

STELLUNGNAHME

des Deutschen Pflegerates e. V. (DPR)
zum Gesetzentwurf der Bundesregierung
Entwurf eines Gesetzes für Daten und
digitale Innovation im Gesundheitswesen
(GeDIG)

Stand 12.10.2026

Dem Ausschuss ist das vorliegende Dokument
in nicht barrierefreier Form zugeleitet worden.

Der DPR begrüßt ausdrücklich das Ziel des Gesetzgebers, die Digitalisierung im Gesundheitswesen weiter voranzubringen, die elektronische Patientenakte (ePA) weiterzuentwickeln, interoperable Datenstrukturen zu stärken, sichere Kommunikationsverfahren verbindlicher auszugestalten und die nationale Gesundheitsdateninfrastruktur an die Anforderungen des Europäischen Gesundheitsdatenraums (EHDS) anzuschließen. Eine leistungsfähige, sichere und praxistaugliche digitale Infrastruktur ist eine wesentliche Voraussetzung für eine bedarfsgerechte und qualitative Versorgung, Patient:innensicherheit, eine sektorenübergreifende Zusammenarbeit der Professionen und eine Entlastung von vermeidbaren bürokratischen Aufwänden.

Der Gesetzentwurf enthält positiv zu bewertende Regelungen. Dies gilt insbesondere für die ausdrückliche Einbeziehung der Profession Pflege in die Zielsetzung digitaler Kommunikation, die Weiterentwicklung sicherer Übermittlungsverfahren, die Stärkung interoperabler Datenhaltung sowie die angestrebte Verbesserung der Betriebsstabilität der Telematikinfrastruktur (TI).

Gleichzeitig sieht der DPR erheblichen Nachbesserungsbedarf. Der Entwurf adressiert die Profession Pflege an mehreren Stellen als Nutzerin, Verpflichtete und Datenlieferantin innerhalb der digitalen Infrastruktur, bildet sie jedoch nicht durchgängig als eigenständige, versorgungsverantwortliche und gleichberechtigt zu beteiligende Profession ab. Gerade dort, wo wesentliche Weichen für Governance, Interoperabilität, ePA-Nutzung, digitale Bedarfseinschätzung, Ordnungsprozesse, Sekundärnutzung von Gesundheitsdaten und digital gestützte Primärversorgung gestellt werden, bleibt die pflegefachliche Perspektive bislang unzureichend verankert.

Aus Sicht des DPR muss die digitale Transformation des Gesundheitswesens konsequent an Patient:innensicherheit, Partizipation, informationeller Selbstbestimmung, Transparenz und Versorgungskontinuität ausgerichtet werden. Die partizipative Einbindung professioneller Pflege ist hierfür kein allein berufspolitisches Anliegen, sondern eine Voraussetzung für bedarfs- und sachgerechte, sichere und nachvollziehbare digitale Versorgungsprozesse.

Pflegefachpersonen begleiten Versicherte häufig in Situationen besonderer Vulnerabilität, bei Pflegebedürftigkeit, chronischer Erkrankung, eingeschränkter Gesundheitskompetenz, kognitiven Einschränkungen oder komplexen Versorgungslagen. Digitale Anwendungen müssen daher so ausgestaltet werden, dass Versicherte ihre Rechte tatsächlich verstehen und ausüben können. Dazu gehören transparente Informationen, barrierearme Zugänge, nachvollziehbare Kriterien algorithmischer Verfahren, klare Verantwortlichkeiten für Datenverarbeitung und Datenqualität sowie praxistaugliche Unterstützungsmöglichkeiten im Versorgungsalltag. Digitalisierung darf bestehende, einseitig ärztlich geprägte Strukturen nicht lediglich elektronisch fortschreiben. Sie muss die tatsächliche Versorgungspraxis in ihrer gesamten Bandbreite abbilden: multiprofessionell,

sektorenübergreifend, wohnortnah – von der hochspezialisierten Akutversorgung wie der Intensivpflege über die ambulante und außerklinische Versorgung bis hin zur Langzeitpflege.

Die mit dem Gesetz zur Befugniserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege geschaffenen Regelungen verdeutlichen zugleich die eigenständige berufliche Verantwortung der Pflege. Gemäß § 15a sowie den §§ 73d und 112a SGB V werden eigenverantwortliche heilkundliche Leistungen und Verordnungsbefugnisse von Pflegefachpersonen nach Maßgabe der jeweils vorgesehenen Voraussetzungen ausgestaltet. Daraus folgt die Notwendigkeit, diese Verantwortlichkeiten konsequent in eigenständigen digitalen Dokumentations-, Kommunikations-, Signatur- und Zugriffsrechten abzubilden. Eine Aufgabenübertragung ohne entsprechende digitale Handlungsfähigkeit würde zusätzliche Medienbrüche und Risiken für Versorgungskontinuität und Patient:innensicherheit begründen.

§ 118a SGB XI sieht zudem die Mitwirkung der maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene im Rahmen der jeweils geregelten Beteiligungsform vor. Diese gesetzlich angelegte professionelle Beteiligung ist auch bei digitalisierungsbezogenen Festlegungen entsprechend ihrer fachlichen Betroffenheit verbindlich auszugestalten.

