

Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit zu einem Gesetz zur Stärkung der Pflegekompetenz (Pflegekompetenzgesetz – PKG)

Der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) bedankt sich für die Möglichkeit der Stellungnahme zum neu aufgelegten Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit zu einem Gesetz zur Stärkung der Pflegekompetenz (Pflegekompetenzgesetz – PKG) vom 23. Juni 2025.

Wir begrüßen außerordentlich, dass das Ministerium das Gesetz zur Stärkung der Pflegekompetenz nach Regierungsbildung und Neubesetzung der Ämter im Bundesministerium für Gesundheit zügig wieder aufgegriffen hat. Dieses Gesetz enthält entscheidende Weichenstellungen, den großen Herausforderungen in der Gesundheits- und Pflegeversorgung zu begegnen.

Für unsere grundsätzliche Position für den Bedarf an einem Gesetz zur Stärkung der Pflegekompetenz und zu dessen Zielsetzung verweisen wir auf unsere ausführliche Stellungnahme zum gleichnamigen Gesetzesentwurf 2024. Auch an der in 2024 formulierten grundsätzlichen, positiven und kritischen Kommentierung halten wir fest¹.

Aus Sicht des DBfK enthält der Entwurf 2025 einige begrüßenswerte Verbesserungen, jedoch auch teils kritisch zu kommentierenden Änderungen:

- Positiv erscheint, dass der neue Gesetzentwurf gestrafft und an etlichen Stellen sprachliche und inhaltliche Präzisierungen erfahren hat.
- Ebenfalls positiv hervorzuheben ist die Berücksichtigung von Pflegefachpersonen mit Berufserfahrung und Kompetenzen aus Fort- und Weiterbildungen.
- Kritisch anzumerken sind vor allem vier wesentliche Aspekte in der angedachten Kompetenzzuschreibung für Pflegefachpersonen:
 - 1) Bei den Präventionsleistungen ist es erneut nur einer Empfehlung (statt Verordnung) durch die Pflegefachperson geblieben;
 - 2) Pflegeberatung ist nicht eindeutig an die Befähigung nach § 1 PflBG gebunden;
 - 3) der Begriff "Leistungen ärztlicher Behandlung" ist nicht zielführend, verlagert die Delegation nur auf eine andere Ebene und zementiert Professionsgrenzen
 - 4) die Erstverordnung wird – trotz festgelegter pflegerischer Vorbehaltsaufgabe – nicht an die fachlich zuständige Profession Pflege übertragen.
- Bedauerlich erscheint die komplette Streichung der 2024 gesetzlichen Verankerung einer Pflegebevollmächtigten. Der DBfK spricht sich nach wie vor aus für eine Beauftragte für Pflege der Bundesregierung nach dem internationalen Vorbild einer Chief Government Nurse.
- Das ist umso bedauerlicher, da das geplante Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz (GVSG) eine deutliche Stärkung der Interessenvertretung der Pflegeberufe vorgesehen hatte. Nichtsdestotrotz begrüßt der DBfK die in Pflegekompetenzgesetz vorgesehen Beteiligung der maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe an diversen Stellen der Gestaltung von Maßgaben, Richtlinien und Modellvorhaben, wenngleich wir uns hier stellenweise eine noch viel deutlichere bzw. zeitigere Beteiligung vorstellen.

¹ https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/Stellungnahmen_WP20/PKG/DBfK_Stellungnahme_Pflegekompetenzgesetz_RefE.pdf

Die großen Anteile an der Weiterentwicklung der Langzeitpflegestrukturen fallen aus unserer Sicht nicht notwendigerweise in ein Gesetz, das auf die Stärkung der Kompetenz der Pflegeberufe abzielt. Dennoch kann auch dazu kritisch-konstruktiv kommentiert werden.

- Positiv sehen wir den Willen, eine regionale Pflegebedarfsplanung sowie regionale Netze aufzubauen. Die Bedarfsplanung sollte so gestaltet sein, dass sie Vergleichbarkeit ermöglicht, aber dennoch Freiräume lässt. Regionale Netze müssen so gestaltet werden, dass sie eine Verknüpfung von informeller und professioneller Pflege beinhalten. Informelle Pflege braucht Unterstützung durch professionelle Pflege, um sicher zu sein und um dauerhaft zu funktionieren. Die Einführung von Community Health Nurses, die gezielt und evidenzbasiert tätig sind, auch, bevor eine Pflegebedürftigkeit einsetzt, ist uns angesichts der demografischen Lage extrem wichtig.
- Positiv sehen wir die in dieser aktualisierten Fassung freiere Gestaltung der Rahmenbedingungen von Wohngemeinschaften und die Flexibilisierung stationärer Einrichtungen mit einer Öffnung zu ambulanter Versorgung und mehr Beteiligung von An- und Zugehörigen. Gleichwohl muss bei diesen Entwicklungen sorgsam darüber nachgedacht werden, wie den damit einhergehenden Risiken des Qualitätsverlusts in der Versorgung und der Deprofessionalisierung des Pflegeberufs begegnet werden kann.

Das Pflegekompetenzgesetz sieht eine Vielzahl an wissenschaftlichen Studien vor und macht keine Vorgaben für eine spezifische Fachlichkeit. Der DBfK fordert die Vergabe von Studien an Institute mit nachweislicher pflegewissenschaftlicher Expertise. Der Gesetzentwurf macht deutlich, wie sehr Pflegewissenschaft benötigt wird – der Wissenschaftsrat empfahl 2023 die Disziplinbildung. Der DBfK fordert den Ausbau der Pflegewissenschaft und kritisiert, dass bisher etliche Studien vergeben worden sind, die die notwendige Expertise des Auftragnehmers vermissen lassen. Die Anwendung pflegetheoretischer Modelle kommt nicht zum Zuge; eine Weiterentwicklung des professionellen Handelns wird damit empfindlich eingeschränkt.

Im Folgenden nimmt der DBfK zu den einzelnen Themen des Gesetzentwurfs Stellung, anschließend zu einzelnen Regelungen. Der DBfK fordert die Überarbeitung bzw. Ausräumung der kritischen Punkte und begleitet diesen Prozess konstruktiv.

Stellungnahme zu einzelnen Regelungen:

ARTIKEL 1, Nummer 2, b § 5 SGB XI, Absatz 1a

Der DBfK begrüßt im Sinne der Kompetenzerweiterung die vorgesehene Regelung, dass Pflegefachpersonen Präventionsempfehlungen abgeben. Dieser Schritt muss noch erweitert werden, denn wenn Prävention „frühestmöglich“ erfolgen und ihrem Präfix entsprechen soll, muss sie vor Eintreten der Pflegebedürftigkeit stattfinden. Der Pflegebedarf, also auch der Bedarf an Leistungen zur Prävention, setzt somit deutlich früher ein und ist durch geeignete Pflegeberatungs- und Primärversorgungsstrukturen sicherzustellen.

Die Primärversorgung wird in Deutschland noch immer über die hausärztliche Versorgung organisiert. Diese Herangehensweise entspricht nicht dem Verständnis der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und greift zu kurz: Zum einen setzt sie zu spät an, da sie die Menschen in aller Regel erst erreicht, wenn sie erkrankt sind, zum anderen blendet sie die umfänglichen pflegerischen Bedarfe als Teil der Grundversorgung aus. Eine Primärversorgungsstruktur, die Gesundheitsförderung und Prävention zur Grundlage hat, erreicht die Menschen früher und kann daher die Krankheitslast und die Pflegebedürftigkeit reduzieren.

