DEUTSCHE HOCHSCHULMEDIZIN E.V.

VERBAND DER UNIVERSITÄTSKLINIKA DEUTSCHLANDS

medizinischer fakultätentag

vpu Verband der PflegedirektorInnen der Unikliniken

STELLUNGNAHME

des Verbandes der Universitätsklinika Deutschlands (VUD) und des Medizinischen Fakultätentages (MFT)

gemeinsam als Deutsche Hochschulmedizin (DHM)

und des Verbands der Pflegedirektorinnen und Pflegedirektoren der Universitätskliniken und Medizinischen Hochschulen Deutschlands (VPU)

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

September 2024

© Deutsche Hochschulmedizin (DHM), 2024

Kontakt
Verband der Universitätsklinika
Deutschlands e.V. (VUD)
Alt-Moabit 96
10559 Berlin
info@uniklinika.de
www.uniklinika.de
Tel. +49 (0)30 3940517-0

VPU e.V.

Kontakt
Verband der Pflegedirektorinnen und Pflegedirektoren der Universitätskliniken und Medizinischen Hochschulen Deutschlands (VPU) e.V.
Alt-Moabit 96
10559 Berlin
info@vpu-online.de
www.vpuonline.de
Tel. +49 (0)30 13895761

Inhalt

I. Vorbemerkung 4

II. Zu den Regelungen im Einzelnen 6

Zu Artikel 1 - Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XI) 6
Zu Artikel 3 - Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) 14
Zu Artikel 4 - Änderung des Pflegezeitgesetzes 20
Zu Artikel 5 - Änderungen des Pflegeberufegesetz 20

III. Weiterer Regelungsbedarf 22

I. Vorbemerkung

Die Deutsche Hochschulmedizin – bestehend aus Universitätsklinika und Medizinischen Fakultäten – sowie der Verband der Pflegedirektorinnen und Pflegedirektoren der Universitätskliniken und Medizinischen Hochschulen Deutschlands (VPU) befürworten das Anliegen des Gesetzentwurfs, die vielfältigen Kompetenzen von Pflegefachpersonen[1] in der Versorgung stärker als bislang zu nutzen.

Die Standorte der Universitätsmedizin haben als professionsübergreifende Arbeitgeber, Träger von fachschulischer und universitärerer Ausbildung sowie von Gesundheitsforschung in all ihren Bereichen eine zentrale Rolle bei der Weiterentwicklung der Gesundheitsfachberufe. Diese ist zusammengefasst in einem Impulspapier der Deutschen Hochschulmedizin zur Akademisierung der Gesundheitsfachberufe (https://medizinische-fakultaeten.de/wp-content/uploads/2023/10/Impulspapier_Akademisierung-der-Gesundheitsfachberufe.pdf).

Die Zielrichtung des Gesetzentwurfs, Pflegefachpersonen künftig zu ermöglichen, neben Ärztinnen und Ärzten auch selbstständig weitergehendere Leistungen als bisher und insbesondere – abgestuft nach der jeweils vorhandenen Qualifikation – erweiterte heilkundliche Leistungen in der Versorgung erbringen zu können, wird durch die Verbände begrüßt.
Die stärkere Würdigung der Kompetenzen von Pflegefachpersonen wird zur Stärkung der Attraktivität des Berufsbildes beitragen und auch eine Antwort auf die demografische Entwicklung und die damit einhergehenden Herausforderungen sein. Eine weitere Flexibilisierung des Personaleinsatzes sowie die Schaffung neuer Entwicklungsperspektiven für den Pflegeberuf, auch für Pflegefachpersonen aus dem Ausland, zielen auf die Steigerung der Attraktivität des Pflegeberufs ab. Flankiert werden muss diese durch eine Weiterentwicklung der kompetenzorientierten Ausbildung in den Gesundheitsfachberufen, zu der auch eine akademische, primärqualifizierende Ausbildung für die Arbeit am und mit dem Patienten gehört. In diesem Zusammenhang ist die in dem Gesetzesvorhaben klar erkennbare Basierung der pflegerischen Tätigkeiten auf wissenschaftlicher Evidenz und Expertise sehr zu begrüßen. Die Universitätsmedizin, in der Patientenversorgung, Ausbildung und Studium sowie Forschung und Disziplinentwicklung zusammenkommen, wird zur Generierung dieser wissenschaftlichen Evidenz und der Expertisen einen zentralen Beitrag leisten und stellt den adäquaten Rahmen für eine interprofessionelle Ausbildung für die Arbeit im Team dar.

Generelle Anmerkungen
Die Erweiterung der Handlungskompetenzen für Pflegefachpersonen ist ein entscheidender Fortschritt, um die Pflegequalität langfristig zu sichern. Die DHM sowie der VPU begrüßen die Betonung auf interdisziplinäre Zusammenarbeit und die Anerkennung der Expertise von Pflegefachpersonen in Entscheidungsprozessen. Positiv hervorzuheben ist auch die konsequente Umsetzung der Legaldefinition der „Pflegefachperson“ in allen Gesetzesabschnitten sowie die klare Anwendung und Einbeziehung der pflegerischen Vorbehaltsaufgaben gemäß § 4 des

[1] Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird in der Stellungnahme das generische Maskulinum verwendet. Weibliche und anderweitige Geschlechteridentitäten werden dabei ausdrücklich mitgemeint.

Pflegeberufegesetz (PflBG). Der Gesetzentwurf weist an mehreren Stellen großen Optimierungsbedarf auf und bleibt insgesamt deutlich hinter den Erwartungen der DHM und des VPU zurück. Er erinnert in weiten Teilen eher an eine erweiterte Version des SGB XI. Der Pflegeprofession kann deutlich mehr Kompetenzen übertragen werden. Dies verdeutlicht die anhaltende Zurückhaltung gegenüber einer eigenständigen Verantwortung der Pflege. Eine stärkere Förderung der pflegerischen Eigenständigkeit, die im Rahmen interprofessioneller Teams auch zur deutlichen Entlastung der Ärzteschaft beitragen würde, ist hier von großer Bedeutung. Dies gilt insbesondere für Universitätskliniken, wo das Pflegefachpersonal in spezialisierten Bereichen und bei der Betreuung hochkomplexer Pflegefälle eine ganz zentrale Rolle spielt.

Wie bereits in den Expertenrunden mit dem BMG sowie dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) betont wurde, muss eine einheitliche Definition und Umsetzung der erweiterten Kompetenzen für Pflegefachpersonen in allen Sektoren gewährleistet sein. Nur so kann eine sektorenübergreifende und interdisziplinäre Zusammenarbeit, unter anderem mit weiteren Gesundheitsfachberufen und den Ärztinnen und Ärzten, nachhaltig sichergestellt werden. Der aktuelle Gesetzentwurf zum Pflegekompetenzgesetz wird insbesondere dem Krankenhaussektor, der trotz aller berechtigten Bestrebungen zur Ambulantisierung weiterhin die zentrale Säule der Versorgung komplexer und anspruchsvoller Patientenversorgung bleiben wird, in dieser Hinsicht nicht gerecht. Eine explizite Berücksichtigung ist notwendig, um die Weiterentwicklung der Pflegeprofession, einschließlich einer an der Tätigkeit am Patienten ausgerichteten Teilakademisierung, in allen Bereichen zu fördern und eine qualitativ hochwertige Versorgung sicherzustellen. Krankenhäuser sind zentrale Institutionen in der Gesundheitsversorgung, und der Pflegebedarf in diesen Einrichtungen ist besonders hoch. Pflegefachpersonen spielen hier eine entscheidende Rolle, da sie neben der Grundversorgung auch spezialisierte Aufgaben wie die Intensivpflege oder die Betreuung chronisch kranker Menschen übernehmen. Die dringende Notwendigkeit, den Krankenhaussektor im PKG stärker zu berücksichtigen, ergibt sich aus der zunehmenden Komplexität der Pflegeaufgaben, die über die Grundversorgung deutlich hinausgehen. Aufgrund der stetig wachsenden Anforderungen werden Pflegefachpersonen zunehmend mit spezialisierten Aufgaben betraut, die sowohl tiefgehendes medizinisches Wissen als auch erweiterte Fähigkeiten voraussetzen. Das PKG sollte hierfür die Grundlage schaffen, um gezielte Aus- und Weiterbildungen zu fördern und auf Basis der erworbenen Kompetenzen den Pflegenden mehr Verantwortung zu übertragen – ein notwendiger Schritt angesichts der immer komplexer werdenden Herausforderungen.

