

**Stellungnahme des Deutschen Pflegerates e. V. (DPR)
zum Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit
Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Pflegekompetenz
(Pflegekompetenzgesetz – PKG)
Stand des Referentenentwurfs: 03.09.2024**

Der Deutsche Pflegerat (DPR) vertritt als etablierter zentraler Dachverband auf Bundesebene die Interessen von 18 maßgeblichen Berufsverbänden aus der Pflege, dem Hebammenwesen und der Pflegewissenschaft. Seit 26 Jahren ist er primärer Ansprechpartner für die Politik. Wir bedanken uns für die Gelegenheit, zum Referentenentwurf eines Pflegekompetenzgesetzes – PKG Stellung nehmen zu dürfen.

Der DPR begrüßt außerordentlich, dass das BMG mit dem RefE wichtige Weichen stellt, um die Pflegeprofession in der Gesundheitsversorgung zu stärken und das Gesundheitswesen zukunftssicher unter den bestehenden Herausforderungen zu gestalten. Besonders hervorzuheben ist, dass erstmals in einem Gesetz formuliert wird, dass Pflegefachpersonen heilkundliche Aufgaben selbständig erbringen können. Damit ist ein erster, entscheidender Schritt hin zu einem leistungsrechtlichen Handeln für Pflegefachpersonen getan. Weiterhin werden die Kompetenzen erweitert und Pflegefachpersonen erhalten die Möglichkeiten, zu verschreiben und zu verordnen. Beteiligungsrechte bei Entscheidungsprozessen im Pflegebereich werden gesetzlich geregelt und die Rolle der Prävention wird gestärkt.

Dieses Gesetz ist lange überfällig. Am Ende wird es allerdings nur Wirkung entfalten, wenn die Kernaufgaben der beruflich Pflegenden gleichberechtigt im Gesetz verankert werden, die Rolle der/s Pflegebeauftragten unabhängig von Partei und Legislatur angelegt, der DPR auf der Bundesebene vollumfänglich durch finanzielle und personelle Ressourcen gestärkt und die Pflegewissenschaft massiv gefördert wird.

Dieses muss im weiteren parlamentarischen Verfahren dringend nachgebessert werden.

Zusammenfassung

Der DPR begrüßt insbesondere

- die Regelungen in § 5 SGB XI wonach Präventionsleistungen auch Pflegebedürftigen in der häuslichen Pflege ermöglicht werden und Pflegefachpersonen dabei einen entscheidenden Beitrag leisten. Dabei muss die Pflegewissenschaft maßgeblich eingebunden werden.
- in § 8 Absatz 3c SGB XI die Erweiterung der Heilkunde bezogen auf Aufgabenfelder, die über die bisherigen drei Module Demenz, chronische Wunden und Diabetes hinausgehen. Die Erstellung eines Scope of Practice muss allerdings mit einer automatischen Anerkennung der Pflegekompetenz im Rahmen des Pflegeprozesses wie auch im Leistungsrecht einhergehen. Begrüßt wird zudem, dass auch Pflegefachpersonen erweiterte Heilkunde erbringen können, die kein Studium

absolviert haben und sich durch Berufserfahrung und gleichwertige Bildungswege dafür qualifizieren. Das vom Deutschen Pflegerat in Auftrag gegebene BAPID Projekt¹ mit seiner Bildungsarchitektur kann für die Qualifikationswege hilfreiche Hinweise liefern.

- die Klarstellung in § 15a SGB V wonach die Pflegeprozesssteuerung nun auch ins SGB V aufgenommen wurde.
- in 118a SGB XI die Beteiligungsrechte für die Wahrnehmung der Interessen der Pflegeberufe auf Bundesebene. Dabei muss langfristig eine hauptamtliche, strukturell und finanziell abgesicherte Organisation geschaffen werden, die auf der Kompetenz und der Grundlage des DPR aufgebaut wird.
- die in § 113c Absatz 9 SGB XI geplante Geschäftsstelle für die Begleitung der Personal- und Organisationsentwicklung. Die Einbeziehung der Personalbemessung im Krankenhaus ist aus Sicht des DPR zwingend.

Im Folgenden kommentiert der DPR ausgewählte Gesetzesänderungen und schlägt Änderungen vor:

Artikel 1 Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch

Zu Nummer 2 Buchstabe b)

Prävention in Pflegeeinrichtungen und in der häuslichen Pflege, Vorrang von Prävention und medizinischer Rehabilitation

§ 5 Absatz 1a SGB XI

Der DPR begrüßt, dass mit dem neuen Absatz 1a der Zugang zu Präventionsleistungen für Pflegebedürftige in häuslicher Pflege ermöglicht wird. Der Gesetzgeber regelt damit den präventiven Auftrag der Pflegeprofession und adressiert einen konkreten Beratungsauftrag. So wird es Pflegefachpersonen ermöglicht, im Rahmen der Beratung nach den §§ 7a, 7c und 37 Absatz 3 oder bei der Leistungserbringung nach § 36 eine Empfehlung für Leistungen zur Verhaltensprävention nach § 20 Absatz 5 SGB V auszusprechen. Dabei ist jedoch auch zu berücksichtigen, dass Pflegefachpersonen im ambulanten Setting nicht nur in zugelassenen ambulanten Pflegediensten nach § 72 SGB XI, bei Pflegekassen oder Pflegestützpunkten, sondern je nach regionalen Angebotsstrukturen in unabhängigen Beratungsstellen, wie auch freiberuflich tätig sind.

Änderungsvorschlag zu Satz 1 und Satz 6:

(1a) Die Pflegekassen sollen den Zugang zu Leistungen der Krankenkassen zur Prävention nach § 20 Absatz 5 des Fünften Buches für in der sozialen Pflegeversicherung versicherte Pflegebedürftige in häuslicher Pflege unterstützen, indem sie unter Beteiligung der Pflegebedürftigen sowie, falls diese im Einzelfall an der Versorgung beteiligt sind, unter Beteiligung von ambulanten Pflegeeinrichtungen **und zugelassenen Pflegeberatungsstellen durch Pflegefachpersonen** Vorschläge zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation und zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten entwickeln sowie deren Umsetzung unterstützen. [...] Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen legt unter Einbeziehung unabhängigen **und pflegewissenschaftlichen** Sachverständigen die Kriterien für die Verfahren nach Satz 1 bis 3 fest, insbesondere hinsichtlich Inhalt, Methodik, Qualität, wissenschaftlicher Evaluation und der Messung der Erreichung der mit den Maßnahmen verfolgten Ziele.