Dies gilt ebenso für die Versorgung durch Hebammen. Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und die Versorgung von Neugeborenen erfordern einen sicheren, sektorenübergreifenden Informationsfluss zwischen Hebammen, ärztlichen Leistungserbringern und Krankenhäusern. Die gesetzlichen Möglichkeiten zur Dokumentation von Daten aus der Hebammenhilfe müssen deshalb in der ePA technisch nutzbar sein. Der elektronische Mutterpass, das elektronische Kinderuntersuchungsheft und strukturierte geburtshilfliche Informationen sind zeitnah umzusetzen. Hebammen sind an der Entwicklung geburtshilflicher TI-Anwendungen und digitaler Steuerungsverfahren von Beginn an zu beteiligen.

Zudem entstehen Akzeptanz und Wirksamkeit digitaler Anwendungen nur, wenn sie im Versorgungsalltag einen erkennbaren Nutzen entfalten. Digitale Verfahren müssen Kommunikation erleichtern, Versorgungskoordination verbessern sowie Dokumentations- und Verwaltungsaufwände reduzieren. Werden digitale Anwendungen ohne stabile Infrastruktur, praxistaugliche Anwendungen, Partizipation, Schulung, Support und Finanzierung eingeführt, besteht die Gefahr, dass Digitalisierung als zusätzliche Belastung ohne erkennbaren Nutzen wahrgenommen wird.

Der DPR fordert daher, das GeDIG dahingehend weiterzuentwickeln. Erforderlich sind insbesondere eine verbindliche und refinanzierte Beteiligung professioneller Pflege in den Governance- und Entscheidungsgremien der digitalen Infrastruktur, pflegespezifische Datenstandards, technische und semantische Interoperabilität, angemessene Zugriffs- und Mitwirkungsrechte in ePA-, Ordnungs- und Kommunikationsprozessen, eine eigenständige Berücksichtigung pflegerischer Versorgung in der digital gestützten

Primärversorgung sowie eine verlässliche Finanzierung der digitalen Transformation in Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen.

Der DPR fordert insgesamt eine kohärente Ausgestaltung des Berufs-, Leistungs- und Digitalrechts, damit eigenverantwortlich übertragene Aufgaben nicht durch unzureichende digitale Dokumentations-, Zugriffs- und Kommunikationsmöglichkeiten behindert werden.

Im Folgenden nimmt der DPR zu ausgewählten Regelungen des Gesetzentwurfes Stellung.

Artikel 1 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Zu Nummer 1 Buchstabe a) und b)

§ 25b SGB V – Datengestützte Erkennung individueller Gesundheitsrisiken durch die Kranken- und Pflegekassen

Der Gesetzentwurf verfolgt die Zielsetzung, drohende Pflegebedürftigkeit durch datengestützte Verfahren frühzeitig zu erkennen und auch Daten der ePA zu nutzen. Hierbei ist es unbedingt notwendig, pflegfachliche Expertise und pflegerische Versorgungsperspektiven systematisch zu berücksichtigen. Zudem sind transparente und nachvollziehbare Kriterien für algorithmische Auswertungen erforderlich.

Es ist sicherzustellen, dass Versicherte verständlich über Zweck, Datengrundlagen, Aussagekraft und Grenzen der datengestützten Auswertungen informiert werden. Hinweise auf drohende Pflegebedürftigkeit dürfen nicht zu automatisierten Vorfestlegungen oder zu einer Verengung individueller Leistungsansprüche führen. Vielmehr müssen sie Anlass für eine qualifizierte, pflegfachlich fundierte Beratung und Bedarfsklärung sein.

Der DPR begrüßt die grundsätzliche Zielstellung, durch präventive Leistungen gesundheitliche Ressourcen zu erhalten, die Selbstständigkeit zu fördern und dadurch Pflegebedürftigkeit hinauszuzögern, zu vermindern oder zu vermeiden. Zu den geeigneten präventiven Maßnahmen gehört in diesem Zusammenhang u. a. die geriatrische Rehabilitation. So sieht auch der Kabinettsentwurf zum Pflegeneuordnungsgesetz (PNOG) eine Stärkung der Rehabilitation als effektive Präventionsmaßnahme vor. Folgend diesem politischen Zielbild, ist es umso wichtiger, dass die verschiedenen Gesetzgebungsverfahren endlich in Einklang gebracht werden. Denn die Rehabilitationseinrichtungen müssen infolge des Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetzes (GKV-IPreG) derzeit neue strukturelle und personelle Vorgaben umsetzen. Gleichzeitig wurden ihre Möglichkeiten, notwendige Kostensteigerungen über entsprechend angepasste Vergütungssätze

zu refinanzieren, mit dem GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz deutlich eingeschränkt. Wiederholt setzt der Gesetzgeber zur Vermeidung, Verminderung und Verzögerung von Pflegebedürftigkeit auf präventive Maßnahmen der Rehabilitation, während den Einrichtungen gleichzeitig die finanzielle Basis entzogen wird. Der DPR weist an dieser Stelle daher erneut darauf hin, dass die notwendigen Versorgungskapazitäten dringend gesichert werden müssen.

