

Die Deutsche Gesellschaft für Fachkrankenpflege und Funktionsdienste begrüßt den Referentenentwurf des Pflegekompetenzgesetzes. Hier wurden wichtige grundsätzliche Festlegungen formuliert, die die Rolle der Pflegefachpersonen im interprofessionellen Kontext stärken.

- Besonders positiv ist die gesetzliche Verankerung als Heilberuf hervorzuheben (§4a PflBG) damit die Planung, Steuerung und Evaluation sowie Pflegeinterventionen künftig auch im Leistungsrecht abgebildet werden können.
- Außerdem wurde die Planung des Pflegeprozesses (§4 Abs. 2PflBG) in den Vorbehaltsaufgaben ergänzt, was folgerichtig und notwendig war.
- Generell ist außerdem positiv zu begrüßen, dass Pflegefachpersonen auch in den Gesetzestexten nicht mehr als „Pflegekräfte“ bezeichnet werden. Pflegefachpersonen füllen Aufgabenbereiche mit ihrer Fachkompetenz aus und darüber hinaus wird ausgedrückt, dass es für bestimmte Aufgaben in der Versorgung von Menschen mit Pflegebedarf unumgänglich dieser Qualifikation und Fachkompetenz bedarf.
- Die Finanzierungen und Befugnisse in der ambulanten Pflege, Langzeitpflege und für neue Wohnformen sind sehr konkret formuliert, abgesichert und mit entsprechenden Kontrollmechanismen durchdacht. Für den Akutbereich im Krankenhaus bleibt es sehr ungenau und lässt gerade für das Qualifikationslevel der Fachweiterbildungen und akademischen Pflege in der direkten Patientenversorgung viele Fragen offen.

Eine Weiterbildung im Sinne dieser Stellungnahme meint eine anerkannte, berufsbegleitende Weiterbildung (z.B. für Intensivpflege und Anästhesie) mit mindestens 720 Stunden Theorie und 1900 Stunden Praxis, davon mindestens 10% (also mindestens 190h) unter fachpraktischer Anleitung. Aktuell arbeitet die Deutsche Gesellschaft für Fachkrankenpflege und Funktionsdienste e.V. mit Pflegewissenschaftler\*innen an Muster-Weiterbildungsordnungen für die Weiterbildungen Intensiv- und Anästhesiepflege, OP-Pflege und Notfallpflege sowie an begleitenden Scope-of-Practice.

Daraus leitet sich ab, dass künftig gerade die pflegerischen Fachgesellschaften direkt als maßgebliche Organisationen auf Bundesebene einzubeziehen sind und an der Entwicklung von Scope-of-Practice und Muster-Weiterbildungsordnungen beteiligt werden müssen.

### **Änderungen des Elften Buches Sozialgesetzbuch**

#### **§5 Abs. 1a SGB XI**

Hier wird ein deutlicher Fokus auf die Rolle der Pflegefachpersonen gelegt, die als zentrale Akteure fungieren sollen, um eine Erhöhung des Pflegegrades in der ambulanten Versorgung zu verhindern. Gemäß §5 Abs.3 S.1f PflBG ist *„Beratung, Anleitung und Unterstützung von zu pflegenden Menschen bei der individuellen Auseinandersetzung mit Gesundheit und Krankheit sowie bei der Erhaltung und Stärkung der eigenständigen Lebensführung und Alltagskompetenz unter Einbeziehung ihrer sozialen Bezugspersonen“* Ziel der Ausbildung von Pflegefachpersonen. In dem neu eingefügten Absatz 1a findet dies seine Entsprechung im praktischen Feld. Diese Neuregelung wertet die Rolle der Pflegefachpersonen erheblich auf, da sie die Schnittstelle zwischen den Pflegebedürftigen, den Pflegekassen und den gesundheitlichen Präventionsangeboten bilden.

