Bundespflegekammer e.V. – Alt-Moabit 91 – 10559 Berlin

Herrn Dr. Martin Schölkopf
Bundesministerium für Gesundheit
Leiter der Abteilung 4
Pflegeversicherung und -Stärkung
10117 Berlin

Bundespflegekammer e.V.
Alt-Moabit 91
10559 Berlin
Tel.: 030 2191 5770
info@bundespflegekammer.de

- via E-Mail an Pflegereformgesetz-Verbaende@bmg.bund.de -

Berlin, 07.07.2025

Stellungnahme der Bundespflegekammer e.V. zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Pflegekompetenz (Pflegekompetenzgesetz – PKG) vom 23.06.2025

Sehr geehrter Herr Dr. Schölkopf,

im Namen der Bundespflegekammer e.V. möchten wir auf die gemeinsame Stellungnahme der Pflegekammer Nordrhein-Westfalen und der Landespflegekammer Rheinland-Pfalz verweisen. Beide Kammern sind Mitglieder der Bundespflegekammer e.V. und haben ihre Position in der genannten Stellungnahme abgestimmt und dargelegt. Vor diesem Hintergrund erfolgt seitens der Bundespflegekammer e.V. keine gesonderte Stellungnahme.

Für Rückfragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung unter

info@bundespflegekammer.de
info@pflegekammer-nrw.de
vorstandsbuero@pflegekammer-rlp.de

LANDESPFLEGEKAMMER
RHEINLAND-PFALZ

Pflegekammer NRW

Bundesministerium für Gesundheit
Mauerstraße 29
10117 Berlin
-*via E-Mail an* Pflegereformgesetz-Verbaende@bmg.bund.de-

Dr. rer. cur. Markus Mai
Präsident
Landespflegekammer Rheinland-Pfalz

Sandra Postel
Präsidentin
Pflegekammer Nordrhein-Westfalen

Mainz und Düsseldorf, 11.07.2025

Gemeinsame Stellungnahme der Landespflegekammer Rheinland-Pfalz und der Pflegekammer Nordrhein-Westfalen zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Pflegekompetenz (Pflegekompetenzgesetz – PKG) vom 23.06.2025

Im Allgemeinen

Die Landespflegekammer Rheinland-Pfalz und die Pflegekammer Nordrhein-Westfalen begrüßen die Wiederaufnahme des vorliegenden Referentenentwurfes zum Pflegekompetenzgesetz. Wir erachten es als einen überfälligen Schritt, um die pflegerische Versorgung in Deutschland weiterzuentwickeln. Vor dem Hintergrund steigender Nachfrage nach pflegerischen und medizinischen Leistungen bei bestehendem Fachkräftemangel und hohem Kostendruck, ist es dringend geboten, die erweiterten Kompetenzen von Pflegefachpersonen gesetzlich festzulegen.

Der vorliegende Gesetzesentwurf stößt Entwicklungen an, die ein erster Schritt für die Weiterentwicklung und nachhaltige Stabilisierung des Pflegeberufes sind. So wird die eigenverantwortliche Heilkundeausübung in das Pflegeberufegesetz aufgenommen, leistungsrechtlich aber lediglich unter den bestehenden Strukturen der „ärztlicher Behandlung“ abgebildet. Auch die längst gelebte Steuerungsverantwortung von Pflegefachpersonen wird gesetzlich verankert.

Der Begriff „Beteiligung an der ärztlichen Behandlung“ anstelle der bisherigen Benennung heilkundlicher Aufgaben begegnet aus unserer Sicht berechtigter Skepsis. Auch wenn diese Umformulierung leistungsrechtlich begründet sein mag, trägt sie dazu bei, bestehende hierarchische Strukturen im Gesundheitswesen zu verfestigen und die ärztliche Perspektive weiterhin als normgebend zu priorisieren. Dies erschwert ein interprofessionelles Arbeiten auf Augenhöhe und birgt die Gefahr von Missverständnissen hinsichtlich der tatsächlichen Qualifikation, Verantwortung und Entscheidungsbefugnis von Pflegefachpersonen. Wir setzen uns daher dafür ein, dass die erweiterten Kompetenzen der Pflege im Sinne einer eigenständigen Heilkundeausübung klar und sachgerecht benannt werden.

Die Reform der Primärversorgung kann einen ersten Schritt darstellen, die ambulant-pflegerische Versorgung bedarfsgerechter zu gestalten. Hier ist die Stärkung der Kommunen hervorzuheben, die mit der neuen Regelung die Option haben, quartiersnahe Ansätze aufzugreifen.

Die aktuell vorliegenden Gesetzesänderungen können nur erste Schritte darstellen, die es weiterzuentwickeln gilt, um eine moderne pflegerische Versorgung in Deutschland zu schaffen und zu gewährleisten. Nur so gelingt grundlegen die berufsfachliche und internationale Anschlussfähigkeit, die nicht nur vor dem Hintergrund der EU-weiten beruflichen Anerkennung unerlässlich ist.

Für den weiteren Austausch stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung:
vorstandsbuero@pflegekammer-rlp.de
info@pflegekammer-nrw.de

Zur eigenverantwortlichen Durchführung von ~~ärztlicher Behandlung~~ Heilkundeausübung:
Mit großem Unverständnis haben wir festgestellt, dass die Benennungen und Angaben zur Ausübung von heilkundlichen Tätigkeiten in den verschiedenen Einzelnormen ungünstig und uneinheitlich angepasst worden sind. Hier folgend ist tabellarisch dargestellt, in welchen Einzelnormen von Heilkundeausübung oder von der eigenverantwortlichen Erbringung ärztlicher Leistungen gesprochen wird.

Norm	Heilkunde oder ärztliche Tätigkeit
§ 7 Abs. 3c SGB XI	Leistungen nach SGB V und XI durch Pflegefachpersonen abhängig von ihren Kompetenzen; Wortwahl Heilkunde ist entfallen
§ 15 Abs. 1 SGB V	Ärztliche Behandlung, elektronische Gesundheitsakte; Ärztliche Behandlung wird von Ärzten erbracht so weit nicht nach Modellvorhaben § 63 Abs. 3c oder § 15a etwas anders bestimmt ist. Hilfeleistungen dürfen erbracht werden, wenn vom Arzt angeordnet und von ihm verantwortet.
§ 15a SGB V	Pflegerische Leistungen und heilkundliche Leistungen durch Pflegefachpersonen; „ärztliche Behandlung“
§ 112a SGB V	Eigenverantwortliche Erbringung von Leistungen durch Pflegefachpersonen im Rahmen der Krankenhausbehandlung; „ärztliche Leistungen im Krankenhaus“
§ 4a PflBG	Eigenverantwortliche Heilkundeausübung
§ 14a PflBG	Standardisierte Kompetenzzuschreibung für heilkundliche Aufgaben
Überschrift Abschnitt 2 PflBG	Vorbehaltene Aufgaben; eigenverantwortliche Heilkundeausübung
Änderung der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Pflegeberufe	„Kompetenzen für die eigenverantwortliche Wahrnehmung weiterer heilkundlicher Aufgaben“ statt „selbstständige und eigenverantwortliche Ausübung erweiterter heilkundlicher Tätigkeiten“