¹ Bildungsarchitektur der Pflege in Deutschland (BAPID) (2024) <https://www.transcript-verlag.de/978-3-8376-7388-3/bildungsarchitektur-der-pflege-in-deutschland-bapid/>

Zu Nummer 5 Buchstabe b)

Gemeinsame Verantwortung

§ 8 Absatz 3c SGB XI

Der DPR begrüßt, dass die maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene nach § 118a SGB XI eine Empfehlung zu einer systematischen und umfassenden Beschreibung der Aufgaben von Pflegefachpersonen, einschließlich erweiterter heilkundlicher Aufgaben (Muster-Scope of Practice) mit wissenschaftlicher Expertise erarbeiten sollen. Der DPR unterstützt, dass in einem wissenschaftlichen Projekt ein Scope of Practice für die Pflegeberufe in Deutschland entwickelt werden soll. Zu begrüßen ist insbesondere, dass nicht nur Pflegefachpersonen mit einem entsprechenden Studium erweiterte heilkundliche Aufgaben ausüben können, sondern auch solche, die sich auf gleichwertigen Bildungswegen dafür qualifiziert haben.

Die in der Begründung genannten fachlichen Beschreibungen, die einbezogen werden sollen, weisen pflegewissenschaftliche Expertise auf und lassen den Rückschluss zu, dass nicht nur wissenschaftliche, sondern insbesondere pflegewissenschaftliche Expertise bei der Auftragsvergabe maßgeblich eingebunden sein soll. Zur Festlegung der Qualifikationsniveaus für die unterschiedlichen pflegerischen Aufgaben, kann das BAPID Projekt¹ wichtige Hinweise liefern. Der erarbeitete Katalog kann Grundlage des Rahmenvertrages nach § 73d SGB V sein. Gleichzeitig weisen wir darauf hin, dass der Scope of Practice für alle Versorgungs- und Leistungsbereiche Anwendung finden muss.

Änderungsvorschlag zu Satz 1- 4:

(3c) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen fördert gemeinsam mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen **pflegewissenschaftliche** ~~wissenschaftliche~~ Expertisen zur konkreten Ausgestaltung der Inhalte von pflegerischen und heilkundlichen Leistungen des Fünften und Elften Buches, die durch Pflegefachpersonen gestaffelt nach Qualifikationsniveau nach Maßgabe von § 15a des Fünften Buches 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 **und nach Anhörung** der maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene nach § 118a die Dauer, Inhalte und Durchführung von Maßnahmen nach Satz 1. Die Beauftragung der Erstellung **pflegewissenschaftlicher** ~~wissenschaftlicher~~ Expertisen erfolgt im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit unter Beteiligung des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Bei der Beauftragung der Erstellung **pflegewissenschaftlicher** ~~wissenschaftlicher~~ Expertisen sowie ihrer Durchführung ist sicherzustellen, dass die Auftragnehmer die fachliche Expertise der maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene nach § 118a in geeigneter Art und Weise einbeziehen. Weitere geeignete Fachorganisationen können an der Erstellung der Expertisen beteiligt werden. [...]

Zu Nummer 5 Buchstabe d) Buchstabe bb)

Gemeinsame Verantwortung

§ 8 Absatz 7 Satz 4 Nummer 8

Die in § 8 Abs. 7 Satz 4 SGB XI neu eingefügte Nr. 8 erleichtert den Pflegeeinrichtungen die Konzeption und Umsetzung eines betrieblichen Integrationsmanagements für internationales Pflege- und Betreuungspersonal. Der DPR begrüßt, dass nun auch Maßnahmen zur betrieblichen Integration von internationalem Personal förderfähig sind. Praxisberichte und Studien zeigen, dass solche Maßnahmen entscheidend dazu beitragen, dass die Integration

gelingt und internationale Pflegende dauerhaft in Deutschland und in der Pflege tätig bleiben. Kritisch merkt der DPR jedoch an, dass der Gesetzgeber nicht nur in Bezug auf diesen Aspekt nur die Versorgungsstruktur im SGB XI in den Blick nimmt und nicht auch auf das SGB V ausdehnt (siehe auch Nummer 8 – Änderungen des fünften Buches Sozialgesetzbuch).

Zu Nummer 9

Amt der oder des Beauftragten der Bundesregierung für Pflege

§ 10a SGB XI

Der DPR begrüßt, dass das Amt des oder der Beauftragten der Bundesregierung für Pflege zur stärkeren Berücksichtigung der Belange der Pflegebedürftigen, ihrer Angehörigen und der beruflich Pflegenden nun gesetzlich verankert und verstetigt wird. Der DPR regt nachdrücklich an, in § 10a Abs. 1 SGB XI zu ergänzen, das Amt unabhängig von Legislaturperioden und Regierungsparteien mit einer hochschulisch gebildeten Pflegefachperson mit Berufserfahrung analog international etablierter „Chief Nursing Officer“ zu besetzen.

Die oder der Beauftragte muss eine zentrale Rolle in der Entwicklung und Umsetzung der nationalen Pflegepolitik einnehmen. Das Amt sollte sektorenübergreifend, verankert im SGB V und im SGB XI, die Befugnis haben, Gesetze und Verordnungen zur Pflegequalität, zum Pflegepersonal und zu Pflegestandards zu gestalten sowie deren Einhaltung zu überwachen. Dies sollte gemeinsam mit dem Deutschen Pflegerat als maßgebliche Organisation der Pflegeberufe auf Bundesebene geschehen.

Änderungsvorschlag § 10a Absatz 1 Satz 1- 2 und Absatz 2 Satz 1:

(1) Die Bundesregierung bestellt eine Beauftragte oder einen Beauftragten für Pflege. ~~Der~~ **Die** beauftragte Person **verfügt über pflegefachliche Kompetenzen und ihr wird** ist die für die Erfüllung ihrer Aufgabe die notwendige Personal- und Sachausstattung zur Verfügung ~~zu stellen~~ gestellt. ~~Das Amt endet, außer im Fall der Entlassung, mit dem Zusammentreten eines neuen Bundestages.~~

(2) Aufgabe der beauftragten Person ist es, darauf hinzuwirken, dass die Anliegen pflegebedürftiger Menschen, ihrer An- und Zugehörigen und der beruflich Pflegenden im ~~Pflege- und~~ Gesundheitssystem wahrgenommen und beachtet werden. [...]

