

Stellungnahme der BAGFW zum zweiten Fachgespräch zu den Eckpunkten des BMG für ein Pflegekompetenzgesetz am 20.03.2024

Den in der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege (BAGFW) kooperierenden Verbänden geht es nicht nur um die Kompetenzerweiterung für die Pflegefachberufe, sondern insbesondere auch um die Befähigung zur selbstständigen und eigenverantwortlichen Durchführung der heilkundlichen Aufgaben und Tätigkeiten, die dem Heilberuf Pflege bereits heute schon innewohnen. Für die Pflegefachpersonen qua Ausbildung spezifische Qualifikationen sind z. B. Wundversorgung, Verbandswechsel, Therapiemonitoring, Dosisanpassung, Bolusgabe, Flüssigkeitssubstitution, Katheterismus, therapeutische Pflege, Gesundheitsedukation, Impfungen und Check-ups. Viele dieser Aufgaben und Tätigkeiten könnten nicht nur dazu beitragen, Engpässe und Arbeitsspitzen in der Gesundheitsversorgung zu überbrücken, sondern auch den Gesundheitsstatus, das Funktionsniveau, die Lebensqualität und das Wohlbefinden von chronisch kranken oder pflegebedürftigen Menschen zu stabilisieren oder zu verbessern.

Bei der Umsetzung muss allerdings berücksichtigt werden, dass zum Einsatz der vorhandenen und zukünftigen Kompetenzen von Pflegefachpersonen Rahmenbedingungen geschaffen werden müssen, die es erlauben, dass Pflegekräfte mehr Zeit für diese Arbeitsabläufe haben und dass die Ausgestaltung des Leistungserbringungsrechts analog geändert und entsprechend und angepasst wird.

Angesichts des eklatanten Fachkräftemangels und der steigenden Zahl pflegebedürftiger Menschen und Familien, die von Pflegebedürftigkeit betroffen sind, muss vor allem auch die Rolle der ambulanten Pflege im Gesundheitswesen überdacht werden. Aus unserer Sicht müssen die Potenziale der ambulanten Pflege in den Bereichen Beratung und Prävention neben der Versorgung von hilfe- und pflegebedürftigen Menschen stärker genutzt werden sollten. Ziel muss es sein,

- Familien über Möglichkeiten regionaler Unterstützung und Entlastung bei Pflegebedürftigkeit zu informieren,
- pflegende An- und Zugehörige vor Erschöpfung und Erkrankung sowie Pflegebedürftigkeit zu bewahren und soziale Isolation durch die Pfl egetätigkeit zu vermeiden sowie
- Pflegebedürftige in ihrer Selbständigkeit und Selbstpflegekompetenz zu stärken und eine Zunahme ihrer Pflegebedürftigkeit hinauszuzögern.

Im Folgenden nun die Hinweise und Kommentare der in der BAGFW kooperierenden Verbände analog der Themenbereiche der drei Arbeitsgruppen des Fachgesprächs:

AG 1: Leistungsrecht SGB V

Themen:

- Aufhebung der bisherigen Modellvorhaben und Verankerung der pflegerischen Befugnisse im Leistungsrecht
- Erweiterung der Befugnisse in der häuslichen Krankenpflege
- Erweiterte Befugnisse im Krankenhaus – Ziele und Regelungsbedarf
- Geschäftsstelle zur Unterstützung der Umsetzung des Personalbemessungsverfahrens im Krankenhaus

Pflegeprozesssteuerung

Änderungen in § 37 SGB V: Häusliche Krankenpflege

Die Erhebung und Feststellung des individuellen Pflegebedarfs, die Organisation, Gestaltung und Steuerung des Pflegeprozesses sowie die Analyse, Evaluation, Sicherung und Entwicklung der Qualität der individuellen Pflege sind als eigenständige Leistungsansprüche des Versicherten neben der Grund- und Behandlungspflege bzw. der hauswirtschaftlichen Versorgung in § 37 Absatz 1 SGB V (Krankenhausvermeidungspflege), § 37 Absatz 1a SGB V (Unterstützungspflege), § 37 Absatz 2 SGB V (Sicherungspflege/Behandlungspflege) sowie § 37 Absatz 2b SGB V (Ambulante Palliativversorgung) aufzunehmen. Konkret bedeutet dies, dass in § 37 Absatz 1, 1a, 2 und 2b SGB V Rechtsansprüche des Versicherten auf:

- Erst- und Folgegespräche im Sinne der pflegfachlichen Prozesssteuerung,
- Interdisziplinäre Fallbesprechungen ggf. unter Einbeziehung der An- und Zugehörigen, wenn dies der Versicherte wünscht,

aufzunehmen sind.

§ 37

Häusliche Krankenpflege

(1) Versicherte erhalten in ihrem Haushalt, ihrer Familie oder sonst an einem geeigneten Ort, insbesondere in betreuten Wohnformen, Schulen und Kindergärten, bei besonders hohem Pflegebedarf auch in Werkstätten für behinderte Menschen neben der ärztlichen Behandlung häusliche Krankenpflege durch geeignete Pflegekräfte, wenn Krankenhausbehandlung geboten, aber nicht ausführbar ist, oder wenn sie durch die häusliche Krankenpflege vermieden oder verkürzt wird. § 10 der Werkstättenverordnung bleibt unberührt. Die häusliche Krankenpflege umfaßt die im Einzelfall erforderliche **pflegfachliche Pflegeprozesssteuerung einschließlich Erst- und Folgegespräche, interdisziplinärer Fallbesprechungen ggf. unter Einbeziehung der An- und Zugehörigen**, Grund- und Behandlungspflege sowie hauswirtschaftliche Versorgung. Der Anspruch besteht bis zu vier Wochen je Krankheitsfall. In begründeten Ausnahmefällen kann die Krankenkasse die häusliche Krankenpflege für einen längeren Zeitraum bewilligen, wenn der Medizinische Dienst (§ 275) festgestellt hat, daß dies aus den in Satz 1 genannten Gründen erforderlich ist.

(1a) Versicherte erhalten an geeigneten Orten im Sinne von Absatz 1 Satz 1 wegen schwerer Krankheit oder wegen akuter Verschlimmerung einer Krankheit, insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt, nach einer ambulanten Operation oder nach einer ambulanten Krankenhausbehandlung, soweit keine Pflegebedürftigkeit mit Pflegegrad 2, 3, 4 oder 5 im Sinne des Elften Buches vorliegt, **die pflegfachliche Pflegeprozesssteuerung einschließlich Erst- und Folgegespräche, interdisziplinärer Fallbesprechungen ggf. unter Einbeziehung der An- und Zugehörigen**, die erforderliche Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung. Absatz 1 Satz 4 und 5 gilt entsprechend.

(2) Versicherte erhalten in ihrem Haushalt, ihrer Familie oder sonst an einem geeigneten Ort, insbesondere in betreuten Wohnformen, Schulen und Kindergärten, bei besonders hohem Pflegebedarf auch in Werkstätten für behinderte Menschen als häusliche Krankenpflege **die pflegfachliche Pflegeprozesssteuerung einschließlich Erst- und Folgegespräche, interdisziplinärer Fallbesprechungen ggf. unter Einbeziehung der An- und Zugehörigen**.

linärer Fallbesprechungen ggf. unter Einbeziehung der An- und Zugehörigen Behandlungspflege, wenn diese zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung erforderlich ist. 2§ 10 der Werkstättenverordnung bleibt unberührt. Der Anspruch nach Satz 1 besteht nicht für Versicherte mit einem besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege, die Anspruch auf Leistungen nach § 37c haben, soweit diese Leistungen tatsächlich erbracht werden. Die Satzung kann bestimmen, dass die Krankenkasse zusätzlich zur Behandlungspflege nach Satz 1 als häusliche Krankenpflege auch Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung erbringt. Die Satzung kann dabei Dauer und Umfang der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung nach Satz 4 bestimmen. Leistungen nach den Sätzen 4 und 5 sind nach Eintritt von Pflegebedürftigkeit mit mindestens Pflegegrad 2 im Sinne des Elften Buches nicht zulässig. Versicherte, die nicht auf Dauer in Einrichtungen nach §71Abs. 2 oder 4 des Elften Buches aufgenommen sind, erhalten Leistungen nach Satz 1 und den Sätzen 4 bis 6 auch dann, wenn ihr Haushalt nicht mehr besteht und ihnen nur zur Durchführung der Behandlungspflege vorübergehender Aufenthalt in einer Einrichtung oder in einer anderen geeigneten Unterkunft zur Verfügung gestellt wird.

