Hausärztinnen- und Hausärzteverband

Stellungnahme
Hausärztinnen- und Hausärzteverband e. V.

Referentenentwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Pflegekompetenz (Pflegekompetenzgesetz)

14.07.2025

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 Hausärzteverbandes 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. Eine teambasierte, interprofessionelle Zusammenarbeit wird seitens des Hausärztinnen- und Hausärzteverbandes begrüßt: 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. Die Innovationskraft der HZV zeigt sich besonders im Bereich der Delegation oder der hybriden Versorgung. Hausärztliche Primärversorgungszentren mit interprofessioneller Versorgung (HÄPPI) wurden hier bereits erfolgreich erprobt.

Gleichwohl muss bezogen auf die Schaffung weiterer Delegationsmöglichkeiten für Ärztinnen/Ärzte klargestellt werden, dass damit keine “Substitution” von Leistungen gemeint ist, die zu unnötigen und kostenintensiven Doppelstrukturen führen würde. Zur Sicherstellung einer qualitativ bestmöglichen Versorgung muss der Grundsatz des Arztvorbehalts zwingend beibehalten werden und die Letztverantwortung bei der Ärztin/dem Arzt liegen.

Zur Vermeidung von Rechtsunsicherheiten sollte es bei „Mischformen“ einer multiprofessionellen und sektorenübergreifenden Zusammenarbeit klare Rechtsvorgaben nicht nur bei der Berufsbezeichnung, Qualifikation, den Leistungs- und Verantwortungsbereichen geben, sondern auch korrespondierende Fragestellungen – wie z. B. die der Finanzierung, Abrechnung und Haftung – eindeutig im Gesetzeswortlaut oder zumindest in der Gesetzesbegründung geklärt geben. Im Übrigen müssen die technischen Voraussetzungen und Schnittstellen für eine multiprofessionelle, sektorenübergreifende Zusammenarbeit (z. B. mit Blick auf digitale Gesundheits- und Pflegeanwendungen sowie Abrechnungsverfahren bei eigenverantwortlich erbrachten 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 z. B. 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 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.

Unklar mangels eindeutiger Regelung bleiben Fälle, in denen ggf. ausnahmsweise zeitgleich bzw. in einem engen zeitlichen Abstand (z. B. ein Tag) eine Empfehlung nach § 40 Abs. 6 S. 1 SGB XI-neu durch eine Pflegefachperson und gleichfalls eine ärztliche Verordnung ausgestellt werden. 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 einer finanziellen 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 Pflege(fach)person, 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 2
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. Anpassungsbedarf wird hinsichtlich der Notwendigkeit klarer Berufsbezeichnungen, Kompetenzen/Qualifikationen, Leistungs- und Verantwortungsbereiche gesehen.

In Bezug auf den Begriff "Eigenverantwortlichkeit" sollte zumindest in der Gesetzesbegründung konkretisiert und ggf. mit Fallbeispielen flankiert werden, wann z. B. eine fachlich indizierte Einbeziehung ärztlicher Berufsgruppen erforderlich ist, um mögliche haftungsrechtliche Streitigkeiten zu vermeiden. Zudem sollte zumindest in der Gesetzesbegründung klargestellt werden, ob es sich bei der eigenverantwortlichen Erbringung von bestimmten Leistungen der ärztlichen Behandlung durch Pflegefachpersonen um eine "Delegation von Leistungen" oder um eine "Substitution" handeln soll. Bisher wird in der Gesetzesbegründung diesbezüglich widersprüchlich ausgeführt, dass es sich "*nicht mehr um eine (erweiterte) Delegation von Leistungen*" handeln solle, gleichzeitig aber ihre "*Eigenverantwortlichkeit mit Ärzten (z. B. in der vertragsärztlichen Versorgung mit angestellten Ärzten) vergleichbar*" sei. Da es sich aber bei der "vertraglichen Versorgung mit angestellten Ärzten" gerade um einen Fall der "horizontalen Delegation" handelt, sollte dieser Widerspruch beseitigt werden.

Bei den erforderlichen fachlichen/heilkundlichen Kompetenzen – u. a. gleichwertigen Qualifikationen (z. B. Fachweiterbildungen oder auch im Ausland erworbene Qualifikationen) – fordern wir eindeutige, rechtsverbindliche und bundeseinheitliche Vorgaben, die rechtzeitig zur Verfügung stehen müssen, 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 ist eine Klarstellung in der Gesetzesbegründung zu § 15a SGB V-neu i. V. m. § 73d SGB V-neu und § 4a Pflegeberufegesetz-neu sinnvoll und erforderlich, 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 eigenverantwortliche heilkundliche Leistungen ausüben dürfen.

