

# Pflege-Report 2016

## „Die Pflegenden im Fokus“

Klaus Jacobs / Adelheid Kuhlmeiy /  
Stefan Greß / Jürgen Klauber /  
Antje Schwinger (Hrsg.)

Schattauer (Stuttgart) 2016

Auszug Seite 229-243



<b>14</b>	<b>Rechtsfragen der Kooperation und Koordination der Berufe im Kontext der Langzeitpflege</b> .....	<b>229</b>
	<i>Gerhard Igl</i>	
14.1	Übersicht über die Berufe im Kontext der Pflege in Pflegeeinrichtungen .....	229
14.1.1	Pflegeheime .....	230
14.1.2	Ambulante Pflegedienste .....	231
14.2	Rechtliche Grundlagen der Zusammenarbeit der Berufe.....	232
14.2.1	Notwendigkeit rechtlicher Grundlagen für die Zusammenarbeit der Berufe im Kontext der Pflege .....	232
14.2.2	Strukturierung des Gesundheitsberuferechts: direktes und indirektes Beruferecht mit Blick auf Kooperation und Koordination im Versorgungsgeschehen.....	233
14.2.3	Regulierung des Einsatzes bestimmter Berufe auf dem Gebiet der Langzeitpflege.....	234
14.2.4	Rechtlich regulierte Formen der Kooperation und Koordination der Berufe im Kontext der Pflege .....	236
14.3	Veränderungsbedarfe .....	241
14.3.1	Direktes Berufsrecht.....	241
14.3.2	Indirektes Berufsrecht .....	242
14.4	Zusammenfassung.....	242

# 14 Rechtsfragen der Kooperation und Koordination der Berufe im Kontext der Langzeitpflege

Gerhard Igl

## Abstract

Der Artikel beschreibt, welche Berufe in die Langzeitpflege eingebunden sind und auf welchen rechtlichen Grundlagen deren Zusammenarbeit basiert. Künftige Verbesserungsmöglichkeiten werden vor allem in der klaren Formulierung von Ausbildungszielen und der Schaffung von Teilapprobationen gesehen. Insgesamt fehlt es noch an einer allgemeinen rechtlichen Rahmenordnung für die Kooperation des pflegerischen Versorgungsgeschehens, die für die Beteiligten Rechtssicherheit erzeugen könnte. Der Artikel geht auch auf die geplanten Neuregelungen in einem Pflegeberufsgesetz ein. Die dort formulierten Ausbildungsziele und die Einräumung von vorbehaltenen Tätigkeiten werden als positiver Beitrag für die Gestaltung der Kooperation in der pflegerischen Versorgung gesehen.

The article describes which professions are involved in long-term care and the legal basis of their cooperation. Future improvement is mainly seen in a clear formulation of training objectives and the creation of a partial license to practice medicine. Overall, there is still a lack of a general legal framework for the cooperation in nursing care that could create legal certainty for those involved. The article also refers to the proposed new regulations within the framework of a nursing professions act. The training objectives and the granting of reserved activities formulated there are seen as a positive contribution to the design of the cooperation in the field of long-term care.

14

## 14.1 Übersicht über die Berufe im Kontext der Pflege in Pflegeeinrichtungen

Die Pflegeberufe werden im Rahmen der Langzeitpflege ganz überwiegend in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen eingesetzt. Die häusliche Pflege durch Einzelpersonen (§ 77 SGB XI) stellt die Ausnahme dar.

Aus der Statistik der deutschen Gesundheitsberichterstattung (letzte Zahlen von 2013)<sup>1</sup> geht hervor, dass in Pflegeheimen und ambulanten Pflegediensten neben den

<sup>1</sup> [https://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/dboowasys921.xwdevkit/xwd\\_init?gbe.isgbetol/xs\\_start\\_neu/&p\\_aid=3&p\\_aid=80210914&nummer=406&p\\_sprache=D&p\\_indsp=-&p\\_aid=57844523](https://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/dboowasys921.xwdevkit/xwd_init?gbe.isgbetol/xs_start_neu/&p_aid=3&p_aid=80210914&nummer=406&p_sprache=D&p_indsp=-&p_aid=57844523) (14. Mai 2015).

Pflegeberufen auch andere Berufe wie Physiotherapie und Ergotherapie oder Sozialarbeiter tätig werden. Überwiegend sind die Berufe der Alten- und Krankenpflege vertreten.

Die nachfolgenden Ausführungen zu den statistischen Angaben entstammen der Pflegestatistik 2013 des Statistischen Bundesamtes (Statistisches Bundesamt 2015).

### 14.1.1 Pflegeheime

Bundesweit gab es im Dezember 2013 rund 13 000 nach SGB XI zugelassene voll- bzw. teilstationäre Pflegeheime. Die Mehrzahl der Heime (54 % bzw. 7 100) befand sich in freigemeinnütziger Trägerschaft; der Anteil der Privaten betrug 41 % (Statistisches Bundesamt 2015, S. 18).

In den Heimen waren insgesamt 685 000 Personen beschäftigt. Dies entspricht bei einer Gewichtung nach der jeweiligen Arbeitszeit ungefähr 491 000 Vollzeit-äquivalenten. Die Mehrzahl (85 %) der beschäftigten Personen war weiblich. Knapp ein Drittel (30 %) der Beschäftigten arbeitete Vollzeit. Teilzeitkräfte machten knapp zwei Drittel (62 %) der Beschäftigten aus. Auszubildende und (Um-)Schüler/-innen stellten 48 000 bzw. 7 % der Beschäftigten. Die Anzahl der Helferinnen und Helfer im freiwilligen sozialen Jahr bzw. im Bundesfreiwilligendienst betrug zusammen rund 6 100 (1 %). Zudem gab es 3 100 Praktikantinnen und Praktikanten außerhalb einer Ausbildung. Zwei Drittel (66 %) der Beschäftigten hatten ihren Arbeitsschwerpunkt im Bereich Pflege und Betreuung. Jeder Sechste (17 %) arbeitete in der Hauswirtschaft; auf Verwaltung, Haustechnik und sonstige Bereiche entfielen zusammen 9 % der Beschäftigten; zur sozialen Betreuung war 4 % des Personals vorgesehen. Weitere 4 % wurden überwiegend für zusätzliche Betreuung und Aktivierung nach § 87b SGB XI (sogenannte Betreuungsassistenz) eingesetzt.<sup>2</sup> Ausschließlich für das Pflegeheim im Rahmen des SGB XI arbeiteten 489 000 Beschäftigte (71 %). Die übrigen Beschäftigten waren zu einem gewissen Anteil auch für andere Bereiche der Einrichtung (z. B. den Altenheimbereich) tätig (Statistisches Bundesamt 2015, S. 19).

