

**Stellungnahme des Deutschen Pflegerates e. V.
(DPR) zum Referentenentwurf des
Bundesministeriums des Innern
Verordnung zur Bestimmung kritischer Anlagen
nach dem KRITIS-Dachgesetz
(Kritisverordnung – KritisV)**

Stand 26.05.2026

Der Deutsche Pflegerat (DPR) bedankt sich für die Möglichkeit zum Referentenentwurf des Bundesministeriums des Innern, Verordnung zur Bestimmung kritischer Anlagen nach dem KRITIS-Dachgesetz (Kritisverordnung – KritisV) mit besonderem Blick auf die ambulante und stationäre Langzeitpflege Stellung nehmen zu können.

Zusammenfassung

Der Deutsche Pflegerat unterstützt das Ziel der Kritisverordnung, kritische Versorgungsstrukturen zu identifizieren und ihre Resilienz zu stärken. Der Entwurf bleibt im Gesundheitssektor jedoch unvollständig, da die ambulante und stationäre Langzeitpflege nicht als eigenständige kritische Dienstleistung berücksichtigt wird.

Pflegeeinrichtungen und ambulante Pflegedienste sind zentrale Bestandteile der gesundheitlichen Versorgung und müssen daher in die Verordnung aufgenommen werden. Ihr Ausfall hätte unmittelbare Folgen für pflegebedürftige Menschen sowie für Krankenhäuser, Rettungsdienste und Kommunen. Resilienz entsteht entlang der gesamten Versorgungskette, einschließlich der Langzeitpflege. Andernfalls bleibt der Schutz kritischer Versorgung unvollständig.

Der DPR fordert daher, die ambulante und stationäre Langzeitpflege ausdrücklich in § 6 KritisV-E und Anlage 5 aufzunehmen.

Die Pflegeprofession begrüßt grundsätzlich das Ziel des KRITIS-Dachgesetzes und der darauf aufbauenden Kritisverordnung, kritische Anlagen sektorenübergreifend zu bestimmen und die Resilienz zentraler Versorgungsstrukturen in Deutschland zu stärken. Die Erfahrungen der vergangenen Jahre - Pandemie, Energiekrise, Extremwetterereignisse, Cyberangriffe, Fachpersonalmangel und fragile Lieferketten - haben deutlich gemacht, dass gesundheitliche Versorgung nicht allein in Akutstrukturen gedacht werden darf. Resilienz der Gesundheitsversorgung entsteht nicht erst im Krankenhaus, sondern in der gesamten Versorgungskette.

Aus Sicht der Pflegeprofession greift der vorliegende Entwurf im Sektor Gesundheit jedoch zu kurz. § 6 KritisV-E benennt als kritische Dienstleistungen insbesondere die stationäre medizinische Versorgung, die Versorgung mit Medizinprodukten, Arzneimitteln, Impfstoffen, Blut- und Plasmakonzentraten, Forschung und Entwicklung sowie Labordiagnostik. Die

unmittelbare pflegerische Versorgung in der ambulanten und stationären Langzeitpflege wird dagegen nicht eigenständig als kritische Dienstleistung erfasst.

Dies ist fachlich, versorgungspraktisch und resilienzpoltisch problematisch. Die ambulante und stationäre Langzeitpflege versorgt dauerhaft hochaltrige, pflegebedürftige, chronisch kranke, multimorbide und häufig kognitiv eingeschränkte Menschen. Diese Menschen können im Krisenfall nicht einfach ausweichen, sich selbst versorgen oder kurzfristig in andere Versorgungsstrukturen verlegt werden. Pflegeeinrichtungen und ambulante Pflegedienste sind damit nicht nachrangige soziale Infrastruktur, sondern tragende Bestandteile der gesundheitlichen Daseinsvorsorge.

Der Entwurf bleibt demgegenüber stark krankenhauszentriert. In Anlage 5 wird für die stationäre medizinische Versorgung als Anlagenkategorie insbesondere das Krankenhaus mit einem Schwellenwert von 30.000 vollstationären Fällen pro Jahr genannt. Der Krankenhausbegriff wird dabei an die Zulassung nach §§ 107 Abs. 1 und 108 SGB V angebunden. Einrichtungen der stationären Langzeitpflege nach SGB XI, ambulante Pflegedienste, Tagespflegeeinrichtungen, Kurzzeitpflegeeinrichtungen sowie spezialisierte Versorgungsformen der Pflege werden dadurch nicht erfasst.