So ist in Bereichen des SGB V und des SGB XI die Wortwahl zur Heilkunde entfallen oder durch Beteiligung an der ärztlichen Behandlung ersetzt worden. Zwar ist im Bereich des PflBG und dessen Anlagen weiterhin teilweise von eigenverantwortlicher Heilkunde die Sprache, jedoch ist die Regelung des SGB als Grundsatznorm führend. Die Begründung stellt weiterhin eine Unterscheidung in Berufs- und Leistungsrecht dar. Die heilkundlichen Tätigkeiten im PflBG gingen demnach über „Leistungen ärztlicher Behandlung“ hinaus und stellen damit eine Ausnahme von der Regel dar.

Die Übertragung von heilkundlichen Aufgaben begrüßen wir grundsätzlich als wichtigen Beitrag zur Professionsentwicklung und als Weiterentwicklung der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung. Infolgedessen begrüßen wir die Umsetzung unserer Anregung und die Erweiterung der Vorbehaltsaufgaben im PflBG um § 4a eigenverantwortliche Heilkundeausübung.

Eine uneinheitliche Ausformulierung, wie sie im aktuellen Referentenentwurf vorliegt, ordnen wir jedoch sehr kritisch ein. Immerhin handelt es sich bei der pflegerischen Profession um einen u. a. heilkundlich handelnden Beruf, dessen Angehörige bereits über hinreichend Kompetenzen verfügen, erweiterte heilkundliche Aufgaben zu übernehmen. Die Pflegefachpersonen übernehmen dabei Prozessverantwortung und sind nicht als erweitertes Umfeld der ärztlichen Behandlung einzuordnen. Der vorliegende Entwurf festigt bereits bestehende Strukturen zur Delegation von ärztlichen Leistungen. Die befürworten wir ausdrücklich nicht. Wir fordern Substitution und ein Abbilden pflegerischer Leistungen auch im Leistungsrecht.

Wir setzen uns dafür ein (erweiterte) heilkundliche Aufgaben als solche zu benennen und leistungsrechtlich abzusichern. Weiterhin fordern wir, dass im Entwurf eine Klarstellung erfolgt, welche Leistungen heilkundlichen bzw. erweiterten heilkundlichen Leistungen zugerechnet werden können. Wir schlagen vor, im Gesetz unter Einbezug pflegeischer Expertise einen Prozess festzuschreiben, der die Erarbeitung einer Regelung über delegierte pflegerische Leistungen, pflegerische Leistungen bis hin zu erweiterten heilkundlichen Leistungen vorsieht.

Zum Scope-of-Practice:
Wir begrüßen ausdrücklich das Vorhaben, die konkrete Ausgestaltung der pflegerischen und heilkundlichen Leistungen auf wissenschaftlicher Grundlage zu erarbeiten und entsprechende wissenschaftliche Expertisen in Auftrag zu geben. Wir freuen uns darüber, dass die Ergänzung um die pflegewissenschaftliche Beteiligung auf- und angenommen wurde.
Diese Handlungskonzepte, bezeichnet als „Scope-of-Practice“, werden eine wichtige Basis schaffen für die weitere Ausgestaltung von Fort- und Weiterbildung sowie der Organisation pflegerischer Arbeit von Pflegefach- und Assistenzpersonen unterschiedlicher berufsfachlicher und/oder hochschulischer Kompetenzlevel. So können Pflegeassistenzpersonen delegierte Aufgaben übernehmen, Pflegefachpersonen hingegen steuern den gesamten Pflegeprozess, während Pflegefachpersonen mit Bachelor- oder Master-Qualifikation erweiterte heilkundliche Aufgabenfelder ausfüllen.

Insbesondere ist dabei der sektorenübergreifende Ansatz zwischen SGB XI und SGB V zu begrüßen. Die Trennung zwischen SGB XI und SGB V bildet auch unter Einbezug unterschiedlicher Qualifikationsniveaus pflegerische Handlungsfelder nicht ab. Professionelle Pflege findet in unterschiedlichsten Settings statt. Sie reicht unter anderem über stationäre Akut- und Langzeitpflege und psychiatrische bis hin zur pädiatrischen Versorgung. Ein ausschließlicher Bezug auf das SGB V wird der Setting-Vielfalt professioneller Pflege nicht gerecht, auch wenn alle Qualifikationsniveaus und Aufgabenfelder im Scope-of-Practice berücksichtigt werden.

Die Orientierung an sogenannten Kompetenzebenen schätzen wir kritisch ein, da diese Einzelfallentscheidungen begünstigt. Die Erfahrung von Pflegefachpersonen ist eine wertvolle und systemrelevante Ressource, die nicht zwangsläufig einer formalen Qualifikation gleicht. Wir fordern deshalb die Verknüpfung von Qualifikationsniveau, Berufserfahrung, Aufgabenfeld und Setting. Kombiniert mit einem durchlässigen System von Aus-, Fort- und Weiterbildung sowie tertiärer Qualifikationen entsteht so ein Handlungskonzept, welches ebenso eine Kompetenzorientierung ermöglicht, wie es auch formalen Qualifikationen gerecht wird.

Die Ebenen, die hier unterschieden werden sollten, orientieren sich an den von Benner (2017) [1]beschriebenen Stufen des Lernens und der Kompetenzentwicklung in der Pflege. Sie sind anhand folgender Qualifikationen zu differenzieren: Pflegefachassistenz mit staatlichem Abschluss gemäß PflfachassAPrV bzw. KrPflHiAPrV RP und AltenpflV RP (DQR 2), Pflegefachfrau / -mann mit dreijähriger Ausbildung gemäß PflBG (DQR 5 angestrebt) spezialisierte Pflegefachperson (Weiterbildung mit 300 Stunden Theorie plus weiterbildungsorientierten fachpraktischen Stundenumfang; DQR 5), fachweitergebildete Pflegefachperson (i.d.R. 2-jährige Weiterbildung mit 720 Stunden Theorie plus weiterbildungsorientierten fachpraktischen Stundenumfang; DQR 6 angestrebt), Pflegefachperson mit fachspezifischem Bachelorabschluss (DQR 6) und Pflegefachperson mit Masterabschluss (einschließlich ANP; DQR 7).
Damit wird eine wichtige Grundlage dafür geschaffen, dass die Ausübung der Heilkunde nicht am Klinikausgang endet, sondern eine vollumfängliche und sektorenübergreifende Versorgung in der professionellen Pflege möglich wird. Somit könnten auch Krankenhauseinweisungen von Pflegeheimbewohnenden vermieden werden, die nicht nur kostenintensiv, sondern für die Betroffenen auch sehr belastend sind. Zudem wird ein Beitrag zur Attraktivitätssteigerung der Langzeitpflege geleistet, indem die fachlichen Kompetenzen an die der Pflege im Krankenhaussetting angeglichen werden.

