

14.02.25

Stellungnahme des Bundesrates

Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Pflegekompetenz

Der Bundesrat hat in seiner 1051. Sitzung am 14. Februar 2025 beschlossen, zu dem Gesetzentwurf gemäß Artikel 76 Absatz 2 des Grundgesetzes wie folgt Stellung zu nehmen:

1. Zu Artikel 1 Nummer 11 Buchstabe a (§ 11 Absatz 1 Satz 3 SGB XI) und Artikel 3 Nummer 2 (§ 15a Absatz 3 SGB V)
 - a) In Artikel 1 Nummer 11 Buchstabe a ist in § 11 Absatz 1 Satz 3 nach der Angabe „§ 1“ die Angabe „ , § 58 oder § 64a“ einzufügen.
 - b) In Artikel 3 Nummer 2 ist in § 15a Absatz 3 nach der Angabe „§ 1“ die Angabe „ , § 58 oder § 64a“ einzufügen.

Begründung:

Es handelt sich bei dem Begriff „Pflegefachperson“ gemäß § 64a PflBG um eine zusätzliche (zu den in § 1 PflBG aufgeführten) geschützte Berufsbezeichnung jedoch nicht um eine allgemeine Berufsbezeichnung.

Die alleinige Verweisung auf § 1 PflBG erfasst zudem nicht die durch das PflBG möglichen Spezialisierungen und damit weitere Berufsbezeichnungen gemäß § 58 PflBG, wie Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin sowie Altenpfleger und Altenpflegerin.

2. Zu Artikel 1 Nummer 12 Buchstabe b (§ 12 Absatz 2 Satz 1, Satz 1a – neu –, Satz 1b – neu – und Satz 3 SGB XI)

In Artikel 1 Nummer 12 Buchstabe b ist § 12 Absatz 2 wie folgt zu ändern:

- a) In Satz 1 sind nach dem Wort „Pflegekassen“ die Wörter „und die Krankenkassen“ einzufügen.
- b) Nach Satz 1 sind folgende Sätze einzufügen:

„Sie stellen den Ländern und den regionalen Gebietskörperschaften auf Anfrage zum Zwecke der Pflegestrukturplanung regionale Versorgungsdaten in anonymisierter Form zur Verfügung. Entstehende Kosten werden aus Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung finanziert.“
- c) In Satz 3 sind nach den Wörtern „Bund der“ die Wörter „Kranken- und“ einzufügen.

Begründung:

Die Sicherung der pflegerischen Versorgung unter den weiter zunehmenden Auswirkungen der demografischen Entwicklung erfordert eine bessere Koordination und Steuerung der Bedarfe sowie der zur Verfügung stehenden Ressourcen. Eine fundierte Planung und frühzeitige Identifikation von Handlungsbedarfen basieren jedoch auf validen Erkenntnissen und Daten.

Die vorhandenen Abrechnungsdaten der Kranken- und Pflegekassen ermöglichen eine systematische Betrachtung der Versorgungssituation, beispielsweise im Vergleich von Regionen, zur Feststellung von Entwicklungen und Veränderungen und zur Evaluation der Wirksamkeit von ergriffenen Maßnahmen. Im Sinne eines Frühwarnsystems können Handlungsbedarfe aufgezeigt werden. Dazu gehören nicht nur Kennzahlen zur Inanspruchnahme pflegerischer Leistungen, sondern auch Zusammenhänge mit Krankheitsverläufen, wie zum Beispiel Diabetes, COPD oder Demenz. Die Norm muss daher neben den Pflegekassen auch die Krankenkassen adressieren.

Bisher stellen die Kranken- und Pflegekassen nur vereinzelt die Daten zur Verfügung. Um sie für die Pflegestrukturplanung nutzbar zu machen, ist daher eine gesetzliche Verpflichtung zur Verfügbarmachung einheitlicher und standardisierter Daten an die Länder und an die Kommunen erforderlich.

3. Zu Artikel 1 Nummer 30 Buchstabe d (§ 45a Absatz 4 Satz 1 Nummer 2 und Nummer 4 und Satz 2 SGB XI)

In Artikel 1 Nummer 30 Buchstabe d ist § 45a Absatz 4 wie folgt zu ändern:

- a) In Satz 1 sind die Nummer 2 und die Nummer 4 zu streichen.
- b) Satz 2 ist zu streichen.

Begründung:

In § 45a SGB XI-E sollen erstmals Einzelhelfende im Rahmen der Angebote zur Unterstützung im Alltag bundesrechtlich geregelt werden. Die Begründung des Gesetzentwurfes führt aus, dass hierbei die Bemühungen darum, diese Form der Unterstützung unbürokratisch und niedrigschwellig anzuerkennen, aufgegriffen werden sollen. Diesem Ziel wird der Text des Gesetzentwurfes nicht ausreichend gerecht und sieht Regelungen vor, die teilweise nicht umsetzbar sind.

Nach § 45a Absatz 4 Satz 1 Nummer 2 SGB XI-E soll geregelt werden, dass als Voraussetzung der Anerkennung von Einzelhelfenden eine Prüfung ihrer grundsätzlichen Befähigung und persönlichen Eignung sowie der Voraussetzungen dafür, „dass von der oder dem Einzelfallhelfenden ein angemessener Umgang mit den Pflegebedürftigen zu erwarten ist“, erfolgt. In der Begründung des Gesetzentwurfes wird verdeutlicht, dass Ziel der Prüfung ist, herauszufinden, „ob die oder der Einzelhelfende den Eindruck vermittelt, dass sie oder er die Tätigkeiten, die angeboten werden, sachgerecht ausführen kann und wird und sie oder er angemessen mit der jeweiligen pflegebedürftigen Person umgehend wird“.

Es ist nicht erkennbar, wie ein solch subjektiver Eindruck und die auf diesem aufbauende Einschätzung rechtsstaatlich überprüfbar ausgestaltet werden kann. Auch ist der damit erforderliche Personalaufwand von den Ländern oder den von diesen mit der Anerkennung betrauten Stellen nicht leistbar.

Gleichfalls kann der nach § 45a Absatz 4 Satz 1 Nummer 4 SGB XI-E geforderte Nachweis zur Information der pflegebedürftigen Person nicht bereits im Rahmen des vorgeschalteten Anerkennungsverfahrens erfolgen, da diese zu diesem Zeitpunkt noch nicht feststehen müssen.

Beide Vorgaben sind daher zu streichen.

Die Streichung von § 45a Absatz 4 Satz 2 SGB XI-E ist eine notwendige Folgeänderung.

4. Zu Artikel 1 Nummer 30 (§ 45a SGB XI)

- a) Der Bundesrat begrüßt die Intention der Bundesregierung, die Situation pflegebedürftiger Menschen und ihrer Angehörigen durch verschiedene Maßnahmen zu verbessern. Hierzu zählt grundsätzlich auch die Absicht einer Weiterentwicklung, Flexibilisierung und Entbürokratisierung im Bereich der niedrigschwelligen Angebote zur Unterstützung im Alltag.
- b) Der Bundesrat fordert im weiteren Gesetzgebungsverfahren sicherzustellen, dass Maßnahmen gesamtstrategisch betrachtet und sowohl in ihrer finanziellen Wirkung als auch praktischen Umsetzung und Umsetzbarkeit bewertet werden. Bürokratische Hürden und weitere Intransparenz des Rechts der sozialen Pflegeversicherung gilt es zu vermeiden.

- c) Der Bundesrat hält es vor diesem Hintergrund insbesondere für erforderlich, die Regelungen zu den Angeboten zur Unterstützung im Alltag grundlegend zu überarbeiten und sicherzustellen, dass positive Entwicklungen in den Ländern nicht konterkariert und insbesondere bewährte Formen des bürgerschaftlichen Engagements nicht in Frage gestellt werden.

