

# Think Tank Vorbehaltsaufgaben<sup>1</sup>

## Stellungnahme zum Referentenentwurf des Pflegekompetenzgesetzes

Freiburg, 23.09.2024

### Vorbemerkungen

Nach langen Beratungen im Bundesgesundheitsministerium unter Beteiligung externer Expertisen und in Absprache zwischen den Ressorts wurde nun der Referentenentwurf zu einem Pflegekompetenzgesetz vorgelegt. Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach hatte im Dezember 2023 dazu bereits ein Eckpunktepapier zur Diskussion gestellt, das im Wesentlichen darauf gerichtet war, die Eigenständigkeit und Eigenverantwortung der professionellen Pflege und damit auch die Professionalisierung der Pflege zu stärken – und dies in der Einsicht, dass die Sicherstellung der gesundheitlichen Versorgung ohne eine stärkere Eigenverantwortung der Berufsgruppe der Pflege in Zukunft nicht mehr zu gewährleisten ist. Die vielfältigen in dem Eckpunktepapier aufgegriffenen Fragestellungen konzentrierten sich auf das eigenständige professionelle Profil der Pflegefachpersonen.

In dem nun vorgelegten Referentenentwurf des Pflegekompetenzgesetzes ist gegenüber dem Eckpunktepapier allerdings eine Schwerpunktverlagerung festzustellen. Es geht im Kern nicht mehr nur um eine Stärkung der professionellen Pflege, in Ansätzen finden sich im Gesetzentwurf vielmehr Bausteine einer strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung durch Flexibilisierung von Leistungen, Stärkung kommunaler Netzwerke und Unterstützungsstrukturen bis hin zu planerischen Elementen. Insofern sprechen wir hier einerseits vom Pflegekompetenzgesetz im engeren Sinne und andererseits von strukturellen Reformansätzen im SGB XI. Möglicherweise war es bei der heterogenen Interessenslage innerhalb des Bundesgesundheitsministeriums und den hinter der Gesundheits- und Pflegepolitik stehenden Stakeholdern nur schwer möglich, das Thema Eigenständigkeit der Pflege – auf Augenhöhe mit der Medizin – weitergehend gesetzgeberisch zu regeln. Vielleicht war auch unter diesem Gesichtspunkt der Windschatten der SGB XI-Regelung vonnöten, um den Referentenentwurf sowohl innerhalb des BMG als auch in der Ressortabstimmung zu konsentieren. Gleichwohl ist es mit dem Gesetzentwurf gelungen, einige wichtige „Vorstöße“ in Richtung Stärkung der Eigenständigkeit der Pflegefachpersonen ausgehend von den Vorbehaltsaufgaben und heilkundlichen Aufgaben bis hin zu erweiterten heilkundlichen Aufgaben im Leistungsrecht zu verankern.

Ohne Zweifel erfordert eine gesteigerte Verantwortung der professionellen Pflege bei der Sicherstellung der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung der Bevölkerung eine verstärkte pflegewissenschaftsfundierte und evidenzbasierte Grundlegung pflegerischen Handelns. Daher müssen nicht

---

<sup>1</sup> Der Think Tank Vorbehaltsaufgaben (TT VA) arbeitet als interdisziplinärer Arbeitskreis seit Anfang 2021 bestehend aus Pflegewissenschaftler:innen, Juristen sowie pflegerfahrenen Expert:innen. Neben dem Initiator Prof. Dr. habil. Thomas Klie arbeiten im Think Tank Prof. Dr. Dr. h.c. Andreas Büscher, Bianca Jendrzey, Bernhard Krautz, Prof. Dr. Erika Sirsch, Prof. Dr. Frank Weidner sowie Prof. Dr. Thomas Weiß und gelegentlich weitere Expert:innen mit. Informationen und Hinweise auf Publikationen zum TT VA unter: [www.vorbehaltsaufgaben-pflege.de](http://www.vorbehaltsaufgaben-pflege.de); Kontakt: Prof. Dr. Thomas Klie • AGP Sozialforschung • [thomas.klie@agp-freiburg.de](mailto:thomas.klie@agp-freiburg.de).

nur im Hinblick auf eine fachwissenschaftliche Entwicklung und Begleitung zukünftiger Modellvorhaben zur Weiterentwicklung der Pflegekompetenzen, sondern insbesondere auch im Kontext der aktuellen Forderungen des Wissenschaftsrates die wissenschaftlichen Potenziale der Pflege für die Gesundheitsversorgung erkannt und genutzt werden. Generell ist zu fordern, dass die Pflege als wissenschaftliche Disziplin nun systematisch entsprechend stärker fokussiert und auch im Kontext der Stärkung der Pflegekompetenzen mit bundesweit maßgeblichen Organisationen und Institutionen verbindlich in die weiteren Umsetzungsschritte einbezogen wird.

