

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

Bundesministerium für Gesundheit  
Mauerstraße 29  
10117 Berlin

- via E-Mail an [Pflegereformgesetz-Verbaende@bmg.bund.de](mailto:Pflegereformgesetz-Verbaende@bmg.bund.de) -

**Bundespflegekammer e.V.**

Alt-Moabit 91

10559 Berlin

Tel.: 030 2191 5770

[info@bundespflegekammer.de](mailto:info@bundespflegekammer.de)

## **Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Pflegekompetenz (Pflegekompetenzgesetz – PKG)**

30. September 2024

### **Im Allgemeinen**

Die Bundespflegekammer begrüßt den vorliegenden Referentenentwurf, als einen überfälligen und wichtigen Schritt den Pflegeberuf und die pflegerische Versorgung in Deutschland weiterzuentwickeln. Um der steigenden Nachfrage nach medizinischen und pflegerischen Leistungen, bei gleichzeitig bestehendem Fachkräftemangel in der Pflege und zunehmenden Kostendruck der Kranken- und Pflegeversicherung auf der einen und den Krankenhäusern, ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen auf der anderen Seite, angemessen begegnen zu können, muss der Pflegeberuf neu gedacht werden.

Der vorliegende Gesetzesentwurf stößt Entwicklungen an, die essenziell für die Weiterentwicklung und nachhaltige Stabilisierung des Pflegeberufes sind. So wird erstmals die Befähigung von Pflegefachpersonen zur eigenverantwortlichen Erbringung heilkundlicher und erweiterter heilkundlicher Tätigkeiten eingeräumt und im Leistungsrecht abgebildet. Auch wird an mehreren Stellen die zentrale Bedeutung der Steuerungsverantwortung des Pflegeprozesses durch eine Pflegefachperson verankert. Darüber hinaus wird nun die offizielle Berufsbezeichnung „Pflegefachperson“ in anderen relevanten Gesetzen verwendet. Dies würdigt nicht nur die Reformen und Weiterentwicklungen des Pflegeberufes der letzten Jahre, sondern wird mit zunehmender Ausdifferenzierung der Heil- und Gesundheitsfachberufe sowie neuer Berufsbezeichnungen Missverständnissen vorbeugen.

Die Absicht, die Interessensvertretung des Pflegeberufes mit seiner Vielzahl an Verbänden und Organisationen auf Bundesebene zu vereinheitlichen und zu bündeln und an den verschiedenen Aufgaben des Fünften und Elften Buches zu beteiligen, schätzen wir sehr. Als Bundespflegekammer mit einem Vertretungsumfang von derzeit mehr als 280.000 Mitgliedern sehen wir uns ebenfalls als maßgebliche, entsprechend zu berücksichtigende Pflegeorganisation auf der Bundesebene.

Neben der Neuregelung der Befugnisse für Pflegefachpersonen finden sich im vorliegenden Referentenentwurf auch Änderungen im SGB XI, die die Unterstützung und Empowerment von Menschen mit Pflegebedarf, ihren pflegenden Angehörigen sowie weiteren ehrenamtlich Helfenden zum Ziel haben. Diese Anpassungen sind inhaltlich selbstverständlich zu begrüßen, auch wenn diese kaum Berührungspunkte mit dem Kernthema des Entwurfs, der Pflegekompetenz, haben.

Die aktuell vorliegenden Gesetzesänderungen können nur erste Schritte darstellen, die es weiterentwickeln gilt, um eine moderne pflegerische Versorgung in Deutschland zu gewährleisten und internationalen Anschluss wiederherzustellen.

## Im Einzelnen

### **§ 5 SGB XI Prävention und zu § 20 SGB V Primäre Prävention und Gesundheitsförderung**

Wir begrüßen 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. Hierbei möchten wir anregen das Aussprechen von Präventionsempfehlungen nicht nur 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. Die Integration der Präventionsberatung in die Pflegeberatung nach § 7a und 7c SGB XI ermöglicht einen niedrigschwelligen Zugang für Menschen mit Pflegebedarf und deren Angehörige. Dies setzt allerdings voraus, dass die Pflegestützpunkte mit ausreichend Pflegefachpersonen ausgestattet sind, um eine mit Hinblick auf pflegerische Bedarfe fokussierte Beratung gewährleisten zu können. Hierauf ist insbesondere zu achten, wenn die Beratung im Rahmen der Vorbehaltsaufgaben nach § 4 PflBG erfolgt.

