

**Anmerkungen des Deutschen Pflegerates e. V. (DPR)  
zu den  
„Vorläufigen Eckpunkten Pflegekompetenzgesetz“**

Der Deutsche Pflegerat (DPR) bedankt sich außerordentlich für die am 19.12.2023 im Rahmen eines Fachgesprächs vorgestellten „Vorläufigen Eckpunkte Pflegekompetenzgesetz“. Die aufgeführten Maßnahmen stellen eine historische Entwicklung für den Beitrag der beruflichen Pflege im Sinne der Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen und zukunftsfesten Versorgung der Bevölkerung dar. Zudem umfassen sie eine Vielzahl langjähriger Forderungen des DPR. Wir unterstützen diesen weitreichenden gesetzgeberischen Prozess mit unserer Expertise.

Kritisch anzumerken sei dennoch, die geplante Erweiterung des pflegerischen Kompetenzrahmens vordergründig mit dem Ziel der Entlastung anderer Berufsgruppen (Medizin) oder Organisationen (MD) im Gesundheitswesen zu verbinden. Dies steht im Widerspruch zum gesellschaftlichen Auftrag eines Heilberufs im Rahmen der Daseinsvorsorge. Vielmehr sollte die Weiterentwicklung und Sicherstellung einer hohen Versorgungsqualität angestrebt, die Orientierung an international etablierten Berufsbildern erreicht und die geplante Kompetenzerweiterung rechtlich sowie leistungserbringungs-rechtlich integriert werden.

Insgesamt begrüßen wir die von Gesundheitsminister Lauterbach angefragten Ergänzungen in diesem frühen Stadium des Gesetzgebungsprozesses und führen nachfolgend Anmerkungen aus der Sicht des DPR auf:

Zu 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.“*

Der DPR hält es für dringend erforderlich, die Befugnisse zur Verordnung von häuslicher Krankenpflege nach § 37 SGB V (Krankenhausvermeidungspflege, Sicherungspflege, Unterstützungspflege) auf Pflegefachpersonen zu übertragen. Hier ist herauszustellen, dass die im Leistungsverzeichnis der HKP-Richtlinie aufgeführten Einzelleistungen pflegerische Vorbehaltsaufgaben nach § 4 PfIBG sind und die Komplexität dieser Leistungen in den individuellen Pflegesituationen variieren. Der Leistungskatalog der HKP-Richtlinie steht im direkten Zusammenhang mit der medizinisch-pflegerischen Behandlung und der Absicherung bzw. Fortführung in der Häuslichkeit. Bei einer pflegerischen Behandlung müssen die Bedarfe

und Bedürfnisse der Leistungsempfänger:innen in der individuellen Pflegesituation als elementarer Bestandteil des Pflegeprozesses mitberücksichtigt werden. Anlass, Häufigkeit und Frequenz der verordneten Leistungen können von medizinischen Einschätzungen abweichen und bspw. den Umfang der pflegerischen Prophylaxen (z.B. Positionswechsel oder Hilfen bei der Mobilität) im Hinblick auf deren Wirksamkeit neu bestimmen (Weidner 2021). Zudem muss die Pflegeprofession folgerichtig an der Weiterentwicklung der Häuslichen Krankenpflege-Richtlinie (G-BA 2023) aktiv beteiligt werden. Hier hebt der DPR insbesondere die gesetzlich geregelten Kernbefugnisse der Pflegefachpersonen hervor: die Ermittlung, Planung und Evaluation des Versorgungsbedarfs, die im Leistungserbringungsrecht der Sozialgesetzbücher verankert werden müssen.

Darüber hinaus merkt der DPR an, dass die Kompetenz und Befugnisse von Pflegefachpersonen in stationären Pflegeeinrichtungen zu berücksichtigen sind. Auch in diesem Versorgungsbereich muss es möglich sein, Leistungen der häuslichen Krankenpflege eigenverantwortlich zu verordnen und abzurechnen. Unabhängig von der leistungsrechtlichen Zuweisung des Ordnungsrechtes ist somit festzuhalten, dass die konkrete Bedarfsfeststellung, Planung und Evaluation von Pflegeleistungen zwingend pflegerische Fachkompetenz erfordert und berufsrechtlich nicht mehr von anderen Berufsgruppen geleistet werden darf (Weidner 2021). Für andere bestehende oder zukünftige Versorgungsbereiche, z. B. Level 1i-Krankenhäuser, Gesundheitskioske oder Primärversorgungszentren muss der Ansatz konsequent weiterverfolgt werden.

Zukünftig müssen auch vermeintliche oder tatsächliche Versorgungs- oder Pflegefehler rechtssicher den pflegerischen Vorbehaltsaufgaben gemäß § 4 Abs. 2 PflBG zuzuordnen sein (Weidner 2021). Das Berufsrecht und das Leistungsrecht sind zu harmonisieren, um haftungsrechtliche Verantwortungen klarzustellen. Um Vorbehaltsaufgaben vollständig der Pflegeprofession zu übertragen, sieht der DPR im Zusammenhang mit dem Beginn des gesetzgeberischen Prozesses zur Kompetenzregulierung in der Pflege folgenden Nachregelungsbedarf in der aktuellen Gesetzgebung,

1. Pflegeberatung nach § 7a SGB XI muss Pflegefachpersonen vorbehalten sein.  
Pflegeberatungen nach § 7a SGB XI werden von Sozialversicherungsfachangestellten (45,0 %) und von Pflegefachpersonen (40,8 %) erbracht (IGES 2023). Für die fachgerechte Pflegeberatung werden ein spezifisches Grundverständnis von physiologischen Zusammenhängen und ein umfassendes Krankheits- und Pflegeverständnis benötigt. Sozialversicherungsfachangestellte verfügen gemäß ihrer Qualifizierung nicht über die dafür erforderlichen Kompetenzen (DPR 2023h). Bei Personen mit Pflegebedarf muss die Einschätzung von pflegerischen Risiken und dementsprechender Bedarfe gemäß den Vorbehaltsaufgaben von Pflegefachpersonen nach § 4 PflBG uneingeschränkt durch Pflegefachpersonen erfolgen. Die Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes nach § 7a Absatz 3 Satz 3 SGB XI zur erforderlichen Anzahl, Qualifikation und Fortbildung von Pflegeberaterinnen und Pflegeberatern vom 29.08.2008 in der Fassung vom 22.05.2018 müssen überarbeitet werden.
2. Pflegestützpunkte nach § 7c SGB XI müssen Pflegefachpersonen in die Aufgaben und Beratungsstrukturen zwingend einbinden.  
Für bestehende Strukturen der Pflegestützpunkte nach § 7c SGB XI regelt Absatz 2 unscharf, in welcher Form Träger von Pflegestützpunkten professionelle Pflegefachpersonen in die Tätigkeit der Pflegestützpunkte einbinden sollen. Aus Sicht des DPR kann an dieser Stelle nur eine „Muss“-Regelung gefordert werden. Denn den Pflegestützpunkten wird im § 7c Absatz 2 Nummer 2 SGB XI die „Koordinierung aller für die wohnortnahe Versorgung und Betreuung in Betracht kommenden gesundheitsfördernden, präventiven, kurativen, rehabilitativen und sonstigen medizinischen sowie pflegerischen und sozialen Hilfs- und Unterstützungsangebote einschließlich der Hilfestellung bei der Inanspruchnahme der Leistungen“

zugeschrieben. Für diese Aufgaben braucht es zwingend pflegfachliche Expertise der Pflegefachpersonen nach Pflegeberufegesetz.

