige Pflegefachperson verfügt, damit die Übertragung von Verantwortlichkeiten rechtssicher erfolgen kann.



Ferner fordern wir eine Klarstellung in der Gesetzesbegründung zu § 15a SGB V-neu i. V. m. § 73d SGB V-neu und § 4a Pflegeberufegesetz-neu, dass nicht nur Pflegefachpersonen, sondern auch ihnen qualitativ gleichzustellende nicht ärztliche Gesundheitsberufe (z. B. Versorgungsassistenten in der Hausarztpraxis bzw. VERAH oder Primary Care Manager/-innen bzw. PCM) im Rahmen der Delegation erweiterte heilkundliche Leistungen ausüben dürfen.

§ 33 Absatz 5a SGB V-neu

Die Neuregelung in § 33 Abs. 5a SGB V-neu, wonach einer vertragsärztlichen Verordnung eine Verordnung einer Pflegefachperson nach den Voraussetzungen des Rahmenvertrages nach § 73d SGB V-neu gleichsteht, wird zur Entlastung der Ärzteschaft grundsätzlich positiv bewertet.

Gleichwohl fordern wir klare Definitionen der abgestuften Qualifikationen, Leistungs- sowie Verantwortungsbereiche und verweisen diesbezüglich auf unsere Ausführungen zu § 73d SGB V-neu.

Zudem sollten auch hier Fallkonstellationen berücksichtigt und eindeutig geregelt werden, wenn z. B. Doppelverordnungen durch eine Pflegeperson und eine Ärztin/ein Arzt erfolgen (u. a. bezüglich des Rangverhältnisses der Verordnungen) oder wenn z. B. im Rahmen komplexer Behandlungssituationen die Einbeziehung ärztlicher Hilfe erforderlich wird. Eine Rückkopplung bzw. Information über die Verordnung einer Pflegefachperson sollte aber auf jeden Fall gegenüber der Hausärztin/dem Hausarzt erfolgen (vgl. hierzu auch unsere Ausführungen zu § 40 Abs. 6 SGB XI-neu).

§ 73d SGB V-neu

Die Neuregelungen zur selbständigen Erbringung von Leistungen durch Pflegefachpersonen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung und zur selbständigen Verordnung häuslicher Krankenpflege durch Pflegefachpersonen werden grundsätzlich unterstützt, sollten aber teilweise klargestellt und angepasst werden.

Zunächst sollte zur Vermeidung von Rechtsunsicherheiten nicht nur im Gesetzeswortlaut, sondern auch durchgehend in der Gesetzesbegründung zu § 73d SGB V-neu eindeutig formuliert werden, dass eine Verpflichtung zur Vereinbarung eines Rahmenvertrages bis zum 31. Dezember 2025 besteht.

In Bezug auf die Fristsetzung zur Vereinbarung eines Rahmenvertrages (bis zum 31. Dezember 2025) wird bezweifelt, dass diese ausreicht, um die komplexen und vielschichtigen Regelungsinhalte im Rahmen der multiprofessionellen und sektorenübergreifenden Zusammenarbeit zu regeln. Es müssen nicht nur abgestufte Qualifikationen und Leistungsbereiche vereinbart werden (vgl. § 73d Abs. 1 S. 1 Nr. 1 bis 3 SGB V-neu), sondern auch damit zusammenhängende Finanzierungs-, Abrechnungs- und Haftungsfragen geklärt sowie technische Anpassungen fristgerecht umgesetzt werden. Die Erfahrung zeigt, dass insbesondere die Umsetzung der technischen Prozesse deutlich anspruchsvoller und zeitintensiver ist als erwartet.

Losgelöst davon, begrüßen wir es grundsätzlich, dass Pflegefachpersonen, abhängig von den erworbenen Kompetenzen, erst nach ärztlicher Diagnose und Indikationsstellung erweiterte heilkundliche Leistungen nach § 73d Abs. 1 S. 1 Nr. 1 SGB V-neu selbständig erbringen dürfen.



Gleichwohl muss im Gesetzeswortlaut klargestellt werden, dass damit lediglich erweiterte Delegations- und keine Substitutionsmöglichkeiten eingeführt werden sollten. In beiden Fällen werden zwar Aufgaben, Verantwortlichkeiten und Befugnisse von einer Person auf eine andere übertragen. Bei der Delegation bleibt aber die Gesamtverantwortung für den Behandlungsverlauf weiterhin bei der delegierenden Ärztin/dem delegierenden Arzt, die/der auch über die erforderliche medizinische Kompetenz verfügt, einen Überblick über sämtliche Diagnosen und Behandlungen hat und das Haftungsrisiko trägt.