Zu Nummer 10 Buchstabe a)

Rechte und Pflichten der Pflegeeinrichtungen

§ 11 Absatz 1 SGB XI

Der DPR bittet, die bisherige Formulierung des Satzes 1 dahingehend zu ändern, dass die Pflegeeinrichtungen nicht pflegen, sondern die Pflege sicherstellen.

Änderungsvorschlag:

(1) Die Pflegeeinrichtungen ~~pflegen, versorgen und betreuen~~ **stellen für** die Pflegebedürftigen, die ihre Leistungen in Anspruch nehmen, **eine pflegerische Versorgung und Betreuung** entsprechend dem allgemeinen Stand der medizinisch-pflegerischen Erkenntnisse **sicher**.

Zu Nummer 10 Buchstabe b)

Rechte und Pflichten der Pflegeeinrichtungen

§ 11 Absatz 1a SGB XI

Der DPR sieht die Notwendigkeit für die Erstellung von Delegationskonzepten. Allerdings erscheint es sinnvoll, diese Entwicklungsarbeit im Sinne eines Organisationskonzeptes in die Verantwortung der jeweiligen Einrichtungen zu geben und nicht gesetzlich zu regeln. Damit kann verhindert werden, dass solche Konzepte lediglich dem Nachweis dienen und nicht gelebte Praxis sind.

Zu Nummer 12

Ermittlung des Grades der Pflegebedürftigkeit, Begutachtungsinstrument

§ 15 Absatz 8 SGB XI

Es ist nachvollziehbar, dass der 2017 eingeführte neue Pflegebedürftigkeitsbegriff mit seiner Bewertungssystematik hinsichtlich seiner Wirksamkeit und Vollständigkeit zur Ermittlung des Grades der Pflegebedürftigkeit einschließlich sich daraus ggf. ergebender Weiterentwicklungsnotwendigkeiten nach nun fast 8 Jahren überprüft werden soll. Eine gesetzlich festgelegte Regelung zu Zeiträumen und Finanzierung der Überprüfung und ggf. Weiterentwicklung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs und seiner Bewertungssystematik wird von uns begrüßt.

Der im neuen Absatz 8 des § 15 SGB XI beauftragte und bis 31.12.2025 vorzulegende Bericht des Spitzenverbands Bund der Pflegekassen kann dem, auch unter unabhängiger wissenschaftlicher Begleitung, allerdings aus mehreren Gründen in keiner Weise nachkommen.

In den Erläuterungen zu Nummer 12 in B. Besonderer Teil des RefE Pflegekompetenzgesetz wird einerseits auf die positiven Bewertungen in den Ergebnissen der 2017 bis 2019 begleitend zur Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs durchgeführten Evaluation hingewiesen (S. 83), andererseits auf sich ergebende Fragestellungen zum anhaltenden überproportionalen Anstieg der Pflegebedürftigkeit (S. 84). Diese beiden Punkte sind unserer Auffassung nach zu trennen und in zwei getrennten Studien durchzuführen.

Der DPR empfiehlt, die Überprüfung und Weiterentwicklung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs per gesetzlicher Festlegung dem Qualitätsausschuss Pflege nach § 113b zu übertragen.

Zu Nummer 13

Richtlinien zur Empfehlung von Pflegehilfsmitteln und Hilfsmitteln nach § 40 Abs. 6

§ 17a Absatz 1 Nummer 2 SGB XI

Der DPR begrüßt, dass mit diesen neuen Absätzen die Befugnisse der Pflegeberufe durch eine Richtlinie erweitert werden. Damit besteht die Möglichkeit, die derzeit noch eingeschränkten Produktgruppen auf alle pflegerelevanten Hilfsmittel bzw. Pflegehilfsmittel auszuweiten. Dieses Vorgehen entlastet die Pflege und schont Ressourcen.

Kritisch anzumerken ist, dass der Spitzenverband Bund der Pflegekassen über das Qualifikationsniveau der empfehlenden Pflegefachpersonen entscheidet. Sachgerecht wäre, dass die maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene nach § 118a nicht nur über ein Stellungnahmerecht, sondern aktiv in die Entwicklung der Richtlinie einbezogen werden.

Änderungsvorschlag zu Nummer 2:

(1) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen legt bis zum 31. Dezember 2025 in Richtlinien fest

[...]

2. **unter Einbindung der maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene nach § 118a** über welches Qualifikationsniveau die empfehlende Pflegefachperson jeweils verfügen soll,

[...]

Zu Nummer 14

Weiterentwicklung des Verfahrens zur Pflegebegutachtung durch Modellvorhaben, Studien und wissenschaftliche Expertisen

§ 18e Absatz 6 SGB XI

Der DPR begrüßt die Absicht, Pflegefachpersonen im Rahmen der unmittelbaren pflegerischen Versorgung die Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach § 18 SGB XI zu ermöglichen. Bereits heute verfügen Pflegeeinrichtungen über ein Pflegegradmanagement, das einen systematischen Abgleich zwischen Pflegebedarf und Pflegegrad vornimmt. Entsprechend kann die Feststellung der Pflegebedürftigkeit auch durch langjährig erfahrene Pflegefachpersonen erprobt werden. Um die Regelung in der Praxis zügig umzusetzen, empfehlen wir den Projektzeitraum auf den 31.12. 2026 zu verkürzen.

