

- Stellungnahme -

Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit zu einem Gesetz zur Stärkung der Pflegekompetenz (Pflegekompetenzgesetz – PKG)

Der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) bedankt sich für die Möglichkeit der Stellungnahme zum Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit zu einem Gesetz zur Stärkung der Pflegekompetenz (Pflegekompetenzgesetz – PKG) vom 3. September 2024.

Wir begrüßen außerordentlich, dass ein Gesetz zur Stärkung der Pflegekompetenz auf den Weg gebracht werden soll. Die Stärkung der Kompetenzen beruflich Pflegenden, insbesondere der Pflegefachpersonen, ist ein ausdrückliches Ziel des DBfK. Wir halten sie aus verschiedenen Gründen für dringend geboten:

- Die demografische Situation und das Krankheitsspektrum in Deutschland mit einer hohen und wachsenden Zahl an Menschen mit chronischen und Mehrfacherkrankungen sowie mit Pflegebedarf erfordern eine entsprechende Zahl an gut qualifizierten Pflegefachpersonen, die ihre Kompetenzen voll umfänglich und möglichst eigenständig einbringen können.
- Die Herausforderungen in der Gesundheitsversorgung legen zudem eine neue Aufgabenteilung nahe, einerseits indem Pflegefachpersonen Aufgaben aus dem traditionell ärztlichen Tätigkeitsfeld mit übernehmen, andererseits indem Pflegefachpersonen weniger qualifizierten Personen in der Pflege und pflegenden Angehörigen zur Seite stehen und für pflegfachliche Qualität sorgen.
- Gesundheitsversorgung und Pflege stehen unter erheblichem finanziellen Druck, der nicht nachlassen wird. Pflegefachpersonen – ausgebildet, weitergebildet oder studiert – müssen daher ihre erworbenen Kompetenzen und Qualifikationen bestmöglich anwenden können, um die in sie investierten Ressourcen zu amortisieren.
- Mit der Stärkung und Erweiterung von Kompetenzen wird ein wichtiger Schritt geleistet, die fast ausschließlich fremdbestimmte Berufsausübung in der Pflege zu verringern. Das hat großes Potenzial, den Pflegeberuf anhaltend attraktiv zu machen und Mitarbeiter:innen dauerhaft in der Pflegepraxis zu binden.

Die Stärkung der Pflegekompetenz sollte sich aus Sicht des DBfK vor allem auf drei folgende Bereiche beziehen:

- Zuständigkeit und Verantwortung für pflegerische Aufgaben in die Hände der betreuenden Pflegefachpersonen bzw. der Profession Pflege legen und den Handlungsspielraum im Kernbereich pflegerischen Handelns erweitern;
- die eigenständige Ausübung von Heilkunde (im Einzelnen: Eigenständigkeit in bewährter, bislang delegierter Praxis; Befugnis zur Heilkundenausübung; Eigenständigkeit in definierten klinischen Handlungsfeldern; Eigenständigkeit in der Basis- und Routineversorgung häufiger Erkrankungen)
- Erweiterung der Kompetenzen und Rollen im Bereich Public Health / Public Health Nursing.

Der DBfK ist erfreut, dass der Begriff „Pflegefachkraft“ im Gesetzestext durchgehend durch die korrekte Berufsbezeichnung „Pflegefachperson“ ersetzt und der Prozessschritt „Planung“ in die pflegerische Vorbehaltsaufgabe nach §4 PflBG aufgenommen werden.

Der DBfK nimmt kritisch zur Kenntnis, dass der Gesetzentwurf nur in Teilen auf die Stärkung der Pflegekompetenz abhebt, sondern auch in erheblichem Umfang Regulierungen zur Sicherung der Pflege durch gering qualifizierte bzw. ehrenamtlich tätige Personen zum Ziel hat. Generell kritisch zu betrachten ist der Ansatz, Kompetenzen im Rahmen von Leistungsrecht zu formulieren. Der Entwurf geht in vielen Aspekten in die richtige Richtung, lässt aber nur wenig Mut für größere reformerische Schritte erkennen und bleibt im Wesentlichen der Pfadabhängigkeit der Sozialgesetzgebung, vor allem des SGB XI, verhaftet. Bestehende Webfehler werden so fortgeschrieben oder nur kleine Ansätze der Umsteuerung unternommen. Dies betrifft zum Beispiel die neue Möglichkeit, bei eingetretener Pflegebedürftigkeit Maßnahmen der Prävention zu ergreifen. Das ist grundsätzlich sehr zu begrüßen, allerdings müssten auch bereits vor Eintritt der Pflegebedürftigkeit präventive Maßnahmen ermöglicht werden.

Der DBfK fordert größere Reformschritte, die es vor allem ermöglichen, Pflegebedürftigkeit gezielt und evidenzbasiert zu verhindern und die es auch ermöglichen, pflegende Familien und andere Hilfspersonen fachlich besser zu begleiten. Dazu ist eine Leistungserweiterung bei den ambulanten Pflegediensten notwendig, außerdem die Einführung von Community Health Nurses, die zusammen mit den Pflegediensten den Kern regionaler Netzwerke der pflegerischen Unterstützung bilden.

Des Weiteren zeigt der Entwurf, der etliche Regulierungen pflegerischer Berufsinhalte betrifft, das Vakuum auf, das für die Profession Pflege durch den Mangel an einer berufsständischen Vertretung (Bundespflegeberufekammer) und durch den Mangel an pflegewissenschaftlicher Disziplinbildung in Deutschland besteht. Der DBfK fordert, diese beiden Perspektiven politisch voranzutreiben, um perspektivisch bürokratische Regulierungen über die Sozialgesetzgebung sowie die Fremdbestimmung des Berufs und seiner Inhalte zu minimieren.

Der DBfK begrüßt, dass mit dem Gesetzentwurf Pflegefachpersonen in ihrer Ausübung der Vorbehaltsaufgabe nach §4 PfIBG gestärkt und damit in ihrer pflegfachlichen Verantwortung unterstützt werden. Allerdings sind aus Sicht des DBfK einzelne weitere Regulierungen im Gesetzentwurf diesbezüglich widersprüchlich (siehe Stellungnahme zu einzelnen Regelungen).

Der Entwurf adressiert aus unserer Sicht alle Punkte des Eckpunktepapiers vom 18.12.2023, bis auf Punkt 12 (Beteiligung von Pflegefachpersonen in Institutionen und Gremien bei der akuten Bewältigung wie bei der Planung und Vorbereitung auf Krisensituationen).

Der DBfK fordert, im Pflegekompetenzgesetz die Beteiligung von Pflegefachpersonen in Institutionen und Gremien bei der akuten Bewältigung wie bei der Planung und Vorbereitung auf Krisensituationen festzulegen.

Neben Punkt 12 werden die Punkte 6, 7 und 8 nicht adressiert, weil sie das Profil der Advanced Practice Nurse (APN) betreffen, das nunmehr in einem gesonderten Gesetz geregelt werden soll. Angesichts der fortgeschrittenen Legislaturperiode hat der DBfK große Sorge, dass der Entwurf für ein „APN-Gesetz“ zu spät auf den Weg gebracht wird, so dass die Einführung dieses Profils stark gefährdet ist.

Der DBfK hält die Einführung des APN-Profiles für dringend und für eine unerlässliche Ergänzung im Aufbau eines schlüssigen generalistischen drei- bzw. vierstufigen Stufenmodells in der pflegerischen Qualifizierung: Pflegefachassistenz – Fachausbildung / primärqualifizierendes Bachelorstudium – APN-Masterstudium. Gelingt es nicht, in dieser Legislatur auch das APN-Profil einzuführen, so fällt die Bilanz eher zu Ungunsten der Kompetenzstärkung des Pflegeberufs aus und zu Gunsten von Regelungen, die eher in den Bereich der geringeren Qualifizierung (Pflegefachassistenz) bzw. keiner Qualifizierung (Ehrenamtliche und Einzeihelfer) fallen. Damit besteht das Risiko einer weiteren Deprofessionalisierung des Handlungsfelds Pflege.

Ergänzend sei angemerkt, dass mit der Einführung eines generalistischen APN-Profiles die ursprünglich im Koalitionsvertrag formulierte Absicht der Einführung des Berufsbilds der „Community Health Nurse“ (CHN) bereits verlassen wurde. Der DBfK fordert nach wie vor die zügige Einführung der CHN zur Sicherung der Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum und Stadtteilen mit beschleunigtem Hausärzt:innenschwund, außerdem zur Erfüllung von Aufgaben im Public Health Nursing: eine der drängendsten Aufgaben ist es jetzt, zielgenau und evidenzbasiert die zu

erwartende Pflegelast insgesamt zu verringern durch die Verhinderung und Minderung von Pflegebedürftigkeit. Es bleiben angesichts der Alterung der Boomer-Jahrgänge nur noch wenige Jahre Zeit, hier wirksame Maßnahmen in die Breite zu bringen. Die CHN würde dabei einen erheblichen Beitrag leisten.

Im Folgenden nimmt der DBfK zu den einzelnen Themen des Gesetzentwurfs Stellung, anschließend zu einzelnen Regelungen.

Stellungnahme zu Themen des Gesetzentwurfs:

Kompetenzerweiterungen

Der DBfK begrüßt, dass Pflegefachpersonen befugt werden sollen,

- Empfehlungen für Leistungen der verhaltensbezogenen Prävention auszusprechen;
- weitreichender als bisher Pflege- und Hilfsmittel empfehlen zu können;
- Bescheinigungen über kurzzeitige Arbeitsverhinderungen bei Pflegebedürftigkeit auszustellen.

Der DBfK begrüßt ferner,

- dass Absolvent:innen eines Bachelors, die nach Pflegestudiumstärkungsgesetz zur Ausübung von Heilkunde bei Diabetischer Stoffwechselerkrankung, Demenz und in der Wundversorgung befähigt werden, zur Ausübung befugt werden sollen;
- dass die Regulierungen sich auch auf Pflegefachpersonen mit vergleichbaren Qualifikationen, zum Beispiel aus dem Ausland, aus Fort- und Weiterbildung und Berufserfahrung beziehen sollen;
- dass eine Erweiterung um weitere Kompetenzen weiterverfolgt werden soll;
- dass perspektivisch Pflegefachpersonen zu selbständigen Leistungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung sowie zur selbständigen Verordnung häuslicher Krankenpflege einschließlich der dazugehörigen Hilfsmittel befugt werden sollen.

