



Stellungnahme zur Weiterentwicklung pflegespezifischer Qualitätskriterien in den Leistungsgruppen nach § 135e SGB V

Empfehlung des Vorstands der Fachgesellschaft Profession Pflege e.V.

Michael Krug, Dr. Pia Wieteck, Dr. Qiumei Jiang-Siebert; Rene Tauterat

Sept. 2026

Die Weiterentwicklung der Leistungsgruppen sollte Pflege als eigenständigen Qualitätsfaktor berücksichtigen. Hierzu sind pflegebezogene Struktur-, Prozess- und Ergebnismerkmale sowie Anforderungen an Qualifikation, Kompetenz und Verfügbarkeit pflegerischer Expertise systematisch in die Qualitätsarchitektur der Leistungsgruppen zu integrieren.

1. Ausgangslage und Zielsetzung

Mit der Krankenhausreform und der Einführung der Leistungsgruppen gewinnen verbindliche Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität der stationären Versorgung weiter an Bedeutung. Die professionelle Pflege leistet dabei einen eigenständigen Beitrag zu Patientensicherheit, Versorgungskontinuität und Versorgungsqualität.

Pflegebezogene Struktur- und Kompetenzanforderungen sind in den aktuellen Leistungsgruppen bislang nur eingeschränkt berücksichtigt. Relevante pflegebezogene Qualitätsanforderungen werden vor allem über G-BA-Richtlinien, OPS-Strukturmerkmale und die Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung (PpUGV) geregelt. Verstöße gegen diese Regelwerke führen je nach Rechtsgrundlage überwiegend zu Sanktionen oder Vergütungsabschlägen, nicht jedoch unmittelbar zum Verlust einer Leistungsgruppe.

Dadurch besteht das Risiko, dass pflegerische Mindeststandards innerhalb der Leistungsgruppen nicht in gleicher Weise abgesichert werden wie andere Strukturvoraussetzungen. Die Fachgesellschaft empfiehlt deshalb, Pflege als eigenständigen Qualitätsfaktor systematisch in die Leistungsgruppen zu integrieren.

2. Grundposition & Aktivitäten der FG

Die aktuellen Leistungsgruppen orientieren sich überwiegend an medizinischen Strukturmerkmalen wie Facharztverfügbarkeit, technischer Ausstattung und organisatorischen Voraussetzungen. Pflegerische Anforderungen werden dagegen bislang nur begrenzt berücksichtigt, obwohl professionelle Pflege wesentlich zur Versorgungsqualität beiträgt.

Aus Sicht der Fachgesellschaft sollten Leistungsgruppen daher sowohl pflegebezogene Strukturmerkmale als auch pflegefachliche Prozesskriterien umfassen.

2.1 Grundposition Personalvorgaben

Für ausgewählte Leistungsgruppen sollen verbindliche Anforderungen an Pflegepersonalausstattung, Fachweiterbildungen und pflegerische Spezialisierungen aufgenommen werden. Bestehende Qualifikationsanforderungen aus G-BA-Richtlinien und OPS-Regelungen sollen dabei vorrangig genutzt werden. Darüber hinaus sind spezialisierte Pflegefachpersonen in den Leistungsgruppen zu etablieren.

2.2 Grundposition Prozesskriterien

Pflegequalität entsteht nicht allein durch die Verfügbarkeit qualifizierten Personals, sondern durch die fachgerechte Wahrnehmung der Pflegeprozessverantwortung gemäß § 4 PflBG.

Die Fachgesellschaft empfiehlt daher, pflegefachliche Prozess- und Qualitätsindikatoren in die Leistungsgruppen aufzunehmen. Hierzu zählen insbesondere:

- Pflegediagnostik und Erhebung des individuellen Pflegebedarfs
- Pflegeplanung und Pflegeprozesssteuerung
- Evaluation der Pflegeergebnisse
- klinische Beobachtung und Eskalationsprozesse

- Beratung und Schulung
- Entlassungs- und Übergangsmanagement

2.3 Arbeitsgruppe der FG

Seit Februar 2026 beschäftigt sich eine Arbeitsgruppe der Fachgesellschaft mit der Integration pflegebezogener Qualitätsindikatoren in die Leistungsgruppen.