§ 33 Absatz 5a SGB V-neu

Die Neuregelung in § 33 Abs. 5a SGB V-neu, wonach es einer vertragsärztlichen Verordnung nicht bedarf, wenn eine Pflegefachperson die Leistung nach § 15a Abs. 1 Nr. 2 verordnet hat, wird zur Entlastung der Ärzteschaft grundsätzlich positiv bewertet.

Gleichwohl sollten auch hier Fallkonstellationen berücksichtigt und eindeutig geregelt werden, in denen entweder Doppelverordnungen durch eine Pflegefachperson und eine Ärztin/einen Arzt erfolgen (u. a. bezüglich des Rangverhältnisses der Verordnungen) oder auch Fälle, in denen

aufgrund komplexer Behandlungssituationen die Einbeziehung ärztlicher Hilfe erforderlich wird. Eine Rückkopplung bzw. Information über die Verordnung einer Pflegefachperson sollte auf jeden Fall gegenüber der Hausärztin/dem Hausarzt erfolgen.

§ 64d SGB V-neu

Die Neuregelungen zur Übertragung der Modellvorhaben nach § 64d SGB V in die Regelversorgung sind grundsätzlich zu begrüßen, sollten aber teilweise ergänzt werden.

§ 64d Abs. 1 S. 7 SGB V-neu sollte dahingehend 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/Vertragsärzte (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.

§ 73d SGB V-neu

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

Zu begrüßen ist, dass Pflegefachpersonen erst nach ärztlicher Diagnose und Indikationsstellung (vgl. § 15a Abs. 1 Nr. 1 SGB V-neu) die in dem nach § 73d Abs. 1 S. 1 Nr. 1 SGB-V-neu vereinbarten Katalog genannten Leistungen der ärztlichen Behandlung eigenverantwortlich erbringen dürfen. Gleichwohl muss im Gesetzeswortlaut klargestellt werden, dass damit lediglich 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 von Leistungen wird seitens des Hausärztinnen- und Hausärzteverbandes abgelehnt, um unnötige und kostenintensive Doppelstrukturen zu vermeiden. Zur Sicherstellung einer qualitativ bestmöglichen Versorgung muss 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. Nur durch eine Bündelung der Verantwortung, eine kontinuierliche hausärztliche Versorgung und vertrauensvolle Beziehung zwischen Hausarztpraxis und Patientin/Patient können eine zielgenaue Ansprache sowie ein nachhaltiger Behandlungserfolg erreicht werden. Dies belegen insbesondere auch Zahlen aus der HZV (§ 73b SGB V).

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 SGB V-neu müssen insb. bei den Ausführungen zu „*Tätigkeit in der vertragsärztlichen Versorgung*“ und dem Begriff „*Eigenverantwortlichkeit”* Klarstellungen erfolgen, um Rechtsunsicherheiten zu vermeiden. Zur „*Eigenverantwortlichkeit”* gehöre danach die berufsrechtlich weisungsfreie Entscheidung über die Art, Dauer und Häufigkeit der Behandlung, 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. “nur” in fachlicher Hinsicht auf Grundlage ihrer vorhandenen fachlichen Kompetenz oder darüber hinaus bezogen auf den gesamten Behandlungsverlauf). Wie bereits zu § 15a SGB V-neu kritisch angemerkt, wird hierzu in der Gesetzesbegründung bisher inkonsistent ausgeführt, dass es sich “*nicht mehr um eine (erweiterte) Delegation von Leistungen*” handeln solle, gleichzeitig aber ihre “*Eigenverantwortlichkeit mit Ärzten (z. B. in der vertragsärztlichen Versorgung mit angestellten Ärzten) vergleichbar*” sei. Da es sich aber bei der “vertraglichen Versorgung mit angestellten Ärzten” gerade um einen Fall der “horizontalen Delegation” handelt, muss dieser Widerspruch aufgelöst werden.

In diesem Zusammenhang fordern wir auch 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 eigenverantwortlich heilkundliche Aufgaben erbringen.

Klare Definitionen der abgestuften Qualifikationen, Leistungs- und Verantwortungsbereiche sind nicht nur bei § 73d Abs. 1 S. 1 Nr. 1 i. V. m. § 15a SGB V-neu, sondern auch bei § 73d Abs. 1 S. 1 Nr. 2 SGB V-neu bezogen auf Leistungen von Pflegefachpersonen im Rahmen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V mit Blick auf Folgeverordnungen einschließlich der für diese Maßnahmen benötigten Hilfsmittel nach § 33 SGB V notwendig.

