DGHO
DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR
HÄMATOLOGIE UND MEDIZINISCHE ONKOLOGIE

Prof. Dr. med. Andreas Hochhaus
Geschäftsführender Vorsitzender

Prof. Dr. med. Claudia Baldus
Vorsitzende

Prof. Dr. med. Martin Bentz
Mitglied im Vorstand

Dr. med. Carsten-Oliver Schulz
Mitglied im Vorstand

Bauhofstraße 12 • 10117 Berlin
Tel.: 030 27876089-0
info@dgho.de

DGHO e.V. • Bauhofstraße 12 • 10117 Berlin

Bundesministerium für Gesundheit
Ministerialdirigent
Herr Dr. Martin Schölkopf
Friedrichstraße 108
10117 Berlin

Berlin, 30. September 2024

Stellungnahme zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Pflegekompetenz (Pflegekompetenzgesetz – PKG)

Sehr geehrter Herr Ministerialdirigent,

haben Sie vielen Dank für die Möglichkeit der Stellungnahme zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Pflegekompetenz!

Um qualitativ hochwertige Pflege in Zukunft und gerade im Hinblick auf die demografische Entwicklung flächendeckend gewährleisten zu können, ist es unabdingbar, dass der Pflegeberuf attraktiver wird und die Kompetenzen von Pflegenden erweitert werden. Daher stellt dieser Gesetzentwurf einen absolut notwendigen Schritt in die richtige Richtung dar und wird durch uns sehr begrüßt.

1. Generell ist aufgefallen, dass der Begriff „Kompetenz“ genauer definiert werden sollte. Im vorliegenden Referentenentwurf wird er in zweierlei Hinsicht gebraucht:
   - Kompetenz im Sinne von die Befugnis für etwas haben, Berechtigung Entscheidungen/Anordnungen zu treffen (z. B. *S. 5*)
   - Kompetenz im Sinne von fachlichen Fähigkeiten, Kenntnissen und Qualifikationen, in der Lage zu etwas zu sein (*S. 59*: oberer Abschnitt: (…) Es unterstützt das Nachhaltigkeitsziel 3 zudem dadurch, dass die vielfältigen Kompetenzen von Pflegefachpersonen (…) oder *S. 142* (…) vermittelt die hochschulische Pflegeausbildung auch die erforderlichen Kompetenzen für erweiterte heilkundliche Aufgaben (…).

2. Im Referentenentwurf fokussiert die Heilkundeübertragung auf drei Aufgabenfelder: Diabetische Stoffwechsellage, chronische Wunden und Demenz.
   - Unseres Erachtens sollten die Bereiche bzw. Erkrankungen, bei denen eine längerfristige pflegerische Begleitung erforderlich ist, ausgedehnt werden. Beispielsweise sind die Aufgabenfelder Pflegebedürftigkeit, Gesundheit, Lebensqualität und das Beeinflussen von Gesundheitsverhalten durch Prävention sowie in den Themenbereichen Organtransplantation, hämatologische und onkologischen Erkrankungen – organbezogen oder auf bestimmte Behandlungen spezialisiert (z. B. Immuntherapien, Stammzelltransplantationen), chronisch entzündlichen Darmerkrankungen, rheumatische Erkrankungen, etc.

3. In diesem Zusammenhang zeigt sich eine Unschärfe bei den zugeordneten erforderlichen Qualifikationsniveaus, um diese Aufgaben fachlich fundiert übernehmen zu können und die Versorgung (auch im ländlichen Raum) zu gewährleisten.

   - Wir empfehlen daher die Differenzierung zwischen substituierten Aufgabenfeldern für akademisch gebildete Pflegefachpersonen und nicht-akademisch gebildete Pflegefachpersonen mit Zusatzmodul „Heilkundeübertragung“ sowie Pflegefachpersonen nach herkömmlicher dreijähriger Ausbildung vorzunehmen. Die heilkundlichen Aufgaben bezüglich der im Referentenentwurf vorgeschlagenen Phänomene „diabetische Stoffwechsellage, chronische Wunden, Demenz“ würden der Qualifikation der Pflegefachperson mit Zusatzmodul „Heilkundeübertragung“ (Ausbildungsdauer 3 Jahre + 6 Monate) entsprechen.
   - Akademisch qualifizierte Pflegefachpersonen mit Masterabschluss oder höher sind in der Lage, die in Punkt 2 beschriebenen Aufgabenfelder und Anforderungen mit den Befugnissen, der im Referentenentwurf beschriebenen erweiterten heilkundlichen Tätigkeit, zu bedienen (vgl. hierzu DQR).