Wir begrüßen, dass akademische Qualifikationen berücksichtigt werden und im Kompetenzkatalog des besonderen Teiles im Referentenentwurf expliziert sind. Wir weisen aber auch ausdrücklich darauf hin, dass die Abbildung akademisch-pflegerischer Kompetenzen kein Zusatz in einem Scope-of-Practice sein darf, sondern zwingend eingeführt werden muss. Weiterhin ist der Scope-of-Practice nicht nur in der Begründung des Referentenentwurfes zu bezeichnen, sondern in den Gesetzestext aufzunehmen. Nur so kann eine Pflegepraxis auf dem aktuellen Stand der Wissenschaft stattfinden sowie Karrierewege in der Pflege ermöglicht werden.

Wie in der Veranstaltung am 30.04.2024 explizit besprochen, in der Stellungnahme vom 30.09.2024 erläutert und in unserem Schreiben vom 06.11.2024 bestärkt, ist es unbedingt notwendig, die Erarbeitung des Scope-of-Practice gemeinsam mit Bundespflegekammer e. V. und dem Deutscher Pflegerat (DPR) durchzuführen. Hierfür sind diese nicht nur als „maßgebliche Organisationen“ zu bezeichnen, sondern konkret zu nennen.

[1] Benner, P. (2017): *Stufen zu Pflegekompetenz: from novice to expert*. Bern: Hogrefe.

Im Einzelnen:
§ 5 neuer Abs. 1a SGB XI Prävention und zu § 20 SGB V Primäre Prävention und Gesundheitsförderung
Wir begrüßen nochmalig die geplanten Änderungen im SGB V und im SGB XI zur Prävention und unterstützen insbesondere das Vorhaben, Präventionsempfehlungen künftig auch von Pflegefachpersonen aussprechen zu lassen. Die verbleibende Ausweitung auf Pflegeberater*innen ordnen wir kritisch ein, sofern es um pflegerische Themenkreise geht. Wir fordern daher, dass Präventionsempfehlungen zu pflegefachlichen Themen ausschließlich von Pflegefachpersonen ausgesprochen werden dürfen.

Weiterhin sind pflegerische Präventionsempfehlungen auf das SGB XI begrenzt. Wir regen hiermit erneut an, das Aussprechen von Präventionsempfehlungen nicht auf das SGB XI zu beschränken, sondern stattdessen auch auf das SGB V auszuweiten. Dass Prävention eine zentrale pflegerische Aufgabe ist, hat der Gesetzgeber schon in § 5 Abs. 2 PflBG zum Ausdruck gebracht. Pflegerische Leistungen der Prävention leistungsrechtlich zu verankern, ist demnach ein folgerichtiger Schritt.

Darüber hinaus empfehlen wir vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung, die Präventionsleistungen durch Pflegefachpersonen bereits vor dem Eintreten der Pflegebedürftigkeit zu ermöglichen. Das Eintreten von Pflegebedürftigkeit anhand von Präventionsmaßnahmen möglichst lange hinauszuzögern, hat angesichts des Fachkräftemangels und der demografischen Entwicklung deutlich an Relevanz zugenommen. Prävention weiterzuentwickeln und zu fördern ist unserer Einschätzung nach ein wichtiger Entwicklungsschritt. In diesem Zusammenhang muss daher auch geprüft werden, inwieweit die praktische Ausbildung von Pflegefachpersonen folgerichtig auch in Rehabilitationskliniken erfolgen sollte.
Das Konzept der Prähabilitation geht davon aus, dass Patient*innen mit einer höheren präoperativen Funktionsfähigkeit einen chirurgischen Eingriff besser tolerieren werden. Pflegefachpersonen setzen prähabilitative Maßnahmen um, und trainieren Patient*innen, sich auf einen Eingriff vorzubereiten, indem ihre funktionelle Kapazität verbessert wird. Daraus folgt, dass das gewonnene Leistungsniveau nach der Operation nicht auf das untrainierte Niveau abfällt.

§ 7a SGB XI Pflegeberatung
Die Integration der Präventionsberatung in die Pflegeberatung nach §§ 7a und 7c SGB XI ermöglicht einen niedrigschwelligen Zugang für Menschen mit Pflegebedarf und deren Angehörige, was zu begrüßen ist.

Absatz 3
Diese Änderung unterstützen wir erneut, da eine Klarstellung erfolgt, dass Pflegeberatungen, die die Vorbehaltsaufgaben nach § 4 PflBG berühren, nur durch Pflegefachpersonen erbracht werden dürfen. Das Explizieren von § 4 PflBG unterstreicht nicht nur das Berufsrecht der Pflegefachpersonen, sondern sichert auch die Qualität der Pflegeberatung für den Menschen mit Pflegebedarf und seine Angehörigen.
Dennoch weisen wir darauf hin, dass für eine bedarfsgerechte Beratung eine an diesem Bedarf orientiert personelle Ausstattung bedarf.
Pflegestützpunkte benötigen also insbesondere vor diesem Hintergrund eine entsprechende Personaldecke. Wir fordern daher, die Empfehlung zur erforderlichen Anzahl, Qualifikation und Fortbildung von Pflegeberater*innen anzupassen.

Absatz 8
Die Möglichkeit für Pflegekassen, die Pflegeberatungen an Dritte zu übertragen (unter Beachtung der Neutralität und Unabhängigkeit) stellt den Zugang zu den Beratungsleistungen sicher und wird daher nochmalig begrüßt.

§ 8 SGB XI Gemeinsame Verantwortung
Absatz 3b
Nach wie vor begrüßen wir die Weiterentwicklung der ambulanten Pflegeversorgung und der einheitlichen Personalbemessung im langzeitpflegerischen Sektor auf Basis wissenschaftlicher Erkenntnisse. Wir befürworten auch, beim Personalbedarf die häusliche Versorgung in den Blick zu nehmen und dabei auf den Erfahrungen aus der stationären Langzeitpflege aufzubauen. Auch in der Häuslichkeit ist ein Zugang zu pflegerischer Prozessteuerung zu ermöglichen, auch wenn keine pflegerischen Leistungen, sondern lediglich allgemeine Betreuungsleistungen erbracht werden. Eine solche Versorgungsstruktur kann im Rahmen eines individuellen Case Managements abgebildet werden. Durch eine kommunale Verankerung können regionale Unterschiede berücksichtigt werden. Insgesamt empfehlen wir ein kommunales Care Management, welches durch Community Health Nurses (Pflegefachpersonen auf Masterniveau) durchgeführt wird.
Wir weisen darüber hinaus darauf hin, dass die Einrichtung eines Begleitgremiums und dessen finanzielle Absicherung sachdienlich sein kann. In der Erarbeitung von Richtlinien für die Personalbemessung und fachliche Weiterentwicklung sind die Landespflegekammern und Berufsverbände mit einzubeziehen.