Eine Präventions- und Rehabilitationsempfehlungen zu erstellen sowie deren Unterlegung mit konkreten Maßnahmen begrüßen wir. Wir empfehlen darüber hinaus, die Durchführung und Evaluation eben dieser Maßnahmen in der Gesetzgebung zu explizieren, um eine anschließende Qualitätsprüfung zu erleichtern.

Darüber hinaus empfehlen wir vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung, die Präventionsleistungen durch Pflegefachpersonen vor dem Eintreten der Pflegebedürftigkeit zu ermöglichen. Hier möchten wir beispielhaft auf das Landesangebot Gemeindegeschwister<sup>plus</sup> in Rheinland-Pfalz verweisen, das einen präventiven und aufsuchenden Ansatz (in Form von Hausbesuchen) verfolgt, um die Selbständigkeit hochbetagter Menschen so lange wie möglich zu erhalten und Pflegebedürftigkeit durch gezielte Interventionen zu vermeiden bzw. hinauszuzögern. Ein ähnliches Konzept wird in Dänemark umgesetzt, dort werden ebenfalls präventive Hausbesuche durch Pflegefachpersonen altersungebunden und vor dem Eintreten von Pflegebedürftigkeit und gesundheitlichen Einschränkungen durchgeführt.

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 Meinung ein wichtiger Entwicklungsschritt. In diesem Zusammenhang bitten wir darum zu prüfen, inwieweit die praktische Ausbildung von Pflegefachpersonen folgerichtig auch in Rehabilitationskliniken erfolgen sollte.

Das Konzept der Prehabilitation geht davon aus, dass PatientInnen mit einer höheren präoperativen Funktionsfähigkeit einen chirurgischen Eingriff besser tolerieren werden. Pflegefachpersonen setzen prehabilitative Maßnahmen um, und trainieren PatientInnen, 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 SBXI Pflegeberatung**

### *Absatz 3*

Diese Änderung unterstützen wir vollumfänglich, da eine Klarstellung erfolgt, dass Pflegeberatungen, die die Vorbehaltsaufgaben nach § 4 PflBG berühren, nur durch Pflegefachpersonen erbracht werden dürfen. Dies unterstreicht nicht nur das Beruferecht der Pflegefachpersonen, sondern sichert auch die Qualität der Pflegeberatung für den Menschen mit Pflegebedarf und seine Angehörigen.

### *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 begrüßt.

## **§ 8 SGB XI Gemeinsame Verantwortung**

### *Absatz 3b*

Wir begrüßen die Weiterentwicklung der ambulanten Pflegeversorgung und der einheitlichen Personalbemessung in diesem Sektor auf Basis wissenschaftlicher Erkenntnisse. Durch die Erarbeitung von Zukunftsszenarien werden fundierte Entscheidungen auf unterschiedlichen Ebenen möglich sein.

### *Neuer Absatz 3c*

Wir begrüßen das Vorhaben, die konkrete Ausgestaltung der pflegerischen und heilkundlichen Leistungen auf wissenschaftlicher Grundlage zu erarbeiten und entsprechende wissenschaftliche Expertisen in Auftrag zu geben. Diese werden eine wichtige Basis schaffen für die weitere Ausgestaltung von Fort- und Weiterbildung sowie der Organisation pflegerischer Arbeit mit Pflegefachpersonen und Assistenzpersonen unterschiedlicher Qualifikationsniveaus. So können Pflegeassistentenpersonnen delegierte Aufgaben übernehmen, Pflegefachpersonen steuern den Pflegeprozess bis hin dazu, dass Pflegefachpersonen mit Master-Qualifikation erweiterte heilkundliche Aufgabenfelder ausfüllen.

Insbesondere ein sektorenübergreifender Ansatz zwischen SGB XI und SGB V ist dabei 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 Versorgung bis hin zur pädiatrischen Versorgung. Ein ausschließlicher Bezug auf das SGB V wird der Setting-Gebundenheit professioneller Pflege nicht gerecht, auch falls alle Qualifikationsniveaus und Aufgabenfelder im Scope of Practice berücksichtigt werden. Deshalb fordern wir die Abbildung von Kompetenzlevel, Aufgabenfeld und Setting für die Organisation der Arbeit. Damit wird eine wichtige Grundlage 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 wird.

