STELLUNGNAHME

zum Referentenentwurf für ein Pflegekompetenzgesetz (PKG) vom 03. September 2024

27. September 2024

Bundesverband Managed Care e. V.
Vorstand: Prof. Dr. Lutz Hager, PD Dr. Ursula Hahn, Franz Knieps,
Dr. Bernadette Klapper, Bettina Lutz, Dr. Carola Reimann, Dr. Benedikt Simon
Friedrichstr. 136 · 10117 Berlin · +49 30 28 09 44 80
bmcev@bmcev.de · www.bmcev.de

BMC Managed Care

GRUNDSÄTZLICH

Der Bundesverband Managed Care e. V. (BMC) begrüßt den Referentenentwurf des Pflegekompetenzgesetzes (PKG) als einen wichtigen Schritt zur Stärkung der Pflegefachpersonen und zur Verbesserung der regionalen Versorgungsstrukturen. Insbesondere die finanzielle Förderung von regionalen Netzwerken sowie die Einrichtung einer nationalen Geschäftsstelle zur Unterstützung der Netzwerke birgt aus Sicht des BMC großes Potenzial, um innovative und sektorenübergreifende Versorgungsangebote zu schaffen. Hier benötigt es jedoch eine noch weitergehende Ausgestaltung, um die regionalen Netzwerke schlussendlich langfristig flächendeckend zu etablieren.

Die Erleichterungen des Nutzennachweises und die Einführung des Fast Tracks für DiPA ist zudem aus Sicht des BMC zu befürworten, da dies digitale Anwendung auch im Markt und somit im Pflegealltag ermöglichen wird. Digitale Anwendungen können erheblich zur Stabilisierung der häuslichen Pflege beitragen und müssen in den Versorgungsalltag integriert werden.

Darüber hinaus sind die Förderung präventiver Maßnahmen, die stärkere Einbindung von Ehrenamt und niedrigschwelligen Unterstützungsangebot ein wichtiger Schritt, um die Sicherung von Pflege zu gewährleisten. Auch ist die angestrebte Erweiterung der heilkundlichen Kompetenzen von Pflegefachpersonen, die eine Entlastung des ärztlichen Personals und eine effizientere, patientenorientierte Versorgung ermöglichen soll, positiv hervorzuheben. Trotz dieser Schritte in die richtige Richtung besteht jedoch noch weitergehender Handlungsbedarf. Die Regelungen zur Übertragung heilkundlicher Aufgaben an Pflegefachpersonen setzt etwa noch eine arztindividuelle Übertragung voraus und die Möglichkeiten der Übernahme von heilkundlichen Leistungen sind noch nicht weitgehend genug. Die Beschränkung durch die arztindividuelle Übertragung ist nicht notwendig, sofern es sich hier um originäre pflegefachliche und -therapeutische Kompetenzen handelt, die internationalen Standards entsprechen. Dadurch mindert die aktuelle Regelung das Potenzial zur Entlastung des ärztlichen Personals und schränkt die Autonomie der Pflegefachpersonen ein.

In der jetzigen Fassung bleibt das PKG in Bezug auf die Integration von innovativen Versorgungsansätzen wie die der Community Health Nurses hinter seinen Chancen zurück. Diese übernehmen eine koordinierende Rolle in der Pflege und Prävention und sind gerade als Ansprechpartner für das Ehrenamt, Angehörige und ambulante Pflegedienste unerlässlich. Solche Berufsbilder sind in anderen Ländern erfolgreich im Einsatz und könnten dazu beitragen, präventive und pflegerische Maßnahmen effektiver zu verknüpfen und die Versorgung aus einer Hand sicherzustellen. Dieser Versorgungsansatz sollte für die Regelungen im Rahmen des PKG ergänzt werden und zudem in Verbindung mit Betriebsformen gesetzt werden, die eine kooperative Berufsausübung vorsehen (etwa Primärversorgungszentren).