Eine Substitution lehnen wir vehement ab, um unnötige und kostenintensive Doppelstrukturen zu vermeiden. Zur Sicherstellung einer qualitativ bestmöglichen Versorgung müssen der Grundsatz des Arztvorbehalts zwingend beibehalten werden und die Letztverantwortung bei der Ärztin/dem Arzt liegen. Der Grundsatz des Arztvorbehalts muss weiter aufrechterhalten bleiben, damit eine zentrale, ärztliche Stelle mit übergreifender Verantwortung den Überblick behält, keine widersprüchlichen Entscheidungen umgesetzt werden, die durch unnötigen Mehraufwand in den Praxen wieder revidiert werden müssen. Dieser Grundsatz gewährleistet eine qualitätsgesicherte Anamnese, Diagnostik und Therapie.

In diesem Zusammenhang verweisen wir darauf, dass insbesondere auch Zahlen aus der HZV (§ 73b SGB V) belegen, dass nur durch eine Bündelung der Verantwortung, kontinuierlichen hausärztlichen Versorgung und vertrauensvollen Beziehung zwischen Hausarztpraxis und Patientin/Patient eine zielgenaue Ansprache sowie ein nachhaltiger Behandlungserfolg erreicht werden können.

Dass zukünftig lediglich weitere Delegations- und keine Substitutionsmöglichkeiten ausgebaut werden sollen, muss insbesondere in § 73d Abs. 1 S. 1 Nr. 1 bis 3 und Abs. 4 SGB V-neu sowie in § 15a SGB V-neu eindeutig klargestellt werden. Auch in der Gesetzesbegründung zu § 73d Abs. 1 SGB V-neu und zu § 15a Abs. 1 S. 3 SGB V-neu insb. bei den Ausführungen zu „*Tätigkeit in der vertragsärztlichen Versorgung*“ und dem Begriff „*Selbständigkeit*“ müssen Klarstellungen erfolgen, um Rechtsunsicherheiten zu vermeiden. Zur „*Selbständigkeit*“ gehöre danach die Entscheidung über die Art, Dauer und Häufigkeit der erweiterten heilkundlichen Leistung, die Verantwortung für die rechtzeitige fachlich indizierte Einbeziehung ärztlicher und weiterer Berufsgruppen im Gesundheitswesen sowie die haftungsrechtliche Verantwortung unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots. Klarstellungsbedürftig ist dabei insbesondere, inwieweit Pflegefachpersonen dabei eine „Verantwortung“ übernehmen (z. B. in fachlicher Hinsicht oder bezogen auf den gesamten Behandlungsverlauf).

Vor diesem Hintergrund sind klare Definitionen der abgestuften Qualifikationen, Leistungs- sowie Verantwortungsbereiche zwingend erforderlich. Diese haben auch unter Berücksichtigung der Gesetzesbegründung erheblichen Einfluss auf tarifliche Eingruppierungen von Pflegefachpersonen, die korrespondierend zu ihrer Verantwortungsübernahme höher als ohne die Verantwortungsübernahme zu entlohnen seien. Die damit zu befürchtenden Kostenverschiebungen zulasten der anstellenden Ärztinnen/Ärzte dürfen nicht mit zusätzlichen Rechtsunsicherheiten und Haftungsrisiken zulasten der Ärzteschaft einhergehen. In der Gesetzesbegründung wird weiter ausgeführt, dass Kostenverschiebungen zulasten der sozialen Pflegeversicherung mit der selbständigen Erbringung der erfassten heilkundlichen Aufgaben nicht verbunden seien. In diesem Zusammenhang ist kritisch anzumerken und anpassungsbedürftig, dass diese Kostenverschiebungen aber nicht allein zulasten der GKV und der Ärzteschaft gehen dürfen, erst recht nicht, wenn diese Aufgaben „*im Rahmen der Leistungserbringung der sozialen Pflegeversicherung*“ erfolgen. Hier fordern wir klare, gerechte und getrennte Finanzierungs- und



Vergütungsregelungen. Denn neben dem Einsatz in der vertragsärztlichen Versorgung können Pflegefachpersonen, die entsprechend qualifiziert sind, zukünftig auch in Einrichtungen der häuslichen Krankenpflege nach § 132a SGB V oder der ambulanten oder stationären Pflege nach § 71 SGB XI selbstständig erweiterte heilkundliche Aufgaben erbringen.

Klare Definitionen der abgestuften Qualifikationen, Leistungs- und Verantwortungsbereiche sind ebenso bei § 73d Abs. 1 S. 1 Nr. 2 SGB V-neu bei Leistungen von Pflegefachpersonen im Rahmen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V bei Folgeverordnungen einschließlich der für diese Maßnahmen benötigten Hilfsmittel nach § 33 SGB V notwendig.

