

Stellungnahme des Bundesverbands Medizintechnologie e.V. zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Pflegekompetenz **Pflegekompetenzgesetz (PKG)**

14. Juli 2025

1. Vorbemerkung

Der BVMed begrüßt ausdrücklich das Anliegen des Bundesministeriums für Gesundheit, die Kompetenzen von Pflegefachpersonen zu stärken und ihnen im Rahmen des Pflegekompetenzgesetzes Befugnisse – insbesondere im Hinblick auf die Empfehlung und Folgeverordnung von individuell erforderlichen Hilfsmitteln und Pflegehilfsmitteln – zu übertragen.

Diese Initiative eröffnet die Möglichkeit des Einsatzes der Kompetenzen von Pflegefachkräften sowohl im ambulanten Bereich als auch im Umfeld der Pflege im Krankenhaus, wo ein großer Bedarf für die Öffnung und damit Nutzung der bestehenden Kompetenzen von Pflegefachpersonen liegt. Sie stellt damit einen wichtigen Schritt zur Verbesserung der Versorgungsqualität und zur Entlastung der ärztlichen Versorgung dar. Zugleich schafft sie die notwendige Sicherheit und Transparenz über die Tätigkeiten, die von qualifizierten Pflegefachpersonen verrichtet werden dürfen.

Dennoch möchten wir auf strukturelle Herausforderungen hinweisen, die die Umsetzung der vorgesehenen Regelungen erschweren könnten. Dazu zählen insbesondere der anhaltende Fachkräftemangel in der Pflege, die unzureichende Einbindung qualifizierter Pflegefachpersonen außerhalb klassischer Pflegedienste sowie bestehende bürokratische Hürden bei der Folgeverordnung von Hilfsmitteln.

Hierzu hat auch das IGES-Institut festgestellt, dass Pflegebedürftige nicht überall einen guten Zugang zu fachpflegerischer Versorgung haben (s. hierzu auch: „*Start der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Pflegereform: Daten und Fakten vom IGES Institut*“, IGES 2025). Dies betrifft insbesondere auch die wichtige Versorgung durch Angehörige.

Hinzu kommt, dass längst nicht alle Menschen, die eine Versorgung in einem der Versorgungsbereiche benötigen, die von der Fachkommission (§ 53 PflBG) als standardisierte Module zum Erwerb heilkundlicher Kompetenzen definiert wurden, auch einen Pflegegrad haben. Zudem, nicht jeder ggf. pflegebedürftige Betroffene, der eine Versorgung in diesen Bereichen benötigt, kann die Versorgung durch ambulante Pflegeeinrichtungen auch tatsächlich in Anspruch nehmen.

Um die angestrebten Verbesserungen in der Versorgung tatsächlich zu erreichen, ist es aus Sicht des BVMed unerlässlich, auch diese bestehenden Versorgungsrealitäten anzuerkennen und deshalb alle qualifizierten Akteure systematisch einzubinden und die vorhandenen Strukturen effizient zu nutzen.

2. Änderungsvorschläge

Artikel 1 Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch

Nr. 6 b

§ 8 Abs. 3c SGB XI

Die Förderung wissenschaftlicher Perspektive ist zentral für die Weiterentwicklung der durch Pflegefachkräfte erbringbaren Leistungen. Ein wissenschaftlich fundiert erarbeiteter und regelmäßig in der Zukunft überprüfter „Scope of Practise“ ist in dieser Hinsicht ein entscheidender Meilenstein für einen Überblick über Pflegekompetenzen in Deutschland.

Insbesondere mit Blick auf das Qualifikationsniveau sollten hierbei neben der Pflegeausbildung auch die Potenziale von Fachweiterbildungen in die Betrachtung mit einbezogen werden. Die Gesetzesbegründung nennt hier bereits passende Anhaltspunkte, die wir im Gesetzestext vermissen.

Nr. 26, und Nr. 43

§ 40a SGB XI, § 78a SGB XI

Der BVMed begrüßt sowohl die Erweiterung der möglichen Hilfsleistungen durch die Nutzung von digitalen Pflegeanwendungen (DiPA) im § 40a Abs.1 SGB XI als auch die Einführung einer Erprobungsregelung für DiPA im § 78a Abs. 7 SGB XI (neu). Damit bemüht sich der Gesetzgeber, mehr sinnvolle digitale Lösungen zur Unterstützung der Pflege schneller in die ambulante Versorgung zu bringen.

