



## STELLUNGNAHME

des Verbandes der Universitätsklinika  
Deutschlands (VUD) und des Medizini-  
schen Fakultätentages (MFT)

gemeinsam als Deutsche Hochschul-  
medizin (DHM)

und des Verbandes der Pflegedirekto-  
rinnen und Pflegedirektoren der Uni-  
versitätskliniken und Medizinischen  
Hochschulen Deutschlands (VPU)

zum Referentenentwurf eines Geset-  
zes zur Stärkung der Pflegekompe-  
tenz  
(Pflegekompetenzgesetz - PKG)

**Juli 2025**

---

© Deutsche Hochschulmedizin (DHM), 2025

**Kontakt**

Verband der Universitätsklinika  
Deutschlands e.V. (VUD)  
Jens Bussmann  
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.  
Dipl.-Kfm. Torsten Rantzsch, MBA  
Vorstandsvorsitzender des VPU e.V.  
Alt-Moabit 96  
10559 Berlin  
info@vpu-online.de  
www.vpuonline.de  
Tel. +49 (0)30 13895761

# Inhalt

---

<b>I. Vorbemerkung</b> .....	<b>4</b>
<b>II. Zu den Regelungen im Einzelnen</b> .....	<b>6</b>
<i>Zu Artikel 1 - Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XI)</i> .....	6
<i>Zu Artikel 2 - Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V)</i> .....	13
<i>Zu Artikel 3 - Änderung des Pflegezeitgesetzes</i> .....	19
<i>Zu Artikel 4 - Änderungen des Pflegeberufegesetz</i> .....	20
<b>III. Weiterer Regelungsbedarf</b> .....	<b>22</b>

---

# 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<sup>1</sup> in der Versorgung stärker als bislang zu nutzen.

Die Standorte der Universitätsmedizin haben als professionsübergreifende Arbeitgeber, Träger von fachschulischer und universitärer 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](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 weitergehender Leistungen als bisher zu erbringen und insbesondere – abgestuft nach der jeweils vorhandenen Qualifikation, wird durch die DHM und den VPU begrüßt. Unklar erscheint, warum vom bisherigen Begriff aus dem ersten Gesetzesentwurf abgewichen wurde und im Bereich der Leistungserbringung nicht mehr von „erweiterten heilkundlichen Leistungen“, sondern nun von „Leistungen der ärztlichen Behandlung“ die „eigenverantwortlich erbracht werden können“ die Rede ist. Diese Begriffswahl kann sich negativ auf die künftige berufspolitische Entwicklung der Pflegeprofession auswirken, da sie die eigenständige heilkundliche Tätigkeit womöglich einschränkt.

Die beabsichtigte 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.

---

<sup>1</sup> Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird in der Stellungnahme das generische Maskulinum verwendet. Weibliche und anderweitige Geschlechteridentitäten werden dabei ausdrücklich mitgemeint.

## 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 Pflegeberufgesetzes (PflBG). Pflegefachpersonen sollen künftig eigenverantwortlich bestimmte, bislang ärztlich vorbehaltene Leistungen erbringen können – abgestuft nach Qualifikation. Der Gesetzentwurf zielt auch auf eine Verbesserung der Versorgungsstrukturen im Krankenhaussektor ab, insbesondere durch eine effektivere Nutzung des Pflegepersonals zur Stärkung interprofessioneller Teams. Dennoch weist auch die überarbeitete Fassung des Gesetzentwurfs an mehreren Stellen Optimierungsbedarf auf.

Im Gesetzentwurf wird vorgesehen, dass Pflegefachpersonen Kompetenzen auf wissenschaftlicher Grundlage und Methodik erlangen und eigenverantwortlich tätig werden dürfen, insbesondere bei der Erbringung von Leistungen der ärztlichen Behandlung 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 eigenverantwortlich 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 zur eigenverantwortlichen Wahrnehmung von weiteren heilkundlichen 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. Die Entwicklung eines Pflege- und Gesundheitsexperten-Einführungsgesetzes zur bundeseinheitlichen Einführung eines Pflegeberufs auf Masterniveau einschließlich der Regelungen seiner heilkundlichen Befugnisse wurde mit der Vorhabenplanung des BMG angekündigt und wird durch die DHM und dem VPU ausdrücklich begrüßt.

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. Der aktuelle Gesetzentwurf zum Pflegekompetenzgesetz enthält nun Ansätze in §112 a SGB V für den Krankenhaussektor. Eine explizite Berücksichtigung wurde somit erkannt, um die Weiterentwicklung der Pflegeprofession 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.

## 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:

*Im neuen Absatz 1a des § 5 des Gesetzentwurfs 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:

Wie bereits in der letzten Stellungnahme zum PKG erwähnt, begrüßen die DHM und der VPU weiterhin die Möglichkeit, dass pflegebedürftige Menschen künftig Anspruch auf Leistungen im Bereich der Prävention erhalten und Pflegefachpersonen entsprechende Empfehlungen aussprechen dürfen. Um jedoch einer Verantwortungsdiffusion vorzubeugen, ist es wichtig, die Zusammenarbeit zwischen den beteiligten Akteuren klar zu regeln. Eindeutige Zuständigkeiten und transparente Kommunikationswege würden Pflegefachpersonen dabei unterstützen, ihre Aufgaben effizient und ohne zusätzliche bürokratische Belastungen wahrzunehmen. Zugleich setzt die Einführung von Präventionsempfehlungen durch Pflegefachpersonen eine

fundierte Ausbildung in den Bereichen Prävention und Gesundheitsförderung voraus. Zusätzliche Schulungen sowie hochschulische Qualifikationen sind notwendig, um diese erweiterten Aufgaben professionell erfüllen zu können. Ohne entsprechende Qualifizierungsmaßnahmen besteht die Gefahr, dass die neuen Anforderungen nicht flächendeckend und in der erforderlichen Qualität umgesetzt werden. Daher sollten Fort- und Weiterbildungsangebote sowie Studienförderprogramme gezielt ausgebaut werden. Neben der individuellen Qualifizierung braucht es zudem strukturelle Voraussetzungen, um neue Rollen im Bereich der präventiven Versorgung nachhaltig zu verankern, etwa durch die Integration von Community Health Nurses oder Gemeindepflegepersonen. Das Bundesland Hessen hat hier bereits einen wichtigen Schritt gemacht und in 18 Landkreisen entsprechende Modelle etabliert. Auch in anderen europäischen Ländern sind präventive Hausbesuche durch Pflegefachpersonen bereits etabliert, um älteren Menschen ein möglichst langes Verbleiben in ihrer häuslichen Umgebung zu ermöglichen.

