

## Stellungnahme zum Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit:

### Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Pflegekompetenz (Pflegekompetenzgesetz – PKG) mit Stand 03.09.2024

#### Gut gemeint, aber systematisch am Ziel vorbei!

Für das schon lange angekündigte Pflegekompetenzgesetz PKG aus dem Bundesgesundheitsministerium ist nun ein Referentenentwurf erschienen. Das Gesetz soll, wie schon in dem von Minister Lauterbach im Dezember 2023 vorgelegten Eckpunktepapier skizziert, die Eigenständigkeit und Eigenverantwortung der professionellen Pflege stärken und dadurch insgesamt zu einer Professionalisierung der Pflege beitragen. Eine Anerkennung der selbstständigen Erbringung heilkundlicher Aufgaben durch Pflegefachpersonen und deren gesetzliche Verankerung auch im Leistungsrecht ist lange überfällig für eine pflegerische Handlungsautonomie zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung in Deutschland.

Gut gedacht ist aber noch lange nicht gut gemacht. Mit evidenzbasierter und international pflegewissenschaftlich anschlussfähiger Pflegekompetenz hat der Gesetzentwurf nämlich noch nichts zu tun. Ganz grundsätzlich ist zu konstatieren, dass sich der Entwurf nahezu ausschließlich mit dem Teilleistungsgesetz des SGB XI (vornehmlich unterstützende Grundpflegeleistungen der Angehörigen und Altenpflege) befasst und Bezüge zur stationären und ambulanten Fachkrankenpflege und Intensivpflege nach SGB V systematisch nahezu ignoriert oder ausblendet. Damit verfehlt das Gesetz grundsätzlich sein im Namen formuliertes Ziel.

Der eigentliche seit langer Zeit verfolgte Gedankenansatz, nach dem Pflegeberufegesetz PfIBG eine weitergehende Professionalisierung der Pflege – eigentlich müsste man von einer Re-Professionalisierung nach jahrelangem Verfall und gegenläufigen Entwicklungen sprechen – zu schaffen, indem nicht nur in der theoretischen Heranbildung von Kompetenzen in Aus- und Weiterbildung, sondern auch praktisch im Berufs- und Leistungsrecht eigenständige Tätigkeitsbereiche und verantwortungsvolle Aufgaben im multiprofessionellen Zusammenwirken verschiedener Heilberufe neu beschrieben und festgelegt werden sollten, ist richtig und wichtig. Die auch vom Deutschen Pflegerat erwartete Nutzung der Kompetenzen der Pflegefachpersonen, ihre künftige Möglichkeit zu verschreiben und zu verordnen, sowie die Stärkung ihrer Rolle in der Prävention, wenn die Kernaufgaben der beruflich Pflegenden sektorenübergreifend gleichberechtigt im Gesetz verankert werden und sie diese generell ohne Ermächtigung durch andere Heilberufe erbringen dürfen, dürfte mit dieser Fassung des Gesetzentwurfes nicht erreicht werden.

Der Entwurf macht den grundsätzlichen fachlichen Fehler, wiederum auf dem isoliert in Deutschland reduzierten Pflegeverständnis aufzubauen, wonach nicht fachspezifisch zwischen den verschiedenen, in ihren Anforderungen sehr unterschiedlichen Pflegeformen unterschieden wird: im Gesetzentwurf wird nämlich das fachlich stark reduzierte Allgemeinverständnis aufgegriffen, dass „die Pflege“ aus der Grundversorgung von pflegebedürftigen Hochbetagten gemäß SGB XI bestehe, die Unterstützung nach Pflegebedürftigkeit bietet und schon kaum die professionelle Altenpflege beschreibt – ganz geschweige denn eine Berücksichtigung der verantwortungsvollen Handlungsnotwendigkeiten im Leistungsbereich des SGB V, die die professionellen Aus- und Weiterbildungen der Fachkrankenpflege, und der Kinderkrankenpflege sowie der stationären und ambulanten / außerklinischen Intensivpflege umfasst. Es ist ein grundlegender Fehler der deutschen

Gesundheitssozialgesetzgebung, dass sie die professionellen Pflegeberufe weder im SGB V, noch im SGB XI angemessen in ihren Kompetenzen und künftigen Zuständigkeiten angemessen beschreibt – wie dies im Übrigen im internationalen Vergleich selbstverständlich ist. **Es wäre Aufgabe des Pflegekompetenzgesetzes gewesen, Pflegefachberufe per Gesetz in ihren verschiedenen Tätigkeitsfeldern mit Qualifikationsstufen für ihre Aus- und Weiterbildung sowie den entsprechenden Kompetenzzuweisungen im Berufs- und Leistungsrecht zu definieren.**