(2a) Die gesetzliche Krankenversicherung beteiligt sich an den Kosten der medizinischen Behandlungspflege in vollstationären Pflegeeinrichtungen mit einem jährlichen Pauschalbeitrag in Höhe von 640 Millionen Euro, der an den Ausgleichsfonds der sozialen Pflegeversicherung zu leisten ist. Die Zahlung erfolgt anteilig quartalsweise. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen erhebt hierzu von den Krankenkassen eine Umlage gemäß dem Anteil der Versicherten der Krankenkassen an der Gesamtzahl der Versicherten aller Krankenkassen. ⁴Das Nähere zum Umlageverfahren und zur Zahlung an die Pflegeversicherung bestimmt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen.

(2b) Die häusliche Krankenpflege nach den Absätzen 1 und 2 umfasst auch die ambulante Palliativversorgung. Für Leistungen der ambulanten Palliativversorgung ist regelmäßig ein begründeter Ausnahmefall im Sinne von Absatz 1 Satz 5 anzunehmen. § 37b Absatz 4 gilt für die häusliche Krankenpflege zur ambulanten Palliativversorgung entsprechend.

.....

Heilkundeübertragung

Neuordnung der Heilkundemodule im PflBG infolge der Streichung der §§ 63 3c und 64d SGB V, Änderung des Berufsrechts

Gesetz über die Pflegeberufe (Pflegeberufegesetz - PflBG):

§ 1 Führen der Berufsbezeichnung

Ergänzung um Pflegefachpersonen mit Zusatzausbildung nach § 14 PflBG (neu):

Wer die Berufsbezeichnung „Pflegefachfrau oder Pflegefachmann führen will, bedarf der Erlaubnis. Personen mit einer Ausbildung nach Teil 3 führen die Berufsbezeichnung „Pflegefachfrau“ oder „Pflegefachmann“ mit dem akademischen Grad. **Personen mit einer Ausbildung nach § 14 (neu) führen die Berufsbezeichnung „Pflegefachfrau“ oder „Pflegefachmann“ mit der Zusatzausbildung zur selbstständigen und eigenverantwortlichen Ausübung von erweiterten heilkundlichen Tätigkeiten.**

§ 5 Ausbildungsziel

Ergänzung der Zusatzausbildung nach § 14 PfIBG in die Ausbildungsziele. Nach Nummer 3 wird eine neue Nummer 4 eingefügt:

4. Zusätzlich können die zur eigenverantwortlichen und selbständigen Ausübung von erweiterten heilkundlichen Tätigkeiten erforderlichen fachlichen und personalen Kompetenzen vermittelt werden.

Novellierung von § 14 PfIBG infolge der Streichung der §§ 63 3c und 64d SGB V:

~~§ 14 (alt) Ausbildung im Rahmen von Modellvorhaben nach § 63 Absatz 3c oder § 64d des Fünften Buches Sozialgesetzbuch~~

~~(1) Zur zeitlich befristeten Erprobung von Ausbildungsangeboten, die der Weiterentwicklung des nach diesem Gesetz geregelten Berufes im Rahmen von Modellvorhaben nach § 63 Absatz 3c oder § 64d des Fünften Buches Sozialgesetzbuch dienen, können über die in § 5 beschriebenen Aufgaben hinausgehende erweiterte Kompetenzen zur Ausübung heilkundlicher Tätigkeiten vermittelt werden. Dabei darf die Erreichung des Ausbildungsziels nicht gefährdet sein.~~

~~(2) Soweit die Ausbildung nach Absatz 1 über die in diesem Gesetz und die in der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung nach § 56 Absatz 1 geregelten Ausbildungsinhalte hinausgeht, werden die Ausbildungsinhalte in gesonderten schulinternen Curricula der Pflegeschulen und Ausbildungsplänen der Träger der praktischen Ausbildung festgelegt.~~

~~(3) Die schulinternen Curricula und Ausbildungspläne nach Absatz 2 sind gemeinsam vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und vom Bundesministerium für Gesundheit zu genehmigen. Die Genehmigung setzt voraus, dass sich die erweiterte Ausbildung auf ein vereinbartes Modellvorhaben nach § 63 Absatz 3c oder § 64d des Fünften Buches Sozialgesetzbuch bezieht und die Ausbildung geeignet ist, die zur Durchführung dieses Modellvorhabens erforderliche Qualifikation zu vermitteln.~~

~~(4) Abweichend von Absatz 3 Satz 2 kann die Fachkommission nach § 53 für die zusätzliche Ausbildung standardisierte Module entwickeln, die gemeinsam vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und vom Bundesministerium für Gesundheit auch ohne Vorliegen eines vereinbarten Modellvorhabens nach § 63 Absatz 3c oder § 64d des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genehmigt werden können. Die Genehmigung der standardisierten Module erfolgt einmalig; Änderungen bedürfen einer erneuten Genehmigung.~~

~~(5) Die Ausbildungsdauer nach § 6 Absatz 1 Satz 1 ist nach Maßgabe der genehmigten schulinternen Curricula und Ausbildungspläne entsprechend zu verlängern.~~

~~(6) Die staatliche Abschlussprüfung erstreckt sich auch auf die mit der zusätzlichen Ausbildung erworbenen erweiterten Kompetenzen.~~

~~(7) Die Absätze 1 bis 5 gelten entsprechend für Personen, die bereits zur Führung der Berufsbezeichnung nach § 1 berechtigt sind. Die erworbenen erweiterten Kompetenzen werden zum Abschluss des Ausbildungsangebots staatlich geprüft.~~

§ 14 (neu) Zusatzausbildung zur selbstständigen und eigenverantwortlichen Ausübung von erweiterten heilkundlichen Tätigkeiten

- (1) Personen mit einer Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung nach § 1 PflBG können zusätzlich erweiterte Kompetenzen zur selbstständigen und eigenverantwortlichen Durchführung heilkundlicher Tätigkeiten erwerben.
- (2) Die Vermittlung der erforderlichen fachlichen und personalen Kompetenzen erfolgt durch die von der Fachkommission nach § 53 PflBG erarbeiteten standardisierten Heilkundemodule.
- (3) Die standardisierten Heilkundemodule nach Absatz 2 werden durch die Fachkommission nach § 53 PflBG in regelmäßigen Abständen, mindestens alle fünf Jahre, an den allgemein anerkannten Stand pflegewissenschaftlicher, medizinischer und weiterer bezugswissenschaftlicher Erkenntnisse angepasst. Sie werden gemeinsam vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und vom Bundesministerium für Gesundheit genehmigt. Die Genehmigung der standardisierten Module erfolgt einmalig; Änderungen bedürfen einer erneuten Genehmigung.
- (4) Die Ausbildungsinhalte werden in gesonderten schulinternen Curricula der Pflegeschulen und Ausbildungsplänen der Träger der praktischen Ausbildung ausgewiesen.
- (5) Die erworbenen erweiterten Kompetenzen werden zum Abschluss der Zusatzausbildung staatlich geprüft.
- (6) Abweichend zu den Vorschriften in Abschnitt 1 kann die Vermittlung der erweiterten Kompetenzen von Institutionen der Fort- und Weiterbildung erfolgen, sofern die Mindestanforderungen nach § 9 PflBG erfüllt werden. Die übrigen Vorschriften des PflBG gelten entsprechend.

§ 29 Ausbildungsbudget, Grundsätze

Keine Anpassung notwendig, wenn § 14 novelliert aber nicht gestrichen wird.

§ 53 Fachkommission; Erarbeitung von Rahmenplänen

Verankerung der Erarbeitung und Anpassung der Heilkundemodule als regelhafte Aufgabe der Fachkommission durch Ergänzung von Absatz 1

- (1) Zur Erarbeitung eines Rahmenlehrplans und eines Rahmenausbildungsplans für die Pflegeausbildung nach Teil 2 sowie zur Wahrnehmung der weiteren ihr nach diesem Gesetz zugewiesenen Aufgaben wird eine Fachkommission eingerichtet. **Hierzu gehört insbesondere die Erarbeitung und regelmäßige Anpassung der standardisierten Heilkundemodule für die Zusatzausbildung zur selbstständigen und eigenverantwortlichen Durchführung von erweiterten heilkundlichen Tätigkeiten.**

Des Weiteren müssen Folgeänderungen in der PflAuPrV und der PflAuFinV geprüft und vorgenommen werden. Die Zusatzqualifikation nach § 14 muss über den Pflegeausbildungsfonds refinanziert werden.

Regelung der Kostentragung PflAuFinV

Ergänzung des § 1 Absatz 7:

Ausbildungskosten im Sinne dieser Verordnung sind die Kosten der beruflichen Pflegeausbildung nach § 27 des Pflegeberufgesetzes sowie die Kosten des praktischen Teils der hochschulischen Pflegeausbildung nach § 39a des Pflegeberufgesetzes **und die Kosten der beruflichen Pflegeausbildung nach § 14 (neu) des Pflegeberufgesetzes**, soweit im Folgenden nicht etwas anderes bestimmt ist.

