



**Vereinte
Dienstleistungs-
gewerkschaft**

Stellungnahme

der Vereinten Dienstleistungsgewerkschaft – ver.di

zum

Gesetzentwurf der Bundesregierung

Entwurf eines Gesetzes zur Befugnisserweiterung und Entbüro- kratisierung in der Pflege

Berlin, 6. Oktober 2025

ver.di – Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft
Bundesverwaltung – Fachbereich Gesundheit,
Soziale Dienste, Bildung und Wissenschaft
Bereich Berufspolitik/Jugend
Bereich Gesundheitswesen/Gesundheitspolitik
Paula-Thiede-Ufer 10, 10179 Berlin

Gesamteinschätzung

Es ist dringend geboten, die Kompetenzen der Pflegefachpersonen zu stärken. Pflegefachpersonen müssen ihre erworbenen Kompetenzen umfassend einsetzen dürfen und sie benötigen mehr eigenständige Entscheidungsbefugnisse. Zugleich sind die Kompetenzen ausgehend von den Anforderungen der pflegerischen Versorgung zu erweitern. Die Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di) begrüßt daher die Zielsetzung, die mit dem Gesetz zur Befugnisserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege verbunden ist. Entscheidend ist jedoch die konkrete Ausgestaltung der Regelungen. In ihrem Zusammenwirken müssen diese dazu beitragen, die Versorgungsqualität zu verbessern und die Berufszufriedenheit der Pflegefachpersonen zu erhöhen. Damit dies gelingt, ist der Gesetzentwurf an entscheidenden Stellen nachzubessern.

Eine wichtige Voraussetzung zur Stärkung der Pflegeberufe ist, dass heilkundliches Handeln aus der Grauzone von Delegationsverfahren herausgeführt wird. ver.di begrüßt daher die Klarstellung im Pflegeberufegesetz, dass die Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung „Pflegefachfrau“, „Pflegefachmann“ oder „Pflegefachperson“ auch die Befugnis zur Heilkundeausübung im jeweiligen Umfang, der in der beruflichen oder hochschulischen Pflegeausbildung erworbenen Kompetenzen umfasst. Zu bedenken ist allerdings, dass Heilkunde auch künftig nicht einheitlich definiert sein wird. Es muss sichergestellt werden, dass die Kompetenzen zur eigenverantwortlichen Ausübung der Heilkunde auch tatsächlich Gegenstand der Ausbildung sind. Zudem ist ergänzend zu regeln, dass die Befugnisse zur Heilkundeausübung auch die Kompetenzen im jeweiligen Umfang umfassen, die im Rahmen von Weiterbildungen erworben werden.

Es braucht ein gutes Miteinander beruflich und hochschulisch ausgebildeter Pflegefachpersonen und damit eine Aufwertung für alle. Es gibt keinen fachlichen und sachlichen Grund, weshalb der Erwerb von weiteren heilkundlicher Kompetenzen in den Bereichen diabetische Stoffwechsellage, chronische Wunden und Demenz seit 2025 allein für die hochschulische Ausbildung nach Pflegeberufegesetz regelhaft erfolgt. Ein vergleichbarer Kompetenzerwerb ist auch in der beruflichen Pflegeausbildung erforderlich, ggf. unter Anpassung der Ausbildungsdauer. Ebenso ist auch die Möglichkeit der Nachqualifizierung für beruflich ausgebildete Pflegefachpersonen zu eröffnen. Die Vorschriften nach Teil 2 des Pflegeberufegesetzes sind entsprechend anzuwenden. Damit würde für diesen Personenkreis eine regelhafte Zusatzqualifikation unter gesicherten Bedingungen etabliert. Der bisher vorgesehene Weg, dass Personen mit einer beruflichen Pflegeausbildung die erforderlichen fachlichen Kompetenzen durch eine staatlich anerkannte, bundesweit einheitliche Weiterbildung oder durch eine einer solchen Weiterbildung entsprechenden Berufserfahrung, die durch eine staatliche Kompetenzfeststellung der Länder nachgewiesen

wurde, erwerben können, greift zu kurz, nicht zuletzt, da die Voraussetzungen sowohl für die bundesweit einheitliche Weiterbildungen und die staatlichen Kompetenzfeststellungsverfahren noch geschaffen werden müssen.

Professionalisierung basiert in unserem Verständnis auf guter Aus-, Fort- und Weiterbildung verbunden mit Rahmenbedingungen, die eine professionelle Pflege ermöglichen. Das Ziel, staatlich anerkannte, bundesweit einheitliche Weiterbildungen zu etablieren, teilt ver.di ausdrücklich. Es braucht transparente und durchlässige berufliche Weiterentwicklungsmöglichkeiten. Derzeit ist die Weiterbildungslandschaft in der Pflege durch eine große Heterogenität gekennzeichnet. Bundesweit einheitliche Standards ließen sich am besten durch eine staatliche Regelung erreichen. Zumindest sollten die Länder gemeinsame Eckpunkte und zentrale Qualifizierungsanforderungen für Weiterbildungen der Pflegeberufe vereinbaren. Die Pflegeberufe sind an der Entwicklung insbesondere über die Berufsverbände und die maßgebliche Gewerkschaft zu beteiligen. Die Realität und Bandbreite beruflich Pflegenden jeglicher Qualifikation muss auch künftig abgebildet werden, wenn es um die Weiterentwicklung von berufsfachlichen Fragen geht.

Das Ziel, eine umfassende Beteiligung der Pflegeberufe an den Aufgaben des Fünften und Elften Buches Sozialgesetzbuch sicherzustellen, unterstützt ver.di. Als maßgebliche Organisation der Pflegeberufe auf Bundesebene und repräsentative tarifzuständige Gewerkschaft im Bereich Pflege steht es außer Frage, dass ver.di hier eingebunden werden muss. ver.di ist die Organisation, in der sich mit Abstand die meisten Pflegepersonen freiwillig organisieren und die gemäß ihrer Satzung neben und auch im Rahmen der Tarifpolitik und der Gestaltung der Arbeits- und Wirtschaftsbedingungen auch die berufsspezifische/berufspolitische Interessenvertretung ihrer Mitglieder im Bereich Pflege umfänglich übernimmt.

Um eine hohe Versorgungsqualität sicherzustellen, braucht es gut ausgebildete Pflegefachpersonen, deren Anzahl sich an dem tatsächlichen pflegerischen Bedarf bemessen muss. Neue, zusätzliche Aufgaben im Bereich der Heilkundenausübung müssen sich in der Personalbemessung entsprechend niederschlagen. Zudem muss sichergestellt sein, dass die Beschäftigten durch eine Haftpflichtversicherung des Arbeitgebers umfänglich geschützt sind. Hierzu sind die Einrichtungen als Arbeitgeber der betroffenen Beschäftigten gesetzlich zu verpflichten.

Pflegerische Tätigkeit erfordert, den ganzen Menschen zu betrachten und sich an den Bedürfnissen der Patient*innen bzw. pflegebedürftigen Menschen zu orientieren. Mit großer Sorge betrachtet ver.di, dass insbesondere dem Personalbemessungsverfahren für die vollstationäre Pflege bisher ein stark verrichtungsbezogenes Verständnis pflegerischer Arbeit zu Grunde liegt.

In der Folge besteht die Gefahr, dass es unter den gegebenen ökonomischen Rahmenbedingungen zu einer fortschreitenden Taylorisierung und damit zu einer gegenläufigen Entwicklung zum angestrebten Ziel einer Bezugspflege kommt. Doch statt einer dringenden Nachbesserung sieht der Gesetzentwurf vor, die Standards bei den geltenden Personalanhaltswerten für vollstationäre Pflegeeinrichtungen weiter abzusenken. Das steht im starken Widerspruch zum Ziel einer Stärkung der Kompetenzen der Pflegeberufe. Es gilt stattdessen, an den Ursachen des Fachkräftemangels anzusetzen und die Weichen für eine qualitativ hochwertige Versorgung jetzt richtig zu stellen. Der Teufelskreis aus Personalnot, belastenden Arbeitsbedingungen und zu wenig Zeit für eine gute Pflege muss mit wirkungsvollen Maßnahmen durchbrochen werden. Hierzu sind die in § 113c SGB XI als Höchstwerte definierten Personalanhaltswerte in Mindestpersonalvorgaben auf dem von Prof. Rothgang berechneten Niveau umzuwandeln. Die Maßnahmen der Arbeits- und Organisationsentwicklung nach § 113c Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 SGB XI müssen zudem dahingehend gestaltet sein, dass sie eine weitere Taylorisierung der Pflege verhindern.

Parallel zum Gesetz zur Befugnisweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege ist das Ziel, eine sachgerechte Zuordnung der Pflegeberufe im DQR zu erreichen, über das Bundesministerium für Gesundheit und das Bundesministerium für Bildung, Familie, Senioren, Frauen und Jugend weiter zu verfolgen. Ziel muss entsprechend der Vereinbarung der Konzertierte Aktion Pflege sein, die Ausbildungen nach Pflegeberufegesetz dem Niveau 5 des DQR zuzuordnen. Die Fachweiterbildungen sind einem im Vergleich zur Pflegeberufsausbildung höheren Niveau zuzuordnen.