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.

Wie in der Veranstaltung am 30.04.2024 explizit besprochen, ist es unbedingt notwendig die Erarbeitung des Scope-of-Practice gemeinsam mit den Landespflegekammern RLP, NRW und dem DPR durchzuführen. Hierfür sind diese nicht als „maßgebliche Organisationen“ zu bezeichnen, sondern konkret zu nennen. Weiterhin ist das Scope of-Practice nicht nur in besonderen Teil 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. Nur so kann eine Pflegepraxis auf dem aktuellen Stand der Wissenschaft stattfinden sowie Karrierewege in der Pflege ermöglicht werden.

Wir stellen fest, dass die Notwendigkeit der Beauftragung solcher Expertisen durch die Politik und Kostenträger zeigt, wie weit Deutschland bei der Entwicklung und Etablierung von Pflegewissenschaft und -Forschung an Universitäten und Hochschulen hinterherhinkt. Gerade in Anbetracht der abzusehenden Herausforderungen zur Sicherstellung der pflegerischen Versorgung der Bevölkerung ist ein Ausbau der Pflegewissenschaft sowie der Kooperationen von Hochschulen und Praxiseinrichtungen (ähnlich den Universitätskliniken) erforderlich, um die pflegerische Versorgung weiterzuentwickeln.

#### *Absatz 7:*

Wir befürworten die Förderung betrieblicher Maßnahmen zur Integration. Ergänzend möchten wir 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. Daneben muss auch die soziale und kulturelle Integration aktiv unterstützt werden damit die so zugewanderten Pflegefachpersonen auch nachhaltig zur Verfügung stehen.

### **§ 9 SGB XI Aufgaben der Länder**

#### *Satz 2*

Den Ländern die Möglichkeit zu geben, kommunale Pflegestrukturplanungen zu regeln, begrüßen wir. Unserer Meinung nach sollten Pflegestrukturplanungen flächendeckend durchgeführt werden, um strukturelle Bedarfe zur pflegerischen Versorgung zu identifizieren. Daraus sollten auch Investitionsförderungen folgen, um die identifizierten Bedarfe auch durch geeignete Maßnahmen decken zu können.

### **Neuer § 10a Amt der oder des Beauftragten der Bundesregierung für Pflege**

#### *Absatz 1 und 2:*

Wir unterstützen das Vorhaben, das Amt der oder des Beauftragten der Bundesregierung für Pflege nun gesetzlich zu verankern. Dies setzt ein Zeichen für die Bedeutung und Wahrnehmung der Interessen der Menschen mit Pflegebedarf sowie der Angehörigen. Aus unserer Sicht erscheint es erforderlich, dass die künftigen Amtsinhaber/-innen über eine pflegefachliche Ausbildung verfügen. Darüber hinaus empfehlen wir dieses Amt im Ressort Bundeskanzleramt anzusiedeln, um seine Unabhängigkeit zu gewährleisten und da das breite Themenspektrum „Pflege“ unterschiedliche Ressorts, wie Gesundheit, Familie, Arbeit und Soziales, berührt.

### *Absatz 3*

Die Einrichtung eines Beirates zur Interessensvertretung von Menschen mit Pflegebedarf und ihren An- und Zugehörigen sehen wir kritisch, da Doppelstrukturen geschaffen werden. Eine Interessenvertretung von Menschen mit Pflegebedarf besteht bereits durch § 118 SGB XI. Die bestehende gesetzliche Grundlage sollte genutzt und ggf. weiterentwickelt 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 ungelerten 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, die, wie in der Begründung des Referentenentwurfs zum neuen § 15a SGB V (Pflegerische Leistungen und heilkundliche Leistungen durch Pflegefachpersonen) ausdrücklich klargestellt wird, auch die Haftungsverantwortung für fehlerhafte Entscheidungen trägt. 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 zu überprüfen. 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 § 113 c SGB XI relevant.

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

Wir unterstützen die Entwicklung von Richtlinien zur Empfehlung von Pflegehilfsmitteln und Hilfsmitteln. Richtlinien dienen der Klarheit und Rechtssicherheit.