Regelung der Ausbildungsvergütung

Ergänzung des § 19 Absatz 1 Satz 1 des Pflegeberufgesetzes

Der Träger der praktischen Ausbildung hat der oder dem Auszubildenden für die gesamte Dauer der Ausbildung **sowie für den Erwerb der Zusatzqualifikation nach § 14 neu** eine angemessene Ausbildungsvergütung zu zahlen.

Die PflAuPrV ist um die Prüfung der Kompetenzen der Heilkundemodule 1 bis 8 zu erweitern.

Änderungen des Leistungsrechts und Leistungserbringungsrechts im SGB V

Ergänzung in den allgemeinen Vorschriften

§ 15 Ärztliche Behandlung, elektronische Gesundheitskarte

Absatz 1 Satz 1 wird geändert:

(1) Ärztliche oder zahnärztliche Behandlung wird von Ärzten oder Zahnärzten erbracht ~~so weit nicht in Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3c etwas anderes bestimmt ist. Pflegefachkräfte mit Zusatzausbildung nach § 14 PflBG (ggfls. auch Pflegefachkräfte mit akademischen Grad) dürfen selbständig und eigenverantwortlich, die Ihnen übertragenen ärztlichen heilkundlichen Tätigkeiten erbringen.~~ Sind Hilfeleistungen anderer Personen erforderlich, dürfen sie nur erbracht werden, wenn sie vom Arzt (Zahnarzt) angeordnet und von ihm verantwortet werden.

Ergänzung der Leistungsart in § 27 SGB V Krankenbehandlung

Absatz 1 wird nach Nummer 4 um folgende Nummer x ergänzt:

„pflegerische Versorgung als übertragene ärztliche Tätigkeiten zur Verhütung, Feststellung, Heilung oder Linderung menschlicher Krankheiten, Körperschäden oder Leiden“.

Ergänzung des Leistungsrechts um einen Leistungsanspruch des Versicherten

Neuer § 39 SGB V

Versicherte haben neben der ärztlichen Behandlung Anspruch auf pflegerische Versorgung zur selbständigen und eigenverantwortlichen Ausübung von Heilkunde als übertragene ärztliche Tätigkeiten zur Verhütung, Feststellung, Heilung oder Linderung menschlicher Krankheiten, Körperschäden oder Leiden. Diese umfassen die Tätigkeiten, die von der Fachkommission nach § 53 PflBG in den standardisierten Modulen zum Erwerb erweiterter Kompetenzen zur Ausübung heilkundlicher Tätigkeiten gemäß § 14 Absatz 4 PflBG festgelegt wurden und entwickelt werden.

Erforderlich sind korrespondierend Änderungen im Leistungserbringungsrecht: Neuer § 133 SGB V.

Zeitvergütung

Einführung der Zeitvergütung als Grundlage für die Vergütungsbemessung

Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff bedeutet eine Abkehr von einzelnen Verrichtungen und pflegebezogenen Tätigkeiten und setzt den Fokus auf pflegerische Aufgaben wie die Befähigung von Selbständigkeit, Prävention, Anleitung und Edukation von pflegenden An- und Zugehörigen. Eine pflegerische Grundkompetenz ist somit die Pflegeprozesssteuerung. Sie muss sich auch leistungsrechtlich und leistungserbringerrechtlich künftig besser abbilden. Das verrichtungsbezogene Modell einer Vergütung von Pflege nach Leistungskomplexen mit minutiösen Tätigkeitsaufzählungen muss endlich durch eine der ganzheitlichen pflegerischen Aufgabe entsprechenden Zeitvergütung Rechnung getragen werden. Dies gilt unserer Auffassung nach sowohl für die Pflegesachleistungen in der Pflegeversicherung als auch für die Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach dem SGB V.

AG 2: Schaffung einer berufsständischen Vertretung, Muster-Berufs- und Weiterbildungsordnung

Themen:

- Berufsständische Organisation auf Bundesebene – Rolle, Aufgaben und Beteiligte
- Entwicklung eines Muster-Scope of Practice
- Entwicklung einer Muster-Weiterbildungsordnung
- Entwicklung einer Muster-Berufsordnung
- Weitere Themenbereiche

Muster Scope of Practice, Muster-Weiterbildungs- und Muster-Berufsordnung

Die Definition von pflegerischen Aufgaben und Tätigkeiten für die Pflege ist sinnvoll. Mangels Selbstverwaltungsstrukturen der Pflege, nicht nur auf der Bundesebene, ist nachvollziehbar das das BMG ersatzweise auf den Deutschen Pflegerat (DPR) rekurriert. Allerdings ist der DPR innerhalb der Berufsgruppe nicht demokratisch legitimiert für die gesamte Pflege zu sprechen, insbesondere die Alten- und Langzeitpflege ist im DPR unterrepräsentiert. Deshalb kann aus Sicht der BAGFW hier eine zwar leitenden, aber vor allem moderierende Rolle zu kommen, die Prozesse der Entwicklung eines Muster Scope of Practice, von Muster-Weiterbildungs- und Muster-Berufsordnung steuern. Dabei sind zwingend weitere Akteure einzu beziehen. Dies auch vor dem Hintergrund, dass der DPR weder auf Bundesebene und erst recht nicht auf Landesebene die entsprechenden Regelungskompetenzen und Durchsetzungskraft besitzt. Alle zu entwickelnden Instrumente können damit nur Empfehlungscharakter haben und nur eine breite Beteiligung zu breiter Akzeptanz führen kann. Für den Scope of Practice bspw. ist die die (Pflege-) Wissenschaft unabdingbar. Für Muster-Weiterbildungsverordnungen müssen die Landespflegekammern beteiligt werden und, da es in den meisten

Ländern keine Kammern gibt auf längere Zeit auch nicht flächendeckend geben wird, die Länder, die die Regelungskompetenzen für die Weiterbildungsordnungen vor Ort haben.

Auch ist die ausreichende Einbeziehung der Praxis einschließlich der Expertise von Pflegeschulen und andern Ausbildungsstätten in der Pflege zu berücksichtigen, damit die Instrumente am Ende realistisch und umsetzbar sind. Insbesondere muss auf die Beteiligung der Alten- und Langzeitpflege sichergestellt sein, da dies mit Abstand der größte Einsatzbereich der Pflege ist. In diesem Kontext ist klarzustellen, dass die berufsständischen Vertretungen nicht die Beteiligung der Leistungserbringerverbände in der Pflege ersetzen können. Dazu ist eine klare Abgrenzung der Aufgaben und Funktion der Verbände in der Selbstverwaltung zu formulieren, aber auch die Bereiche zu benennen, bei denen sie zusammenarbeiten sollen und müssen. Die Aufgaben, Funktion, Maßgeblichkeit und insbesondere auch Eigenständigkeit der Trägervereinigungen als Spitzenverbände im SGB XI und SGB V darf keinesfalls beschnitten werden, insbesondere nicht, wenn es um die Entwicklung pflegerischer Versorgungspfade geht.

AG 3: Leistungsrecht SGB XI und weitere Regelungen

Themen:

- Umsetzung der Vorbehaltsaufgaben (Pflegeprozessesteuerung; Feststellung Pflegebedürftigkeit durch Pflegefachkräfte in der Versorgung)
- Beteiligung an Gremien
- Hochschulische Pflegekräfte in der Langzeitpflege
- Stationsassistent*innen zur Entlastung
- Geschäftsstelle zur Umsetzung § 113c SGB XI

Pflegeprozessesteuerung im SGB XI und zu § 45 SGB XI

Änderungen im SGB XI: Rechtsanspruch pflegebedürftiger Personen auf Beratung, Schulung, Anleitung und Prävention in der häuslichen Pflege sowie auf Gestaltung und Steuerung des Pflegeprozesses

Ebenso wie im SGB V sollte es im SGB XI einen Rechtsanspruch der Versicherten auf pflegefachliche Pflegeprozessesteuerung einschließlich Erst- und Folgegespräche, Interdisziplinäre Fallbesprechungen ggf. unter Einbeziehung der An- und Zugehörigen, wenn dies der Versicherte wünscht, und zwar hier unabhängig vom Sachleistungsanspruch und ohne Anrechnung auf den Pflegesachleistungsanspruch, geben. Die ist vor allem zu Beginn der Pflegebedürftigkeit, bei jeder wesentlichen Änderung des Gesundheitszustands und/oder Wechsel der Pflegeperson, bei einer Veränderung des Pflegegrads, bei einer Änderung des Pflegesettings z.B. nach Krankenhausaufenthalt, Kurzzeitpflege erforderlich.

Außerdem entspricht dieser Ansatz auch der Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs, der der Förderung der Selbständigkeit und Selbstpflegekompetenz des pflegebedürftigen Menschen sowie der Anleitung, Schulung und Edukation der Pflegepersonen einen expliziten Stellenwert zumisst.