Begründung:

Zu Buchstabe a:

Nicht verkannt wird die grundsätzlich positiv zu bewertende Intention der Flexibilisierung und Vereinfachung des Rechts der Sozialen Pflegeversicherung.

Zu Buchstabe b:

Es ist jedoch sicherzustellen, dass gesetzgeberische Maßnahmen Inhalt einer Gesamtstrategie und zugleich umsetzbar sowie geeignet sind, bürokratische Hürden tatsächlich abzubauen. Dies gilt umso mehr, wenn damit nicht unerhebliche finanzielle Auswirkungen verbunden sind.

Zu Buchstabe c:

Vor diesem Hintergrund sind insbesondere die geplanten Regelungen zu den Angeboten zur Unterstützung im Alltag und Umwandlungsansprüchen zu überarbeiten. Sie sind in der vorgesehenen Fassung weder praktikabel noch zielführend und drohen, bewährten Entwicklungen in den Ländern entgegenzuwirken.

So sieht die im Gesetzentwurf vorgesehene Angebotsform „personenbezogen anerkannte Einzelhelfende“ zwar eine Begrenzung der Zahl der Nutzenden vor, geht aber in ihrer Ausgestaltung deutlich über die sittlich motivierte und insofern bürgerschaftlich engagierte Nachbarschaftshilfe – wie sie in einigen Ländern wie beispielsweise in Nordrhein-Westfalen erfolgreich umgesetzt wird – hinaus. Die Zusammenfassung vom ehrenamtlich geprägten bürgerschaftlichen Engagement mit „professionell, gewerblich“ tätigen Einzelkräften in einer neuen Angebotsform verkennt steuer- und sozialversicherungsrechtliche Herausforderungen und die damit einhergehenden Anforderungen stellen bewährte Regelungen der Länderverordnungen in Frage. Hier bedürfte es vielmehr einer unbürokratischen Nutzung des Entlastungsbetrags.

Darüber hinaus sind die weiteren vorgesehenen Differenzierungen von Angeboten und vermeintlichen Abgrenzungsmöglichkeiten in Bezug auf Nutzerkreis und Leistungsinhalt praktisch kaum umsetzbar und erhöhen die Komplexität und Unverständlichkeit vorhandener Regelungen und damit das Unverständnis bei Betroffenen und Anbietenden. Entbürokratisierungsbestrebungen müssen von den Ländern im Rahmen der ihnen zugewiesenen Verantwortung auch tatsächlich umsetzbar sein.

Schließlich bergen die Regelungen das Risiko nicht unerheblicher Kostenrelevanz, die ohne gesamtstrategische Überlegungen vor dem Hintergrund des Erfordernisses einer nachhaltigen Finanzierung der sozialen Pflegeversicherung abzulehnen sind. So kann sich die Erweiterung von Umwandlungstatbeständen

sowohl auf Inanspruchnahmeverhalten und Erwartungshaltung als auch auf vorhandene Strukturen (sowohl professionelle als auch niedrigschwellige) auswirken. Kaum rückholbare Festlegungen engen dringend erforderliche Spielräume für weitergehende Reformvorhaben ein.

5. Zu Artikel 1 Nummer 34 (§ 45j SGB XI)

- a) Der Bundesrat begrüßt grundsätzlich die Absicht der Bundesregierung, mit dem Pflegekompetenzgesetz auch für ambulant organisierte Gruppenwohnformen die Finanzierung und die Finanzierungsverfahren zu verbessern. Der Bundesrat ist jedoch der Auffassung, dass die Umsetzung beabsichtigter Verbesserungen an vielen Stellen hinter den Erwartungen der Länder zurückbleibt. Dies betrifft insbesondere die Finanzierung von Quartierspflege und ambulant betreuter Wohngruppen sowie die Rahmenbedingungen für Modelle nach § 92c SGB XI-E.
- b) Der Bundesrat bittet darum, im weiteren Gesetzgebungsverfahren für eine Finanzierungsgrundlage für ambulant betreute Wohngruppen zu sorgen, die sie gegenüber den stationären Wohneinrichtung nicht schlechter stellt. Dazu gehört es auch, eine Möglichkeit im SGB XII zu schaffen, die es dem Sozialhilfeträger ermöglicht, bei Bedarf den notwendigen Einsatz von Präsenzkraften zu finanzieren.
- c) Insbesondere sollte das Verfahren zur Nutzung der mit dem § 45j SGB XI-E geschaffenen neuen „Leistungen in gemeinschaftlichen Wohnformen mit Verträgen zur pflegerischen Versorgung gemäß § 92c“ vereinfacht und außerdem so ausgestaltet werden, dass dieses Angebot auch für kleinere Wohngruppen eine sinnvolle Alternative darstellt und dass die Kosten bei Bedarf auch vom Sozialhilfeträger übernommen werden können.
- d) Die Länder begrüßen zudem die beabsichtigte Verlängerung der Modelle nach § 123 SGB XI. Damit darf jedoch nicht verbunden sein, dass Leistungen von Pflegeeinrichtungen wie Case Management, Erschließung und Koordination von nachbarschaftlichen, ehrenamtlichen Hilfen sowie gewerblichen Hauswirtschaftsangeboten außerhalb der oben genannten Modellprojekte bis in die 2030er Jahre nicht refinanziert werden. Der Bundesrat spricht sich für einen baldigen Einstieg in die Regelfinanzierung aus, um die Pflege auch in Zeiten des Fachpersonalmangels sicherzustellen.

Begründung:Zu Buchstabe a:

Der Bundesrat erkennt die grundsätzliche Zielsetzung des Gesetzentwurfs an. Der nun vorgelegte Gesetzentwurf erscheint jedoch nicht geeignet, um die weitreichenden Herausforderungen, die sich mit Blick auf den demografischen Wandel und die stark steigende Zahl Pflegebedürftiger stellen, zielführend anzugehen. Statt einer notwendigen Förderung des Grundsatzes ambulant vor stationär und einer Stärkung von Strukturen, die Selbstbestimmung und Teilhabe fördern und dazu beitragen, dass Fachkräfte nur dort eingesetzt werden, wo sie unbedingt notwendig sind, führen die beabsichtigten Regelungen zu einer Schwächung der zur Aufrechterhaltung der Versorgungssicherheit dringend notwendigen gemeinschaftlichen Wohnformen und verhindern die dringend notwendige Fokussierung auf das Quartier und die Nachbarschaft.

Zu Buchstaben b und c:

Bei der erforderlichen Überarbeitung des Gesetzentwurfs ist daher sicherzustellen, dass auch für ambulante Wohngruppen eine dem § 43c SGB XI-E entsprechende Regelung erarbeitet wird. Ein schnell umsetzbarer erster Schritt zur Reduzierung der Eigenanteile ist mindestens eine Erhöhung des Wohngruppenzuschlags nach § 45h SGB XI-E auf dieselbe Höhe wie für Projekte nach § 45j SGB XI-E, also auf 450 Euro. Außerdem ist es dringend erforderlich im SGB XII eine Regelung zu implementieren, die es dem Sozialhilfeträger ermöglicht, bei Bedarf den notwendigen Einsatz von Präsenzkraften in diesen Wohnformen zu finanzieren.

Grundsätzlich ist zu begrüßen, dass der Gesetzgeber anerkennt, dass die bisherige Systematik ambulant/stationär für gemeinschaftliche Wohnformen, deren Bewohnerinnen und Bewohner auf Versorgung rund um die Uhr angewiesen sind, nur schwer abbildbar ist. Die Möglichkeit, Personal einzusetzen und pauschal zu finanzieren, das 24 Stunden anwesend ist, den Alltag begleitet, Gruppenprozesse steuert und hauswirtschaftliche Leistungen erbringt, ist grundsätzlich sinnvoll. Mit § 45j SGB XI-E wird aber ein überkomplexes Modell geschaffen, dessen Form der Vergütung mit einem enormen Aufwand für die Vertragsparteien verbunden ist. Zudem fehlt die Leistungsaufnahme im Siebten Kapitel des SGB XII, um diese neuen Leistungen auch für den Sozialhilfeträger im Rahmen der Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII aufstocken zu können.