Die in Deutschland nahezu einzigartige Problematik, die in ihren Anforderungen an Fachkenntnisse und Kompetenzen kaum vergleichbaren Pflegeprofessionen über einen Kamm zu scheren, hat spätestens mit dem Pflegeberufegesetz und der darauf beruhenden generalistischen Ausbildung zu einer Beschleunigung der Deprofessionalisierung vor allem im Bereich der Fachkrankenpflege in Krankenhäusern und der ambulanten Intensivpflege geführt. Der daraus resultierende Mangel tritt nun offensichtlich überall zutage und mit der diskutierten Gesetzinitiative soll die Sicherstellung der gesundheitlichen Versorgung durch eine stärkere Eigenverantwortung der Berufsgruppe der Pflege wiederhergestellt werden. Dazu beschäftigte sich das Eckpunktepapier vom Dezember 2023 mit der Frage, ein eigenständiges professionelles Profil verschiedener Kompetenzstufen für Pflegefachpersonen zu beschreiben, denen in der beruflichen Praxis entsprechend kompetenzorientierte Aufgaben und Zuständigkeiten zugeschrieben werden sollten. Dies findet sich im jetzt vorliegenden Referentenentwurf nicht mehr wieder, sondern die Schwerpunkte weisen stärker in Richtung leistungsrechtlicher Fragen für die Pflegeversicherung mit strukturellen Veränderungen im SGB XI und zu planerischen Fragestellungen, Flexibilisierung von Leistungen oder Stärkung kommunaler Unterstützungen. Die IGBP hatte eine solche Fokusverschiebung weg vom Profil und Berufsbild der Pflegefachkraft bereits in ihrer im März 2024 veröffentlichten Reaktion auf das Eckpunktepapier [Pflegekompetenz | igb-pflege.de](https://www.igb-pflege.de) vorausgesehen: *„Ob in der betrieblichen Praxis [in den Berufsfeld- und Stellenbeschreibungen von Pflegefachpersonen in Krankenhäusern und Pflegediensten] nun eine gesetzliche Regelung zur Pflegekompetenz ex cathedra mit ihren typischen Pauschalierungen dazu einen wirksamen Beitrag leisten kann, ist fraglich. Voraussehbar ist eher, dass es dann weniger um die Professionalisierung und Entwicklung eines Berufsstandes geht, als dass dies zum Vorwand für andere Probleme in der Finanzierung des Gesundheitswesens, planerischer Flexibilisierung o.ä. angesichts weiter schwindender Fachkräfte, immer häufigeren Abteilungsschließungen in Krankenhäusern und gefährlicher Pflege bei Pflegediensten verwendet wird.“*

Diese Akzentverschiebung wirkt im Gesetzentwurf nun dramatisch und hat mit Pflegekompetenz nahezu nichts mehr zu tun. Die Kompetenzfelder von Fachkrankenpflege, Kinderkrankenpflege und klinischer / außerklinischer Intensivpflege mit ihren spezifischen und verantwortungsvollen Kompetenzen kommen in dem Entwurf praktisch nicht vor. **Vielmehr sehen wir hier eine Reform des SGB XI, in der konsequenterweise alle notwendigen Bezüge zu Leistungen, Zuständigkeiten und Kompetenzen professioneller Pflege vor allem im SGB V bzw. auch sektorübergreifend fehlen.**

Es handelt sich dabei um ein systematisches Problem mit § 118a SGB XI, der das SGB XI als Teilleistungsgesetz stärkt, aber keinen Bezug zum SGB V hat. Krankenpflegefachkräfte werden dabei auf die limitierte Grundversorgung im SGB XI reduziert. Als fachlicher Hintergrund ist zur Kenntnis zu nehmen, dass die einzigen Inhalte, die mit wirklicher, international anschlussfähiger und verantwortungsvoller Pflegekompetenz zu tun haben, aus dem Bereich des SGB V kommen. Aber genau diesen Bezug schafft der Entwurf nicht. egebenenfalls sind § 15a SGB V im Kontext des PKG als Krankenhauspflege zu verstehen, aber eine hier notwendige Konkretisierung kommt nicht vor und auch die entscheidende fachliche Frage der Leistungsdefinition nach Kompetenzgraden und ihrer Finanzierung steht aus.

Positiv betrachtet kann § 118a SGB XI als erster Schritt gesehen werden, den Pflegeberuf überhaupt ins Leistungsrecht zu bringen, da er nach dem § 1 PflBG bisher an keiner Stelle des Sozialrechts abgebildet ist. **Allerdings ist seine Einordnung im SGB XI grundfalsch, sondern sie gehört aus pflegefachlicher und pflegewissenschaftlicher Sicht zwingend ins SGB V mit Verweisen auf die sektorübergreifende Zusammenarbeit.**

Für eine ernsthafte und professionelle Kompetenzdefinition bei Pflegeberufen gibt es auch in diesem Gesetz keinerlei Anschlussfähigkeit an das internationale Nursing: Krankenhausversorgung und außerklinische Intensivversorgung (nach SGB V) werden ganz ignoriert wird oder banalisierend als „weitere Einrichtungen“ quasi in das Teilleistungsrecht des SGB XI eingeordnet. Das populäre Missverständnis der falschen

Allgemeinvertretung der Pflegeberufe durch das SGB XI bzw. das vermutlich systematische Ignorieren der Fachpflege im SGB V wird strategisch voraussehbar große Probleme für die Krankenversorgung in Deutschland aufwerfen und es ist klar, dass das SGB XI niemals für die Finanzierung einer tatsächlichen pflegefachlichen Gesamtversorgung stehen wird, sondern bei einer Basisversorgung bleiben wird.

