



Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
21(14)22(12)
gel. VB zur öffent. Anh. am
08.10.2025 - Pflege
06.10.2025

STELLUNGNAHME

des Verbandes der Universitätsklinika
Deutschlands (**VUD**)

und des Medizinischen Fakultätenta-
ges (MFT) gemeinsam als Deutsche
Hochschulmedizin (DHM)

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

**zum Entwurf eines Gesetzes zur
Befugniserweiterung und Entbüro-
kratisierung in der Pflege**

Oktober 2025

Forschen. Lehren. Heilen.

Dem Ausschuss ist das vorliegende Dokument
in nicht barrierefreier Form zugeleitet worden.

© Deutsche Hochschulmedizin (DHM), 2025

Kontakt

Verband der Universitätsklinika
Deutschlands e.V. (VUD)
Jens Bussmann
Alt-Moabit 96
10559 Berlin
info@uniklinika.de
www.uniklinika.de
Tel. +49 (0)30 3940517-0

VPU e.V.

Kontakt

Verband der Pflegedirektorinnen und Pflegedirektoren der Universitätskliniken und Medizinischen Hochschulen Deutschlands (VPU) e.V.
Dipl.-Kfm. Torsten Rantzsch, MBA
Vorstandsvorsitzender des VPU e.V.
Alt-Moabit 96
10559 Berlin
info@vpu-online.de
www.vpuonline.de
Tel. +49 (0)30 13895761

Inhalt

I. Vorbemerkung	4
II. Zu den Regelungen im Einzelnen	5
Zu Artikel 1 - Änderung des Elften Buches	
Sozialgesetzbuch (SGB XI)	5
§ 40a Digitale Pflegeanwendungen	5
§ 118a SGB XI Maßgebliche Organisationen der Pflegeberufe auf Bundeebene, Verordnungsermächtigung.....	6
Zu Artikel 3 - Änderung des Fünften Buches	
Sozialgesetzbuch (SGB V)	7
§ 15 SGB V Ärztliche Behandlung, elektronische Gesundheitskarte.....	7
§ 15a SGB V Behandlung durch Pflegefachpersonen, Pflegeprozessverantwortung.....	7
§ 33 SGB V Hilfsmittel.....	9
§ 112a SGB V Eigenverantwortliche Erbringung von Leistungen durch Pflegefachpersonen im Rahmen der Krankenhausbehandlung.....	9
§ 348 SGB V Übertragung von Behandlungen in die elektronische Patientenakte durch zugelassene Krankenhäuser.....	10
Zu Artikel 5 - Änderung des Pflegeberufegesetzes	11
§ 4a PflBG: Eigenverantwortliche Heilkundeausübung	11
III. Weiterer Regelungsbedarf	11

I. Vorbemerkung

Die Deutsche Hochschulmedizin – bestehend aus Universitätsklinika und Medizinischen Fakultäten – sowie der Verband der Pflegedirektorinnen und Pflegedirektoren der Universitätskliniken und Medizinischen Hochschulen Deutschlands (VPU) befürworten das Anliegen des Gesetzentwurfs, die vielfältigen Kompetenzen von Pflegefachpersonen¹ in der Versorgung stärker als bislang zu nutzen.

Die Standorte der Universitätsmedizin haben als professionsübergreifende Arbeitgeber, Träger von fachschulischer und universitärer Ausbildung sowie von Gesundheitsforschung in all ihren Bereichen eine zentrale Rolle bei der Weiterentwicklung der Gesundheitsfachberufe. Diese ist zusammengefasst in einem Impulspapier der Deutschen Hochschulmedizin zur Akademisierung der Gesundheitsfachberufe (https://medizinische-fakultaeten.de/wp-content/uploads/2023/10/Impulspapier_Akademisierung-der-Gesundheitsfachberufe.pdf).

In der folgenden Stellungnahme werden die zentralen Regelungen des Gesetzentwurfs zur Befugnisserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege bewertet. Dabei wird deutlich: In dem Entwurf werden wichtige Anliegen aufgegriffen, dennoch weist er an einigen Stellen Optimierungsbedarf auf.