Zu Nummer 21 Buchstabe a)

Digitale Pflegeanwendungen

§ 40a Absatz 1a Satz 1 SGB XI

Der DPR begrüßt das Bemühen des Gesetzgebers, durch digitale Pflegeanwendungen den Versorgungsprozess für die Versicherten, ihre An- und Zugehörigen und professionell Pflegenden zu unterstützen. Bisher hat die Komplexität des Anerkennungsverfahrens verhindert, dass DiPAs in das Verzeichnis für digitale Pflegeanwendungen aufgenommen werden konnten. Zudem war bisher der Nutzen unmittelbar auf die Versicherten beschränkt. Neu ist nun ein erweiterter Nutzen, der DiPAs für pflegende Angehörige, wenn sie eine entlastende Wirkung für die Pflegeperson oder eine stabilisierende Wirkung für die Versorgung in der Häuslichkeit haben, ohne dass eine direkte Pflegebedürftigkeit vorausgesetzt wird. Die begleitenden Wirksamkeitsstudien können in der Erprobung der Software durchgeführt werden. Ob dies, auch in Verbindung mit dem geänderten einheitlichen Leistungsbeitrag in § 40b Absatz 1 SGB XI über 40 EUR / Monat und der Vergütung für eine temporäre Unterstützung über 30 EUR / Monat ein ausreichender Anreiz für die Industrie sein wird, die prospektive Entwicklung und Investition in DiPA Software durch eine hinreichende Marktgängigkeit zu amortisieren, bleibt abzuwarten.

Zu Nummer 46 Buchstabe a)

Personalbemessung in vollstationären Pflegeeinrichtungen

§ 113c Absatz 2 SGB XI

Der DPR begrüßt, dass mit den Änderungen des § 113c SGB XI für die vollstationären Pflegeeinrichtungen die Möglichkeit geschaffen wird, hochschulisch qualifizierte Pflegefachpersonen, die überwiegend in der direkten pflegerischen Versorgung tätig sind, bei der Personalbemessung zusätzlich zu verhandeln. Analog § 37 Absatz 3 PfIBG ist es insbesondere hinsichtlich hochkomplexer Pflegesituationen ein wichtiger Schritt zur

Sicherstellung der Pflege nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinisch-pflegerischen Erkenntnisse, sowohl durch die praxisnahe Vermittlung von fallorientierten, vorliegenden Erkenntnissen, als auch des Anstoßens von erforderlicher Forschung aus der Praxis heraus.

Wir bitten allerdings um Ergänzung der neuen Nummer 3 in Absatz 2 Satz 2 um über duale Pflegestudiengänge akademisch ausgebildete Pflegefachpersonen, wie auch um diejenigen Pflegefachpersonen, die berufsbegleitend Pflege studiert haben oder aktuell und zukünftig studieren.

In den Empfehlungen der Arbeitsgruppe der Ausbildungsoffensive Pflege zu Aufgabenprofilen akademisch qualifizierter Pflegefachpersonen werden diese ausdrücklich auch benannt (Seite 5).²

Änderungsvorschlag:

Absatz 2 Satz 2 – neu Nummer 3

3. die Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung nach § 1 Satz 2 des Pflegeberufgesetzes **oder die Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung und einen akademischen Grad aus einem dualen oder berufsbegleitenden Pflegestudium** hat und überwiegend Leistungen der direkten Pflege oder Betreuung von Pflegebedürftigen erbringt.

Zu Nummer 46 Buchstabe d) Buchstabe aa)

Personalbemessung in vollstationären Pflegeeinrichtungen

§ 113c Absatz 5 SGB XI

Die Einbeziehung weiterer Gesundheitsfachberufe in den Personalmix im Sinne einer interprofessionellen Zusammenarbeit ist grundsätzlich zu begrüßen. Der DPR befürwortet daher eine zusätzliche Bereitstellung von Fachpersonal wie Ergo-, Logo- oder Physiotherapeut:innen nach § 113c Absatz 2 SGB XI für Pflegeeinrichtungen der Langzeitpflege. Es muss jedoch sichergestellt werden, dass diese Berufsgruppen nicht als Ersatz für Pflegefachpersonen bei der Wahrnehmung ihrer Vorbehaltsaufgaben nach § 4 Pflegeberufgesetz im Rahmen der Steuerung des Pflegeprozesses, sondern entsprechend ihrem berufsspezifischen Kompetenzprofil in der Gesundheitsversorgung eingesetzt werden. Damit wird der Stellenwert der pflegerischen Vorbehaltsaufgaben gestärkt und Modelle der Delegation (in Richtung Pflegefachassistenz) und der kollegialen Kooperation (mit akademisierten bzw. spezifisch qualifizierten Pflegefachpersonen) im Pflegeteam gefördert.

Zu Nummer 46 Buchstabe e)

Personalbemessung in vollstationären Pflegeeinrichtungen

§ 113c Absatz 9 SGB XI

Für eine erfolgreiche Umsetzung von Instrumenten zur Pflegepersonalbemessung nicht nur in der stationären Langzeitpflege (PeBeM), sondern auch im Krankenhaus (PPR 2.0) braucht es aus Sicht des DPR eine verlässliche Institution auf Bundesebene, die eine lückenlose und adäquate fachliche Begleitung ermöglicht (Institut für Personalbemessung in der Pflege – InPeP). Vor diesem Hintergrund empfiehlt der DPR bei der geplanten Geschäftsstelle auch das Krankenhaus mit einem jetzt bereits ersichtlichen hohen Beratungsbedarf in der Einführungsphase der PPR 2.0 einzubeziehen und die Geschäftsstelle über das Jahr 2030

² Aufgabenprofil akademisch qualifizierter Pflegefachpersonen

https://www.pflegeausbildung.net/fileadmin/de.altenpflegeausbildung/content.de/user_upload/231010_Empfehlungen_AQP_final.pdf

hinaus zu verstetigen. Insbesondere ist darauf hinzuweisen, dass sich entsprechende Personalbemessungsinstrumente stetig weiterentwickeln und geeignete Maßnahmen abgeleitet werden müssen, was die Notwendigkeit einer festen institutionellen Ansprechbarkeit zudem bekräftigt.

Gleichzeitig sieht der DPR die aktuelle Situation in der Langzeitpflege mit Sorge und drängt darauf, die Umsetzung des Personalbemessungsverfahrens in der Langzeitpflege weiter zu beschleunigen. Hohe Arbeitsbelastungen, Personalmangel, Personalfluktuations und hoher Krankenstand hemmen vordergründig die angestrebte Weiterentwicklung. Ohne eine den fachlichen Erfordernissen zeitnah verbesserte entsprechende Personalbemessung werden sich die genannten Probleme im Sinne einer Abwärtsspirale verstärken.

