

DEUTSCHE
KRANKENHAUS
GESELLSCHAFT



Stellungnahme

zum Gesetzentwurf

der Bundesregierung

für ein

Gesetz zur Befugnisenerweiterung und
Entbürokratisierung in der Pflege



Diskutieren, entscheiden, handeln.

Zusammenfassung

Das Gesetz zur Befugnisserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege (ehem. Pflegekompetenzgesetz) hat zum Ziel, die Pflegefachpersonen in ihren vielfältigen Kompetenzen zu stärken, um ihre Eigenständigkeit in der interprofessionellen Zusammenarbeit in der Gesundheitsversorgung zu fördern. Außerdem werden Maßnahmen zum Bürokratieabbau im Geltungsbereich des SGB XI gesetzlich verankert.

Die Krankenhäuser begrüßen den Gesetzentwurf der Bundesregierung und die schnelle Umsetzung des Vorhabens nach der entsprechenden Ankündigung im Koalitionsvertrag. Das Gesetz wertet die pflegerische Berufsausübung durch die Möglichkeit der eigenverantwortlichen Heilkundeausübung von Pflegefachpersonen im vertragsärztlichen Bereich sowie im Krankenhaus auf. Darüber hinaus werden in dem Gesetzentwurf verschiedene Aspekte im Leistungsrecht des SGB XI adressiert, die u. a. eine Umsetzung und Erweiterung der Pflegepersonalbemessung in Pflegeeinrichtungen, Regelungen zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und Anreize für innovative quartiersnahe Wohnformen sowie verschiedene Regelungen und Maßnahmen zur Entlastung und Rückgewinnung von Pflegefachpersonen definieren. Zudem werden verschiedene Maßnahmen zum Bürokratieabbau in der Pflege im Wirkungsbereich des SGB XI vorgesehen. Für den Krankenhausbereich sind hingegen keine Maßnahmen zum Bürokratieabbau enthalten, obwohl diese auch hier zwingend erforderlich sind. Pflegefachpersonen sind aufgrund überbordender Dokumentationsverpflichtungen durchschnittlich drei Stunden pro Tag mit patientenfernen, administrativen Tätigkeiten gebunden. Die Reduktion von nur einer Stunde dieser Dokumentationszeit hat das Potenzial, 47.000 Pflegefachpersonen in Vollzeit für die direkte Patientenversorgung freizusetzen. Insbesondere vor dem Hintergrund des Fachkräftemangels und der demographischen Entwicklung in Deutschland sind Maßnahmen zur Bürokratieentlastung unbedingt für alle Versorgungsbereiche umzusetzen.

Zur Erweiterung der Befugnisse von Pflegefachpersonen ist in der stationären Krankenhausversorgung insbesondere der § 112a SGB V relevant. Dieser sieht einen Katalog an Leistungen der ärztlichen Behandlung vor, welche zukünftig durch Pflegefachpersonen erbracht werden können. Da dieser Katalog auf den Vereinbarungen des vertragsärztlichen Bereiches gemäß § 73d SGB V basiert, ist es zwingend erforderlich, dass die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) im Regelungsbereich des § 73d SGB V als Vertragspartei mit aufgenommen wird. Die DKG begrüßt, dass sie nun im Gesetzentwurf neben der Bundesärztekammer und den maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe ein Stellungnahmerecht sowie das Recht zur Teilnahme an den Sitzungen erhält, jedoch ist dies nicht ausreichend. Die DKG sollte den Katalog als Vertragspartei mitentwickeln dürfen. Nichtsdestotrotz begrüßen die Krankenhäuser, dass die Umsetzung im SGB V klare Regelungen für die Leistungserbringung von Pflegefachpersonen auf gesetzlicher Grundlage definieren und damit Klarheit für eine prozessuale Umsetzung der Ausübung von Pflegekompetenzen bzw. der Befugnisserweiterung bringen.

Grundlegende Bewertung

Der vorliegende Regierungsentwurf des Gesetzes zur Befugnisserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege hat das Ziel, die Aufgabengebiete von beruflich und hochschulisch ausgebildeten Pflegefachpersonen zu erweitern und um eigenverantwortliche heilkundliche Tätigkeiten zu ergänzen. Die Kompetenzen der Fachkräfte sind eine essenzielle Voraussetzung für die qualitativ hochwertige medizinische und pflegerische Versorgung der deutschen Krankenhäuser. Eine Stärkung der Befugnisse sowohl in der stationären Krankenhausversorgung als auch im vertragsärztlichen bzw. ambulanten Bereich wird von den Krankenhäusern ausdrücklich begrüßt. Wie der DKG-Fachkräftemonitor aufzeigt, gilt die Berufsgruppe der Pflege mit 41 Prozent als größte Berufsgruppe in den deutschen Krankenhäusern. Rund 528.000 Pflegefachpersonen versorgen 17 Millionen Patientinnen und Patienten jährlich¹. Auch in der ambulanten Pflege sind 442.900 Personen beschäftigt, in stationären Pflegeeinrichtungen sind es 814.000². Der demographische Wandel stellt die Berufsgruppe hinsichtlich der Fachkräftesicherung und Gesundheitsversorgung der Bevölkerung vor große Herausforderungen. Zum einen resultieren daraus eine steigende Anzahl an Krankenhausfällen und eine prognostizierte Zunahme der Pflegebedürftigen von aktuell fünf Millionen Menschen auf 6,8 Millionen Menschen im Jahr 2055. Zum anderen sinkt durch die Renteneintritte der geburtsstarken Jahrgänge in Folge des demographischen Wandels das Arbeitskraftpotenzial in der Pflegeberufsgruppe. Schon jetzt haben laut dem DKG-Fachkräftemonitor 72 Prozent der Krankenhäuser Probleme in der Stellenbesetzung von Pflegefachpersonen.