3. Die Feststellung von Pflegebedürftigkeit nach § 18 SGB XI muss Pflegefachpersonen vorbehalten sein.

Auch mit dem Pflegeunterstützungs- und entlastungsgesetz (PUEG) ist es weiterhin Ärzt:innen bzw. Kinderärzt:innen erlaubt Pflegebedürftigkeit bei Antragsteller:innen festzustellen (DPR 2023i). Medizinische Gutachter:innen verfügen jedoch nicht über die geeigneten Kompetenzen nach Pflegeberufegesetz, um pflegerische bzw. pflegfachliche Versorgungsbedarfe zu ermitteln. Die erstellten Gutachten nach § 18 SGB XI sind aus berufsrechtlicher Sicht nicht rechtssicher. Hier bedarf es aus Sicht des DPR dringend Änderungen im § 18a Absatz 10 SGB XI (Begutachtungsverfahren) und daraus resultierender Begutachtungsrichtlinien nach § 17 SGB XI (BRi), die durch den Medizinischen Dienst MD-Bund erarbeitet werden.

4. Die Überprüfung der Pflegequalität im Rahmen des § 37c SGB V (Leistungen der außerklinischen Intensivpflege) muss Pflegefachpersonen vorbehalten sein.

Mit der Einführung des § 37c SGB V und dem überarbeiteten Anspruch auf Leistungen der außerklinischen Intensivpflege wird in der Begutachtungsanleitung AKI des Medizinischen Dienst Bund Gutachter:innen die Beurteilung der Sicherstellung einer pflegerischen Versorgung am Leistungsort aus einer sozialmedizinischen Perspektive ermöglicht. Zur Prüfung der Sicherstellung pflegerischer Versorgung und ggf. zur Anregung einer anlassbezogenen Qualitätsprüfung nach § 114 ff. SGB XI bzw. § 275b SGB V bedarf es zwingend einer pflegfachlichen Einschätzung. Der DPR stellt auch hier dringenden Nachregelungsbedarf fest, um den Vorbehaltsaufgaben von Pflegefachpersonen zu entsprechen (DPR 2023j).

Zu 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.“*

Der DPR begrüßt die Erweiterung der Befugnisse von Pflegefachpersonen, Pflegehilfsmittel und Hilfsmittel zu empfehlen. Auf der Grundlage der pflegfachlichen Kompetenz für die Erhebung und Feststellung individueller Unterstützungsbedarfe können Pflegefachpersonen Pflegehilfsmittel und Hilfsmittel verordnen. Dies sollte sich nicht nur auf Folgeverordnungen beziehen, sondern auch eigenverantwortete Erstverordnungen einschließen.

Dazu müssen die vorliegenden Richtlinien zur Empfehlung von Hilfsmitteln und Pflegehilfsmitteln durch Pflegefachkräfte gemäß § 40 Absatz 6 Satz 6 SGB XI an die aktuellen Erfordernisse angepasst werden. Gegenwärtig werden die Empfehlungen für Pflegehilfsmittel nach § 40 Absatz 1 Satz 1 SGB XI auf Produktgruppen 50-54 des Pflegehilfsmittelverzeichnis oder auf doppelfunktionale Hilfsmittel bzw. Pflegehilfsmittel nach § 40 Absatz 5 Satz 1 SGB XI beschränkt. Der DPR spricht sich dafür aus, dass die Richtlinien auf alle pflegerelevanten Hilfsmittel bzw. Pflegehilfsmittel wie z.B. die Produktgruppe 11 (Hilfsmittel gegen Dekubitus), Produktgruppe 15 (Inkontinenzhilfen) sowie Produktgruppe 20 (Lagerungshilfen) ausgeweitet werden.

Des Weiteren führt der Begriff „Empfehlung“ von Pflegehilfsmittel zu Missverständnissen über die Erfordernisse bzw. die Notwendigkeit dieser Unterstützungsmittel für Personen mit nachweisbarem Pflegebedarf und für ihre pflegenden An- und Zugehörigen. Hier empfiehlt der DPR die Begrifflichkeit anzupassen und das Wort „Verordnung“ zu verwenden.

Außerdem merkt der DPR an, dass Hilfsmittel, die nach § 40 SGB XI die pflegerische Versorgung erleichtern und Beschwerden von Menschen mit Pflegebedarf lindern sollen, im Rahmen der Steuerung des Pflegeprozesses und außerhalb eines Beratungsbesuches nach § 37 Absatz 3 SGB XI oder des Begutachtungsverfahrens nach § 18b SGB XI jederzeit und

grundsätzlich im Sinne ihrer Vorbehaltsaufgaben nach § 4 PfIBG von Pflegefachpersonen zu verordnen sein müssen. Diese Vorgehensweise entlastet die pflegerische Versorgung und schont Ressourcen im Sinne des Klimaschutzes durch Bürokratieabbau und die Vermeidung unnötiger Wege (DPR 2023i). Dafür sind konkrete Regelungen zu Qualifizierungsanforderungen der Pflegefachperson erforderlich.

Zu 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.“*

Der DPR begrüßt die Absicht, Pflegefachpersonen im Rahmen der direkten pflegerischen Versorgung die Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach § 18 SGB XI zu ermöglichen. Bereits heute verfügen Pflegeeinrichtungen über ein Pflegegradmanagement, das systematisch den Pflegebedarf und den Pflegegrad abgleicht. Vor dem Hintergrund der gesellschaftlichen Entwicklungen durch Demografie und Klimakrise bewertet der DPR das Vorhaben positiv, die regulären Begutachtungsverfahren resilienter und ressourcenschonender an die Situation von Krisen und Personalmangel anzupassen (DPR 2023b). Insbesondere Pflegefachpersonen mit ANP-Qualifikation verfügen über umfassendes Wissen zum Pflegebedarf und können im Rahmen ihrer Vorbehaltsaufgaben den Schweregrad der Beeinträchtigung der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten von Menschen mit Pflegebedarf beurteilen.

Das vorgeschlagene Modellprojekt braucht aus Sicht des DPR mehr Klarheit und eine dezidiertere Darstellung. Kritisch bewertet der DPR außerdem, die an der Entlastung des MD orientierte Zielsetzung und eine längerfristige Erprobung im Rahmen von Modellprojekten. Ziel im Begutachtungsverfahren muss sein, dass Antragsteller:innen zeitnah die ihnen zustehenden Leistungen bei Pflegebedürftigkeit erhalten. Geprüft werden muss grundsätzlich, wie die „Feststellung der Pflegebedürftigkeit“ durch Pflegefachpersonen im Rahmen der pflegerischen Versorgung refinanziert wird und welche qualifikatorischen Voraussetzungen benötigt werden. Der DPR befürwortet, die Prüfung der Möglichkeiten einer Begutachtung durch Pflegefachpersonen im Rahmen des Entlassungsmanagements im Krankenhaus. Hier gilt es ebenfalls, einheitliche Rahmenbedingungen, Verantwortlichkeiten und definierte Qualifikationsniveaus für das Entlassungsmanagement festzulegen. Denkbar wäre darüber hinaus die Einbindung einer Community Health Nurse (CHN) zur Steuerung sektorübergreifender Weiterversorgung.

Zu 4.:

*„Wir schaffen einen pflegegradunabhängigen Anspruch auf Pflegeprozesssteuerung durch Pflegefachpersonen einschließlich eines pflegerischen Erstgesprächs.“*

Pflegeprozesssteuerung ist gemäß § 4 Absatz 2 PfIBG eine grundsätzliche Vorbehaltsaufgabe von Pflegefachpersonen und demnach unabhängig von dem Vorliegen eines Pflegegrades der zu pflegenden Menschen. Der DPR begrüßt die Hervorhebung der Vorbehaltsaufgaben im Rahmen der Organisation und Steuerung des Pflegeprozesses. Die systematische und personenzentrierte Pflegepraxis auf der Grundlage des Pflegeprozesses in Form der Erhebung und Feststellung von Pflegebedarfen, der Organisation des Prozesses und der Analyse, Evaluation und Sicherstellung der Qualität der Pflege darf nicht auf den Anspruch

eines pflegerischen Erstgesprächs reduziert werden. Vielmehr bedarf es einer umfassenden pflegerischen (Eingangs-) Diagnostik. Die pflegerische Anamnese geht weit über ein „Erstgespräch“ hinaus und umfasst neben der Anamnese auch körperliche Untersuchungen, pflegerische Assessments etc. Dabei ist es zukünftig erforderlich, die Pflegeanamnese bundeseinheitlich und sektorenübergreifend auf der Basis eines Klassifikationssystems auf pflegediagnostischer Basis durchzuführen. Dazu müssen Pflegediagnosen zu einem belastbaren Instrument für die Versorgungspraxis pflege- und bezugswissenschaftlich erprobt und weiterentwickelt werden.

