DVfR
Deutsche Vereinigung
für Rehabilitation

Kurzstellungnahme aus der DVfR zum Referentenentwurf vom 3.9.2024 des Bundesministeriums für Gesundheit

„Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Pflegekompetenz

(Pflegekompetenzgesetz – PKG)“

30.9.2024

Über die DVfR

Die Deutsche Vereinigung für Rehabilitation e. V. (DVfR) ist in Deutschland die einzige Vereinigung, in der Vertreterinnen und Vertreter aller Akteure im Bereich Rehabilitation und Teilhabe gleichberechtigt zusammenwirken: Selbsthilfe- und Sozialverbände, Sozialleistungsträger, Rehabilitationseinrichtungen und -dienste, Reha-Experten sowie Berufs- und Fachverbände. Die Mitglieder der DVfR, ihre Partner in Politik, Wirtschaft und Gesellschaft und alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter engagieren sich gemein-sam in einem interdisziplinären und sektorenübergreifenden, konsensorientierten Diskurs für die Weiterentwicklung von Rehabilitation, Teilhabe und Selbstbestimmung.

Deutsche Vereinigung für Rehabilitation e. V. (DVfR)
Maaßstraße 26
69123 Heidelberg
Telefon: 06221 187 901-0
E-Mail: info@dvfr.de
www.dvfr.de | www.reha-recht.de

Die Dt. Vereinigung für Rehabilitation (DVfR) nimmt hiermit zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Pflegekompetenz (PKG) vom 3.9.2024 des Bundesministeriums für Gesundheit nur im Hinblick auf die fehlende Berücksichtigung der Teilhabe und Selbstbestimmung Stellung.

I. Förderung von Teilhabe und Selbstbestimmung sowie der Rehabilitation als Aufgabe der Pflege

Für „Pflegebedürftigkeit" wie für chronische Erkrankungen ist es typisch, dass regelmäßig die Selbständigkeit in den konkreten Aktivitäten nicht mehr voll erreicht werden konnte, die vor der „Pflegebedürftigkeit" bestand. Oft, jedoch nicht immer, lässt sich die Pflegebedürftigkeit durch kurative Maßnahmen oder durch Leistungen der Rehabilitation vermeiden oder zumindest vermindern. Mit Pflegebedürftigkeit ist in der Regel eine Beeinträchtigung der Teilhabe verbunden, so dass dann eine Behinderung im Sinne des § 2 SGB IX vorliegen kann. Rehabilitationsleistungen sind darauf gerichtet, Pflegebedürftigkeit und Behinderungen zu vermeiden oder zu vermindern und unabhängig vom Ausmaß der Beeinträchtigungen Teilhabe und Selbstbestimmung zu fördern.

Diese Förderung oder Ermöglichung von Teilhabe ist ein zentrales Tätigkeitselement gerade auch für die Pflege und Therapie, nicht nur im Rahmen der Krankenbehandlung, vgl. dazu § 43 SGB IX, nicht nur im Sinne der Förderung des Zugangs zu Rehaleistungen sondern auch im Rahmen des SGB XI, also der Pflege selbst, in dem Rehabilitation Vorrang vor Pflege hat (Vgl. § 5 SGB XI). Einen Anspruch auf Rehabilitation gibt es auch bei Pflegebedürftigkeit.[1]

Denn letztlich geht es auch in der Pflege selbst darum, die **selbstbestimmte Teilhabe am Leben** („participation" im Sinne der ICF der WHO) auch dann zu ermöglichen, wenn Selbständigkeit in den konkreten Aktivitäten nicht mehr wiedererlangt werden kann. Autonomie (Selbstbestimmung) in der Teilhabe ist das gesetzliche Ziel, auch wenn volle Autarkie (Selbstständigkeit) illusorisch ist. „Wer nicht mehr allein duschen kann, hat deswegen nicht sein Recht auf selbstbestimmte Teilhabe verloren." Das ergibt sich zwangsläufig aus der UN-Behindertenrechtskonvention. Insofern kann die Pflege im Rahmen ihrer Planung und ihres praktischen Vollzuges erheblich zur Teilhabe beitragen und Selbstbestimmung verwirkllichen bzw. fördern helfen.

Deswegen überrascht es, wenn selbstbestimmte Teilhabe als Ziel von Pflege und Therapie im Gesetzentwurf eine so geringe Bedeutung einnimmt. Gerade wenn es um die **Kompetenzerweiterung von Pflegefachpersonen** geht, ist die **Kompetenz zur Förderung selbstbestimmter Teilhabe** (anstatt allein der Förderung von ‚Selbständigkeit') zentral. [2]

Insofern erstaunt hier, dass gerade im Entwurf zu einem Pflege**kompetenz**gesetz zwar viele z.T. bereits erreichte Errungenschaften gesetzlich formuliert werden, aber die zentrale Kompetenz zur Förderung selbstbestimmter Teilhabe weitestgehend fehlt,

- sowohl in der Ausrichtung der Qualifikation
- als auch in der konkreten Qualifikation
- als auch in der Kompetenz zur Hilfsmittelversorgung

---

[1] DVfR (2020): Medizinische Rehabilitation vor und bei Pflege – Personenkreis, Situation und Lösungsvorschläge Positionspapier der DVfR. https://www.dvfr.de/fileadmin/user_upload/DVfR/Downloads/Stellungnahmen/20-11-12_Position_Med._Reha_vor-bei_Pflege_Ef_bf.pdf

[2] Behrens, Johann (2019): Theorie der Pflege und der Therapie. Grundlagen für Pflege- und Therapieberufe Hogrefe Verlag.