Ein Übermaß an Bürokratie und Dokumentationspflichten wird in den Krankenhäusern von allen Beteiligten seit Jahren beklagt. Es gilt als zentraler Treiber für ineffiziente Abläufe, Arbeitsunzufriedenheit durch Mehrfacherhebungen und fehlende Zeit für die unmittelbare Patientenversorgung. Angesichts des sich weiter zuspitzenden Fachkräftemangels wird diese Problematik zu einer akuten Gefährdung der Versorgungssicherheit. Zahlreiche Verbände haben mit klaren Zahlen belegt, wie viele Stunden wertvoller Arbeitszeit in den verschiedenen Berufsgruppen in bürokratische Aufgaben gebunden sind. Die fortlaufenden Weiterentwicklungen in Bereichen wie Datenschutz, Patientensicherheit, Qualitätssicherung, Kostenermittlung, Vergütung, Haftungsrecht oder Diskriminierungsschutz haben zwar ihre Berechtigung, sie dürfen aber nicht länger ungebremst in immer neuen Dokumentations- und Meldepflichten münden. Die Erwartung an ein Gesetz zur Entbürokratisierung muss sein, dass es spürbare Freiräume schafft, statt den Status quo zu verwalten. Ohne weitergehende Regelungen bleibt die Entlastung von Pflege, Ärzteschaft und weiteren Gesundheitsfachberufen Stückwerk und die Chance, Zeit für die eigentliche Versorgung der Patientinnen und Patienten zurückzugewinnen, wird vertan.

Die Digitalisierung des Gesundheitswesens und der Pflege kommt in den Krankenhäusern nur schleppend voran. Damit bleibt viel von ihrem dringend benötigten Potenzial ungenutzt, um Versorgung effizienter, qualitativ hochwertiger und patientenzentrierter zu gestalten. Es gilt daher, die Digitalisierung endlich konsequent voranzutreiben und spürbar zu beschleunigen.

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

Entscheidend ist jedoch, dass Digitalisierung nicht mit einem weiteren Anstieg von Dokumentations- und Meldepflichten verwechselt wird. Jede digitale Innovation muss die direkte Patientenversorgung entlasten, nicht zusätzliche bürokratische Hürden schaffen.

Digitale Systeme müssen so gestaltet und eingesetzt werden, dass sie den Anforderungen der Menschen im Gesundheitssystem gerecht werden. Das bedeutet, die digitale Transformation muss für Patientinnen und Patienten, Pflegebedürftige, Ärztinnen und Ärzte sowie Pflegefachpersonen spürbaren Nutzen bringen. Nur so werden Möglichkeiten wie die elektronische Patientenakte (ePA) aktiv genutzt und führen zu einer effizienteren Versorgung. Zu den grundlegenden Voraussetzungen für die Nutzung digitaler Anwendungen zählen Sicherheit und Nutzerfreundlichkeit. Es werden Technologien benötigt, die vertrauensvoll eingesetzt werden können und gleichzeitig niedrigschwellig bedienbar sind. Stets mit dem Ziel, Versorgungsprozesse sektoren- und professionsübergreifend zu vernetzen sowie hochwertige Daten sinnvoll für Versorgung und Forschung nutzbar zu machen.

Die geplante Entwicklung eines Muster-Scope of Practice bietet die Chance, die bislang unscharfen Kompetenzgrenzen zwischen ärztlichen und pflegerischen Tätigkeiten – auch für den Krankenhausbereich klarer zu definieren und international übliche Standards der Rollenbeschreibung einzuführen. Positiv ist die verbindliche Einbindung der Pflegeorganisationen auf Bundesebene. Damit wird erstmals anerkannt, dass die Profession selbst maßgeblich an der Definition ihres Aufgaben- und Kompetenzprofils beteiligt werden muss. Für die Krankenhausversorgung ist entscheidend, dass das Muster-Scope of Practice nicht nur eine Auflistung von Tätigkeiten darstellt, sondern eine systematische Beschreibung pflegerischen Handelns im Kontext von Vorbehaltsaufgaben und heilkundlichen Kompetenzen (abgestuft nach Qualifikationsniveau) beinhaltet. Entscheidend wird sein, die Ergebnisse konsequent in leistungs- und berufsrechtliche Regelungen zu überführen, um im Klinikalltag Wirkung zu entfalten.