#### **§8, neuer Absatz 3c SBG XI**

In Absatz 3 c wird die Bedeutung der wissenschaftlichen Erforschung und Ausarbeitung der Inhalte heilkundlicher Befugnisse hervorgehoben, die von Pflegefachpersonen erbracht werden sollen. Daher müssen insbesondere auch pflegerische Fachgesellschaften in die Erarbeitung dieser Scope-of-Practice einbezogen werden, da sie die Schnittstellen zwischen Pflegewissenschaft und Praxis abbilden.

Pflegefachpersonen mit absolvierter zweijähriger Fachweiterbildung, z.B. im Bereich der Anästhesie- und Intensivpflege, OP- und Notfallpflege sowie onkologischer Pflege können aufgrund ihrer erworbenen zusätzlichen Fach-, Personal- und Methodenkompetenz komplexere Pflegeprozesse planen, durchführen und evaluieren. Auch in den Funktionsbereichen wie z.B. der Endoskopie müssen erweiterte Qualifikationen berücksichtigt werden. Die Deutsche Gesellschaft für Fachkrankenpflege und Funktionsdienste e.V. arbeitet aktuell an Scope-of-Practice für die hochspezialisierten Bereiche Anästhesie und Intensivpflege, sowie OP- und Notfallpflege.

#### **§10a SGB XI Amt der oder des Beauftragten der Bundesregierung für Pflege**

Die Einführung des Amtes der oder des Beauftragten für Pflege ist ein wichtiger Schritt zur Stärkung der Interessenvertretung sowohl der Pflegebedürftigen als auch der Pflegefachpersonen. Diese ernannte Person sollte selbst über eine pflegerische Qualifikation nach PflBG verfügen, da sie maßgeblich dazu beiträgt, die Pflegepolitik auf Bundesebene zu gestalten und die Anliegen aller Beteiligten im Entscheidungsprozess fokussiert.

Wir sehen die Erfordernis, dass zum Beirat nach §10, Abs. 3 zusätzlich ein pflegewissenschaftlicher Beirat eingerichtet wird, der die verschiedenen speziellen Fachbereiche der Pflege abbildet und mit der jeweiligen Expertise beratend eingebunden wird.

**§11 Abs. 1a SGB XI**

Für die Delegation von pflegerischen Aufgaben bleibt laut §4 Abs. 2 PflBG lediglich die Durchführung von Pflegeinterventionen je nach Qualifikation sowie die Dokumentation dieser Interventionen. Daher benötigt es Delegationskonzepte (§11 SGB XI) für alle Qualifikationsniveaus in allen Versorgungsbereichen (außerklinisch/ambulant und innerklinisch/stationär). Das entspräche aktuell formal folgenden Qualifikationsniveaus:

- APN
- Pflegefachperson mit anerkannter berufsbegleitender Weiterbildung, z.B. (Intensivpflege und Anästhesie) mit mindestens 720h Theorie und 1900h Praxis, davon mind. 10% unter Anleitung
- Pflegefachperson mit Bachelorabschluss und Zusatzmodul
- Pflegefachperson mit Bachelorabschluss oder dreijähriger berufsschulischer Ausbildung mit Examen
- Pflegefachassistenz

Weitere Berufsgruppen, welche eng verzahnt mit den Pflegefachpersonen arbeiten, müssen hier ebenfalls berücksichtigt werden, bspw. ATA oder OTA, jedoch immer unter der Maßgabe, dass diese Fachpersonen keine pflegerischen Vorbehaltsaufgaben durchführen dürfen.

Diese Delegationskonzepte für jede einzelne Pflegeeinrichtung zu entwickeln, erwiese sich jedoch als wenig ressourcenschonend. Für viele Bereiche können hier Vorlagen durch die maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe aufgelegt werden, für spezialisierte Bereiche wie Außerklinische Intensivpflege, Anästhesie-, Intensiv-, Notfall- und OP-Pflege innerklinisch müssen die Empfehlungen der Fachgesellschaften einbezogen werden. Die Steuerung des Pflegeprozesses obliegt der Pflegefachperson (entsprechend §11 Abs. 1 Satz 1 SGB XI) in allen Bereichen des Krankenhauses. Dies setzt Strukturen und Dokumentationsmöglichkeiten voraus, die den gesamten Pflegeprozess widerspiegeln und leistungsrechtlich z. B. durch Pflegediagnosen abgerechnet werden können.