In den Heimen waren Altenpfleger/-in oder Gesundheits- und Krankenpfleger/-in die wichtigsten Ausbildungsabschlüsse. Zusammen hatte von den im Bereich Pflege und Betreuung Tätigen fast jeder Zweite (45 %) entweder einen Abschluss als Altenpfleger/-in (34 %), Gesundheits- und Krankenpfleger/-in (11 %) oder Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-in (1 %). Bezieht man neben den Fachkräften für die Pflege auch die für Betreuung ein, sind von den im Bereich Pflege und Betreuung (hier einschließlich soziale Betreuung) eingesetzten Personen insgesamt rund 48 % Fachkräfte, bei einer Betrachtung nach geschätzten Vollzeitäquivalenten

[https://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/WS0100/\\_XWD\\_FORMPROC?TARGET=&PAGE=\\_XWD\\_410&OPINDEX=5&HANDLER=XS\\_RÖTATE\\_ADVANCED&DATACUBE=\\_XWD\\_438&D.000=ACROSS&D.003=DOWN&D.499=DOWN&D.993=DOWN&D.991=PAGE](https://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/WS0100/_XWD_FORMPROC?TARGET=&PAGE=_XWD_410&OPINDEX=5&HANDLER=XS_RÖTATE_ADVANCED&DATACUBE=_XWD_438&D.000=ACROSS&D.003=DOWN&D.499=DOWN&D.993=DOWN&D.991=PAGE) (14. Mai 2015).

2 Siehe die Richtlinien nach § 87b Abs. 3 SGB XI zur Qualifikation und zu den Aufgaben von zusätzlichen Betreuungskräften in stationären Pflegeeinrichtungen (Betreuungskräfte-RI) vom 19. August 2008 in der Fassung vom 29. Dezember 2014. Zum Einsatz von Service-, Assistenz- und Präsenzberufen s. auch die Synopse von Klie et al. 2006.

52%. Als Fachkraft wurden dabei Beschäftigte gezählt, die in der Regel eine mehrjährige spezifische Ausbildung aufweisen; dabei werden z. B. Altenpfleger/-innen als Fachkraft gezählt, Altenpflegehelfer/-innen hingegen nicht (Statistisches Bundesamt 2015, S. 19).

### 14.1.2 Ambulante Pflegedienste

Von den insgesamt 12 700 zugelassenen ambulanten Pflegediensten befand sich die Mehrzahl in privater Trägerschaft (8 100 bzw. 64%); der Anteil der freigemeinnützigen Träger betrug 35%. Öffentliche Träger hatten – entsprechend dem Vorrang der anderen Träger nach dem SGB XI – einen Anteil von lediglich 1%. Fast alle ambulanten Pflegedienste (97%) boten neben den Leistungen nach SGB XI auch häusliche Krankenpflege oder Hilfe nach dem SGB V (gesetzliche Krankenversicherung) an. 10% der Pflegedienste waren organisatorisch an Wohneinrichtungen angeschlossen; 6% an ein Pflegeheim (Statistisches Bundesamt 2015, S. 10).

Insgesamt arbeiteten in den ambulanten Pflegediensten 320 000 Personen im Rahmen des SGB XI. Dies entspricht bei einer Gewichtung nach der jeweiligen Arbeitszeit ungefähr 213 000 Vollzeitäquivalenten. Die Mehrzahl der beschäftigten Personen (87%) war weiblich. Die Mehrheit des Personals (70%) war teilzeitbeschäftigt. 27% der Beschäftigten arbeiteten Vollzeit; 9 800 Auszubildende und Umschüler/-innen stellten 3% des Personals. Rund 800 Arbeitskräfte waren Helferinnen und Helfer im freiwilligen sozialen Jahr bzw. im Bundesfreiwilligendienst. Zudem gab es 300 Praktikantinnen und Praktikanten außerhalb einer Ausbildung (Statistisches Bundesamt 2015, S. 10).

Der Haupteinsatzbereich des Personals war die Grundpflege: Hier hatten mehr als zwei Drittel (69%) der Beschäftigten ihren Arbeitsschwerpunkt. Als Pflegedienstleitung fungierte 5% des Personals; ein Achtel (12%) des Personals erbrachte hauswirtschaftliche Versorgung; jeder zwanzigste (5%) Mitarbeiter war für die Verwaltung oder Geschäftsführung des Dienstes tätig. Überwiegend häusliche Betreuung erbrachte 3% des Personals. Ausschließlich für den Pflegedienst im Rahmen des Pflegeversicherungsgesetzes (SGB XI) arbeitete lediglich ein Viertel (24%) des Personals. Die Anderen waren zu einem gewissen Anteil auch für andere Bereiche, d. h. außerhalb der Leistungen nach dem Pflegegesetz – z. B. der häuslichen Krankenpflege nach dem SGB V – tätig (Statistisches Bundesamt 2015, S. 10).

Die meisten in den ambulanten Pflegediensten Beschäftigten hatten dabei eine Ausbildung als Gesundheits- und Krankenpfleger/-in oder Altenpfleger/-in. So hatte die Mehrzahl (57%) von den in der Grundpflege Tätigen entweder einen Abschluss als Gesundheits- und Krankenpfleger/-in (28%), Altenpflegerinnen und -pfleger (26%) oder Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-in (3%). Bezieht man die Pflegedienstleitung ein, dann hatten 60% der in diesen beiden Bereichen Tätigen einen entsprechenden Abschluss (Statistisches Bundesamt 2015, S. 11).

## 14.2 Rechtliche Grundlagen der Zusammenarbeit der Berufe

### 14.2.1 Notwendigkeit rechtlicher Grundlagen für die Zusammenarbeit der Berufe im Kontext der Pflege

Auf dem Gebiet der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung der Bevölkerung werden die entsprechenden Dienstleistungen am Patienten/Verbraucher (= persönliche Gesundheitsdienstleistungen) nicht von beliebigem Personal in beliebigen Konstellationen erbracht (Igl 2013, S. 372 ff.). Vor dem verfassungsrechtlichen Hintergrund des gesundheitlichen Schutzes der Bevölkerung und des Patientenschutzes sind rechtliche Regulierungen getroffen worden, nach denen bestimmte Personen mit bestimmten Kompetenzen ausgestattet werden und nach denen diese Personen für die Patientenversorgung eingesetzt werden. In der Kooperation solcher Personen ergeben sich Fragen danach, wer was wann und wie machen kann, muss, darf oder soll. Weiter ergibt sich die Frage, wer das Kooperationsgeschehen koordinierend bestimmen soll.