Der DBfK kritisiert,

- dass Pflegefachpersonen „nur“ zu einer Empfehlung befugt werden sollen und fordert die Änderung in eine Befugnis zur „Verordnung“, damit die Befugnis auch sprachlich dem Sachverhalt entspricht;
- dass Inhalte, Methodik, Qualität und Evaluation der Präventionsempfehlungen ohne die Einbeziehung der Vertretungen der Berufsgruppe vorgenommen werden sollen;
- dass die maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe in die Erstellung von Katalogen an heilkundlichen Leistungen und der Leistungen im Rahmen der häuslichen Krankenpflege nicht einbezogen werden, sondern lediglich die Möglichkeit der Stellungnahme eingeräumt bekommen;
- dass die Erweiterung der Kompetenzen und Befugnisse an die Erstellung von Katalogen gebunden und damit die Umsetzung in die Praxis spürbar in die Zukunft verlegt wird. Dies ist vor dem Hintergrund der Erfahrung und des Zeitraums bedenklich, in denen bereits mit den Modellvorhaben §63 (3c) und §64d SGB V seit etlichen Jahren (gescheiterte) Anläufe der Heilkundeausübung durch Pflegefachpersonen unternommen wurden, und es wirft die Frage auf, ob die Regulierungen in der Form geeignet sind, in gebotem Tempo zur Umsetzung in der Versorgungspraxis zu kommen;
- dass die Ausübung der Heilkunde durch Pflegefachpersonen nur im Rahmen einer Anstellung in Arztpraxen, medizinischen Versorgungszentren, stationären Pflegeeinrichtungen u.a. ermöglicht und von dem Einverständnis einzelner Vertragsärzte abhängig gemacht wird und keine Maßgaben zur Vergütung, zum Beispiel in Form von Abrechnungsziffern, gesetzt werden. Auch diese Rahmenbedingungen erschweren die Umsetzung in der Versorgungspraxis. Der DBfK fordert die Befugnis zur Ausübung der Heilkunde aufgrund der vorliegenden Qualifizierung und Befähigung der betreffenden Pflegefachpersonen, außerdem Vorgaben zur Vergütung.

Stärkung der Profession und Beteiligung der maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe

Der DBfK begrüßt,

- dass die Beteiligung der Berufsgruppe Pflege an der Gestaltung der Gesundheits- und Pflegeversorgung sowohl grundsätzlich rechtlich als auch praktisch durch Aufwandsentschädigung gestärkt werden soll in einer Rechtsverordnung zu „maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe“. Aus Sicht des DBfK sollten „maßgebliche Organisationen“ unabhängig sein sowie die gesamte Berufsgruppe bundesweit und in fachlichen Belangen vertreten. Der DBfK ist der größte unabhängige Berufsverband der Pflegeberufe. Er vertritt die gesamte Berufsgruppe und ist mit seinen vier Regionalverbänden in allen Bundesländern aktiv. Er sieht sich als maßgebliche Organisation der Pflegeberufe.
- dass die Entfaltung der Vorbehaltsaufgabe nach §4 PflBG mit verschiedenen Vorgaben wie der Verpflichtung zur Entwicklung und Umsetzung von Delegationsmodellen, der Einrichtung einer Geschäftsstelle und Nachschulungen und Verpflichtung des GBA zur Berücksichtigung in der Richtlinienarbeit, gestärkt werden soll. Aus Sicht des DBfK ist die Entfaltung der pflegerischen Vorbehaltsaufgabe Dreh- und Angelpunkt, um fachliche Qualität in Pflegeteams mit unterschiedlichen Qualifikationen gewährleisten zu können sowie für die Möglichkeit einer evidenzbasierten Pflegepraxis in der Betreuung individueller Patient:innen;
- dass das Begutachtungsverfahren des Medizinischen Diensts einer Prüfung in dem Sinn unterzogen wird, dass perspektivisch die Begutachtungen von betreuenden Pflegefachpersonen vor Ort vorgenommen werden und somit redundante Prozesse entfallen können. Das pflegerische Assessment als Teil der Vorbehaltsaufgabe hat das Potenzial, als Bezugspunkt für die Leistungsbemessung zu dienen und sollte mit dieser Zielsetzung weiterentwickelt werden;
- dass die Pflegeberatung nach §37 SGB XI mit Bezug zur Vorbehaltsaufgabe nur durch Pflegefachpersonen durchgeführt werden darf.

Der DBfK kritisiert,

- dass die Stärkung der Vorbehaltsaufgabe nicht in aller Konsequenz geschieht, sondern an anderen Stellen der Gesetzgebung, zum Beispiel im Zusammenhang mit den sog. „Basispaketen“ in den einzuführenden Wohngemeinschaften konterkariert wird. Auch steht das Erstellen von Tätigkeitskatalogen im Widerspruch zur Vorbehaltsaufgabe. Anstatt die Mittel in die Erstellung von Katalogen zu investieren, sollte damit das Pflegeassessment in einer Form weiterentwickelt werden – zum Beispiel Pflegediagnosen –, dass es Leistungsrecht begründen kann;
- dass der Medizinische Dienst ein Modellprojekt in Auftrag geben soll, das seinen Interessen zuwiderläuft. Das stellt die Objektivität einer solchen Studie von vornherein in Frage.

Niedrigschwellige Dienste und Angebote

Der DBfK sieht angesichts der demografischen Herausforderungen die Notwendigkeit, alte und pflegebedürftige Menschen mit niedrigschwelligen Angeboten und Diensten zu unterstützen. Sog. Einzelhelfer:innen sollen einbezogen werden und dann doch zur Notfallhilfe und zum Umgang mit herausforderndem Verhalten etwa bei einer Demenzerkrankung befähigt werden (was generell und auch für qualifizierte Pflegepersonen eine schwierige Aufgabe ist). Aus Sicht des DBfK wird in dieser Form die „Quadratur des Kreises“ versucht, indem vulnerable Personen geschützt und gleichzeitig viele „Hände“ zu ihrer Hilfe mobilisiert werden sollen. Die Vorgaben sind in der vorgeschlagenen Form abzulehnen, weil sie zudem mit hohem Bürokratieaufwand verbunden sind, der dennoch keine Sicherheit für vulnerable Personen gewährleistet.

Der DBfK fordert eine fachliche Anbindung von Einzelhelfer:innen und ähnlichen, an der Versorgung beteiligten Personen. Dies kann über die Anbindung an ambulante Pflegedienste oder Community Health Nurses in lokalen Netzwerken ermöglicht werden. Ein Einsatz ehrenamtlicher Helfer:innen sollte nicht ohne vorangegangenes Pflegeassessment erfolgen.

Der DBfK merkt kritisch an, dass die Erweiterung der Kompetenzen und eigenständigen Befugnisse von Pflegefachpersonen mit vorsichtigen Schritten und immer noch eingeschränkt angegangen wird, andererseits aber mit vergleichsweise wenig Vorsicht Personen ohne oder mit geringfügiger Qualifizierung in das Pflegegeschehen eingebunden werden sollen (siehe zum Beispiel die Regelungen in den §69 und 77 SGB XI).

Förderung von Wohngemeinschaften

Der DBfK hält die Einführung einer neuen Versorgungsform mit 2 bis 11 Pflegebedürftigen in Wohngemeinschaften für sinnvoll. Sie könnte eine weitere Möglichkeit sein, die Pflege durch Angehörige und professionelle Pflegepersonen besser zu verbinden: pflegende Angehörige erfahren Entlastung und eine fachliche Betreuung kann gewährleistet werden. Einer Vereinsamung kann vorgebeugt werden.

Der DBfK lehnt jedoch ab, dass Begriffe wie „körperbezogene Pflege“, die dem Verständnis von professioneller Pflege völlig zuwiderlaufen, in einen Gesetzestext aufgenommen werden sollen. Auch das Schnüren von „Basispaketen“ widerspricht den Vorannahmen professioneller Pflege und konterkariert die Bemühungen um die Stärkung der Pflegekompetenz und der pflegerischen Vorbehaltsaufgabe.

Der DBfK merkt außerdem kritisch an, dass die angedachten Regulierungen, auch zur Qualitätssicherung, ein hohes Potenzial an bürokratischem Aufwand erkennen lassen und damit die Umsetzung in der Praxis in Frage stellen. Andere existierende, ähnliche Modelle könnten dadurch unnötigerweise eingeschränkt werden. Aus Sicht des DBfK wäre es daher sinnvoll, in einem ersten Schritt die Konzeptentwicklung in das Gesetzesvorhaben aufzunehmen, die eine Verschiedenheit selbstorganisierter Wohnformen im Pflegebereich zulässt, anstatt sofort eine Anschubfinanzierung für eine noch unklare Versorgungsform auf den Weg zu bringen. Um der Konstruktion von „Basispaketen“ entgegenzuwirken und individuell bedarfsgerechte und selbstbestimmte Pflege zu ermöglichen, sollten Vergütungsformen wie ein Pflegebudget in Betracht gezogen werden.

Förderung der Zusammenarbeit in regionalen Netzen

Der DBfK begrüßt das Anschließen von regionalen Pflegestrukturplanungen und die Förderung strukturierter Zusammenarbeit in regionalen Netzen. Sie bilden einen notwendigen Rahmen für die Forderung des DBfK einer fachlichen Anbindung von pflegenden Familien und ehrenamtlichen Helfer:innen vor Ort, indem sie ein Netz der Unterstützung in den Kommunen und der Region schaffen. Der DBfK fordert die Einführung des Berufsbilds der Community Health Nurse und ihre Einbeziehung in die Netzwerke. Idealerweise unterstützt sie die Kommunen im Aufbau und der Pflege der Netzwerke und die Regionen in der Erstellung von Pflegestrukturplänen. Dabei ist herauszustellen, dass die Community Health Nurse eine fundierte pflegerische Qualifikation (APN-Profil mit entsprechender Vertiefung) hat und in ihr und auch nicht in anderen Pflegefachpersonen „Dorfhelder“ zu sehen sind.

