Deutscher Pflegerat e.V.
Bundesarbeitsgemeinschaft Pflege- und Hebammenwesen

STELLUNGNAHME

des Deutschen Pflegerates e. V. (DPR) zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Modernisierung der Hilfsmittelversorgung und Maßnahmen zum Bürokratierückbau (HiB)

Stand 16.11.2026

Der Deutsche Pflegerat (DPR) bedankt sich für die Möglichkeit, zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Modernisierung der Hilfsmittelversorgung und Maßnahmen zum Bürokratierückbau (HiB) Stellung nehmen zu können.

Der DPR unterstützt das Ziel, die Hilfsmittelversorgung weiterzuentwickeln und bürokratische Belastungen zu reduzieren. Entscheidend ist, dass die Versorgung bedarfsgerecht und qualitätsgesichert bleibt, pflegerische Kompetenzen wirksam genutzt und die Pflegeberufe verbindlich an der Ausgestaltung beteiligt werden.

Im Folgenden nimmt der DPR zu unterschiedlichen Aspekten des Referentenentwurfes Stellung.

Artikel 1 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Zu Nummer 5

§ 15a SGB V – Behandlung durch Pflegefachpersonen, Pflegeprozessverantwortung

Der DPR begrüßt die Erweiterung der eigenverantwortlichen Verordnungsbefugnisse von Pflegefachpersonen auf besondere Medizinprodukte nach § 33b SGB V. Die Herauslösung dieser Produkte aus dem Hilfsmittelbereich darf nicht dazu führen, dass gesetzlich vorgesehene pflegerische Verordnungsbefugnisse faktisch eingeschränkt werden. Besonders positiv bewertet der DPR, dass der Gesetzgeber mit dieser Erweiterung ausdrücklich eine bedarfsgerechte Versorgung ohne zusätzliche Verordnungsschritte sowie eine Entlastung der vertragsärztlichen Versorgung anstrebt.

Die Verordnungsbefugnisse müssen in Genehmigungs- und Abrechnungsverfahren ohne zusätzliche ärztliche Bestätigungen nutzbar sein. Maßgeblich sind die gesetzlich vorgesehenen Voraussetzungen und die nachgewiesenen Kompetenzen der Pflegefachpersonen.

Änderungsvorschlag § 15a Absatz 1 SGB V

Dem Absatz 1 wird folgender Satz angefügt:

„Bei Verordnungen nach Satz 1 Nummer 2 darf nach Vorliegen der erstmaligen ärztlichen Verordnung keine weitere ärztliche Verordnung oder Bestätigung verlangt werden, soweit die Pflegefachperson innerhalb des nach § 73d Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 vereinbarten Leistungskatalogs handelt.“

Zu Nummer 11 Buchstabe a)

§ 33 SGB V – Hilfsmittel

Die ausdrückliche Aufnahme der Beratung wird begrüßt. Eine bedarfsgerechte Hilfsmittelversorgung setzt voraus, dass Fähigkeiten, Einschränkungen, Pflegebedarf und die konkrete Versorgungssituation berücksichtigt werden. Die Beratung muss deshalb die

pflegefachliche Bedarfseinschätzung einbeziehen und sich nicht auf Produkteigenschaften beschränken.

Die Abgrenzung zur professionellen Anwendung muss eindeutig bleiben: Ein zur Laienanwendung bestimmtes Hilfsmittel darf seinen leistungsrechtlichen Status nicht dadurch verlieren, dass die versicherte Person bei der Anwendung Unterstützung durch Pflegefachpersonen benötigt.

Die Beratung durch Hilfsmittelleistungserbringer ersetzt weder die pflegerische Bedarfsermittlung noch die Pflegeprozessverantwortung.

Änderungsvorschlag § 33 Absatz 1 SGB V

a) Nach Satz 1 wird eingefügt:

„Die Einordnung als Hilfsmittel bleibt unberührt, wenn Versicherte bei dessen Anwendung aufgrund individueller Einschränkungen auf die Unterstützung durch Pflegefachpersonen angewiesen sind."

Nach Satz 5 wird eingefügt:

„Bei der Beratung sind die individuellen Fähigkeiten, der Pflegebedarf und die konkrete Versorgungssituation der Versicherten zu berücksichtigen. Mit Einwilligung der Versicherten sind vorhandene pflegefachliche Bedarfseinschätzungen einzubeziehen."

Zu Nummer 11 Buchstabe c)

§ 33 SGB V – Hilfsmittel

Der Hilfsmittelanspruch umfasst ausdrücklich die Energiekosten elektrisch betriebener Hilfsmittel. Der GKV-Spitzenverband regelt deren Ermittlung und den Bemessungszeitraum in Richtlinien und kann Energiepauschalen vorsehen.

Allerdings dürfen die notwendigen Betriebskosten nicht bei den Versicherten verbleiben.

Änderungsvorschlag § 33 Absatz 4 SGB V

c) Nach Satz 2 wird eingefügt:

„Übersteigen die nachgewiesenen notwendigen Energiekosten eine festgelegte Pauschale, sind die darüber hinausgehenden notwendigen Kosten zu übernehmen."

Zu Nummer 12

§ 33b SGB V – Besondere Medizinprodukte

Der DPR begrüßt die Einführung eines eigenständigen Leistungsanspruchs auf besondere Medizinprodukte zur Durchführung häuslicher Krankenpflege und außerklinischer Intensivpflege. Ebenso begrüßt er die Einbeziehung dieser Medizinprodukte in die

gesetzlich vorgesehenen pflegerischen Verordnungsbefugnisse sowie die ausdrückliche Berücksichtigung pflegerischer Verordnungen und Empfehlungen im Abrechnungsverfahren. Dadurch können zusätzliche ärztliche Verordnungsschritte vermieden und Versorgungsabläufe vereinfacht werden.

Die Erstellung und Fortschreibung des vorgesehenen Medizinprodukteverzeichnisses betreffen unmittelbar die pflegefachliche Versorgungspraxis, die sichere Durchführung pflegerischer Leistungen und die Verfügbarkeit notwendiger Produkte. Der DPR fordert daher eine gleichberechtigte und verbindliche Mitentscheidung der Pflegeprofession über die Systematik und die pflegefachliche Ausgestaltung des Verzeichnisses. Eine bloße Anhörung wird der fachlichen Verantwortung von Pflegefachpersonen bei der Auswahl und Anwendung dieser Medizinprodukte nicht gerecht. Die Entscheidung über die Aufnahme einzelner Produkte kann beim GKV-Spitzenverband verbleiben.

Damit die pflegerischen Verordnungsbefugnisse praktisch wirksam werden, müssen Genehmigung, Identifikation der verordnenden Pflegefachperson und Abrechnung aufeinander abgestimmt sein. Rechtmäßig ausgestellte pflegerische Verordnungen dürfen nicht an fehlenden Formularen, Beschäftigtennummern oder ungeeigneten elektronischen Verfahren scheitern. Die zuständigen Vertrags- und Verfahrenspartner sind deshalb zu einer fristgebundenen, bundesweit einheitlichen Anpassung der Verfahren zu verpflichten. Bei einer innerhalb des gesetzlichen Kompetenzrahmens ausgestellten pflegerischen Verordnung darf keine zusätzliche ärztliche Verordnung oder Bestätigung verlangt werden. Gesetzliche Genehmigungserfordernisse der Krankenkassen bleiben davon unberührt.

Änderungsvorschlag § 33b SGB V

Zu Absatz 1 – Versorgungssicherheit im Einzelfall

Nach Satz 3 wird folgender Satz eingefügt:

„Abweichend von Satz 3 besteht ein Anspruch auch auf noch nicht im Verzeichnis aufgeführte Medizinprodukte, wenn deren Erforderlichkeit im Einzelfall zur Durchführung der in Satz 1 genannten Leistungen nachgewiesen ist, keine geeignete im Verzeichnis aufgeführte Versorgungsalternative zur Verfügung steht und das Medizinprodukt nicht bereits Bestandteil anderer Leistungen der Krankenbehandlung nach § 27 ist.“

Zu Absatz 2 – Verbindliche Mitentscheidung der Pflegeprofession

Dem Absatz 2 wird folgender Satz angefügt:

„Die Systematik des Verzeichnisses, die Gliederung der Anwendungsbereiche und Produktgruppen sowie die pflegefachlichen Anforderungen an die Verwendung der Medizinprodukte werden vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen im Einvernehmen mit den maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene im Sinne des § 118a Absatz 1 Satz 1 des Elften Buches festgelegt und fortgeschrieben.“

Neuer Absatz 4 – Umsetzung pflegerischer Verordnungen

Folgender Absatz 4 wird angefügt:

„(4) Bei einer Verordnung von Medizinprodukten nach Absatz 1 durch eine Pflegefachperson im Rahmen ihrer gesetzlichen Verordnungsbefugnis darf eine zusätzliche ärztliche Verordnung oder Bestätigung nicht verlangt werden. Gesetzlich vorgesehene Genehmigungserfordernisse der Krankenkassen bleiben unberührt. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die jeweils zuständigen Vertrags- und Verfahrenspartner haben die für die Umsetzung pflegerischer Verordnungen erforderlichen Regelungen zur Genehmigung, zur Identifikation der Pflegefachperson und zur Abrechnung spätestens bis zum jeweiligen Anwendungsbeginn bundesweit einheitlich anzupassen. Dabei ist sicherzustellen, dass die erforderlichen Beschäftigtennummern, Formulare und elektronischen Datenformate zu diesem Zeitpunkt zur Verfügung stehen. Soweit die technischen Voraussetzungen noch nicht vollständig vorliegen, sind geeignete Ersatzverfahren vorzusehen.“

Neuer Absatz 5 – Übergangsregelung

Folgender Absatz 5 wird angefügt:

„(5) Bis zur erstmaligen vollständigen Veröffentlichung des Verzeichnisses für den jeweiligen Anwendungsbereich oder die jeweilige Produktgruppe besteht der Anspruch nach Absatz 1 auch ohne Aufnahme des Medizinprodukts in das Verzeichnis, sofern die übrigen Anspruchsvoraussetzungen erfüllt sind. Eine bei Inkrafttreten dieser Vorschrift bereits begonnene und von der gesetzlichen Krankenversicherung finanzierte Versorgung darf nicht allein wegen der noch ausstehenden Aufnahme des Medizinprodukts in das Verzeichnis unterbrochen werden.“

Zu Nummer 14

§ 37 SGB V – Häusliche Krankenpflege

Die Absätze 9 und 10 sollen gestrichen werden.

Der DPR kann den Verzicht auf ein nicht durchführbares Evaluationsverfahren nachvollziehen. Die fehlende Umsetzung darf jedoch nicht dazu führen, dass auf eine wissenschaftliche Begleitung der Entwicklung pflegerischer Entscheidungsbefugnisse insgesamt verzichtet wird. Gerade bestehende Umsetzungshindernisse müssen untersucht und beseitigt werden.

Erforderlich ist eine unabhängige, pflegewissenschaftlich fundierte Begleitung, die neben Ausgaben und Wirtschaftlichkeit insbesondere Versorgungsergebnisse, Versorgungskontinuität, pflegefachliche Autonomie und administrative Hindernisse berücksichtigt. Die maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe sind an der Ausgestaltung verbindlich zu beteiligen. Zusätzliche Dokumentationspflichten im Versorgungsalltag sind möglichst zu vermeiden.

Änderungsvorschlag § 37 SGB V

Anstelle der ersatzlosen Streichung sollte ein angepasster Evaluationsauftrag vorgesehen werden.

Artikel 1 Nummer 14 wird dahingehend geändert, dass § 37 Absatz 9 neu gefasst und Absatz 10 gestrichen wird

„(9) Das Bundesministerium für Gesundheit lässt die Umsetzung der Entscheidungsbefugnisse nach Absatz 8 sowie der Verordnungsbefugnisse nach § 15a Absatz 1 Nummer 2 unter Beteiligung der maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene unabhängig wissenschaftlich untersuchen. Gegenstand sind insbesondere Umsetzungshindernisse, Auswirkungen auf die Versorgungsabläufe, die Behandlungs- und Ergebnisqualität sowie die Wirtschaftlichkeit. Die Untersuchung soll vorrangig vorhandene Daten nutzen und zusätzliche Dokumentationsbelastungen für die unmittelbar an der Versorgung Beteiligten vermeiden."

Damit würde das bisherige, eng ausgestaltete Verfahren ersetzt und zugleich die Grundlage für eine fachlich begründete Weiterentwicklung erhalten.

Zu Nummer 24 Buchstabe a) und b)

§ 62 SGB V – Belastungsgrenze

Der DPR begrüßt die vorgesehenen Erleichterungen beim Nachweis chronischer Erkrankungen und bei der Zuzahlungsbefreiung. Der mindestens dreijährige Verzicht auf erneute Behandlungsnachweise sowie die vereinfachte Fortschreibung der Belastungsgrenze können insbesondere chronisch kranke und pflegebedürftige Menschen sowie unterstützende Angehörige entlasten.

Die Informationen und Antragsverfahren müssen verständlich, barrierefrei und auch ohne digitale Zugänge nutzbar sein. Die Übersendung der Unterlagen sollte rechtzeitig vor Beginn des Kalenderjahres erfolgen, für das die Befreiung beantragt werden soll.

Bei der Übernahme der Belastungsgrenze des Vorjahres ist sicherzustellen, dass Versicherte bei gesunkenem Einkommen nicht finanziell benachteiligt werden. Über die Möglichkeit einer Neuberechnung muss die Krankenkasse deshalb ausdrücklich informieren. Bei dauerhaft bestehenden chronischen Erkrankungen sollten erneute Nachweise nur verlangt werden, wenn konkrete Anhaltspunkte für eine Änderung der maßgeblichen Voraussetzungen vorliegen.

Änderungsvorschlag § 62 SGB V

a) Zu Absatz 1 – Erneute Nachweise auf begründete Fälle beschränken

Der vorgesehene Satz „Nach dem Ablauf von drei Jahren …" wird wie folgt gefasst:

„Nach Ablauf von drei Jahren kann die Krankenkasse einen erneuten Nachweis nur verlangen, wenn konkrete Anhaltspunkte dafür vorliegen, dass die Voraussetzungen der abgesenkten Belastungsgrenze nicht mehr erfüllt sind."

b) Zu Absatz 4 – Zugängliche Informationen und rechtzeitige Antragsunterlagen

In Satz 1 werden die Wörter „in geeigneter Form" durch die Wörter „in verständlicher und barrierefreier Form" ersetzt.

In Satz 2 werden die Wörter „zu Beginn eines Kalenderjahres" durch die Wörter „rechtzeitig vor Beginn des Kalenderjahres, für das die Befreiung beantragt werden soll," ersetzt.

Folgender Satz wird angefügt:

„Die Information und Antragstellung sind auch auf nicht elektronischem Weg zu gewährleisten."

b) Zu Absatz 5 – Auf günstigere Neuberechnung hinweisen

Folgender Satz wird angefügt:

„Die Krankenkasse hat die Versicherten bei Anwendung des Satzes 1 ausdrücklich darauf hinzuweisen, dass bei gesunkenen maßgeblichen Einnahmen auf Antrag eine niedrigere Belastungsgrenze festgestellt werden kann."

Zu Nummer 35

§ 71a SGB V – Schiedsperson

§ 71b SGB V – Schiedsamt, Verordnungsermächtigung

§ 71d SGB V – Schiedsstelle, Verordnungsermächtigung

Der DPR begrüßt die Zusammenführung und Vereinheitlichung der Regelungen zum Schiedswesen.

Die §§ 71a und 71d betreffen unmittelbar pflegerelevante Leistungsbereiche, insbesondere die häusliche Krankenpflege, die außerklinische Intensivpflege und die spezialisierte ambulante Palliativversorgung. Entscheidungen über Leistungsinhalte, Qualifikationsanforderungen und Vergütung benötigen eine ausreichende pflegefachliche Grundlage. Die Vertretung von Leistungserbringerinteressen ersetzt dabei nicht die eigenständige berufsfachliche Perspektive der Pflege.

Der DPR fordert deshalb eine verbindliche Einbeziehung pflegefachlicher Expertise, soweit Gegenstand eines Schiedsverfahrens pflegerische Aufgaben, Kompetenzen oder Qualitätsanforderungen sind. Dies gilt auch für sektorenübergreifende Entscheidungen nach § 71c. Die Beschleunigung der Verfahren darf die fachliche Prüfung und bestehende Beteiligungsrechte nicht verkürzen.

Die neu vorgesehenen Gebühren für die behördliche Bestimmung einer Schiedsperson dürfen den Zugang zum Schiedsverfahren nicht unverhältnismäßig erschweren. Zudem

müssen die Kosten für zusätzlich einzubeziehende pflegefachliche Expertise verbindlich geregelt werden.

Änderungsvorschlag § 71a bis 71d SGB V

§ 71a – Pflegefachliche Expertise verbindlich einbeziehen

Dem Absatz 1 werden folgende Sätze angefügt:

„Soweit die streitigen Vertragsinhalte pflegerische Aufgaben, pflegeberufliche Qualifikationsanforderungen oder die Qualität pflegerischer Leistungen betreffen, hat die Schiedsperson unabhängige pflegefachliche Sachverständige hinzuzuziehen. Deren Stellungnahme ist bei der Entscheidung zu berücksichtigen; eine Abweichung ist zu begründen. Die notwendigen Kosten gehören zu den Kosten des Schiedsverfahrens."

§§ 71b und 71c – Berufsfachliche Beteiligung ermöglichen

In § 71b und § 71c wird jeweils folgender zusätzlicher Absatz angefügt:

„Soweit eine Entscheidung unmittelbar pflegerische Aufgaben, pflegeberufliche Qualifikationsanforderungen oder die Qualität pflegerischer Leistungen betrifft, ist den für die Wahrnehmung der Interessen der maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene rechtzeitig Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen. Die hierfür erforderlichen Beratungsunterlagen sind rechtzeitig unter Wahrung des Datenschutzes und berechtigter Geheimhaltungsinteressen zur Verfügung zu stellen."