Damit sind Kooperationsfragen im Kontext der Pflege in drei rechtlichen Dimensionen zu sehen:

- in der Dimension der Ausbildung und der dadurch vermittelten Kompetenzen,
- in der Dimension der Zuständigkeit bestimmter Personen für bestimmte Aufgaben und Tätigkeiten und
- in der Dimension der Organisation und Organisationszuständigkeit für die Koordinierung der kooperierenden Personen.

Fragen der Kooperation von Gesundheitsberufen werden oft nur unter dem Aspekt der zivilrechtlichen Haftung gesehen. Das hat dazu geführt, dass das Haftungsrecht häufig die Bestimmung der Kooperationsregeln dominiert. Ablesbar ist dies besonders bei der Delegation ärztlicher Aufgaben und Tätigkeiten an andere Gesundheitsberufe.

Die rechtliche Ordnung der Kooperationsverhältnisse und des Kooperationsgeschehens nur aus dem Blickwinkel des Haftungsrechts erweist sich jedoch als problematisch, denn das Haftungsrecht reagiert auf negative Situationen, d. h. auf eingetretene Schädigungen. Haftungsrecht ist sehr stark von Einzelfällen geprägt, die höchststrichterlich entschieden werden. Deshalb besteht die Schwierigkeit, aus den Einzelfallentscheidungen allgemeine Grundsätze abzuleiten, die dann die Kooperationsregeln prägen sollen. Das Haftungsrecht erlangt dann Dominanz für die Etablierung solcher Kooperationsregeln, wenn es an anderweitigen rechtlichen Vorschriften fehlt.

Mittlerweile sind in einigen Bereichen (öffentlich-)rechtliche Vorschriften zur Kooperation von Gesundheitsberufen geschaffen worden. Man kann jedoch feststellen, dass der Bereich der Kooperation nach wie vor eher regelungsarm ist und dass Kooperationsvorschriften vor allem bei der Delegation ärztlicher Leistungen bestehen.

## 14.2.2 Strukturierung des Gesundheitsberuferechts: direktes und indirektes Beruferecht mit Blick auf Kooperation und Koordination im Versorgungsgeschehen

### Unterscheidung von direktem und indirektem Berufsrecht

Das Recht der Gesundheitsberufe folgt keinem einheitlichen, an bestimmten systematischen Erfordernissen ausgerichteten Plan oder Muster. Es ist nicht zusammenhängend in einem Gesetzbuch kodifiziert, sondern besteht aus vielen Einzelgesetzen. Es bedarf deshalb der Strukturierung.

Im Recht der Gesundheitsberufe kann zwischen direktem und indirektem Beruferecht unterschieden werden. Diese Unterscheidung dient dazu, die verschiedenen Regelungsbereiche, die sich mit den Gesundheitsberufen befassen, zu ordnen. Da sich diese Unterscheidung mit dieser Terminologie noch nicht überall eingebürgert hat, ist darauf hinzuweisen, dass in der Fachliteratur beim direkten Berufsrecht häufig nur vom Berufsrecht, beim indirekten Berufsrecht dann von den betreffenden Rechtsbereichen, so vor allem vom Sozialleistungsbringungsrecht, meistens dem SGB V, gesprochen wird.

Erst in der Zusammenschau der Vorschriften des direkten und des indirekten Berufsrechts ergibt sich ein vollständiges Bild der rechtlichen Ordnung, die das Handeln der Gesundheitsberufe bestimmt. In der Praxis sind dabei die leistungserbringungsrechtlichen Vorschriften des Sozialleistungsrechts für das Handeln der Gesundheitsberufe in der Regel bedeutsamer als die Vorschriften des direkten Berufsrechts (Igl und Welti 2014 S. 44 ff.). Für die Fragen der Kooperation und der Koordination kommt es wesentlich darauf an, ob entsprechende Regelungen dem direkten oder dem indirekten Berufsrecht zuzuordnen sind (Igl und Welti 2014, S. 94 ff.).

### Direktes Berufsrecht

Zum direkten Berufsrecht gehören in erster Linie die Berufsausbildung, die Berufszulassung, die Berufsausübung und deren Beendigung, sodann die Verfassung der Berufe z. B. in Kammern, die Berufsordnung, schließlich die Vergütung der Leistungen außerhalb des sozialrechtlichen Leistungserbringungssystems, so durch Gebührenordnungen, und die Beendigung des Berufes.

### Indirektes Berufsrecht – allgemein

Mit dem indirekten Berufsrecht ist dasjenige Recht gemeint, das mit seinen Regelungen an den Berufen anknüpft, aber keine direkten Auswirkungen auf den berufsrechtlichen Status hat. Indirektes Berufsrecht findet sich bei Heilberufen vor allem im Sozialleistungsrecht (Leistungserbringungsrecht) und dort besonders in der gesetzlichen Krankenversicherung (SGB V) und der sozialen Pflegeversicherung (SGB XI). Hier werden vor allem im Rahmen des Leistungserbringungsrechts<sup>3</sup> Regelungen für die berufliche Tätigkeit der Heilberufe getroffen. Neben den Vorschriften des Leistungserbringungsrechts sind die leistungsrechtlichen Vorschriften

<sup>3</sup> Beziehungen der Krankenkassen zu den Leistungserbringern, §§ 69–140h SGB V; Beziehungen der Pflegekassen zu den Leistungserbringern, §§ 69–81 SGB XI.

zu nennen, nach denen sich bestimmt, welche Leistungen ein Leistungserbringer für Versicherte zulasten der Kranken- oder Pflegekasse erbringen darf.

Das zivile Haftungsrecht und das Strafrecht beeinflussen die Berufsausübung ebenfalls indirekt. Hier handelt es sich um Rechtsvorschriften, die alle Bürger, nicht nur die Heilberufe betreffen, die aber durch die Rechtsprechung gerade in Bezug auf Ärzte eine besondere Ausprägung gefunden haben. So hat sich ein haftungsrechtliches Sondergebiet entwickelt, das als Arzthaftungsrecht bezeichnet wird. Seit Anfang 2013 existiert mit dem neu ins Bürgerliche Gesetzbuch eingefügten Behandlungsvertrag eine spezielle Regelung für die vertragliche Gestaltung bei medizinischer Behandlung (§§ 630a ff. BGB).

### **Indirektes Beruferecht im Sozialleistungserbringungsrecht**

Der Zugang zum Leistungserbringungsrecht im SGB V und im SGB XI erschließt sich am besten mit einer Unterscheidung gemäß den Funktionen des Leistungserbringungsrechts: Zulassung zur Leistungserbringung; Art des Zugangs zur Leistungserbringung Leistungsgestaltung (Leistungseinschluss/Leistungsausschluss, Konkretisierung des Inhalts und des Umfangs); Qualitätssicherung; Vergütung; Beendigung des Zugangs zur Leistungserbringung; Nutzerstellung bei der Leistungserbringung.