Zu Buchstabe d:

Damit pflegebedürftige Menschen auch zukünftig in ihrem vertrauten Quartier wohnen bleiben können, sind Angebote notwendig, die ihre Selbstwirksamkeit, Selbsthilfefähigkeiten und Teilhabemöglichkeiten stärken, nachbarschaftliche Begegnung und gegenseitige Unterstützung fördern und die Versorgungssicherheit, auch in der Nacht, gewährleisten. Dazu ist die Möglichkeit zur regelhaften Implementierung und Finanzierung entsprechender Unterstützungsstrukturen, wie sie in Ansätzen, die auf das Bielefelder Modell zurückgehen, inzwischen bundesweit an vielen Orten umgesetzt werden, notwendige Voraussetzung.

6. Zu Artikel 1 Nummer 40 (§ 73a Absatz 3 Satz 5 – neu – und Satz 6 – neu – SGB XI)

In Artikel 1 Nummer 40 sind dem § 73a Absatz 3 folgende Sätze anzufügen:

„Die Länder sind vor der Veröffentlichung des Berichtes anzuhören. Ihr Vorbringen ist zu berücksichtigen.“

Begründung:

Die in § 73a Absatz 3 SGB XI-E geregelte Berichtspflicht des GKV-SV gegenüber dem Bund wird im Hinblick auf die fehlende Mitwirkung der Länder bei der Berichtserstellung kritisch gesehen.

Daher ist eine Regelung aufzunehmen, die eine Beteiligung der Länder vor Veröffentlichung des Berichtes gewährleistet, denn Adressat des bisherigen Vorschlags ist allein das BMG.

7. Zu Artikel 1 Nummer 65 (§ 118 a SGB XI)

- a) Der Bundesrat begrüßt, dass mit dem Gesetzentwurf Regelungen zur Stärkung der Beteiligung der Pflege auf Bundesebene aufgegriffen werden.
- b) Der Bundesrat stellt jedoch fest, dass die Ausführungen zur Zusammensetzung und zum Aufgabenbereich der „Maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe“ unbestimmt sind.
- c) Der Bundesrat bittet darum, im weiteren Gesetzgebungsverfahren zu prüfen, wie sichergestellt werden kann, dass die bestehenden berufsständischen Vertretungen bei der Zusammensetzung der „Maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe“ in verbindlicher Form berücksichtigt werden.
- d) Der Bundesrat hält es für erforderlich, im weiteren Gesetzgebungsverfahren den Aufgabenbereich zu konkretisieren, um der einschlägigen Kompetenznorm des Artikels 74 Absatz 1 Nummer 19 des Grundgesetzes, die die Gesetzgebungskompetenz des Bundes ausschließlich auf die Berufszulassung begrenzt, zu entsprechen.

Begründung:

Die Rahmenbedingungen der professionell Pflegenden sollen durch die Bildung einer Organisation auf Bundesebene gestärkt werden. Die angedachte Organisation soll systematisch an den sie betreffenden Aufgaben des SGB V und

SGB XI beteiligt werden. Dieses Vorhaben wird begrüßt, da die Regelungen zur Stärkung der Beteiligung der Pflege auf Bundesebene führt.

Die Ausführungen zu der Umsetzung sind allerdings zu unbestimmt. Insbesondere die dargestellte Zusammensetzung der „Maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe“ ist nicht nachvollziehbar. Es bleibt offen, wie der Prozess der Zusammensetzung gestaltet wird und welche Kriterien konkret herangezogen werden. In diesem Zusammenhang ist insbesondere kritisch zu sehen, dass einerseits landesrechtliche Organisationen lediglich beteiligt werden sollen, andererseits die Bundespflegekammer als nicht ausreichend gestützte Organisation bewertet wird. Dadurch erfolgt eine Benachteiligung der berufsständischen Vertretungen. Dabei sind gerade die Pflegekammern aufgrund der bestehenden Pflichtmitgliedschaft geeignet, den Berufsstand besonders umfassend abzubilden. In diesem Zusammenhang ist ausdrücklich darauf hinzuweisen, dass die Bundespflegekammer als Dachverband der Landespflegekammern die gesamten Mitglieder ihrer Mitgliedsorganisationen vertritt. Dementsprechend ist sie eindeutig eine maßgebliche Organisation der Pflegeberufe. Der Gesetzentwurf sollte deshalb mit dem Ziel angepasst werden, dass berufsständische Vertretungen verbindlich einbezogen werden.

Hinsichtlich des zukünftigen Aufgabenbereichs der maßgeblichen Organisationen ist darauf hinzuweisen, dass die einschlägige Kompetenznorm des Artikels 74 Absatz 1 Nummer 19 des Grundgesetzes die Gesetzgebungskompetenz des Bundes ausschließlich auf die Berufszulassung begrenzt. Die Frage nach dem „Ob“, also Voraussetzungen für die Aufnahme des Berufs, kann der Bund regeln. Regelungen zur Berufsausübung stehen in der Kompetenz der Länder. Leider sind die Ausführungen hier nicht eindeutig, so dass nicht ausgeschlossen werden kann, dass die angedachten Aufgaben der maßgeblichen Organisationen den Bereich der Berufsausübung berühren. Im weiteren Gesetzgebungsverfahren müssten die Kompetenzbereiche erkennbar und die Aufgaben klar getrennt werden.

8. Zu Artikel 1 allgemein

Der Bundesrat bittet, dafür Sorge zu tragen, dass den Ländern genügend Zeit eingeräumt wird, um die erforderlichen landesrechtlichen Regelungen zu erlassen, die es für einen geordneten Vollzug der in Artikel 1 Nummern 29 bis 33 enthaltenen geänderten Bestimmungen bedarf.

Begründung:

Die geplanten bundesrechtlichen Regelungen in Artikel 1 Nummern 29 bis 33 enthalten unter anderem umfangreiche Änderungen betreffend der Angebote zur Unterstützung im Alltag, der Förderung der Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen und des Ehrenamts sowie der Förderung der Selbsthilfe. Diese sind wegen zahlreicher unbestimmter Begriffe in erheblichem Maße ausle-

gungsbedürftig, weshalb ein geordneter Vollzug erst nach entsprechender Konkretisierung in den Landesverordnungen möglich ist. Darüber hinaus ist zu berücksichtigen, dass es momentan noch an einer Regelung in den Empfehlungen nach § 45a Absatz 3 Satz 3 SGB XI-E fehlt, die festlegt, wann die Voraussetzungen nach § 45a Absatz 2 Satz 2 Nummer 4 Buchstabe b SGB XI-E in Bezug auf Angebote der Entlastung im Alltag, die im Schwerpunkt praktische Unterstützung im Haushalt anbieten, vorliegen. Die Empfehlungen, die der Spitzenverband Bund der Pflegekassen mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. beschließt, sind nach § 45a Absatz 6 Satz 3 SGB XI-E bei dem Erlass der Länderverordnungen zu beachten beziehungsweise zu berücksichtigen. Es erscheint daher geboten, eine entsprechende Anpassung der Empfehlungen abzuwarten.

Es sollte mindestens eine Übergangsregelung für bestehende Länderverordnungen bis zum 31. Dezember 2026 vorgesehen werden, auch um den Akteuren ausreichend Zeit für die praktische Umsetzung vor Ort zu geben.