Im Gesetzentwurf wird vorgesehen, dass Pflegefachpersonen erweiterte heilkundliche Kompetenzen erlangen und selbstständig tätig werden dürfen, insbesondere bei der Erbringung heilkundlicher Leistungen und der Verordnung häuslicher Krankenpflege. Diese Neuerung ist auch für den Krankenhaussektor von großer Bedeutung, da Pflegefachpersonen dadurch mehr Verantwortung übertragen werden kann. In Bereichen wie der Wundversorgung, Diabetesbehandlung oder der Betreuung chronischer Erkrankungen könnte dies zu einer spürbaren Verbesserung der Patientenversorgung führen. Zudem kann durch die erweiterte Rolle der Pflegefachpersonen, die eigenständig heilkundliche Leistungen erbringen dürfen, ein bedarfsgerechter Qualifikationsmix entwickelt werden. Dies bietet die Möglichkeit, die Arbeitsbelastung gleichmäßiger zu verteilen. Vor allem bei der Betreuung von Patienten mit chronischen

oder komplexen Erkrankungen könnte eine intensivere Betreuung durch Pflegefachpersonen sichergestellt werden. Im Sinne eines lernenden Gesundheitssystems sollte zur Evidenz-Basierung eine entsprechende Begleitforschung in den ersten Jahren stattfinden. Auf der Basis valider Daten für das hiesige Gesundheitssystem können ggf. erforderliche Anpassungen und Weiterentwicklungen erfolgen. Diese Begleitforschung sollte von universitärer Pflegewissenschaft getragen und interprofessionell aufgestellt sein.

Der Gesetzentwurf sieht zudem umfassende Weiterbildungsmöglichkeiten für Pflegefachpersonen vor, die auf bundeseinheitlichen Standards basieren sollen. Die Möglichkeit, Pflegefachpersonen für erweiterte heilkundliche Aufgaben zu qualifizieren, gibt auch Krankenhäusern das Potenzial, ihre Versorgungsstrukturen effizienter zu gestalten. Ergänzt werden muss dies zudem durch ein deutlich ausgeweitetes Angebot hochschulischer Qualifikationen.

Darüber hinaus betont das PKG die sektorenübergreifende Zusammenarbeit und die Integration von Pflegefachpersonen in verschiedene Versorgungsstrukturen. Der Krankenhaussektor spielt dabei eine zentrale Rolle, da er als Kernstück der Gesundheitsversorgung gilt. Eine enge Verzahnung der Krankenhauspflege mit der ambulanten Pflege und der Langzeitpflege ist essenziell, um Übergänge reibungslos zu gestalten und die Kontinuität der Versorgung zu gewährleisten.

II. Zu den Regelungen im Einzelnen

Zu Artikel 1 - Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XI)

§ 5 SGB XI Prävention in Pflegeeinrichtungen und in der häuslichen Pflege, Vorrang von Prävention und medizinischer Rehabilitation

Sachverhalt:

In § 5 Absatz 1a des Gesetzes wird die Rolle der Pflegekassen in der Unterstützung pflegebedürftiger Personen, die in häuslicher Pflege versorgt werden, im Hinblick auf präventive Gesundheitsmaßnahmen definiert. Die Pflegekassen sollen sicherstellen, dass Pflegebedürftige, die in der sozialen Pflegeversicherung versichert sind, Zugang zu den Präventionsleistungen der Krankenkassen gemäß § 20 Absatz 5 SGB V erhalten. Dabei sollen sie die pflegebedürftigen Personen sowie – falls beteiligt – ambulante Pflegeeinrichtungen einbeziehen. Ziel ist es, die gesundheitliche Situation der Pflegebedürftigen zu verbessern und deren gesundheitliche Ressourcen und Fähigkeiten zu stärken.

Dies umfasst die Entwicklung und Unterstützung von Maßnahmen, die speziell auf die Verbesserung der Gesundheit der Betroffenen abzielen. Dazu gehört eine Bedarfserhebung präventiver und gesundheitsfördernder Maßnahmen sowie eine fachliche Beratung, die sowohl die Pflegebedürftigen selbst als auch deren Angehörige und Pflegepersonen über die Möglichkeiten der Gesundheitsförderung informiert und sensibilisiert. Eine wesentliche Komponente ist dabei die Abgabe von Präventionsempfehlungen durch qualifiziertes Pflegepersonal. Der Schwerpunkt liegt somit auf der Förderung präventiver Maßnahmen, die darauf abzielen, die gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten der pflegebedürftigen Personen im häuslichen Umfeld nachhaltig zu verbessern.

Bewertung:
Grundsätzlich begrüßen die Verbände die Möglichkeit, dass Pflegebedürftige künftig Anspruch auf Leistungen im Bereich der Prävention haben und Pflegefachpersonen entsprechende Empfehlungen aussprechen dürfen. Der Fokus auf Prävention und die stärkere Einbindung von Pflegefachpersonen bieten Chancen zur Verbesserung der Pflegequalität und zur Stärkung der beruflichen Rolle der Pflege. Allerdings bringt diese Neuerung auch Risiken sowie einen zusätzlichen Arbeitsaufwand mit sich. Die enge Zusammenarbeit zwischen Pflege- und Krankenkassen, Pflegefachpersonen und ambulanten Pflegeeinrichtungen birgt das Risiko einer unklaren Verteilung der Verantwortung für Präventionsmaßnahmen. In der Praxis könnten Pflegefachpersonen Schwierigkeiten haben, die Umsetzung von Präventionsempfehlungen im Rahmen der alltäglichen Pflege zu koordinieren. Darüber hinaus könnte es zu Kommunikationsproblemen zwischen Pflege- und Krankenkassen, Pflegeeinrichtungen und Angehörigen kommen, wenn keine klaren Zuständigkeiten festgelegt sind. Pflegefachpersonen laufen Gefahr, als "Koordinatoren" zwischen den verschiedenen Akteuren zu agieren, was ihre eigentliche pflegerische Arbeit beeinträchtigen könnte.

Um eine Verantwortungsdiffusion zu vermeiden, sollte die Zusammenarbeit klar geregelt werden. Eindeutige Zuständigkeiten und Kommunikationswege würden Pflegefachpersonen dabei unterstützen, ihre Aufgaben effizienter zu erfüllen, ohne dass zusätzliche bürokratische Belastungen entstehen.

Ferner setzt die Einführung von Präventionsempfehlungen durch Pflegefachpersonen eine fundierte Ausbildung in den Bereichen Prävention und Gesundheitsförderung voraus. Es bedarf zusätzlicher Schulungen bzw. einer hochschulischen Qualifikation, um diese neuen Aufgaben professionell bewältigen zu können. Ohne ausreichende Qualifizierungsmaßnahmen besteht die Gefahr, dass die neuen Anforderungen nicht flächendeckend in der erforderlichen Qualität erfüllt werden. Daher sollten Schulungsprogramme, Weiterbildungen und Studienförderprogramme gezielt ausgebaut werden.

§ 8 3c SGB XI (neu) Gemeinsame Verantwortung
Sachverhalt:
In Absatz 3c des § 8 wird festgelegt, dass der Spitzenverband Bund der Pflegekassen zusammen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen wissenschaftliche Expertisen zur konkreten Ausgestaltung pflegerischer und heilkundlicher Leistungen des Fünften und Elften Buches fördert. Diese Leistungen werden von Pflegefachpersonen erbracht, gestaffelt nach deren Qualifikationsniveau gemäß § 15a des Fünften Buches. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen legen gemeinsam mit dem BMG und unter Beteiligung des BMFSFJ sowie nach Anhörung der maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe die Dauer, Inhalte und Durchführung dieser Maßnahmen fest. Die Beauftragung der Expertisen erfolgt ebenfalls im Einvernehmen mit dem BMG unter Beteiligung des BMFSFJ. Bei der Beauftragung und Durchführung der Expertisen ist sicherzustellen, dass die Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene nach § 118a einbezogen werden. Weitere geeignete Fachorganisationen können ebenfalls beteiligt werden. Für die Durchführung der Aufgaben werden dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen aus dem Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung für die Jahre 2025 bis 2030 insgesamt zehn Millionen Euro zur Verfügung gestellt, wobei die gesetzlichen Krankenkassen 50 Prozent der Fördermittelkosten

tragen. Die Einzelheiten zur Auszahlung der Mittel regeln der Spitzenverband Bund der Pflegekassen, der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und das Bundesamt für Soziale Sicherung durch eine Vereinbarung.

Bewertung:
Die geplante enge Einbindung der maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe in die Entwicklung der Expertisen ist ein positiver Schritt. Sie stellt sicher, dass das Wissen der Pflegefachpersonen auf Bundesebene berücksichtigt wird, was die Akzeptanz und die Praktikabilität der erarbeiteten Lösungen fördert. Allerdings bleibt offen, in welchem Umfang und mit welchen konkreten Rechten die Pflegeberufsorganisationen Einfluss auf die Entscheidungsfindung haben werden. Es ist zudem wichtig, dass eine pflegewissenschaftliche Expertise in ausreichendem Maße einbezogen wird (siehe § 8 3c Satz 4).

Die wissenschaftliche Expertise und der sektorenübergreifende Katalog pflegerischer Aufgaben sind bedeutende theoretische Fortschritte. Nun gilt es die Voraussetzungen in der Breite zu schaffen, dass die Erkenntnisse in der Praxis Eingang finden. Dies bedeutet Kompetenzen, Ressourcen und Prozesskultur anzupassen.

Die Bereitstellung von insgesamt zehn Millionen Euro für die Jahre 2025 bis 2030 zur Finanzierung der Expertisen ist ein wichtiges Signal. Allerdings sind diese Mittel vor allem für die wissenschaftliche Entwicklung vorgesehen und nicht direkt für die praktische Umsetzung. Dafür sind zusätzliche Mittel bereitzustellen, um die Implementierung in die Praxis sicherzustellen.

