Deutscher Caritasverband e.V.

VKAD caritas
Verband katholischer Altenhilfe in Deutschland e.V.

DIE KATHOLISCHEN KRANKENHÄUSER
Kath. Krankenhausverband Deutschland e.V.

STELLUNGNAHME

Zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Pflegekompetenz (Pflegekompetenzgesetz – PKG) vom 23.06.2025

Vorbemerkung

Berlin, 14. Juli 2025 | Der Deutsche Caritasverband (DCV) und seine Fachverbände Verband der katholischen Altenhilfe in Deutschland e.V. (VKAD) und Katholischer Krankenhausverband Deutschland (kkvd) danken für die Gelegenheit, zum geplanten Pflegekompetenzgesetz Stellung zu nehmen.

Wir begrüßen die angestrebten Änderungen, die auf die Stärkung und Eigenständigkeit der Kompetenzen der Pflegefachpersonen abzielen. Besonders positiv hervorzuheben ist die berufs- und leistungsrechtliche Verankerung heilkundlicher Tätigkeiten und die Stärkung der Vorbehaltsaufgaben im SGB V, was einen wesentlichen Fortschritt darstellt.
Wir teilen nachdrücklich die Auffassung, dass es keiner weiteren Modellvorhaben nach § 64d SGB V bedarf, um Pflegefachpersonen mit entsprechender Zusatzqualifikation zur Heilkundeausübung zu ermächtigen. Gleichzeitig weisen wir in unserer Stellungnahme auf weiterhin bestehende Defizite in der vertraglichen und leistungsrechtlichen Verankerung hin.
Neben den Maßnahmen zur Stärkung der professionellen Pflege enthält der Referentenentwurf auch solche zur strukturellen Weiterentwicklung der Versorgung, etwa durch die Flexibilisierung von Leistungen, die Stärkung kommunaler Netzwerke und die Erhöhung der Flexibilität. Diese adressieren jedoch nicht ausreichend die dringlichen Herausforderungen, denen viele Träger der Langzeitpflege aktuell gegenüberstehen: Die wirtschaftliche Lage der Träger hat sich aufgrund des anhaltenden Fachkräftemangels, gestiegener Personalkosten sowie steigender Preise der Dienstleister deutlich verschärft. Hinzu kommen Verzögerungen bei Pflegesatzverhandlungen, die durch überbordende Bürokratie und langwierige Prüfverfahren behindert werden. Der Entwurf greift diese Problematik nur unzureichend auf und trägt den Auswirkungen auf die Versorgungssicherheit in der Ebene nicht ausreichend Rechnung. Zwar enthält er Ansätze zur Verfahrensbeschleunigung, doch bleiben Verstöße durch die Kostenträger weitgehend folgenlos. Der Druck lastet somit weiterhin auf den Leistungserbringern, was wir stark kritisieren. Die im Vorfeld geforderte
Genehmigungsfiktion, die eine automatische Zustimmung bei Verzögerungen seitens der Kostenträger bei fehlender Aufnahme von Pflegesatzverhandlungen vorsieht, wurde leider nicht in den Entwurf aufgenommen.

Diese Verzögerungen und die mangelhafte Refinanzierung notwendiger Kosten gefährden nachweislich die Versorgungsstrukturen unserer Mitgliedseinrichtungen. Statt einer deutlichen Entlastung droht durch die Einführung zusätzlicher bürokratischer Anforderungen, wie etwa in § 72 SGB XI, sogar ein weiterer Bürokratieaufbau – dies stünde im deutlichen Gegensatz zu den Zielen der neuen Bundesregierung. Die Einführung eines neuen Absatzes 1a in § 72, der die Berücksichtigung von Empfehlungen aus Ausschüssen und kommunalen Pflegestrukturplanungen vorsieht, könnte den Abschluss von Versorgungsverträgen zusätzlich verzögern und den bürokratischen Aufwand weiter erhöhen, ebenso wie die Einführung des Absatzes 2a, der vor Abschluss eines Versorgungsvertrages die Prüfung eines Angebotes von Tages- und Nachtpflege durch die Träger vorsieht.
Angesichts der knappen Frist zur Abgabe der Stellungnahme behalten sich die Verbände weitergehenden Stellungnahmebedarf vor.

Zusammenfassung

In ihrer Stellungnahme fokussieren der Deutsche Caritasverband, der Verband Katholischer Altenhilfe in Deutschland und der Katholische Krankenhausverband folgende Themen. Der Deutsche Caritasverband hat eine ausführliche Stellungnahme im Rahmen der BAGFW-Stellungnahme abgeben und äußert sich hier ergänzend gemeinsam mit seinen beiden Fachverbänden insbesondere zum Bereich der Krankenhäuser und Krankenhausversorgung, da sich die BAGFW zu diesem Themenbereich grundsätzlich nicht positioniert.

Sozialgesetzbuch V und Pflegeberufegesetz – Stärkung des Pflegeberufs

Wir begrüßen die Kodifizierung des Pflegeberufs als Heilberuf in § 15a SGB V. Wir unterstützen nachdrücklich, dass Pflegefachpersonen, die eine Berufserlaubnis nach § 1 PflBG erworben haben, grundsätzlich zur Heilkundeausübung sowie nach Erwerb einer Zusatzqualifikation zur Heilkundeausübung berechtigt sind. Wir begrüßen die Stärkung der Pflegefachpersonen im SGB V und halten es für wichtig, die vorbehaltenen Aufgaben der Pflege (Pflegeprozessverantwortung) dort klar zu verankern. Ergänzende Klarstellungen im SGB V würden dazu beitragen, die Verantwortlichkeiten zwischen Pflege und Medizin eindeutig zu regeln. Eine transparente und faire Vergütung der von Pflegefachpersonen übernommenen heilkundlichen Aufgaben ist sicherzustellen.

Wir begrüßen, dass die bisherigen Modellvorhaben zur Heilkundeausübung durch Pflegefachpersonen beendet und künftig dauerhaft in die Regelversorgung überführt werden. Die neue Regelung schafft klare Rahmenbedingungen, insbesondere im Krankenhausbereich, und ermöglicht mehr Pflegefachpersonen mit entsprechender Qualifikation die Übernahme heilkundlicher Aufgaben. Wichtig ist nun, dass Heilkundemodule auch für die berufliche Pflegeausbildung geöffnet und bundesweit einheitliche Weiterbildungsstrukturen sowie eine angemessene Vergütung sichergestellt werden. Mit § 112a SGB V

werden erstmals Festlegungen zur eigenverantwortlichen Erbringung bestimmter heilkundlicher Leistungen durch Pflegefachpersonen im Krankenhaus gesetzlich sichergestellt. Das stärkt die Rolle der Pflege, fördert die interprofessionelle Zusammenarbeit und schafft klare Verantwortlichkeiten. Voraussetzung sind passende Qualifikationen und eine angemessene personelle Ausstattung, um die Qualität und Sicherheit der Versorgung zu gewährleisten.

Wir begrüßen ausdrücklich die Klarstellung, dass die Pflegeplanung und Pflegeprozessverantwortung zu den Vorbehaltsaufgaben von Pflegefachpersonen gehört dies sollte so beibehalten werden. Dies entspricht sowohl der pflegefachlichen Praxis als auch der juristischen Auffassung.

Sozialgesetzbuch XI

Wir begrüßen, dass die Aufgaben von Pflegefachpersonen differenziert als sogenannter Muster-Scope of Practice beschrieben werden sollen. Eine solche Beschreibung bietet eine Grundlage für die Weiterentwicklung der leistungsrechtlichen Befugnisse von Pflegefachpersonen und kann wesentlich zur Rechtsklarheit in der praktischen Leistungserbringung beitragen. Wir empfehlen daher, dass die maßgeblichen Organisationen der Leistungserbringer auf Bundesebene in die Erarbeitung dieses Scopes einbezogen werden.

Kritisch sehen wir die im Referentenentwurf vorgesehene Finanzierung heilkundlicher Leistungen nach § 15a SGB V über die soziale Pflegeversicherung, sofern sie in stationären Langzeitpflegeeinrichtungen erbracht werden. Leistungen nach § 15a SGB V sind ihrem Wesen nach Bestandteil der gesetzlichen Krankenversicherung und müssen daher auch vollständig aus dem SGB V refinanziert werden - unabhängig davon in welchem Setting sie erbracht werden

Die Feststellung des Pflegebedarfs ist eng mit der pflegefachlichen Prozessverantwortung verknüpft. Damit liegt es nahe, Pflegefachpersonen künftig auch im Rahmen von Begutachtungsverfahren stärker einzubeziehen.

Für die Umsetzung entsprechender Modellprojekte sind jedoch klare Rahmenbedingungen unerlässlich. Eine zusätzliche Aufgabenübernahme ohne entsprechende personelle Ressourcen und Vergütung ist nicht tragfähig. Der Einsatz von Pflegefachpersonen in Begutachtungsverfahren sollte daher nur im Einvernehmen der beteiligten Einrichtungen einhergehen.

Sinnvoll wäre eine zunächst auf konkrete Anwendungsfälle begrenzte Ausrichtung des Modellprojekts, etwa auf Höherstufungsanträge. Wir sprechen uns für eine gesetzliche

Verankerung des Amtes einer Pflegebevollmächtigten aus. Dabei ist sicherzustellen, dass auch die spezifischen Belange der ambulanten, teilstationären und stationären Pflegeeinrichtungen aus Versorgungsperspektive ausdrücklich im gesetzlichen Auftrag berücksichtigt werden.

Wir plädieren für die Auflösung von Sektorengrenzen, um eine flexiblere Versorgung zu ermöglichen. Wir befürchten, dass die Einführung neuer Versorgungsmodelle wie in § 45h SGB XI die Flexibilität beeinträchtigt und zu bürokratischen Herausforderungen sowohl für die Träger als auch für die Pflegebedürftigen führt. Wir schlagen vor, bestehende Modelle wie die ambulant betreute Wohngruppe nach § 45f (neu) weiter zu fördern, anstatt neue einzuführen. Um eine wirksame Verzahnung der Sektoren unmittelbar zu erreichen, sollte ein stärkeres Augenmerk auf die Möglichkeit des Gesamtversorgungsvertrags gelegt werden. Mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz wurde ab Juli 2008 die Voraussetzung eröffnet, dass mehrere oder alle selbstständig wirtschaftenden Einrichtungen (§ 71 Abs. 1 u. 2 SGB XI) eines Pflegeeinrichtungsträgers, die örtlich und organisatorisch miteinander verbunden sind, einen einheitlichen Versorgungsvertrag (Gesamtversorgungsvertrag) schließen können. Damit wurde der engen Rechtsauslegung entgegengewirkt. In der Praxis zeigt sich jedoch ein sehr kompliziertes Verhandlungsgebaren.