## **§ 18e SGB XI Weiterentwicklung des Verfahrens zur Begutachtung durch Modellvorhaben, Studien und wissenschaftlichen Expertisen**

### *Absatz 6*

Die Einschätzung von Pflegebedürftigkeit ist im Sinne einer Feststellung des Pflegebedarfs originäre pflegerische Aufgabe. § 4 Abs. 2 Nr. 1 PfIBG legt das Feststellen des Pflegebedarfs als vorbehaltene Tätigkeit von Pflegefachpersonen fest. Der Bedarf eines Modellprojektes ist folglich aus unserer Perspektive nicht gegeben und steht im Konflikt zur gesetzlichen Grundlage die man in § 4 PfIBG geschaffen hat. Während ein Modellstatus zudem 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 Möglichkeit den Sachleistungsbetrag umwandeln zu können. Dies gibt Pflegebedürftigen und ihren An- und Zugehörigen mehr Flexibilität in der Inanspruchnahme von Leistungen und der Organisation der pflegerischen Versorgung.

## **§ 37 SGB XI Pflegegeld und selbst beschaffte Pflegesachleistungen**

### *Neuer Absatz 3a*

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

## **§ 40 SGB XI Pflegehilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen**

### *Absatz 6*

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 empfehlen dabei langfristig den Empfehlungen von Pflegefachpersonen Verordnungscharakter zu verleihen, analog zu den ärztlichen Verordnungen.

## **§ 40a SGB XI Digitale Pflegeanwendungen**

### *Absatz 1a*

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 diesen 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.

### **§ 45a - j**

Wir begrüßen die Weiterentwicklung der Unterstützungsmaßnahmen im ambulanten und teilstationären sowie häuslichen Versorgungsbereich für Menschen mit Pflegebedarf sowie ihre Zu- und Angehörigen.

### **§ 72 Zulassung zur Pflege durch Versorgungsvertrag**

#### *Neuer Absatz 1a*

Wir empfehlen an dieser Stelle, dass Versorgungsverträge, die über die Pflegestrukturplanung hinausgehen gesondert zu begründen sind, um eine Überversorgung zum Schaden aller, da dies zu einer Instabilisierung der Anbieter vor Ort führt. Durchgeführte Pflegestrukturplanungen sollten auch genutzt werden.

### **Neuer § 73a SGB XI Sicherstellung der pflegerischen Versorgung**

Wir begrüßen diese Regelung, erweitern diese aber noch um einen eigenen Vorschlag, um die pflegerische Expertise stärker einzubinden.

Wir schlagen vor, dass die Bewohnenden und Ihre An- und Zugehörigen auf Sicherheitsmängel aufgrund der Beeinträchtigung hingewiesen werden. 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 mit einem in diesen kritischen Situationen unangemessenen Haftungsrisiko bestraft werden. Zudem sollte die Pflegedienstleitung (bzw. die verantwortliche Pflegefachkraft nach § 71 SGB XI) eine Einschätzung darüber abgeben, in welchem Maß die Versorgungsqualität der Bewohnenden gefährdet ist. Ist diese erheblich gefährdet sollen die Betroffenen anderweitig versorgt oder, soweit möglich, weitere Maßnahmen 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 6 Wochen zu verhandeln sind. Kommt die Verhandlung nicht binnen 6 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.

## **§ 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 Übertragung einzelner Aufgaben verantworten muss.

### *Absatz 5*

Diesen Änderungen haben 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 inkl. der Überwachung und Anleitung von Pflegeassistent- und ungelerten Hilfskräften sowie des nicht pflegerischen Personals bei der Übertragung der geplanten Pflegemaßnahmen sichergestellt ist. Wir weisen in diesem Zusammenhang noch darauf hin, dass sich mit jeder pflegefachfremden Person als Ersatz für eine nicht vorhandene Pflegefachperson die Belastung der verbleibenden Pflegefachpersonen, deren Quote eh schon durch Anwendung des § 113c SGB XI abgesenkt wird, deutlich erhöht. So müssen die verbleibenden Pflegefachpersonen u.a. auch weniger attraktive Dienstzeiten dann vermehrt abdecken, was mit Sicherheit nicht motivationsfördernd wirkt.

Eine Klarstellung, dass fachfremde Berufsgruppen unter der Verantwortung der Pflegefachpersonen tätig sind, wird empfohlen. 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**

Wie in der Einleitung erwähnt, ist die Einbindung und Organisation der Interessensvertretung des Pflegeberufs zu begrüßen. Leider wird an dieser Stelle noch keine der maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe genannt. Wir empfehlen hier insbesondere die Unterscheidung zwischen berufsständischen und berufsverbandlichen Organisationen.