Vor dem Hintergrund der genannten Zahlen ist die Fachkräftesicherung in Bezug auf die Berufsgruppe der Pflege und zur Aufrechterhaltung einer flächendeckenden Gesundheitsversorgung der Bevölkerung ein zentrales Thema. Die Stärkung der Befugnisse und der Verantwortung sowohl in der stationären Krankenhausversorgung als auch im vertragsärztlichen Bereich bietet die Chance der Attraktivitätssteigerung im Pflegeberuf. Diese Aufwertung der pflegerischen Berufsausübung kann dazu führen, mehr Pflegefachpersonen in der Versorgung zu halten. Neben diversen anderen Maßnahmen hat sich die DKG in ihrem Positionspapier „Attraktivitätssteigerung der Pflegeberufe“³ für eine Stärkung der beruflichen Kompetenzen und Befugnisse auf Grundlage umfassender klarer gesetzlicher Regelungen ausgesprochen. Durch den ebenfalls vorliegenden Gesetzentwurf zum Pflegefachassistenteneinführungsgesetz und das geplante Vorhaben, ein Gesetz für Pflegefachpersonen mit Masterqualifizierung auf den Weg zu bringen, ergeben sich im Pflegeberuf neue Karrierewege, die eine weitreichende Perspektive für Pflegefachpersonen bieten. Das Gesetz zur Befugnisserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege ist somit als eine zentrale Maßnahme gegen den Fachkräftemangel zu werten und wird von den Krankenhäusern begrüßt. Bei der Umsetzung aller Regelungen ist hervorzuheben, dass eine möglichst bürokratiearme Gestaltung erforderlich ist. Im vorliegenden Gesetzentwurf sind für den Krankenhausbereich keine zusätzlichen Maßnahmen zur

¹ Statista (2024): Fallzahlen in deutschen Krankenhäusern in den Jahren 1998 bis 2023. Online verfügbar unter: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/157058/umfrage/fallzahlen-in-deutschen-krankenhaeusern-seit-1998/> [zuletzt abgerufen am 05.09.2025]

² Destatis (2023): Zahl der Beschäftigten in ambulanten Pflegediensten binnen 20 Jahren mehr als verdoppelt. Online verfügbar unter: https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2023/05/PD23_N029_23.html [zuletzt abgerufen am 05.09.2025]

³ Online verfügbar unter: [DKG | Positionspapier | Attraktivitätssteigerung Pflegeberufe 04-2025_RZ_Web_klein.pdf](#) [zuletzt abgerufen am 05.09.2025]

Entlastung von unnötiger Bürokratie vorgesehen – diese beziehen sich bislang ausschließlich auf das SGB XI. Dabei ist eine spürbare Entbürokratisierung auch in den Krankenhäusern längst überfällig. Sie schafft mehr Zeit für die direkte Patientenversorgung, steigert die Attraktivität der Arbeitsplätze und wirkt damit zugleich dem Fachkräftemangel entgegen.

Die DKG fordert daher nachdrücklich, auch für die Krankenhäuser verbindliche Regelungen zur spürbaren Entbürokratisierung zu verankern, um die Versorgung und Behandlung der Patientinnen und Patienten nachhaltig sicherzustellen. Entsprechende Vorschläge hat die DKG bereits im Positionspapier „*Weniger Bürokratie – Mehr Ressourcen für Patientinnen und Patienten*“⁴ veröffentlicht.

Krankenhäuser stärker an der Ausgestaltung der Rahmenbedingungen zur eigenverantwortlichen Heilkundeausübung beteiligen

Die Krankenhäuser begrüßen den vorgesehenen § 112a SGB V, welcher explizit eine Regelung für die von Pflegefachpersonen eigenverantwortlich zu erbringenden heilkundlichen Leistungen der ärztlichen Behandlung in der Krankenhausversorgung vorsieht. Damit wird der Kritik der Krankenhäuser am Gesetzentwurf der letzten Bundesregierung Rechnung getragen, indem nunmehr eine Regelung für den Krankenhausbereich geschaffen werden soll.

Im § 112a SGB V wird die eigenverantwortliche Erbringung von Leistungen durch Pflegefachpersonen im Rahmen der Krankenhausbehandlung definiert. Die Vertragsparteien nach § 9 KHEntgG sollen bis zum 31.07.2028 einen Katalog an Leistungen der ärztlichen Behandlung vereinbaren, die Pflegefachpersonen eigenverantwortlich in den Krankenhäusern erbringen können. Zusätzlich sollen Rahmenbedingungen der interprofessionellen Zusammenarbeit zwischen Pflegefachpersonen und Ärzten vereinbart werden. Allerdings ist als Vorlage für den Katalog, der für den Krankenhausbereich vereinbart werden soll, der entsprechende Katalog zu den Leistungen und Kompetenzen nach § 73d Abs. 2 SGB V zu übernehmen, sofern keine sachlichen Gründe für eine Abweichung bestehen. Der in § 73d SGB V beschriebene Katalog ist in der vorliegenden Form ausschließlich im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung sowie der häuslichen Krankenpflege zu vereinbaren. Die Krankenhäuser begrüßen, dass der DKG im Rahmen von § 73d Abs. 2 SGB V neben der Bundesärztekammer und den maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe ein Stellungnahmerecht eingeräumt wird und die DKG an den Sitzungen der Vertragspartner teilnehmen darf. Die DKG kann sich somit zwar frühzeitig äußern, jedoch hat der Katalog aus § 73d SGB V maßgebliche Auswirkungen auf den Katalog der Krankenhausbehandlung (§ 112a SGB V), sodass die DKG eine noch stärkere Einbindung mit Handlungsoptionen und Entscheidungsmöglichkeiten fordert. Folglich ist die DKG zwingend als Vertragspartner in § 73d SGB V einzubinden, um bei der Vereinbarung mitzuwirken und die Expertise der Krankenhäuser einzubringen. Damit kann eine möglichst sektorenübergreifende, einheitliche Regelung geschaffen werden und die Vereinbarung für den Krankenhausbereich effizient abgeschlossen werden.