Die Anerkennung akademisch qualifizierter Pflegefachpersonen als sachlicher Grund für eine höhere Personalausstattung nach § 113c Abs. 2 Satz 2 Nr. 3 SGB XI wird begrüßt. Angesichts des derzeit sehr geringen Anteils hochschulisch ausgebildeter Pflegekräfte und unzureichender Studienplätze ist eine flächendeckende Umsetzung jedoch kurzfristig nicht realistisch. Für akademisch qualifizierte Pflegekräfte wird daher die Erarbeitung konkreter Aufgabenbereiche im Scope of Practice empfohlen – eine verbindliche Frist zur Erarbeitung der Empfehlungen erachten wir als sinnvoll. Auch die Möglichkeit, zusätzliche Assistenzkräfte mit mindestens einjähriger relevanter Ausbildung einzusetzen, wird als sinnvoll bewertet. Damit diese Regelung greift, müssen die Länder ihre Personalverordnungen zügig anpassen. Der Bund sollte dies aktiv einfordern.

Ausbildung in Rehabilitationseinrichtungen

Wir setzen uns seit vielen Jahren dafür ein, dass Rehabilitationseinrichtungen, sofern sie zur Ausbildung im Pflichteinsatz der allgemeinen Akutpflege in stationären Einrichtungen geeignet sind, auch Träger der praktischen Ausbildung sein können. Besonders Einrichtungen mit den Schwerpunkten Geriatrie und Neurologie bieten wertvolle Praxiserfahrungen und fördern die Handlungskompetenz der Auszubildenden. Dies würde zusätzliche, wohnortnahe Ausbildungskapazitäten schaffen und die Versorgungssicherheit stärken. Voraussetzung ist, dass die Praxisanleitung entsprechend qualifiziert ist.

Zukunft der Pflege in den Ordensgemeinschaften. Rahmen-Versorgungsvertrag „kleiner Versorgungsvertrag“

Die Bundesverbände des Verbandes der Ersatzkassen (vdek) und der Pflegekassen BARMER und DAK-Gesundheit haben mit Wirkung zum 31.12.2025 den 2004 geschlossenen Rahmen-Versorgungsvertrag („kleiner Versorgungsvertrag“) gekündigt. Um zu verhindern, dass zum 01.01.2026 die Grundlage der Zulassung der ordensinternen Pflegebereiche als stationäre Einrichtungen entfällt, sieht der Referentenentwurf eine Übergangsregelung vor. Die Verfasser der Stellungnahme sind in Absprache mit der Deutschen Ordensobernkonferenz als einer der Vertragspartner des bisherigen Rahmen-Versorgungsvertrags („kleiner Versorgungsvertrag“) dankbar für den Regelungsvorschlag des neuen § 146a. Damit wird das zentrale Anliegen der von einer Beendigung der bisherigen Regelung betroffenen pflegebedürftigen Versicherten in Ordensgemeinschaften und der für ihre Versorgung verantwortlichen Ordensleitungen aufgegriffen. Sie können in einer für viele Ordensgemeinschaften aufgrund ihrer demografischen Situation besonders sensiblen und herausfordernden Phase weiter die bisherige bewährte Regelung anwenden und haben ausreichend Zeit für die Entwicklung einer alternativen Versorgung gemäß den Vorgaben des SGB XI. Die im Absatz 2 vorgesehene Entwicklung einer langfristig tragfähigen Versorgungsform sollte im Rahmen einer Evaluation die Wirtschaftlichkeit der bisherigen Versorgungsform und möglicher bzw. bereits entwickelter ordensgemäßer Alternativen in den Blick genommen werden.

Nachfolgend erfolgen die Bewertung und Änderungsvorschläge im Einzelnen:

Artikel 1: Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch

§ 8 Absatz 3c – Scope of Practice

Aktuell fehlt eine einheitliche, nachvollziehbare Beschreibung der pflegerischen Aufgaben entlang der verschiedenen Qualifikationsstufen. Zur Förderung von Rechtsklarheit und Transparenz ist es dringend erforderlich, im Rahmen von § 8c SGB XI eine verbindliche Grundlage zu entwickeln, aus der klar hervorgeht, welche Pflegekraft mit welcher Qualifikation welche Leistungen – insbesondere heilkundlicher Art – erbringen darf. Die Erarbeitung einer systematischen und umfassenden Beschreibung der Aufgaben von Pflegefachpersonen, einschließlich heilkundlicher Aufgaben (sog. Muster-Scope of Practice) wird im Referentenentwurf im Begründungsteil (Seite 61) richtigerweise als wesentliche Aufgabe der Vertretung der Pflegeberufe auf Bundesebene benannt. Die explizite Nennung dieser Aufgabe fehlt im Gesetz. Die Zielsetzung taucht lediglich implizit über die Förderung nach § 8 Abs. 3c SGB XI wieder auf. Dies ist nicht nur sprachlich uneinheitlich,

sondern auch inhaltlich problematisch, da das zentrale Ziel – die Entwicklung eines qualifikationsgestuften Aufgabenprofils für Pflegefachpersonen – nicht als explizite gesetzliche Zielsetzung benannt wird.

Pflegefachpersonen verfügen – je nach Qualifikation (z. B. generalistische Ausbildung, hochschulische Qualifikation, spezialisierte Weiterbildung) – über differenzierte Kompetenzen. Eine gesetzlich legitimierte und praktisch handhabbare Zuordnung von Aufgabenbereichen zu Qualifikationsniveaus fehlt jedoch bislang. Ein akademischer Abschluss darf nicht die alleinige Voraussetzung zur Ausübung heilkundlicher Aufgaben darstellen. Viele Pflegefachpersonen haben durch berufsbegleitende Weiterbildungen bereits die nötigen Kompetenzen erworben oder können diese durch modulare Qualifikationen gezielt aufbauen. Die Anrechnung beruflicher Weiterbildung als Voraussetzung für die Übernahme heilkundlicher Aufgaben muss gesetzlich klargestellt werden – sowohl im Pflegeberufegesetz (PflBG) als auch im Leistungsrecht des SGB V und XI.

Zugleich ist es erforderlich, dass die im Rahmen von § 8 Absatz 3c SGB XI geförderten wissenschaftlichen Expertisen auch konkrete Wege aufzeigen, wie berufserfahrene Pflegefachpersonen heilkundliche Kompetenzen erwerben können – ohne dass ein hochschulisches Studium zwingende Voraussetzung ist. Daher halten wir die Erarbeitung von Mindestanforderungen zu Weiterbildungsordnungen zur Ausübung heilkundlicher Tätigkeiten für zielführend. Zur Sicherstellung der Umsetzbarkeit in den Einrichtungen ist es aus unserer Sicht unabdingbar, dass die Trägerverbände der Pflegeeinrichtungen systematisch in die Ausgestaltung und Umsetzung der Expertisen eingebunden werden.

Änderungsbedarf:

§ 8 Absatz 3 c wird wie folgt gefasst:

Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen fördert gemeinsam mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen wissenschaftliche Expertisen zur konkreten Ausgestaltung und Weiterentwicklung der Inhalte von Leistungen nach diesem und nach dem Fünften Buch, die durch Pflegefachpersonen jeweils abhängig von ihren Kompetenzen erbracht werden können. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen bestimmen im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit und unter Beteiligung des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend nach Anhörung der maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene nach § 118a, wie **auch die maßgeblichen Organisationen der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene, die Dauer, Inhalte und Durchführung von Maßnahmen nach Satz 1**.

Schaffung der gesetzlichen Verankerung des Amtes einer/eines Pflegebevollmächtigten

Die im Kabinettsentwurf zum PKG in der 20. Legislatur ursprünglich vorgesehene gesetzliche Verankerung des Amts einer Pflegebevollmächtigten sollte aus unserer Sicht

aufgenommen werden. Angesichts der aktuellen Herausforderungen – wie der digitalen Transformation, der Weiterentwicklung eines durchlässigen Pflegebildungssystems und struktureller Veränderungen in der Versorgung – ist eine dauerhaft legitimierte Ansprechperson auf Bundesebene notwendig. Dabei sollten auch die spezifischen Belange der ambulanten und (teil-) stationären Pflegeeinrichtungen aus der Versorgungsperspektive in der Aufgabenbeschreibung gesetzlich definiert werden und entsprechend berücksichtigt werden.

§ 11 Absatz 1 a (neu) SGB XI: Delegation von Aufgaben von Pflegefachpersonen auf Pflegeassistenzpersonen sowie auf Pflegehilfskräfte

Mit der Einführung der Vorbehaltsaufgaben nach § 4 PflBG ist die Steuerung des Pflegeprozesses durch Pflegefachpersonen gesetzlich geregelt. Eine Klarstellung in § 11 Abs. 1 SGB XI zur Steuerungsverantwortung von Pflegefachpersonen im Pflegeprozess ist daher entbehrlich. Wir äußern Bedenken zur Regelung gemäß § 11 Absatz 1a SGB XI, die Pflegeeinrichtungen zur Entwicklung von Delegationskonzepten verpflichtet. Diese Regelung könnte den Handlungsspielraum von Pflegefachpersonen einschränken, die für die eigenverantwortliche Steuerung des Pflegeprozesses zuständig sind. Sollte der Gesetzgeber an der Regelung festhalten, ist der Begriff der “Einbindung”, der dem Betriebsverfassungsgesetz fremd ist, durch den Begriff der “Informations- und Beratungsrechte” zu ersetzen.

Änderungsbedarf:

Streichung des § 11 Absatz 1 a SGB XI

§ 15 Absatz 8 SGB XI – Evaluation des Begutachtungsinstruments

Wir begrüßen die geplante Verpflichtung, bis zum 30. Juni 2026 einen Bericht über die Erfahrungen und Wirkungsweisen des Begutachtungsinstruments im Rahmen des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs vorzulegen. Aus unserer Sicht sollte die Erstellung des Berichts durch eine unabhängige, wissenschaftlich qualifizierte Institution erfolgen – etwa durch den Qualitätsausschuss Pflege.