Bisher erfolgten:

- Analyse pflegerelevanter OPS-Kodes und Zuordnung zu Leistungsgruppen
- Literaturanalyse zur Wirkung spezialisierter Pflegefachpersonen auf Versorgungsqualität und Outcomes
- Analyse pflegebezogener Anforderungen in G-BA-Richtlinien
- Austausch mit Fachverbänden sowie Teilnahme am BMG-Fachworkshop vom 03.09.2026

Die Ergebnisse sind in den Anlagen 1 bis 4 dokumentiert.

Anlage 1: Leistungsgruppen mit ergänzten Qualitätsindikatoren Pflege

Anlage 2: Analyse OPS

Anlage 3: Diskussionspapier Specialist Nurse (SN)

Anlage 4: Analyse G-BA-Richtlinien

3. Fragen des BMG an die Fachverbände

Bei einem Fachworkshop am 03.09.2026 zum Thema „**Stärkung der Pflegequalität in der stationären Versorgung**“ beim BMG wurden zum Thema der „Weiterentwicklung der Leistungsgruppen“ den Fachverbänden drei Fragen gestellt, die wir nachfolgend in unserer Stellungnahme beantworten.

3.1 Frage 1: Welche spezifischen Qualifikationen sind als Mindestkriterium besonders sinnvoll?

Aus Sicht der FG sollten für ausgewählte Leistungsgruppen bereits etablierte pflegerische Fachweiterbildungen und Zusatzqualifikationen dort als Mindestkriterium berücksichtigt werden, wo sie aufgrund des Versorgungsrisikos, der Versorgungskomplexität und der erforderlichen pflegerischen Kompetenz fachlich erforderlich sind.

3.1.1 Bestehende Regelungen aus OPS und G-BA nutzen

Für pflegerische Mindestanforderungen sollten bestehende Qualifikationen aus G-BA-Richtlinien und OPS-Regelungen genutzt werden.

Dazu gehören insbesondere:

- Fachweiterbildung Intensivpflege und Anästhesie
- Fachweiterbildung Notfallpflege

- Pädiatrische Intensivpflege
- Onkologische Weiterbildung
- Geriatrische Zusatzqualifikation
- Palliativpflegerische Zusatzqualifikation

Die bestehenden Regelungen enthalten bereits Fachweiterbildungsquoten, schichtbezogene Verfügbarkeitsanforderungen sowie Anforderungen an Leitungsfunktionen. Diese sollten systematisch ausgewertet und harmonisiert werden.

In der **Anlage 1** wurden die entsprechenden Regelungen, die in den Leistungsgruppen relevant sind, zugeordnet. **Eine harmonisierte Überführung der Anforderungen in die Leistungsgruppen ist zu empfehlen. Die FG empfiehlt darüber hinaus zu prüfen, inwieweit pflegewissenschaftliche Kompetenzen stärker berücksichtigt werden sollten.**

3.1.2 Spezialisierte Pflegefachpersonen (specialist Nurse)

Für ausgewählte Leistungsgruppen mit hoher Versorgungs- und Pflegekomplexität sollte der Einsatz spezialisierter Pflegefachpersonen (Specialist Nurses, SN) geprüft werden.

Internationale Studien zeigen positive Effekte unter anderem auf:

- Versorgungsqualität
- Verweildauer
- Komplikationen
- Patientensicherheit
- Selbstmanagement

Die FG empfiehlt daher, evidenzbasierte Modelle spezialisierter Pflegefachpersonen schrittweise als Strukturmerkmal in geeignete Leistungsgruppen zu integrieren.

Details zur Definition der SN, ihrer Rolle sowie zur Zuordnung zu den Leistungsbereichen, die auf Literaturanalysen basieren, sind der **Anlage 3** zu entnehmen.