II. Zu den Regelungen im Einzelnen

Zu Artikel 1 - Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XI)

§ 40a Digitale Pflegeanwendungen

Sachverhalt:

Pflegebedürftige haben Anspruch auf digitale Pflegeanwendungen, die zur Minderung von Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit beitragen oder deren Verschlimmerung verhindern. Anwendungen müssen von den Pflegebedürftigen oder ihren Betreuern genutzt werden; Ausnahmen gelten für die allgemeine Lebensführung, Arbeitsorganisation, Wissensvermittlung, Informations- oder Beratungsangebote zu Sozialleistungen.

Nur digitale Pflegeanwendungen, die medizintechnik-rechtlich als solche gelten und im Verzeichnis der digitalen Pflegeanwendungen des BfArM aufgeführt sind, zählen.

Digitale Pflegeanwendungen können Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen dabei helfen, ihren pflegerischen Alltag besser zu bewältigen und zu organisieren. Unter den Leistungsanspruch fallen auch digitale Produkte, die zur Bewältigung besonderer pflegerischer Situationen, etwa im Bereich der Erhaltung der Mobilität oder bei Demenz, eingesetzt werden können.

Bewertung:

§ 40a regelt vorrangig den Einsatz digitaler Pflegeanwendungen im ambulanten Bereich, mit teilweiser Übertragung in die Langzeitversorgung, jedoch ohne Bezug zur stationären Versorgung im Krankenhaus. Gerade dort sind digitale Anwendungen im Sinne der Technologisierung jedoch von erheblicher Bedeutung, da sie sowohl präventive als auch unterstützende Versorgungsangebote ermöglichen. Eine Erweiterung und gezielte Förderung solcher Anwendungen im Krankenhaussektor sollte im Rahmen von Modellvorhaben erprobt werden.

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

Sachverhalt:

Organisationen, die auf Bundesebene die Interessen der Pflegeberufe vertreten, sollen bei Aufgaben nach dem Fünften und Elften Buch Sozialgesetzbuch im Rahmen der jeweils vorgesehenen Beteiligungsformen mitwirken. Dabei sind diese Bundesorganisationen angehalten, auch weitere Pflegeorganisationen, insbesondere solche auf Landesebene, in die Beteiligungsprozesse einzubeziehen. Das Bundesministerium für Gesundheit ist ermächtigt, im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Bildung, Familie, Senioren, Frauen und Jugend eine Rechtsverordnung zu erlassen.

Bewertung:

Mit dem Gesetzentwurf einer Verordnung über die Beteiligung der maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene (Pflegeberufebeteiligungsverordnung – PflBerBeteiligungsverordnung) von Anfang September 2025 erfolgt die Vereinheitlichung der Anforderungen an die maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe und die Verfahren für die gesetzlich vorgesehenen Beteiligungen nach dem Fünften und Elften Buch des Sozialgesetzbuchs. Mit der geplanten Verordnung werden die Interessenvertretungen der Pflegeberufe auf Bundesebene gestärkt sowie in Entscheidungsprozesse eingebunden. Vor allem die Benennung des Deutschen Pflegerats (DPR e.V.) als maßgebliche Organisation der Pflegeberufe auf Bundesebene würdigt die langjährige Arbeit und das Engagement aller Beteiligten. Die Finanzierung der maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene muss sichergestellt sein.

Zu Artikel 3 - Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V)

§ 15 SGB V Ärztliche Behandlung, elektronische Gesundheitskarte

Sachverhalt:

Im § 15 SGB V wird im Absatz 1 nach Satz 2 der folgende Satz eingefügt: „Die Pflegeprozessverantwortung im Sinne von § 4 Absatz 1 Satz 1 des Pflegeberufgesetzes ist nicht Teil der ärztlichen oder zahnärztlichen Behandlung.“

Bewertung:

Mit dieser Änderung wird formuliert, dass die Verantwortung für den Pflegeprozess ausschließlich Pflegefachpersonen aus berufsrechtlichen Gründen vorbehalten ist. Dies stärkt die Eigenständigkeit der Pflege und schafft Rechtssicherheit in interprofessionellen Teams. Zudem eröffnet die Regelung die Chance, pflegerische Leistungen künftig auch in der elektronischen Gesundheitskarte sichtbar und eigenständig abzubilden.

§ 15a SGB V Behandlung durch Pflegefachpersonen, Pflegeprozessverantwortung

Sachverhalt:

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

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

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

Bewertung:

Der Entwurf zur Einführung des § 15a SGB V stellt einen bedeutsamen Schritt für die rechtliche Absicherung der pflegerischen Eigenverantwortung im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung dar. Er berücksichtigt sowohl die Pflegeprozessverantwortung nach § 4 Pflegeberufgesetz als auch die Möglichkeit der eigenverantwortlichen Erbringung bestimmter Leistungen der ärztlichen Behandlung durch qualifizierte Pflegefachpersonen. Damit wird die pflegerische Fachlichkeit sozialrechtlich gestärkt und die Überführung bisheriger Modellvorhaben in die Regelversorgung vollzogen.

Positiv hervorzuheben ist, dass der Gesetzgeber explizit festhält, dass es sich nicht um eine Delegation ärztlicher Leistungen handelt, sondern um eine eigenverantwortliche Ausübung heilkundlicher Aufgaben durch Pflegefachpersonen mit entsprechenden Qualifikationen. Die geplante bundeseinheitliche Weiterbildung und Kompetenzfeststellung stärkt die Patientensicherheit und schafft eine transparente Grundlage für die Übernahme spezifischer heilkundlicher Aufgaben. Dabei sollte die Entwicklung von Aufgabenprofilen sowie von Kompetenz- und Qualifikationsstufen orientierten Profilen stets sektorenübergreifend erfolgen. Hierfür ist die Einbindung von Fachexpert:innen aus allen Versorgungsbereichen notwendig, Gleichwohl können abweichende Regelungen für bestimmte Versorgungssektoren in begründeten Fällen zweckmäßig sein, da sie den institutionellen Gegebenheiten und der Komplexität der Versorgung gerecht werden.

Ebenfalls bedeutsam ist die gesetzliche Klarstellung, dass die Pflegeprozessverantwortung untrennbar zur Leistungserbringung gehört und anderen Berufsgruppen nicht übertragen werden kann.

Gleichzeitig zeigen sich jedoch weiterhin strukturelle Grenzen, die einer vollständigen Professionalisierung der Pflege im Sinne eines eigenständigen Heilberufs entgegenstehen. Der Gesetzgeber verwendet weiterhin den Begriff „Leistungen der ärztlichen Behandlung“ und verzichtet bewusst auf eine eigenständige Leistungsdefinition der Pflege im Bereich heilkundlicher Tätigkeiten. Diese Begriffswahl festigt die Systematik des SGB V, in der ärztliche Leistungen normgebend bleiben, und riskiert, die pflegerische Rolle auf ausführende Tätigkeiten zu begrenzen, trotz vorhandener fachlicher Kompetenzen.

Darüber hinaus bleibt die ärztliche Erstverordnung durchgängig Voraussetzung für die pflegerische Leistungserbringung, selbst in Versorgungskontexten wie der chronischen Wundversorgung, der Diabetesversorgung oder bei Patienten mit Demenz in denen qualifizierte Pflegefachpersonen bereits heute über die nötige Expertise verfügen. Die fehlende Differenzierung möglicher Ausnahmefälle erschwert die praxisnahe Umsetzung und bleibt hinter internationalen Entwicklungen wie der Rolle der Advanced Practice Nursing (APN) zurück.