§ 71d – Pflegefachliche Beteiligung an Schiedsstellen absichern

Dem Absatz 2 werden folgende Sätze angefügt:

„Soweit die streitigen Vereinbarungsinhalte pflegerische Aufgaben, pflegeberufliche Qualifikationsanforderungen oder die Qualität pflegerischer Leistungen betreffen, benennt die für die Wahrnehmung dieser Interessen maßgebliche Organisation der Pflegeberufe auf Bundesebene eine pflegefachliche Vertreterin oder einen pflegefachlichen Vertreter zur beratenden Teilnahme. Die Teilnahme umfasst das Recht auf rechtzeitige Übermittlung der erforderlichen Beratungsunterlagen, auf Stellungnahme und auf Teilnahme an den einschlägigen Beratungen. Weitergehende gesetzliche Beteiligungsrechte bleiben unberührt."

Zu Nummer 38 Buchstabe a)

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

Der DPR begrüßt die Einbeziehung besonderer Medizinprodukte nach § 33b in die Vertragsregelungen sowie die Vereinfachung des Schiedsverfahrens.

Die fachliche Ausgestaltung der Leistungskataloge muss sich an pflegefachlichen und pflegewissenschaftlichen Kriterien orientieren. Die Interessenvertretung von Leistungserbringern ist dabei nicht mit der eigenständigen Berufsvertretung der Pflege gleichzusetzen.

Die bisher vorgesehenen Stellungnahme- und Sitzungsteilnahmerechte der maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene reichen für eine gleichberechtigte Mitgestaltung nicht aus. Der DPR fordert daher die Aufnahme der Pflegeberufsorganisationen in den Kreis der Vertragspartner, damit die Profession Pflege an der Festlegung und Fortschreibung ihrer eigenverantwortlich zu erbringenden Leistungen und der hierfür erforderlichen Kompetenzen verbindlich beteiligt wird.

Dabei ist sicherzustellen, dass die über den Verweis in § 112a Absatz 2 Satz 3 SGB V bestehenden Beteiligungsrechte der Pflegeberufsorganisationen bei der Ausgestaltung eigenverantwortlicher Leistungen im Krankenhaus gemäß § 112a SGB V erhalten bleiben.

Änderungsvorschlag § 73d SGB V

a) *Zu Absatz 1 – Gleichberechtigte Vertragspartnerschaft*

In Absatz 1 Satz 1 werden nach den Wörtern „im Sinne des § 71 Absatz 2 des Elften Buches“ die Wörter

„sowie die maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene im Sinne des § 118a Absatz 1 Satz 1 des Elften Buches“

eingefügt.

Zu Absatz 2 – Anpassung der Beteiligungsrechte

Absatz 2 Satz 3 wird wie folgt gefasst:

„Der Bundesärztekammer und der Deutschen Krankenhausgesellschaft ist vor Abschluss des Vertrags Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; sie haben das Recht, an den Sitzungen der in Absatz 1 Satz 1 genannten Vertragspartner teilzunehmen.“

Dem Absatz 2 wird folgender Satz angefügt:

„Die Festlegung und Fortschreibung der pflegefachlichen Leistungsinhalte und Kompetenzanforderungen erfolgt auf pflegewissenschaftlich fundierter Grundlage und berücksichtigt die für die jeweilige Leistung erforderlichen Kompetenzen und Qualifikationen einschließlich der nach § 15a Absatz 1 nachgewiesenen gleichwertigen Berufserfahrung.“

Zu Nummer 49 und Nummer 120

§ 92a SGB V – Innovationsfonds, Grundlagen der Förderung von neuen Versorgungsformen zur Weiterentwicklung der Versorgung und von Versorgungsforschung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss

§ 271 Absatz 5 SGB V – Gesundheitsfonds

Der DPR bewertet die vorgesehene Verringerung des jährlichen Fördervolumens des Innovationsfonds von 100 auf 75 Millionen Euro kritisch.

Die Förderung digitaler Anwendungen und Infrastrukturen ist notwendig. Sie darf jedoch nicht zulasten der Entwicklung, wissenschaftlichen Erprobung und Überführung neuer Versorgungsformen in die Regelversorgung erfolgen. Gerade pflegegeleitete und interprofessionelle Versorgungsmodelle benötigen verlässliche Fördermöglichkeiten.

Der DPR fordert deshalb, das bisherige jährliche Fördervolumen des Innovationsfonds zu erhalten und die Finanzierung des neuen Zukunftsfonds digitale Gesundheit zusätzlich sicherzustellen.

Änderungsvorschlag § 92a Absatz 3 und § 271 Absatz 5 SGB V

Artikel 1 Nummer 49 wird gestrichen. Damit bleibt die bisherige jährliche Fördersumme des Innovationsfonds nach § 92a Absatz 3 Satz 1 in Höhe von 100 Millionen Euro erhalten.

Ergänzend wird Artikel 1 Nummer 120 angepasst. In der vorgesehenen Neufassung des § 271 Absatz 5 Satz 1 werden die Wörter „ab dem Jahr 2027 jährlich 75 Millionen Euro“ durch die Wörter „ab dem Jahr 2027 jährlich 100 Millionen Euro“ ersetzt.

Die Finanzierung des Zukunftsfonds digitale Gesundheit nach §§ 394a und 394b bleibt hiervon unberührt und ist zusätzlich sicherzustellen.

Zu Nummer 57

§ 110a SGB V – Qualitätsverträge

Der DPR bewertet die vorgesehene Aufhebung der Verpflichtung zum Abschluss von Qualitätsverträgen kritisch. Die Umstellung auf eine ausschließlich freiwillige Vertragsgestaltung und der Wegfall der bisherigen Ausgabenpflicht der Krankenkassen bergen das Risiko, dass entsprechende Investitionen in die Versorgungsqualität zurückgehen.

Aus Sicht des DPR müssen begrenzte finanzielle Ressourcen gezielt für eine nachhaltige und nachweisbare Verbesserung der Versorgung eingesetzt werden. Hierzu gehört die Förderung von Pflegeexzellenz durch evidenzbasierte Pflege, angemessene Personal- und Qualifikationsstrukturen, eigenverantwortliche pflegefachliche Entscheidungen und eine ergebnisorientierte Qualitätssteuerung. Entscheidend ist dabei nicht allein die Finanzierung zusätzlicher Maßnahmen, sondern deren tatsächlicher Beitrag zur Verbesserung der Versorgungsergebnisse.

In den von den Qualitätsverträgen erfassten Leistungsbereichen, insbesondere der Delirprävention, dem Ernährungsmanagement, der Schmerzversorgung und der Versorgung von Menschen mit Behinderungen, ist pflegefachliche Expertise für die Gestaltung der Versorgung wesentlich. Pflegefachpersonen und das verantwortliche Pflegemanagement müssen deshalb bei der Entwicklung, Umsetzung und Bewertung der Vertragsinhalte verbindlich und mit wirksamen Mitentscheidungsrechten beteiligt werden. Auf Bundesebene ist die Beteiligung der maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe sicherzustellen.

Der DPR fordert zudem, pflegesensitive Ergebnisindikatoren und pflegewissenschaftliche Expertise systematisch in die Evaluation einzubeziehen. Die Bewertung muss insbesondere berücksichtigen, inwieweit die vereinbarten Maßnahmen tatsächlich zu messbaren Verbesserungen patient:innenbezogener Versorgungsergebnisse beitragen. Dabei sind neben Struktur- und Prozessmerkmalen insbesondere die Auswirkungen auf die pflegerische Ergebnisqualität unter Berücksichtigung der jeweiligen Versorgungsbedingungen zu untersuchen. Die gewonnenen Erkenntnisse müssen für die kontinuierliche Qualitätsentwicklung und die Weiterentwicklung der Regelversorgung nutzbar sein. Zusätzlicher Dokumentationsaufwand ist auf das fachlich und wissenschaftlich notwendige Maß zu begrenzen.

Der DPR begrüßt die Fortführung der gesetzlich vorgesehenen Evaluation nach § 136b Absatz 8 SGB V. Kritisch ist jedoch, dass die Verpflichtung zum Abschluss und zur Finanzierung von Qualitätsverträgen bereits entfallen soll, bevor die abschließenden Evaluationsergebnisse vorliegen und eine Bewertung des Instruments durch den Gemeinsamen Bundesausschuss erfolgt ist. Aus Sicht des DPR sollten Entscheidungen über die zukünftige Ausgestaltung und Finanzierung der Qualitätsverträge auf Grundlage der nachgewiesenen Auswirkungen auf die Versorgungsqualität getroffen werden. Erfolgreiche Maßnahmen müssen anschließend nach transparenten Kriterien in die Regelversorgung überführt und verlässlich finanziert werden können.

<u>Änderungsvorschlag § 110a SGB V</u>

Verbindlichen Vertragsabschluss und Finanzierung erhalten

Die Neufassung des § 110a nach Artikel 1 Nummer 57 ist so anzupassen, dass die bisherige Verpflichtung zum Abschluss von Qualitätsverträgen nach Absatz 1 sowie die Ausgabenpflicht der Krankenkassen nach dem bisherigen Absatz 3 erhalten bleiben. Die nachfolgend vorgeschlagenen Ergänzungen zur Beteiligung der Pflegeprofession und zur pflegesensitiven Ergebnisqualität sind zusätzlich aufzunehmen.