9. Zu Artikel 3 Nummer 2 (§ 15a Absatz 1 Satz 1 SGB V)

In Artikel 3 Nummer 2 sind in § 15a Absatz 1 Satz 1 nach dem Wort „Ausbildung“ die Wörter „ , aufgrund einer hochschulischen Ausbildung, die insbesondere die dafür vorgeschriebenen Anforderungen des Pflegeberufgesetzes umsetzt“ einzufügen.

Begründung:

Die Änderung bezieht sich auf Personen, die eine berufliche Pflegeausbildung absolviert haben. Diese sind bereits zum Führen der Berufsbezeichnung berechtigt und müssen deshalb nicht mehr ein vollständiges Studium nach Teil 3 des PflBG absolvieren. Sie erwerben in einem nachfolgenden Hochschulstudium deshalb unter anderem die Kompetenzen zur eigenverantwortlichen Wahrnehmung von weiteren heilkundlichen Aufgaben nach § 37 Absatz 2 Satz 2 PflBG. Es soll klargestellt werden, dass auch dieser Personenkreis unter die Regelung des § 15a SGB V-E fällt.

Dadurch wird der Personenkreis erweitert, der zukünftig über die entsprechenden Kompetenzen verfügt. Dies dient der Entlastung der Ärztinnen und Ärzte und trägt zur Stärkung des Gesundheitssystems bei.

10. Zu Artikel 3 Nummer 2 (§ 15a Absatz 1 SGB V)

Der Bundesrat regt eine Prüfung im weiteren Gesetzgebungsverfahren an, § 15a Absatz 1 SGB V hinsichtlich der Anforderungen an die Weiterbildung von Pflegefachpersonen als Voraussetzung für die Erbringung von Leistungen der

ärztlichen Behandlung zu ändern.

Begründung:

Für Weiterbildungen liegt die Gesetzgebungskompetenz bei den Ländern, die diese auch teilweise wahrgenommen haben. Daher existieren derzeit keine bundesweit einheitlichen Weiterbildungen in den Ländern. Und ob es zu bundesweit einheitlichen Weiterbildungen kommen wird, ist derzeit nicht abschätzbar. Ein Zwang kann gegenüber den Ländern dahingehend durch den Bund nicht ausgeübt werden.

Ferner müssen nach hiesigem Verständnis die Anforderungen an die staatliche Kompetenzfeststellung gesetzlich durch den Bundesgesetzgeber normiert werden, da eine Ausnahme von § 1 Absatz 2 HeilprG geregelt wird und zugleich eine Berufszugangsregelung geschaffen wird. Denkbar wäre, für die gewünschte Erweiterung des infrage kommenden Personenkreises auf die Erfahrungen aus der Novellierung des Berufsbilds im Rettungsdienst, dem Notfallsanitäter-Gesetz mit Ausbildungs- und Prüfungsverordnung, zurückzugreifen und staatliche Ergänzungsprüfungen im PflBG zu regeln.

Hinsichtlich eines zu etablierenden Kompetenzfeststellungsverfahrens der Länder ist nicht geklärt, woher die Berufserfahrung kommen soll, da die selbstständige Heilkundenausübung bislang Ärztinnen und Ärzten (und Heilpraktikerinnen und Heilpraktikern) vorbehalten war und nicht ausgeübt werden durfte. Hier müsste der Bundesgesetzgeber ebenfalls genauere Regelungen im PflBG einführen.

Unabhängig davon sind gemäß § 4a PflBG-E nur Personen, welche die heilkundlichen Kompetenzen nach dem PflBG erworben haben, zur eigenverantwortlichen Heilkundenausübung befugt. Diese Festlegung widerspricht der Intention, staatliche Weiterbildungen oder Kompetenzfeststellungsverfahren zur eigenverantwortlichen Ausübung bestimmter Leistungen der ärztlichen Behandlung im Rahmen der Leistungserbringung nach SGB V zu etablieren.

Finanzierungsfragen sind für die im Gesetzentwurf als „Weiterbildung“ bezeichnete Ausbildung und Prüfung ebenfalls (noch) nicht geklärt.

11. Zu Artikel 5 Nummer 6a – neu – (§ 37a – neu – PflBG)

In Artikel 5 ist nach Nummer 6 folgende Nummer 6a einzufügen:

„6a. Nach § 37 wird folgender § 37a eingefügt:

„§ 37a

Zulassungsvoraussetzungen

(1) Das Pflegestudium darf nur absolvieren, wer

1. die allgemeinen gesetzlichen Zulassungsvoraussetzungen für die Zu-

lassung zu einem Pflegestudium an einer Hochschule erfüllt;

2. sich nicht eines Verhaltens schuldig gemacht hat, aus dem sich die Unzuverlässigkeit zur Absolvierung des Pflegestudiums ergibt,
3. nicht in gesundheitlicher Hinsicht zur Absolvierung des Pflegestudiums ungeeignet ist und
4. über die Kenntnisse der deutschen Sprache verfügt, die für das Pflegestudium erforderlich sind.

(2) Die Länder können den Zugang zum Pflegestudium von weiteren Voraussetzungen abhängig machen.“ ‘

Begründung:

Ein Studienbewerber oder eine -bewerberin für einen Pflegestudiengang soll auch gesundheitlich geeignet sein, über ausreichend Deutschkenntnisse verfügen und ein Führungszeugnis vorlegen müssen, um zum Studium zugelassen zu werden. Für den Zugang zur Ausbildung zur Pflegefachfrau oder zum -fachmann verweist § 11 Absatz 2 PflBG auf § 2 Nummern 2 bis 4 PflBG, der die Voraussetzungen für die Erteilung der Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung regelt. Danach erhält eine Erlaubnis zur Ausübung des Berufes nur, wer die durch Gesetz vorgeschriebene berufliche oder hochschulische Ausbildung absolviert und die staatliche Abschlussprüfung bestanden hat, sich nicht eines Verhaltens schuldig gemacht hat, aus dem sich die Unzuverlässigkeit zur Ausübung des Berufes ergibt, nicht in gesundheitlicher Hinsicht zur Ausübung des Berufs ungeeignet ist und wer über die für die Ausbildung des Berufs erforderlichen Kenntnisse der deutschen Sprache verfügt.

In §§ 37 ff. PflBG hingegen fehlt ein entsprechender Verweis auf § 2 PflBG. § 38b Absatz 1 Satz 2 PflBG enthält nur einen Verweis auf den 2. Abschnitt von Teil 2 des PflBG (Ausbildungsverhältnis), aber nicht auf Teil 1 Abschnitt 1 des PflBG, der unter anderem § 2 PflBG (Erteilung der Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung „Pflegefachfrau oder Pflegefachmann“) beinhaltet. Es fehlt somit eine entsprechende Regelung für den Zugang zur hochschulischen Pflegeausbildung,

Das Hebammengesetz hingegen enthält in § 10 Hebammengesetz entsprechende Voraussetzungen für den Zugang zum Hebammenstudium. Diese Voraussetzungen bestehen über die nachzuweisende Berufsausbildung hinaus in dem Nachweis, dass sich der Studienbewerber oder die Studienbewerberin nicht eines Verhaltens schuldig gemacht hat, aus dem sich die Unwürdigkeit oder Unzuverlässigkeit zur Absolvierung des Hebammenstudiums ergibt, dass er oder sie nicht in gesundheitlicher Hinsicht zur Absolvierung des Hebammenstudiums ungeeignet ist und über die Kenntnisse der deutschen Sprache verfügt, die für das Hebammenstudium erforderlich sind.

Diese persönlichen Voraussetzungen, die auf Sprachkenntnisse, gesundheitli-

che Eignung und Führungszeugnis abstellen, sollten bereits mit Aufnahme des Studiums vorliegen, einerseits, weil diese persönlichen Voraussetzungen später für die Erteilung der Urkunde zum Führen der Berufsbezeichnung erfüllt sein müssen, andererseits weil das Pflegestudium als duales Studiums ausgestaltet ist und in wesentlichen Teilen bereits praktische Pflegeeinsätze nach einem Ausbildungsplan beinhaltet.