**§17a Richtlinien zur Empfehlung von Pflegehilfsmitteln und Hilfsmitteln nach §40 Abs.6 SGB XI**

Die hier festgelegten Richtlinien sind abhängig von der Qualifikation der Pflegefachpersonen, müssen jedoch unabhängig vom jeweiligen Versorgungsbereich gelten. Es ist nicht zielführend, dass eine Pflegefachperson im Entlassmanagement des stationären Bereichs bei gleicher Qualifikation Pflegehilfsmittel verordnen darf, im ambulanten Versorgungsbereich aber nicht.

Desweiteren muss im Sinne einer umfassenden nachstationären Versorgung auch an Medizinprodukte gedacht werden. Auch diese müssen, bei entsprechender Qualifikation der Pflegefachperson, zum Beispiel APN, verordnet werden dürfen.

**§18e Abs. 6 und §37 Abs. 3a SGB XI**

Indem die Expertise von Pflegefachpersonen in die Feststellung der Pflegebedürftigkeit einbezogen wird, wird nicht nur die Qualität der Pflege verbessert, sondern auch das Berufsbild aufgewertet. Langfristig könnte dies zu einer individuellen zielgerichteten Versorgung und einer effizienteren Nutzung der Ressourcen im Gesundheitswesen führen, weil Pflegefachpersonen pflegebedürftige Menschen in ihren Alltagssituationen kennenlernen, beobachten und frühzeitig Hilfsmittelbedarfe erkennen und empfehlen können. Dies kann den Pflegebedürftigen ermöglichen länger in ihrem häuslichen Umfeld zu bleiben.

**§113c SGB XI**

Die Anpassungen, die einen kompetenzorientierten Personaleinsatz fördern, sind entscheidend. Insbesondere die Möglichkeit, zusätzliches Personal mit verschiedenen Qualifikationen einzusetzen, kann die Pflegefachpersonen entlasten. Die Ausweitung der möglichen unterstützenden Berufsgruppen, die in die Personalstruktur einbezogen werden können, benötigt ein umfassendes Verständnis für die multidisziplinäre Natur der Pflege. Indem Fachpersonen aus verschiedenen Bereichen wie Ergotherapie, Sozialarbeit und anderen Disziplinen integriert werden, kann eine ganzheitliche Betreuung der Pflegebedürftigen sichergestellt werden. Dies ermöglicht eine bessere Abstimmung der Pflegeleistungen auf die individuellen Bedürfnisse der pflegebedürftigen Menschen.

Die Einbeziehung des Medizinischen Dienstes und der Organisationen der Selbsthilfe in den Prozess der Personal- und Organisationsentwicklung sorgt für eine breite Perspektive und fördert die Akzeptanz der Maßnahmen. Die Möglichkeit zur Stellungnahme gewährleistet, dass die Bedürfnisse aller Beteiligten berücksichtigt werden und der Prozess transparent bleibt. Diese gesetzliche Regelung muss auch in SGB V verankert werden. Denn auch für den Krankenhausbereich sollten unabhängige, qualifizierte Institutionen die fachlich fundierte Personal- und Organisationsentwicklung begleiten und unterstützen sowie bei der Umsetzung der Wahrnehmung der Vorbehaltsaufgaben nach §4 des Pflegeberufgesetzes unterstützen.

**§118a SGB XI Maßgebliche Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene, Verordnungsermächtigung**

Neben dem Deutschen Pflegerat (DPR) der mehrere Berufsverbände auf Bundesebene vertritt, sollte auch die Bundespflegekammer klar als maßgebliche Organisation auf Bundesebene benannt werden, denn sie vertritt als Institution des öffentlichen Rechts legitimiert immerhin über 200 000 Pflegefachpersonen aus zwei Bundesländern. Insbesondere pflegerische, wissenschaftliche und akademische Fachgesellschaften repräsentieren spezialisierte Bereiche der Versorgung und müssen bei Fragestellungen, die spezialisierte Versorgungsbereiche betreffen, beteiligt werden. Aktuell arbeitet die Deutsche Gesellschaft für Fachkrankenpflege und Funktionsdienste e.V. (DGF) mit Pflegewissenschaftler\*innen an Muster-Weiterbildungsordnungen für die Weiterbildungen Intensiv- und Anästhesiepflege, OP-Pflege und Notfallpflege sowie an begleitenden Scope-of-Practice.