Zu Nummer 52

Maßgebliche Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene, Verordnungsermächtigung

§ 118a SGB XI

Der DPR begrüßt außerordentlich, dass der Gesetzgeber mit dem Absatz 1 die Mitwirkung der für die Interessen der Pflegeberufe maßgeblichen Organisationen auf Bundesebene verankert und die Beteiligung weiterer Organisationen der Pflegeberufe, auch auf Landesebene, festschreibt.

Mit der im Entwurf vorgesehenen Zersplitterung der Vertretung durch mehrere Organisationen weicht der Referentenentwurf jedoch deutlich von den Eckpunkten des Bundesgesundheitsministeriums für ein Pflegekompetenzgesetz vom 19. Dezember 2023 ab.

Um eine effiziente politische Zusammenarbeit auf Bundesebene zu gewährleisten, ist, wie im Eckpunktepapier formuliert, **eine** „zentrale berufsständische Vertretung der Pflegeberufe auf Bundesebene“ notwendig. Es bedarf einer hauptamtlichen und strukturell langfristig finanziell abgesicherten Institution mit einer transparenten organisatorischen Infrastruktur, um die Interessen der Pflegeberufe auf Bundesebene gesammelt und zentral zu vertreten und zu stärken. In der Begründung zum Referentenentwurf ist diese Infrastruktur benannt. „Damit die Profession Pflege sich weiterentwickeln kann, wird eine geeignete organisatorische Infrastruktur auch auf Bundesebene benötigt“, heißt es dort. Der Deutsche Pflegerat fordert den Gesetzgeber auf, diese Infrastruktur direkt im gesetzgeberischen Teil des Pflegekompetenzgesetzes zum 1.1.2026 zu verankern und den Deutschen Pflegerat dafür vorzusehen.

Der DPR, als etablierte Vertretung von 18 maßgeblichen Berufsverbänden der Pflege, der Hebammen und der Pflegewissenschaft, kann diese Institution der beruflich Pflegenden auf Bundesebene sein und perspektivisch die Beteiligung anderer Organisationen, auch auf Landesebene, organisieren.

Aktuell erhält der DPR eine finanzielle Förderung des Bundesgesundheitsministeriums, aufgrund eines Beschlusses des Deutschen Bundestages. Diese Förderung ist nur bis Dezember 2025 gesichert. Es wäre ein unverantwortlicher Rückschritt und ein schwerer Rückschlag für die Vertretung der Pflegeberufe auf Bundesebene wie auch eine Verschwendung bereits investierter Ressourcen im Rahmen der Aufbauarbeit des DPR, die finanzielle Förderung des bereits evaluierten, erfolgreichen DPR-Projekts zur Stärkung der Profession Pflege einzustellen. Eine Weiterführung des Auf- und Ausbaus des DPRs mit einer verstetigten institutionellen Förderung über das Jahr 2025 hinaus ist stringent und für die Profession Pflege absolut notwendig.

Weiter begrüßt der DPR den Absatz 2, wonach pflegfachliche Expert:innen, die für unterschiedliche Entscheidungsprozesse in ehrenamtlicher Tätigkeit zur Verfügung stehen, einen Anspruch auf Erstattung von Reisekosten und Verdienstausschlag erhalten. Allerdings muss hier in Betracht gezogen werden, dass für die im RefE genannten Aufgaben, die von den maßgeblichen Organisationen auf Bundesebene erfüllt werden sollen, Vor- und

Nacharbeiten zu leisten sein werden, die gleichfalls refinanziert werden müssen. Einzig nur die Ehrenamtlichkeit zu finanzieren, ist völlig unzureichend und zementiert die seit Jahren bestehende strukturelle Ungleichheit.

Der Bund und die Länder müssen der Profession Pflege in unserem Gesundheitssystem eine Struktur und damit Stimme geben. Das führt dazu, dass die Kompetenzen der beruflich Pflegenden in das System einfließen und Wirkung erzielen. Eine zentrale, hauptamtlich geführte Organisation als Selbstverwaltung der Profession Pflege ist notwendig, um die Pflegeberufe zu stärken und ihre politische Wirksamkeit, ähnlich wie bei den erfolgreichen Vertretungen der Ärzteschaft, zu sichern. Eine solche Organisation der Profession Pflege ist gleichzusetzen mit einer Gesundheitsversorgungssicherung des Bundes für seine Bevölkerung. Sie ist daher unverzichtbar.

Darüber hinaus sind für die inhaltliche Arbeit beim geplanten, erweiterten Beteiligungsrecht beim G-BA (Koalitionsvertrag, Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz – GVSG), institutionalisierte Strukturen erforderlich.

Für den Erlass der Rechtsverordnung ist eine Frist bis 31.12.2025 zur Klarstellung der maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene zu empfehlen, damit entsprechende Strukturen aufgebaut werden können.

Änderungsvorschlag Absatz 3:

(3) Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates die Anerkennung der maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene, die Voraussetzungen ihrer Anerkennung, das Verfahren der Beteiligung **festzulegen, sowie die Finanzierung und Festlegung der Schaffung einer Institution der berufsständischen Vertretung der Pflege auf der Bundesebene bis zum 31.12.2025 umzusetzen.**

Zu Nummer 57 Buchstabe a)

Begutachtungsverfahren

§ 18a Absatz 10 SGB XI

Die Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach § 18 SGB XI muss den Pflegefachpersonen vorbehalten sein. Neben der Anpassung der Legaldefinition der Pflegefachperson nach § 15a Abs. 2 SGB V weist der DPR auf die Wahrung der Vorbehaltsaufgaben der Pflegefachpersonen nach § 4 Pflegeberufegesetz hin. Die Anerkennung der Vorbehaltsaufgaben von Pflegefachpersonen muss auch ins SGB XI einbezogen werden. Medizinische Gutachter:innen, wie Ärzt:innen und Kinderärzt:innen, verfügen nicht über die geeigneten Kompetenzen nach dem Pflegeberufegesetz, um pflegerischen bzw. pflegefachlichen Versorgungsbedarfe zu ermitteln. Die nach § 18 SGB XI erstellten Gutachten sind berufsrechtlich nicht rechtssicher. Hier besteht aus Sicht des DPR dringender Änderungsbedarf in § 18a Abs. 10 SGB XI (Begutachtungsverfahren) und den untergesetzlichen Normen.