12. Zu Artikel 5 Nummer 7 (§ 66e Überschrift, Satz 1 PflBG)

In Artikel 5 Nummer 7 ist § 66e wie folgt zu ändern:

- a) In der Überschrift ist die Angabe „Satz 2“ zu streichen.
- b) In Satz 1 sind nach der Angabe „§ 1 Satz 2“ die Wörter „oder über eine Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung nach § 1 Satz 1 und ein abgeschlossenes Hochschulstudium im Bereich der Pflegewissenschaften“ einzufügen.

Begründung:

Die Möglichkeit der Nachqualifizierung nach § 66e PflBG ist bislang Personen vorbehalten, die eine hochschulische Pflegeausbildung nach Teil 3 des PflBG absolviert haben. Bereits vor Inkrafttreten des reformierten PflBG am 1. Januar 2020 wurden an vielen Hochschulen sogenannte duale Studiengänge angeboten, die neben dem Abschluss einer beruflichen Ausbildung nach dem bis zum 31. Dezember 2019 geltenden Kranken- oder Altenpflegegesetz auch pflegewissenschaftliche Kompetenzen vermittelt und zu einem akademischen Abschluss geführt haben. Nach derzeitiger Rechtslage müssen Absolventinnen und Absolventen dieser Studienangebote die Kompetenzen für eine eigenverantwortliche Wahrnehmung von weiteren heilkundlichen Aufgaben, die für die Leistungserbringung nach dem neuen § 15a SGB V-E erforderlich sind, in staatlich anerkannten, bundesweit einheitlichen Weiterbildungen erwerben oder in einer staatlichen Kompetenzfeststellung nachweisen. Die Möglichkeit einer Nachqualifizierung nach § 66e PflBG-E steht ihnen nicht offen. Dies erscheint zum einen nicht sachgerecht, da – im Unterschied zu beruflich ausgebildeten Pflegefachpersonen – dieser Personenkreis ebenfalls bereits über pflegewissenschaftliche Kompetenzen verfügt. Zum anderen würde eine Ausweitung der Nachqualifizierungsmöglichkeit dazu beitragen, dass die mit der Neuregelung in § 15a SGB V-E beabsichtigte Verbesserung und Sicherstellung der Versorgung sowie Entlastung der Pflegefachpersonen sowie Ärztinnen und Ärzte rasch umfänglicher wirksam wird. Dies gilt umso mehr, als die Umsetzung bundesweit einheitlicher, staatlich anerkannter Weiterbildungen sowie die entsprechenden Anforderungen an die staatliche Kompetenzfeststellung nach Inkrafttreten des Gesetzes zunächst erarbeitet werden müssen. Demgegenüber können Angebote nach § 66e PflBG-E sofort umgesetzt werden.

13. Zu Artikel 7 Nummer 01 – neu – (§ 10 Absatz 2 Satz 3 PflAPrV)

In Artikel 7 ist der Nummer 1 folgende Nummer 01 voranzustellen:

„01. In § 10 Absatz 2 Satz 3 wird das Wort „überwiegend“ gestrichen.“

Begründung:

Die praktische Umsetzung der Anforderung bei Bestellung der Lehrkräfte als Fachprüferinnen und -prüfer ist mit verschiedenen Herausforderungen verbunden, wie zum Beispiel Personalfuktuation und Honorarkräfte.

Die ordnungsgemäße Besetzung der Prüfungskommission ist regelmäßig Gegenstand von Widerspruchs- und Klageverfahren und bei der generellen Rüge von Verfahrensmängeln durch die Widerspruchsbehörde auch von Amts wegen zu prüfen. Im verwaltungsgerichtlichen Verfahren wird dabei die Anforderung gestellt, die Unterrichtsbeteiligung in Bezug auf die jeweilige antragstellende oder klagende Person darzulegen. Nach der amtlichen Begründung zu § 10 Absatz 2 Satz 3 PflAPrV, ist der Begriff „überwiegend“ nicht rein rechnerisch zu verstehen, sondern kann sich auch an anderen Kriterien orientieren. So kann für die Prüfung die Fachprüferin oder der Fachprüfer ausgewählt werden, die oder der in dem prüfungsrelevanten Themenbereich zuletzt unterrichtet hat und damit maßgeblich an der Vorbereitung der Schülerinnen und Schüler auf die Prüfung beteiligt war. Dennoch wird dem quantitativen Aspekt durch die Rechtsprechung derzeit eine ausschlaggebende Rolle beigemessen.

Die fachliche Kompetenz für die Tätigkeit im Prüfungsausschuss und in der Prüfungskommission ist ausreichend gewährleistet durch das Kriterium der Ausbildungsbeteiligung. Das Wort „überwiegend“ sollte daher aus der Regelung zur Besetzung des Prüfungsausschusses gestrichen werden.

14. Zum Gesetzentwurf allgemein

- a) Der Bundesrat begrüßt die geplanten Regelungen zur Stärkung der Rahmenbedingungen und Kompetenzerweiterung von Pflegefachpersonen.
- b) Der Bundesrat hält es für erforderlich, die geplanten Regelungen zur Sicherstellung der pflegerischen Versorgungsstruktur grundlegend zu überarbeiten.
- c) Der Bundesrat begrüßt, dass die Möglichkeiten der Heilkundenausübung und der entsprechende Kompetenzerwerb erweitert werden.

Außerdem begrüßt der Bundesrat, dass hochschulisch qualifizierte Pflegefachpersonen entweder im Rahmen der hochschulischen Pflegeausbildung nach Teil 3 des Pflegeberufgesetzes (auf Grundlage der ab dem

1. Januar 2025 geltenden Regelungen) oder im Rahmen von bundesweit einheitlichen Weiterbildungen zusätzliche heilkundliche Kompetenzen in drei Bereichen diabetische Stoffwechsellage, chronische Wunden und Demenz erwerben können.

Der Bundesrat bittet, im weiteren Gesetzgebungsverfahren die Möglichkeit des Erwerbs dieser heilkundlichen Kompetenzen auch für additive und ausbildungsintegrierende duale Bachelorstudiengänge Pflege vorzusehen.

- d) Der Bundesrat begrüßt, dass mit dem Gesetzentwurf erstmalig der Pflegeberuf als Heilberuf mit eigenen beruflichen Kompetenzen gesetzlich verankert und damit eine Stärkung der Profession intendiert wird.
- e) Der Bundesrat ist jedoch der Auffassung, dass einheitliche und nachvollziehbare Begriffsbestimmungen erforderlich sind, welche insbesondere (erweiterte) heilkundliche Kompetenzen der Pflegefachpersonen hervorheben. Hierzu bedarf es auch eines verbindlichen zeitlichen Rahmens.
- f) Der Bundesrat begrüßt, dass die Qualifizierungs- und Nachweismöglichkeiten für die erforderlichen heilkundlichen Kompetenzen im Leistungsrecht weit gefasst werden. Jedoch bedarf es dafür klarere berufsrechtliche Regelungen und rechtsverbindliche Definitionen der abgestuften heilkundlichen Qualifikationen.
- g) Der Bundesrat unterstützt die angestrebte bundesweite möglichst weitgehende Vereinheitlichung entsprechender Weiterbildungsangebote, um Klarheit und Sicherheit zu schaffen. Im weiteren Gesetzgebungsverfahren wird jedoch gebeten zu prüfen, inwieweit Weiterbildungen als bundeseinheitlich im Sinne der Norm anzusehen sind.
- h) Der Bundesrat begrüßt den Gesetzentwurf insbesondere hinsichtlich der Regelungen zur Kompetenzerweiterung der Pflegefachpersonen. Vor allem die mit § 15a SGB V-E neu geschaffene Regelung stellt einen zentralen Meilenstein dar, weil hiermit regelhaft die Möglichkeit für Pflegefachpersonen eröffnet wird, eigenverantwortlich Heilkunde im Rahmen ihrer erworbenen Kompetenzen auszuüben. Die erstmalige Regelung leistungrechtlicher Grundlagen für die berufsrechtlich erworbene und durch staatliche Prüfung nachgewiesene Kompetenzen auf verschiedenen Qualifikationsniveaus ist ein weiterer maßgeblicher Schritt, damit Pflegefachkräfte eigenverantwortlich Heilkunde ausüben und abrechnen können. Gleichwohl fehlt im Gesetzentwurf eine vergleichbare Regelung zu § 15a Absatz 1

Nummer 1 in Verbindung mit § 73d Absatz 1 Nummer 1 SGB V-E für den Krankenhausbereich, daher bittet der Bundesrat im weiteren Gesetzgebungsverfahren zu prüfen, wie diesbezüglich eine rechtssichere Regelung geschaffen werden kann.