Gemeindepflegepersonen übernehmen eine Schlüsselrolle an der Schnittstelle zwischen medizinischer und pflegerischer Versorgung. Sie sind zentrale Ansprechpartner für ältere Menschen, begleiten psychosozial, koordinieren notwendige Maßnahmen, führen Entlastungsgespräche und bieten praktische Unterstützung. Auf diese Weise tragen sie dazu bei, dass Seniorinnen und Senioren länger selbstständig und selbstbestimmt in ihrem vertrauten Umfeld leben können. Darüber hinaus fördern sie soziale Kontakte, stärken die gesellschaftliche Teilhabe und wirken der Vereinsamung entgegen. Gleichzeitig stünde diese Maßnahme im Einklang mit der im Koalitionsvertrag verankerten Absicht ein verbindliches Primärarztssystem zu etablieren.

### **§ 8 Absatz 3c SGB XI (neu) Gemeinsame Verantwortung**

#### Sachverhalt:

*Im neu hinzugefügten Absatz 3c des § 8 des Gesetzesentwurfs wird festgelegt, dass der Spitzenverband Bund der Pflegekassen gemeinsam mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen daran arbeitet, wissenschaftliche Gutachten zu fördern, die sich mit der konkreten Ausgestaltung und Weiterentwicklung von Leistungen befassen. Diese Leistungen können – je nach Qualifikation – von Pflegefachpersonen erbracht werden und beziehen sich sowohl auf das Pflege- als auch auf das Krankenversicherungsrecht (SGB XI und SGB V).*

*Die Inhalte, die Dauer sowie die Details zur Durchführung dieser wissenschaftlichen Expertisen werden im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) und unter Mitwirkung des Bundesministeriums für Bildung, Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) festgelegt. Dabei werden auch die maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene angehört.*

*Die Beauftragung der wissenschaftlichen Gutachten erfolgt ebenfalls im Einvernehmen mit dem BMG und unter Beteiligung des BMFSFJ. Dabei ist sicherzustellen, dass die Fachkompetenz der maßgeblichen Pflegeorganisationen auf Bundesebene in angemessener Weise einbezogen wird. Darüber hinaus sollen auch weitere relevante Fachexpertinnen, -experten und Fachorganisationen in die Erstellung der Gutachten einbezogen werden. Für die Umsetzung dieser Aufgaben in den Jahren 2026 bis 2031 stehen dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen insgesamt 10 Millionen Euro aus dem Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung zur Verfügung. Die gesetzlichen Krankenkassen übernehmen davon die Hälfte der Kosten.*

*Details zur Auszahlung der Fördermittel werden in einer Vereinbarung zwischen dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen, dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und dem Bundesamt für Soziale Sicherung geregelt.*

**Bewertung:**

Die im aktuellen Entwurf angepasste Bezeichnung (*siehe Nummer 6 (§ 8) zu Buchstabe b – PKG*) der sektorenübergreifenden Entwicklung pflegerischer Aufgaben ist zu begrüßen, da dies Unklarheiten an Schnittstellen vermeiden kann und so die Aufgaben und Tätigkeiten übergreifend geklärt werden.

Im vorliegenden Gesetzesentwurf wird betont, dass bei der Erstellung wissenschaftlicher Expertisen die fachliche Expertise der maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe einbezogen werden muss. Das ist grundsätzlich zu begrüßen, es unterstreicht, dass pflegerisches Fachwissen für die Entwicklung relevanter Inhalte unverzichtbar ist. Jedoch ist die Formulierung „in geeigneter Art und Weise einbeziehen“ vage. Es handelt sich nicht um eine verbindliche Mitwirkung mit Entscheidungsbefugnis, sondern lediglich um eine Empfehlung zur Konsultation.

Zudem wird den maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene lediglich ein Anhörungsrecht eingeräumt. Die inhaltliche Ausgestaltung, Dauer und Durchführung der wissenschaftlichen Expertisen bestimmen jedoch der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen – im Einvernehmen mit dem BMG und BMFSFJ. Die Pflegeberufe, vor allem die Pflegewissenschaft haben hier keine Entscheidungsbefugnis. Ohne die konkrete Mitgestaltung kann es passieren, dass die Inhalte der Expertisen an den realen Anforderungen der Pflegepraxis vorbeigehen oder nur aus Kostensicht entwickelt werden. Nur mit verbindlicher Einbindung der Pflegeorganisationen kann sichergestellt werden, dass fachlich tragfähige, umsetzbare und berufsgruppenrelevante Empfehlungen entstehen.

Zu prüfen wäre daher eine verpflichtende, transparente und überprüfbare Beteiligung der maßgeblichen Organisationen (auch der Deutsche Pflegerat e.V. und die Pflegekammern), einschließlich der Pflegewissenschaft bei der Erstellung wissenschaftlicher Expertisen.

**§ 17 Richtlinien des Medizinischen Dienstes Bund; Richtlinien der Pflegekassen Absatz 1 und Absatz 1a**

**Hinweis:**

In Abs. 1 und 1a müssen neben den maßgeblichen Organisationen auch die Kammern ergänzt werden:

*In Absatz 1 Satz 2 wird die Angabe „Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene“ durch die Angabe „maßgeblichen Organisationen und Kammern der Pflegeberufe auf Bundesebene“ ersetzt.*

*In Absatz 1a Satz 3 wird die Angabe „Verbänden der Pflegeberufe auf Bundesebene“ durch die Angabe „maßgeblichen Organisationen und Kammern der Pflegeberufe auf Bundesebene“ ersetzt.*

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

### Sachverhalt:

*Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen ist verpflichtet, bis spätestens zum 31. Dezember 2026 Richtlinien zu erarbeiten, die regeln, in welchen Fällen und für welche Pflegehilfsmittel und Hilfsmittel – sofern sie den Zielen des § 40 Absatz 1 Satz 1 dienen – eine Empfehlung durch Pflegefachpersonen als ausreichend für die Feststellung des Bedarfs gilt. Dabei sollen die Empfehlungen nach dem Qualifikationsniveau der Pflegefachpersonen gestaffelt erfolgen. Zudem sollen die Richtlinien genau festlegen, wie das Verfahren zur Empfehlung durch Pflegefachpersonen im Rahmen der Antragstellung ablaufen soll.*

*Wenn bestimmte Hilfsmittel oder Qualifikationsstufen betroffen sind, ist der entsprechende Vertrag nach § 73d Absatz 1 SGB V mit zu berücksichtigen. Vor der endgültigen Festlegung der Richtlinien müssen die maßgeblichen Pflegeberufsorganisationen auf Bundesebene rechtzeitig über die geplanten Inhalte informiert und ihnen die Möglichkeit zur Stellungnahme gegeben werden. Diese Stellungnahmen sind in die abschließende Entscheidung einzubeziehen.*