Änderungsvorschlag:

(10) Die Aufgaben des Medizinischen Dienstes werden durch Pflegefachpersonen ~~oder Ärztinnen und Ärzte in enger Zusammenarbeit mit anderen geeigneten Fachkräften~~ wahrgenommen. Die Prüfung der Pflegebedürftigkeit von Kindern ist in der Regel durch besonders geschulte Gutachterinnen und Gutachter mit einer Qualifikation als Pflegefachfrau oder Pflegefachmann, als Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin oder Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger ~~oder als Kinderärztin oder Kinderarzt~~ vorzunehmen. Der Medizinische Dienst ist befugt, den Pflegefachpersonen oder sonstigen geeigneten Fachkräften, die nicht dem Medizinischen Dienst angehören, die für deren jeweilige Beteiligung erforderlichen personenbezogenen Daten zu übermitteln.

Artikel 3 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Zu Nummer 2

Pflegerische Leistungen und heilkundliche Leistungen durch Pflegefachpersonen

§ 15a SGB V

Der DPR begrüßt ausdrücklich, dass mit der Einführung dieses Paragraphen die pflegerischen und heilkundlichen Aufgaben der Pflege als Leistung unter Beachtung der Pflegeprozessverantwortung im Rahmen der Vorbehaltsaufgaben nach § 4 Pflegeberufegesetz gesetzlich geregelt werden. Damit müssen auch in untergesetzlichen Regelungen, z.B. Richtlinien oder Rahmenvereinbarungen, die Vorbehaltsaufgaben der Pflege uneingeschränkt gelten. Darüber hinaus begrüßt der DPR, dass ab dem 1. Januar 2025 auch erweiterte heilkundliche Leistungen in den Bereichen diabetische Stoffwechsellage, chronische Wunden und Demenz möglich werden.

In Anlehnung an den ICN-Ethikkodex³ empfiehlt der DPR, diese Leistungen nach § 15a SGB V mit den grundlegenden und international anerkannten Aufgaben von Pflegefachpersonen zu untermauern.

Der DPR würdigt ebenfalls, dass der Gesetzgeber die Entscheidungsautonomie über die Art, Dauer und Häufigkeit von erweiterten heilkundlichen Leistung herstellt und Modellvorhaben in die Regelversorgung überführt. Aus Sicht des DPR ist die Anerkennung der Module der Fachkommission nach § 53 PflBG als Qualifikation für die Ausübung erweiterter heilkundlicher Leistungen neben fachweiterbildenden Qualifikationen ein erster Schritt. Die Fachkommission ist mit den entsprechenden Expert:innen aus Pflegebildung und Pflegewissenschaft besetzt. Mit der Entwicklung eines Scope of Practice, mit dem Vorhaben nach § 8 Absatz 3c SGB XI und der Erarbeitung eines Katalogs gemäß dem Rahmenvertrag nach § 73d SGB V unter Einbeziehung pflegewissenschaftlicher Expertise, sind erste Grundlagen für eine adäquate pflegerische Handlungsautonomie gelegt. Zur Weiterentwicklung der Kompetenzen der Pflegeprofession ist ein eigenes Leistungsrecht für Pflegefachpersonen zwingend.

Änderungsvorschlag:

(1) Pflegerische und heilkundliche Leistungen nach diesem und dem Elften Buch Sozialgesetzbuch werden durch Pflegefachpersonen erbracht. **Die Leistungen umfassen grundlegend Gesundheit zu fördern, Krankheit vorzubeugen, Gesundheit wiederherzustellen sowie Leiden zu lindern und ein würdevolles Sterben zu begleiten.** Pflegerische und heilkundliche Leistungen dürfen nur unter Beachtung der Pflegeprozessverantwortung von Pflegefachpersonen nach § 4 des Pflegeberufegesetzes erbracht werden. Erweiterte heilkundliche Leistungen können im Rahmen der jeweils erworbenen Kompetenzen auch von Pflegefachpersonen mit einer Erlaubnis nach § 1 Satz 2 des Pflegeberufegesetzes in der Fassung vom 1. Januar 2025 oder von Pflegefachpersonen mit einer anderen, hinsichtlich der Erbringung von erweiterten heilkundlichen Leistungen gleichwertigen Qualifikation erbracht werden. Die Qualifikation kann sich dabei auch auf andere als die in § 37 Absatz 1 Nummer 6 bis 8 des Pflegeberufegesetzes benannten erweiterten heilkundlichen Aufgaben beziehen.

³ ICN. (2021). Der ICN-Ethikkodex für Pflegefachpersonen, abgerufen am 19.09.2024 von https://www.dbfk.de/media/docs/newsroom/publikationen/ICN_Code-of-Ethics_DE_WEB.pdf

Zu Nummer 3

Primäre Prävention und Gesundheitsförderung

§ 20 Absatz 5 SGB V

Der DPR begrüßt, dass Pflegefachpersonen mit dieser Gesetzesänderung die Möglichkeit und Aufgabe erhalten, im Rahmen ihrer Beratungstätigkeit nach §§ 7a, 7c und 37 Abs. 3 SGB XI sowie im Rahmen der Leistungserbringung nach § 36 SGB XI Empfehlungen zur verhaltensbezogenen Primärprävention nach § 20 Abs. 5 SGB V auszusprechen.

Es ist jedoch darauf hinzuweisen, dass eine fein austarierte Balance zwischen verhältnis- und verhaltensbezogenen Angeboten zu deutlich besseren Ergebnissen führt, da Verhältnisse gesundheitsförderliches Verhalten stark beeinflussen.

Darüber hinaus ist zu begrüßen, dass die Krankenkassen verpflichtet werden, bei der Entscheidung über eine Leistung zur verhaltensbezogenen Prävention auch die Feststellungen zur Prävention im Rahmen der Pflegebegutachtung nach § 18b Abs. 2 SGB XI zu berücksichtigen.

Zu Nummer 4

Hilfsmittel

§ 33 Absatz 5a SGB V

Analog zu den Änderungen in § 40 Abs. 6 SGB XI (vgl. Artikel 1 Nr. 20) begrüßt der DPR nachdrücklich, dass Pflegefachpersonen in Verbindung mit dem Rahmenvertrag nach § 73d SGB V die Möglichkeit erhalten, Versicherten bestimmte Hilfsmittel mittels Folgeverordnung zu verordnen und diese einer vertragsärztlichen Verordnung gleichgestellt wird. Gleichzeitig weisen wir darauf hin, dass perspektivisch Pflegehilfsmittel und Hilfsmittel im Rahmen von festgelegten Handlungskompetenzen, als Erstverordnung durch Pflegefachpersonen ausgestellt werden sollten.

