- Stellungnahme -

Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit für ein Gesetz zur Modernisierung der Hilfsmittelversorgung und Maßnahmen zum Bürokratierückbau (Hilfsmittelmodernisierungs- und Bürokratierückbaugesetz – HiB)

Der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe – DBfK Bundesverband e. V. bedankt sich für die Möglichkeit der Stellungnahme zum Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit für ein Gesetz zur Modernisierung der Hilfsmittelversorgung und Maßnahmen zum Bürokratierückbau (Hilfsmittelmodernisierungs- und Bürokratierückbaugesetz – HiB) mit Bearbeitungsstand vom 30. Oktober 2026.

Der DBfK unterstützt das Ziel einer bedarfsgerechten Hilfsmittelversorgung und einer spürbaren Entlastung beruflich Pflegender von vermeidbarer Bürokratie. Der eigenständige Anspruch auf Medizinprodukte für professionelle Anwendungen und die Erweiterung pflegerischer Verordnungsmöglichkeiten sind sachgerecht. Auch die Vereinheitlichung administrativer Anforderungen und die Nachnutzung vorhandener Daten können die Versorgung verbessern.

Der Entwurf verbindet jedoch den Wegfall einzelner Pflichten mit zusätzlichen Verfahren und einer Ausweitung der Kontrolle. Die größeren Entlastungswirkungen hängen wesentlich von noch auszuhandelnden Verträgen, Richtlinien und technischen Umstellungen ab. Neue Verzeichnisse, die regelhafte Übermittlung von Beratungsdokumentationen sowie zusätzliche Abrechnungs- und Prüfanforderungen verursachen ihrerseits Aufwand. Eine nachgewiesene Nettoentlastung speziell der professionellen Pflege lässt sich aus den vorgelegten Modellschätzungen nicht ableiten.

Der DBfK fordert deshalb, für jede Maßnahme auszuweisen, welche bisherige Pflicht durch welche neue Regelung ersetzt wird, wann alte Verfahren enden und bei welchen Beteiligten tatsächlich Arbeitszeit frei wird. Einheitliche Vorgaben müssen abweichende administrative Anforderungen wirksam ersetzen. Übergangsphasen mit parallelen Meldewegen sind zeitlich zu begrenzen. Fachlich erforderliche Qualitätssicherung und Transparenz über Personalausstattung müssen erhalten bleiben.

Die eigenständige Vertretung der Pflegeberufe ist bei den neuen Regelungen nicht hinreichend abgesichert. Der Deutsche Pflegerat wird im Entwurf nicht ausdrücklich genannt. Bestehende Beteiligungsrechte, insbesondere bei § 73d SGB V, bleiben zwar erhalten; neue verbindliche Rechte beim Medizinprodukteverzeichnis, den pflegerelevanten Hilfsmittelverfahren und der Digitalförderung fehlen. Die Beteiligung von Einrichtungsträgern ersetzt die berufsfachliche Vertretung nicht. Der DBfK fordert insbesondere einen stimmberechtigten Sitz der Pflegeberufe im Digital Health Council und verbindliche Mitberatung bei allen pflegefachlich relevanten Ausgestaltungsentscheidungen

Der DBfK als Mitglied des Deutschen Pflegerats e.V. (DPR) trägt dessen Stellungnahme in allen Teilen mit und nimmt hier ergänzend Stellung.

Stellungnahme zu den einzelnen Regelungen

Artikel 1

Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Medizinprodukte für professionelle Pflege

Zu Artikel 1 Nr. 11 und 12 (§§ 33 und 33b SGB V)

Geltendes Recht: Die Versorgung mit Hilfsmitteln erfolgt nach § 33 SGB V, daneben bestehen unter anderem die Regelungen zu Verbandmitteln und Pflegehilfsmitteln. Für bestimmte ausschließlich zur professionellen Anwendung bestimmte Produkte fehlt nach der Begründung des Entwurfs eine hinreichend eindeutige Anspruchsgrundlage. Die Abgrenzung vom Hilfsmittelbegriff führt beispielsweise bei bestimmten Kathetern zu Problemen der Listung und Finanzierung.

Vorgesehene Änderung: § 33 wird auf Hilfsmittel zur Laienanwendung ausgerichtet. § 33b schafft einen eigenen Anspruch auf nicht zur Laienanwendung bestimmte Medizinprodukte einschließlich Zubehör, soweit sie für richtliniengeregelte häusliche Krankenpflege oder außerklinische Intensivpflege erforderlich und nicht bereits Bestandteil anderer Krankenbehandlungsleistungen sind. Anspruchsvoraussetzung ist die Aufnahme in ein neues Verzeichnis des GKV-Spitzenverbands auf Herstellerantrag. Vertrags- und Abrechnungsstrukturen werden entsprechend herangezogen.

Bewertung und Bürokratiefolgen: Die Schließung einer Finanzierungslücke ist zu begrüßen. Sie ist jedoch zunächst Versorgungssicherung und keine nachgewiesene Entbürokratisierung. Das neue Verzeichnis schafft Aufnahme- und Abgrenzungsentscheidungen. Ungeklärte Übergänge zwischen §§ 33 und 33b oder zu bereits vergüteten Leistungen können zusätzlichen Klärungsaufwand verursachen. Pflegefachliche Beteiligung an Systematik, Aufnahme und Fortschreibung ist nicht ausdrücklich vorgesehen. Die Anwendung durch qualifiziertes Personal ersetzt keine Prüfung der Eignung für konkrete Versorgungssituationen.

Änderungsbedarf: Die maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene im Sinne des § 118a SGB XI sind verbindlich zu beteiligen. Sie benötigen Mitberatungs- und Stellungnahmerechte sowie ein Initiativrecht zur Prüfung fehlender Produktgruppen. Entscheidungskriterien und Fristen sind transparent festzulegen. Übergangs- und Einzelfallregelungen müssen Versorgung bei noch fehlender Listung sichern. Bestehende Versorgung darf nicht allein durch einen Systemwechsel unterbrochen werden; neue Nachweise sind auf unverzichtbare Angaben zu begrenzen.

Lesehilfe: zu finden im Referentenentwurf: S. 13–15 und 153–157.