Die Stellungnahme beschränkt sich auf die aus Gewerkschaftssicht besonders relevanten Punkte.

Zu den Regelungen im Einzelnen

Zu Artikel 1 – Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch

Zu Nummer 2 (§ 5 – Prävention in Pflegeeinrichtungen und in der häuslichen Pflege, Vorrang von Prävention und medizinischer Rehabilitation)

ver.di teilt die Einschätzung, dass Prävention ein zentrales Element darstellt, um den Menschen so lange wie möglich ein Leben in der eigenen Häuslichkeit zu ermöglichen. Insofern ist es folgerichtig, Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung nicht auf die stationäre Langzeitpflege zu begrenzen, sondern bereits in der häuslichen Pflege anzusetzen. Somit begrüßt ver.di die Erweiterung des § 5 SGB XI auf die häusliche Pflege ausdrücklich. Allerdings greift es zu kurz, hier ausschließlich auf verhaltensbezogene Präventionskurse zu fokussieren. Wir regen an, hier sehr viel stärker auch Maßnahmen zur sozialen Teilhabe und Partizipation in den Blick zu nehmen, um neben der Gesundheitsförderung beispielsweise auch der Vereinsamung, die maßgeblichen Einfluss auf die psychische Gesundheit hat, entgegenzuwirken. Eine Bedarfserhebung zur Unterstützung der Umsetzung hinsichtlich präventiver und gesundheitsfördernder Maßnahmen erachtet ver.di als sinnvoll.

ver.di würde es begrüßen, wenn auch der Anspruch auf einen präventiven Hausbesuch gesetzlich verankert würde.

Zu Nummer 6 (§ 8 - Gemeinsame Verantwortung)

Zu Buchstabe a:

ver.di teilt die Einschätzung, dass die Kompetenzen der Pflegefachpersonen in der Versorgung aktuell noch nicht in dem Maße eingesetzt werden, wie es aus fachlicher Sicht möglich wäre. Ziel des Gesetzes zur Befugnisweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege muss es daher sein, dass Pflegefachpersonen ihre erworbenen Kompetenzen umfassend einsetzen dürfen und mehr eigenständige Entscheidungsbefugnisse erhalten. Zugleich gilt es, die Kompetenzen der Pflegeberufe zu erweitern.

Der im Gesetzentwurf gewählte Weg, dass eine Empfehlung zu einer systematischen und umfassenden, kompetenz- bzw. qualifikationsbezogenen Darstellung der Aufgaben der Pflege, erarbeitet wird, greift allein zu kurz. Für eine systematische Klärung der Aufgaben von Pflegefachpersonen ist eine Verständigung notwendig, wie die pflegerische Versorgung gestaltet sein soll. Dazu gehört eine unmittelbare Beteiligung der Berufsangehörigen selbst. Die Anforderungen der pflegerischen Versorgung sind der Maßstab, um die Aufgaben der Pflegefachpersonen beschreiben zu können. In ver.di organisierte Pflegepersonen haben dazu eine intensive und breit angelegte Debatte geführt und auf dieser Grundlage 2025 aktualisiert zentrale Positionen im Papier „Unser berufliches Selbstverständnis: Ganzheitliche Pflege zukunftssicher gestalten“ dokumentiert. Ein zentrales Ergebnis: Gute Pflege funktioniert nur ganzheitlich und bezieht sich auf den gesamten Pflegeprozess. Eine klare Absage wird einer Funktionspflege erteilt. ver.di spricht sich daher dafür aus, in § 8 Abs. 3c Satz 1 SGB XI den zweiten Halbsatz dahingehend neu zu formulieren, dass die konkrete Ausgestaltung und Weiterentwicklung der Inhalte von Leistungen nach dem Elften Buch und nach dem Fünften Buch, die durch Pflegefachpersonen jeweils abhängig von ihren Kompetenzen erbracht werden können, eine „patient*innen- bzw. bewohner*innenorientierte Pflege (Bezugspflege)“ gewährleisten müssen.

Zugleich müssen Bildung und Versorgung gemeinsam gedacht und weiterentwickelt werden. Damit dies gelingt, sind im Rahmen des Gesetzes zur Befugnisserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege die diesbezügliche Berufsbildungsforschung zu verankern. Die sich verändernde Versorgungslandschaft und die Anforderungen an eine qualitativ hochwertige Versorgung erfordern, dass die Entwicklungstendenzen und Anpassungsbedarfe der Berufsbildung in den Pflegeberufen systematisch beobachtet werden. Es braucht daher eine Berufsbildungsforschung, die die notwendigen Erkenntnisse generiert, um die Weiterentwicklung der Pflegeberufe im Rahmen von Aus-, Fort- und Weiterbildung zu unterstützen. Dafür sind die Gesundheitsfachberufe insgesamt in die Regelförderung des Bundesinstituts für Berufsbildung (BIBB) einzu beziehen – unter Beteiligung der Sozialpartner.

Zudem sind einheitliche, zeitgemäße, transparente und durchlässige berufliche Weiterbildungsmöglichkeiten notwendig. Bei den Weiterbildungen in der Pflege besteht großer Handlungsbedarf. Die derzeitige Weiterbildungslandschaft in der Pflege zeichnet sich durch eine große Heterogenität aus, wie im Rahmen des vom BIBB beauftragten Projekts zu den Qualifizierungsanforderungen von Weiterbildungen (QUAWE) aufgezeigt wurde (vgl. [Bergmann u. a. Qualifizierungsanforderungen von Weiterbildungen_online \(3\).pdf](#)). Die Weiterbildungen sind daher stärker zu standardisieren, am besten bundeseinheitlich durch eine staatliche Regelung,

wie es derzeit im Bereich des Berufsbildungsgesetzes möglich ist. Zumindest sollten die Länder gemeinsame Eckpunkte und zentrale Qualifizierungsanforderungen für Weiterbildungen der Pflegeberufe vereinbaren. Die Pflegeberufe sind an der Entwicklung insbesondere über die Berufsverbände und die maßgebliche Gewerkschaft einzubeziehen. Die Realität und Bandbreite professionell Pflegenden – aus den verschiedenen Versorgungsbereichen und mit unterschiedlichen Qualifikationsniveaus – muss auch künftig abgebildet werden, wenn es um die Weiterentwicklung von berufsfachlichen Fragen geht. Zudem sind die Arbeitgeber zu verpflichten, die Beschäftigten unter Fortzahlung ihrer Vergütung freizustellen und die Weiterbildungskosten vollständig zu finanzieren.

Die vorgesehene Gewinnung wissenschaftlicher Expertise zielt insgesamt vorrangig auf ein gesamtgesellschaftlich relevantes Ziel, das allen Bürger*innen zugutekommen soll. Vor diesem Hintergrund erscheint eine Finanzierung aus öffentlichen Mitteln geboten.

Zu Buchstabe c

§ 8 Absatz 7 Satz 4 Nr. 8 SGB XI ist dahingehend auszuweiten, dass die Maßnahmen neben der betrieblichen auch die gesellschaftliche Integration von Pflege- und Betreuungspersonal aus dem Ausland umfassen. Die Maßnahmen dürfen dabei nicht nur auf die individuelle Unterstützung der Pflege- und Betreuungspersonen aus dem Ausland abzielen, sondern müssen ebenfalls die Sensibilisierung und Schulung der bestehenden Belegschaft (zum Beispiel durch interkulturelle Trainings) umfassen und strukturelle Gegebenheiten im Betrieb ins Auge fassen.

Zu Nummer 8 (§ 9 – Aufgaben der Länder)

ver.di fordert schon lange eine Stärkung der Kommunen in ihrer Rolle und Verantwortung bei der Gewährleistung eines bedarfsgerechten regionalen Settings in der Pflege, einem zentralen Element der staatlichen Daseinsvorsorge. So ist zu begrüßen, dass die Länder und Kommunen in dieser Frage gestärkt werden sollen. Dazu ist es unerlässlich, dass die Länder die Kommunen auch finanziell in die Lage versetzen, in diesem Bereich mehr Verantwortung zu übernehmen – auch und ganz besonders mithilfe des Instruments einer verbindlichen Pflegeinfrastrukturplanung. Dazu bedarf es einheitlicher wissenschaftlich fundierter Standards sowie einer engeren Zusammenarbeit aller Akteure. Von daher unterstützt ver.di das Vorhaben, die Mitwirkungsmöglichkeiten von Kommunen bei der Zulassung von Pflegeeinrichtungen zu stärken, sowie den

Vorschlag, die Berücksichtigung der Landespflegeausschüsse bzw. der regionalen Pflegeausschüsse verbindlich zu machen. ver.di setzt sich für eine verbindliche Pflegestrukturplanung ein.