Durchführung von Evaluationen und Vergabe wissenschaftlicher Studien

Der Gesetzentwurf sieht die Erstellung einiger Evaluationen und wissenschaftlicher Studien vor wie

- die Festlegung von Inhalten, Methodik und Evaluation der Pflegeberatung einschließlich der Präventionsleistungen;
- eine wissenschaftliche Weiterentwicklung der ambulant-häuslichen Versorgung;
- zu den bisherigen Erfahrungen mit dem Pflegebedürftigkeitsbegriff und der Begutachtung angesichts unerwartet angestiegener Inanspruchnahme von Pflegeleistungen;
- die Prüfung, inwieweit betreuende Pflegefachpersonen die Begutachtung vornehmen können,
- zur Begleitung der Wohngemeinschaften im Hinblick auf die Versorgungsqualität und die Kostenersparnis.

Der DBfK kritisiert, dass nicht durchgehend eine Unabhängigkeit gegeben ist und zum Beispiel der Kostenträger die Evaluation seiner eigenen Leistungen vergeben soll. Das stellt die Objektivität der Ergebnisse von vornherein in Frage.

Noch deutlicher kritisiert der DBfK die Ansätze, professionelle Pflege über Gesetz und Selbstverwaltung zu definieren. Stattdessen müsste der Gesetzgeber den Auf- und Ausbau von Pflegewissenschaft vorantreiben, wie es der Wissenschaftsrat 2023 empfohlen hat. Der Weg, per Gesetz die notwendige pflegewissenschaftliche Disziplinbildung mit der Vergabe einzelner wissenschaftlicher Studien zu ersetzen und die Kostenträger bzw. andere Akteure mit spezifischer Interessenlage zu Auftraggebern zu machen, konterkariert die grundsätzlich erforderliche wissenschaftliche Freiheit und Unabhängigkeit. Dringend notwendige Grundlagenforschung, auf der einzelne Studien wie die avisierten aufbauen sollten, fehlt und wird so nicht aufgebaut. Mittel- und langfristig wird sich dieses „wissenschaftliche Flickwerk“ in den Ergebnissen niederschlagen und die Weiterentwicklung des pflegerischen Handlungsfeld zum Nachteil der Versorgungsqualität spürbar beschränken.

Die vorgesehenen Studien betreffen zum großen Teil pflegerelevante Gegenstände und sollten nicht von Auftragnehmern bearbeitet werden, die zum Beispiel keine Kenntnisse pflegetheoretischer Zusammenhänge oder einschlägiger pflegewissenschaftlicher Arbeiten haben. Der DBfK fordert, dass die Vergabe von Studien mit pflegebezogenem Gegenstand zwingend an pflegewissenschaftliche Institute/Fakultäten erfolgt.

Beauftragte der Bundesregierung

Grundsätzlich begrüßt der DBfK die Bestellung einer:ines Beauftragten der Bundesregierung für die Pflege gesetzlich zu verankern und dass dem Amt ein Beirat zur Seite gestellt werden soll. Aus Sicht des DBfK bleibt die Beschreibung der Aufgaben der:des Beauftragten noch zu allgemein. Auch sollte vor allem zur Aufgabe gehören, darauf hinzuwirken, dass die Pflege in ihrer gesellschaftlichen Bedeutung sektorenübergreifend sowie die Anliegen pflegebedürftiger Menschen, ihre An- und Zugehörigen und der beruflich Pflegenden von Politik und Regierung wahrgenommen und beachtet werden. Der DBfK spricht sich aus für eine parteiunabhängige Besetzung, die nicht an die Legislaturperioden gebunden ist. Das Amt sollte zudem mit einer:inem Vertreter:in der Berufsgruppe Pflege besetzt werden, nach den internationalen Beispielen von Chief Government Nurses.

Digitalisierung

Der DBfK begrüßt die Erweiterung der Möglichkeiten zur Inanspruchnahme digitaler Pflegeanwendungen. Dadurch können der Versorgungsprozess für die Pflegebedürftigen, ihre An- und Zugehörigen ebenso wie die Arbeit der professionell Pflegenden sinnvoll unterstützt werden.

Der DBfK merkt kritisch an, dass bislang keine DiPA in das Verzeichnis für digitale Pflegeanwendungen aufgenommen wurde. Der DBfK schlägt vor, ein Förderprogramm nach dem Vorbild des Innovationsausschusses für das SGB V zu initiieren oder einen Software-Innovations-Hub o.ä. einzurichten, um die Entwicklung nutzbringender Anwendungen anzuregen.

Der DBfK fordert die Überarbeitung bzw. Ausräumung der kritischen Punkte und begleitet diesen Prozess konstruktiv.

Stellungnahme zu einzelnen Regelungen:

ARTIKEL 1, Nummer 2, b §5 SGB XI, Absatz 1a

Der DBfK begrüßt im Sinne der Kompetenzerweiterung die vorgesehene Regelung, dass Pflegefachpersonen Präventionsempfehlungen abgeben. Dieser Schritt muss noch erweitert werden, denn wenn Prävention „frühestmöglich“ erfolgen und ihrem Präfix entsprechen soll, muss sie vor Eintreten der Pflegebedürftigkeit stattfinden. Der Pflegebedarf setzt somit deutlich früher ein und ist durch geeignete Pflegeberatungs- und Primärversorgungsstrukturen sicherzustellen.

Die Primärversorgung wird in Deutschland noch immer über die hausärztliche Versorgung organisiert. Diese Herangehensweise entspricht nicht dem Verständnis der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und greift zu kurz: Zum einen setzt sie zu spät an, da sie die Menschen in aller Regel erst erreicht, wenn sie erkrankt sind, zum anderen blendet sie die umfangreichen pflegerischen Bedarfe als Teil der Grundversorgung aus. Eine Primärversorgungsstruktur, die Gesundheitsförderung und Prävention zur Grundlage hat, erreicht die Menschen früher und kann daher die Krankheitslast und die Pflegebedürftigkeit reduzieren.

Es wären Regelungen erforderlich, die das Populationsmanagement vor Ort und in der Region ermöglichen, außerdem die Einführung des Berufsbilds „Community Health Nurse“, die in Zusammenarbeit mit relevanten Akteuren geeignete Maßnahmen umsetzt. Die an anderer Stelle vorgesehenen regionalen Netzwerke zur pflegerischen Versorgung können einen guten Rahmen bilden und als Teil der Primärversorgung angesehen werden.

Bedarfserhebung und Durchführung präventiver Maßnahmen sowie Beratung und Anleitung zum Erhalt der Gesundheit und der selbständigen Lebensführung sind laut §5 PflBG Kernaufgaben von Pflegefachpersonen. Entsprechend sollten die maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe beteiligt werden. Das ist gleichzeitig eine zusätzliche Maßnahme, dem kritischen Umstand der mangelnden Unabhängigkeit auszugleichen.

*„(1a) (...) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen legt **zusammen mit den maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe und unter Einbeziehung unabhängigen Sachverständes aus der Pflegewissenschaft** die Kriterien für die Verfahren nach Satz 1 bis 3 fest, insbesondere hinsichtlich Inhalt, Methodik, Qualität, wissenschaftlicher Evaluation und der Messung der Erreichung der mit den Maßnahmen verfolgten Ziele.“*

ARTIKEL 1, Nummer 3, d §7a SGB XI, Absatz 8

Der DBfK nimmt an dieser Stelle die Gelegenheit zur kritischen Anmerkung wahr, dass §7a SGB XI in seinen Festlegungen und Begrifflichkeiten verwirrend gefasst ist. Beratung und Anleitung sind Kernaufgaben beruflicher Pflege. Durch die Benennung des Paragraphen als „Pflegeberatung“ entsteht aber das Bild, als würde Pflegeberatung nur bestimmte Sachverhalte abdecken und nur von spezifischen Pflegefachpersonen ausgeübt werden können. Die Auflistung unter Absatz 1 überschneidet sich zudem mit dem Pflegeassessment und der Pflegeplanung als Teile der pflegerischen Vorbehaltsaufgabe. In den Formulierungen vermischen sich die Themen „Sozialleistungen“ und „pflegerische Leistungen“. Der DBfK regt an, hier für Klärung zu sorgen und ggf. die Beratung zu Sozialleistungen von den pflegeprofessionellen Themen zu trennen, dies ebenso in verwandten Paragraphen (§7c, §e37).

ARTIKEL 1, Nummer 5, a und b §8 SGB XI, Absätze 3b und 3c

Der DBfK begrüßt die Initiative, die häuslich-ambulante pflegerische Versorgung mit wissenschaftlicher Evidenz weiterzuentwickeln. Darin drückt sich die Anerkennung am Bedarf pflegerischer Wissensbestände und damit Wertschätzung für die Tätigkeit der Berufsgruppe Pflege aus. Es wird damit auch auf die Forderung des DBfK eingegangen, die Prävention von Pflegebedürftigkeit zu

stärken, ein wesentlicher Hebel, um die Pflegelast insgesamt zu mildern. Auch für die Verhinderung von Pflegebedürftigkeit ist die gesamte Kette von Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention relevant. Der Gesetzentwurf beschränkt sich jedoch wesentlich auf die Tertiärprävention. Der DBfK fordert, die pflegerischen Wissensbestände auch in den Bereichen Primär- und Sekundärprävention verstärkt zu fördern.

Der DBfK kritisiert scharf, dass in den Formulierungen nur allgemein von wissenschaftlicher Weiterentwicklung und Expertisen gesprochen wird. Der Gegenstand könnte nicht besser begründen, wozu Pflegewissenschaft als Disziplin benötigt wird. Der Wissenschaftsrat hat sich 2023 dahingehend eindeutig geäußert und ihren weiteren Auf- und Ausbau auch hin zur Disziplinbildung empfohlen; weitere Begründungen sind in unserem themenbezogenen Teil der Stellungnahme enthalten. Der DBfK fordert, dass

- Studien aufgrund dieses Paragraphen ausschließlich an pflegewissenschaftliche Institute und Fakultäten vergeben werden;
- die maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe zwingend in die Erstellung der Ausschreibungen miteingebunden werden, damit fachlich korrekte Fragestellungen formuliert werden.