Die Regelung, dass ehrenamtlich Tätige Anspruch auf Erstattung von Reisekosten und Verdienstausfall haben, ist ein positives Signal. Diese Maßnahmen fördern das Engagement und die Beteiligung von Fachkräften und Freiwilligen in der Pflege

### **Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch**

#### **§15a SGB V Pflegerische Leistungen und heilkundliche Leistungen durch Pflegefachpersonen**

Wir begrüßen die Klarstellung der professionellen Pflege als heilkundlichen Beruf. Die Betonung der Pflegeprozessverantwortung, inkl. Planung und Evaluation, nach §4 PflBG unterstreicht die Verantwortlichkeit der Pflegefachperson und wird maßgeblich zur Professionalisierung in der Pflege beitragen.

Erweiterte heilkundliche Kompetenzen sind dort vorhanden, wo eine zweijährige Fachweiterbildung im speziellen Fachgebiet (bspw. Intensiv- und Anästhesiepflege, OP-, Notfall- sowie Onkologische Pflege, Funktionsdienste wie Endoskopie u.Ä.) oder eine akademische Zusatzqualifikation erworben wurde. Diese erworbenen Kompetenzen müssen sich in den erweiterten heilkundlichen Befugnissen widerspiegeln, sonst wird die Notwendigkeit des „lebenslangen Lernens“ ad absurdum geführt.

Die erworbenen Kompetenzen der zweijährigen Fachweiterbildung, die es langfristig bundesweit einheitlich auf Grundlage einer Muster-Weiterbildungsordnung, zu gestalten gilt, erreichen das Niveau von DQR 6 (vergleichbar dem „Meister“-Abschluss in handwerklichen Berufen). Bereits erworbene Weiterbildungen und Studienabschlüsse müssen zum Zeitpunkt des Inkrafttretens des Gesetzes anerkannt werden und müssen ebenfalls die Befugnis zur Erbringung von erweiterten heilkundlichen Leistungen erhalten.

Die Anerkennung erweiterter Kompetenzen wird dazu führen, dass die Pflegefachpersonen mit absolvierter zweijähriger Weiterbildung in der Versorgung von Patient\*innen eine noch aktivere Rolle übernehmen, was sowohl die Patientensicherheit, Versorgungsqualität als auch die Arbeitszufriedenheit erhöht. Die Öffnung für weitere Qualifikationen, die auch andere als die in §37 genannten berücksichtigt, bewerten wir positiv. Diese Regelung könnte dazu führen, dass auch Fachpflegepersonen mit unterschiedlichen Hintergründen und Qualifikationen (ggf. auch im Ausland erworben) in der Pflege besser integriert werden können. Dies fördert ein interdisziplinäres Arbeiten, das für die komplexen Anforderungen in der Pflege von großer Bedeutung ist. Die Aussicht, durch zusätzliche Qualifikationen in der Praxis mehr Verantwortung übernehmen zu können, motiviert Pflegefachpersonen dazu, ihre Kenntnisse und Fähigkeiten zu erweitern. Dies ist besonders relevant in Anbetracht des Fachkräftemangels in allen Versorgungsbereichen.

#### **§20 Abs. 5 Satz 2 SGB V**

Die Änderung in §20 Abs. 5 ist ein wichtiger Schritt zur Stärkung der präventiven Gesundheitsversorgung. Die Einbeziehung von Präventionsempfehlungen nach §5 Abs. 1a und §18b Abs. 2 des Elften Buches in die Leistungsbewertung durch Krankenkassen eröffnet Pflegefachpersonen die Möglichkeit, ihre präventiven Kompetenzen aktiv in die Versorgung zu integrieren und damit zur Gesunderhaltung der Patient\*innen beizutragen.