## **14.2.3 Regulierung des Einsatzes bestimmter Berufe auf dem Gebiet der Langzeitpflege**

### **Voraussetzungen für ein berufliches Tätigwerden im Versorgungsbereich Langzeitpflege**

Die Voraussetzungen für ein berufliches Tätigwerden im Versorgungsbereich Langzeitpflege hängen im Wesentlichen von Vorschriften ab, die den Einsatz von Personal in qualitativer und quantitativer Hinsicht vorgeben. Diese Vorschriften richten sich an die Träger entsprechender Versorgungseinrichtungen, also insbesondere an die Träger von Pflegeeinrichtungen. Sie finden sich in der Regel in den Nachfolgesetzen der Länder zum Heimgesetz des Bundes und im Rahmen des SGB XI in den Vorgaben zum Abschluss eines Versorgungsvertrages.

Im Übrigen gibt es keine Vorschriften, die die Zulassungsfähigkeit zur pflegerischen Betreuung und Versorgung mit Blick auf bestimmte Berufe regeln.

### **Heimrecht der Länder**

In der Heimpersonalverordnung des Bundes zum Heimgesetz<sup>4</sup> ist in § 5 Abs. 1 die sog. Fachkraftquote geregelt, nach der betreuende Tätigkeiten nur durch Fachkräfte oder unter angemessener Beteiligung von Fachkräften wahrgenommen werden dürfen. Hierbei muss mindestens einer, bei mehr als 20 nicht pflegebedürftigen Bewohnern oder mehr als vier pflegebedürftigen Bewohnern mindestens jeder zweite weitere Beschäftigte eine Fachkraft sein. In Heimen mit pflegebedürftigen Bewohnern muss auch bei Nachtwachen mindestens eine Fachkraft ständig anwesend sein. Die

<sup>4</sup> Verordnung über personelle Anforderungen für Heime (Heimpersonalverordnung – HeimPersV) vom 19.07.1993.

Fachkraftquote benennt nicht spezifische Berufe, wie z. B. Angehörige der Alten- und Krankenpflegeberufe.

In den auf das Heimgesetz folgenden Gesetzen der Länder wird teilweise auf diese Fachkraftquote Bezug genommen (siehe dazu Dahlem und Giese (Begr.), Igl (Hrsg.) 2009 ff.).

Fachkraftquoten sagen nichts über die Zusammenarbeit der verschiedenen im Kontext der Langzeitpflege tätigen Berufe aus.

### **Leistungserbringungsrecht des SGB XI**

Auf dem Gebiet der pflegerischen Versorgung wird der Einsatz des entsprechenden Personals einerseits durch die Anforderungen nach der Pflegeversicherung geregelt, die sich im jeweiligen Versorgungsvertrag zwischen der Pflegeeinrichtung und den Pflegekassen konkretisieren (§ 72 SGB XI).

Die entsprechenden Gemeinsamen Empfehlungen zu den Inhalten der Rahmenverträge, die wiederum für die Versorgungsverträge verbindlich sind, enthalten keine Hinweise auf den Einsatz von Personal jenseits des pflegerischen Personals.<sup>5</sup> Das Gleiche gilt für die Rahmenverträge nach § 75 Abs. 2 SGB XI. In den Pflegegesetzvereinbarungen, die die Vergütung der stationären Pflegeeinrichtungen regeln, sind Regelungen über die vorzuhaltende personelle Ausstattung zu treffen (§ 84 Abs. 5 Satz 1 Nr. 2 SGB XI). Das Gesetz liefert jedoch keine Hinweise, welches Gesundheitsfachpersonal vorzuhalten ist.

### **Zulassungsfähigkeit von bestimmten Berufen: Kein allgemeines Zulassungsrecht für eine berufliche Tätigkeit auf dem Gebiet der Langzeitpflege**

Es existieren keine gesetzlichen Regelungen, die speziell bezogen auf einen bestimmten Beruf eine berufliche Tätigkeit auf dem Gebiet der Langzeitpflege in bestimmter Weise zulassen oder die Personen dafür ausschließen. Das bedeutet, dass es keinen exklusiven Berufsvorbehalt gibt. Wenn künftig – wie im Referentenentwurf zum Pflegeberufsgesetz vorgesehen – dem Pflegeberuf für bestimmte Tätigkeiten bei der Gestaltung des Pflegeprozesses ein Vorbehalt eingeräumt wird, ergibt sich daraus allerdings eine indirekte Berufszulassung für diesen Beruf auf dem Gebiet der Pflege. Die Einräumung einer vorbehaltenen Tätigkeit stellt sich weiter als – abgrenzende – Kooperationsvorschrift dar, denn die Zuweisung von bestimmten Tätigkeiten an bestimmte Berufsangehörige bedeutet gleichzeitig die Klarstellung, dass andere Berufe von dieser Tätigkeit ausgeschlossen sind.

<sup>5</sup> Gemeinsame Empfehlungen gemäß § 75 Abs. 5 SGB XI zum Inhalt der Rahmenverträge nach § 75 Abs. 1 SGB XI ([http://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/richtlinien\\_vereinbarungen\\_formulare/rahmenvertraege\\_richtlinien\\_und\\_bundesempfehlungen/P75VOV9.pdf](http://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/richtlinien_vereinbarungen_formulare/rahmenvertraege_richtlinien_und_bundesempfehlungen/P75VOV9.pdf); [http://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/richtlinien\\_vereinbarungen\\_formulare/rahmenvertraege\\_richtlinien\\_und\\_bundesempfehlungen/75AMB.pdf](http://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/richtlinien_vereinbarungen_formulare/rahmenvertraege_richtlinien_und_bundesempfehlungen/75AMB.pdf); 14. Mai 2015).

## 14.2.4 Rechtlich regulierte Formen der Kooperation und Koordination der Berufe im Kontext der Pflege

### Im direkten Berufsrecht

#### **Charakteristika des direkten Berufsrechts der anderen als ärztlichen Heilberufe und der anderen Gesundheitsberufe auf dem Gebiet der Langzeitpflege**

Das direkte Berufsrecht der anderen als ärztlichen Heilberufe findet sich vor allem in den jeweiligen Heilberufegesetzen. Hier ist das Ausbildungs-, Prüfungs- und Berufszulassungsrecht geregelt. Berufsordnungen, wie sie bei den verkammerten Heilberufen üblich sind, finden sich teilweise nur landesrechtlich geregelt. Die Heilberufegesetze als Bundesgesetze enthalten wegen der fehlenden Gesetzgebungskompetenz (vgl. Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 GG) jedoch keine Berufsausübungsregelungen. Kooperationsvorschriften stellen aber Berufsausübungsregelungen dar. Auch die landesrechtlichen Berufsordnungen enthalten keine Aussagen zur Kooperation von Heilberufen.