(3b) (...) „Die **pflegewissenschaftlich** gestützte Weiterentwicklung der ambulanten Versorgung beinhaltet die Erhebung der derzeitigen und zukünftigen Rahmenbedingungen der ambulant-häuslichen Versorgung und vor diesem Hintergrund die Erarbeitung von Szenarien für die zukünftige Sicherstellung der ambulant häuslichen Versorgung.“

(3c) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen fördert gemeinsam mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen **pflegewissenschaftliche** Expertisen zur konkreten Ausgestaltung der Inhalte von pflegerischen und heilkundlichen Leistungen des Fünften und Elften Buches, die durch Pflegefachpersonen gestaffelt nach Qualifikationsniveau nach Maßgabe von § 15a des Fünften Buches erbracht werden können. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen bestimmen im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit und unter Beteiligung des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend ~~nach Anhörung der~~ **sowie den** maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene nach § 118a die Dauer, Inhalte und Durchführung von Maßnahmen nach Satz 1. Die Beauftragung der Erstellung **pflegewissenschaftlicher** Expertisen erfolgt im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit unter Beteiligung des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Bei der Beauftragung der Erstellung **pflegewissenschaftlicher** Expertisen sowie ihrer Durchführung ist sicherzustellen, dass die Auftragnehmer die fachliche Expertise der maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene nach § 118a in geeigneter Art und Weise einbeziehen. Weitere geeignete Fachorganisationen können an der Erstellung der **pflegewissenschaftlichen** Expertisen beteiligt werden. Für die Umsetzung der Aufgaben nach Satz 1 bis 4 werden dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen aus dem Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung für die Jahre 2025 bis 2030 Fördermittel von insgesamt zehn Millionen Euro bereitgestellt. Die gesetzlichen Krankenkassen tragen an den Ausgaben für die Fördermittel einen Anteil von 50 Prozent; § 150 Absatz 4 Satz 3 und 4 gelten entsprechend. Das Nähere über das Verfahren zur Auszahlung der Mittel regeln der Spitzenverband Bund der Pflegekassen sowie der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und das Bundesamt für Soziale Sicherung durch Vereinbarung.“

ARTIKEL 1, Nummer 5, d, bb **§8 SGB XI, Absatz 7**

Der DBfK begrüßt die Ergänzung um Maßnahmen der Integration für internationales Pflegepersonal, sieht darin jedoch vornehmlich eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, die entsprechend alternativ über Steuermittel finanziert werden sollte.

ARTIKEL 1, Nummer 9 **§10a SGB XI**

Der DBfK begrüßt die gesetzliche Verankerung des Amtes einer/eines Beauftragten für Pflege der Bundesregierung. Das Amt sollte jedoch parteiunabhängig besetzt werden, entsprechend nicht

nötigenfalls mit der Legislatur enden. Das Amt sollte mit einer Person aus der Berufsgruppe Pflege besetzt werden nach den internationalen Beispielen einer Chief Government Nurse. Die Person sollte auch gegenüber der Politik für die Wahrnehmung der Relevanz von pflegerischen Anliegen sorgen.

„(1) Die Bundesregierung bestellt eine Beauftragte oder einen Beauftragten für Pflege **als ‚Chief Government Nurse‘**. Der beauftragten Person ist die für die Erfüllung ihrer Aufgabe notwendige Personal- und Sachausstattung zur Verfügung zu stellen. **Die beauftragte Person hat eine Qualifikation im Pflegeberuf aufzuweisen.** ~~Das Amt endet, außer im Fall der Entlassung, mit dem Zusammentreten eines neuen Bundestages.~~

(2) Aufgabe der beauftragten Person ist es, darauf hinzuwirken, dass die Anliegen pflegebedürftiger Menschen, ihrer An- und Zugehörigen und der beruflich Pflegenden im Pflege- und Gesundheitssystem **sowie bei Politik und Regierung** wahrgenommen und beachtet werden. Sie setzt sich bei der Wahrnehmung dieser Aufgabe dafür ein, dass die Selbstbestimmung der Menschen mit Pflegebedarf gewahrt, die Qualität der pflegerischen Versorgung gesichert wird und unterschiedliche Lebensbedingungen und Bedürfnisse beachtet und in allen Bereichen der Versorgung berücksichtigt werden. Die beauftragte Person wirkt auf eine frühzeitige und umfassende Beteiligung von Menschen mit Pflegebedarf und beruflich Pflegenden in Fragen der Pflege, insbesondere der pflegerischen Versorgung sowie der sozialen und privaten Pflegeversicherung hin.

(3) Zur Verbesserung der Wahrnehmung der Interessen der Pflegebedürftigen, ihrer Angehörigen und vergleichbar Nahestehenden wird durch die Beauftragte oder den Beauftragten der Bundesregierung für Pflege ein Beirat eingerichtet.

(4) Zur Wahrnehmung der Aufgabe nach Absatz 2 beteiligen die Bundesministerien die beauftragte Person bei allen Gesetzes-, Verordnungs- und sonstigen wichtigen Vorhaben, soweit sie Fragen der Pflege behandeln oder berühren. Alle Bundesbehörden und sonstigen öffentlichen Stellen im Bereich des Bundes unterstützen die beauftragte Person bei der Erfüllung der Aufgabe.“

ARTIKEL 1, Nummer 10

§11 SGB XI

Der DBfK begrüßt die Maßgaben zur besseren Durchsetzung der pflegerischen Vorbehaltsaufgabe bzw. der Anwendung des Pflegeprozesses.

ARTIKEL 1, Nummer 11, b

§12 SGB XI, neuer Absatz 2

Der DBfK begrüßt die Einfügung des neuen Absatzes 2. Damit wird eine wichtige Grundlage geschaffen unternommen, die pflegerische Versorgung sicherzustellen und perspektivisch die allgemeine pflegerische Versorgungsqualität weiterzuentwickeln.

ARTIKEL 1, Nummer 12

§15 SGB XI, neuer Absatz 8

Der DBfK unterstützt das Ansinnen, die bisherigen Erfahrungen mit dem Begutachtungsinstrument zu analysieren. Der DBfK fordert auch an dieser Stelle angesichts des Gegenstands, dass die Analyse zwingend durch ein pflegewissenschaftliches Institut oder Fakultät begleitet werden muss.

„(8) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen legt dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 31. Dezember 2025 einen unter unabhängiger **pflegewissenschaftlicher** Begleitung zu erstellenden Bericht zu den Erfahrungen der Pflegekassen und der Medizinischen Dienste mit dem Begutachtungsinstrument nach den Absätzen 1 bis 7 einschließlich der Wirkungsweisen zur Ermittlung des Grades der Pflegebedürftigkeit hinterlegten Bewertungssystematik und zu möglichen Weiterentwicklungen vor. In dem Bericht ist auch die Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen seit 2017 unter Berücksichtigung insbesondere von medizinisch-pflegerischen Aspekten,

demographischen Faktoren und sozioökonomischen Einflüssen auf **pfl**egewissenschaftlicher Grundlage zu untersuchen. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen kann hierfür Mittel nach § 8 Absatz 3 einsetzen.“

ARTIKEL 1, Nummer 13 §17 SGB XI, neuer §17a

Der DBfK begrüßt, dass die Pflegefachpersonen erweiterte Befugnisse in der Verordnung von Pflegehilfsmitteln und Hilfsmitteln erhalten sollen und sehen darin eine positive Stärkung der Kompetenz der Pflegefachpersonen. Der DBfK fordert, dass der anerkannten Kompetenz mit dem Begriff „Verordnung“ Folge geleistet und nicht durch „Empfehlung“ geschwächt wird. Der Begriff „Empfehlung“ entspricht sprachlich nicht einer eigenständigen Befugnis. In Konsequenz würden die Notwendigkeit und Erforderlichkeit nicht mehr „vermutet“, sondern als festgestellt angesehen. Das Verfahren mit „Empfehlung“ und „Vermutung“ ist abzulehnen, weil es in der Praxis einer Misstrauenskultur Vorschub leisten, zu kleinteiligen Prüfverfahren und damit erheblichen bürokratischen Aufwänden führen könnte. Der DBfK fordert, die Formulierungen entsprechend zu ändern, auch in dem betreffenden §40 und ggf. an anderen vergleichbaren Stellen in den Gesetzestexten von SGB XI und SGB V.

Der DBfK kritisiert scharf, dass mit der Richtlinie der Spitzenverband Bund der Pflegekassen eine Aussage über das Qualifikationsniveau machen soll. Aus Sicht des DBfK gehören Bestimmungen zu Qualifikation und Kompetenzen in das Pflegeberufegesetz PflBG. Im Interesse vermeidbarer Bürokratie und der Stärkung der Kompetenz der Pflegeberufe sollten die Kompetenzen im PflBG allgemeiner und in Übereinstimmung mit der weiteren Fassung des Berufsbilds formuliert werden, so dass Richtlinien wie die hier avisierte und andere darauf referenzieren können. Einzelregulierungen erhöhen Aufwand und Unübersichtlichkeit. Der DBfK fordert eine entsprechende Ergänzung in den Änderungen des PflBG.

„(1) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen legt bis zum 31. Dezember 2025 in Richtlinien fest
*1. in welchen Fällen und für welche Pflegehilfsmittel und Hilfsmittel, die den Zielen von § 40 Absatz 1 Satz 1 dienen, ~~die Notwendigkeit oder Erforderlichkeit der Versorgung mit Pflegehilfsmitteln oder Hilfsmitteln, die von Pflegefachpersonen empfohlen werden, nach § 40 Absatz 6 Satz 2 vermutet wird~~ **Pflegefachpersonen eine Verordnung vornehmen können.***

~~2. über welches Qualifikationsniveau die empfehlende Pflegefachperson jeweils verfügen soll,~~

*3. **2.** das Nähere zum Verfahren der **Empfehlung** **Verordnung** gemäß § 40 Absatz 6 durch die Pflegefachperson bei der Antragstellung.*

Den maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene nach § 118a ist unter Übermittlung der hierfür erforderlichen Informationen innerhalb einer angemessenen Frist vor der Entscheidung über die Inhalte der Richtlinien Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen. (...)“

ARTIKEL 1, Nummer 14, b §18e SGB XI

Der DBfK begrüßt, die Handhabung der Pflegegutachtung über den Medizinischen Dienst zu überdenken; das entspricht den Vorschlägen des DBfK, das Verfahren zugunsten der Versorgungsqualität der pflegebedürftigen Personen und ihrer An- und Zugehörigen sowie zur Reduktion von prinzipiell redundanten Prozessen zu ändern. Der DBfK lehnt hingegen den Weg der Umsetzung über die Durchführung eines Modellprojekts ab, sowohl aus inhaltlichen Gründen als auch aus Gründen der nicht gegebenen Unabhängigkeit in der Auftragsvergabe. Wir sehen darin keine Maßnahme, die Aussicht auf Erfolg hat und befürchten, dass das Vorhaben einen ähnlichen Verlauf nähme wie die (gescheiterten) Modellprojekte §63 3c und §64d SGB V.

