

Stellungnahme des DBfK Nordwest e.V.

zum Kurzpapier:

„Vorläufige Eckpunkte Pflegekompetenzgesetz“

- in Ergänzung an die Kommentierung des DBfK und des DPR

(Stand: 28.02.2024)

Vorbemerkung

Der Beantwortung der Fragen stellen wir Folgendes voran: Dreh- und Angelpunkt der Fragen rund um die pflegerische Kompetenzerweiterung ist die selbständige Ausübung von Heilkunde. Laut § 1 Abs. 2 HeilprG ist Ausübung der Heilkunde „jede berufs- oder gewerbsmäßig vorgenommene Tätigkeit zur Feststellung, Heilung oder Linderung von Krankheiten, Leiden oder Körperschäden bei Menschen, auch wenn sie im Dienste von anderen ausgeübt wird“. Im Rahmenvertrag nach § 64d SGB V ist Ausübung von Heilkunde „die auf wissenschaftliche Erkenntnisse gegründete, praktische, selbständige, eigenverantwortliche und fachlich weisungsungebundene oder im Dienst anderer ausgeübte Tätigkeit zur Verhütung, Feststellung, Heilung oder Linderung menschlicher Krankheiten, Körperschäden oder Leiden“. In diesem Sinne üben Pflegefachpersonen derzeit bereits Heilkunde aus. Somit muss es bei der geplanten Gesetzgebung insbesondere darum gehen, dies auch im Leistungsrecht und nicht zu Letzt im Berufs- und Haftungsrecht zu verankern. Als Berufsverband für Pflegeberufe ist uns ganz klar, dass, wenn entsprechend qualifizierte Pflegefachpersonen erweiterte Aufgaben übernehmen, dies auch mit einem entsprechenden Berufs- und Haftungsrecht einhergehen muss. Pflegefachpersonen sind bereit, diese Verantwortung zu tragen.

Zu den Punkten im Einzelnen:

- 1. Für Pflegefachpersonen erweitern wir entsprechend ihrer vorhandenen Kompetenzen die Befugnisse im Rahmen der häuslichen Krankenpflege; für andere bestehende oder zukünftige Versorgungsbereiche, z. B. Level 1i-Krankenhäuser, Gesundheitskioske oder Primärversorgungszentren wird dies geprüft. Dabei soll auch geklärt werden, in welchem Umfang Pflegefachpersonen perspektivisch eigenverantwortlich Leistungen der häuslichen Krankenpflege verordnen können.**

Dort, wo Pflegefachpersonen eine Versorgungsverantwortung übernehmen, sollten sie befugt sein, über Leistungen der häuslichen Krankenpflege (HKP) zu entscheiden. Sie sollten die Aufgabe haben, den Versorgungsprozess zu planen und zu koordinieren – unter Einbeziehung weiterer Professionen. Schon bei der Erhebung des Pflegebedarfs wird der Unterstützungsbedarf im Hinblick auf krankheitsbezogene Anforderungen und Belastungen erhoben (Modul 5). Auf der Grundlage der dort erhobenen Informationen plant die Pflegefachperson den Versorgungsprozess einschließlich Leistungen der HKP. Bei Klärungsbedarf bezieht sie die Ärztin/ den Arzt ein.

1

Im Hinblick auf die häusliche Krankenpflege benötigen wir somit eine Umkehr: Nicht die Ärztin/ der Arzt zieht punktuell die Pflegefachperson (Pflegedienst) hinzu, die dann lediglich „handwerkliche“ Aufgaben im Rahmen des ärztlichen Behandlungsplanes ausführt, sondern die Pflegefachperson übernimmt die Verantwortung für den Versorgungsprozess und zieht bei Bedarf die Ärztin/ den Arzt hinzu. Diese Aufteilung der Verantwortung ist in gleicher Weise in stationären Pflegeeinrichtungen und anderen Versorgungsformen notwendig.

Wichtig ist, dass die Pflegefachperson die Verantwortung hat, die behandelnde Ärztin/ den behandelnden Arzt zu informieren.

Verordnung und Abrechnung von häuslicher Krankenpflege (HKP) nach § 37 SGBV sollten durch qualifizierte Pflegefachpersonen erfolgen. Unter dieser Voraussetzung gilt: Besteht ärztlicherseits der Verdacht auf HKP-Bedarf, ist eine Überweisung an entsprechend qualifizierte Pflegefachpersonen erforderlich, die dann eine Bedarfserhebung und Leistungsplanung vornehmen, die Erbringung der Leistung initiieren, überwachen und abrechnen. Eine ärztliche Überweisung sollte jedoch nicht Voraussetzung für die pflegefachliche Verordnung von HKP sein.

Weitere eigenverantwortliche Leistungen zulasten des SGB V könnten vor allem in der Erhebung, Initiierung, Durchführung und Überwachung von Unterstützungsbedarfen in der Bewältigung von chronischen Gesundheitsrisiken und Erkrankungen (krankheits- und therapiebezogene Selbstpflege/Selbstmanagement) liegen, auch wenn ansonsten keine Pflegebedürftigkeit nach SGB XI besteht.

Die Verordnung, Überwachung und Abrechnung von Leistungen zulasten des SGB V sollten ausschließlich durch Pflegefachpersonen mit mindestens DQR-Niveau 6-Qualifikation erfolgen (besser DQR-Niveau 7: Master ANP oder äquivalenter Qualifikation nach Übergangsregelungen, z. B. für berufliche Ausbildung zur Pflegefachperson + Weiterbildung auf Meisterniveau). Voraussetzung sind Kompetenzen für die Umsetzung einer evidenzbasierten Pflege (dies impliziert die Fähigkeit zur Recherche und zum kritischen Lesen, z. B. von Expertenstandards und evidenzbasierten Leitlinien (auch internationalen), ebenso fortgeschrittene Kenntnisse des Gesundheitssystems. Dies geht deutlich über das Niveau einer beruflichen Ausbildung und eigentlich auch über ein Bachelorniveau hinaus).

Es muss klargestellt werden, dass es sich bei den Leistungen, die Pflegefachpersonen erbringen bzw. verantworten, nicht um ärztliche Behandlungen im Sinne von § 15 Abs. 1 und § 28 Abs. 1 SGB V handelt. Ferner müssen Pflegefachpersonen als eigenständige Leistungserbringer im SGB V verankert werden (§§132ff). Dies wurde in der Begründung zum Pflegeweiterentwicklungsgesetz im Zusammenhang mit den Modellprojekten bereits so vorgesehen (BT-Drs. 16/7439, S. 42.) Der Arztvorbehalt ist somit in Bezug auf Leistungen, die (auch) im Kompetenzbereich von Pflegefachpersonen liegen, aufzuheben.

In Bezug auf die Frage der Leitung z.B. von sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen ist zu unterscheiden, ob es hier um die wirtschaftliche / disziplinarische oder um die fachliche Leitung geht. Die fachliche Leitungsrolle sollte bei der Berufsgruppe liegen, in deren Verantwortungsbereich die primären Versorgungsziele fallen. Dies kann kooperative Führungsmodelle mit gleichrangiger pflegerischer und ärztlicher Führungsverantwortung einschließen, aber eben auch eine pflegefachlich geleitete Level 1i-Klinik oder geriatrische Tageseinrichtung. Sowohl Pflegefachpersonen als auch Ärztinnen und Ärzte sind in ihrem eigenen Kompetenzbereich der jeweils anderen Berufsgruppe gegenüber nicht weisungsgebunden.

Es müssen Poolkompetenzen definiert werden, also Kompetenzbereiche, die sich Ärztinnen und Ärzte und Pflegefachpersonen teilen. So kann dann je nach Versorgungssetting die eine oder andere

Berufsgruppe „Prozessinhaberin“ sein und die jeweils andere Berufsgruppe anlassbezogen hinzuziehen.

2. Wir erweitern die in § 40 Abs. 6 SGB XI vorgesehene Möglichkeit, dass bei vorliegender Empfehlung einer Pflegefachperson für ein Pflegehilfsmittel und Hilfsmittel die Notwendigkeit der Versorgung vermutet wird, auf alle Pflegehilfsmittel und Hilfsmittel, die den Zielen des § 40 SGB XI dienen.

In jedem Fall ist eine Erweiterung mit Blick auf die Vermutungswirkung erforderlich in Bezug auf Adaptionshilfen, Gehhilfen, Hilfsmittel zur Dekubitusprophylaxe, aufsaugende Inkontinenzhilfen, Stehhilfen und Stomaartikel. Diese Hilfsmittel sind auch im Rahmen der Pflegebegutachtung nach § 18 SGB XI von der Vermutungswirkung umfasst (vergleiche Begutachtungsrichtlinie). Grundsätzlich sollte die Verordnung von Hilfsmittel durch Pflegefachpersonen unabhängig von der Zuordnung des Hilfsmittels zu einem Rechtskreis (SGB V, SGB XI) erfolgen. Auch sollte der Verordnungsprozess dahingehend angepasst werden, dass ebenso wie im ärztlichen Bereich lediglich ein Rezept ausgefüllt werden muss und nicht ein mehrseitiges Formular mit diversen Erläuterungen, Erklärungen und Begründungen (siehe Richtlinien nach § 40 Abs. 6 SGB XI).

Pflegefachpersonen mit Zusatzqualifikationen (z. B. Fachweiterbildung Intensivpflege) sollten darüber hinaus befugt sein zur Verordnung bzw. Folgeverordnung von Verbrauchsmaterial in Verbindung mit der parenteralen Ernährung und der Tracheostomaversorgung.

Die pflegefachlich verantwortete Verordnung von Hilfsmitteln zulasten SGB V oder SGB XI, die direkt eine präventive oder therapeutische Wirkung entfalten (also über eine reine Assistenz in den Aktivitäten des täglichen Lebens hinausgehen), sollten perspektivisch mindestens eine pflegefachliche Qualifikation auf DQR-Niveau 6 (oder äquivalente Qualifikation) voraussetzen, denn auch hier ist die Fähigkeit zur Recherche und Bewertung wissenschaftlicher Evidenz zu Nutzen, Schaden und auch weiterer Implikationen hinsichtlich Ressourcenverbrauch, Akzeptabilität etc. Voraussetzung. Ein Beispiel hierfür sind Hilfsmittel gegen Dekubitalulcera: Es gibt sehr differenzierte wissenschaftliche Evidenz und internationale evidenzbasierte Empfehlungen zur Auswahl geeigneter Antidekubitusmatratzen, deren Verständnis gute Kenntnisse von Stärken und Einschränkungen klinischer Studien voraussetzt. Ähnliches gilt für Wundauflagen, aufsaugende Inkontinenzhilfen, Hilfsmittel für die Stomaversorgung und weitere. Denkbar sind sicherlich einrichtungsinterne SOPs, die auch in einzelnen, weniger komplexen Konstellationen beruflich qualifizierten Pflegefachpersonen (< DQR 6) die Bedarfsplanung für Hilfsmittel zuschreibt, die abrechnungsrelevante Letztverantwortung sollte aber ein höheres Qualifikationsniveau voraussetzen.

3. Im Bereich der Langzeitpflege soll im Rahmen eines Modellprojekts beim Medizinischen Dienst (MD) geprüft werden, ob und inwieweit eine Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach § 18 SGB XI durch Pflegefachpersonen im Rahmen der pflegerischen Versorgung mit Überprüfung durch den MD zu gleichwertigen Begutachtungsergebnissen sowie einer Entlastung des MD führt. Dabei soll auch die Möglichkeit der Einbindung in das Begutachtungsverfahren durch Pflegefachpersonen im Krankenhaus im Rahmen des Entlassmanagements geprüft werden, um eine zügige Begutachtung und Anschlussversorgung zu ermöglichen.

Kurzfristig umsetzbar wäre folgendes Vorgehen: Der MD fordert das Ergebnis des Pflegebedürftigkeitsassessments bei dem Pflegedienst / der Pflegeeinrichtung / dem Krankenhaus an. Auf dieser Grundlage wird ein Gutachten nach Aktenlage erstellt. Bei Unklarheiten hält ein Gutachter/ eine Gutachterin Rücksprache mit der Pflegefachperson des Pflegedienstes/ der Pflegeeinrichtung / des Krankenhauses und / oder dem Versicherten / den Pflegepersonen. Die Erhebung des Assessments durch die Pflegefachperson ist aus dem Begutachtungsbudget zu vergüten. Der MD prüft in Stichproben per Telefon-, Video- oder persönlicher Begutachtung die Plausibilität der Assessmentergebnisse. Sinnvoll wäre es, parallel die konzeptuelle Zusammenführung des pflegerischen Assessments im Rahmen des Pflegeprozesses (Vorbehaltsaufgabe) und der Einschätzung der Pflegebedürftigkeit (Pflegerad) von einem pflegewissenschaftlichen Institut ausarbeiten zu lassen. Damit würden perspektivisch erhebliche Redundanzen in den Arbeitsprozessen eingespart und dem abzuleitenden pflegerischen Handeln eine eindeutige Basis gegeben analog der Diagnose in der Medizin. Dieses Vorgehen bezieht sich zunächst nur auf das reine Pflegebedürftigkeitsassessment und bietet sich an, wenn die versicherte Person sich bereits in pflegerischer Versorgung befindet.

Für ein langfristig tragfähiges Verfahren müssen zusätzliche Aspekte / Konstellationen beachtet werden:

Erstgutachten bei Personen, die sich nicht in pflegefachlicher Versorgung befinden: Bei diesen Personen besteht in der Regel ein hoher Beratungsbedarf, dem derzeit durch die Gutachter:innen der MD nicht Rechnung getragen werden kann, weil die Beratung nicht Bestandteil des Auftrags ist. Für die Durchführung von (Erst-)begutachtungen von Versicherten außerhalb einer pflegeprofessionellen Versorgung sollte eine unabhängige, zur Begutachtung und Beratung qualifizierte Pflegefachperson zuständig sein. Neben der Erhebung des Pflegebedarfs geht es in dieser Begutachtung auch um die Erhebung möglicher Leistungsansprüche von Pflegepersonen sowie um Rehabilitations- und Präventionsempfehlungen sowie weiteren möglichen Unterstützungsleistungen (Wohnumfeldanpassung, Pflegeschulungen, Hilfsmittel). Hier bietet sich eine Verknüpfung zu Eckpunkt 4 an. Höherstufungsbegutachtungen von Pflegegeldempfänger:innen könnten ebenfalls im Kompetenzbereich der prozesssteuernden Pflegefachperson angesiedelt werden.

Ein Modellprojekt halten wir in diesem Zusammenhang für sinnvoll, jedoch nicht mit dem Fokus auf „wer macht es besser“ sondern mit dem Fokus auf Erfolgsfaktoren und insbesondere auf die Definition von spezifischen Kompetanzanforderungen. Diese sind dann ggf. über die Mechanismen des EP 10 in Form von Fort-/Weiterbildung zu reglementieren. Der Begutachtung von Kindern und von Menschen mit seltenen Erkrankungen sollte besondere Aufmerksamkeit geschenkt werden. Die Projektdurchführung sollte nicht der MD Bund, sondern ein unabhängiges, pflegewissenschaftliches Institut übernehmen, um Interessenkonflikte auszuschließen.

Wichtig wäre zudem der Fokus auf die Einbindung der Betroffenen und ihrer Familien in dem Begutachtungs- und Versorgungsplanungsprozess. Die Begutachtung sollte mit den Betroffenen, nicht über sie hinweg erfolgen. Außerdem fehlt derzeit eine systematische Evaluation der Umsetzung empfohlener Leistungsansprüche für Pflege, Rehabilitation und Prävention.

4. Wir schaffen einen pflegegradunabhängigen Anspruch auf Pflegeprozesssteuerung durch Pflegefachpersonen einschließlich eines pflegerischen Erstgesprächs.

In vollstationären Pflegeeinrichtungen erfolgt eine Pflegeprozesssteuerung durch Pflegefachpersonen. Diese sollte im Zusammenhang mit der Einführung des neuen Personalbemessungsverfahrens und einer konsequent kompetenzorientierten Aufgabenverteilung kontinuierlich verbessert werden. In

4

ambulanten Pflegediensten und Tagespflegeeinrichtungen ist zwar eine Pflegeprozesssteuerung durch Pflegefachpersonen vorgesehen. In der Praxis gibt es jedoch hindernde Faktoren. Im ambulanten Bereich sind in der Regel unterschiedliche Personen und Institutionen an der pflegerischen Versorgung beteiligt. Sofern ein ambulanter Pflegedienst Pflegesachleistungen erbringt, ist dieser auch für die Pflegeprozesssteuerung zuständig. Allerdings ist diese Prozesssteuerung im Leistungsrecht nicht hinterlegt. So ist der Erstbesuch zwar im Sinne der Maßstäbe und Grundsätze zur Qualitätssicherung Pflicht. Ein Widerspruch besteht jedoch darin, dass die versicherte Person diesen Erstbesuch beauftragen muss, da die Kosten dafür über den Pflegesachleistungsanspruch abgegolten werden müssen. Leistungen der Prozesssteuerung wie z. B. Fallbesprechungen und Koordinierungsgespräche mit anderen an der Versorgung Beteiligten (Tagespflegeeinrichtung, Entlastungsangebote, Sorgenetzwerke) sind im Leistungsrecht nicht abgebildet und werden somit nicht vergütet. In § 7a SGB XI ist zwar der Anspruch auf die Erstellung eines Versorgungsplans einschließlich der Überwachung der Umsetzung und ggf. Anpassung geregelt. Allerdings bezieht sich diese Vorschrift auf das Leistungsrecht und ist nicht Pflegefachpersonen zugeordnet. Vielmehr sind die leistungserbringenden Personen in der Regel bei den Pflegekassen beschäftigt und verfügen nur selten über eine Qualifikation als Pflegefachperson. Eine Pflegeprozesssteuerung findet auf dieser gesetzlichen Grundlage nicht statt. Zu berücksichtigen ist auch, dass die Erbringung der häuslichen Krankenpflege leistungsrechtlich nicht im Rahmen des Pflegeprozesses erfolgt, sondern im Rahmen des ärztlichen Behandlungsplans. Aus pflegeprofessioneller Sicht ist die häusliche Krankenpflege allerdings nicht vom Pflegeprozess zu trennen. Vielmehr muss die gesamte Steuerung des pflegerischen Versorgungsprozesses in pflegefachlicher Hand liegen.

Durch die Etablierung einer pflegegradunabhängigen Pflegeprozesssteuerung durch Pflegefachpersonen ist es möglich, Pflegebedürftigkeit bzw. den pflegerischen Versorgungsbedarf früher, schneller und genauer zu erfassen und die Fachlichkeit/Qualität der Versorgung – insbesondere in häuslichen Pflegearrangements – zu verbessern. Hierbei können vor allem pflegerische Versorgungsbedarfe im Bereich von Sekundär- und Tertiärprävention und Unterstützungsbedarfe der Angehörigen fokussiert werden, um die häusliche Versorgung möglichst langfristig zu sichern. Langfristig kann dadurch Pflegebedürftigkeit bzw. deren Verschlechterung vermieden oder hinausgezögert und der Verbleib in der Häuslichkeit gesichert bzw. verlängert werden. Auch trägt es zur Erhaltung des informellen Pflegepotenzials bei, indem Überlastungssituationen und negativen gesundheitlichen Folgen für die informellen Pflegepersonen vorgebeugt werden. Auch kann es dazu beitragen, die Erwerbsfähigkeit von informellen Pflegepersonen zu erhalten.

Es müssen in SGB V und SGB XI abrechenbare Prozesssteuerungsleistungen (inkl. Case Management) in pflegefachlicher Verantwortung verankert werden, z. B. gemeinsame Zielvereinbarungsgespräche, Erstellen eines Pflege- und Versorgungsplans, Kontakte (im Umfang gestaffelt) mit anderen Leistungserbringern, Fallbesprechungen. Dies gilt ganz besonders für die ambulante ärztlich-pflegerische Versorgung.

5. Die Regelungen der Modellprogramme nach § 63 Abs. 3b und 3c sowie § 64d SGB V werden aufgehoben. An ihrer Stelle werden für entsprechend § 14 PfIBG qualifizierte Pflegefachpersonen Möglichkeiten zur Wahrnehmung erweiterter Versorgungsaufgaben in der Regelversorgung vor- gesehen. Dazu gehören insbesondere Befugnisse im Bereich der (komplexen) Wundversorgung, der Versorgung von Menschen mit diabetischer Stoffwechsellage und von Menschen mit demenziellen Erkrankungen. Dabei beziehen wir

auch Pflegefachpersonen mit ein, die über den Modulen der Fachkommission vergleichbare Fachweiterbildungen verfügen. Die Regelungen werden evaluiert.

Eine Herausforderung, die es zwingend zu bewältigen gilt, ist, den in den Modellprojekten verankerten ärztlichen Vorbehalt aufzulösen. So sind die Modellprojekte darauf ausgelegt, ärztliche Tätigkeiten nach ärztlicher Diagnose und Indikationsstellung auf Pflegefachpersonen zu übertragen. Ein großer Teil der im Rahmenvertrag nach § 64d SGB V gelisteten zu übertragenden Aufgaben / Tätigkeiten ist in der Praxis bereits dem pflegefachlichen Aufgabenspektrum zugeordnet. Andererseits verortet der Rahmenvertrag Erstverordnungen von Heil- und Hilfsmittel weiterhin bei Ärztin/ Arzt. Bei einer Übertragung in die Regelversorgung muss gewährleistet sein, dass die Pflegefachperson nach ärztlicher Diagnosestellung eigenverantwortlich die Versorgung übernimmt, einschließlich notwendiger Verordnungen (HKP, Heilmittel, Hilfsmittel). Pflegefachpersonen sind auf der Basis von Überweisungen zu involvieren – oder fungieren bei Vorliegen einer ärztlich bestätigten Diagnose (z. B. Diabetes, Demenz oder Ulcus cruris) auch unabhängig von Ärztin/ Arzt als Erstkontakt für pflegerelevante Fragestellungen. Es sind zeitabhängige Vergütungssätze im SGB V für verschiedene pflegefachliche Versorgungsniveaus (DQR 6, DQR 7) zu definieren.

Auch sind für die pflegefachlichen Interventionen angemessene Vergütungen vorzusehen. Wichtig ist zudem, dass insbesondere im Hinblick auf die Versorgung von Menschen mit Demenz die Pflegefachperson bereits bei dem Verdacht auf eine Diagnose tätig werden kann. Es hat sich gezeigt, dass gerade in der Phase vor dem Vorliegen einer gesicherten Diagnose pflegefachliche Interventionen zu einer positiven Beeinflussung des Krankheitsverlaufs beitragen.

Grundsätzlich sollten diese Qualifizierungen auf Hochschulniveau angesiedelt werden. Dessen ungeachtet sollte für Übergangslösungen gesorgt werden:

- a) für Pflegefachpersonen mit bestehender Expertise und Berufserfahrung, diese könnten sich beispielsweise einer den Modulen entsprechenden Prüfung unterziehen;
- b) mit einer befristeten Anerkennung einschlägiger/bestehender Weiterbildungen in diesem Bereich und ggf. Prüfung nach den Modulvorgaben, um ausreichend Personal zu qualifizieren, bis genug Bachelorabsolvent:innen qualifiziert sein werden.

Bei beiden Optionen geht es vor allem darum, eine möglichst bürokratiearme und gleichsam sichere Lösung zu finden. Anerkennungsverfahren von Weiterbildungen erscheinen aufwändiger als die betreffenden Pflegefachpersonen direkt zu Prüfungen zuzulassen.

Es sollte angestrebt werden, die benannten Weiterbildungen grundsätzlich an Hochschulen anzusiedeln.

9. Im Krankenhausbereich sind erweiterte Rollen für Pflegefachpersonen international verbreitet. Damit diese auch in Deutschland umgesetzt werden können, ist auch hier ein eigener pflegerischer Handlungsrahmen bis hin zur eigenständigen klinischen Entscheidung von Interventionen erforderlich. Wir gehen daher insbesondere auf die DKG und die Krankenhäuser zu, um zu klären, wie wir die Krankenhäuser in diesem Prozess weiter unterstützen können.

Auch im Krankenhausbereich muss die eigenverantwortliche Betreuung, insbesondere von Menschen mit chronischen Erkrankungen bzw. die eigenverantwortliche Planung, Initiierung und Durchführung von Interventionen zur Unterstützung bei der Bewältigung von Krankheitsfolgen durch Pflegefachpersonen

verankert werden. Es müssen Poolkompetenzen definiert werden, also Kompetenzbereiche, die sich Ärztinnen und Ärzte und Pflegefachpersonen teilen. So kann, je nach primärem Versorgungsziel, die eine oder andere Berufsgruppe „Prozessinhaberin“ sein und die jeweils andere Berufsgruppe anlassbezogen hinzuziehen. Dafür ist insbesondere die Aufhebung des Arztvorbehalts erforderlich – im Krankenhausbereich konkret: angefangen bei der Unterzeichnung von Krankentransportscheinen bis zur Therapie von z. B. chronischen Wunden. Ggf. sind hier Regelungen abgestuft nach Kompetenzniveaus zu schaffen.

Vermutlich ist ein mehrschrittiges Vorgehen erforderlich:

- (1) Entwicklung bedarfsspezifischer Aufgaben- und Kompetenzprofile (settingspezifisch und settingübergreifend), ggf. auch regionale Unterschiede möglich
- (2) Etablierung entsprechender hochschulischer Bildungsprogramme und Anpassung relevanter rechtlicher Normen.

Zu begrüßen wäre ein kompetitives Förderprogramm, in dem zunächst in jedem Bundesland eine regionale Bedarfserhebung (12 Monate) erfolgt und darauf aufbauend bedarfsdeckende Bildungsprogramme mit gerechtem Zugang für jedes Bundesland aufgebaut werden.

10. Wir etablieren eine zentrale berufsständische Vertretung der Profession Pflege auf Bundesebene und statten sie mit Befugnissen zur Weiterentwicklung des Berufsverständnisses und der Berufsrollen mit Empfehlungscharakter (z. B. Muster-Berufsordnung, Muster-Scope of Practice, Muster-Weiterbildungsordnung) aus. Darüber hinaus prüfen wir geeignete Beteiligungsrechte bei Prozessen, die berufsständische und pflegerische Fachfragen auf Bundesebene betreffen, z. B. die Entwicklung pflegerischer und interprofessioneller Leitlinien und Versorgungspfade sowie strukturierter Behandlungsprotokolle.

Wir unterstützen die Etablierung einer zentralen berufsständischen Vertretung der Profession Pflege auf Bundesebene. Diese sehen wir zunächst beim Deutschen Pflegerat in „treuhänderischer“ Funktion angesiedelt. Die Rolle sehen wir hier nicht in einer repräsentativen Form von Pflegevereinigungen der Länder. Vielmehr sollten dem Deutschen Pflegerat bundesgesetzlich Aufgaben im Hinblick auf die Weiterentwicklung des Berufsbildes sowie der Definition von Kompetenzniveaus und fachlichen und ethischen Anforderungen im Zusammenhang mit der eigenverantwortlichen Ausübung des Pflegeberufes einschließlich der Ausübung heilkundlicher Aufgaben übertragen werden.

Ein Auftrag an den Deutschen Pflegerat muss aus unserer Sicht sein, Empfehlungen zur Delegation von Aufgaben und Tätigkeiten im Rahmen des Pflegeprozesses zu definieren. Dies steht im Zusammenhang mit dem Personalbemessungsverfahren in der Langzeitpflege und dem Erfordernis, Pflegefachpersonen darin zu schulen, die Pflegeprozesssteuerung nach §§ 4, 5 PflBG adäquat umzusetzen.

Der Deutsche Pflegerat sollte im Gemeinsamen Bundesausschuss G-BA bzw. seinen Gremien maßgeblich, also zwingend einbezogen werden.

12. Pflegefachpersonen sind bei der Sicherstellung gesundheitlich-pflegerischer Akut-, Nach- und Langzeitversorgung in Notfällen, Krisensituationen und Katastrophen von wesentlicher Bedeutung für einen umfassenden Bevölkerungsschutz. Pflegefachpersonen sind deshalb regelhaft in Institutionen und Gremien bei der akuten Bewältigung wie bei der Planung und Vorbereitung auf Krisensituationen zu beteiligen (Bundes-, Landes- und regionale Ebene).

Mit Blick auf die Sicherstellung der Versorgung in Krisensituationen geht es insbesondere auch um eine systematische und flächendeckende Einbindung in Krisenstäbe. Sowohl das Bundesinnenministerium als auch das Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe sollten Pflegefachpersonen regelhaft einbeziehen – einerseits in die Erarbeitung und Umsetzung der Resilienzstrategie, andererseits in anlassbezogene Gremien wie Krisenstäbe und „Lage“-Gremien. In den Ländern muss das analog gehandhabt werden.

Grundsätzlich müssen Pflegefachpersonen bei Public Health-bezogenen Fragen unbedingt systematisch einbezogen werden. Das fängt an mit der Stärkung der Rolle von Pflegefachpersonen im Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) als wichtigster Akteur der Gesundheitsförderung vor Ort. Der ÖGD wird auf Bundes-, Landes- und der kommunalen Ebene durch 377 Gesundheitsämter vertreten. Es zeigt sich aber, dass der ÖGD seinem Potenzial als Träger der Gesundheitsförderung und -erhaltung in den Kommunen nicht gerecht wird. Die COVID-19- Pandemie verdeutlicht, dass im ÖGD ein erheblicher Investitions- und Reformbedarf besteht. Public Health wurde in Deutschland stark vernachlässigt. Die Rolle des ÖGD wurde im Vergleich zu anderen Ländern zu eng gefasst. Public Health ist nicht nur ein ärztliches Aufgabenfeld, sondern besticht gerade durch Multi- und Interdisziplinarität. Es gibt bereits gesetzliche Regelungen zur Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention sowie zur Stärkung des ÖGD. Dazu gehören z.B. eine Ausweitung der Gesundheits- und Früherkennungsuntersuchungen für Kinder, Jugendliche und Erwachsene, die Präventionskurse der Krankenkassen nach § 20 SGB V oder die geplante Stärkung des ÖGD durch den Pakt für den Öffentlichen Gesundheitsdienst 2020. Darüber hinaus haben mehrere Sachverständigengutachten die Aufgabenneuverteilung im Gesundheitswesen sowie eine Stärkung von Prävention und Gesundheitsförderung gefordert. Und nicht zuletzt verlangen fast alle 17 Nachhaltigkeitsziele der UN ([Sustainable Development Goals, SDGs](#)) zu ihrer Erreichung eine Investition in Public Health. Es hat sich gezeigt, dass spezialisierte Pflegefachpersonen mit einem Schwerpunkt in Public Health einen wichtigen Beitrag zu besserer Gesundheit, Prävention und der Gesundheitsversorgung leisten. Sie könnten zum Beispiel in einer Pandemie eine Schlüsselrolle einnehmen bei den Impfungen oder der Entwicklung von Teststrategien (zum im Jahr 2021 erschienenem [Positionspapier des DBfK](#)).

13. Zur Beschleunigung der Umsetzung des Personalbemessungsverfahrens in der Langzeitpflege wird im Vorgriff auf die gesetzlich vorgesehene Überprüfung der seit dem 1. Juli 2023 geltenden Personalanhaltswerte in 2025 vorgesehen, dass in vollstationären Pflegeeinrichtungen über die geltenden Personalanhaltszahlen für Pflegefachpersonen hinaus Pflegefachpersonen mit Hochschulischer Qualifikation verhandelt werden können, wenn diese mit mindestens 50% der Arbeitszeit in der direkten Pflege tätig sind. Damit werden zusätzliche Beschäftigungsanreize für entsprechend qualifizierte Pflegefachpersonen geschaffen. Entsprechende Regelungen werden auch im Bereich der Regelungen zur tariflichen Entlohnung in der Langzeitpflege geprüft.

In dem BMBF-geförderten Projekt „Expand-Care“ (<https://www.expandcare.de/index.php?id=5>) wurde an der Universität zu Lübeck ein Aufgaben- und Kompetenzprofil für Bachelor-qualifizierte Pflegefachpersonen für die Umsetzung einer personenzentrierten Altenpflege in der stationären Versorgung entwickelt und pilotiert. Die Ergebnisse der Pilotierung in >10 Pflegeeinrichtungen in der Region Lübeck – Hamburg (Vergleich Einführung versus Nicht-Einführung) sind für das erste Halbjahr 2024 zu erwarten. Darauf aufbauend ist eine Weiterentwicklung des Aufgaben- und Kompetenzprofils

mit dem Schwerpunkt Akutversorgung von Bewohnerinnen und Bewohnern von Langzeitpflegeeinrichtungen geplant; ein entsprechendes Modellprojekt in Schleswig-Holstein („Versorgung akut erkrankter Bewohnerinnen und Bewohner im Pflegeheim (VaBP)“) auf der Basis § 8 Absatz 3a SGB XI befindet sich derzeit in der Begutachtung durch den GKV-Spitzenverband.

14. Die seit dem 1. Juli 2023 für vollstationäre Pflegeeinrichtungen geltenden Personalanhaltswerte nach § 113c Absatz 1 SGB XI sollen, soweit das dort genannte Personal nicht am Arbeitsmarkt verfügbar ist, zur konkreten Entlastung und Unterstützung des Pflege- und Betreuungspersonals unter bestimmten Voraussetzungen und abhängig von der konkreten Qualifikation auch mit folgendem Personal besetzt werden:

- **Stationsassistent/innen zur Entlastung von Pflegefachpersonen**
- **weitere pflegerelevante Fachpersonen, die bisher auch in landesrechtlichen Regelungen vorgesehen sind, z. B. auch Ergo- oder Physiotherapeuten.**

Sofern pflegerelevante Leistungen zu erbringen sind, sollten diese durch Angehörige des Pflegeberufes auf dem dafür mindestens erforderlichen Qualifikationsniveau erbracht werden. Das neue Personalbemessungsverfahren befindet sich seit wenigen Monaten in der bundesweiten Umsetzung; Ergebnisse aus den mindestens ersten 24 Monaten sollten vor einer Nachsteuerung auf gesetzlicher Ebene abgewartet werden.

15. Zur Unterstützung der Pflegeeinrichtungen bei der Umsetzung der seit dem 1. Juli 2023 geltenden Regelungen nach § 113c SGB XI ist beabsichtigt, eine Geschäftsstelle mit der Koordination und Begleitung der Umsetzung zu beauftragen. Eine wesentliche Aufgabe wird die bedarfsabhängige Schulung von Pflegefachpersonen in der Pflegeprozessessteuerung nach §§ 4, 5 PflBG sowie die Unterstützung von Pflegeeinrichtungen bei einer bezugspflegerisch orientierten, schrittweisen Umsetzung einer kompetenzorientierten Aufgabenverteilung.

16. Im Krankenhausbereich wird aktuell ein Pflegepersonalbemessungsverfahren eingeführt. Seine wissenschaftliche Weiterentwicklung unter dem Gesichtspunkt der Sicherstellung eines bedarfsgerechten Qualifikationsmixes ist im § 137I SGB V geregelt. Die entsprechende Studie wurde beauftragt, die Ergebnisse sollen bis Ende 2024 vorgelegt werden. Es wird ebenfalls geprüft, ob die in Ziffer 15. Genannte Geschäftsstelle auch im Prozess der Einführung eines Personalbemessungsverfahrens im Krankenhausbereich eingesetzt werden kann.

Für eine langfristige Bewertung und wissenschaftliche Begleitung der Umsetzung und nötigen Veränderungsbedarfe der Personalbemessung in der Langzeitpflege braucht es eine verstetigte Institution, die Entwicklungen in der Versorgungsstruktur miteinbezieht. Im Rahmen dieser Struktur muss der notwendige Aufbau akademisch qualifizierter Pflegefachpersonen durch pflegewissenschaftliche Expertise integriert und gefestigt werden. (vgl. Ausführung zu Punkt 13). Wir halten die Schaffung eines Instituts für die Personalbemessung in der Pflege (InPeP) für erforderlich – auch im Hinblick auf die Begleitung der Einführung und Weiterentwicklung des Personalbemessungsverfahrens im Krankenhausbereich (PPR 2.0). In jedem Fall muss die Geschäftsstelle mit pflegefachlichem Know-how geleitet und ausgestattet sein. Eine rein gesundheitsökonomische Ausrichtung wird der Aufgabe nicht gerecht.

Es wäre hilfreich, wenn die Geschäftsstelle Schulungsmaterial für die Schulung von Pflegefachpersonen in der Prozesssteuerung erstellt und Multiplikatorinnen ausbildet. Sinnvoll erscheint uns auch eine Verzahnung mit dem GAP-Projekt dahingehend, dass die Schulung auch im Rahmen des Projektes stattfinden kann. Vergleiche auch Punkt 10 hinsichtlich Empfehlungen zur Delegation. Das Erfordernis, die Pflegeprozesssteuerung nach §§ 4, 5 PflBG adäquat auszuüben gilt auch für Pflegefachpersonen im Krankenhaus. Auch in diesem Setting besteht voraussichtlich Schulungsbedarf im Zusammenhang mit der Delegation von Pflegetätigkeiten /-aufgaben an Pflegeassistenzpersonal.

Hannover/ Bad Schwartau/ Essen, 28.02.2024