3.2 Frage 2: In welchen Leistungsgruppen ist eine 24-stündige Verfügbarkeit erforderlich?

Anforderungen an die Verfügbarkeit pflegerischer Fachkompetenz sollten risikoorientiert und leistungsgruppenspezifisch festgelegt werden. Dabei ist zwischen schichtbezogener Präsenz, einer 24-stündigen Fachverfügbarkeit sowie einer regelhaften Fachverfügbarkeit zu differenzieren. Die nachfolgende Übersicht zeigt mögliche Zuordnungen auf Grundlage bereits bestehender gesetzlicher und untergesetzlicher Regelungen. Ziel sollte eine Harmonisierung dieser Anforderungen sowie deren systematische Berücksichtigung in den Leistungsgruppen sein.

3.2.1 Einordnung bestehender Regelungen zur pflegerischen Fachverfügbarkeit

Leistungsgruppe / Versorgungsbereich	Spezifische pflegerische Kompetenz	Einordnung
LG 18 Bauchaortenaneurysma	Fachweiterbildung Intensivpflege und Anästhesie	Bereits verbindlich geregelt: Die QBAA-RL verlangt eine Fachweiterbildungsquote von 30 % und den Einsatz mindestens einer Pflegekraft mit Fachweiterbildung Intensivpflege und Anästhesie in jeder Schicht.
LG 22 Herzchirurgie – Kinder und Jugendliche	Pädiatrische Intensivpflege bzw. pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege	Schichtbezogene Fachkompetenz bereits vorgesehen: Die KiHe-RL sieht eine Fachweiterbildungsquote von mindestens 40 % vor; in jeder Schicht soll mindestens eine entsprechend weitergebildete Pflegefachperson eingesetzt werden.
LG 44 Perinatalzentrum Level 1	Pädiatrische/neonatologische Intensivpflege	Schichtbezogene Fachkompetenz bereits vorgesehen: Fachweiterbildungsquote von mindestens 40 %; zudem soll in jeder Schicht mindestens eine entsprechend weitergebildete Pflegefachperson eingesetzt werden.
LG 45 Perinatalzentrum Level 2	Pädiatrische/neonatologische Intensivpflege	Schichtbezogene Fachkompetenz bereits vorgesehen: Fachweiterbildungsquote von mindestens 30 %; auch hier soll in jeder Schicht mindestens eine entsprechend weitergebildete Pflegefachperson eingesetzt werden.
LG 11 Interventionelle Kardiologie	Notfallpflegerische Kompetenz	Die LG verweist unter anderem auf Anforderungen der

		erweiterten bzw. umfassenden Notfallversorgung. Nach den seit Juni 2026 geltenden Notfallstufen-Regelungen ist ab 1. Januar 2028 dort 24/7 eine Pflegefachperson mit FWB Notfallpflege bzw. in entsprechender Weiterbildungsphase im Bedarfsfall in der ZNA verfügbar zu halten. Die konkrete Zuordnung hängt jedoch davon ab, über welche Alternative die Anforderungen der LG 11 erfüllt werden.
LG 27 Spezielle Traumatologie	Fachweiterbildung Notfallpflege	Die LG setzt die erweiterte Notfallversorgung voraus. Die aktuellen Notfallstufen-Regelungen sehen ab 1. Januar 2028 eine 24/7-Verfügbarkeit einer Pflegefachperson mit FWB Notfallpflege bzw. in Weiterbildungsphase im Bedarfsfall in der ZNA vor.

3.2.2 Intensivmedizin als besonderer Bereich

Für die Leistungsgruppe 64 Intensivmedizin enthält die aktuelle Anlage 1 zu § 135e SGB V weder für die Mindestvoraussetzungen noch für die Qualitätsstufen „Komplex“ und „Hochkomplex“ spezifische Anforderungen an den Anteil fachweitergebildeter Pflegefachpersonen oder an die schichtbezogene Verfügbarkeit intensivpflegerischer Fachkompetenz. Die ausdrücklich normierten personellen Anforderungen beziehen sich bislang überwiegend auf den ärztlichen Bereich.