Das Berufsrecht der anderen, nicht heilberuflichen Gesundheitsberufe ist landesrechtlich geregelt.

Aussagen zur Kooperation der Gesundheitsberufe finden sich im direkten Berufsrecht nur insoweit, als in den Ausbildungszielen auf die Kooperation hingewiesen wird. Als Kooperationsvorschrift im abgrenzenden Sinn kann der geplante Vorbehalt pflegerischer Tätigkeiten im Pflegeberufsgesetz gelten.

#### **Ausbildungsziele der anderen als ärztlichen Heilberufe**

Die in den Heilberufegesetzen teilweise vorhandenen Ausbildungsziele bestimmen die Ausbildungsinhalte. Sie sagen damit nur indirekt etwas über die Tätigkeiten aus, die später beruflich ausgeübt werden sollen. Allerdings verfügen nicht alle Heilberufegesetze über Ausbildungsziele.

Die neueren Berufsgesetze, so das KrPflG und das AltPflG sowie künftig das PflBG sind in der Formulierung der Ausbildungsziele sehr klar. Dabei werden neben der Nennung der Gegenstände der Ausbildungsziele auch die Formen der Aufgabenwahrnehmung (z. B. eigenverantwortlich/mitwirkend) genannt. Auch wird auf die Kooperation mit anderen Berufsgruppen hingewiesen, so in § 3 S. 2 Nr. 2 AltPflG und in § Abs. 2 Nr. 2 KrPflG.

Für andere in der Langzeitpflege tätigen Heilberufe werden in den Heilberufegesetzen Ausbildungsziele zum Teil nicht (Ergotherapeuten, Logopäden), zum Teil in präzisierungsbedürftiger Fassung (Physiotherapeuten) angegeben.

Auch im künftigen Pflegeberufsgesetz finden sich klare Aussagen zu den jeweiligen Formen des Tätigwerdens (siehe Abdruck der Vorschrift im nächsten Abschnitt „Vorbehaltene Tätigkeiten“).

#### **Vorbehaltene Tätigkeiten**

Der Begriff der vorhaltenen Tätigkeiten, wie er sich in § 4 Abs. 1 S. 1 HebG und § 9 MTAG findet, ist missverständlich, da er zur Assoziation einer ausschließlich durch den jeweiligen Heilberuf auszuführenden Tätigkeit verleitet (Igl 2008, S. 114 ff.). Dies ist aber nicht der Fall. Bei den Hebammen sind die Ärzte als weiterer Beruf genannt. Bei den medizinisch-technischen Assistenten bestehen ebenfalls Ausnah-

men (Igl 2010, S. 47 ff.). Außerdem dürfen nicht beruflich tätige Personen diese Tätigkeiten ausüben.

Im Referentenentwurf zum Pflegeberufsgesetz (PflBG) ist folgende Vorschrift zu den vorbehaltenen Tätigkeiten vorgesehen:

#### § 4

##### Vorbehaltene Tätigkeiten

- (1) Pflegerische Aufgaben nach Absatz 2 dürfen nur von Personen mit einer Erlaubnis nach § 1 erbracht werden.
- (2) Die pflegerischen Aufgaben im Sinne des Absatz 1 umfassen
  1. die Erhebung und Feststellung Pflegebedarfs nach § 5 Absatz 3 Nummer 1 Buchstabe a),
  2. die Organisation, Gestaltung und Steuerung des Pflegeprozesses nach § 5 Absatz 3 Nummer 1 Buchstabe b) sowie
  3. die Analyse, Evaluation, Sicherung, und Entwicklung der Qualität der Pflege nach § 5 Absatz 3 Nummer 1 Buchstabe d).

Die in Bezug genommenen Vorschriften des § 5 Abs. 3 lauten:

- (3) Die Ausbildung soll insbesondere dazu befähigen
  1. die folgenden Aufgaben selbstständig auszuführen:
    - a) Erhebung und Feststellung des individuellen Pflegebedarfs und Planung der Pflege,
    - b) Organisation, Gestaltung und Steuerung des Pflegeprozesses,
    - c) Durchführung der Pflege und Dokumentation der angewendeten Maßnahmen,
    - d) Analyse, Evaluation, Sicherung und Entwicklung der Qualität der Pflege,
    - e) Beratung, Anleitung und Unterstützung von zu pflegenden Menschen bei der individuellen Auseinandersetzung mit Gesundheit und Krankheit sowie bei der Erhaltung und Stärkung der eigenständigen Lebensführung und Alltagskompetenz unter Einbeziehung ihrer sozialen Bezugspersonen,
    - f) Erhaltung, Wiederherstellung, Förderung, Aktivierung und Stabilisierung individueller Fähigkeiten der zu Pflegenden insbesondere im Rahmen von Rehabilitationskonzepten sowie die Pflege und Betreuung bei Einschränkungen der kognitiven Fähigkeiten,
    - g) Einleitung lebenserhaltender Sofortmaßnahmen bis zum Eintreffen der Ärztin oder des Arztes und Durchführung von Maßnahmen in Krisen- und Katastrophensituationen,
    - h) Anleitung, Beratung und Unterstützung von anderen Berufsgruppen und Ehrenamtlichen in den jeweiligen Pflegekontexten sowie Mitwirkung an der praktischen Ausbildung von Angehörigen von Gesundheitsberufen;
  2. ärztlich angeordnete Maßnahmen eigenständig durchzuführen, insbesondere Maßnahmen der medizinischen Diagnostik, Therapie oder Rehabilitation;
  3. interdisziplinär mit anderen Berufsgruppen fachlich zu kommunizieren und effektiv zusammenzuarbeiten und dabei individuelle multidisziplinäre

und berufsübergreifende Lösungen bei Krankheitsbefunden und Pflegebedürftigkeit zu entwickeln sowie teamorientiert umzusetzen.

### **Kooperationsregelungen mit anderen als ärztlichen Berufen in den Berufsordnungen der Ärzte**

Die Berufsordnungen der Ärzte enthalten Vorschriften zur Kooperation mit anderen Heilberufen. Diese Berufsordnungen fußen auf der Muster-Berufsordnung für Ärztinnen und Ärzte (M-BOÄ 1997), die von der Bundesärztekammer erstellt wird. Allerdings geht es hier nur um die Zulässigkeit der Kooperation zwischen Ärztinnen und Ärzten und Angehörigen anderer Fachberufe in medizinischen Kooperationsgemeinschaften (§ 23b M-BOÄ).