Pflegefachpersonen mit abgeschlossener zweijähriger Weiterbildung in ihren jeweils spezialisierten Bereichen sind häufig in der Lage, fundierte Präventionsempfehlungen für die nachstationäre Versorgung auszusprechen, die auf einer umfassenden Assessment- und Beratungskompetenz basieren. Die neue Regelung kann die interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Pflegefachpersonen, Ärzt\*innen und Kostenträgern fördern. Durch die gemeinsame Verantwortung für präventive Maßnahmen können effiziente Versorgungsstrukturen geschaffen werden, die den Bedürfnissen der Patient\*innen besser gerecht werden. Um die Potenziale dieser Regelung vollständig auszuschöpfen, ist es wichtig, die Rahmenbedingungen und Kommunikationswege klar zu definieren. Präventionsempfehlungen müssen außerdem leistungsrechtlich abrechenbar sein. Insbesondere für die Ambulante (auch außerklinische Intensiv-) Pflege ist dies für die Reduzierung des Drehtüreffekts (erneute Krankenhaus-Aufnahme kurz nach Entlassung) relevant.

### **§33 Absatz 5a SGB V**

Die Gleichstellung der Verordnungen von Pflegefachpersonen mit denen von Vertragsärzt\*innen hebt die Autonomie und das Fachwissen von Pflegefachpersonen hervor. Sie können nun aktiv an der Versorgung und der Therapieplanung teilnehmen, was ihre Verantwortung stärkt und die Versorgungsqualität der Patient\*innen verbessert. Dies ist besonders relevant in der häuslichen Pflege, wo häufig langfristige Versorgungsverträge geschlossen werden. Hier werden niedergelassene Hausarztpraxen entlastet und den Patient\*innen unnötige Wartezeiten erspart. Die Regelung fördert die Zusammenarbeit zwischen Pflegefachpersonen und Ärzten. Durch die Anerkennung der Verordnungen von Pflegefachpersonen wird ein interdisziplinärer Ansatz in der Patientenversorgung gestärkt.

Allerdings muss dieser Absatz hierfür auch in §31 Verordnungsermächtigung der Ärzte für Verbandmittel eingefügt werden.

### **§73 d SGB V Selbständige Erbringung von Leistungen durch Pflegefachpersonen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung; selbständige Verordnung häuslicher Krankenpflege durch Pflegefachpersonen, Evaluation**

Für den Akutbereich im Krankenhaus bleibt die Situation trotz Regelungsbedarf weiterhin sehr ungenau und lässt insbesondere für die Spezialbereiche, in denen täglich hochkomplexe Versorgungssituationen vorherrschen, viele Fragen offen.

Fachweiterbildungen in spezialisierten Bereichen der Pflege (z.B. Anästhesie-, Intensiv-, OP- und Notfallpflege) und akademische Abschlüsse in der Pflege sind in der direkten Pflegepraxis mit klar definierten Aufgabenfeldern auszustatten. Diese Scope-of-Practice müssen von den maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene, Pflegekammern und jeweiligen (den Bereich betreffenden) Fachgesellschaften definiert werden und anschließend Eingang in den Rahmenvertrag finden. Die erweiterten heilkundlichen Leistungen müssen unbedingt aus den Fachbereichen und den Curricula entwickelt werden, um nicht an der Praxis vorbei zu regeln.

Die Indikationsstellung für bestimmte Aufgaben in der Patientenversorgung gehört ebenfalls zu erweiterten heilkundlichen Kompetenzen und wird – auch aktuell – nicht

immer von Ärztinnen oder Ärzten ausgehen. Es muss also in §73, Abs. 1 heißen: „*einen Katalog an erweiterten heilkundlichen Leistungen, die Pflegefachpersonen, abhängig von den erworbenen Kompetenzen selbständig erbringen können,*“

Berufserfahrung allein kann keinesfalls die formale Qualifikation der Weiterbildung ersetzen. Weiterbildungen nach bundeseinheitlichen Standards sind hier für den Gesetzgeber a.e. die Weiterbildungsordnungen nach den Vorgaben der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG). Um allerdings sicherzustellen, dass die klinische Patientenversorgung dem aktuellen Stand wissenschaftlicher Erkenntnisse entspricht, müssen Weiterbildungsordnungen regelmäßig überprüft und aktualisiert werden.