Darüber hinaus weist der DPR darauf hin, dass die datengestützte Erkennung einer drohenden Pflegebedürftigkeit von der individuellen pflegefachlichen Bedarfseinschätzung und der sozialrechtlichen Feststellung von Pflegebedürftigkeit zu unterscheiden ist. Algorithmisch ermittelte Risiken können Hinweise auf einen möglichen Beratungs- oder Unterstützungsbedarf liefern, dürfen jedoch nicht als abschließende Bewertung individueller Pflege- oder Leistungsbedarfe verstanden werden. Die Datengrundlagen und angewendeten Kriterien müssen hierfür fachlich valide, nachvollziehbar und unter Berücksichtigung pflegewissenschaftlicher Erkenntnisse ausgestaltet werden.

Änderungsvorschlag § 25b Absatz 2 Satz 5 (Neu)

„Bei Auswertungen nach Absatz 1 Nummer 5 sind pflegefachliche und pflegewissenschaftliche Erkenntnisse zu berücksichtigen. Die hierfür verwendeten Kriterien und Verfahren müssen transparent, nachvollziehbar und geeignet sein, pflegerische Unterstützungs- und Versorgungsbedarfe sachgerecht abzubilden.“

Zu Nummer 4 Buchstabe a)

§ 33a SGB V – Digitale Gesundheitsanwendungen

§ 33a SGB V regelt den Anspruch der Versicherten auf Versorgung mit digitalen Gesundheitsanwendungen. Der Gesetzentwurf stellt klar, dass der Anspruch auch digitale Gesundheitsanwendungen umfasst, die der Fernüberwachung des Gesundheitszustands von Versicherten mithilfe digitaler Technologien dienen.

Der DPR begrüßt diese Klarstellung. Digitale Fernüberwachungsverfahren können insbesondere bei chronischen Erkrankungen, komplexen Versorgungsverläufen und in der häuslichen Versorgung einen wichtigen Beitrag zur frühzeitigen Erkennung gesundheitlicher Risiken und zur Versorgungskontinuität leisten. Aus pflegefachlicher Sicht ist jedoch sicherzustellen, dass Fernüberwachung nicht ausschließlich ärztlich oder produktbezogen ausgerichtet wird. In vielen Versorgungssituationen sind Pflegefachpersonen im Rahmen ihrer jeweiligen Aufgaben maßgeblich an Beobachtung, Einschätzung, Beratung, Anleitung, Verlaufskontrolle und Versorgungscoordination beteiligt. Dies gilt insbesondere für die häusliche Versorgung, die stationäre Langzeitpflege, die außerklinische Intensivpflege sowie für telepflegerische Beratungs- und Begleitprozesse.

Die geltenden Anforderungen an digitale Gesundheitsanwendungen sehen bereits Vorgaben zur technischen und semantischen Interoperabilität sowie zur Information und Unterstützung beteiligter Leistungserbringer vor. Bei der Ausgestaltung von Fernüberwachungsfunktionen muss jedoch sichergestellt werden, dass versorgungsrelevante Monitoringdaten auch für die pflegerische Versorgung tatsächlich nutzbar sind und bei entsprechender rechtlicher Berechtigung in pflegerische Dokumentations- und Informationssysteme übernommen werden können. Zusätzliche Dokumentationsaufwände und Medienbrüche sind zu vermeiden.

Darüber hinaus bedarf es bei digitalen Fernüberwachungsverfahren klarer Regelungen zu den Verantwortlichkeiten für die Bewertung eingehender Informationen, die Reaktion auf erkannte Risiken und die Einleitung erforderlicher Maßnahmen. Soweit die bestimmungsgemäße Nutzung einer digitalen Gesundheitsanwendung die Mitwirkung von Pflegefachpersonen erfordert, müssen deren jeweilige Kompetenzen, Aufgaben und organisatorische Voraussetzungen berücksichtigt werden. Die Bereitstellung digitaler Monitoringdaten darf nicht automatisch zusätzliche Überwachungs- oder Reaktionspflichten begründen. Hierfür erforderliche zusätzliche pflegerische Leistungen müssen auf einer entsprechenden leistungsrechtlichen Grundlage beruhen und angemessen vergütet werden.

Der DPR fordert daher, die eigenverantwortlichen Aufgaben der Pflegefachpersonen bei der Ausgestaltung und Bewertung digitaler Gesundheitsanwendungen mit Fernüberwachungsfunktionen zu berücksichtigen und die erforderlichen technischen, organisatorischen und leistungsrechtlichen Voraussetzungen sicherzustellen.

Der DPR weist ergänzend darauf hin, dass § 139e SGB V bei der Bestimmung erforderlicher Begleitleistungen zu digitalen Gesundheitsanwendungen bislang ärztliche Leistungen, Leistungen der Heilmittelerbringer sowie der Hebammenhilfe berücksichtigt, eigenständige pflegerische Leistungen jedoch nicht ausdrücklich erfasst. Der DPR fordert daher, die zur sicheren und bestimmungsgemäßen Nutzung digitaler Gesundheitsanwendungen erforderlichen pflegerischen Begleitleistungen auch im Verfahren nach § 139e SGB V ausdrücklich zu berücksichtigen. Hierzu sind die entsprechenden Regelungen zur Bestimmung der Leistungen, zur Erprobung und zur Information der Vertragspartner sowie die erforderlichen leistungs- und vergütungsrechtlichen Grundlagen aufeinander abzustimmen. Künftige pflegerische Leistungs- und Vergütungsregelungen sind dabei zu berücksichtigen. Zusätzliche Leistungs- und Verantwortungsübernahmen dürfen nicht ohne entsprechende rechtliche und finanzielle Absicherung entstehen.