Eigenverantwortliche pflegerische Verordnungen

Zu Artikel 1 Nr. 5 und 38 (§§ 15a und 73d SGB V)

Geltendes Recht: §§ 15a und 73d regeln eigenverantwortliche pflegerische Leistungen und Verordnungen innerhalb gesetzlicher Kompetenzvoraussetzungen und vertraglich zu konkretisierender Kataloge. Der Verordnungskatalog umfasst bislang häusliche Krankenpflege einschließlich der hierfür benötigten Hilfsmittel. Die maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe haben nach § 73d Absatz 2 Stellungnahme- und Sitzungsteilnahmerechte, sind aber keine gleichberechtigte Vertragspartei.

Vorgesehene Änderung: Medizinprodukte nach § 33b werden in § 15a Absatz 1 Nummer 2 und § 73d Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 einbezogen. Der Entwurf passt außerdem das Schiedsverfahren nach § 73d Absatz 3 an. Die Beteiligungsrechte in Absatz 2 bleiben bestehen.

Bewertung und Bürokratiefolgen: Die Erweiterung ist pflegefachlich sachgerecht und kann zusätzliche ärztliche Verordnungswege vermeiden. Sie begründet keine uneingeschränkte Befugnis unabhängig von Kompetenzen und Katalogen. Tatsächliche Entlastung entsteht erst, wenn Kompetenzzuordnung, Verordnungsformate und elektronische Verfahren aufeinander abgestimmt sind. Neue Katalogverhandlungen können zunächst Aufwand auslösen; die Verlagerung der Verordnungsarbeit auf Pflegefachpersonen ist ohne Bewertung ihrer eigenen Arbeitszeit keine Nettoentlastung.

Änderungsbedarf: Die Einbeziehung der Medizinprodukte ist in allen einschlägigen Bestimmungen, insbesondere den Kompetenzregelungen des § 73d Absatz 2, konsistent nachzuführen. Zulässige pflegerische Verordnungen müssen ohne zusätzliche ärztliche Bestätigung unmittelbar nutzbar sein. Identifikation, Signatur und Übermittlung sowie erforderliche Schulungen sind rechtzeitig bereitzustellen und zu refinanzieren. Die Beteiligung der Pflegeberufe muss auch die neue Ausgestaltung und fachliche Streitfragen im Schiedsverfahren erfassen.

Lesehilfe: zu finden im Referentenentwurf: S. 11, 26–27, 151 und 170–171.

Einheitlicher Hilfsmittelrahmenvertrag und fortbestehende Versorgungsverträge

Zu Artikel 1 Nr. 76 (§ 127 Absatz 1 bis 5 SGB V)

Geltendes Recht: Krankenkassen und Hilfsmittelleistungserbringer vereinbaren die Einzelheiten der Versorgung einschließlich Preisen und Abrechnung in Verträgen. Daneben bestehen gemeinsame Rahmenempfehlungen zur Vereinfachung und Vereinheitlichung nach dem bisherigen § 127 Absatz 9. Streitigkeiten über einzelne Verträge werden bislang durch jeweils zu bestimmende Schiedspersonen entschieden.

Vorgesehene Änderung: Ein bundesweiter verbindlicher Rahmenvertrag soll innerhalb von 18 Monaten administrative Inhalte vereinheitlichen, unter anderem Formulare, Dauerversorgungen, Unterlagen, Genehmigungsfreigrenzen, Wiedereinsatz und elektronische Verfahren. Mit seinem Abschluss werden die bisherigen Rahmenempfehlungen aufgehoben. Dezentrale Versorgungsverträge bleiben bestehen. Eine ständige Schiedsstelle entscheidet über den Rahmenvertrag und Streitigkeiten der dezentralen Verträge.

Bewertung und Bürokratiefolgen: Es besteht ein konkreter Ersetzungseffekt gegenüber den bisherigen Empfehlungen und potenziell gegenüber wiederholten dezentralen Verhandlungen. Die Vertragslandschaft als solche entfällt jedoch nicht. Die Entlastung hängt davon ab, ob einheitliche Vorgaben abweichende administrative Anforderungen tatsächlich beseitigen. Die Schiedsstelle kann die wiederholte Suche nach Schiedspersonen vermeiden und Fachwissen bündeln, benötigt aber eigene Organisationsressourcen. Das BMG setzt 33,5 Millionen Euro einmaligen Umstellungsaufwand und 82,1 Millionen Euro jährliche Entlastung an. Letztere beruht auf angenommenen vier Minuten Zeitersparnis je Hilfsmittelversorgung; sie ist noch kein belegter Praxiseffekt.

Änderungsbedarf: Der Rahmenvertrag muss kassenspezifische Zusatzanforderungen zu den vereinheitlichten Verwaltungsinhalten wirksam ausschließen. Abweichungen sind auf fachlich begründete produktgruppen- oder versorgungsbereichsspezifische Besonderheiten zu begrenzen. Alte Formulare und Meldewege müssen zu festgelegten Zeitpunkten entfallen. Pflegeberufe sind bei Anforderungen an Befunde, Verordnungen und Arbeitsabläufe verbindlich zu beteiligen. Umstellungsaufwand und tatsächliche Entlastung sind getrennt nach Kostenträgern, Hilfsmittelleistungserbringern und Pflegeeinrichtungen zu bewerten.

Lesehilfe: zu finden im Referentenentwurf: S. 38–40, 125–126 und 188–192.

Beratung und regelhafte Übermittlung der Beratungsdokumentation

Zu Artikel 1 Nr. 11 und 76 (§§ 33 Absatz 1 und 127 Absatz 10 SGB V)

Geltendes Recht: Hilfsmittelleistungserbringer müssen bereits beraten, die Beratung schriftlich oder elektronisch dokumentieren und sich durch Unterschrift der Versicherten bestätigen lassen. Die unterzeichnete Bestätigung ist bisher im Rahmen der Überwachung auf Verlangen vorzulegen. Einzelheiten werden vertraglich geregelt.

Vorgesehene Änderung: Die Beratung wird ausdrücklich in den Leistungsanspruch aufgenommen. Für ihre Dokumentation soll Textform genügen; die Unterschrift bleibt erforderlich. Zusätzlich wird eine regelhafte ausschließlich elektronische Übermittlung der Beratungsdokumentation an die Krankenkassen vorgesehen. Nach der Begründung sollen vertragliche Ausnahmen beispielsweise bei niedrigen Werten oder unveränderten Folgeverordnungen möglich bleiben.