Vor dem Hintergrund der stark wachsenden Zahl von zu erwartenden Pflegebedürftigen insbesondere in den Jahren 2035-2045 und dem sich seit Jahren verschärfenden Personalmangel ist es von essenzieller Bedeutung, die Verhältnisprävention und Quartärprävention zu entwickeln. Zu einer Verbesserung der Lebensbedingungen und zur gesundheitsförderlichen Gestaltung des Umfelds tragen auch die Beratungen in der häuslichen Umgebung von Pflegebedürftigen bei, insbesondere bei einem noch niedrigen Pflegegrad 1 oder 2.

Neben den Beratungen gem. § 37 Abs. 3 SGB XI richten sich die Beratungen gem. § 45 SGB XI an pflegende Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen, die großen Einfluss auf die Lebensbedingungen der pflegebedürftigen Person haben. Aufgrund der Verortung der Leistungserbringung bei den Pflegekassen sind die Zugänge zu häuslichen Schulungen erschwert. Damit eine häusliche Schulung erfolgen kann, muss entweder die Pflegekasse des/der jeweiligen Versicherten solche Schulung in der Häuslichkeit direkt anbieten oder mit dem versorgenden Pflegedienst einen Vertrag nach § 45 SGB XI geschlossen haben.

Viele Pflegekassen schließen die Vereinbarungen nicht flächendeckend ab. Dadurch kann kein bedarfsdeckendes Unterstützungs- und Entlastungsangebot für die Pflegebedürftigen und die Pflegepersonen entstehen.

Die Möglichkeit zur Teilnahme an einem Pflegekurs oder einer Schulung in der häuslichen Umgebung des Pflegebedürftigen darf für pflegende Angehörige nicht länger davon abhängen, ob die einzelne Pflegekasse einen Rahmenvertrag mit einzelnen Leistungserbringerverbänden geschlossen hat. Die Vertragsregelung ist durch einen individuellen Rechtsanspruch zu ersetzen. Die Angehörige und sonstige an einer ehrenamtlichen Pflegetätigkeit interessierten Personen müssen einen qualifizierten Anbieter frei wählen können. Die Beseitigung des bestehenden Flickenteppichs und die Sicherstellung eines flächendeckenden niedrigschwelligen Zugangs zum unterstützenden Leistungsangebots nach § 45 SGB XI ist mittels Vereinheitlichung vertraglicher Regelungen der Pflegekassen mit den Leistungserbringern (inkl. Kontrahierungszwang der Pflegekassen bei vorliegenden qualitätsgesicherten Angeboten) erreichbar. Dies ermöglicht den ambulanten Diensten den Aufbau eines flächendeckenden Angebotes an Schulungen im Rahmen von Pflegekursen und häuslichen Angeboten, die von allen Pflegekassen finanziert werden. Mit dieser Änderung ist zudem eine Entbürokratisierung verbunden, da Verhandlungen bzw. Bewerbungen auf Vergabeverfahren mit einzelnen Pflegekassen und Beitrittsverfahren sowie aufwendigen Listenführungen entfallen.

§ 28 Leistungsarten, Grundsätze

(1) Die Pflegeversicherung gewährt folgende Leistungen:

1. Pflegesachleistung (§ 36),
2. Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen (§ 37),
3. Kombination von Geldleistung und Sachleistung (§ 38),
- 3a. zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen (§ 38a),
4. häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson (§ 39),
5. Pflegehilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen (§ 40),
- 5a. ergänzende Unterstützung bei Nutzung von digitalen Pflegeanwendungen (§ 39a in Verbindung mit § 40b) und digitale Pflegeanwendungen (§ 40a in Verbindung mit § 40b),

6. Tagespflege und Nachtpflege (§ 41),
7. Kurzzeitpflege (§ 42),
- 7a. Versorgung Pflegebedürftiger bei Inanspruchnahme von Vorsorge- oder Rehabilitationsleistungen durch die Pflegeperson (§ 42a),
8. vollstationäre Pflege (§ 43),
9. Pauschalleistung für die Pflege von Menschen mit Behinderungen (§ 43a),
- 9a. Zusätzliche Betreuung und Aktivierung in stationären Pflegeeinrichtungen (§ 43b),
10. Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen (§ 44),
11. zusätzliche Leistungen bei Pflegezeit und kurzzeitiger Arbeitsverhinderung (§ 44a),
12. Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen (§ 45),
- 12a. Umwandlung des ambulanten Sachleistungsbetrags (§ 45a),
13. Entlastungsbetrag (§ 45b),
14. Leistungen des Persönlichen Budgets nach § 29 des Neunten Buches gemäß § 35a,
- 15. Leistung der pflegefachlichen Prozessteuerung, einschließlich Erstgespräch gemäß § 37a**

(1a) Versicherte haben gegenüber ihrer Pflegekasse oder ihrem Versicherungsunternehmen Anspruch auf Pflegeberatung gemäß den §§ 7a und 7b.

(1b) Bis zum Erreichen des in § 45e Absatz 2 Satz 2 genannten Zeitpunkts haben Pflegebedürftige unter den Voraussetzungen des § 45e Absatz 1 Anspruch auf Anschubfinanzierung bei Gründung von ambulant betreuten Wohngruppen.

(2) Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit und Pflege Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge haben, erhalten die jeweils zustehenden Leistungen zur Hälfte; dies gilt auch für den Wert von Sachleistungen.

(3) Die Pflegekassen und die Leistungserbringer haben sicherzustellen, daß die Leistungen nach Absatz 1 nach allgemein anerkanntem Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse erbracht werden.

(4) Pflege schließt Sterbebegleitung mit ein; Leistungen anderer Sozialleistungsträger bleiben unberührt.

§ 28a Leistungen bei Pflegegrad 1

Bei Vorliegen des Pflegegrades 1 gewährt die Pflegeversicherung folgende Leistungen:

1. Pflegeberatung gemäß den §§ 7a und 7b,
2. Beratung in der eigenen Häuslichkeit gemäß § 37 Absatz 3,
3. zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen gemäß § 38a, ohne dass § 38a Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 erfüllt sein muss,
4. Versorgung mit Pflegehilfsmitteln gemäß § 40,

5. finanzielle Zuschüsse für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen oder gemeinsamen Wohnumfelds gemäß § 40,
6. Leistungen zur ergänzenden Unterstützung bei der Nutzung von digitalen Pflegeanwendungen sowie zur Versorgung mit digitalen Pflegeanwendungen gemäß den §§ 39a, 40a und 40b,
7. Versorgung Pflegebedürftiger bei Inanspruchnahme von Vorsorge- oder Rehabilitationsleistungen durch die Pflegeperson gemäß § 42a,
8. einen monatlichen Zuschuss bei vollstationärer Pflege gemäß § 43 Absatz 3,
9. zusätzliche Betreuung und Aktivierung in stationären Pflegeeinrichtungen gemäß § 43b,
10. zusätzliche Leistungen bei Pflegezeit und kurzzeitiger Arbeitsverhinderung gemäß § 44a,
11. Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen gemäß § 45,
12. den Entlastungsbetrag gemäß § 45b,
13. die Anschubfinanzierung zur Gründung von ambulant betreuten Wohngruppen gemäß § 45e nach Maßgabe von § 28 Absatz 1,
14. Leistung der pflegfachlichen Prozesssteuerung, einschließlich Erstgespräch gemäß § 37a

§ 37a Leistung der pflegfachlichen Prozesssteuerung, einschließlich Erstgespräch

(1) Pflegebedürftige der Pflegegrade 1 bis 5 haben Anspruch auf eine pflegfachliche Prozesssteuerung, einschließlich Erstgespräch ggf. unter Einbeziehung der An- und Zugehörigen zu Beginn der Pflegebedürftigkeit, bei jeder wesentlichen Änderung des Gesundheitszustands und/oder Wechsel der Pflegeperson, bei einer **Veränderung des Pflegegrads**, bei einer Änderung des Pflegesettings z. B. nach Krankenhausaufenthalt, Kurzzeitpflege. Die pflegfachliche Prozesssteuerung, einschließlich Erstgespräch beinhaltet

- die Erhebung und Feststellung des individuellen Pflegebedarfs,
- die Organisation, Gestaltung und Steuerung des Pflegeprozesses und
- die Analyse, Evaluation, Sicherung und Entwicklung der Qualität der Pflege.

(2) Pflegebedürftige der Pflegegrade 1 bis 5 können die Leistung der pflegfachlichen Prozesssteuerung zusätzlich zu den Leistungen nach § 28 Absatz 1 Nummer 1 bis 7 und Nummer 10 bis 14 bzw. zu den Leistungen nach § 28a Absatz 1 Nummer 1 bis 6 und Nummer 10 bis 13 in Anspruch nehmen, ohne dass eine Anrechnung auf diese Ansprüche erfolgt.