Ebenfalls zu kurz greift der Gesetzentwurf in der dauer- und regelhaften Weiterentwicklung pflegerischer Kompetenzen. Für die langfristig eigenständige Berufsausführung der Pflegefachperson bedarf es eines institutionellen Rahmens, wie er durch die Pflegekammern geleistet werden kann sowie zusätzlich pflegewissenschaftlicher Fundierung.

Insgesamt erkennt der BMC die positiven Ansätze zur Verbesserung der Position der Pflegefachpersonen, der Pflegestrukturen, der Stärkung der Kommunen und der Förderung präventiver Versorgungsansätze. Die Regulierungen gehen in die richtige Richtung, doch bleibt Potenzial zur weitergehenden Stärkung der Pflegefachperson, zur Ergänzung innovativer sektorenübergreifender Versorgungsansätze und zur weiteren Ausgestaltung der regionalen Netzwerke.

IM EINZELNEN

I. Zu Art. 1 Nr. 2b i.V.m. Art. 1 Nr. 17a

§ 5 Abs. 1a SGB XI und § 37 Abs. 3a SGB XI (Aufklärung Pflegekassen und Prävention)

Die Pflegekassen sollen durch gezielte Bedarfserhebung und fachliche Beratung Pflegebedürftige und deren Angehörige frühzeitig bei der Inanspruchnahme von Präventions- und Unterstützungsangeboten unterstützen, um die gesundheitliche Situation zu verbessern und eine qualitätsgesicherte, entlastende Pflege zu gewährleisten.

- Die Einbeziehung von pflegenden Angehörigen in den Beratungsprozess sowie der Verweis auf bestehende Angebote wie Pflegestützpunkte und Pflegekurse sind sinnvoll, da dies zur Verbesserung der Pflegequalität und Entlastung der häuslichen Pflege beiträgt. Die Regelung zur Prävention und Beratung in der häuslichen Pflege stärkt die Rolle von Pflegefachpersonen und integriert präventive Maßnahmen besser in die pflegerische Versorgung, indem individuelle Bedarfe erhoben und gezielte Empfehlungen abgegeben werden können.

- **Beratung in der Versorgungsebene:** Die Pflegekassen sind aus Sicht des BMC jedoch nicht die geeigneten Akteure, um Beratungen zu Präventions- und Unterstützungsangeboten durchzuführen, da diese Aufgaben eher an der Versorgungsbasis verortet sein sollten. Stattdessen sollten qualifizierte Akteure wie z.B. Community Health Nurses in Zusammenarbeit mit ambulanten Pflegediensten und regionalen Netzwerken diese Beratungen übernehmen. Bestenfalls eingebettet in Primärversorgungszentren. Dies würde eine bessere, lokal verankerte Unterstützung für pflegende Angehörige sicherstellen.

- **Prävention frühzeitig mitdenken:** Prävention sollte früher ansetzen, idealerweise vor der Feststellung der Pflegebedürftigkeit. Hierzu ist das Instrument des präventiven Hausbesuchs geeignet, wie es etwa in Rheinland-Pfalz erfolgreich erprobt worden ist. Präventionsangebote sollten strategisch, systematisch und evidenzbasiert in den Regionen geplant und koordiniert werden. Dieses Vorgehen ermöglicht eine Verringerung der Pflegelast.

- **Einbindung von Community Health Nurses:** Um Primärversorgung, Pflege und Prävention besser zu verknüpfen, ist die Integration von neuen Gesundheitsrollen wie Community Health Nurses notwendig. Diese Rolle sollte stärker in der Präventionsregelung verankert werden, um die Versorgung aus einer Hand zu stärken und Pflegebedürftige und ihre Angehörigen nicht durch zu viele Ansprechpartner zu überfordern. Eine zentrale Ansprechperson könnte präventive und pflegerische Maßnahmen koordinieren, sodass Betroffene gezielt und effizient unterstützt werden, ohne sich in einem fragmentierten System zurechtfinden zu müssen.