Absatz 3c
Zur Heilkundeübertragung, die ebenso Thema dieses Abschnittes ist, haben wir uns bereits zu Beginn der Ausführungen positioniert. Wir regen darüber hinaus an, bei den maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf § 118a SGB XI zu verweisen.

Absatz 7
Wir befürworten die konsequente und multifokale Förderung von Konzepten und Dienstplangestaltungen zur Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf für Pflegefachpersonen. Dies muss alle pflegefachlichen Qualifikationslevel einbeziehen. Die eingängige Fokussetzung auf die Entlastung von Pflegefachpersonen begrüßen wir dabei ausdrücklich.
Auch befürworten wir die unter 8. genannte Förderung betrieblicher Maßnahmen zur Integration. Ergänzend möchten wir aber darauf hinweisen, dass die Hürden für die Integration von zugewanderten Pflegefachpersonen insbesondere im Anerkennungsverfahren liegen. Um Pflegefachpersonen das Ankommen zu erleichtern, braucht es vor den betrieblichen Integrationsmaßnahmen ein beschleunigtes Anerkennungsverfahren sowie ein adäquates Aufgabenprofil für ausländische Pflegefachpersonen mit akademischem Abschluss. Die Länder sind dementsprechend zu befähigen.

§ 9 Satz 2 SGB XI Aufgaben der Länder
Den Ländern die Möglichkeit zu geben, kommunale Pflegestrukturplanungen zu regeln, begrüßen wir. Pflegestrukturplanungen müssen flächendeckend durchgeführt werden, um strukturelle Bedarfe zur pflegerischen Versorgung zu identifizieren. Daraus sollen Investitionsförderungen folgen, um die identifizierten Bedarfe durch die Umsetzung geeigneter Maßnahmen finanzieren zu können.

Nicht aufgenommener § 10a Amt der oder des Beauftragten der Bundesregierung für Pflege
Die Landespflegekammern Rheinland-Pfalz und Nordrhein-Westfalen sind überrascht, dass die Einrichtung eines Amtes einer beauftragten Person für Pflegebedürftige nicht im vorliegenden Referentenentwurf aufgenommen ist. Eine bundesbeauftragte Person für Pflege gesetzlich zu verankern, würde die Wahrnehmung von Interessen der Menschen mit Pflegebedarf und deren Angehörigen stärken. Auch kann das Themenspektrum „Pflege" durch die beauftragte Person in die verschiedenen Ressorts wie Gesundheit, Familie, Arbeit und Soziales eingebracht und übergeordnet betrachtet werden.

§ 11 SGB XI Rechte und Pflichten der Pflegeeinrichtungen
Absatz 1
Die Pflichten der Pflegeeinrichtungen, um die Steuerung des Pflegeprozesses durch eine Pflegefachperson explizit zu erweitern, begrüßen und unterstützen wir. Dies stellt die Rolle und den Auftrag der Pflegefachpersonen und ihrer Vorbehaltsaufgaben im Rahmen der Pflegeversicherung klar. Wir möchten an dieser Stelle anregen, die Bedeutung des Pflegeprozesses noch stärker hervorzuheben. Aus unserer Sicht stellt der Pflegeprozess und seine Steuerung durch eine Pflegefachperson nicht nur eine Leistung dar, die beim Pflegen, Versorgen und Betreuen von Menschen mit Pflegebedarf „eingeschlossen" wird, sondern bildet überhaupt die Grundlage, die Pflege, Versorgung und Betreuung sicherzustellen.

Neuer Absatz 1a
Wir begrüßen, dass die Delegation zwischen Pflegefachpersonen und Pflegeassistenzpersonen sowie ungelernten Hilfskräften in einem ersten Schritt einrichtungsintern geklärt werden soll. Dies ist mit Hinblick auf die zunehmende Anzahl von Assistenz- und Hilfskräften und daraus resultierenden Fragestellungen (Wer darf was? Wer trägt die Verantwortung? Wer ist wem weisungsbefugt?) überfällig und notwendig. Aus unserer Sicht sollte in den Delegationskonzepten stets die Steuerungsverantwortung der Pflegefachperson gewürdigt werden, die nicht durch ein einrichtungsbezogenes Konzept eingeschränkt werden kann. Die Entscheidung ob und an wen eine Tätigkeit delegiert wird, sollte dabei stets bei der jeweils verantwortlichen Pflegefachperson liegen. Darüber hinaus regen wir an, langfristig einrichtungsübergreifende Rahmenempfehlungen zu erarbeiten, um eine größtmögliche Homogenisierung der Delegationsregelungen zu schaffen.

§ 15 SGB XI Ermittlung des Grades der Pflegebedürftigkeit, Begutachtungsinstrument
Neuer Absatz 8
Wir unterstützen das Vorhaben, das Begutachtungsinstrument weiterzuentwickeln. Berichte über eine hohe Anzahl an rechtmäßigen Widersprüchen gegen die Feststellung des Grades der Pflegebedürftigkeit, scheinen die Kritiker darin zu bestätigen, dass das Begutachtungsinstrument die Pflegebedarfe unzureichend abbildet. Daher sollte eine Weiterentwicklung und Anpassung nach der Überprüfung des Begutachtungsinstruments folgen. Bei dem aktuellen Begutachtungsinstrument ist insbesondere zu prüfen, ob die festgestellten pflegerischen Bedarfe mit den zur Verfügung gestellten Mitteln der Pflegeversicherung übereinstimmen. Dies ist nicht nur für die Berechnung des Pflegegeldes für die Pflegebedürftigen von Bedeutung, sondern darüber hinaus besonders für die Ableitung der Personalausstattung in vollstationären Pflegeeinrichtungen nach § 113c SGB XI relevant.