- i) Der Bundesrat bittet im weiteren Gesetzgebungsverfahren auch zu prüfen, wie die mit diesem Gesetzentwurf verknüpfte Regelung zum bundeseinheitlichen Pflegefachassistenzgesetz zügig verabschiedet werden kann, damit die Regelungen hinsichtlich der notwendigen Entlastung der Pflegefachpersonen ihre Wirkung zur Versorgungssicherheit im Bereich der medizinischen und pflegerischen Versorgung entfalten können. Darüber hinaus muss unverzüglich die vom BMG in den Eckpunkten angekündigte Regelung auf den Weg gebracht werden, die die bereits mit dem Pflegestudiumstärkungsgesetz regelhaft in der hochschulischen Ausbildung festgeschriebenen Kompetenzen zur eigenverantwortlichen Heilkundenausübung durch Pflegefachkräfte entsprechend ihrer Ausbildung (so genanntes APN-Gesetz – Arbeitstitel) weiterentwickelt.
- j) Pflegeeinrichtungen beklagen zunehmend bürokratische Anforderungen, die sie für übermäßig halten. Die Melde-, Berichts-, Nachweis- beziehungsweise Darlegungspflichten sind in ihrer Anzahl und ihrer Komplexität in den letzten Jahren in ihrer Gesamtheit auf ein Maß angewachsen, das immer mehr Personalkapazitäten in Pflegeeinrichtungen, aber auch bei den Kostenträgern und sonstigen Akteuren, in Anspruch nimmt und die Sicherstellung der pflegerischen Versorgung gefährden kann. Dies betrifft zum Beispiel die Abrechnung von Leistungen der Pflege- und Krankenversicherung, die Verordnung von Häuslicher Krankenpflege und von Hilfsmitteln, die Umsetzung der Tariflohnbindung, die Vergütungsverhandlungen, die Meldung von Qualitätsindikatoren sowie die Anbindung von Pflegeeinrichtungen an die Telematikinfrastruktur (TI).
- k) Auch wenn diese Anforderungen nachvollziehbare Ziele verfolgen (zum Beispiel Wirtschaftlichkeit und Qualität der Pflege, angemessene Entlohnung), ist der Betrieb einer Pflegeeinrichtung mit komplexen Anforderungen verbunden, denen immer weniger mit angemessenem Aufwand begegnet werden kann. Vor diesem Hintergrund muss das gesamte System in den Blick genommen werden. Es bedarf einer konsequenten Vereinfachung und Flexibilisierung des Pflegeversicherungsrechts und mehr Vertrauen in die Pflege bei der Umsetzung von Melde-, Berichts-, Nachweis- und Darle-

gungspflichten, um insbesondere auch den Betrieb einer kleinen Pflegeeinrichtung attraktiv zu machen. Hierauf haben die Arbeits- und Sozialminister bereits mit Beschluss vom 4./5. Dezember 2024 zur „Entbürokratisierung der Langzeitpflege“ hingewiesen.

- l) Einige Ansätze zum Bürokratieabbau im Gesetzentwurf werden ausdrücklich begrüßt (zum Beispiel Vereinfachungen bei der Meldung der Tariflöhne, Beschleunigung der Vergütungsverhandlungen, leichtere Aufnahme von Digitalen Pflegeanwendungen in das entsprechende Verzeichnis). Auch die erweiterten Kompetenzen von Pflegefachpersonen im Rahmen der eigenverantwortlichen Ausübung von Heilkunde und der Empfehlung von (Pflege-)Hilfsmitteln können zum Abbau von Bürokratie beitragen. Insgesamt führen viele Regelungen aber zu neuer Bürokratie. Viele Vorschriften werden erst durch komplexe Umsetzungsregelungen der Selbstverwaltung wirksam. Die Möglichkeit zur flexibleren Nutzung niedrigschwelliger Unterstützung- und Entlastungsleistungen anstelle von Leistungen zugelassener Pflegeeinrichtungen durch die neuen Umwandlungsansprüche wird zwar von der Zielrichtung her begrüßt. Zu bevorzugen ist aber eine grundlegende Vereinfachung des Leistungsrechts.
- m) Der Bundesrat fordert, im Rahmen einer Strukturreform eine grundlegende Vereinfachung des Pflegeversicherungsrechts inklusive der Aufhebung der Sektorengrenzen im Leistungsrecht vorzunehmen. Die Schaffung einer weiteren Versorgungsform mit eigenen Regelungen der Selbstverwaltung (Gemeinschaftliche Wohnformen) droht trotz des zu unterstützenden Ziels das Pflegeversicherungsrecht weiter zu verkomplizieren.

Dabei ist auch die Möglichkeit zu prüfen, die Vielzahl der aktuellen Leistungen der Pflegeversicherung durch eine überschaubare Anzahl flexibel einsetzbarer Budgets zu ersetzen. Ziel ist dabei, übermäßige bürokratische Anforderungen – einschließlich der von der Selbstverwaltung geschaffenen und unter Berücksichtigung der Digitalisierung entstandenen – insbesondere in den vorstehend genannten Bereichen zu reduzieren sowie den Pflegebedürftigen und ihren Familien die Übersicht über die bestehenden Finanzierungsalternativen sowie den Pflegeeinrichtungen und Kostenträgern die Abrechnung zu erleichtern.

- n) Der Bundesrat begrüßt die Initiative der Bundesregierung, die Fragen der Entbürokratisierung und der Vereinfachung des Pflegerechts mit dem Ge-

setzentwurf anzugehen. Jedoch bleibt der Gesetzentwurf weit hinter den Erwartungen zurück.

- o) Die Bundesregierung wird aufgefordert, die Länder intensiv an der versicherungstechnischen Realisierung überzeugender innovativer Pflegeangebote zu beteiligen.
- p) Der Bundesrat bittet darum, im weiteren Gesetzgebungsverfahren dafür Sorge zu tragen, dass bestehendes Recht und die Änderungen des Elften Buches Sozialgesetzbuch konsequent auch im Rahmen der Hilfe zur Pflege nach dem Siebten Kapitel des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch umgesetzt werden.
- q) Der Bundesrat begrüßt grundsätzlich die Absicht der Bundesregierung, mit dem Pflegekompetenzgesetz nicht nur die Rahmenbedingungen für die professionell Pflegenden, sondern auch die Situation pflegebedürftiger Menschen und ihrer Angehörigen zu verbessern.
- r) Der Bundesrat ist jedoch der Auffassung, dass die Umsetzung beabsichtigter Verbesserungen an vielen Stellen hinter den Erwartungen der Länder zurückbleibt. Dies betrifft insbesondere eine dringend notwendige Entbürokratisierung und Vereinfachung des Leistungs-, Vertrags- und Vergütungsrechts wie auch des Verhandlungsgeschehens.
- s) Der Bundesrat bittet im weiteren Gesetzgebungsverfahren, die Regelungen zu den Vergütungsverhandlungen konsequenter und verlässlicher mit dem Ziel zu formulieren, die Verfahren möglichst effizient und ohne Zeitverzug zu einem Ergebnis bringen zu können, das sowohl den Interessen der Einrichtungen als auch der Pflegebedürftigen gerecht wird.
- t) Der Bundesrat stellt mit Bedauern fest, dass entgegen der Eckpunkte des Bundesministeriums für Gesundheit für ein Pflegekompetenzgesetz vom 18. Dezember 2023 kein pflegegradunabhängiger Anspruch auf Pflegeprozesssteuerung durch Pflegefachpersonen im vorliegenden Gesetzentwurf enthalten ist. Andererseits werden die Intervalle für die verpflichtende Beratung von Pflegegeldempfängern der Pflegegrade 4 und 5 verringert, was als Maßnahme der Entbürokratisierung bezeichnet wird.
- u) Der überwiegende Anteil der Pflegebedürftigen wird häuslich versorgt. Die Steuerung und Organisation der pflegerischen Versorgung in der ambulanten Pflege einschließlich der Schnittstellen zwischen den verschiedenen So-