Zu Nummer 5

Krankenhausbehandlung

§ 39 Absatz 1 Satz 2 SGB V

Der DPR befürwortet die Klarstellung, dass eine Krankenhausbehandlung auch pflegerische Leistungen, pflegerische Vorbehaltsaufgaben, heilkundliche sowie erweiterte heilkundliche Leistungen nach § 15a SGB V umfasst. Für die Umsetzung und Entwicklung der hier aufgeführten pflegefachlichen Leistungen braucht es jedoch auch leistungsrechtlich umzusetzende Regelungen, in einer Muss-, anstelle einer Kann-Regelung (siehe Nummer 8, Änderungen des SGB V).

Zu Nummer 6 Buchstabe a)

Modellvorhaben nach § 63 und § 64d

§ 63 Absatz 3b SGB V

Der DPR begrüßt, dass keine weiteren Modellvorhaben begonnen werden.

Zu Nummer 7 Buchstabe a) Buchstabe b) Buchstabe c)

Verpflichtende Durchführung von Modellvorhaben zur Übertragung ärztlicher Tätigkeiten

§ 64d Absatz 1 und 2 SGB V

Der DPR begrüßt, dass die Änderungen auch auf die Überführung von Modellvorhaben in die Regelversorgung abzielen.

Zu Nummer 8

Selbständige Erbringung von Leistungen durch Pflegefachpersonen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung; selbständige Verordnung häuslicher Krankenpflege durch Pflegefachpersonen, Evaluation

§ 73d Absatz 1 SGB V

Der DPR begrüßt, dass in einem Rahmenvertrag nach § 73d SGB V ein Katalog pflegerischer, heilkundlicher und erweiterter heilkundlicher Leistungen erarbeitet werden soll. Pflegefachpersonen können im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung selbständig heilkundlich tätig werden. Voraussetzung ist ein entsprechendes Qualifikationsniveau, das von Pflegefachpersonen mit der Erlaubnis nach Pflegeberufegesetz mit qualifizierten Fachweiterbildungen und/oder mit qualifizierter Berufserfahrung bis zu Pflegefachpersonen mit Masterabschluss reichen kann. Stationäre Pflegeeinrichtungen können nun auch Leistungen nach § 15a SGB V refinanziert erbringen. Beim Katalog nach Satz 1 Nummer 1 und 2 müssen die pflegerischen Vorbehaltsaufgaben im Sinne des § 15a SGB V uneingeschränkt gelten. Sie nur „zu berücksichtigen“ greift zu kurz. Gemäß 73d Absatz 4 können Vertragsärzte Pflegefachpersonen mit entsprechender Qualifikation erweiterte heilkundliche Leistungen zur selbständigen Ausübung übertragen. Allerdings muss es Pflegefachpersonen ohne eine Ermächtigung ermöglicht werden, erweiterte heilkundliche Leistungen auszuüben und abzurechnen. Hier bedarf es entsprechender Regelungen.

Der DPR begrüßt, dass die maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene nach § 118a SGB XI berechtigt sind, ihren fachlichen Sachverstand in die Erarbeitung des Rahmenvertrages nach § 73d SGB V einzubringen und Empfehlungen zu berücksichtigen sind. Ein Antragsrecht wäre zu prüfen.

Der DPR begrüßt auch, dass der G-BA im Rahmen seiner Normsetzungskompetenz nicht von den Vereinbarungen im Rahmenvertrag nach § 73d SGB V abweichen darf, sondern diese zu beachten hat; dies betrifft insbesondere die Häusliche Krankenpflege-Richtlinie nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 und Abs. 7 SGB V. Schließlich muss die sog. Blankoverordnung nach § 37 Abs. 8 SGB V in eine eigene Verordnungsinfrastruktur münden.

§ 73d Absatz 3 SGB V

Die leistungsrechtliche Verankerung pflegefachlicher, heilkundlicher und erweiterter heilkundlicher Leistungen darf sich nicht nur auf einen Versorgungsbereich beziehen. Der DPR begrüßt ausdrücklich die geforderte Verankerung entsprechender Leistungen in der akutstationären Versorgung im Rahmen des § 39 SGB V. Die Konkretisierung welche abweichenden Vorgaben im Gegensatz zur Langzeitpflege in Bezug auf Aufgaben, Qualifikationsniveaus und Kompetenzen insbesondere für die Krankenhausbehandlung und anderer Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen gelten sollen, darf jedoch nicht optionaler Natur sein. Insbesondere liegt die Evaluation zur Entwicklung und Umsetzung dessen in einem Zeithorizont, der der dringenden Notwendigkeit auch in diesem Versorgungsbereich im Sinne einer hochwertigen Versorgung zu handeln, nicht gerecht wird. Eine hochwertige Versorgung kann unter dem Aspekt mangelnder Personalressourcen nur dann erreicht werden, wenn alle Kompetenzen genutzt werden und die Berufsgruppe der Pflegefachpersonen auch in diesen Bereichen an Attraktivität gewinnt. Daher ist es entschieden abzulehnen, dass die Umsetzung

der selbstständigen Erbringung heilkundlicher Aufgaben durch Pflegefachpersonen nach § 73d Absatz 3 im Krankenhaus nicht unmittelbar verbindlich ist. Eine Änderung hierzu ist dringend geboten.

Änderungsvorschlag Satz 1 und Ergänzung Satz 4 (Neu):

[...]

(3) Das Bundesministerium für Gesundheit evaluiert unter Beteiligung des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend bis zum 31. Dezember ~~2027~~ **2025** die Entwicklung und Umsetzung der selbstständigen Erbringung erweiterter heilkundlicher Leistungen durch Pflegefachpersonen in anderen Versorgungsbereichen, insbesondere im Bereich der Krankenhäuser und Vorsorge- und Rehabilitationsreinrichtungen.

[...]