(3) Die Vergütung für Leistung der pflegfachlichen Prozesssteuerung, einschließlich Erstgespräch nach Absatz 1 ist von der zuständigen Pflegekasse, bei privat Pflegeversicherten von dem zuständigen privaten Versicherungsunternehmen zu tragen, im Fall der Beihilfeberechtigung anteilig von dem zuständigen Beihilfeträger. Die Höhe der Vergütung für die Leistung der pflegfachlichen Prozesssteuerung, einschließlich Erstgespräch durch einen zugelassenen Pflegedienst oder durch eine von der Pflegekasse beauftragte Pflegefachkraft vereinbaren die Pflegekassen oder deren Arbeitsgemeinschaften in entsprechender Anwendung des § 89 Absatz 1 und 3 mit dem Träger des zugelassenen Pflegedienstes oder mit der von der

Pflegekasse beauftragten Pflegefachkraft. Die Vergütung kann nach Pflegegraden gestaffelt werden.

§ 45 Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen

(1) ~~Die Pflegekassen haben für~~ Angehörige und sonstige an einer ehrenamtlichen Pflege Tätigkeit interessierte Personen **haben Anspruch auf** unentgeltlich Schulungskurse, **die die Pflegekassen** durchzuführen, um soziales Engagement im Bereich der Pflege zu fördern und zu stärken, Pflege und Betreuung zu erleichtern und zu verbessern sowie pflegebedingte körperliche und seelische Belastungen zu mindern und ihrer Entstehung vorzubeugen. Die Kurse sollen Fertigkeiten für eine eigenständige Durchführung der Pflege vermitteln. Auf Wunsch der Pflegeperson und der pflegebedürftigen Person findet die Schulung auch in der häuslichen Umgebung des Pflegebedürftigen statt. § 114a Absatz 3a gilt entsprechend. Die Pflegekassen sollen auch digitale Pflegekurse anbieten; die Pflicht der Pflegekassen zur Durchführung von Schulungskursen nach Satz 1 vor Ort bleibt unberührt.

(2) Die Pflegekasse kann die Kurse entweder selbst oder gemeinsam mit anderen Pflegekassen durchführen oder geeignete andere Einrichtungen mit der Durchführung beauftragen.

(3) Über die einheitliche Durchführung sowie über die inhaltliche Ausgestaltung der Kurse **und Schulung in der Häuslichkeit können haben** die Bundes- oder Landesverbände der Pflegekassen Rahmenvereinbarungen mit den **Vereinigungen der Trägern von Einrichtungen** oder den Trägern der Einrichtungen **zu** schließen, die die Pflegekurse durchführen.

Pflegebegutachtung

Ausgestaltung der Modellprojekte zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit

Die BAGFW-Verbände stehen Modellprojekten zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit nach § 18 SGB XI durch Pflegefachpersonen in der direkten Versorgung offen gegenüber, wenn dadurch die Versorgung von pflegebedürftigen Menschen verbessert werden kann. Aus unseren Mitgliedseinrichtungen wird berichtet, dass die Verfahren zur Eingruppierung in einen höheren Pflegegrad (sogenannte „Höherstufung“) in der stationären Langzeitpflege mancherorts bereits kooperativ zwischen Einrichtung und MD durchgeführt werden, und auf diese Weise deutlich beschleunigt werden können. Das gleiche hören wir über das Entlassungsmanagement im Krankenhaus. Aus unserer Sicht braucht es im Setting eines Höherstufungsantrages in der stationären Langzeitpflege keine Modellprojekte, sondern dies kann sofort umgesetzt werden, auf Basis der Anwendung des NBA.

Gleichzeitig muss klar sein, dass die Übernahme dieser Zusatzaufgabe personell hinterlegt und finanziell honoriert werden muss, damit dadurch keine weitere Arbeitsverdichtung für die Pflegepraxis entsteht, der mit der Einführung der Personalbemessungsinstrumente (PPR 2.0 und PeBeM) gerade entgegengewirkt werden soll, um die Arbeitsbedingungen zu verbessern. Neben der Reliabilität der Begutachtungsergebnisse, wie auch der Arbeitsentlastung des MD, sollten daher auch die Mehrbelastungen für die Pflegefachpersonen in der Versorgung, die Verfahrensdauer, sowie die Anzahl der abgelehnten Anträge in die Evaluation mit eingeschlossen werden. Darüber hinaus sprechen wir uns für die Beauftragung einer unabhängigen Institution mit der Durchführung der Evaluation aus.

Feststellung von Pflegebedürftigkeit als Bestandteil der Vorbehaltsaufgaben

Sollte die Feststellung von Pflegebedürftigkeit nach § 18 SGB XI zukünftig als ein fester Bestandteil der Vorbehaltsaufgaben nach § 4 PflBG definiert werden, gilt es die entsprechende Aufgabe in die Ausbildungsziele nach § 5 PflBG und § 37 PflBG aufzunehmen, sowie in die entsprechenden Kompetenzfelder der PflAuPrV und den darauf aufbauenden Rahmenlehrplänen nach § 53 PflBG zu integrieren. Dies gilt insbesondere auch für die spezialisierten Abschlüsse in der Kinderkranken- und Altenpflege nach §§ 60 und 61 PflBG.

Allerdings bestehen zur konkreten Ausgestaltung der Vorbehaltsaufgaben noch einige Unklarheiten, etwa in Art und Umfang. Die Verbände der BAGFW sprechen sich dafür aus, dass die Vorbehaltsaufgaben nach § 4 PflBG von allen Pflegefachpersonen - vollumfänglich übernommen werden können. Hierbei gilt es zu berücksichtigen, dass sich die Methode des Pflegeprozesses, als wesentlicher Bestandteil der Vorbehaltsaufgaben, nicht nach Versorgungsbereichen unterscheidet, sondern von universeller Natur ist.

Für die BAGFW-Verbände führen die „besonderen Abschlüsse“ nach §§ 60 und 61 PflBG daher ausdrücklich zu keiner Binnendifferenzierung hinsichtlich einer Übernahme der Vorbehaltsaufgaben nach § 4 PflBG. Die Fortgeltung der Berufsbezeichnung nach § 64 PflBG für alle nach den alten Berufsgesetzen ausgebildeten Pflegefachpersonen muss in jedem Fall zur vollumfänglichen Übernahme der Vorbehaltsaufgaben nach § 4 PflBG befähigen.

Zudem gilt es aus unserer Sicht klarzustellen, dass die Vorbehaltsaufgaben nach § 4 PflBG die Delegationsverantwortung und Fachaufsicht durch die Pflegefachperson beinhalten, damit klar wird, dass Pflegenden unterhalb von QN 4 allein auf Anweisung- sowie unter Aufsicht und Verantwortung der zuständigen (Bezugs-)Pflegefachpersonen tätig werden.

Feststellung von Pflegebedürftigkeit als Teil des Versorgungsmanagements

Für den ambulanten Bereich halten wir es für vorstellbar, dass die in Eckpunkt 4 beschriebene pflegegradunabhängige Pflegeprozesssteuerung durch Pflegefachpersonen (inklusive Erstgespräch) die Feststellung bzw. Veränderung von Pflegebedürftigkeit nach § 18 SGB XI beinhaltet. Der Pflegeprozesssteuerung im Sinne dieses Eckpunkts käme damit eine zentrale Funktion für das Versorgungsmanagement in häuslichen Pflegesettings zu.

Pflegeberatung

Rechtsanspruch pflegebedürftiger Personen auf Beratung, Schulung, Anleitung und Prävention in der häuslichen Pflege sowie auf Gestaltung und Steuerung des Pflegeprozesses

Ebenso wie im SGB V sollte es im SGB XI einen Rechtsanspruch des Versicherten auf pflegfachliche Pflegeprozesssteuerung einschließlich Erst- und Folgegespräche, Interdisziplinäre Fallbesprechungen ggf. unter Einbeziehung der An- und Zugehörigen, wenn dies der Versicherte wünscht, und zwar hier unabhängig vom Sachleistungsanspruch geben. Dies entspricht auch der Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs, der der Förderung der Selbständigkeit und Selbstpflegekompetenz des pflegebedürftigen Menschen sowie der Anleitung, Schulung und Edukation der Pflegepersonen einen expliziten Stellenwert zumisst.

Daher sollte der Beratungsbesuch nach § 37 Absatz 3 SGB XI, der Pflegekurs/die Anleitung in der Häuslichkeit nach § 45 SGB XI und die Empfehlungen zu den Pflege-/Hilfsmitteln nach § 40 Absatz 6 SGB XI zu einer Komplexleistung von Beratung, Schulung und Anleitung sowie auf Gestaltung und Steuerung des Pflegeprozesses verbunden werden. Eine Anrechnung auf das Pflegegeld darf nicht erfolgen.

