Stellungnahme

des Marburger Bund Bundesverbandes

zu dem

Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Pflegekompetenz

(Pflegekompetenzgesetz - PKG)

Reinhardtstraße 36
10117 Berlin
Telefon 030 746846-0
Telefax 030 746846-16
bundesverband@marburger-bund.de
www.marburger-bund.de

Berlin, 14. Juli 2025

Grundsätzliche Anmerkungen

Der Marburger Bund bedankt sich für die Gelegenheit, zu dem neu gefassten Referentenentwurf des Pflegekompetenzgesetzes Stellung nehmen zu können. Er beschränkt sich dabei wie in seiner vorherigen Stellungnahme vom 30.09.2024 auf diejenigen Regelungen, die einen Zusammenhang zu der von ihm vertretenen Gruppe der angestellten Ärztinnen und Ärzte in der stationären und ambulanten Versorgung aufweisen.

Wir teilen die Auffassung der Regierung, dass sowohl der demographische Wandel als auch der sich immer weiter verstärkende Fachkräftemangel im medizinischen und pflegerischen Bereich ein Überdenken bisher bewährter Strukturen erforderlich machen.

Zu einer Neuorientierung gehört, die Attraktivität der Professionen im Gesundheitswesen durch verschiedene Maßnahmen einschließlich einer Verbesserung der beruflichen Rahmenbedingungen zu stärken. Die Notwendigkeit, Rahmenbedingungen zu verbessern gilt für die Pflege, allerdings ebenso für die Situation der Ärztinnen und Ärzte sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich. Das Ergebnis von Reformen muss daher eine Verringerung des anhaltenden Drucks auf alle Betroffenen sein und nicht das reine Verschieben bestimmter Aufgaben von einem Mangelberuf auf den anderen. Insofern ist es fraglich, ob das erklärte Ziel des Gesetzentwurfs, sowohl Pflegefachpersonen als auch Ärztinnen und Ärzte zu entlasten, mit den geplanten Maßnahmen überhaupt erreicht werden kann.

Das Gesetz ruht wie die Vorgängerversion auf zwei Säulen: Kompetenzerweiterung der Pflege sowie Sicherstellung des pflegerischen Angebots.

Es stellt in den zentralen Vorschriften des § 15a SGB V und § 28 Abs. 5 SGB XI klar, dass zukünftig auch Pflegefachpersonen bestimmte katalogisierte Leistungen der ärztlichen Behandlung eigenverantwortlich und auf Grundlage ihrer Qualifikation im Rahmen der leistungsrechtlichen Vorschriften neben den Ärzten erbringen und auch selbst verordnen dürfen. In diesem Zusammenhang begrüßen wir, dass der noch im Referentenentwurf 2024 gewählte missverständliche Begriff der „erweiterten heilkundlichen“ Aufgaben nun durch die Bezeichnung „heilkundliche“ Aufgaben ersetzt wird und dies perspektivisch auch für das Pflegeberufegesetz gelten soll.

Der Gesetzgeber wünscht sich einerseits eine Verstärkung der interprofessionellen Zusammenarbeit, gleichzeitig sollen bestimmte Aufgaben, die bisher der ärztlichen Profession vorbehalten waren, vollständig bei entsprechend qualifizierten Pflegefachpersonen angesiedelt werden.

Bei Übernahme der jeweiligen Aufgabe gehen richtigerweise nicht nur die fachliche und wirtschaftliche Verantwortung, so wie es auch - leider nur in der Begründung - zu § 15 a SGB V ausgeführt wird - sondern auch die zivilrechtliche Haftung und zudem strafrechtliche Verantwortung auf die jeweilige Pflegefachperson über.

Eine solche Verlagerung bisher ärztlicher Aufgaben würde allerdings im ambulanten Bereich bei fehlender Absicherung durch den Arbeitgeber zu der Notwendigkeit einer persönlichen Berufshaftpflichtversicherung von Pflegefachpersonen führen. Hier müsste eine Staffelung der Prämien je nach Risiko der eigenverantwortlich durchgeführten Leistungen erfolgen. Als Beispiel können hier Hebammen und die von ihnen durchgeführten Geburten im Rahmen der Heilkundeausübung genannt werden.

Der Übergang der wirtschaftlichen, bzw. Abrechnungsverantwortung auf die Pflegefachpersonen müsste eigentlich zur Folge haben, dass bei eigener Verschreibungsmöglichkeit und Leistungserbringung mit entsprechendem Aufwand und Klärungsnotwendigkeit von Zuständigkeiten Budgets zu verhandeln wären. Zu der im Referentenentwurf stattdessen gewählten „einfachen" Konstruktion über eine reine Anstellungslösung wird im Folgenden bei der einschlägigen Vorschrift Stellung genommen.

Im stationären Bereich, für den nun eine analoge Regelung im PKG vorgesehen ist, stellt sich die Haftungsfrage grundsätzlich ähnlich dar. Dort würde zwar die Versicherungsproblematik nicht die einzelne Pflegefachperson treffen, sondern die Klinik mit Blick auf die Ausgestaltung ihrer Betriebshaftpflichtversicherung, müsste aber auch gelöst werden.

Insgesamt lässt der Referentenentwurf aus unserer Sicht an verschiedenen Stellen die nach dem Gebot der Normenklarheit für die Betroffenen erforderliche Eindeutigkeit und Verständlichkeit vermissen

Zu den Vorschriften im Einzelnen

Änderungen des SGB XI

§ 8 Abs. 3c SGB XI in Verbindung mit § 15a SGB V – Förderung und Beauftragung von wissenschaftlichen Expertisen zur Ausgestaltung der Inhalte pflegerischer und heilkundlicher Leistungen des SGB V und XI („Scope-of-Practice"-)

Der Marburger Bund hält grundsätzlich eine fachwissenschaftlich fundierte, umfassende und systematische sowie sektorenübergreifend entwickelte Beschreibung sämtlicher Aufgabenbereiche von Pflegefachpersonen auf Grundlage ihrer jeweiligen Qualifikation für sinnvoll und auch erforderlich. Ein solcher Aufgabenkatalog kann nicht nur „Übersetzungshilfe" für alle Beteiligten im Gesundheitswesen sein, sondern sollte gleichzeitig das sektorenübergreifende sowie interprofessionelle Arbeiten im Krankenhaus (vgl. auch Gesetzesbegründung zur Neufassung von § 39 Abs. 1 S. 3 SGB V) fördern. In diesem Zusammenhang regen wir an, dass auch ärztlicher Sachverstand durch Mitwirkung des Marburger Bundes bei der Erstellung der Expertisen mit einbezogen wird, gerade, weil ein verzahntes und teamorientiertes Arbeiten der beiden Professionen in jedem Kontext gewünscht ist. Dies gilt umso mehr, als nach der Neufassung des PKG relevante Fachorganisationen nicht mehr nur einbezogen werden können, sondern sogar sollen.

§ 8 Abs. 7 Satz 4 Nr. 8 SGB XI – Maßnahmen zur betrieblichen Integration von Pflege- und Betreuungspersonal aus dem Ausland

Die Vorschrift dient der erleichterten Etablierung und Umsetzung eines betrieblichen Integrationsmanagements von Pflege- und Betreuungspersonal in den Einrichtungen der Langzeitpflege und gleichzeitig der Förderung der Vereinbarkeit von Familie und Beruf sowie ausdrücklich der nachhaltigen und langfristigen Bindung des pflegerischen Personals an die Einrichtungen im Sinne einer Willkommenskultur.

Dies ist absolut begrüßenswert, entspricht es doch einer langjährigen Forderung des Marburger Bundes für die Einbindung internationaler Fachkräfte im ärztlichen Bereich. Wir verbinden daher unser positives Feedback mit dem dringenden Wunsch, Ähnliches im SGB V auch für sonstiges medizinisches Personal zu etablieren.

Änderungen des SGB V

§ 73d SGB V in Verbindung mit § 15a SGB V – Eigenverantwortliche Erbringung von Leistungen durch Pflegefachpersonen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung; eigenverantwortliche Verordnung häuslicher Krankenpflege durch Pflegefachpersonen, Evaluation

Zu Abs. 1

Die Vorschrift überführt die Ergebnisse des Modellvorhabens nach § 64d SGB V mit Inkrafttreten des PKG in die Regelversorgung und sieht mit einer Frist bis zum 31. Juli 2027 die Vereinbarung eines Katalogs an Leistungen der ärztlichen Behandlung vor, die bisher dem Arztvorbehalt unterfielen und entsprechend qualifizierte Pflegefachpersonen eigenverantwortlich erbringen können. Die Vertragspartner vereinbaren zudem Katalogleistungen im Bereich der häuslichen Krankenpflege sowie Rahmenvereinbarungen für die interprofessionelle Zusammenarbeit zwischen Pflegefachpersonen und Ärzten.

Die Kommentierung zu § 15a SGB V führt dazu sehr umfangreich aus. Unter anderem wird beschrieben, dass es sich bei der Übernahme der Katalogleistungen durch Pflegefachpersonen nicht mehr um eine (erweiterte) Delegation von ärztlichen Leistungen handele. Vielmehr sei die Entscheidungsbefugnis der Pflegefachperson in diesem Bereich und Umfang hinsichtlich ihrer Eigenverantwortlichkeit mit der von Ärzten vergleichbar, beispielsweise „mit in der vertragsärztlichen Versorgung mit angestellten Ärzten“. Woraus sich letzterer Vergleich erklärt und wie sich diese Ausführungen insgesamt mit dem Facharztstatus im vertragsärztlichen Bereich vertragen, ist aus Sicht des Marburger Bundes nicht nachvollziehbar.

Unklar bleibt auch, da nicht geregelt, wie mit den Grundsätzen der vertragsärztlichen Versorgung umgegangen werden soll. Zu nennen wären hier nur beispielhaft die Themen Zulassung und Qualifikationsüberprüfung der Pflegefachpersonen, deren zulässige Anzahl pro Leistungserbringer, Anrechnung in der Bedarfsplanung je nach Arbeitszeit, die für den (angestellten) ärztlichen Bereich selbstverständlich gelten. Hier fehlen gesetzliche Anpassungen.

Insgesamt erschließt sich uns die Sinnhaftigkeit der Regelungen in § 73d SGB V nicht vollständig. Zunächst übernimmt man die bisherigen ergebnislosen Modellvorhaben in die Regelversorgung, ohne dass zuvor eine Evaluation der Wirksamkeit dieser Modellvorhaben stattgefunden hat. Dann sollen zusätzlich in einem Rahmenvertrag mit mehreren Beteiligten ein fortlaufend weiterzuentwickelnder kleinteiliger Katalog an „Leistungen der ärztlichen Behandlung“, die Pflegefachpersonen eigenverantwortlich erbringen können, sowie Rahmenvorgaben zur interprofessionellen Zusammenarbeit vereinbart werden.

Anschließend liegt dann aber – zumindest im vertragsärztlichen Bereich – die eigentliche Entscheidung über die Übertragung der Aufgabe an die Pflegefachperson nach „sachgerechter Auswahl sowie erster Diagnose und Indikationsstellung“ bei den Ärztinnen und Ärzten, die sich wiederum ihrerseits von der ausreichenden Qualifikation der

Pflegefachperson überzeugen müssen. Diese zentrale und wichtige Festlegung fand sich im alten Referentenentwurf noch in § 73d Abs. 4 SGB V und ist bedauerlicherweise nunmehr nur noch in der Begründung zu Abs. 2 auffindbar. All das ist insbesondere mit Blick auf die Komplexität der Umsetzung und die Unübersichtlichkeit der neuen Regelungen von „Wer kann, der darf“ weit entfernt.

Vollkommen unklar ist auch, wie sich die vergütungsrechtliche Situation derjenigen Pflegefachpersonen darstellen soll, die künftig eigenverantwortlich Katalogleistungen erbringen dürfen. Im Referentenentwurf vorgesehen ist eine Änderung des § 87 Abs. 2a SGB V, mit dem der Bewertungsausschuss beauftragt wird, den EBM dahingehend zu überprüfen, welche Vergütung Vertragsärzte erhalten, wenn sie die an Pflegefachpersonen übertragbaren Katalogleistungen selbst erbringen oder wenn diese durch Pflegefachpersonen erbracht werden.

§ 73d Abs. 2 Satz 3 SGB V sieht auch vor, dass den maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene sowie der Bundesärztekammer vor Abschluss des Rahmenvertrages Gelegenheit zur Stellungnahme und Teilnahme an den Sitzungen gegeben wird. Damit möchte man an die fachliche Kompetenz der beiden Berufsgruppen anknüpfen. Wir bitten hier um Prüfung, ob dem Marburger Bund als Vertretung der angestellten und beamteten Ärztinnen und Ärzte Deutschlands e.V. als Gewerkschaft und Berufsverband auch ein Stellungnahmerecht zugebilligt werden kann. Wir vertreten die angestellten Ärztinnen und Ärzte nicht nur im stationären, sondern auch im ambulanten Bereich.

Zu Abs. 4 und 5

Im Gegensatz zum vorherigen Referentenentwurf ist nun eine doppelte Evaluation der Auswirkungen der eigenverantwortlichen Erbringung ärztlicher Leistungen im vertragsärztlichen Bereich durch Pflegefachpersonen vorgesehen: Zum einen durch die Vertragspartner selbst und zum anderen durch das BMG unter Beteiligung des BMBF mit jeweils unterschiedlicher Zielsetzung.

Grundsätzlich begrüßen wir den Gedanken einer fortlaufenden Analyse zu Bewertungszwecken sehr. Die gewählte Konstruktion sehen wir im Hinblick auf unnötige Doppelstrukturen und Bürokratieaufbau jedoch kritisch. Da die Evaluation nach Abs. 4 ohnehin im Einvernehmen mit den beiden Ministerien erfolgen und eine fachliche sowie methodische Abstimmung erfolgen soll, kann auch eine einheitliche Evaluation unter Berücksichtigung aller Aspekte und Beteiligung der Vertragspartner mit der entsprechenden Aufgabenverteilung unter der Federführung des BMG unter Einbeziehung des BMBF erfolgen.

Es ist davon auszugehen und auch notwendig, dass die Vertragspartner im Rahmen der kontinuierlichen Weiterentwicklung des Katalogs bzw. des gesamten Vertrages mögliche Veränderungen der Qualität und Wirtschaftlichkeit untersuchen und bewerten.

§ 112a SGB V in Verbindung mit § 15a SGB V

§ 112a SGB V, unter anderem vom Bundesrat angemahnt, spiegelt die Regelungen des § 73d SGB V unter Berücksichtigung der Besonderheiten des stationären Bereichs. Ein solcher sektorenübergreifender Ansatz ist grundsätzlich sinnvoll, um divergierende Lösungen bzw. Konstruktionen in der ambulanten und stationären Versorgung zu verhindern.

Wir geben allerdings zu bedenken, dass die gewählte Konstruktion der komplizierten Festlegung und Umsetzung der Katalogleistungen für die Kliniken auch einen weiteren Bürokratieaufbau bedeuten kann.

Aus unserer Sicht wäre es zudem problematisch, wenn Pflegefachpersonen in jedem Fall bei der Wahrnehmung bisher ärztlicher Aufgaben über das Pflegebudget komplett gegenfinanziert würden. Allein durch diesen Finanzierungsaspekt könnte die Tendenz gefördert werden, so viele Leistungen der ärztlichen Behandlung wie möglich in den vertraglichen Katalogleistungen unterzubringen, sofern sich dies bei Abweichung von den Festlegungen nach § 73d Abs. 2 S. 1 SGB V sachlich begründen lässt.

Wir regen an, dass bei der Verbändebeteiligung nach § 112a Abs. 1 SGB V neben den Pflegeberufeverbänden und der Bundesärztekammer auch der Marburger Bund zwingend einbezogen wird. Dies ist unbedingt notwendig, da die von uns vertretenen Klinikärzte von den Aufgabenneuordnungen unmittelbar betroffen sein werden und keine Steuerungsmöglichkeit vor Ort haben.

Es ist unklar und wird auch nicht näher begründet, warum der Evaluationsauftrag nach § 112a Abs. 4 SGB V hier anders ausgestaltet ist als in der vertragsärztlichen Versorgung. Er sollte ebenso beim BMG unter Einbeziehung des BMBF angesiedelt werden, um Vergleichbarkeit zu gewährleisten und Doppelstrukturen zu vermeiden.

Unserer Auffassung nach wäre es zudem sinnvoll, den Auftrag aus § 8 Absatz 3c SGB XI, der die Kompetenzüberprüfung auf Grundlage wissenschaftlicher Expertisen zur konkreten Ausgestaltung und Weiterentwicklung von Leistungsinhalten und damit fachliche Empfehlungen für pflegerische Leistungen vorsieht, auch mit den geplanten Evaluationen gemäß § 73d Absatz 4 und 5 SGB V sowie § 112a Abs. 4 SGB V, die sich mit der Entwicklung und Umsetzung heilkundlicher Leistungen befassen, abzugleichen. Hierdurch können sektorenübergreifende Synergiepotenziale für alle Einsatzbereiche von Pflegefachpersonen genutzt und deren Kompetenzspektrum sinnvoll vereinheitlicht werden.