Es wären Regelungen erforderlich, die das Populationsmanagement vor Ort und in der Region ermöglichen, außerdem die Einführung des Berufsbilds „Community Health Nurse“, die in Zusammenarbeit mit relevanten Akteuren geeignete Maßnahmen umsetzt. Die an anderer Stelle vorgesehenen regionalen Netzwerke zur pflegerischen Versorgung können einen guten Rahmen bilden und als Teil der Primärversorgung angesehen werden.

Bedarfserhebung und Durchführung präventiver Maßnahmen sowie Beratung und Anleitung zum Erhalt der Gesundheit und der selbständigen Lebensführung sind laut § 5 PflBG Kernaufgaben von Pflegefachpersonen. Entsprechend sollten die maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe beteiligt werden. Das ist gleichzeitig eine zusätzliche Maßnahme, dem kritischen Umstand der mangelnden Unabhängigkeit auszugleichen. Ebenfalls mit Blick auf die pflegerische Vorbehaltsaufgabe muss aus Sicht des DBfK die Pflegeberatung zwingend von einer Pflegefachperson ausgeübt werden.

„(1a) (...) Dies umfasst eine Bedarfserhebung hinsichtlich präventiver und gesundheitsfördernder Maßnahmen, die fachliche Beratung zur Information und Sensibilisierung der Versicherten und ihrer Angehörigen sowie Pflegepersonen bezüglich der Möglichkeiten, die mittels Gesundheitsförderung und Prävention zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation und zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten bestehen, sowie eine Präventionsempfehlung durch Pflegefachpersonen ~~oder durch gemäß § 7a Absatz 3 Satz 2 qualifizierte Pflegeberaterinnen und Pflegeberater~~. (...) Die Pflichten der Pflegeeinrichtungen nach § 11 Absatz 1 bleiben unberührt. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen legt ~~zusammen mit den maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe und unter Einbeziehung unabhängigen Sachverständes aus der Pflegewissenschaft~~ die Kriterien für die Verfahren nach Satz 1 bis 3 fest, insbesondere hinsichtlich Inhalt, Methodik, Qualität, wissenschaftlicher Evaluation und der Messung der Erreichung der mit den Maßnahmen verfolgten Ziele.“

ARTIKEL 1, Nummer 3, b § 7a SGB XI, Absatz 3

Pflegeberatung ist kaum trennbar von der in § 4 PflBG zuerkannten (exklusiven) Vorbehaltsaufgabe von Pflegefachpersonen, da sie immer mit den Bedarfen der zu pflegenden Person befasst ist. Entsprechend muss Pflegeberatung ausschließlich von Pflegefachpersonen wahrgenommen werden.

„(3) Die Anzahl von Pflegeberatern und Pflegeberaterinnen ist so zu bemessen, dass die Aufgaben nach Absatz 1 im Interesse der Hilfesuchenden zeitnah und umfassend wahrgenommen werden können. Die Pflegekassen setzen für die persönliche Beratung und Betreuung durch Pflegeberater und Pflegeberaterinnen ~~entsprechend qualifiziertes Personal ein, insbesondere ausschließlich Pflegefachpersonen, Sozialversicherungsfachangestellte oder Sozialarbeiter~~ mit der jeweils erforderlichen Zusatzqualifikation. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen gibt unter Beteiligung der in § 17 Absatz 1a Satz 2 genannten Parteien bis zum 31. Juli 2018 Empfehlungen zur erforderlichen Anzahl,

Qualifikation und Fortbildung von Pflegeberaterinnen und Pflegeberatern ab. § 4 des Pflegeberufgesetzes ist zu beachten.“

ARTIKEL 1, Nummer 6, a
§ 8 SGB XI, Absätze 3b und 3c

Der DBfK begrüßt die Initiative, die häuslich-ambulante pflegerische Versorgung mit wissenschaftlicher Evidenz weiterzuentwickeln. Darin drückt sich die Anerkennung am Bedarf pflegerischer Wissensbestände und damit Wertschätzung für die Tätigkeit der Berufsgruppe Pflege aus. Es wird damit auch auf die Forderung des DBfK eingegangen, die Prävention von Pflegebedürftigkeit zu stärken, ein wesentlicher Hebel, um die Pflegelast insgesamt zu mildern. Auch für die Verhinderung von Pflegebedürftigkeit ist die gesamte Kette von Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention relevant. Der Gesetzesentwurf beschränkt sich jedoch wesentlich auf die Tertiärprävention. Der DBfK fordert, die pflegerischen Wissensbestände auch in den Bereichen Primär- und Sekundärprävention verstärkt zu fördern. Der DBfK begrüßt die Maßnahmen zur Konkretisierung, welche Leistungen kompetenzabhängig von Pflegefachpersonen erbracht werden können.

Der DBfK kritisiert scharf, dass in den Formulierungen nur allgemein von wissenschaftlicher Weiterentwicklung und Expertisen gesprochen wird. Der Gegenstand könnte nicht besser begründen, wozu Pflegewissenschaft als Disziplin benötigt wird. Der Wissenschaftsrat hat sich 2023 dahingehend eindeutig geäußert und ihren weiteren Auf- und Ausbau auch hin zur Disziplinbildung empfohlen; weitere Begründungen sind in unserem themenbezogenen Teil der Stellungnahme enthalten. Der DBfK fordert, dass

- Studien aufgrund dieses Paragraphen ausschließlich an pflegewissenschaftliche Institute und Fakultäten vergeben werden;
- die maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe zwingend in die Erstellung der Ausschreibungen miteingebunden werden, damit fachlich korrekte Fragestellungen formuliert werden.

„(3b) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen stellt durch die Finanzierung von Studien, Modellprojekten und **pflegewissenschaftlichen** Expertisen die **pflegewissenschaftlich** gestützte Begleitung der Einführung und Weiterentwicklung des **pflegewissenschaftlich** fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen nach qualitativen und quantitativen Maßstäben, das nach § 113c Satz 1 in der am 1. Januar 2016 geltenden Fassung für vollstationäre Pflegeeinrichtungen entwickelt und erprobt wurde, und die **pflegewissenschaftlich** gestützte Weiterentwicklung der Versorgung sicher. Die **pflegewissenschaftlich** gestützte Weiterentwicklung der Versorgung nach Satz 1 umfasst die Erhebung der derzeitigen und zukünftigen Rahmenbedingungen der ambulant-häuslichen und stationären Versorgung sowie auf Grundlage der Ergebnisse der Erhebung die Erarbeitung von Szenarien für eine zukünftige Sicherstellung der Versorgung, auch im Rahmen von sektorenübergreifenden Versorgungsansätzen, und die Durchführung von Modellvorhaben zur strukturellen Weiterentwicklung der pflegerischen Versorgung. (...) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen bestimmt im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit, dem Bundesministerium für Bildung, Familie, Senioren, Frauen und Jugend **und den maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe** sowie nach Anhörung des Begleitgremiums Ziele, Dauer, Inhalte und Durchführung der Maßnahmen nach Satz 1. (...)“

„(3c) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen fördert gemeinsam mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen **pflegewissenschaftliche** Expertisen zur konkreten Ausgestaltung und Weiterentwicklung der Inhalte von Leistungen nach diesem und nach dem Fünften Buch, die durch Pflegefachpersonen jeweils abhängig von ihren Kompetenzen erbracht werden können. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen bestimmen im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit und unter Beteiligung des Bundesministeriums für Bildung, Familie, Senioren, Frauen und Jugend **sowie den nach Anhörung der** maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene die Dauer, Inhalte und das Nähere zur Durchführung von **pflegewissenschaftlichen** Expertisen nach Satz 1. Die Beauftragung der Erstellung **pflegewissenschaftlicher** Expertisen erfolgt im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit unter Beteiligung des Bundesministeriums für Bildung, Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Bei der Beauftragung der Erstellung **pflegewissenschaftlicher** Expertisen sowie bei ihrer Durchführung ist

sicherzustellen, dass die Auftragnehmer die fachliche Expertise der maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene in geeigneter Art und Weise einbeziehen. Weitere relevante Fachexpertinnen und Fachexperten sowie Fachorganisationen sollen an der Erstellung der Expertisen beteiligt werden. (...).“

ARTIKEL 1, Nummer 6, d, aa
§ 8 SGB XI, Absatz 7

Der DBfK begrüßt die Ergänzung um Maßnahmen der Integration für internationales Pflegepersonal, außerdem die Maßnahmen zur Stärkung eines Personalkonzepts, das die Pflegeprozessverantwortung und daraus abzuleitenden Konsequenzen in den Mittelpunkt stellt.