Die vorgesehene Vereinbarung von Rahmenvorgaben zur interprofessionellen Zusammenarbeit zwischen Pflegefachpersonen und Ärztinnen und Ärzten (§ 73d Abs. 1 Nr. 3 SGB V) erscheint im vertragsärztlichen Bereich der Versorgung zweckmäßig, da hier eine neue Form der Zusammenarbeit etabliert wird. Im Krankenhausbereich hingegen ist die Interprofessionalität bereits gelebte Praxis und

⁴ Online verfügbar unter: [04_DKG-Positionspapier_Buerokratieabbau.pdf](#) [zuletzt abgerufen am 05.09.2025]

bedarf keiner verbindlichen Vereinbarung von Rahmenbedingungen auf Selbstverwaltungsebene (§ 112a Abs. 1 Nr. 2 SGB V). Dies sollte grundsätzlich in der Organisationshoheit der Krankenhäuser verbleiben, weshalb eine Regelung zu den Rahmenvorgaben für den Krankenhaussektor, sofern daran festgehalten wird, nur Empfehlungscharakter haben darf.

Kritisch wird von den Krankenhäusern die Evaluation der Vertragspartner in Bezug auf die eigenverantwortliche Leistungserbringung, insbesondere hinsichtlich der Qualität der Versorgung und der Auswirkungen auf das Berufsbild der Pflegefachpersonen gesehen (§ 112a Abs. 4 SGB V). Es ist nicht die originäre Aufgabe der Selbstverwaltung, die Entwicklungen des Berufsbildes der Pflege zu bewerten bzw. zu evaluieren. Zudem übersteigt der Umfang der geplanten Evaluation im Krankenhausbereich deutlich den des vertragsärztlichen Bereiches aus § 73d Abs. 4 SGB V. Die DKG mahnt eine Gleichbehandlung der beiden Evaluationen aus dem vertragsärztlichen Bereich sowie dem Krankenhausbereich an. Die Krankenhäuser weisen außerdem darauf hin, dass sie bereits adäquate und hochaufwendige Qualitätssicherung betreiben. Zusätzliche Evaluationen oder sogar Nachweispflichten haben das Potenzial, weitere bürokratische Hürden zu schaffen, ohne dass ein spürbarer Mehrwert für die Versorgungsqualität resultiert.

Die Krankenhäuser betonen, dass das Gesetz keine Implikationen für eine Bewertung der Leistungen in der Krankenhausversorgung nach sich ziehen darf. Der in Zukunft vorliegende Katalog möglicher Leistungen der heilkundlichen Leistungserbringung von Pflegefachpersonen wird in den Krankenhäusern vor dem Hintergrund unterschiedlicher Teamstrukturen der einzelnen Abteilungen sowie der Begrenzung entsprechend qualifizierter Fachkräfte individuell umgesetzt. Aufgrund der genannten perspektivisch differentiellen Umsetzung der heilkundlichen Leistungserbringung sind keine Konsequenzen für übergeordnete Vergütungsregelungen abzuleiten. Die jetzige Finanzierungs- und Organisationssystematik im Krankenhaus ist in der Lage, die neuen heilkundlichen Befähigungen der Pflege ohne zusätzliche Ergänzung aufzunehmen.

Maßnahmen zum Bürokratieabbau zwingend auch im Krankenhaussektor gesetzlich verankern

Während im Gesetzentwurf zwar verschiedene Maßnahmen zur Entbürokratisierung in der Pflege angekündigt werden, welche unter anderem Qualitätsprüfungen oder die Pflegedokumentation im Geltungsbereich des SGB XI betreffen, fehlen Maßnahmen im Krankenhausbereich hingegen vollständig. Daher fordern die Krankenhäuser, wie es im Koalitionsvertrag angekündigt wurde, die Verringerung der Dokumentationspflichten und Kontrollen im Rahmen eines Bürokratieentlastungsgesetzes sowie die Etablierung der im Koalitionsvertrag als Ziel benannten Vertrauenskultur.⁵ Diese Ankündigung wurde von den Krankenhäusern in ihrer Stellungnahme zum Koalitionsvertrag ausdrücklich begrüßt, da die Etablierung einer Vertrauenskultur sowie die Stärkung von Eigenständigkeit und Eigenverantwortung die entscheidenden Hebel sind, um eine spürbare Entbürokratisierung zu erreichen. Die aktuell bestehende Misstrauenskultur führt zu einem ineffizienten und teuren Gesundheitssystem.