§ 17a SGB XI: Richtlinien zur Empfehlung von Pflegehilfsmitteln und Hilfsmitteln nach § 40 Absatz 6

Wir begrüßen die geplanten Richtlinien, die Pflegefachkräften erlauben, notwendige Hilfs- und Pflegehilfsmittel ohne ärztliche Verordnung zu empfehlen. Da Pflegefachpersonen über entsprechende Kompetenzen qua beruflicher Ausbildung nach dem PflBG verfügen, müssen sie berechtigt sein, solche Verordnungen, ohne weitere Qualifikations- oder Eignungsanforderungen auszustellen. Hier bedarf es einer entsprechenden gesetzlichen Änderung.

Wir weisen darauf hin, dass Hilfsmittel gemäß § 40 SGB XI, die zur Erleichterung der pflegerischen Versorgung und Linderung von Beschwerden bei Pflegebedürftigen dienen, grundsätzlich von Pflegefachpersonen im Rahmen ihrer Vorbehaltsaufgaben nach § 4 PflBG empfohlen werden sollten.

Es ist zudem erforderlich, Verordnungsprozesse zu vereinfachen. Ähnlich wie im ärztlichen Bereich sollte lediglich ein Rezept durch die Pflegefachperson ausgestellt werden, anstelle eines umfangreichen Formulars (vgl. Richtlinien gemäß § 40 Absatz 6 SGB XI). Zudem braucht es eine Definition im SGB XI und SGB V, die die Vergütung der Leistung sicherstellt.

Änderungsbedarf:
Streichung der Wörter “je nach Qualifikationsniveau” in § 17a Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und Halbsatzes “über welches Qualifikationsniveaus die empfehlenden Pflegefachperson verfügen soll” in § 40 Absatz 6 Satz 5.

§ 18e SGB XI: Modellprojekt zur Begutachtung durch Pflegefachpersonen in Pflegeeinrichtungen
Wir halten es für sachgerecht, dass Pflegefachpersonen aufgrund ihrer Qualifikation in die Lage gebracht werden können, Pflegebegutachtungen im Sinne des § 18e SGB XI durchzuführen. Schließlich gehört die Feststellung des Pflegebedarfs zu den Vorbehaltsaufgaben nach § 4 PflBG. Damit ist eine enge fachliche Verbindung zur Pflegeprozessverantwortung gegeben, und das Potenzial zur Mitwirkung in Begutachtungsverfahren liegt auf der Hand. Allerdings bedarf es für die Umsetzung einer solchen Aufgabe klarer Rahmenbedingungen: Die Übernahme von Begutachtungen durch Pflegefachpersonen kann nicht zusätzlich und/oder unvergütet erfolgen. Es muss sichergestellt werden, dass entsprechende Einsätze und Weiterbildungen personell unterlegt, vergütet und mit dem Einvernehmen der betroffenen Einrichtungen erfolgen.

Ein Modellprojekt zur Begutachtung durch Pflegefachpersonen sollte sich zunächst auf begrenzte, realistische Anwendungsbereiche konzentrieren, etwa auf Höherstufungsanträge. Der Gesetzgeber ist aufgerufen, im Modellprojekt nicht nur die Vergleichbarkeit der Ergebnisse mit den Gutachten des MD, sondern auch den damit verbundenen Aufwand, den Fortbildungsbedarf sowie die Auswirkungen auf die Versorgungskapazitäten in den Einrichtungen systematisch zu prüfen.
Sollte die Feststellung von Pflegebedürftigkeit langfristig zu einer festen Aufgabe der Pflegefachpersonen werden, muss diese Aufgabe sowohl in die Ausbildungsziele (§§ 5 und 37 PflBG) als auch in die Prüfungsanforderungen (§ 4 PflAPrV) und Rahmenlehrpläne (§ 53 PflBG) integriert werden.

§ 28 Neuer Absatz 5 in Verbindung mit § 15 a SGB V und § 73 d SGB V – Erweiterung der Leistungsarten

Es wird begrüßt, dass die Leistungen nach § 15a Abs. 1 SGB V durch Pflegefachpersonen, die im ambulanten oder stationären Pflegeeinrichtungen beschäftigt sind, zu erbringen sind, sofern diese Leistungen nicht im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung nach dem SGB V bereits erbracht werden. Es ist klarzustellen, dass diese Leistungen, die in § 15a Sozialgesetzbuch V, Gesetzliche Krankenversicherung, verankert sind, im stationären Setting nicht durch das Sozialgesetzbuch der gesetzlichen Pflegeversicherung finanziert werden sollen. Sofern Pflegefachpersonen diese Leistungen im stationären Rahmen erbringen, fordern wir eine Refinanzierung dieser Leistungen durch das Sozialgesetzbuch V. Wir sehen darin eine Steigerung der pflegebedingten Ausgaben, analog zur Finanzierung der Behandlungspflege, und dringenden Bedarf, die Finanzierung nach den entsprechenden Gesetzbüchern in einer Vergütungsverordnung vorzunehmen. Für die häusliche Krankenpflege gilt es zu beachten, dass auch die Antragstellung, sofern sie durch die Pflegefachperson erfolgt, refinanziert werden muss – durch das SGB V.

§ 45e Förderung der Zusammenarbeit in regionalen Netzwerken

Wir begrüßen die durch die Etablierung eines eigenen Paragrafen hervorgehobene Bedeutung der regionalen Netzwerke. Regionale Netzwerke sind ein freiwilliger Zusammenschluss aller an der Pflege und deren Prävention beteiligten Akteure in einer Region mit dem Ziel, die Versorgung und Unterstützung von Pflegebedürftigen und deren An- und Zugehörigen im Blick haben. Sie dienen ebenso der Zusammenarbeit der Akteure und stellen somit ein Netzwerk an Beratungsressourcen und Hilfesystem in der Region zur Verfügung. Die finanzielle Förderung regionaler Netzwerke ist folglich unbedingt notwendig. Ein so professionell arbeitendes Netzwerkarbeit kann nicht allein ehrenamtlich bzw. allein auf Kosten der Leistungserbringenden arbeiten und koordiniert werden. Die Koordination muss entsprechend und angemessen finanziert werden, so dass mind. 0,75 VZÄ pro Netzwerk abgedeckt werden. Der Betrag muss entsprechend dynamisiert werden. Der Aufbau von Netzwerken erfordert zudem Zeit. Zu kritisieren ist, dass die Förderung auf 3 Jahre begrenzt ist und nur in Ausnahmefällen verlängert werden kann. Regionale Netzwerke befördern den Aufbau und Erhalt einer Versorgungsstruktur im Sozialraum. Damit ein Netzwerk nach dreijähriger Förderung weiter Bestand hat oder damit es nicht nur kurzfristig agiert, sollte die Förderung langfristig angesetzt sein.

§ 45f SGB XI: Zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen

Viele Menschen schätzen bei Pflegebedürftigkeit das Wohnen in einer Wohngemeinschaft. Lebten in Deutschland 2020 noch rund 37.000 Menschen bundesweit in ca. 3.660

Wohngemeinschaften, so waren es im Juni 2024 bereits ca. 47.450 Menschen in rund 4.463 Wohngruppen.

Pflegebedürftige in ambulanten Wohngemeinschaften erhalten die pflegebedingten Kosten, die im Rahmen der ambulanten pflegerischen Versorgung anfallen, ihrem Pflegegrad entsprechend von der Pflegekasse erstattet. Alle weiteren Kosten müssen selbst getragen werden. Außerdem erhalten Pflegebedürftige monatlich einen pauschalen Zuschlag von bislang 224 Euro. Der Wohngruppenzuschlag wurde erstmalig seit Gewährung 2017 am 01.01.2025 um 4,5 Prozent (10 €) angepasst. Es ist stark zu kritisieren, dass der Referentenentwurf keine Stärkung der Versorgungsform ambulant betreuter Wohngruppen vorsieht. Die durch das PUEG einmalig vorgenommen Dynamisierung steht nach oben genannter Sachlage in keinem Verhältnis zu den realen Kostensteigerungen der letzten 8 Jahre.

Wir fordern seit 2023 die Anhebung des Wohngruppenzuschlags auf 1.000 Euro und eine regelhafte Dynamisierung monatlich, um einen Entlastungseffekt für die Pflegebedürftigen dieser Wohnform gegenüber anderer Versorgungsformen zu erzielen. Es wird befürchtet, dass zukünftig die Kostenträger nicht mehr bereit sind, eine Unterbringung in einer ambulant betreuten Wohngemeinschaft als förderfähig anzuerkennen (vgl. Drucksache 20/7436, S. 1). Es besteht das Risiko, dass diese bewährte Lebensform wieder verschwinden wird oder aber nur noch der wohlhabende Teil der Bevölkerung sich ein Leben in einer Wohngemeinschaft leisten kann.

§ 45h SGB XI: Leistungen in gemeinschaftlichen Wohnformen mit Verträgen zur pflegerischen Versorgung gemäß § 92c

Wir begrüßen alternative Pflege- und Wohnsettings jenseits der rein häuslichen und stationären Versorgung. Das Angebot der ambulant betreuten Wohngruppen vereint gegenüber der ambulanten Versorgung in der eigenen Häuslichkeit und der stationären Versorgung viele Vorteile. Es fördert die Selbstbestimmung und Teilhabe des pflegebedürftigen Menschen. Trägern ist es möglich, eine individuelle, quartiersnahe und zielgruppenspezifische Versorgung anzubieten und Konzepte, die bspw. im Hinblick auf Menschen mit Demenz im stationären Setting nicht möglich sind, vorzuhalten. Mehrere Wohngruppen unter einem Dach ermöglichen dem Träger zudem eine flexible Personaleinsatzplanung. Anders als in der ambulanten Versorgung entfällt für Mitarbeitende die Wegezeit. Die steigende Nachfrage nach dieser Wohnform spiegelt sich in der wachsenden Zahl der Wohngruppen in den letzten Jahren wider (vgl. Bewertung § 45f).