#### **Im indirekten Berufsrecht**

##### **Delegation ärztlicher Tätigkeiten auf das Pflegepersonal**

In 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<sup>6</sup> werden Anforderungen an die für die Delegation ärztlicher Leistungen in Betracht kommenden nicht ärztlichen Mitarbeiter in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung geregelt (§ 1 der Vereinbarung). Hier wird zunächst festgestellt, welche Leistungen nicht delegierbar sind (§ 2 der Vereinbarung): Der Arzt darf Leistungen, die er aufgrund der erforderlichen besonderen Fachkenntnisse nur persönlich erbringen kann, nicht delegieren. Dazu gehören insbesondere Anamnese, Indikationsstellung, Untersuchung des Patienten einschließlich invasiver diagnostischer Leistungen, Diagnosestellung, Aufklärung und Beratung des Patienten, Entscheidungen über die Therapie und Durchführung invasiver Therapien und operativer Eingriffe.

Weiter werden die allgemeinen Anforderungen an die Delegation geregelt (§ 4 der Vereinbarung):

„(1) Der Arzt entscheidet, ob und an wen er eine Leistung delegiert.

(2) Der Arzt hat sicherzustellen, dass der Mitarbeiter aufgrund seiner beruflichen Qualifikation oder allgemeinen Fähigkeiten und Kenntnisse für die Erbringung der delegierten Leistung geeignet ist (Auswahlpflicht). Er hat ihn zur selbständigen Durchführung der zu delegierenden Leistung anzuleiten (Anleitungspflicht) sowie regelmäßig zu überwachen (Überwachungspflicht). Die Qualifikation des Mitarbeiters ist ausschlaggebend für den Umfang der Anleitung und der Überwachung.“

Damit sind Voraussetzungen und Anforderungen an die Delegation bestimmt.

<sup>6</sup> Anlage 24 zum Bundesmantelvertrag Ärzte: 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 (Stand: 1. Januar 2015) sowie Anhang zur Anlage 24 des BMV-Ä Beispielkatalog delegierbarer ärztlicher Leistungen. Im GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (wie Fn. 9) ist als Neuregelung zu § 87 Abs. 2a SGB V vorgesehen, dass überprüft werden soll, in welchem Umfang delegationsfähige Leistungen durch Personen nach § 28 Abs. 1 S. 2 qualifiziert erbracht und angemessen vergütet werden sollen (Deutscher Bundestag, Drucksache 18/4095, S. 19).

## Ärztliche Versorgung pflegebedürftiger Menschen in stationären Pflegeeinrichtungen

Die ärztliche Versorgung pflegebedürftiger Menschen in stationären Pflegeeinrichtungen ist erst im Jahr 2008 Gegenstand gesetzlicher Regelungen geworden. Diese wurden erforderlich, weil die Pflegeheime bislang keine eigenen Ärzte anstellen durften. Die Pflegebedürftigen waren darauf angewiesen, dass ihr eigener Arzt in die Pflegeeinrichtung kam. Jetzt ist es möglich, dass stationäre Pflegeeinrichtungen Kooperationsvereinbarungen mit vertragsärztlichen Leistungserbringern schließen.<sup>7</sup> Wenn diese nicht zustande kommen, kann die Pflegeeinrichtung selbst zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung ermächtigt werden. Hierzu kann sie Ärzte mit geriatrischer Fortbildung anstellen (§ 119b SGB V). Die Pflegebedürftigen sind aber nicht verpflichtet, einen solchen Arzt in Anspruch zu nehmen. Die Freiheit der Arztwahl besteht weiter.

Die vollstationären Pflegeeinrichtungen sind seit 2014 verpflichtet, bei den Qualitätsprüfungen darüber zu informieren, wie ärztliche, fachärztliche und zahnärztliche Versorgung sowie die Arzneimittelversorgung in den Einrichtungen geregelt ist (§ 114 Abs. 1 SGB XI). Die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen sind über die Versorgung zu informieren (§ 115 Abs. 1b SGB XI). Diese Regelungen enthalten aber keine Kooperationsvorschriften.

## Koordinierende Aufgaben der Pflegestützpunkte

Zu den Aufgaben der Pflegestützpunkte zählt die Koordinierung aller für die wohnortnahe Versorgung und Betreuung in Betracht kommenden gesundheitsfördernden, präventiven, kurativen, rehabilitativen und sonstigen medizinischen sowie pflegerischen und sozialen Hilfs- und Unterstützungsangebote einschließlich der Hilfestellung bei der Inanspruchnahme der Leistungen (§ 92c Abs. 2 SGB XI).

## Modellvorhaben (§ 63 Abs. 3c SGB V)

Die Richtlinie nach § 63 Abs. 3c Satz 3 SGB V liegt mit dem Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine 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 (Richtlinie nach § 63 Abs. 3c SGB V)<sup>8</sup> vor.

Im Allgemeinen Teil der Richtlinie nach § 63 Abs. 3c SGB V wird festgehalten, was unter selbstständiger Ausübung von Heilkunde zu verstehen ist (§ 2 und § 3). Von Bedeutung ist hier die vorangehende ärztliche Diagnose und Indikationsstellung sowie die Begrenzung der selbstständigen Heilkundeausübungsbefugnis durch anderweitige entgegenstehende Entscheidungen oder Maßnahmen eines Arztes zur Vermeidung einer kontraindizierten Behandlung (§ 3 Abs. 2 der Richtlinie). Eine

7 Siehe dazu die Vereinbarung nach § 119b Abs. 2 SGB V zur Förderung der kooperativen und koordinierten ärztlichen und pflegerischen Versorgung in stationären Pflegeheimen (Anlage 27 zum Bundesmantelvertrag – Ärzte vom 1. Januar 2015).

8 In der Fassung vom 20.10.2011, veröffentlicht im Bundesanzeiger Nr. 46 (S. 1128) vom 21.3.2012, berichtigt in Nr. 50 (S. 1228) vom 28.3.2012). Hierzu Achterfeld 2014, S. 272 ff.; Bohne 2012, S. 262 ff.; Heberlein 2012a, S. 67 ff.; Heberlein 2012b, S. 153 ff.; Heberlein 2012c, S. 75 ff.; Roters 2009, S. 171 ff.

besondere Kooperationsanforderung ist in der Verpflichtung zu sehen, die in § 3 Abs. 3 der Richtlinie geregelt ist:

„Sofern die Berufsangehörigen nach § 1 Abs. 1 zu Erkenntnissen kommen, die einer Vornahme der ihnen auf der Grundlage dieser Richtlinie übertragenen ärztlichen Tätigkeiten entgegenstehen oder die die ärztliche Diagnose und Indikationsstellung betreffen, ist umgehend der behandelnde Arzt bzw. die behandelnde Ärztin dokumentiert zu informieren.“

Aus den Vorschriften des Allgemeinen Teils der Richtlinie wird deutlich, dass es hier nicht um eine Frage der Delegation oder Substitution von ärztlichen Tätigkeiten geht, sondern um eine sachgerechte Abstimmung der Leistungserbringung.