Bewertung und Bürokratiefolgen: Der individuelle Beratungsanspruch ist zu unterstützen. Textform und einfaches Unterschriftenpad können die Erfassung vereinfachen. Zugleich wird aus der bedarfsbezogenen Vorlage eine grundsätzlich routinemäßige Übermittlung. Diese zusätzliche Pflicht verursacht Zuordnungs-, Übertragungs- und Fehlerbearbeitungsaufwand. Elektronische Übermittlung allein hebt ihn nicht auf. Die Regelung stärkt vorrangig die Kontrollmöglichkeiten der Kassen; sie darf nicht pauschal als Bürokratieabbau gewertet werden. Unmittelbar betroffen sind Hilfsmittelleistungserbringer; Pflegeeinrichtungen können entsprechend ihrer eigenen Versorgungsrolle betroffen sein.

Änderungsbedarf: Die regelhafte Übermittlung ist auf ihre Erforderlichkeit und Verhältnismäßigkeit zu prüfen. Wo kein konkreter Prüfbedarf besteht, sind anlassbezogene oder stichprobenbezogene Verfahren vorzuziehen. Ausnahmen für unveränderte Folgeverordnungen und einfache Dauerversorgungen sind verbindlich abzusichern. Die pflegerische Bedarfsermittlung und Pflegeprozessverantwortung sind zu berücksichtigen; Aufgaben der Hilfsmittelleistungserbringer dürfen nicht unvergütet auf Pflegefachpersonen verlagert werden.

Lesehilfe: zu finden im Referentenentwurf: S. 13, 41 und 192–194.

Qualitätsprüfungen und pflegefachliche Anforderungen an Hilfsmittel

Zu Artikel 1 Nr. 76 und 96 (§§ 127 Absatz 11 bis 15 und 139 SGB V)

Geltendes Recht: Krankenkassen müssen bereits die Einhaltung gesetzlicher und vertraglicher Pflichten überwachen und Auffälligkeits- sowie Stichprobenprüfungen durchführen. Leistungserbringer müssen Auskünfte und erforderliche Unterlagen bereitstellen. Der GKV-Spitzenverband gibt Rahmenempfehlungen zur Qualitätssicherung ab. Das Hilfsmittelverzeichnis enthält Produkt- und Dienstleistungsanforderungen; seine Weiterentwicklung sieht Beteiligung insbesondere der Hersteller- und Leistungserbringerorganisationen vor.

Vorgesehene Änderung: Informationspflichten werden konkretisiert, Prüfungen beratungsorientiert ausgestaltet und Versichertenbefragungen hervorgehoben. Der GKV-Spitzenverband legt jährlich einen verbindlichen Prüfbereich fest; Patientenorganisationen werden beteiligt. Die Krankenkassen übermitteln Ergebnisse, aus denen ein jährlicher Bericht entsteht. Verbindliche Richtlinien ersetzen die bisherigen Qualitätssicherungsempfehlungen. Anforderungen an notwendige zusätzliche Dienstleistungen werden sprachlich angepasst.

Bewertung und Bürokratiefolgen: Die Behebung bestehender Kontrolllücken kann die Versorgung verbessern. Die neue Verbindlichkeit, die jährliche Abstimmung und die Ergebnisberichte erweitern jedoch den laufenden Vollzug. Anlassbezogene Prüfungen außerhalb des jährlichen Schwerpunkts bleiben bestehen. Eine generelle Verringerung von Prüfungen oder Unterlagenpflichten ist damit nicht verbunden. Produkt- und Dienstleistungsqualität sowie individuelle Versorgung sind fachlich zu sichern; diese Aufgabe ist von der Frage einer administrativen Entlastung zu unterscheiden.

Änderungsbedarf: Die Pflegeberufe sind an pflegerelevanten Prüfschwerpunkten, Qualitätsrichtlinien und Anforderungen nach § 139 verbindlich zu beteiligen. Vorhandene Unterlagen und Prüfergebnisse sind vorrangig nachzunutzen. Umfang und Anlass zusätzlicher Datenanforderungen müssen transparent und verhältnismäßig sein. Pflegerische Hinweise auf Versorgungsmängel sind systematisch einzubeziehen. Einrichtungsbezogene Qualitätsprüfungen dürfen nicht ohne sachlichen Grund durch gleichartige Zusatzprüfungen überlagert werden.

Lesehilfe: zu finden im Referentenentwurf: S. 41–42, 51 und 193–195.

Präqualifizierung bei Inkontinenzversorgung in Pflegeeinrichtungen

Zu Artikel 1 Nr. 75 (§ 126 Absatz 1c und 1d SGB V neu)

Geltendes Recht: Pflegeeinrichtungen, die selbst als Hilfsmittelleistungserbringer auftreten, müssen grundsätzlich die Eignung nach § 126 nachweisen. Dazu gehören das befristete Präqualifizierungszertifikat und Überwachungsverfahren. Die Zulassung als Pflegeeinrichtung ersetzt diesen Nachweis bislang nicht generell.

Vorgesehene Änderung: Zugelassene stationäre Pflegeeinrichtungen werden beim Abgeben aufsaugender Inkontinenzhilfen präqualifizierter Leistungserbringer an ihre Bewohnerinnen und Bewohner vom entsprechenden Nachweis befreit. Die Ausnahme muss durch eine Präqualifizierungsstelle bestätigt und dem GKV-Spitzenverband gemeldet werden. Die Begründung versteht diese Bestätigung als einmalig.

Bewertung und Bürokratiefolgen: Hier ist eine reale Nettoentlastung plausibel: Wiederkehrende Präqualifizierung und Überwachung entfallen für den bezeichneten Bereich. Allerdings bleibt ein Ersatzverfahren bestehen. Das BMG schätzt die jährliche Entlastung der Pflegeeinrichtungen auf 1,666 Millionen Euro. Mangels bekannter Fallzahl wird angenommen, dass 30 Prozent der vollstationären Pflegeheime selbst entsprechend tätig sind. Diese Modellannahme ist von einer empirisch belegten Entlastung zu unterscheiden.