Zur inhaltlichen Begründung:

- 1) Aus pflegefachlicher Sicht weist das Begutachtungsverfahren eine Redundanz zum Pflegeassessment als Bestandteil der pflegerischen Vorbehaltsaufgabe nach §4 PflBG auf, da

in beiden Prozessen Pflegebedarfe bzw. Pflegebedürftigkeit erhoben werden. Die Feststellung des Pflegebedarfs im Rahmen des Pflegeassessments könnte ebenfalls genutzt werden, um den Anspruch auf Leistungen zu begründen. Dies würde der Arbeitsweise der ärztlichen Profession entsprechen, die eine Diagnose stellt und Therapiemaßnahmen verordnet bzw. durchführt, die als Leistungen durch die GKV/PKV aufgrund gegebener Regularien vergütet werden. Aus Sicht des DBfK wäre der richtige Schritt, eine pflegewissenschaftliche Studie zu vergeben mit dem Ziel, das Pflegeassessment so weiterzuentwickeln, dass es auch die Anforderungen an eine Leistungsvergabe erfüllt. Analog der ärztlichen Profession käme hier zum Beispiel in Frage, Pflegediagnosen zu integrieren, daraus pflegerische Maßnahmen abzuleiten und diese mit einem Leistungssystem zu verbinden. Dadurch könnte in nennenswertem Maße Bürokratie reduziert werden (Einsparung eines Doppelprozesses), der heutzutage bereits in erheblichem Ausmaß Pflegefachpersonal bindet, das in der Versorgung der Patient:innen dringend fehlt.

- 2) Dieser Weg ist aus unserer Sicht ebenfalls verbunden mit einer verbesserten Versorgungsqualität für die Pflegebedürftigen und ihren pflegenden An- und Zugehörigen. Denn damit würde das Verfahren in die Hände und die Verantwortung der betreuenden Pflegefachpersonen gelegt werden und stünde leicht zugänglich vor Ort zur Verfügung. Pflegenden Angehörige könnten das Pflegeassessment über ambulante Pflegedienste in ihrem Umfeld erhalten, wo sie sich auch im weiteren Verlauf mit Fragen zur Pflegepraxis hinwenden könnten. Der Prozess wäre damit für alle Beteiligten weniger fragmentiert, ganzheitlicher und auf die tatsächlichen Bedarfe ausgerichtet. Er böte auch eine gute Grundlage für die an anderer Stelle vom DBfK geforderte pflegefachliche Begleitung pflegender Familien.
- 3) Außerdem ist bereits heute im Zuge des Verfahrens zur Qualitätsdarstellungsvereinbarung im Leistungsrecht geregelt, das in der Versorgung tätige Pflegefachpersonen fußend auf den dem Pflegebedürftigkeitsbegriff unterlegten Kriterien die Ergebnisqualität erheben. Das ist im Grunde nach zu vergleichen mit einer Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit. Das Qualitätsdarstellungsverfahren ist für die stationäre Pflege in der Regelversorgung verpflichtend eingeführt und bedeutet eine quasi Pflegebegutachtung durch Pflegefachpersonen. Auch aus diesem Grund halten wir das Modellprojekt in der Form für nicht sinnvoll.

Der DBfK fordert, dass das Bundesministerium für Gesundheit unter Einbeziehung der maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe und des Medizinischen Diensts Bund eine pflegewissenschaftliche Studie in Auftrag gibt, das Pflegeassessment und die Pflegeplanung als Bestandteile der pflegerischen Vorbehaltsaufgabe weiterzuentwickeln – zum Beispiel mit der Integration von Pflegediagnosen und auf Grundlagen der pflegerischen Expertenstandards des DNQP –, so dass eine Leistungsbegründung abgeleitet werden kann. Die Studie sollte eine anschließende Erprobungsphase beinhalten.

Neben den erwartbaren Verbesserungen für das Verfahren und die Versorgungsqualität sieht der DBfK darin die konsequente Entfaltung der pflegerischen Vorbehaltsaufgabe nach §4 PflBG und damit verbunden die echte Anerkennung der Pflege als Profession mit eigenen Wissensbeständen und Handlungsfreiheit. Der DBfK sieht darin außerdem eine Stärkung des Medizinischen Diensts Bund in seiner Kontrollfunktion auf übergeordneter Ebene.

ARTIKEL 1, Nummer 17, a **§37 SGB XI, Absatz 3a**

Der DBfK begrüßt die Erweiterung des Absatzes 3a mit der damit verbundenen Stärkung der Beratungskompetenz.

ARTIKEL 1, Nummer 20, b **§40 SGB XI, Absatz 6**

Der DBfK begrüßt, dass die Pflegefachpersonen erweiterte Befugnisse in der Verordnung von Pflegehilfsmitteln und Hilfsmitteln erhalten sollen und sieht darin eine positive Stärkung der Kompetenz

der Pflegefachpersonen, wenn sich daraus echte Entscheidungsbefugnis ableitet; siehe dazu ausführlicher unsere Anmerkungen zum vorgesehenen §17a SGB XI.

„(6) Pflegefachpersonen können im Rahmen ihrer Leistungserbringung nach § 36, nach den §§ 37 und 37c des Fünften Buches sowie der Beratungseinsätze nach § 37 Absatz 3 konkrete Empfehlungen **Verordnungen** zur Hilfsmittel- und Pflegehilfsmittelversorgung abgeben **unter den in den Richtlinien nach § 17a festgelegten Voraussetzungen vornehmen**. ~~Wird ein Pflegehilfsmittel oder ein Hilfsmittel, das den Zielen von Absatz 1 Satz 1 dient, von einer Pflegefachperson bei der Antragstellung empfohlen **verordnet**, werden unter den in den Richtlinien nach § 17a festgelegten Voraussetzungen die Notwendigkeit der Versorgung nach Absatz 1 Satz 2 und die Erforderlichkeit der Versorgung nach § 33 Absatz 1 des Fünften Buches vermutet.~~

Die **Empfehlung Verordnung** der Pflegefachperson darf bei der Antragstellung nicht älter als zwei Wochen sein. Einer ärztlichen Verordnung gemäß § 33 Absatz 5a des Fünften Buches bedarf es bei Vorliegen einer Empfehlung nach Satz 1 nicht. Die **Empfehlung Verordnung** der Pflegefachperson für ein Pflegehilfsmittel oder ein Hilfsmittel, das den Zielen des Absatz 1 Satz 1 dient, ist der Kranken- oder Pflegekasse zusammen mit dem Antrag des Versicherten in Textform zu übermitteln. In welchen Fällen und für welche Pflegehilfsmittel und Hilfsmittel nach Satz 2 die **Pflegefachperson eine Verordnung vornehmen kann**, ~~Notwendigkeit oder Erforderlichkeit der Versorgung vermutet wird, über welches Qualifikationsniveau die empfehlende Pflegefachperson verfügen soll und das Nähere zum Verfahren der Empfehlung durch die Pflegefachperson bei Antragstellung bestimmt sich nach den Festlegungen in den Richtlinien des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen gemäß § 17a.~~“

ARTIKEL 1, Nummer 21 und 22 §§40a, 40b SGB XI

Der DBfK begrüßt die Regelung von Möglichkeiten zur Inanspruchnahme digitaler Pflegeanwendungen in den §§ 40a und 40b. Durch digitale Pflegeanwendungen den Versorgungsprozess für die Versicherten, ihre An- und Zugehörigen und professionell Pflegenden zu unterstützen, stellt eine sinnvolle Erweiterung dar. Bisher hat die Komplexität des Anerkennungsverfahrens verhindert, eine einzige DiPA in das Verzeichnis für digitale Pflegeanwendungen aufzunehmen. Gefordert sind den Nutzen belegende Studien bis hin zu RCTs oder eine reliable Übertragung der Ergebnisse internationaler Studien in den deutschen Kontext. Diese Studien existieren entweder nicht international oder sind im deutschsprachigen Raum in der Finanzierung und Durchführung kostspielig und ein Hemmnis, entsprechende Software zu entwickeln. Zudem war bisher der Nutzen unmittelbar auf den Versicherten beschränkt. Neu ist nun ein erweiterter Nutzen, der DiPAs für pflegende Angehörige, wenn sie eine entlastende Wirkung für die Pflegeperson oder eine stabilisierende Wirkung für die Versorgung in der Häuslichkeit haben, ohne dass eine direkte Pflegebedürftigkeit vorausgesetzt wird. Neu geregelt ist, dass die begleitenden Wirksamkeitsstudien in der Erprobung der Software durchgeführt werden können. Ob dies – auch in Verbindung mit dem geänderten einheitlichen Leistungsbeitrag über 40 € pro Monat und der Vergütung für eine temporäre Unterstützung über 30 € pro Monat – ein ausreichender Anreiz zur Softwareentwicklung für die Industrie sein wird, bleibt abzuwarten. Zum Anschub erscheint daher sinnvoll, ein Förderprogramm nach dem Vorbild des Innovationsausschusses für das SGB V zu initiieren oder einen Software-Innovations-Hub o.ä. einzurichten.

ARTIKEL 1, Nummer 25, c-e §45a SGB XI

Siehe unsere Stellungnahme zum Thema „Niedrigschwellige Dienste und Angebote“ auf Seite 4. Der DBfK sieht angesichts der demografischen Herausforderungen die Notwendigkeit, alte und pflegebedürftige Menschen mit niedrigschwelligen Angeboten und Diensten zu unterstützen. Der DBfK fordert eine fachliche Anbindung von Einzelhelfer:innen und ähnlichen, an der Versorgung beteiligten Personen. Dies kann über die Anbindung an ambulante Pflegedienste oder Community Health Nurses in lokalen Netzwerken ermöglicht werden. Die Formulierung, dass Helfende

ausreichendes Wissen haben sollen, um weiteren Unterstützungsbedarf im Bereich Pflege zu erkennen, untergräbt die Vorbehaltsaufgabe der Pflegefachpersonen und stellt gleichzeitig eine Überforderung der Helfenden und der Anbieter dar, für „ausreichendes Wissen“ zu sorgen. Zur Sicherheit der betreuten Personen und der Einzelhelfer:innen fordert der DBfK, dass der Einsatz ehrenamtlicher Helfer:innen nicht ohne vorangegangenes Pflegeassessment erfolgt.