Im Besonderen Teil enthält die Richtlinie nach § 63 Abs. 3c SGB V diagnose- und prozedurenbezogen die übertragbaren ärztlichen Tätigkeiten, wobei jeweils die übertragbare ärztliche Tätigkeit, deren Art und Umfang sowie die Qualifikationsanforderungen nach § 4 KrPflG bzw. AltPflG genannt werden. Bei den diagnosebezogenen Tätigkeiten kommt noch die Beschreibung der Diagnose hinzu.

Die Richtlinie ist bis jetzt nicht in die Praxis umgesetzt worden. Aus diesem Grund sind im Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung Vorkehrungen vorgesehen, dieser Situation abzuwehren.<sup>9</sup>

### **Besondere Versorgung (Integrierte Versorgung)**

Da im Leistungserbringungsrecht des SGB V die Aufgaben und Zuständigkeiten der jeweiligen Krankenkassen und der Leistungserbringer abschließend gesetzlich geregelt sind, bedarf es ebenfalls einer gesetzlichen Regelung im Sinne einer Ermächtigung für den Fall, dass Versorgungsgrenzen überwunden werden sollen. Dazu dienen die Vorschriften zur Besonderen Versorgung (§ 140a SGB V; § 92b SGB XI).

Die Krankenkassen können deshalb Verträge über eine verschiedene Leistungssektoren übergreifende Versorgung der Versicherten oder eine interdisziplinär-fachübergreifende Versorgung mit bestimmten leistungserbringenden Vertragspartnern abschließen.

Die Integrierte Versorgung hat in der Praxis nicht die erhofften Wirkungen gezeigt (Knieps et al. 2015, S. 247). Insbesondere in Richtung auf die Einbeziehung von Pflegeeinrichtungen sind nur verhältnismäßig wenige Versorgungsverträge zu verzeichnen.

### **Zusammenfassung zu den rechtlichen Kooperationsregelungen im Kontext der Langzeitpflege**

In der medizinrechtlichen Debatte um die Gestaltung von Kooperationsverhältnissen wird unterschieden zwischen horizontaler und vertikaler Kooperation, wobei

<sup>9</sup> Mit Art. 9 und 10 des Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz – GKV-VSG) vom 16. Juli 2015 (BGBl. I S. 1211) sind das KrPflG und das AltPflG geändert worden. Diese Änderungen zu § 4 KrPflG und § 4 AltPflG betreffen die Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3c SGB V. Danach soll der Gemeinsame Bundesausschuss für die Tätigkeiten, die er in der Richtlinie nach § 63 Abs. 3c SGB V festgelegt hat, für die zusätzliche Ausbildung standardisierte Module entwickeln.

unter horizontaler Kooperation die Ebene der fachlich vergleichbaren Qualifikation und unter vertikaler Kooperation das Verhältnis zwischen fachlich ungleichen (höheren/niedrigeren) Qualifikationen verstanden wird. Diese Debatte ist vor allem von der Situation im Krankenhaus geprägt. Eine vergleichbare Debatte findet sich für die Kooperationsverhältnisse bei der Versorgung in der Langzeitpflege nicht, obwohl beim hier eingesetzten Personal die Qualifikationsarten und -stufen ebenfalls sehr unterschiedlich sein können.

Die Koordination des Versorgungsgeschehens obliegt in der Langzeitpflege in der Regel der Pflegedienstleitung, ausgeübt von der leitenden Pflegefachkraft im Sinne des § 71 SGB XI. Ob und inwieweit die Pflegedienstleitung auch koordinierend für den Einsatz anderen heilberuflichen Gesundheitsfachpersonals, z. B. von Ergo- und Physiotherapeuten, zuständig und damit auch verantwortlich ist oder ob dies der Einrichtungsleitung oder auch individuell dem Arzt obliegt, ist gesetzlich nicht geregelt.

Die weitgehende Abwesenheit von Regelungen der Kooperationsverhältnisse und von Regelungen ihrer Koordination in Einrichtungen der Langzeitpflege darf nicht darüber hinwegtäuschen, dass bei Schädigungen von pflegebedürftigen Menschen das Haftungsrecht greift. Für den Bewohner einer stationären Pflegeeinrichtung ist dies ähnlich der Haftungssituation beim Krankenhausbehandlungsvertrag insofern weniger problematisch, als der Vertragspartner der Träger der Pflegeeinrichtung – der Unternehmer im Sinne des Wohn- und Betreuungsvertragsgesetzes (WBVG) – ist. Da auch bei der ambulanten Pflege in der Regel eine Pflegeeinrichtung Vertragspartner ist und keine Einzelpflegeperson, ist die haftungsrechtliche Situation hier vergleichbar. Problematisch ist jedoch, ob die Haftungsregeln, die bis zur Einführung des Behandlungsvertrages in §§ 630a ff. BGB für die medizinische Behandlung gegolten haben, auch direkt auf die pflegerische Versorgung und Betreuung im Rahmen des WBVG anwendbar sind.

## 14.3 Veränderungsbedarfe

### 14.3.1 Direktes Berufsrecht

#### Entsprechende Formulierung der Ausbildungsziele

Der wichtigste Veränderungsbedarf in Richtung auf eine angemessene und praxistaugliche rechtliche Gestaltung von Kooperationsverhältnissen in der Langzeitpflege liegt in der klaren Definition von Zuständigkeiten/Kompetenzen/Qualifikationen der anderen als ärztlichen Heilberufe, also insbesondere der Pflegeberufe, in den jeweiligen Heilberufsgesetzen. Auch wenn die Ausbildungsziele in den Heilberufsgesetzen keinen direkten Rückschluss auf die Berufsausübung zulassen, so helfen sie doch, das jeweilige Verständnis von Qualifikationen und Kooperationsanforderungen im jeweiligen Heilberuf zu klären und damit auch für die Berufsausübung förderlich zu sein. Die in § 5 PflBG formulierten Ausbildungsziele können fast schon als Anschauungsmaterial hierfür dienen. Ähnliches gilt im Übrigen für die Ausbildungsziele der Notfallsanitäter (§ 5 NotSanG). Wenn künftig auch die anderen an der Langzeitpflege beteiligten Heilberufe über vergleichbar präzise und

sachadäquat formulierte Ausbildungsziele verfügen, könnte dies auch in Hinblick auf die Kooperationsverhältnisse positive Wirkungen erzeugen.