Angesichts der bereits überbordenden Dokumentationsverpflichtungen, die Pflegefachpersonen bereits täglich durchschnittlich drei Stunden mit patientenfernem Aufwand binden, ist eine Regelung

⁵ CDU, CSU, SPD (2025): Verantwortung für Deutschland – Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD – 21. Legislaturperiode, Z. 3493-3496

für den Krankenhausbereich und eine bürokratiearme Umsetzung des Gesetzes ohne zusätzliche, überzogene, kleinteilige Dokumentations-, Nachweis- und Meldeverpflichtungen von enormer Bedeutung. Maßnahmen zur Entbürokratisierung können erhebliche personelle Kapazitäten freisetzen. Eine Reduktion der Dokumentationszeiten von nur einer Stunde hat das Potenzial, rechnerisch 47.000 Pflegekräfte in Vollzeit freizusetzen.⁶ Dieses Potenzial muss zwingend genutzt werden. Der Fachkräftemangel ist der limitierende Faktor der Versorgung, was in Kombination mit hoher bürokratischer Belastung zu gravierenden Versorgungseinschränkungen, wie beispielsweise das Absagen elektiver Eingriffe, Bettensperrungen und Abteilungsschließungen, führen kann. Zudem steigert eine spürbare Entbürokratisierung die Attraktivität der Berufsbilder und wirkt somit dem Fachkräftemangel entgegen. Die Krankenhäuser betonen, dass die im Koalitionsvertrag angekündigte Überprüfung aller Gesetze, insbesondere im SGB XI, hinsichtlich der Berichts- und Dokumentationsverpflichtungen⁷ zwingend auch für den hochreglementierten Bereich der Krankenhäuser umgesetzt werden müssen. In ihrem 2024 veröffentlichten Positionspapier „*Weniger Bürokratie – Mehr Ressourcen für Patientinnen und Patienten*“ (s. o.) hat die DKG bereits umfassende und konkrete Vorschläge zur Bürokratieentlastung für die Krankenhäuser formuliert, wie beispielsweise das Aussetzen der Pflegepersonaluntergrenzenverordnung (PpUGV) mit der Einführung der Pflegepersonalregelung 2.0 (PPR 2.0). Seitdem die PPR 2.0 zur Pflegepersonalbemessung in den Krankenhäusern dokumentiert wird, erfolgt eine Doppelerfassung für denselben Zielparameter. Außerdem kann die Förderung von effizienten Softwarelösungen beispielhaft als entlastende Maßnahme für die Krankenhäuser und das Personal benannt werden, da anwenderfreundliche und interoperable Systeme erhebliche Zeitersparnisse bedingen können. Die DKG steht mit ihrer weitreichenden Expertise im Bereich der Bürokratieentlastung in den Krankenhäusern zur Verfügung. Maßnahmen zur Entbürokratisierung sind auch im Krankenhaus mitzudenken – auch um den im Gesetzestitel im Vergleich zum Referentenentwurf neu eingeführten Terminus der Entbürokratisierung in allen Regelungsbereichen der Pflege Rechnung tragen zu können. Es ist die klare Erwartung der Krankenhäuser, spürbare Entbürokratisierungsmaßnahmen auch für die Pflege im Krankenhaus umzusetzen. Ansonsten entfaltet der Titel eine irreführende Wirkung, da dieser eine inhaltliche Ausrichtung vorgibt, die nicht den tatsächlichen Inhalten entspricht.

Eigenverantwortliche Heilkundenausübung im Pflegeberufegesetz schafft mehr Rechtssicherheit

Die Krankenhäuser begrüßen die Einführung des neuen § 4a im Pflegeberufegesetz (PflBG), da dieser Personen mit einer Erlaubnis nach § 1 PflBG zur eigenverantwortlichen Heilkundenausübung befugt. Somit werden auch beruflich ausgebildete Pflegefachpersonen in diesem Gesetz mitgedacht. Damit werden die Leistung und Kompetenzen der dreijährig examinierten Pflegefachpersonen anerkannt und wertgeschätzt, die die Versorgung bisher auf hohem Niveau sicherstellen. Eine ausschließliche Fokussierung auf hochschulisch ausgebildete Pflegefachpersonen könnte zwar möglicherweise einen Anreiz für die Ausweitung der Akademisierung geben, hätte in der aktuellen Versorgungssituation aber

⁶ Deutsches Krankenhausinstitut (DKI) (2024): Aktuelle Bürokratiebelastung in den Krankenhäusern – Blitzumfrage Juli 2024. Online verfügbar unter: [2024-07-31 Blitzumfrage - Aktuelle Buerokrtiebelastung - finale Fassung.pdf](#) [zuletzt abgerufen am 05.09.2025]

⁷ CDU, CSU, SPD (2025): Verantwortung für Deutschland – Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD – 21. Legislaturperiode, Z. 3496-3502.

kaum einen spürbaren Effekt, da die Akademisierungsquote laut dem DKG-Fachkräftemonitor aktuell bundesweit bei nur 0,6 Prozent liegt. Die Leistungen, die von beruflich oder hochschulisch ausgebildeten Pflegefachpersonen in der Krankenhausbehandlung heilkundlich erbracht werden dürfen, werden mit § 15a SGB V und § 112a SGB V hinreichend konkretisiert. Die Krankenhäuser bewerten den wichtigen Zugewinn von Rechtssicherheit bezüglich der Befugnisweiterung positiv. Außerdem erkennen die Krankenhäuser die Verankerung der Pflegeprozessverantwortung im Pflegeberufegesetz (§ 4 PflBG) an und werten diesen Zusatz zu den vorbehaltenen Aufgaben als positive Entwicklung, da damit die vorbehaltenen Aufgaben der Pflegeberufe deutlich von anderen medizinischen Berufen abgegrenzt werden. Die Krankenhäuser begrüßen darüber hinaus, dass die Fachkommission nach § 53 PflBG mit empfehlender Wirkung standardisierte Beschreibungen für die erforderlichen fachlichen und personellen Kompetenzen zur eigenverantwortlichen Ausübung von heilkundlichen Aufgaben im Regelungsbereich der Ausbildungsziele der hochschulischen Pflegeausbildung (§ 37 PflBG) entwickeln soll.