Hilfsweise, falls kein neuer Rechtsanspruch formuliert werden soll, sind die Potenziale der flächendeckend vorhandenen, ambulanten Pflegedienste für Schulung, Anleitung und Beratung von pflegebedürftigen und Pflegende An- und Zugehörigen besser nutzen.

Pflegeberatung ist Aufgaben einer Pflegefachperson

In den Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur einheitlichen Durchführung der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI vom 7. Mai 2018 (Pflegeberatungs-Richtlinien) geändert durch Beschluss vom 19. Juni 2023 wird unter Punkt 4 Qualifikationen und Kompetenzen der Pflegeberater:innen ausgeführt: „Die Pflegeberatung hat von fachlich entsprechend qualifizierten Pflegeberaterinnen und Pflegeberatern zu erfolgen, so dass eine kompetente Beratung gewährleistet ist. Gemäß § 7a Absatz 3 Satz 2 SGB XI kommen als Pflegeberaterinnen und Pflegeberater insbesondere Pflegefachpersonen, Sozialversicherungsfachangestellte oder Sozialarbeiter mit den jeweils erforderlichen Zusatzqualifikationen in Frage.“

Es ist demotivierend und nicht sachgerecht, wenn einerseits auch Sozialversicherungsangestellte Pflegeberatung machen können und andererseits bei den Beratungsbesuchen nach § 37 SGB XI durch die Pflegefachpersonen der Begriff Pflegeberatung nicht verwendet werden darf.

Anhang: Streichungsnotwendigkeiten bestehender gesetzlicher Regelungen, die der Intention des Pflegekompetenzgesetzes zuwider laufen

Anerkennung von bereits in der Pflegeausbildung erworbenen Kompetenzen ohne „Wenn und Aber“: Streichung der Hürden bei der Empfehlung von Hilfs- und Pflegehilfsmitteln sowie bei der sog. Blankoverordnung von HKP

Im Kontext der Änderungsanträge zum Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (GVWG) wurden 2021 Regelungen zur Kompetenzstärkung und zur Erweiterung der Kompetenzen der Pflegefachpersonen vorgenommen. Sowohl die sog. Blankoverordnung in der Häuslichen Krankenpflege und als auch die Möglichkeit zur Verordnung von Hilfs- und Pflegehilfsmitteln nach § 40 Absatz 6 SGB XI durch Pflegefachpersonen haben ein starkes Potenzial, um die Attraktivität des Berufs zu steigern. Innerhalb dieser Regelungen bestehen jedoch noch zu viele gesetzliche Hürden, die eine Umsetzung in unnötiger und fachlich nicht gerechtfertigter Weise erschweren.

- Nach § 40 Absatz 6 SGB XI können Pflegefachpersonen im Rahmen ihrer Leistungserbringung nach § 36 SGB XI nach den §§ 37 und 37c des Fünften Buches sowie der Beratungseinsätze nach § 37 Absatz 3 des Elften Buches konkrete Empfehlungen zur Hilfsmittel- und Pflegehilfsmittelversorgung abgeben. Wenn ein Pflegehilfsmittel von einer Pflegefachperson bei der Antragstellung empfohlen wird, wird in fachlich geeigneten Fällen die Notwendigkeit der Versorgung nach § 40 Absatz 1 Satz 2 SGB XI und die Erforderlichkeit der Versorgung nach § 33 Absatz 1 des Fünften Buches vermutet. Einer ärztlichen Verordnung gemäß § 33 Absatz 5a des Fünften Buches bedarf es insofern nicht. Die Empfehlung der Pflegefachperson für ein Pflegehilfsmittel oder ein Hilfsmittel ist dann der Kranken- oder Pflegekasse zusammen mit dem Antrag des Versicherten in Textform zu übermitteln. Dies entspricht im Wesentlichen den Ausführungen in § 18b Absatz 3 SGB XI neu.

Eine unnötige bürokratische und fachlich nicht gerechtfertigte Hürde stellt dar, dass der GKV-Spitzenverband im Rahmen seiner Richtlinienkompetenz nach § 40 Absatz 6 Satz 6 letzter Halbsatz SGB XI auch festzulegen hat, über welche Eignung die empfehlende Pflegefachperson verfügen soll. Da die Hilfs- und Pflegehilfsmittelversorgung bereits Bestandteil der Pflegeausbildung ist, können wir den Nachweis einer Eignung nicht nachvollziehen, denn die Qualifizierung einer Pflegefachperson umfasst auch ihre Eignung für die jeweilige Leistungserbringung und durch die diesbezügliche Richtlinienkompetenz des GKV-SV wird das Ziel der Kompetenzstärkung torpediert.



Änderungsvorschlag:

§ 40 Absatz 6 Satz 6 ist wie folgt zu ändern

(6) Pflegefachkräfte können im Rahmen ihrer Leistungserbringung nach § 36, nach den §§ 37 und 37c des Fünften Buches sowie der Beratungseinsätze nach § 37 Absatz 3 konkrete Empfehlungen zur Hilfsmittel- und Pflegehilfsmittelversorgung abgeben.

Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, zugleich nach § 53 Satz 1 die Aufgaben des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen wahrnehmend, legt bis zum 31. Dezember 2021 in Richtlinien fest, in welchen Fällen und für welche Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel nach Satz 2 die Erforderlichkeit oder Notwendigkeit der Versorgung vermutet wird; ~~dabei ist auch festzulegen, über welche Eignung die empfehlende Pflegefachkraft verfügen soll.~~

- Analog verhält es sich bei den sog. Blankoverordnungen. Der rechtliche Rahmen hierfür wurde ebenfalls mit dem GVWG in § 37 Absatz 8 neu i.V. mit § 132a Absatz 1 Satz 4 Nummer 7 SGB V geschaffen. Nach dieser Regelung können entsprechend qualifizierte Pflegefachpersonen innerhalb eines vertragsärztlich festgestellten Ordnungsrahmens für Leistungen der häuslichen Krankenpflege über die Häufigkeit und Dauer der Durchführung von der nach dem Leistungsverzeichnis der Richtlinie nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 verordnungsfähigen Maßnahmen einschließlich der Information des Vertragsarztes und des Erfordernisses eines erneuten Arztkontaktes bestimmen. Diesen Ordnungsrahmen hatte der G-BA festzulegen. Nach § 132a Absatz 1 Satz 7 SGB V haben nach Abschluss der geänderten Regelungen des G-BA die Rahmenempfehlungspartner Anforderungen an die Qualifikation der Pflegefachpersonen, die Blankoverordnungen ausstellen, festzulegen. Es ist auch hier nicht nachvollziehbar, warum die geplante Kompetenzerweiterung nur entsprechend qualifizierten Pflegefachpersonen vorbehalten werden soll und nicht zu den genuinen Aufgaben jeder Pflegefachperson gehört. Hinzu kommt, dass die Rahmenempfehlungspartner dies erst im Kontext eines Schiedsverfahrens Ende November 2023 klären konnten und die sog. Blankoverordnungen damit formal frühesten zum 01.02.2024 wirksam werden konnten, d. h. gut 2,5 Jahren nach Inkrafttreten des GVWG. Die Verantwortung für die verzögerte Umsetzung trägt der Gesetzgeber, da er den Rahmenempfehlungspartner die Aufgabe gab, Anforderungen an die Eignung der Pflegefachperson zu definieren.

Änderungsvorschlag:

§ 37 Absatz 8 SGB V ist wie folgt zu ändern

Der Gemeinsame Bundesausschuss regelt in der Richtlinie über die Verordnung häuslicher Krankenpflege nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 bis zum 31. Juli 2022 Rahmenvorgaben zu einzelnen nach dem Leistungsverzeichnis der Richtlinie nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 verordnungsfähigen Maßnahmen, bei denen Pflegefachkräfte; ~~die die in den Rahmenempfehlungen nach § 132a Absatz 1 Satz 4 Nummer 7 geregelten Anforderungen erfüllen~~

len, innerhalb eines vertragsärztlich festgestellten Ordnungsrahmens selbst über die erforderliche Häufigkeit und Dauer bestimmen können, sowie Vorgaben zur Notwendigkeit eines erneuten Arztkontaktes und zur Information der Vertragsärztin oder des Vertragsarztes durch den Leistungserbringer über die erbrachten Maßnahmen.

§ 132a Absatz 1 Satz 4 Nummer 7 ist wie folgt zu ändern

In den Rahmenempfehlungen sind insbesondere zu regeln:

7. ~~Anforderungen an die Eignung der Pflegefachkräfte, die Leistungen im Rahmen einer Versorgung nach § 37 Absatz 8 erbringen, sowie~~ Maßnahmen zur Gewährleistung der Wirtschaftlichkeit der im Rahmen einer Versorgung nach § 37 Absatz 8 erbrachten Leistungen.