Dem Gesamtziel der Vorbehaltsaufgaben, die Pflegequalität und Patientensicherheit zu gewährleisten, kann nur dann Rechnung getragen werden, wenn pflegerische Kompetenz in der gesamten Planung des Versorgungsprozesses zukünftig regelhaft und hinreichend Berücksichtigung findet (Weidner 2021). Zugleich ist zu betonen, dass die Verantwortung für die Gestaltung des Pflegeprozesses auch die Notwendigkeit intra- und interprofessioneller Kooperation einschließt, die der konstruktiven Diskussion innerhalb der Berufsgruppen in der Pflege und mit anderen an der Versorgung beteiligten Berufsgruppen bedarf (Büscher et al. 2023a, S. 21). Auch an dieser Stelle weist der DPR wiederholt darauf hin, dass diese Kompetenzanerkennungen und -erweiterungen im Leistungsrecht sowie im Leistungserbringungsrecht (SGB V und SGB XI) Anwendung finden müssen (vgl. Ausführungen zu 1.).

Zu 5.:

*„Die Regelungen der Modellprogramme nach § 63 Abs. 3b und 3c sowie § 64d SGB V werden aufgehoben. An ihrer Stelle werden entsprechend § 14 PfIBG 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.“*

Der DPR begrüßt die Aufhebung der Modellprogramme nach § 63 Absatz 3b und 3c sowie § 64d SGB V. Der DPR betont, dass die mit der Möglichkeit zur Wahrnehmung erweiterter Versorgungsaufgaben verbundenen Qualifikationsanforderungen an Pflegefachpersonen sich zukünftig an internationalen Standards orientieren müssen. Hierbei sind alle gesetzlichen Regelungen in Bezug auf die erweiterten Aufgaben strukturell mit in den Blick zu nehmen. Eine gleichzeitige Aufrechterhaltung bzw. Wiedereinführung des Arztvorbehalts, der ärztlichen Delegation und Einflussnahme (wie bspw. über den Rahmenvertrag § 64d SGB V, die G-BA-Richtlinien, die DKG-Empfehlungen oder die HKP-Richtlinie etc.) sind unmissverständlich und endgültig auszuschließen. Dafür müssen alle relevanten gesetzlichen und untergesetzlichen Normen und Regelungen entsprechend angepasst werden.

Es gilt auch hier, pflegeberufliche Zielpositionen und Kompetenzprofile, an internationalen Standards orientiert, entlang der relevanten Qualifikationsniveaus (DQR/EQR) zu entwickeln und sie systematisch, strukturell wie inhaltlich an differenzierten Anforderungen und an (vorbehaltenen) pflegerischen bzw. pflegefachlichen Tätigkeiten auszurichten sowie deren Delegationsmöglichkeit im gesamten Pflegeprozess zu stärken.

Insbesondere vor dem Hintergrund einer heterogenen Studienlandschaft in Bachelor- und Masterstudiengängen der Pflege in Deutschland und mangelnder bundesweit einheitlicher Standards für Fachweiterbildungen wird ein bundeseinheitliches Pflegebildungskonzept benötigt, indem diese und vergleichbare Qualifizierungen auf Hochschulniveau anzusiedeln sind. Um notwendiges Personal zu qualifizieren, bis ausreichende Bachelorabsolvent:innen qualifiziert sein werden, sollten Übergangsregelungen festlegen, dass beispielsweise für Pflegefachpersonen mit bestehender Expertise und Berufserfahrung sowie Absolvent:innen

von Fachweiterbildungen ggf. nach einer den Modulen entsprechenden Prüfung in Bezug auf Kompetenzniveaus und Befugnisse gleichgestellt werden. Es sollte darüber hinaus eine Umsetzungsperspektive für weitere Module der Fachkommission in Aussicht gestellt werden und die Bandbreite der Module um zentrale Themen der psychosozialen pflegerischen Versorgung weiterentwickelt werden.

Zu 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.“*

Die Förderung der Rollenentwicklung für Advanced Practice Nurses (APNs) bewertet der DPR als notwendige und längst überfällige Entwicklung, um die Kompetenzen von Pflegefachpersonen in allen Versorgungssektoren weiter auszubauen. Dies sollte entsprechend den Kriterien des International Council of Nurses (2020) erfolgen, die APNs nach Clinical Nurse Specialist und Nurse Practitioner differenziert. Der Erwerb erweiterter pflegerischer Kompetenzen muss zur Etablierung wirkungsvoller Skill-Grade-Mixes mit definierten Aufgabenprofilen führen und APNs, wie z.B. CHNs mit eigenständigen Befugnissen sinnvoll in die Pflegepraxis einmünden lassen. Ziel sollte es sein, die heilkundlichen Befugnisse zu stärken und perspektivisch auszubauen. In diesem schrittweisen Prozess wird es darauf ankommen, interprofessionelle Abstimmungen zu fördern, statt Fremdbestimmungen von und Abgrenzungen zu ärztlichen Heilberufen zu verstetigen. Damit verbunden sind notwendige berufsständische Regelungen wie bundeseinheitliche Ausbildungsanforderungen in Anlehnung an die „ICN Guidelines on Advanced Practice Nursing (2020)“. Die eigenständige Ausübung von Heilkunde in ärztlich oder pflegefachgeleiteten Einrichtungen bedarf zwingend einer Überarbeitung der Regelungen im Berufsrecht sowie im Leistungsrecht und Leistungserbringungsrecht, da sich die Heilkunde auf die Disziplin der Pflegefachpersonen beziehen muss.

Neben dem skizzierten außerklinischen Rollenmodell der CHN zur Stärkung der Public Health, sind auch das Modell der School Nurse sowie APN-Rollen in der ambulanten und stationären Langzeitversorgung und im Krankenhaus auszuformulieren und an internationale Leitlinien anzupassen (bspw. für die Intensivmedizin: EfCCNa –Intensivpflegekompetenzrahmen, 2014). Allgemein bedarf es präziser Kompetenz- und Befugnisbestimmungen zur Heilkundeausübung in definierten klinischen Handlungsfeldern (bspw. Versorgung von Menschen mit chronischen Wunden), spezifischen Indikationsbereichen (bspw. APN/Clinical Nurse Specialist Pädiatrie) und in der Basis- und Routineversorgung (APN/Nurse Practitioner) für die jeweiligen Rollenprofile.

Zu 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.“*

Die explizite Beschreibung weitergehender Befugnisse im Rahmen der Verordnung von häuslicher Krankenpflege, von Hilfsmitteln und ggf. von bestimmten Arzneimitteln für Masterabsolvent:innen gibt Anlass zu vermuten, dass diese Kompetenzen im Umkehrschluss für die nach § 14 PflBG qualifizierten Pflegefachpersonen nicht bestehen sollen. Der DPR

merkt an, dass hier Konkretisierungen in Abhängigkeit von festgelegten Qualifikationsanforderungen erfolgen müssen. Bspw. sollte die Bedarfsermittlung von Pflegehilfsmitteln, Hilfsmitteln und Leistungen der häuslichen Krankenpflege nicht grundsätzlich APN-Master-Abschlüsse von Pflegefachpersonen voraussetzen. Die qualifizierte Pflegefachperson kann im Rahmen der Pflegeprozesssteuerung einschätzen, ob ein bestimmtes Pflegehilfsmittel oder eine Pflegeintervention im Rahmen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V notwendig sind. Hier könnten bürokratische Verwaltungspraktiken konsequent abgebaut werden, um Pflegefachpersonen mit und ohne erweiterte Kompetenzen zur Heilkundeausübung zu ermöglichen, eigenverantwortlich zu handeln (DPR 2023f). Dazu bedarf es der Harmonisierung bundesweiter Richtlinien und Rahmenempfehlungen (Bundesebene) sowie länderspezifischer Rahmenverträge mit Kostenträgern (DPR 2023f). Qualifizierungsanforderungen dürfen nicht vom Verhandlungsgeschick der Vertragspartner:innen abhängen, sondern werden, ausgerichtet an internationalen und europäischen Standards, in einem bundeseinheitlichen Pflegebildungskonzept von der Berufsgruppe selbst festgelegt (DPR 2023f).

