

## **Kurzpapier: Vorläufige Eckpunkte Pflegekompetenzgesetz**

*– für Fachgespräch am 19. Dezember 2023; nicht ressortabgestimmt –*

Pflegefachpersonen sind für die Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen pflegerischen und gesundheitlichen Versorgung in Deutschland unentbehrlich. Sie sind aufgrund ihrer beruflichen oder hochschulischen Ausbildung sehr gut qualifiziert, verfügen häufig über eine oder mehrere, teils umfassende Weiterbildungen und große Patientennähe. Sie können häufig mehr Aufgaben ausführen als sie rechtlich derzeit eigenständig dürfen. Die vielfältigen Kompetenzen von Pflegefachpersonen werden in Deutschland – das ist auch eine Lehre aus der Pandemie – in der Versorgung gegenwärtig noch nicht hinreichend genutzt. Damit bleiben zugleich Potenziale für eine Verbesserung der Versorgung, auch an Übergängen und im Bereich der Prävention, und Möglichkeiten zur Sicherstellung der Versorgung in der Fläche ungenutzt. International übernehmen Pflegefachpersonen, insbesondere mit Bachelor- oder Masterabschluss, zudem häufig weitergehende, eigenverantwortliche Aufgaben in der Versorgung und sorgen damit nicht nur für eine bessere Versorgung, sondern tragen im Rahmen einer Zusammenarbeit in multiprofessionellen Teams auch zur Entlastung von Ärztinnen und Ärzten bei. Dabei geht es nicht darum, Befugnisse anderer Berufsgruppen im Gesundheitswesen zu beschneiden, sondern den Pool der fachkompetenten Personen in der Versorgung zu erweitern, insbesondere zur Sicherstellung der Versorgung in Zeiten des demografischen Wandels.

Der Pflegeberuf ist ein Heilberuf mit eigenen beruflichen Kompetenzen, der bei einer entsprechenden Gestaltung der Rahmenbedingungen und Entwicklungsmöglichkeiten für Menschen mit unterschiedlichen schulischen Abschlüssen und beruflichen Hintergründen sehr attraktiv sein kann. Für die Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen pflegerischen Versorgung sind daher Pflegeberufe und ihre Aufgaben und Befugnisse in der Versorgung auf allen Qualifikationsniveaus – von der Pflegeassistentin bis zur Pflegefachperson mit Masterabschluss zu betrachten. Gegenwärtig gibt es in Deutschland im internationalen Vergleich nur eine sehr kleine Anzahl an hochschulisch qualifizierten Pflegefachpersonen, insbesondere auf Master-Niveau (z. B. Advanced Practice Nurses – APN, zu denen auch die Community Health Nurses – CHN – gehören). Der Wissenschaftsrat schlägt eine Akademisierungsquote in der Pflege von 20% als Ziel vor.

Die Gestaltung einer qualitativ hochwertigen Versorgung unter Einbeziehung der Profession Pflege wird auch durch eine weitere Professionalisierung der Pflege in Deutschland unterstützt. Die Vertretungen der Pflegeberufe sind in vielen Ländern seit langem zentral für die Gestaltung und Weiterentwicklung des Berufsbilds. Damit die Profession Pflege sich im beschriebenen Sinne weiterentwickeln kann, wird eine geeignete organisatorische Infrastruktur auch auf Bundesebene benötigt.

Vor diesem Hintergrund schlagen wir folgende Maßnahmen vor:

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.
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.

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 Begutachtung durch Pflegefachpersonen im Krankenhaus im Rahmen des Entlassmanagements geprüft werden, um eine zügige Begutachtung und Anschlussversorgung zu ermöglichen.

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

5. Die Regelungen der Modellprogramme nach § 63 Abs. 3b und 3c sowie § 64d SGB V werden aufgehoben. An ihrer Stelle werden entsprechend § 14 PflBG qualifizierte Pflegefachpersonen Möglichkeiten zur Wahrnehmung erweiterter Versorgungsaufgaben in der Regelversorgung vorgesehen. 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.

6. Wir wollen das Berufsbild der Advanced Practice Nurse (unter Einbeziehung der Community Health Nurse) nach internationalen Vorbildern etablieren und werden perspektivisch entsprechende Befugnisse in der Versorgung abhängig von den erworbenen Kompetenzen einführen. Für Pflegefachpersonen mit Berufsabschluss auf Master-Niveau, der zur eigenverantwortlichen und selbständigen Ausübung von Heilkunde befähigt, wollen wir künftig eine eigenständige Ausübung von Heilkunde in ärztlich oder pflegegeleiteten Einrichtungen (vergleichbar z. B. den Nurse Practitioners in den USA) ermöglichen.

7. Für Pflegefachpersonen mit APN-Master-Abschluss prüfen wir entsprechend der im Studium vermittelten Kompetenzen weitergehende Befugnisse im Rahmen der Verordnung von häuslicher Krankenpflege, von Hilfsmitteln und ggf. von bestimmten Arzneimitteln.

8. Die Etablierung eines neuen Berufsbilds und entsprechender APN-Master-Studiengänge ist ein mehrstufiger Prozess. Die Länder können bereits jetzt APN-Studiengänge, die auf eine hochschulische Pflegeausbildung aufbauen, etablieren. Bis in Deutschland qualifizierte APN ihren Abschluss haben, gibt es einen mehrjährigen Vorlauf. Daher möchten wir in Deutschland primärqualifizierten Pflegefachpersonen, die die entsprechenden Voraussetzungen erfüllen, ermöglichen, sich in den nächsten Jahren auch verstärkt im Ausland auf entsprechendem Master-Niveau zu qualifizieren, z. B. durch ein entsprechendes Stipendienprogramm.

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.

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.

11. Das Amt der Pflegebevollmächtigten der Bundesregierung stärken wir durch eine gesetzliche Verankerung.

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).

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.

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.

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 Pflegeprozesssteuerung 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 § 137l 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.

17. Für die Unterstützung der Umsetzungsprozesse in den Pflegeeinrichtungen haben wir mit dem PflStudStG klargestellt, dass die Mittel aus dem Förderprogramm nach § 8 Abs. 7 SGB XI genutzt werden können. Wir prüfen in diesem Zusammenhang die Verlängerung des Förderprogramms für „Gute Arbeitsbedingungen in der Langzeitpflege (GAP)“ der Pflegebevollmächtigten der Bundesregierung.