Zu Nummer 10 (§ 11 – Rechte und Pflichten der Pflegeeinrichtungen)

Zu Buchstabe a

Ergänzend ist klarzustellen, dass Pflegefachpersonen im Sinne dieses Gesetzes auch Personen sind, die über eine Erlaubnis nach § 58 des Pflegeberufgesetzes verfügen.

Zu Buchstabe b

Die Regelung sieht vor, dass Pflegeeinrichtungen verpflichtet werden sollen, die Mitarbeiter*innen sowie betriebliche Interessenvertretungen in die Entwicklung von einrichtungsspezifischen Konzepten zur Delegation von Leistungen von Pflegefachpersonen auf Pflegeassistenzpersonen sowie auf Pflegehilfskräfte und anderes Personal, das Leistungen der Pflege oder Betreuung von pflegebedürftigen Menschen erbringt, einzubeziehen. Die Mitarbeiter*innen sind über vorhandene Konzepte zu informieren und im Bedarfsfall zu schulen. Positiv ist, dass die Mitarbeiter*innen und die betrieblichen Interessenvertretungen in die Entwicklung der genannten Konzepte einbezogen werden sollen. Zu bedenken ist, dass die in den jeweiligen Ausbildungen zu erwerbenden Kompetenzen den Rahmen dafür bilden, welche Aufgaben von Pflegefachpersonen bzw. Pflegeassistent*innen bzw. Pflegehelfer*innen in der Praxis ausgeübt werden. Die Berufsausübung ist im Wesentlichen durch die Länder zu regeln. Pflegefacharbeit („Aufgaben von Pflegefachpersonen“) sollte grundsätzlich auch von Pflegefachpersonen geleistet werden. Soweit es sich um originäre Aufgaben von Pflegeassistenzkräften handelt, müssen sie nicht „delegiert“ werden, sondern können selbständig und eigenverantwortlich durchgeführt werden. Eines „Delegationskonzepts“ bedarf es daher nicht.

Die Arbeitsorganisation obliegt der jeweiligen Einrichtung in eigener Verantwortung. Die Pflegeeinrichtungen benötigen jeweils umfassende Stellenbeschreibungen, aus denen die jeweiligen Aufgaben hervorgehen. Entscheidend für die Beschäftigten ist, dass sie bei der Berufsausübung haftungsrechtlich umfassend abgesichert sind und – wie vorgesehen – die betrieblichen Interessenvertretungen gemäß ihrer Aufgaben einbezogen werden.

Zu Nummer 14 (§ 17a – Richtlinien zur Empfehlung von Pflegehilfsmitteln und Hilfsmitteln nach § 40 Absatz 6)

Zu Absatz 1

Grundsätzlich ist es sinnvoll, dass der Spitzenverband Bund der Pflegekassen beauftragt wird, seine Richtlinien inhaltlich zu überarbeiten und den Katalog an Pflegehilfsmitteln und Hilfsmitteln, die von einer Empfehlung durch Pflegefachpersonen umfasst sein können, zu aktualisieren. Allerdings ist die Regelung in Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 nicht zielführend. Hier ist klarzustellen, dass es sich grundsätzlich um Pflegefachpersonen handeln muss. Eine weitere Ausdifferenzierung nach Qualifikationsniveaus ist nicht sinnvoll. Es bedarf weder einer Weiterbildung noch eines Studiums, um den Bedarf an Pflegehilfsmitteln zu erkennen und diese zu empfehlen. Die hierfür notwendigen Kompetenzen werden in der Ausbildung zur Pflegefachperson vermittelt.

Zu Nummer 17 (§ 18e – Weiterentwicklung des Verfahrens zur Pflegebegutachtung durch Modellvorhaben, Studien und wissenschaftliche Expertisen)

Zu Buchstabe b

Ein Modellvorhaben, in dem geprüft wird, unter welchen Voraussetzungen und in welchem Umfang in der Versorgung tätige Pflegefachpersonen Aufgaben des Pflegebegutachtungsverfahrens übernehmen können und wie die Zusammenarbeit von Pflegefachpersonen und Medizinischen Dienst gestaltet sein sollte, ist zu begrüßen. Im Mittelpunkt eines solchen Modellvorhabens muss die Stärkung der Kompetenzen der Pflegeberufe stehen, nicht die Entlastung des Medizinischen Dienstes. Die Unabhängigkeit der Begutachtung muss sichergestellt sein. Darüber hinaus bietet es sich an, auch die Integration der Begutachtung durch Pflegefachpersonen im Krankenhaus im Rahmen des Entlassmanagements in einem Modellvorhaben zu untersuchen. Dies könnte eine zügige Begutachtung und Anschlussversorgung von Patient*innen ermöglichen.

**Zu Nummer 21 (§ 36 – Pflegesachleistung),
zu Nummer 22 (§ 37 – Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen),
zu Nummer 25 (§ 40 – Pflegehilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen),
zu Nummer 28 (§ 41 Absatz 2 – Tagespflege und Nachtpflege) sowie
zu Nummer 29 (§ 43 – Vollstationäre Pflege – Inhalt der Leistung)**

Bereits mit dem Pflegeunterstützungs- und Entlastungsgesetz wurden zum 01.01.2025 die Geld- und Sachleistungen nach Kapitel 4 SGB XI um 4,5 Prozent erhöht. Außerdem werden zum 01.01.2028 die Geld- und Sachleistungen regelhaft in Anlehnung an die Preisentwicklung (Kerninflation) automatisch dynamisiert. Mit den in Nummer 21, Nummer 22, Nummer 25 sowie Nummer 28 und Nummer 29 vollzogenen Erhöhungen wurde im Gesetzestext nachvollzogen, was schon ohnehin mit Verkündung im Bundesanzeiger gilt. Die Erhöhung zum 01.01.2025 ist angesichts der gestiegenen und weiter steigenden Kosten und der in den Jahren zuvor ausgebliebenen Erhöhungen deutlich zu kurz gegriffen. Die geplante Dynamisierung zum 01.01.2028 kommt viel zu spät und lässt die pflegebedürftigen Menschen mit den Auswirkungen der massiv gestiegenen Kosten allein.

Zu Nummer 25 (§ 40 – Pflegehilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen)

Zu Buchstabe d

ver.di begrüßt, dass Pflegefachpersonen im Rahmen ihrer Leistungserbringung konkrete Empfehlungen zur Hilfsmittel- und Pflegehilfsmittelversorgung abgeben können. Diese Aufgabe können Pflegefachpersonen grundsätzlich übernehmen. Es ist nicht notwendig, hier eine weitere Ausdifferenzierung nach Qualifikationsniveau der empfehlenden Pflegefachperson vorzunehmen.

Zu Nummer 42 (§ 72 – Zulassung zur Pflege durch Versorgungsvertrag)

Pflegeeinrichtungen, die nicht an Tarifverträge oder kirchliche Arbeitsrechtsregelungen (AVR) für ihre Beschäftigten in Pflege oder Betreuung gebunden sind, können zur Erlangung eines Versorgungsvertrages eine Entlohnung zahlen, die die Höhe der Entlohnung eines wählbaren Tarifvertrags (oder einer AVR) (sofern räumlich, zeitlich, fachlich, persönlich und regional gültig) nicht unterschreitet. Dabei muss die gesamte Entgeltsystematik (Eingruppierung etc.) angewendet

werden. Bisher müssen die Tarifierhöhungen des gewählten TV/AVR innerhalb von zwei Monaten nachvollzogen werden. So ist sichergestellt, dass Tarifsteigerungen zeitnah nachvollzogen werden und die Pflege- und Betreuungskräfte mit wenig Verzug eine tarifgerechte Entlohnung erhalten. Sollte es zu Verzögerungen im Rahmen der Pflegesatzverhandlungen kommen, können die gestiegenen Gehälter durch entsprechende Nachzahlungen zumindest verzögert ausbezahlt werden. Durch die Erhöhung dieser Frist auf drei Monate entsteht den betroffenen Pflege- und Betreuungskräften nun ein zusätzlicher finanzieller Nachteil, da tarifliche Lohnerhöhungen nun erst mit einer Verzögerung von einem Vierteljahr nachvollzogen werden müssen. Strukturelle Probleme werden hier zu finanziellen Ungunsten der Pflege- und Betreuungskräfte kompensiert. ver.di lehnt dies ab.

Pflegeeinrichtungen, die im Sinne von § 72 Absatz 3a SGB XI an Tarifverträge oder an kirchliche Arbeitsrechtsregelungen gebunden sind, sind dazu verpflichtet, nun zum 1. Juli (statt wie bisher zum 1. August) die daraus gezahlte Entlohnung der Arbeitnehmer*innen zu melden, die Leistungen der Pflege oder Betreuung von Pflegebedürftigen erbringen.