zialgesetzbüchern und Leistungserbringern stellt für pflegende An- und Zugehörige oft eine große Herausforderung dar. Es ist daher zu befürchten, dass eine angemessene Pflege in der eigenen Häuslichkeit nicht immer sichergestellt werden kann.

- v) Die Sicherstellung der pflegerischen Versorgung ihrer Versicherten ist Aufgabe der Pflegekassen (§ 12 SGB XI). Der Anspruch auf Pflegeberatung durch die Pflegekassen erfasst bereits große Teile des Case Managements (zum Beispiel die Erstellung und Umsetzung individueller Versorgungspläne). Pflegebedürftige müssen die Umsetzung aber auch einfordern können. Soweit weder der oder die Pflegebedürftige selbst noch eine andere Person für ihn oder sie die Steuerung und Organisation der Versorgung sicherstellen kann, sollte ein über die Pflegeberatung hinausgehendes Case Management zur Verfügung stehen. Die neue Verpflichtung der Pflegekassen, Pflegegeldempfänger auf bestehende Beratungsmöglichkeiten hinzuweisen, reicht nicht aus. Die Verantwortung für das Case Management sollte weiterhin grundsätzlich (also unabhängig von der tatsächlichen Leistungserbringung) bei den Pflegekassen liegen und kommunale Strukturen berücksichtigen. Das Case Management könnte zum Beispiel in Pflegestützpunkten oder von Community Health Nurses erbracht werden.
- w) Der Bundesrat fordert, einen Anspruch auf pflegegradunabhängige Prozesssteuerung durch Pflegefachpersonen (neben dem ambulanten Sachleistungsbetrag) einzuführen, der über die Pflegeberatung durch die Pflegekassen hinausgeht. Die Leistungserbringung soll nicht zu Lasten des Sachleistungsbetrages erfolgen, sondern davon unabhängig vergütet werden. Auf die umfangreiche Beschlussfassung der Arbeits- und Sozialminister wird verwiesen (siehe Beschluss vom 4./5. Dezember 2024 „Landesstrategische Schwerpunkte in der Pflegeversorgung und bundesgesetzliche Rahmenbedingungen“, Umlaufbeschluss vom 1. Juli 2024 „Sicherstellung der pflegerischen Versorgung in der Langzeitpflege“ sowie Beschluss vom 30. November/1. Dezember 2022 „Stärkung der häuslichen Pflege durch Case Management-Angebote“). Das Case Management sollte zu einer echten Verbesserung der häuslichen Versorgung beitragen und nicht nur als lästige Bürokratie empfunden werden.

Begründung:

Zu Buchstabe a:

Die beabsichtigten Anpassungen sind geeignet, um eine signifikante Kompetenzerweiterung für Pflegefachkräfte zu erreichen und sollten vor dem Hintergrund des stetig steigenden Fachkräftebedarfs beschlossen und umgesetzt werden.

Zu Buchstabe b:

Bei den geplanten Regelungen zur Sicherstellung der pflegerischen Versorgungsstruktur besteht aus Sicht der Länder noch erheblicher Diskussions- und Änderungsbedarf. Darüber hinaus sind durch die Änderungen in § 113c SGB XI-E Divergenzen zwischen Leistungs- und Ordnungsrecht zu befürchten, die dringend zu vermeiden sind.

Zu Buchstabe c:

Nach dem Gesetzentwurf sollen hochschulisch qualifizierte Pflegefachpersonen entweder im Rahmen der hochschulischen Pflegeausbildung nach Teil 3 des Pflegeberufgesetzes (auf Grundlage der ab dem 1. Januar 2025 geltenden Regelungen) oder im Rahmen von bundesweit einheitlichen Weiterbildungen zusätzliche heilkundliche Kompetenzen erwerben können.

Wenn dies der Fall ist, sollte eine Integration der Heilkundemodule erst recht auch in additiven und ausbildungsintegrierenden dualen Bachelorstudiengängen Pflege möglich sein – und nicht nur in primärqualifizierenden Studiengängen nach Teil 3 des Pflegeberufgesetzes, wie bisher geregelt.

Zu Buchstabe d bis g allgemein:

Der vorliegende Gesetzentwurf stellt einen wichtigen Schritt zur Stärkung des Pflegeberufs dar. Steigender Pflegebedarf und Fachkräftemangel erfordern den vollständigen Einsatz aller vorhandenen Kompetenzprofile.

Grundsätzlich werden diese Zielsetzungen vom Bundesrat begrüßt, der Gesetzentwurf in seiner aktuellen Form greift jedoch deutlich zu kurz und unterscheidet sich teilweise maßgeblich vom Referentenentwurf. Eine umfassende Stärkung der Pflege kann nur gelingen, wenn die Pflegeberufe berufsrechtlich und leistungsrechtlich als autonome und gleichberechtigte Professionen in der Gesundheitsversorgung anerkannt werden. Dazu bedarf es insbesondere einer klaren Definition und deutlichen Erweiterung der heilkundlichen Kompetenzen der Pflegefachpersonen, welche sich auch in Abgrenzung zu der ärztlichen Behandlung wiederfinden muss.

Zu Buchstabe d:

Inwiefern sich eine eigenverantwortliche Heilkundenausübung von einer selbstständigen Heilkundenausübung abgrenzt, ist nicht nachvollziehbar.

Es sind weitergehende gesetzliche Änderungen zur Klarstellung und Erweiterung der Aufgaben von Pflegefachpersonen in der Versorgung notwendig, um die pflegerischen Potenziale für eine Verbesserung der Versorgung über alle Versorgungsbereiche hinweg voll auszuschöpfen und damit auch eine Entlastung der Ärztinnen und Ärzte zu erreichen.

Zu Buchstaben e bis g:

Die Regelungen fördern zum einen die Durchlässigkeit der Bildungs- und Weiterentwicklungsmöglichkeiten in der Pflege. Zum anderen ermöglichen sie, dass ausreichend viele Pflegefachpersonen entsprechende Kompetenzen erwerben und ausüben können, um einen tatsächlichen Mehrwert für die Versorgung der Bevölkerung zu schaffen.

Die angestrebte bundesweite Einheitlichkeit entsprechender Weiterbildungsangebote wird aus fachlicher Sicht unterstützt, um Klarheit und Sicherheit für Pflegefachpersonen, Ärztinnen und Ärzte sowie Patientinnen und Patienten zu schaffen. Vergleichbare heilkundliche Kompetenzprofile tragen auch zu einer homogenen Weiterentwicklung der Pflegeprofession bei.

Neben den ärztlichen Fachpersonen sollten auch Pflegefachpersonen die Prüfung heilkundlicher Kompetenzen abnehmen können, wenn sie in der selbständigen Ausübung erweiterter heilkundlicher Tätigkeiten qualifiziert sind.