Verbindliche Beteiligung der Pflegeprofession

Dem Absatz 1 werden folgende Sätze angefügt:

„Bei der Entwicklung, Durchführung und Bewertung der Qualitätsverträge sind Pflegefachpersonen und das verantwortliche Pflegemanagement der beteiligten Krankenhäuser verbindlich einzubeziehen. Soweit pflegefachliche Anforderungen, Maßnahmen

oder Qualitätsindikatoren betroffen sind, ist ihre Ausgestaltung im Einvernehmen mit dem verantwortlichen Pflegemanagement unter Beteiligung der an der Versorgung mitwirkenden Pflegefachpersonen festzulegen."

Für die bundesweiten Vorgaben wird ergänzend geregelt:

„Bundeseinheitliche Vorgaben zur pflegefachlichen Ausgestaltung und Bewertung der Qualitätsverträge werden im Einvernehmen mit den maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene im Sinne des § 118a Absatz 1 Satz 1 des Elften Buches festgelegt und fortgeschrieben."

Pflegesensitive Ergebnisqualität und wissenschaftliche Begleitung verankern

Dem Absatz 1 werden folgende Sätze angefügt:

„In den Qualitätsverträgen sind unter Einbeziehung pflegewissenschaftlicher Expertise geeignete pflegesensitive Ergebnisindikatoren zu berücksichtigen und erforderlichenfalls weiterzuentwickeln, soweit pflegerische Maßnahmen zur Erreichung der vereinbarten Qualitätsziele beitragen. Die wissenschaftliche Evaluation nach § 136b Absatz 8 hat insbesondere zu untersuchen, inwieweit die vereinbarten Maßnahmen zu messbaren Verbesserungen der pflegerischen Ergebnisqualität beitragen. Die hierfür erforderlichen Daten sind nach einheitlichen Vorgaben möglichst auf Grundlage vorhandener digitaler Dokumentationssysteme zu erheben. Zusätzliche Datenerhebungen sind auf das hierfür erforderliche Maß zu begrenzen."

Zu Nummer 75 Buchstabe b) und c)

§ 126 SGB V – Versorgung durch Vertragspartner

Der DPR begrüßt die vorgesehene Befreiung zugelassener stationärer Pflegeeinrichtungen vom gesonderten Präqualifizierungsnachweis für die Abgabe aufsaugender Inkontinenzhilfen an die von ihnen versorgten Menschen.

Die Verfahrenserleichterung darf jedoch nicht zu Abstrichen bei der Qualität der Hilfsmittel oder der Versorgung führen. Die abgegebenen Produkte müssen weiterhin den geltenden Qualitätsanforderungen entsprechen und eine bedarfsgerechte, individuell geeignete Versorgung gewährleisten. Die Befreiung vom gesonderten Präqualifizierungsnachweis darf die Verantwortung für die fachgerechte Auswahl und Anwendung der Hilfsmittel nicht einschränken.

Der Anwendungsbereich des neuen Absatzes 1c sollte eindeutig formuliert werden. Die Begründung bezieht ausdrücklich teilstationäre Einrichtungen ein, während der Gesetzestext ausschließlich die Abgabe an Bewohnerinnen und Bewohner nennt. Um Auslegungsunsicherheiten für die Tages- und Nachtpflege zu vermeiden, sollten teil- und vollstationäre Einrichtungen ausdrücklich benannt und die von ihnen versorgten Personen erfasst werden.

Die Bestätigungspflicht nach Absatz 1d ist so auszugestalten, dass sie die beabsichtigte Entlastung tatsächlich unterstützt. Die Feststellung einer gesetzlichen Befreiung darf

kein neues Präqualifizierungsverfahren mit vergleichbaren Prüf-, Kosten- und Wiederholungsanforderungen auslösen. Bereits vorhandene Nachweise müssen ausreichen. Insbesondere sind die Einmaligkeit der Bestätigung, der Verzicht auf regelmäßige Erneuerungen und die Beschränkung auf die Prüfung der gesetzlichen Befreiungsvoraussetzungen ausdrücklich festzuschreiben.

Der DPR unterstützt zudem den Verzicht auf anlasslose Betriebsbegehungen während der Geltungsdauer eines Präqualifizierungszertifikats. Anlassbezogene Kontrollen müssen weiterhin möglich sein. Zur rechtssicheren Anwendung sollte klargestellt werden, dass sich der besondere Anlass auf die fortbestehende Erfüllung der Eignungsvoraussetzungen beziehen muss.

Bei der Umsetzung sind die maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene einzubeziehen. Das Verfahren muss bundesweit einheitlich, elektronisch und mit möglichst geringem Verwaltungsaufwand ausgestaltet werden.

<u>Änderungsvorschlag § 126 SGB V</u>

b) Absatz 1a – Anlassbezogene Betriebsbegehungen präzisieren

Die beiden neu einzufügenden Sätze werden wie folgt gefasst:

„Während der Geltungsdauer des Zertifikats erfolgen keine anlasslosen Überwachungstätigkeiten in Form von Betriebsbegehungen. Anlassbezogene Betriebsbegehungen sind nur zulässig, wenn konkrete Anhaltspunkte dafür vorliegen, dass die Voraussetzungen nach Absatz 1 Satz 2 nicht mehr erfüllt sind, oder wesentliche Änderungen der Betriebsverhältnisse eine erneute Überprüfung vor Ort erforderlich machen.“

c) Absatz 1c – Teilstationäre Versorgung ausdrücklich erfassen

Absatz 1c wird wie folgt gefasst:

„(1c) Abweichend von Absatz 1a Satz 2 erster Halbsatz haben teil- und vollstationäre Pflegeeinrichtungen, mit denen ein Versorgungsvertrag nach § 72 des Elften Buches besteht, keinen gesonderten Nachweis der Erfüllung der Voraussetzungen nach Absatz 1 Satz 2 zu führen, soweit sie aufsaugende Inkontinenzhilfen präqualifizierter Leistungserbringer an die von ihnen in diesen Einrichtungen versorgten Personen abgeben.“

c) Absatz 1d – Bestätigung auf ein einmaliges vereinfachtes Verfahren begrenzen

Nach Satz 1 werden folgende Sätze eingefügt:

„Die Bestätigung erfolgt einmalig in einem vereinfachten elektronischen Verfahren und beschränkt sich auf die Feststellung der gesetzlichen Voraussetzungen der Befreiung von der Nachweispflicht. Für Pflegeeinrichtungen nach Absatz 1c genügt hierfür die Vorlage des Versorgungsvertrags nach § 72 des Elften Buches sowie einer Erklärung, dass ausschließlich aufsaugende Inkontinenzhilfen präqualifizierter Leistungserbringer an die von ihnen in der Einrichtung versorgten Personen abgegeben werden. Zusätzliche Eignungsprüfungen, Betriebsbegehungen und regelmäßige Erneuerungen der Bestätigung sind für die Feststellung dieser Befreiung nicht erforderlich. Änderungen, die

die Voraussetzungen der Befreiung berühren, sind der bestätigenden Stelle unverzüglich mitzuteilen."

Zu Nummer 76

§ 127 SGB V – Verträge

Der DPR begrüßt das Ziel, administrative Verfahren in der Hilfsmittelversorgung bundesweit zu vereinheitlichen und durch elektronische Prozesse zu vereinfachen.

Die Hilfsmittelversorgung muss sich am individuellen Bedarf, den Fähigkeiten und den Lebensbedingungen der versicherten Menschen orientieren. Bei pflegebedürftigen Menschen sind insbesondere die sichere Anwendung im Alltag, die Förderung von Selbstständigkeit und Teilhabe sowie die Einbindung in den Pflegeprozess zu berücksichtigen. Pflegefachpersonen können hierzu aufgrund ihrer pflegefachlichen Bedarfseinschätzung, ihrer Begleitung der Anwendung und ihrer Beobachtung des Versorgungsverlaufs wesentliche Erkenntnisse beitragen. Diese Perspektive wird im vorliegenden Regelungsvorschlag nicht ausreichend strukturell berücksichtigt.

Der DPR fordert deshalb eine verbindliche Beteiligung der maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene an den pflegerelevanten Inhalten des Rahmenvertrags, an der Festlegung der jährlichen Prüfschwerpunkte und an der Erarbeitung der Qualitätssicherungsrichtlinien. Pflegefachpersonen müssen zudem Zugang zu den Informationen erhalten, die sie zur Unterstützung einer bedarfsgerechten Hilfsmittelversorgung benötigen. Die in Absatz 11 vorgesehene Möglichkeit, Vertragsärzte zu informieren, ist entsprechend zu erweitern.