Regelungen für die Weiterbildungen nach DKG-Empfehlung etablieren

Die Krankenhäuser begrüßen die Einführung des neuen § 15a SGB V, welcher festlegt, dass Pflegefachpersonen, die über eine nach dem Pflegeberufegesetz vorgeschriebenen beruflichen oder hochschulischen Ausbildung oder aufgrund einer staatlich anerkannten, bundesweit einheitlichen Weiterbildung bzw. aufgrund einer solchen Weiterbildung entsprechenden Berufserfahrung verfügen, die Leistungen der ärztlichen Behandlung nach ärztlicher Diagnose und Indikationsstellung gemäß der Kataloge aus §§ 73d und 112a SGB V eigenverantwortlich erbringen dürfen. Hierbei ist nicht ganz klar, um welche Weiterbildungen es sich konkret handeln soll. Die Rolle der bewährten pflegerischen Weiterbildungen nach DKG-Empfehlungen bleibt in diesem Kontext offen und ist dringend und explizit mit zu erwähnen und einzubeziehen. Die DKG-Weiterbildungsempfehlungen für elf verschiedene Fachbereiche bestehen bereits seit zum Teil über 50 Jahren und dienen vielfach als „Goldstandard“ im Bereich der Weiterbildungsverordnungen. Zudem wird in verschiedenen Qualitätssicherungs-Richtlinien des G-BA eine fachliche Qualifizierung des Pflegepersonals nach DKG-Empfehlung oder nach einer gleichwertigen landesrechtlichen Regelung gefordert. Aktuell wird in 15 Bundesländern mindestens eine pflegerische Weiterbildung nach DKG-Empfehlung angewendet. Vor diesem Hintergrund ist die pflegerische Weiterbildung nach den DKG-Empfehlungen zwingend mitzudenken, da hier bereits eine bundesweit einheitliche Empfehlung sowie Curricula-Vorgaben bestehen. Die DKG ist zudem aufgrund der dargelegten und weitreichenden Expertise im Bereich der pflegerischen Weiterbildungen unbedingt in die geplante Bund-Länder-Arbeitsgruppe für die Umsetzung bundesweit einheitlicher, staatlich anerkannter Weiterbildungen einzubeziehen.

DKG bei der Entwicklung von Muster-Scope of Practice beteiligen

Die Krankenhäuser begrüßen, dass wissenschaftliche Expertise für eine sektorenübergreifende, systematische und umfassende Beschreibung der Aufgaben von Pflegefachpersonen, einschließlich heilkundlicher Aufgaben (§ 8 Abs. 3c SGB XI), beauftragt wird. Das Ziel ist die Zuordnung von heilkundlichen Tätigkeiten zu dem jeweiligen Kompetenzniveau. Zudem befürworten die Krankenhäuser das Inkludieren der Pflegefachassistenz in dem Scope of Practice, sodass eine ganzheitliche Betrachtung aller Pflegeberufsgruppen gewährleistet wird. Die Krankenhäuser bewerten positiv, dass entsprechende Finanzmittel hierbei zur Verfügung gestellt werden. Allerdings wird die DKG aktuell nicht als zu beteiligende Organisation im Gesetzentwurf berücksichtigt. Für eine

sektorenübergreifende, ganzheitliche Betrachtung ist die Expertise der DKG neben den maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe ebenfalls zu beteiligen.

Als Ausgangspunkt für die Weiterentwicklung der medizinisch-pflegerischen Versorgung ist der Scope of Practice auch auf die psychiatrischen und psychosomatischen Versorgungsstrukturen anzuwenden. Durch ihre multiprofessionelle Ausrichtung und das spezielle Setting entstehen andere Anforderungsbereiche für Pflegende in der Psychiatrie und Psychosomatik als im somatischen Bereich. Ohne die zunehmend professionsübergreifende Arbeit von Pflegefachpersonen und Pflegefachassistenten ist die Versorgung psychisch erkrankter Menschen nicht aufrechtzuerhalten. Die DKG sieht durch akademisierte Pflegefachpersonen Potenzial zur Verbesserung der Patientenversorgung und Entlastung des Gesundheitssystems.

Präventionsmaßnahmen fördern – Gesundheitskompetenz stärken

Vor dem Gesamtkontext der demographischen Herausforderungen begrüßen die Krankenhäuser, dass die Prävention im Rahmen des SGB XI ausgebaut wird. Eine alternde Gesellschaft sowie der Anstieg an Pflegebedürftigkeit resultiert auch in einer erhöhten Prävalenz im Bereich diverser chronischer Erkrankungen, welche je nach Ausprägung das Risiko für Komplikationen und vermehrter Krankenhauseinweisungen aufweisen können. Daher begrüßen die Krankenhäuser die Ausweitung von Prävention und Beratung von Pflegefachpersonen im vorliegenden Entwurf, wodurch konkrete Präventionsmaßnahmen von Pflegefachpersonen empfohlen werden können.

Außerdem befürworten die Krankenhäuser die Anpassung und Weiterführung der Modellvorhaben im Rahmen von § 65d SGB V bis 2027, da ein wichtiger Beitrag zur Prävention von sexualisierter Gewalt bzw. sexuellem Kindesmissbrauch sowie der Nutzung von Abbildungen und Videos von Genanntem hiermit geleistet wird. Das Diagnostik- und Therapieangebot ist kostenlos und kann unter Wahrung der Anonymität in Anspruch genommen werden. Ein dauerhaftes Angebot dieser präventiven Maßnahme in die Regelfinanzierung ist wünschenswert.

Verpflichtende KVNR für privat Versicherte etablieren

Im Zusammenhang mit Unternehmen der privaten Krankenversicherung (PKV), die ihren Versicherten eine elektronische Patientenakte (ePA) anbieten, erfolgen Änderungen zu dem Sofortnachrichtendienst TI-M in § 362 SGB V. Unabhängig von diesen Änderungen sind unbedingt weitere Änderungen hinsichtlich der Möglichkeit der Unternehmen der PKV vorzunehmen, den unveränderbaren Teil der Krankenversicherungsnummer nach § 290 Abs. 1 S. 2 SGB V (KVNR) für sämtliche ihrer Versicherten generell einholen zu dürfen.

Die Verwendung der KVNR ist für gesetzlich Versicherte und für gesetzliche Krankenkassen vorgeschrieben. Im Gegensatz dazu darf und muss die PKV die KVNR ausschließlich in gesetzlich geregelten Fällen verarbeiten. Andere Beantragungen und Verarbeitungen sind nur auf der Grundlage von Einwilligungen der jeweiligen Versicherten möglich. Da sich die Einholung der Einwilligung sämtlicher privat Versicherter schleppend gestaltet, was nicht zuletzt in der Komplexität der Materie begründet sein dürfte, liegt bislang nur für wenige privat Versicherte die KVNR vor.

Die Krankenhäuser benötigen diese Nummer jedoch in einzelnen Bereichen zwingend, um ihren gesetzlichen Verpflichtungen nachkommen zu können und keine Vergütungsminderungen hinnehmen zu müssen (§ 35 IRegG i.V.m. § 23a IRegBV). Die aktuell erforderliche Umsetzung der Beantragung der

KVNR für die privat Versicherten verursacht ein nicht nachvollziehbares Maß an Bürokratie, führt zu enormen Arbeitsaufwänden auf allen Seiten sowie anhaltend zu Umsetzungsproblemen in der Praxis und verschärft zudem die Liquiditätsengpässe der Krankenhäuser.

Findet sich ein privat Versicherter Patient ohne KVNR im Krankenhaus ein und wird die KVNR für die gesetzlich vorgeschriebene Meldung eines implantatbezogenen Eingriffes benötigt, erfordert deren ersatzweise Anforderung über das Datenaustauschverfahren nach § 17c Abs. 5 KHG i.V.m. § 301 SGB V mehrere Nachfragen bezüglich der benötigten Geburtsdaten seitens der Krankenhäuser bei den Patientinnen und Patienten, für die die Abfrage nicht nachvollziehbar ist. Das Aufnahmeverfahren, welches ohnehin insgesamt eine hohe bürokratische Hürde und damit auch eine Belastung für die Patientinnen und Patienten bedeutet, erweitert sich um diese Abfragen erheblich.

Hinzu kommt der zeitliche Aspekt, dass die KVNR den Krankenhäusern aufgrund des Beantragungsverfahrens unter Einbeziehung der DRV in den meisten Fällen nicht rechtzeitig zurückgemeldet werden kann, um den Abrechnungsdatensatz mit Meldebestätigung zeitnah an die PKV übermitteln zu können. Hier müssen die betreffenden Fälle „offen“ gehalten und überwacht werden, um bei Eingang der KVNR nachträglich an das Implantateregister zu melden und mit der Meldebestätigung den Fall mit erheblichem zeitlichem Verzug abrechnen zu können. Da verschiedene Abteilungen im Krankenhaus involviert sind, kann dies nicht automatisiert erfolgen und bedarf weiterer interner Kommunikation. Aufgrund von Liquiditätsproblemen der Krankenhäuser besteht keinesfalls die Möglichkeit, dass diese – ggf. mehrere Wochen oder gar Monate – abwarten, bis die KVNR vorliegt, um sodann die implantatbezogenen Meldungen vorzunehmen und die daraufhin erhaltene Meldebestätigung dem Abrechnungsdatensatz an die PKV beizufügen.

Eine kleine gesetzliche Regelung, etwa in Form einer Ergänzung von § 362 SGB V oder § 290 SGB V, wonach auch für privat Versicherte die KVNR zur Pflicht wird und zu verwenden ist, könnte dem Abhilfe schaffen.

Die Krankenhäuser bitten nachdrücklich darum, diese unnötigen Hürden in Form einer Anpassung im SGB V in Gänze zu beseitigen. Dürften oder müssten die Unternehmen der PKV die KVNR für alle ihre Versicherten beantragen, würden sämtliche diesbezüglichen Probleme, die mittlerweile seit Jahren bestehen, in Gänze entfallen.

Angemessene Fristen für die Umsetzung des digital gestützten Medikationsprozesses

Die Krankenhäuser bitten, die in § 342 Abs. 2a Nr. 1 vorgeschlagene Terminänderung zur Umsetzung des digital gestützten Medikationsprozesses an die derzeit in Abstimmung befindlichen Umsetzungszeitpläne anzupassen, sobald diese finalisiert sind. In jedem Fall wäre die Befüllung entsprechender Daten auf Grundlage von § 348 Abs. 1 SGB V zum hier vorgesehenen Datum (31.03.2026) für die Leistungserbringer aufgrund der Latenz zwischen der Umsetzung in den Aktensystemen und den darauf aufbauenden Umsetzungen in den Primärsystemen nicht realisierbar.

Bürokratiearme ePA-Befüllung

Die Krankenhäuser begrüßen die geplanten Änderungen in § 348 SGB V, nach denen die Verpflichtung zur Befüllung der ePA in bestimmten Fällen nicht besteht, wenn Anhaltspunkte für eine Kindeswohlgefährdung vorliegen, erhebliche Rechte Dritter der Befüllung entgegenstehen oder erhebliche therapeutische Gründe gegen die Befüllung sprechen, ausdrücklich.

Gemäß § 348 Abs. 3 Satz 7 SGB V in Verbindung mit § 347 Abs. 1 Satz 3 hat die Befüllung der ePA mit Ergebnissen genetischer Untersuchungen und Analysen durch die verantwortliche ärztliche Person zu erfolgen. Während die verantwortliche ärztliche Person gemäß den gesetzlichen Regelungen des Gendiagnostikgesetzes (GenDG) zwar eine genetische Beratung, die Aufklärung über eine genetische Untersuchung, eine diagnostische genetische Untersuchung usw. selbst durchzuführen hat, legt das GenDG dem Arzt nicht die Verpflichtung auf, Dokumente eigenhändig zu speichern, zu übermitteln, zu kopieren, einzuscannen usw.. Das GenDG verpflichtet den Arzt nicht zur Durchführung solcher technischen, administrativen Tätigkeiten, die im Zusammenhang mit der primären Behandlungsdokumentation des Krankenhauses stehen. Die ePA-bezogenen Regelungen in § 348 Abs. 3 Satz 7 SGB V in Verbindung mit § 347 Abs. 1 Satz 3, die den Arzt persönlich zur Befüllung der ePA verpflichten, gehen insofern über die Vorgaben des GenDG hinaus, was für den Arztalltag eine weitere Bürokratisierung und erhebliche Belastung bedeuten würde. Die Krankenhäuser bitten daher um die Streichung der Wörter „nur durch die verantwortliche ärztliche Person“ in § 347 Abs. 1 Satz 3.

Anlage – Übersicht der Änderungsvorschläge der DKG zum Gesetzentwurf der Bundesregierung für ein Gesetz zur Befugnisweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege

Nr.	Bezug	Regelungstext/ Inhalt	Anmerkung	Konkreter Änderungsvorschlag
1	§ 73d SGB V	Eigenverantwortliche Erbringung von Leistungen durch Pflegefachpersonen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung; eigenverantwortliche Verordnung häuslicher Krankenpflege durch Pflegefachpersonen	Die Krankenhäuser begrüßen die gesetzliche Regelung von eigenverantwortlicher Leistungserbringung durch Pflegefachpersonen in der vertragsärztlichen Versorgung sowie in der häuslichen Krankenpflege. Nichtsdestotrotz bedarf es bei dieser Regelung Anpassungen. Die Krankenhäuser sind in die Katalogerstellung nach Abs. 1 Nr. 1 und 2 dringend als Vertragspartner einzubinden, da dieser Katalog als Grundlage für den Katalog in der stationären Krankenhausversorgung nach § 112a SGB V gilt. [s. auch Grundlegende Bewertung.]	Abs. 1 wird wie folgt ergänzt: „Die Kassenärztliche Bundesvereinigung, der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die für die Wahrnehmung der Interessen von Pflegediensten maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene, die Vereinigung der Träger von Pflegeheimen im Sinne des § 71 Abs. 2 des Elfen Buches <u>und die Deutsche Krankenhausgesellschaft vereinbaren [alternativ: im Einvernehmen mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft]</u> bis zum 31. Juli 2027 in einem Vertrag [...].“
2	§ 112 Abs. 1 SGB V	Eigenverantwortliche Erbringung von Leistungen durch Pflegefachpersonen im Rahmen der Krankenhausbehandlung	Die Krankenhäuser begrüßen ausdrücklich eine Regelung für den Bereich der Krankenhausversorgung. Es bedarf allerdings keiner verbindlichen Rahmenvorgaben zur Interprofessionalität. Diese sollten gestrichen werden oder dürfen ausschließlich einen Empfehlungscharakter besitzen. [s. auch Grundlegende Bewertung.]	Abs. 1 Nr. 2 wird ersatzlos gestrichen Alternativ: Abs. 1 Nr. 2 wird wie folgt gefasst: „ <u>Empfehlungen für die interprofessionelle Zusammenarbeit im Krankenhaus zwischen Pflegefachpersonen und Ärzten bei der Erbringung der nach Nummer 1 vereinbarten Leistungen.</u> “