Änderungsbedarf: Die Einmaligkeit und die Beschränkung der Bestätigung auf bereits vorhandene Zulassungs- und Identifikationsdaten sind gesetzlich abzusichern. Ein automatisierter Abgleich vorhandener Daten ist einem gesonderten Antragsverfahren vorzuziehen. Neue regelmäßige Bestätigungen oder zusätzliche Nachweiskataloge sind auszuschließen. Unabhängig davon bleiben individuelle Bedarfsermittlung, geeignete Produktauswahl und pflegefachliche Qualität erforderlich.

Lesehilfe: zu finden im Referentenentwurf: S. 38, 129–131 und 186–187.

Telematikinfrastruktur (TI) bei Hilfsmittel-Verordnungen

Zu Artikel 1 Nr. 76 (§ 127 Absatz 1 Nr. 6 und 7 SGB V)

Geltendes Recht: Bislang gibt es keine zwingende vertragliche Verpflichtung, E-Verordnungen und E-Kostenvoranschläge für Hilfsmittel via Telematikinfrastruktur (TI) zu übermitteln.

Vorgesehene Änderung: Nach § 127 Abs. 1 Nr. 6 und 7 SGB V muss der neue Rahmenvertrag verbindlich festlegen, dass elektronische Verordnungen und Kostenvoranschläge über die TI abzuwickeln sind, sobald die Dienste zur Verfügung stehen.

Bewertung und Bürokratiefolgen: Da Pflegefachpersonen durch den Gesetzentwurf künftig Hilfsmittel eigenständig verordnen sollen (§ 15a SGB V), müssen sie sich an die TI-Regularien halten. Die in § 127 SGB V vorgesehenen Rahmenverträge zu den technischen Modalitäten werden jedoch ohne Beteiligung der Pflegeverbände zwischen dem GKV-Spitzenverband und den Hilfsmittelerbringern ausgehandelt. Anders als die Ärzteschaft, deren Praxis-IT und Refinanzierung über Verträge der KBV und gesetzliche TI-Pauschalen abgesichert ist, verfügt die Pflege nicht über diese institutionelle Gestaltungsmacht. Die Pflege muss sich einer digitalen Infrastruktur bedienen, die ohne ihre Expertise primär für ärztliche und kassenrechtliche Prozesse designt wurde. Vertragsstrafen oder Abrechnungsausschlüsse bei fehlender technischer Anbindung träfen die Pflege somit unverschuldet.

Änderungsbedarf: Die gesetzliche Pflicht zur Nutzung der TI für pflegerische Verordnungen darf erst in Kraft treten, wenn die technischen und finanziellen Hürden für die Pflegepraxis vollständig abgebaut sind. Es bedarf einer gesetzlich garantierten, unbürokratischen und automatischen Refinanzierung der TI-Anbindung für alle Pflegeeinrichtungen, analog zur Ärzteschaft. Bevor zwingende E-Verordnungspflichten für die Pflege greifen, müssen die maßgeblichen Pflegeverbände auf Bundesebene zwingend in die Definition der technischen Schnittstellen (z.B. im Rahmen des § 127 SGB V) einbezogen werden.

Lesehilfe: zu finden im Referentenentwurf: S. 38–39.

Fehlverhaltensbekämpfung und KI-Einsatz

Zu Artikel 1 Nr. 101 zu § 197a Abs. 1 (insb. Nr. 1a) SGB V und Artikel 7 Nr. 2 (§ 47a SGB XI)

Geltendes Recht: Kranken- und Pflegekassen betreiben Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten. Der Datenaustausch und die Analysemethoden sind bisher rechtlich begrenzt.

Vorgesehene Änderung: Mit Artikel 1 Nr. 101 (§ 197a SGB V) wird ausdrücklich die Verpflichtung zur Entwicklung und Nutzung von Künstlicher Intelligenz (KI) zur Datenanalyse eingeführt. Flankierend dazu werden mit Artikel 7 Nr. 2 (§ 47a SGB XI) die Befugnisse der Pflegekassen zum systemübergreifenden Datenaustausch und zur Datenverarbeitung massiv ausgeweitet, sodass die KI-gestützten Prüfmechanismen voll auf die Pflege durchschlagen.

Bewertung und Bürokratiefolgen: Die Bekämpfung von echtem Abrechnungsbetrug ist im Sinne der Solidargemeinschaft. Der flächendeckende, automatisierte Einsatz von KI in Verbindung mit dem systemübergreifenden Datenaustausch birgt jedoch die Gefahr, dass Pflegeeinrichtungen durch unklare Algorithmen unter Generalverdacht gestellt werden. Wenn statistische Auffälligkeiten durch KI ungefiltert zu flächendeckenden Prüfanfragen führen, erzeugt dies einen immensen und völlig ungerechtfertigten bürokratischen Rechtfertigungsaufwand für die Pflegedienste und Einrichtungen.

Änderungsbedarf: Die Kriterien für automatisierte KI-Prüfungen müssen transparent offengelegt werden. Es muss gesetzlich verankert werden, dass KI-generierte Verdachtsmomente vor einer Prüfanfrage an die Leistungserbringer zwingend einer menschlichen fachlichen Plausibilitätsprüfung unterzogen werden, um unnötige Bürokratie für die Pflege zu vermeiden.

Lesehilfe: zu finden im Referentenentwurf: S. 53–54 (SGB V) und S. 87–88 (SGB XI).

Abrechnung pflegerischer Verordnungen und zusätzliche Mehrkostenangaben

Zu Artikel 1 Nr. 129 (§ 302 Absatz 1 SGB V)

Geltendes Recht: Das Abrechnungsrecht ist bisher auf Angaben zur ärztlichen Verordnung ausgerichtet. Bei Hilfsmitteln sind die Verzeichnisbezeichnungen und die Höhe der mit Versicherten abgerechneten Mehrkosten anzugeben. Bei häuslicher Krankenpflege und außerklinischer Intensivpflege bestehen bereits elektronische Abrechnungsverfahren sowie Angaben zu Leistungszeit und Beschäftigtennummer der leistenden Person.