§ 33 SGB V Hilfsmittel

Sachverhalt:

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

Bewertung:

Die Erweiterung des § 33 Absatz 5a SGB V stellt weiterhin eine bedeutende Reform dar, die das Potenzial hat, die Pflegeberufe strukturell zu stärken und das Gesundheitssystem nachhaltig zu entlasten. Mit der neuen Regelung können qualifizierte Pflegefachpersonen bestimmte Hilfsmittel künftig eigenständig verordnen. Damit wird die im neuen § 15a Absatz 1 Nummer 2 SGB V vorgesehene Verordnungskompetenz konsequent umgesetzt und in die Regelversorgung überführt. Die Anpassung schafft Rechtssicherheit, harmonisiert die bisherigen Modellvorhaben nach § 64d SGB V mit der Regelversorgung und ist ein wichtiger Schritt in Richtung Professionalisierung und eigenständiger Verantwortung der Pflege innerhalb des Gesundheitssystems.

§ 112a SGB V Eigenverantwortliche Erbringung von Leistungen durch Pflegefachpersonen im Rahmen der Krankenhausbehandlung

Sachverhalt:

Der neue § 112a im SGB V regelt, dass die Vertragsparteien auf Bundesebene nach § 9 Absatz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes bis zum 31. Juli 2028 in einem Katalog Leistungen der ärztlichen Behandlung zu definieren, die durch Pflegefachpersonen im Krankenhaus eigenverantwortlich erbracht werden können. Zudem sollen Rahmenvorgaben zur interprofessionellen Zusammenarbeit zwischen Pflegefachpersonen und Ärzten im Krankenhaus bei der Erbringung dieser im Katalog definierten Leistungen festgelegt werden. Die Regelung knüpft in ihrer Struktur an den neuen § 73d an, welcher die Vertragsgrundlage für den ambulanten Bereich vorsieht. Die Vertragspartner sollen von Festlegungen des Vertrags nach § 73d abweichen können, wenn Besonderheiten im Krankenhausbereich dies erfordern. Ziel der Regelung ist, dass grundsätzlich unabhängig von dem jeweiligen Tätigkeitsbereich einer Pflegekraft klar ist, welche Qualifikation zur Erbringung welcher Leistung befähigt.

Bewertung:

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

Die Vertragsparteien auf Bundesebene werden dazu verpflichtet, die Möglichkeiten der eigenverantwortlichen Erbringung von Leistungen der ärztlichen Behandlung durch Pflegefachpersonen zu definieren. Die unterschiedlichen Qualifikationsniveaus werden in diesem Prozess berücksichtigt.

Zudem wird begrüßt, dass gleichzeitig in diesem Vertrag Rahmenvorgaben zur interprofessionellen Zusammenarbeit definiert werden und u.a. die maßgeblichen Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene sowie die Bundesärztekammer in diesen Prozess mit einbezogen werden sollen.

Zu begrüßen ist auch, dass der Einsatz von akademisch ausgebildeten Pflegefachpersonen (Bachelor- und Master-Abschluss) im Gesetz anerkannt wird und in die Evaluierung einfließen soll (zu Nummer 21 (§ 112a) Absatz 4) – Gesetzesentwurf). Das stärkt die wissenschaftliche Fundierung der Evaluation und schafft eine Grundlage, pflegewissenschaftliche Erkenntnisse systematisch in die Weiterentwicklung der Krankenhausversorgung einzubinden. Es unterstreicht zudem die Bedeutung von hochschulischer Qualifikation für die Weiterentwicklung des Berufsbildes und für die Qualitätssicherung.