Den pauschalen Preisabschlag von drei Prozent in den Jahren 2027 und 2028 lehnt der DPR ab. Die Regelung differenziert weder nach dem individuellen Versorgungsbedarf noch nach dem Umfang notwendiger Beratungs-, Anpassungs- und weiterer Dienstleistungen. Es besteht das Risiko, dass der wirtschaftliche Druck auf diese versorgungsrelevanten Leistungen steigt. Unzureichende Beratung, Anpassung oder Begleitung können die sichere Nutzung von Hilfsmitteln beeinträchtigen und zusätzlichen Unterstützungsbedarf bei Pflegefachpersonen und Angehörigen auslösen. Ob und in welchem Umfang solche Folgen eintreten, lässt sich aus dem vorliegenden Regelungstext nicht beurteilen. Eine entsprechende Folgenabschätzung ist daher erforderlich.

Die vorgesehene Weiterentwicklung der Qualitätsprüfungen wird grundsätzlich begrüßt. Die Qualität der Hilfsmittelversorgung darf jedoch nicht allein anhand formaler Vertragserfüllung bewertet werden. Zu berücksichtigen sind auch die bedarfsgerechte Auswahl, die rechtzeitige Bereitstellung, die sichere Anwendung und die Eignung im Versorgungsalltag. Die Erfahrungen der Versicherten sowie pflegefachliche Erkenntnisse müssen systematisch einbezogen werden.

Bei der Digitalisierung ist sicherzustellen, dass keine parallelen papiergebundenen und elektronischen Nachweispflichten entstehen. Die Verbindung einer Dokumentation in

Textform mit einer verpflichtenden Unterschrift sollte deshalb so ausgestaltet werden, dass eine vollständig elektronische und barrierearme Bestätigung möglich ist.

Insgesamt unterstützt der DPR eine Vereinfachung und qualitätsorientierte Weiterentwicklung der Hilfsmittelversorgung. Erforderlich sind hierfür die verbindliche Einbindung pflegefachlicher Expertise, praxistaugliche digitale Verfahren und eine Vergütung, die eine bedarfsgerechte Versorgung einschließlich der notwendigen begleitenden Dienstleistungen ermöglicht.

Änderungsvorschlag § 127 SGB V

Zu Absatz 1 – Beteiligung der Pflegeberufe

Nach Satz 3 werden folgende Sätze eingefügt:

„Bei der Erarbeitung und Änderung des Rahmenvertrags ist den für die Wahrnehmung der Interessen der maßgeblichen Organisationen für Pflegeberufe auf Bundesebene Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben, soweit Belange der pflegerischen Versorgung berührt sind. Die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen."

Zu Absatz 4 – Berücksichtigung des pflegerischen Versorgungsbedarfs

Nach Satz 3 wird folgender Satz eingefügt:

„Bei der Ausgestaltung der Versorgung sind der individuelle Unterstützungsbedarf bei der Anwendung des Hilfsmittels und, soweit pflegerische Belange berührt sind, die Anforderungen an eine sichere Anwendung im Pflegealltag zu berücksichtigen."

Zu Absatz 6 – Verzicht auf den pauschalen Preisabschlag

Absatz 6 wird gestrichen. Die bisherigen Absätze 7 bis 15 werden zu den Absätzen 6 bis 14. Die entsprechenden Verweisungen sind anzupassen.

Zu Absatz 10 – Vollständig elektronische Bestätigung

Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„Die Leistungserbringer haben die Beratung nach Satz 1 in Textform zu dokumentieren und sich von den Versicherten oder ihren hierzu berechtigten Vertreterinnen oder Vertretern schriftlich oder elektronisch bestätigen zu lassen."

Zu Absatz 11 – Informationen für Pflegefachpersonen

Satz 4 wird wie folgt gefasst:

„Die Krankenkassen stellen die Informationen nach den Sätzen 1 bis 3 auch den an der Versorgung beteiligten Vertragsärztinnen und Vertragsärzten sowie Pflegefachpersonen in geeigneter und elektronisch zugänglicher Form zur Verfügung."

Zu Absatz 13 – Pflegefachliche Beteiligung an Prüfschwerpunkten

Folgender Satz wird angefügt:

„Den für die Wahrnehmung der Interessen der maßgeblichen Organisationen für Pflegeberufe auf Bundesebene ist vor der Festlegung des Versorgungsbereichs Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen.“

Zu Absatz 15 – Pflegefachliche Qualitätskriterien und Beteiligung

Nach Satz 1 werden folgende Sätze eingefügt:

„Die Richtlinien müssen auch Kriterien zur Prüfung der bedarfsgerechten Auswahl, der rechtzeitigen Bereitstellung und der sicheren Anwendung der Hilfsmittel sowie der erforderlichen Beratung und Einweisung enthalten. Bei ihrer Erarbeitung und Änderung ist den für die Wahrnehmung der Interessen der maßgeblichen Organisationen für Pflegeberufe auf Bundesebene Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen.“

Zu Nummer 101 Buchstabe a), b) und d)

§ 197a SGB V – Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen

Der DPR unterstützt eine wirksame, koordinierte Bekämpfung von Abrechnungsbetrug und sonstigem Fehlverhalten im Gesundheitswesen und in der Langzeitpflege.

Die verbindliche Aufgabenverteilung zwischen Krankenkassen, Landesverbänden und GKV-Spitzenverband kann dazu beitragen, vorhandene Erkenntnisse besser zu nutzen und Mehrfachbearbeitungen zu vermeiden. Auch der Informationsaustausch mit Aufsichtsbehörden und anderen zuständigen Stellen ist grundsätzlich sachgerecht, soweit er auf aufgabenbezogen erforderliche Daten begrenzt bleibt.

Die vorgesehene Ausweitung kassenübergreifender Datenanalysen einschließlich KI-gestützter Verfahren erfordert jedoch klare Schutzvorkehrungen. Die Formulierung, wonach eine Datenübermittlung und Auswertung bereits bei bloßer Zweckmäßigkeit erfolgen soll, ist aus Sicht des DPR zu weit gefasst. Die Verarbeitung personenbezogener Daten muss auf das für den gesetzlich bestimmten Zweck erforderliche Maß begrenzt werden.

Automatisiert festgestellte Auffälligkeiten dürfen nicht mit nachgewiesenem Fehlverhalten gleichgesetzt werden. Unterschiedliche Versorgungsaufträge, komplexe Pflegebedarfe und besondere Versorgungssituationen können zu abweichenden Leistungs- und Abrechnungsmustern führen. Vor belastenden Maßnahmen ist deshalb eine fachkundige Einzelfallprüfung erforderlich. Bei pflegebezogenen Sachverhalten muss pflegefachliche Expertise einbezogen werden. Die Entwicklung und Überprüfung der Analyseverfahren muss Fehlalarme und systematische Benachteiligungen bestimmter Versorgungsformen berücksichtigen.

Die Bekämpfung von Fehlverhalten darf außerdem keine zusätzlichen pauschalen Dokumentationspflichten für Pflegefachpersonen auslösen. Vorrangig sind bereits

rechtmäßig verfügbare Daten zu nutzen. Ergänzende Auskunftsersuchen müssen anlassbezogen, erforderlich und zwischen den beteiligten Stellen abgestimmt sein.

Für eine mögliche Betrugspräventionsdatenbank sind nachvollziehbare Eintragungsschwellen und wirksame Betroffenenrechte unverzichtbar. Ungeklärte Hinweise, fachlich geprüfte Verdachtsfälle und festgestellte Verstöße müssen eindeutig unterschieden werden. Erforderlich sind zudem Berichtigungs- und Löschverfahren, begrenzte Speicherfristen sowie eine transparente Dokumentation der Zugriffe und Datenherkunft.

Der DPR fordert, die maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene bei der Entwicklung pflegebezogener Analyseverfahren und bei der Erarbeitung des Datenbankkonzepts verbindlich zu beteiligen. Damit können die Besonderheiten pflegerischer Versorgung berücksichtigt und sachlich unbegründete Verdachtsbewertungen vermieden werden.

Änderungsvorschlag § 197a SGB V

a) Absatz 1a – Fachliche Prüfung automatisierter Ergebnisse absichern

Dem Absatz 1a werden folgende Sätze angefügt:

„Automatisiert ermittelte Auffälligkeiten sind vor belastenden Maßnahmen einer fachkundigen Einzelfallprüfung zu unterziehen. Belastende Maßnahmen dürfen nicht allein auf automatisiert ermittelte Auffälligkeiten gestützt werden. Bei pflegebezogenen Sachverhalten ist pflegefachliche Expertise einzubeziehen. Die Anwendungen sind vor ihrem Einsatz und regelmäßig während ihres Einsatzes auf ihre Eignung, Fehleranfälligkeit und systematische Benachteiligungen zu überprüfen.“

b) Absatz 3a – Datenverarbeitung auf das erforderliche Maß begrenzen

In Absatz 3a Satz 1 wird das Wort „zweckmäßig“ gestrichen.

d) Absatz 6 – Zusätzliche Bürokratie und Mehrfachabfragen vermeiden

Nach Absatz 6 Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:

„Die Bestimmungen müssen sicherstellen, dass vorrangig bereits rechtmäßig verfügbare Daten genutzt, ergänzende Auskunftsersuchen auf das erforderliche Maß begrenzt und inhaltlich gleichgerichtete Mehrfachabfragen bei Leistungserbringern durch Abstimmung der beteiligten Einrichtungen vermieden werden.“

d) Absatz 7 – Mindestanforderungen an das Datenbankkonzept ergänzen

Dem Katalog der Konzeptinhalte werden folgende Nummern angefügt:

„5. Vorschläge zur eindeutigen Unterscheidung zwischen ungeprüften Hinweisen, fachlich geprüften Verdachtsfällen und festgestelltem Fehlverhalten sowie zur Dokumentation der Datenherkunft und des jeweiligen Verfahrensstands, Vorschläge zu Informations-, Anhörungs-, Auskunfts-, Berichtigungs- und Löschverfahren, zu angemessenen Speicher- und Überprüfungsfristen sowie zum Umgang mit entkräfteten

Verdachtsfällen, eine Bewertung der Auswirkungen auf die pflegerische Versorgung und den Verwaltungsaufwand der betroffenen Leistungserbringer."