Unserer Auffassung nach müssen ausgebildete Pflegefachpersonen die sog. Blankoverordnungen und Hilfsmittlempfehlungen ohne weitere Voraussetzungen ausstellen dürfen, denn dies gehört zu ihren Kernkompetenzen. Beide stellen erste Schritt im Rahmen der überfälligen Kompetenzstärkung und der Kompetenzklarstellung der Pflegefachpersonen im Leistungserbringungsrecht dar, die der Gesetzgeber durch die Ausgestaltung der gesetzlichen Normen teilweise torpediert.

Bereits während der Pflegeausbildungen werden „die selbstständige, umfassende und prozessorientierte Pflege von Menschen aller Altersstufen in akut und dauerhaft stationären sowie ambulanten Pflegesituationen erforderlichen fachlichen und personalen Kompetenzen einschließlich der zugrunde liegenden methodischen, sozialen, interkulturellen, digitalen und kommunikativen Kompetenzen und der zugrunde liegenden Lernkompetenzen sowie der Fähigkeit zum Wissenstransfer und zur Selbstreflexion“ vermittelt (s. PflBG, § 5, Abs.1 Satz 1). Pflegefachpersonen sind demnach in der Lage, „präventive, kurative, rehabilitative, palliative und sozialpflegerische Maßnahmen zur Erhaltung, Förderung, Wiedererlangung oder Verbesserung der physischen und psychischen Situation der zu pflegenden Menschen, ihre Beratung sowie ihre Begleitung in allen Lebensphasen und die Begleitung Sterbender“ zu planen, zu organisieren, durchzuführen und zu evaluieren (s. PflBG, § 5, Abs. 2, Satz 1).

In der Praxis sind Pflegefachpersonen aufgrund der o.g. gesetzliche Vorgaben jedoch deutlich reglementiert, ihre umfassenden Kompetenzen zum Wohle der Patient:innen einsetzen zu können.

Keine Zusätzlichen Hürden bei den Leistungen der Häuslichen Krankenpflege

Auch bei den verschiedenen Leistungen der Häuslichen Krankenpflege wird vom Gesetzgeber, von den Krankenkassen, vom G-BA oder von ärztlich dominierten Fachgesellschaft in Frage gestellt, dass die Qualifikation als Pflegefachperson an sich für die Leistungserbringung ausreichend ist. Gerade am Beispiel Wundversorgung zeigt sich dies für den Bereich der ambulanten Pflege sehr anschaulich. Hier werden die bestehenden, grundlegenden Kompetenzen von Pflegefachpersonen durch zusätzliche Qualifikationsanforderungen praktisch ad absurdum geführt (und das in einem Delegationsmodell). Dies betrifft aber auch die häusliche Krankenpflege für psychisch kranke Menschen oder auch die Allgemeine Palliativversorgung (AAPV) im Rahmen der Häuslichen Krankenpflege und sowohl die unterschiedlichen Selbstverwaltungsbereiche auf der Bundesebene aber auch die Landesrahmenverträge.



A) Die Rahmenempfehlungen nach § 132a Abs. 1 SGB V zur Versorgung mit Häuslicher Krankenpflege vom 10.12.2013 i. d. F. vom 18.12.2023 sind **bis xxx** wie folgt zu ändern:

In § 2a sind die Überschrift und Absatz 1 wie folgt zu fassen:

§ 2a Anforderungen an ~~die Eignung der Pflegefachkräfte, die Leistungen im Rahmen einer Versorgung nach § 37 Absatz 8 SGB V erbringen, sowie~~ Maßnahmen zur Gewährleistung der Wirtschaftlichkeit der im Rahmen einer Versorgung nach § 37 Absatz 8 SGB V erbrachten Leistungen

1) ~~Die Eignung für~~ Verordnungen nach § 37 Abs. 8 SGB V i. V. m. § 5a der HKP-Richtlinie werden Pflegefachpersonen ~~nach § 1 des Pflegeberufsgesetzes erbracht. liegt vor, wenn die Pflegefachkraft über eine abgeschlossene Ausbildung als~~

a) ~~Pflegefachfrau bzw. Pflegefachmann (nach dem PfIBRefG) oder~~

b) ~~Gesundheits- und Krankenpfleger/-in (nach dem KrPflG) oder~~

c) ~~Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-in (nach dem KrPflG oder nach dem PfIB-RefG) oder~~

d) ~~Altenpfleger/-in (nach dem Altenpflegegesetz vom 25.08.2003 oder nach dem PfIB-RefG) oder~~

e) ~~Altenpfleger/-in mit einer dreijährigen Ausbildung nach Landesrecht verfügt~~

~~sowie den Beruf nach a) – e) innerhalb der letzten acht Jahre mindestens zwölf Monate hauptberuflich ausgeübt hat, davon mindestens sechs Monate in der ambulanten Pflege.~~

In § 5 Psychiatrische häusliche Krankenpflege ist Absatz 5 wie folgt zu fassen:

5) Der Pflegedienst verfügt für die Versorgung von psychisch erkrankten Versicherten nach Abs. 2 über eine sozialversicherungspflichtig beschäftigte verantwortliche Pflegefachkraft gemäß Absatz 4 Sätze 1, 3 und 4 (gemäß § 1 Abs. 8 ist eine Teilzeitbeschäftigung der verantwortlichen Pflegefachkraft im Mindestumfang von 50 % einer Vollzeittätigkeit grundsätzlich möglich), die ausgehend von § 1 nachfolgende Voraussetzungen erfüllt:

Abgeschlossene Ausbildung als

a) Pflegefachfrau bzw. Pflegefachmann (nach dem PfIBRefG) oder

b) Gesundheits- und Krankenpfleger/-in (nach dem KrPflG) oder

c) Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-in (nach dem KrPflG oder nach dem PfIB-RefG) oder

d) Altenpfleger/-in (nach dem Altenpflegegesetz vom 25.08.2003 oder nach dem PfIB-RefG) oder

e) Altenpfleger/-in mit einer dreijährigen Ausbildung nach Landesrecht.



~~Neben der Weiterbildung nach § 1 Abs. 7 muss zusätzlich eine der folgenden Qualifikationen nachgewiesen werden:~~

- ~~1. eine staatlich anerkannte/zertifizierte sozialpsychiatrische Zusatzausbildung oder~~
- ~~2. eine Weiterbildung zur/zum Fachkrankenschwester/-pfleger für Psychiatrie gemäß der

 - Weiterbildungsverordnung Psychiatrie oder
 - Weiterbildungsverordnung Gerontopsychiatrie oder
 - DKG-Empfehlung zur pflegerischen Weiterbildung in den Fachgebieten Pflege in der Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie oder~~
- ~~3. eine Weiterbildung auf der Grundlage des Curriculums: „Ambulante und gemeinde-nahe Pflege psychisch kranker Menschen“ nach H. Haynert, Universität Witten-Herd-ecke, Dezember 2010, sofern neben dem Theorieteil des Curriculums ein verzahnter Praxisteil mindestens im Umfang von 120 Zeitstunden berufspraktischer Erfahrung mit Selbsterfahrung (ggf. in Kooperation) absolviert wird oder~~
- ~~4. ein staatlich anerkannter Studienabschluss mit dem Schwerpunkt psychiatrische Ver-sorgung~~
- ~~5. und eine hauptberufliche Tätigkeit (mindestens 19,25 Wochenstunden) innerhalb der letzten 8 Jahre von mindestens 2 Jahren nach erteilter Erlaubnis in dem oben genann-ten Beruf in einem psychiatrischen Krankenhaus, in einer psychiatrischen Fachabtei-lung eines Krankenhauses oder einer sozialpsychiatrischen Einrichtung (z. B. psychi-atrischen Institutsambulanz, Wohnheim oder Betreutes Wohnen für psychisch kranke Menschen) sowie der ambulanten psychiatrischen häuslichen Krankenpflege.~~

Die Absätze 6 – 9 sind ersatzlos zu streichen.

In § 6 Anforderungen an die Eignung von spezialisierten Leistungserbringern zur Versor-gung von chronischen und schwer heilenden Wunden ist Absatz 5 wie folgt zu fassen:

- 5) Der spezialisierte Leistungserbringer verfügt für die Versorgung von Versicherten mit chro-nischen und schwer heilenden Wunden nach Abs. 1 über eine sozialversicherungspflichtig beschäftigte verantwortliche Pflegefachkraft gemäß Abs. 4 (gemäß § 1 Abs. 8 ist eine Teil-zeitbeschäftigung der verantwortlichen Pflegefachkraft im Mindestumfang von 50 % einer Vollzeit-tätigkeit grundsätzlich möglich), die ausgehend von § 1 nachfolgende Voraussetzun-gen erfüllt:

Abgeschlossene Ausbildung als

- a) Pflegefachfrau bzw. Pflegefachmann (nach dem PfIBRefG) oder
- b) Gesundheits- und Krankenpfleger/-in (nach dem KrPflG) oder
- c) Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-in (nach dem KrPflG oder nach dem PfIB-RefG) oder
- d) Altenpfleger/-in (nach dem Altenpflegegesetz vom 25.08.2003 oder nach dem PfIB-RefG) oder

e) Altenpfleger/-in mit einer dreijährigen Ausbildung nach Landesrecht.