Im ersten Teil der vorliegenden Stellungnahme werden zuvörderst die im Referentenentwurf des Pflegekompetenzgesetzes vorgesehenen Regelungen mit Bezug zur Stärkung der Eigenständigkeit der professionellen Pflege besprochen und kritisch gewürdigt. Dabei geht es zunächst um das Thema der Vorbehaltsaufgaben und ihrer Verankerung im Leistungsrecht und anschließend um Fragen der Heilkundeausübung durch Pflegefachpersonen. Im zweiten Teil unserer Stellungnahme diskutieren wir die Reformansätze im SGB XI und beziehen hier ebenfalls kritisch Stellung. Im dritten Teil gehen wir auf die maßgeblichen Organisationen der Pflege, den Scope of Practice und die Einbindung des/der Beauftragten der Bundesregierung für Pflege ein.

## I. Pflegekompetenzgesetz im engeren Sinne

### 1. Vorbehaltsaufgaben

Ausgesprochen begrüßenswert ist es, dass der Referentenentwurf des Pflegekompetenzgesetzes die berufsrechtlich den Pflegefachpersonen vorbehaltenen Aufgaben auch im Leistungsrecht reflektiert und aufgreift. Besonders bedeutsam ist dabei, dass dies nicht nur im SGB XI vorgesehen ist, sondern auch im SGB V. Die Schlüsselnorm im SGB V ist § 15a SGB V. Die Vorschrift greift auch semantisch zutreffend die Pflegeprozesssteuerung als die der Fachpflege vorbehaltene Aufgabe auf und setzt sie in Beziehung zu drei zentralen Aufgabenbereichen der Pflege: Neben pflegerischen Aufgaben bestehen die heilkundlichen Aufgaben und diese werden um erweiterte heilkundliche Aufgaben ergänzt. Sozusagen quer insbesondere zu den beiden erstgenannten Aufgaben sind die Vorbehaltsaufgaben zu verstehen. Dies ist von bestimmender Bedeutung, denn damit wird leistungsrechtlich grundsätzlich anerkannt, dass Pflegefachpersonen per se als Angehörige von Heilberufen heilkundliche Aufgaben verantworten. Neu hinzu kommen also die erweiterten heilkundlichen Aufgaben, die bislang den Ärzt:innen vorbehalten waren. Damit ist der Begriff der „Heilkundeübertragung“ nun zu Recht obsolet.

Der Gesetzgeber scheut bislang allerdings die Regelung der pflegerischen und heilkundlichen Leistungen durch Pflegefachpersonen im direkten Kontext mit dem bisherigen § 15 SGB V und damit in struktureller Verbindung mit den ärztlichen Aufgaben. Darüber hinaus wird bislang ebenso auf eine Verankerung der Vorbehaltsaufgaben der Pflege gem. § 4 PflBG in § 28 SGB V sowie in § 37 SGB V verzichtet wie auf eine Abbildung der Verantwortungsteilung zwischen Medizin und Pflege auf der strukturellen Ebene, insbesondere im Krankenhaussektor im § 107, Abs. 1, Satz 2 SGB V.

Woran es insbesondere den SGB V-Regelungen mangelt, ist eine leistungserbringungsrechtliche Reflektion der Vorbehaltsaufgaben und die Einbeziehung derselben in die Erstellung von Richtlinien zur häuslichen Krankenpflege in § 92 SGB V. Ähnliches gilt für das SGB XI. Auch hier bleiben zahlreiche Fragen der Verankerung der Vorbehaltsaufgaben im Leistungs- und Leistungserbringungsrecht insbesondere im ambulanten, aber auch im stationären Sektor noch offen. Ausdrücklich begrüßt wird dagegen die vorgesehene Klarstellung in § 4 PflBG, dass auch die Planung der Pflege zu den vorbehaltenen

Aufgaben der Pflegefachpersonen gehört. Dies entspricht der vorherrschenden pflegefachlichen und juristischen Auffassung. Die Ergänzung im § 4a PflBG und Klarstellung, dass die berufliche Pflege als Heilberufe bereits heute zur Heilkundenausübung im Stande und berechtigt ist, wird gleichermaßen begrüßt!