Bezogen auf die Rahmenvorgaben zur interprofessionellen Zusammenarbeit nach § 73d Abs. 1 S. 1 Nr. 3 SGB V-neu muss zwingend klargestellt werden, dass diese z. B. Vorgaben zur Notwendigkeit eines erneuten Arztkontaktes und zur Information der Vertragsärztin/des Vertragsarztes durch die Pflegefachperson über die als Folgeverordnung veranlassten Maßnahmen beinhalten „müssen“ (statt „können“), um eine reibungslose aufeinander abgestufte pflegerische und medizinische Versorgung zu gewährleisten.

Darüber hinaus sollten auch hier Fallkonstellationen berücksichtigt und eindeutig geregelt werden, wenn beispielsweise im Rahmen von erweiterten heilkundlichen Leistungen (§ 73d Abs. 1 Nr. 1 SGB V-neu) oder im Rahmen der häuslichen Krankenpflege (§ 73d Abs. 1 Nr. 2 SGB V-neu) Doppelinanspruchnahmen einer Pflegeperson und einer Ärztin/eines Arztes erfolgen oder aufgrund komplexer Versorgungssituationen die Einbeziehung einer Ärztin/eines Arztes erforderlich wird. Eine Pflegeperson sollte die Hausärztin/den Hausarzt auf jeden Fall über Leistungen nach § 73 Abs. 1 Nr. 1 und 2 SGB V-neu informieren und vice versa.

Bei der Neuregelung in § 73d Abs. 1 S. 6 SGB V-neu zum Ort der Leistungserbringung sollte zudem klarstellend geregelt werden, ob und inwieweit auch telemedizinische Leistungen in diesem Zusammenhang möglich sind.

In Bezug auf § 73d Abs. 1 S. 7 SGB V-neu sollte ergänzt werden, dass nicht nur der Bundesärztekammer, sondern auch weiteren ärztlichen Spitzenorganisationen für die Wahrnehmung vertragsärztlicher Interessen wie dem Hausärztinnen- und Hausärzteverband e. V. als Spitzenorganisation für die Wahrnehmung der Interessen, der an der Hausarztzentrierten Versorgung teilnehmenden Vertragsärztinnen/-ärzte (vgl. § 317 Abs. 1 Satz 2 Nr. 5 SGB V), vor Abschluss des Rahmenvertrages Gelegenheit zur Stellungnahme gegeben werden sollte. Aufgrund der i. d. R. sehr engen Kooperation und Abstimmung gerade zwischen der Pflege und der hausärztlichen Versorgung (u. a. im Rahmen der Hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b SGB V) hat hier der Hausärztinnen- und Hausärzteverband e. V. eine herausgehobene Bedeutung und muss bei den Vertragsverhandlungen eingebunden werden.

Bei § 73d Abs. 1 S. 10 und 11 SGB V-neu ist kritisch zu hinterfragen, ob die Fristen zur Prüfung (bis zum 31. Juli 2025) und zur Umsetzung von Anpassungen des auf Grundlage von § 64d SGB V geschlossenen Rahmenvertrages in die Regelversorgung (bis zum 31. September 2025) realistisch sind und gegebenenfalls – z. B. wegen abrechnungstechnischen Umsetzungsschwierigkeiten – verlängert werden müssten.



Wie bereits zu § 73d Abs. 1 Nr. 1 SGB V-neu ausgeführt, ist auch bei § 73d Abs. 4 SGB V-neu eine klare Beschreibung der Verantwortungsbereiche zwischen Vertragsärztin/-arzt und Pflegefachperson unerlässlich. Zudem sollten die Regelungsinhalte von Abs. 1 und 4 aus systematischen Gründen zusammengeführt werden.

Zudem fordern wir eine Klarstellung in der Gesetzesbegründung zu § 73d SGB V-neu – wie bereits zu § 15a SGB V-neu ausgeführt –, dass nicht nur Pflegefachpersonen, sondern auch ihnen qualitativ gleichzustellende nicht ärztliche Gesundheitsberufe (z. B. Versorgungsassistenten in der Hausarztpraxis bzw. VERAH oder Primary Care Manager/-innen bzw. PCM) im Rahmen der Delegation erweiterte heilkundliche Leistungen ausüben dürfen.

§ 87 Abs.2a S.9 SGB V-neu

Die Neuregelung in § 87 Abs. 2a S. 9 SGB V-neu, wonach der Bewertungsausschuss den Auftrag erhält, den EBM entsprechend der delegationsfähigen Leistungen dahingehend zu überprüfen und gegebenenfalls anzupassen, in welchem Umfang übertragbare ärztliche Tätigkeiten angemessen vergütet werden können, ist grundsätzlich nachvollziehbar.