Vorgesehene Änderung: Ärztliche Verordnungsangaben werden nur verlangt, wenn tatsächlich ärztlich verordnet wurde. Pflegerische Empfehlungen und Verordnungen werden mit Befundangaben und Beschäftigtennummer der empfehlenden oder verordnenden Person ausdrücklich abgebildet. Verzeichnisbezeichnungen sind nur bei entsprechender Listung anzugeben. Bei Mehrkosten müssen zusätzlich Mehrnutzen oder mehrkostenverursachende Merkmale gegenüber einer geeigneten mehrkostenfreien Versorgung übermittelt werden.

Bewertung und Bürokratiefolgen: Die Abbildung eigenverantwortlicher pflegerischer Veranlassung ist notwendig und kann unpassende ärztliche Nachforderungen vermeiden. Befund- und Identifikationsangaben verursachen jedoch eigenen Übermittlungsaufwand. Die zusätzlichen Mehrkostenangaben stärken Transparenz und Kontrolle, sind aber eine Ausweitung der laufenden Pflichten. Das BMG kalkuliert hierfür etwa drei Minuten je Fall beziehungsweise 13,5 Millionen Euro jährlichen Aufwand. Der Hinweis auf bereits vorliegende Beratungsinformationen beseitigt den Aufwand der strukturierten Erfassung und Übermittlung nicht.

Änderungsbedarf: Vorhandene Befund- und Identifikationsdaten sind automatisiert zu übernehmen. Zusätzliche ärztliche Bestätigungen bei zulässigen pflegerischen Verordnungen sind auszuschließen. Mehrkostenangaben sind auf erforderliche standardisierte Daten zu begrenzen; bereits übermittelte Informationen dürfen nicht erneut abgefragt werden. Technische Umstellung und Schulung sind bei der Aufwandsbewertung zu berücksichtigen. Neue Abrechnungsvorgaben müssen mit dem Rahmenvertrag und den pflegerischen Verordnungswegen abgestimmt in Kraft treten.

Lesehilfe: zu finden im Referentenentwurf: S. 70, 129 und 232–233.

Einmalige und interoperable Datenübermittlung zur Qualitätssicherung

Zu Artikel 1 Nr. 127 und 131 (§§ 299 Absatz 1b und 334 SGB V)

Geltendes Recht: Qualitätssicherungsdaten werden nach unterschiedlichen Richtlinien, Beschlüssen und Vereinbarungen erhoben und verarbeitet. Daneben liegen bereits Behandlungs-, Abrechnungs- und Krankenhausdaten vor. Eine verfahrensübergreifend einmalige Erhebung und Übermittlung ist in der vorgesehenen umfassenden Form bislang nicht gesichert.

Vorgesehene Änderung: Bis Ende 2029 sollen die Vorgaben so ausgestaltet werden, dass Daten aufwandsarm, semantisch und syntaktisch interoperabel bereitgestellt und für Qualitätssicherungszwecke nur einmal erhoben und übermittelt werden. Die Übermittlung soll an eine verfahrensübergreifende zentrale Stelle erfolgen. Vorhandene Daten sollen vorrangig genutzt und die Telematikinfrastruktur einbezogen werden.

Bewertung und Bürokratiefolgen: Die Zielrichtung ist richtig. Der Gesetzentwurf hebt aber noch keine konkreten Erfassungsmasken oder Meldewege auf; diese müssen erst untergesetzlich angepasst werden. Die Begründung erklärt die Entlastungsschätzung ausdrücklich für unsicher. Für die zentrale Datenannahmestelle wird keine laufende Entlastung der Leistungserbringer angenommen, weil diese bereits regelmäßig an eine Annahmestelle übermitteln; zugleich wird Umstellungsaufwand angesetzt. Ein neuer Empfänger allein reduziert die Datenerfassung nicht. Während der Umstellung drohen Parallelverfahren.

Änderungsbedarf: Für jedes Verfahren ist verbindlich festzulegen, welche bisherigen Erhebungen und Übermittlungen wann entfallen. Neue Systeme müssen alte Verfahren nach funktionsfähiger Umstellung ersetzen; befristete Übergänge benötigen klare Endtermine. Pflegeberufe und Pflegewissenschaft sind an Datensätzen, Definitionen und pflegesensitiven Qualitätsindikatoren zu beteiligen. Vorhandene Daten sind automatisiert nachzunutzen. Fachlich erforderliche Informationen über Pflegebedarf und Ergebnisse müssen erhalten bleiben. Umsetzungskosten sind zu refinanzieren; Entlastung ist anhand entfallender manueller Arbeitsschritte zu prüfen.

Lesehilfe: zu finden im Referentenentwurf: S. 69–71, 126–128 und 229–230.

Blankoverordnung in der häuslichen Krankenpflege

Zu Artikel 1 Nr. 14 (§ 37 Absatz 9 und 10 SGB V)

Geltendes Recht: Bei bestimmten Maßnahmen können entsprechend qualifizierte Pflegefachpersonen innerhalb eines ärztlich festgestellten Verordnungsrahmens Häufigkeit und Dauer bestimmen. Für die gesetzliche Evaluation müssen Ausgabendaten pseudonymisiert, zusammengeführt und einem unabhängigen Dritten bereitgestellt werden; die Auswirkungen auf Versorgung, Wirtschaftlichkeit und Ergebnisqualität sind zu untersuchen.

Vorgesehene Änderung: Die Absätze 9 und 10 und damit die besondere Datenverarbeitung und Evaluation werden gestrichen. Die Blankoverordnung nach Absatz 8 bleibt bestehen. Die Begründung verweist auf unzureichende praktische Umsetzung und fehlende belastbare Daten sowie auf die weitergehenden Befugnisse nach dem BEEP-G.

Bewertung und Bürokratiefolgen: Eine konkrete gesetzliche Pflicht entfällt. Die unmittelbare Entlastung betrifft vor allem den Evaluations- und Datenverarbeitungsaufwand; die täglichen Verordnungs- und Qualifikationsverfahren bleiben bestehen. Aus dem Wegfall folgt daher keine wesentliche Vereinfachung des einzelnen HKP-Versorgungsfalls. Die unzureichende Umsetzung bleibt zugleich ein fachlich relevanter Befund, der nicht allein durch Streichung der Evaluation erledigt ist.