Hierzu bedarf es grundsätzlich Muster-Weiterbildungsordnungen für die jeweiligen Weiterbildungen, die von den Fachgesellschaften entwickelt und vom Gesetzgeber als Mindeststandard berücksichtigt werden müssen. Diese sind dann als Mindestanforderung für die Bundesländer verbindlich in der Ausgestaltung der Weiterbildungsordnungen. Die Aktualisierung derselben geschieht auf Empfehlung der Fachgesellschaften in regelmäßigen Abständen.

## **Änderungen im Pflegeberufgesetz**

### **§4 PflBG Vorbehaltene Aufgaben**

Verantwortung und Selbstständigkeit wurde immer schon von Pflegefachpersonen - insbesondere im Bereich der Intensivpflege und Anästhesie - in komplexen klinischen Versorgungssituationen ausgeübt. Sie sind bereits verantwortlich für Art, Dauer und Häufigkeit von Pflegeinterventionen. Sie steuern die interdisziplinäre Zusammenarbeit aller beteiligten Berufsgruppen und arbeiten koordinierend für die Sicherheit und eine qualitativ hochwertige Versorgung der Patient\*innen. Das Pflegekompetenzgesetz gibt hier einen (rechtlichen) Rahmen, um Verantwortung und Selbstständigkeit nun auch endlich formal ausüben zu dürfen.

Daran anknüpfend empfehlen wir klar definierte Pflegediagnosen bundesweit verbindlich für alle Pflegebereiche (inklusive des Akutbereiches im Krankenhaus!) einzuführen und in angemessenen Abständen zu evaluieren und aktualisieren. Die neue Regelung fördert zusätzlich die interprofessionelle Zusammenarbeit, da die Planung der Pflege oft eine enge Abstimmung mit anderen Gesundheitsberufen erfordert. Um diese Veränderungen erfolgreich umzusetzen, ist es wichtig, die entsprechenden Rahmenbedingungen und Schulungen zu schaffen, damit Pflegefachpersonen ihre neuen Verantwortungen effektiv wahrnehmen können.

### **§ 4a eingefügt PflBG**

Endlich wird die Profession der Pflege als anerkannter Heilberuf gesetzlich anerkannt. Ein längst überfälliger Schritt, der hohes Potential hat, zur Sicherung der Versorgungssituation in allen Versorgungsbereichen beizutragen. Es ist jedoch entscheidend, dass die entsprechenden Qualifikationslevel klar definiert sind, um sicherzustellen, dass die Pflegefachpersonen die erforderlichen Kenntnisse und

Fähigkeiten besitzen, um heilkundliche Leistungen sicher und effektiv zu erbringen. Es ist daher wichtig, dass die Umsetzung dieser Regelung durch geeignete Fort- und Weiterbildungsangebote sowie klare Richtlinien flankiert wird, um die Qualität der Versorgung sicherzustellen und die Pflegefachpersonen mit und ohne abgeschlossene zweijährige Weiterbildung optimal auf ihre erweiterten Aufgaben vorzubereiten. Dies wird dazu beitragen, Missverständnisse und Unsicherheiten im Berufsalltag zu vermeiden. Die Regelung eröffnet neue Handlungsspielräume und unterstreicht die Bedeutung der Pflege im interdisziplinären Gesundheitskontext.

Für die weitere Arbeit am Referentenentwurf des Pflegekompetenzgesetzes stehen wir Ihnen als Deutsche Gesellschaft für Fachkrankenpflege und Funktionsdienste e. V. (DGF) gern und unbedingt zur Verfügung.