Allerdings darf dabei nicht ungerechtfertigt eine Herabsetzung der Vergütung qualitativ hochwertiger Gesundheitsleistungen erfolgen. Denn auch bei delegationsfähigen Leistungen sind u. a. Auswahl-, Anordnungs-, Anleitungs- und regelmäßige Überwachungsaufwände sowie Haftungsrisiken der delegierenden Ärztinnen/Ärzte zu berücksichtigen. Überdies ist zu berücksichtigen, dass nicht jede delegationsfähige Leistung aufgrund der anhaltenden Personalknappheit auch durch eine entsprechend qualifizierte Person erbracht werden kann, sodass im Zweifel doch die Ärztin/der Arzt in der Pflicht ist, diese Leistung unmittelbar zu erbringen.

§ 132a Abs.1 Nr.8 SGB V-neu

Die Neuregelung in § 132a Abs. 1 Nr. 8 SGB V-neu, wonach die Rahmenvertragspartner nach § 132a Abs. 1 SGB V den Auftrag erhalten, Grundsätze für die Vergütung erweiterter heilkundlicher Aufgaben nach § 73d Abs. 1 SGB V-neu zu vereinbaren, soweit sie von Pflegediensten nach § 132a Abs. 4 SGB V erbracht werden, wird zur klaren Trennung der Finanzierungs- und Vergütungswege grundsätzlich unterstützt.

Gleichwohl dürfen erweiterte heilkundliche Leistungen nach § 73d Abs. 1 SGB V-neu nicht ungerechtfertigterweise anders bewertet werden als bei § 87 Abs.2a S. 9 SGB V-neu. Möglicherweise sind auch im Rahmen der häuslichen Krankenpflege nach § 132a SGB V Mischformen wie z. B. interdisziplinäre Fallbesprechungen unter Einbindung von Ärztinnen/Ärzten zu berücksichtigen, die eine klare Trennung der Leistungsbereiche nicht immer zulassen.



zu Artikel 4 **Änderung des Pflegezeitgesetzes**

§ 1 Pflegezeitgesetz

Die Neuregelung in § 1 Pflegezeitgesetz-neu zur Ausstellung einer Bescheinigung über die Pflegebedürftigkeit des nahen Angehörigen und die Erforderlichkeit der in § 1 genannten Maßnahmen durch eine Ärztin/einen Arzt oder eine Pflegefachperson wird zur Entlastung der Ärzteschaft grundsätzlich begrüßt.

Ogleich sollte auch hier das Rangverhältnis klar geregelt werden, wenn z. B. eine Bescheinigung von einer Pflegefachperson und einer Ärztin/einem Arzt ausgestellt wird. Dabei sind insbesondere Rechtsunsicherheiten bezüglich der Abrechnung und Wirtschaftlichkeitsprüfung zu vermeiden. Unbeschadet dessen sollte auch hier ein Informationsaustausch zwischen Pflegefachperson und Ärztin/Arzt erfolgen.

zu Artikel 5 **Änderung des Pflegeberufgesetzes**

§ 4a Pflegeberufgesetz-neu

Die klarstellende Regelung in § 4a Pflegeberufgesetz-neu, dass die Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung nach § 1 Pflegeberufgesetz (Pflegefachperson) auch die Befugnis zur selbständigen Heilkundenausübung im jeweiligen Umfang der in der beruflichen oder hochschulischen Pflegeausbildung nach §§ 4, 4a, 5 und 37 Pflegeberufgesetz erworbenen Kompetenzen umfasst, ist grundsätzlich positiv zu bewerten.

In diesem Zusammenhang verweisen wir aber erneut auf unsere Ausführungen zu § 15a i. V. m. § 73d SGB V-neu und § 4a Pflegeberufgesetz-neu, wonach klare und rechtsverbindliche Definitionen der abgestuften Qualifikationen (ggf. entsprechender gleichwertiger Fachweiterbildungen, aber auch im Ausland erworbener Qualifikationen) unerlässlich sind, um die darauf aufbauenden Leistungs- und Verantwortungsbereiche eindeutig abgrenzen zu können.

Ihre Ansprechpartner

Bundesvorsitzende: markus.beier@haev.de, nicola.buhlinger-goepfarth@haev.de

☎ 030 88 71 43 73-30

Hauptgeschäftsführer und Justiziar: joachim.schuetz@haev.de

☎ 02203 97 788-03

Geschäftsführer: sebastian.john@haev.de

☎ 030 88 71 43 73-34

Hausärztinnen- und Hausärzterverband e. V.

Edmund-Rumpler-Straße 2 · 51149 Köln

🌐 www.haev.de