ARTIKEL 1, Nummer 9, d, aa
§ 10a SGB XI, Absatz 1

Der DBfK kritisiert die Festlegung der Berichterstattung zur Pflegeversicherung auf das Jahr 2029, also nach dem voraussichtlich nächsten Bundestagswahlkampf. Der DBfK fordert – auch angesichts der Dringlichkeit um Reformierung der Pflegeversicherung – die Festlegung auf das Jahr 2028.

ARTIKEL 1, Nummer 10, a
§ 11 SGB XI, Absatz 1

Der DBfK begrüßt außerordentlich die Einfügung des ergänzenden Satzes zur Stärkung des Pflegeprozesses und der Pflegeprozessverantwortung durch Pflegefachpersonen.

ARTIKEL 1, Nummer 10, b
§ 11 SGB XI, neuer Absatz 1a

Der DBfK lehnt es ab, so detailliert ins Management der Pflegeeinrichtungen einzugreifen und warnt vor der Ausweitung von Bürokratie sowie entsprechend schleppenden Prozessveränderungen in der Praxis. Der DBfK fordert die Streichung von Absatz 1a.

ARTIKEL 1, Nummer 11, b
§ 12 SGB XI, neuer Absatz 2

Der DBfK begrüßt die Einfügung des neuen Absatzes 2. Damit wird eine wichtige Grundlage geschaffen, die pflegerische Versorgung sicherzustellen und perspektivisch die allgemeine pflegerische Versorgungsqualität weiterzuentwickeln. Der DBfK regt an, die Vorgaben deutlich verbindlicher zu gestalten, damit eine bessere regionale Vergleichbarkeit und damit insgesamt Weiterentwicklung ermöglicht werden kann.

ARTIKEL 1, Nummer 12
§ 15 SGB XI, neuer Absatz 8

Der DBfK unterstützt das Ansinnen, die bisherigen Erfahrungen mit dem Begutachtungsinstrument zu analysieren. Der DBfK fordert auch an dieser Stelle angesichts des Gegenstands, dass die Analyse zwingend durch ein pflegewissenschaftliches Institut oder Fakultät begleitet werden muss.

„(8) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen legt dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 30. Juni 2026 unter Beteiligung des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. und des Medizinischen Dienstes Bund einen Bericht vor. Der Bericht ist auf unabhängiger pflegewissenschaftlicher Grundlage zu erstellen und hat Folgendes zu umfassen:

1. die Darstellung der Erfahrungen der Pflegekassen und der Medizinischen Dienste mit dem Begutachtungsinstrument nach den Absätzen 1 bis 7, einschließlich der Beurteilung der Wirkung der zur Ermittlung des Grades der Pflegebedürftigkeit zu verwendenden Bewertungssystematik und von Vorschlägen zu deren möglicher Weiterentwicklung,

2. eine auf **pfl**egewissenschaftlicher Grundlage durchzuführende Untersuchung der Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen seit 2017 unter Berücksichtigung insbesondere von (...).“

ARTIKEL 1, Nummer 14

§ 17 SGB XI, neuer §17a

Der DBfK begrüßt, dass Pflegefachpersonen erweiterte Befugnisse in der Verordnung von Pflegehilfsmitteln und Hilfsmitteln erhalten sollen und sieht darin eine positive Stärkung der Kompetenz der Pflegefachpersonen. Der DBfK fordert, dass der anerkannten Kompetenz mit dem Begriff „Verordnung“ Folge geleistet und nicht durch „Empfehlung“ geschwächt wird. Der Begriff „Empfehlung“ entspricht sprachlich nicht einer eigenständigen Befugnis. In Konsequenz würden die Notwendigkeit und Erforderlichkeit nicht mehr „vermutet“, sondern als festgestellt angesehen. Das Verfahren mit „Empfehlung“ und „Vermutung“ ist abzulehnen, weil es in der Praxis einer Misstrauenskultur Vorschub leistet, zu kleinteiligen Prüfverfahren und damit erheblichen bürokratischen Aufwänden führen könnte. Der DBfK fordert, die Formulierungen entsprechend zu ändern, auch in dem betreffenden § 40 und ggf. an anderen vergleichbaren Stellen in den Gesetzestexten von SGB XI und SGB V.

„(1) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen legt bis zum 31. Dezember 2026 in Richtlinien Folgendes fest:

1. in welchen Fällen und für welche Pflegehilfsmittel und Hilfsmittel, die den Zielen von § 40 Absatz 1 Satz 1 dienen, ~~die Notwendigkeit oder Erforderlichkeit der Versorgung mit Pflegehilfsmitteln oder Hilfsmitteln, die von Pflegefachpersonen, gestaffelt nach Qualifikationsniveau, empfohlen werden, nach § 40 Absatz 6 Satz 2 vermutet wird~~ **Pflegefachpersonen, gestaffelt nach Qualifikationsniveau, eine Verordnung nach § 40 Absatz 6 Satz 2 vornehmen können** sowie

2. das Nähere zum Verfahren der Empfehlung gemäß § 40 Absatz 6 durch die Pflegefachperson bei der Antragstellung.

(...).“

ARTIKEL 1, Nummer 17, b

§ 18e SGB XI, Absatz 6

Der DBfK begrüßt, die Handhabung der Pflegegutachtung über den Medizinischen Dienst zu überdenken; das entspricht den Vorschlägen des DBfK, das Verfahren zugunsten der Versorgungsqualität der pflegebedürftigen Personen und ihrer An- und Zugehörigen sowie zur Reduktion von prinzipiell redundanten Prozessen zu ändern. Der DBfK lehnt hingegen den Weg der Umsetzung über die Durchführung eines Modellprojekts ab, sowohl aus inhaltlichen Gründen als auch aus Gründen der nicht gegebenen Unabhängigkeit in der Auftragsvergabe. Wir sehen darin keine Maßnahme, die Aussicht auf Erfolg hat und befürchten, dass das Vorhaben einen ähnlichen Verlauf nähme, wie die (gescheiterten) Modellprojekte § 63 3c und § 64d SGB V.

Zur inhaltlichen Begründung:

- 1) Aus pflegefachlicher Sicht weist das Begutachtungsverfahren eine Redundanz zum Pflegeassessment als Bestandteil der pflegerischen Vorbehaltsaufgabe nach § 4 PflBG auf, da in beiden Prozessen Pflegebedarfe bzw. Pflegebedürftigkeit erhoben werden. Die Feststellung des Pflegebedarfs im Rahmen des Pflegeassessments könnte ebenfalls genutzt werden, um den Anspruch auf Leistungen zu begründen. Dies würde der Arbeitsweise der ärztlichen Profession entsprechen, die eine Diagnose stellt und Therapiemaßnahmen verordnet bzw. durchführt, die als Leistungen durch die GKV/PKV aufgrund gegebener Regularien vergütet werden. Aus Sicht des DBfK wäre der richtige Schritt, eine pflegewissenschaftliche Studie zu vergeben mit dem Ziel, das Pflegeassessment so weiterzuentwickeln, dass es auch die Anforderungen an eine Leistungsvergabe erfüllt. Analog der ärztlichen Profession käme hier zum Beispiel in Frage, Pflegediagnosen zu integrieren, daraus pflegerische Maßnahmen abzuleiten und diese mit einem Leistungssystem zu verbinden. Dadurch könnte in nennenswertem Maße Bürokratie reduziert werden (Einsparung eines Doppelprozesses), der heutzutage bereits in erheblichem Ausmaß Pflegefachpersonal bindet, das in der Versorgung der Patient:innen dringend fehlt.
- 2) Dieser Weg ist aus unserer Sicht ebenfalls verbunden mit einer verbesserten Versorgungsqualität für die Pflegebedürftigen und ihren pflegenden An- und Zugehörigen. Denn damit würde das

Verfahren in die Hände und die Verantwortung der betreuenden Pflegefachpersonen gelegt werden und stünde leicht zugänglich vor Ort zur Verfügung. Pflegende Angehörige könnten das Pflegeassessment über ambulante Pflegedienste in ihrem Umfeld erhalten, wo sie sich auch im weiteren Verlauf mit Fragen zur Pflegepraxis hinwenden könnten. Der Prozess wäre damit für alle Beteiligten weniger fragmentiert, ganzheitlicher und auf die tatsächlichen Bedarfe ausgerichtet. Er böte auch eine gute Grundlage für die an anderer Stelle vom DBfK geforderte pflegefachliche Begleitung pflegender Familien.

- 3) Außerdem ist bereits heute im Zuge des Verfahrens zur Qualitätsdarstellungsvereinbarung im Leistungsrecht geregelt, dass in der Versorgung tätige Pflegefachpersonen die Ergebnisqualität erheben - fußend auf den Kriterien, die dem Pflegebedürftigkeitsbegriff unterliegen. Das ist im Grunde nach zu vergleichen mit einer Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit. Das Qualitätsdarstellungsverfahren ist für die stationäre Pflege in der Regelversorgung verpflichtend eingeführt und bedeutet eine quasi Pflegebegutachtung durch Pflegefachpersonen. Auch aus diesem Grund halten wir das Modellprojekt in der Form für nicht sinnvoll.

Der DBfK fordert, dass das Bundesministerium für Gesundheit unter Einbeziehung der maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe und des Medizinischen Dienstes Bund eine pflegewissenschaftliche Studie in Auftrag gibt mit dem Ziel, das Pflegeassessment und die Pflegeplanung als Bestandteile der pflegerischen Vorbehaltsaufgabe weiterzuentwickeln – zum Beispiel mit der Integration von Pflegediagnosen und auf Grundlagen der pflegerischen Expertenstandards des DNQP –, so dass eine Leistungsbegründung abgeleitet werden kann. Die Studie sollte eine anschließende Erprobungsphase beinhalten.

Neben den erwartbaren Verbesserungen für das Verfahren und die Versorgungsqualität sieht der DBfK darin die konsequente Entfaltung der pflegerischen Vorbehaltsaufgabe nach §4 PflBG und damit verbunden die echte Anerkennung der Pflege als Profession mit eigenen Wissensbeständen und Handlungsfreiheit. Der DBfK sieht darin außerdem eine Stärkung des Medizinischen Dienstes Bund in seiner Kontrollfunktion auf übergeordneter Ebene.

ARTIKEL 1, Nummer 18, c § 18 SGB XI, neuer Absatz 5

Der DBfK begrüßt die in dem neuen Absatz enthaltene Einschließung pflegerischer Leistungen, die mit dem Gesetzesvorhaben neu definiert werden.

ARTIKEL 1, Nummer 22, a § 37 SGB XI, Absatz 3

Der DBfK merkt kritisch an, dass die Beratung an bürokratische Intervallvorgaben anstatt an den Bedarfen der zu pflegenden Personen gebunden ist. Alternativ und perspektivisch wäre ein Verfahren wünschenswert, dass die Verantwortung zur Beratung bei lokal erreichbaren Pflegeberaterinnen und Pflegeberatern bzw. ambulanten Pflegediensten ansiedelt und über eine zu definierende Beratungspauschale mehr Flexibilität in den Intervallen zugunsten von Beratung im Bedarfsfall ermöglicht. Der DBfK sieht in der jetzigen Fassung das Risiko, dass insbesondere in stark belasteten Pflegesettings und -situationen (Pflegegrad 4 und 5) wichtige Kontaktpunkte entfallen.

ARTIKEL 1, Nummer 25 b § 40 SGB XI, Absatz 6

Der DBfK begrüßt, dass Pflegefachpersonen erweiterte Befugnisse in der Verordnung von Pflegehilfsmitteln und Hilfsmitteln erhalten sollen und sieht darin eine positive Stärkung der Kompetenz der Pflegefachpersonen, wenn sich daraus echte Entscheidungsbefugnis ableitet; siehe dazu ausführlicher unsere Anmerkungen zum vorgesehenen § 17a SGB XI.

Der DBfK fordert zudem, die Verordnung als eigenständige vergütungsfähige Leistung einzustufen, damit die Regelung nicht ins Leere läuft.

„(6) Pflegefachpersonen können im Rahmen ihrer Leistungserbringung nach § 36, nach den §§ 37 und 37c des Fünften Buches sowie der Beratungseinsätze nach § 37 Absatz 3 konkrete **Empfehlungen Verordnungen** zur Hilfsmittel- und Pflegehilfsmittelversorgung abgeben **unter den in den Richtlinien nach § 17a festgelegten Voraussetzungen vornehmen**. ~~Wird ein Pflegehilfsmittel oder ein Hilfsmittel, das den Zielen von Absatz 1 Satz 1 dient, von einer Pflegefachperson bei der Antragstellung empfohlen, werden unter den in den Richtlinien nach § 17a festgelegten Voraussetzungen die Notwendigkeit der Versorgung nach Absatz 1 Satz 2 und die Erforderlichkeit der Versorgung nach § 33 Absatz 1 des Fünften Buches vermutet. Die **Empfehlung Verordnung** der Pflegefachperson darf bei der Antragstellung nicht älter als zwei Wochen sein. Einer ärztlichen Verordnung gemäß § 33 Absatz 5a des Fünften Buches oder einer Verordnung einer Pflegefachperson nach § 15a Absatz 1 Nummer 2 des Fünften Buches bedarf es bei Vorliegen einer Empfehlung nach Satz 1 nicht. Die **Empfehlung Verordnung** der Pflegefachperson für ein Pflegehilfsmittel oder ein Hilfsmittel, das den Zielen des Absatz 1 Satz 1 dient, ist der Kranken- oder Pflegekasse zusammen mit dem Antrag des Versicherten in Textform zu übermitteln. In welchen Fällen und für welche Pflegehilfsmittel und Hilfsmittel je nach Qualifikationsniveau die Pflegefachperson eine Verordnung vornehmen kann, **Notwendigkeit oder Erforderlichkeit der Versorgung nach Satz 2 vermutet wird sowie das Nähere zum Verfahren der Empfehlung durch die Pflegefachperson bei Antragstellung**, bestimmt sich nach den Festlegungen in den Richtlinien des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen gemäß § 17a.“~~

ARTIKEL 1, Nummer 30, b **§ 45c SGB XI, Absatz 5**

Der DBfK fordert angesichts des pflegespezifischen Gegenstands eine ausdrückliche pflegewissenschaftliche Begleitung und Auswertung.

„(5) (...) Für die Modellvorhaben sind eine **pflegewissenschaftliche Begleitung und Auswertung** vorzusehen. (...)“

ARTIKEL 1, Nummer 31 **§ 45e SGB XI**

Auch hier fordert der DBfK angesichts des pflegespezifischen Gegenstands eine ausdrückliche pflegewissenschaftliche Begleitung und Auswertung.

„(1) (...) Folgende Summen an Fördermitteln können für die Finanzierung einer Geschäftsstelle sowie für die **pflegewissenschaftliche Begleitung und Auswertung** nach Absatz 5 verwendet werden (...)“

„(5) Die in Absatz 1 Satz 4 genannten Mittel werden in den Jahren 2026 bis 2031 für die Finanzierung einer Geschäftsstelle zur Unterstützung von Netzwerkgründungen, der flächendeckenden Etablierung von Netzwerken, der qualitativen Weiterentwicklung regionaler Netzwerke sowie für eine **pflegewissenschaftliche Begleitung und Auswertung** im Hinblick auf die Erreichung der Ziele der Geschäftsstelle verwendet. (...) Die Errichtung bedarf der Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen hat zudem eine **pflegewissenschaftliche Begleitung und Auswertung** im Hinblick auf die Erreichung der Ziele der Geschäftsstelle nach allgemeinen pflegewissenschaftlichen Standards zu veranlassen. (...)“

ARTIKEL 1, Nummer 32 **§ 45h SGB XI, Absatz 2**

Der DBfK kritisiert, dass in diesem Absatz Pflege bürokratisch fragmentiert wird und die Engführung auf „körperbezogene Pflegemaßnahmen“ nicht einem professionellen Pflegeverständnis entspricht.

(2) Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 haben zudem je Kalendermonat Anspruch auf **körperbezogene** Pflegemaßnahmen, pflegerische Betreuungsmaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung als Sachleistung gemäß § 36 (...)“

ARTIKEL 1, Nummer 38, a
§ 72 SGB XI, Absatz 1a

Der DBfK begrüßt grundsätzlich das Anliegen einer besseren regionalen Versorgungssteuerung. Die neue Regelung birgt jedoch das Risiko, dass Neugründungen und Angebotsentwicklungen in der Pflegepraxis erschwert werden.

*„(1a) Vor Abschluss des Versorgungsvertrages sind die Empfehlungen der Ausschüsse nach § 8a Absatz 1 und, soweit diese in den Ländern bestehen, der Ausschüsse nach § 8a Absatz 2 und 3 zu beachten. Sofern vorhanden, sind auch die Empfehlungen und Zielsetzungen für die pflegerische Versorgung zu beachten, die im Rahmen der jeweiligen nach landesrechtlichen Vorgaben durchgeführten kommunalen Pflegestrukturplanung vorliegen. **Abweichungen sind zu begründen.**“*

ARTIKEL 1, Nummer 38, a
§ 72 SGB XI, Absatz 2a

Der DBfK begrüßt grundsätzlich das Anliegen, Versorgungslücken im teilstationären Bereich zu schließen. Jedoch enthält die Maßgabe Unklarheiten in der Darlegung der Prüfung und womöglich unerwünschte Effekte in der Umsetzung. Eine neue Pflicht muss klar und praxistauglich gestaltet werden und sollte nicht dazu führen, neue Leistungsbereiche aufzubauen, wenn die Prüfung negativ ausfällt.

ARTIKEL 1, Nummer 39
neuer § 73a SGB XI

Der DBfK begrüßt die Einfügung des neuen Paragraphen hinsichtlich der Klärung und Krisenbewältigung in der Beeinträchtigung von Versorgungsverträgen. Entscheidend wird jedoch sein, das Verfahren praxistauglich, handhabbar und rechtsklar auszugestalten. Die Abweichungsmöglichkeiten bei temporären Krisen sind grundsätzlich richtig, erfordern aber ein verbindliches, zügiges Kooperationsverfahren mit klarer Dokumentation. Der Zeitraum der Abweichung sollte zeitlich begrenzt werden, um „nicht vorübergehend“ zu definieren. Die Berichtspflichten des GKV-Spitzenverbands müssen sachlich, ausgewogen und unter Beteiligung der Leistungserbringer sowie einer neutralen Instanz erfolgen.

ARTIKEL 1, Nummer 43, e
§ 78a SGB XI, neuer Absatz 6a

Auch hier fordert der DBfK angesichts des pflegespezifischen Gegenstands eine ausdrückliche pflegewissenschaftliche Evaluation.

„(6a) (...)

*3. ein von einer herstellerunabhängigen Institution erstelltes **pflegewissenschaftliches Evaluationskonzept** zum Nachweis des pflegerischen Nutzens oder der Geeignetheit nach § 40a Absatz 1a Satz 1.“*

ARTIKEL 1, Nummer 47
neuer § 86a SGB XI

Der DBfK begrüßt ausdrücklich die Zielsetzung von § 86a SGB XI, die Vergütungsverfahren zu vereinfachen und zu standardisieren. Das sollte jedoch nicht zu einer Einschränkung individueller Verhandlungsspielräume führen, denn insbesondere in Regionen mit besonderen Strukturen, tarifgebundenen Trägern oder differenzierten Leistungsprofilen muss weiterhin eine sachgerechte, aufwandsgerechte Vergütung möglich sein. Eine Vereinfachung darf nicht auf Kosten der Bedarfsdeckung oder der Trägervielfalt erfolgen.

ARTIKEL 1, Nummer 50
neuer § 92c SGB XI

Der DBfK begrüßt die Förderung neuer Versorgungsmodelle wie Wohngemeinschaften von pflegebedürftigen Menschen. Die professionelle Pflege muss dort jedoch konsistent zu Verfahren und

Leistungen anderer Settings sein und eine individuelle Pflege nach Pflegeprozess ermöglichen. Der DBfK fordert daher die Streichung des Wortes „körperbezogen“ in Absatz 1 und, dass Pflegeleistungen über individuelle Pflegeassessments und Maßnahmenpläne erbracht werden anstatt über „Basispakete“, weil eine derartige Engführung nicht dem professionellen Pflegeverständnis entspricht. In Absatz 5 sind die maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe zu beteiligen.

„(5) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen, der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, und die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene und die maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe beschließen unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes Bund und des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e. V. gemeinsam mit der Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände und der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe (...).

~~Die die Empfehlungen beschließenden Parteien arbeiten mit den maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene eng zusammen; die~~ Die auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen wirken nach Maßgabe von § 118 mit. (...)“

ARTIKEL 1, Nummer 56 § 113 SGB XI, Absatz 1

Für die bessere Sicherung der Pflegequalität regt der DBfK an, die Arbeit nach dem Pflegeprozess in der Regelung verbindlich zu machen.

„(1) (...) In den Vereinbarungen sind insbesondere auch die Voraussetzungen für eine verbindliche Arbeit nach dem Pflegeprozess, eine fachgerechte Pflegeprozessverantwortung und Anforderungen an eine praxistaugliche, den Pflegeprozess unterstützende und die Pflegequalität fördernde Pflegedokumentation zu regeln. (...)“

ARTIKEL 1, Nummer 58, a § 113c SGB XI, Absatz 2, neue Nummer 3

Der DBfK begrüßt, dass mit den Änderungen für vollstationäre Pflegeeinrichtungen die Möglichkeit geschaffen wird, hochschulisch qualifizierte Pflegefachpersonen, die überwiegend Leistungen der unmittelbar bewohnerbezogenen Pflege und Betreuung von Pflegebedürftigen erbringen, bei der Personalbemessung zusätzlich zu verhandeln. Jedoch sollten auch die über bisherige duale Pflegestudiengänge akademisch ausgebildeten Pflegefachpersonen und für diejenigen, die nach einer abgeschlossenen Pflegeausbildung berufsbegleitend Pflege studiert haben oder aktuell und zukünftig studieren, berücksichtigt werden.

„(...) 3. die Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung nach § 1 Satz 2 des Pflegeberufgesetzes oder die Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung und einen akademischen Grad aus einem dualen oder berufsbegleitenden Pflegestudium hat und überwiegend Leistungen der unmittelbar bewohnerbezogenen Pflege oder Betreuung von Pflegebedürftigen erbringt.“

Zu Nummer 58, b § 113 c SGB XI, Absatz 3 Satz 1

Die vorgesehene gesetzliche Festlegung der Modellprojektergebnisse nach § 8 Abs. 3b SGB XI als fachlicher Maßstab für alle Einrichtungen mit der Begründung, dass eine Abweichung von den Ergebnissen des Modellprojekts nur in begründeten Ausnahmefällen zulässig sein soll und dass die Konzepte einer Art Eignungsprüfung im Hinblick auf die Projektergebnisse unterliegen sollen, ist aus fachlicher wie rechtssystematischer Sicht abzulehnen.

Die Ergebnisse des Modellprogramms liegen noch nicht abschließend vor – weder in validierter wissenschaftlicher Form noch mit einem abschließenden Evaluationsbericht. Eine verbindliche Orientierung an Konzepten, die noch in der Erprobung sind und sich bislang nur in zehn Einrichtungen mit

erheblichem Ressourceneinsatz testen lassen, widerspricht dem Grundsatz evidenzbasierter Gesetzgebung.

Die vermeintlich eröffnete Möglichkeit zur Umsetzung trägerindividueller Konzepte ist faktisch eingeschränkt: Die Gesetzesbegründung formuliert einen Anpassungszwang an die Ziele und Strukturen des Modellprogramms. Träger müssten sich einer Eignungsprüfung unterziehen, was einer faktischen Gleichschaltung gleichkommt. Dies ignoriert die Vielfalt an Organisationsformen, Fachkonzepten und Versorgungsrealitäten in über 16.000 stationären und teilstationären Pflegeeinrichtungen. Die Modellprojekte zeichnen sich nicht durch Repräsentativität aus, sondern dienen der explorativen Erprobung – sie dürfen daher nicht zur normativen Grundlage gemacht werden. Darüber hinaus liefert die Gesetzesbegründung keinen Anhaltspunkt, welche Institution mit welchem Aufwand an Bürokratie für Anträge auf und Durchführung von Eignungsprüfungen nach welchen zu entwickelnden Kriterien durchführt und bescheidet (sowie ggf. auf Umsetzung evaluiert).

Statt einer vorschnellen gesetzgeberischen Festlegung sollte das Verfahren abgewartet und nach Vorlage der Evaluationsberichte im Diskurs mit Praxis, Trägern und Fachöffentlichkeit bewertet werden. Eine verpflichtende Orientierung an nicht validierten Ergebnissen gefährdet die Akzeptanz und Praxistauglichkeit der Reform. Wir sprechen uns daher nachdrücklich für eine „Kann-Regelung“ und gegen eine „Soll-Regelung“ aus und plädieren für die Streichung des Passus in § 113 Absatz 3 Satz 1 nach dem Semikolon: ~~... diese sollen sich an den fachlichen Zielen und der Konzeption der Maßnahmen, die nach § 8 Absatz 3b entwickelt und erprobt wurden, orientieren, ...~~

Zu Nummer 58, d **§ 113 c SGB XI, Absatz 5**

Neben Pflegefachpersonen auch Fachkräfte aus dem Gesundheits- und Sozialbereich in den Personalmix im Sinne einer interprofessionellen Zusammenarbeit einzubeziehen, ist grundsätzlich zu begrüßen. Die Fachkräfte aus den genannten Berufen können aber in keinem Fall die den Pflegefachpersonen gemäß § 4 PflBG vorbehaltenen Aufgaben übernehmen. Der DBfK weist darauf hin, dass die Einbeziehung von Fachkräften aus den genannten Berufen nach aktuellem Umsetzungsstand des entwickelten Personalbemessungsverfahrens PeBeM auch nicht teilweise Stellenanteile nach Absatz 1, 3. ersetzen kann.

ARTIKEL 1, Nummer 58, e **§ 113c SGB XI, neuer Absatz 9**

Der DBfK begrüßt die beabsichtigte Stärkung und Umsetzung der pflegerischen Vorbehaltsaufgabe nach § 4 PflBG und dem auch in der Personal- und Organisationsentwicklung Rechnung zu tragen. Dies ist wesentlich für die Sicherung der zukünftigen Pflegequalität und -versorgung, um eine sachgerechte Verteilung von Aufgaben in Pflegeteams mit unterschiedlichen Qualifikationsniveaus zu gewährleisten. Die Einrichtung einer unabhängigen, qualifizierten Geschäftsstelle zur Begleitung und Unterstützung einer fachlich fundierten Personal- und Organisationsentwicklung von Pflegeeinrichtungen wird unter Beteiligung pflegewissenschaftlicher Expertise begrüßt. Daher sollte Nummer 4 geändert werden in:

„Pflegeeinrichtungen bei der Umsetzung pflegerischer Aufgaben auf der Grundlage der pflegewissenschaftlichen Expertisen nach § 8 Absatz 3c sowie bei der Entwicklung und Umsetzung von Führungs- und Delegationskonzepten und (...)“

ARTIKEL 1, Nummer 64 **neuer § 118a SGB XI**

Der DBfK begrüßt, dass die Beteiligung der Berufsgruppe Pflege an der Gestaltung der Gesundheits- und Pflegeversorgung sowohl grundsätzlich rechtlich als auch praktisch durch Aufwandsentschädigung gestärkt werden soll in einer Rechtsverordnung zu „maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe“. Aus Sicht des DBfK sollten „maßgebliche Organisationen“ unabhängig sein sowie die gesamte Berufsgruppe bundesweit und in fachlichen Belangen vertreten. Der DBfK ist der größte unabhängige

Berufsverband der Pflegeberufe. Er vertritt die gesamte Berufsgruppe und ist mit seinen vier Regionalverbänden in allen Bundesländern aktiv. Er sieht sich als maßgebliche Organisation der Pflegeberufe. Die finanzielle Unterstützung der maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe sollte sich auch auf die ggf. fällig werdenden anteiligen Aufwände für die Schiedsstelle erstrecken.

ARTIKEL 1, Nummer 54 **§ 125a SGB XI**

Der DBfK begrüßt die Initiative zur Erprobung von Telepflege. Da der Gegenstand das Handlungsfeld der Pflege betrifft, sollte die wissenschaftliche Arbeit ausdrücklich von pflegewissenschaftlichen Instituten oder Fakultäten übernommen werden.

„(1) Für eine pflegewissenschaftlich gestützte Erprobung von Telepflege zur Verbesserung der pflegerischen Versorgung von Pflegebedürftigen werden aus Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung 5 Millionen Euro im Zeitraum von 2022 bis 2025 zur Verfügung gestellt.

(...)

(3) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen erarbeitet im Benehmen mit den Verbänden der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene, mit geeigneten Verbänden der Digitalwirtschaft und mit der Gesellschaft für Telematik sowie unter Beteiligung der maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene, den auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen nach § 118 und der oder des Bevollmächtigten der Bundesregierung für Pflege bis zum 31. Dezember 2027 Empfehlungen zur Umsetzung der Ergebnisse der pflegewissenschaftlich gestützten Erprobung von Telepflege zur Verbesserung der pflegerischen Versorgung in der ambulanten und in der stationären Langzeitpflege.“

ARTIKEL 1, Nummer 67 **§ 125c SGB XI**

Der DBfK begrüßt die neue Regelung zur Durchführung von Modellvorhaben die Möglichkeiten der digitalen Unterstützung von Verhandlungen zur Pflegevergütung zu erproben. Der DBfK spricht sich dafür aus, die Leistungserbringer in die Zieldefinition, Ausgestaltung und Evaluation der Modelle einzubinden, um Wirksamkeit und Akzeptanz zu steigern.

„(...) Für die Modellvorhaben ist eine pflegewissenschaftliche Begleitung und Auswertung vorzusehen.“

ARTIKEL 1, Nummer 67 **§ 125d SGB XI**

Der DBfK begrüßt, dass nach kreativen Lösungen gesucht wird, den steigenden Pflegebedarfen zu begegnen. Insbesondere die Öffnung zur Erbringung auch ambulanter Leistungen im Umfeld einer stationären Versorgungseinrichtung erscheint sinnvoll und längst überfällig.

Angesichts erster Modellprojekte, die An- und Zugehörige in die stationäre Langzeitpflege einbinden, erscheint es plausibel, entsprechende Modellvorhaben auf den Weg zu bringen. Jedoch hat der DBfK große Sorge, dass damit die Deprofessionalisierung des Pflegeberufs weiter vorangetrieben wird zu Lasten der Versorgungsqualität der pflegebedürftigen Menschen. Der DBfK fordert, dass die Modellvorhaben u. a. zum Gegenstand haben, wie die Qualität bei Abwahl professioneller Pflegeleistungen gesichert werden und welche Mechanismen greifen, wenn die pflegenden Angehörigen akut oder langfristig ihre vertragliche Leistung nicht erfüllen können. In den Modellvorhaben muss zwingend die Zusammenarbeit zwischen informeller und professioneller Pflege geklärt werden.

„(...) Für die Modellvorhaben ist eine pflegewissenschaftliche Begleitung und Auswertung vorzusehen.“

ARTIKEL 2, Nummer 1, b
§ 15 SGB V

Der DBfK begrüßt ausdrücklich die Formulierung, dass die Pflegeprozessverantwortung nicht Teil der ärztlichen oder zahnärztlichen Behandlung ist.

ARTIKEL 2, Nummer 2
§ 15a SGB V

Der DBfK begrüßt die Einfügung des Absatzes 15a. Sie bildet einen wesentlichen Kern in dem Gesetzesvorhaben zur Stärkung der Kompetenz von Pflegefachpersonen. Der DBfK begrüßt darüber hinaus ganz besonders, dass im jetzigen Entwurf auch die Kompetenzen von Pflegefachpersonen Berücksichtigung finden, die über Berufserfahrung und/oder Fort- und Weiterbildungen erlangt werden. Der DBfK kritisiert jedoch scharf, dass im Gegensatz zu einer Formulierung, die die heilkundliche Kompetenzerweiterung vorsah, nunmehr die Übernahme von „Leistungen ärztlicher Behandlung“ vorgesehen sein soll. Das läuft einer grundsätzlichen Absicht des Gesetzes, nämlich die Attraktivität des Pflegeberufs zu steigern, eindeutig zuwider. Pflegefachpersonen werden lediglich dazu berechtigt, bestimmte „ärztliche“ Tätigkeiten auszuführen, bleiben aber so letztlich in passiver Position. Es bedeutet faktisch, dass die bisherige Delegation nur auf eine Ebene höher verschoben wird. Es werden damit Aufgaben nicht nach Kompetenz und Bedarfslage zwischen den Berufsgruppen neu verteilt, sondern weiter Professionsgrenzen zementiert. Das ist einer interprofessionellen Versorgungsgestaltung und damit einer zukunftsfähigen Versorgung nicht zuträglich.

Der DBfK spricht sich außerdem scharf dagegen aus, dass die Verordnung der häuslichen Krankenpflege und zugehöriger Hilfsmittel weiter einer ärztlichen Erstverordnung unterliegen soll. Die exklusive Vorbehaltsaufgabe nach § 4 PflBG wird damit konterkariert. Es ist dringend erforderlich, hier einen mutigeren Schritt zu gehen, diese Aufgabe und Verantwortung vollumfänglich an die Pflegefachpersonen zu geben und entsprechende Regulierungen, darunter auch die HKP-Richtlinie, neu zu fassen.

Der DBfK fordert, hier und an den anderen Stellen die Formulierung „Leistungen der ärztlichen Behandlung“ in „(weitere) heilkundliche Leistungen“ zu ändern. Wir fordern außerdem das Recht auf die Erstverordnung häuslicher Krankenpflege und zugehöriger Hilfsmittel.

*„(1) Pflegefachpersonen, die über die erforderlichen fachlichen Kompetenzen aufgrund einer nach dem Pflegeberufegesetz vorgeschriebenen beruflichen oder hochschulischen Ausbildung, aufgrund einer staatlich anerkannten, bundesweit einheitlichen Weiterbildung oder aufgrund einer solchen Weiterbildung entsprechenden Berufserfahrung, die durch eine staatliche Kompetenzfeststellung der Länder nachgewiesen wurde, verfügen, können insbesondere die folgenden **heilkundlichen Leistungen der ärztlichen Behandlung** im Rahmen der Leistungserbringung nach diesem Buch unter den folgenden Voraussetzungen eigenverantwortlich erbringen:*

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

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

(3) Pflegefachpersonen im Sinne dieses Buches sind Personen, die über eine Erlaubnis nach § 1 des Pflegeberufegesetzes verfügen.“

ARTIKEL 2, Nummer 3

§ 20 SGB V

Siehe unsere obigen Ausführungen zu Empfehlungen/Verordnungen von Präventionsleistungen. Bei einer Verordnung durch Pflegefachpersonen bräuchte es keinen „Berücksichtigungsprozess“ durch die Kassen mehr, hier liegt eine Möglichkeit, Bürokratie zu reduzieren.

ARTIKEL 3, Nummer 4

§ 33 SGB V, Absatz 5a

Der DBfK begrüßt außerordentlich, dass die Verordnung einer Pflegefachperson der vertragsärztlichen Versorgung gleichgestellt wird. Das ist ein wichtiger Schritt in der Nutzung pflegerischer Kompetenzen und für eine Erleichterung der Prozesse in der Praxis.

Der DBfK merkt an dieser Stelle, dass hier im Zusammenhang mit der Verordnung von Hilfsmitteln tatsächlich von pflegerischer *Verordnung* gesprochen wird und nicht wie bei vergleichbaren Befugnissen in SGB XI von „Empfehlung“, siehe unsere o.g. Kommentare zu den §§ 17a und 40 SGB XI. Dies unterstützt unsere Forderung, für die beabsichtigten Sachverhalte durchgehend von Verordnung zu sprechen.

ARTIKEL 2, Nummer 10, a

§ 64d SGB V

*„(1) (...) Bis zum 31. März 2027 ist der Rahmenvertrag unter Berücksichtigung des Ergebnisses der Prüfung nach § 73d Absatz 1 Satz 2 so anzupassen, dass die in Anlage 1 des Rahmenvertrags genannten **heilkundlichen Leistungen der ärztlichen Behandlung** durch Pflegefachpersonen auch in der Regelversorgung erbracht werden können. (...)“*

ARTIKEL 2, Nummer 12

neuer § 73d SGB V

Der DBfK begrüßt, dass Klärung herbeigeführt werden soll, welche heilkundlichen Leistungen Pflegefachpersonen eigenverantwortlich erbringen können und wie die interprofessionelle Zusammenarbeit zu gestalten ist. Die Gestaltung wirft jedoch Fragen auf. Zum einen erscheint wenig sinnvoll, berufliche Kompetenzen an ein bestimmtes Handlungsfeld zu knüpfen. Eine Pflegefachperson mit ausgewiesener Kompetenz sollte diese in allen Versorgungsbereichen anwenden dürfen – wie es auch für die ärztliche Profession üblich ist. Zum anderen erscheint fragwürdig, wie die Entwicklung eines solchen Kataloges von denjenigen Akteuren vorgenommen werden soll, die ein finanzielles Interesse haben – und nicht von Akteuren, die ausschließlich die Aufgabe und die Befähigung dazu im Blick haben. Wir würden für die Erstellung des Katalogs entsprechend eher die maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe und die Bundesärztekammer sehen. Wir bitten um Prüfung dieser Fragestellungen.

Es ist uns wichtig, an dieser Stelle darauf hinzuweisen, dass die Bezeichnung „häusliche Krankenpflege“ im Titel und den Inhalten von § 73d (und auch von §§ 37 und 132a SGB V) einem überkommenen Verständnis von professioneller Pflege und der interprofessionellen Zusammenarbeit zwischen Medizin und Pflege entsprechen. § 37 mit dem Titel „Häusliche Krankenpflege“ umfasst sowohl pflegerische als auch medizinische Maßnahmen (die traditionell von Pflegefachpersonen auf ärztliche Verordnung umgesetzt wurden). Problematisch ist, dass darin auch die genuin pflegerische Arbeit (was mit dem Pflegeprozess als pflegerische Vorbehaltsaufgabe nach § 4 PflBG bestätigt wird) enthalten ist und somit traditionelle Vorstellungen von Berufsausübung fortgeschrieben werden. Es ist fraglich, ob die Berücksichtigung der pflegerischen Vorbehaltsaufgabe hinreichend ist, das traditionelle Verständnis aufzubrechen. Sinnvoll erscheint vielmehr, beide Professionen – Medizin und Pflege – in ihren Beiträgen und Leistungen anzuerkennen und dann den Überlappungen im Handlungsfeld und in der Umsetzung in der Gesundheitsversorgung einen Rahmen zu geben. Die Konstruktionen und Formulierungen der relevanten Paragraphen sollten das entsprechend widerspiegeln. Der DBfK regt daher an, diesen und § 37 sowie weitere damit zusammenhängende Paragraphen wie § 132a insgesamt neu zu fassen, damit dem heutigen Berufsverständnis Rechnung zu tragen und die pflegerischen und

medizinischen Tätigkeiten bzw. Leistungen inhaltlich voneinander zu entflechten. Im Weiteren ist dies auch zwingend für die HKP-Richtlinie in der Verantwortung des G-BA zu fordern.

Wir fordern, in allen Absätzen von § 73d SGB V die Formulierung von „Leistungen ärztlicher Behandlung“ in „heilkundliche Leistungen“ zu ändern.

ARTIKEL 2, Nummer 14 neuer § 112a SGB V

Der DBfK begrüßt den neu eingefügten Paragraphen aufgrund der Erweiterung der eigenverantwortlichen Leistungen, die den Pflegefachpersonen auch im Krankenhaussetting eröffnet werden soll. Wie bereits zu § 73d SGB V oben angemerkt, halten wir eine Kompetenzzuordnung anhand von Versorgungssettings für äußerst fragwürdig.

Ebenfalls kritisieren wir an dieser Stelle die Zusammensetzung der Vertragspartner. Wir sehen die Beteiligung der maßgeblichen Organisationen als zwingend an, um sachgerechte Lösungen zu erarbeiten.

*„(1) Die Vertragsparteien auf Bundesebene nach § 9 Absatz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes vereinbaren **zusammen mit den maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe** bis zum 31. Juli 2028 1. einen Katalog an **heilkundlichen Leistungen der ärztlichen Behandlung**, die Pflegefachpersonen nach § 15a Absatz 1 Nummer 1 in nach § 108 zugelassenen Krankenhäusern eigenverantwortlich erbringen können,*

(...)

*(4) Die Vertragspartner nach Absatz 1 evaluieren die eigenverantwortliche Erbringung von **heilkundlichen Leistungen der ärztlichen Behandlung** durch Pflegefachpersonen in Krankenhäusern insbesondere im Hinblick auf*

1. die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung,

2. den effizienten Einsatz der Pflegefachpersonen mit unterschiedlichen Qualifikationen und

3. die Auswirkungen auf das Berufsbild der Pflegefachpersonen.

(...).“

ARTIKEL 2, Nummer 16, a § 132a SGB V

Der DBfK begrüßt die Ergänzung der Anforderungen an eine fachgerechte Pflegeprozessessteuerung in Absatz 1, verweist aber gleichzeitig auf die zu § 73d geäußerte Anregung, eine Neuformulierung der Stellen im Gesetzestext vorzunehmen, die sich auf die überkommene Begrifflichkeit „Häusliche Krankenpflege“ beziehen.

ARTIKEL 3 PflegeZG

Der DBfK begrüßt, dass Pflegefachpersonen befugt werden, Bescheinigungen über die Pflegebedürftigkeit von Angehörigen zur kurzzeitigen Arbeitsverhinderung auszustellen und sieht darin eine Stärkung der Kompetenz von Pflegefachpersonen.

ARTIKEL 4, Nummer 1, c Inhaltsübersicht, Überschriften PflBG

Der DBfK begrüßt, dass der Begriff „Modul“ im Vergleich zur Vorfassung in „Kompetenzbeschreibung“ geändert wird, hier in der Überschrift, aber auch an allen Stellen, die auf den Begriff referenzieren, insbesondere in § 14a PflBG.

ARTIKEL 4, Nummer 3, b-c
§ 4 PflBG

Der DBfK begrüßt, dass mit der Ergänzung der „Planung der Pflege“ als Teil des Pflegeprozesses bzw. der pflegerischen Vorbehaltsaufgabe eine Lücke und die andauernde Debatte darüber geschlossen werden und die Vorbehaltsaufgabe nunmehr alle Elemente des Pflegeprozesses enthält.

ARTIKEL 4, Nummer 4
neuer § 4a PflBG

Der DBfK begrüßt die sprachliche Präzisierung, die mit dem Begriff „eigenverantwortliche Heilkundenausübung“ vorgenommen wird.

ARTIKEL 4, Nummer 6, a-b
§ 37 PflBG

Der DBfK begrüßt die sprachliche und inhaltliche Präzisierung.

ARTIKEL 4, Nummer 7
§ 66e PflBG

Der DBfK begrüßt außerordentlich die eingefügte Übergangsvorschrift, die es auch bereits qualifizierten Pflegefachpersonen erlaubt, zusätzliche heilkundliche Kompetenzen zu erwerben. Aus Sicht des DBfK wäre zudem wünschenswert, wenn auch Pflegefachpersonen nach § 1 Teil 2 PflBG die Möglichkeit eröffnet würde, sich einer hochschulischen Eignungsprüfung zu stellen und sich entsprechend zu qualifizieren.

Der DBfK mahnt außerdem an, zu prüfen, ob sich hier ein Widerspruch zum neuen § 15a SGB V und damit eine Inkonsistenz zwischen berufsrechtlicher und leistungsrechtlicher Regelung ergibt.

ARTIKEL 6, Nummern 1-5
Pflegeberufe-Ausbildungs- und -Prüfungsverordnung

Der DBfK begrüßt die sprachliche und inhaltliche Präzisierung.

Berlin, 11.07.2025

Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) - Bundesverband e. V.
Alt-Moabit 91 | 10559 Berlin | Telefon: +49 (0)30-2191570 | E-Mail: dbfk@dbfk.de | www.dbfk.de