Änderungsbedarf: Umsetzungshemmnisse und Auswirkungen pflegerischer Verordnungen sind innerhalb bereits vorgesehener Evaluationen der Befugniserweiterung zu untersuchen. Hierfür sind vorhandene Daten und gezielte wissenschaftliche Auswertungen zu nutzen. Eine neue eigenständige Berichtspflicht der Pflegedienste soll nicht geschaffen werden. Die Pflegeberufe sind an Fragestellung und Ergebnisbewertung verbindlich zu beteiligen. Unnötige Qualifikations-, Vertrags- und Technikbarrieren sind gezielt abzubauen.

Lesehilfe: zu finden im Referentenentwurf: S. 15 und 158.

Zahnärztliche Kooperation in der Eingliederungshilfe

Zu Artikel 1 Nr. 71 (§ 119b SGB V)

Geltendes Recht: § 119b regelt Kooperationsverträge für die Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen. Anforderungen an die koordinierte ärztliche und pflegerische Versorgung werden im Benehmen unter anderem mit den maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe vereinbart. Für die vertragszahnärztlichen Kooperationen besteht eine wiederkehrende Evaluation.

Vorgesehene Änderung: Die Kooperation wird auf bezeichnete Wohn- und Versorgungsformen der Eingliederungshilfe ausgeweitet. Vorgesehen sind zusätzliche Kooperationsverträge und eine Vereinbarung über Anforderungen im Benehmen mit Trägervertretungen und Organisationen der beteiligten Berufe. Die Evaluation wird um diese Versorgung erweitert.

Bewertung und Bürokratiefolgen: Eine bessere Mundgesundheitsversorgung ist fachlich sinnvoll. Hier werden jedoch neue Vertrags-, Koordinations- und Evaluationsaufgaben geschaffen; ein entsprechender Wegfall bestehender Verfahren ist nicht ersichtlich. Die allgemein formulierte Einbeziehung beteiligter Berufe ist ein Anknüpfungspunkt, sichert die Pflegeberufe aber weniger eindeutig ab als eine ausdrückliche Bezugnahme auf deren maßgebliche Organisationen.

Änderungsbedarf: Bei pflegerischen Aufgaben ist die Beteiligung der maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe ausdrücklich festzuschreiben. Kooperationen müssen bestehende Kommunikationswege nutzen und Zuständigkeiten eindeutig regeln. Zusätzliche pflegerische Koordinationsarbeit ist personell und finanziell zu berücksichtigen. Für die Evaluation sind vorhandene Daten zu nutzen; gesonderte gleichartige Dokumentationen der Einrichtungen sind zu vermeiden.

Lesehilfe: zu finden im Referentenentwurf: S. 35–36 und 178–179.

Digitale Förderung und Vertretung im Digital Health Council

Zu Artikel 1 Nr. 49 und 137 (§§ 92a, 394a und 394b SGB V)

Geltendes Recht: Für Versorgungsinnovationen bestehen Förderstrukturen unter anderem über den Innovationsfonds. Der im Entwurf vorgesehene Zukunftsfonds digitale Gesundheit mit eigenem Entscheidungsgremium und Förderträger ist eine neue Struktur.

Vorgesehene Änderung: Ein Zukunftsfonds erhält jährlich 25 Millionen Euro. Fördervorgaben und eine Vereinbarung zur Ausgestaltung werden neu geschaffen. Das Digital Health Council entscheidet über Bewilligung und Bewertung; hinzu kommen Förderträger, kontoführende Stelle, wissenschaftliche Begleitung, Verwendungsnachweise und Evaluation. Die Mittel des Innovationsfonds nach § 92a Absatz 3 werden gleichzeitig von 100 auf 75 Millionen Euro abgesenkt. Im Council sind GKV-Spitzenverband, BMG, Kassenärztliche Bundesvereinigungen, gematik und Gesundheitsindustrie vorgesehen.

Bewertung und Bürokratiefolgen: Die Förderung interoperabler Anwendungen, offener Standards und IT-Sicherheit ist zu begrüßen. Die neue Förderorganisation verursacht aber laufenden Verwaltungsaufwand; dass er aus Fördermitteln bezahlt wird, macht ihn nicht entbehrlich. Spätere Entlastung durch geförderte Technik ist davon getrennt zu beurteilen. Ein eindeutiger Ersatz bisheriger Förderverfahren ist nicht geregelt. Pflegeberufe fehlen im Entscheidungsgremium und bei der Vereinbarung zur Ausgestaltung der Rahmenvorgaben.

Änderungsbedarf: § 394b Absatz 4 muss einen von den maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe zu besetzenden Sitz mit Stimmrecht vorsehen; Absatz 3 muss deren verbindliche Beteiligung sichern. Pflegerische Leistungserbringer und pflegegeleitete Vorhaben benötigen eigenständigen Förderzugang. Interoperable Pflegedokumentation, Terminologien und pflegerische Verordnungswege müssen förderfähig sein. Antrags- und Nachweisverfahren sind mit bestehenden Förderstrukturen abzustimmen und auf das erforderliche Maß zu begrenzen. Die Auswirkungen der Mittelverschiebung auf pflegerische Innovationen sind offenzulegen.

Lesehilfe: zu finden im Referentenentwurf: S. 29, 71–74 und 236–239.

Energiekosten und Genehmigung von Hörhilfen

Zu Artikel 1 Nr. 11 (§ 33 Absatz 4 und 5a SGB V)

Geltendes Recht: Die Erstattung von Energiekosten elektrisch betriebener Hilfsmittel wird bisher nicht durch die nun vorgesehenen bundeseinheitlichen Berechnungsvorgaben strukturiert. Krankenkassen können bei Hörhilfen bislang auf die Genehmigung verzichten.

Vorgesehene Änderung: Der GKV-Spitzenverband soll Richtlinien zur Energiekostenermittlung erlassen und kann Pauschalen vorsehen. Bei Hörhilfen wird ein Verzicht auf die Genehmigung ausgeschlossen.

Bewertung und Bürokratiefolgen: Einheitliche Energiekostenregeln können Berechnungs- und Klärungsaufwand verringern; der Erstattungsprozess entfällt aber nicht. Bei Hörhilfen entsteht dagegen eine zwingende Vorabprüfung auch dort, wo bisher auf Genehmigung verzichtet wurde. Das BMG schätzt hierfür 4,8 Millionen Euro jährlichen Verwaltungsaufwand. Die Maßnahme dient der Versorgungskontrolle und darf nicht als Entbürokratisierung ausgewiesen werden. Pflegefachpersonen können mittelbar durch zusätzliche Begleitung und Rückfragen betroffen sein.