„(3) Bei Angeboten zur Entlastung im Alltag, die sich nicht an eine bestimmte Zielgruppe, sondern an alle Pflegebedürftigen richten, sind die Voraussetzungen nach Absatz 2 Satz 2 Nummer 4 Buchstabe a und Nummer 5 sowie, soweit keine ehrenamtlich Helfenden tätig werden, nach Absatz 2 Satz 2 Nummer 6 als erfüllt anzusehen, wenn der das Angebot tragende Anbietende darlegt, dass eine verlässliche und sachgerechte Ausführung der angebotenen Leistungen sichergestellt ist. In Bezug auf Angebote zur Entlastung im Alltag, die im Schwerpunkt praktische Unterstützung im Haushalt anbieten, beschließt der Spitzenverband Bund der Pflegekassen mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. Empfehlungen dazu, wann die Voraussetzungen nach Absatz 2 Satz 2 Nummer 4 Buchstabe b als erfüllt anzusehen sind. Dabei ist sicherzustellen, dass Helfende, falls sie bei Pflegebedürftigen oder Pflegepersonen weitergehende Hilfebedarfe erkennen, über ausreichendes Wissen verfügen, um auf hierfür bestehende weitere Beratungs- und Unterstützungsstrukturen im Bereich Pflege hinweisen zu können. Dabei ist sicherzustellen, dass bei Aufnahme der Betreuung ein Pflegeassessment bei der betreuten Person durch eine Pflegefachperson vorgenommen wird und dies mindestens einmal im Jahr aktualisiert wird. Im Übrigen ist in den Empfehlungen das auf die Unterstützung durch praktische Hilfen ausgerichtete Tätigkeitsprofil der Angebote zu beachten. Auf das Verfahren zum Beschluss der Empfehlungen nach Satz 2 findet § 45c Absatz 7 entsprechende Anwendung.“

ARTIKEL 1, Nummer 28 §45d SGB XI

Der DBfK begrüßt die Förderung der Selbsthilfe in der Pflege.

ARTIKEL 1, Nummer 29 §45e SGB XI

Der DBfK begrüßt die Förderung der Zusammenarbeit in regionalen Netzwerken und verweist auf seine Ausführungen dazu auf Seite 5.

ARTIKEL 1, Nummer 30 §45j SGB XI

Der DBfK begrüßt den Ansatz der Wohngemeinschaften als neues Modell pflegerischer Versorgung und verweist auf seine Ausführungen dazu auf Seite 5.
Der DBfK lehnt Begriffe wie „körperbezogene Pflegemaßnahmen“ ab, weil sie nicht dem professionellen Pflegeverständnis entsprechen.

„(2) Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 haben zudem je Kalendermonat Anspruch auf körperbezogene Pflegemaßnahmen, pflegerische Betreuungsmaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung als Sachleistung entsprechend § 36. Soweit der Sachleistungsanspruch nur teilweise in Anspruch genommen wird, gilt § 38 Satz 1 und 2 in Verbindung mit § 37 entsprechend.“

ARTIKEL 1, Nummer 32, b §69 SGB XI, neuer Absatz 2 §77 SGB XI

Der DBfK begrüßt die ergänzenden Maßgaben zum Sicherstellungsauftrag. Der DBfK kritisiert jedoch deutlich, dass Einzelpersonen zur Sicherstellung von Pflege eingesetzt werden sollen ohne Pflegeassessment und Pflegeplanung durch eine Pflegefachperson, die aus Sicht des DBfK

zwingend notwendig sind, um „Inhalt, Umfang, Qualität, Qualitätssicherung“ des Vertrags bestimmen und die Sicherheit der pflegebedürftigen Personen gewährleisten zu können. Die Formulierung von „geeigneten Pflegekräften“ und die in diesen Paragraphen nicht erfolgte Änderung in „Pflegefachpersonen“ legen nahe, dass auch Hilfskräfte unter Vertrag genommen werden können. Der DBfK fordert zur Sicherheit der betreuten pflegebedürftigen Personen, dass angesichts der genannten Leistungen in den Absätzen 1 und 2 mindestens die Qualifikation einer Pflegehilfskraft, perspektivisch einer Pflegefachassistenz anzusetzen. Auch hier ist der Begriff „körperbezogene Pflege“ zu streichen.

§77

*„(1) Zur Sicherstellung ~~der körperbezogenen Pflege~~, der pflegerischen Betreuung sowie der Haushaltsführung im Sinne des § 36 soll die Pflegekasse Verträge mit einzelnen geeigneten Pflegekräften schließen, um dem Pflegebedürftigen zu helfen, ein möglichst selbständiges und selbstbestimmtes Leben zu führen oder dem besonderen Wunsch des Pflegebedürftigen zur Gestaltung der Hilfe zu entsprechen; Verträge mit Verwandten oder Verschwägerten des Pflegebedürftigen bis zum dritten Grad sowie mit Personen, die mit dem Pflegebedürftigen in häuslicher Gemeinschaft leben, sind unzulässig. In dem Vertrag sind Inhalt, Umfang, Qualität, Qualitätssicherung, Vergütung sowie Prüfung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der vereinbarten Leistungen zu regeln; § 112 ist entsprechend anzuwenden. **Der Vertrag fußt auf dem Pflegeassessment einer Pflegefachperson nach §1 PflBG.** Die Vergütungen sind für Leistungen der häuslichen Pflegehilfe nach § 36 Absatz 1 zu vereinbaren. In dem Vertrag ist weiter zu regeln, dass die Pflegekräfte mit dem Pflegebedürftigen, dem sie Leistungen der häuslichen Pflegehilfe erbringen, kein Beschäftigungsverhältnis eingehen dürfen. Soweit davon abweichend Verträge geschlossen sind, sind sie zu kündigen. Die Sätze 4 und 5 gelten nicht, wenn*

*1. das Beschäftigungsverhältnis vor dem 1. Mai 1996 bestanden hat und
2. die vor dem 1. Mai 1996 erbrachten Pflegeleistungen von der zuständigen Pflegekasse aufgrund eines von ihr mit der Pflegekraft abgeschlossenen Vertrages vergütet worden sind.
In den Pflegeverträgen zwischen den Pflegebedürftigen und den Pflegekräften sind mindestens Art, Inhalt und Umfang der Leistungen einschließlich der dafür mit den Kostenträgern vereinbarten Vergütungen zu beschreiben. § 120 Absatz 1 Satz 2 gilt entsprechend.*

(2) Die Pflegekassen können bei Bedarf einzelne Pflegekräfte zur Sicherstellung ~~der körperbezogenen Pflege~~, der pflegerischen Betreuung sowie der Haushaltsführung im Sinne des § 36 anstellen, für die hinsichtlich der Wirtschaftlichkeit und Qualität ihrer Leistungen die gleichen Anforderungen wie für die zugelassenen Pflegedienste nach diesem Buch gelten.“

ARTIKEL 1, Nummer 36 und 37 §§85, 86, 89 SGB XI

Der DBfK begrüßt Maßnahmen, die eine zeitnahe Vergütung von Leistungen in der Pflege durch die Pflegekassen fördern.

Zusammen mit anderen Verbänden der Leistungserbringung in der Pflege wendet sich der DBfK in gesondertem Schreiben vom 30.09.2024 an das Bundesministerium für Gesundheit, Herrn Dr. Schölkopf, mit einer Problemdarstellung bezüglich des externen Vergleichs und konkreten Vorschlägen zur Weiterentwicklung mit Änderungen in den §§ 84 Absatz 2 und 89 Absatz 1 SGB XI.

ARTIKEL 1, Nummer 40 §92c SGB XI

Der DBfK begrüßt die pflegerische Unterstützung von ambulanten Pflegediensten in der neuen Versorgungsform der Wohngemeinschaft pflegebedürftiger Personen. Der DBfK empfiehlt jedoch, einen anderen Weg zur Realisierung dieser Versorgungsform einzuschlagen, wie in dem themenbezogenen Teil „Förderung von Wohngemeinschaften“ dargelegt wurde. Falls der bisherige Weg beibehalten wird, fordert der DBfK, dass Pflegeleistungen über individuelle Pflegeassessments und Maßnahmenpläne erbracht werden anstatt über „Basispakete“. Dieser Ansatz entspricht nicht dem professionellen Pflegeverständnis und konterkariert die gleichzeitigen Maßgaben dieses

Gesetzentwurfs, die pflegerische Vorbehaltsaufgabe zu stärken und in der Praxis besser zur Wirkung zu bringen. Auch fordert der DBfK für diesen Fall, die maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe in die Empfehlungen zu den Vertragsinhalten einzubeziehen. Der Begriff „körperbezogene Pflegemaßnahmen“ ist in jedem Fall zu streichen.

ARTIKEL 1, Nummer 46, d
§113c SGB XI, Absatz 5, Satz 1

Der DBfK regt an, den Anteil der weiteren Fachkräfte wie in der Landespersonalverordnung von Baden-Württemberg auf 10% zu quotieren (siehe <https://www.biva.de/dokumente/gesetze/BW-Landespersonalverordnung-LPersVO.pdf> § 8 Absatz 2). Der DBfK merkt kritisch an, dass unter Fachkräfte Personen mit einer mindestens dreijährigen Ausbildung zu fassen sind; der „Dorfhelfer“ passt in dieser Hinsicht nicht in die Auflistung und sollte gestrichen werden.

„(...) dazu gehören insbesondere Altentherapeuten, Ergotherapeuten, Erzieher, Fachhauswirtschaftler, Familienpfleger, ~~Dorfhelfer~~, Heilerzieher, Heilerziehungspfleger, Heilpädagogen, Logopäden, medizinische Fachangestellte, Physiotherapeuten, Sozialarbeiter, Sozialpädagogen und Sozialtherapeuten;“

ARTIKEL 1, Nummer 46, e
§113c SGB XI, neuer Absatz 9

Der DBfK begrüßt ausdrücklich die beabsichtigte Stärkung und Umsetzung der pflegerischen Vorbehaltsaufgabe nach §4 PfIBG und dem auch in der Personal- und Organisationsentwicklung Rechnung zu tragen. Dies ist wesentlich für die Sicherung der zukünftigen Pflegequalität und -versorgung, um eine sachgerechte Verteilung von Aufgaben in Pflegeteams mit unterschiedlichen Qualifikationsniveaus zu gewährleisten.