Der Bundespflegekammer sollte dabei eine ihrer Mitgliederstärke angemessene Einflussmöglichkeit eingeräumt werden. Die Bundespflegekammer e.V. vertritt mit den zwei bestehenden Landespflegekammern bislang ~280.000 Pflegefachpersonen, also mindestens viermal so viele wie die anderen Berufsorganisationen zusammen. Aus unserem Demokratieverständnis heraus erwarten wir, dass die Bundespflegekammer als maßgebliche Organisation auf Bundesebene anzusehen ist. Die hohe Anzahl von verkammerten Pflegefachpersonen sollten nicht per Verordnung von einer Interessensvertretung auf Bundesebene ausgeschlossen werden.

Zudem schlagen wir vor, dass die Bundespflegekammer bei der Entwicklung der Rechtsverordnung beteiligt wird.

### **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 Erleichterung der Einrichtungen bei der Aushandlung der Pflegevergütung.

### **Neuer § 15a SGB V Pflegerische Leistungen und heilkundliche Leistungen durch Pflegefachpersonen**

Wir begrüßen und unterstützen diesen neuen Paragraphen als wichtigen Beitrag zur Professionsentwicklung sowie zur Weiterentwicklung der pflegerischen Versorgung. Die Pflegeprozessverantwortung der Pflegefachperson wird in den Sektoren des SGB XI und SGB V hervorgehoben und stellt klar, dass diese ausschließlich von Pflegefachpersonen zu leisten ist.

Allerdings sehen wir die Verknüpfung von Vorbehaltsaufgaben mit dem §1 des Pflegeberufgesetzes kritisch. Vielmehr setzen uns für eine Erweiterung der Vorbehaltsaufgaben nach § 4 PflBG um die heilkundlichen Aufgaben ein. Wir möchten weiter darauf hinweisen, dass sogenannte gleichwertige Qualifikationen explizit auszuführen sind.

Wir bedauern, dass an dieser Stelle noch keine Klarstellung erfolgt, welche Leistungen heilkundlichen bzw. erweiterten heilkundlichen Leistungen zugerechnet werden kann. Wir schlagen vor die Klarstellung zu delegierten pflegerischen Leistungen, pflegerischen Leistungen, zu heilkundlichen Leistungen sowie zu den erweiterten heilkundlichen Leistungen in den Gesetzestext aufzunehmen.

### **Neuer § 73d SGB V Selbständige 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. Wir sehen es kritisch, dass dieser Katalog in erster Linie von Kostenträgern, Kassenärzten sowie Einrichtungsträgern entwickelt werden soll und den maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe lediglich Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben ist. Eine Berücksichtigung pflegefachlicher Expertise bei der Erstellung wäre stattdessen unabdingbar.

Darüber hinaus wird die Erbringung (erweiterter) heilkundlicher Leistungen lediglich im Rahmen eines Angestelltenverhältnisses in Arztpraxen, MVZ bzw. ambulante/stationäre Pflegeeinrichtung betrachtet. Wir plädieren dafür Pflegefachpersonen die Möglichkeit zur freiberuflichen Leistungserbringung zu geben, beispielsweise in Form von „Pflegepraxen“, wie es in anderen europäischen Staaten üblich ist.

### **§ 132a SGB V Versorgung mit häuslicher Krankenpflege**

#### *Absatz 1*

Grundsätzlich begrüßen wir den Einschluss der Pflegeprozesssteuerung in die Rahmenempfehlungen zur Häuslichen Krankenpflege. Wir regen 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 Ordnungsrecht für häusliche Krankenpflege und nicht nur die Weiterführung einer bereits durch einen Arzt erfolgten Verordnung.

### **§ 4 PflBG Vorbehaltene ~~Tätigkeiten~~ 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 ganze Aufgaben die mehrere Tätigkeiten umfassen. Ein Aspekt, der bei Veröffentlichung des Gesetzes in der Fachliteratur auch immer wieder zur Diskussion gestellt wurde.

#### *Absatz 2*

Auch begrüßen wir die Ergänzung der „Planung der Pflege“ in den Vorbehaltsaufgaben. Damit ist 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.