**Zusammenfassend formuliert stehen die beabsichtigten Ziele und der tatsächliche Inhalt des Gesetzes in erheblichem Widerspruch. Der Titel des Gesetzesentwurfes suggeriert etwas anderes, als im Text ausgeführt wird und sich in der Praxis erfüllen wird. Fachlich, wissenschaftlich und strukturell ist es falsch, dass die Institution des Pflegekompetenzgesetzes nicht im SGB V verortet oder zumindest sektorenübergreifend ist. Das Pflegekompetenzgesetz regelt keine Kompetenzen, es werden kein Scope of Practice für die unterschiedlichen Qualifikations- und Kompetenzniveaus oder Aufgabenbereiche oder gesetzlich definierte Skills-Grad-Mixe festgelegt. Dieses sogenannte Pflegekompetenzgesetz nützt den Krankenhäusern und der Krankenhauspflege bzw. der außerklinischen Intensivpflege nicht, da es eine völlig andere Wendung genommen hat, als das Eckpunktepapier hat erwarten lassen.**

### **Vertretung der Pflegeberufe:**

Die in § 10a SGB XI vorgesehene Festschreibung des Amtes des/der Beauftragten der Bundesregierung für die Pflege ist überflüssig, wenn gar schädlich: hierbei handelt es sich um wirkungslose Symbolpolitik, die (wie schon bisher) der Unterstützung und Professionalisierung der Pflegeberufe keinen Nutzen bringen wird. Diese entsprechende Person wird über ein politisches Mandat in diese Position berufen und somit entscheiden über die Berufung in diese Position nicht Kompetenz und Fähigkeit das Berufsfeld fachlich zu überblicken, sondern allein politische Strategien, wodurch die politisch berufene Person dann der Partei- und Koalitionsräson dienen muss und kaum berufspolitisch für Pflegefachberufe eintreten kann. Erfahrungen zeigten, dass sie nicht unabhängig im Sinne einer professionellen Pflege agieren kann, die evidenzbasiert in ALLEN Sektoren und Settings der Pflegefachberufe beruflich tätig und verantwortlich sind.

Neben der Grundsatzkritik ist im Besonderen §118a SGB XI als sehr kritisch zu betrachten, weil eine Vertretung für Pflegeberufe geschaffen werden soll, die damit nur mit dem SGB XI verknüpft ist und das SGB V außen vorlässt. Damit wird mit Versicherungsgeldern aus einem Teilleistungsrecht eine Institution geschaffen, die sektoreneingrenzend lokalisiert ist, aber nur mit dem SGB XI verbunden wird. Dies bestätigt die als toxisch zu beschreibende Verbindung von Pflegefachberufen und SGB XI, auf die eingangs schon hingewiesen wurde. Damit wird es auch unmöglich werden, das SGB XI, was nur ein Teilleistungsrecht und auf Subsidiarität beruhend ist, auf seine Funktion der Beschreibung des Pflegeanspruchs der Klienten zu begrenzen, wodurch die konkrete Gefahr besteht, dass die Krankenkassen sich allein aufgrund dieser Zuordnung zunehmend mit dem Verweis auf „die“ Pflege im SGB XI ihre Leistungspflicht auch für Fach- und Krankenpflege reduzieren werden.

### **Vorbehaltsaufgaben:**

Dringend erforderlich für ein Pflegekompetenzgesetz, das diesen Namen verdient, wäre nämlich die Erarbeitung einer wissenschaftlich fundierten, Entwicklung und Beschreibung pflegerischer Aufgaben (Scope of Practice) mit grundsätzlicher Zuschreibung von passenden Kompetenzen zu Qualifikationsgraden und äquivalenter Leistungs- und Verantwortungszuweisung für die Berufspraxis. Pflegefachkräfte und insbesondere mit Zusatzqualifikationen aus Weiterbildungen haben sehr viel mehr Kenntnisse, Fähigkeiten und Kompetenzen als nur das verrichtungsorientierte Abarbeiten einer Grundpflegerischen Versorgung nach SGB XI. Obendrein kommen dann noch studierte Advanced Practice Nurses APN. Der Gesetzesentwurf erkennt dies mitnichten an bzw. baut ein Kompetenzgefüge darauf auf. Gleichmaßen gibt es keine Entsprechung zu der schon mehrfach auch von der IGBP formulierten Forderung, für den Qualifikationserwerb endlich Empfehlungen für Mindestanforderungen an Weiterbildungen und deren Sicherung kompetenzorientierter Qualifikation festzuschreiben sowie Verfahren zur Anerkennung vergleichbarer (auch beruflicher) Qualifikationen und Erfahrungen zur Ausübung bestimmter Pflegekompetenzen zu entwickeln. Dem Gesetzesentwurf fehlt dazu jegliche inhaltliche Basis bzw. es wird ohne Berücksichtigung von längst vorhandenen Qualifikationsgraden und

einschlägigen Studien auf neu zu beauftragende wissenschaftliche Erarbeitungen verwiesen und nach § 73d sollen Spitzenorganisationen nach § 132a Abs. 1 und die Kassenärztliche Bundesvereinigung unter Beteiligung der Vereinigungen der Träger von stationären Pflegeeinrichtungen einen „Katalog“ erarbeiten lassen. Entlarvend für die mangelnde Wertschätzung der Pflegeberufe und -wissenschaft ist, dass in dieser Kommission Pflegefachlichkeit und Pflegewissenschaft hier offensichtlich nicht vorgesehen sind und somit keine Rolle spielen sollen. Dabei wären dies zentral und weiterhin ist für die Auswahl der Organisationen das Kriterium der Maßgeblichkeit aufgaben- und sachbezogen anzuwenden, so dass z.B. für die Aufgaben nach §§ 8 Abs. 3c SGB XI (neu) und 73d SGB V (neu) zwingend fundierte pflegefachliche und pflegewissenschaftliche Fachkompetenz federführend zu beteiligen ist.

**Für diesen „Katalog“ wird u.a. in § 73d von Vorbehaltsaufgaben gesprochen, der noch auf seine definitorische Ausarbeitung wartet und für den bislang inhaltsleeren Regelkreis des Pflegeprozesses künftig berufsrechtlich den Pflegefachpersonen vorbehaltene Aufgaben auch im Leistungsrecht verankert werden könnte.** Dies ist grundsätzlich zu begrüßen, denn nur eine Leistung, die auch vergütet wird, wird erbracht. Die Fachpflege soll künftig neben pflegerischen und heilkundlichen Aufgaben auch im Bereich der erweiterten heilkundlichen Aufgaben, die bisher Ärzten vorbehalten waren, tätig werden dürfen. Allerdings bleibt zu wiederholen, dass eine Ausgestaltung der Pflegekompetenzen in keiner Weise beschrieben und im Gesetz auch nicht angelegt ist.

Dabei wäre es sinnvoll, dass künftig die Planung der Pflege zu den vorbehaltenen Aufgaben der Pflegefachpersonen gehört und die im Leistungsrecht definierten und bewerteten „Vorbehaltsaufgaben“ als professionsspezifische, analytische Arbeitsmethode zu verstehen sind, die im Sinne von Patientensicherheit ausschließlich in Verantwortung von dafür entsprechend ausgebildetem Fachpersonal mit den erforderlichen Kompetenzen ausgeübt werden dürfen. Jedoch schränkt der Gesetzentwurf sofort wieder ein durch § 73d Abs.4, wonach der Vertragsarzt einer Pflegefachperson, die über die entsprechende Qualifikation verfügt, die selbständige Ausübung der in dem Vertrag nach Absatz 1 vereinbarten erweiterten heilkundlichen Leistungen übertragen kann. **Diese mit Bedingungen verknüpfte Kann-Regelung impliziert die weitere Abhängigkeit des Berufsfeldes ohne jegliche fachliche Definition von eigenständigen Verantwortungsbereichen im multiprofessionellen Zusammenwirken.**

Erkennbar ist eine Einbeziehung der Pflegefachpersonen zur sinnvollen Verantwortungsteilung mit klar definierten und abgegrenzten Kompetenzen und Aufgaben zwischen Medizin und Pflege in den § 15 SGB V nicht vorgesehen: Hier zeigt sich, dass die wesentliche Vorarbeit eines Scope of practice für ein multiprofessionelles Zusammenwirken auch im Bereich des § 15 SGB V bislang nicht erarbeitet wurde und es auch noch keine leistungserbringungsrechtliche Widerspiegelung der Vorbehaltsaufgaben für Krankenhauspflege und ambulante Pflege gibt. **Insofern bleibt der Gesetzentwurf hier auf halber Strecke mit deklaratorischen Formulierungen stehen.**

Hinzu kommt, dass Leistungserbringern und ihren Fachkräften faktisch sogar Kompetenzen entzogen und auf Kommunen oder die GKV übertragen werden sollen. Dies schmälert die fachliche Autonomie erheblich, zumal hinreichend bekannt ist, dass öffentlich-rechtliche Strukturen regelhaft ineffektiver oder gar dysfunktional für eine leistungsgerechte professionelle Entwicklung wirken. Zudem widerspricht die Einrichtung zusätzlicher bürokratischer Stellen dem Ziel der Entbürokratisierung und führt zu weiteren Belastungen.

Auch die Verlängerung der Fristen bei Schiedsstellen begünstigt in erster Linie die Kostenträger und deutet auf eine einseitige Interessenvertretung hin, die er Machtverhältnisse zementiert, als Pflegekompetenzen zu definieren.

Letztlich entscheidend und für die Erfolgsmessung des Pflegekompetenzgesetzes wesentlich wird indes die praktische Umsetzung sein,

1. ob es eine Herauslösung aus dem SGB XI gibt,
2. welchen Bezug es zum Leistungsbereich des SGB V gibt,
3. wie Pflegefachlichkeit nach dem Scope of practice mit mehr Eigenständigkeit und Kompetenzen tatsächlich definiert, festgeschrieben und in der Berufspraxis stationär und ambulant abgebildet wird,

4. wie sich die neuen Vorgaben als Heilberuf mit konkreten Verantwortungszuschreibungen für die verschiedenen Berufsfelder von Pflegefachpersonen in Krankenhäusern, Heimen, Pflegediensten etc. konkret darstellen werden.

Für eine solchermaßen fachliche und konkrete Umsetzung und Evaluation gibt es im Gesetzentwurf keine Anhaltspunkte.

### **Beschreibung der Pflegekompetenzen:**

Vernünftig erscheint also die Grundidee des Gesetzes mit Übertragung konkreter Vorbehaltsaufgaben und Freigabe der Heilkundeausübung für Pflegefachpersonen mit einer konkreten Definition der Qualifikationsstufen und den zugemessenen Kompetenzen, bei der es in dem Gesetzentwurf hätte bleiben sollen. **Genau diese Beschreibung der Pflegekompetenzen fehlt jedoch in dem Gesetzentwurf.** Es sind nicht einmal die verschiedenen Kompetenzniveaus z.B. nach Aus- und Weiterbildung oder Strukturmerkmalen oder Tätigkeitsbereichen definiert.

Beispielsweise werden die Rahmenbedingungen fachlicher Pflege im SGB XI nicht hergestellt und konsequenterweise geraten dann für die anderen Fachpflegebereiche die Expertenstandards zur Makulatur. Hilfskräfte werden im aktuellen Trend derzeit aufgewertet, aber die Fachpflege mit Examen nicht einmal erwähnt. Es ist irrational und entspricht auch nicht dem internationalen Verständnis von Nursing, wenn wie hier angenommen wird, dass nur APN Fachpflege machen, aber die ausgebildeten Nurses oder auf Bachelor-Niveau ausgebildeten Nurses nicht. Diese merkwürdige deutsche Auslegung kann nur damit begründet werden, dass im politischen Kontext geglaubt wird, dass das SGB XI, welche nur ein Teilleitungsrecht ist und zufällig Pflegeversicherung heißt, Pflege bedeuten würde. Dies zementiert eine Zwei-Klassen-Pflege: Einerseits APN-Nurses, die es wenige gibt und deren Profil auch in diesem Gesetzentwurf nicht definiert wird, und andererseits all diejenigen, die offensichtlich für die Grundversorgung zuständig sein sollen und einem „Carework-Verständnis“ anhängen. Hieraus resultiert eine berufspolitisch desaströse Verbindung zwischen der verrichtungsorientierten Versorgung im SGB XI und den Pflegefachberufen im Sinne professioneller Anforderungen und Leistungen des SGB V, die vor allem letzteren berufspolitisch und im internationalen Vergleich nachhaltig schaden wird. Pflegeberufe werden mit Grundpflegeunterstützung verbunden; das SGB XI hat nie Pflegefachlichkeit finanziert, noch gemeint. Bereits jetzt werden ständig die Pflegefachberufe mit Pflegebedarfen nach Pflegebedürftigkeitsbegriff (mit weiter erodierender Leistungsqualität im SGB XI ) verwechselt und somit die maßgebliche Berufsgruppe (im SGB V) praktisch ausradiert. Dies widerspricht jedweden Begriff von Pflegekompetenz und die daraus erkennbar mangelnde Wertschätzung für hochfachliche Pflegekompetenz ist einer der Hauptgründe für die Fluktuation aus dem Beruf und ein Treiber des Fachkräftemangels, der mit dem Gesetzentwurf nicht verbessert werden wird.

Auch die Ideen zur ANP, die in Stellungnahmen der Regierungskommission oder sogar in diversen Eckpunktepapieren kursierten, sind in dem jetzt sogenannten Pflegekompetenzgesetz nicht mehr zu finden; ein eigenes APN-Gesetz ist aber aus pflegewissenschaftlicher und internationaler Sicht nicht nachvollziehbar, weil APN Spezialisierungen der Pflegefachberufe sind. Auch diese Differenzierung macht das Pflegekompetenzgesetz entgegen eigener Zielsetzung nicht. Demgegenüber verweist § 8 Abs. 3 c SGB XI darauf, dass der Spitzenverband Bund der Pflegekassen gemeinsam mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen wissenschaftliche Expertisen zur konkreten Ausgestaltung der Inhalte von pflegerischen und heilkundlichen Leistungen des SGB V und SGB XI fördern will, die durch Pflegefachpersonen gestaffelt nach Qualifikationsniveau nach Maßgabe von § 15a SGB V erbracht werden können. Auch für die schon erwähnten Kataloge nach § 73d ist nicht wirklich nachvollziehbar, warum dazu erst neue wissenschaftliche Expertisen vergeben sollen. Wenn aber solche neuen Arbeitskreise eingerichtet werden sollen, dann ist es unerlässlich für die Erweiterung der Pflegekompetenzen angesichts wachsender Bedeutung von Evidence-based-nursing-Konzepten und Interventionen neben den im Gesetzentwurf genannten Beteiligten auch Pflegekammern und Deutschen Pflegerat DPR sowie zwingend die mit Versorgungsforschung und kompetenzorientierten Bildungskonzepten befassten Pflegefachgesellschaften, Verbände und Institutionen einzubeziehen, z.B.