Die sektorenübergreifende Betrachtung der Pflegeaufgaben ist grundsätzlich sinnvoll, da Pflegefachpersonen sowohl in stationären als auch in ambulanten Bereichen tätig sind. Jedoch birgt die Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Akteuren (Pflegekassen, Krankenkassen, Ministerien, Pflegeeinrichtungen) das Risiko von Zuständigkeitskonflikten und bürokratischen Hürden. In der Praxis müssen klare Regelungen und Strukturen geschaffen werden, um reibungslose Abläufe zwischen den Sektoren zu gewährleisten.

Um sicherzustellen, dass die neuen Regelungen in der Praxis wirksam sind, sind regelmäßige Evaluierungen der erweiterten Aufgaben von Pflegefachpersonen notwendig. Auf dieser Grundlage können erforderliche Anpassungen zeitnah vorgenommen werden.

§ 10a SGB XI (Neu) Amt der oder des Beauftragten der Bundesregierung für Pflege
Sachverhalt:
§ 10a beschreibt das Amt der oder des Beauftragten der Bundesregierung für Pflege. Die Bundesregierung ernennt eine Person für dieses Amt, die über die notwendige Ausstattung und Personalressourcen verfügen muss, um ihre Aufgaben zu erfüllen. Das Amt endet mit dem Zusammentreten eines neuen Bundestages, es sei denn, die Person wird entlassen. Die Hauptaufgabe der Beauftragten oder des Beauftragten besteht darin, sicherzustellen, dass die Anliegen pflegebedürftiger Menschen, ihrer Angehörigen und der beruflich Pflegenden im Pflege- und Gesundheitssystem berücksichtigt werden. Dabei wird insbesondere darauf ge-

achtet, dass die Selbstbestimmung der pflegebedürftigen Menschen gewahrt bleibt, die Qualität der pflegerischen Versorgung gesichert wird und unterschiedliche Lebensbedingungen sowie Bedürfnisse in der Versorgung berücksichtigt werden. Außerdem soll die beauftragte Person auf eine frühzeitige und umfassende Beteiligung von Menschen mit Pflegebedarf und beruflich Pflegenden in Fragen der Pflege, insbesondere der pflegerischen Versorgung und der sozialen sowie privaten Pflegeversicherung, hinwirken.

Zur besseren Wahrnehmung der Interessen pflegebedürftiger Menschen und ihrer Angehörigen wird ein Beirat durch die Beauftragte oder den Beauftragten eingerichtet. Die Bundesministerien müssen die beauftragte Person bei allen Vorhaben, die Pflegefragen betreffen, einbeziehen, und alle Bundesbehörden und öffentlichen Stellen sind verpflichtet, die beauftragte Person bei der Erfüllung ihrer Aufgaben zu unterstützen.

Bewertung:
Der neu geschaffene § 10a im SGB XI stellt einen wichtigen Schritt dar, um den Interessen von Pflegebedürftigen, ihren Angehörigen und Pflegefachpersonen in politischen Entscheidungsprozessen mehr Gewicht zu verleihen. Die Stärkung der Vertretung auf Bundesebene sowie die institutionelle Verankerung einer oder eines Pflegebeauftragten können dazu beitragen, die Pflegequalität zu verbessern und den Herausforderungen des demografischen Wandels besser zu begegnen. Allerdings sind die tatsächliche Unabhängigkeit und Durchsetzungskraft des Amtes fraglich, insbesondere angesichts fehlender klarer Kompetenzen und begrenzter Ressourcen. Ohne ausreichende Mittel und Befugnisse besteht die Gefahr, dass das Amt der Pflegebeauftragten oder des Pflegebeauftragten lediglich symbolischen Charakter hat und die Pflegeversorgung nur eingeschränkt verbessern kann. Eine engere Verzahnung mit bestehenden Institutionen sowie die Einführung klarer Durchsetzungsmechanismen wären notwendig, um die Rolle effektiver zu gestalten. Die Implementierung eines „Government Chief Nursing Officer“, wie es der International Council of Nurses (ICN) 2020 empfohlen hat, wäre ein notwendiger Schritt.

Die Schaffung eines Beirats durch die Pflegebeauftragte oder den Pflegebeauftragten zur Einbindung der Interessen von Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen gewährleistet, dass deren Perspektiven frühzeitig und fundiert in politische Entscheidungen einfließen. Dies stellt sicher, dass die Stimmen der direkt von pflegerischen Maßnahmen Betroffenen Gehör finden. Die Verpflichtung der Bundesministerien, den Pflegebeauftragten bei pflegerelevanten Gesetzesvorhaben einzubeziehen, fördert die sektorübergreifende Berücksichtigung dieser Themen und verankert die Pflege systematisch in einer Vielzahl politischer Bereiche.

Die Schaffung dieses Amtes erfolgt parallel zu bestehenden Gremien und Institutionen, die sich ebenfalls mit pflegerelevanten Themen befassen. Dies birgt das Risiko von Zuständigkeitsüberschneidungen oder einer Beeinträchtigung der Effektivität bestehender Strukturen. Eine stärkere Verzahnung mit diesen Institutionen wäre daher sinnvoll, um Synergien zu schaffen und eine klare Rollenverteilung zu gewährleisten.

Darüber hinaus fehlen im Gesetzentwurf Angaben zur Qualifikation der Pflegebeauftragten oder des Pflegebeauftragten. Hier wäre eine akademische Pflegequalifikation wünschenswert.

Zudem bleibt die Abgrenzung zur oder zum Bevollmächtigten für Pflege der Bundesregierung unklar.

§ 17a SGB XI Richtlinien zur Empfehlung von Pflegehilfsmitteln und Hilfsmitteln nach § 40 Absatz 6

Sachverhalt:

In § 17a wird festgelegt, dass der Spitzenverband Bund der Pflegekassen bis zum 31. Dezember 2025 Richtlinien zur Empfehlung von Pflegehilfsmitteln und Hilfsmitteln nach § 40 Absatz 6 aufstellt. Diese Richtlinien sollen folgende Aspekte regeln: In welchen Fällen und für welche Hilfsmittel die Notwendigkeit oder Erforderlichkeit der Versorgung durch eine Empfehlung von Pflegefachpersonen vermutet wird, über welches Qualifikationsniveau die empfehlende Pflegefachperson verfügen soll und wie das genaue Verfahren zur Empfehlung bei der Antragstellung ablaufen soll. Die maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene haben das Recht, vor der endgültigen Festlegung der Richtlinien eine Stellungnahme abzugeben, die bei der Entscheidung berücksichtigt werden muss. Die Richtlinien werden nur dann wirksam, wenn das BMG sie genehmigt. Die Genehmigung gilt als erteilt, wenn das Ministerium nicht innerhalb eines Monats nach Vorlage der Richtlinien eine Beanstandung erhebt. Sollte das Ministerium Beanstandungen haben, müssen diese innerhalb einer gesetzten Frist behoben werden. Die Richtlinien werden alle drei Jahre überprüft und an den aktuellen Stand der medizinisch-pflegerischen Erkenntnisse angepasst. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen evaluiert außerdem die in den Richtlinien festgelegten Verfahren sowohl fachlich als auch wirtschaftlich. Dabei wird insbesondere die Auswirkung auf die Versorgungsqualität, die Sicherheit und die Wirtschaftlichkeit betrachtet. Der Medizinische Dienst Bund und die maßgeblichen Pflegeberufsorganisationen auf Bundesebene sind an der Evaluation beteiligt. Ein Bericht über die Evaluationsergebnisse muss bis zum 31. Dezember 2027 dem BMG vorgelegt werden.

Bewertung:

Die in § 17a Absatz 1 vorgesehene Möglichkeit einer reinen Stellungnahme der maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene ist nicht ausreichend. Im Referentenentwurf wird unter Punkt B die Beteiligung von Pflegeorganisationen als wesentlich bei der Erarbeitung der Aufgaben betont. Insbesondere bei der Zuordnung pflegerischer Qualifikationen zur Verordnungskompetenz von Pflegehilfsmitteln und Hilfsmitteln müssen Pflegeorganisationen direkt eingebunden werden. Dies fördert die Akzeptanz der Richtlinien in der Praxis und stellt sicher, dass die Erfahrungen und Bedürfnisse der Pflegeberufe berücksichtigt werden. Zur Definition der betreffenden Qualifikationen sollte ein einheitlicher Qualifikationsrahmen, wie der Deutsche Qualifikationsrahmen (DQR) oder die "Bildungsarchitektur für die Pflege in Deutschland" (BAPID), herangezogen werden.

Die regelmäßige Überprüfung der Richtlinien, wie in § 17a Absatz 2 vorgesehen *(„Die Richtlinien sind alle drei Jahre zu überprüfen und bei Bedarf an den allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse anzupassen...“),* ist ausdrücklich zu begrüßen. Sie schafft Raum für eine schrittweise Erweiterung und Weiterentwicklung pflegerischer Kompetenzbereiche.