Zusammen mit den Spitzenverbänden der Freien Wohlfahrtspflege, die in der BAGFW kooperieren, empfiehlt der DBfK, die Themen Vorbehaltsaufgaben, Pflegedokumentation sowie bewohner- und kompetenzorientierte Personal- bzw. Organisationsentwicklung künftig verknüpft zu denken und deren Umsetzung in der Praxis aus einer Hand zu begleiten. Dies wäre schon bei der Entwicklung und Erprobung von Methoden und Instrumenten der Personal- und Organisationsentwicklung nach § 8 Absatz 3b SGB XI zur Umsetzung der Personalbemessung nach § 113c SGB XI sinnvoll und notwendig gewesen, um ein Auseinanderdriften verschiedener Umsetzungskonzepte zu verhindern. Durch eine Verknüpfung besteht nun die Chance, dies zumindest nachträglich zu heilen. Dabei wären die übergeordnete Klammer dieser Bereiche, der Pflegebedürftigkeitsbegriff nach §14 SGB XI, und das daraus resultierende Pflegeverständnis einzubeziehen und auch hier Umsetzungshilfen für die Pflegepraxis zur Verfügung zu stellen. Folgerichtig ist aus Sicht der Verbände, die Vertragsparteien des SGB XI mit diesen Aufgaben zu betrauen und nicht einseitig einzelne Vertragspartner.

Nicht nachvollziehbar ist jedoch das Konstrukt einer neuen Institution, wo sich doch der Qualitätsausschuss Pflege bewährt hat und gut funktioniert. Zur Umsetzung von Dokumentationskonzepten bietet es sich darüber hinaus an, die bereits existierenden Strukturen des Projektbüros EinSTEP zu integrieren, vor allem das Lenkungsgremium auf Bundesebene sowie die Kooperationsgremien auf Länderebene. Für die Etablierung von Multiplikator:innen für die o. g. Themen könnten diese Strukturen gut genutzt. So wäre bei der Umsetzung in die Praxis das Zusammenspiel zwischen Pflegeverständnis, Vorbehaltsaufgaben, Dokumentation sowie Personal- und Organisationsentwicklung gut verankert.

Der DBfK unterstützt den Vorschlag der Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege, die Aufgabe der Personal- und Organisationsentwicklung nicht an eine gesonderte Geschäftsstelle zu vergeben, sondern den Qualitätsausschuss damit zu beauftragen. Er fordert entsprechend, den neu vorgeschlagenen §113c Absatz 9 zu streichen und stattdessen in einem neuen Absatz des §113b die beabsichtigten Aufgaben als Regelaufgaben des Qualitätsausschusses festzulegen:

„Der Qualitätsausschuss soll die folgenden Zielgruppen und Maßnahmen unterstützen:

1. *Pflegefachpersonen und Pflegeeinrichtungen sowie Pflegesatzverhandler bei der Umsetzung des Pflegeverständnisses entsprechend des geltenden Pflegebedürftigkeitsbegriffs nach §14 SGB XI;*
2. *Pflegefachpersonen und Pflegeeinrichtungen bei der Umsetzung der Wahrnehmung der Vorbehaltsaufgaben nach §4 des Pflegeberufgesetzes;*
3. *Pflegefachpersonen und Pflegeeinrichtungen bei der Umsetzung von Pflegedokumentationskonzepten, die den Anforderungen des §113 Absatz 1 Satz 2 bis 4 entsprechen unter Einbeziehung des Konzepts des Strukturmodells einer entbürokratisierten Pflegedokumentation sowie den Strukturen des „Projektbüros EinSTEP“;*
4. *vollstationäre, teilstationäre und ambulante Pflegeeinrichtungen bei der Umsetzung von bewohner- und kompetenzorientierten Personal- und Organisationsentwicklungsmaßnahmen unter Berücksichtigung von § 113c Absatz 3 Satz 1 Nummer 1.*

Die Unterstützung soll insbesondere erfolgen durch:

1. *die Entwicklung und Durchführung von Schulungsmaßnahmen zu den Nummern 1 bis 4, insbesondere für Multiplikatorinnen und Multiplikatoren, um entsprechende Schulungsmaßnahmen bundesweit in geeigneter Dichte und Häufigkeit anbieten zu können,*
2. *die Entwicklung und Bewertung fachlicher Informationen, Assessmentinstrumente und Konzepte zum Kompetenzerwerb für Pflegefachpersonen und Leitungskräfte in der Pflege zu den Nummern 1 bis 4 zu sowie ihre öffentliche Bereitstellung im Internet.“*

ARTIKEL 1, Nummer 52 **§118a SGB XI**

Der DBfK begrüßt, dass die Beteiligung der Berufsgruppe Pflege an der Gestaltung der Gesundheits- und Pflegeversorgung sowohl grundsätzlich rechtlich als auch praktisch durch Aufwandsentschädigung gestärkt werden soll in einer Rechtsverordnung zu „maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe“. Aus Sicht des DBfK sollten „maßgebliche Organisationen“ unabhängig sein sowie die gesamte Berufsgruppe bundesweit und in fachlichen Belangen vertreten. Der DBfK ist der größte unabhängige Berufsverband der Pflegeberufe. Er vertritt die gesamte Berufsgruppe und ist mit seinen vier Regionalverbänden in allen Bundesländern aktiv. Er sieht sich als maßgebliche Organisation der Pflegeberufe.

Die finanzielle Unterstützung der maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe sollte sich auch auf die ggf. fällig werdenden anteiligen Aufwände für die Schiedsstelle erstrecken.

ARTIKEL 1, Nummer 54 **§125a SGB XI**

Der DBfK begrüßt die Initiative zur Erprobung von Telepflege. Da der Gegenstand das Handlungsfeld der Pflege betrifft, sollte die wissenschaftliche Arbeit ausdrücklich von pflegewissenschaftlichen Instituten oder Fakultäten übernommen werden.

„(1) Für eine pflegewissenschaftlich gestützte Erprobung von Telepflege zur Verbesserung der pflegerischen Versorgung von Pflegebedürftigen werden aus Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung fünf Millionen Euro im Zeitraum von 2022 bis 2025 zur Verfügung gestellt.

(...)

(3) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen erarbeitet im Benehmen mit den Verbänden der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene, geeigneten Verbänden der Digitalwirtschaft sowie der Digitalagentur und unter Beteiligung der maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene nach § 118a bis zum 31. Dezember 2026 Empfehlungen zur Umsetzung der Ergebnisse der pflegewissenschaftlich gestützten Erprobung von Telepflege zur Verbesserung der pflegerischen Versorgung in der ambulanten und stationären Langzeitpflege.“

ARTIKEL 1, Nummer 55

§125c SGB XI

Der DBfK begrüßt die neue Regelung in § 125c, in Modellvorhaben die Möglichkeiten der digitalen Unterstützung von Verhandlungen zur Pflegevergütung zu erproben. In Modellverfahren ist insbesondere die Zielstellung der Berücksichtigung bereits verfügbarer Routinedaten sowie der Einbezug realer Kalkulations- und Planungsdaten zu gewährleisten. Es ist wünschenswert, begleitend ein Benchmarking zu entwickeln, das beispielsweise regionale Besonderheiten (Versorgungsschwerpunkte, erforderliche Qualifikationsmix) oder landesrahmenrechtliche Eckdaten der Leistungserbringung und Leistungsvergütung transparent darstellen lässt.

ARTIKEL 3, Nummer 2

§15a SGB V

Der DBfK begrüßt die Einfügung des Absatzes 15a. Damit erfährt die professionelle pflegerische Rolle eine eindeutige Stärkung. Wir begrüßen, dass bei der Befugnis zur Erbringung von heilkundlichen Leistungen auch Pflegefachpersonen mit vergleichbarer Qualifikation berücksichtigt werden. Das beschleunigt die Umsetzung in der Praxis und trifft die Erwartung kompetenter und erfahrener Kolleg:innen in der Berufsgruppe. Besonders positiv ist darüber hinaus, dass auch an dieser Stelle die Verantwortung der Pflegefachpersonen für den Pflegeprozess herausgehoben wird und dies bei pflegerischen Leistungen zu beachten ist. Kritisch in Frage zu stellen ist der Begriff „Beachtung“, der nicht klarstellt, was das konkret für die Praxis bedeutet. Der DBfK fordert eine Formulierung, die bei pflegerischen Leistungen ein Pflegeassessment durch eine Pflegefachperson voraussetzt, wie wir bereits in unseren Kommentaren zu den §§ 45a, 69 neuer Abs. 2 und 77 SGB XI gefordert haben.

*„(1) **Pflegerische und heilkundliche Leistungen nach diesem und dem Elften Buch Sozialgesetzbuch werden durch Pflegefachpersonen erbracht. Pflegerische Leistungen dürfen nur unter Beachtung der Pflegeprozessverantwortung von Pflegefachpersonen nach § 4 des Pflegeberufgesetzes erbracht werden und setzen ein vorangegangenes Pflegeassessment durch eine Pflegefachperson voraus (...)**“*

ARTIKEL 3, Nummer 4

§33 SGB V, Absatz 5a

Der DBfK begrüßt außerordentlich, dass die Verordnung einer Pflegefachperson der vertragsärztlichen Versorgung gleichgestellt wird. Das ist ein wichtiger Schritt in der Nutzung pflegerischer Kompetenzen und für eine Erleichterung der Prozesse in der Praxis.

Der DBfK merkt an dieser Stelle, dass hier im Zusammenhang mit der Verordnung von Hilfsmitteln tatsächlich von pflegerischer *Verordnung* gesprochen wird nicht wie bei vergleichbaren Befugnissen in SGB XI von „Empfehlung“, siehe unsere o.g. Kommentare zu den §§17a und 40 SGB XI. Dies unterstützt unsere Forderung, für die beabsichtigten Sachverhalte durchgehend von Verordnung zu sprechen.