- Intensivpflegeverband Deutschland IPV,
- Deutsche Krankenhausgesellschaft DKG,

- Deutsche Gesellschaft für Fachkrankenpflege DGF,
- Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften AWMF,
- Expert:innenrat IPAG
- Interdisziplinäre Gesellschaft für Bildung in der Pflege IGBP,
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege DNQP

mit Stimmrecht einzubeziehen, um sicherzustellen, dass keine fach- und sachfremden Interessen bestimmend werden; dafür könnte eine zweite unabhängige Kontrollinstanz eine Lösung sein.

Mit dem im Entwurf angedeuteten Zeitplan ist zu befürchten, dass das Rad bis 2030 gewissermaßen neu erfunden werden und erst wieder neue theoretische Konstrukte ohne Bezug zur Leistungspraxis entstehen werden, obwohl es bereits zahlreiche einschlägige internationale Publikationen dazu gibt. Auch für das deutsche Gesundheitssystem liegen bereits diverse Studien zum Qualifikations- und Kompetenzmix von Pflegefachberufen mit Empfehlungen, wie man sie in der Praxis einsetzen kann, vor (z.B. Robert-Bosch-Stiftung 2018). Es wäre möglich, auf diese und andere einschlägige Vorarbeiten Bezug zu nehmen und nicht langwierig erst Modellprojekte zu verlassen, deren Umsetzung ohne zu erwartende Finanzierung in Frage steht. Es ist zu empfehlen,

- a. die vorliegenden Ideen weiterzuentwickeln,
- b. in die Leistungserbringung zu integrieren und
- c. im Leistungsrecht zu verankern, zu bewerten und zu finanzieren.

Diese Differenzierung wird den Mehrwert pflegefachlicher Leistungen in der Krankenhausversorgung sichtbar machen und gleichzeitig die Professionalisierung der Pflegefachberufe unterstützen (siehe z.B. Broschüre des DBfK zu Advanced Nurse Practice).

Die Probleme ergeben sich ohnehin in den Diskrepanzen zwischen einerseits Theorie und ihrer Ausgestaltung der Aus- und Weiterbildung sowie andererseits der unzureichend differenzierten Übersetzung in Aufgaben- und Stellenbeschreibungen für Pflegefachkräfte (Scope of Practice) in ihren unterschiedlichen Aufgabengebieten: Pflege ist nicht pauschal einfach Pflege, sondern muss inhaltlich und fachlich nach Aufgabengebieten differenziert betrachtet werden – beginnend in der Ausbildung, über Spezialisierungen der Weiterbildung bis in sämtliche Stellenbeschreibungen und Kompetenzzuweisungen in den multiprofessionellen praktischen Berufsfeldern.

Auch hier gilt: selbst, wenn diese Kataloge umfassend erstellt werden, müssen diese Leistungen finanziert werden. Wie dann die pflegefachlichen Leistungen im Krankenhaus und der Außer Klinik finanziert werden sollen, bleibt im Gesetzentwurf unklar. Bei der derzeitigen Kalkulation des Pflegebudgets der Krankenhäuser spielt Pflegefachlichkeit eine untergeordnete Rolle und es ist auch infrage zu stellen, aus welchen Gründen die knappen Versicherungsgelder des SGB XI dafür verwendet werden, die ja eigentlich nur den Pflegegraden und damit der Geld-, Sach- oder Kombileistung dienen sollten und nicht wissenschaftlichen Vergaben.

### Delegationskonzepte:

Ein ebenso aus der SGB XI-Systematik kommendes formalistisches Konstrukt ist die Bestimmung nach § 11 Abs. 1a, dass Einrichtungen Delegationskonzepte zu entwickeln haben. Diese Regulierung ist mit einer Erweiterung des bürokratischen Aufwands durch die Konzeption, Schulung, und Prüfung verbunden, was die Möglichkeiten zur fachlich und sachlich agilen Steuerung des Pflegeprozesses durch Pflegefachpersonen einschränkt und den Pflegeprozess auf formalistische Diskussionen und Vermeidung von Sanktionen zulasten der Zeit für den Patienten reduziert. **Diese weitere Bürokratisierung entspricht fachlich weder den betrieblichen Notwendigkeiten, noch wird es dem für die Pflegeberufe auf verschiedenen Qualifikationsstufen zu profilieren Berufsethos gerecht.** Kompetenzen und Erfahrungen und auch agiler Pflegeeinsatz von unterschiedlich qualifizierten Beschäftigten werden dadurch ohne erkennbaren Mehrwert oder Grund gesetzlich vorgeschrieben und stur hierarchisch und ohne Berücksichtigung weiterer in Pflegeberufen entscheidender Schlüsselkompetenzen geregelt.