Zu Nummer 23 Buchstabe b)

§ 295 SGB V – Übermittlungspflichten, Verpflichtung zur Empfangsbereitschaft und Abrechnung bei ärztlichen Leistungen

§ 295 Absatz 1c verpflichtet Leistungserbringer nach dem SGB V und dem SGB XI, elektronische Briefe mittels sicherer Übermittlungsverfahren der TI zu empfangen und zu versenden, sobald die technischen Voraussetzungen hierfür gegeben sind. Der DPR begrüßt das Ziel, sichere digitale Kommunikationswege verbindlich zu etablieren und damit medienbruchfreie, sektorenübergreifende Kommunikation zu fördern.

Für Pflegeeinrichtungen und pflegerische Leistungserbringer ist jedoch entscheidend, dass eine Nutzungspflicht nicht allein an die abstrakte technische Verfügbarkeit eines sicheren Übermittlungsverfahrens anknüpft. Erforderlich sind vielmehr praxistaugliche Zugangs-, Rollen- und Rechtekonzepte, verlässliche Authentifizierungsverfahren, mobile Nutzungsmöglichkeiten, Supportstrukturen, Schulungen, Ausfallsicherheit sowie eine angemessene Finanzierung der notwendigen technischen, organisatorischen und personellen Aufwände.

Die praktische Nutzbarkeit sicherer Übermittlungsverfahren von vulnerablen Daten ist dabei nicht mit ihrer formalen technischen Verfügbarkeit gleichzusetzen. In der pflegerischen Versorgung bestehen weiterhin erhebliche Unterschiede hinsichtlich technischer Ausstattung, Konnektivität, IT-Sicherheit, Softwareintegration und zuverlässiger Erreichbarkeit anderer Leistungserbringer. Medienbruchfreie digitale Kommunikation ist vielerorts noch nicht durchgehend gewährleistet. In Störungsfällen oder bei fehlender gegenseitiger Erreichbarkeit wird weiterhin auf analoge Ausweichstrukturen zurückgegriffen. Eine Nutzungspflicht darf deshalb erst dann wirksam und belastbar ausgestaltet werden, wenn stabile, ausfallsichere und alltagstaugliche Dokumentations- und Kommunikationsprozesse sektorenübergreifend gewährleistet sind.

Die erforderlichen Voraussetzungen einer verpflichtenden Nutzung sind insbesondere durch eine auskömmliche und rechtzeitig verfügbare Refinanzierung der technischen Ausstattung, laufenden Betriebs-, Wartungs-, Schulungs- und Implementierungskosten sicherzustellen. Die hierfür vorgesehenen Finanzierungsregelungen, insbesondere nach § 380 SGB V, müssen den tatsächlichen Anforderungen pflegerischer Leistungserbringer Rechnung tragen. Dabei sind auch die Kosten mobiler und dezentraler Versorgungsstrukturen zu berücksichtigen.

Der DPR verweist zudem auf sein Expert:innenpapier zur Cybersicherheit in der pflegerischen Versorgung.

Änderungsvorschlag § 295 Absatz 1c

„Leistungserbringer nach diesem Buch und dem Elften Buch sind verpflichtet, elektronische Briefe mittels des sicheren Übermittlungsverfahrens nach § 363a Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 zu empfangen und zu versenden, sobald die technischen Voraussetzungen dafür gegeben sind. **Die erforderlichen technischen, organisatorischen und finanziellen Voraussetzungen für die jeweiligen Leistungserbringer sind sicherzustellen.**“

Zu Nummer 29 Buchstabe a und b

§ 306 SGB V – Telematikinfrastruktur

§ 306 SGB V regelt die grundlegende Struktur der TI und benennt die maßgeblichen Träger ihrer Ausgestaltung. Zugleich wird die TI als interoperable und kompatible Informations-, Kommunikations- und Sicherheitsinfrastruktur beschrieben, die der Vernetzung von Leistungserbringern, Kostenträgern, Versicherten und weiteren Akteur:innen des Gesundheitswesens dient.

Pflege ist im Sinne der Vernetzung innerhalb der TI zwar benannt, jedoch wird die Profession Pflege in der Ausgestaltung und Weiterentwicklung der TI nicht berücksichtigt. Mit der wachsenden digitalen Verpflichtung müssen zugleich die bestehenden Zugangs-, Beteiligungs- und Nutzungsmöglichkeiten innerhalb der TI- und gematik-Strukturen partizipativ weiterentwickelt und praktisch nutzbar ausgestaltet werden. Dies erfordert eine konsequente und kontinuierliche pflegefachliche Beteiligung an Entwicklungs-, Standardisierungs- und Entscheidungsprozessen sowie eine konsequente Berücksichtigung pflegerischer Versorgungsrealitäten in ambulanten, akut- und langzeitstationären sowie sektorenübergreifenden Versorgungssituationen.

Da Pflegeeinrichtungen und Pflegefachpersonen zunehmend zur Nutzung der TI verpflichtet werden, muss die professionelle Pflege auch bei deren Ausgestaltung von Anfang an systematisch einbezogen werden. Dies dient nicht nur der berufspolitischen Gleichstellung, sondern der Praxistauglichkeit, Akzeptanz sowie der Versorgungssicherheit von Patient:innen-, Bewohner:innen- und Klient:innen mit ihren An- und Zugehörigen.

Der DPR hält eine verbindliche Beteiligung der maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene an der Weiterentwicklung der TI für erforderlich. Dabei geht es nicht um eine nachgelagerte Anhörung, sondern um eine strukturierte und folgenorientierte Beteiligung von Anfang an bei allen Festlegungen, die pflegerische Versorgung, pflegerische Dokumentationssysteme, Zugriffsrechte, Rollen- und Rechtekonzepte, Interoperabilitätsvorgaben oder Kommunikationsprozesse der Profession Pflege betreffen.

Die gleiche Anforderung an frühzeitige Beteiligung besteht für die geburtshilfliche Versorgung. Hebammen müssen bei der Ausgestaltung von TI-Anwendungen und interoperablen Schnittstellen, die Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und die Versorgung Neugeborener betreffen, mit ihrer spezifischen Expertise einbezogen werden.

Änderungsvorschlag § 306 Absatz 1 Satz 1

„Die Bundesrepublik Deutschland, vertreten durch das Bundesministerium für Gesundheit, der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Kassenärztliche Bundesvereinigung, die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung, die Bundesärztekammer, die Bundeszahnärztekammer, die Deutsche Krankenhausgesellschaft, **die maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene** sowie die für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildete maßgebliche Spitzenorganisation der Apotheker auf Bundesebene schaffen die Telematikinfrastuktur. (...)“

Zu Nummer 51 Buchstabe a)

§ 341 SGB V – Elektronische Patientenakte

§ 341 Absatz 2 SGB V regelt, welche Daten und Dokumente in der ePA verarbeitet und gespeichert werden können. Der Gesetzentwurf sieht vor, elektronische Entlassbriefe und weitere Datenkategorien zu ergänzen, etwa bei Kranken- und Pflegekassen verarbeitete Gesundheitsdaten, Daten elektronischer Überweisungen sowie Ergebnisse digitaler Ersteinschätzungsverfahren.

Der DPR begrüßt diese Weiterentwicklung, hält sie aus pflegfachlicher und pflegewissenschaftlicher Sicht jedoch für unvollständig. Die Aufnahme elektronischer Entlassbriefe ersetzt keine strukturierten pflegerischen Überleitungs- und Versorgungsinformationen. Gerade bei Übergängen aus dem Krankenhaus in die Häuslichkeit, in die ambulante Pflege, Kurzzeitpflege oder stationäre Langzeitpflege sind pflegerische Informationen für Versorgungskontinuität und Patient:innen-, Bewohner:innen- und Klient:innen-sicherheit unverzichtbar. Hierzu gehören insbesondere Angaben zu Pflegebedarf, Ressourcen, Aktivität und Mobilität, Kognition, Risiken, Wundversorgung, Ernährung, Hilfsmittelbedarf, An- und Zugehörigenunterstützung, sozialer Teilhabe, Anleitungserfordernissen, Pflegeplanung und Koordinationsbedarf.

Der PIO-Überleitungsbogen oder andere gleichwertige standardisierte pflegerische Informationsobjekte werden im Gesetzentwurf bislang nicht ausdrücklich berücksichtigt. Damit besteht die Gefahr, dass pflegerische Informationen weiterhin nur unstrukturiert und unvollständig übermittelt werden, zusätzliche Informations- und Dokumentationslücken sowie Medienbrüche entstehen.

Der DPR fordert daher, § 341 Absatz 2 SGB V um strukturierte pflegerische Überleitungs- und Versorgungsinformationen zu ergänzen. Perspektivisch muss die ePA darüber hinaus auch weitere pflegerische Informationsobjekte, insbesondere pflegerische Assessments, Pflegeplanungsdaten und pflegerische Verlaufsinformationen, interoperabel aufnehmen und bereitstellen können.

Auch für die geburtshilfliche Versorgung bestehen relevante Lücken in der praktischen Nutzung der ePA. Zwar sind der elektronische Mutterpass, das elektronische Untersuchungsheft für Kinder und Daten aus der Hebammenhilfe bereits in § 341 Absatz 2 Nummer 3 und 4 SGB V als Datenkategorien vorgesehen. Es fehlt jedoch weiterhin an einer verbindlich terminierten, in allen beteiligten Versorgungskontexten nutzbaren technischen Umsetzung. Zudem sollte ein strukturierter Geburtsbericht als eigenständiges, interoperables Informationsobjekt ausdrücklich berücksichtigt werden. Dieser enthält wesentliche Informationen für die weitere gesundheitliche Versorgung von Mutter und Neugeborenem, insbesondere beim Übergang zwischen ambulanter und stationärer Versorgung. Der DPR fordert, die strukturierte und sektorenübergreifende Dokumentation geburtshilflicher Informationen einschließlich des Geburtsberichts in der ePA sicherzustellen. Dabei sind die jeweils eigenständigen Gesundheitsdaten, Zugriffsberechtigungen und datenschutzrechtlichen Belange von Mutter und Kind zu beachten. Die hierfür erforderlichen Datenstandards und Informationsobjekte sind unter verbindlicher Einbeziehung der Hebammenprofession auszugestalten.

Änderungsvorschlag § 341 Absatz 2 Nummer 10 SGB V

10. Daten zur pflegerischen Versorgung des Versicherten nach den §§ 24g, 37, 37b, 37c, 39a und 39c, der Haus- oder Heimpflege nach § 44 des Siebten Buches und der Pflege nach dem Elften Buch, ***einschließlich strukturierter pflegerischer Überleitungsinformationen und weiterer für die Versorgung erforderlicher Pflegeprozessdaten, insbesondere zur pflegefachlichen Bedarfseinschätzung, Pflegeplanung und Evaluation pflegerischer Maßnahmen***

Zu Nummer 52

§ 342 SGB V – Angebot und Nutzung der elektronischen Patientenakte

§ 342 SGB V regelt die Bereitstellung und die funktionalen Anforderungen an die ePA. Damit ist die Vorschrift maßgeblich dafür, ob die in § 341 SGB V vorgesehenen Datenkategorien in der Versorgung tatsächlich nutzbar sind.

Aus Sicht des DPR reicht es nicht aus, pflegerische Informationen lediglich als mögliche Inhalte der ePA vorzusehen. Interoperabilität darf dabei nicht auf technische Austauschbarkeit von Daten reduziert werden. Erforderlich ist vielmehr eine prozessuale

Interoperabilität, die sicherstellt, dass pflegerische Informationen tatsächlich nutzbar sind und ohne zusätzliche Dokumentations- oder Medienbrüche in bestehende Arbeitsabläufe integriert werden können. Die ePA muss so ausgestaltet werden, dass strukturierte pflegerische Informationen in der Versorgungspraxis auch verarbeitet, angezeigt, übernommen und weitergegeben werden können.

Die professionelle Pflege benötigt eine ePA, die pflegerische Versorgungsprozesse unterstützt und nicht lediglich ärztlich geprägte Dokumentations- und Kommunikationslogiken digital abbildet.

Der DPR fordert, § 342 SGB V dahingehend zu ergänzen, dass bei der funktionalen Ausgestaltung der ePA die Anforderungen pflegerischer Versorgungskontexte ausdrücklich berücksichtigt werden. Dies umfasst insbesondere die Nutzung strukturierter pflegerischer Informationsobjekte sowie die Einbindung in pflegerische Arbeitsprozesse. Hierfür sind verbindliche Anforderungen an die strukturierte Erfassung, Darstellung, Übernahme und Weiterverarbeitung pflegerischer Informationsobjekte festzulegen. Diese müssen insbesondere eine technisch und semantisch interoperable Nutzung in pflegerischen Primärsystemen ermöglichen und an den settingspezifischen pflegerischen Versorgungsprozessen ausgerichtet sein. Ein zusätzlicher Dokumentationsaufwand durch parallele Datenerfassung ist zu vermeiden.

Entsprechender Handlungsbedarf besteht auch bei den bereits in § 341 Absatz 2 Nummer 3 und 4 SGB V vorgesehenen elektronischen Anwendungen für Schwangerschaft und Kindergesundheit. Der DPR fordert mit Bezug auf seine Ausführungen zu § 341 für den elektronischen Mutterpass und das elektronische Kinderuntersuchungsheft eine verbindliche Frist zur vollständigen technischen Umsetzung, spätestens bis Mitte 2027, vorzusehen. Die in § 352 Satz 1 Nummer 13 SGB V angelegten Verarbeitungsrechte der Hebammen müssen hierzu durch nutzbare Schreib- und Aktualisierungsfunktionen, interoperable Hebammen- und Kliniksysteme und verlässliche Authentifizierungsverfahren tatsächlich ausgeübt werden können. Gesetzlich vorgesehene Rechte dürfen nicht an fehlenden technischen Anwendungen oder Schnittstellen scheitern.

Zu Nummer 53

§ 342a SGB V – Ombudsstellen

§ 342a SGB V regelt die Ombudsstellen der Krankenkassen. Diese informieren Versicherte über die Bereitstellung der ePA, Widerspruchsmöglichkeiten, Rechte der Versicherten, Funktionsweise und mögliche Inhalte der ePA. Der Gesetzentwurf erweitert die Ombudsstellen zudem um Aufgaben im Zusammenhang mit Vertreterregelungen.

Der DPR begrüßt, dass Versicherte niedrighschwellige Unterstützung bei allgemeinen Fragen zur ePA erhalten sollen. Die Ombudsstellen nehmen damit eine allgemeine

versichertenbezogene Informations- und Unterstützungsfunktion wahr. Pflegefachpersonen übernehmen im Versorgungskontext Unterstützungs-, Beratungs-, Anleitungs- und Koordinationsaufgaben auch in Verbindung mit der Nutzung digitaler Systeme einschließlich der ePA durch Versicherte. Die Unterstützung durch Pflegefachpersonen im Versorgungskontext ist von den gesetzlichen Aufgaben der Ombudsstellen zu unterscheiden. Gleichwohl muss die Ausgestaltung der ePA und ihrer Vertretungs- und Unterstützungsfunktionen berücksichtigen, dass Pflegefachpersonen Versicherte im Rahmen ihrer Aufgaben bei der Nutzung digitaler Anwendungen anleiten, beraten und unterstützen. Die hierfür erforderlichen Funktionen müssen rechtssicher und praxistauglich zugänglich sein.