Zu Nummer 43 (§ 73a – Beeinträchtigungen bei Versorgungsverträgen)

ver.di spricht sich ausdrücklich für eine ersatzlose Streichung des Satzes 3 in § 73a Absatz 2 aus. Auch kurzzeitige bzw. vorübergehende Abweichungen von zulassungsrechtlichen Vorgaben sowie den vereinbarten Leistungs- und Qualitätsmerkmalen einschließlich der Personalausstattung und deren gesetzlichen Bestimmungen sind ausdrücklich abzulehnen. Arbeitgeber sind stattdessen dahingehend zu verpflichten, alles in ihrer Macht Stehende zu tun, um die Arbeitsbedingungen zu verbessern – dazu gehört entsprechende Ausfallkonzepte zu entwickeln und anzuwenden sowie den Arbeits- und Gesundheitsschutz zu verbessern, indem bestehende Instrumente zur Gefährdungsbeurteilung regelhaft zum Einsatz kommen, damit sowohl die Vorgaben zur Qualität als auch zu Personalvorgaben eingehalten werden können. Nur so lässt sich eine durchgehend hohe Versorgungsqualität sicherstellen und die Überlastung von Beschäftigten vermeiden.

Zu Nummer 63 (§ 113c – Personalbemessung in vollstationären Pflegeeinrichtungen)

Zu Buchstabe a

Für das Modellprojekt nach § 8 Absatz 3b SGB XI konnten Pflegeeinrichtungen Personal aufbauen. Mit der Änderung in § 113c Absatz 2 Satz 2 Nummer 2 SGB XI wird die Möglichkeit eröffnet, dass auch zukünftig nach Abschluss des Modellprojektes dieses Personal durch eine höhere Personalausstattung refinanzierbar ist (sachlicher Grund). ver.di begrüßt dies.

Die geplante Regelung in § 113c Absatz 2 Satz 2 Nummer 3 kann ein guter Ansatz sein, um in der Langzeitpflege den Einsatz von Pflegefachpersonen mit hochschulischer Qualifikation in der unmittelbaren Versorgung zu befördern. Unberührt davon ist weiter zu beraten, welche Aufgaben von hochschulisch ausgebildeten Pflegepersonen eine sinnvolle Ergänzung zu den Tätigkeiten der hochqualifizierten Fachkräfte mit beruflicher Ausbildung sein können. Maßstab für die Entwicklung von Tätigkeitsprofilen sind für uns die Anforderungen, die sich aus der pflegerischen Versorgung ergeben. Die besonderen Qualifikationsmöglichkeiten der Hochschulen, wie zum Beispiel eine stärkere Wissenschaftsorientierung, sind dabei zu berücksichtigen. Darüber hinaus ist eine Überschreitung auch durch beruflich ausgebildete Pflegefachpersonen zuzulassen. In Absatz 2 Nummer 3 ist demnach klarzustellen, dass sich diese Regelung auf die Berufsbezeichnung nach § 1 des Pflegeberufgesetzes bezieht.

Zu Buchstabe b

Zu Nummer 1

ver.di hat stets das Ziel verfolgt, abseits der Ergebnisse des Modellprojektes nach § 8 Absatz 3 b SGB XI, stationärer Tourenplanung und anderer Modelle darauf hinzuwirken, dass für die Einrichtungen vor Ort die Flexibilität besteht, eigene Konzepte umzusetzen. Trotz entsprechenden Nachbesserungen im Gesetzestext macht die Gesetzesbegründung deutlich, dass eine Abweichung von den Ergebnissen des Modellprojektes nur in begründeten Ausnahmefällen zulässig sein soll und dass die Konzepte einer Art Eignungsprüfung im Hinblick auf die Projektergebnisse unterliegen sollen:

„Mit der Änderung wird klargestellt, dass hierfür nicht nur die im Rahmen des Modellprogramms nach § 8 Absatz 3b bis zum Sommer 2025 zu entwickelnden und zu evaluierenden Maßnahmen, sondern auch Maßnahmen auf Grundlage trägereigener fachlicher Konzepte ver-

wendet werden können, die die Ziele des § 113c in vergleichbarer Weise umsetzen. Diese trägereigenen Konzepte sollen sich an den Zielen und der Konzeption der Maßnahmen, die nach § 8 Absatz 3b entwickelt und erprobt wurden, orientieren. Das bedeutet, dass sie sich an der Zielsetzung einer qualifikations- und kompetenzorientierten Bezugspflege orientieren sollen. Begründete Abweichungen sind konzeptabhängig möglich. Perspektivisch sind hierbei auch die Ergebnisse der wissenschaftlichen Expertisen nach § 8 Absatz 3c zu berücksichtigen. Der sog. Interventionskatalog des Modellprojekts nach § 8 Abs. 3b stellt hingegen keine isolierte, schematisch anzuwendende Grundlage für Maßnahmen der Personal- und Organisationsentwicklung dar.

Die konkrete Eignung der Konzepte beinhaltet, dass abhängig vom Umfang der Mehrpersonalisierung auch abgestufte Konzepte umgesetzt werden können. Dies ist auch ein Beitrag zur Entbürokratisierung, da nicht bereits bei einer nur geringen Mehrpersonalisierung ein umfassender Personal- und Organisationsentwicklungsprozess durchgeführt werden muss, sondern schrittweise abhängig vom Personalaufbau vorgegangen werden kann. Zudem werden durch die Regelung die Umsetzung des Personalbemessungsverfahrens und seiner Wirkungen auf die Arbeitsbedingungen der beruflich Pflegenden weiter beschleunigt.“ (S. 166)

Die Projektergebnisse sollen also trotz der erheblichen Umsetzungsprobleme in den Projekteinrichtungen fachlicher Maßstab werden und Abweichungen müssen begründet werden. Dies lehnen wir ab und schlagen vor den Halbsatz oben zu streichen und entsprechend zu ersetzen:

Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 wird wie folgt geändert:

„1. soll die Pflegeeinrichtung geeignete Maßnahmen der Personal- und Organisationsentwicklung durchführen, die einen personenzentrierten Personaleinsatz im Sinne der Ziele des § 113c gewährleisten.“

Die Zielsetzung eines neuen Personalbemessungsinstruments in der stationären Langzeitpflege muss nach wie vor sein, eine bedarfsgerechte pflegerische Versorgung zu gewährleisten. Dazu bedarf es nach wie vor eines Aufwuchses an qualifiziertem Pflegepersonal. Bislang werden mit §113c für Einrichtungen keinerlei Anreize gesetzt, die personelle Ausstattung und damit sowohl die Arbeitsbedingungen als auch die pflegerische Versorgung zu verbessern, da nur einseitig auf die Finanzierungslogik fokussiert wird. Um dem Ziel einer bedarfsgerechten Personalausstattung in Schritten näherzukommen ist es zwingend notwendig, zum einen schnellstmöglich zu bun-

desweit einheitlichen Pflegepersonaluntergrenzen zu kommen und gleichzeitig den Einrichtungen zu ermöglichen, einfacher mehr Personal einzustellen. Daher ist in § 113c Abs. 1 das Wort „höchstens“ zu streichen und Satz 1, erster Halbsatz wie folgt zu formulieren:

„Ab dem 1. Juli 2023 kann in den Pflegesatzvereinbarungen nach § 84 Absatz 5 Satz 2 Nummer 2 für vollstationäre Pflegeeinrichtungen die sich aus nachfolgenden Personalanhaltswerten ergebende personelle Ausstattung mit Pflege- und Betreuungspersonal vereinbart werden: ...“

Zu Nummer 2

Anstatt die Ursachen des Personalmangels in der Langzeitpflege konsequent anzugehen, soll mit dem Gesetzentwurf der Weg noch weiter forciert werden, die Standards in der vollstationären Langzeitpflege weiter abzusenken, statt diese zu erhöhen. Das steht im starken Widerspruch zum Ziel einer Stärkung der Kompetenzen der Pflegefachpersonen. Die geplante Regelung in Absatz 3 Nummer 2 wird daher abgelehnt, auch als befristete Regelung bis zum 31. Dezember 2026, zumal die Vorhaltung von Personal, das über eine mindestens einjährige medizinische, soziale, hauswirtschaftliche, kaufmännische oder betriebswirtschaftliche Qualifikation verfügt, alle „Türen“ öffnet. Wird an der Regelung festgehalten, ist zumindest festzuschreiben, dass es sich um einen zusätzlichen Einsatz weiteren Personals ausschließlich für administrative Aufgaben handelt. Zudem ist eine abschließende Regelung notwendig, um welche Qualifikationen es sich handeln kann.

Zu Nummer 3

Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene geben unter Beteiligung anderer Akteure Empfehlungen zu den Inhalten der Verträge mit Bezug auf Personalausstattung und Personaleinsatz ab. Diese Empfehlungen sind laut vorliegendem Entwurf in Zusammenarbeit mit den maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene zu erstellen. Da die Inhalte der Empfehlungen maßgeblichen Einfluß auf Arbeitsabläufe in den Einrichtungen und damit auch auf die Arbeitsbedingungen der Beschäftigten in der stationären Langzeitpflege haben, ist ver.di als maßgebliche Organisation auf Bundesebene hier zu beteiligen.