## Heilkundaufgaben:

Der Vorschlag der regelhaften Einbeziehung von Pflegefachpersonen zur erweiterten Heilkundausbildung nicht nur auf standardisierte Aufgaben bei der Versorgung von Menschen mit chronischen Wunden, Demenz oder Diabetes mellitus, sondern auch auf weitere Bereiche ausgedehnt, ist zu begrüßen. Auch wurde der Befähigungsrahmen von bisher ausschließlich studierten Pflegekräften grundsätzlich auch auf Pflegefachpersonen mit anderer Aus- und Weiterbildung ausgeweitet.

Für die Umsetzung dieser neuen Vorgabe gibt es in dem Gesetzentwurf jedoch ebenfalls keinen entsprechenden Leistungskatalog. Bei dessen Erarbeitung nach § 73d mit auch hier zwingend zu fordernder Einbeziehung der genannten fachlichen Institutionen bleibt abzuwarten, ob dadurch tatsächlich substantiell neue Aufgaben und qualifizierte Tätigkeitsbereiche für Pflegefachkräfte entstehen werden. § 73d Abs. 3 SGB V des PKG offenbart dann auch, dass sich nicht an internationaler Evidenz oder logischen Ableitung von Scopes of practice orientiert werden soll, sondern erst mal wieder nur evaluiert werden soll. Entlarvend ist die Formulierung „in anderen Versorgungsformen wie Krankenhäuser“, die dazu führen könnte, dass Pflegefachberufe mehr im Krankenhaus arbeiten können, weil die sektorenübergreifende Tätigkeit von Pflegefachberufe vergessen wurde, obwohl ein Großteil der Pflegeberufe dort arbeiten und ausgebildet werden.

Die Möglichkeit der künftigen Verordnung der häuslichen Krankenpflege und entsprechender Hilfsmittelverordnungen nach § 73d ist ein überfälliger Schritt auch zur Entlastung von Ärzten und Vermeidung von Bürokratie. Hierbei besteht allerdings noch Klärungsbedarf aufgrund von welcher Qualifikation und mit welchem Verfahren Hilfsmitteln zu verordnen sind.

Ebenfalls gänzlich offen, ob und wie die Abgrenzung bzw. Abstimmung und potentielle Zusammenarbeit mit den Vorbehaltsaufgaben für Ärzte an dieser Stelle neu ausgelotet werden. Ungeklärt ist nämlich auch die leistungserbringungsrechtliche Umsetzung der Vergütung durch Pflegefachpersonen erbrachten heilkundlichen Tätigkeiten, deren Eigenständigkeit im SGB V nicht vorgesehen und im Entwurf des Pflegekompetenzen Gesetzes nicht berücksichtigt wird. Im Bewertungsausschuss für ärztliche Leistungen sind Pflegekräfte bislang Delegationsadressaten und es gibt hier noch nicht das Pendant zu den Vorschlägen des Pflegekompetenzgesetzes zur eigenständigen Heilkundausbildung; dies ist logischerweise ebenfalls anzupassen.

## Nebenaspekte:

Ein eher ärgerlicher Aspekt ist die Inanspruchnahme des Pflegekompetenzgesetzes für versorgungspolitische Interessen nach § 72 Abs. 1a SGB XI, indem die Rolle von Kommunen gestärkt werden soll: Aufgrund der eklatanten Versorgungsengpässe versucht das Pflegekompetenzgesetz sich auch in einigen Punkten an der strukturellen Entwicklung für die Pflegeversicherung, indem zur Ergänzung und Unterstützung der Angehörigenpflege organisatorische Vorgaben und kommunale Netzwerkstrukturen und leistungsrechtliche Flexibilisierung vorgeschlagen werden. Dies hätte mehr mit Pflegeberatung nach § 7a SGB XI oder Casemanagement nach § 11 SGB V zu tun, ist aber ganz sicher aus fachlicher Sicht im Pflegekompetenzgesetz unpassend:

1. bei der Entscheidung über den Abschluss des Versorgungsvertrags muss dann eine Art „Bedarfsprüfung“ erfolgen, was bedeutet, dass in Regionen, in denen eine bestimmte Anzahl an Pflegeeinrichtungen bestehen, eine Ablehnung des Versorgungsvertrags auf Grundlage der Empfehlungen der Ausschüsse erfolgen kann. Dadurch würde das bisherige Prinzip des im Grundsatz bestehenden Kontrahierungszwangs zumindest eingeschränkt, da nicht mehr jede Einrichtung, die die gesetzlichen Zulassungsvoraussetzungen hierzu erfüllt, auch einen durchsetzbaren Anspruch auf Abschluss eines Versorgungsvertrags hätte. Qualifikation dient dabei höchstens als Vorwand; das einzig erkennbare Ziel hinter dieser Maßnahme ist eine Einschränkung der Versorgungsmöglichkeiten und damit der Kosten.
2. Angesichts der vorhandenen Infrastrukturdefizite werden tatsächlich Meldepflichten von Einrichtungen und Diensten sowie weitere Standard-Absenkungen in vollstationären