Innerhalb von sechs Monaten nach Berichterstattung erfolgt die Erarbeitung eines Kataloges in Anlehnung des Absatzes 1 und entsprechend der Regelungen nach § 39 Absatz 1 SGB V für den Versorgungsbereich Krankenhaus und weiterer Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen.

Zu Nummer 10 Buchstabe a) Buchstabe aa)

Versorgung mit häuslicher Krankenpflege

§ 132a Absatz 1 SGB V

Pflegeprozessessteuerung ist gemäß § 4 Absatz 2 PflBG eine grundsätzliche Vorbehaltsaufgabe von Pflegefachpersonen und demnach unabhängig von dem Vorliegen eines Pflegegrades der zu pflegenden Menschen. Der DPR begrüßt, dass in den Rahmenvereinbarungen nach § 132a SGB XI die Ressourcen für die Aufwendung für die Pflegeprozessessteuerung in der ambulanten Versorgung zukünftig berücksichtigt werden müssen und damit die Maßnahmen der Steuerung des Pflegeprozesses sowie erforderliche interdisziplinäre Fallbesprechungen im Rahmen der Leistungserbringung vergütet werden.

Ein weitergehender Vorschlag zu einem § 132 x SGB V

Kooperationen zur Sicherstellung der Versorgung

Der vom Gesetzgeber intendierte Ausbau der ambulanten Versorgung wird durch den Mangel an Pflegefachpersonen behindert. Vor diesem Hintergrund gilt es, flexiblere Rahmenbedingungen zu schaffen und es den Leistungserbringern zu ermöglichen, die Versorgung auch durch Einbindung von Kooperationspartnern zu organisieren und gleichzeitig den Versorgungsanforderungen gemäß §§ 37-37c SGB V gerecht zu werden.

Da die Rahmenverträge mit den Einrichtungen geschlossen werden und die Ausübung der Pfllegetätigkeit (Leistungserbringung) an die Mitarbeitenden der Einrichtung gebunden ist, ist aktuell eine Übertragung an Dritte (einem Pflegedienst, die anderer geeigneter Leistungserbringer oder selbstständige Pflegefachpersonen) nicht möglich. Die obenstehende Regelung würde erlauben, Dritte bei der Versorgung der von ihnen betreuten Patienten einzubinden. Damit können benötigte Versorgungsstrukturen erhalten und die wohnortnahe Versorgung sichergestellt werden.

Änderungsvorschlag zu § 132 x:

(1) Leistungserbringer für Leistungen nach § 132a, 132d oder 132l SGB V können bei entsprechendem Bedarf mit sonstigen Leistungserbringern nach diesem Gesetzbuch, bei denen für die Versorgung geeignete Pflegekräfte beschäftigt sind oder mit geeigneten Pflegekräften Kooperationsvereinbarungen, die der Sicherstellung der Versorgung dienen, schließen. Das Recht auf freie Wahl des Leistungserbringers sowie die Regelungen des § 128 SGB V bleiben unberührt.

(2) Der GKV-Spitzenverband sowie die Spitzenverbände der sonstigen Leistungserbringer nach diesem Gesetzbuch vereinbaren unter Beachtung der Vorgaben der Rahmenempfehlungen nach § 132a, 132d, 132l SGB V zur Sicherung der Qualität bis zum xx.xx.xxxx Anforderungen an eine kooperative und koordinierte Versorgung nach dieser Vorschrift. In der Vereinbarung sind Inhalt und Umfang der Kooperation nach Abs. 1 zu regeln.

(3) Im Fall der Nichteinigung wird der Vertragsinhalt durch eine von den Vertragspartnern zu bestimmende Stelle unabhängige Schiedsperson festgelegt. Einigen sich die Vertragspartner nicht auf eine Schiedsperson, so wird diese von der für den GKV-Spitzenverband zuständigen Aufsichtsbehörde innerhalb eines Monats nach Vorliegen der für die Bestimmung der Schiedsperson notwendigen Informationen bestimmt. Die Kosten des Schiedsverfahrens tragen die Vertragspartner zu gleichen Teilen.

Artikel 4 Änderung des Pflegezeitgesetzes

Zu Nummer 1

Kurzzeitige Arbeitsverhinderung

§ 2 Absatz 2 PflegeZG

Der DPR begrüßt die Gleichstellung der Bescheinigungsbefugnis von Ärzt:innen und Pflegefachpersonen für die Beantragung von Pflegeunterstützungsgeld. Diese erweiterte Befugnis stellt eine Erleichterung für pflegende An- und Zugehörige im Rahmen der Pflegeberatung oder Case-Management dar und kann zur Stabilisierung instabiler Pflegesituationen beitragen.

Artikel 5 Änderung des Pflegeberufgesetzes

Zu Nummer 2 Buchstabe a) Buchstabe b)

Vorbehaltene Aufgaben

§ 4 PfIBG

Der DPR begrüßt ausdrücklich, dass die Überschrift des § 4 das Wort „Aufgabe“ und nicht mehr „Tätigkeit“ enthält und dass die Vorbehaltsaufgaben mit der „Planung der Pflege“ nunmehr alle nicht delegierbaren Schritte des Pflegeprozesses umfassen.

Zu Nummer 3

Selbständige Heilkundenausübung

§ 4a PfIBG

Der DPR begrüßt die Klarstellung in § 4a PfIBG, dass Pflegefachpersonen berechtigt sind Heilkundenausübung auszuüben. In der Folge sind dann auch die Abschlussprüfungen der Studien- und Ausbildungsgänge entsprechend anzupassen. Die Heilkunde kann dann nur noch durch die Profession Pflege selbst geprüft werden.

Zu Nummer 4

Standardisierte Module für erweiterte heilkundliche Aufgaben

§ 14a PfIBG

Der DPR unterstützt, dass die Fachkommission nach § 53 PfIBG standardisierte Module zur selbständigen Ausübung von erweiterten heilkundlichen Aufgaben entsprechend dem jeweiligen medizinischen und pflegewissenschaftlichen Fortschritt weiterhin empfehlen kann.

Berlin, 30.09.2024

Deutscher Pflegerat e.V. – DPR
Alt- Moabit 91
10559 Berlin
Tel.: + 49 30 / 398 77 303
Fax: + 49 30 / 398 77 304
E-Mail: info@deutscher-pflegerat.de
www.deutscher-pflegerat.de