Zusätzlich müssen aus Sicht des DPR (erweiterte) pflegerische Kompetenzen für Edukation und Beratung sowie für Aufgaben der Gesundheitsförderung und Prävention stärker in den Fokus gerückt, in den Qualifikationsniveaus ausdifferenziert und in gesetzlichen Rahmenbedingungen Berücksichtigung finden. Die Nationalen Expertenstandards in der Pflege beziehen in erheblichem Maße die Förderung und Erhaltung des gesundheitsbezogenen Selbstmanagements und des Wohlbefindens der Betroffenen als eine pflegerische bzw. pflegfachliche Aufgabe ein. Diese von der Berufsgruppe festgelegten Qualitätskriterien pflegerischer Versorgung müssen sich stärker in Qualifizierungsanforderungen, in den Rahmenbedingungen der Versorgungspraxis und in Leistungs- und Vergütungsvereinbarungen abbilden (DPR 2023f).

Zu 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 primärqualifizierte 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.“*

Die Etablierung eines neuen Berufsbildes in der Pflege verbunden mit verstärkten Bemühungen um eine Erhöhung der Akademisierungsquote für die vom Wissenschaftsrat empfohlene Quote von 20% Akademisierung in den Pflegeberufen (WR 2023) weist auf die Notwendigkeit eines Masterplans Pflegebildung und Pflegewissenschaft hin (DPR, DGP, BDK, BLGS 2023). Im Rahmen eines konkreten Strukturförderprogramms zur Entwicklung der Disziplin Pflegewissenschaft an Hochschulen fordert der DPR den strukturellen Ausbau von personenbezogenen und institutionellen Förderprogrammen für Pflegeforschung und Pflegewissenschaft, die Förderung von Zentren für Forschung, Lehre und Versorgungssteuerung. Pflegewissenschaftliche und pflegepädagogische Promotionsprogramme sind unverzichtbar, um den Kapazitätsausbau von Pflegestudiengängen in Deutschland umzusetzen und die wissenschaftliche Disziplinbildung zu beschleunigen. Analog zum Bachelorstudium (PflIBG Teil 3 und korrespondierender Teil der PflIAPrV) müssen weitere Berufsbilder auf Masterniveau, z.B. CHN, verschiedene APN-Profile wie bspw. Schulgesundheitspflege, Palliativpflege etc. aufgenommen werden. Dabei ist eine transparente Abgrenzung der

Qualifikationsniveaus und Kompetenzen auf den verschiedenen Qualifikationsniveaus im Hinblick auf heilkundliche und weitere pflegerische Befugnisse dringend notwendig.

Fernerhin müssen angemessene Ausstattungen für wissenschaftliches Personal an Hochschulen und Universitäten mit pflegebildenden Studiengängen sowie die Finanzierung von Maßnahmen zur Förderung von Wissenschaftler:innen in allen Phasen der wissenschaftlichen Karriere und auf allen Ebenen der wissenschaftlichen Qualifikation (Bachelor, Master, Promotion, Post-Doc) bereitgestellt werden (WR, 2023). Damit einhergehend müssen angemessene personelle und finanzielle Ressourcen für Lehrveranstaltungs- und Prüfungsformate pflegebezogener Studiengänge durch länderübergreifende Abstimmungen des Kapazitätsrechts in den Gremien der Stiftung für Hochschulzulassung (AZV-KApVO) analog zu den Verfahrensweisen in der Medizin zur Verfügung gestellt werden (DPR, DGP, BDK, BLGS 2023). Für die Etablierung eines „Masterplans Pflegebildung und Pflegewissenschaft“ fordern die Verbände bund-länderübergreifende Aktivitäten zur rechtlichen Normierung durchlässiger Qualifizierungswege und gestufter Kompetenzprofile in der Pflege. Die allgemeine Zuständigkeit dafür sollte dem BMBF und den Wissenschaftsministerien der Länder übertragen werden, um auch für die hochschulische Qualifizierung in der Pflegebildung den Sonderweg zu beenden.

Die erwartete Steigerung der Studierendenzahlen wird zu einem Mehrbedarf an Lehrpersonal an den Hochschulen und an akademisierten Praxisanleiter:innen im Praxisfeld führen. In diesem Zusammenhang muss die Qualifizierung des Lehrpersonals für die praktische Ausbildung bzw. die praktischen Studienanteile angepasst werden. Dies gilt sowohl für die Fachausbildung als auch für das Pflegestudium. Das ausbildende Personal muss eine pflegerische Fachqualifikation mindestens auf dem Niveau der von den jeweiligen Auszubildenden/ Studierenden angestrebten Qualifikation vorweisen. Um hinreichend Personal für Hochschulen und für Träger der praktischen Ausbildung gewinnen zu können, sind ernsthafte Bemühungen für anschlussfähige Qualifizierungsmöglichkeiten in der Pflegebildung notwendig. Der DPR empfiehlt zudem eine Erweiterung des Aufgabenfeldes des BIBB nach § 54 PflBG im Sinne der Erforschung von Studiengangs- und Stellenprofilen in der Pflege, der systematischen Bestandserhebung pflegerischer Studiengänge, der Erhebung des Verbleibs von Absolvent:innen, der Durchführung von Berufsfeldanalysen und der Entwicklung daraus resultierender Empfehlungen für die Ausgestaltung versorgungsbezogener Studiengänge. In Anlehnung an die Fachkommission für die Pflegeausbildung nach § 53 PflBG sollte darüber hinaus eine Fachkommission für das Pflegestudium (BA und MA-Abschlüsse) einberufen werden, der überwiegend (aber nicht ausschließlich) Vertreter:innen von Hochschullehrenden und Mitgliedern pflegewissenschaftlicher Fachgesellschaften/Pflegeverbänden angehören. In Zusammenarbeit mit dem BIBB sollten u.a. empfehlende Musterstudienordnungen, Fachqualifikationsrahmen o.ä. erarbeitet werden. Die Mitglieder sollten eine angemessene Aufwandsentschädigung erhalten.

Ferner ist die erwähnte Qualifizierung im Ausland grundsätzlich zu begrüßen, jedoch muss beachtet werden, dass die Gesundheitssysteme verschieden sind. Dies erfordert die Etablierung von Programmen zur systematischen und schrittweisen Einmündung von Absolvent:innen mit ausländischen Masterabschlüssen in das deutsche Gesundheitsversorgungssystem. Auch bedarf es konkreter und bürokratiearmer Regularien, um die Berufsabschlüsse internationaler Pflegefachpersonen zügig anzuerkennen.