Zu Buchstabe c

Pflegebedürftige Menschen erwarten eine qualitativ hochwertige Versorgung, die sich an ihren individuellen Bedürfnissen ausrichtet. Gleichzeitig setzen die komplexen versorgungsbezogenen Anforderungen und die große Verantwortung eine hohe Fachlichkeit der Pflegepersonen voraus. Die Regelung, dass bei der personellen Ausstattung mit Fachkräften neben Pflegefachpersonen auch andere Fachkräfte aus dem Gesundheits- und Sozialbereich vorgehalten werden können, beinhaltet die Gefahr, dass die Qualität pflegerischer Versorgung leidet, insbesondere wenn es sich nicht um pflegerische Ausbildungen handelt. Der geplante Einsatz u. a. von Physiotherapeut*innen, Logopäd*innen, Ergotherapeut*innen berücksichtigt zum einen nicht, dass es sich hierbei um eigenständige Heilberufe handelt, die aufgrund ihres eigenen Berufsprofils nicht ersetzend, sondern ausschließlich zusätzlich zum Pflegepersonal und im Rahmen ihrer jeweiligen Aufgabenbereiche eingesetzt werden können. Zum anderen wird der bestehende vergleichbar hohe Fachkräftemangel in den Therapieberufen, aber auch zum Teil in den anderen aufgeführten Berufen, außer Acht gelassen. Notwendig wäre vielmehr, die Pflegeberufe und therapeutischen Berufe insgesamt zu stärken und ihre Kooperation im Sinne einer bestmöglichen Versorgung zu befördern. Welche Fachkräfte aus dem Gesundheitsbereich zusätzlich eingesetzt werden können, ist zudem abschließend festzulegen. Es muss sich dabei um staatlich geregelte Aus- und Weiterbildungen handeln.

Anstatt die Standards bei den geltenden Personalanhaltswerten für vollstationäre Pflegeeinrichtungen weiter abzusenken, gilt es, an den Ursachen des Fachkräftemangels anzusetzen. Alle verantwortlichen Akteur*innen sind dringend aufgefordert, alles zu unternehmen, um mit wirkungsvollen, nachhaltigen Maßnahmen den Teufelskreis aus Personalnot, schlechten Arbeitsbedingungen und zu wenig Zeit für eine gute Pflege zu durchbrechen. Dazu gehört auch, die Kommerzialisierung in der Altenpflege zu stoppen und umzukehren. Die Weichen für eine qualitativ hochwertige Versorgung sind jetzt richtig zu stellen.

Zu Nummer 64 (§ 113d - Geschäftsstelle zur Begleitung und Unterstützung der fachlich fundierten Personal- und Organisationsentwicklung von Pflegeeinrichtungen)

ver.di begrüßt grundsätzlich das Vorhaben, eine unabhängige qualifizierte Institution mit der Begleitung einer fachlich fundierten Personal- und Organisationsentwicklung von Pflegeeinrichtungen zu betrauen. Hierbei sind aus Sicht von ver.di auch der Pflegebedürftigkeitsbegriff nach § 14 SGB XI und das damit verbundene Pflegeverständnis einzubeziehen. Beides sollte außerdem Eingang in entsprechende Handlungsleitfäden finden. Positiv ist, dass Pflegefachpersonen

und Pflegeeinrichtungen bei der Umsetzung eines ganzheitlichen, personenzentrierten Pflegeverständnisses, das die Stärkung der Selbständigkeit und der Fähigkeiten der pflegebedürftigen Menschen in den Mittelpunkt stellt, unterstützt werden sollen. Damit die Praxisperspektive der Pflegepersonen Eingang findet, ist ver.di als größte Interessenvertretung der in der Pflege Beschäftigten an der Beauftragung zu beteiligen und soll auch vor dem Abschluss der Umsetzung der Maßnahmen die Gelegenheit zur Stellungnahme erhalten.

Zu Nummer 71 (§ 118a – Maßgebliche Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene, Verordnungsermächtigung)

Die Regelung in Absatz 1 soll die Beteiligung der maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe für die gesetzlich vorgesehenen Beteiligungen nach dem Fünften und Elften Buch Sozialgesetzbuch vereinheitlichen. Der Begriff der Organisationen soll dabei auch Verbände umfassen, deren satzungsmäßiger Zweck die Vertretung der berufspolitischen Interessen der Pflegeberufe ist. Das Ziel einer umfassenden Beteiligung der Pflegeberufe an den Aufgaben wird unterstützt.

Als maßgebliche Organisation der Pflegeberufe und repräsentative tarifzuständige Gewerkschaft im Bereich Pflege erwartet ver.di, auch als solche anerkannt und beteiligt zu werden. ver.di ist die Organisation bzw. Gewerkschaft, in der sich mit Abstand die meisten Pflegepersonen freiwillig organisieren und die gemäß ihrer Satzung neben und auch im Rahmen der Tarifpolitik und der Gestaltung der Arbeits- und Wirtschaftsbedingungen auch die berufsspezifische/berufspolitische Interessenvertretung ihrer Mitglieder im Bereich Pflege umfänglich übernimmt. Die Berufspolitik der Pflege hat für ver.di einen sehr hohen Stellenwert, was nicht zuletzt in dem breiten und intensiven Diskussionsprozess um das berufliche Selbstverständnis von in ver.di organisierten Pflegepersonen zum Ausdruck kommt. Notwendig ist daher eine entsprechende Klarstellung in der Gesetzesbegründung zum § 118a SGB XI dahingehend, dass ver.di eine maßgebliche Organisation der Pflegeberufe auf Bundesebene ist.

Zugleich ist der Gesetzeswortlaut des § 118 a SGB XI-E dergestalt anzupassen, dass im Bereich der Pflegebranche die repräsentativen tarifzuständigen (maßgeblichen) Gewerkschaften als maßgebliche Organisationen auf Bundesebene gelten.

Mindestens jedoch ist schon bereits im Gesetzeswortlaut des § 118a SGB XI-E zu gewährleisten, dass neben den maßgeblichen Organisationen und überall dort, wo diese auch an anderen Stellen des Gesetzentwurfes und der in § 118a Abs. 3 SGB XI-E genannten Verordnung erwähnt

werden, die für die Pflegebranche tarifzuständigen repräsentativen (maßgeblichen) Gewerkschaften gleichgestellt werden. Zusätzlich ist überall dort ausdrücklich die Begrifflichkeit der „tarifzuständigen repräsentativen (maßgebliche) Gewerkschaften“ zu nennen. Dieses Erfordernis ergibt sich bereits aus Art. 9 Abs.3 GG. Dieser schützt nicht nur den Abschluss von Tarifverträgen als klassisches Mittel zur Verbesserung der Arbeits- und Wirtschaftsbedingungen, sondern umfasst auch alle anderen koalitionspezifischen Betätigungsformen. Dazu zählen etwa die berufsspezifische/berufspolitische Interessenvertretung, die Mitwirkung an Gesetzgebungsverfahren, die Organisation von Protestaktionen, die Öffentlichkeitsarbeit sowie die Einflussnahme auf berufsbezogene Standards und Qualifikationen. Die Koalitionsfreiheit ist inhaltlich nicht auf tarifliche Aktivitäten beschränkt, sondern garantiert ein umfassendes Handlungsrecht zur Förderung der Arbeitsbedingungen – unabhängig von der konkreten Methode. Eine Anerkennung als maßgebliche Organisation und diesen Gleichgestellten darf daher nicht allein an tarifpolitischer Tätigkeit bemessen werden, sondern muss alle koalitionspezifischen Aktivitäten gleichwertig berücksichtigen. Ein Ausschluss aus dem Kreis der anerkannten Verbände bzw. eine Zurücksetzung repräsentativer und für den Bereich Pflegebranche tarifzuständiger Gewerkschaften würde die verfassungsrechtlich garantierte Koalitionsfreiheit der Gewerkschaften aus Art. 9 Abs. 3 GG verletzen und die legitime Mitwirkung unserer Gewerkschaft an der Gestaltung beruflicher Rahmenbedingungen unzulässig beschränken.

Die Ausführungen in der Begründung, dass eine Beteiligung der repräsentativen tarifzuständigen (maßgeblichen) Gewerkschaften im Gesetzentwurf nur dann und auch nur als „Sollvorschrift“ vorgesehen ist, wenn es um Fragen der Gestaltung von Arbeitsbedingungen geht, haben wir daher mit Unverständnis wahrgenommen. Zudem bleibt das auch hinter den Anforderungen aus Art. 9 Abs. 3 GG zurück, wonach die Koalitionsfreiheit der Gewerkschaften und damit jede koalitionspezifische Betätigung der Gewerkschaften den Bereich der Arbeits- und Wirtschaftsbedingungen umfasst und nicht nur der Arbeitsbedingungen. Die Zukunft der Pflegeberufe darf nicht ohne ver.di als die größte Mitgliederorganisation im Gesundheitswesen verhandelt werden.