Diese Engführung verkennt die tatsächliche Struktur der Gesundheitsversorgung. Krankenhäuser können nur dann funktionsfähig bleiben, wenn die Langzeitpflege funktioniert. Fehlen ambulante Pflegedienste, stationäre Pflegeplätze, Kurzzeitpflegekapazitäten oder stabile pflegerische Versorgungsstrukturen, verlängern sich Krankenhausverweildauern, Entlassungen scheitern, Notaufnahmen werden zusätzlich belastet und vulnerable Menschen geraten unmittelbar in Versorgungsnot. Die Resilienz des Krankenhauses ist daher untrennbar mit der Resilienz der ambulanten und stationären Langzeitpflege verbunden.

Aus Sicht des DPR ist deshalb eine Erweiterung des Sektors Gesundheit erforderlich. Die pflegerische Versorgung pflegebedürftiger Menschen in ambulanten, teilstationären und stationären Settings muss als eigenständige kritische Dienstleistung anerkannt werden. Dabei geht es nicht darum, jede einzelne Pflegeeinrichtung pauschal mit denselben Anforderungen wie große Krankenhausstandorte zu belasten. Vielmehr braucht es eine sachgerechte, verhältnismäßige und abgestufte Einordnung, die die Systemrelevanz der Langzeitpflege berücksichtigt und zugleich die besondere Struktur kleiner und mittlerer Träger beachtet.

Gerade die Langzeitpflege ist überwiegend durch kleine und mittlere sowie freigemeinnützige, kirchliche, kommunale und private Träger geprägt. Viele Einrichtungen verfügen nicht über eigene Stabsstellen für Resilienzmanagement, IT-Sicherheit, Risikoanalyse oder Krisenkoordination. Würden neue KRITIS-Anforderungen ohne Förderung, Beratung und regionale Unterstützungsstrukturen eingeführt, entstünde ein erhebliches Umsetzungsrisiko. Resilienz darf nicht allein als zusätzliche Betreiberpflicht verstanden werden, sondern muss als gemeinsamer öffentlicher Sicherstellungsauftrag ausgestaltet werden.

Neben der Aufnahme der ambulanten und stationären Langzeitpflege in den Anwendungsbereich der Kritisverordnung, müssen settingspezifische, verhältnismäßige Resilienzstandards entwickelt werden. Diese Standards müssen insbesondere Notfall- und Krisenpläne, Energie- und Wasserversorgung, Arzneimittel- und Medizinprodukteversorgung, Personalverfügbarkeit, digitale Ausfallsicherheit, Evakuierungs- und Verlegungsplanung, Kommunikation mit Angehörigen sowie Zusammenarbeit mit Katastrophenschutz, Kommunen, Krankenhäusern und Rettungsdiensten umfassen.

Besonders wichtig ist dabei die regionale Perspektive. Einzelne Pflegeeinrichtungen erreichen möglicherweise keine hohen bundesweiten Schwellenwerte. In der Summe bilden sie jedoch regionale Versorgungsnetze, deren Ausfall erhebliche Folgen für Krankenhäuser, Rettungsdienste, Angehörige und Kommunen hätte. Deshalb darf die Bewertung kritischer Versorgungsstrukturen nicht ausschließlich an isolierten Einrichtungsgrößen oder Fallzahlen ausgerichtet werden. Erforderlich ist eine netzwerkbezogene Betrachtung regionaler Pflege- und Versorgungscluster.

Zu den Änderungsvorschlägen im Einzelnen:

§ 6 Absatz 1

§ 6 Absatz 1 KritisV-E sollte um eine weitere kritische Dienstleistung ergänzt werden:

„6. die pflegerische Versorgung pflegebedürftiger Menschen in ambulanten, teilstationären und stationären Versorgungsformen, soweit deren Ausfall zu erheblichen Beeinträchtigungen der gesundheitlichen Versorgung, der Versorgung besonders vulnerabler Personengruppen oder der Funktionsfähigkeit regionaler Versorgungsstrukturen führen kann.“

Alternativ oder ergänzend könnte formuliert werden:

„Zur kritischen Dienstleistung im Sektor Gesundheit zählt auch die Sicherstellung der pflegerischen Versorgung nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch, insbesondere durch ambulante Pflegedienste, langzeitstationäre Pflegeeinrichtungen, Einrichtungen der Kurzzeitpflege, Tagespflegeeinrichtungen sowie weitere pflegerische Versorgungsformen, soweit diese für die Aufrechterhaltung regionaler Versorgungsstrukturen von erheblicher Bedeutung sind.“

Ergänzend ist darauf hinzuweisen, dass langzeitstationäre Pflegeeinrichtungen bereits heute verpflichtet sind, für akute Krisensituationen Krisenkonzepte vorzuhalten. Diese bestehenden Anforderungen ersetzen jedoch keine Einordnung als kritische Dienstleistung nach der KritisV, sondern belegen die besondere Schutz- und Systemrelevanz der ambulanten und stationären Langzeitpflege.