Ein positiver Aspekt ist die Standardisierung der Empfehlungen, wodurch Willkür vermieden und klare Kriterien definiert werden. Dies schafft Transparenz und Verlässlichkeit sowohl für

die Betroffenen als auch für die Pflegefachpersonen. Die Einbindung von qualifizierten Pflegefachpersonen in die Empfehlung von Pflegehilfsmitteln trägt zur Qualitätssteigerung der Versorgung bei, da Fachleute mit der entsprechenden Qualifikation eingebunden sind.
Wichtig ist die verpflichtende Evaluation der Richtlinien unter Einbeziehung des Medizinischen Dienstes Bund, um die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung sicherzustellen. Dies ist insbesondere angesichts steigender Pflegekosten von großer Bedeutung. Die regelmäßige Überprüfung und Anpassung der Richtlinien gewährleistet deren Aktualität und ermöglicht es, die Versorgung an sich verändernde Anforderungen und wissenschaftliche Entwicklungen anzupassen.
Es bleibt jedoch unklar, wie die Qualifikation der empfehlenden Pflegefachpersonen genau definiert wird. Trotz der Betonung der Qualifikation fehlen konkrete Standards, was in der Praxis zu Unklarheiten führt, wer berechtigt ist, Empfehlungen auszusprechen.

§ 18e SGB XI Weiterentwicklung des Verfahrens zur Pflegebegutachtung durch Modellvorhaben, Studien und wissenschaftliche Expertisen

Sachverhalt:

Die Ergänzung des § 18e SGB XI regelt, dass der Medizinische Dienst Bund bis spätestens 31. Dezember 2025 unabhängige wissenschaftliche Einrichtungen oder Sachverständige mit der Durchführung eines Modellprojekts beauftragt. Dieses Modellprojekt zielt darauf ab, zu prüfen, inwieweit und unter welchen Voraussetzungen Pflegefachpersonen, die in der Versorgung nach dem Fünften oder Elften Buch tätig sind, Aufgaben im Rahmen des Pflegebegutachtungsverfahrens übernehmen können. Diese Pflegefachpersonen müssen über eine Erlaubnis nach dem PflBG (§ 1) verfügen.

Im Modellprojekt wird untersucht, ob und wie sich die Feststellungen und Empfehlungen von Pflegefachpersonen in Bezug auf vergleichbare Pflegebedürftige von den gutachterlichen Feststellungen des Medizinischen Dienstes unterscheiden, insbesondere im Hinblick auf den festgestellten Pflegegrad. Außerdem wird geprüft, ob und in welchem Umfang Pflegefachpersonen künftig regelhaft die Feststellung von Pflegebedürftigkeit und die Empfehlung eines Pflegegrads übernehmen sollen, und wie diese Regelung praktisch umgesetzt werden könnte. Dabei sollen folgende Aspekte berücksichtigt werden: für welche Antrags- und Versorgungssituationen dieses Verfahren geeignet ist, welche Feststellungen und Empfehlungen von Pflegefachpersonen für bestimmte Pflegebedürftige getroffen werden können und welche Änderungen im Begutachtungsverfahren notwendig wären. Die Medizinischen Dienste nach § 278 des Fünften Buches sind an der Durchführung des Modellprojekts zu beteiligen. Der abschließende Bericht des Modellprojekts sowie etwaige Zwischenberichte müssen dem BMG zeitnah nach Fertigstellung, spätestens jedoch bis 31. Dezember 2027, vorgelegt werden.

Bewertung:

Innerhalb des Begutachtungsverfahrens durch Mitarbeitende des Medizinischen Dienstes müssen diese sich in die konkrete Pflegesituation hineinversetzen und die verschiedenen Unterlagen sichten. Dies bindet erhebliche zeitliche Ressourcen. Der Besuch der Pflegegutachter wird von den Pflegebedürftigen oft als Prüfung empfunden, die bestanden werden muss.

Aus diesen Gründen befürworten die Verbände das Modellprojekt, das vorsieht, dass auch Pflegefachpersonen, die in der direkten Versorgung der Pflegebedürftigen vor Ort tätig sind,

Aufgaben im Rahmen des Begutachtungsverfahrens übernehmen können. Dies sollte aber mit einer wissenschaftlichen Evaluation verbunden werden, um die Verlässlichkeit dieser Neuerung bewerten zu können und möglichen Fehlentwicklungen zu Lasten der Solidargemeinschaft rechtzeitig entgegenwirken zu können.

§ 113c SGB XI Personalbemessung in vollstationären Pflegeeinrichtungen (Absatz 9 – Neu)

Sachverhalt:

§ 113c Absatz 2 SGB XI ermöglicht es vollstationären Pflegeeinrichtungen ab dem 1. Juli 2023, eine höhere personelle Ausstattung mit Pflege- und Betreuungspersonal zu vereinbaren, sofern bestimmte Voraussetzungen erfüllt sind. Dies kann geschehen, wenn bereits eine höhere personelle Ausstattung als nach den Vorgaben des Absatzes 1 vereinbart wurde und von der Einrichtung bereitgestellt wird, oder wenn der am 30. Juni 2023 geltende Rahmenvertrag nach § 75 eine höhere personelle Ausstattung für Fachkraftpersonal vorsieht. Alternativ kann die Pflegeeinrichtung sachliche Gründe für die Überschreitung der personellen Ausstattung nachweisen. Zu den sachlichen Gründen gehört beispielsweise der Einsatz von Personal in Personalpools oder betrieblichen Ausfallkonzepten, um kurzfristige Personalausfälle abzudecken, die Beschäftigung von Pflegepersonal im Rahmen von Modellprojekten oder die Anstellung von Pflegefachpersonen mit einer entsprechenden Erlaubnis gemäß PflBG, die überwiegend in der direkten Pflege oder Betreuung tätig sind.

Akademisch qualifiziertes Pflegepersonal ist bisher selten in vollstationären Pflegeeinrichtungen tätig, wurde aber im Rahmen des Modellprogramms nach § 8 Absatz 3b als zunehmend relevant erkannt. Vollstationäre Einrichtungen haben bereits jetzt die Möglichkeit, hochschulisch qualifiziertes Personal einzustellen und entsprechend höher zu vergüten, wenn diese besondere Tätigkeiten übernehmen. Um zusätzliche Anreize für diese Fachkräfte zu schaffen, können Pflegeeinrichtungen über die bestehenden Personalanhaltswerte hinaus Stellen für Pflegefachpersonen mit Hochschulqualifikation verhandeln, wenn diese mindestens 50 % ihrer Arbeitszeit in der direkten Pflege tätig sind.

Ziel ist es, durch diese Bindung an die direkte Versorgung von Bewohnern einen Theorie-Praxis-Transfer zu ermöglichen und evidenzbasierte Pflege zu fördern. Klare Aufgabenbereiche für hoch qualifizierte Pflegefachkräfte sollen von der Pflegeselbstverwaltung definiert werden, wobei auch die Ausbildungsziele und Empfehlungen der interdisziplinären Arbeitsgruppe zur akademischen Pflegeberufsausbildung berücksichtigt werden sollen, um die akademischen Kompetenzen optimal zu nutzen.

Bewertung:

Wenngleich Personalvorgaben grundsätzlich ein ambivalentes Regulierungsinstrument sind, da sie tief in die Organisationsfreiheit der Institutionen eingreifen, ist die Einrichtung einer Geschäftsstelle u.a. vor dem Hintergrund der Begleitung der Umsetzung des neuen Personalbemessungsverfahrens für vollstationäre Pflegeeinrichtungen, grundsätzlich zu begrüßen. Das Vorhaben erfüllt jedoch nicht die Anforderungen einer gleichberechtigten sektoralen Versorgung. Wie in den vorläufigen Eckpunkten zum PKG im Dezember 2023 vorgesehen, ist es nicht nur essenziell, eine Geschäftsstelle für die Belange von Pflegeeinrichtungen im Zusammenhang mit der Personalbemessung bereitzustellen, sondern zugleich den

Prozess der Einführung eines Personalbemessungsverfahrens im Krankenhausbereich zu begleiten, um bspw. für Anwenderfragen aus verschiedenen Bereichen zur Verfügung zu stehen.

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

Sachverhalt:

§ 118a des SGB XI regelt die Beteiligung der maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene bei Aufgaben, die im Fünften und Elften Buch Sozialgesetzbuch festgelegt sind. Diese Organisationen sollen im Rahmen der jeweils vorgesehenen Beteiligungsformen eingebunden werden und dabei auch weitere Organisationen der Pflegeberufe, insbesondere auf Landesebene, beteiligen. Dadurch wird sichergestellt, dass eine umfassende und effektive Beteiligung der Pflegeberufe erfolgt, insbesondere in Anbetracht der Vielzahl an Pflegeverbänden und der fehlenden flächendeckenden Vertretung durch Pflegekammern auf Bundesebene. Ehrenamtlich tätige Vertreter dieser Organisationen haben Anspruch auf Erstattung von Reisekosten und Verdienstausfall, wenn sie im Rahmen der festgelegten Beteiligungsverfahren tätig werden. Die genauen Bedingungen und Ansprüche werden in einer Verordnung geregelt, die das BMG mit Zustimmung des Bundesrates erlässt.