Neuer § 17a SGB XI Richtlinien zur Empfehlung von Pflegehilfsmitteln und Hilfsmittel nach § 40 Abs. 6 SGB XI

Wir unterstützen die Entwicklung von Richtlinien zur Empfehlung von Pflegehilfsmitteln und Hilfsmitteln. Richtlinien dienen der Klarheit und Rechtssicherheit. Auch die Benennung von Qualifikationsniveaus befürworten wir. Im vorliegenden Gesetzesentwurf sind wirtschaftliche Aspekte aufgenommen worden. Wir weisen darauf hin, dass Wirtschaftlichkeitsaspekte vor dem Hintergrund einzuordnen sind, dass eine Verordnung von Hilfsmitteln durch Pflegefachpersonen die Anzahl an Verordnungen erhöhen kann. Dies steigert aber die Versorgungsqualität bei gleichzeitiger Kostensenkung durch die Reduktion von Verordnungen, die nicht den tatschlichen Versorgungsbedarfen entsprechen und bislang von Personen ohne pflegefachliche Expertise erstellt wurden.

§ 18e Abs. 6 SGB XI Weiterentwicklung des Verfahrens zur Begutachtung durch Modellvorhaben, Studien und wissenschaftlichen Expertisen

Die Einschätzung von Pflegebedürftigkeit ist im Sinne einer Feststellung des Pflegebedarfs originäre pflegerische Aufgabe. In § 4 Abs. 2 Nr. 1 PflBG wird das Feststellen des Pflegebedarfs als vorbehaltene Aufgabe von Pflegefachpersonen festgelegt. Der Bedarf eines Modellprojektes ist daher aus unserer Perspektive nicht weitergegeben und steht im Konflikt zur gesetzlichen Grundlage, die man in § 4 PflBG geschaffen hat. Während ein Modellstatus auch als Misstrauen gegenüber der Berufsgruppe und Ihrer Expertise interpretiert werden kann, könnten sich durch die Übertragung der Begutachtung eine Ressourcenersparnis ergeben, die zur Finanzierung anderer Leistungen verwendet werden kann. Eine Finanzierung der Begutachtung sowie der erforderlichen Dokumentation durch Pflegefachpersonen ist demgegenüber zu refinanzieren.

§ 28 SGB XI Leistungsarten, Grundsätze

Wir begrüßen die Förderung von Wohngruppen. Jedoch ist die Möglichkeit den Sachleistungsbetrag umwandeln zu können entfallen. Dies kritisieren wir sehr, da gerade diese Wandlungsmöglichkeit den Pflegebedürftigen und ihren An- und Zugehörigen mehr Flexibilität in der Inanspruchnahme von Leistungen und der Organisation der pflegerischen Versorgung böte. Wir äußern uns untenstehend weiter dazu.

§ 37 SGB XI Pflegegeld und selbst beschaffte Pflegesachleistungen

Neuer Absatz 3 und 3a

Die Erweiterung der Beratungsleistung bei der selbst organisierten häuslichen Versorgung stellt aus unserer Sicht eine sinnvolle Ergänzung dar, die wir ausdrücklich begrüßen.

§ 40 Abs. 6 SGB XI Pflegehilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen

Wir unterstützen die Fortentwicklung dieser Regelung, die sich unserer Ansicht nach bislang bewährt hat. Der Katalog für die Empfehlung von Pflegehilfsmitteln und Hilfsmitteln wird erweitert, was die Versorgungspraxis verbessert und den Pflegebedürftigen zugutekommt. Wir fordern dabei langfristig, den Empfehlungen von Pflegefachpersonen den gleichen Verordnungscharakter ärztlicher Verordnungen zu verleihen.

§ 40a Abs. 1a SGB XI Digitale Pflegeanwendungen

Wir halten die Regelungen für sinnvoll, da sie als Unterstützung von pflegenden An- und Zugehörigen sowie ehrenamtlichen Helfenden auch den Menschen mit Pflegebedarf zugutekommt.

§ 44a SGB XI Zusätzliche Leistungen bei Pflegezeit und kurzzeitiger Arbeitsverhinderung und § 2 PflegeZG Kurzzeitige Arbeitsverhinderung

Wir begrüßen bei diesem Vorstoß, dass die Bescheinigung der Pflegebedürftigkeit und die Erforderlichkeit der kurzzeitigen Arbeitsfreistellung auch von Pflegefachpersonen ausgestellt werden können und die pflegefachliche Expertise hier Berücksichtigung findet. Dies erleichtert es auch pflegenden Angehörigen, schneller die erforderlichen Ansprüche nach dem Pflegezeitgesetz zu beantragen. Die entsprechende Refinanzierung ist auch für Pflegefachpersonen sicherzustellen.

Neue Regelungen §45 c-h

Grundsätzlich begrüßen wir die Weiterentwicklung im ambulanten und teilstationären sowie häuslichen Versorgungsbereich u. a. auch in Wohngemeinschaften. Im Referentenentwurf zum Pflegestärkungsgesetz vom 03.09.2024 sind auch Änderungen im SGB XI enthalten gewesen, die die Unterstützung und das Empowerment von Menschen mit Pflegebedarf, ihren pflegenden Angehörigen sowie weiteren ehrenamtlich Helfenden zum Ziel gehabt haben. Diese Regelungen sind im vorliegenden Entwurf umstrukturiert und geändert worden.

So fehlt im vorliegenden Entwurf der vormalige § 45f (Referentenentwurf vom 03.09.2024) zur Erhöhung und Umwandlung von Sachleistungsbeiträgen in Entlastungsleistungen, welcher im gültigen § 45a SG XI ebenso geregelt ist, hier jedoch nur mit 40 %. Diese Umwandlung stellt für pflegebedürftige Personen und deren Angehörige eine relevante Finanzierungsstruktur dar, die in der ursprünglichen Reform ausgebaut worden wäre. Die Landespflegekammer Rheinland-Pfalz und die Pflegekammer Nordrhein-Westfalen machen sich hiermit ausdrücklich für eine Wiederaufnahme und Erhöhung der Umwandlung von Sachleistungseiträgen in Entlastungsleistungen stark. Denn die pflegerische Versorgung der Bevölkerung ist durch die Leistungen der professionell Pflegenden allein nicht sicherzustellen. Die Entlastung von pflegenden Angehörigen, die in der häuslichen Versorgung mehr als 80% der erforderlichen Pflegeleistungen erbringen, ist ein wichtiger Beitrag zur Sicherstellung der pflegerischen Versorgung der Bevölkerung.

Gleiches gilt für die Finanzierung von Tagesbetreuungen. Bisher können Pflegebedürftige den Besuch einer Tagesbetreuung nur durch Entlastungsleistungen und die Verhinderungspflege finanzieren. Diese Gelder werden allerdings in der Regel für Unterstützungsleistungen zu Hause benötigt. Der Referentenentwurf aus September 2024 sah hier eine immense Verbesserung dahingehend vor, dass die Gelder für teilstationäre Einrichtungen auch für den Besuch von Tagesbetreuungen umwandelbar gewesen wären. Die Tagesbetreuung ist für Personen ohne höhere pflegerische Bedarfe am Tag geeignet. Sie erhalten dort aktivierende Angebote, pflegen soziale Kontakte und erfahren Teilhabe. Gleichzeitig müssen sie nicht familiär begleitet werden. Tagesbetreuungen entlasten somit ebenso pflegende Angehörige und wie das Gesamtsystem.