Wir sprechen uns seit langem für eine Auflösung der Sektorengrenzen und somit eine Flexibilisierung und Durchlässigkeit von Versorgungsformen für Pflegebedürftige aus. Eine

Versorgung, die am Pflege-, Betreuungs- und Unterstützungsbedarf des Versicherten unabhängig der Wohnform ausgerichtet ist, muss das Ziel von Reformen des Pflegesystems sein. Der Gesetzgeber schreibt selbst: “Erforderlich ist jedoch eine Leistung, die dem besonderen Versorgungscharakter Rechnung trägt und die Pflegebedürftigen in die Lage versetzt, die Kosten für eine selbstbestimmte Pflege in der Wohnform zu tragen. Dies soll ohne einengende Voraussetzungen möglich sein “ (vgl. RefE S. 113).

Wir geben zu bedenken, dass die Einführung der neuen Versorgungsform nach § 45h der Durchlässigkeit und dem Abbau der Sektorengrenzen entgegensteht. Zwischen bereits bestehenden ambulanten Wohngemeinschaften und vollstationärer Versorgung steht nun die gemeinschaftliche Wohnform, die im ambulanten Setting verhaftet sein. Die Tatsache, dass nach § 45h i.V. mit 92c SGB VI kein Anspruch auf Verhinderungspflege besteht, lässt die Etablierung eines Sektors zwischen ambulant und stationär anmuten. In der Praxis gibt es die Unterscheidung zwischen Basispaket und Serviceleistungen dem Grunde nach schon im Betreuten Wohnen. Die langjährigen Erfahrungen in diesem Bereich zeigen, dass empfehlenswert ist, im Basispaket nur solche Leistungen aufzunehmen, die von allen Bewohnenden gleichermaßen häufig als Gruppenangebote in Anspruch genommen werden können und individuelle Leistungen auch individuell berechnet werden sollten.

In Absatz 1 Nummer 3 wird geregelt, dass zusätzlich zum Basispaket in Nummer 1 Häusliche Krankenpflege nach § 37 SGB V zum Leistungsangebot gehört.

Hier gilt zu beachten, dass nicht alle Personen, die in gemeinschaftlichen Wohnformen nach § 45h leben werden, automatisch Leistungen nach § 37 SGB V benötigen. Ist dies dann eine Ausschlusskriterium und eine Versorgung in dieser Wohnform nicht möglich? Weiter stellt sich die Frage hinsichtlich der Abrechnung, da das Basispaket nach Nummer 1 über SGB XI abgerechnet wird, Häusliche Krankenpflege nach ärztlicher Verordnung über das nach SGB V. Die im Basispaket vertraglich vereinbarten Leistungen bedürfen keiner ärztlichen Verordnung. Gilt gleiches auch für Nummer 3? Das wäre im Zuge der Entbürokratisierung ein Schritt nach vorn.

Wir sehen in § 45h für Träger neue bürokratische Herausforderungen, die ebenso auch die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen treffen werden, wie bspw. die Erhöhung der Intransparenz des Leistungsangebotes.

Auf dieser Grundlage schlagen wir vor, anstelle der Einführung neuer Versorgungsmodelle die bestehenden Modelle, wie die ambulant betreute Wohngruppe (alte Verortung im § 38a SGB XI, nun § 45f) sowie die gemeinschaftliche Wohnform der Hausgemeinschaften weiter zu fördern, zu entbürokratisieren und weiterzuentwickeln. (vgl. (Hausgemeinschaften - St. Raphael (st-raphael.de) – Die Versorgungsform Hausgemeinschaft, die nach einer vierjährigen Erprobungsphase im bestehenden (landes-)rechtlichen Rahmen (WTPG, SGB

XI, SGB V) regelfinanziert wird, entspricht einer individuellen Wohnform, ähnlich der Konzipierung des § 45h.)

Zudem sehen wir im Konzept des Gesamtversorgungsvertrages Potential für eine umgehend zu erreichende notwendige Verzahnung der Sektoren ambulant, teilstationär sowie stationär durch einen Leistungserbringer (vgl. § 72 Abs. 2 SGB XI). Dort, wo das Konzept umgesetzt werden konnte, zeigen sich positive Effekte hinsichtlich der Versorgung der Leistungsempfänger_innen, auf die Öffnung und Wirkung ins Quartier als auch auf die Verbesserungen der Rahmenbedingungen für die Mitarbeitenden. Den Trägern räumt das Konzept eine höhere Flexibilität im Personaleinsatz und eine bessere Umsetzung der Vereinbarkeit von Familie und Beruf ein. Pflegebedürftige erhalten eine Versorgung aus einer Hand. Der Wechsel von einem Pflegesetting in das andere (ambulant, teilstationär und vollstationär) wird in beide Richtungen erleichtert und vor allem bürokratieärmer. Träger allerdings berichten von hohen Hürden wie einem komplizierten Verhandlungsgebaren bis hin zur Weigerung der Kostenträger, Konzepte verhandeln zu wollen. Um eine flächendeckende Etablierung zu befördern, sollte dort, wo die Träger einen Gesamtversorgungsvertrag beantragen, bundesweit Vorschub geleistet werden, indem die Kostenträger zur Zustimmung aufgefordert werden. Das Verfahren soll bundesweit ausgerollt werden, in dem eine entsprechende Frist gesetzt wird.

§ 72 Abs. 2a Zulassung zur Pflege durch Versorgungsvertrag

Mit der Einführung des Absatzes 2a soll der Träger einer vollstationären oder ambulanten Pflegeeinrichtung vor Abschluss eines Versorgungsvertrages prüfen, ob im Rahmen dieses Versorgungvertrages diese Einrichtung auch Leistungen der Tagespflege und Nachtpflege gemäß § 41 erbracht werden kann. Der Prüfauftrag soll ebenfalls für bereits bestehende Versorgungsverträge gelten. Wir weisen darauf hin, dass Träger, sofern sie den Abschluss eines Versorgungsvertrages in Erwägung ziehen und vorbereiten, sie sämtliche Möglichkeiten der Leistungserbringung nach SGB V als auch SGB XI in Erwägung ziehen. Sofern sie keine Tages- oder/und Nachtpflege aufbauen möchten, so liegt es nahe, dass diese Entscheidung aus Gründen der Wirtschaftlichkeit geschieht. Wir kritisieren Festschreibung der Prüfung dieser Leistungsformen nach Absatz 2a in Gesetzesform, ebenso die Nachprüfung bereits bestehender Versorgungsverträge, da sie zum einen in die unternehmerische Freiheit der Träger eingreift, zum anderen einen weiteren bürokratischer Aufwand für die Träger bedeutet. Unklar bleibt im Gesetzentwurf auch, in welcher Form diese Prüfung nachgewiesen werden soll und ob und auf welcher Grundlage die Entscheidung seitens der Kostenträger gegengeprüft werden wird. Wir sehen darin für beide Seiten bürokratische Mehrarbeit und fordern das Streichen des Absatzes 2a.

Änderungsbedarf:
Streichen des Absatzes 2a.

§ 72 Abs. 3b Satz 4 SGB XI
In der Neuregelung in § 72 Abs. 3b Satz 4 SGB XI soll die Frist für nicht tarif- oder AVR-gebundene Einrichtungen, die sich an Tarifverträgen oder kirchlichen AVR orientieren, zur Übernahme tariflicher Entlohnungserhöhungen etc. von einem Monat auf drei Monate verlängert werden. Wir lehnen diese gesetzliche Änderung entschieden ab, da sich daraus ein erheblicher wirtschaftlicher Nachteil für tarif- oder AVR-gebundene Pflegeeinrichtungen gegenüber nicht gebundenen Einrichtungen ergibt. Denn die Neuregelung führt dazu, dass Einrichtungen, die bewusst auf den Abschluss von Tarifverträgen verzichten, ein Vierteljahr Zeit bekommen, um AVR- oder tarifvertragliche Anpassungen vorzunehmen. Dies kann nicht im Sinne der §§ 72, 82c SGB XI sein.

Änderungsbedarf:
Verzicht auf diese Neuregelung.

§ 72 Abs. 3e SGB XI
Mit der vorgesehenen Neureglung soll der Zeitraum für tarif- und AVR-gebundene Einrichtungen zur Meldung der Entlohnungsparameter, aus denen die regional üblichen Entlohnungsniveaus berechnet werden, von August eines jeden Jahres auf Juli eines jeden Jahres vorgezogen werden. In der Praxis hat sich gezeigt, dass die Meldungen nach § 72 Abs. 3e SGB XI mit einer erheblichen personellen und organisatorischen Belastung für die meldepflichtigen Einrichtungen (zur typischen Sommerurlaubszeit) einhergehen. Daher fordern wir statt der beabsichtigten Verlagerung eine Verlängerung des Meldezeitraums. Ebenso plädieren wir dafür, die Möglichkeit der Meldung durch Träger für mehrere Einrichtungen in den Gesetzestext aufzunehmen.

Ferner begrüßen wir die neu ins Gesetz aufgenommene Möglichkeit, die Meldung nach § 72 Abs. 3e SGB XI durch elektronische Daten aus der Lohnbuchhaltungssoftware vorzunehmen. Jetzt ist der GKV-SV gefordert, diese gesetzliche Neuregelung schnellstmöglich in die Praxis umzusetzen.

Änderungsbedarf:
„(3e) Pflegeeinrichtungen oder ihre Träger, die im Sinne von Absatz 3a an Tarifverträge oder an kirchliche Arbeitsrechtsregelungen gebunden sind, haben dem jeweiligen Landesverband der Pflegekassen jedes Jahr zwischen dem **1. Mai und 31. Juli** Folgen-des mitzuteilen: (…)“.