Ergänzung der Anlage 5

In Anlage 5 sollte eine neue Anlagenkategorie eingefügt werden:

„Einrichtungen und Dienste der pflegerischen Versorgung

Als Anlagenkategorien kommen insbesondere in Betracht:

1. stationäre Pflegeeinrichtungen nach § 71 Abs. 2 SGB XI,
2. ambulante Pflegedienste nach § 71 Abs. 1 SGB XI,
3. Einrichtungen der Tages- und Nachtpflege nach § 41 SGB XI,
4. Einrichtungen der Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI,
5. träger- oder verbundbezogene zentrale Leitungs-, Steuerungs-, Dokumentations-, Dienstplanungs- und Kommunikationssysteme, soweit sie für die Aufrechterhaltung der pflegerischen Versorgung erforderlich sind.

Als Bemessungskriterien sollten nicht allein einzelne Einrichtungsgrößen gelten. Sinnvoll wäre eine Kombination aus:

1. Anzahl versorgter pflegebedürftiger Menschen,
2. regionaler Versorgungsbedeutung,
3. Spezialisierungsgrad, etwa die Versorgung von demenziell erkrankten Menschen, außerklinische Intensivpflege oder palliative Versorgung,
4. Bedeutung für Krankenhausentlastung und Entlassmanagement,
5. Funktion innerhalb eines regionalen Versorgungsnetzwerks.

Eine mögliche Formulierung für Anlage 5 könnte lauten:

„Pflegerische Versorgungseinrichtung oder pflegerischer Versorgungsverbund: Einrichtung, Dienst oder Verbund von Einrichtungen und Diensten nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch, die oder der ambulante, teilstationäre oder stationäre pflegerische Versorgung erbringen und deren oder dessen Ausfall die Versorgung pflegebedürftiger Menschen oder die Funktionsfähigkeit regionaler gesundheitlicher Versorgungsstrukturen erheblich beeinträchtigen kann.“

Ergänzung um regionale Versorgungsverbünde

Zusätzlich sollte die Verordnung eine Öffnungsklausel für regionale Versorgungsverbünde enthalten. Gerade kleinere Träger und Einrichtungen sind für sich genommen häufig nicht groß genug, um klassische KRITIS-Schwellenwerte zu erreichen. Gleichwohl kann ihr gemeinsamer Ausfall, etwa in einem Landkreis oder einer Versorgungsregion, erhebliche Folgen haben.

Daher sollte ergänzt werden:

„Mehrere Einrichtungen oder Dienste der pflegerischen Versorgung gelten als kritischer pflegerischer Versorgungsverbund, wenn sie in einer regionalen Versorgungsstruktur zusammenwirken und ihr gemeinsamer Ausfall geeignet ist, die gesundheitliche oder pflegerische Versorgung einer erheblichen Zahl pflegebedürftiger Menschen oder die Funktionsfähigkeit angrenzender Versorgungsbereiche wesentlich zu beeinträchtigen.“

Diese Regelung würde der Realität der ambulanten und stationären Langzeitpflege deutlich besser gerecht als ein rein einrichtungsbezogener Schwellenwert.

Erforderliche Unterstützung kleiner und mittlerer Träger

Die Aufnahme der Langzeitpflege in KRITIS-Strukturen darf nicht zu einer bloßen Pflichtenverlagerung auf Einrichtungen führen. Die Pflegeprofession fordert daher eine verbindliche Flankierung durch Bund, Länder und Kommunen. Dazu gehören insbesondere:

1. Förderung regionaler Resilienznetzwerke,
2. finanzielle Unterstützung für Risikoanalysen, Notstromversorgung, Kommunikationssysteme und IT-Ausfallsicherheit,
3. branchenspezifische Musterstandards für Pflegeeinrichtungen,
4. Einbindung der Pflegeprofession in kommunale Katastrophenschutz- und Krisenstäbe,
5. klare Refinanzierungsregelungen über SGB XI und Landesrecht,
6. niedrigschwellige Beratung insbesondere für kleine und mittlere Träger.

Ohne Refinanzierung und fachliche Unterstützung droht eine paradoxe Wirkung: Ausgerechnet jene Einrichtungen, die für die Versorgung vulnerabler Menschen unverzichtbar sind, würden durch zusätzliche Anforderungen weiter belastet.

Dabei ist ausdrücklich zu berücksichtigen, dass ambulante und langzeitstationäre Pflegeeinrichtungen die vorhandenen Krisenvorsorgepflichten häufig ohne gesonderte Refinanzierung erfüllen müssen. Eine KRITIS-rechtliche Einordnung darf deshalb nicht zu einer weiteren unbezahlten Betreiberpflicht führen, sondern muss mit Finanzierung, Beratung, kommunaler Einbindung und standardisierten Mustervorlagen verbunden werden.

Berlin, 12.06.2026

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