Die Landespflegekammer Rheinland-Pfalz und die Pflegekammer Nordrhein-Westfalen unterstreichen die Wichtigkeit der Entlastung für pflegende Angerhörige und legen eine Wiederaufnahme der Reformen zu § 45f und g (Referentenentwurf vom 03.09.2024) nahe, die eine Erhöhung der Umwandlung von Sachleistungsbeiträgen in Entlastungsleistungen ermöglichen sowie die Finanzierung von Tagesbetreuungseinrichtungen durch die Gelder der teilstationären Pflege sicherstellen.

§ 72 Zulassung zur Pflege durch Versorgungsvertrag
Neuer Absatz 1a
Wir empfehlen, dass Versorgungsverträge, die über die Pflegestrukturplanung hinausgehen, gesondert zu begründen sind, um eine Überversorgung zum Schaden Aller zu vermeiden, da dies zu einer Instabilisierung der Anbieter vor Ort führt. Durchgeführte Pflegestrukturplanungen sollten genutzt werden.

Neuer Absatz 2a
Grundsätzlich begrüßen wir, dass Strukturen auf Erweiterung geprüft werden, um die Versorgung zu sichern. Nicht-anlassbezogene Prüfungen lehnen wir jedoch ab, denn inwieweit die Einrichtung von Tages- oder Nachtpflege sinnvoll ist, ist einrichtungsabhängig. Dementsprechend sind die Einrichtungen zur Umsetzbarkeit der Prüfungen miteinzubeziehen.

Neuer § 73a SGB XI Sicherstellung der pflegerischen Versorgung
Wir begrüßen diese Regelung, erweitern diese aber noch um einen eigenen Vorschlag, mit dem Ziel die pflegerische Expertise stärker einzubinden. Wir schlagen vor, dass die Bewohnenden und Ihre An- und Zugehörigen auf Sicherheitsmängel und Beeinträchtigungen in der Versorgung hingewiesen werden müssen. Zudem sollten Vorkehrungen geschaffen werden, die das Haftungsrisiko für Pflegefachpersonen in diesen Situationen minimieren und ihnen größtmögliche Rechtssicherheit bei der Steuerung des Pflegeprozesses geben. Pflegefachpersonen, die unter wesentlichen Beeinträchtigungen die Versorgung mit den ihnen zur Verfügung stehenden Ressourcen versuchen sicherzustellen, sollen nicht einem unangemessenen Haftungsrisiko in diesen kritischen Situationen ausgesetzt werden. Zudem sollte die Pflegedienstleitung (bzw. die verantwortliche Pflegefachperson nach § 71 SGB XI) eine Einschätzung darüber abgeben, in welchem Maß die Versorgungsqualität der Bewohnenden gefährdet ist. Ist diese erheblich gefährdet, müssen die Betroffenen anderweitig versorgt oder, soweit möglich, weitere Schutzmaßnahmen ergriffen werden. Grundsätzlich sollten Einschränkungen und Qualitätseinbußen durch geeignete Maßnahmen von vornherein vermieden werden.

Neuer § 86a SGB XI Verfahrensleitlinien für die Vergütungsverhandlungen und -vereinbarungen
Wir empfehlen, dass die Pflegesatzanträge innerhalb von sechs Wochen zu verhandeln sind. Kommt die Verhandlung nicht binnen sechs Wochen zustande, sollten die beantragten Leistungen gewährt werden, bis die Verhandlungen abgeschlossen sind. Damit sollen Liquiditätsengpässe durch zu späte und verzögerte Zahlungen vermieden werden, die nicht zuletzt auch die Versorgungssicherheit gefährden.

§ 113 SG XI Vereinbarung zur Qualitätssicherung
Wir begrüßen die Erarbeitung von Vereinbarungen zur Qualitätssicherung. Insbesondere begrüßen wir die neu eingefügten Regelungen zur Dokumentation in elektronischer Form, die ebenso den Dokumentationsaufwand einbeziehen.

§ 113c SGB XI Personalbemessung in vollstationären Einrichtungen
Absatz 2
Wir begrüßen, dass hochschulisch ausgebildete Pflegefachpersonen für die unmittelbare Pflegeversorgung zusätzlich und über die geltenden Personalanhaltswerte hinaus vorgehalten werden können. Dies ist ein wichtiger Schritt für eine wissenschaftlich fundierte Pflegepraxis in der stationären Langzeitpflege und wird zu einem verbesserten Theorie-Praxis-Transfer beitragen. Die Versorgung von Menschen mit Pflegebedarf wird so auf eine aktuelle wissenschaftliche Basis gestellt und verbessert.

Absatz 3
Wir unterstützen die in diesem Absatz geplanten Änderungen als Entlastungsmaßnahmen. Stationsassistent*innen können einzelne Aufgaben übernehmen und damit die Pflegefachpersonen entlasten. Ein zielgerichteter Einsatz der Pflegefachpersonen kann somit verbessert werden. Wir bekräftigen aber, dass diese zusätzlich zu den geltenden Personalanhaltszahlen vorzuhalten sind und mindestens über eine einjährige Ausbildung verfügen müssen, da die Pflegefachperson die Delegation einzelner Aufgaben verantworten muss.

Die Landespflegekammer Rheinland-Pfalz und die Pflegekammer Nordrhein-Westfalen unterstreichen, dass nachfolgend genannte Assistenzpersonen personell stets zusätzlich zur geplanten Fachkräfteausstattung gewertet werden sollen, damit nicht indirekt die Fachkraftquote abgesenkt wird. Die zusätzliche Wertung betrifft insbesondere die in Absatz 3 zuerst genannten Gruppen: Personen die sich in der berufsbegleitenden Ausbildung befinden und internationale Pflegefachpersonen in Anpassungslehrgängen. Damit ebendiese Personen adäquate Lernmöglichkeiten erhalten, braucht es als Basis ausreichend viele verfügbare Pflegefachpersonen. Wir begrüßen die Übergangsregelung zur Nachqualifizierung von Personal. Auf diese Weise können erfahrene Personen zu qualifizierten Pflegefachassistenzpersonen ausgebildet werden und bleiben dem System erhalten.