§ 73a SGB XI: Sicherstellung der pflegerischen Versorgung neu: Verfahren zu Beeinträchtigungen bei Versorgungsverträgen

Mit § 73a SGB XI wird die befristete Regelung des § 150 Absatz 1 SGB XI, die während der COVID-19-Pandemie galt, in erweiterter und generalisierter Form in das Dauerrecht überführt. Ziel ist es, auch in Krisensituationen die pflegerische Versorgung sicherzustellen.
Aus Sicht des VKAD liegt die Verstetigung der bisherigen pandemiebezogenen Sonderregelungen im klaren Interesse der Träger. Sie schafft einen rechtlich abgesicherten Rahmen, um bei krisenhaften Versorgungsengpässen kurzfristig und unbürokratisch notwendige Maßnahmen ergreifen zu können. Die Einrichtungen haben im Zuge der Pandemie sowie angesichts aktueller Herausforderungen wie dem Fachkräftemangel gelernt, flexibel zu reagieren und Maßnahmen zur Sicherstellung der Versorgung zu ergreifen. Dabei ist es wichtig, dass solche Maßnahmen in einem rechtssicheren und praktikablen Rahmen erfolgen können. Dass die Meldung gemäß § 73a Absatz 1 an eine beteiligte Pflegekasse erfolgen soll, halten wir für nachvollziehbar – insbesondere, da diese im Krisenfall auch über leistungsrechtliche Fragen entscheidet. Um den Verwaltungsaufwand für Träger zu begrenzen, sollte die Regelung jedoch um eine digitale und möglichst bundesweit einheitliche Lösung ergänzt werden: Wir sprechen uns dafür aus, die Meldung über ein zentrales Online-Portal bei der Daten-Clearingstelle der Pflegekassen zu ermöglichen. § 73a ist aus Sicht der Träger grundsätzlich zu begrüßen – vorausgesetzt, die Umsetzung erfolgt unbürokratisch und mit dem Ziel einer verlässlichen und flexiblen Unterstützung der Leistungserbringer.

§ 86a SGB XI: Verfahrensleitlinien für die Vergütungsverhandlungen und -vereinbarungen

Wir begrüßen die Ansätze zur Schaffung von Rahmenbedingungen für die dringend erforderliche Beschleunigung der Pflegesatzverhandlungen nach § 86a - hier besteht höchst dringender Handlungsbedarf. In der Praxis häufen sich die Fälle nicht abgeschlossener Vergütungsverhandlungen. Oder der Zustand, dass sich Pflegeeinrichtungen ununterbrochen in Vergütungsverhandlungen befinden, da die Verhandlungen fast ein Jahr andauern – und die nächste Vergütungsverhandlung schon wieder aufgenommen werden muss. Dieser Zustand ist existenzbedrohend, da ihnen die Refinanzierung der bereits erbrachten Leistungen fehlt bzw. gestiegene Kosten nicht gedeckt werden können.

Ein vereinfachtes und schnelles Verfahren der Vergütungsverhandlungen kann gelingen, in dem den Pflegeeinrichtungen nicht nur zu Verhandlungsbeginn von den Kostenträgern unverzüglich eine Ansprechperson genannt werden muss, es müssen ebenso auch die Nachweisforderungen unverzüglich nach Antragstellung genannt sowie bedient werden. Darüber hinaus muss in Absatz 1 muss unbedingt die Ergänzung aufgenommen werden, dass diese Ansprechperson auch die Pflicht hat, unverzüglich das Unterschriftenverfahren

nach abgeschlossenen Vergütungsverhandlungen einzuleiten und abzuschließen. Außerdem sollte der Begriff “rechtzeitig”, bezogen auf den Zeitraum, wann die Pflegesatzanträge zu stellen sind, in Absatz 1 Satz 1, präzisiert werden, z.B. auf vier Wochen. Weiter muss eine Genehmigungsfiktion von beantragten Steigerungen zum Tragen kommen, wenn 6 Wochen nach Antrag keine Verhandlungsaufnahme durch die Kostenträger erfolgt ist.

Des Weiteren müssen die Kostenträger mehr in die Pflicht genommen werden. Das bedeutet, dass bei Verfahrensverschleppungen Strafzahlungen oder bei Missachtung gesetzlicher Vorschriften und Anforderungen durch die Kostenträger Schadensersatzforderungen fällig werden müssen.

§ 113c Absatz 2 Satz 2 Nr. 3 (neu):
Sachliche Gründe für die Vereinbarung einer höheren personellen Ausstattung im Bereich der akademisch qualifizierten Pflegefachpersonen
Wir begrüßen grundsätzlich die Möglichkeit, hochschulisch qualifizierte Pflegefachpersonen künftig gezielter in Pflegeeinrichtungen einzubinden und deren Tätigkeit – bei mindestens 50 % Einsatz in der direkten Pflege – als sachlichen Grund zur Erhöhung der Personalanhaltszahlen nach § 113c SGB XI anzuerkennen. Gleichzeitig ist zu betonen, dass aktuell nur rund 2 % der Pflegefachpersonen über eine hochschulische Ausbildung verfügen. Das Ziel des Gesetzgebers, die Pflegequalität durch evidenzbasierte Versorgung durch den Einsatz akademischer Pflegefachkräfte zu steigern, ist begrüßenswert. Allerdings gibt es nicht genügend akademisch qualifiziertes Pflegepersonal auf dem Arbeitsmarkt, um eine flächendeckende Umsetzung in der stationären Pflege zu ermöglichen.

Das Fundament der pflegerischen Versorgung bleibt die berufliche Pflegeausbildung nach Teil 2 des Pflegeberufegesetzes. Ebenso muss die zügige Gewinnung und Qualifizierung von Pflegefachassistenzkräften Priorität haben.

Daher fordern wir die Stärkung der Ausbildung von beruflich ausgebildeten Pflegefachpersonal, um es mit entsprechenden Weiterbildungen und Anerkennung von Berufserfahrungen und bereits absolvierte Fortbildungen zur Ausführung heilkundlicher Aufgaben zu ermächtigen. Für hochschulisch qualifiziert Pflegefachpersonen empfehlen wir die Erarbeitung von Empfehlungen zu Aufgabenbereichen im Scope of Practice nach § 8 Absatz 3c SGB XI. Zudem empfehlen wir eine verbindliche Frist zur Ausarbeitung der Empfehlungen.

§ 113c Absatz 3 Nummer 2 in Verbindung mit Absatz 5 Satz 1 Nummer 3: Andere "Assistenzberufe" als QN 3

Wir begrüßen die Möglichkeit, dass Pflegeeinrichtungen über die Mindestpersonalbesetzung hinaus für die Stellenanteile für ausgebildete Pflegeassistenzkräfte, Personal vorhalten können, das über eine einjährige, medizinische, soziale, hauswirtschaftliche, kaufmännische oder betriebswirtschaftliche Qualifikation verfügt und entsprechend der Qualifikation administrative oder pflegerische Aufgaben zur Entlastung der Pflegefachkräfte erbringt. Angesichts des Bedarfs an Pflegeassistenzkräften halten wir diese Maßnahme für sachgerecht, da sie die Handlungsspielräume für Pflegeeinrichtungen erhöht. Ferner weisen wir daraufhin, dass die im Bundesrecht geschaffenen Spielräume nur funktionieren, wenn die Länder ihre ordnungsrechtlichen Vorgaben entsprechend anpassen. Der Bund ist dringend aufgefordert, die Länder aufzufordern, ihre Personalverordnungen zügig und kohärent mit § 113c SGB XI zu harmonisieren.

§ 118a SGB XI in Verbindung mit § 8 Absatz 3c SGB XI (Maßgebliche Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene, Verordnungsermächtigung)

Im Referentenentwurf wird die Notwendigkeit einer klaren Regelung zur Beteiligung der maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene im § 118a SGB XI aufgenommen. Allerdings bleibt weitgehend unklar, welche spezifischen Aufgabenbereiche der Vertretung zugewiesen werden. Zudem erstreckt sich diese Beteiligung nicht nur auf Bundes-, sondern auch auf Landesebene und erfordert einen erheblichen organisatorischen und personellen Aufwand. Im Gesetz sollte daher ausdrücklich vorgesehen werden, dass zur Wahrnehmung dieser Aufgaben Fördergelder für die Einrichtung und den Betrieb einer Geschäftsstelle zur Verfügung gestellt werden. Die im Entwurf beschriebene Erstattung von Reisekosten und Verdienstausfall erscheint hier unzureichend.

Darüber hinaus ist es wichtig, klarzustellen, dass die berufsständischen Vertretungen nicht die Beteiligung der Leistungserbringerverbände in der Pflege ersetzen können. Eine präzise Abgrenzung der Aufgaben und Funktionen dieser Verbände innerhalb der Selbstverwaltung ist erforderlich. Dies umfasst sowohl die Bereiche, in denen sie eigenständig agieren, als auch die Bereiche, in denen eine Zusammenarbeit notwendig und sinnvoll ist.

Änderungsbedarf:

Die Aufgaben und Verantwortlichkeiten der maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe sollten in 118 a SGB XI definiert werden. Dabei sollten die Aufgaben und Funktionen der Pflegewissenschaft, der berufsständischen Vertretungen und die der Leistungserbringerverbände eindeutig voneinander abgegrenzt werden. Diese Abgrenzung ist entscheidend, um eine konstruktive und effektive Zusammenarbeit zu fördern.

§ 125d Modellvorhaben zur Erprobung der Flexibilisierung der Leistungserbringung stationärer Pflegeeinrichtungen

§ 125d sieht vor, in stationären Einrichtungen Modellprojekte durchzuführen, in denen erprobt werden soll mit dem Ziel:

1.) An- und Zugehörige dauerhaft in pflegerische Leistungen einzubeziehen. Ziel ist es, ihnen die Möglichkeit zu geben, Teile der professionellen Pflege selbst zu übernehmen – was formal eine Abwahl professionell erbrachter Leistungen nach § 43 SGB XI bedeutet. Ziele des Modellversuchs sollen sein, die Potentiale zur Personaleinsparung und Kostenreduktion für Pflegebedürftige, haftungsrechtliche Fragen bei nicht-professionell erbrachten Leistungen, die Folgen für die Vollversorgungsverpflichtung stationärer Einrichtungen sowie die Auswirkungen auf das bestehende Pflegeversicherungsrecht bewerten zu können (vgl. Abs.1, Nummer 1), sowie

2.) wie voll- und teilstationäre Pflegeeinrichtungen eine ambulante Versorgung „ins Quartier“ auf Grundlage des § 36 SGB XI und die Versorgung mit häuslicher Krankenpflege gemäß § 37 SGB V für Versicherte außerhalb der eigenen Räumlichkeiten der Pflegeeinrichtungen leisten können.