Im Folgenden finden sich *in kursiv* stichpunktartig Anmerkungen zu einzelnen Abschnitten des Referentenentwurfs:

S. 38, ff. Telepflege §125a ist ein positives Instrument zur Aufrechterhaltung bereits eingeleiteter Pflegeinterventionen. Ebenso kann dies mittels digitaler Anwendungen geschehen, so dass diese unbedingt mitberücksichtigt werden sollten.

S. 138 ff. §235a Modellvorhaben zur Erprobung von Telepflege können zur Kostensenkung im Gesundheitswesen beitragen. Deshalb ist es wichtig, dass der Ausbau wissenschaftlich begleitet und evaluiert wird. Nach Einführung in die Regelversorgung muss dem dann eine entsprechende Finanzierung zugrunde liegen. Mit Telepflege können bspw. stationär eingeleitete Interventionen im Alltag eng begleitet werden und somit einen positiven Einfluss auf die Genesung oder das Gesundheitsverhalten von Patient*innen und Angehörigen haben.

S. 41 ff./143: §73 d Ziel sollte sein, mit nachgewiesener Expertise eine eigenständige Verordnung (nicht Folgeverordnungen) von Hilfsmitteln u. ä. durch akademisch qualifizierte Pflegefachpersonen zu realisieren (wie dies auf *S. 143* beschrieben wird). Außerdem sollten die Evaluationszeitpunkte angepasst werden. Evaluationen schließen Projekte ab, die genehmigt und wissenschaftlich eng begleitet werden müssen, wenn sie erfolgreich sein sollen. Evaluationskriterien werden leider nicht benannt, was an dieser Stelle wünschenswert wäre, um die Intentionen zu verdeutlichen.

S. 47 zu: Pflegefachpersonen mit unterschiedlichen Qualifizierungen: Es ist wichtig, akademisch ausgebildete Pflegefachpersonen in die Gesundheitsversorgung zu integrieren und deren Kompetenzen (i. S. von Fachlichkeit) zu nutzen. Wie im Referentenentwurf genannt, eignen sich daher bestimmte Diagnosen oder Gesundheitsprobleme, um die Versorgung der Patient*innen multiprofessionell zu verbessern.

S. *50/143/145:* Bezogen auf SGB V §73 ist es erforderlich, die erweiterten heilkundlichen Leistungen durch akademisch qualifizierte Pflegeexpert*innen (APN) innerhalb des Abrechnungssystems mit den Kostenträgern abzubilden. Gleichermaßen gilt dies für haftungsrechtliche Fragen und die entsprechenden Absicherungserfordernisse im Zusammenhang mit der Leistungserbringung.

Sehr große Bedeutung hat unseres Ermessens die *Stärkung der Vertretung der Pflegeberufe auf Bundesebene.* Insbesondere die Festlegung der zukünftig als maßgeblich erachteten Organisationen sollte die zwingend notwendige Einführung eines umfassenden Kammersystems umsetzen. Die sich ergebenden versicherungsrechtlichen Aspekte sowie die systematische Verwaltung von Qualifikationen erfordern eine übergeordnete Instanz. Diese Instanz ist unabhängig von tarifpolitischen Interessensvertretungen zu betrachten.

Die *Entwicklung von Empfehlungen* für einen Muster-Scope of Practice und für Mindestanforderungen an Weiterbildungen *(S. 50)* wird als elementar angesehen.

Ein wichtiger Aspekt ist die *Umsetzung und Erweiterung des Personalbemessungsverfahrens für vollstationäre Pflegeeinrichtungen, Einrichtung einer Geschäftsstelle (S. 51)*. Wie erwähnt, steigt die Versorgungsqualität mit dem Anteil von akademisch qualifiziertem Pflegefachpersonal[1]. An dieser Stelle sollte unbedingt die Förderung und die Forderung von Advanced Practice Nursing (APN) mit Spezialisierung[2] ergänzt werden. APN´s sind aufgrund ihrer wissenschaftlichen Spezialisierung und der klinischen Erfahrung ganz besonders für die Begleitung solcher Funktionen geeignet. Sehr wertvoll in der klinischen Versorgung unserer Patinent*innen sind auch Pflegefachpersonen mit Fachweiterbildungen (FWB). Generell sollte darüber nachgedacht werden, ob die Fachweiterbildungen nicht auf BSC-Niveau angehoben

[1] Aiken, L. H., Sermeus, W., Van den Heede, K., Sloane, D. M., Busse, R., McKee, M., ... & Kutney-Lee, A. (2012). Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. *Bmj*, *344*. , DOI 10.1136/bmj.e1717

[2] Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK Bundesverband e. V.). (2019). Advanced Practice Nursing–Pflegerische Expertise für eine leistungsfähige Gesundheitsversorgung.
Hamric, A. B., Hanson, C. M., Tracy, M. F., & O'Grady, E. T. (2013). *Advanced practice nursing: An integrative approach*. Elsevier Health Sciences.

werden sollte, indem wissenschaftliche Inhalte in die Curricula aufgenommen werden. FWB-Absolvent*innen wird somit der Zugang zur wissenschaftlichen Literatur sehr erleichtert.