~~Neben der Weiterbildung nach § 1 Abs. 7 muss zusätzlich eine spezifische Zusatzqualifikation zur Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden vorliegen. 3Die notwendige Zusatzqualifikation umfasst mindestens 168 Unterrichtseinheiten (UE) à 45 Minuten. 4Die Inhalte der theoretischen Schulung (inklusive fachpraktischer Unterricht) orientieren sich curricular an Weiterbildungen, die folgende Mindestinhalte umfassen:~~

● **Grundlagen**

- ~~Physiologie und Anatomie der Haut~~
- ~~Gefäßsystem~~
- ~~Wunde, Wundheilung~~
- ~~Mikrobiologie und Hygiene~~

● **Krankheitsbilder wie**

- ~~Gefäßbedingte Erkrankungen~~
- ~~Chronische Venöse Insuffizienz (CVI) und Ulcus Cruris~~
- ~~Differentialdiagnosen des Ulcus Cruris~~
- ~~Periphere Arterielle Verschlusskrankheit (PAVK)~~
- ~~Lymphangiopathien~~
- ~~Diabetisches Fußsyndrom (DFS)~~
- ~~Dekubitalulcus und Dekubitusprophylaxe~~

● **Lokaltherapie: Behandlungsprozess/Management**

- ~~Wundbehandlungsprozess~~
- ~~Debridement~~
- ~~Wundbehandlungsmittel und deren Anwendungsmethoden~~
- ~~Vakuumversiegelung~~
- ~~Verbandstechniken~~
- ~~Stagnierende Wunden~~
- ~~Palliative Wundversorgung bei inoperablen (ex)ulzerierenden/entstellenden Hauttumoren, Metastasen, Sarkomen~~
- ~~Plastisch-rekonstruktive Maßnahmen~~
- ~~Verbrennung,~~
- ~~Verbrennungswunde, Strahlenulcus und instabile Narben~~

● **Adjuvante (unterstützende) Maßnahmen**

- ~~Kompressionstherapie~~
- ~~Schmerzerfassung und -therapie~~

- ~~○ Ernährung~~
- ~~○ Heilmittel~~
- ~~○ Orthopädietechnik und Hilfsmittel~~
- ~~○ Hyperbare Sauerstoff-Therapie (HBO)~~

~~● Rahmenbedingungen/ergänzende Themenbereiche~~

- ~~○ Dokumentation~~
- ~~○ Wunddokumentation~~
- ~~○ ergänzende Dokumentation in der Lymphologie~~
- ~~○ Qualitätssicherung in der Wundtherapie~~
- ~~○ Schnittstellenmanagement (Organisation, Überleitungs- und Entlassungsmanagement).~~

~~Die Zusatzqualifikation wird mit einer erfolgreich bestandenem Prüfung abgeschlossen. Nach erfolgreichem Abschluss der Zusatzqualifikation wird ein Zertifikat ausgestellt, dass die Zusatzqualifikation entsprechend der vorgenannten Mindestinhalte und Mindestumfänge absolviert wurde. 7 Dabei sind die einzelnen Module mit den Umfängen im Zertifikat auszuweisen. 8 Das Zertifikat ist der vertragsschließenden Krankenkasse vorzulegen.~~

Die Absätze 6 bis 8 sind ersatzlos zu streichen.

Absatz 9 ist wie folgt zu fassen:

- ~~1) Soweit die verantwortliche Pflegefachkraft die Voraussetzungen nach Abs. 5 nicht erfüllt, kann der spezialisierte Leistungserbringer auch andere Pflegefachkräfte im Sinne einer Fachbereichsleitung benennen, welche die Voraussetzungen nach Abs. 5, mit Ausnahme der 460-stündigen Qualifikation zur verantwortlichen Pflegefachkraft gemäß § 1 Abs. 7, erfüllen müssen. Diese übernehmen intern die fachliche Verantwortung und Aufsicht für die in Abs. 1 beschriebenen Leistungen.~~
- ~~2) Soweit bereits bestehende Pflegedienste keine verantwortliche Pflegefachkraft oder Fachbereichsleitung mit einer Zusatzqualifikation nach Abs. 5 Sätze 2-8 vorhalten, sind die Voraussetzungen nach Abs. 5 oder 6 für einen Übergangszeitraum von zwei Jahren seit Inkrafttreten dieses Paragraphens auch erfüllt, wenn~~
 - ~~a) sich bei dem Pflegedienst eine Pflegefachkraft in Weiterbildung nach Abs. 5 Sätze 2-8 befindet und~~
 - ~~b) eine externe Fachkraft, die die Voraussetzungen des Abs. 5 erfüllt und mit der ein Kooperationsvertrag besteht, hinzugezogen wird.~~
- ~~3) In Fällen der vorübergehenden Verhinderung der fachlichen Leitung übernimmt eine Pflegefachkraft die Vertretung, die die Voraussetzungen nach Abs. 9 erfüllt. Die vorübergehende Vertretung muss entsprechend den getroffenen Regelungen in dem Vertrag nach § 132a Abs. 4 SGB V gegenüber der vertragsschließenden Krankenkasse angezeigt werden. 3 Die fachliche Leitung ist spätestens zu Beginn des siebten Monats der Verhinderung durch eine entsprechend qualifizierte Pflegefachkraft gemäß Abs. 5 bzw. Abs. 6 si-~~

~~herzustellen; sollte das nachweislich nicht möglich sein, verständigen sich der spezialisierte Leistungserbringer und die vertragsschließende Krankenkasse auf eine geeignete Übergangsregelung.~~

- 9) Alle Pflegefachkräfte, die eigenverantwortlich die fachpflegerische Versorgung bei Versicherten nach Abs. 1 übernehmen, müssen über eine der folgenden Ausbildungen verfügen:
- Pflegefachfrau bzw. Pflegefachmann (nach dem PfIBRefG) oder
 - Gesundheits- und Krankenpfleger/-in (nach dem KrPflG) oder
 - Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-in (nach dem KrPflG oder nach dem PfIB-RefG) oder
 - Altenpfleger/-in (nach dem Altenpflegegesetz vom 25.08.2003 oder nach dem PfIB-RefG) oder
 - Altenpfleger/-in mit einer dreijährigen Ausbildung nach Landesrecht

~~Zusätzlich muss eine spezifische Zusatzqualifikation zur Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden vorliegen. Die notwendige Zusatzqualifikation umfasst mindestens 84 Unterrichtseinheiten (UE) à 45 Minuten. Die Inhalte der theoretischen Schulung (inklusive fachpraktischer Unterricht) orientieren sich curricular an Weiterbildungen, die folgende Mindestinhalte umfassen:~~

● ~~**Grundlagen**~~

- ~~○ Physiologie und Anatomie der Haut~~
- ~~○ Gefäßsystem~~
- ~~○ Wunde, Wundheilung~~
- ~~○ Mikrobiologie und Hygiene~~

● ~~**Krankheitsbilder wie**~~

- ~~○ Gefäßbedingte Erkrankungen~~
- ~~○ Chronische venöse Insuffizienz und Ulcus Cruris~~
- ~~○ Periphere arterielle Verschlusskrankheit (PAVK)~~
- ~~○ Lymphangiopathien~~
- ~~○ Diabetisches Fußsyndrom (DFS)~~
- ~~○ Dekubitalulcus und Dekubitusprophylaxe~~

● ~~**Lokalthherapie: Behandlungsprozess/Management**~~

- ~~○ Wundbehandlungsprozess~~

● ~~**Adjuvante (unterstützende) Maßnahmen**~~

- ~~○ Kompressionstherapie~~
- ~~○ Schmerzerfassung und -therapie~~
- ~~○ Ernährung~~

• ~~Rahmenbedingungen/ergänzende Themenbereiche~~

~~○ Wunddokumentation~~

~~○ Qualitätssicherung in der Wundtherapie und Schnittstellenmanagement~~

~~Die Zusatzqualifikation wird mit einer erfolgreich bestandenem Prüfung abgeschlossen. Nach erfolgreichem Abschluss der Zusatzqualifikation wird ein Zertifikat ausgestellt, dass die Zusatzqualifikation entsprechend der vorgenannten Mindestinhalte und Mindestumfänge absolviert wurde. Dabei sind die einzelnen Module mit den Umfängen im Zertifikat auszuweisen. Das Zertifikat ist der vertragsschließenden Krankenkasse vorzulegen.~~