Das BMG ist außerdem ermächtigt, durch eine Rechtsverordnung festzulegen, welche Organisationen als maßgeblich gelten. Dabei sollen Kriterien wie Mitgliederzahl, regionale Verbreitung, Organisationsstruktur und die vertretenen Versorgungsbereiche berücksichtigt werden. Zusätzlich wird geregelt, wie auch landesrechtlich geregelte Organisationen angemessen einbezogen werden können, um die Expertise der Pflegeberufe effektiv in die Entscheidungsprozesse einzubinden. Die Verordnung soll eine geregelte und koordinierte Beteiligung sicherstellen, um die Interessen der Pflegeberufe effektiv zu vertreten und eine qualitativ hochwertige Pflege zu gewährleisten.

Bewertung:

Die Neuerung des § 118a SGB XI stärkt die Interessenvertretung der Pflegeberufe auf Bundesebene und bietet eine wichtige Gelegenheit, Pflegefachpersonen stärker in Entscheidungsprozesse einzubinden. Dies ist ein positiver Schritt, jedoch wird das Krankenhaussetting dabei nicht ausreichend berücksichtigt. Die spezifischen Herausforderungen des Pflegepersonals im Krankenhaus müssen bei der Umsetzung der neuen Regelungen stärker in den Fokus rücken. Es ist entscheidend, dass die Pflegeorganisationen auf Bundesebene auch die Interessen der Pflegefachpersonen in den Krankenhäusern praxisnah vertreten, um langfristig die Qualität der Versorgung zu sichern.

Die Regelung sieht vor, dass die maßgeblichen Organisationen auf Bundesebene auch andere Organisationen, einschließlich solcher auf Landesebene, einbinden. Dies ist besonders im Krankenhausbereich relevant, da die Rahmenbedingungen und Herausforderungen in den verschiedenen Bundesländern unterschiedlich sein können. Die Einbeziehung von Landesorganisationen stellt sicher, dass die regionalen Bedürfnisse der Pflegefachpersonen vor Ort, wie etwa Unterschiede im Personalbedarf, angemessen berücksichtigt werden.

Obwohl die Beteiligung der Organisationen vorgesehen ist, bleibt unklar, in welchem Umfang ihre Mitwirkungsrechte ausgestaltet sind. Es wird zwar von „Beteiligung“ gesprochen, jedoch

nicht präzisiert, ob diese lediglich beratend oder mit verbindlicher Entscheidungsbefugnis erfolgt. Eine klare Regelung ist daher erforderlich, um die Rolle der Pflegeorganisationen zu stärken.

Die Erstattung von Reisekosten und Verdienstausfällen im Rahmen ehrenamtlicher Tätigkeiten ist ein positiver Aspekt und stellt eine angemessene Würdigung dieses Engagements dar. Grundsätzlich ist die klare Definition der maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene zu begrüßen, um an der Ausarbeitung von Regelungen und Leistungskatalogen mitzuwirken. Die Einbindung von Landesorganisationen muss auch in Bundesländern ohne eigene Pflegekammer sichergestellt werden.

Zu Artikel 3 - Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V)

§ 15a SGB V (Neu) Pflegerische Leistungen und heilkundliche Leistungen durch Pflegefachpersonen

Sachverhalt:

§ 15a des SGB V regelt die Erbringung pflegerischer und heilkundlicher Leistungen durch Pflegefachpersonen im Rahmen des Fünften und Elften Buches Sozialgesetzbuch. Pflegefachpersonen, die über eine Erlaubnis nach dem PflBG verfügen, übernehmen pflegerische Leistungen unter Berücksichtigung ihrer beruflichen Verantwortung gemäß § 4 des PflBG. Pflegeleistungen dürfen ausschließlich von Pflegefachpersonen erbracht werden, die den Pflegeprozess eigenverantwortlich steuern und für die Qualitätssicherung verantwortlich sind. Erweiterte heilkundliche Leistungen können ebenfalls von Pflegefachpersonen erbracht werden, sofern sie über entsprechende Qualifikationen verfügen, die beispielsweise durch eine hochschulische Pflegeausbildung vermittelt wurden. Diese erweiterten heilkundlichen Aufgaben umfassen unter anderem die Betreuung von Patienten mit diabetischen Stoffwechselstörungen, chronischen Wunden oder Demenz. Pflegefachpersonen sind somit in der Lage, Aufgaben zu übernehmen, die traditionell Ärzten vorbehalten waren, und tragen dabei die volle Verantwortung, einschließlich der Haftung und der Einhaltung des Wirtschaftlichkeitsgebots.
Darüber hinaus sieht das Gesetz vor, dass Pflegefachpersonen mit gleichwertigen Qualifikationen in anderen Bereichen, wie z.B. der Intensivpflege, ebenfalls heilkundliche Leistungen erbringen können. Hierbei können entsprechende Weiterbildungen oder im Ausland erworbene Qualifikationen anerkannt werden. Die Module der Fachkommission nach dem PflBG dienen als Orientierung für die Bewertung solcher Qualifikationen.
Die Pflegefachpersonen tragen die Verantwortung für die eigenständige Entscheidung über die Art, Dauer und Häufigkeit der erbrachten Leistungen und müssen ärztliche und andere Fachkräfte rechtzeitig einbeziehen. Welche heilkundlichen Leistungen von Pflegefachpersonen in der ambulanten Versorgung erbracht und zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung abgerechnet werden können, wird in einem Rahmenvertrag konkretisiert.
Abschließend wird in § 15a Absatz 2 der Begriff der Pflegefachperson definiert. Personen, die über eine Erlaubnis nach dem PflBG verfügen, werden als Pflegefachpersonen bezeichnet, und der zuvor gebräuchliche Begriff "Pflegefachkraft" wird nicht mehr verwendet. Dies dient der Anpassung an die aktuelle berufsrechtliche Bezeichnung und stärkt die Rolle der Pflegefachpersonen im Gesundheitssystem.

Bewertung:
Der Entwurf ermöglicht es zudem Pflegefachpersonen mit speziellen Qualifikationen, über die in § 37 des PflBG festgelegten Bereiche hinaus erweiterte heilkundliche Leistungen zu erbringen. Diese Flexibilität erlaubt es, auf veränderte Versorgungsbedarfe zu reagieren, beispielsweise bei neuen medizinischen Herausforderungen oder innovativen Versorgungsformen, die Pflegefachpersonen künftig übernehmen könnten. Die klar definierte Verantwortung für den Pflegeprozess sowie die Verknüpfung pflegerischer und heilkundlicher Aufgaben durch eine Pflegefachperson verbessern die Kontinuität und Qualität der Versorgung, was insbesondere bei der Betreuung chronisch kranker oder multimorbider Patienten von großer Bedeutung ist.
Gleichzeitig müssen jedoch klare Abgrenzungen, eine umfassende Ausbildung und Qualifikation sowie eine sorgfältige praktische Umsetzung gewährleistet werden, um potenzielle Risiken zu minimieren. Obwohl der Gesetzestext präzise Vorgaben dazu enthält, welche Leistungen Pflegefachpersonen erbringen dürfen, besteht in der Praxis die Gefahr von Unklarheiten über die Kompetenzverteilung, was zu Spannungen zwischen den Berufsgruppen und Unsicherheiten hinsichtlich der Haftung führen könnte. Die Verantwortung für die Entscheidung über Art, Dauer und Häufigkeit von Maßnahmen sowie die Einbeziehung ärztlicher Expertise ist anspruchsvoll und bringt eine erhöhte berufliche Haftung für Pflegefachpersonen mit sich.
Die klare Differenzierung zwischen pflegerischen, heilkundlichen und erweiterten heilkundlichen Leistungen trägt dazu bei, Missverständnisse darüber zu verhindern, welche Aufgaben von welcher Berufsgruppe übernommen werden dürfen. Diese Klarstellung ist besonders wichtig, um Überschneidungen und Konflikte mit anderen Gesundheitsfachberufen zu vermeiden.
Die praktische Umsetzung, insbesondere die Frage, welche erweiterten heilkundlichen Leistungen über die gesetzliche Krankenversicherung abgerechnet werden können, hängt stark von künftigen Rahmenverträgen ab. Es bleibt unklar, wie schnell diese Verträge abgeschlossen werden und welche Leistungen in die Regelversorgung aufgenommen werden, was zu Verzögerungen führen und das volle Potenzial der neuen Regelung einschränken könnte.
Insgesamt wird durch die geplante Einbeziehung erweiterter heilkundlicher Kompetenzen, insbesondere in Bereichen wie Diabetes, chronische Wunden und Demenz, die Rolle von Pflegefachpersonen aufgewertet und ihr Aufgabenfeld deutlich erweitert. Dies ist bedeutsam, da ihre Kompetenzen bislang oft nicht voll ausgeschöpft wurden. Die formale Anerkennung dieser erweiterten Aufgabenbereiche stärkt das Selbstverständnis und die Autonomie der Pflegeberufe, wobei eine Ausweitung auf weitere Tätigkeitsfelder unbedingt berücksichtigt werden muss.

Erläuterung: *„Für die weiteren Versorgungsbereiche in SGB V und XI, z.B. Krankenhäuser, gilt, dass auf der Grundlage von **§ 15a SGB V** Leistungen durch Pflegefachpersonen im Rahmen der berufsrechtlich erworbenen oder vergleichbaren Kompetenzen erbracht werden können. Die Regelungen des Rahmenvertrags nach **§ 73d SGB V** bieten hierfür Anhaltspunkte. Sie sind für andere Versorgungsbereiche aber nicht unmittelbar verbindlich; insbesondere können in anderen Versorgungsbereichen Aufgaben relevant sein, die in der ambulanten ärztlichen Versorgung typischerweise nicht vorkommen, z.B. im Rahmen der Notfall- und Intensivversorgung.“ (siehe Seite 50 Absatz 3 - PKG).*

Bewertung zur o.g. Erläuterung:

Der sektoralen Gleichberechtigung wird mit diesem Absatz Rechnung getragen, die Regelungen werden jedoch als „Anhaltspunkte“ beschrieben, was einer vagen Aussage entspricht. Es muss definiert werden, wie mit Regelungen und der Leistungserbringung umgegangen wird, welche z.B. **nur** **im Krankenhaus** zur Umsetzung kommen.

§ 33 SGB V Hilfsmittel

Sachverhalt:

§ 33 Absatz 5a des SGB V regelt, dass eine vertragsärztliche Verordnung für die Beantragung von Hilfsmitteln nur dann erforderlich ist, wenn eine erstmalige oder erneute ärztliche Diagnose oder Therapieentscheidung medizinisch notwendig ist. In bestimmten Fällen können die Krankenkassen jedoch eine ärztliche Verordnung als Voraussetzung für die Kostenübernahme verlangen, insbesondere dann, wenn sie auf eine Genehmigung der beantragten Hilfsmittelversorgung verzichten. Dabei müssen die Bestimmungen des § 18b Absatz 3 und § 40 Absatz 6 des SGB XI berücksichtigt werden. Eine wesentliche Neuerung ist, dass eine Verordnung durch eine Pflegefachperson unter bestimmten Voraussetzungen einer ärztlichen Verordnung gleichgestellt wird. Der Rahmenvertrag nach § 73d, der zwischen den Spitzenorganisationen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung ausgehandelt wird, sieht vor, dass qualifizierte Pflegefachpersonen selbständig über die Folgeversorgung von Versicherten mit bestimmten Hilfsmitteln entscheiden dürfen, sofern sie über die entsprechende Qualifikation und Weiterbildung verfügen. In solchen Fällen wird die Verordnung durch die Pflegefachperson der ärztlichen Verordnung gleichgestellt, sodass keine zusätzliche ärztliche Verordnung für die Erbringung und Abrechnung der Leistungen notwendig ist. Zusätzlich wird der Begriff "Pflegefachkraft" an die Definition der "Pflegefachperson" gemäß § 15a Absatz 2 angepasst.

Bewertung:

Die Erweiterung des § 33 Absatz 5a SGB V stellt eine bedeutende Reform dar, die das Potenzial hat, die Pflegeberufe zu stärken und das Gesundheitssystem zu entlasten. Die Möglichkeit, dass qualifizierte Pflegefachpersonen eigenständig Hilfsmittel verordnen können, ist ein wichtiger Schritt zur Professionalisierung der Pflege. Gleichzeitig gibt es jedoch mehrere Herausforderungen, die beachtet werden müssen. Kompetenzkonflikte, Unsicherheiten bei den Krankenkassen, uneinheitliche Qualifikationsstandards und Haftungsfragen sind potenzielle Stolpersteine, die einer erfolgreichen Umsetzung dieser Reform im Wege stehen könnten. Eine klare Abgrenzung der Verantwortlichkeiten, eine bundeseinheitliche Regelung der Qualifikationsstandards sowie eine enge Zusammenarbeit zwischen Ärzten, Pflegefachpersonen und Krankenkassen sind daher entscheidend, um die Vorteile dieser Neuerung voll auszuschöpfen und eine qualitativ hochwertige Versorgung sicherzustellen.

Der Gesetzentwurf gibt den Krankenkassen die Möglichkeit, in bestimmten Fällen weiterhin eine ärztliche Verordnung zu verlangen. Dies würde den beabsichtigten Abbau von Bürokratie und die Autonomisierung der Pflegefachpersonen einschränken. Auch wenn die Übertragung von Verordnungsbefugnissen auf Pflegefachpersonen organisatorisch entlastend wirkt, besteht das Risiko, dass die Abgrenzung der Kompetenzen in der Praxis unscharf bleibt.

§ 39 SGB V Krankenhausbehandlung

Sachverhalt:

§ 39 Absatz 1 des SGB V regelt die verschiedenen Formen der Krankenhausbehandlung, die vollstationär, stationsäquivalent, tagesstationär, teilstationär, vor- und nachstationär sowie ambulant erbracht werden können. Diese Behandlung umfasst auch Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die das Potenzial einer notwendigen Behandlungsalternative bieten, selbst wenn der Gemeinsame Bundesausschuss hierzu noch keine Entscheidung getroffen hat. Versicherte haben Anspruch auf vollstationäre, stationsäquivalente oder tagesstationäre Behandlung in einem zugelassenen Krankenhaus, wenn die Aufnahme oder Behandlung notwendig ist und das Behandlungsziel nicht durch andere, weniger intensive Behandlungsformen, wie teilstationäre, vor- oder nachstationäre oder ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege, erreicht werden kann.

Die Krankenhausbehandlung umfasst alle notwendigen medizinischen Leistungen, die im Einzelfall nach Art und Schwere der Erkrankung erforderlich sind. Dazu zählen ärztliche Behandlung, Krankenpflege, die pflegerischen, heilkundlichen und erweiterten heilkundlichen Leistungen nach § 15a, sowie die Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, Unterkunft und Verpflegung. Insbesondere die akutstationäre Behandlung schließt auch Frührehabilitationsmaßnahmen ein, die möglichst früh beginnen sollen. Die stationsäquivalente Behandlung bietet eine psychiatrische Versorgung im häuslichen Umfeld durch mobile, ärztlich geleitete Teams, während die tagesstationäre Behandlung einen täglichen Krankenhausaufenthalt von mindestens sechs Stunden ohne Übernachtung umfasst. Beide Behandlungsformen entsprechen in ihrer Komplexität und Flexibilität einer vollstationären Behandlung.

Ein weiterer Bestandteil der Krankenhausbehandlung ist die qualifizierte ärztliche Einschätzung des Beatmungsstatus von Patienten im Verlauf der Behandlung, insbesondere vor der Verlegung oder Entlassung von Beatmungspatienten. Es wird klargestellt, dass die pflegerischen Leistungen im Krankenhaus auch die Vorbehaltsaufgaben sowie heilkundlichen und erweiterten heilkundlichen Leistungen umfassen, die Pflegefachpersonen entsprechend ihrer Qualifikationen, beispielsweise aus einer hochschulischen Ausbildung oder Fachweiterbildung, erbringen können. Der Rahmenvertrag nach § 73d und fachliche Empfehlungen dienen hierbei als Orientierungshilfe.

Bewertung:

Die Erweiterung ihrer Kompetenzen hin zu heilkundlichen und erweiterten heilkundlichen Aufgaben sowie die Einbeziehung flexiblerer Behandlungsformen sind zukunftsweisende Schritte, die zur Entlastung des Gesundheitssystems und zur Verbesserung der Patientenversorgung beitragen können. Indem erweiterte heilkundliche Leistungen, die durch qualifizierte Weiterbildungen oder akademische Ausbildung erworben werden, in die Krankenhauspflege einfließen, wird die Expertise der Pflegefachpersonen genutzt, um die Versorgungslücke zwischen Pflege und ärztlicher Behandlung zu schließen. Dies kann zu einer höheren Behandlungsqualität und besseren Betreuung der Patienten führen.

Die Qualifikation der Pflegefachpersonen für erweiterte heilkundliche Aufgaben hängt von verschiedenen Ausbildungswegen, Weiterbildungen und Kompetenznachweisen ab. In Deutschland besteht jedoch eine föderale Struktur im Gesundheits- und Bildungssystem, was zu unterschiedlichen Standards und Ausbildungen führen kann. Ohne klare bundeseinheitliche Vorgaben besteht die Gefahr, dass Pflegefachpersonen in verschiedenen Regionen unterschiedliche Qualifikationsniveaus aufweisen, was die Gleichheit der Versorgung gefährden könnte.

Daher ist die Einführung bundeseinheitlicher Standards essenziell. Auch in Bezug auf die Abgrenzung der Kompetenzen und Aufgabenbereiche bleibt unklar, wie diese in der Praxis umgesetzt werden sollen. Zwar wird betont, dass Pflegefachpersonen nur im Rahmen ihrer erworbenen Qualifikationen oder Weiterbildungen tätig werden dürfen, doch insbesondere in komplexen medizinischen Fällen könnten Kompetenzüberschneidungen entstehen. Dies könnte zu Unsicherheiten oder Konflikten zwischen den Berufsgruppen führen. Um dies zu verhindern, bedarf es eines Heilberufegesetzes auf Bundesebene und eine regelmäßige Re-Akkreditierung für die Ausübung der erweiterten Heilkundekompetenz.

§ 73d SGB V (Neu) Selbstständige Erbringung von Leistungen durch Pflegefachpersonen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung; selbständige Verordnung häuslicher Krankenpflege durch Pflegefachpersonen, Evaluation

Sachverhalt:

Der neue § 73d SGB V regelt die selbstständige Erbringung erweiterter heilkundlicher Leistungen und die Verordnung häuslicher Krankenpflege durch qualifizierte Pflegefachpersonen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung. Bis zum 31. Dezember 2025 müssen die Spitzenorganisationen nach § 132a SGB V und die Kassenärztliche Bundesvereinigung einen Rahmenvertrag vereinbaren, der Folgendes festlegt:

1. *Ein Katalog erweiterter heilkundlicher Leistungen, die Pflegefachpersonen eigenständig, basierend auf ärztlicher Diagnose und Indikationsstellung, erbringen können.*

2. *Ein Katalog von Leistungen der häuslichen Krankenpflege, die Pflegefachpersonen eigenständig als Folgeverordnung veranlassen können, einschließlich der benötigten Hilfsmittel.*

3. *Rahmenvorgaben zur interprofessionellen Zusammenarbeit bei der Erbringung dieser Leistungen.*

Der Rahmenvertrag muss auch die pflegerischen Vorbehaltsaufgaben nach § 15a SGB V berücksichtigen und festlegen, welche beruflichen Qualifikationen für die Erbringung dieser Leistungen notwendig sind. Weiterbildungen, die auf bundeseinheitlichen Standards basieren, sind verbindlich zu berücksichtigen, und einschlägige Berufserfahrung kann als vergleichbare Qualifikation anerkannt werden. Die Leistungen können bei Ärzten, in medizinischen Versorgungszentren, durch Pflegedienste und in stationären Pflegeeinrichtungen erbracht werden. Vor Abschluss des Rahmenvertrags müssen relevante Pflegeorganisationen und die Bundesärztekammer Stellungnahmen abgeben. Falls der Rahmenvertrag nicht bis zur Frist abgeschlossen wird, entscheidet eine Schiedsperson über den Inhalt des Vertrags. Die Vertragspartner evaluieren bis Ende 2027 die Auswirkungen der selbstständigen Leistungserbringung durch Pflegefachpersonen auf Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung. Das BMG führt eine eigene Evaluation zur Umsetzung erweiterter heilkundlicher Leistungen durch Pflegefachpersonen in anderen Versorgungsbereichen, wie Krankenhäusern und Reha-Einrichtungen, durch. Auf Basis dieser Evaluation wird geprüft, ob Anpassungen oder Erweiterungen der bestehenden Regelungen notwendig sind. Ärzte können qualifizierten Pflegefachpersonen

die eigenständige Erbringung der im Rahmenvertrag festgelegten heilkundlichen Leistungen übertragen.

Bewertung:
Mit diesem Regelungsvorhaben können Pflegefachpersonen schneller auf Veränderungen im Gesundheitszustand der Patienten reagieren, was die Versorgungsqualität verbessert und potenzielle Komplikationen frühzeitig verhindert. Daher ist die Erstellung eines Katalogs erweiterter heilkundlicher Leistungen, die Pflegefachpersonen je nach Qualifikation nach ärztlicher Diagnose eigenständig erbringen können, zu begrüßen. Ebenso sinnvoll ist ein Katalog für häusliche Krankenpflegeleistungen nach § 37, den Pflegefachpersonen eigenständig als Folgeverordnung – einschließlich der benötigten Hilfsmittel gemäß § 33 – veranlassen dürfen. Dies stellt angesichts des Fachkräftemangels im ärztlichen Bereich einen wichtigen Schritt zur Sicherstellung der Versorgung dar.
Die Möglichkeit zur Stellungnahme durch relevante Pflegeorganisationen ist selbstverständlich. Die geplante Evaluation der Umsetzung erweiterter Kompetenzen bis 2027 wird positiv bewertet, da sie Raum für Verbesserungen und Anpassungen lässt. Pflegefachpersonen sollten aktiv in diesen Evaluationsprozess einbezogen werden, um ihre praktischen Erfahrungen nutzbar zu machen und praxisnahe Anpassungen zu ermöglichen.
Trotz der Neuerungen bleibt unklar, wie die erweiterten heilkundlichen Kompetenzen in der Langzeit- und stationären Pflege konkret umgesetzt werden sollen. Die unterschiedlichen organisatorischen Strukturen in stationären Einrichtungen könnten die Integration dieser Kompetenzen erschweren. Hier sind spezifische Regelungen notwendig, um sicherzustellen, dass Pflegefachpersonen auch in diesen Settings ihre Kompetenzen voll ausschöpfen können.
Ein weiterer wichtiger Aspekt ist die Rolle der Pflegefachpersonen an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Versorgung. Die eigenständige Verordnung häuslicher Krankenpflege könnte den Übergang von der stationären zur häuslichen Pflege erleichtern, indem Pflegefachpersonen die Nachsorge nahtlos planen und umsetzen. Dies würde die Kontinuität der Pflege verbessern und das Risiko von Versorgungsabbrüchen verringern. Klare Kommunikationswege zwischen Krankenhäusern und ambulanten Pflegeeinrichtungen sind jedoch notwendig, um diesen Übergang reibungslos zu gestalten. Insbesondere in der Wundversorgung, der Diabetesbehandlung oder der Betreuung von Patienten mit chronischen Erkrankungen könnte dies zu einer spürbaren Verbesserung der Patientenversorgung führen. Die Erweiterung der Kompetenzbereiche für Pflegefachpersonen, wie in § 73d Absatz 3 beschrieben, ist daher ausdrücklich zu befürworten.

§ 132a SGB V Versorgung mit häuslicher Krankenpflege
Sachverhalt:
§ 132a Absatz 1 SGB V regelt die Rahmenempfehlungen für die einheitliche und flächendeckende Versorgung mit häuslicher Krankenpflege. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die maßgeblichen Spitzenorganisationen der Pflegedienste auf Bundesebene sind verpflichtet, gemeinsam solche Empfehlungen zu erarbeiten. Diese Empfehlungen sollen auch von kirchlichen oder freigemeinnützigen Trägern unter Einbeziehung ihrer Verbände abgeschlossen werden können. Vor Abschluss der Vereinbarung haben die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft die Möglichkeit, Stellung zu nehmen, die in den Entscheidungsprozess einfließen muss. Die Rahmenempfehlungen regeln unter anderem die Eignung der Leistungserbringer, Maßnahmen zur Qualitätssicherung und Fortbildung, Anforderungen an die Pflegeprozesssteuerung sowie die Grundsätze zur Prüfung

der Leistungspflicht und zum Abrechnungsverfahren. Darüber hinaus beinhalten sie Anforderungen an die Eignung von Pflegefachpersonen, die erweiterte heilkundliche Leistungen nach § 73d erbringen. Es wird klargestellt, dass die Qualität der häuslichen Krankenpflege durch die Steuerung des Pflegeprozesses gesichert wird. Diese umfasst die Erhebung und Feststellung des Pflegebedarfs, die Planung und Organisation der Pflege sowie die Sicherung und Entwicklung der Pflegequalität. Eine Doppelvergütung von Maßnahmen zur Steuerung des Pflegeprozesses aus Mitteln der Kranken- und Pflegeversicherung ist nicht zulässig. Die Pflegefachkräfte, die im Rahmen der Versorgung tätig sind, müssen gemäß den Vorgaben des § 15a qualifiziert sein. Zudem erhalten die Vertragspartner den Auftrag, Grundsätze zur Vergütung der erweiterten heilkundlichen Leistungen zu vereinbaren, die von Pflegediensten erbracht werden. Der Begriff „Pflegefachkraft" wird dabei an die aktuelle Definition der „Pflegefachperson" gemäß § 15a Absatz 2 angepasst.

Bewertung:
Aus Sicht der Verbände ist es selbstverständlich, dass erbrachte Leistungen, insbesondere solche, die eine hohe fachliche Expertise erfordern, auch gegenüber den Krankenkassen abrechenbar sein müssen. Diese Regelung trägt zur Sicherstellung einer einheitlichen und flächendeckenden Versorgung bei und schafft eine wichtige Grundlage für die Anerkennung und finanzielle Honorierung der erweiterten Kompetenzen von Pflegefachpersonen. Sie stärkt zudem die Position der Pflegedienste im Versorgungssystem und unterstützt die Entwicklung sowie Qualitätssicherung im Bereich der häuslichen Krankenpflege.

Zu Artikel 4 - Änderung des Pflegezeitgesetzes

§ 2 Kurzzeitige Arbeitsverhinderung
Sachverhalt:
(2) Beschäftigte sind verpflichtet, dem Arbeitgeber ihre Verhinderung an der Arbeitsleistung und deren voraussichtliche Dauer unverzüglich mitzuteilen. Dem Arbeitgeber ist auf Verlangen eine ärztliche Bescheinigung oder eine Bescheinigung einer Pflegefachperson über die Pflegebedürftigkeit des nahen Angehörigen und die Erforderlichkeit der in Absatz 1 genannten Maßnahmen vorzulegen.