*Die Richtlinien treten nur in Kraft, wenn das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) sie genehmigt. Die Genehmigung gilt automatisch als erteilt, wenn das BMG nicht innerhalb eines Monats nach Vorlage widerspricht. Etwaige Beanstandungen des Ministeriums müssen innerhalb einer gesetzten Frist behoben werden. Alle drei Jahre sind die Richtlinien zu überprüfen und bei Bedarf an den aktuellen Stand der medizinisch-pflegerischen Erkenntnisse anzupassen. Dabei gilt auch für diese Überprüfungen die vorherige Beteiligung der Pflegeberufsorganisationen entsprechend.*

*Zusätzlich ist der Spitzenverband verpflichtet, die in den Richtlinien beschriebenen Verfahren sowohl fachlich als auch wirtschaftlich zu evaluieren. Dabei sollen insbesondere die Auswirkungen auf die Qualität und Sicherheit der Versorgung sowie auf die Wirtschaftlichkeit betrachtet werden. An der Evaluation sind der Medizinische Dienst Bund sowie die maßgeblichen Pflegeberufsorganisationen auf Bundesebene zu beteiligen. Ein Abschlussbericht mit den Ergebnissen ist dem Bundesministerium für Gesundheit bis spätestens zum 31. Juli 2029 vorzulegen.*

### Bewertung:

Die in § 17a Absatz 1 vorgesehene Möglichkeit zur Stellungnahme der maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene erscheint weiterhin unzureichend. Zwar ist vorgesehen, dass den Pflegeberufsorganisationen im Rahmen der Überarbeitung der Richtlinien, etwa zur Pflegeberatung, Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben ist. Jedoch bleibt ihre Rolle auf eine beratende Funktion ohne Entscheidungsbefugnis beschränkt. Diese Regelung steht nicht im Einklang mit den Zielen des PfIBG, das ausdrücklich auf eine Stärkung pflegefachlicher Kompetenzen abzielt. Sie lässt eine Fortschreibung einer einseitigen Entscheidungsstruktur ohne Berücksichtigung der Pflegepraxis vermuten.

Eine direkte Mitwirkung der Pflegeberufsorganisationen bei der inhaltlichen Definition dieser Qualifikationen ist notwendig, um Akzeptanz und Praxisnähe der Richtlinien zu gewährleisten.

Nur wenn die Perspektive der Pflegefachpersonen konsequent einbezogen wird, können realitätsnahe Regelungen geschaffen werden. Zur Klarstellung der Qualifikationsanforderungen sollte ein einheitlicher Rahmen wie der Deutsche Qualifikationsrahmen (DQR) oder die Bildungsarchitektur für die Pflege in Deutschland (BAPID) herangezogen werden. Die in § 17a Absatz 2 vorgesehene regelmäßige Überprüfung der Richtlinien im Abstand von drei Jahren ist ausdrücklich zu begrüßen. Sie schafft die Voraussetzung für eine kontinuierliche Anpassung an den wissenschaftlichen Erkenntnisstand und eröffnet gleichzeitig die Möglichkeit, pflegerische Kompetenzbereiche schrittweise zu erweitern.

Die im Gesetz angedeutete Abstufung nach Qualifikationsniveau ist grundsätzlich sinnvoll und ermöglicht eine differenzierte Zuweisung von Verantwortlichkeiten. Allerdings bleibt unklar, wie genau die Qualifikation der empfehlenden Pflegefachpersonen definiert ist. Trotz der angedeuteten Staffelung fehlen im Gesetz verbindliche Standards, Qualifikationsprofile oder ein einheitliches Bezugssystem. Dies birgt das Risiko von Unsicherheiten in der praktischen Umsetzung, insbesondere im Hinblick auf die Frage, wer im konkreten Fall zur Empfehlung befugt ist. Zur Vermeidung von Kompetenzkonflikten, zur Sicherstellung der Versorgungsqualität und zur rechtlichen Absicherung aller Beteiligten ist eine klare und bundeseinheitliche Regelung der Qualifikationsanforderungen erforderlich.

### **§ 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 30. Juni 2026 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. 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 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 30. Juni 2028, vorgelegt werden.*

#### Bewertung:

Die Einbindung von Pflegefachpersonen in Begutachtungsverfahren ist fachlich sinnvoll, versorgungspolitisch geboten und im Sinne einer modernen, ressourcenschonenden Struktur längst überfällig. Pflegefachpersonen verfügen durch ihre Ausbildung, Berufspraxis und Nähe

zu den Versicherten über eine hohe fachliche und alltagsnahe Einschätzungsfähigkeit. Mit dem Gesetz zur Stärkung der Pflegekompetenz beabsichtigt der Gesetzgeber die vielfältigen Kompetenzen von Pflegefachpersonen für die Versorgung stärker als bislang zu nutzen. Dass ihre Mitwirkung im Begutachtungsverfahren in einem auf Jahre angelegten Modellprojekt zunächst grundsätzlich geprüft werden soll, lässt an einer demografisch dringend geforderten kurzfristigen Stärkung ihrer Rolle Zweifel offen. Der Medizinische Dienst Bund ist sowohl Auftraggeber als auch Beteiligter am Modellprojekt. Zudem liegt die Erstellung des Projektberichts und der abschließenden Empfehlung ebenfalls beim Medizinischen Dienst.

Zudem ist an dieser Stelle zu erwähnen, dass der Medizinische Dienst bereits den Auftrag zur Begutachtung hatte. Der Medizinische Dienst Bund bewertet die neue Regelung grundsätzlich positiv – insbesondere, da sie durch den Bund finanziert wird. Allerdings stellt sich die Frage nach dem tatsächlichen Nutzen: Es werden erhebliche finanzielle Mittel aufgewendet, ohne dass bislang erkennbar ist, dass diese Investitionen tatsächlich dazu beitragen, dass pflegebedürftige Menschen länger in ihrer häuslichen Umgebung verbleiben können oder besser versorgt werden. Die bisherigen Studien liefen in erster Linie darauf hinaus, die Arbeitsprozesse des Medizinischen Dienstes zu optimieren. Beispiele hierfür sind:

- die Analyse des Einsatzes von Telefoninterviews zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI,
- sowie die wissenschaftliche Untersuchung zur Eignung videobasierter Begutachtungen („Pflege-ViBe“) gemäß § 8 Abs. 3 SGB XI.