Absatz 5
Diese Änderungen finden nur unsere eingeschränkte Zustimmung. Grundsätzlich ist es zu begrüßen, dass auch Fachkräfte anderer Fachrichtungen (insbesondere aus dem Gesundheitsbereich) in Pflegeeinrichtungen tätig sind, um auf individuelle Bedarfe der Bewohnenden einzugehen (z.B. im Rahmen der Bewegungs- oder Kognitionsförderung). Wir verweisen jedoch darauf, dass die Dienste so zu besetzen sind, dass die fachgerechte Durchführung der pflegerischen Vorbehaltsaufgaben inklusive der Überwachung und Anleitung von Pflegeassistenz- und ungelernten Hilfskräften sowie des nicht pflegerischen Personals bei der Übertragung der geplanten Pflegemaßnahmen sichergestellt ist. Wir weisen in diesem Zusammenhang darauf hin, dass sich mit jeder pflegefachfremden Person als Ersatz für eine nicht vorhandene Pflegefachperson die Belastung der verbleibenden Pflegefachpersonen, deren Quote ohnehin schon durch Anwendung des § 113c SGB XI abgesenkt wird, deutlich erhöht. So müssen die verbleibenden Pflegefachpersonen u.a. auch weniger attraktive Dienstzeiten vermehrt abdecken, was insbesondere der Vereinbarkeit von Familie und Beruf sowie einer akzeptierten Work-Life-Balance zuwiderläuft.
Eine Klarstellung, dass fachfremde Berufsgruppen ausschließlich unter der Verantwortung der Pflegefachpersonen tätig sind, ist erforderlich. Das Vorhalten zusätzlicher Fachkräfte anderer Berufsgruppen soll nicht dazu führen, dass die ohnehin schon verringerte Anzahl an Pflegefachpersonen noch weiter verringert wird.

Absatz 9
Wir begrüßen diesen Vorschlag. Die geplante Geschäftsstelle wird einen wichtigen Beitrag leisten, die Wahrnehmung von Vorbehaltsaufgaben in der Berufsgruppe voranzubringen und wird zur Rechtssicherheit der Pflegefachpersonen beitragen.

Neuer § 118a SGB XI Maßgebliche Organisation der Pflegeberufe auf Bundesebene, Verordnungsermächtigung
Die Einbindung und Organisation der Interessensvertretung des Pflegeberufs ist zu begrüßen. Leider wird an dieser Stelle noch keine der maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe genannt. Wir weisen darauf hin, dass sowohl berufsständische und berufsverbandliche Organisationen eingebunden werden müssen.

Der Bundespflegekammer e. V. sollte dabei eine ihrer Mitgliederstärke angemessene Einflussmöglichkeit eingeräumt werden. Die Bundespflegekammer vertritt mit den zwei bestehenden Landespflegekammern bislang mehr als 280.000 Pflegefachpersonen, also mindestens viermal so viele wie die anderen Berufsorganisationen zusammen. Aus unserem Demokratieverständnis heraus erwarten wir, dass die Bundespflegekammer e. V. als maßgebliche Organisation auf Bundesebene anzusehen ist. Die hohe Anzahl von in Kammern organisierten Pflegefachpersonen gebietet eine umfassenden Interessensvertretung auf Bundesebene. Zudem erwarten wir, dass die Bundespflegekammer bei der Entwicklung der Rechtsverordnung beteiligt wird.

Die Absicht, die Interessensvertretung des Pflegeberufs mit seiner Vielzahl an Verbänden und Organisationen auf Bundesebene zu vereinheitlichen, zu bündeln und an den verschiedenen Aufgaben des Fünften und Elften Buches zu beteiligen, schätzen wir sehr. Als originäre Mitglieder der Bundespflegekammer sehen wir uns ebenfalls als maßgebliche, entsprechend zu berücksichtigende Pflegeorganisation auf der Bundesebene.

§123 SGB XI
Absatz 1
Wir begrüßen die Unterstützung von Modellprojekten zur Unterstützung pflegender Angehöriger und Versorgungsstrukturen im Quartier, deren Nutzennachweis bereits hinreichend belegt ist. Eine Überführung in die Regelversorgung sehen somit als geboten an. So kann beispielsweise eine akademisch qualifizierte Pflegefachperson auf Community-Level, die unter 1.-8. genannten Aspekte positiv beeinflussen. Wir empfehlen daher die Steuerungsverantwortung von akademisch qualifizierten Pflegefachpersonen in die Regelversorgung zu überführen.

Neuer § 125 a SGB XI Modellvorhaben zur Erprobung von Telepflege
Wir begrüßen dieses Vorhaben, da ein weiterer Zugang zur pflegerischen Versorgung ermöglicht wird, der nicht zuletzt Menschen mit Pflegebedarf und ihren An- und Zugehörigen im ländlichen Raum den Kontakt zu einer Pflegefachperson ermöglicht.

Neuer § 125 c Modellvorhaben zur Erprobung digitaler Verhandlungen der Pflegevergütung
Auch diesen Vorstoß begrüßen wir als weiteren Schritt zur fortschreitenden Digitalisierung im Gesundheitswesen und als eine Erleichterung für die Einrichtungen bei der Aushandlung der Pflegevergütung.

Neuer § 125d Modellvorhaben zur Erprobung der Flexibilisierung der Leistungserbringung stationärer Pflegeeinrichtungen
Wir ordnen den dauerhaften Einbezug von pflegenden Angehörigen in die vollstationäre Versorgung und die Abwahlmöglichkeiten professionell erbrachter Leistungen nach § 43 kritisch ein. Der übergeordnete Einbezug von An- und Zugehörigen bei der pflegerischen Versorgung, war und ist fester Bestandteil einer guten professionellen Pflege und ist auch Teil der Ausbildung, wie im Pflegeberufegesetz unter § 5 Abs. 3 dargelegt.

Wir möchten das hervorheben, weil Menschen mit Pflegebedarf in aller Regel nicht isoliert sind, sondern in ein Netz aus Beziehungen eingebunden sind. Der Einbezug von Bezugspersonen in die Versorgung ist wichtig, um den Menschen mit Pflegebedarf bei der Gestaltung und Aufrechterhaltung seiner Beziehungen zu unterstützen und An- und Zugehörige bei der Bewältigung von Pflegesituatio-

nen zu begleiten. Nicht zuletzt ist der Einbezug wesentlich, um den lebensweltlichen Bezug sicherzustellen und sensibel auf kulturelle und biographische Besonderheiten (z.B. Migrationsgeschichte) einzugehen. Kurz: Bezugspersonen in die pflegerische Versorgung miteinzubeziehen ist zu jeder Phase der pflegerischen Versorgung (sowohl im Rahmen des Pflegeprozesses, aber auch im Rahmen von Prävention, Kuration, Rehabilitation und Palliation) eine wichtige Aufgabe professioneller Pflege, sowohl zu Hause als auch in Kliniken und Pflegeeinrichtungen und sollte ermöglicht und gefördert werden.