Zu Nummer 57

§ 345a SGB V – Digitaler Versorgungseinstieg

§ 345a SGB V regelt den digitalen Versorgungseinstieg über die Benutzeroberfläche der ePA. Vorgesehen sind insbesondere Funktionen zur Terminbuchung, zur Weiterleitung an standardisierte Ersteinschätzungsverfahren der Terminservicestellen sowie zum Zugriff auf elektronische Überweisungen.

Der DPR begrüßt das Ziel, Versicherten digitale Zugangswege in die Versorgung zu eröffnen. Der Gesetzentwurf orientiert sich jedoch bislang zu stark an bestehenden vertragsärztlichen Strukturen und bezieht sich vorrangig auf technisch-infrastrukturelle Aspekte. Technische Weichenstellungen müssen jedoch an einem fachlich tragfähigen Verständnis von multiprofessioneller Primärversorgung ausgerichtet werden. Primärversorgung umfasst nicht allein ärztliche Terminsteuerung und Überweisung, sondern kontinuierliche, koordinierte, präventive, beratende und aufsuchende Versorgung in multiprofessionellen Strukturen. Primärversorgung ist bedarfsorientiert, wohnortnah, niedrigschwellig, kontinuierlich und alltagsbezogen auszugestalten. Ein digitaler Versorgungseinstieg muss damit auch pflegerische Beratungs-, Koordinations-, Präventions- und Unterstützungsangebote einbeziehen, insbesondere in der Häuslichkeit, bei Pflegebedürftigkeit, Multimorbidität und komplexen Versorgungslagen.

Bereits heute bestehen regionale Angebote, in denen professionelle Pflege eigenständige Versorgungs-, Beratungs-, Koordinations- und Unterstützungsleistungen erbringt. Dazu zählen insbesondere pflegerische Beratungsangebote, aufsuchende Versorgung, Versorgung in der Häuslichkeit, Case- und Care-Management-Strukturen, kommunale und quartiersbezogene Gesundheitsangebote sowie modellhafte Ansätze erweiterter pflegerischer Rollen. Die Weiterentwicklung pflegerischer Versorgungsrollen muss bereits bei der Ausgestaltung des digitalen Versorgungseinstiegs berücksichtigt werden. Dies betrifft insbesondere die technische Anschlussfähigkeit bestehender und künftig rechtlich vorgesehener pflegerischer Beratungs-, Koordinations- und Versorgungsangebote. Bei der Ausgestaltung sind die unterschiedlichen Qualifikations-, Kompetenz- und

Verantwortungsprofile der Gesundheitsberufe klar abzubilden. Es sind neben etablierten pflegerischen Qualifikationen wie Fachweiterbildungen insbesondere erweiterte pflegerische Rollen wie Advanced Practice Nursing (APN), Community Health Nursing (CHN) und School Health Nursing (SHN) sowie ärztlich delegierte Assistenzfunktionen entsprechend ihren jeweiligen rechtlichen Befugnissen und Verantwortlichkeiten zu unterscheiden. Andernfalls drohen Verantwortungsunklarheiten, haftungsrechtliche Risiken und Fehlsteuerungen in der Versorgung.

Die multiprofessionelle Ausgestaltung des digitalen Versorgungseinstiegs darf sich zudem nicht auf die bloße Sichtbarkeit unterschiedlicher Versorgungsangebote beschränken. Erforderlich sind vielmehr technische Funktionen, die eine bedarfsgerechte Information über Kontaktaufnahme mit und gegebenenfalls Weiterleitung an geeignete pflegerische Versorgungs- und Beratungsangebote ermöglichen. Die hierfür erforderlichen Strukturen sind bereits bei der initialen Ausgestaltung des digitalen Versorgungseinstiegs vorzusehen, um eine spätere ausschließlich vertragsärztlich geprägte Pfadabhängigkeit zu vermeiden.

Auch geburtshilfliche Beratungs- und Versorgungsangebote sind in den digitalen Versorgungseinstieg einzubeziehen. Bei schwangerschafts-, geburts- und wochenbettbezogenen Anliegen sowie in der Versorgung von Neugeborenen müssen geeignete Zugangs- und Kontaktwege zur Hebammenhilfe sichtbar und nutzbar sein. Dies ist auch für die Anschlussfähigkeit an künftige Strukturen der Primär-, Akut- und Notfallversorgung wesentlich. Die jeweiligen beruflichen Zuständigkeiten sind bei der digitalen Ersteinschätzung und Weiterleitung sachgerecht abzubilden.

Der DPR fordert daher, § 345a SGB V multiprofessionell auszugestalten. Der digitale Versorgungseinstieg muss so angelegt werden, dass bestehende und künftige professionelle pflegerische Angebote einbezogen werden können.