- als auch in der Kompetenz zur Berücksichtigung von Assistenzleistungen im Rahmen der Eingliederungshilfe (vgl. § 15a Art 3)
- als auch in weiteren zentralen Bereichen teilhabebezogener Kompetenz von Pflegefachpersonen.

Gerade die mangelnde Behandlung dieser Kompetenzen im Gesetz und damit der drohende mangelnde Erwerb birgt die Gefahr, dass Schnittstellen in der interprofessionellen Kooperation sich als komplexe Barrieren erweisen und Pflegebedürftige nicht zu ihrem Recht kommen.

II. Konkrete Vorschläge

1. Zur Klärung, ob ein Bedarf an Leistungen zur Förderung der selbstbestimmten Teilhabe am Leben in der Gesellschaft besteht, werden folgende Ergänzungen des vorliegenden Gesetzesentwurfs vorgeschlagen:

   a. Zu Nr. 2b - § 5 Abs. 1b - neu –

Nach Absatz 1a wird folgender Absatz 1b eingefügt:

„(1b) Nehmen Pflegepersonen bei der Ausübung ihres Berufes im Rahmen der ambulanten und stationären pflegerischen Versorgung wahr, dass sich die Teilhabe der von ihnen gepflegten Personen am Leben in der Gesellschaft durch Leistungen der medizinischen Rehabilitation, insbesondere mobiler medizinische Rehabilitation, bessern oder ihre Pflegebedürftigkeit mindern könnte, informieren sie darüber den behandelnden Arzt und die Pflegekasse. Die Pflegekassen sollen gezielt die Beratung, Einleitung und Bedarfserhebung von Leistungen der medizinischen Rehabilitation unterstützen. Für den behandelnden Arzt gilt § 34 Abs. 1 des Neunten Buches."

Begründung

Die Wirksamkeit von medizinischen Leistungen zur Rehabilitation zur Vermeidung einer drohenden oder Minderung einer bereits eingetretenen Pflegebedürftigkeit kann als wissenschaftlich hinlänglich belegt gelten.[3]

Im Interesse der pflegebedürftigen Menschen, aber auch aus ökonomischen Gründen zur Vermeidung von Kosten sollte deshalb nicht nur die Bedarfserhebung, Beratung und Präventionsleistungen, sondern desgleichen die Inanspruchnahme der medizinischen Rehabilitation, insbesondere der mobilen Rehabilitation, sowohl im Bereich der ambulanten wie auch der stationären pflegerischen Versorgung unterstützt werden.

   b. Zu Nr. 17a - § 37 Abs. 3a –

a) In Absatz 3a wird folgende Ziffer 4 eingefügt:

---

[3] Z.B. Janssen H et al (2018): Ermittlung des allgemeinen Rehabilitationsbedarfs und Evaluation Mobiler Geriatrischer Rehabilitation in stationären Pflegeeinrichtungen und der Kurzzeitpflege – Abschlussbericht. Hochschule Bremen 2018; 1–123. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Berichte/Schlussbericht_MoGeRe_10._Sept_2018.pdf

„4. die Möglichkeit von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, insbesondere der Mobilen Rehabilitation nach § 40 Abs. 1 des Fünften Buches.“

b) An den Absatz 3a wird folgender Satz angefügt:

„Für die Möglichkeit nach Satz 3 Nr. 4 ist § 34 Abs. 3 des Neunten Buches zu beachten.“

c) Nr. 4 wird Nr. 5

Begründung:

Siehe Begründung zu § 5 Abs. 1a

Im Interesse der pflegebedürftigen Menschen, aber auch aus ökonomischen Gründen zur Vermeidung von Kosten sollte deshalb der in § 37 Abs. 3a vorgesehene Beratungsauftrag nicht auf Maßnahmen und Leistungen der Prävention beschränkt, sondern um den hier vorgeschlagenen Beratungsauftrag zur medizinischen Rehabilitation ergänzt werden.

Pflegekräfte sind als medizinisches Personal bereits seit dem 1.7.2001 nach § 34 Abs. 3 SGB IX verpflichtet, bei Wahrnehmung von Behinderungen volljährigen Personen oder ihren Betreuern zu empfehlen, eine Beratungsstelle für Rehabilitation oder eine ärztliche Beratung über geeignete Leistungen zur Rehabilitation aufzusuchen. In der Praxis der pflegerischen Versorgung ist diese Verpflichtung allerdings gänzlich unbekannt, so dass sich auch von daher die Notwendigkeit der Verankerung im SGB XI ergibt.

2. Zur Teilhabeorientierung der Hilfsmittelversorgung

Zu Nr. 20 - § 40 Abs. 6-

Ergänzung nach Satz 1 – Satz 2 neu:

„Bei den Empfehlungen sind die Ziele nach § 33 SGB V und § 42 SGB IX zu berücksichtigen“.

Begründung

Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel können einen wesentlichen Beitrag zur Teilhabe und zur Selbstbestimmung leisten. Insofern sollten die Zielsetzungen der Hilfsmittelversorgung aufgenommen werden. Dies erleichtert ggf. auch Zuordnung zu jeweiligen Sozialgesetzbuch. Dazu sind die Pflegefachpersonen zu qualifizieren.

Die DVfR steht für Erläuterungen und Rücksprache ggf. gerne zur Verfügung.

Heidelberg, den 30.9.2024