- **Stärkere Einbindung von digitalen Lösungen:** Digitale Pflegekurse oder telemedizinische Beratungsangebote sollten stärker in die Regelungen integriert werden, um den Zugang zu Informationen und Schulungen zu erleichtern, besonders in ländlichen oder strukturschwachen Gebieten.

II. Art. 1 Nr. 13 i.V.m. Art. 1 Nr. 20

§ 17 a SGB XI und § 40 Abs. 6 SGB XI (Empfehlung Pflegehilfsmittel und Hilfsmittel)

Pflegefachpersonen können im Rahmen ihrer Leistungserbringung konkrete Empfehlungen zur Versorgung mit Pflegehilfsmitteln und Hilfsmitteln abgeben, deren Notwendigkeit und Erforderlichkeit unter bestimmten Voraussetzungen vermutet wird, wobei der Spitzenverband Bund der Pflegekassen bis Ende 2025 Richtlinien festlegt, die das Qualifikationsniveau der Pflegefachpersonen, die empfohlenen Hilfsmittel und das Verfahren der Antragstellung regeln.

- Der BMC befürwortet grundsätzlich die Stärkung der Rolle von Pflegefachpersonen und setzt sich für eine klare Regelung zur Übertragung heilkundlicher Aufgaben ein. Dies stärkt die Selbstständigkeit des Pflegeberufs und fördert die Versorgungsqualität, da Pflegefachpersonen in der Nähe der Patienten bedarfsorientierte Empfehlungen abgeben können. Diese Entwicklung ist ein positiver Schritt in Richtung mehr Verantwortung für Pflegefachpersonen. Gleichzeitig ist sicherzustellen, dass die Empfehlungen durch ausreichend qualifizierte Pflegefachpersonen ausgesprochen werden, um die Qualität der Versorgung weiterhin zu gewährleisten.

- **Verordnung statt Empfehlung:** Im Referentenentwurf steht, dass Pflegefachpersonen nur Empfehlungen aussprechen dürfen. Auch wenn diese Empfehlung mit einer Verordnung gleichgesetzt sein sollte, impliziert die Wortwahl eine Delegationslogik, bei der Pflegefachpersonen eher unterstützend tätig sind, jedoch keine volle Autonomie in der Entscheidung haben. Die Wortwahl könnte zu Unklarheiten hinsichtlich der Verbindlichkeit und der Befähigung der Pflegefachperson führen. Empfehlung sollte zur Klarstellung durch Verordnung ersetzt werden.

- **Erweiterung der Übertragung auf weitere Heil- und Hilfsmittel:** Die Regelung zur Empfehlung durch Pflegefachpersonen sollte nicht nur auf pflegerische Hilfsmittel beschränkt bleiben, sondern auf medikamentenassoziierte Hilfsmittel ausgeweitet werden. Die Berufsgruppe, die die Hilfsmittel anwendet, sollte diese auch verordnen können. Dies ermöglicht eine ganzheitlichere Versorgung, die die Ärzteschaft entlasten und die Rolle der Pflegefachperson weiter stärkt.

III. Art. 1 Nr. 25

§ 45a SGB XI § 45a SGB XI (Angebote zur Unterstützung im Alltag)

Helfende erhalten nur noch bei Bedarf eine pflegefachliche Begleitung oder Supervision. Anbieter müssen für Angebote zur Unterstützung im Alltag ein Konzept vorlegen und sicherstellen, dass die Durchführung der Betreuungsangebote zuverlässig und ordnungsgemäß erfolgt. Einzelhelfende, die eine begrenzte Anzahl persönlich benannter Pflegebedürftiger betreuen, müssen anstelle eines umfassenden Konzepts nur Angaben zu den angebotenen Leistungen und deren Kosten machen sowie nachweisen, dass sie geeignet und fähig sind, die Unterstützung verlässlich zu leisten.

- Der BMC unterstützt grundsätzlich die Förderung von Angeboten zur Unterstützung im Alltag, insbesondere im Hinblick auf die Versorgungssicherheit und die Entlastung der häuslichen Pflege. Die Stärkung des Ehrenamts und die Schaffung flexibler, niedrigschwelliger Strukturen werden ebenfalls begrüßt.

- **Fachliche Supervision:** Die Regelung sieht nur "bei Bedarf" eine pflegefachliche Begleitung oder Supervision vor. Dies könnte dazu führen, dass in komplexen Pflegesituationen professionelle Unterstützung fehlt, was die Qualität der Versorgung gefährden könnte und zu einer Deprofessionalisierung führt. Eine stärkere Anbindung an fachliche Expertise ist notwendig, um sicherzustellen, dass Helfende auch in anspruchsvollen Situationen ausreichend durch professionelles Personal geschult und unterstützt werden. Ansonsten besteht die Gefahr, dass in niedrigschwelligen Angeboten zu wenig Augenmerk auf die notwendige Qualifikation und den professionellen Hintergrund gelegt wird, insbesondere wenn ehrenamtlich Helfende ohne fachliche Unterstützung arbeiten.

- **Stärkere Einbindung von koordinierendem Fachpersonal:** Der BMC setzt sich für die stärkere Einbindung von qualifizierten Pflegefachpersonen ein, die niedrigschwellige Angebote koordinieren und fachlich unterstützen können, z.B. eine Community Health Nurse. Dies fördert die Versorgungsqualität und bietet eine zentrale Anlaufstelle für Ehrenamtliche und Angehörige. In der vorliegenden Regelung wird diese wichtige Rolle jedoch nicht berücksichtigt.

- **Stärkere Kontrolle und Betrugsprävention:** Durch die Flexibilisierung der Anforderungen und dem Wegfall formeller Konzepte bei Einzelhelfenden besteht das Risiko von Betrug und unseriösen Angeboten, da die Hürden für den Zugang zu Mitteln der Pflegeversicherung gesenkt werden. Eine stärkere Kontrolle und Transparenz bei den Einzelhelfenden könnten hier nötig sein, steigert aber gleichzeitig bürokratische Prozesse. Eine enge Zusammenarbeit mit der Pflegekasse sowie eine stärkere digitale Erfassung der Angebote könnte hier Transparenz schaffen.

IV. Art. 1 Nr. 29

§ 45e SGB XI (Regionale Netzwerke)

Zur Verbesserung der Versorgung und Unterstützung von Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen werden jährlich 20 Millionen Euro aus dem Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung für regionale Netzwerke bereitgestellt und eine nationale Geschäftsstelle eingerichtet, um die strukturierte Zusammenarbeit in regionalen Netzwerken zu fördern.

- Der BMC begrüßt die Förderung der Zusammenarbeit in regionalen Netzwerken, da sie das Potenzial haben, die Versorgung von Pflegebedürftigen und deren Angehörigen deutlich zu verbessern. Sie fördern neben einer stärkeren Vernetzung eine patientenzentrierte Versorgung, insbesondere durch Kooperationen zwischen Ärzten, Ehrenamtlichen, Pflegediensten, Apotheken und weiteren jeweils relevanten Institutionen und Personen. Darüber hinaus kann durch die regionale Anpassung der Versorgung auf populationsspezifische Gesundheitsbedarfe eingegangen werden. Neben der Koordination über verschiedene Leistungserbringende bzw. -standorte hinweg ist die Integration aller unterstützenden und gesundheitsorientierten Angebote – medizinische, pflegerische, therapeutische, soziale Leistungen u. a. – notwendig.

- **Versorgungsziele für regionale Netzwerke:** Regionale Netzwerke sollen für ihre Gründung von den Pflegekassen überprüfbare Ziele und Bedarfe formulieren, ein Konzept erstellen sowie regionale Kooperationsverträge zwischen den Akteuren abschließen. Regionale Netzwerke können etwa folgende Versorgungsziele verfolgen:
    - eine interdisziplinäre und interprofessionelle Zusammenarbeit der Leistungserbringer untereinander sowie mit Dritten in der Region, darin eingeschlossen SGB-übergreifende Angebote und kommunale Leistungen
    - die sektoreninterne und -übergreifende Koordination der Versorgung zu verbessern
    - populationsorientierte Angebote und Vertragsformen zu schaffen,
    - Prävention und Gesundheitsförderung zu stärken,
    - neue Versorgungsangebote zur Sicherung der Versorgung in der Fläche zu entwickeln und zu stärken.

- **Langfristige Finanzierung**: Besonders positiv ist, dass durch die Bereitstellung von 20 Millionen Euro jährlich die Netzwerke mit 30.000 Euro finanziell unterstützt werden. Die finanzielle Förderung über einen Zeitraum von drei Jahren schafft dabei die erste notwendige Planungssicherheit für Neugründungen. Sinnvoller wäre jedoch eine Förderung von Regionalverträgen mit einer initialen Laufzeit von mindestens zehn Jahren, damit Versorgungsvorteile über Zeit entstehen können. Nach der Hälfte der Laufzeit, spätestens jedoch nach fünf Jahren (Aufbauphase), sollten eine Zwischenevaluation und eine Neubewertung der finanziellen Förderung erfolgen. Dies ermöglicht eine qualitative und nachhaltige Weiterentwicklung der regionalen Versorgungsstrukturen. Die finanzielle Förderung sollte zudem auch bei bestehenden Netzwerken bewilligt werden müssen und nicht als Kann-Regelung ausgestaltet sein. Die finanzielle Förderung ist für bestehende Netzwerke auf mindestens drei Jahre anzuheben.

- **Fortbestand der Geschäftsstelle:** Der BMC begrüßt ausdrücklich die Errichtung einer nationalen Geschäftsstelle als Kompetenzzentrum zur Unterstützung der Netzwerkgründung. Diese ermöglicht es, regionale Netzwerke einfacher und niederschwelliger zu gründen sowie einer systematischen Ausgestaltung der Versorgungslandschaft. Die Standardisierung der Antragsverfahren erleichtert es neuen Netzwerken, sich zu etablieren. Es ist notwendig, dass die nationale Geschäftsstelle über 2030 hinaus finanziert wird, um ihren Fortbestand und somit auch das Verfahren zur Durchführung und Abwicklung der Förderung von Netzen langfristig sicherzustellen.

- **Gemeinsamer Vertragsabschluss der Pflegekassen:** Es sollten nicht nur einzelne Pflegekassen Regionalverträge schließen, sondern diese unter Einbeziehung von Arbeitsgemeinschaften (§ 211) oder durch Dritte gemeinschaftlich verhandeln lassen, um keine Insellösungen zu schaffen. Die regionale Kontrahierung der Pflegekassen muss gesetzlich verankert werden. Als Zielgröße sollten mindestens 70 % der Versicherten der Region durch die Regionalverträge der Kassen versorgt werden. Die Teilnahme für Patientinnen und Patienten darf keine zusätzliche Einschreibung erfordern. Einzelne Module/Programme können eine Einschreibung vorsehen und sind freiwillig. Einheimische können weiterhin Leistungen außerhalb der Region in Anspruch nehmen.

- **Gestaltungsfreiräume schaffen:** Die Zusammenarbeit durch freiwillige Kooperation von Versorgungspartnern in regionalen Netzwerken ist ein sinnvoller Ansatz. Es ist dabei nötig, Freiräume zu schaffen und funktionale Unterschiede zur Regelversorgung auf Zeit sowie neue, geeignete Organisationsformen bewusst zuzulassen. Diese sollten auch von den Pflegekassen im Rahmen der Vertragsschließungen anerkannt werden. Die Versorgungspartner entwickeln möglichst gemeinsam mit den Pflegekassen ein Konzept für eine zukunftsgerichtete Gesundheitsversorgung in ihrer Region. Dieses beinhaltet etwa Vorschläge entlang der drei Zieldimensionen innovative Versorgung, Sicherstellung und populationsbasierte Angebote und umfasst auch neue Organisationsformen, mit denen spezifische Versorgungsstrukturen und -prozesse verbessert werden können.