§ 348 SGB V Übertragung von Behandlungen in die elektronische Patientenakte durch zugelassene Krankenhäuser

Sachverhalt:

Der neu hinzugefügte Absatz 6 sieht Ausnahmen zur Befüllung der elektronischen Patientenakte vor, wenn die Übermittlung oder Speicherung in der elektronischen Patientenakte aus erheblichen therapeutischen Gründen oder wegen erheblicher Rechte Dritter abzulehnen ist bzw. wenn gewichtige Anhaltspunkte für eine Gefährdung des Wohls eines Kindes/Jugendlichen bis zur Vollendung des 15. Lebensjahres bestehen und die Befüllung der Akte den Schutz des Kindes/Jugendlichen gefährden würde. Die Gründe für die Ablehnung müssen vom Leistungserbringer nachvollziehbar in der Behandlungsdokumentation protokolliert werden.

Bewertung:

Mit dieser Regelung wird der Tatsache Rechnung getragen, dass in bestimmten Fällen die Kenntnisnahme konkreter Gesundheitsdaten nachteilig für Patientinnen und Patienten oder Dritte sein kann. Zum Schutz der Patientinnen und Patienten werden deshalb Ausnahmen von der Befüllungsverpflichtung der elektronischen Patientenakte geschaffen. Für Krankenhäuser bringt dies Rechtssicherheit und trägt dazu bei, dass Datenschutz nicht in Konflikt mit medizinischer und pflegerischer Verantwortung gerät. Dies ist ebenfalls zu begrüßen.

Zu Artikel 5 - Änderung des Pflegeberufgesetzes

§ 4a PflBG: Eigenverantwortliche Heilkundeausübung

Sachverhalt:

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

Bewertung:

Die Ersetzung der Angabe zu § 4a PflBG ist ein wichtiger Schritt zur Stärkung der Eigenverantwortlichkeit von Pflegefachpersonen und zur rechtlichen Klarstellung ihres heilkundlichen Aufgabenspektrums. Es ist positiv zu bewerten, dass § 4 (Vorbehaltsaufgaben) des PflBG im gesamten Gesetzentwurf konsequent hervorgehoben und substantiell gestärkt wird.

Eine erfolgreiche Umsetzung dieser neuen Befugnisse setzt jedoch voraus, dass die interprofessionelle Zusammenarbeit nicht nur abstrakt gefordert, sondern durch verbindliche Strukturen und standardisierte Prozesse abgesichert wird. Die gesetzliche Begründung verweist zwar auf die Einbindung wissenschaftlicher Expertise nach § 8 Abs. 3c SGB XI zur weiteren Konkretisierung heilkundlicher Aufgaben. Damit dies aber nachhaltig wirkt, muss die Pflegewissenschaft systematisch gefördert und mit der Praxis eng verzahnt werden. Die gezielte Verknüpfung von Ausbildung, Forschung und Praxis ist unerlässlich, um den Anspruch eines eigenständigen pflegerischen Heilberufs zu untermauern und die Qualität der Versorgung nachhaltig zu verbessern.

Bislang wird im Rahmen der akademischen Qualifikation nicht zwischen Bachelor- und Masterabschluss differenziert; beide Abschlüsse werden in den Aufgabenprofilen gleichermaßen aufgeführt. Zukünftig ist jedoch eine klare Unterscheidung erforderlich, wobei für Pflegefachpersonen mit Masterabschluss zusätzliche, erweiterte Aufgaben definiert werden müssen.

III. Weiterer Regelungsbedarf

Interprofessionelle Zusammenarbeit

Die geplanten gesetzlichen Änderungen greifen an mehreren Stellen die Notwendigkeit der interprofessionellen Zusammenarbeit auf, etwa in § 64d (Standards für Zusammenarbeit in Modellvorhaben) und in § 73d (Rahmenvorgaben zur Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Pflegefachpersonen) sowie in § 112a (Eigenverantwortliche Erbringung von Leistungen durch Pflegefachpersonen im Rahmen der Krankenhausbehandlung). Damit ist zwar die interprofessionelle Kooperation gesetzlich verankert, jedoch beschränken sich die Vorgaben auf prozessuale Anforderungen. Es braucht konkrete Handlungsrichtlinien für die praktische Zusammenarbeit (wie Entscheidungsbefugnisse, Abgrenzung von Verantwortlichkeiten, verbindliche Kooperationsstrukturen usw.) insbesondere für die Versorgung von komplexen medizinischen Fällen. Die wirksame Umsetzung der Reform ist demnach davon abhängig, dass die in §§ 64d, 73d und 112a SGB V vorgesehenen Vorgaben zur interprofessionellen Zusammenarbeit