Änderungsbedarf: Energiepauschalen sollen für typische Versorgungen ohne wiederkehrende individuelle Verbrauchsnachweise nutzbar sein. Für Hörhilfen sind Notwendigkeit und Verhältnismäßigkeit der flächendeckenden Vorabprüfung gegenüber gezielter Kontrolle darzulegen. Verzögerungen dürfen nicht zulasten der Kommunikation, Teilhabe und Pflegeversorgung gehen; Antragswege müssen einfach und barrierefrei sein.

Lesehilfe: zu finden im Referentenentwurf: S. 14, 141–142 und 154–155.

Schiedsverfahren für pflegerelevante Vereinbarungen

Zu Artikel 1 Nr. 35, 38, 82 und 88 (§§ 71a bis 71d, 73d, 132a und 132l SGB V)

Geltendes Recht: Für pflegerelevante Verträge und Rahmenempfehlungen bestehen bereits Schiedsregelungen. Ihre Ausgestaltung und Verweise sind über verschiedene Leistungsbereiche verteilt. Die Vertretung der Leistungserbringer in Schiedsstellen ist nicht mit einer eigenständigen berufsfachlichen Vertretung gleichzusetzen.

Vorgesehene Änderung: Wesentliche Verfahrensregeln werden in §§ 71a bis 71d zusammengeführt und die jeweiligen Spezialvorschriften angepasst. Die Schiedsstellen für häusliche Krankenpflege und außerklinische Intensivpflege bleiben nach den vorgesehenen Besetzungen vor allem durch Kostenträger und Einrichtungsträger beziehungsweise Dienste geprägt.

Bewertung und Bürokratiefolgen: Die Bündelung kann Rechtsanwendung und Verfahrensabwicklung vereinfachen. Vertragsverhandlungen, Streitgegenstände und die zu entscheidenden fachlichen Anforderungen entfallen dadurch nicht. Die bloße Verschiebung von Vorschriften begründet keine belegte Zeitersparnis in der Versorgung. Entscheidend sind tatsächlich kürzere Verfahren, klare Zuständigkeiten und ausreichend ausgestattete Schiedsorgane.

Änderungsbedarf: Bestehende Beteiligungsrechte der Pflegeberufe sind auch im Konfliktfall wirksam zu sichern. Bei Kompetenzanforderungen, Leistungsabgrenzungen und pflegefachlichen Qualitätsanforderungen müssen die maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe angehört und an der fachlichen Beratung beteiligt werden. Gleiche Unterlagen sollen nicht mehrfach angefordert werden; Verfahrensfristen müssen eine zügige und fachlich tragfähige Entscheidung ermöglichen.

Lesehilfe: zu finden im Referentenentwurf: S. 20–25, 26–27, 45–46 und 48–49.

Artikel 2

Weitere Änderungen des Fünften Sozialgesetzbuch

Strukturierte Behandlungsprogramme (DMP)

Zu Artikel 2 Nr. 3 und 4 (§§ 137f, 137g SGB V)

Geltendes Recht: Disease-Management-Programme (DMP) nach § 137f SGB V sind für Kassen bislang freiwillige Angebote. Sie bedürfen einer Zulassung durch das BAS.

Vorgesehene Änderung: DMP werden zum Pflichtangebot der Krankenkassen. Die BAS-Zulassung entfällt. Die Vorgaben für Schulungen sollen flexibilisiert und digitalisiert werden.

Bewertung und Bürokratiefolgen: Die Beschleunigung und Ausweitung der DMP ist grundsätzlich ein richtiger Schritt zur besseren Versorgung chronisch kranker Menschen. Völlig verkannt wird jedoch weiterhin die Rolle der Pflegefachpersonen. Die Formulierung im Entwurf, dass „geeignete Leistungserbringer“ den Verträgen lediglich „beitreten“ können (§ 137f Abs. 6 SGB V), zementiert alte Hierarchien. Da die Verträge primär mit den Kassenärztlichen Vereinigungen verhandelt werden, bleibt die Pflege ohne eigene Gestaltungsmacht bei Behandlungspfaden und Vergütung. Eine solch passive Beitrittsmöglichkeit zu ärztlich dominierten Verträgen und die Abhängigkeit von G-BA-Richtlinien (in denen die Pflege nicht stimmberechtigt ist) verhindern, dass das Potenzial der Pflege – etwa bei Schulung, Beratung und Monitoring – als eigenständige und eigenverantwortliche Leistung abgerufen wird.

Änderungsbedarf: Pflegefachpersonen und Pflegeeinrichtungen dürfen in der Versorgung chronisch Kranker nicht länger als unbestimmte „geeignete Leistungserbringer“ über eine bloße Beitrittsoption abgewickelt werden. Die professionelle Pflege muss in § 137f Abs. 6 SGB V als direkter, gleichberechtigter Vertragspartner verankert werden. Nur durch eine eigenständige Vertragspartnerschaft auf Augenhöhe mit den Kassen (neben den Kassenärztlichen Vereinigungen) kann sichergestellt werden, dass pflegerische Leistungen in den DMPs rechtlich verbindlich integriert und unabhängig von ärztlicher Delegation eigenständig vergütet werden.

Lesehilfe: zu finden im Referentenentwurf: S. 74–78 und 107.

Artikel 3 bis 5

Änderungen des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, der Bundespflegesatzverordnung und des Krankenhausentgeltgesetzes

Pflegepersonaldaten und Nachweise zur Mittelverwendung

Zu Artikel 3 Nr. 5 und 7, Artikel 4 Nr. 2 sowie Artikel 5 Nr. 3 und 5

Geltendes Recht: Psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen übermitteln bislang nach § 17d Absatz 9 KHG in Verbindung mit § 21 Absatz 2 Nummer 1 Buchstabe e KHEntgG differenzierte Pflegepersonaldaten. Daneben bestehen Nachweise nach der PPP-Richtlinie und der Bundespflegesatzverordnung. Das Krankenhausrecht enthält außerdem besondere Vorgaben zum Nachweis der zweckentsprechenden Verwendung zusätzlicher Mittel für Tariferhöhungen des Pflegepersonals und zu Rückzahlungen.