Pflegeeinrichtungen und künftig auch ambulanter Versorgung vorgeschlagen. Solche planwirtschaftlichen Vorgaben und ordnungsrechtlichen Instrumente bedeuten für den ohnehin stark angeschlagenen Sektor nicht nur ein unabsehbar mehr zusätzliche Bürokratie, sondern wirken auch kontraproduktiv zu den ursprünglichen Intentionen des Kompetenzstärkungsgesetzes.

3. Eine Flexibilisierung von Leistungen z.B. durch die Übertragbarkeit von Leistungen zur Tagespflege auf Tagesbetreuung wäre dann sinnvoll, wenn auch das persönliche Budget als leistungserbringungsrechtliche Option aufgenommen würde und auch individuelle Pflegearrangements mit selbstorganisierten Pflegepersonen zur Kompensation von Pflegelücken und Infrastrukturdefiziten aus dem Graubereich geholt werden könnten. Allerdings ist das nicht vorgesehen und es werden eher zusätzliche Hürden für dann sozialrechtlich illegale Pflegeformen im individuellen Bereich geschaffen.
4. In die gleiche Richtung einer unbotmäßigen bürokratischen Einmischung in individuelle Pflegearrangements gehen neue Regelungen zu gemeinschaftlichen Wohnformen mit eigenen Qualitätsanforderungen. Dies entmündigt eigenständige zivilgesellschaftliche Lösungen für Angebots- und Infrastrukturdefizite in der Pflege und greift planwirtschaftlich in die vielfach besser funktionierende privatwirtschaftlich organisierte Vielfalt neuer Wohnformen und Pflegearrangements ein. Dahinter ist ein aus dem Leistungsrecht kommendes und auf Einsparungsgründe ausgerichtetes obrigkeitshaftes Qualitätskontrollbedürfnis des Gesetzgebers herauszulesen. Mit der impliziten Forderung, dass möglicherweise künftig jede privat organisierte oder von einem privaten Pflegedienst unterstützend betreute Wohngemeinschaft bzw. andere gemeinschaftliche Wohnformen einen eigenen Versorgungsvertrag benötigen würde, wäre die Verhandlungsasymmetrie zulasten von Patienten und unterstützenden Pflegediensten ganz auf Seiten der Kostenträger. Privat geführte und ambulant betreute Wohngemeinschaften oder selbstorganisierte Pflegearrangements in Hausgemeinschaften, wie sie in Deutschland zur selbstbestimmten und finanzierbaren Lösung für den Pflegemangel sehr beliebt sind, würden damit rechtlich praktisch abgeschafft, wenn sie ausschließlich von ambulanten Diensten verantwortet werden sollen. Solche Vorschläge sind nicht nur innovationsfeindlich und unterwerfen private bzw. individuelle Lösungskompetenz einer staatlich reglementierten faktischen Misswirtschaft, sondern sie sind Eingriffe in den Privatbereich der Patienten und vermutlich auch mit landessozialrechtlichen Regelungen nicht vereinbar. Der einzige Grund, weshalb solche Vorschläge im Pflegekompetenzgesetz erscheinen, kann nur darin gesehen werden, dass über den Vorwand einer Qualifikationsprüfung solche zivilgesellschaftlichen Wohn- und Pflegeformen künftig regulatorisch verhindert werden sollen.

Der gesamte Bereich von Vorschlägen „Stärkung der Rolle der Kommunen“ hat mit Kommunalentwicklung oder Versicherungsrecht zu tun, aber fachlich nichts in einem Pflegekompetenzgesetz zu suchen, das eigentlich differenzierte professionelle Berufsbilder mit definierten Scopes of practice und entsprechend leistungsrechtlicher Bewertung festschreiben sollte, und ist demnach hierin ersatzlos zu streichen.

**Fazit: das im Entwurf vorliegende Pflegekompetenzgesetz ist mit einer vernünftigen Idee gestartet, hat sich aber – möglicherweise zu sehr einzelinteressengeleitet – mit der Einbeziehung von sachfremden Regelungen aus dem Vertrags- und Leistungsrecht verheddert. Damit wird es dem eigentlichen Ziel, den Berufsstand im SGB V endlich international anschlussfähig für die Bildung funktionaler multiprofessioneller Teams zu etablieren und dabei praxisnahe wie differenzierte Scopes of practice als Muster von praxisnahen Aufgabenzuweisungen und Stellenbeschreibungen in stationären und ambulanten Gesundheitseinrichtungen vorzugeben, leider nicht gerecht. Bessere Versorgungsformen und mehr Attraktivität des Pflegeberufs werden dadurch noch nicht geschaffen.**

Berlin, 30.09.2024