Folgender Satz wird angefügt:

„Bei der Erarbeitung des Konzepts sind die maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene, die maßgeblichen Organisationen zur Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der pflegebedürftigen Menschen sowie die zuständigen Datenschutzaufsichtsbehörden zu beteiligen."

Zu Nummer 127 und 131

§ 299 Absatz 1b SGB V – Datenverarbeitung für Zwecke der Qualitätssicherung

§ 334 Absatz 3 SGB V – Anwendungen der Telematikinfrastruktur

Der DPR begrüßt die vorgesehene einmalige Datenerhebung und -übermittlung sowie die verfahrensübergreifende zentrale Datenannahme. Die Vermeidung von Mehrfachmeldungen kann den Verwaltungsaufwand reduzieren und Pflegefachpersonen entlasten.

Die Vereinfachung darf jedoch nicht zum Verlust notwendiger pflegebezogener Qualitätsinformationen führen. Bereits vorhandene Abrechnungs- und Routinedaten bilden nicht zwangsläufig sämtliche Informationen ab, die zur Bewertung pflegerischer Versorgungsprozesse und Ergebnisse erforderlich sind. Insbesondere müssen die für die jeweiligen gesetzlichen Qualitätssicherungsverfahren erforderlichen Daten zur Abbildung pflegesensitiver Qualitätsindikatoren weiterhin vollständig, aussagekräftig und rechtzeitig verfügbar sein.

Die einmalige Übermittlung begründet keine uneingeschränkte Weiterverwendung der Daten. Die jeweiligen gesetzlichen Verwendungszwecke, Zugriffsrechte und datenschutzrechtlichen Voraussetzungen sind weiterhin zu beachten. Eine Nutzung für darüber hinausgehende Zwecke, insbesondere der Qualitätssicherung und Versorgungssteuerung, setzt entsprechende gesetzliche Grundlagen voraus.

Für eine tatsächliche Entlastung müssen erforderliche Daten möglichst unmittelbar aus der bereits vorhandenen digitalen Primärdokumentation übernommen werden können, soweit sie für die jeweiligen Qualitätssicherungszwecke geeignet sind. Dafür sind einheitliche Datendefinitionen, erprobte Schnittstellen und eine gesicherte Finanzierung der notwendigen technischen und organisatorischen Umstellung erforderlich.

Die vorgesehene semantische Interoperabilität muss dabei auch die pflegefachliche Bedeutung der Daten berücksichtigen. Eine technisch einheitliche Datenübermittlung gewährleistet für sich genommen noch keine sachgerechte Abbildung pflegerischer Versorgungsprozesse und Ergebnisse. Pflegebezogene Informationen dürfen nicht ausschließlich auf einzelne Tätigkeiten reduziert werden, sondern müssen, soweit für die jeweiligen Qualitätssicherungsverfahren erforderlich, auch pflegerische Bedarfslagen, pflegefachliche Entscheidungsprozesse und Versorgungsergebnisse abbilden können.

Hierfür sind geeignete pflegefachliche Datendefinitionen und standardisierte Terminologien sowie international anschlussfähige Standards zu berücksichtigen.

Die Umsetzung auf einheitliche Übermittlungsverfahren muss unter Praxisbedingungen erprobt werden. Dabei ist sicherzustellen, dass die kontinuierliche Qualitätssicherung gewährleistet bleibt und parallele Erhebungen und Übermittlungen identischer Daten für denselben Qualitätssicherungszweck auf das erforderliche Maß begrenzt werden. Nach erfolgreicher Umstellung müssen entsprechende Doppelmeldungen entfallen.

Die maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene sind bei der Festlegung und Fortschreibung pflegebezogener Dateninhalte sowie der hierfür maßgeblichen Erhebungs- und Übermittlungsverfahren frühzeitig und verbindlich zu beteiligen. Ihre Stellungnahmen sind bei den Entscheidungen zu berücksichtigen.

<u>Änderungsvorschlag § 299 SGB V</u>

Pflegebezogene Qualitätsinformationen, fachliche Interoperabilität und tatsächliche Entlastung gewährleisten

Dem vorgesehenen Absatz 1b werden folgende Sätze angefügt:

„Bei der Festlegung und Vereinheitlichung der Datenanforderungen ist sicherzustellen, dass die für die jeweiligen Qualitätssicherungsverfahren erforderlichen pflegebezogenen Informationen, insbesondere zur Abbildung pflegesensitiver Qualitätsindikatoren, in fachlich aussagekräftiger und semantisch interoperabler Form zur Verfügung stehen. Hierbei sind geeignete pflegefachliche Datendefinitionen und standardisierte Terminologien zu berücksichtigen, die eine einheitliche Interpretation und die sachgerechte Abbildung pflegerischer Versorgungsprozesse und Ergebnisse ermöglichen.“

Pflegeprofession verbindlich beteiligen

Dem vorgesehenen Absatz 1b wird folgender Satz angefügt:

„Die maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene im Sinne des § 118a Absatz 1 Satz 1 des Elften Buches sind bei der Festlegung und Fortschreibung pflegebezogener Dateninhalte sowie der hierfür maßgeblichen Erhebungs- und Übermittlungsverfahren frühzeitig zu beteiligen. Ihnen ist Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; die Stellungnahmen sind bei der Entscheidung zu berücksichtigen.“

Technische Umsetzung und tatsächliche Entlastung gewährleisten

Dem vorgesehenen Absatz 1b werden folgende Sätze angefügt:

„Die erforderlichen Daten sind, soweit sie im Rahmen der Versorgung bereits digital vorliegen und für die jeweiligen Qualitätssicherungszwecke geeignet sind, möglichst automatisiert zu übernehmen. Die hierfür erforderlichen Schnittstellen sind vor ihrer verbindlichen Anwendung unter Praxisbedingungen zu erproben. Für die Umstellung sind geeignete Übergangsregelungen vorzusehen, die die kontinuierliche Qualitätssicherung

gewährleisten und parallele Erhebungen und Übermittlungen identischer Daten für denselben Qualitätssicherungszweck auf das erforderliche Maß begrenzen. Die gesetzlichen Zweckbindungen und Verarbeitungsbefugnisse bleiben unberührt."

Zu Nummer 128 Buchstabe a)

§ 301 SGB V – Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen

Der DPR begrüßt die vorgesehene Verpflichtung der Krankenkassen, aufnehmenden Krankenhäusern nach einer Verlegung unverzüglich Angaben zur stationären Aufenthaltsdauer des vorherigen Krankenhausaufenthalts elektronisch zu übermitteln. Die Regelung kann Abrechnungsverfahren vereinfachen, wiederholte Informationsabfragen vermeiden und Krankenhäuser von administrativen Aufgaben entlasten.

Die Übermittlung muss möglichst automatisiert in die bestehenden elektronischen Verfahren eingebunden werden. Zusätzliche manuelle Erfassungen und parallele Meldewege sind zu vermeiden. Unvollständige oder fehlerhafte Angaben müssen zeitnah berichtigt werden können.

Die Übermittlung abrechnungsbezogener Daten ersetzt nicht die Weitergabe der für eine sichere Weiterbehandlung erforderlichen medizinischen und pflegerischen Informationen. Gerade bei Menschen mit komplexem medizinischen, pflegerischen und frührehabilitativen Versorgungsbedarf müssen Versorgungskontinuität und eine fachgerechte Übergabe gewährleistet sein.

Die administrative Vereinfachung muss zudem mit sachgerechten Regelungen zur Fallzusammenführung verbunden werden. Medizinisch notwendige Verlegungen dürfen nicht durch wirtschaftliche Fehlanreize erschwert werden. Der DPR fordert deshalb eine ergänzende Klarstellung in § 8 Absatz 5 des Krankenhausentgeltgesetzes. Der entsprechende Änderungsvorschlag wird unter Artikel 5 ausgeführt.

Änderungsvorschlag § 301 Absatz 2b SGB V

Dem vorgesehenen Absatz 2b werden folgende Sätze angefügt:

„Die Übermittlung erfolgt soweit möglich automatisiert auf Grundlage der bereits vorliegenden Daten. Unrichtige oder unvollständige Angaben sind nach Kenntniserlangung unverzüglich zu berichtigen oder zu ergänzen. Gesetzliche und vertragliche Verpflichtungen zur Übermittlung der für die Weiterbehandlung erforderlichen medizinischen und pflegerischen Informationen bleiben unberührt."