### **Teilapprobation**

Im Zusammenhang der Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3c SGB V sind in den entsprechenden Heilberufegesetzen Vorschriften eingefügt worden, die man in ihrer Funktion als Teilapprobation für die Ausübung von Heilkunde verstehen kann (§ 1 Satz 1 AltPflG; § 1 Abs. 1 Satz 2 KrPflG). Diese Vorschriften ermächtigen die Berufsangehörigen, die über entsprechende Kompetenzen im Rahmen der Modellvorhaben verfügen, zur Ausübung heilkundlicher Tätigkeiten. Das heißt auch, dass diese Berufsangehörigen selbstständig auf diesen Gebieten tätig werden können. Insgesamt ist zu fragen, ob künftig die Heilberufegesetze für die Gesundheitsfachberufe nicht Teilapprobationen für die ihren Kompetenzen entsprechenden heilkundlichen Gebiete erhalten sollen (Igl 2013, S. 353 f., 367 ff.).

### **Vorbehaltene Tätigkeiten**

Die Einräumung vorbehaltener Tätigkeiten sollte mit Bedacht geschehen. Das Bundesverfassungsgericht hat im Altenpflegeurteil eine Einräumung vorbehaltener Tätigkeiten nur für eng abgrenzbare und damit genau definierbare Tätigkeiten für möglich gehalten (BVerfG, Urt. v. 24.10.2001 – 2 BvF 1/01, juris Rn. 251).

### **Allgemeine Vorschriften zur Gestaltung der Kooperation**

In einem – noch zu schaffenden – Allgemeinen Heilberufegesetz könnten auch allgemeine Rahmenvorschriften zur Gestaltung der Kooperation und Koordination im Leistungsgeschehen Eingang finden (Igl 2013, S. 420 ff.). Damit könnte mehr rechtliche Klarheit für die Berufsangehörigen und auch für die in den Einrichtungen Organisationsverantwortlichen erzeugt werden.

### **14.3.2 Indirektes Berufsrecht**

In der Gestaltung von Kooperation und Koordination in der Langzeitpflege ist anders als auf dem Gebiet der gesetzlichen Krankenversicherung keine Arztdominanz im Sinne einer Steuerung des gesamten Leistungsgeschehens durch den Arzt zu verzeichnen. Davon zu unterscheiden ist die Situation, wenn bei der häuslichen Versorgung von pflegebedürftigen Menschen auch der Arzt impliziert ist, also wenn etwa auch häusliche Krankenpflege als Sicherungspflege stattfindet (§ 37 Abs. 2 SGB V). Welche rechtlichen Veränderungsbedarfe hier gegeben sind, kann nicht allgemein festgestellt werden.

## **14.4 Zusammenfassung**

Die Kooperation und Koordination des Leistungsgeschehens in der Langzeitpflege wird wesentlich bestimmt von den jeweiligen Kompetenzen der Berufsangehörigen, wie sie sich in den Ausbildungszielen der Heilberufegesetze niedergeschlagen haben. Die im Entwurf eines Pflegeberufgesetzes geplante Einführung vorbehalte-

ner Tätigkeiten für den Pflegeberuf und die Formulierung der Ausbildungsziele erlauben künftig eine klarere Zuweisung von Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten für den Pflegeberuf. Davon abgesehen wären auch allgemeine Vorschriften zur Kooperation und Koordination im Leistungsgeschehen der Langzeitpflege wünschenswert. Solche Vorschriften könnten in einem – noch zu schaffenden – Allgemeinen Heilberufegesetz ihren Platz finden.

## Literatur

- Achterfeld C. Aufgabenverteilung im Gesundheitswesen. Rechtliche Rahmenbedingungen der Delegation ärztlicher Leistungen. Kölner Schriften zum Medizinrecht, Band 15. Berlin Heidelberg: Springer-Verlag 2014.
- Bohne K. Delegation ärztlicher Tätigkeiten. Frankfurt am Main: Peter Lang 2012. Zugl.: Universität Halle-Wittenberg, Diss. 2011.
- Dahlem O, Giese D (Begr); Igl G (Hrsg). Heimrecht des Bundes und der Länder. Köln: Luchterhand 2009 ff.
- Heberlein I. Neuordnung der Verantwortungen in der Heilkunde? Die Richtlinie nach § 63 Abs. 3c SGB 5 zwischen Substitution und Delegation und die Folgen – 1. Teil. Pflgerecht (PflR). 2012a; 67–81.
- Heberlein I. Neuordnung der Verantwortungen in der Heilkunde? Die Richtlinie nach § 63 Abs. 3c SGB 5 zwischen Substitution und Delegation und die Folgen – 2. Teil. Pflgerecht (PflR). 2012b; 143–57.
- Heberlein I. Arzthaftung bei Modellvorhaben nach § 63 Abs 3c SGB V – Delegation impliziert Haftung! Zeitschrift für das gesamte Medizin- und Gesundheitsrecht (ZMGR). 2012c; 75–84.
- Igl G. Weitere öffentlich-rechtliche Regulierung der Pflegeberufe und ihrer Tätigkeit – Voraussetzungen und Anforderungen. München: Urban & Vogel 2008; 169.
- Igl G. Öffentlich-rechtliche Regulierung nichtärztlicher Gesundheitsfachberufe und ihrer Tätigkeit auf den Gebieten der Diätetik, der Medizintechnik, der Orthoptik und der Pharmazie. München: Urban & Vogel 2010.
- Igl G. Gesundheitsberufe neu regeln. Rechtsexpertise. Arbeitsgruppe der Robert Bosch Stiftung Gesundheitsberufe neu denken. Robert Bosch Stiftung GmbH (Hrsg). Gesundheitsberufe neu denken, Gesundheitsberufe neu regeln. Grundsätze und Perspektiven – Eine Denkschrift der Robert Bosch Stiftung. Stuttgart 2013; 235–431.
- Igl G, Welti F (Hrsg). Gesundheitsrecht. Eine systematische Einführung. München: Franz Vahlen 2014. 2. neuarbeitete Auflage.
- Klie T, Guerra V. Synopse zu Service-, Assistenz- und Präsenzberufen in der Erziehung, Pflege und Betreuung (Care). Robert Bosch Stiftung GmbH (Hrsg). Stuttgart 2006.
- Knieps F, Reiners H. Gesundheitsreformen in Deutschland. Geschichte – Intentionen – Kontroversen. Bern: Hans Huber 2015.
- Roters D. Risse im Arztvorbehalt? Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3c SGB 5. Zeitschrift für das gesamte Medizin- und Gesundheitsrecht (ZMGR) 2009: 171–6.
- Statistisches Bundesamt. Pflegestatistik 2013. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt 2015.