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

#### Sachverhalt:

*Im neu hinzugefügten Absatz 9 des §113c SGB IX sollen bis spätestens zum 31. Dezember 2026 die maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene gemeinsam mit den zuständigen Vertragspartnern eine unabhängige und fachlich qualifizierte Geschäftsstelle beauftragen. Ziel dieser Geschäftsstelle ist es, Pflegeeinrichtungen bei einer fundierten Personal- und Organisationsentwicklung zu unterstützen. Im Mittelpunkt stehen dabei insbesondere die Begleitung von Pflegefachpersonen und Einrichtungen bei der Übernahme der Pflegeprozessverantwortung sowie bei der Umsetzung moderner Pflegedokumentationskonzepte, die den gesetzlichen Anforderungen entsprechen. Darüber hinaus soll die Geschäftsstelle Pflegeeinrichtungen bei der Einführung personenzentrierter und kompetenzorientierter Entwicklungsmaßnahmen begleiten, insbesondere auch im Hinblick auf Konzepte zur Führung und Delegation sowie auf pflegerische Aufgaben, die auf aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen basieren. Ein weiterer Schwerpunkt liegt auf der Förderung eines ganzheitlichen und personenzentrierten Pflegeverständnisses, das die Selbstständigkeit und Fähigkeiten pflegebedürftiger Menschen in den Mittelpunkt stellt.*

*Die Unterstützung durch die Geschäftsstelle erfolgt insbesondere durch die Entwicklung und Durchführung von Schulungsmaßnahmen, insbesondere für Multiplikatorinnen und Multiplikatoren –, um bundesweit eine flächendeckende Qualifizierung sicherzustellen. Zudem sollen fachliche Informationen, Assessmentinstrumente und Konzepte zur Nutzung durch Pflege-*

*fachpersonen und Leitungskräfte entwickelt, bewertet und online öffentlich bereitgestellt werden. An der Ausarbeitung dieser Maßnahmen sollen auch der Medizinische Dienst Bund, die maßgeblichen Interessenvertretungen der pflegebedürftigen und behinderten Menschen sowie weitere relevante Fachorganisationen beteiligt werden. Die genaue Ausgestaltung und Arbeitsweise der Geschäftsstelle, insbesondere die Auswahl und Qualifikation der Multiplikatorinnen und Multiplikatoren, wird in einer gemeinsamen Geschäftsordnung geregelt. Die Geschäftsstelle ist bis zum 31. Dezember 2031 befristet und wird aus Mitteln des Ausgleichsfonds finanziert.*

#### Bewertung:

Wenngleich Personalvorgaben grundsätzlich ein ambivalentes Regulierungsinstrument sind, da sie tief in die Organisationsfreiheit von Einrichtungen eingreifen, ist die Einrichtung einer Geschäftsstelle u.a. vor dem Hintergrund der Begleitung der Umsetzung des neuen Personalbemessungsverfahrens für vollstationäre Pflegeeinrichtungen weiterhin grundsätzlich zu begrüßen. Allerdings bleibt die derzeit geplante Ausgestaltung hinter den Anforderungen einer gleichberechtigten, sektorenübergreifenden und evidenzbasierten Versorgungssteuerung zurück. Eine solche Geschäftsstelle darf sich nicht allein auf vollstationäre Einrichtungen konzentrieren, sondern sollte als zentrale, sektorenübergreifend agierende Instanz ausgestaltet sein, die sich systematisch und fortlaufend mit Fragen der Personalbemessung in allen pflegerischen Versorgungsbereichen befasst, etwa in der ambulanten, teilstationären, rehabilitativen oder spezialisierten Versorgung. Dabei ist sicherzustellen, dass die Festlegung eines Mindestmaßes an Personalausstattung auf pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen beruht. Dies betrifft nicht nur die Erhebung und Auswertung pflegerischer Bedarfe, sondern auch die Evaluation von Versorgungsqualität, die Integration von Anforderungen an Aus- und Weiterbildung sowie die kontinuierliche Weiterentwicklung von Personalbemessungsinstrumenten auf Basis aktueller pflegewissenschaftlicher Forschung.

Genereller Hinweis zu § 113: Dem Qualitätsausschuss soll auch ein Vertreter der maßgeblichen Organisationen **und Kammer** der Pflegeberufe auf Bundesebene angehören.

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

#### Sachverhalt:

*Organisationen, die auf Bundesebene die Interessen der Pflegeberufe vertreten, sollen bei Aufgaben nach dem Fünften und Elften Buch Sozialgesetzbuch im Rahmen der jeweils vorgesehenen Beteiligungsformen mitwirken. Dabei sind diese Bundesorganisationen angehalten, auch weitere Pflegeorganisationen, insbesondere solche auf Landesebene, in die Beteiligungsprozesse einzubeziehen. Ehrenamtlich tätige Personen, die von den anerkannten Pflegeorganisationen auf Bundesebene benannt und im Rahmen dieser Beteiligung tätig werden, haben Anspruch auf Erstattung von Reisekosten und auf Ersatz von Verdienstausfällen – sofern dies in einer entsprechenden Rechtsverordnung geregelt ist. Die konkreten Ansprüche und Bedingungen für diese Erstattungen werden ebenfalls in dieser Verordnung festgelegt. Das Bundesministerium für Gesundheit ist ermächtigt, im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Bildung, Familie, Senioren, Frauen und Jugend eine Rechtsverordnung zu erlassen. Diese Verordnung – die der Zustimmung des Bundesrates bedarf – soll regeln:*

- *welche Organisationen als maßgeblich anerkannt werden,*

- *wie das Beteiligungsverfahren abläuft,*
- *sowie die Voraussetzungen, der Umfang, die Finanzierung und das Verfahren für die Kostenerstattung an ehrenamtlich Mitwirkende.*

Bewertung:

§ 118a stärkt die Interessenvertretung der Pflegeberufe auf Bundesebene und bietet eine wichtige Gelegenheit, Pflegefachpersonen stärker in Entscheidungsprozesse einzubinden. Positiv zu bewerten ist, dass die Bundesorganisationen laut Gesetz weitere Organisationen – auch auf Landesebene – einbinden sollen. Gerade im Krankenhausbereich ist dies essenziell, da die Versorgungsbedingungen zwischen den Bundesländern stark variieren. Die Einbindung regionaler Akteure ermöglicht es, unterschiedliche Bedarfe vor Ort, etwa bei der Personalbemessung oder Qualifikationsentwicklung, gezielter abzubilden.

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 vorgesehene Erstattung von Reisekosten und Verdienstausschluss für ehrenamtlich Tätige ist zu begrüßen. Sie stellt eine angemessene Anerkennung für das Engagement dar, das mit der Beteiligung an bundesweiten Gremien und Verfahren verbunden ist.

**Zu Artikel 2 - Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V)**

**§ 15a SGB V (Neu) Behandlung durch Pflegefachpersonen, Pflegeprozessverantwortung**

Sachverhalt:

*§ 15a des SGB V regelt die Behandlung durch Pflegefachpersonen im Rahmen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch. Pflegefachpersonen, die über die erforderlichen fachlichen Kompetenzen aufgrund einer nach dem Pflegeberufegesetz vorgeschriebenen beruflichen oder hochschulischen Ausbildung, aufgrund einer staatlich anerkannten, bundesweit einheitlichen Weiterbildung oder aufgrund einer solchen Weiterbildung entsprechenden Berufserfahrung, die durch eine staatliche Kompetenzfeststellung der Länder nachgewiesen wurde, verfügen, können insbesondere die folgenden Leistungen der ärztlichen Behandlung im Rahmen der Leistungserbringung nach diesem Buch unter den folgenden Voraussetzungen eigenverantwortlich erbringen:*

- 1. nach ärztlicher Diagnose und Indikationsstellung die in dem nach § 73d Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und § 112a Absatz 1 vereinbarten Katalogen genannten Leistungen,*
- 2. nach einer erstmaligen ärztlichen Verordnung die Verordnung der in dem nach § 73d Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 vereinbarten Katalog genannten Leistungen der häuslichen Krankenpflege, einschließlich der Verordnung der für diese Leistungen benötigten Hilfsmittel nach § 33, und*
- 3. bis zum Abschluss des Vertrags nach § 73d Absatz 1 Satz 1 die in Anlage 1 des nach § 64d Absatz 1 Satz 4 geschlossenen Rahmenvertrags genannten Leistungen der ärztlichen Behandlung.*

*Pflegefachpersonen nehmen im Rahmen der Leistungserbringung nach diesem Buch die Pflegeprozessverantwortung im Sinne des § 4 Absatz 1 Satz 1 des Pflegeberufegesetzes wahr.*

*Abschließend wird in § 15a Absatz 3 der Begriff der Pflegefachperson definiert. Personen, die über eine Erlaubnis nach dem Pflegeberufegesetz verfügen, werden als Pflegefachpersonen bezeichnet.*

Bewertung:

In § 15a Absatz 1 wird grundsätzlich geregelt, dass bestimmte Leistungen der ärztlichen Behandlung künftig auch durch Pflegefachpersonen mit entsprechender Qualifikation eigenverantwortlich erbracht werden können. Zugleich wird klargestellt, dass die ärztliche Behandlung nicht die Pflegeprozessverantwortung umfasst, die berufsrechtlich ausschließlich Pflegefachpersonen vorbehalten ist. Diese dürfen in definierten Bereichen heilkundliche Entscheidungen eigenständig treffen, weisungsfrei und mit fachlicher sowie haftungsrechtlicher Verantwortung. Das stellt eine bedeutsame Stärkung der pflegerischen Berufskompetenz dar.

Die Abkehr von den im vorherigen Referentenentwurf verwendeten Begriffen wie „heilkundliche Leistung“ oder „erweiterten heilkundlichen Leistungen“ zugunsten von „Leistungen ärztlicher Behandlung“ legt nahe, dass Pflegefachpersonen weiterhin innerhalb ärztlich definierter Handlungsspielräume agieren. Dies könnte der Intention eines eigenständigen pflegerischen Heilberufs entgegenstehen und hinter internationalen Standards zurückbleiben. Die weiterhin ärztlich geprägte Leistungsdefinition kann die strukturelle Autonomie begrenzen und birgt die Gefahr, dass der Pflegeberuf trotz fachlicher Qualifikation auf eine ausführende Rolle reduziert bleibt. Die DHM und der VPU befürworten daher eine klare gesetzliche Rückkehr zur ursprünglichen Formulierung „Ausübung „heilkundlicher Aufgaben“ oder „erweiterten heilkundlichen Aufgaben“ durch Pflegefachpersonen. Nur so kann die im PflBG angelegte Professionalisierung konsequent weiterentwickelt und die Rolle der Pflege im Versorgungssystem gestärkt werden. Darüber hinaus sollte die gesetzlich vorgesehene ärztliche Erstverordnung differenziert betrachtet werden. Für bestimmte Versorgungsbereiche, z. B. im Kontext chronischer Erkrankungen, in der Wundversorgung oder in der geriatrischen Pflege, erscheint es fachlich sinnvoll, auch Pflegefachpersonen die Erstverordnung zu ermöglichen, sofern die entsprechenden Kompetenzen vorliegen.

### **§ 33 SGB V Hilfsmittel**

Sachverhalt:

*In § 33 Absatz 5a wird geregelt, dass eine Verordnung durch eine Vertragsärztin oder einen Vertragsarzt für die Beantragung der Leistungen gemäß den Absätzen 1 bis 4 nur dann erforderlich ist, wenn eine ärztliche Erst- oder Folge-Diagnose oder eine Therapieentscheidung medizinisch notwendig ist. Liegt eine Verordnung durch eine Pflegefachperson gemäß § 15a Absatz 1 Nummer 2 vor, ist keine ärztliche Verordnung erforderlich. Abweichend davon können die Krankenkassen jedoch eine ärztliche oder pflegerische Verordnung verlangen, wenn sie auf ein eigenes Genehmigungsverfahren bei der Hilfsmittelversorgung verzichten. Dabei sind die Regelungen in § 18b Absatz 3 und § 40 Absatz 6 SGB XI zu berücksichtigen.*

Bewertung:

Die Erweiterung des § 33 Absatz 5a SGB V stellt eine bedeutende Reform dar, die das Potenzial hat, die Pflegeberufe strukturell zu stärken und das Gesundheitssystem nachhaltig zu entlasten. Die Möglichkeit, dass qualifizierte Pflegefachpersonen bestimmte Hilfsmittel künftig eigenständig verordnen können, ist ein wichtiger Schritt in Richtung Professionalisierung und

eigenständiger Verantwortung innerhalb des Gesundheitssystems. Allerdings bestehen weiterhin wesentliche Herausforderungen, die einer erfolgreichen Umsetzung im Wege stehen könnten. Die bislang vage gesetzliche Regelung zur interprofessionellen Zusammenarbeit (z. B. in § 64d, § 73d, § 112 und § 132a SGB V) bleibt bislang unzureichend. Zwar wird die Notwendigkeit zur Kooperation anerkannt, jedoch fehlen konkrete Vorgaben zur praktischen Umsetzung und zur strukturellen Einbindung der Pflege in medizinisch-pflegerische Entscheidungsprozesse.

### **§ 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. Auch solche Untersuchungs- und Behandlungsverfahren, zu denen der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) bislang keine Entscheidung gemäß § 137c Absatz 1 getroffen hat, sind eingeschlossen, sofern sie als potenziell notwendige Behandlungsalternativen gelten. Versicherte haben Anspruch auf eine vollstationäre, stationsäquivalente oder tagesstationäre Krankenhausbehandlung, wenn nach Einschätzung des Krankenhauses eine Aufnahme oder häusliche Behandlung erforderlich ist und das Behandlungsziel nicht durch weniger intensive Versorgungsformen wie teilstationäre, ambulante, vor- oder nachstationäre Behandlung oder häusliche Krankenpflege erreicht werden kann. Der Leistungsumfang der Krankenhausbehandlung richtet sich nach dem Versorgungsauftrag des Krankenhauses und umfasst alle medizinisch notwendigen Maßnahmen, die sich nach Art und Schwere der Erkrankung richten. Dazu zählen insbesondere: **ärztliche Behandlung nach § 28 Abs. 1 und § 15a Absatz 1**, Krankenpflege, die Bereitstellung von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln sowie Unterkunft und Verpflegung. Akutstationäre Krankenhausaufenthalte beinhalten auch erforderliche Maßnahmen zur Frührehabilitation, die möglichst frühzeitig beginnen sollen. Die stationsäquivalente Behandlung bezieht sich auf psychiatrische Versorgung im häuslichen Umfeld durch mobile, ärztlich geführte und multiprofessionelle Teams. Die tagesstationäre Behandlung erfordert einen täglichen Krankenhausaufenthalt von mindestens sechs Stunden, während dem vorrangig ärztliche oder pflegerische Leistungen erbracht werden – jedoch ohne Übernachtung. Beide Behandlungsformen – stationsäquivalent und tagesstationär – gelten in ihrer Komplexität, Flexibilität und inhaltlichen Ausgestaltung als vergleichbar mit der vollstationären Versorgung. Schließlich gehört zur Krankenhausbehandlung auch die qualifizierte ärztliche Einschätzung des Beatmungsstatus, insbesondere im Verlauf der Behandlung und vor einer Verlegung oder Entlassung von Patientinnen und Patienten, die beatmet werden.*

#### Bewertung:

Die Erweiterung der Kompetenzen von Pflegefachpersonen sowie die Einbeziehung flexiblerer Behandlungsformen sind zukunftsweisende Schritte, die zur Entlastung des Gesundheitssystems und zur Verbesserung der Patientenversorgung beitragen können. In der neuen Fassung sind die Leistungen nach § 15a berücksichtigt, die Leistungen der ärztlichen Behandlung durch Pflegefachpersonen mit entsprechender Qualifikation umfassen (*siehe Bewertung zu § 15a SGB V dieser Stellungnahme*). Indem diese Leistungen, die durch qualifizierte Weiterbil-

dungen 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 weitere 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) Eigenverantwortliche Erbringung von Leistungen durch Pflegefachpersonen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung; eigenverantwortliche Verordnung häuslicher Krankenpflege durch Pflegefachpersonen, Evaluation**

#### Sachverhalt:

*Der neue § 73d SGB V regelt im Absatz 1 in einen abzuschließenden Vertrag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, des Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der für die Wahrnehmung der Interessen von Pflegediensten maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene und die Vereinigungen der Träger von Pflegeheimen im Sinne des § 71 Absatz 2 des Elften Buches zum 31. Juli 2027 die nachfolgenden Inhalte*

*1. einen Katalog an Leistungen der ärztlichen Behandlung, die Pflegefachpersonen nach § 15a Absatz 1 Nummer 1 eigenverantwortlich erbringen können,*

*2. einen Katalog an Leistungen im Rahmen der häuslichen Krankenpflege nach § 37, die Pflegefachpersonen nach § 15a Absatz 1 Nummer 2 eigenverantwortlich verordnen können, sowie das Nähere zum Verfahren und zu der Ausgestaltung der Verordnungen,*

*3. Rahmenvorgaben zur interprofessionellen Zusammenarbeit zwischen Pflegefachpersonen und Ärzten bei der Erbringung der nach den Nummern 1 und 2 vereinbarten Leistungen.*

*Bis zum 31. Dezember 2026 haben die in Satz 1 genannten Vertragspartner zu prüfen, ob Anpassungen des nach § 64d Absatz 1 Satz 4 geschlossenen Rahmenvertrags erforderlich sind, damit die in Anlage 1 des Rahmenvertrags genannten Leistungen der ärztlichen Behandlung durch Pflegefachpersonen auch in der Regelversorgung erbracht werden können.*

*Die in Absatz 1 genannten Vertragspartner haben unter Beachtung der Vorgaben von § 15a Absatz 1 in dem Vertrag auch festzulegen, auf der Grundlage welcher Kompetenzen Pflegefachpersonen die nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und 2 vereinbarten Leistungen jeweils eigenverantwortlich erbringen oder verordnen können. Pflegefachpersonen können die nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und 2 vereinbarten Leistungen bei an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringern und bei Leistungserbringern nach § 132a Absatz 4 erbringen oder verordnen. Den maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene im Sinne des § 118a Absatz 1 Satz 1 des Elften Buches und der Bundesärztekammer ist vor Abschluss des Vertrags Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; sie haben das Recht, an den Sitzungen der in Absatz 1 Satz 1 genannten Vertragspartner teilzunehmen. Die Stellungnahmen sind beim Entscheidungsprozess der in Absatz 1 genannten Vertragspartner zu berücksichtigen. Wissenschaftliche Expertisen, die nach § 8 Absatz 3c Satz 1 des Elften Buches gefördert wurden, sollen hinsichtlich der Kompetenzanforderungen und dazugehörigen Aufgaben bei der Vereinbarung der Leistungen nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und 2 berücksichtigt werden.*

#### Bewertung:

Es ist festzustellen, dass der im ersten Referentenentwurf verwendete Begriff der „erweiterten heilkundlichen Leistungen“ nicht mehr verwendet wird. Dagegen wird nun der Begriff der „Leistungen der ärztlichen Behandlung“ verwendet (siehe Bewertung zu § 15a SGB V). Auch der Begriff der „selbstständigen Erbringung“ wird durch den Begriff der „eigenverantwortlichen Erbringung“ ersetzt. Diese Umformulierungen könnten den Ausdruck von Eigenverantwortung, Kompetenzzuwachs und Professionalisierung schwächen, der mit der bisherigen Begriffswahl verbunden war. Eine Schwächung steht im Widerspruch zu den erklärten Zielen der Pflegeberufereform und internationalen Entwicklungen im Pflegeberuf.

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 an Leistungen der ärztlichen Behandlung, die Pflegefachpersonen nach § 15a Absatz 1 Nummer 1 eigenverantwortlich erbringen können, zu begrüßen. Ebenso sinnvoll ist ein Katalog für häusliche Krankenpflegeleistungen nach § 37, den Pflegefachpersonen eigenständig als Verordnung – einschließlich der benötigten Hilfsmittel gemäß § 33 – veranlassen dürfen. Dies stellt angesichts des Fachkräftemangels im ärztlichen Bereich einen wichtigen Schritt zur Sicherstellung der Versorgung dar.

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 Möglichkeit zur Stellungnahme durch relevante Pflegeorganisationen ist zwar selbstverständlich, jedoch sollte den maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe eine gleichberechtigte Beteiligung an allen Verhandlungen und Entscheidungen im Rahmen von § 73d, mit Stimmrecht, nicht nur Stellungnahmerecht eingeräumt werden. Klare, gesetzlich verankerte Kompetenzfestlegungen, die unter maßgeblicher Beteiligung von Pflegewissenschaft und Berufsverbänden erfolgen, sind zu begrüßen. Rechtssicherheit und Autonomie für Pflegefachpersonen, keine rein ärztlich oder kassenärztlich gesteuerte Zuordnung von Tätigkeiten, sind notwendig. Die Zuordnung muss unter Beteiligung einer pflegefachlichen Expertise erfolgen.

### **§ 112a SGB V (neu) Eigenverantwortliche Erbringung von Leistungen durch Pflegefachpersonen im Rahmen der Krankenhausbehandlung**

#### Sachverhalt:

*Der neue § 112a im SGB V regelt, dass die Vertragsparteien auf Bundesebene nach § 9 Absatz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes bis zum 31. Juli 2028*

- 1. einen Katalog an Leistungen der ärztlichen Behandlung, die Pflegefachpersonen nach § 15a Absatz 1 Nummer 1 in nach § 108 zugelassenen Krankenhäusern eigenverantwortlich erbringen können,*
- 2. Rahmenvorgaben zur interprofessionellen Zusammenarbeit im Krankenhaus zwischen Pflegefachpersonen und Ärzten bei der Erbringung der nach Nummer 1 vereinbarten Leistungen vereinbaren.*

*Die Vertragspartner evaluieren die eigenverantwortliche Erbringung von Leistungen der ärztlichen Behandlung durch Pflegefachpersonen in Krankenhäusern insbesondere im Hinblick auf*

- 1. die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung,*
- 2. den effizienten Einsatz der Pflegefachpersonen mit unterschiedlichen Qualifikationen und*
- 3. die Auswirkungen auf das Berufsbild der Pflegefachpersonen.*

*Die Vertragspartner nach Satz 1 legen dem Bundesministerium für Gesundheit drei Jahre nach Wirksamwerden des Vertrages einen Bericht über das Ergebnis der Evaluation vor.*

#### Bewertung:

Mit §112a SGB V wird erstmals gesetzlich geregelt, dass auch in zugelassenen Krankenhäusern Pflegefachpersonen bestimmte Leistungen der ärztlichen Behandlung eigenverantwortlich erbringen können, analog zur bereits im ersten Gesetzentwurf vorgesehenen Regelung für andere Gesundheitseinrichtungen.

Diese Entwicklung wird ausdrücklich von der DHM und dem VPU begrüßt. Um die neuen Aufgabenfelder erfolgreich umzusetzen, ist es notwendig, dass alle beteiligten Berufsgruppen eine neue Form der interprofessionellen Zusammenarbeit entwickeln und gemeinsam etablieren – etwa in Form standardisierter interprofessioneller Behandlungspfade. Nur so lassen sich

Abstimmungsprozesse strukturiert und effizient neugestalten und gemeinsam weiterentwickeln.

Die gesetzlich vorgesehene Evaluation ist grundsätzlich zu begrüßen, sollte jedoch multiperspektivisch und wissenschaftlich angelegt sein und damit über einen einfachen Bericht hinausgehen. Sie sollte pflegfachliche, ärztliche, ökonomische sowie patientenzentrierte Perspektiven einbeziehen. Internationale Studien belegen bereits die positiven Effekte einer erweiterten Handlungskompetenz akademisch qualifizierter Pflegefachpersonen auf Versorgungsqualität, Patientensicherheit und Ressourceneffizienz. Vor diesem Hintergrund sollte die Mitwirkung der maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene explizit vorgesehen und strukturell in den Evaluationsprozess eingebunden werden. Besondere Aufmerksamkeit verdient die Frage, welche Auswirkungen die Neuregelung auf das Berufsbild der Pflegefachpersonen hat. Die Erweiterung der Handlungsspielräume wirkt eindeutig berufsstärkend und wird die Attraktivität und Professionalität des Pflegeberufs deutlich steigern. Gleichzeitig entsteht die Chance, Pflegekarrieren vertikal weiterzuentwickeln – von Pflegefachassistenten über dreijährig ausgebildete Pflegefachpersonen bis hin zu Advanced Practice Nurses (APN). Dabei erscheint es jedoch wichtig, die Auswirkungen über die Berufsgruppe der Pflegefachpersonen hinaus zu betrachten. Auch angrenzende Berufsgruppen wie der ärztliche Dienst, therapeutische Berufe oder die Pflegefachassistenten werden von den Veränderungen betroffen sein. Es ist mit einer Umverteilung von Aufgaben, dem Entstehen neuer Kooperationsformen sowie einem veränderten Bedarf an Aus- und Weiterbildungsinhalten zu rechnen. Chancen bestehen insbesondere für Pflegefachassistenten, gezielt weitere Aufgaben im Rahmen strukturierter Prozesse zu übernehmen. Darüber hinaus ist auch mit Rückwirkungen auf das ärztliche Berufsbild zu rechnen, insbesondere im Hinblick auf delegierbare oder substituierbare Leistungen. Die Evaluation sollte daher umfassend und systemisch angelegt sein, um die Wechselwirkungen zwischen den verschiedenen Gesundheitsberufen sachgerecht zu erfassen. Angesichts der bereits angestoßenen gesetzgeberischen Verfahren zur Weiterentwicklung von Berufsbildern und Aufgabenverteilungen, wie etwa im Rahmen des Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetzes, erscheint es als wichtig § 112a im Kontext einer übergeordneten Strategie zur interprofessionellen Versorgung und Qualifikationsnutzung zu betrachten.

Ferner sollte, wie bereits auf Seite 192 des Gesetzentwurfs vorgesehen, sichergestellt werden, dass den maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene im Sinne des § 118a Absatz 1 Satz 1 des Elften Buches sowie der Bundesärztekammer vor Abschluss des Vertrages Gelegenheit zur Stellungnahme gegeben wird. Nur durch ein solches partizipatives Verfahren kann gewährleistet werden, dass die Umsetzung praxistauglich, professionsgerecht und zukunftsfähig erfolgt.

## **Zu Artikel 3 - 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 4 - Änderungen des Pflegeberufgesetzes**

### **§ 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 PflBG (neu): Eigenverantwortliche Heilkundenausübung**

Sachverhalt:

*Im neuen § 4a des Pflegeberufgesetzes sind Personen mit einer Erlaubnis nach § 1 zur eigenverantwortlichen Heilkundenausübung im Rahmen der nach diesem Gesetz erworbenen heilkundlichen Kompetenzen befugt.*

Bewertung:

Im Unterschied zum ersten Gesetzesentwurf wird hier eine andere Begrifflichkeit verwendet. Der bisherige Begriff der „selbstständigen Heilkundenausübung“ wird durch den Begriff „Eigenverantwortliche Heilkundenausübung“ ersetzt. In dem neu geschaffenen Paragraphen 4a des PflBG wird klargestellt, dass die Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung nach §1 auch die Befugnis zur Heilkundenausübung 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 ausgeübte 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. Ein besonderer Fokus sollte auf die interprofessionelle Zusammenarbeit und die Sicherstellung ausreichender Ressourcen für die Umsetzung der Reformen gelegt werden. Darüber hinaus ist die konsequente Förderung der Disziplin Pflegewissenschaft unerlässlich, um die wissenschaftliche Fundierung der heilkundlichen Tätigkeit von Pflegefachpersonen weiter auszubauen.

### **§ 14a PfIBG (neu) Standardisierte Kompetenzbeschreibungen für heilkundliche Aufgaben**

#### Sachverhalt:

*Die Fachkommission gemäß § 53 hat die Möglichkeit, standardisierte Kompetenzbeschreibungen mit empfehlendem Charakter zu erarbeiten. Diese sollen die fachlichen und personalen Kompetenzen definieren, die für die eigenverantwortliche Ausübung heilkundlicher Aufgaben notwendig sind – sofern diese nicht bereits durch die Ausbildung nach § 5 vermittelt werden. Besonders relevant sind hierbei standardisierte Darstellungen der in § 37 Absatz 2 Satz 2 sowie § 37 Absatz 3 Satz 2 Nummer 6 bis 9 genannten Kompetenzen. Die erarbeiteten Kompetenzbeschreibungen können gemeinsam vom Bundesministerium für Bildung, Familie, Senioren, Frauen und Jugend sowie vom Bundesministerium für Gesundheit genehmigt werden. Änderungen dieser Beschreibungen bedürfen ebenfalls einer erneuten Genehmigung. Darüber hinaus sollen die standardisierten Kompetenzbeschreibungen in regelmäßigen Abständen überprüft und an neue medizinische sowie pflegewissenschaftliche Entwicklungen angepasst werden.*

#### Bewertung:

Der hier neu verwendete Begriff „Kompetenzbeschreibungen für heilkundliche Aufgaben“ ersetzt den im ersten Gesetzentwurf verwendete Begriff „Module für erweiterte heilkundliche Aufgaben“.

Die Entwicklung standardisierter Kompetenzbeschreibungen 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, eigenverantwortlich Heilkunde 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.

### **§ 37 PfIBG: Ausbildungsziele**

#### Sachverhalt:

*Die hochschulische Ausbildung zur Pflegefachfrau bzw. zum Pflegefachmann vermittelt auf wissenschaftlicher Grundlage und mit methodischem Anspruch die fachlichen und personalen Kompetenzen, die für eine eigenständige, ganzheitliche und prozessorientierte Pflege von Menschen aller Altersgruppen gemäß § 5 Absatz 2 erforderlich sind – sowohl in akuten als auch in dauerhaft stationären sowie ambulanten Pflegesituationen. Darüber hinaus befähigt die Ausbildung Pflegefachpersonen dazu, bestimmte heilkundliche Aufgaben eigenver-*

*antwortlich zu übernehmen. Dies betrifft insbesondere die Bereiche diabetische Stoffwechsellage, chronische Wunden und Demenz, für die ebenfalls vertiefte fachliche und personale Kompetenzen auf wissenschaftlicher Grundlage vermittelt werden.*

#### Bewertung:

Im Rahmen der Ausbildungsziele gemäß § 37 wird ein neuer Begriff eingeführt: Während bislang die hochschulische Ausbildung „zusätzlich die zur eigenverantwortlichen und selbständigen Ausübung von erweiterten heilkundlichen Tätigkeiten erforderlichen fachlichen und personalen Kompetenzen“ vermittelte, ist nun von der „eigenverantwortlichen Wahrnehmung von weiteren heilkundlichen Aufgaben“ die Rede.

Unklar erscheint, warum vom bisherigen Begriff aus dem ersten Gesetzesentwurf abgewichen wurde.

Eine systematische Erweiterung der Kompetenzvermittlung auf erweiterte heilkundliche Tätigkeitsfelder sollte daher ausdrücklich Ziel der hochschulischen Pflegeausbildung bleiben – sowohl zur Stärkung des pflegewissenschaftlichen Profils als auch zur Sicherstellung einer zeitgemäßen und bedarfsgerechten Versorgung.

### 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.

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. Die Entwicklung eines Pflege- und Gesundheitsexperten-Einführungsgesetz zur bundeseinheitlichen Einführung ei-

nes Pflegeberufs auf Masterniveau einschließlich der Regelungen seiner heilkundlichen Befugnisse wurde mit der Vorhabenplanung des BMG angekündigt und wird durch die DHM und den VPU ausdrücklich begrüßt.

#### Unterzeichnende Verbände

Der Medizinische Fakultätentag (MFT) und der Verband der Universitätsklinika Deutschlands (VUD) vertreten die Interessen der 39 Medizinischen Fakultäten sowie der 37 Universitätsklinika in Deutschland – Dachverband ist die Deutsche Hochschulmedizin (DHM). Gemeinsam stehen VUD und MFT für Spitzenmedizin, erstklassige Forschung sowie die international angesehene Mediziner Ausbildung 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 \(vpuonline.de\)](http://www.vpuonline.de)