Die Trennung der möglichen Erstattung von Aufwendungen in Höhe von insgesamt 40 Euro im Kalendermonat für DiPA und 30 Euro für ergänzende Unterstützungsleistungen in § 40b Abs. 1 SGB XI schließt sich daran an. Somit steht der Leistungsbetrag für DiPA nicht mehr in direkter Konkurrenz zu den ergänzenden Unterstützungsleistungen. Zugleich sehen wir die Absenkung der Leistungsbetrags für DiPA kritisch. Für die Listung der DiPA im BfArM-Verzeichnis haben Hersteller umfangreiche, zum Teil kostenintensive Vorgaben zu erfüllen. Diese sollten sich auch im Leistungsbetrag widerspiegeln.

Des Weiteren möchten wir folgende Änderung anregen:

§ 40a Absatz 1 wird wie folgt gefasst:

„(1) Pflegebedürftige haben Anspruch auf Versorgung mit Anwendungen, die wesentlich auf digitalen Technologien beruhen und von den Pflegebedürftigen oder in der Interaktion von Pflegebedürftigen, Angehörigen und zugelassenen ambulanten Pflegeeinrichtungen genutzt werden, um Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten des Pflegebedürftigen zu mindern und einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit entgegenzuwirken, soweit die Anwendung nicht wegen Krankheit oder Behinderung von der Krankenversicherung oder anderen zuständigen Leistungsträgern zu leisten ist (digitale Pflegeanwendungen).“

Begründung:

Digitale Pflegeanwendungen bieten Potential, die angespannte Personalsituation in den Pflegeeinrichtungen zu entlasten. Bekanntermaßen trifft dieser Umstand gleichermaßen auf die Pflege im ambulanten wie auch im stationären Bereich zu. Wir halten die Beschränkung des Leistungsanspruchs auf zugelassene ambulante Pflegeeinrichtungen aus diesem Grund für nicht nachvollziehbar und für ebenso wenig zielführend. Um die Potentiale digitaler Anwendungen ebenfalls in der stationären Pflege heben zu können, halten wir daher die vorgeschlagene Anpassung für erforderlich.

Artikel 2 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Nr. 2 | § 15a SGB V (neu)

Nr. 4 | § 33 Abs. 5a SGB V

Nr. 7 | § 39 Abs. 1 SGB V

Nr. 12 | § 73d SGB V (neu)

Nr. 13 | § 87 SGB V

Nr. 14 | § 112a SGB V (neu)

Nr. 66 | § 125a SGB V

Änderungsvorschläge:

Nr. 4

§ 33 Abs. 5a SGB V wird wie folgt ergänzt:

(5a) Eine vertragsärztliche Verordnung ist für die Beantragung von Leistungen nach den Absätzen 1 bis 4 nur erforderlich, soweit eine erstmalige oder erneute ärztliche Diagnose oder Therapieentscheidung medizinisch geboten ist. Einer vertragsärztlichen Verordnung nach Satz 1 bedarf es nicht, wenn eine Pflegefachperson die Leistung nach § 15a Absatz 1 Nummer 2 verordnet hat. Abweichend von Satz 1 können die Krankenkassen nur dann eine vertragsärztliche Verordnung oder eine Verordnung einer Pflegefachperson nach § 15a Absatz 1 Nummer 2 als Voraussetzung für die Kostenübernahme verlangen, soweit sie auf die erstmalige Genehmigung der beantragten Hilfsmittelversorgung verzichtet haben. § 17a Absatz 1, § 18b Absatz 3 und § 40 Absatz 6 des Elften Buches sind zu beachten.

Nr. 7

§ 39 Abs. 1 SGB V

Wir begrüßen die Klarstellung und insbesondere den Verweis auf § 15a SGB V.

Nr. 12

§ 73d Abs. 1 SGB V (neu) wird wie folgt ergänzt:

(1) Die Kassenärztliche Bundesvereinigung, der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die für die Wahrnehmung der Interessen von Pflegediensten maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene, die für die Wahrnehmung der Interessen der sonstigen Leistungserbringer mit beschäftigten Pflegefachpersonen maßgebliche Vertretung und die Vereinigungen der Träger von Pflegeheimen im Sinne des § 71 Absatz 2 des Elften Buches vereinbaren bis zum 31. Juli 2027 in einem Vertrag [...]