Vorgesehene Änderung: Die bezeichnete differenzierte Datenübermittlung für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen entfällt; andere Personalnachweise bleiben bestehen. Die besonderen Nachweise über die Verwendung zusätzlicher Tarifmittel und damit zusammenhängende Regelungen werden gestrichen. Die Bundeskrankenhausschiedsstelle wird in einem eigenen § 18b KHG neu geordnet.

Bewertung und Bürokratiefolgen: Der Wegfall einer Meldung ist konkreter Bürokratierückbau, sofern gleichwertige Informationen anderweitig verfügbar bleiben. Er betrifft nicht pauschal die Pflegepersonaldaten aller Krankenhäuser. Beim Tarifmittelnachweis ist zwischen formaler Bereinigung und neuer praktischer Entlastung zu unterscheiden: Für somatische Krankenhäuser setzt die Begründung keine zusätzliche Reduktion des Erfüllungsaufwands an, weil die Entlastung bereits im Pflegepersonal-Stärkungsgesetz berücksichtigt worden sei. Der Abbau von Kontrollvorgaben darf nicht als nachgewiesene Verbesserung der Personalsituation dargestellt werden.

Änderungsbedarf: Es ist offenzulegen, welche verbleibenden Daten die Bewertung der pflegerischen Personal- und Qualifikationsstruktur ermöglichen. Gleichwertige Daten sind nachzunutzen; tatsächliche Informationslücken sind fachlich zu klären. Transparenz über Personalausstattung und Mittelverwendung ist mit aufwandsarmen Verfahren zu erhalten. Bei pflegefachlich relevanten Entscheidungen der Bundeskrankenhausschiedsstelle ist eine eigenständige pflegefachliche Mitberatung vorzusehen.

Lesehilfe: zu finden im Referentenentwurf: S. 80–85 und 246–251.

Artikel 11

Änderung des Pflegeberufegesetzes

Finanzierungsanteile der Pflegeausbildung

Zu Artikel 11 (§ 33 Absatz 8 PflBG)

Geltendes Recht: Die Bundesregierung prüft alle drei Jahre die Notwendigkeit und Höhe einer Anpassung des Anteils der sozialen Pflegeversicherung und berichtet den gesetzgebenden Körperschaften. Eine Anpassung erfolgt durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates; der Bundestag kann die ihm zuvor zugeleitete Verordnung ändern oder ablehnen. Der Anteil der Pflegeeinrichtungen wird korrespondierend angepasst.

Vorgesehene Änderung: Prüf- und Berichtsvorgaben sowie die besondere Bundestagsbeteiligung entfallen. Die zuständigen Bundesministerien können die Anteile durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates bei unveränderter Summe anpassen.

Bewertung und Bürokratiefolgen: Der Rückbau betrifft staatliche Prüf- und Beteiligungsverfahren. Eine unmittelbare Vereinfachung der monatlichen Umlage- und Abrechnungsarbeit der Ausbildungsbetriebe wird dadurch nicht geregelt. Gleichzeitig entfallen eine regelmäßige öffentliche Begründung und die besondere parlamentarische Einflussmöglichkeit. Schnellere Verordnungsverfahren sind deshalb nicht mit einer Entlastung der professionellen Versorgung gleichzusetzen.

Änderungsbedarf: Anpassungen müssen auf öffentlich nachvollziehbaren Daten beruhen. Auswirkungen auf Ausbildungskapazitäten, Qualität und Belastungen von Pflegeeinrichtungen und pflegebedürftigen Menschen sind darzustellen. DPR beziehungsweise maßgebliche Organisationen der Pflegeberufe sind vor Erlass verbindlich zu beteiligen. Die frühzeitige parlamentarische Information ist zu sichern; Transparenz darf nicht allein unter dem Hinweis auf Bürokratierückbau entfallen.

Lesehilfe: zu finden im Referentenentwurf: S. 90 und 254.

Übergreifender Änderungsbedarf

Der DBfK fordert, Bürokratierückbau anhand tatsächlich entfallender Arbeitsschritte in der Versorgung zu beurteilen. Die Gesamtbeträge des Entwurfs von geschätzt 100,83 Millionen Euro jährlicher Nettoentlastung vor 2030 und 182,39 Millionen Euro ab 2030 beziehen sich auf unterschiedliche Adressatengruppen im gesamten Gesetzespaket. Sie belegen keine entsprechende Entlastung der professionellen Pflege. Annahmen über Fallzahlen und Minutenersparnisse sind mit ihrer Unsicherheit auszuweisen; neue Verhandlungs-, Umstellungs-, Übermittlungs- und Prüfaufwände dürfen nicht ausgeblendet werden (Vorblatt S. 7–8; Begründung S. 125–142).

Für jede neue administrative Vorgabe ist festzulegen, welche bisherige Anforderung sie ersetzt. Einheitliche Regeln müssen abweichende Formulare, Portale und Nachweise zu denselben Sachverhalten wirksam ablösen. Parallelbetrieb ist auf technisch notwendige, eindeutig befristete Übergänge zu begrenzen. Zusätzliche Kontrollaufgaben sind gesondert zu begründen und auf verhältnismäßige Verfahren zu beschränken. Die Bewertung muss zwischen der Entlastung von Krankenkassen, Hilfsmittelleistungserbringern, Pflegeeinrichtungen und Pflegefachpersonen unterscheiden.

Der DPR und die maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe müssen ihre fachliche Perspektive eigenständig einbringen können. § 118a SGB XI vermittelt Mitwirkung nur in der jeweils gesetzlich vorgesehenen Beteiligungsform. Daher sind Zugang zu Unterlagen, angemessene Fristen, Mitberatung und nachvollziehbare Berücksichtigung von Stellungnahmen konkret in den neuen Regelungen zu verankern. Im Digital Health Council ist ein stimmberechtigter Sitz erforderlich. Die Beteiligung muss berufsfachliche Expertise der Verbände einbeziehen und darf nicht durch die Vertretung von Einrichtungsträgern ersetzt werden.

Berlin, 10.11.2026

Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) - Bundesverband e. V.

Alt-Moabit 91 | 10559 Berlin | Telefon: +49 (0)30-2191570 | E-Mail: dbfk@dbfk.de | www.dbfk.de

DBfK Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe