

## Stellungnahme zum Kurzpapier "Vorläufige Eckpunkte Pflegekompetenzgesetz" vom 19.12.2023

Stand: 01.02.2024

Sehr geehrte Damen und Herren,

der Bundesverband der kommunalen Senioren- und Behinderteneinrichtungen e.V. (BKS) begrüßt die vor dem Hintergrund der Stärkung der Profession „Pflege“ und der Sicherstellung einer flächendeckenden und qualitativ hochwertigen Versorgung vorgelegten vorläufigen Eckpunkte für ein Pflegekompetenzgesetz sehr. Angesichts der demographischen Entwicklung ist es unabdingbar die Versorgung durch Umverteilung von Aufgaben zu optimieren, den ambulanten Bereich zu stärken sowie die interprofessionelle Arbeit der verschiedenen Gesundheitsberufe im Team zu fördern. Bei der Ausgestaltung der Pflegekompetenzen müssen jedoch zwingend die Auswirkungen auf die aktuellen Versorgungsstrukturen mit in Betracht gezogen werden. Auch müssen die Haftungsfragen bei der Heilkundeübertragung sowie grundlegende Finanzierungsfragen vorab geklärt werden. Dringend müssen dabei die Vereinbarungen aus dem aktuellen Koalitionsvertrag wie die Finanzierung der versicherungsfremden Leistungen, der Herausnahme der Ausbildungskostenumlage aus den Eigenanteilen sowie die Zuordnung der medizinischen Behandlungspflege zur gesetzlichen Krankenversicherung umgesetzt werden.

**1. Für Pflegefachpersonen erweitern wir entsprechend ihrer vorhandenen Kompetenzen die Befugnisse im Rahmen der häuslichen Krankenpflege; für andere bestehende oder zukünftige Versorgungsbereiche, z. B. Level 1i-Krankenhäuser, Gesundheitskioske oder Primärversorgungszentren wird dies geprüft. Dabei soll auch geklärt werden, in welchem Umfang Pflegefachpersonen perspektivisch eigenverantwortlich Leistungen der häuslichen Krankenpflege verordnen können.**

Bei der Ausweitung der Kompetenzen muss stets die Anpassung der Leistungsvergütung und des Arbeitszeitvolumens mitberücksichtigt werden. Zudem ist der Umgang mit der Genehmigung der häuslichen Krankenpflege durch die Krankenkasse, welche verpflichtend auf die hausärztliche Verordnung folgt, klärungsbedürftig.



**2. Wir erweitern die in § 40 Abs. 6 SGB XI vorgesehene Möglichkeit, dass bei vorliegender Empfehlung einer Pflegefachperson für ein Pflegehilfsmittel und Hilfsmittel die Notwendigkeit der Versorgung vermutet wird, auf alle Pflegehilfsmittel und Hilfsmittel, die den Zielen des § 40 SGB XI dienen.**

Die Erweiterung des § 40 Abs. 6 SGB XI ist positiv im Sinne eines Motivationsschub für Pflegende anzusehen. Es ist jedoch eine Differenzierung beim Begriff „Pflegefachperson“ erforderlich. Soll nur die Legaldefinition in § 71 Abs.3 SGB XI gelten oder ist eine Geltung darüber hinaus erwünscht.

**3. Im Bereich der Langzeitpflege soll im Rahmen eines Modellprojekts beim Medizinischen Dienst (MD) geprüft werden, ob und inwieweit eine Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach § 18 SGB XI durch Pflegefachpersonen im Rahmen der pflegerischen Versorgung mit Überprüfung durch den MD zu gleichwertigen Begutachtungsergebnissen sowie einer Entlastung des MD führt. Dabei soll auch die Möglichkeit der Begutachtung durch Pflegefachpersonen im Krankenhaus im Rahmen des Entlassmanagements geprüft werden, um eine zügige Begutachtung und Anschlussversorgung zu ermöglichen.**

Die Feststellung des Pflegebedarfs ist bereits Vorbehaltsaufgabe nach § 4 des Pflegeberufegesetzes (PfIBG) und ist als absoluter Vorbehalt auszulegen. Daher bedarf es nun vor allem der Akzeptanz und Umsetzung durch den Medizinischen Bund sowie der hinreichenden Finanzierung. Im stationären Bereich der Langzeitpflege ist die Feststellung des Pflegegrades bereits hinreichend während der Corona-Pandemie erprobt worden. Die Neuaufstellung der Begutachtung im Rahmen des Entlassmanagements im Krankenhausbereich wird sehr begrüßt. Denn die aktuelle Überleitungspraxis bereitet den stationären Langzeitpflegeeinrichtungen aufgrund des unzureichenden und fachunkundigen Entlassmanagements viele Probleme.

**4. Wir schaffen einen pflegegradunabhängigen Anspruch auf Pflegeprozesssteuerung durch Pflegefachpersonen einschließlich eines pflegerischen Erstgesprächs.**

Es ist zu begrüßen, dass Pflegefachpersonen hinsichtlich der pflegebedürftigen Personen den gesamten Prozess übernehmen dürfen sollen.



**5. Die Regelungen der Modellprogramme nach § 63 Abs. 3b und 3c sowie § 64d SGB V werden aufgehoben. An ihrer Stelle werden entsprechend § 14 PflBG qualifizierte Pflegefachpersonen Möglichkeiten zur Wahrnehmung erweiterter Versorgungsaufgaben in der Regelversorgung vorgesehen. Dazu gehören insbesondere Befugnisse im Bereich der (komplexen) Wundversorgung, der Versorgung von Menschen mit diabetischer Stoffwechsellese und von Menschen mit demenziellen Erkrankungen. Dabei beziehen wir auch Pflegefachpersonen mit ein, die über den Modulen der Fachkommission vergleichbare Fachweiterbildungen verfügen. Die Regelungen werden evaluiert.**

Die Ergebnisse und Erfahrungen aus den Vereinbarungsverhandlungen zu den Modellvorhaben nach § 64d SGB V sind dringend mitzuberücksichtigen. Es sollte keine Eingrenzung der Befugnisse auf Wundversorgung, Versorgung von Menschen mit diabetischer Stoffwechsellese und von Menschen mit demenziellen Erkrankungen vorgenommen werden, sondern die acht vorgelegten Module der Fachkommission Pflege übernommen werden.

Hierbei sind zwingend die Haftungsfragen sowie die Kompetenzabgrenzungen zu ärztlichen Tätigkeiten zu klären.

Zudem muss die Vergütungssystematik sowohl hinsichtlich des Aufwuchses neuer Aufgaben als auch in der Abgrenzung akademisierter Fachkräfte zu ausgebildeten Fachkräften angepasst werden. Des Weiteren ist eine Anpassung des Ausbildungscurriculums erforderlich.

**6. Wir wollen das Berufsbild der Advanced Practice Nurse (unter Einbeziehung der Community Health Nurse) nach internationalen Vorbildern etablieren und werden perspektivisch entsprechende Befugnisse in der Versorgung abhängig von den erworbenen Kompetenzen einführen. Für Pflegefachpersonen mit Berufsabschluss auf Master-Niveau, der zur eigenverantwortlichen und selbständigen Ausübung von Heilkunde befähigt, wollen wir künftig eine eigenständige Ausübung von Heilkunde in ärztlich oder pflegegeleiteten Einrichtungen (vergleichbar z. B. den Nurse Practitioners in den USA) ermöglichen.**

Neue Versorgungsformen sollten im Einklang mit vorhandenen Strukturen geschaffen werden. Konkretisiert werden muss der Personaleinsatz von akademisierten Fachkräften, das heißt wo und wie sollen diese tätig werden. Neben den Personaleinsatzstrukturen müssen dann entsprechend die Vergütungsstrukturen angepasst. Es bedarf daher klarer Tätigkeitsprofile insbesondere in Abgrenzung zu den Vorbehaltsaufgaben des § 4 PflBG; um die Qualität des Studiums sicherzustellen.

**7. Für Pflegefachpersonen mit APN-Master-Abschluss prüfen wir entsprechend der im Studium vermittelten Kompetenzen weitergehende Befugnisse im Rahmen der Verordnung von häuslicher Krankenpflege, von Hilfsmitteln und ggf. von bestimmten Arzneimitteln.**

Die bestehenden rechtlichen Regelungen sind dahingehend zu prüfen, inwiefern die Erstellung einer Positivliste für Arzneimittel rechtlich zulässig ist. Insbesondere sind auch hier wieder Haftungsfragen zu klären.

**8. Die Etablierung eines neuen Berufsbilds und entsprechender APN-Master-Studiengänge ist ein mehrstufiger Prozess. Die Länder können bereits jetzt APN-Studiengänge, die auf eine hochschulische Pflegeausbildung aufbauen, etablieren. Bis in Deutschland qualifizierte APN ihren Abschluss haben, gibt es einen mehrjährigen Vorlauf. Daher möchten wir in Deutschland primärqualifizierten Pflegefachpersonen, die die entsprechenden Voraussetzungen erfüllen, ermöglichen, sich in den nächsten Jahren auch verstärkt im Ausland auf entsprechendem Master-Niveau zu qualifizieren, z. B. durch ein entsprechenden Stipendienprogramm.**

Wie bereits in Punkt 6 erläutert, ist eine Klärung des Personaleinsatzes und der Vergütungsstrukturen dringend erforderlich. Nicht nur in Abgrenzung zu den akademisierten Fachkräften, sondern auch zu den bisherigen Pflegefachkräften mit Weiterbildungsqualifikationen, wie zum Beispiel Pflegedienstleistungen.