§ 73d Abs. 2 SGB V (neu) wird wie folgt ergänzt:

(2) Die in Absatz 1 genannten Vertragspartner haben unter Beachtung der Vorgaben von § 15a Absatz 1 in dem Vertrag auch festzulegen, auf der Grundlage welcher Kompetenzen Pflegefachpersonen die nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und 2 vereinbarten Leistungen jeweils eigenverantwortlich erbringen oder gemäß den Vorgaben des § 17a SGB XI verordnen können. Pflegefachpersonen können die nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und 2 vereinbarten Leistungen bei an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringern und bei Leistungserbringern nach § 132a Absatz 4 erbringen oder verordnen. Pflegefachpersonen bei sonstigen Leistungserbringern können die nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und 2 vereinbarten Leistungen erbringen oder verordnen, sofern sie die Prozess- und Qualitätsanforderungen an das fachliche Personal gemäß Rahmenvertrag nach § 132a SGB V erfüllen und die Vertragsinhalte nach Absatz 1 anerkennen. Den maßgeblichen Organisatio-

nen der Pflegeberufe auf Bundesebene im Sinne des § 118a Absatz 1 Satz 1 des Elften Buches, den maßgeblichen Verbänden der sonstigen Leistungserbringer nach § 126 SGB V und der Bundesärztekammer ist vor Abschluss des Vertrags Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; [...]

Begründung:

Wir begrüßen ausdrücklich, dass das Bundesministerium für Gesundheit die Kompetenz von Pflegefachpersonen stärken möchte, indem es den Handlungsrahmen für die Empfehlung von Versorgung definiert bzw. erweitert. Wir befürworten auch, dass der Gesetzgeber im gleichen Zuge das Ziel verfolgt, die Prozesse bei der Versorgung mit Hilfsmitteln – und insbesondere im Umgang mit der Folgeverordnung für diese – weiterzuentwickeln und die einhergehenden Bürokratieaufwände zu reduzieren. Es ist uns jedoch wichtig hervorzuheben, dass das wesentliche Optimierungspotential in diesem Kontext in einer verbindlicheren Gestaltung des § 33 Abs. 5a SGB V und in dessen bislang als Option gestalteten Verzicht einer Folgeverordnung selbst besteht. In der Praxis wird diese nach wie vor äußerst kassenindividuell umgesetzt, was zu enormem Regelungsaufwand für alle Beteiligten führt. Mit einer Stärkung des Verzichts auf Folgeverordnungen wäre der Aufbau des vorgesehenen Konstrukts im Hilfsmittelbereich ggf. auch entbehrlich.

Um das Ziel des Gesetzes – die Stärkung der Pflege und des Pflegeberufes - zu erreichen, sind die gesetzlichen Regelungen außerdem so zu gestalten, dass alle verfügbaren qualifizierten Pflegefachpersonen unabhängig von ihrer Institutionszugehörigkeit in die Kompetenzerweiterung und damit in die künftige Sicherstellung der Versorgung einbezogen werden. Sollte der Gesetzesentwurf so bestehen bleiben, wäre dies nicht der Fall und bereits bestehende Versorgungsdefizite und erkennbare Lücken könnten nicht geschlossen werden.

Wir weisen daher u. a. auf folgende Umstände hin, die die Realisierung der mit o.g. Anpassungen vorgesehenen Regelungen erschweren dürften:

- Zum einen geht die Schere zwischen dem prävalenten (pflegerischen) Fachkräftemangel und der Anzahl der zu versorgenden Personen immer weiter auseinander. Auch mit den vorgesehenen Anpassungen zur Steigerung der Attraktivität des Berufsbilds Pflege ist nicht absehbar, dass die pflegerische Versorgung größere, für den Versorgungsbedarf ausreichende Personalzugänge erfahren wird. – In dem Kontext bleibt vermutlich auch im Unklaren, inwiefern eine Zuwendung zu den vorgesehenen – und klar zu befürwortenden - Tätigkeiten erweiterter Kompetenzen möglich sein und getätigt werden wird.
- Zum anderen wird gemäß DAK-Versorgungsreport 2024: Chronische Wunden ein Pflegedienst nur bei 30 Prozent der Patient:innen mit chronisch und schwer heilenden Wunden eingebunden. Hier führen entweder der/die Betroffene oder dessen/deren Angehörige die Versorgung durch. Ähnliche Daten dürften sich auch für weitere Patient:innengruppen ergeben.

Es sollte jedoch erklärtes Versorgungsziel sein, dass jedem und jeder Versicherten unabhängig von Wohnort und Versorgungssituation die gleiche medizin-unterstützende und fachpflegerische Versorgung zugutekommt - d. h. auch, wenn die Versorgung - in der Regel bei fast 70 % - nicht durch eine Pflegefachperson durchgeführt wird, die beim ärztlichen Leistungserbringer oder bei Leistungserbringern nach § 132a Abs. 4 beschäftigt ist.