Gleichzeitig zeigen bestehende indikations- und richtlinienspezifische Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses, dass pflegerische Fachweiterbildungsquoten sowie die schichtbezogene Verfügbarkeit spezialisierter Pflegefachpersonen bereits als etablierte Instrumente der Qualitätssicherung eingesetzt werden. So fordert die QBAA-RL eine Fachweiterbildungsquote von mindestens 30 Prozent sowie den Einsatz mindestens einer Pflegefachperson mit Fachweiterbildung Intensivpflege und Anästhesie pro Schicht. Die MHI-RL sieht ebenfalls Anforderungen an den Anteil fachweitergebildeter Pflegefachpersonen sowie deren schichtbezogene Verfügbarkeit vor.

Vor diesem Hintergrund erscheint es sachgerecht zu prüfen, ob für die Leistungsgruppe 64 Intensivmedizin, insbesondere für die Qualitätsstufen „Komplex“ und „Hochkomplex“, vergleichbare Anforderungen an die pflegerische Fachkompetenz verankert werden sollten.

Hierzu zählen insbesondere Mindestanforderungen an den Anteil fachweitergebildeter Pflegefachpersonen sowie die schichtbezogene Verfügbarkeit von Pflegefachpersonen mit Fachweiterbildung Intensivpflege und Anästhesie oder einer gleichwertigen Qualifikation.

Für intensivmedizinische, pädiatrisch-intensivmedizinische, neonatologische sowie weitere Hochrisikobereiche sollte grundsätzlich geprüft werden, ob Anforderungen an Fachweiterbildungsquoten und die Verfügbarkeit spezifischer pflegerischer Fachkompetenz als qualitätssichernde Strukturmerkmale in den Leistungsgruppen verankert werden sollten.

Leistungsgruppe	Spezifische Qualifikation	Einordnung
LG 64 Intensivmedizin – insbesondere Komplex/Hochkomplex	FWB Intensivpflege und Anästhesie / gleichwertige Qualifikation	Fachgesellschaftlicher Prüfbedarf: Für die LG 64 bestehen derzeit keine leistungsgruppenspezifischen Anforderungen an Fachweiterbildungsquoten oder die schichtbezogene Verfügbarkeit intensivpflegerischer Fachkompetenz. Vor dem Hintergrund bestehender G-BA-Regelungen in anderen Hochrisikobereichen sollte geprüft werden, ob entsprechende Anforderungen auch für die Qualitätsstufen „Komplex“ und „Hochkomplex“ der LG 64 festgelegt werden sollten.

3.2.3 24-stündige Anwesenheit von Pflegefachpersonen

Die Anforderungen der PpUGV sollten weiterhin als pflegerischer Mindeststandard gelten und als Strukturmerkmal der Leistungsgruppen berücksichtigt werden. Eine durchgehende 24-stündige Anwesenheit von Pflegefachpersonen entsprechend den jeweils geltenden Vorgaben der PpUGV sollte für die betroffenen Leistungsgruppen als verbindliche Strukturvoraussetzung festgelegt werden. Die Einhaltung der pflegerischen Mindestbesetzung trägt wesentlich zur Patientensicherheit und Versorgungsqualität bei.

3.3 Frage 3: Welche pflegespezifischen Mindestkriterien würden die Qualität der stationären Versorgung verbessern?

Die strukturierte Erhebung des individuellen Pflegebedarfs, die Übernahme der Pflegeprozessverantwortung sowie die kontinuierliche Evaluation des Pflegeprozesses bilden einen leistungsgruppenübergreifenden pflegefachlichen Kern. Darauf aufbauend sollten weitere Prozesskriterien entsprechend der Patientenpopulation, dem Versorgungsrisiko und der Pflegekomplexität leistungsgruppenspezifisch konkretisiert werden.