**9. Im Krankenhausbereich sind erweiterte Rollen für Pflegefachpersonen international verbreitet. Damit diese auch in Deutschland umgesetzt werden können, ist auch hier ein eigener pflegerischer Handlungsrahmen bis hin zur eigenständigen klinischen Entscheidung von Interventionen erforderlich. Wir gehen daher insbesondere auf die DKG und die Krankenhäuser zu, um zu klären, wie wir die Krankenhäuser in diesem Prozess weiter unterstützen können.**

Aus Sicht des BKS erfordert die generalistische Ausbildung sowohl zur Fachkraft als auch die geplante bundeseinheitliche Ausbildung zur Assistentenkraft ein Gesamtkonzept für alle Pflegebereiche.



**10. Wir etablieren eine zentrale berufsständische Vertretung der Profession Pflege auf Bundesebene und statten sie mit Befugnissen zur Weiterentwicklung des Berufsverständnisses und der Berufsrollen mit Empfehlungscharakter (z. B. Muster-Berufsordnung, Muster-Scope of Practice, Muster-Weiterbildungsordnung) aus. Darüber hinaus prüfen wir geeignete Beteiligungsrechte bei Prozessen, die berufsständische und pflegerische Fachfragen auf Bundesebene betreffen, z. B. die Entwicklung pflegerischer und interprofessioneller Leitlinien und Versorgungspfade sowie strukturierter Behandlungsprotokolle.**

Eine zentrale berufsständische Vertretung der Profession Pflege auf Bundesebene ist grundsätzlich zu begrüßen. Jedoch ist dann eine klare Abgrenzung bei den Beteiligungsrechten zu den Leistungserbringerverbänden in der Selbstverwaltung unabdingbar. Die Trägervereinigungen als Spitzenverbände im SGB XI und SGB V dürfen nicht in ihren Rechten und Aufgaben eingeschränkt werden. Zudem ist die Zusammenarbeit klar festzulegen.

Auch ist zu berücksichtigen, dass eine Beteiligung in einer zentralen berufsständischen Vertretung nicht über Zwangsmitgliedschaften erfolgen sollte. Denn Mitgliedschaften mit hohen Beiträgen führen nicht automatisch zu besserer Beteiligung.

**11. Das Amt der Pflegebevollmächtigten der Bundesregierung stärken wir durch eine gesetzliche Verankerung.**

Aus Sicht des BKS B bedarf es bei der gesetzlichen Verankerung des Amtes insbesondere der Festlegung der Kriterien zur Personalauswahl.

**12. Pflegefachpersonen sind bei der Sicherstellung gesundheitlich-pflegerischer Akut-, Nach und Langzeitversorgung in Notfällen, Krisensituationen und Katastrophen von wesentlicher Bedeutung für einen umfassenden Bevölkerungsschutz. Pflegefachpersonen sind deshalb regelhaft in Institutionen und Gremien bei der akuten Bewältigung wie bei der Planung und Vorbereitung auf Krisensituationen zu beteiligen (Bundes-, Landes- und regionale Ebene).**

Die Stärkung der Pflege im Gemeinsamen Bundesausschuss sowie beim Katastrophenschutz sind sehr zu begrüßen. Pflegeeinrichtungen nach § 72 SGB XI müssen als kritische Infrastruktur im Sinne des BSIG anerkannt werden.

**13. Zur Beschleunigung der Umsetzung des Personalbemessungsverfahrens in der Langzeitpflege wird im Vorgriff auf die gesetzlich vorgesehene Überprüfung der seit dem 1. Juli 2023 geltenden Personalanhaltswerte im Jahr 2025 vorgesehen, dass in vollstationären Pflegeeinrichtungen über die geltenden Personalanhaltszahlen für Pflegefachpersonen hinaus Pflegefachpersonen mit hochschulischer Qualifikation verhandelt werden können, wenn diese mit mindestens 50% der Arbeitszeit in der direkten Pflege tätig sind. Damit werden zusätzliche Beschäftigungsanreize für entsprechend qualifizierte Pflegefachpersonen geschaffen. Entsprechende Regelungen werden auch im Bereich der Regelungen zur tariflichen Entlohnung in der Langzeitpflege geprüft.**

Die Vorgabe „mindestens 50 % der Arbeitszeit in der direkten Pflege“ muss mit den Erwartungen an die berufliche Tätigkeit nach dem Studium in Einklang gebracht werden. § 113c SGB XI kann erst dann angepasst werden, wenn der Tätigkeitseinsatz hochschulisch ausgebildeter Pflegefachkräfte in der Praxis mit klaren Tätigkeitsbeschreibungen belegt ist.