An- und Zugehörige sind wichtig, um sowohl kurz- als auch langfristige Pflegebedarfe zu bewältigen und dabei die individuelle Lebenssituationen, soziale, kulturelle und religiöse Hintergründe, aber auch sexuelle Orientierung zu berücksichtigen. Aus diesem Grund sehen wir die angedachten Modellvorhaben kritisch, bei denen der Einbezug von An- und Zugehörigen nicht in diesem Sinne gedacht wird, sondern, wie in der Begründung dargelegt, als Ressource zur „Effizienzsteigerung“ sowie „Personaleinsparungen für die Einrichtungen und entsprechende Kostenreduzierungen für die Pflegebedürftigen“. Schon jetzt werden Menschen mit Pflegebedarf, solange es möglich ist, von An- und Zugehörigen versorgt und verzichten dabei auf fachliche Begleitung durch ambulante Pflegedienste, um Kosten zu sparen (das Pflegegeld reduziert sich, wenn Sachleistungen in Anspruch genommen werden). Dies führt sehr häufig zu einer körperlichen, psychischen und finanziellen Überlastung der An- und Zugehörigen. Der Einzug ins Pflegeheim erfolgt sehr häufig, wenn pflegende An- und Zugehörige gesundheitlich oder zeitlich nicht mehr in der Lage sind, die Versorgung zu gewährleisten. Weiterhin stellen sich nachgeordnete Fragen, wie zu verfahren ist, wenn nach Abwahl von Leistungen pflegende Angehörige ebenso wenig über Versorgungskapazitäten verfügen. Deshalb setzen wir uns dafür ein, die stationäre Langzeitpflege im Sinne einer professionellen pflegerischen Versorgung gemeinsam mit den pflegenden Angehörigen zu gestalten - als Partner, nicht zur Verbesserung der Personalsituation.

Neuer §146 Übergangsregelung zur Versorgung von pflegebedürftigen Mitgliedern geistlicher Genossenschaften, Diakonissen und ähnlichen Personen in ordensinterner Pflege
Wir begrüßen, dass auch Genossenschafts- und Ordensangehörige pflegerisch versorgt werden, denn sie haben, wie die Gesamtbevölkerung, einen Anspruch auf pflegerische Versorgung. Die Regelung trägt der gemeinschaftlichen Versorgung Rechnung, die der Angehörigenbegleitung zuzurechnen ist.

Neuer § 73d SGB V Eigenverantwortliche Erbringung von Leistungen durch Pflegefachpersonen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung; selbständige Verordnung häuslicher Krankenpflege durch Pflegefachpersonen, Evaluation
Grundsätzlich begrüßen wir, dass ein Katalog an erweiterten heilkundlichen Leistungen sowie den Leistungen im Rahmen der häuslichen Krankenpflege entwickelt wird. Die vorliegende Formulierung des § 73d nehmen wir im Vergleich zum Vorentwurf als drastischen Rückschritt der pflegeberuflichen Entwicklung und der gesellschaftlichen Nutzung pflegefachlicher Expertise wahr. Wir sehen es sehr kritisch, dass dieser Katalog in erster Linie von fachfremden Instanzen, nämlich Kostenträgern, Kassenärzten sowie Einrichtungsträgern entwickelt werden soll und den maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe lediglich Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben ist. Eine maßgebliche Beteiligung pflegefachlicher Expertise bei der Erstellung ist unabdingbar.

Darüber hinaus wird die Erbringung (erweiterter) heilkundlicher Leistungen lediglich im Rahmen eines Angestelltenverhältnisses in Arztpraxen, Medizinischen Versorgungszentren bzw. ambulanter/stationärer Pflegeeinrichtung betrachtet. Dies stellt eine ungerechtfertigte Einschränkung der

Ausübung des Heilberufs Pflege dar. Kein anderer Beruf, der in einem der Heilberufegesetze der Länder geregeltem ist, erfährt eine Einschränkung seiner Berufsausübung. Wir plädieren deshalb dringend dafür, Pflegefachpersonen die Möglichkeit zur freiberuflichen Leistungserbringung zu geben, beispielsweise in Form von „Pflegepraxen“, wie es in anderen europäischen Staaten üblich ist.

Neuer § 112a Eigenverantwortliche Erbringung von Leistungen durch Pflegefachpersonen im Rahmen der Krankenhausbehandlung
Wir begrüßen die Katalogvereinbarung zu Leistungen von Pflegefachpersonen im Krankenhaus, sie überführt eine Versorgungsrealität in einen rechtssicheren Raum und verschafft Pflegefachpersonen Rechtssicherheit. Wie bei der Ausübung heilkundlicher Tätigkeiten lehnen wir die Bezeichnung als „Eigenverantwortliche Erbringung von Leistungen der ärztlichen Behandlung“ grundlegend ab.

§ 132a Abs. 1 SGB V Versorgung mit häuslicher Krankenpflege
Grundsätzlich begrüßen wir den Einschluss der Pflegeprozesssteuerung in die Rahmenempfehlungen zur Häuslichen Krankenpflege. Wir regen weiterhin die Beteiligung der Bundespflegekammer und der weiteren maßgeblichen Organisationen nach § 118a SGB XI bei der Erstellung der Rahmenempfehlungen an, um die Einbindung pflegefachlicher Expertise zu sichern.
Ähnlich wie bei der Verordnung von Hilfsmitteln (siehe Anmerkung zu § 40 Abs. 6 SGB XI), fordern wir ein primäres Verordnungsrecht für häusliche Krankenpflege und nicht nur die Weiterführung einer bereits durch einen Arzt erfolgten Verordnung.

§ 4 PflBG Vorbehaltene Aufgaben
Wir begrüßen die Änderung in „Vorbehaltene Aufgaben“, da dies klarstellt, dass es sich bei diesen Schritten des Pflegeprozesses nicht um einzelne Tätigkeiten handelt, sondern um komplexe Aufgaben, die mehrere Tätigkeiten umfassen. Ein Aspekt, der bei Veröffentlichung des Gesetzes in der Fachliteratur auch immer wieder zur Diskussion gestellt wurde.

Absatz 1
Wir befürworten ausdrücklich die Verdeutlichung der Pflegeprozessverantwortung. Somit wird der steuernden Prozesshaftigkeit und der planerischen Handlung von Pflegefachpersonen Rechnung getragen.

Absatz 2
Auch begrüßen wir die Ergänzung der „Planung der Pflege“ in den Vorbehaltsaufgaben. Damit wird einerseits klargestellt, dass die pflegerische Planung Teil des Pflegeprozesses ist. Weiter wird klargestellt, dass die Planung als pflegerische Aufgabe den Pflegefachpersonen vorbehalten sein muss. Damit wird eine Rechtsunsicherheit abgewendet, die seit Jahren in der Fachöffentlichkeit diskutiert wurde.