Ziel ist es, stationäre Ressourcen näher an den Wohnort der Versicherten zu bringen, ohne dass hierfür zwingend eine gesonderte ambulante Zulassung erforderlich ist. Wir begrüßen, wie bereits an anderer Stelle geschrieben, generell Ideen zu alternativen Pflege- und Wohnsettings jenseits der rein häuslichen und stationären Versorgung. Die in § 125d vorgesehenen Modellvorhaben zur Flexibilisierung der Leistungserbringung durch stationäre Pflegeeinrichtungen greifen eine zentrale Fragestellung der zukünftigen Versorgungslandschaft auf: Wie kann der bestehende Versorgungsrahmen weiterentwickelt werden, um dem zunehmenden Bedarf, der angespannten Personallage und dem Wunsch nach ortsnaher Versorgung besser gerecht zu werden?

Besonders zu begrüßen ist, dass stationäre Einrichtungen dabei auch Leistungen im „Quartier“, also außerhalb ihrer Räumlichkeiten, erbringen und somit stärker ambulante Elemente integrieren dürfen. Dies entspricht dem Wunsch vieler Pflegebedürftiger nach mehr Kontinuität und Nähe – und kann zur Entlastung beitragen, wenn die gesetzlichen und finanziellen Rahmenbedingungen stimmig sind.

Gleichzeitig ist die vorgesehene Einbindung von An- und Zugehörigen in die vollstationäre Versorgung (Absatz 1 Nr. 1) ein potenziell unterstützender Ansatz. Allerdings fordern wir eine klare Abgrenzung zwischen Aufgaben, die Angehörige übernehmen können, und solchen, die ausschließlich von professionellen Pflegefachpersonen erbracht werden dürfen**.** Insbesondere Leistungen der medizinischen Behandlungspflege. Die Modellvorhaben

sollten daher verbindlich festlegen, welche Leistungen durch Angehörige in welchem Umfang erbracht werden können.

Generell, aber auch besonders zu Abs. 1, Nr. 2, regen wir an, die bereits bestehenden und erfolgreichen alternativen Wohnformen- und konzepte (§§ 45f, Konzept der Hausgemeinschaft im stationären Setting sowie die Ausgestaltung der Gesamtversorgungsverträge) zu prüfen, ggf. Stolpersteine zu beseitigen und entsprechende Maßnahmen im Hinblick auf eine nachhaltige und auskömmliche Finanzierung zu ergreifen, anstelle neue Modellprojekte ins Leben zu rufen. Insbesondere die Idee des Gesamtversorgungsvertrages zielt auf den in Nummer 2 beschrieben Entwurf der Leistungserbringung ab und darf nicht an den Kostenträgern scheitern, wie so häufig in der Praxis.

Zudem möchten wir darauf hinweisen, Ergebnisse der Bund-Länder-Kommission abzuwarten, da diese sicherlich bezüglich Pflegestruktur und -finanzierung Vorschläge erbringen wird, die sehr wahrscheinlich zu Änderungen im Leistungssystem führen werden.

Änderungsbedarf:
Der § 125 d Absatz 1 SGB XI wird wie folgt geändert:

(1) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen kann in den Jahren 2026 bis 2028 aus den Mitteln nach § 8 Absatz 3 Modellvorhaben zur Erprobung der Flexibilisierung der Leistungserbringung von zugelassenen stationären Pflegeeinrichtungen nach Satz 2 vereinbaren. Gegenstand der Erprobung sind

1. der dauerhafte Einbezug von An- und Zugehörigen in die vollstationäre pflegerische Versorgung und dadurch die Abwahlmöglichkeit professionell erbrachter Leistungen nach § 43 **unter Ausnahme der medizinischen Behandlungspflege. ….**weiter wie Text.

Versorgung in Ordensgemeinschaften (§ 146a SGB XI)
Die im Referentenentwurf zum Pflegekompetenzgesetz enthaltene Übergangsregelung in § 146a SGB XI zur Sicherstellung der Versorgung pflegebedürftiger Mitglieder geistlicher Genossenschaften und vergleichbarer religiöser Gemeinschaften wird ausdrücklich begrüßt. Diese Regelung erkennt die besondere Versorgungsrealität sowie die kulturell-religiöse Identität dieser Lebensgemeinschaften an und stellt einen wichtigen Schritt zur Wahrung ihrer Interessen nach bisherigem Stand innerhalb der gewährten Frist dar. Die Regelung soll gewährleisten, dass alle Leistungen die pflegebedürftige Angehörige einer Ordensgemeinschaft im Rahmen des jetzt geltenden Kleinen Versorgungsvertrags bisher erhalten haben, auch während der Dauer der nächsten 10 Jahre bis zum 31.12.2035 erhalten. Unsere ergänzenden Anmerkungen zielen darauf ab, den Transformationsprozess positiv zu gestalten. Es handelt sich dabei überwiegend um Präzisierungen, die aus Sicht der Träger notwendig sind, um eine reibungslose Umsetzung sicherzustellen.

Änderungsvorschlag:
Der Absatz 1 Satz 1 wird wie folgt formuliert:
1. diese innerhalb des Klausurbereichs einer Ordenseinrichtung leben, in der die pflegerische Versorgung der Ordensmitglieder **oder Angehöriger anderer Ordensgemeinschaften** bis zum 31. Dezember 2025 auf eigener vertraglicher Grundlage mit den Pflegekassen erbracht wurde und
2. die pflegerische Versorgung weiterhin innerhalb des Klausurbereichs einer Ordenseinrichtung erbracht und durch diese sichergestellt wird.

Satz 2 wird wie folgt neu gefasst:
Sind diese Voraussetzungen erfüllt, besteht in Abhängigkeit vom jeweiligen Pflegegrad je Kalendermonat Anspruch auf die Höhe der Beträge nach § 43 Absatz 2 Satz 2 und Absatz 3. Mit Ausnahme einer in der Vergangenheit zwischen den Vertragsparteien festgelegten pauschalierten Leistung für zusätzliche Betreuung und Aktivierung gemäß § 43b stehen den Pflegebedürftigen weitere Ansprüche auf Leistungen nach dem vierten Kapitel, dritter bis sechster Abschnitt, daneben nicht zu. Gleiches gilt für Leistungen nach § 37 des Fünften Buches.

Im Absatz 2 wird im Satz 1 die Worte “ein Konzept” durch “Konzepte” ersetzt.

Außerdem wird folgender Satz angefügt:
Diese Konzepte sind zu evaluieren mit Blick auf Mehrkosten und Aufwuchs des Personals. Bei Vereinbarungen zu weiteren Versorgungsformen sollen die Versorgungsformen vereinbart werden, die sich als langfristig wirtschaftlicher und kostengünstiger erweisen.

Artikel 3: Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

§ 15a SGB V i.V.m. § 28 Absatz 5 SGB XI –Behandlung durch Pflegefachpersonen, Pflegeprozessverantwortung

Wir begrüßen, dass der Pflegeberuf im SGB V erstmals als Heilberuf mit spezifischen beruflichen Kompetenzen anerkannt wird. Diese Regelung ermöglicht es Pflegefachpersonen, die ihre Berufserlaubnis nach § 1 des PflBG erworben haben, grundsätzlich heilkundliche Tätigkeiten auszuüben.

Besonders relevant ist die Ergänzung des neuen § 15a SGB V durch § 4a PflBG, der eine gesetzliche Schnittstelle zwischen Berufs- und Leistungsrecht schafft. Damit werden nicht nur die pflegerischen vorbehaltenen Aufgaben (§ 4 PflBG), sondern auch heilkundliche Aufgaben (§ 4a PflBG) überführt. Die Verwendung des einheitlichen Begriffs „heilkundlich“ im PflBG und im SGB V schafft Klarheit für alle Akteure.

Die vorbehalten Aufgaben stärken die Versorgungsqualität und die Patientensicherheit, in dem sie sicherstellen, dass zentrale Elemente des Pflegeprozesses in der Verantwortung von Pflegefachpersonen liegen. Besonders hervorzuheben ist, dass § 15a SGB V ausdrücklich die Möglichkeit vorsieht, heilkundliche Kompetenzen nicht nur im Rahmen der primärqualifizierenden hochschulischen Pflegeausbildung, sondern auch durch staatlich anerkannte, bundesweit einheitliche Weiterbildungen oder durch eine entsprechende Berufserfahrung mit Kompetenzfeststellung zu erwerben. Dies ist ein wichtiger Schritt, um die bereits vorhandenen Qualifikationen und das Erfahrungswissen der Pflegefachpersonen systematisch und rechtssicher in die Regelversorgung zu integrieren.

Die staatliche Anerkennung dieser Weiterbildungen liegt bei den Ländern, wobei die bundesweite Einheitlichkeit der Qualifikationsanforderungen aus Gründen des Patientenschutzes und der Transparenz für alle Beteiligten unerlässlich ist. Die Module der Fachkommission nach § 14 und die künftig zu entwickelnden standardisierten Kompetenzbeschreibungen nach § 14a PflBG dienen dabei als fachlicher Referenzrahmen für die Bewertung und Anerkennung entsprechender Qualifikationen.

Es bedarf jedoch der Klarstellung, dass Folgeverordnungen von HKP-Leistungen – einschließlich der benötigten Hilfsmittel nach § 33 SGB V– auch weiterhin durch Pflegefachpersonen im Sinne des § 1 Absatz 1 PflBG, also mit oder ohne erweiterte fachliche Kompetenzen, ausgestellt werden können.

In § 28 Absatz 5 SGB XI wird geregelt, dass Pflegefachpersonen in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen auch heilkundliche Leistungen nach § 15a SGB V erbringen

dürfen – als Teil der Pflegesachleistungen nach dem SGB XI. Wir kritisieren, dass die Formulierung nicht sicherstellt, dass diese Leistungen, die in § 15a SGB V, Gesetzliche Krankenversicherung, verankert sind, im stationären Setting durch das Sozialgesetzbuch der gesetzlichen Krankenversicherung finanziert wird. Sofern Pflegefachpersonen diese Leistungen im stationären Pflegeeinrichtungen erbringen, fordern wir eine Refinanzierung dieser Leistungen durch die Gesetzliche Krankenversicherung.

Änderungsbedarf:
§ 15a Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 ist wie folgt klarstellend zu ergänzen:
nach einer erstmaligen ärztlichen Verordnung **durch Pflegefachpersonen nach Absatz 3** der in dem nach § 73d Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 vereinbarten Katalog genannten Leistungen der häuslichen Krankenpflege, einschließlich der Verordnung der für diese Leistungen benötigten Hilfsmittel nach § 33.