Zu Nummer 129 Buchstabe a) und b)

§ 302 SGB V – Abrechnung der sonstigen Leistungserbringer

Der DPR begrüßt die ausdrückliche Berücksichtigung von Verordnungen und Empfehlungen durch Pflegefachpersonen im Abrechnungsverfahren. Die gesetzlichen Befugnisse

müssen jedoch in bundesweit einheitlichen, digitalen und interoperablen Verfahren tatsächlich nutzbar sein.

Eine erneute Anforderung bereits elektronisch übermittelter Verordnungen, Empfehlungen oder Befundangaben widerspricht dem Ziel des Bürokratierückbaus.

Abrechnungsrichtlinien, die eigenverantwortliche pflegerische Verordnungen betreffen, dürfen nicht ohne verbindliche Mitentscheidung der Pflegeprofession ausgestaltet werden.

Änderungsvorschlag § 302 SGB V

a) Zu Absatz 1 – Vermeidung mehrfacher Datenübermittlung

In der vorgesehenen Neufassung wird nach Satz 3 folgender Satz eingefügt:

„Eine erneute Übermittlung der in den Sätzen 2 und 3 genannten Verordnungen, Empfehlungen und Befundangaben darf nicht verlangt werden, soweit diese der zuständigen Krankenkasse bereits elektronisch vorliegen und dem jeweiligen Abrechnungsvorgang eindeutig zugeordnet werden können."

b) Zu Absatz 2 – Beteiligung der Pflegeprofession an Abrechnungsrichtlinien

Nach Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:

„Soweit die Richtlinien die Abrechnung von Leistungen aufgrund einer Verordnung oder Empfehlung einer Pflegefachperson betreffen, sind die entsprechenden Vorgaben im Einvernehmen mit den maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene im Sinne des § 118a Absatz 1 Satz 1 des Elften Buches festzulegen."

Zu Nummer 137

§ 394a SGB V – Zukunftsfonds für digitale Transformation und IT-Sicherheit in der Gesundheitsversorgung

§ 394b Zukunftsfonds, Durchführung der Förderung im Rahmen der digitalen Transformation

Der DPR begrüßt die Einrichtung eines Zukunftsfonds zur Förderung digitaler Anwendungen, interoperabler Infrastrukturen und der IT-Sicherheit.

Die vorgesehenen Entscheidungs- und Beteiligungsstrukturen bilden jedoch die tatsächlichen Versorgungsverantwortlichkeiten nicht angemessen ab. Insbesondere fehlt eine eigenständige Vertretung der Pflegeprofession im Digital Health Council.

Die digitale Transformation kann nur gelingen, wenn pflegerische Versorgungsprozesse, pflegefachliche Daten und interprofessionelle Schnittstellen gleichberechtigt berücksichtigt werden.

Der DPR fordert die gleichberechtigte Beteiligung der Pflegeprofession an der Ausgestaltung der Fördervorgaben und an den Entscheidungen über Fördervorhaben. Darüber

hinaus müssen pflegebezogene Digitalvorhaben sowie die notwendigen Qualifizierungs- und Implementierungsmaßnahmen ausdrücklich förderfähig sein.

Änderungsvorschlag § 394b SGB V

Zu Absatz 3 – Beteiligung an den Fördervorgaben

Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen, die Gesellschaft für Telematik und die maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene regeln gemeinsam das Nähere zur inhaltlichen Ausgestaltung der Rahmenvorgaben in einer Vereinbarung."

Zu Absatz 4 – Zusammensetzung des Digital Health Councils

Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„Dem Digital Health Council gehören jeweils eine Vertretung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, des Bundesministeriums für Gesundheit, der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen, der Gesellschaft für Telematik, der Gesundheitsindustrie sowie der maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene an."

Satz 3 wird wie folgt gefasst:

„Die Vertretung der Gesundheitsindustrie wird durch den Bundesverband der Deutschen Industrie bestimmt; die Vertretung der Pflegeberufe wird durch die maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene gemeinsam benannt; die übrigen Vertretungen werden von den jeweiligen Organisationen entsandt."

Zu Absatz 2 – Förderfähigkeit

Dem Absatz 2 werden folgende Sätze angefügt:

„Bei der Auswahl und Förderung der Vorhaben sind auch pflegerische Versorgungsprozesse, pflegefachliche Datenanforderungen sowie sektorenübergreifende Versorgungsstrukturen zu berücksichtigen. Förderfähig sind auch die für eine nachhaltige Implementierung digitaler Anwendungen erforderlichen Qualifizierungs-, Schulungs- und Implementierungsmaßnahmen."

Artikel 3 Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

Zu Nummer 5

§ 17d Absatz 9 KHG – Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen

Der DPR begrüßt die vorgesehene Streichung der gesonderten Übermittlungspflicht für Pflegepersonaldaten psychiatrischer und psychosomatischer Einrichtungen nach § 21 Absatz 2 Nummer 1 Buchstabe e KHEntgG.

Für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen gelten eigenständige Vorgaben zur Personalausstattung und entsprechende Nachweisverfahren nach der PPP-Richtlinie gemäß § 136a Absatz 2 SGB V sowie § 18 Absatz 2 Bundespflegesatzverordnung. Die zusätzliche differenzierte Übermittlung der Pflegepersonaldaten an die vom InEK geführte Datenstelle stellt daher einen weiteren Verwaltungsaufwand dar.

Der DPR unterstützt die Regelung in der vorgesehenen Fassung. Die bestehenden Anforderungen an die Personalausstattung sowie deren Nachweise nach der PPP-Richtlinie und der Bundespflegesatzverordnung bleiben hiervon unberührt. Die vorgesehene Regelung stellt somit einen sachgerechten Beitrag zum Bürokratieabbau dar, ohne die bestehenden Anforderungen an die Pflegepersonalausstattung aufzuheben.

Artikel 5 Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

Zu Nummer 5 Buchstabe a und b

§ 11 KHEntgG – Vereinbarungen für das einzelne Krankenhaus

Der DPR begrüßt grundsätzlich das Ziel, bürokratische Belastungen durch die Vereinfachung von Nachweis- und Berichtspflichten zu reduzieren. Die vorgesehene Streichung der besonderen Nachweise zur zweckentsprechenden Verwendung zusätzlicher Mittel für Tariferhöhungen des Pflegepersonals ist jedoch von den weiterhin bestehenden Nachweis- und Zweckbindungsvorgaben im Rahmen des Pflegebudgets nach § 6a KHEntgG zu unterscheiden.

Aus Sicht des DPR muss auch bei einer Vereinfachung der Nachweisverfahren die Nachvollziehbarkeit der Refinanzierung und Verwendung von Pflegepersonalkosten gewährleistet bleiben. Dabei ist zu prüfen, inwieweit die hierfür erforderlichen Informationen bereits durch bestehende Datenübermittlungen und Nachweisverfahren zur Verfügung stehen. Zusätzliche Dokumentations- und Berichtspflichten sind zu vermeiden.

Der DPR fordert daher, vorhandene Daten vorrangig zu nutzen und gegebenenfalls bestehende Verfahren so weiterzuentwickeln, dass eine transparente und

nachvollziehbare Finanzierung des Pflegepersonals sichergestellt bleibt. Soweit erforderlich, sollten anlassbezogene Prüf- und Korrekturmöglichkeiten vorgesehen werden.

Darüber hinaus ist zu berücksichtigen, dass die mit der Streichung verbundene bürokratische Entlastung nach der Gesetzesbegründung bereits im Zusammenhang mit der Einführung des Pflegebudgets berücksichtigt wurde. Sie kann daher nicht erneut als zusätzliche quantifizierte Entlastung der Krankenhäuser ausgewiesen werden.

Ergänzender Vorschlag zu Artikel 5

§ 8 Absatz 5 KHEntgG – Berechnung der Entgelte

Mit dem GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz wurden die gesetzlichen Vorgaben zur Fallzusammenführung gemäß § 8 Absatz 5 KHEntgG ab dem 1. Januar 2028 wesentlich erweitert. Künftig ist eine Fallzusammenführung grundsätzlich auch dann vorgesehen, wenn die Aufnahme innerhalb von 30 Kalendertagen nach dem Aufnahmedatum eines vorherigen Krankenhausaufenthalts erfolgt und die erbrachten Leistungen derselben Hauptdiagnosegruppe (MDC) zuzuordnen sind.

Der DPR unterstützt das Ziel, wirtschaftliche Fehlanreize zu vermeiden, zusammenhängende Behandlungsprozesse sachgerecht abzubilden und vermeidbare Wiederaufnahmen zu reduzieren. Die vorgesehene Erweiterung der Fallzusammenführung erfordert jedoch eine differenzierte Betrachtung unterschiedlicher Versorgungssituationen. § 8 Absatz 5 Satz 1 Nummer 2 KHEntgG unterscheidet nicht ausdrücklich zwischen ungeplanten und geplanten Wiederaufnahmen, regulären Verlegungen sowie Rückverlegungen. Insbesondere bleibt unklar, inwieweit medizinisch notwendige Verlegungen zur stationären Weiterbehandlung von der Neuregelung erfasst werden. Diese Fallkonstellationen unterliegen bislang unterschiedlichen Abrechnungsregelungen der Fallpauschalenvereinbarung.