Die vorgesehenen leistungserbringungsrechtlichen Vorgaben zur Formulierung von Anforderungen an die Pflegeprozesssteuerung (§§ 113 & 113c SGB XI, § 132a SGB V) stehen weiterhin im Widerspruch zur fachlichen Eigenverantwortung der Pflegefachpersonen. Der Gesetzgeber hat bereits zur Begründung der Einführung von Vorbehaltsaufgaben der Pflege gem. § 4 PflBG im Jahr 2016 herausgestellt, dass der Pflegeprozess als „professionsspezifische, analytische Arbeitsmethode“ zu den „charakteristischen Kernaufgaben der beruflichen Pflege“ gehört und die Verantwortung dafür ausschließlich durch entsprechend ausgebildetes Fachpersonal mit den erforderlichen Kompetenzen wahrgenommen werden darf. Dies zielt ausdrücklich auf die Versorgungssicherheit und den Patientenschutz ab. Insofern besteht weder eine fachliche oder sachliche Notwendigkeit noch eine rechtliche Veranlassung, die gemeinsame Selbstverwaltung mit der Formulierung von Anforderungen zu betrauen. Dies würde u. E. einen Eingriff in die professionelle Autonomie der Pflege darstellen.

Die Vorschläge, die Verankerung von Vorbehaltsaufgaben im Leistungsrecht auch dazu zu nutzen, eine „pflegerische Grundversorgung“ der Bevölkerung zu gewährleisten, wurde nicht aufgegriffen.

Ein weiteres Desiderat ist auch darin zu sehen, dass die Sachverständigenrollen von Pflegefachpersonen sowohl im SGG (§ 109 SGG) als auch im FamFG (§§ 163, 282, 321 FamFG) nicht gewürdigt respektive geregelt werden. Möglicherweise gelingen diesbezügliche Ergänzungen noch im Gesetzgebungsverfahren. Entsprechende Formulierungsvorschläge wurden unterbreitet.

Die Bestimmung gemäß § 11 Abs. 1 SGB XI, nach der Einrichtungen Delegationskonzepte zu entwickeln haben, schränkt die Möglichkeiten zur Steuerung des Pflegeprozesses durch Pflegefachpersonen ein und sollte nicht in das Gesetz aufgenommen werden. Zu erwarten ist ein erheblicher bürokratischer Aufwand durch die Entwicklung und Vorhaltung entsprechender Konzepte sowie der Prüfung, ob die Einrichtungen den Intentionen des Gesetzes folgen. Ähnliche Bestimmungen zur Vorhaltung bestimmter Dokumente und Konzepte haben in der Vergangenheit eher zu einer formalistischen Diskussion um die Sanktionierung ihrer Nichteinhaltung (s. Diskussion um Expertenstandards nach § 113a SGB XI) denn um die inhaltlich-fachliche Weiterentwicklung geführt. Zweifellos ist es sinnvoll, Personaleinsatzkonzepte für Beschäftigte unterschiedlicher Qualifikationsstufen in den Pflegeeinrichtungen und -diensten zu entwickeln. Es dürfte jedoch kaum Aufgabe des Gesetzgebers sein, diese verpflichtend einzufordern. Konflikte sind damit vorprogrammiert. Zudem ist darauf hinzuweisen, dass die Vorgabe von „Delegations“-Konzepten einem in der pflegerischen Versorgung bereits lange vorherrschenden Verständnis streng hierarchischer Organisationen zugrunde liegt. Kompetenzen und Erfahrungen von unterschiedlich qualifizierten Beschäftigten werden somit gesetzgeberisch vorgeschrieben und das eigentlich angestrebte Vertrauen und die Stärkung der eigenständigen Kompetenz der Pflegenden untergraben.

## 2. Heilkundenausübung von Pflegefachpersonen

Ausdrücklich begrüßt wird, dass die Aufgaben der Heilkundenausübung von Pflegefachpersonen aus dem Modellstadium in eine regelhafte Einbeziehung von Pflegefachpersonen zur erweiterten Heilkundenausübung überführt wurde. Ebenfalls ist zu begrüßen, dass die bisherige Engführung heilkundlicher Aufgaben auf die Inhalte der standardisierten Module zu den Themen Demenz, Diabetes mellitus und

Versorgung von Menschen mit chronischen Wunden überwunden wird und auch weitere Bereiche ausdrücklich möglich sind, unabhängig davon, ob dafür standardisierte Module der Fachkommission nach § 53 Pflegeberufegesetz vorliegen oder andere Grundlagen genutzt werden können.

Zu begrüßen ist ferner, dass der Kreis der Pflegefachpersonen, der für die Ausübung erweiterter heilkundlicher Aufgaben in Frage kommt, deutlich ausgeweitet wurde. Die vorher bestehende Engführung auf allein hochschulisch primärqualifizierte Pflegefachpersonen hätte eine Vielzahl von Pflegefachpersonen ausgeschlossen, die für die Ausführung dieser Aufgaben ebenfalls grundsätzlich in Frage kommen.