Verankerung der vorbehaltenen Aufgaben im SGB V
Die praktische Implementierung der in § 4 PflBG festgelegten vorbehaltenen Aufgaben der Pflege ist anspruchsvoll, da tradierte Prozesse in Frage gestellt und verändert werden müssen. Eine explizite Festschreibung der pflegerischen Vorbehaltsaufgaben und die strukturelle Verantwortungsteilung würde die Rechtsstellung der Pflegefachpersonen stärken und für eine klare Kompetenzabgrenzung zwischen Pflege und Medizin sorgen.

Wir begrüßen vor diesem Hintergrund die Klarstellung in § 39 SGB V und regen die nachfolgend benannten weiteren Klarstellungen an. Um auszuschließen, dass die Tätigkeit von Pflegefachpersonen als Teil der ärztlichen Behandlung missverstanden wird, regen wir Ergänzungen in den §§ 15, 28 SGB V an.

Änderungsbedarf:
Ergänzung von § 28 Absatz 1 Satz 2 SGB V:
[2]Zur ärztlichen Behandlung gehört auch die Hilfeleistung anderer Personen, die von dem Arzt angeordnet und von ihm zu verantworten ist; **die Regelungen zu pflegefachlichen Vorbehaltsaufgaben in § 4 PflBG bleiben unberührt.**

Ergänzung von § 15 Absatz 1 Satz 2 SGB V:
[2]Sind Hilfeleistungen anderer Personen erforderlich, dürfen sie nur erbracht werden, wenn sie vom Arzt (Zahnarzt) angeordnet und von ihm verantwortet werden**; dies gilt nicht für Vorbehaltsaufgaben gemäß § 4 PflBG.**

§ 63 Absatz 3b neu; § 64d Absatz 4 SGB V: Überführung der Modellvorhaben in die Regelversorgung

Wir begrüßen die Entscheidung, ab dem Inkrafttreten des Gesetzes keine neuen Modellvorhaben gemäß § 63 Absatz 3b/c und § 64d SGB V mehr zu initiieren. Die Umsetzung in der Regelversorgung erfolgt künftig über Vereinbarungen der Selbstverwaltung. Für den Krankenhausbereich gilt hier der neu eingeführte § 112a SGB V, welcher die selbstständige Erbringung von heilkundlichen Leistungen durch Pflegefachpersonen ermöglicht. Das ist sachgerecht, da sich die bisherigen Modellvorhaben als ineffektiv erwiesen haben. Trotz einer gesetzlichen Verpflichtung zur bundesweiten Umsetzung wurde bis 2023 kein einziges Projekt gestartet.

Mit der Neuregelung werden nun endlich strukturelle Rahmenbedingungen für eine dauerhafte, rechtsverbindliche und sektorenübergreifende Integration heilkundlicher Aufgaben in die pflegerische Berufspraxis geschaffen. Dies gilt insbesondere auch für die stationäre Versorgung im Krankenhaus, in der Pflegefachpersonen regelmäßig mit Krankheitsbildern konfrontiert sind, die eigenverantwortliches pflegerisch-heilkundliches Handeln erfordern.

Positiv hervorzuheben ist die Ausweitung des Kreises der Pflegefachpersonen, die heilkundliche Aufgaben übernehmen können. Die Regelung in § 4a Abs. 2 PflBG erkennt ausdrücklich auch weitergebildete Pflegefachpersonen mit entsprechenden Zusatzqualifikationen als berechtigt zur Ausübung heilkundlicher Aufgaben an. Damit wird ein wichtiger Schritt in Richtung Durchlässigkeit und Anerkennung beruflicher Kompetenzen vollzogen. Kritisch sehen wir jedoch, dass im aktuellen Gesetzesentwurf differenzierte und konsequente Qualifizierungsmaßnahmen für Pflegefachpersonen fehlen. Mit der Integration von drei heilkundlichen Modulen (Diabetes, Demenz, chronische Wunden) in die primärqualifizierenden Bachelor-Studiengänge durch das Pflegestudiumstärkungsgesetz wurde zwar ein erster, wichtiger Schritt zur Förderung der Heilkundeausübung durch Pflegefachpersonen gemacht. Es muss jedoch sichergestellt werden, dass vergleichbare Qualifizierungsmöglichkeiten auch an die berufliche Pflegeausbildung angedockt werden.

Eine gerechte und flächendeckende Umsetzung setzt voraus, dass der Gesetzgeber sicherstellt, bestehende berufliche Weiterbildungsstrukturen auf Bundesebene verbindlich zu harmonisieren und anzurechnen – im Sinne des § 14 PflBG.

Änderungsbedarf:

Module zur Heilkundeausübung nach § 14 PflBG sollten als Wahloption nach dem Examen oder für bereits erfahrene Pflegefachpersonen angeboten werden, um die Qualifikationsmöglichkeiten zu erweitern.

§ 73d SGB V i.V.m. § 119b SGB V:
Eigenverantwortliche Erbringung von Leistungen durch Pflegefachpersonen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung, eigenverantwortliche Verordnung häuslicher Krankenpflege durch Pflegefachpersonen

Wir begrüßen grundsätzlich die geplante Regelung nach § 73d SGB V, die durch eine Vereinbarung die selbständige Erbringung heilkundlicher Leistungen und häuslicher Krankenpflege durch Pflegefachpersonen definiert. Die Beteiligung der Vereinigungen der Träger von stationären Pflegeeinrichtungen gemäß § 71 Absatz 2 SGB XI ist sachgerecht. Wir sprechen uns dafür aus, den § 119b Absatz 1 dahingehend zu erweitern, dass Pflegeeinrichtungen nicht nur zur Anstellung eigener Ärztinnen und Ärzte ermächtigt werden können, sondern auch zur Anstellung von entsprechend qualifizierten Pflegefachpersonen, die Leistungen gemäß § 73d Absatz 1 SGB V erbringen. Auf diesem Weg könnte eine sachgerechte Finanzierung der eigenverantwortlichen heilkundlichen Tätigkeit durch Pflegefachpersonen in stationären Einrichtungen über das SGB V ermöglicht werden.

§ 112 a SGB V Eigenverantwortliche Erbringung von Leistungen durch Pflegefachpersonen im Rahmen der Krankenhausbehandlung

Mit § 112a SGB V werden erstmals Festlegungen zur eigenverantwortlichen Erbringung bestimmter heilkundlicher Leistungen durch Pflegefachpersonen im Krankenhaus gesetzlich sichergestellt. Diese Neuerung stellt einen wichtigen Schritt zur Stärkung der Profession Pflege dar und trägt der hohen Qualifikation und dem breiten Kompetenzspektrum von Pflegefachpersonen nach § 15a Rechnung. Die gesetzliche Verankerung ermöglicht es, dass Pflegefachpersonen nach § 15a bestimmte Leistungen der ärztlichen Behandlung eigenverantwortlich erbringen können, sofern sie über die erforderlichen Kompetenzen verfügen. Damit wird die Pflege im Krankenhausbereich nicht nur aufgewertet, sondern auch die Versorgung der Patientinnen und Patienten qualitativ weiterentwickelt.

Es ist positiv zu werten, dass die Vertragsparteien verpflichtet werden, einen Katalog an Leistungen sowie Rahmenvorgaben zur interprofessionellen Zusammenarbeit zwischen Pflegefachpersonen und medizinischen Personal zu entwickeln. Dies schafft die notwendige Klarheit und Rechtssicherheit für alle Beteiligten und fördert eine strukturierte Zusammenarbeit im multiprofessionellen Team. Darüber hinaus profitiert die Versorgungsqualität. Wenn Pflegefachpersonen heilkundliche Aufgaben eigenverantwortlich übernehmen, werden Prozesse zielgerichteter, patientennäher und zügiger gestaltet, da Entscheidungen direkt getroffen werden. Die Einbindung der maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe nach § 118a Abs. 1 SGB XI, wie sie durch die Anwendung von § 73d Abs. 2 S. 3–5 SGB V vorgesehen ist, wird ausdrücklich begrüßt und als wesentlich erachtet. Nur

durch die Beteiligung dieser Organisationen kann sichergestellt werden, dass die Expertise der Pflege einfließt und die Interessen der Profession angemessen vertreten werden.

Darüber hinaus ist es aus unserer Sicht erforderlich, dass klare Verantwortungsprofile entwickelt werden, die die Übernahme von Tätigkeiten durch das Pflegefachpersonal nach § 15a eindeutig von den Aufgaben des ärztlichen Personals abgrenzen. Dies könnte idealerweise im Rahmen des sog. Muster-Scope of Practice erfolgen, der die notwendigen Qualifikationen sowie die jeweiligen Zuständigkeiten transparent und nachvollziehbar festlegt. Auch hierbei ist die aktive Mitwirkung der maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe unabdingbar, um die Praxisnähe und Akzeptanz der Regelungen sicherzustellen.

Die Übernahme medizinischer Aufgaben durch Pflegefachpersonen setzt Rahmenbedingungen voraus, die den Trägern eine ausreichende personelle Ausstattung ermöglicht, so dass eine zusätzliche Belastung des bestehenden Personals vermieden wird.
Abschließend ist zu betonen, dass die erfolgreiche Umsetzung der neuen gesetzlichen Regelungen eine interdisziplinäre Zusammenarbeit auf Augenhöhe erfordert. Pflegefachpersonen müssen über die notwendige Autonomie im eigenen Handeln verfügen und es bedarf einer transparenten Aufgabenverteilung mit klar definierten Verantwortlichkeiten. Nur durch gegenseitigen Respekt und eine partnerschaftliche Zusammenarbeit zwischen den Berufsgruppen kann das volle Potenzial der neuen Regelungen ausgeschöpft und eine hochwertige Patientenversorgung sichergestellt werden.

Artikel 5: Änderung des Pflegeberufegesetzes (PflBG)

§ 4 i.V. mit § 4 a und § 14 PflBG- Pflegeplanung als Vorbehaltsaufgabe und Zusatzausbildung zur Übertragung heilkundlicher Tätigkeiten

Wir begrüßen ausdrücklich die Klarstellung, dass die Pflegeplanung und Pflegeprozessverantwortung die Vorbehaltsaufgaben von Pflegefachpersonen umfasst. Dies entspricht sowohl der pflegefachlichen Praxis als auch der juristischen Auffassung. Ebenso positiv wird die Ergänzung in § 4a PflBG gesehen, der Pflegefachpersonen die Befugnis zur Ausübung heilkundlicher Tätigkeiten überträgt – unter der Voraussetzung einer entsprechenden Qualifikation. Damit wird erstmals gesetzlich verankert, dass Pflegefachpersonen heilkundliche Leistungen nicht nur im Einzelfall, sondern im Rahmen definierter Tätigkeitsfelder eigenverantwortlich erbringen dürfen.