konkret und unter Einbeziehung von Fachexpert:innen aus allen Versorgungsbereichen ausgestaltet werden. Andernfalls droht die neue Kompetenz der Pflege in der Praxis auf eine rein formale Erweiterung reduziert zu bleiben.

Ziel der Reform muss es sein, eine einheitliche Definition und Umsetzung der erweiterten Kompetenzen für Pflegefachpersonen in allen Sektoren zu gewährleisten. Nur so kann eine sektorenübergreifende und interdisziplinäre Zusammenarbeit, unter anderem mit weiteren Gesundheitsfachberufen, nachhaltig sichergestellt werden. Neben der Festlegung von erweiterten Kompetenzen in der Pflege braucht es einheitliche Ausbildungen, einen definierten rechtlichen Rahmen und eine angemessene refinanzierte Vergütung.

Ebenso muss anhand der Kompetenzerweiterung in der Pflege ein bedarfsgerechter Qualifikationsmix entwickelt werden. Zudem muss die Anrechnung im Anwendungsbereich der Personalbemessungsinstrumente überprüft und ebenso die Auswirkung der Umverteilung von bislang ärztlichen Aufgaben auf die nach G-BA Vorgaben oder Leitlinien erforderliche Anzahl der Fachärzte analysiert werden.

Akademisierung

Für die Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen pflegerischen Versorgung sind alle Pflegeberufe und ihre Aufgaben und Befugnisse auf allen Qualifikationsniveaus – von der Pflegefachassistenzperson bis zur Pflegefachperson mit Masterabschluss zu betrachten. Die Ausweitung von Kompetenzen, einhergehend mit dem Auf- und Ausbau akademischer Qualifizierungsmöglichkeiten ist ein Schritt zur Sicherstellung der Versorgung in Zeiten des demografischen Wandels. Neben dem Umsetzen innovativer Versorgungskonzepte sollen die akademisierten Pflegefachpersonen befähigt werden, aus der Berufspraxis heraus neue Forschungsfragen ableiten zu können. Hier übernehmen die deutschen Universitätsklinika gemeinsam mit den Medizinischen Fakultäten aufgrund ihrer Verbindung von Forschung, Lehre und Krankenversorgung eine besondere Funktion.

Daher ist es zwingend notwendig, neben dem Gesetz zur Befugnisserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege in einem weiteren Gesetzgebungsverfahren die Etablierung neuer Berufsbilder zu regeln. Die Entwicklung eines Pflege- und Gesundheitsexperten-Einführungsgesetzes zur bundeseinheitlichen Einführung eines Pflegeberufs auf Masterniveau einschließlich der Regelungen seiner heilkundlichen Befugnisse wurde mit der Vorhabenplanung des BMG angekündigt und wird durch die DHM und den VPU ausdrücklich begrüßt.

Unterzeichnende Verbände

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

Der Verband der Pflegedirektorinnen und Pflegedirektoren der Universitätskliniken und Medizinischen Hochschulen Deutschlands (VPU e.V.) vertritt als Managementverband die Interessen seiner Mitglieder auf fachlicher und berufspolitischer Ebene und setzt sich für die Positionierung und Weiterentwicklung der professionellen Pflege in den Universitätskliniken sowie für einen Dialog mit Politik und Gesellschaft ein. [Verband der Pflegedirektorinnen und Pflegedirektoren der Universitätskliniken und Medizinischen Hochschulen Deutschlands e.V. - Startseite \(vpuonline.de\)](http://www.vpuonline.de)