Bewertung:
Die Möglichkeit, dass Pflegefachpersonen eine Bescheinigung über die Pflegebedürftigkeit eines nahen Angehörigen ausstellen können, erweitert nicht nur das Aufgabenfeld der Pflegefachpersonen, sondern stärkt auch deren fachliche Kompetenz und Anerkennung im Gesundheitswesen. Diese Regelung trägt zur Entlastung ärztlicher Ressourcen bei und unterstreicht das Vertrauen in die Expertise der Pflegefachpersonen. Gleichzeitig ermöglicht sie eine schnellere und praxisnähere Ausstellung der Bescheinigungen, was den Beschäftigten zugutekommt und den administrativen Ablauf vereinfacht.

Zu Artikel 5 - Änderungen des Pflegeberufegesetz

§ 4 Vorbehaltene Aufgaben
Sachverhalt:

(2) Die pflegerischen Aufgaben im Sinne des Absatzes 1 umfassen 1. die Erhebung und Feststellung des individuellen Pflegebedarfs und Planung der Pflege nach § 5 Absatz 3 Nummer 1 Buchstabe a, 2. die Organisation, Gestaltung und Steuerung des Pflegeprozesses nach § 5 Absatz 3 Nummer 1 Buchstabe b sowie 3. die Analyse, Evaluation, Sicherung und Entwicklung der Qualität der Pflege nach § 5 Absatz 3 Nummer 1 Buchstabe d.

Bewertung:
Mit der ergänzenden Formulierung in Absatz 2 des § 4 des PflBG, dass auch die Planung der Pflege zu den Vorbehaltsaufgaben zählt, wird der Tatsache Rechnung getragen, dass ohne eine Pflegeplanung die Steuerung des Pflegeprozesses nicht möglich ist.

§ 4a Selbständige Heilkundeausübung

Sachverhalt:
Personen mit einer Erlaubnis nach § 1 sind zur selbständigen Heilkundeausübung im Rahmen der nach diesem Gesetz erworbenen Kompetenzen befugt. Ruht die Erlaubnis nach § 3 Absatz 3 Satz 1, ruht auch die Befugnis zur selbständigen Heilkundeausübung.

Bewertung:
In dem neu geschaffenen Paragrafen 4a des PflBG wird klargestellt, dass die Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung nach § 1 auch die Befugnis zur Heilkundeausübung im jeweiligen Umfang der erworbenen Pflegeausbildung erworbenen Kompetenzen umfasst. Hiermit wird deutlich, dass auch die Pflege auf wissenschaftlichen Erkenntnissen gründet und durch praktische, selbstständige oder im Dienst anderer ausgeübter Tätigkeit zur Verhütung, Feststellung, Heilung oder Linderung menschlicher Krankheiten, Körperschäden oder Leiden beiträgt. Dies kann den Zugang zu medizinischen Leistungen beschleunigen, insbesondere in strukturschwachen Regionen oder bei chronisch erkrankten Patienten. Allerdings müssen, wie bereits in dieser Stellungnahme erwähnt, offene Fragen zur Abgrenzung der Kompetenzen, zur Haftung und zur einheitlichen Umsetzung auf Länderebene geklärt werden, um die angestrebte Verbesserung der Pflegequalität tatsächlich zu erreichen. Ein besonderer Fokus sollte zudem auf die interprofessionelle Zusammenarbeit und die Sicherstellung ausreichender Ressourcen für die Umsetzung der Reformen gelegt werden.

§ 14a Standardisierte Module für erweiterte heilkundliche Aufgaben

Sachverhalt:
Die Fachkommission nach § 53 kann mit empfehlender Wirkung standardisierte Module für die zur selbständigen Ausübung von erweiterten heilkundlichen Aufgaben erforderlichen fachlichen und personalen Kompetenzen entwickeln, die gemeinsam vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und vom BMG genehmigt werden können. Die Genehmigung der standardisierten Module erfolgt einmalig; Änderungen bedürfen einer erneuten Genehmigung. Die standardisierten Module sollen in geeigneten Abständen an den medizinischen und pflegewissenschaftlichen Fortschritt angepasst werden.

Bewertung:
Die Entwicklung standardisierter Module zur Festlegung der erforderlichen fachlichen und personalen Kompetenzen kann als fachliche Grundlage für die Erstellung von Lehrplänen und

Curricula dienen. Besonders die Integration der Themenbereiche diabetische Stoffwechsellage, chronische Wunden und Demenz in die hochschulische Pflegeausbildung ermöglicht es Pflegefachpersonen, erweiterte heilkundliche Aufgaben selbstständig auszuüben.

Dies fördert nicht nur die Qualifizierung, sondern stärkt auch die Autonomie der Pflegeberufe und trägt zur Anpassung an den medizinischen und pflegewissenschaftlichen Fortschritt bei. In diesem Zusammenhang ist auf die Bewertung zu § 15a SGB V hinzuweisen, wonach eine Ausweitung auf weitere Tätigkeitsfelder unbedingt notwendig ist.

III. Weiterer Regelungsbedarf

Ziel der Reform muss es sein, eine einheitliche Definition und Umsetzung der erweiterten Kompetenzen für Pflegefachpersonen in allen Sektoren zu gewährleisten. Nur so kann eine sektorenübergreifende und interdisziplinäre Zusammenarbeit, unter anderem mit weiteren Gesundheitsfachberufen, nachhaltig sichergestellt werden. Die dringende Notwendigkeit, den Krankenhaussektor im PKG stärker zu berücksichtigen, ergibt sich aus der zunehmenden Komplexität der Pflegeaufgaben, die über die Grundversorgung deutlich hinausgehen.
Neben der Festlegung von erweiterten Kompetenzen in der Pflege braucht es einheitliche Ausbildungen, einen definierten rechtlichen Rahmen und eine angemessene refinanzierte Vergütung. Ebenso muss anhand der Kompetenzerweiterung in der Pflege ein bedarfsgerechter Qualifikationsmix entwickelt und Anrechnungsmöglichkeiten im Anwendungsbereich der Personalbemessungsinstrumente sichergestellt werden.

Für die Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen pflegerischen Versorgung sind alle Pflegeberufe und ihre Aufgaben und Befugnisse auf allen Qualifikationsniveaus – von der Pflegefachassistenzperson bis zur Pflegefachperson mit Masterabschluss zu betrachten. Die Ausweitung von Kompetenzen, einhergehend mit dem Auf- und Ausbau akademischer Qualifizierungsmöglichkeiten ist ein Schritt zur Sicherstellung der Versorgung in Zeiten des demografischen Wandels. Neben dem Umsetzen innovativer Versorgungskonzepte sollen die akademisierten Pflegefachpersonen befähigt werden, aus der Berufspraxis heraus neue Forschungsfragen ableiten zu können. Hier übernehmen die deutschen Universitätsklinika gemeinsam mit den Medizinischen Fakultäten aufgrund ihrer Verbindung von Forschung, Lehre und Krankenversorgung eine besondere Funktion.

Daher ist es zwingend notwendig, neben dem Pflegekompetenzgesetz in einem weiteren Gesetzgebungsverfahren die Etablierung neuer Berufsbilder zu regeln. Zwei moderne Konzepte zur Weiterentwicklung der pflegerischen Rollen, die im Ausland bzw. im Rahmen von Modellvorhaben bereits erprobt und wissenschaftlich begleitet werden, sind die Advanced Practice Nurses (APN, siehe https://apn-ch.ch/apn/) in der Schweiz. Advanced Nursing Practice wird als Überbegriff verwendet, unter dem sich verschiedenen Rollenprofile entwickelt haben und weiterentwickeln. Die Rollen können auf einem Kontinuum zwischen der Clinical Nurse Specialist und der Nurse Practitioner verortet werden. Ein weiteres, zukunftsweisendes Konzept ist das Community Health Nursing als ein neues pflegerisches Berufsbild in Deutschland. Ziel

dieses Berufsbildes ist es, die primäre Gesundheitsversorgung vor dem Hintergrund vielfältiger aktueller Herausforderungen evidenzbasiert, wohnortnah und nachhaltig zu verbessern. Dafür wurden neue Masterstudiengänge in Community Health Nursing aufgebaut siehe (z.B. Baden-Württemberg; https://gesundheitskompassbw.de/projekte/community-health-nursing/).

Unterzeichnende Verbände

Der Medizinische Fakultätentag (MFT) und der Verband der Universitätsklinika Deutschlands (VUD) vertreten die Interessen der 39 Medizinischen Fakultäten sowie der 36 Universitätsklinika in Deutschland – Dachverband ist die Deutsche Hochschulmedizin (DHM). Gemeinsam stehen VUD und MFT für Spitzenmedizin, erstklassige Forschung sowie die international angesehene Medizinerausbildung und -weiterbildung. https://www.deutsche-hochschulmedizin.de

Der Verband der Pflegedirektorinnen und Pflegedirektoren der Universitätskliniken und Medizinischen Hochschulen Deutschlands (VPU e.V.) vertritt als Managementverband die Interessen seiner Mitglieder auf fachlicher und berufspolitischer Ebene und setzt sich für die Positionierung und Weiterentwicklung der professionellen Pflege in den Universitätskliniken sowie für einen Dialog mit Politik und Gesellschaft ein. Verband der Pflegedirektorinnen und Pflegedirektoren der Universitätskliniken und Medizinischen Hochschulen Deutschlands e.V. - Startseite (vpuonline.de)