3	§ 112a Abs. 4 SGB V	Eigenverantwortliche Erbringung von Leistungen durch Pflegefachpersonen im Rahmen der Krankenhausbehandlung	Die Krankenhäuser sehen eine Evaluation durch die DKG und den GKV-SV der eigenverantwortlichen Leistungserbringung durch Pflegefachpersonen hinsichtlich Wirtschaftlichkeit und Qualität sowie der Auswirkungen auf die Berufsgruppe kritisch. [s. auch Grundlegende Bewertung.]	Abs. 4 wird ersatzlos gestrichen Eine Evaluation der eigenverantwortlichen Leistungserbringung kann gemäß oder analog einer Regelung des § 73d Abs. 5 SGB V durch das Bundesministerium für Gesundheit geschehen.
4	§ 15a SGB V	Behandlung durch Pflegefachpersonen, Pflegeprozessverantwortung	Die Krankenhäuser begrüßen grundsätzlich die Einführung von § 15a SGB V. Allerdings besteht hier keine Konkretisierung, welche Weiterbildungen adressiert werden. Die Rolle der DKG-Weiterbildungsempfehlung bleibt offen. Dies ist im Gesetzestext zu adressieren. [s. auch Grundlegende Bewertung.]	Abs. 1 wird wie folgt ergänzt: „ <i>Pflegefachpersonen, die über die erforderlichen fachlichen Kompetenzen aufgrund einer nach dem Pflegeberufegesetz vorgeschriebenen beruflichen oder hochschulischen Ausbildung, aufgrund einer staatlich anerkannten, bundesweit einheitlichen Weiterbildung, einer Weiterbildung nach DKG-Empfehlung oder aufgrund einer solchen Weiterbildung entsprechenden Berufserfahrung, [...].“</i>
5	§ 15a SGB V	Behandlung durch Pflegefachpersonen, Pflegeprozessverantwortung Gesetzesbegründung, S. 151	Die Krankenhäuser werden in der Gesetzesbegründung nicht als Beteiligte bei der geplanten Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Umsetzung bundesweit einheitlicher, staatlich anerkannter Weiterbildungen benannt. Die langjährige, weitreichende DKG- Expertise ist dringend mit einzubeziehen. [s. auch Grundlegende Bewertung.]	Ergänzung der DKG als Beteiligte bei der Bund-Länder-Arbeitsgruppen in der Gesetzesbegründung.

6	§ 8 Abs. 3c SGB XI	Ausgestaltung und Weiterentwicklung der Inhalte von Leistungen nach SGB V und SGB XI	<p>Die Krankenhäuser begrüßen die Konzeption und Ausgestaltung eines Muster-Scope of Practice. In dem vorliegenden Gesetzentwurf werden die Krankenhäuser nicht mit einbezogen. Die Krankenhäuser fordern, dass die fachliche Expertise der DKG analog der maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe mitbeteiligt wird.</p> <p>Alternativ ist auch eine spätere Einbindung als Fachorganisation möglich.</p>	<p>Abs. 3c Satz 2 wird wie folgt ergänzt: <i>„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 der maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe Bundesebene sowie der Deutschen Krankenhausgesellschaft auf die Dauer, Inhalte und das Nähere zur Durchführung von wissenschaftlicher Expertise nach Satz 1.“</i></p>
7	§ 362 SGB V	Nutzung von elektronischen Gesundheitskarten oder digitalen Identitäten für Versicherte von Unternehmen der privaten Krankenversicherung, der Postbeamtenkrankenkasse, der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten, für Polizeivollzugsbeamte, für sonstige heilfürsorgeberechtigte Beamte oder für Soldaten der Bundeswehr	<p>Die Krankenhäuser fordern eine verpflichtende KVNR für Privatversicherte. Aktuell besteht eine Verpflichtung nur für gesetzlich Versicherte. Die Krankenhäuser benötigen die KVNR bei allen Versicherten unabhängig von der privaten oder gesetzlichen Krankenversicherung, um ihren gesetzlichen Verpflichtungen nachkommen zu können.</p> <p>[s. auch Grundlegende Bewertung.]</p>	<p>Abs. 2 wird wie folgt ergänzt: <i>„Für den Einsatz elektronischer Gesundheitskarten oder digitaler Identitäten nach Abs. 1 können Unternehmen der privaten Krankenversicherung, der Postbeamtenkrankenkasse, der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten, die Bundespolizei, die Landespolizeien, die Bundeswehr oder die Träger der freien Heilfürsorge als Versichertennummer den unveränderbaren Teil der Krankenversicherthenummer nach § 290 Abs. 1 Satz 2 nutzen. § 290 Abs. 1 Satz 4 bis 7 ist entsprechend anzuwenden. Unternehmen der privaten Krankenversicherung verwenden entsprechend § 290 Abs. 1 Satz 1 für jeden Versicherten eine Krankenversicherthenummer. Die Vergabe der Versichertennummer erfolgt durch die Vertrauensstelle nach § 290 Abs. 2 Satz 2 und hat den Vorgaben der Richtlinien nach § 290 Abs. 2 Satz 1 für den unveränderbaren Teil der Krankenversicherthenummer zu entsprechen. Die Vertrauensstelle hat die vergebenen Versichertennummern in das von ihr nach § 290 Abs. 3 geführte Verzeichnis der Krankenversicherthenummern aufzunehmen.“</i></p>

8	§ 348 Abs. 3 Satz 7 SGB V i.V.m. § 347 Abs. 1 Satz 3 SGB V	Befüllung der elektronischen Patientenakte (ePA)	Die ePA-bezogenen Regelungen in § 348 Abs. 3 Satz 7 SGB V in Verbindung mit § 347 Abs. 1 Satz 3, die den Arzt persönlich zur Befüllung der ePA verpflichten, gehen über die Vorgaben des GenDG hinaus, was für den Arztalltag eine weitere Bürokratisierung und erhebliche Belastung bedeuten würde. [s. auch Grundlegende Bewertung.]	In § 347 Abs. 1 Satz 3 werden die Wörter „ <i>nur durch die verantwortliche ärztliche Person</i> “ ersatzlos gestrichen.
---	--	--	---	--

Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG)

Bundesverband der Krankenhausträger
in der Bundesrepublik Deutschland

Wegelystraße 3
10623 Berlin

Tel. (030) 3 98 01-0

Fax (030) 3 98 01-3000

E-Mail dkg@mail.dkgev.de



DEUTSCHE
KRANKENHAUS
GESELLSCHAFT