Gleichwohl mangelt es den im Referentenentwurf vorgesehenen Regelungen zur Umsetzung an Differenziertheit und Konsequenz. § 73d SGB V entspricht weitgehend den Regelungen nach § 64a SGB V. Die nunmehr vorgesehene Ausgestaltung der (erweiterten) heilkundlichen Leistungen durch Erarbeitung eines entsprechenden Katalogs, unter Fortgeltung bereits vereinbarter Leistungen, erscheint grundsätzlich als probater Weg. Allerdings ist die bisher vorgesehene Beteiligung der Profession Pflege lediglich in Form einer Möglichkeit zur Stellungnahme vor Abschluss der Vereinbarung unzureichend. Bei der Erarbeitung des Katalogs zu erweiterten heilkundlichen Leistungen ist darauf zu achten, dass die Fehler, die im Rahmenvertrag zu Modellvorhaben nach § 64d SGB V sowie bereits bei den diagnose- und prozedurenbezogenen Tätigkeiten nach § 63 Abs. 3c SGB V gemacht wurden, nicht wiederholt werden. In beiden Fällen enthielten die Konkretisierungen der heilkundlichen Leistungen eine Vielzahl von Tätigkeiten, bei denen explizit (z. B., weil sie auch in Expertenstandards des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege, DNQP enthalten waren) oder implizit Aufgaben und Tätigkeiten als erweiterte heilkundliche Aufgaben definiert wurden, von denen davon ausgegangen werden konnte, dass sie bereits in der Breite von Pflegefachpersonen geleistet werden. In einzelnen Festlegungen im Rahmenvertrag zu den Modellvorhaben nach § 64d SGB V wurden Aufgaben im Bereich der Versorgung von Menschen mit Demenz als Aufgaben der erweiterten Heilkundeausübung beschrieben, die innerhalb des SGB XI als Qualitätsanforderung gelten. Mit anderen Worten sollten mit viel Aufwand Aufgaben von der Pflege übernommen werden, die im Rahmen von Qualitätsprüfungen bereits erwartet werden.

Es bedarf für die zukünftige Festlegung erweiterter heilkundlicher Aufgaben, also von Aufgaben, die bislang Ärzt:innen vorbehalten sind, auch einer dezidierten Auseinandersetzung mit pflegerischem Regelwissen State of the Art. Dazu gehören selbstverständlich die Bestimmungen des § 4 Pflegeberufegesetz, die Regelungen zur Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Pflegeberufe, etablierte Qualitätsinstrumente in der Pflege (namentlich die Expertenstandards des DNQP sowie pflegerrelevante Leitlinien der AWMF) und Inhalte der externen Qualitätssicherung pflegerischer Leistungen etc. sowie die Identifikation der darin implizit enthaltenen Kompetenzanforderungen. Erst auf dieser Grundlage lässt sich substantiell entscheiden, welche Aufgaben und Leistungen tatsächlich unter welchen Bedingungen zukünftig von Pflegefachpersonen als erweiterte Heilkunde ausgeübt werden können und sollen. Das vorschnelle Ignorieren von bedeutsamen Grundlagen (wie in den Überlegungen zu § 63 Abs. 3c SGB V oder § 64d SGB V) konterkariert nicht nur den Ansatz der erweiterten Aufgaben durch Pflegefachpersonen, sondern schafft zudem kaum zu überwindende systematische Probleme in der pflegerischen Versorgung. Da der § 73d Abs. 1 Satz 2 (neu) explizit die Berücksichtigung der Vorbehaltsaufgaben gem. § 4 PflBG sowie weitere, zentrale pflegefachliche Kompetenzen fordert, sind u. E. zwingend schon im § 73d Abs. 1 bei der Vereinbarung des Rahmenvertrags maßgebliche Organisationen der Pflege auf Bundesebene einzubinden und gem. § 73 Abs. 2 SGB V neben den Vertragspartnern mit

einem Antragsrecht auszustatten. Für den Streitfall ist die Feststellung durch eine Schiedsperson zu verlangen.

Die leistungserbringungsrechtliche Umsetzung gemäß § 87 Abs. 2a SGB V unterwirft die Frage der Vergütung von Pflegefachpersonen den ärztlich dominierten Festlegungen im Bewertungsausschuss. Die Eigenständigkeit der Pflegefachpersonen in der Heilkundeausübung wird hier in keiner Weise aufgegriffen und reflektiert. Im Bewertungsausschuss wird von der Prüfung der Delegationsfähigkeit im Einzelfall ausgegangen und letztlich davon, dass Pflegefachpersonen oder auch MTAs als Delegationsadressat:innen der niedergelassenen Ärzt:innen erscheinen. Damit wurde der wichtige Schritt zur eigenständigen Heilkundeausübung verpasst, respektive wird gefordert, diese diesbezüglichen Regelungen im Sinne der Eigenständigkeit der Pflege anzupassen.