So sind beispielsweise in der Intensivmedizin die kontinuierliche klinische Beobachtung, die frühzeitige Erkennung von Zustandsveränderungen sowie definierte Eskalationsprozesse von besonderer Bedeutung. In der Geriatrie und neurologischen Frührehabilitation stehen

insbesondere die aktivierend-therapeutische Pflege, die funktionelle Einschätzung und die Förderung der Selbstständigkeit im Vordergrund. In der Palliativversorgung gewinnen ein strukturiertes Symptomassessments, die psychosoziale Begleitung, die Einbeziehung von Angehörigen sowie die multiprofessionelle Fallsteuerung besondere Bedeutung.

Bereits bestehende OPS-Kodes, Qualitätsanforderungen und Richtlinien enthalten hierfür geeignete Anknüpfungspunkte, beispielsweise zu aktivierend-therapeutischen Pflegekonzepten, multiprofessionellen Fallbesprechungen, individueller Behandlungsplanung und dem Entlassungsmanagement. Diese Anforderungen sollten bei der Weiterentwicklung der Leistungsgruppen aufgegriffen und systematisch harmonisiert werden. Ziel sollte sein, bestehende Strukturen konsequent weiterzuentwickeln und zusätzliche parallele Dokumentations- und Prüfsysteme zu vermeiden.

Die Fachgesellschaft empfiehlt daher, eine allgemeine Anforderung zur Pflegeprozessverantwortung gemäß § 4 PflBG als pflegespezifisches Prozessmerkmal in die Leistungsgruppen aufzunehmen (vgl. Anlage 1). Die konkrete inhaltliche Ausgestaltung pflegerischer Prozesse sollte hingegen weiterhin leistungsgruppenspezifisch über bestehende Regelungssysteme, insbesondere OPS-, ICD- und qualitätssichernde Vorgaben, erfolgen. Hierdurch können pflegfachliche Standards einheitlich weiterentwickelt, standardisierte Pflegedaten besser genutzt und die Übernahme heilkundlicher Tätigkeiten durch Pflegefachpersonen unterstützt werden.

4. Weitere pflegfachliche Entwicklungsfelder

Die nachfolgenden Aspekte gehen über die unmittelbar beantworteten Fragen hinaus und sollen als fachgesellschaftliche Hinweise für die zukünftige Weiterentwicklung der Leistungsgruppen verstanden werden. Sie stellen keine unmittelbaren Empfehlungen für zusätzliche Mindestanforderungen dar, sondern zeigen Entwicklungsbedarfe aus pflegfachlicher Sicht auf.

4.1 Weiterentwicklung der Abbildung komplexer Pflegebedarfe

Die Frage, wie komplexe und besonders ressourcenintensive Pflegebedarfe innerhalb der Krankenhausversorgung sachgerecht abgebildet werden können, bleibt aus Sicht der Fachgesellschaft weiterhin von hoher Relevanz.

Eine Wiederaufnahme des früheren Pflegekomplexmaßnahmen-Scores (PKMS) beziehungsweise des OPS 9-20 wird im Rahmen dieser Stellungnahme nicht vorgeschlagen. Gleichwohl hat die damalige Systematik verdeutlicht, dass eine strukturierte Erfassung hochaufwendiger Pflegebedarfe die Sichtbarkeit besonders vulnerabler Patientengruppen verbessern kann.

Die Fachgesellschaft regt daher an, die zukünftige Abbildung komplexer Pflegebedarfe in einem eigenständigen fachlichen Verfahren weiterzuentwickeln. Hierbei sollten insbesondere pflegeprozessbezogene Ansätze geprüft werden, die an vorhandene Pflegedokumentationen, standardisierte Pflegedaten und bestehende Klassifikationssysteme anschließen.

Die Fachgesellschaft beabsichtigt, diese Fragestellung im Rahmen künftiger Vorschlagsverfahren weiter zu konkretisieren.

4.2 Einsatz spezialisierter Pflegefachpersonen (Specialist Nurses)

Die Fachgesellschaft empfiehlt, die Rolle spezialisierter Pflegefachpersonen (Specialist Nurses) im Rahmen der Weiterentwicklung der Leistungsgruppen stärker zu berücksichtigen.

Internationale Erfahrungen und die verfügbare Evidenz weisen darauf hin, dass der gezielte Einsatz spezialisierter Pflegefachpersonen in definierten Versorgungsbereichen zur Verbesserung von Versorgungsqualität, Patientenergebnissen und Kontinuität der Behandlung beitragen kann.

Die Fachgesellschaft hat Empfehlungen zu Einsatzbereichen, Qualifikationsprofilen und Aufgaben spezialisierter Pflegefachpersonen erarbeitet. **Nähere Ausführungen hierzu finden sich in Anlage 1 und Anlage 3**

4.3 Anschlussfähigkeit an die Weiterentwicklung heilkundlicher Kompetenzen

Mit der Einführung eigenverantwortlicher heilkundlicher Kompetenzen von Pflegefachpersonen durch § 4a PflBG sowie den vorgesehenen Regelungen nach § 112a SGB V entstehen neue Anforderungen an die zukünftige Ausgestaltung stationärer Versorgungsstrukturen.

Aus Sicht der Fachgesellschaft sollten die Leistungsgruppen so ausgestaltet werden, dass sie die Weiterentwicklung pflegerischer Verantwortungsbereiche sowie neue Formen interprofessioneller Zusammenarbeit unterstützen und nicht unbeabsichtigt begrenzen.

Dabei erscheint eine enge Abstimmung von Pflegeprozessverantwortung, Qualifikation, Kompetenzumfang und organisatorischen Rahmenbedingungen erforderlich. Weiterführende Empfehlungen hierzu sind den **Anlagen 1 und 3** zu entnehmen.

Auf Grundlage der bisherigen Analysen sieht die Fachgesellschaft mehrere Ansatzpunkte für die weitere pflegfachliche Ausgestaltung der Leistungsgruppen. Die nachfolgenden Punkte sind nicht als unmittelbar geltende zusätzliche Mindestanforderungen, sondern als fachgesellschaftliche Hinweise für die weitere Prüfung und Entwicklung zu verstehen.

Bei einer möglichen Überführung in verbindliche Qualitätskriterien sollten insbesondere fachliche Notwendigkeit, Evidenz, Operationalisierbarkeit, Umsetzbarkeit und Verhältnismäßigkeit sowie die Anschlussfähigkeit an bestehende Regelungen berücksichtigt werden.

5. Zusammenfassung

Die Fachgesellschaft begrüßt die Weiterentwicklung der Leistungsgruppen und empfiehlt, Pflege als eigenständigen Qualitätsfaktor systematisch in die Leistungsgruppen zu integrieren. Hierfür sollten pflegebezogene Strukturmerkmale, Qualifikationsanforderungen und Prozesskriterien verbindlich berücksichtigt werden.

Für ausgewählte Leistungsgruppen sollten bereits bestehende pflegerische Fachweiterbildungen und Zusatzqualifikationen, die sich in G-BA-Richtlinien und OPS-Strukturmerkmalen bewährt haben, als Mindestanforderungen übernommen werden. Darüber hinaus empfiehlt die Fachgesellschaft, den Einsatz spezialisierter Pflegefachpersonen (Specialist Nurses) in leistungsgruppenspezifisch geeigneten Versorgungsbereichen zu prüfen.

Anforderungen an die Verfügbarkeit pflegerischer Fachkompetenz sollten risikoorientiert und leistungsgruppenspezifisch festgelegt werden. Bestehende Regelungen zu Fachweiterbildungsquoten, schichtbezogener Fachkompetenz und 24/7-Verfügbarkeit sollten harmonisiert und systematisch in die Leistungsgruppen überführt werden. Für die Leistungsgruppe Intensivmedizin besteht aus Sicht der Fachgesellschaft besonderer Prüfbedarf hinsichtlich der Verfügbarkeit intensivpflegerischer Fachkompetenz. Die Vorgaben der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung sollten weiterhin als pflegerischer Mindeststandard gelten.

Zur Sicherung der Versorgungsqualität sollte die Pflegeprozessverantwortung gemäß § 4 PflBG als leistungsgruppenübergreifendes Prozessmerkmal verankert werden. Grundlage hierfür sind die strukturierte Erhebung des individuellen Pflegebedarfs einschließlich pflegfachlicher Einschätzung und Pflegediagnostik, die Planung, Steuerung und Evaluation des Pflegeprozesses sowie leistungsgruppenspezifische Anforderungen beispielsweise an klinische Beobachtung, Eskalationsmanagement, Beratung und Entlassungsmanagement.

Darüber hinaus sieht die Fachgesellschaft Entwicklungsbedarf bei der Abbildung komplexer Pflegebedarfe, der stärkeren Einbindung spezialisierter Pflegefachpersonen sowie der Anschlussfähigkeit der Leistungsgruppen an die Weiterentwicklung heilkundlicher Kompetenzen von Pflegefachpersonen.

Zentrale Empfehlung: Pflege sollte in den Leistungsgruppen künftig sowohl über Qualifikations- und Strukturanforderungen als auch über die Pflegeprozessverantwortung als pflegespezifisches Prozessmerkmal verbindlich abgebildet werden.

Rechtliche Grundlagen und genutzte Quellen

Weitere Literatur zu den SN finden sie in der Anlage 3

Rechtliche Grundlagen

- Sozialgesetzbuch V (SGB V), § 135e – Mindestanforderungen an die Qualität der Krankenhausbehandlung, Verordnungsermächtigung; aktuelle Fassung.
- Sozialgesetzbuch V (SGB V), Anlage 1 zu § 135e – Leistungsgruppen und Qualitätskriterien, Fundstelle: BGBl. 2026 I Nr. 228.
- Pflegeberufegesetz (PflBG), § 4 – Vorbehaltene Aufgaben, Pflegeprozessverantwortung sowie § 4a – Eigenverantwortliche Heilkundenausübung.
- Sozialgesetzbuch V (SGB V), § 15a – Behandlung durch Pflegefachpersonen, Pflegeprozessverantwortung.
- Sozialgesetzbuch V (SGB V), § 112a – Eigenverantwortliche Erbringung von Leistungen durch Pflegefachpersonen im Rahmen der Krankenhausbehandlung.

Ausgewählte wissenschaftliche Literatur

- Fajarini, M. et al. (2025). *Effects of advanced practice nurses on health-care costs, quality of care, and patient well-being: A meta-analysis of randomized controlled trials. International Journal of Nursing Studies*, 162, 104953.
- Brown, T., Cruickshank, S., & Noblet, M. (2021). *Specialist breast care nurses for support of women with breast cancer. Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2(2), CD005634.
- Johnson, M. J. et al. (2024). *Benefits of specialist palliative care by identifying active ingredients of service composition, structure, and delivery model: A systematic review with meta-analysis and meta-regression. PLoS Medicine*, 21(8), e1004436.
- Kumar, A. et al. (2025). *Effects of stroke nurse-led acute stroke management on treatment time benchmarks, intravenous thrombolysis rates, and patient outcomes: A systematic review and meta-analysis. Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*, 34(2), 108216.
- Htay, M., & Whitehead, D. (2021). *The effectiveness of the role of advanced nurse practitioners compared to physician-led or usual care: A systematic review. International Journal of Nursing Studies Advances*, 3, 100034.
- Allsop, S. et al. (2021). *Exploring the roles of advanced practice nurses in the care of patients following fragility hip fracture: A systematic review. Journal of Advanced Nursing*, 77(5), 2166–2184.
- Woo, B. F. Y. et al. (2024). *Practice patterns, role and impact of advanced practice nurses in stroke care: A mixed-methods systematic review. Journal of Clinical Nursing*, 33(4), 1306–1319.
- Rae, P. J. L. et al. (2021). *Outcomes sensitive to critical care nurse staffing levels: A systematic review. Intensive & Critical Care Nursing*, 67, 103110.