Allerdings bleibt die Regelung in ihrer jetzigen Form unzureichend in Bezug auf bereits qualifizierte Pflegefachpersonen, die ihre Kompetenzen vor Inkrafttreten des PflBG oder außerhalb akademischer Bildungswege durch anerkannte Fachweiterbildungen erworben haben. Dies wird in der aktuellen Formulierung von § 4a bislang nicht ausreichend deutlich. Wir regen daher eine Klarstellung in § 4a PflBG an.

Änderungsbedarf:

§ 4a (Eigenverantwortliche Heilkundeausübung) sollte wie folgt geändert werden:

„Personen mit einer Erlaubnis nach § 1 sind zur selbständigen Ausübung Heilkundeausübung im Rahmen der nach diesem Gesetz **bzw. dem Alten- oder Krankenpflegegesetz** erworbenen heilkundlichen Kompetenzen befugt. **Kompetenzen, die von Personen nach § 1 während des Berufslebens, etwa durch Fort- und Weiterbildungen, erworben wurden, sind davon mitumfasst. Ruht die Erlaubnis nach § 3 Absatz 3 Satz 1, ruht auch die Befugnis zur eigenverantwortlichen Heilkundeausübung.**

Diese Ergänzung würde nicht nur Rechtssicherheit für erfahrene Pflegefachpersonen schaffen, sondern auch die Voraussetzung für eine realistische Umsetzung des Pflegekompetenzgesetzes schaffen.

§ 14 PflBG

Ein wichtiger Bezugspunkt für die Weiterentwicklung pflegerischer Kompetenzen ist § 14 PflBG. Es wird ermöglicht, dass im Rahmen von Modellvorhaben, Pflegefachpersonen im Zuge erweiterter Ausbildungsangebote zusätzliche heilkundliche Kompetenzen erwerben können. Die Inhalte solcher erweiterten Ausbildungen werden in gesonderten Ausbildungsplänen festgelegt und dienen der Erprobung und Weiterentwicklung des Berufsbildes.

Es ist jedoch zentral, dass die im Rahmen dieser Modellvorhaben erworbenen Qualifikationen und Kompetenzen rechtssicher und bundeseinheitlich anerkannt werden. Nur so kann gewährleistet werden, dass Pflegefachpersonen, die bereits im Rahmen solcher Projekte weitergebildet wurden, ihre heilkundlichen Tätigkeiten ohne bürokratische Hürden und mit klarer rechtlicher Grundlage ausüben dürfen.

Daher fordern wir, dass der Gesetzgeber im Rahmen des Pflegekompetenzgesetzes eine explizite und verbindliche Regelung zur Anerkennung von im Sinne des § 14 PflBG erworbenen Weiterbildungen schafft, um die Durchlässigkeit und Verwertbarkeit dieser Qualifikationen im Berufsalltag sicherzustellen.

Weiterer Änderungsbedarf: Rehabilitationseinrichtungen als Ausbildungsträger

Wir setzen uns schon seit vielen Jahren dafür ein, dass Rehabilitationseinrichtungen, sofern sie zur Ausbildung im Pflichteinsatz der allgemeinen Akutpflege in stationären Einrichtungen geeignet sind, auch Träger der praktischen Ausbildung sein können. Dies ist dann der Fall, wenn die pflegerische Versorgung im Rahmen des Rehabilitationsprozesses alle ausbildungsrelevanten Punkte beinhaltet und die Einrichtung in ausreichendem Umfang zur Ausbildung qualifiziertes Pflegefachpersonal vorhält. Die Geeignetheit von Einrichtungen wird nach § 7 Abs. 5 PflBG durch die jeweiligen landesrechtlichen Regelungen nachgewiesen. Besonders geeignet sind aus unserer Sicht Rehabilitationseinrichtungen mit dem Schwerpunkt Geriatrie und Neurologie, da dort pflegebedürftige Menschen versorgt werden müssen. Diese Prüfung kann auch bei Rehabilitationseinrichtungen und vergleichbaren Einrichtungen durchgeführt werden, wodurch die Qualität der Ausbildung gewährleistet wird und diese als Träger der praktischen Ausbildung im Rahmen der Pflegefachkraft- und Pflegefachassistenzausbildung fungieren können.

Zudem kann der Pflegeprozess in einer Rehabilitationseinrichtung in seiner gesamten Tiefe und Komplexität vermittelt werden. Auszubildende erleben die Pflege von der Aufnahme bis zur Entlassung, können individuelle Pflegeziele setzen und deren Umsetzung begleiten. Dies fördert ein umfassendes Verständnis für pflegerische Zusammenhänge und stärkt die Handlungskompetenz der künftigen Pflegefachpersonen. Ein weiterer Vorteil ist die interprofessionelle Zusammenarbeit. Pflegefachpersonen arbeiten in Rehabilitationseinrichtungen eng mit Therapeut_innen, Ärzt_innen und Sozialarbeiter_innen zusammen. Diese Teamarbeit ist ein Kernbestandteil des ganzheitlichen Pflegeprozesses. Gerade in den Schwerpunkten Geriatrie und Neurologie werden zudem spezielle Kompetenzen in der pflegerischen Versorgung von älteren, pflegebedürftigen multimorbiden geriatrischen und/oder neurologisch erkrankten Menschen erworben – Fähigkeiten, die angesichts des demografischen Wandels immer wichtiger werden.

Diese Regelung würde zudem flächendeckend ermöglichen, zusätzliche Ausbildungskapazitäten sowie eine wohnortnahe Ausbildung zu realisieren.

Die Zulassung von Reha-Kliniken als Träger praktischer Ausbildung könnte somit zusätzliche Ausbildungsplätze schaffen, sowie die Ausbildungslandschaft dezentral erweitern und die Versorgungssicherheit im rehabilitativen und pflegerischen Bereich stabilisieren. Aufgrund von Hinweisen aus der Praxis weisen wir darauf hin, dass es bereits heute zu Engpässen in der derzeitigen Altenpflegehelferausbildung bei den ambulanten Pflichtensätzen kommt.

Es ist klarzustellen, dass die Praxisanleitung in der Rehabilitationsklinik eine entsprechende berufspädagogische Zusatzqualifikation erworben haben muss.

Änderungsbedarf
§ 7 Absatz 1 PflBG wird um eine Nummer 4 ergänzt:
(1) „Die Pflichteinsätze in der allgemeinen Akutpflege in stationären Einrichtungen, der allgemeinen Langzeitpflege in stationären Einrichtungen und der allgemeinen ambulant Akut- und Langzeitpflege werden in folgenden Einrichtungen durchgeführt:
(…)
4. Zur Versorgung nach §§ 111, 111a, 111c SGB V § 15 SGB VI i.V.m. § 38 SGB IX und § 34 SGB VII zugelassene medizinische Rehabilitationseinrichtungen.“

Abschließend begrüßen wir die im Referentenentwurf zum Pflegekompetenzgesetz vorgesehenen Maßnahmen zur Stärkung der Pflegefachpersonen und sehen darin einen wichtigen Schritt, um die pflegerische Versorgung angesichts des demografischen Wandels nachhaltig zu sichern und die Attraktivität des Pflegeberufs weiter zu erhöhen Wir appellieren an den Gesetzgeber, diese Anregungen aus der Praxis aufzunehmen

Deutscher Caritasverband e.V.

VKAD Verband katholischer Altenhilfe in Deutschland e.V.

DIE KATHOLISCHEN KRANKENHÄUSER Kath. Krankenhausverband Deutschland e.V.

Kontakt:

Deutscher Caritasverband e.V.
Dr. Elisabeth Fix
Leiterin Kontaktstelle Politik
0151 16759875

Verband katholischer Altenhilfe in Deutschland e.V. (VKAD)
Sascha Andree
Referent Personal und Ausbildung
sascha.andree@caritas.de

Katholischer Krankenhausverband Deutschland e. V.
Bernadette Rümmelin
Geschäftsführerin
Tel. 030 240 83 68-10
kkvd@caritas.de

739.410 Menschen arbeiten beruflich in den 25.453 Einrichtungen und Diensten, die der Caritas bundesweit angeschlossen sind. Sie werden von mehreren hunderttausend Ehrenamtlichen und Freiwilligen unterstützt. Von den beruflichen Mitarbeitenden sind 293.603 in den Einrichtungen und Diensten der Gesundheitshilfe tätig, 183.809 arbeiten in der Kinder- und Jugendhilfe, 126.790 in der Altenhilfe, 87.276 in der Behindertenhilfe/Psychiatrie, 41.320 bei weiteren sozialen Hilfen und 6612 in der Familienhilfe. 57,25 Prozent aller Mitarbeitenden der Caritas pflegen, begleiten und betreuen Menschen in stationären Einrichtungen wie Krankenhäusern oder Pflegeheimen, 25 Prozent arbeiten in Tageseinrichtungen wie Kindergärten oder Werkstätten für Menschen mit Behinderung.

Der Verband katholischer Altenhilfe in Deutschland e.V. (VKAD) vereint rund 500 Träger der katholischen Langzeitpflege in Deutschland. Dahinter stehen mehr als 2.200 Einrichtungen und Dienste mit rund 100.000 Mitarbeitenden, die täglich fast 360.000 pflegebedürftige Menschen versorgen. Der bundesweit tätige Fachverband innerhalb des Deutschen Caritasverbandes vertritt die Interessen seiner Mitglieder durch politische Lobbyarbeit, Öffentlichkeitsarbeit und fachliche Expertise.

Der Katholische Krankenhausverband Deutschland e. V vertritt bundesweit 261 Krankenhäuser an 330 Standorten sowie 52 Reha-Einrichtungen in katholischer Trägerschaft. Die katholischen Krankenhäuser haben 204.000 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Jedes Jahr versorgen sie stationär rund 3 Millionen Patientinnen und Patienten.