Begrüßt wird die Rolle der Pflegefachpersonen bei der Verordnung der häuslichen Krankenpflege respektive auch der Hilfsmittel, wobei von besonderer Bedeutung die im SGB V verankerten (Folge-)Verordnungsermächtigungen sind. Die Erstellung von Richtlinien zur Empfehlung von Hilfsmitteln durch Pflegefachpersonen ist grundsätzlich sinnvoll. Die Formulierung zu § 17a Abs. 1 Satz 1 sollte überprüft werden – eine Regelung, die die Erstellung von Richtlinien verlangt, die festlegen, in welchen Fällen und für welche Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel, die von Pflegefachpersonen empfohlen werden, die Notwendigkeit und Erforderlichkeit vermutet wird, stellt die Empfehlung der Pflegefachpersonen von vornherein grundsätzlich in Frage. Regelungen zum Qualifikations- bzw. Erfahrungsniveau sowie zum Verfahren der Empfehlung von Hilfsmitteln sind durchaus sinnvoll, eine Regelung zur Vermutung ihrer Erforderlichkeit wirft sehr grundsätzliche Fragen auf, wie eine solche Regelung aussehen könnte. Die Ergänzungen in § 40 Abs. 6 SGB XI sind in diesem Zusammenhang hilfreich, beantworten jedoch ebenfalls nicht die Frage, warum Vermutungen festzulegen sind.

Zu § 73d Abs. 1, Satz 2 SGB V liegen bereits Vorschläge durch den Gemeinsamen Bundesausschuss vor.

## II. Strukturelle Reformansätze im SGB XI

Das „Pflegekompetenzgesetz“ enthält Elemente einer strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung. Getriggert wird die Offenheit durch die schon jetzt sichtbaren und künftig sicher zu erwartenden Versorgungsengpässe in der Langzeitpflege. Damit wird weiter vorrangig auf die Ressourcen familiärer und bürgerschaftlicher sowie leicht zugänglicher Unterstützungsleistungen vor Ort gesetzt. Kooperationen sollen durch die Förderung von Netzwerkstrukturen unterstützt werden. Es sind Planungselemente trotz fehlender bundesgesetzlicher Grundlage für verbindliche Pflegebedarfsplanungen vorgesehen – ohne Verbindlichkeit. Hierzu wären Eingriffe in die grundsätzliche Ausrichtung des SGB XI vonnöten. Angesichts der örtlich besonders spürbaren Infrastrukturdefizite wird an Meldepflichten von Einrichtungen und Dienste gedacht, mit der Option aus der Coronazeit bekannter Standardabsenkungen in vollstationären Pflegeeinrichtungen, aber auch in der ambulanten Versorgung. Ein Eingriff in den Kontrahierungszwang ist nicht vorgesehen. Gleichwohl sollen die Ergebnisse von Pflegestrukturplanungen auf kommunaler Ebene bei dem Vertragsabschluss mit Leistungserbringern berücksichtigt werden.

Ein wichtiger Regelungsbereich liegt in der Flexibilisierung von Leistungen u. a. durch die Übertragbarkeit von Ansprüchen der Tagespflege auf Angebote der Tagesbetreuung. Das persönliche Budget wird wieder nicht als leistungserbringungsrechtliche Option aufgenommen. Dadurch werden individuelle

Pflegearrangements mit selbstbeschafften Pflege- und Assistenzpersonen ebenso behindert wie (legale) Kompensationsmöglichkeiten bei Infrastrukturdefiziten verstellt.

Neu sind die Regelungen zu gemeinschaftlichen Wohnformen, die von einem ambulanten Dienst in einer stationären Logik verwandten Qualitätsverantwortung stehen – mit eigenen Qualitätsanforderungen. Hier wird sozialleistungsrechtlich faktisch ein dritter Sektor begründet. Dies ist einerseits begrüßenswert, da die klassische stationäre Logik durchbrochen bzw. geöffnet wird. Andererseits erscheinen die vorgesehenen Regelungen als äußerst problematisch. Das sehr spezifische „stambulant“-Modell stand Pate für die Regelungen. Es wurde aber um seine innere Logik gebracht. Im Übrigen sendet die Konzentration auf ein Modell wie „stambulant“, das stark protegiert wird, angesichts der Vielzahl von innovativen Ansätzen des Wohnens und der Pflege ein falsches Signal: Es schwächt andere und eigenständige zivilgesellschaftliche Antworten auf die Herausforderungen der Pflege und wird vor allen Dingen dazu führen, dass die Vielfalt neuer Wohnformen und Pflegearrangements sowie innovative Ansätze behindert werden.

Es ist eine Art Qualitätskontrollbedürfnis des Gesetzgebers herauszulesen, wobei gleichzeitig die heimrechtlichen Kontrolloptionen dadurch in Frage gestellt werden, dass gemeinschaftliche Wohnformen ausschließlich von ambulanten Diensten „getragen“ und verantwortet werden sollen. Das erscheint in hohem Maße inkonsistent und wird auch von Länderseite kritisiert.

Verlierer der Regelungen sind ambulant betreute Wohngemeinschaften, die faktisch nochmals in eine nachteiligere Stellung gebracht werden, da sie weder an den Kostenbegrenzungen in der vollstationären Pflege partizipieren noch an dem Basispaket in den gemeinschaftlichen Wohnformen, bei denen es sich faktisch um Hausgemeinschaftsmodelle handelt. Hier bedarf es dringend Korrekturen, entweder durch die Anhebung des Wohngruppenzuschlages, was angesichts der strikten Vorgabe des Verzichts auf Ausgaben ausweitungen im PKG-E vermeiden werden soll, oder durch andere Leistungsflexibilisierungen. Ansonsten sind die mit hoher Sympathie in der Bevölkerung und Unterstützung aus der Zivilgesellschaft versehenen Wohngemeinschaften in Deutschland in existentieller Gefahr. Es wäre absolut unverantwortlich und würde auch dem Innovationsversprechen der Ampelregierung im Bereich der Pflege den Boden entziehen respektive widersprechen.

Zu erwarten ist, dass anbietergestützte Wohngemeinschaften faktisch als gemeinschaftliche Wohnformen qualifiziert werden – dann mit den entsprechenden Qualitätsanforderungen, die hier neu zu formulieren wären. Innovative neue Wohnformen mit Qualitätssicherungsanforderungen zu versehen, die sich auch im stationären Bereich nicht bewährt haben, ist nicht gerade innovationsfreundlich. Auch würden die landesrechtlichen Regelungen zu Wohngemeinschaften und Innovationsansätzen um ihre sozialleistungsrechtliche Anschlussfähigkeit gebracht.

Die Regelung zur Ausgestaltung vor allen Dingen örtlich verankerter und nach Landesrecht anerkannter Unterstützungsangebote ist von der Zielrichtung her nachvollziehbar, allerdings immer noch im hohen Maße bürokratisch ausgestaltet und entspricht keineswegs der Versorgungswirklichkeit in der häuslichen Pflege. Der Entwurf entstammt dem Maschinenraum der Gesetzgebungsinstanzen des BMG unter Beteiligung der Länder. Das erklärt einige Detailregelungen. Von der Wirklichkeit der alltäglichen Pflege und Sorge sind die vorgesehenen Regelungen meilenweit entfernt.

Dass Pflege- und Krankenkassen eingeladen werden, Aufgaben der Beratung nach § 7 SGB XI und der Pflegeberatung gemäß § 7a SGB XI gemeinsam zu organisieren, ist richtig. Hier fehlt allerdings die kon-

sequente Rückbindung auf die kommunale Ebene. Es bleibt dabei, dass es hier sinngemäß um die Leistungsart eines Versorgungsmanagements ähnlich wie im § 11 SGB V geht, das als umfassendes Case Management auch in hochkomplexen Fallkonstellationen funktionieren muss.

Ausgesprochen begrüßenswert ist die Öffnung der Präventionsleistungen für die häusliche Pflege sowohl für Pflegebedürftige als auch pflegende Angehörige. Die hier statuierte aktive Rolle der Pflegefachpersonen, aber auch des Medizinischen Dienstes ist richtig. Dadurch wird u. a. das Profil der beruflichen Pflege als handlungsstrategisch auch gesundheitsförderlich und präventiv ausgerichtete Disziplin aufgegriffen und gestärkt. Der Zugang zu Leistungen der Prävention und Gesundheitsförderung auch für pflegebedürftige Menschen und ihre An- und Zugehörigen in der häuslichen Pflege ist sehr sinnvoll, tatsächlich aber auch seit langem überfällig, da es nicht zu rechtfertigen war, dass mehr als 80 % der leistungsberechtigten Personen in der Pflegeversicherung bislang systematisch von Präventionsleistungen ausgeschlossen waren. Dass Pflegefachpersonen zu unterschiedlichen Anlässen und in unterschiedlichem Rahmen Präventionsempfehlungen aussprechen können, fügt sich nahtlos in den Gesamtrahmen des Pflegekompetenzgesetzes ein.

Innerhalb der durch den GKV-Spitzenverband zu verfassenden Richtlinien ist allerdings sicherzustellen, dass diese Empfehlungen tatsächlich auch umgesetzt und nur in Ausnahmefällen und jeweils begründet abgelehnt werden können. Erfahrungen aus dem Umgang mit Empfehlungen im Rahmen der Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit durch die Medizinischen Dienste oder denen aus den Beratungsbesuchen nach § 37 Abs. 3 SGB XI, die oftmals weder geprüft werden noch Konsequenzen nach sich ziehen, sind zu vermeiden. Gerade in der häuslichen Pflege besteht das Potenzial, die Abhängigkeit pflegebedürftiger Menschen von professioneller Versorgung zu verzögern, zu reduzieren und ggf. sogar zu vermeiden. Die Ergänzungen in § 37 Abs. 3 SGB XI sind in diesem Zusammenhang zu begrüßen, so man denn an den Beratungsbesuchen festhalten will. Sinnvoller erscheint eine kommunal rückgebundene konsistente Begleitungs- und Beratungskonzeption für auf Pflege angewiesene Menschen und ihre An- und Zugehörigen unter Einbeziehung der Kompetenzen der Medizinischen Dienste.

Die Medizinischen Dienste sind durch die steigende Fallzahl ausgesprochen belastet. Nicht zuletzt vor diesem Hintergrund wird die Einbeziehung von Pflegefachpersonen der ambulanten Dienste und vollstationären Pflegeeinrichtungen sinnvollerweise in das Begutachtungsgeschehen vorgesehen mit entsprechendem Evaluationsauftrag. Dabei wird die Rolle des Medizinischen Dienstes im Kern nicht in Frage gestellt. Eine Stärkung der Rolle des Medizinischen Dienstes im Sinne einer Beteiligung an einer pflegerischen Basisversorgung im Sinne von Awareness für Risikosituationen und der Beratung wird nicht aufgegriffen, was bedauerlich ist.

Die Regelung von Möglichkeiten zur Inanspruchnahme digitaler Pflegeanwendungen in § 40b SGB XI ist grundsätzlich zu begrüßen. Sinnvoll wäre es, die Forschung zu Inhalt, Nutzung und Wirkungen digitaler Pflegeanwendungen zu stärken. Im Rahmen der Entwicklung der Expertenstandards des DNQP spielen digitale Anwendungen eine zunehmende Rolle, Empfehlungen sind jedoch aufgrund kaum vorhandener Evidenz nur bedingt zu rechtfertigen.

In § 45j SGB XI wird ein Anspruch auf körperbezogene Pflegemaßnahmen, pflegerische Betreuungsmaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung für Menschen in gemeinschaftlichen Wohnformen festgeschrieben (ebenso in § 92c SGB XI). Diese terminologische Differenzierung in „körperliche Pflegemaßnahmen“ auf der einen Seite und „pflegerische Betreuungsmaßnahmen“ auf der anderen Seite



findet sich ja auch im § 36 SGB XI und damit im bestehenden Leistungsrecht. Dies ist aus unserer Sicht nicht nur fachlich unhaltbar, es konterkariert zudem die Intentionen des Pflegebedürftigkeitsbegriffs und fällt nunmehr außerdem hinter das pflegerische Vorbehaltsrecht und die Regelungen zur Heilkundeausübung zurück. Die leistungsrechtliche Festschreibung dieser Begrifflichkeiten ist auch abzulehnen, da sie ein überkommenes Verrichtungsverständnis der Pflege in die Zukunft führen und zugleich erhebliche systemische Folgeprobleme in Kauf nehmen würde. Pflegefachlich wird nicht zwischen „körperbezogenen Pflegemaßnahmen“ und „pflegerischen Betreuungsmaßnahmen“ unterschieden. Sie sind als solches nicht kategorial unterschiedener Bestandteil der bundeseinheitlichen Rahmenpläne der Fachkommission nach § 53 PflBG und sie sind als solche auch nicht Gegenstand pflegewissenschaftlicher (und in der Regel auch nicht anderer wissenschaftlicher) Forschung. Die zusätzliche und fachlich nicht gebotene Differenzierung erhöht die Entfremdung von Berufseinsteigern von ihrem Beruf, erzeugt erhebliche Theorie-Praxis-Konflikte und ist, was als am wichtigsten anzusehen ist, nicht in der Lage, die Herausforderungen in der pflegerischen Versorgung in Deutschland auch nur im Ansatz zu lösen. Sie führt im Gegenteil zu einer technokratischen und bürokratiefördernden Diskussion und Festlegungen. Ein Begriff der pflegerischen Unterstützung in den zentralen Aktivitäten und Lebensbereichen, wie ihn der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff impliziert, ist für Regelungen zur pflegerischen Versorgung, auch im Hinblick auf dringend notwendige sektorenübergreifende Regelungen, wesentlich zielführender. Wir fordern den Gesetzgeber daher gerade im Kontext des Pflegekompetenzgesetzes auf, diese rückwärtsgewandten Begrifflichkeiten aufzugeben und durch eine Bezugnahme auf den neuen § 15a SGB V zu ersetzen, der gesetzbuchübergreifend pflegerische und heilkundliche Leistungen im Kontext des Vorbehaltsrechts nach § 4 PflBG benennt.