Darüber hinaus bedarf es in § 118a SGB XI-E einer Klarstellung, dass die sich aus Art. 9 Abs. 3 GG ergebenden und über das vorliegende Gesetz deutlich hinausgehenden Beteiligungsrechte und Regelungsbefugnisse der Gewerkschaften auch im Rahmen dieses Gesetzes und der in § 118a SGB XI-E genannten Verordnung berücksichtigt werden und insgesamt unberührt bleiben, u.a. und insbesondere im Bereich Arbeitszeit, Arbeitsschutz, Entgelt, Ausbildung etc.

ver.di setzt sich für die Stärkung der Pflegeberufe ein. Entscheidend ist, dass gemeinsam die zentralen Probleme der Pflegeberufe angegangen und sie mit wirkungsvollen Maßnahmen deutlich gestärkt werden. Der in der Begründung enthaltene Bezug auf eine Bundespflegekammer sollte deshalb gestrichen werden. Entsprechend der Ausführung in der Begründung gibt es aktuell auf Bundesebene für die Pflegeberufe keine Bundespflegekammer, die durch flächendeckend eingerichtete Landespflegekammern gestützt wird. Dies erscheint auch vor dem Hintergrund, dass unter anderem infolge von Vollbefragungen die Landespflegekammern in Niedersachsen und Schleswig-Holstein aufgelöst wurden, sich die befragten Pflegefachpersonen in Hamburg und Hessen gegen die Errichtung einer Pflegekammer ausgesprochen haben und in Baden-Württemberg die Gründung einer Pflegekammer gestoppt wurde, absehbar auch nicht zu erwarten und dürfte von vielen Pflegefachpersonen zudem nicht erwünscht zu sein.

Bei der geplanten Vereinheitlichung der maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe sind darüber hinaus weitere Akteur*innen wie die Arbeitskammer des Saarlandes und die Arbeitnehmerkammer Bremen verbindlich mit einzubeziehen. Ebenso sollte in der Begründung bei den Organisationen auf Landesebene auch die Vereinigung der Pflegenden in Bayern beispielhaft mit aufgeführt werden.

Aufgrund der obigen Ausführung bestehen folgende, konkrete Änderungsbedarfe in § 118a: Maßgebliche Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene, Verordnungsermächtigung

§ 118a Abs. 1 ist wie folgt zu ändern:

„(1) Bei den Aufgaben nach diesem und dem Fünften Buch wirken die für die Wahrnehmung der Interessen der Pflegeberufe maßgeblichen Organisationen auf Bundesebene (maßgebliche Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene) [alternativ: und repräsentativen und tarifzuständigen (maßgeblichen) Gewerkschaften] im Rahmen der in der jeweiligen Regelung vorgesehenen Beteiligungsform mit. Die maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene beteiligen dabei weitere Organisationen der Pflegeberufe, auch auf Landesebene. Die sich aus Art. 9 Abs. 3 GG ergebenden Beteiligungsrechte und Regelungsbefugnisse der Gewerkschaften sind auch im Rahmen dieses Gesetzes und der Verordnung im Sinne des Absatzes 3 zu berücksichtigen und bleiben insgesamt unberührt.“

Zusätzlich ist folgender Satz zu ergänzen:

„Die in der Pflegebranche repräsentativen, tarifzuständigen (maßgeblichen) Gewerkschaften gelten als maßgebliche Organisation auf Bundesebene.“

Zu Artikel 3 – Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Zu Nummer 2 (§ 15a – Behandlung durch Pflegefachpersonen, Pflegeprozessverantwortung)

ver.di begrüßt ausdrücklich, dass mit § 15a SGB V erstmalig geregelt wird, dass Pflegefachpersonen bestimmte Leistungen der Behandlung der gesetzlichen Krankenversicherung, die bisher Ärzt*innen vorbehalten waren, eigenverantwortlich erbringen dürfen. Die Regelung, welche Qualifikationsvoraussetzungen dafür notwendig sind, ist grundsätzlich sinnvoll. Allerdings besteht bei der konkreten Ausgestaltung in Absatz 1 deutlicher Änderungsbedarf. Der für Personen mit einer beruflichen Pflegeausbildung vorgesehene Weg greift zu kurz. Nach der vorgesehenen Regelung können diese die erforderlichen fachlichen Kompetenzen durch eine staatlich anerkannte, bundesweit einheitliche Weiterbildung oder durch eine einer solchen Weiterbildung entsprechenden Berufserfahrung erwerben, die durch eine staatliche Kompetenzfeststellung der Länder nachgewiesen wurde. Bundesweit einheitliche Weiterbildungen sind ausdrücklich geboten. Doch derzeit zeichnet sich die Weiterbildungslandschaft durch eine große Heterogenität aus und es ist nicht absehbar, ob und in welcher zeitlichen Perspektive es zu einheitlichen Standards kommt. Ebenso sind die staatlichen Kompetenzfeststellungsverfahren durch die Länder inkl. der dafür notwendigen einheitlichen Kriterien noch nicht gegeben. Es braucht hier dringend Lösungen, damit beruflich ausgebildete Pflegefachpersonen die erforderlichen fachlichen Kompetenzen erwerben können. Nach Einschätzung von ver.di braucht es eine entsprechende Möglichkeit der Nachqualifizierung auch für beruflich qualifizierte Pflegefachpersonen, wie es in § 66e des Pflegeberufgesetzes für bereits hochschulisch qualifizierte Pflegefachpersonen nach Pflegeberufgesetz vorgesehen ist. Grundsätzlich spricht sich ver.di dafür aus, dass die heilkundlichen Kompetenzen in den Bereichen diabetische Stoffwechsellage, chronische Wunden und Demenz auch regelhaft in der beruflichen Ausbildung erworben werden, ggf. ist dafür die Ausbildungsdauer zu verlängern (siehe die Ausführungen zu Artikel 5).

Pflegefachpersonen im Sinne dieses Gesetzes sind auch Personen, die über eine Erlaubnis nach § 58 des Pflegeberufgesetzes verfügen. In § 15a Absatz 3 SGB V ist daher nach „§ 1“ die Angabe „und § 58“ einzufügen.

Damit die Ausübung von Heilkunde künftig in einem gesicherten Rahmen stattfindet, ist neben den Anpassungen im Berufs- und Leistungsrecht auch zu prüfen, wie zentrale Regelungen aus dem Heilpraktikergesetz zumindest neu und zeitgemäß gefasst werden können. Ziel muss sein, dass die Heilkundeausübung für alle Heilberufe im Rahmen ihrer jeweiligen Kompetenzen ermöglicht wird.

Zu Nummer 16 (§ 73d – Eigenverantwortliche Erbringung von Leistungen durch Pflegefachpersonen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung; eigenverantwortliche Verordnung von häuslicher Krankenpflege durch Pflegefachpersonen, Evaluation)

Zu Absatz 1

ver.di begrüßt, dass die Modelle zur Übertragung von ärztlichen Tätigkeiten auf Pflegefachpersonen in die Regelversorgung überführt und um zusätzliche Befugnisse im Rahmen der häuslichen Krankenpflege und der Hilfsmittelversorgung erweitert werden. Dieser Schritt ist überfällig, auch um entsprechend qualifizierten Pflegefachpersonen eine belastbare Perspektive für ein dauerhaftes Ausüben dieser Aufgaben in der gesetzlichen Krankenversicherung zu eröffnen. Gut ist, dass diese Perspektive für alle Pflegefachpersonen eröffnet wird. Allerdings erachtet es ver.di für geboten, dass – wie eingangs ausgeführt – der Erwerb weiterer heilkundlicher Kompetenzen in den Bereichen diabetische Stoffwechsellage, chronische Wunden und Demenz auch in der beruflichen Pflegeausbildung bzw. den entsprechenden Fachweiterbildungen bereits regelmäßig erfolgt. Insgesamt müssen die Regelungen dazu dienen, die Pflege in ihrem Kernauftrag zu stärken.

Grundsätzlich zu begrüßen ist, dass nach § 73d Abs. 1 S. 1 in dem zu schließenden Vertrag neben Modellvorhaben auch zusätzliche Möglichkeit zur Erbringung bestimmter Leistungen der ärztlichen Behandlung im Rahmen der häuslichen Krankenpflege und Hilfsmittelversorgung geschaffen werden sollen, die den gesamten Bereich der ärztlichen Behandlung einschließlich der ärztlichen rehabilitativen Leistungen berücksichtigen. Mit der Zielvorgabe einer Festlegung der vertraglichen Einzelheiten zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der Vereinigung der Träger von Pflegeheimen und den für die Wahrnehmung der Interessen von Pflegediensten maßgeblichen Spitzenorganisationen bis zum 31. Juli 2027 wird allerdings ein weit gefasster Rahmen gewählt. Angesichts des Erfordernisses einer schnellen Umsetzung der beabsichtigten Regelung zur eigenverantwortlichen Erbringung

von Leistungen durch Pflegefachpersonen fordert ver.di, einen entsprechenden Vertragsschluss bis zum 31. Dezember 2026 zu beauftragen.