- **Veröffentlichung von Qualitätsdaten:** Die Daten aus der wissenschaftlichen Begleitung und Auswertung sollten in ein zentrales öffentliches Public-Health-Regio-Register einfließen, in dem Leistungen/Programme/Anforderungen sowie Ergebnisse der Regionen dokumentiert und einsehbar sind.

V. Art. 3 Nr. 2 i.V.m. Art. 3 Nr. 8 § 15 a SGB V und § 73 d SGB V (Übertragung heilkundlicher Leistungen)

Die Befugnisse von Pflegefachpersonen werden erweitert, indem ihnen ermöglicht wird, eigenständig heilkundliche Leistungen zu erbringen und Verordnungen im Rahmen der häuslichen Krankenpflege auszustellen, sofern sie über die entsprechende Qualifikation verfügen.

- Der BMC begrüßt grundsätzlich die stärkere Einbindung von Pflegefachpersonen in die Gesundheitsversorgung, insbesondere durch die Übertragung und eigenständige Erbringung erweiterter heilkundlicher Aufgaben. Dies trägt zur Sicherung der Versorgung bei, entlastet das ärztliche Personal und erhöht die Flexibilität in der Versorgung, beispielweise bei der Übernahme von Impfung durch die Pflegefachperson. Die Autonomie von Pflegefachpersonen wird gestärkt und ihre Rolle in der Gesundheitsversorgung aufgewertet. Gleichzeitig wird die multiprofessionelle Zusammenarbeit zwischen Pflegefachpersonen und anderen Berufsgruppen gefördert, was eine effiziente und patientenorientierte Versorgung unterstützt.

- **Übertragung der heilkundlichen Leistungen:** Die Regelung ermöglicht es Pflegefachpersonen, nach ärztlicher Diagnose und Indikationsstellung, selbstständig heilkundliche Leistungen zu erbringen. Der Vertragsarzt überträgt hierbei gemäß § 73d Abs. 4 SGB V die heilkundlichen Leistungen an die Pflegefachperson und entscheidet dadurch, welche Aufgaben übertragen werden. Die Pflegefachperson führt diese Aufgaben dann selbstständig aus, bleibt aber an die initiale ärztliche Entscheidung gebunden. Eine voll eigenständige Leistungserbringung durch die Pflegefachperson ist hier nicht gegeben. Die Übertragung erfolgt demnach nicht automatisch anhand der anerkannten Qualifizierung, sondern individuell arztabhängig. Dies bedeutet Unsicherheiten für die Pflegefachpersonen, die dadurch trotz entsprechender Qualifikationen keine erweiterten heilkundlichen Leistungen ausüben können, wenn ihnen diese nicht arztindividuell übertragen werden. Es ist hier eine einheitliche Regelung dringend notwendig, die eine allgemeine Befugnis zur Heilkundeausübung sicherstellt. Die Pflegefachperson muss entsprechend ihrer Qualifikation unabhängig handeln dürfen. Zudem sollten Pflegefachpersonen mit Berufsabschluss auf Master-Niveau, die zur eigenverantwortlichen und selbstständigen Ausübung von Heilkunde befähigt sind, eine eigenständige Ausübung von Heilkunde in ärztlich oder pflegegeleiteten Einrichtungen möglich sein (vergleichbar z. B. den Nurse Practitioners in den USA).

- **Erweiterung der Leistungen:** Die Liste der heilkundlichen Aufgaben im Rahmenvertrag sollte flexibler und umfassender gestaltet werden. Dies würde den Handlungsspielraum der Pflegefachpersonen erweitern, die Selbstständigkeit des Pflegeberufs unterstützen und zur Bewältigung von Personalengpässen beitragen.