### III. Berufsständische Vertretung auf Bundesebene, Scope of Practice und Beauftragte:r der Bundesregierung für Pflege

Eine berufsständische Vertretung auf Bundesebene ist im Ansatz als „maßgebliche Organisationen der Pflege auf Bundesebene“ in § 118a SGB XI angelegt. Die Verortung im SGB XI ist zwar nachvollziehbar, überzeugt gleichwohl aber nicht. Die Ausgestaltung der Vertretung und Benennung der Organisationen obliegen dem BMG mit Zustimmung der Länder. Wichtig erscheint uns der Hinweis, dass bei der Auswahl der Organisationen das Kriterium der Maßgeblichkeit aufgaben- und sachbezogen anzuwenden ist. So ist beispielsweise für die Aufgaben nach §§ 8 Abs. 3c SGB XI (neu) und 73d SGB V (neu) zwingend fundierte pflegewissenschaftlich organisierte Fachkompetenz wie die Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft (DGP), das Deutsche Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP), die Bundesdekanekonferenz Pflegewissenschaft und die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) sowie pfledepädagogisch organisierte Fachkompetenz wie der Bundesverband Lehrende Gesundheits- und Sozialberufe (BLGS) und weitere einzubinden. Erforderlich ist angesichts der weiter steigenden Bedeutung pflegewissenschaftlich fundierter Konzepte und evidenzbasierter Interventionen in der pflegerischen Versorgung gerade im Hinblick auf die Erweiterung der Pflegekompetenzen, grundsätzlich auch die maßgeblichen pflegewissenschaftlichen Organisationen auf Bundesebene eigens zu benennen, einzubeziehen und ihre Kompetenzen auch zur Rahmenentwicklung der Sicherstellung der pflegerischen Versorgung sowie zur fortlaufenden Generierung von Erkenntnissen zu stärken und zu nutzen. Weiterhin tangieren die Aufgaben nach § 8 Abs. 3c SGB



XI (neu) teilweise landesrechtlich geregelte Zuständigkeiten. Insofern sind die existierenden landesgesetzlich verankerten Organisationen der beruflichen Selbstverwaltung der Pflege ebenfalls zu beteiligen.

Begrüßenswert ist die Vorbereitung einer wissenschaftlich fundierten, systematischen Entwicklung, Begründung und Beschreibung pflegerischer Aufgaben (Muster-Scope of Practice) und die grundsätzliche Zuschreibung von entsprechenden Kompetenzen zu Qualifikationsgraden. Ebenfalls ist es sinnvoll, zugleich Empfehlungen für Mindestanforderungen an Weiterbildungen und die Entwicklung von Verfahren zur Anerkennung vergleichbarer (auch beruflicher) Qualifikationen und Erfahrungen zur Ausübung bestimmter Pflegekompetenzen durch ein länger angelegtes finanziertes Projekt auszusprechen. Die Federführung und Finanzierung durch die Spitzenverbände der Kranken- und Pflegekassen ist aufgrund der gesetzlichen Verortung und der so gegebenen Finanzierungsoptionen zwar nachvollziehbar, bedarf aber einer Ausgestaltung, die Einflussnahme fach- und sachfremder Interessen ausschließt.

Die Festschreibung des Amtes der/des Beauftragten der Bundesregierung für die Pflege ist grundsätzlich sowie in der vorgesehenen Ausgestaltung zu begrüßen. Neben der Beteiligung der beruflich Pflegenden sowie der Berücksichtigung der Interessen pflegebedürftiger Menschen und ihrer An- und Zugehörigen sollte der/die Amtsträger:in mit pflegewissenschaftlichen Organisationen zusammenarbeiten. Diese Zusammenarbeit wurde in der aktuellen Legislatur trotz bestehenden Angebots abgelehnt.

## Schlussbemerkung

In dieser Stellungnahme wurde auf die Formulierung von konkreten Änderungen im vorliegenden Referentenentwurf des Pflegekompetenzgesetzes verzichtet. Diese werden im laufenden Gesetzgebungsverfahren vom Think Tank Vorbehaltsaufgaben, abgestimmt mit Verbänden und anderen maßgeblichen Akteuren, in die Diskussion eingebracht.