Zu Nummer 10 b (§ 45 Abs. 2a – Festlegung der Bezugsdauer von Kinderkrankengeld für das Jahr 2026)

ver.di begrüßt grundsätzlich die Festlegung, dass die erweiterte Anspruchsdauer für Kinderkrankengeld für Versicherte auf 15 Arbeitstage pro Kind und Elternteil bzw. 30 Arbeitstage für Alleinerziehende auch für 2026 fortgeschrieben werden soll. Längstens ergeben sich bei mehr als einem Kind damit insgesamt 35 Arbeitstage pro Elternteil bzw. 70 Arbeitstage für Alleinerziehende. Dabei ist ausdrücklich festzustellen, dass die Verlängerung durch Sonderregelungen, die im Zuge der COVID-19-Pandemie beschlossen wurden, zwar eine Verbesserung gegenüber der vorpandemischen gesetzlichen Regelung von 10 Arbeitstagen pro Kind und Elternteil bzw. 25 Tagen bei mehreren Kindern darstellt. Jedoch ist auch diese erweiterte Bezugsdauer von Kinderkrankengeld weder sachgerecht noch realitätsbezogen und kann nicht zuverlässig die regelmäßig mögliche Erkrankungsdauer von Kindern, etwa aufgrund des hohen saisonalen Infektionsgeschehens in Kindertageseinrichtungen und Schulen insbesondere zwischen der 40. KW und der 20. KW des Folgejahres, abdecken. Für berufstätige Eltern führt diese zeitliche Limitierung des Kinderkrankengeldes neben der ständigen Ungewissheit, ob die zur Verfügung stehenden Kinderkrankentage pro Jahr mit der tatsächlich gegebenen Erkrankungsdauer korrelieren, im Zweifelsfall zur Notwendigkeit, Urlaubstage zur Betreuung erkrankter Kinder zu nehmen, sofern keine anderen Möglichkeiten zur Begleitung während der Genesung vorhanden sind. Sowohl im Sinne der Gewährleistung einer bedarfsgerechten Erholungsmöglichkeit erwerbstätiger Eltern wie auch der notwendigen Entlastung vom Druck, Kinder innerhalb des Kinderkrankengeldbezugszeitraumes wieder genesen zu lassen, fordert ver.di, dass die gesetzlich ermöglichte Bezugsdauer von Kinderkrankengeld sich am regelmäßig zu erwartenden tatsächlichen Infektionsgeschehen orientiert und insofern eine erweiterte Anspruchsdauer ermöglicht, die auch unvorhergesehene Erkrankungen von Kindern, etwa durch Unfälle oder nicht-saisonale Krankheitswellen, abdeckt.

Die für das Jahr 2022 getroffenen gesetzlichen Regelungen bieten eine geeignete Grundlage, um eine solche Erweiterung umzusetzen. ver.di fordert, § 45 Abs. 2 wie folgt neu zu fassen:

„Abweichend von Absatz 2 Satz 1 besteht der Anspruch auf Krankengeld nach Absatz 1 in dem Kalenderjahr 2026 für jedes Kind längstens für 30 Arbeitstage, für alleinerziehende Versicherte längstens für 60 Arbeitstage.“

Zu Nummer 21 (§ 112a – Eigenverantwortliche Erbringung von Leistungen durch Pflegefachpersonen im Rahmen der Krankenhausbehandlung)

Zu Absatz 1, 2 und 4

ver.di begrüßt die Zielsetzung, auch im Rahmen der Krankenhausbehandlung eine eigenverantwortliche Erbringung ärztlicher Leistungen durch Pflegefachpersonen auf Grundlage eines vereinbarten Leistungskatalogs vorzusehen. Es ist davon auszugehen, dass durch eine solche Veränderung für Pflegefachpersonen Auswirkungen auf die im Rahmen der durch die Pflegepersonalbemessungsverordnung PPBV verankerte gesetzliche Pflegepersonalbemessung entstehen, die sich etwa durch neue Tätigkeiten, zusätzliche Behandlungsschritte, aber auch Dokumentationspflichten etc. ergeben. Ziel der Pflegepersonalbemessungsverordnung ist die Sicherstellung einer bedarfsgerechten Pflegepersonalbemessung auf den bettenführenden Stationen der Somatik. Um dies auch unter den Voraussetzungen des § 112a zu erbringen, fordert ver.di, dass die Vertragspartner nach Absatz 1 eine Evaluation um den Gesichtspunkt der Auswirkung auf die Vorgaben der gesetzlichen Pflegepersonalbemessung erweitern und hieraus gegebenenfalls erforderliche Empfehlungen für eine Weiterentwicklung der PPR 2.0 nach § 137I SGB V im Rahmen der Erstellung eines Ergebnisberichtes der Evaluation wie im Auftrag vorgesehen.

Dazu ist Abs. 4 Satz 1 Nr. 4 neu einzufügen:

4. „Auswirkungen einer eigenverantwortlichen Leistungserbringung durch Pflegefachpersonen auf die Einhaltung von Vorgaben zur gesetzlichen Pflegepersonalbemessung.“

Die Evaluation der eigenverantwortlichen Erbringung von Leistungen der ärztlichen Behandlung durch Pflegefachpersonen in Krankenhäusern muss durch eine unabhängige Stelle erfolgen.

Zu Artikel 5 – Änderung des Pflegeberufgesetzes

Zu Nummer 3 (§ 4 – Vorbehaltene Aufgaben, Pflegeprozessverantwortung)

Zu Buchstabe b

Es ist grundsätzlich zu begrüßen, dass mit dem Pflegeberufegesetz erstmalig vorbehaltenen Aufgaben festgelegt wurden. Allerdings beziehen die vorbehaltenen Aufgaben nicht den gesamten Pflegeprozess ein, da die Durchführung der Pflege fehlt. Für einen ganzheitlichen Pflegeprozess, in welchem sich die Qualität auch am individuell erfüllten Bedarf der Patient*innen bzw. pflegebedürftigen Menschen orientiert, ist eine grundlegende Nachbesserung dahingehend notwendig, dass die Vorbehaltsregelungen den gesamten Pflegeprozess umfassen. Das Pflegeprozessmodell stellt einen Regelkreis dar, der insgesamt eine Einheit bildet.

Wenn nicht alle Schritte des Ausbildungsziels nach § 5 Abs. 3 Nr. 1a-d PflBG unter den Vorbehalt einer Pflegefachausbildung nach dem Pflegeberufegesetz gestellt werden sollen, so müssen zumindest die Pflegeplanung, Durchführung und Dokumentation als einheitlicher Arbeitsprozess erhalten bleiben. Pflegeassistent*innen die Planung der von ihnen durchzuführenden Pflege zu untersagen, dürfte nicht zu einer Qualitätsverbesserung führen. Durch die weitere Aufteilung des Pflegeprozesses ist in der Praxis vielmehr eine weitere Hierarchisierung der Pflegeberufe zu befürchten. Die Frage ist auch, welche Auswirkungen eine weitere Ausdifferenzierung pflegerischer Tätigkeit auf die Arbeitsorganisation und die Berufszufriedenheit der Pflege(fach)personen hat.

Zu Nummer 4 (§ 4a – Eigenverantwortliche Heilkundeausübung)

ver.di begrüßt die Klarstellung, dass die Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung „Pflegefachfrau“, „Pflegefachmann“ oder „Pflegefachperson“ auch die Befugnis zur Heilkundeausübung im jeweiligen Umfang, der in der beruflichen oder hochschulischen Pflegeausbildung erworbenen Kompetenzen umfasst. Das ist ein wichtiger Schritt, um in der Praxis mehr Rechtssicherheit zu erhalten. Zu bedenken ist allerdings, dass Heilkunde nicht einheitlich definiert ist und im Heilpraktikergesetz sehr weit gefasst ist. Die ungenügende Definition gilt insbesondere für die weiteren heilkundlichen Aufgaben, da die entsprechenden standardisierten Module allein empfehlende Wirkung haben. Es muss sichergestellt werden, dass die Kompetenzen zur eigenverantwortlichen Ausübung der Heilkunde auch tatsächlich Gegenstand der Ausbildung sind. Bisher wurden sie in der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Pflegeberufe und den Curricula nur unzureichend berücksichtigt. Zudem ist in § 4a ergänzend aufzunehmen, dass die Befugnisse zur Heilkundeausübung auch die Kompetenzen im jeweiligen Umfang umfassen, die im Rahmen von Fort- und Weiterbildungen erworben werden. Klarzustellen ist, dass Pflegefachpersonen mit einer Erlaubnis nach § 1 auch Personen umfasst, die über eine Erlaubnis nach § 58 des Pflegeberufegesetzes verfügen.