Aus Sicht des DPR ist eine solche Differenzierung insbesondere vor dem Hintergrund der Krankenhausreform und der zunehmenden Spezialisierung von Krankenhausstandorten erforderlich. Medizinisch notwendige Verlegungen, Rückverlegungen und mehrstufige Behandlungsverläufe können wesentliche Bestandteile einer bedarfsgerechten und qualitätsgesicherten Versorgung sein. Dies betrifft insbesondere medizinisch komplexe und frührehabilitative Behandlungen, bei denen unterschiedliche spezialisierte Versorgungsstrukturen erforderlich sein können. Die Ausgestaltung der Fallzusammenführung darf keine wirtschaftlichen Fehlanreize setzen, die medizinisch gebotene Behandlungsverläufe oder die Weiterbehandlung in spezialisierten Einrichtungen erschweren.

Der DPR weist darauf hin, dass § 8 Absatz 5 Satz 2 KHEntgG bereits nähere oder abweichende Regelungen durch die Vertragsparteien ermöglicht. Darüber hinaus sieht § 9 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 KHEntgG ausdrücklich vor, bis zum 31. März 2027 Ausnahmen

von der erweiterten Fallzusammenführung zu vereinbaren, soweit diese wirtschaftlich nicht geboten oder medizinisch nicht vertretbar ist.

Aus Sicht des DPR ist sicherzustellen, dass bei der Ausgestaltung dieser Ausnahmen medizinisch notwendige Verlegungen zwischen Krankenhäusern, medizinisch begründete Rückverlegungen und geplante mehrstufige Behandlungsverläufe bzw. geplante Wiederaufnahmen ausdrücklich berücksichtigt werden. Dabei muss insbesondere das Verhältnis zwischen der erweiterten Fallzusammenführung und den bestehenden Abrechnungsregelungen für Verlegungs- und Rückverlegungsfälle eindeutig geregelt werden.

Der DPR fordert daher eine Präzisierung des gesetzlichen Regelungsauftrags nach § 9 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 KHEntgG. Die Ausnahmeregelungen müssen medizinisch sachgerecht, bundesweit einheitlich und anhand objektiver Kriterien nachvollziehbar sein. Zusätzliche einzelfallbezogene Nachweispflichten sind dabei möglichst zu vermeiden.

Änderungsvorschlag § 8 Absatz 5

Der DPR regt an, den § 8 Absatz 5 KHEntgG durch folgenden Satz zu ergänzen:

***„(Neu)** Aufnahmen im unmittelbaren Anschluss an eine medizinisch notwendige Verlegung aus einem anderen Krankenhaus sind von Nummer 2 nicht erfasst.“*

Artikel 7 Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch

Zu Nummer 2 Buchstabe a) und b)

§ 47a SGB XI – Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen

Der DPR unterstützt eine wirksame und systemübergreifende Bekämpfung von Fehlverhalten in der Pflegeversorgung. Die Zusammenarbeit zwischen sozialer Pflegeversicherung, privater Pflegeversicherung und den für die Hilfe zur Pflege zuständigen Sozialhilfeträgern kann dazu beitragen, relevante Sachverhalte aufzuklären und einen zweckgerechten Einsatz der verfügbaren Mittel zu sichern.

Die erweiterten Befugnisse zur Übermittlung personenbezogener Daten müssen jedoch klar begrenzt und nachvollziehbar ausgestaltet werden. Der Begriff „zweckmäßig“ eröffnet einen weitreichenden Übermittlungsspielraum. Angesichts der möglichen Sensibilität der Daten und der Folgen für Versicherte, Pflegefachpersonen und Einrichtungen sollte die Übermittlung auf die für die jeweilige Aufgabe erforderlichen Daten beschränkt werden. Für beide Richtungen des Datenaustauschs mit den Sozialhilfeträgern sollte ein einheitlicher Erforderlichkeitsmaßstab gelten.

Bei der Bewertung möglicher Auffälligkeiten sind pflegefachliche Sachverhalte, unterschiedliche Versorgungssituationen und die jeweiligen Abrechnungsregelungen sachgerecht zu berücksichtigen. Abrechnungs- oder Dokumentationsauffälligkeiten dürfen

nicht ohne weitere Prüfung mit nachgewiesenem Fehlverhalten gleichgesetzt werden. Soweit pflegefachliche Fragen entscheidungserheblich sind, ist entsprechend qualifizierte pflegefachliche Expertise einzubeziehen.

Der DPR begrüßt die ausdrückliche Berücksichtigung der für Berufszulassung und berufsrechtliche Verfahren zuständigen Behörden und Kammern. Die Übermittlung an diese Stellen muss sich auf Informationen beschränken, die für ihre gesetzlichen Aufgaben erforderlich sind. Der jeweilige Prüfungsstand und bestehende Unsicherheiten müssen erkennbar bleiben.

Änderungsvorschlag § 47a SBG XI

Datenübermittlung auf das erforderliche Maß begrenzen

b) In Absatz 2 Satz 1 und Satz 4 werden jeweils die Wörter „oder zweckmäßig“ gestrichen.

Übermittlungsgrundlage und Prüfungsstand dokumentieren

b) Dem Absatz 2 werden folgende Sätze angefügt:

„Anlass, Zweck, Rechtsgrundlage und Umfang der Datenübermittlung sowie die empfangenden Stellen sind zu dokumentieren. Bei der Übermittlung sind tatsächliche Feststellungen, Verdachtsmomente und noch ungeklärte Sachverhalte eindeutig zu unterscheiden. Erweisen sich übermittelte Angaben als unrichtig, sind die empfangenden Stellen unverzüglich zu unterrichten.“

Pflegefachliche Expertise bei der Sachverhaltsbewertung sichern

a) Dem Absatz 1 werden folgende Sätze angefügt:

„Soweit die Prüfung pflegefachliche Sachverhalte betrifft, ist die hierfür erforderliche pflegefachliche Expertise einzubeziehen. Abrechnungs- oder Dokumentationsauffälligkeiten sind unter Berücksichtigung des konkreten Versorgungsgeschehens und der jeweils geltenden gesetzlichen und vertraglichen Anforderungen zu bewerten.“

Artikel 11 Änderung des Gesetzes über die Pflegeberufe

§ 33 PflBG – Aufbringung des Finanzierungsbedarfs; Verordnungsermächtigung

Der DPR erkennt das Ziel an, das Verfahren zur Anpassung der Finanzierungsanteile der Pflegeausbildung zu vereinfachen.

Die Streichung der bisherigen Berichtspflicht und der Beteiligung des Deutschen Bundestages darf jedoch nicht zu einer Verringerung der Transparenz und politischen Verantwortlichkeit führen.

Die Anpassung der Finanzierungsanteile berührt die Rahmenbedingungen der Pflegebildung und die finanziellen Belastungen der beteiligten Finanzierungsträger, der Pflegeeinrichtungen und pflegebedürftiger Menschen. Die Profession Pflege muss daher frühzeitig und verbindlich an der Bewertung der fachlichen und versorgungsbezogenen Auswirkungen beteiligt werden.

Die vorgesehene Regelung schafft zudem keine zusätzliche Finanzierung der Pflegeausbildung, sondern ermöglicht lediglich eine Veränderung der Verteilung bestehender Finanzierungsanteile. Die langfristig gesicherte und bedarfsgerechte Finanzierung der Pflegebildung bleibt deshalb eine eigenständige Reformaufgabe.

Änderungsvorschlag § 33 Absatz 8 PflBG

Dem neu gefassten Absatz 8 werden folgende Sätze angefügt:

„Vor Erlass der Rechtsverordnung sind die maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene im Sinne des § 118a Absatz 1 Satz 1 des Elften Buches frühzeitig unter Übermittlung des Verordnungsentwurfs und der Berechnungsgrundlagen zu beteiligen. Ihre Stellungnahmen sind dem Verordnungsentwurf beizufügen; Abweichungen von wesentlichen fachlichen Einschätzungen sind zu begründen. Die Berechnungsgrundlagen sowie die voraussichtlichen Auswirkungen auf die beteiligten Finanzierungsträger, die Pflegeeinrichtungen und die finanzielle Belastung pflegebedürftiger Menschen sind öffentlich darzulegen. Die Bundesregierung unterrichtet den Deutschen Bundestag vor Zuleitung der Rechtsverordnung an den Bundesrat über die beabsichtigte Anpassung und deren Begründung. Die ermächtigten Bundesministerien überprüfen regelmäßig anhand bereits verfügbarer Daten die Angemessenheit der Finanzierungsanteile nach Absatz 1 Nummer 2 und 4 und veröffentlichen die Ergebnisse. Zusätzliche Erhebungs- und Berichtspflichten für Pflegeschulen und Träger der praktischen Ausbildung werden hierdurch nicht begründet.“

Berlin, 16.11.2026

Kontakt
Deutscher Pflegerat e.V. (DPR)
Tel.: + 49 30 / 398 77 303
Alt-Moabit 91
10559 Berlin
E-Mail: info@deutscher-pflegerat.de
www.deutscher-pflegerat.de