In Bezug auf die Rahmenvorgaben zur interprofessionellen Zusammenarbeit nach § 73d Abs. 1 S. 1 Nr. 3 SGB V-neu muss zumindest in der Gesetzesbegründung zwingend nachgeschärft 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, in denen im Rahmen von 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 Pflegefachperson und einer Ärztin/eines Arztes erfolgen oder aufgrund komplexer Versorgungssituationen die Einbeziehung einer Ärztin/eines Arztes erforderlich wird. Eine Pflegefachperson 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. 2 S. 2 SGB V-neu sollte bezogen auf den Ort der Leistungserbringung zudem klarstellend geregelt werden, ob und inwieweit auch telemedizinische Leistungen in diesem Zusammenhang möglich sind.

In Bezug auf § 73d Abs. 2 S. 3 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/Vertragsärzte (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 der Hausärztinnen- und Hausärzteverband e. V. eine herausgehobene Bedeutung und muss bei den Vertragsverhandlungen eingebunden werden.

Zudem ist eine Klarstellung in der Gesetzesbegründung zu § 73d SGB V-neu – wie bereits zu § 15a SGB V-neu ausgeführt – sinnhaft, 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 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 dahingehend zu überprüfen, welche Vergütung Vertragsärztinnen/Vertragsärzte erhalten, wenn sie die delegationsfähigen Leistungen oder Leistungen, die von Pflegefachpersonen eigenverantwortlich erbracht werden können, selbst erbringen und welche Vergütung Vertragsärztinnen/Vertragsärzte erhalten, wenn die delegationsfähigen Leistungen durch andere Personen oder die nach § 73d Abs. 1 SGB V-neu vereinbarten Leistungen durch Pflegefachpersonen erbracht werden, ist grundsätzlich nachvollziehbar. Hierbei darf es jedoch nicht zu einer ungerechtfertigten Herabsetzung der Vergütung qualitativ hochwertiger Gesundheitsleistungen kommen, da bei delegationsfähigen Leistungen u. a. Auswahl-, Anordnungs-, Anleitungs- und regelmäßige Überwachungsaufwände sowie Haftungsrisiken der delegierenden Ärztinnen/Ärzte zu berücksichtigen sind. 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 S. 4 Nr. 8 SGB V-neu

Die Neuregelung in § 132a Abs. 1 S. 4 Nr. 8 SGB V-neu zur häuslichen Krankenpflege, wonach die Rahmenvertragspartner nach § 132a Abs. 1 SGB V den Auftrag erhalten, Grundsätze für die Vergütung von Verordnungen von in dem nach § 73d Abs. 1 S. 1 Nr. 2 SGB V-neu vereinbarten Katalog genannten Leistungen, die von Pflegediensten nach Abs. 4 erbracht werden, zu regeln, wird zur klaren Trennung der Finanzierung- und Vergütungswege grundsätzlich unterstützt.

Gleichwohl dürfen Verordnungen nach § 73d Abs. 1 S. 1 Nr. 2 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. komplexe Versorgungssituationen, interdisziplinäre Fallbesprechungen unter Einbindung von Ärztinnen/Ärzten, Doppelinanspruchnahmen einer Pflegefachperson und einer Ärztin/eines Arztes zu berücksichtigen, die eine klare Trennung der Leistungsbereiche nicht immer zulassen.

Zu Artikel 3
Änderung des Pflegezeitgesetzes

§ 2 Abs. 2 Pflegezeitgesetz-neu

Die Neuregelung in § 2 Abs. 2 Pflegezeitgesetz-neu zur Ausstellung einer Bescheinigung über die Pflegebedürftigkeit des nahen Angehörigen und die Erforderlichkeit der in § 2 Abs. 1 genannten Maßnahmen durch eine Ärztin/einen Arzt oder eine Pflegefachperson wird zur Entlastung der Ärzteschaft grundsätzlich begrüßt. Auch hier ist das Rangverhältnis klar für Fälle zu regeln, in denen beispielsweise eine Bescheinigung von einer Pflegefachperson und einer Ärztin/einem Arzt ausgestellt werden. 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 4
Änderung des Pflegeberufegesetzes

§ 4a Pflegeberufegesetz-neu

Die klarstellende Regelung in § 4a Pflegeberufegesetz-neu, dass die Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung nach § 1 Pflegeberufegesetz (Pflegefachperson) auch die Befugnis zur eigenverantwortlichen Heilkundeausübung im jeweiligen Umfang der in der beruflichen oder hochschulischen Pflegeausbildung nach §§ 4, 5 und 37 Pflegeberufegesetz erworbenen Kompetenzen umfasst, ist grundsätzlich positiv zu bewerten. Unter Verweis auf die Ausführungen zu § 15a i. V. m. § 73d SGB V-neu und dem Pflegeberufegesetz-neu bedarf es auch hier klarer und rechtsverbindlicher Definitionen der abgestuften Qualifikationen (ggf. entsprechender gleichwertiger Fachweiterbildungen, aber auch im Ausland erworbener Qualifikationen), 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 Hausärzteverband e. V.
Edmund-Rumpler-Straße 2 · 51149 Köln
www.haev.de