Nicht sachgerecht ist, dass die Wahrnehmung von heilkundlichen Aufgaben in den Bereichen diabetische Stoffwechsellage, chronische Wunden und Demenz allein im Rahmen der hochschulischen Ausbildung nach Pflegeberufegesetz seit 1. Januar 2025 erworben werden können. Es gibt keinen fachlichen und sachlichen Grund, weshalb dies nicht entsprechend für beruflich qualifizierte Pflegefachpersonen gelten soll. Notwendig ist eine Regelung, die einen vergleichbaren Kompetenzerwerb auch für die berufliche Ausbildung in § 5 PflBG regelhaft vorsieht, ggf. unter Anpassung der zeitlichen Dauer der Ausbildung.

Zu Nummer 5 (§ 14a – Standardisierte Kompetenzbeschreibungen für heilkundliche Aufgaben)

Die standardisierten Kompetenzbeschreibungen sind regelmäßig zu prüfen und bei Bedarf zeitnah an den medizinischen und pflegewissenschaftlichen Fortschritt anzupassen. Die Formulierung „in geeigneten Abständen“ ist zu unbestimmt.

Die Genehmigung der Module, auch bei Änderungen, durch die zuständigen Ministerien ist sinnvoll und notwendig.

Zu Nummer 6 (§ 37 Ausbildungsziele)

Pflegefachpersonen müssen die Aufgaben, die zu ihrem Berufsbild gehören, selbständig und eigenverantwortlich ausüben können, und die dafür notwendigen Kompetenzen erwerben. Deshalb spricht sich ver.di dafür aus, in den Ausbildungszielen die Formulierung „der selbständigen und eigenverantwortlichen Wahrnehmung weiterer heilkundlicher Aufgaben“ zu verwenden. In Anlehnung an den DQR sind die Begriffe „selbstständig“ und „eigenverantwortlich“ im Gesetz zu definieren, um unterschiedliche Auslegungen in der Praxis zu vermeiden. Wie zu Nummer 4 ausgeführt, braucht es einen vergleichbaren Kompetenzerwerb zur Wahrnehmung von heilkundlichen Aufgaben in den Bereichen diabetische Stoffwechsellage, chronische Wunden und Demenz auch in der beruflichen Pflegeausbildung, ggf. unter Anpassung der zeitlichen Dauer der Ausbildung.

Zu Nummer 9 (§ 66e - Übergangsvorschrift für Personen, die bereits über eine Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung nach § 1 Satz 2 verfügen)

Die Möglichkeit der Nachqualifizierung darf nicht nur Personen vorbehalten sein, die eine hochschulische Pflegeausbildung nach Teil 3 des Pflegeberufgesetzes absolviert haben. Wie oben ausgeführt, spricht sich ver.di dafür aus, dass für die berufliche Pflegeausbildung im Rahmen der Ausbildungsziele nach § 5 PflBG ein vergleichbarer Kompetenzerwerb zur Wahrnehmung von heilkundlichen Aufgaben vorgesehen wird. Entsprechend dieser Regelung sollte die Möglichkeit der Nachqualifizierung auch für beruflich ausgebildete Pflegefachpersonen eröffnet werden. Die Vorschriften nach Teil 2 des Pflegeberufgesetzes sind entsprechend anzuwenden. Damit würde für diesen Personenkreis eine regelhafte Zusatzqualifikation unter gesicherten Bedingungen etabliert. Der bisher vorgesehene Weg, dass Personen mit einer beruflichen Pflegeausbildung die erforderlichen fachlichen Kompetenzen durch eine staatlich anerkannte, bundesweit einheitliche Weiterbildung erwerben können, reicht nicht aus, zumal die Voraussetzungen sowohl für die bundesweit einheitliche Weiterbildungen und die staatlichen Kompetenzfeststellungsverfahren erst noch geschaffen werden müssen.

Weiterer Regelungsbedarf mit Blick auf das Pflegeberufgesetz

Junge Menschen für die Pflegeausbildung zu gewinnen und sie dauerhaft im Beruf zu halten, ist für die Fachkräftesicherung entscheidend. Für eine nachhaltige Stärkung der Pflegeausbildung muss das Pflegeberufgesetz wie nachfolgend aufgeführt nachgebessert werden:

- Die Einführung eines Mindestumfangs zur geplanten und strukturierten Praxisanleitung im Pflegeberufgesetz war ein wichtiger Schritt. Doch es besteht dringender Handlungsbedarf, damit die Praxisanleitung quantitativ und qualitativ im erforderlichen Umfang flächendeckend umgesetzt wird. Erforderlich sind Konsequenzen bei Nichteinhaltung des Mindestumfangs, die Ausbildungsbetriebe müssen in diesem Fall sanktioniert werden. Angesichts der großen Bedeutung der Praxisanleitung für eine gelingende Ausbildung ist der Mindestumfang für Praxisanleitung von 10 Prozent auf 30 Prozent zu erhöhen. Daneben ist die situative Anleitung in alltäglichen Lernsituationen durch ständige Anwesenheit qualifizierten Fachpersonals sicherzustellen. Die Praxisanleiter*innen sind für die Erfüllung ihrer spezifischen Aufgaben inklusive der Vor- und Nachbereitungszeiten von der Pflegearbeit freizustellen.

Aufgrund bisheriger Erfahrungen in der Praxis sollte in der Finanzierungsverordnung eine Klärung erfolgen, dass zu den „Kosten der Praxisanleitung“ auch ein höherer als der gesetzlich

vorgeschriebene Mindestumfang zur Praxisanleitung gehören kann, wenn dies durch Länderregelungen festgelegt oder von den Tarifvertragsparteien bzw. im Rahmen von betrieblichen Vereinbarungen vereinbart worden ist.

- Das „angemessene Verhältnis“ von Fachkräften zu Auszubildenden ist im Sinne der hierzu erfolgten Rechtsprechung festzulegen.
- Die Ausbildung muss im Vordergrund stehen. Auszubildende dürfen nicht auf Stellen für ausgebildetes Personal angerechnet werden. Entsprechend der hochschulischen Ausbildung nach Pflegeberufegesetz braucht es auch für die berufliche Ausbildung eine Regelung, dass die Kosten der Ausbildungsvergütung ohne Anrechnung eines Wertschöpfungsanteils finanziert werden.
- Im Rahmen der Umsetzung der generalistischen Ausbildung besteht für die Einsätze im ambulanten Bereich dringender Handlungsbedarf. Aus der Praxis wird wiederholt berichtet, dass Auszubildende oftmals allein zu den pflegebedürftigen Menschen fahren müssen. Um dieser Praxis zu begegnen, ist eine Klarstellung im Gesetz angebracht, dass die Ausbildung immer unter Aufsicht und Anleitung einer Pflegefachperson erfolgen muss. Damit wird eine wichtige Voraussetzung geschaffen, dass die Ausbildung im Vordergrund steht.
- In der Ausbildung nach Pflegeberufegesetz scheinen aufgrund der Rückmeldungen aus der Praxis wichtige Querschnittskompetenzen, die für die Berufsausübung generell erforderlich sind, nicht in ausreichendem Umfang vermittelt zu werden. Dies betrifft insbesondere die Kompetenzfelder „Arbeits- und Tarifrecht“. Diese grundlegenden Kompetenzen könnten in Anlehnung an die Standardberufsbildpositionen der dualen Ausbildungsberufe in der Ausbildungspraxis vermittelt werden, ggf. sind sie auf die Besonderheiten der Heilberufe entsprechend anzupassen. Ergänzend sollten auch die Kenntnisse zum Berufs- und Ausbildungsrecht ausgeweitet werden. Damit könnten die Auszubildenden für ihr späteres Berufsleben gestärkt werden.
- Es gibt keinen sachlichen Grund für eine unterschiedliche Anwendung der Fehlzeitenregelung. Analog zur hochschulischen Pflegeausbildung ist auch in der beruflichen Pflegeausbildung auf die starre Fehlzeitenregelung zu verzichten. Die Berufsfähigkeit wird durch das Bestehen der abschließenden Prüfung nachgewiesen. Die Anwesenheit gemessen in Stunden ist dagegen nicht entscheidend.

Immer wieder wird von Problemen berichtet, Jugend- und Auszubildendenvertretungen auch während der theoretischen Ausbildungszeit an Pflegeschulen für ihre Aufgaben freizustellen.

Auf Grund der engen Verzahnung von theoretischem Unterricht und praktischer Ausbildung genügt es nicht, sie allein während der Praxisphasen freizustellen. Gerade bei diesen engagierten Auszubildenden führt die rigide Fehlzeitenregelung dazu, dass sie Gefahr laufen, nicht zur Abschlussprüfung zugelassen zu werden.