Zu Buchstabe h:

Mit dem § 15a SGB V-E und durch die Bezugnahme darauf im SGB XI wird erstmalig als komplementäre Vorschrift zu § 15 SGB V geregelt, dass Pflegefachpersonen neben Ärztinnen und Ärzten bestimmte Leistungen der Behandlung, die bisher Ärztinnen und Ärzten vorbehalten waren, erbringen dürfen und welche Qualifikationsvoraussetzungen hierfür im Rahmen der bestehenden Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung vorzuweisen sind.

Zur Eigenverantwortlichkeit gehören die berufsrechtlich weisungsfreie Entscheidung über die Art, Dauer und Häufigkeit der Behandlung, die Verantwortung für die rechtzeitige fachlich indizierte Einbeziehung ärztlicher und weiterer Berufsgruppen im Gesundheitswesen sowie die haftungsrechtliche Verantwortung unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots. Eine eigenverantwortliche Erbringung von bestimmten Leistungen der ärztlichen Behandlung bedeutet, dass die Pflegefachperson auf Grundlage ihrer vorhandenen fachlichen Kompetenzen einen eigenen fachlichen Entscheidungsbereich hat, der nicht immer wieder neu festgelegt werden muss, sondern grundsätzlich besteht und damit keine Delegation darstellt.

Zu Buchstabe i:

Eine Ausweitung der Kompetenzen und damit der Aufgaben der Pflegefachpersonen wie im Gesetzentwurf vorgesehen, kann unter Wahrung der Pflegequalität in der Praxis nur sinnvoll umgesetzt werden, wenn pflegerische Aufgaben an qualifiziertes Pflegefachassistentenpersonal delegiert werden können. Deswegen braucht es eine zügige Verabschiedung des bereits breit abgestimmten Pflegefachassistentengesetzes. Zum anderen bedarf es einer Weiterentwicklung der bereits mit dem Pflegestudiumstärkungsgesetz regelhaft in der hochschulischen Ausbildung festgeschriebenen Kompetenzen, die sich bisher auf einen kleinen Ausschnitt innerhalb der Versorgung (Demenz, chronische Wunden und Diabetes) beschränken. Hierfür wird die Umsetzung des angekündigten APN-Gesetzes (Arbeitstitel) aus dem BMG für notwendig erachtet.

Zu Buchstabe n und o:

Die aktuelle Systematik des SGB XI wird der dynamischen Entwicklung auf dem Pflegemarkt nicht mehr gerecht. Pflege-Wohngemeinschaften, die bislang

in der Systematik des SGB XI lediglich in § 38a SGB XI (ambulant betreute Wohngruppen) angesprochen werden, sind – insbesondere für die Versorgung von demenziell erkrankten Pflegebedürftigen – ein konstant wachsendes Angebotssegment mit dem im Verständnis von ressourcen- und sozialraumorientierter Pflege in der Praxis Rechnung getragen werden kann. Um die länderspezifischen Gegebenheiten mit neuem Leistungsrecht zu harmonisieren, sind die Länder intensiv an der Erarbeitung einer nachhaltigen Pflegereform zu beteiligen. Dies gilt auch mit Blick auf in der Folge parallel erforderliche Änderungen des SGB XII.

Das Leistungsgeflecht des SGB XI wird immer komplexer. Der daraus resultierende Informations- und Beratungsbedarf geht zu Lasten der Länder. Es bedarf eines personenorientierten, generell vereinfachten Leistungssystems der Sozialen Pflegeversicherung. Angesichts der vorhandenen und weiterwachsenden Personalengpässe bedarf es einer umfassenden Strukturreform der Pflegeversicherung, die nicht ohne eine Finanzreform auskommt.

Zu Buchstabe p:

Die leistungsrechtlichen Neuerungen im SGB XI werden mit dem vorliegenden Gesetzentwurf nicht annähernd adäquat im SGB XII umgesetzt. Eine analoge Anwendung ist gerade mit Blick auf die Zielsetzung der Pflegestärkungsgesetze II und III nicht mehr vorgesehen. Zum Ausdruck gebracht wurde dies mit der Einführung eines eigenständigen Leistungskataloges im SGB XII. Fehlt es an einer zusätzlichen Regelung zur Umsetzung im SGB XII führt dies unter anderem auch aufgrund zusätzlicher Leistungsvoraussetzungen und von der Logik des SGB XI abweichender Leistungsgrundsätze der Sozialhilfe zu einem erheblichen Potenzial der ungerechtfertigten Ungleichbehandlung von Personen, die einen die gedeckelte Versicherungsleistung aufstockenden pflegebedingten Hilfebedarf haben, als auch von Personen, die trotz bestehender Pflegebedürftigkeit keinen Anspruch aus der Pflegeversicherung haben. Dies kann sich im Fall des vorliegenden Gesetzentwurfs zum Beispiel auf den Bereich der Empfehlung von Leistungen der verhaltensbezogenen Prävention (§ 5 Absatz 1a SGB XI-E) oder die Empfehlungsregelung zur Hilfsmittel- und Pflegehilfsmittelversorgung mit der Vermutungs-Regelung (§ 40 Absatz 6 SGB XI-E), des erweiterten Zwecks der digitalen Pflegeanwendungen (§ 40a Absatz 1a Satz 1 SGB XI-E) oder die neuen Leistungen in gemeinschaftlichen Wohnformen mit Verträgen zur pflegerischen Versorgung gemäß § 92c SGB XI-E (§ 45j SGB XI-E) auswirken. Die Beteiligung des Trägers der Sozialhilfe an bestimmten Evaluationen zu denen er aufgrund eigener Erfahrungen oder Anwendungen der Instrumente wertvolle Rückmeldungen geben kann beziehungsweise die er für eine effiziente Tätigkeit benötigt, wurde im Gesetzentwurf neben weiteren als sinnvoll erachteten Einbeziehungen ebenfalls nicht bedacht.

Aufgrund der Überforderung der öffentlichen Haushalte der Sozialhilfeträger, darf eine Finanzreform der Sozialen Pflegeversicherung nicht länger verschoben werden.

Zu Buchstabe q:

Der Bundesrat erkennt die grundsätzliche Zielsetzung des Gesetzesentwurfs an.

Zu Buchstabe r:

Der Gesetzentwurf erscheint nicht geeignet, um die weitreichenden Herausforderungen, die sich mit Blick auf den demografischen Wandel und die stark steigende Zahl Pflegebedürftiger stellen, zielführend anzugehen. Statt einer notwendigen Entsäulung führen die beabsichtigten Regelungen zu einer weiteren Verkomplizierung des Vertrags- und Vergütungsrechts durch Einführung einzelner Versorgungsformen und Modellvorhaben ohne erkennbaren Mehrwert. Die Maßnahmen würden letztlich dazu führen, dass zum einen die Umsetzung in Zeiten abnehmender Personalressourcen zu mehr Aufwand bei den verantwortlichen Akteuren führt und zum anderen das Leistungsgeschehen für die Bürgerinnen und Bürger noch unübersichtlicher wird.

Zu Buchstabe s:

Angesichts oft langwieriger Vergütungsverhandlungen nebst sich anschließender Unterschriftenverfahren sind die Verfahren einheitlich und effizient auszugestalten. Hierzu gehört die Digitalisierung im Regelverfahren sowie die Erteilung von erforderlichen Vollmachten für verbindliche Ansprechpersonen, die zeitliche Begrenzung oft langwieriger Verhandlungen sowie Unterschriftenverfahren und die Etablierung einer in der Höhe begrenzten Anerkennungsfiction zur Reduzierung von Liquiditätsengpässen. Die im Gesetzesentwurf enthaltenen Regelungen sind insofern nicht konsequent genug.