S. 57: Digitale Pflegeanwendungen sind sehr bedeutend, insbesondere wenn diese auch vergütbar sind. Es gibt bereits positive Erfahrungen mit der Anwendung von digitalem Monitoring von Symptomen. Ein Hindernis hierbei stellten in der Vergangenheit die Anforderungen des Medizinproduktegesetzes dar. Erste Entwürfe konnten nicht wie geplant umgesetzt werden (Konkretisierung auf Projekt kann bei Interesse nachgereicht werden). Eine Umsetzung solcher Projekte in die Regelversorgung ist nur möglich, wenn sowohl die niederschwellige Genehmigung als auch die Finanzierung gegeben sind. Diese wiederum kann nur gelingen, wenn ein Vergütungsanspruch besteht.

S. 62: Die „Förderung wissenschaftlicher Expertisen zur konkreten Ausgestaltung der Inhalte von pflegerischen und heilkundlichen Leistungen des Fünften und Elften Buches“ stellt einen wesentlichen Punkt der professionellen Entwicklung insbesondere im klinischen Setting dar. Als Problem ist hierbei anzumerken, dass die Drittmittelverwaltung von pflegewissenschaftlichen Studien in der klinischen Pflegeforschung nicht selbständig von der Pflege verwaltet werden kann, sondern über den ärztlichen Bereich geführt wird. Hier wären mehr Selbstverwaltungsmöglichkeiten äußerst begrüßenswert. Dies wäre mit der Implementierung von klinisch/akademischen Professuren in der Pflegewissenschaft umsetzbar. Hierdurch ist eine verbesserte Forschungsinfrastruktur für die Pflege zu erwarten.

Die Forderung für *§10a Amt der oder des Beauftragen der Bundesregierung für Pflege“ (S. 81)* wird ausdrücklich begrüßt. Die Belange und Interessen der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen, sowie der beruflich Pflegenden brauchen ausreichend Beachtung und Steuerung.

Ebenso begrüßenswert sind die Befugnisse von ausreichend qualifizierten Pflegefachpersonen zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit (*S. 83 ff.*). In der täglichen Praxis zeigt sich die dringend benötigte zeitnahe Unterstützung von Patient*innen und Angehörigen. Im häuslichen Umfeld erfolgen die Begutachtungen der Medizinischen Dienste mit sehr hohem Zeitversatz. Dies führt zu einer Mangelversorgung durch Verzögerungen beim Zugang zu Leistungen des Gesundheitssystems.

S. 142 §15a Pflegerische Leistungen und heilkundliche Leistungen durch Pflegefachpersonen: Diese beschreiben u. a. genau die Aufgaben und Kompetenzen einer APN mit der Fokussierung auf ein Gesundheitsproblem, sowie Assessment, Pflegeplanung, Gestaltung des Pflegeprozesses, Evaluation, aber auch die Steuerung der Betroffenen im Krankheitsverlauf, sowie die Zusammenarbeit im klinischen multidisziplinären berufsübergreifenden Kontext. Die Tätigkeiten einer APN bedingen dann in einem weiteren Schritt, wie auf *S. 145 §73d* genannt, die selbständige Erbringung von Leistungen durch Pflegefachpersonen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung, selbständige Verordnung häuslichen Krankenpflege durch Pflegefachpersonen und Evaluation.

Mit diesem Passus ergibt sich für akademisch ausgebildete Pflegefachpersonen eine neue Perspektive, mit der es gelingen kann, neue Modelle in die Regelversorgung zu integrieren. Somit kann es auch langfristig gelingen, akademisch qualifizierten Pflegefachpersonen in der „direkten“ Patient*innenversorgung im stationären, ambulanten und häuslichen Bereich eine Perspektive zu ermöglichen und damit Abwanderungen in andere ähnliche Tätigkeitsfelder oder in die Forschung und Berufsbildung zu verhindern. Der Pflegeberuf gewinnt damit gerade maßgeblich für hochschulgebildete Pflegefachpersonen an Attraktivität.

Für Rückfragen und Diskussionen stehen wir jederzeit zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen.