

**Stellungnahme des Deutschen Pflegerates e. V. (DPR)  
zum Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit  
Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Pflegekompetenz  
(Pflegekompetenzgesetz – PKG)  
Stand des Referentenentwurfs: 23.06.2025**

Der Deutsche Pflegerat (DPR) vertritt als Dachverband auf Bundesebene die Interessen von 22 maßgeblichen Berufsverbänden aus der Pflege, dem Hebammenwesen und der Pflegewissenschaft. Seit 27 Jahren ist er primärer Ansprechpartner für die Politik. Wir bedanken uns für die Gelegenheit, zum Referentenentwurf eines Pflegekompetenzgesetzes (PKG) Stellung nehmen zu können.

Der DPR begrüßt ausdrücklich das Bestreben des Gesetzgebers mit dem Referentenentwurf, Weichen für eine stärkere, eigenverantwortliche Einbindung von Pflegefachpersonen in der Gesundheitsversorgung zu stellen, damit ihre Kompetenzen im Sinne einer qualitätsgesicherten, bedarfsgerechten und zukunftsfesten Gesundheitsversorgung genutzt werden können. Die Initiative zur Erweiterung der Aufgabenbereiche von Pflegefachpersonen, insbesondere der stärkeren Berücksichtigung der Pflegeprozessverantwortung sowie einer eigenverantwortlichen Erbringung von Leistungen, wird als wichtiger Schritt hin zu einer modernen und professionsübergreifenden Versorgungsstruktur verstanden. Wir begrüßen zudem, dass der Referentenentwurf (RefE) auf Arbeiten der vorherigen Legislatur aufbaut und so bereits geleistete Vorarbeiten aller Beteiligten genutzt sowie Zeitressourcen eingespart werden können.

Zugleich macht der DPR darauf aufmerksam, dass die nachhaltige Umsetzung der angestrebten Reformziele eine konsequente Einbindung pflegefachlicher und pflegewissenschaftlicher Expertise sowie die strukturelle Stärkung der Interessensvertretung der Pflegeberufe voraussetzt. Eine im vorliegenden Entwurf zu begrüßende verstärkte Beteiligung der maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene darf jedoch nicht nur punktuell erfolgen, sondern muss vor allem bei entscheidenden Umsetzungs- und Regelungsprozessen eine mitgestaltende Rolle einnehmen.

Eine zukunftsfähige Konkretisierung von Aufgaben, Leistungen und Verantwortlichkeiten der Pflegefachpersonen müssen auf einer systematisch entwickelten, pflegewissenschaftlich fundierten Grundlage erfolgen. In diesem Zusammenhang betont der DPR die zentrale Bedeutung bestehender pflegewissenschaftlicher Konzepte, insbesondere die Arbeiten des BAPID-Projekts. Diese Grundlagen sind unter Bezugnahme internationaler Standards und somit einer internationalen Anschlussfähigkeit in einen Muster-Scope-of-Practice zu überführen, der nicht auf eine bloße Sammlung von Tätigkeiten reduziert werden darf, sondern eine professionsbezogene Aufgabenbeschreibung auf Basis von Pflegeprozessverantwortung, Beratung und Prävention beinhalten muss.

Der DPR weist zudem darauf hin, dass pflegefachliche Leistungen weiter gefasst werden müssen als lediglich als Ergebnis von ärztlichen Diagnosen abgeleitete Maßnahmen. Die

Erarbeitung von Leistungskatalogen kann daher nur als ein weiterer Schritt in Richtung pflegerischer Heilkundenausübung verstanden werden. Besonders für künftige Gesetzesinitiativen, die beispielsweise den Einsatz von Advanced Practice Nursing (APN) und Community Health Nursing (CHN) regeln sollen, bedarf es einer Weiterentwicklung hin zu eigenverantwortlicher heilkundlicher Ausübung durch Pflegefachpersonen.

Schließlich ist die Etablierung einer leistungsfähigen, hauptamtlich strukturierten Interessensvertretung der beruflich Pflegenden auf Bundesebene unerlässlich. Der DPR steht als etablierte Dachorganisation zur Verfügung und appelliert an den Gesetzgeber, die institutionellen Voraussetzungen für eine starke Stimme der Pflege in der Gesundheitsversorgung verbindlich zu schaffen, damit die angestrebten Ziele des Pflegekompetenzgesetzes und weiterer Gesetzgebungsverfahren zur Stärkung der Profession Pflege erreicht werden können.

Pflegekompetenz entfaltet ihre volle Wirkung, wenn sie auch digital umgesetzt wird. Das Pflegekompetenzgesetz strebt eine Erweiterung der pflegerischen Verantwortungsbereiche an. Diese müssen durch digitale IT- und KI-Strukturen unterstützt werden, die pflegerisches Handeln in Echtzeit, sektorenübergreifend und entlang der Versorgungsprozesse fördern.

Denn pflegerische Kompetenz zeigt sich nicht nur in fachlicher Expertise, sondern auch in der sicheren Anwendung digitaler Systeme. Pflege folgt dabei einer eigenen professionellen Versorgungslogik mit spezifischen digitalen Anforderungen. Pflegedokumentation, Pflegeprozesse, Kommunikation, Planung und Beziehungsgestaltung benötigen eigene digitale Standards. Diese Standards machen Pflege als eigenständige Profession sichtbar, anschlussfähig und handlungsfähig. Sie machen die Versorgung sicherer.

Ohne gezielte digitale Entwicklung bleiben pflegerische Kompetenzen ungenutzt und können nicht zukunftsfähig weiterentwickelt werden. Pflege ohne Digitalisierung ist im 21. Jahrhundert undenkbar. Deshalb braucht es eine eigenständige Digitalinitiative, die digitale Pflegekompetenz stärkt, systematisch verankert und in alle Digitalstrategien des Gesundheitswesens integriert.

Für den gezielten Einsatz pflegerischer Kompetenzen benötigen wir zudem eine einheitliche, sektorenübergreifende Datengrundlage auf HL7-FHIR- und SNOMED/ICNP-Basis. Ein eigenes Datenzentrum der Pflege kann so pflegerische Interventionen bewerten, die Wirksamkeit der Heilkundeübertragung belegen und die Forschung stärken.

Der DPR bittet, die uneinheitliche Verwendung der Begriffe zu „heilkundlichen Tätigkeiten/Aufgaben“, „selbstständig“ und „eigenverantwortlich“, aber auch in der unterschiedlichen Verwendung zwischen dem Gesetzestext und seiner Begründung, zu überprüfen.

## **Zusammenfassung**

Der DPR begrüßt insbesondere

- die Regelungen in § 5 SGB XI, wonach Präventionsleistungen auch Pflegebedürftigen in der häuslichen Pflege zugutekommen und Pflegefachpersonen hierzu einen entscheidenden Beitrag leisten. Dabei müssen pflegewissenschaftliche Erkenntnisse maßgeblich eingebunden werden.
- die angestrebte Erarbeitung eines Muster-Scope-of-Practice im Rahmen des § 8 Absatz 3c SGB XI. Dabei müssen pflegetheoretische Konzepte die Grundlage für die Ausarbeitungen bilden; zudem sind bestehende pflegewissenschaftliche Konzepte und Dokumente, insbesondere die Ergebnisse des BAPID-Projekts systematisch einzubeziehen. Eine strukturierte Beteiligung der maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene ist dabei entscheidend, um die Entwicklung eines fachlich fundierten Scope-of-Practice sicherzustellen. Die aktuell vorgesehene Einbindung dieser Organisationen bleibt bisher unzureichend. Darüber hinaus dürfen pflegerische Aufgaben nicht ausschließlich im Anschluss an ärztliche Maßnahmen

gedacht und abgebildet werden. Die Eigenlogik professionellen Pflegehandelns muss berücksichtigt und ins Zentrum der konzeptionellen sowie gesetzlich anschlussfähigen Weiterentwicklung gestellt werden.

- in § 118a SGB XI die Beteiligungsrechte für die Wahrnehmung der Interessen der Pflegeberufe auf Bundesebene. Dafür braucht es eine hauptamtlich strukturierte und dauerhaft finanzierte Organisation, die auf der Kompetenz und Infrastruktur des DPR aufbaut.
- die Regelung in § 15a SGB V, wonach Leistungen der ärztlichen Behandlung, die Pflegefachpersonen unter bestimmten Voraussetzungen erbringen können, ins SGB V aufgenommen werden sollen. Mit der ebenfalls geregelten Pflegeprozessverantwortung ist ein wichtiger Schritt zur Anerkennung pflegerischer Fachkompetenz und der Berücksichtigung dieser im Leistungsrecht getan. Der § 15a bleibt jedoch zu stark an ärztlicher Diagnostik orientiert und verankert keine eigenständige heilkundliche Ausübung durch Pflegefachpersonen. Eine Stärkung pflegeautonomer Leistungen, auch für APN- und CHN-Profile, ist dringend erforderlich.
- die in § 113c Absatz 9 SGB XI geplante Geschäftsstelle für die Begleitung der Personal- und Organisationsentwicklung. Die gleichzeitige Berücksichtigung der Personalbemessungsinstrumente im Krankenhaus ist aus Sicht des DPR zwingend erforderlich.

Analog zu Pflegefachpersonen sollte auch Hebammen die Möglichkeit eingeräumt werden, bestimmte Hilfsmittel, Heilmittel oder Präventionsleistungen eigenverantwortlich zu empfehlen oder zu verordnen. Auch im stationären Sektor ist es sinnvoll, die aktuelle Aufgabenverteilung zu evaluieren und im Sinne einer erfolgreichen und effizienten interdisziplinären Zusammenarbeit zu überprüfen. Konzepte wie der Hebammenkreißsaal sollten ausgebaut und weiter gefördert werden. Im Bereich der Medikamentenverordnung wäre es wichtig zu prüfen, in welchen Bereichen Hebammen eigenständig auf Grundlage ihrer im Studium erworbenen Kompetenzen arbeiten könnten.

In diesem Sinne sollten auch Modellprojekte analog § 64d SGB V angestrebt und gefördert werden, die die Erweiterung der Hebammenkompetenzen in regionalen Versorgungsstrukturen oder im klinischen Setting erproben und mit wissenschaftlicher Begleitung durch Hebammen evaluiert und weiterentwickelt werden.

Bei der Entwicklung und Umsetzung regionaler Versorgungsnetzwerke, digitaler Infrastruktur (§§ 317, 373, 374 SGB V) und Präventionsangeboten sowie der Weiterentwicklung von Qualitätsstandards sollte eine systematische Einbindung der maßgeblichen Hebammenverbände an den für sie relevanten Stellen angestrebt werden.

Im Folgenden kommentiert der DPR ausgewählte Gesetzesänderungen und unterbreitet folgende Änderungsvorschläge.

## **Artikel 1 Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch**

### Zu Nummer 2 Buchstabe b)

#### **§ 5 Prävention in Pflegeeinrichtungen und in der häuslichen Pflege, Vorrang von Prävention und medizinischer Rehabilitation, Absatz 1a**

Der DPR begrüßt, dass mit dem neuen Absatz 1a der Zugang zur verhaltensbezogenen Prävention für Pflegebedürftige in häuslicher Pflege ermöglicht wird. Der Gesetzgeber regelt damit den präventiven Auftrag der Pflegeprofession und adressiert einen konkreten Beratungsauftrag. Pflegefachpersonen wird damit ermöglicht, im Rahmen der Beratung nach den §§ 7a, 7c und 37 Absatz 3 oder bei der Leistungserbringung nach § 36 eine Empfehlung für Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention nach § 20 Absatz 4 SGB V

auszusprechen. Die Berücksichtigung pflegewissenschaftlicher Erkenntnisse ist dabei unerlässlich.

#### Änderungsvorschlag zu Satz 1 und Satz 6

(1a) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen legt unter Einbeziehung ~~unabhängigen~~ **und pflegewissenschaftlichen** Sachverständes die Kriterien für die Verfahren nach Satz 1 bis 3 fest, insbesondere hinsichtlich des Inhalts, der Methodik, der Qualität, wissenschaftlicher Evaluation und der Messung der Erreichung der mit den Maßnahmen verfolgten Ziele.

#### Zu Nummer 3 Buchstabe b)

##### **§ 7a Pflegeberatung, Absatz 3**

Die Auswahl des vorgesehenen Beratungspersonals ist kritisch zu hinterfragen. Der Einsatz von Versicherungsfachangestellten wirft berechtigte Zweifel an deren pflegfachlicher Kompetenz auf.

Es entsteht der Eindruck, die Pflegekassen sollten Verfahren und Personalschlüssel entwickeln, um die notwendige Zahl qualifizierter Beratungspersonen festzulegen. Ein solches Vorhaben könnte an der pflegerischen Realität vorbeigehen.

Zudem besteht die Sorge, dass parallele Strukturen zu bestehenden Beratungsangeboten von Pflegediensten, Pflegestützpunkten und Krankenhaussozialdiensten aufgebaut werden.

#### Zu Nummer 6 Buchstabe b)

##### **§ 8 Gemeinsame Verantwortung, Absatz 3c**

Der DPR begrüßt die Initiativen zur Ausgestaltung und Weiterentwicklung der Inhalte von Leistungen, die durch Pflegefachpersonen entsprechend ihrer Kompetenzen erbracht werden können. Eine solche Ausgestaltung erfordert jedoch einer Auseinandersetzung mit pflegetheoretischen Konzepten, um auf einer pflegfachlich und pflegewissenschaftlich fundierten Grundlage kompetenz- und qualifikationsbezogene Aufgaben der Pflege systematisch entwickeln zu können.

Der zeitnahe Einbezug pflegewissenschaftlicher Expertisen ist eine Grundvoraussetzung für die Erarbeitung einer systematischen und umfassenden, kompetenz- bzw. qualifikationsbezogenen Darstellung pflegerischer Aufgaben. Dass dabei relevante Ausarbeitungen, wie die Expertenstandards der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft (DNQP) und anderer einbezogen werden sollen, ist zu begrüßen. Dies ersetzt jedoch nicht die pflegewissenschaftliche Zusammenführung theoretischer und praxisrelevanter Inhalte mit Blick auf das Leistungsrecht. Insbesondere die Ergebnisse zu Aufgaben- und Rollenprofilen des BAPID-Projektes (Bildungsarchitektur der Pflege in Deutschland) müssen berücksichtigt werden. Diese bilden eine solide Grundlage für eine bundeseinheitliche, kompetenzorientierte Bildungsarchitektur mit unterschiedlichen Kompetenzprofilen und -niveaus, gegliedert nach Meso- und Mikroebene, sowie mit dem Ziel der Durchlässigkeit. Die Beschreibung von Kompetenzen in Wissen, Können, Verstehen und Reflektieren ist üblich für berufliche Kompetenzbeschreibungen.

Die maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene bei der Erarbeitung von Aspekten zur Dauer, den Inhalten und Näherem zur Durchführung der wissenschaftlichen Expertisen lediglich anzuhören, reicht keinesfalls aus. Die maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe müssen gemäß § 118a Absatz 1 als Interessensvertretung der beruflich Pflegenden in die Erarbeitung eingebunden und gestaltend beteiligt werden. Vom Gesetzgeber benötigt es zudem eine Konkretisierung der Einbindung der maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene. Die Organisationen in „geeigneter Art und

Weise“ einzubeziehen, lässt Auftraggebenden zu viel Interpretationsspielraum und birgt die Gefahr einseitiger Einflussnahme.

Ökonomische Interessenslagen der Kostenträger gemäß dem Wirtschaftlichkeitsgebot einzelne Maßnahmen zur besseren Vergleichbarkeit und Kostensteuerung abbildbar zu machen, darf keinesfalls Ausgangsbasis bei der Erarbeitung von Leistungen sein, die von Pflegefachpersonen mit entsprechenden Kompetenzen erbracht werden können. Dies darf keinesfalls im Mittelpunkt der Ausarbeitungen eines sog. Scope-of-Practice stehen.

Die Notwendigkeit eine „Übersetzungshilfe“ für Kostenträger und Leistungserbringer zu schaffen, ist wichtig, muss jedoch der zweite Schritt sein.

Bei der Erarbeitung eines Muster-Scope-of-Practice betreffend des § 73d bedarf es nicht nur den Fokus auf die vertragsärztliche Versorgung, sondern zunächst die Darlegung pflegefachlicher Leistungen, die weit mehr als alleinig aus ärztlicher Diagnosestellung oder medizinischer Behandlung bestehen.

Pflegerische Aufgaben im Sinne der Pflegeprozessverantwortung betreffen die Erhebung und Feststellung des Pflegebedarfes mit Durchführung einer Pflegeanamnese, der Nutzung von Assessmentinstrumenten sowie der Formulierung von Pflegeproblemen und Ressourcen. Zudem zählen zu pflegefachlichen Aufgaben unter anderem die intra- und interprofessionelle Koordination, Ableitung von Maßnahmen auf Basis pflegerischer Problemlagen, Gesundheitsförderung und Prävention sowie Beratung.

Der RefE erkennt an, dass pflegerische Aufgaben international durch berufsständige Organisationen unter Berücksichtigung beruflicher, hochschulischer oder in Fort- und Weiterbildung erworbener Kompetenzen, definiert werden. Umso wichtiger ist die Einbindung maßgeblicher Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene in stärkerem Maße als bisher vorgesehen. Nur so lassen sich die Ziele der Gesetzgebungsbestrebung mittel- und langfristig erreichen und das volle Potenzial pflegefachlicher Eigenverantwortung im Sinne einer nachhaltigen Gesundheitsversorgung ausschöpfen.

Diese Eigenverantwortlichkeit darf nicht alleinig unter dem Fokus eines ärztlichen Leistungsspektrums betrachtet werden, sondern muss auf einer pflegefachlichen Aufgabenstruktur basieren.

#### Änderungsvorschlag zu § 8 Absatz 3c Satz 1- 5

(3c) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen fördert gemeinsam mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen **pflegewissenschaftliche** wissenschaftliche 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. **Grundlage der Expertisen soll die Auseinandersetzung mit pflegetheoretischen Konzepten und pflegewissenschaftlichen Modellen bilden, um eine qualifikations- und kompetenzbezogene Systematisierung der Aufgaben der Pflege sicherzustellen (Muster Scope-of-Practice). Die Ausarbeitungen des BAPID-Projektes sind miteinzubeziehen.** 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 ~~nach Anhörung~~ **und** der maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene die Dauer, Inhalte und das Nähere zur Durchführung von **pflegewissenschaftlichen** wissenschaftlichen Expertisen nach Satz 1. Die Beauftragung der Erstellung **pflegewissenschaftlicher** wissenschaftlicher 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** wissenschaftlicher Expertisen sowie bei ihrer Durchführung **hat der Auftragnehmer die maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe mitbestimmend**

~~*an der inhaltlichen Ausgestaltung einzubeziehen. 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.

Zu Nummer 6 Buchstabe d) Buchstabe aa)

### **§ 8 Gemeinsame Verantwortung, Absatz 7 Satz 4 Nummer 8**

Die in § 8 Abs. 7 Satz 4 SGB XI neu eingefügte Nummer 8 erleichtert den Pflegeeinrichtungen die Konzeption und Umsetzung eines betrieblichen Integrationsmanagements für internationales Pflege- und Betreuungspersonal. Der DPR begrüßt, dass nun auch Maßnahmen zur betrieblichen Integration von internationalem Personal förderfähig sind. Praxisberichte und Studien zeigen, dass solche Maßnahmen entscheidend dazu beitragen, dass die Integration gelingt und internationale Pflegenden dauerhaft in Deutschland und in der Pflege tätig bleiben.

Kritisch merkt der DPR jedoch an, dass der Gesetzgeber sich hierbei ausschließlich auf die Versorgungsstruktur im SGB XI konzentriert und vergleichbare Regelungen im SGB V unberücksichtigt lässt.

Die Aufzählung sollte um Anreizsysteme für ungünstige Arbeitszeiten ergänzt werden. Diese Anreize müssen so gestaltet sein, dass sie die Attraktivität solcher Arbeitszeiten für die Mitarbeitenden spürbar erhöhen. Ob dies durch finanzielle, steuerliche oder andere Anreize erfolgt, bleibt offen. Modellprojekte könnten erprobt und über Fördermittel unterstützt werden. Ziel ist die Förderung einer ausgewogenen Work-Life-Balance.

Zu Nummer 8

### **§ 9 Aufgaben der Länder, Satz 2 ff**

Der DPR begrüßt das Anschließen von regionalen Pflegestrukturplanungen unter Einbezug von Community Health Nurses. Sie bilden eine notwendige Grundlage, um bedarfsgerechte kommunale Versorgungsnetze aufzubauen

Zu Nummer 10 Buchstabe a) und b)

### **§ 11 Rechte und Pflichten der Pflegeeinrichtungen, Absatz 1 und 1a**

Der DPR begrüßt die Ergänzungen zum Absatz 1 zur Verdeutlichung der Pflegeprozessverantwortung von Pflegefachpersonen zwischen den bisherigen Sätzen 1 und 2.

Der DPR bittet, die bisherige Formulierung des Satz 1 klarstellend dahingehend zu ändern, dass die Pflegeeinrichtungen nicht pflegen, sondern die Pflege sicherstellen.

Änderungsvorschlag zu § 11 Absatz 1

(1) Die Pflegeeinrichtungen ~~pflegen, versorgen und betreuen~~ **stellen für** die Pflegebedürftigen, die ihre Leistungen in Anspruch nehmen, **eine pflegerische Versorgung und Betreuung** entsprechend dem allgemeinen Stand der medizinisch-pflegerischen Erkenntnisse **sicher**.

Der DPR begrüßt darüber hinaus die ausdrückliche Verpflichtung der Einrichtungen gemäß § 11 Absatz 1a, Mitarbeiter:innen sowie betriebliche Interessenvertretungen in die Entwicklung von einrichtungsspezifischen Konzepten zur Delegation von Leistungen von Pflegefachpersonen auf Pflegefachassistenzpersonen, Pflegehilfskräfte und anderes Personal

einzu beziehen, das Leistungen der Pflege oder Betreuung von Pflegebedürftigen erbringt. Begrüßt wird auch die Verpflichtung zur Information und Schulungen im Bedarfsfall.

Es darf jedoch nicht zu einer zusätzlichen Nomenklatur führen, die bei Prüfungen abgefragt und nachgewiesen werden muss. Das würde bürokratische Hürden schaffen und den ursprünglichen Zweck, die Förderung von Einbeziehung, verfehlen.

#### Zu Nummer 12

##### **§ 15 Ermittlung des Grades der Pflegebedürftigkeit, Begutachtungsinstrument, Absatz 7**

Es ist nachvollziehbar, dass der 2017 eingeführte neue Pflegebedürftigkeitsbegriff mit seiner Bewertungssystematik hinsichtlich seiner Wirksamkeit und Vollständigkeit zur Ermittlung des Grades der Pflegebedürftigkeit einschließlich sich daraus ggf. ergebender Weiterentwicklungsnotwendigkeiten nach nun acht Jahren überprüft werden soll. Eine gesetzlich festgelegte Regelung zu Zeiträumen und Finanzierung der Überprüfung und ggf. Weiterentwicklung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs und seiner Bewertungssystematik wird von Seiten des DPR begrüßt.

Der im neuen Absatz 8 des § 15 SGB XI beauftragte und bis 30.06.2026 vorzulegende Bericht des Spitzenverbands Bund der Pflegekassen kann dem, auch unter unabhängiger wissenschaftlicher Begleitung, allerdings aus mehreren Gründen nicht sachgerecht nachkommen.

In den Erläuterungen zu Nummer 12 des vorliegenden RefE Pflegekompetenzgesetz - B. Besonderer Teil (S. 95/96) - wird einerseits auf die positiven Bewertungen in den Ergebnissen der 2017 bis 2019 begleitend zur Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs durchgeführten Evaluation hingewiesen, andererseits auf sich ergebende Fragestellungen zum anhaltenden überproportionalen Anstieg der Pflegebedürftigkeit. Diese beiden Punkte sind aus Sicht des DPR zu trennen und in zwei getrennten Studien durchzuführen.

Für die Überprüfung und die daraus ggf. folgenden Schritte zur Weiterentwicklung ergeben sich u. a. aus den beiden benannten Aspekten im Teil B. des RefE

- unterschiedliche noch genauer zu definierende Fragestellungen, unter Einbeziehung pflegewissenschaftlicher Expertise als Grundlage für die Ausschreibung und Beauftragung zur Durchführung der Überprüfung,
- ist der bis 30.06.2026 gesetzte Zeitraum zur Beantwortung der erforderlichen Fragestellungen zu kurz,
- halten wir die einseitige Beauftragung des Spitzenverbands Bund der Pflegekassen nicht für zielführend.

Der DPR empfiehlt, die Überprüfung und Weiterentwicklung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs per gesetzlicher Festlegung dem Qualitätsausschuss Pflege nach § 113b zu übertragen.

#### Zu Nummer 14

##### **§ 17a Richtlinien zur Empfehlung von Pflegehilfsmitteln und Hilfsmitteln nach § 40 Absatz 6, Absatz 1**

Der DPR begrüßt, dass mit diesem neu eingefügten Satz die Befugnisse der Pflegefachpersonen durch eine Richtlinie erweitert werden. Damit besteht die Möglichkeit, die derzeit noch eingeschränkten Produktgruppen auf alle pflegerelevanten Hilfsmittel bzw. Pflegehilfsmittel auszuweiten. Dieses Vorgehen entlastet die Pflege und schont Ressourcen.

Kritisch anzumerken ist, dass der Spitzenverband Bund der Pflegekassen bei den Festlegungen der Richtlinie über das jeweils erforderliche Qualifikationsniveau der empfehlenden Pflegefachpersonen entscheidet. Die maßgeblichen Organisationen der

Pflegeberufe auf Bundesebene nach § 118a sind aktiv an der Entwicklung der Richtlinie zu beteiligen und nicht nur über ein Stellungnahmerecht einzubeziehen.

Änderungsvorschlag zu § 17a Absatz 1 Nummer 2:

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

[...]

Dabei ist [...]. **Die Festlegung der entsprechenden Qualifikationsniveaus erfolgt unter Mitbestimmung der maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene nach § 118a.**

Zu Nummer 17 Buchstabe b)

**§ 18e Weiterentwicklung des Verfahrens zur Pflegebegutachtung durch Modellvorhaben, Studien und wissenschaftliche Expertisen Absatz 6**

Der DPR begrüßt die Absicht, Pflegefachpersonen, die in der unmittelbaren pflegerischen Versorgung der zu begutachtenden Pflegebedürftigen tätig sind, die Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach § 18 SGB XI zu ermöglichen und entsprechende Modellprojekte durchzuführen.

Bereits heute verfügen Pflegeeinrichtungen über ein Pflegegradmanagement mit einem systematischen Abgleich zwischen dem sich individuell veränderndem Pflegebedarf der Pflegebedürftigen und ihrem aktuellen Pflegegrad. Die damit befassten Pflegefachpersonen können auf der Grundlage dieser Einschätzungen im Bedarfsfall statt einer Antragstellung zur Begutachtung durch den Medizinischen Dienst (MD), die entsprechenden Gutachten auch selbst erstellen.

Um die Regelung in der Praxis über die Modellprojekte hinaus zügig umsetzen zu können, empfiehlt der DPR, den Projektzeitraum auf den 31.12.2027 zu verkürzen.

Zu Nummer 22 Buchstabe a)

**§ 37 Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen**

Digitale Möglichkeiten müssen konsequent ausgeschöpft werden. Beratungsbesuche können durch Videotechnik ergänzt werden. Dennoch ist mindestens ein persönlicher Besuch pro Jahr oder alle 18 Monate erforderlich.

Zu Nummer 25 Buchstabe b)

**§ 40 Pflegehilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen, Absatz 6**

Die Antragstellung sollte auch digital möglich sein. Die ausschließliche Schriftform ist nicht mehr zeitgemäß.

Zu Nummer 26 Buchstabe a)

**§ 40a Digitale Pflegeanwendungen, Absatz 1a Satz 1**

Der DPR begrüßt das Bemühen des Gesetzgebers, durch digitale Pflegeanwendungen den Versorgungsprozess für die Versicherten, ihre An- und Zugehörigen und professionell Pflegenden zu unterstützen. Bisher hat die Komplexität des Anerkennungsverfahrens verhindert, dass Digitale Pflegeanwendungen (DiPA) in das Verzeichnis für digitale Pflegeanwendungen aufgenommen werden konnten. Zudem war bisher der Nutzen unmittelbar auf die Versicherten beschränkt. Neu ist nun ein erweiterter Nutzen, der DiPA für

pflegende Angehörige, wenn sie eine entlastende Wirkung für die Pflegeperson oder eine stabilisierende Wirkung für die Versorgung in der Häuslichkeit haben, ohne dass eine direkte Pflegebedürftigkeit vorausgesetzt wird. Die begleitenden Wirksamkeitsstudien können in der Erprobung der Software durchgeführt werden. Ob dies, auch in Verbindung mit dem geänderten einheitlichen Leistungsbeitrag in § 40b Absatz 1 SGB XI über 40 Euro/Monat und der Vergütung für eine temporäre Unterstützung über 30 Euro/Monat, ein ausreichender Anreiz für die Industrie sein wird, die prospektive Entwicklung und Investition in DiPA Software durch eine hinreichende Marktgängigkeit zu amortisieren, bleibt abzuwarten.

Zu Nummer 26 Buchstabe bb)

#### **§ 40a Digitale Pflegeanwendungen, Satz 5**

Eine unbefristete Bewilligung sollte im Fall veränderter Voraussetzungen widerrufbar sein. Sie dient der Entbürokratisierung, darf aber nicht zu dauerhaftem Leistungsanspruch führen, wenn die Notwendigkeit entfällt.

Zu Nummer 31

#### **§ 45d Förderung der Selbsthilfe in der Pflege, Verordnungsermächtigung, Absatz 1**

Es wird empfohlen, eine Dynamisierung vorzusehen. Eine feste Pauschale von 20 Cent ist nicht angemessen. Eine flexible Regelung zur dynamischen Anpassung sollte gesetzlich verankert werden.

Zu Nummer 50, Absatz 1, Nummer 3 und 6

#### **§ 92c Verträge zur pflegerischen Versorgung in gemeinschaftlichen Wohnformen**

Es darf keine Vermischung und Spiegelung von Leistungen aus SGB V (§ 37) und SGB XI (§ 89) geben. Die häusliche Krankenpflege gehört ausschließlich zum Leistungsspektrum des SGB V. Das sogenannte Basispaket in der Versorgung von Wohngemeinschaften muss von der häuslichen Krankenpflege klar abgegrenzt bleiben. Ein Einbezug dieser ist abzulehnen.

Es ist sicherzustellen, dass das sogenannte Basispaket im Referentenentwurf und im dann folgenden Gesetzentwurf konsistent im Kontext der Betreuung in Wohngemeinschaften gesehen wird und nicht die Leistungen der häuslichen Krankenpflege pauschaliert einbezieht. Im Leistungsrecht gibt es ausschließlich nur die häusliche Krankenpflege nach SGB V beziehungsweise Leistungen gemäß § 36 oder Vergütungen nach § 89 nach dem SGB XI.

Zu Nummer 56

#### **§ 113 Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität, Absatz 1**

Neben pflegewissenschaftlichem Fortschritt sollte auch technischer Fortschritt berücksichtigt werden. Digitale Anwendungen wie diktierter Pflegedokumentationen, KI-gestützte Pflegeberichte und automatisierte Prozesse wie auch generell der Einsatz von KI müssen ermöglicht und integriert werden.

Zu Nummer 58 Buchstabe a)

#### **§ 113c Personalbemessung in vollstationären Pflegeeinrichtungen, Absatz 2**

Der DPR begrüßt, dass mit den Änderungen des § 113c SGB XI in Absatz 2 Satz 2 Nummer 3 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. Analog § 37 Absatz 3 PfIBG ist dies insbesondere hinsichtlich hochkomplexer Pflegesituationen ein wichtiger Schritt zur Sicherstellung der Pflege nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinisch-pflegerischen Erkenntnisse, sowohl durch die praxisnahe Vermittlung von fallorientierten, vorliegenden Erkenntnissen, als auch des Anstoßens von erforderlicher Forschung aus der Praxis heraus.

Wir bitten allerdings, die neue Nummer 3 in Absatz 2 Satz 2 zu ergänzen um die Geltung auch für 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.

Diese akademisch qualifizierten Pflegefachpersonen sind in den „Empfehlungen der Arbeitsgruppe der Ausbildungsoffensive Pflege – Aufgabenprofile akademisch qualifizierter Pflegefachpersonen“ ausdrücklich auch benannt (Seite 5: 1. Einleitung, zweiter Absatz.)<sup>1</sup>. Dies muss im letzten Absatz der Begründung zu Nummer 58 (113c), Buchstabe a auf Seite 134 dieses Referentenentwurfs auch ergänzend ausgesagt werden.

#### Änderungsvorschlag zu Absatz 2 Satz 2 Nummer 3

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 und Betreuung von Pflegebedürftigen erbringt.

#### Zu Nummer 58 Buchstabe b)

##### **§ 113c Personalbemessung in vollstationären Pflegeeinrichtungen, Absatz 3**

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.

---

<sup>1</sup> Arbeitsgruppe der Ausbildungsoffensive Pflege (2023), [https://www.pflegeausbildung.net/fileadmin/content/user\\_upload/231010\\_Empfehlungen\\_AQP\\_final.pdf](https://www.pflegeausbildung.net/fileadmin/content/user_upload/231010_Empfehlungen_AQP_final.pdf)

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.

#### Änderungsvorschlag zu Absatz 3, Nummer 1

[...] **kann soll** die Pflegeeinrichtung geeignete Maßnahmen der Personal- und Organisationsentwicklung durchführen, die einen personenzentrierten und kompetenz-orientierten Personaleinsatz im Sinne der Ziele des § 113c gewährleisten; ~~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 Buchstabe d)

##### **§ 113c Personalbemessung in vollstationären Pflegeeinrichtungen Absatz 5**

Die Einbeziehung neben Pflegefachpersonen auch anderer Fachkräfte aus dem Gesundheits- und Sozialbereich in den Personalmix im Sinne einer interprofessionellen Zusammenarbeit ist grundsätzlich zu begrüßen. Die Fachkräfte aus den genannten Berufen können aber in keinem Fall die den Pflegefachpersonen gemäß § 4 PfIBG vorbehaltenen Aufgaben übernehmen.

Der DPR merkt deshalb an, dass diese Einbeziehung von Fachkräften aus den genannten Berufen nach aktuellem Umsetzungsstand des entwickelten Personalbemessungsverfahrens PeBeM auch nicht teilweise Stellenanteile nach Absatz 1 und 3. ersetzen können.

#### Zu Nummer 58 Buchstabe e)

##### **§ 113c Personalbemessung in vollstationären Pflegeeinrichtungen, Absatz 9**

Für eine erfolgreiche Umsetzung der Pflegepersonalbemessungsinstrumente im Krankenhaus (PPR 2.0) und in der stationären Langzeitpflege (PeBeM) braucht es auch aus Sicht des DPR eine verlässliche Institution auf Bundesebene, die eine lückenlose und adäquate fachliche Begleitung zur Weiterentwicklung und Sicherstellung der fachlich erforderlichen Pflege ermöglicht.

Der DPR begrüßt die unter Nummer 1 bis Nummer 5 in Satz 2 definierten Aufgaben der geplanten Geschäftsstelle und die nachfolgend in Satz 3 unter Nummer 1. und Nummer 2 beschriebenen Unterstützungsmaßnahmen.

Vor diesem Hintergrund fordert der DPR bei der geplanten Geschäftsstelle auch die Personal- und Organisationsentwicklung im Krankenhaus einzubeziehen und die Geschäftsstelle über das Jahr 2031 hinaus zu verstetigen.

#### Ergänzung zu weiteren erforderlichen Regelungen

##### **§ 113c Personalbemessung in vollstationären Pflegeeinrichtungen**

Der DPR sieht die aktuelle Personalsituation in der Langzeitpflege mit großer Sorge.

Aufgrund fachlich unzureichender Personalausstattungen kam und kommt es vielfach zu überhöhten Arbeitsbelastungen sowie zu überdurchschnittlichen Krankheitsquoten der Pflegepersonen und nachfolgend zu weiteren Berufsausstiegen. Ohne eine zeitnah verbesserte, den fachlichen Erfordernissen entsprechende bundeseinheitlich verbindlich geltende Personalbemessung, werden sich die genannten Probleme im Sinne einer Abwärtsspirale zu Lasten der Sicherstellung der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung weiter verstärken.

Zwei Jahre nach Inkrafttreten des § 113c SGB XI ist eine Personalausstattung nach Absatz 1 immer noch nicht in allen Bundesländern rahmenvertraglich nach § 75 SGB XI als selbstverständlich möglich und von den Leistungsträgern empfohlen geregelt.

Mit einer Personalausstattung nach den aktuellen Zielwerten gemäß § 113c Absatz 8, für eine bundeseinheitliche mindestens zu vereinbarende personelle Ausstattung, ist die Sicherstellung der fachlich erforderlichen Pflege nach § 11 SGB XI nicht möglich. Der DPR verweist hier auf seine dementsprechenden Stellungnahmen zum Verfahren im Jahr 2024.

Der DPR merkt an, dass die Regelungen des Absatzes 1 in § 113c SGB XI darüber hinaus nur als erster Schritt eine Teilumsetzung des wissenschaftlich entwickelten Personalbemessungsverfahrens PeBeM sind.

Der DPR drängt darauf, die vollständige Umsetzung des PeBeM weiter zu beschleunigen.

#### Zu Nummer 59 Buchstabe a)

##### **§ 114 Qualitätsprüfungen**

Für unauffällige Einrichtungen, mit dauerhaft guten Ergebnissen, ist eine Verlängerung der Prüffrequenz auf zwei bis drei Jahre auch im ambulanten Bereich zu prüfen. Anlassbezogene, unangemeldete Prüfungen sind davon auszunehmen. Die Konzentration der Prüfung sollte auf Einrichtungen liegen, die den Qualitätsstandard nicht erfüllen und nicht auf den Einrichtungen, die die Qualitätsvorgaben gut erfüllen.

Prüfungen im ambulanten Bereich sollten mindestens einen Werktag im Voraus angekündigt werden; Ankündigungen an Samstagen, Sonntagen oder Feiertagen sind auszuschließen.

#### Zu Nummer 64

##### **§ 118a Maßgebliche Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene, Verordnungsermächtigung**

Der DPR begrüßt außerordentlich, dass der Gesetzgeber mit dem Absatz 1 die Mitwirkung der für die Interessen der Pflegeberufe maßgeblichen Organisationen auf Bundesebene verankert und die Beteiligung weiterer Organisationen der Pflegeberufe, auch auf Landesebene regelt. Angesichts der Vielzahl von Berufsverbänden ist die Etablierung einer solchen Institution notwendig, um die Beteiligung der Pflegeberufe an Regelungen, die die berufliche Pflege betreffen, effektiv zu beteiligen.

Um eine solche Beteiligung nachhaltig zu sichern, bedarf es einer hauptamtlichen und strukturell langfristig finanziell abgesicherten Institution mit einer transparenten organisatorischen Infrastruktur, um die Interessen der Pflegeberufe auf Bundesebene gesammelt und zentral zu vertreten und zu stärken. In der Begründung zum RefE ist diese Infrastruktur benannt.

Der DPR, als etablierte Vertretung von 22 maßgeblichen Berufsverbänden der Pflege, der Hebammen und der Pflegewissenschaft, ist als Institution der beruflich Pflegenden auf Bundesebene in hohem Maße geeignet. Zur Einbeziehung anderer Organisationen, etwa auf Landesebene, wurden bereits Regelungen in der Satzung des DPR umgesetzt. Angesichts der zahlreichen Aufgaben, die im vorliegenden RefE für die maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene vorgesehen sind, bedarf es allerdings einer deutlichen Stärkung der Ressourcen im Hauptamt, um eine gelingende Vertretung zu ermöglichen.

Aktuell erhält der DPR eine finanzielle Förderung des Bundesgesundheitsministeriums, aufgrund eines Beschlusses des Deutschen Bundestages. Diese Förderung ist bis Dezember 2025 gesichert. Es wäre ein schwerer Rückschlag für die bisherige Vertretung der Interessen der Pflegefachpersonen auf Bundesebene, wie auch ein nicht nachhaltiger Umgang mit Ressourcen im Rahmen der Aufbauarbeit des DPR, wenn die finanzielle Förderung des bereits evaluierten, erfolgreichen DPR-Projekts zur Stärkung der Profession Pflege zum Jahresende

beendet wäre. Eine Weiterführung des Auf- und Ausbaus des DPR mit einer verstetigten institutionellen Förderung über das Jahr 2025 hinaus ist zur Stärkung der Profession Pflege notwendig.

Weiter begrüßt der DPR den Absatz 2, wonach pflegfachliche Expert:innen, die für unterschiedliche Entscheidungsprozesse in ehrenamtlicher Tätigkeit zur Verfügung stehen, einen Anspruch auf Erstattung von Reisekosten und Verdienstausschlag erhalten. Allerdings muss hier in Betracht gezogen werden, dass für die im RefE genannten Aufgaben, die von den maßgeblichen Organisationen auf Bundesebene erfüllt werden sollen, Vor- und Nacharbeiten zu leisten sein werden, die gleichfalls refinanziert werden müssen. Einzig nur die Ehrenamtlichkeit zu finanzieren, ist unzureichend und zementiert die seit Jahren bestehende strukturelle Ungleichheit im Pflege- und Gesundheitsbereich.

Der Bund und die Länder müssen der Profession Pflege in unserem Gesundheitssystem eine Struktur und damit Stimme geben, damit die Kompetenzen der beruflich Pflegenden in das System einfließen und Wirkung erzielen können. Eine zentrale, hauptamtlich geführte Organisation der Profession Pflege ist notwendig, um die Pflegeberufe zu stärken und ihre politische Wirksamkeit, ähnlich wie bei den erfolgreichen Vertretungen der Ärzt:innenschaft, zu sichern. Eine solche Organisation der Profession Pflege ist gleichzusetzen mit einer Gesundheitsversorgungssicherung des Bundes für seine Bevölkerung. Sie ist daher unverzichtbar.

Darüber hinaus sind für die inhaltliche Arbeit beim geplanten, erweiterten Beteiligungsrecht beim Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) (Koalitionsvertrag, Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz – GVSG), institutionalisierte Strukturen erforderlich.

## **Artikel 2 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch**

### Zu Nummer 1

#### **§ 15 – Ärztliche Behandlung, elektronische Gesundheitskarte**

Der DPR begrüßt außerordentlich, dass klargestellt wird, dass die pflegerischen Vorbehaltsaufgaben gemäß § 4 Pflegeberufegesetz aus dem Arztvorbehalt ausgenommen sind.

### Zu Nummer 2

#### **§ 15a – Behandlung durch Pflegefachpersonen, Pflegeprozessverantwortung**

Gemäß § 15a ist geplant, eine Behandlung durch Pflegefachpersonen (Ansatz 1) zu ermöglichen sowie auch die Pflegeprozessverantwortung (Absatz 2) gemäß der vorbehaltlichen Aufgaben nach § 4 PflBG zu regeln. Entsprechend ihrer erforderlichen Kompetenzen können Leistungen der ärztlichen Behandlung im Rahmen der Leistungserbringung unter bestimmten Voraussetzungen eigenverantwortlich von Pflegefachpersonen erbracht werden.

Das Ziel des Pflegekompetenzgesetzes ist es, die vielfältigen Kompetenzen von Pflegefachpersonen für die Versorgung stärker als bislang zu nutzen. Sie sollen neben Ärzt:innen vorbehaltene Leistungen eigenverantwortlich erbringen dürfen. Dabei soll es sich um Leistungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung, der häuslichen Krankenpflege und der Krankenhausbehandlung handeln. Eine Konkretisierung der Leistungen soll im Rahmenvertrag gemäß § 73d SGB V und § 112a SGB V unter Beachtung des nach § 8 Absatz 3c SGB XI festgelegten Rahmens erfolgen.

Der DPR begrüßt, dass durch die rechtliche Verankerung von Leistungen im SGB V, die durch Pflegefachpersonen erbracht werden können, ein wesentlicher Schritt zur Stärkung der

pflegerischen Kompetenz und zur gleichberechtigten Einbindung der Pflegeberufe in die gesundheitliche Versorgung erfolgt.

Jedoch muss deutlich darauf hingewiesen werden, dass sich Aufgaben von Pflegefachpersonen nicht ausschließlich auf solche beziehen, die sich aus einer oder im Rahmen einer medizinischen Diagnosestellung ergeben. Pflegefachpersonen muss es ermöglicht werden, entsprechend ihren erworbenen Kompetenzen pflegefachliche Leistungen neben medizinischen Versorgungsbedarfen und -leistungen zu erbringen. Obwohl der Leistungsanspruch der Versicherten formal gleichbleibt, erfordert die gesetzliche Verankerung pflegefachlicher Leistungen eine entsprechende Reaktion in der praktischen Umsetzung. Die Erarbeitung eines Muster-Scope-of-Practice, wie es § 8 Absatz 3c SGB XI vorsieht, wird unter Voraussetzung der oben erläuterten Aspekte zeigen, dass es sich bei pflegefachlichen Aufgaben um mehr handelt als nur um an medizinischer Diagnostik und ärztlicher Leistung angrenzende Tätigkeiten.

Es ist elementar, dass durch § 15a eine Grundlage für die Erbringung von pflegerischen, heilkundlichen Leistungen geschaffen wird, die auch über die Erbringung ärztlicher Leistungen hinausgeht. Insbesondere auch bei Berufsbildern wie APN oder CHN bedarf es pflegefachliche Autonomie und Heilkundenausübung, damit pflegefachliche Leistungen im Sinne der Zielsetzung der Berufsbilder auch erbracht werden können und der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung zugutekommen.

Aus Sicht des DPR ergibt sich aus der aktuellen Formulierung des § 15a keine überzeugende Kompetenzerweiterung der Pflegefachpersonen, insbesondere mit Blick auf die erwähnten Berufsbilder, sondern eine Fokussierung auf ärztliche Diagnose- und Indikationsstellungen entlang eines definierten Aufgabenkataloges.

Bereits im Referentenentwurf vom 03.09.2024 war im Rahmen des § 73d vorgesehen, dass vertragsärztliche Leistungen nur nach ärztlicher Diagnose und Indikationsstellung erfolgen können. Das erscheint im Sinne der erwähnten Leistungen im § 73d als folgerichtig. Da nun diese Voraussetzung in § 15a grundlegend verankert wird, werden zukünftige Bestrebungen zur Stärkung einer pflegerischen Autonomie erschwert. Pflegefachpersonen übernehmen medizinische Teilbereiche, jedoch nicht die Gesamtverantwortung für die pflegefachlichen Bedarfe und Bedürfnisse.

Der DPR fordert daher eine Anpassung des § 15a, um einen stärkeren Bezug zu einer autonomen Heilkundenausübung von Pflegefachpersonen im Versorgungsprozess herzustellen. Denn nur dann kann der Pflegeberuf an Attraktivität gewinnen, aktuell nicht im Vordergrund stehende Potenziale in der Gesundheitsversorgung künftig genutzt und schlussendlich die Versorgungsqualität der Patient:innen nachhaltig gesichert und verbessert werden.

#### Änderungsvorschlag zu § 15a

Behandlung durch Pflegefachpersonen, Pflegeprozessverantwortung

***(1) Pflegerische und heilkundliche Leistungen nach diesem und dem Elften Buch Sozialgesetzbuch werden durch Pflegefachpersonen erbracht. Pflegerische Leistungen dürfen nur unter Beachtung der Pflegeprozessverantwortung von Pflegefachpersonen nach § 4 des Pflegeberufgesetzes erbracht werden. Erweiterte heilkundliche Leistungen können im Rahmen der jeweils erworbenen Kompetenzen auch von Pflegefachpersonen mit einer Erlaubnis nach § 1 Satz 2 des Pflegeberufgesetzes in der Fassung vom 1. Januar 2025 oder von Pflegefachpersonen mit einer anderen, hinsichtlich der Erbringung von erweiterten heilkundlichen Leistungen gleichwertigen Qualifikation erbracht werden.***

***Auf Basis der Ausarbeitungen gemäß § 8 Absatz 3c unter Berücksichtigung pflegetheoretischer Konzepte und pflegewissenschaftlicher Modelle, die unter***

**Einbezug pflegewissenschaftlicher Expertisen erarbeitet werden, können folgende Leistungen eigenverantwortlich erbracht werden**

**1. in dem nach § 73d Absatz 1 und § 112a Absatz 1 vereinbarten Katalog genannte Leistungen der häuslichen Krankenpflege, einschließlich der für diese Leistungen benötigten Hilfsmittel sowie Leistungen im Rahmen der Leistungserbringung im Krankenhaus,**

2. nach einer erstmaligen ärztlichen Verordnung die Verordnung der in dem nach § 73d Absatz 1 Satz 1 die in Anlage 1 des nach § 64d Absatz 1 Satz 4 geschlossenen Rahmenvertrags genannten Leistungen der ärztlichen Behandlung

**(2) Pflegefachpersonen im Sinne dieses Buches sind Personen, die über eine Erlaubnis nach § 1 des Pflegeberufgesetzes verfügen.**

Insbesondere ist aus Sicht des DPR auf Basis der folgenden Begründung die Anpassung des § 28 SGB V erforderlich, der aktuell die ärztliche, zahnärztliche und psychotherapeutische Behandlung regelt.

§ 15 SGB V bildet die grundsätzliche Rechtsgrundlage für die Krankenbehandlung in der gesetzlichen Krankenversicherung. Er zählt die verschiedenen Leistungsformen auf, die unter die Krankenbehandlung fallen, darunter die ärztliche, zahnärztliche und psychotherapeutische Behandlung.

§ 28 SGB V konkretisiert diese Leistungsformen und regelt darüber hinaus, dass auch andere Personen ärztlich veranlasste Leistungen erbringen dürfen, sofern diese unter ärztlicher Anordnung und Verantwortung stehen.

Im Sinne einer Kompetenzerweiterung von Pflegefachpersonen, wie es das Gesetz in seiner grundsätzlichen Zielsetzung vorsieht benötigt es auch an dieser Stelle eine kongruente Anpassung. Die derzeitige Ausrichtung des § 28 SGB V bedeutet jedoch eine rechtliche Begrenzung. Pflegefachpersonen dürfen entsprechend § 28 SGB V nur dann heilkundlich tätig werden, soweit es durch eine ärztliche Anordnung gedeckt ist. Eine eigenständige Erbringung heilkundlicher Leistungen durch Pflegefachpersonen ist somit auch im § 28 SGB V zu verankern.

Änderungsvorschlag § 28 Absatz 4 (Neu)

§ 28 Ärztliche, ~~und~~ zahnärztliche **und pflegerische** Behandlung

**(4) Die heilkundliche Behandlung kann durch Pflegefachpersonen erfolgen, soweit dies im Rahmen der definierten Vorbehaltsaufgaben nach § 4 des Pflegeberufgesetzes sowie gemäß den Bestimmungen des § 15a erfolgt.**

Zu Nummer 3

**§ 20 Primäre Prävention und Gesundheitsförderung, Absatz 5**

Der DPR begrüßt, dass Pflegefachpersonen mit dieser Gesetzesänderung die Möglichkeit und Aufgabe erhalten, im Rahmen ihrer Beratungstätigkeit nach §§ 7a, 7c und 37 Absatz 3 SGB XI sowie im Rahmen der Leistungserbringung nach § 36 SGB XI Empfehlungen zur verhaltensbezogenen Primärprävention nach § 20 Abs. 5 SGB V auszusprechen.

Darüber hinaus ist zu begrüßen, dass die Krankenkassen verpflichtet werden, bei der Entscheidung über eine Leistung zur verhaltensbezogenen Prävention auch die Feststellungen zur Prävention im Rahmen der Pflegebegutachtung nach § 18b Abs. 2 SGB XI zu berücksichtigen.

#### Zu Nummer 4

##### **§ 33 Hilfsmittel, Absatz 5a**

Der DPR begrüßt, dass Pflegefachpersonen in Verbindung mit dem Rahmenvertrag nach § 73d SGB V die Möglichkeit erhalten, Versicherten bestimmte Hilfsmittel mittels Folgeverordnung zu verordnen und diese einer vertragsärztlichen Verordnung gleichgestellt wird. Gleichzeitig weisen wir darauf hin, dass perspektivisch eine Erstverordnung von Pflegehilfsmitteln und Hilfsmitteln im Rahmen entsprechender erforderlicher Handlungskompetenzen durch Pflegefachpersonen ermöglicht werden muss.

#### Zu Nummer 5 Buchstabe b)

##### **§ 37 Häusliche Krankenpflege, Absatz 2b**

Der DPR begrüßt, dass Leistungen der häuslichen Krankenpflege, die bisher der ärztlichen Behandlung zugeordnet sind, in den Katalog nach § 73d Absatz 1 Nummer 1 gemäß § 15a aufgenommen werden und durch Pflegefachpersonen erbracht werden können, wenn sie über die erforderlichen Kompetenzen verfügen.

#### Zu Nummer 7

##### **§ 39 Krankenhausbehandlung, Absatz 1 Satz 3**

Der DPR befürwortet die Klarstellung, dass Pflegefachpersonen ärztliche Leistungen im Rahmen der Krankenhausbehandlung gemäß § 15a Absatz 1 SGB V mit den vom DPR geforderten Anpassungen übernehmen können. Dementsprechend muss auf Basis vorangegangener Erläuterungen auch eine Ergänzung des § 28 Absatz 4 erfolgen.

#### Änderungsvorschlag § 39 Absatz 1 Satz 3 SGB V

Die Krankenhausbehandlung umfaßt im Rahmen des Versorgungsauftrags des Krankenhauses alle Leistungen, die im Einzelfall nach Art und Schwere der Krankheit für die medizinische Versorgung der Versicherten im Krankenhaus notwendig sind, insbesondere ärztliche Behandlung (§ 28 Abs. 1, **Abs. 4 und § 15a**), Krankenpflege, Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, Unterkunft und Verpflegung; die akutstationäre Behandlung umfasst auch die im Einzelfall erforderlichen und zum frühestmöglichen Zeitpunkt einsetzenden Leistungen zur Frührehabilitation.

#### Zu Nummer 10

##### **§ 64d Verpflichtende Durchführung von Modellvorhaben zur Übertragung ärztlicher Tätigkeiten, Absatz 1 und 2**

Der DPR begrüßt, dass die Änderungen auch auf die Überführung von Modellvorhaben in die Regelversorgung abzielen. Diese sollten im Einklang mit den vom DPR vorgeschlagenen Änderungen zur Kompetenzerweiterung von Pflegefachpersonen in § 15a SGB V stehen.

#### Zu Nummer 11

##### **§ 70 Qualität, Humanität und Wirtschaftlichkeit, Absatz 1 Satz 1**

Der DPR begrüßt, dass Krankenkassen und Leistungserbringer nunmehr eine bedarfsgerechte und gleichmäßige, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen und **pfliegewissenschaftlichen** Erkenntnisse entsprechende Versorgung der Versicherten zu gewährleisten haben.

## Zu Nummer 12

### **§ 73d Eigenverantwortliche Erbringung von Leistungen durch Pflegefachpersonen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung; eigenverantwortliche Verordnung häuslicher Krankenpflege durch Pflegefachpersonen, Evaluation**

Gemäß § 73d soll es Pflegefachpersonen mit entsprechenden Qualifikationen ermöglicht werden, bisher ausschließlich von Ärzt:innen erbrachte Leistungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung eigenverantwortlich zu übernehmen.

Diese beziehen sich nach § 73d SGB V auf Leistungen der häuslichen Krankenpflege.

Hierzu soll ein Katalog an Leistungen der ärztlichen Behandlung, die durch Pflegefachpersonen nach § 15a eigenverantwortlich erbracht werden können, sowie ein Katalog an Leistungen im Rahmen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 erstellt werden. Insbesondere sollen Rahmenvorgaben zur interprofessionellen Zusammenarbeit zwischen Pflegefachpersonen und Ärzt:innen zur Erbringung der Leistungen entwickelt werden.

Der DPR hat bereits in den Ausführungen zu § 15a auf die Notwendigkeit hingewiesen, die Voraussetzung einer ärztlichen Diagnose und Indikationsstellung dort zu verankern, wo sie den spezifischen Leistungen entspricht, und verweist an dieser Stelle auf die vorangegangenen Ausführungen.

Der DPR stellt positiv fest, dass die maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene im Sinne des § 118a SGB XI neben der Möglichkeit der Stellungnahme auch an den Sitzungen der genannten Vertragspartner teilnehmen können und die Stellungnahmen bei Entscheidungsprozessen zur Festlegung der Kompetenzen, die für die eigenverantwortliche Erbringung der Leistung notwendig sind, berücksichtigt werden.

Dennoch fordert der DPR eine stärkere und kontinuierliche Beteiligung und Mitbestimmung der maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe sowie auch einen Einbezug in die Erarbeitung der jeweiligen Kataloge und der Rahmenvorgaben zur interprofessionellen Zusammenarbeit gemäß § 73d Absatz 1.

Im Sinne der Ausgestaltung des § 112a, der die eigenverantwortliche Erbringung von Leistungen durch Pflegefachpersonen im Rahmen der Krankenhausbehandlung regelt, ist eine Prüfung der Leistungskataloge des § 73d auf zu übernehmende Inhalte, Rücksicht zu nehmen. Die Festlegung von Kompetenzen zur Erbringung der Leistungen, die über die Sektorengrenzen hinauswirken, wird vom DPR ausdrücklich befürwortet.

Jedoch ist von entscheidender Bedeutung, dass bei Regelungen, die eine sektorenübergreifende Kompetenz- und damit verbundene Leistungserbringung festlegen, von vorneherein eine sektorenübergreifende Perspektive eingenommen wird. Dies bekräftigt die Notwendigkeit, dass die maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe frühzeitig eingebunden werden und deren pflegefachliche und pflegewissenschaftliche Perspektive einen größeren Raum einnimmt als bisher vorgesehen.

Dem DPR erschließt sich im Hinblick auf die Evaluation der Regelungen gemäß § 73d Absatz 4 nicht, warum entgegen den zu begrüßenden Ausführungen des § 112a Absatz 4 nur die Prüfung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung im Fokus steht, nicht aber die Evaluation des effizienten Einsatzes der Pflegefachpersonen mit unterschiedlichen Qualifikationen und der Auswirkungen auf das Berufsbild der Pflegefachpersonen.

Grundsätzlich möchte der DPR auch darauf hinweisen, dass die Leistungen in einen konzeptionellen Rahmen überführt werden müssen, der wiederum Grundlage der Regelungen des § 8 Absatz 3c SGB XI zur Erarbeitung eines Muster-Scope of Practice ist. Aus Sicht des DPR lassen sich die Leistungen, die Pflegefachpersonen eigenverantwortlich übernehmen sollen, nur durch deren Einbindung sachgerecht ausgestalten und weiterentwickeln.

Der Aufbau eines solchen Katalogs könnte sich darüber hinaus an der „Strukturierung und Beschreibung pflegerischer Aufgaben auf der Grundlage des neuen

Pflegebedürftigkeitsbegriffs“ von Wingenfeld, K. & Büscher A. (2017) orientieren, die in der Begründung zu diesem Referentenentwurf erwähnt wird. Bei diesen Überlegungen dazu wird entscheidend sein, neben juristischer vor allem pflegewissenschaftliche Expertise einzubeziehen.

Die Entwicklung eines solchen konzeptionellen Rahmens ist herausfordernd, denn ärztliche Behandlungen, etwa aus der Häuslichen Krankenpflege-Richtlinie, die Pflegefachpersonen unter bestimmten Voraussetzungen ausführen, umfassen einzelne Tätigkeiten, aber keine Aufgabe. Da sich medizinische Tätigkeiten naturgemäß an medizinischen Diagnosen und pflegerische Aufgaben an der Pflegebedürftigkeit orientieren, erfordert eine Zusammenführung einen intensiven Austausch zwischen den Zielen und Aufgaben der jeweiligen Professionen.

Perspektivisch benötigt es zudem eine leistungsrechtliche Ableitung für die Berufsbilder der APN und CHN.

#### Änderungsvorschlag § 73d Absatz 2 und Absatz 4

(2) Die in Absatz 1 genannten Vertragspartner haben unter Beachtung der Vorgaben von § 15a Absatz 1 in dem Vertrag auch festzulegen, auf der Grundlage welcher Kompetenzen Pflegefachpersonen die nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und 2 vereinbarten Leistungen jeweils eigenverantwortlich erbringen oder verordnen können. Pflegefachpersonen können nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und 2 vereinbarten Leistungen bei an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringern und bei Leistungserbringern nach § 123a Absatz 4 erbringen oder verordnen. **Die maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene im Sinne des § 118a Absatz 1 Satz 1 des Elften Buches sind frühzeitig und kontinuierlich in die Erarbeitung und Fortschreibung der Regelungen nach § 73d Absatz 1 und Absatz 2 Satz 1 und 2 einzubinden und sind mitbestimmend beteiligt. Insbesondere werden Dden maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene im Sinne des § 118a Absatz 1 Satz 1 des Elften Buches und der Bundesärztekammer ist vor Abschluss des Vertrags Gelegenheit zur Stellungnahme gegeben zu geben;** sie haben das Recht, an den Sitzungen der in Absatz 1 Satz 1 genannten Vertragspartner teilzunehmen. Die Stellungnahmen sind beim Entscheidungsprozess der in Absatz 1 genannten Vertragspartner zu berücksichtigen. **Die maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene werden gleichberechtigt an den Verhandlungen zur Festlegung der Leistungen und Kompetenzanforderungen mitbestimmend beteiligt.** Wissenschaftliche Expertisen, die nach § 8 Absatz 3c Satz 1 des Elften Buches gefördert wurden, sollen hinsichtlich der Kompetenzanforderungen und dazugehörigen Aufgaben bei der Vereinbarung der Leistungen nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und 2 berücksichtigt werden.

(3) (...)

(4) Die in Absatz 1 Satz 1 genannten Vertragspartner **sowie die maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene** evaluieren die Auswirkungen der eigenverantwortlichen Erbringung von Leistungen der ärztlichen Behandlung durch Pflegefachpersonen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung, auch in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen, auf die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung, **den effizienten Einsatz der Pflegefachpersonen mit unterschiedlichen Qualifikationen und die Auswirkungen auf das Berufsbild der Pflegefachpersonen.** Die Evaluation erfolgt im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit und unter Beteiligung des Bundesministeriums für Bildung, Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Die in Absatz 1 Satz 1 genannten Vertragspartner legen dem Bundesministerium für Gesundheit vier Jahre nach Wirksamwerden des Vertrages nach Absatz 1 einen Bericht über das Ergebnis der Evaluation vor.

#### Zu Nummer 14

### **§ 112a Eigenverantwortliche Erbringung von Leistungen durch Pflegefachpersonen im Rahmen der Krankenhausbehandlung**

Gemäß § 112a soll es Pflegefachpersonen mit entsprechenden Qualifikationen ermöglicht werden, bisher ausschließlich von Ärzt:innen erbrachte Leistungen im Rahmen der Krankenhausbehandlung zu übernehmen.

Der DPR begrüßt, dass, entgegen dem Referentenentwurf vom 03.09.2024, der noch keine verlässliche Regelung für den Bereich der Krankenhausbehandlung vorsah, nun eine Regelung im vorliegenden Entwurf Einfang gefunden hat.

Analog den Ausführungen zum § 73d bedarf es bei Festlegung von Leistungen der ärztlichen Behandlung, die Pflegefachpersonen erbringen können, sowie bei der Erarbeitung von Rahmenvorgaben zur interprofessionellen Zusammenarbeit und der Kompetenzfestlegung, unbedingt eine frühzeitige und substanzielle Einbindung der maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene.

Der DPR begrüßt es ausdrücklich, dass sich die Evaluation, neben der Prüfung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung, auch auf den effizienten Einsatz der Pflegefachpersonen mit unterschiedlichen Qualifikationen und die Auswirkungen auf das Berufsbild der Pflegefachpersonen bezieht. Auch im Rahmen dieser Evaluation muss ein Einbezug der maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene stattfinden.

#### Zu Nummer 16 Buchstabe a)

### **§ 132a Versorgung mit häuslicher Krankenpflege, Absatz 1**

Der DPR begrüßt, dass in den Rahmenvereinbarungen nach § 132a SGB XI die Ressourcen für die Aufwendung für die Pflegeprozesssteuerung gemäß § 4 Absatz 2 PflBG in der ambulanten Versorgung zukünftig berücksichtigt werden müssen und damit die Maßnahmen der Steuerung des Pflegeprozesses sowie erforderliche interdisziplinäre Fallbesprechungen im Rahmen der Leistungserbringung vergütet werden.

Der DPR begrüßt weiterhin, dass Grundsätze der Vergütung von Verordnungen von in dem nach § 73d vereinbarten Katalog genannten Leistungen geregelt werden sollen.

In Absatz 1 Satz 4, Nummer 5 sind für längere Wegezeiten, insbesondere im ländlichen Raum, Zuschläge vorzusehen. Ergänzend sollten auch Ballungsgebiete berücksichtigt werden. Möglich wäre es, Wegepauschalen und Zuschläge bei kombinierten Leistungen aus Pflegeversicherung und Krankenversicherung über die häusliche Krankenpflege (SGB V) abzurechnen, um das Budget der Pflegeversicherung zu entlasten.

### **Ein weitergehender Vorschlag zu einem § 132x SGB V**

#### **Kooperationen zur Sicherstellung der Versorgung**

Der vom Gesetzgeber intendierte Ausbau der ambulanten Versorgung wird durch den Mangel an Pflegefachpersonen behindert. Vor diesem Hintergrund gilt es, flexiblere Rahmenbedingungen zu schaffen und es den Leistungserbringern zu ermöglichen, die Versorgung auch durch Einbindung von Kooperationspartnern zu organisieren und gleichzeitig den Versorgungsanforderungen gemäß §§ 37-37c SGB V gerecht zu werden.

Da die Rahmenverträge mit den Einrichtungen geschlossen werden und die Ausübung der Pflgetätigkeit (Leistungserbringung) an die Mitarbeitenden der Einrichtung gebunden ist, ist aktuell eine Übertragung an Dritte (einem Pflegedienst, die anderer geeigneter Leistungserbringer oder selbstständige Pflegefachpersonen) nicht möglich. Die obenstehende Regelung würde erlauben, Dritte bei der Versorgung der von ihnen betreuten Patient:innen

einzubinden. Damit können benötigte Versorgungsstrukturen erhalten und die wohnortnahe Versorgung sichergestellt werden.

#### Änderungsvorschlag zu § 132x

(1) Leistungserbringer für Leistungen nach § 132a, 132d oder 132l SGB V können bei entsprechendem Bedarf mit sonstigen Leistungserbringern nach diesem Gesetzbuch, bei denen für die Versorgung geeignete Pflegefachpersonen beschäftigt sind oder mit geeigneten Pflegepersonen Kooperationsvereinbarungen, die der Sicherstellung der Versorgung dienen, schließen. Das Recht auf freie Wahl des Leistungserbringers sowie die Regelungen des § 128 SGB V bleiben unberührt.

(2) Der GKV-Spitzenverband sowie die Spitzenverbände der sonstigen Leistungserbringer nach diesem Gesetzbuch vereinbaren unter Beachtung der Vorgaben der Rahmenempfehlungen nach § 132a, 132d, 132l SGB V zur Sicherung der Qualität bis zum xx.xx.xxxx Anforderungen an eine kooperative und koordinierte Versorgung nach dieser Vorschrift. In der Vereinbarung sind Inhalt und Umfang der Kooperation nach Abs. 1 zu regeln.

(3) Im Fall der Nichteinigung wird der Vertragsinhalt durch eine von den Vertragspartnern zu bestimmende Stelle unabhängige Schiedsperson festgelegt. Einigen sich die Vertragspartner nicht auf eine Schiedsperson, so wird diese von der für den GKV-Spitzenverband zuständigen Aufsichtsbehörde innerhalb eines Monats nach Vorliegen der für die Bestimmung der Schiedsperson notwendigen Informationen bestimmt. Die Kosten des Schiedsverfahrens tragen die Vertragspartner zu gleichen Teilen.

## **Artikel 3 Änderung des Pflegezeitgesetzes**

### Zu Nummer 1

#### **§ 2 Kurzzeitige Arbeitsverhinderung, Absatz 2**

Der DPR begrüßt die Gleichstellung von Pflegefachpersonen mit Ärzt:innen beim Ausstellen einer Bescheinigung über die Pflegebedürftigkeit eines Angehörigen und das Fernbleiben bei der Arbeit wegen einer akut aufgetretenen Pflegesituation. Diese erweiterte Befugnis stellt eine Erleichterung für pflegende An- und Zugehörige dar und kann zur Stabilisierung instabiler Pflegesituationen beitragen.

## **Artikel 4 Änderung des Pflegeberufgesetzes**

### Zu Nummer 3 Buchstabe a) Buchstabe b)

#### **§ 4 Vorbehaltende Aufgaben**

Der DPR begrüßt ausdrücklich, dass die Prozessverantwortung und die Planung der Pflege in die Auflistung der Vorbehaltsaufgaben eingefügt werden.

### Zu Nummer 4

#### **§ 4a Eigenverantwortliche Heilkundenausübung**

Der DPR begrüßt ausdrücklich die Klarstellung in § 4a PflBG, dass Pflegefachpersonen eigenverantwortlich Heilkunde ausüben können, wenn sie entsprechende Kompetenzen erworben haben.

Aus der Begründung geht hervor, dass ein Teil der Kompetenzen, die Pflegefachpersonen im Rahmen ihrer beruflichen oder hochschulischen Ausbildung erwerben, bereits zur eigenverantwortlichen Ausübung von Aufgaben qualifiziert, die als heilkundlich zu bezeichnen sind, bisher aber als „pflegerisch“ bezeichnet wurden. Zum anderen umfasst der Heilkundebegriff in § 4a Aufgaben, die bisher allein Ärzt:innen vorbehalten waren und für die in § 15a des Fünften Buches ausdrücklich für die Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung normiert ist, dass bestimmte Aufgaben der ärztlichen Behandlung auch durch Pflegefachpersonen mit den erforderlichen fachlichen, also heilkundlichen Kompetenzen erbracht werden können.

Demnach regelt der § 4a PflBG die Heilkunde für Pflegefachpersonen insbesondere in Bezug auf § 37 PflBG, während in § 15a SGB V klargestellt wird, dass heilkundliche Aufgaben von Pflegefachpersonen durchgeführt werden können, diese aber nicht ausdrücklich als „Heilkunde“ bezeichnet werden. Zwar werden diese Aufgaben von Pflegefachpersonen eigenverantwortlich erbracht, allerdings nur nach ärztlicher Diagnose und Indikation.

Der DPR begrüßt die Regelung der Heilkunde in § 4a PflBG. Im § 15a SGB V wird eine sozialrechtliche Regelung vorgenommen, die die erweiterten Aufgaben von Pflegefachpersonen in die Regelversorgung überführt, was langjährigen Forderungen entspricht.

Allerdings wird die Heilkunde in diesem Paragraphen auf Aufgaben begrenzt, die eng an die ärztliche Behandlung angelehnt sind.

Ein erweiterter Aufgabenzuschnitt sowie mehr Autonomie der Pflegefachpersonen zur zukünftigen Sicherung der Versorgung müssen zeitnah folgen, damit eine Konsistenz zwischen berufsrechtlichen Regelungen und der damit einhergehenden Notwendigkeit einer leistungsrechtlichen Verankerung hergestellt wird.

#### Zu Nummer 5

Standardisierte Module für erweiterte heilkundliche Aufgaben

#### **§ 14a Standardisierte Module für erweiterte heilkundliche Aufgaben PflBG**

Der DPR unterstützt, dass die Fachkommission nach § 53 PflBG standardisierte Module zur eigenverantwortlichen Ausübung von heilkundlichen Aufgaben mit empfehlender Wirkung entwickeln kann. Für die Entwicklung der Kompetenzprofile für die Ausübung heilkundlicher Aufgaben kann das vom DPR in Auftrag gegebene BAPID II wichtige Hinweise liefern <sup>2</sup>.

Berlin, 14.07.2025

Deutscher Pflegerat e.V. – DPR  
Alt- Moabit 91  
10559 Berlin  
Tel.: + 49 30 / 398 77 303  
Fax: + 49 30 / 398 77 304  
E-Mail: [info@deutscher-pflegerat.de](mailto:info@deutscher-pflegerat.de)  
[www.deutscher-pflegerat.de](http://www.deutscher-pflegerat.de)

---

<sup>2</sup> BAPID II Rollenprofile und Berufsbilder (2025), [https://deutscher-pflegerat.de/download/05\\_21.2025\\_bapid\\_ii\\_rolleprofile\\_und\\_berufsbilder.pdf](https://deutscher-pflegerat.de/download/05_21.2025_bapid_ii_rolleprofile_und_berufsbilder.pdf)