Die „Schaffung zusätzlicher Beschäftigungsanreize“ muss einhergehend mit der Anpassung der Regelung zur tariflichen Entlohnung, Es ist nicht nur eine Überprüfung erforderlich, sondern eine Neuaufstellung des Vergütungssystems.

**14. Die seit dem 1. Juli 2023 für vollstationäre Pflegeeinrichtungen geltenden Personalanhaltswerte nach § 113c Absatz 1 SGB XI sollen, soweit das dort genannte Personal nicht am Arbeitsmarkt verfügbar ist, zur konkreten Entlastung und Unterstützung des Pflege- und Betreuungspersonals unter bestimmten Voraussetzungen und abhängig von der konkreten Qualifikation auch mit folgendem Personal besetzt werden:**

- Stationsassistent/innen zur Entlastung von Pflegefachpersonen
- weitere pflegerelevante Fachpersonen, die bisher auch in landesrechtlichen Regelungen vorgesehen sind, z. B. auch Ergo- oder Physiotherapeuten.

Es bedarf dringend einer klaren einheitlichen Definition der Berufsbilder. Bei der Zuordnung des Personals ist dann aber mehr einrichtungsindividuelle Entscheidungsfreiheit geboten.



**15. Zur Unterstützung der Pflegeeinrichtungen bei der Umsetzung der seit dem 1. Juli 2023 geltenden Regelungen nach § 113c SGB XI ist beabsichtigt, eine Geschäftsstelle mit der Koordination und Begleitung der Umsetzung zu beauftragen. Eine wesentliche Aufgabe wird die bedarfsabhängige Schulung von Pflegefachpersonen in der Pflegeprozesssteuerung nach §§ 4, 5 PflBG sowie die Unterstützung von Pflegeeinrichtungen bei einer bezugspflegerisch orientierten, schrittweisen Umsetzung einer kompetenzorientierten Aufgabenverteilung.**

Die Einrichtung einer Geschäftsstelle zur Begleitung der Umsetzung § 113c SGB XI wird kritisch gesehen, denn die Umsetzung des § 113c SGB XI wird vor allem landesrechtlich ausgestaltet. Eine Steuerung von Bundesebene aus ist bislang kaum möglich. Des Weiteren fehlen bundesweit entsprechend qualifizierte Lehrkräfte. Es bedarf daher eine Absenkung der Qualifikationsanforderungen, indem kein Mastererfordernis mehr für Lehrkräfte vorgegeben wird.

**16. Im Krankenhausbereich wird aktuell ein Pflegepersonalbemessungsverfahren eingeführt. Seine wissenschaftliche Weiterentwicklung unter dem Gesichtspunkt der Sicherstellung eines bedarfsgerechten Qualifikationsmixes ist im § 137I SGB V geregelt. Die entsprechende Studie wurde beauftragt, die Ergebnisse sollen bis Ende 2024 vorgelegt werden. Es wird ebenfalls geprüft, ob die in Ziffer 15. Genannte Geschäftsstelle auch im Prozess der Einführung eines Personalbemessungsverfahrens im Krankenhausbereich eingesetzt werden kann.**

Der BKS B hat im Krankenhausbereich keine fachliche Zuständigkeit.

**17. Für die Unterstützung der Umsetzungsprozesse in den Pflegeeinrichtungen haben wir mit dem PflStudStG klargestellt, dass die Mittel aus dem Förderprogramm nach § 8 Abs. 7 SGB XI genutzt werden können. Wir prüfen in diesem Zusammenhang die Verlängerung des Förderprogramms für „Gute Arbeitsbedingungen in der Langzeitpflege (GAP)“ der Pflegebevollmächtigten der Bundesregierung.**

Bei der Verlängerung der Förderprogramme sollte vor allem der Aspekt der Finanzierung mitberücksichtigt werden. Rechtfertigt der Erfolg der Förderprogramme bundesweit die hohe Finanzausgabe oder ist der Einsatz der finanziellen Mittel an anderer Stelle eventuell zielführender.

**BKS B – Bundesverband der kommunalen Senioren- und Behinderteneinrichtungen e.V.**

Der BKS B vertritt die Interessen kommunaler Senioren- und Behinderteneinrichtungen. Zweck der Vereinigung ist die Förderung der Senioren-, Pflege- und Behinderteneinrichtungen in kommunaler Trägerschaft. Der BKS B ist Mitglied im Bündnis für Gute Pflege, im Deutschen Verein für öffentliche und private Fürsorge (DV) und im Bundesverband öffentliche Dienstleistungen (bvöd – Deutsche Sektion von SGI Europe).

Aktuell gehören dem Bundesverband **80** Träger mit fast **400** Pflegeeinrichtungen und zahlreichen weiteren Angeboten der Altenhilfe in **11** Bundesländern an. Der BKS B repräsentiert damit bundesweit mehr als **30.000** SGB XI-Plätze