In Anbetracht des weiter zunehmenden Versorgungsbedarfs und angesichts des eklatanten – und vermutlich auch trotz aller Bemühungen anhaltenden - Personalmangels, ist es zudem geboten, dass alle geeigneten Pflegefachpersonen in diese

Versorgungsprozesse eingebunden werden. Eine Beschränkung auf bestimmte Institutionen – etwa ausschließlich auf Pflegedienste – wird den Herausforderungen dieser Zeit nicht gerecht und spiegelt auch nicht den Versorgungsalltag wider.

Qualifizierte Pflegefachpersonen aller Leistungserbringer einbeziehen

Wir halten es daher für unerlässlich, dass auch die verfügbaren gleichwertig qualifizierten Pflegefachpersonen anderer Institutionen einbezogen werden. Da sich insbesondere die sonstigen Leistungserbringer nach § 126 SGB V auch mit den pflege-nahen Versorgungsmöglichkeiten (wie Stoma, Inkontinenz, Tracheostoma, Wunde, etc.) beschäftigen und in diesem Bereich zahlreiche Patient:innen bereits jetzt mit ihren qualifizierten Pflegefachpersonen versorgen und damit nachweislich über Qualifikation wie auch tägliche Expertise in den vom Gesetzgeber an die Pflege zu übertragenden heilkundlichen Tätigkeiten verfügen, sollten auch diese zur Sicherstellung der Versorgung gemäß § 15a und §73 d SGB V einbezogen werden. Gerade in jenen Bereichen, in denen keine andere Pflegefachperson in die Versorgung einbezogen ist, können diese dafür Sorge tragen, dass den Patient:innen sowie deren Angehörigen auch eine gleichwertige fachmännische Versorgung zu Gute kommt.

Im Sinne der Zielsetzung des Gesetzes und im Sinne einer bestmöglichen Patient:innenversorgung wäre es weder nachvollziehbar noch effizient - personell wie auch finanziell -, wenn in diesen Versorgungssituationen ohne Pflegedienst anstelle der Kompetenzen dieser qualifizierten Personen – oder gar: ergänzend zu diesen Kompetenzen – Pflegefachpersonen von Pflegediensten eingebunden würden. Die für die Auswahl und Verordnung derartiger lebenswichtiger Hilfsmittel erforderlichen Kenntnisse werden im Übrigen weder im pflegerischen Studium noch in der Ausbildung systematisch vermittelt. Diese produkt- und versorgungsspezifischen Kenntnisse unterliegen auch einem kontinuierlichen Fortbildungsbedarf, um dementsprechend den medizinischen und medizintechnischen Fortschritt zu berücksichtigen.

Ohne die Anerkennung dieser Qualifikationen und der bereits in der Fläche vorhandenen Pflegefachpersonen würde die Reform an Effektivität einbüßen. Zudem steht andernfalls zu befürchten, dass diese ambulanten Nachsorgestrukturen, die nach unserer Schätzung mehr als 10.000 Personen qualifizierte und spezialisierte Pflegefachpersonen beschäftigen, den Patient:innen vorenthalten werden und in der Folge erodieren. Die Zerstörung dieser Versorgungsstrukturen hätte wiederum zur Folge, dass die Versorgung in den Fällen, in denen keine professionelle Pflege (ca. 70 % aller Versorgungsmöglichkeiten) eingebunden wird, gefährdet wird - dies zu Lasten der pflegenden Angehörigen und mit erwartbaren GKV-Leistungsausweitungen nach § 37 SGB V. Auch wäre von einer Zunahme von Krankenhausaufenthalten auszugehen.

Entlastungspotential Folgeverordnung

Im Sinne der Entlastung der Versorgungs- und Vertragspartner wie auch der Patient:innen selbst, sehen wir bei der Versorgung mit Hilfsmitteln an vorderster Stelle jedoch ein wesentliches Optimierungspotential, das im Zuge des vorliegenden Gesetzes zu heben ist: § 33 Abs. 5a SGB V sieht bereits heute vor, dass Folgeverordnungen erlasslich sind. Insbesondere bei anhaltendem Versorgungsbedarf von Patient:innen mit chronischen Erkrankungen sind gleichbleibende Hilfsmittelbedarfe üblich. Dennoch verlangen Kostenträger für die Abrechnung der Hilfsmittelversorgungen die Vorlage einer zumeist ärztlichen Verordnung bzw. legen in ihren Verträgen äußerst heterogen fest, wie lange sie die jeweilige ärztliche Verordnung gegen sich gelten lassen. Durch diese Krankenkassen-individuellen Regelungen kommt es in der Praxis zu einem zunehmend unübersichtlichen Regelungsaufwand mit extrem

hohen bürokratischen Aufwand für die betroffenen Verordner:innen und Patient:innen sowie die versorgenden Leistungserbringenden.