ARTIKEL 3, Nummer 6 und 7

§63 SGB V, Absätze 3b und 3c

§64d SGB V

Der DBfK begrüßt den Entschluss, die beiden Modellprogramme zur Erprobung der Heilkundeausübung durch qualifizierte Pflegefachpersonen zu beenden. Beide Projekte waren aufgrund ihrer sperrigen Rahmenbedingungen nicht geeignet, ihre Ziele zu erreichen und können als gescheitert gelten. Der DBfK mahnt an, aus diesen Erfahrungen die Hemmnisse klar abzuleiten, um nicht wieder ähnliche Hürden in neue Anläufe einzubauen. Dies könnte aus Sicht des DBfK vor allem die Maßgaben in §18e SGB XI betreffen. Der DBfK regt an, dass der GKV Spitzenverband die an den Rahmenverträgen beteiligten Akteure um eine Bewertung bittet und bis Mitte 2025 dazu einen Bericht vorlegt.

ARTIKEL 3, Nummer 8

§73d SGB V

Der DBfK begrüßt ausdrücklich, dass mit der beabsichtigten Regulierung die selbständige Ausübung heilkundlicher Tätigkeiten vorangetrieben werden soll. Dies entspricht einer langjährigen Forderung des DBfK. Der DBfK ist jedoch der Auffassung, dass die geplanten Befugnisse noch deutlich zu kurz springen. Es ist zum Beispiel nicht hinzunehmen, dass eine Verordnung häuslicher Krankenpflege und der dazugehörigen Hilfsmittel eine ärztliche Erstverordnung voraussetzen. Es ist ferner nicht hinzunehmen, dass der einzelne Vertragsarzt die Möglichkeit eingeräumt bekommt, die Absichten des Gesetzgebers zu unterlaufen, indem er – auch bei nachweislich bestehender Qualifikation der Pflegefachperson – die Übertragung der selbständigen Leistungsausübung nicht vornimmt. Der DBfK fordert daher, Absatz 4 zu streichen.

Angesichts der demografiebedingten Herausforderungen, des Zeit- und Finanzdrucks in der Gesundheitsversorgung müssen die Ressourcen Kompetenz und Qualifikation vollumfänglich ausgeschöpft werden. Reformschritte dürfen nicht (mehr) zu klein ausfallen. Insgesamt ist daher mehr Mut gefragt und sollte sich in der Erstellung der Kataloge niederschlagen, indem bei der Zusammenstellung von selbständig von Pflegefachpersonen zu erbringenden Leistungen eine maximal mögliche Liste erstellt werden sollte, um einen Minimalkonsens auszuschließen.

Es ist uns wichtig, an dieser Stelle darauf hinzuweisen, dass die Bezeichnung „häusliche Krankenpflege“ im Titel und den Inhalten von §73d (und auch von §§37 und 132a) einem überkommenen Verständnis von professioneller Pflege und der interprofessionellen Zusammenarbeit zwischen Medizin und Pflege entsprechen. §37 mit dem Titel „Häusliche Krankenpflege“ umfasst sowohl pflegerische als auch medizinische Maßnahmen (die traditionell von Pflegefachpersonen auf ärztliche Verordnung umgesetzt wurden). Problematisch ist, dass darin auch die genuin pflegerische Arbeit (was mit dem Pflegeprozess als pflegerische Vorbehaltsaufgabe nach §4 PflBG bestätigt wird) enthalten ist und somit traditionelle Vorstellungen von Berufsausübung fortgeschrieben werden. Es ist fraglich, ob die Berücksichtigung der pflegerischen Vorbehaltsaufgabe hinreichend ist, das traditionelle Verständnis aufzubrechen. Sinnvoll erscheint vielmehr, beide Professionen – Medizin und Pflege – in ihren Beiträgen und Leistungen anzuerkennen und dann den Überlappungen im Handlungsfeld und in der Umsetzung in der Gesundheitsversorgung einen Rahmen zu geben. Die Konstruktionen und Formulierungen der relevanten Paragraphen sollten das entsprechend widerspiegeln. Der DBfK regt daher an, diesen und § 37 sowie weitere damit zusammenhängende Paragraphen wie §132a insgesamt neu zu fassen, damit dem heutigen Berufsverständnis Rechnung zu tragen und die pflegerischen und medizinischen Tätigkeiten bzw. Leistungen inhaltlich voneinander zu entflechten. Im Weiteren ist dies auch zwingend für die HKP-Richtlinie in der Verantwortung des G-BA zu fordern.

Der DBfK fordert außerdem zwingend die Beteiligung der maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe an der Erstellung der Kataloge. Der DBfK begrüßt, dass Pflegefachpersonen mit einschlägigen Fort- und Weiterbildungen sowie mit einschlägiger Berufserfahrung in die Gruppe der befugten Pflegefachpersonen einbezogen werden sollen.

Für die Erstellung des Rahmenvertrags verweisen wir auf unsere Kommentare bezüglich der Modellvorhaben nach §§63 3c und 64d und drängen auf rasche Erstellung eines Berichts zu den Schwächen der stattgehabten Rahmenbedingungen, um für das hier angestrebte Verfahren einen erfolgreichen Verlauf zu sichern.

„(1) Die Spitzenorganisationen nach § 132a Absatz 1 Satz 1, ~~und~~ die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die maßgeblichen Organisationen der Pflegerufe nach §118a SGB XI vereinbaren unter Beteiligung der Vereinigungen der Träger von stationären Pflegeeinrichtungen nach § 71 Absatz 2 des Elften Buches in einem Rahmenvertrag bis zum 31. Dezember 2025

1. einen Katalog an erweiterten heilkundlichen Leistungen, die Pflegefachpersonen, abhängig von den erworbenen Kompetenzen, nach ärztlicher Diagnose und Indikationsstellung selbständig erbringen können,

2. einen Katalog an Leistungen im Rahmen der häuslichen Krankenpflege nach § 37, die

Pflegefachpersonen, abhängig von den erworbenen Kompetenzen, selbständig als Folgeverordnung veranlassen können, einschließlich der für diese Maßnahmen benötigten Hilfsmittel gemäß § 33, sowie das Nähere zu den Voraussetzungen, zum Verfahren und der Ausgestaltung der Folgeverordnungen.

*Beim Katalog nach Satz 1 Nummer 1 und 2 sind auch die pflegerischen Vorbehaltsaufgaben im Sinne des § 15a zu berücksichtigen. **Die Leistungen in den Katalogen sind von den beteiligten Organisationen wo weitreichend wie möglich zu fassen.** Zudem ist festzulegen, auf der Grundlage welcher beruferechtlich geregelten oder im Sinne des § 15a vergleichbaren, bundeseinheitlichen Qualifikationen Pflegefachpersonen entsprechende Leistungen selbständig erbringen können. Dabei sind Weiterbildungen, die auf bundeseinheitlichen Weiterbildungsstandards der Länder beruhen, verbindlich zu berücksichtigen.*

(...)

~~*(4) Der Vertragsarzt kann einer Pflegefachperson, die über die entsprechende Qualifikation verfügt, die selbständige Ausübung der in dem Vertrag nach Absatz 1 vereinbarten erweiterten heilkundlichen Leistungen übertragen.“*~~

ARTIKEL 3, Nummer 10, a, aa §132a SGB V

Der DBfK begrüßt die Ergänzung der Anforderungen an eine fachgerechte Pflegeprozessessteuerung in Absatz 1, verweist aber gleichzeitig auf die zu §73d geäußerte Anregung, eine Neuformulierung der Stellen im Gesetzestext vorzunehmen, die sich auf die überkommene Begrifflichkeit „Häusliche Krankenpflege“ beziehen.

ARTIKEL 4 PflegeZG

Der DBfK begrüßt, dass Pflegefachpersonen befugt werden, Bescheinigungen über die Pflegebedürftigkeit von Angehörigen zur kurzzeitigen Arbeitsverhinderung auszustellen und sieht darin eine Stärkung der Kompetenz von Pflegefachpersonen.

ARTIKEL 5, Nummer 1, c Inhaltsübersicht, Überschriften PfIBG

Der DBfK lehnt die Bezeichnung „standardisiertes Modul“ ab und regt an, von „Kompetenzbeschreibung“ zu sprechen, siehe auch Kommentar zu Artikel 5, Nummer 4.

~~*„§ 14a Standardisierte Module*~~ **Kompetenzbeschreibungen** *für erweiterte heilkundliche Aufgaben“*

ARTIKEL 5, Nummer 2, b §4 PfIBG

Der DBfK begrüßt, dass mit der Ergänzung der „Planung der Pflege“ als Teil des Pflegeprozesses bzw. der pflegerischen Vorbehaltsaufgabe eine Lücke und die andauernde Debatte darüber geschlossen werden und die Vorbehaltsaufgabe nunmehr alle Elemente des Pflegeprozesses enthält.

ARTIKEL 5, Nummer 4 §14a PfIBG §14 PfIBG, Absatz 4

Der DBfK begrüßt, dass der Gesetzgeber die Erweiterung der heilkundlichen Kompetenzen für Pflegefachpersonen weiterverfolgen und über die bislang entwickelten Möglichkeiten hinaus erweitern will. Die Fassung und Formulierung von Kompetenzen in „Modulen“ ist jedoch abzulehnen, weil er einem schlüssigen Qualifikations- und Kompetenzmodell in den Pflegeberufen zuwiderläuft.

„§ 14a ~~Standardisierte Module~~ **Kompetenzbeschreibungen** für erweiterte heilkundliche Aufgaben
Die Fachkommission nach § 53 kann mit empfehlender Wirkung ~~standardisierte Module~~ **die Beschreibungen** für die zur selbständigen Ausübung von erweiterten heilkundlichen Aufgaben erforderlichen fachlichen und personalen Kompetenzen entwickeln, die gemeinsam vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und vom Bundesministerium für Gesundheit genehmigt werden können. Die Genehmigung der ~~standardisierten Module~~ **Kompetenzbeschreibungen** erfolgt einmalig; Änderungen bedürfen einer erneuten Genehmigung. Die ~~standardisierten Module~~ **Kompetenzbeschreibungen** sollen in geeigneten Abständen an den medizinischen und pflegewissenschaftlichen Fortschritt angepasst werden.“

Der DBfK regt an, die Formulierung auch in §14 Absatz entsprechend zu ändern.

„(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~~ **Kompetenzbeschreibungen** erfolgt einmalig; Änderungen bedürfen einer erneuten Genehmigung.“

Berlin, 30.09.2024

Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) - Bundesverband e. V.

Alt-Moabit 91 | 10559 Berlin | Telefon: +49 (0)30-2191570 | E-Mail: dbfk@dbfk.de | www.dbfk.de