Zu 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.“*



Der DPR befürwortet erweiterte Rollenprofile für Pflegefachpersonen im akutstationären Bereich ausdrücklich. Mit steigender Multimorbidität und Spezifizierung in der klinischen Versorgung sowie bei fehlenden Personalressourcen erhöhen sich Versorgungsbedarfe, die auf ein komplexes System unterschiedlicher länderspezifischer Fort- und Weiterbildungsanforderungen treffen. Dies beeinflusst die vielfältigen Bestrebungen von Kliniken im Einsatz des akademischen Pflegefachpersonals. Ein ressourcenschonender, zielgerichteter und bedarfsorientierter Einsatz des pflegerischen Personals benötigt daher eine intensive Auseinandersetzung mit vorzufindenden Pflegebedarfen und mit der Qualität des beruflichen Bildungswesens der Pflegefachberufe (siehe zu Punkt 5). Auf Basis pflege- und bildungswissenschaftlicher Erkenntnisse braucht es Empfehlungen und einheitliche Konzepte zum Einsatz unterschiedlicher pflegerischer Qualifikationsniveaus mit entsprechenden Kompetenz- und Aufgabenprofilen (DPR 2023k). Der anhaltende Pflegefachpersonalmangel erfordert einen Qualifikationsmix, der hochschulisch ausgebildeten Pflegefachpersonen ermöglicht, Pflegeprozesse wissenschaftsbasiert zu steuern und die Versorgungssicherheit zu gewährleisten. Eine zukunftsgerichtete Versorgungspraxis muss die Ausschöpfung aller möglichen personellen und qualifikatorischen Ressourcen zum Ziel haben, insbesondere bei steigenden Personalbedarfen aller Gesundheitsfachberufe. Dementsprechend gilt es, Voraussetzungen für eine gelingende interprofessionelle Zusammenarbeit inbegriffen einer kompetenzorientierten Aufgabenerfüllung zu etablieren. Hierfür bedarf es unweigerlich einer aufgaben- und tätigkeitsbezogenen Erweiterung des pflegerischen bzw. pflegefachlichen Handlungsrahmens, der im akutstationären Versorgungsprozess verortet ist und von Pflegefachpersonen mit weiterführender akademischer Qualifikation auf Masterniveau übernommen wird. Eine Anpassung prozessualer und organisationaler Strukturen ist dafür genauso erforderlich, wie die interprofessionelle Konzeption dieser Rahmenbedingungen. Somit ist es von großer Wichtigkeit, pflegefachliche Entscheidungsträger in den Prozess der Aushandlungen mit der DKG und v.a. mit den Kliniken einzubeziehen. Die Schaffung eines eigenen pflegerischen bzw. pflegefachlichen Handlungsrahmens mit eigenständigen klinischen Entscheidungsbefugnissen in der Durchführung von Interventionen braucht den Einbezug primärer pflegerischer Aufgaben, wie auch solcher, die bis dato noch nicht in der Verantwortung von Pflegefachpersonen mit entsprechender Qualifikation liegen, jedoch durch diese bereits erbracht werden. Zudem ist anzumerken, dass in geltenden und künftigen Qualitätsrichtlinien des G-BA nicht nur Pflegefachpersonen mit Fachweiterbildung nach DKG-Empfehlung, sondern auch gleichwertig qualifizierte ANP angerechnet werden müssen. Wie bereits ausgeführt wird darauf hingewiesen, dass für alle Settings der pflegerischen bzw. pflegefachlichen Versorgung erweiterte Rollen für Pflegefachpersonen mit weiterführenden Qualifikationsniveaus geschaffen werden müssen, damit auch zukünftig eine hochwertige Versorgung gewährleistet werden kann.

Zu 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.“*

Der DPR begrüßt nachdrücklich, dass die Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen Versorgung im Gesundheitswesen mit der Etablierung einer zentralen berufsständischen Vertretung der beruflich Pflegenden auf Bundesebene unterstützt und gefördert werden soll. Es ist dringend erforderlich, die Pflegeprofession auf Bundesebene weiter zu stärken. Eine

solche Vertretung muss sicher, unabhängig und dauerhaft arbeiten können. Etabliert und politisch ansprechbar muss die berufsständische Vertretung Themen wie Handlungskompetenzen, Bildung, Qualitätssicherung, Leitlinienentwicklung, Versorgungssicherheit und -qualität, Berufsverständnis und Berufsrollen bearbeiten und die Verantwortung übernehmen, die Anliegen der Profession Pflege effektiv auf Bundesebene zu vertreten.

Der Deutsche Pflegerat wird momentan in seiner Arbeit durch das Bundesgesundheitsministerium unterstützt und evaluiert und kann diese Aufgaben bei weiterer Stärkung heute bereits wahrnehmen. Die Politik in den Bundesländern muss jetzt konsequent die Etablierung von -Pflege-kammern unterstützen, um künftig eine stabile Bundespflegekammer zu sichern. Entsprechend der langjährigen Forderung des DPR nach Antrags- und Stimmrechten im G-BA sollte in diesem Gliederungspunkt neben der Prüfung von geeigneten Beteiligungsrechten bei Entscheidungsprozessen, die berufsständische und pflegfachliche Fragen auf Bundesebene betreffen, ein Mitbestimmungsrecht der Profession Pflege im G-BA dringend ergänzt werden.

Zur Weiterentwicklung des Berufsverständnisses und der Berufsrollen empfiehlt der DPR zudem, die Standardberufspositionen in der Pflege zu modernisieren (DPR, DGP, BDK, BLGS 2023). Wir begrüßen die im PflStudStG vorgesehene Ausweitung pflegerischer Kompetenzen in den Ausbildungszielen des Pflegeberufgesetzes. Die Etablierung diversitätssensibler Pflege in der Gesundheitsversorgung verlangt die Hinwendung zu einem erweiterten Verständnis pflegerischer bzw. pflegfachlicher Interaktionen. Dieses Verständnis umfasst mehr als die Fokussierung interkultureller Konzepte auf Verhalten und Wertevorstellungen zugewandelter Menschen aus vermeintlich „fremden“ Kulturen. Vielmehr werden intersektional wirkende Kategorien, wie bspw. Geschlecht, Alter oder gesundheitliche Verfasstheit berücksichtigt (Dominig, 2021). Die Verbände fordern den Gesetzgeber deshalb dazu auf, den Begriff „interkulturelle“ Kompetenz“ (§ 5 Absatz 1 Satz 1 PflBG) mit der Begrifflichkeit „Kompetenz für diversitätssensible Pflege“ im Pflegeberufgesetz zu ersetzen. Darüber hinaus weist der DPR darauf hin, dass transformative Wandlungsprozesse weitere Kompetenzfestlegungen im Pflegeberufgesetz und in Rahmenlehrplänen/Studienordnungen als Bildungsinhalte erfordern, bspw. die Kompetenz für nachhaltige Entwicklung und berufspolitische Kompetenzen. Der DPR empfiehlt die Weiterentwicklung vorhandener Standardberufsbildpositionen für Ausbildungsberufe in der Pflege (BiBB, 2021).

Zu 11.:

*„Das Amt der Pflegebevollmächtigten der Bundesregierung stärken wir durch eine gesetzliche Verankerung.“*

Die gesetzliche Verankerung des Amtes einer hochschulausgebildeten Pflegebevollmächtigten mit beruflicher Erfahrung, analog zu dem in vielen Ländern etablierten „Chief Nursing Officer“ (ICN 2020), begrüßt der DPR ausdrücklich. Das Amt der Pflegebevollmächtigten sollte sich neben der Interessenvertretung von Pflegebedürftigen auch auf die berufliche Pflege nach Pflegeberufgesetz beziehen, um insgesamt dem Ziel einer hohen Qualität und Sicherheit in der pflegerischen Versorgung und für den Gesundheitsschutz der Bevölkerung verpflichtet zu sein.

Zu 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 regelmäßig in Institutionen und Gremien bei der akuten Bewältigung wie bei der Planung und Vorbereitung auf Krisensituationen zu beteiligen (Bundes-, Landes- und regionale Ebene).“*

Der DPR befürwortet die Stärkung der Resilienz und Handlungsfähigkeit sowie die bundesgesetzliche Normierung von Mindeststandards des Gesundheitswesens für Krisensituationen gemäß KriTis-DachG (DPR 2023d). Pandemie und Hochwasserkatastrophen haben in Deutschland eindrücklich gezeigt, dass zuständige Behörden und Organisationen zwingend und zeitnah geeignete Ansprechpartner:innen mit pflegerischer Fachexpertise in Notlagen benötigen (DPR 2023g). Deshalb fordert der DPR dringend die Beteiligung der Pflegeprofession an der Entwicklung der „Nationalen KRITIS-Resilienzstrategie“ (DPR 2023d). Ziel sollte sein, Notaufnahmen und Krankenhäuser zu entlasten und (neue) pflegerische Berufsbilder in ein Gesamtkonzept erforderlicher Reformen für eine sektorenübergreifende Gesundheitsversorgung einzubinden.

Für die Neuausrichtung einer qualitativ hochwertigen Gesundheitsversorgung in Krisensituationen muss ausreichend Personal zur Verfügung gestellt und interprofessionellen Akteur:innen größtmögliche Orientierung und Handlungssicherheit geboten werden (DPR 2023d). Dafür muss pflegerische und pflegewissenschaftliche Expertise auf Bundes- und Länderebene einbezogen und die berufsständische Vertretung der Pflege gestärkt werden (vgl. Ausführungen zu 10.).

Zu 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 Personalanhaltswerte 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.“*

Der DPR befürwortet die Beschleunigung der Umsetzung des Personalbemessungsverfahrens in der Langzeitpflege und begrüßt, dass das BMG Pflegefachpersonen mit Hochschulischer Qualifikation für Verhandlungen bei den Personalanhaltswerten vorsieht, um den steigenden Ansprüchen der Versorgungspraxis gerecht zu werden (Koch 2023). Die bundesweite Umsetzung des Personalbemessungsverfahrens in der Langzeitpflege stockt aktuell, weil Landesrahmenverträge noch nicht flächendeckend abgeschlossen wurden (Koch 2023b, PK NRW 2023). Bereits im Januar 2023 merkte der DPR an, dass in den Rahmenverträgen der Blick auf den Einsatz von Pflegefachpersonen nach QN 4+ mit einer Fachweiterbildung oder einem der Pflegepraxis dienenden Studium ausgeweitet werden muss (DPR 2023e). Eine Kann-Regelung bietet sowohl für Träger als auch für akademisch qualifizierte Pflegefachpersonen wenig Anreize für die zeitnahe Umsetzung. Die stärkere Einbindung akademischer Expertise und damit verbundene Heilkundeausübung in der Langzeitpflege würde Krankenhauseinweisungen vermeidbar und das gesamte Gesundheitssystem entlasten (Bienstein & Bohnet-Joschko 2015).

Der DPR regt an, die hier formulierte Anforderung für die Verhandlungen bei den Personalanhaltswerten von Pflegefachpersonen mit Hochschulischer Qualifikation nicht auf den unkonkreten Begriff „direkter Pflege“ und auf eine Quote im Verhältnis der Arbeitszeit sowie auf eine Kann-Regelung zu verengen. Denn die Steuerung hochkomplexer Pflegeprozesse benötigt (erweiterte) Kompetenzen, die über den Bereich der direkten und verrichtungsbezogenen Pflege von Menschen mit Pflegebedarf hinausgehen.

Gleichzeitig sieht der DPR besorgt auf die aktuelle Situation in der Langzeitpflege. Die hohen Arbeitsbelastungen, der Personalmangel, die Personalfuktuation und die hohen Krankenstände sowie fehlende Erfahrungen mit akademisch qualifizierten Pflegefach-

personen bremsen die erwünschte Weiterentwicklung (Weidner & Schubert, 2022). Um die Kompetenzen zu entfalten und Handlungen an vorhandene Routinen und Regeln anzupassen, benötigen Pflegeeinrichtungen der Langzeitpflege Begleitung und Unterstützung. Der DPR spricht sich für Angebote zur Unterstützung der Rollenfindung und -stärkung wie Coaching, Supervision und Vernetzungsangebote aus, um akademisch qualifizierte Pflegefachpersonen in der Langzeitpflege nachhaltig und erfolgreich einsetzen zu können (Weidner & Schubert 2022, Büscher et al 2023b)

Zu 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.“*

Der Einbezug weiterer Gesundheitsfachberufe in den Personalmix ist grundsätzlich zu begrüßen. Daher befürwortet der DPR eine zusätzliche Bereitstellung von Fachpersonal, wie Ergo-, Logo- oder Physiotherapeut:innen nach § 113c Absatz 2 SGB XI für Pflegeeinrichtungen der Langzeitpflege. Es muss jedoch sichergestellt sein, dass diese Berufsgruppen nicht als Ersatz für Pflegefachpersonen in der Ausübung ihrer Vorbehaltsaufgaben im Rahmen der Steuerung des Pflegeprozesses, sondern ihrem berufsspezifischen Kompetenzprofil entsprechend in der Gesundheitsversorgung eingeplant werden. Damit wird der Stellenwert pflegerischer Vorbehaltsaufgaben gestärkt und Modelle der Delegation (Richtung Pflegefachassistenz) und der kollegialen Kooperation (mit akademisierten bzw. spezifisch qualifizierten Pflegefachpersonen) innerhalb des Pflegeteams gefördert.

Zu 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 PfIBG sowie die Unterstützung von Pflegeeinrichtungen bei einer bezugspflegerisch orientierten, schrittweisen Umsetzung einer kompetenzorientierten Aufgabenverteilung.“*

Die praktische Umsetzung der geltenden Regelungen in den Pflegeeinrichtungen könnte zu Fehlentwicklungen bis hin zu einem Zwangsrahmen in der Tätigkeitsorientierung führen, die so nicht vom Gesetzgeber intendiert waren (Büscher et al. 2023b). Aus diesem Grund begrüßt der DPR die Errichtung einer Koordinierungsstelle zur Begleitung und Umsetzung der geltenden Regelungen nach § 113c SGB XI. Für eine langfristige Bewertung und wissenschaftliche Begleitung der Umsetzung und nötigen Veränderungsbedarfen 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 13.). Hier fordert der DPR die Schaffung eines Instituts für die Personalbemessung in der Pflege (InPeP).

Zu 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.“*

Die PPR 2.0 für Erwachsene, die Kinder-PPR 2.0 und Kinderintensiv-PPR 2.0 gelten als zentrale Instrumente für eine bedarfsgerechte Ermittlung des notwendigen pflegerischen Personals und somit der Verbesserung der Versorgungsqualität im akutstationären Bereich. Dabei sind die Instrumente als lernende Systeme zu verstehen, die gleichsam einer Weiterentwicklung mit den im § 137I SGB V benannten Aspekten bedürfen. Neben der beauftragten Weiterentwicklung ist auch die Bestandsaufnahme und Erprobungsphase eines Personalbemessungsinstrumentes für die Intensivpflege geplant. Um diese Prozesse pflegfachlich zu begleiten, begrüßt der DPR ausdrücklich die Einrichtung einer Geschäftsstelle für die Personalbemessungsverfahren im Krankenhaus. Anschließend an die Einführungsphase bedarf es darüber hinaus einer verstetigten institutionellen Ansprechbarkeit, die sich nicht nur mit den Fragen der Umsetzung und der Ergebnisse der unterschiedlichen Erprobungen auseinandersetzt, sondern auch mit zukünftigen versorgungsbedarfsbezogenen Entwicklungen und mit den dafür notwendigen Personalbedarfen. Neben praxisrelevanten Fragestellungen, die im Rahmen der jetzt anstehenden Einführungsphase durch Fehlen einer zentralen Stelle nicht geregelt werden können, benötigt es auch zukünftig pflegfachliche Empfehlungen, damit die Konvergenzphase gestaltet und Erfüllungsgrade interpretiert werden können. Eine institutionelle Verstetigung mit pflegfachlicher und -wissenschaftlicher Expertise ist somit unweigerlich notwendig. Der DPR fordert bereits langjährig die Schaffung eines Instituts für die Personalbemessung für die Pflege (InPeP) und möchte dies an dieser Stelle, wie im letzten Abschnitt bereits erwähnt, erneut bekräftigen. Solch ein Institut könnte insgesamt für die Personalbemessung der Berufsgruppe Pflege, gleichwohl im akutstationären Bereich sowie in der Langzeitpflege, eine zentrale Rolle für die sich stetig weiterentwickelnde Personalbemessung in der Pflege einnehmen. Insbesondere gilt es der Ermittlung und Ausrichtung des Qualifikationsmixes v.a. in einem sich stärker akademisierenden und von Personalmangel geprägten Berufsbild verstärkt Aufmerksamkeit zu widmen. Pflegefachliche Entscheidungen sollten anschließend auf Basis pflegewissenschaftlicher Erkenntnisse aus der Einführungs- und Umsetzungsphase sowie Weiterentwicklung getroffen werden. Auch hierfür bedarf es Pflegeexpert:innen, die dieser Aufgabe institutionell gestützt nachkommen, sowie vertretend für die jeweiligen Versorgungsbereiche, wie bspw. für die Pädiatrie oder die für die Intensivpflege, sprechen können.