Wir halten es somit für zwingend notwendig, dass der Gesetzgeber auf eine bürokratiearme Regelung hinwirkt – indem er den Rahmen schafft, dass diese Option, die § 33 Abs. 5a SGB V schafft, auch in der Praxis gelebt wird. Dementsprechend schlagen wir vor, die Option der kassenindividuellen Handhabe zu streichen. In diesem Zuge ist auch nicht von Leistungsausweitungen oder Fehlabbrechnungen auszugehen: Das Wirtschaftlichkeitsgebot und die Verträge gewährleisten, dass unnötige Leistungen nicht erbracht werden dürfen und nicht abgerechnet werden können.

Spitzenverbände der Hilfsmittelleistungserbringer bei Vereinbarung des Rahmenvertrags einbeziehen

Wie oben bereits aufgeführt, sind auch zahlreiche sonstige Leistungserbringer nach § 126 SGB V in die Versorgung chronisch kranker Patient:innen in pflegenahen Versorgungsbereichen eingebunden. Daher ist es aus Sicht des BVMed zwingend notwendig, dass die maßgeblichen Spitzenverbände der sonstigen Leistungserbringer nach § 126 SGB V für die pflegenahen Versorgungsbereiche (Homecare) in die Erarbeitung der Richtlinien nach § 17a SGB XI eingebunden werden. Die Expertise insbesondere der Homecareversorger ist zwingend erforderlich, um die für die Verordnungsempfehlung notwendigen Qualifikationen bewerten zu können.

Außerdem sollte geregelt werden, dass der im Rahmenvertrag zu vereinbarende Katalog regelmäßig an den Stand der Wissenschaft anzupassen ist. Dies stellt die kontinuierliche Weiterentwicklung der Versorgungsprozesse sicher.

Nr. 13

§ 87 SGB V

Wir halten die vorgesehene Ergänzung für unerlässlich, um die Umsetzung der selbstständigen Heilkundeausübung im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung zu fördern. Der BVMed begrüßt daher die vorgeschlagene Anpassung.

Nr. 14

§ 112a SGB V (neu)

Wir begrüßen die vorgesehene Regelung: Diese schließt eine entscheidende Lücke in der Transparenz und Sicherheit über Leistungen, die Pflegefachpersonen im Rahmen der Krankenhausbehandlungen eigenverantwortlich durchführen können und schlagen weiterhin folgende Änderung vor:

§ 112a Abs. 1 SGB V (neu) wird wie folgt angepasst:

Die Vertragsparteien auf Bundesebene nach § 9 Absatz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes sowie die für die Wahrnehmung der Interessen von Pflegegediensten maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene vereinbaren bis zum 31. Juli 2028 [...]

Begründung:

Aus unserer Sicht wäre es dringend geboten, neben den Vertragsparteien nach § 9 Absatz 1 Krankenhausentgeltgesetz auch hier die maßgeblichen Spitzenorganisationen der Pflege auf Bundesebene mit einzubeziehen. Nur so können Leistungen sachgerecht benannt werden. Ein reines Stellungnahmerecht reicht hier nicht aus.

Nr. 66

§ 125a SGB V

Die Erarbeitung von Empfehlungen zur Umsetzung und zum Einsatz von Telepflege in der ambulanten und stationären Pflege befürwortet der BVMed. Wir schlagen

vor, den ursprünglich vorgesehenen Umfang von 10 Millionen Euro beizubehalten und den Zeitraum über 2025 hinaus zu verlängern, um die Möglichkeiten auszuschöpfen.

Des Weiteren möchten wir draufhinweisen, dass die Telepflege auch den Einsatz von Medizinprodukten beinhalten kann. Eine Form der Telepflege, die aktuell bereits etabliert ist, ist das Telemonitoring, unter anderem in Form der Überwachung der Bewegung von sturzgefährdeten Patienten. Wir halten deshalb die Eingrenzung auf Verbände der Digitalwirtschaft in der Benennungsherstellung für zu kurz gefasst.

BVMed

Bundesverband Medizintechnologie e.V.

Georgenstraße 25, 10117 Berlin

+49 30 246 255 - 0

www.bvmed.de