Abschließend ist darauf hinzuweisen, dass auch für die Pflege im Bereich der Psychiatrie ein geeignetes Personalbemessungsinstrument notwendig ist. Die derzeit geltende Qualitätsrichtlinie zur Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik (PPP-RL) ist für die psychiatrische Pflege kein geeignetes Verfahren für eine bedarfsgerechte Personalbemessung.

Zu 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  
Pflegerbevollmächtigten der Bundesregierung.“*

Der DPR begrüßt die Verlängerung der Bereitstellung finanzieller Mittel nach § 8 Absatz 7 SGB XI für das Förderprogramm „Gute Arbeitsbedingungen in der Langzeitpflege“(GAP).

Abschließend ist darauf hinzuweisen, dass das Pflegekompetenzgesetz ausschließlich dem Ziel einer sektorenübergreifenden gesundheitlichen Versorgungssicherung als gesellschaftliche Aufgabe der Daseinsvorsorge in Deutschland dienen muss. Der DPR bietet für das weitere gesetzgeberische Verfahren seine Fachexpertise an und steht beratend zur Verfügung.

Berlin, 18.01.2024

Deutscher Pflegerat e.V. – DPR

Alt- Moabit 91

10559 Berlin

Tel.: + 49 30 / 398 77 303

Fax: + 49 30 / 398 77 304

E-Mail: [info@deutscher-pflegerat.de](mailto:info@deutscher-pflegerat.de)

[www.deutscher-pflegerat.de](http://www.deutscher-pflegerat.de)

## Quellen

- BiBB – Bundesinstitut für Berufsbildung (2021): VIER SIND DIE ZUKUNFT. DIGITALISIERUNG. NACHHALTIGKEIT. RECHT. SICHERHEIT. Die modernisierten Standardberufsbildpositionen anerkannter Ausbildungsberufe. URL: <https://www.bibb.de/dienst/publikationen/de/17281>
- Bienstein C, Bohnet-Joschko S (2015): Innovative Versorgung von akut erkrankten Bewohnern und Bewohnerinnen im Altenheim. Abschlussbericht zum gleichnamigen Forschungsvorhaben, gefördert vom Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen innerhalb des Europäischen Fonds für regionale Entwicklung.
- Büscher, A., Jendrzej, B., Krautz, B., Weiß, T. (2023a): Pflegeprozesse selbstbewusst verantworten. Die Schwester/Der Pfleger 04/2023, S. 18-24
- Büscher, A., Jendrzej, B., Krautz, B., Weiß, T. (2023b): Verantwortung übernehmen. Die Schwester/Der Pfleger 08/2023, S. 20-24
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege-DNQP (2015): Nationaler Expertenstandard „Pflege von Menschen mit chronischen Wunden“. 1. Aktualisierung. Hochschule Osnabrück
- Deutscher Pflegerat (DPR), Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK), Verband der Schwesternschaften vom Deutschen Roten Kreuz (VdS) (2023): Zum Einsatz und der Zusammenarbeit von Community Health Nurses und Gesundheitslotsen in der regional orientierten Versorgung. URL: [http://deutscher-pflegerat.de/wpcontent/uploads/2023/02/20230207\\_Erklaerung\\_DPR\\_DBfK\\_VdS\\_Gesundheitslotse\\_CHN\\_final.pdf](http://deutscher-pflegerat.de/wpcontent/uploads/2023/02/20230207_Erklaerung_DPR_DBfK_VdS_Gesundheitslotse_CHN_final.pdf)
- Deutscher Pflegerat (DPR), Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft e.V. (DGP), Bundesdekanekonferenz Pflegewissenschaft (BDK), Bundesverband Lehrende Gesundheits- und Sozialberufe (BLGS) (2023): 7-Punkte-Positionspapier zur Pflegebildung in Deutschland im Zusammenhang mit dem Gesetzesentwurf für ein Pflegestudiumstärkungsgesetz (PflStudStG). URL: [https://deutscher-pflegerat.de/wp-content/uploads/2023/08/2023\\_08-08\\_Pflegebildung\\_PflStudStG\\_DPR-Verbaende.pdf](https://deutscher-pflegerat.de/wp-content/uploads/2023/08/2023_08-08_Pflegebildung_PflStudStG_DPR-Verbaende.pdf)
- Deutscher Pflegerat e.V. - DPR (2023a): Stellungnahme zur systematischen Prüfung Fortschreibungsbedarf durch den GKV-Spitzenverbands der Produktgruppe 54 „Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel“. URL: [https://deutscher-pflegerat.de/download/2023-12-20\\_dpr\\_gkv\\_stellungnahme\\_zum\\_verbrauch\\_bestimmte\\_pflegehilfsmittel\\_pg\\_54.pdf](https://deutscher-pflegerat.de/download/2023-12-20_dpr_gkv_stellungnahme_zum_verbrauch_bestimmte_pflegehilfsmittel_pg_54.pdf)
- DPR (2023b): Stellungnahme zu Kapitel 3.4 der Richtlinie des Medizinischen Dienstes Bund zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach § 17 SGB XI. URL: [https://deutscher-pflegerat.de/download/dpr\\_md\\_bund\\_stellungnahme\\_kap\\_3.4\\_231117.pdf](https://deutscher-pflegerat.de/download/dpr_md_bund_stellungnahme_kap_3.4_231117.pdf);  
[https://deutscher-pflegerat.de/download/dpr\\_md\\_bund\\_stellungnahme\\_kap\\_3.4\\_auswertungstabelle\\_231117.pdf](https://deutscher-pflegerat.de/download/dpr_md_bund_stellungnahme_kap_3.4_auswertungstabelle_231117.pdf)
- DPR (2023c): Stellungnahme zum Entwurf Änderungsvorschläge auf Grundlage § 1 Nr. 2a des GKV-FinStG zu § 64d SGB V. URL: [https://deutscher-pflegerat.de/download/2023-03-27\\_dpr\\_gkv\\_stellungnahme\\_rahmenvertrag\\_\\_64d\\_sgb\\_5.pdf](https://deutscher-pflegerat.de/download/2023-03-27_dpr_gkv_stellungnahme_rahmenvertrag__64d_sgb_5.pdf)
- DPR (2023d): Stellungnahme zum Referentenentwurf des Bundesministeriums des Innern und für Heimat (BMI) für das Gesetz zur Umsetzung der CER-Richtlinie und zur Stärkung der Resilienz kritischer Anlagen (KRITIS-Dachgesetz – KRITIS-DachG). URL: [https://deutscher-pflegerat.de/download/2023-08-10\\_dpr\\_bmi\\_stena\\_refe\\_kritis\\_dachg.pdf](https://deutscher-pflegerat.de/download/2023-08-10_dpr_bmi_stena_refe_kritis_dachg.pdf)

DPR (2023e): Stellungnahme zur gemeinsamen Empfehlung nach §113c Absatz 4 SGB XI zur Personalmindestausstattung in vollstationäre Pflegeeinrichtungen. URL: [https://deutscher-pflegerat.de/download/2023-02-03\\_dpr\\_gkv\\_stellungnahme\\_umsetzung\\_113c\\_abs.\\_1\\_personalanhaltswerte\\_20230203.pdf](https://deutscher-pflegerat.de/download/2023-02-03_dpr_gkv_stellungnahme_umsetzung_113c_abs._1_personalanhaltswerte_20230203.pdf)

DPR (2023f): Positionspapier: Fachgerechte Wundversorgung durch pflegerische Kompetenzen. URL: [https://deutscher-pflegerat.de/download/230913\\_dpr\\_posi\\_fachgerechte\\_wundversorgung.pdf](https://deutscher-pflegerat.de/download/230913_dpr_posi_fachgerechte_wundversorgung.pdf)

DPR (2023g): Positionspapier: Reformbedarf in der Notfall- und Akutversorgung aus pflegerischer Perspektive. URL: [https://deutscher-pflegerat.de/download/2023-09-13\\_dpr\\_positionspapier-reform-der-notfall-und-akutversorgung.pdf](https://deutscher-pflegerat.de/download/2023-09-13_dpr_positionspapier-reform-der-notfall-und-akutversorgung.pdf)

DPR (2023h): Stellungnahme zur Ergänzung der Pflegeberatungs-Richtlinien nach § 17 SGB XI des GKV-Spitzenverbandes um das Thema „Hitzeschutz in der Pflege“. URL: [https://deutscher-pflegerat.de/download/dpr\\_gkv\\_stellungnahme\\_pflegeberatungs-rl\\_hitzeschutz\\_231201.pdf](https://deutscher-pflegerat.de/download/dpr_gkv_stellungnahme_pflegeberatungs-rl_hitzeschutz_231201.pdf)

DPR (2023i): Stellungnahme zum Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) „Gesetz zur Unterstützung und Entlastung in der Pflege“ (Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz- PUEG). URL: [https://deutscher-pflegerat.de/download/2023-03-06\\_dpr\\_bmg\\_stellungnahme\\_pueg.pdf](https://deutscher-pflegerat.de/download/2023-03-06_dpr_bmg_stellungnahme_pueg.pdf)

DPR (2023j): Stellungnahme zur Richtlinie des Medizinischen Dienstes Bund nach § 283 Absatz 2 Nummer 2 SGB XI (BGA AKI). URL: [https://deutscher-pflegerat.de/download/2023-03-02\\_dpr\\_md\\_stellungnahme\\_bga\\_aki.pdf](https://deutscher-pflegerat.de/download/2023-03-02_dpr_md_stellungnahme_bga_aki.pdf)

DPR (2023k): Expert:innenpapier „Voraussetzungen für das Abbilden des Qualifikationsmixes im Rahmen der PPR 2.0“. URL: [https://deutscher-pflegerat.de/download/expert\\_innenpapier\\_qualifikationsmix\\_20231108.pdf](https://deutscher-pflegerat.de/download/expert_innenpapier_qualifikationsmix_20231108.pdf)

Dominig, D. (2021): Transkulturelle und transkategoriale Kompetenz. Lehrbuch zum Umgang mit Vielfalt, Verschiedenheit und Diversity für Pflege-, Sozial- und Gesundheitsberufe. Göttingen: Hogrefe Verlag

European Federation of Critical Care Nursing Associations (EfCCNa) (2014): Intensivpflegekompetenzrahmen. Deutschsprachige Ausgabe. EfCCNa - Competencies for European Critical Care Nurses German Version. URL: [https://www.efccna.org/images/stories/publication/2014\\_CC\\_Competencies\\_German.pdf](https://www.efccna.org/images/stories/publication/2014_CC_Competencies_German.pdf)

Gemeinsamer Bundesausschuss – G-BA (2023): Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege. URL: [https://www.g-ba.de/downloads/62-492-3275/HKP-RL\\_2021-11-19\\_2022-07-21\\_iK-2023-10-31.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/62-492-3275/HKP-RL_2021-11-19_2022-07-21_iK-2023-10-31.pdf)

International Council of Nurses (2020): ICN Briefing - Government Chief Nursing Officer (GCNO) Positions. URL: <https://www.icn.ch/resources/publications-and-reports/icn-briefing-government-chief-nursing-officer-gcno-positions>

International Council of Nurses (2020): Guidelines on Advanced Practice Nursing. URL: <https://www.icn.ch/resources/publications-and-reports/icn-apn-report-en-web.pdf>

Koch, P. (2023a): Ein Grosse Chance für die Langzeitpflege. Die Schwester/Der Pfleger, 05/2023, S. 14-19

Koch, P. (2023b): Selbstverwaltung bremst Personalbemessung aus. Die Schwester/Der Pfleger, 08/2023, S. 38-39

IGES Institut (2023): Evaluation der Pflegeberatung und der Pflegeberatungsstrukturen gemäß der gesetzlichen Berichtspflicht nach §7a Abs. 9 SGB XI. URL: <https://www.gkv->



spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/beratung\_und\_betreuung/pflegerberatung/20230622\_IGES\_Abschlussbericht\_Evaluation\_Pflegerberatung.pdf

Pflegekammer NRW (2023): Positionspapier zur Personalbemessung in der vollstationären Langzeitpflege NRWs. URL: [https://www.pflegekammer-nrw.de/wp-content/uploads/2023/10/2023-09-25\\_PKNRW\\_Positionspapier-PeBeM.pdf](https://www.pflegekammer-nrw.de/wp-content/uploads/2023/10/2023-09-25_PKNRW_Positionspapier-PeBeM.pdf)

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen-SVR (2023): Resilienz im Gesundheitswesen. Wege zur Bewältigung künftiger Krisen Gutachten 2023. URL: [https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten\\_2023/Gesamtgutachten\\_ePDF\\_Final.pdf](https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten_2023/Gesamtgutachten_ePDF_Final.pdf)

Schaeffer D, Hämel K, Ewers M (2015): Versorgungsmodelle für ländliche und strukturschwache Regionen. Anregungen aus Finnland und Kanada. Beltz Juventa: Weinheim und Basel.

Vereinigung der Pflegenden Bayerns (2023): VdPB-Positionspapier zur Umsetzung von § 113c SGB XI. Neues Personalbemessungssystem PeBeM – Fokus muss sich auf pflegfachliche Aspekte richten. URL: [https://www.vdpb-bayern.de/wp-content/uploads/2023/07/230713\\_Positionspapier\\_Paragraph113c\\_PeBeM.pdf](https://www.vdpb-bayern.de/wp-content/uploads/2023/07/230713_Positionspapier_Paragraph113c_PeBeM.pdf)

Weidner, F. & Schubert, C. (2022): Die erweiterte pflegerische Versorgungspraxis. Abschlussbericht der begleitenden Reflexion zum Förderprogramm „360° Pflege – Qualifikationsmix für Patient: innen- in der Praxis. URL: [https://www.bosch-stiftung.de/sites/default/files/publications/pdf/2022-06/Abschlussbericht\\_360Grad%20Pflege\\_Qualifikationsmix.pdf](https://www.bosch-stiftung.de/sites/default/files/publications/pdf/2022-06/Abschlussbericht_360Grad%20Pflege_Qualifikationsmix.pdf)

Weidner, F. (2021): Vorbehaltsaufgaben in der Praxis. Die Schwester/Der Pfleger 12/2021, S. 20-25

Wissenschaftsrat (2023): Perspektiven für die Weiterentwicklung der Gesundheitsfachberufe: Wissenschaftliche Potenziale für die Gesundheitsversorgung erkennen und nutzen (Drs. 1548-23). URL: <https://doi.org/10.57674/6exf-am35>

*Dieses Dokument wurde erstellt mit Unterstützung folgender Mitgliedsverbände und Arbeitsgruppen des DPR:*

Bundesfachvereinigung leitender Krankenpflegepersonen der Psychiatrie (BFLK)

Bundesverband Lehrende Gesundheits- und Sozialberufe (BLGS)

Deutsche Gesellschaft für Fachkrankenpflege und Funktionsdienste (DGF)

Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK)

Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft (DGP)

Deutscher Hebammenverband (DHV)

Fachkommission Pflegebildung und Pflegewissenschaft

Verband der Pflegedirektorinnen und Pflegedirektoren der Universitätskliniken und Medizinischen Hochschulen Deutschlands (VPU)

Verband der Schwesternschaften vom DRK e.V.