Änderungsvorschlag § 345a Absatz 2

„Die Krankenkassen bieten den Versicherten in dem Funktionsbereich für den digitalen Versorgungseinstieg durch die Integration der verfügbaren technischen Funktionen einen einfach bedienbaren Weg in eine bedarfsgerechte **multiprofessionelle** Versorgung an. (...)“

Nummer 74

§ 359a SGB V – Digitale Patientenabrechnung

Der DPR begrüßt die ausdrückliche Einbeziehung von Pflegediensten, Pflegeeinrichtungen und Pflegekassen in die digitale Patient:innenrechnung. Entscheidend ist, dass die

digitale Abrechnung in bestehende pflegerische Verwaltungs- und Abrechnungssysteme integriert werden kann und keine zusätzlichen Dokumentations- oder Übermittlungsaufwände verursacht. Bei der Ausgestaltung sind die besonderen Anforderungen der Abrechnung pflegerischer Leistungen, die Zweckbindung der verarbeiteten Daten und die gesetzlich vorgesehenen Einwilligungs- und Zugriffsregelungen zu berücksichtigen. Die hierfür erforderlichen technischen Anpassungen müssen angemessen refinanziert werden.

Zu Nummer 76 Buchstabe a)

§ 360 SGB V – Elektronische Übermittlung und Verarbeitung vertragsärztlicher elektronischer Verordnungen

§ 360 SGB V regelt die Übermittlung und Verarbeitung vertragsärztlicher und weiterer elektronischer Verordnungen. Der Gesetzentwurf entwickelt das elektronische Verordnungswesen weiter, bildet jedoch pflegerische Verordnungsbefugnisse bislang nicht hinreichend ab.

Mit den Regelungen nach § 4a PflBG sowie § 15a SGB V wurden die gesetzlichen Grundlagen für die eigenverantwortliche Wahrnehmung pflegerischer und bestimmter heilkundlicher Aufgaben weiterentwickelt. Werden Pflegefachpersonen nach Maßgabe der jeweiligen gesetzlichen und vertraglichen Voraussetzungen Leistungen und Verordnungsbefugnisse übertragen, müssen ihnen die für deren Ausübung erforderlichen elektronischen Verfahren einschließlich eigener Dokumentations-, Übermittlungs-, Signatur- und Zugriffsrechte zur Verfügung stehen. Andernfalls würden rechtlich eröffnete Handlungsbefugnisse durch fehlende digitale Funktionen in der Versorgungspraxis eingeschränkt und zusätzliche Medienbrüche geschaffen.

Der DPR fordert daher, Pflegefachpersonen im elektronischen Verordnungswesen als eigenverantwortlich handelnde Akteur:innen abzubilden, soweit ihnen entsprechende gesetzliche Verordnungsbefugnisse eingeräumt sind.

Änderungsvorschlag § 360 Absatz 18 (Neu)

„Soweit Pflegefachpersonen aufgrund gesetzlicher Vorschriften zur Verordnung bestimmter Leistungen befugt sind, ist sicherzustellen, dass sie diese Verordnungen unter Nutzung der hierfür vorgesehenen Dienste und Komponenten der Telematikinfrastruktur elektronisch ausstellen, signieren und übermitteln können. Die hierfür erforderlichen technischen Voraussetzungen sowie Rollen- und Berechtigungskonzepte sind vorzusehen.“

Zu Nummer 76 Buchstabe b)

§ 360 SGB V – Elektronische Übermittlung und Verarbeitung vertragsärztlicher elektronischer Verordnungen

Der DPR begrüßt die Digitalisierung der Verordnung häuslicher Krankenpflege und außerklinischer Intensivpflege. Die elektronische Übermittlung und Verarbeitung von Verordnungen kann Medienbrüche reduzieren und die Zusammenarbeit zwischen verordnenden und leistungserbringenden Akteur:innen verbessern.

Allerdings setzt die verpflichtende Nutzung voraus, dass die erforderlichen Dienste und Komponenten der TI bei den beteiligten Leistungserbringern tatsächlich verfügbar und zuverlässig nutzbar sind. Die im Gesetzentwurf vorgesehenen Fristen für die Nutzung elektronischer Verordnungen und die Anbindung der betroffenen Leistungserbringer an die TI müssen deshalb zeitlich und organisatorisch aufeinander abgestimmt werden.

Der DPR fordert, die verpflichtende Nutzung elektronischer Verordnungen an gesicherte technische und organisatorische Voraussetzungen sowie eine auskömmliche Refinanzierung zu knüpfen. Eine Verkürzung der vorgesehenen Umsetzungsfristen ist nur vertretbar, wenn diese Voraussetzungen rechtzeitig geschaffen werden. Vorrangig sind die zeitliche Abstimmung der gesetzlichen Verpflichtungen sowie verbindliche und praxistaugliche Übergangs- und Ausfallregelungen sicherzustellen.

Der DPR weist darauf hin, dass die Finanzierung der erforderlichen Ausstattungs- und Betriebskosten für die Einbindung pflegerischer Leistungserbringer in die Telematikinfrastruktur bereits durch § 380 SGB V beziehungsweise § 106b SGB XI geregelt ist. Die entsprechenden Finanzierungsvereinbarungen berücksichtigen auch elektronische Verordnungen. Angesichts der vorgesehenen zusätzlichen Nutzungspflichten ist jedoch sicherzustellen, dass die bestehenden Pauschalen den tatsächlichen technischen und organisatorischen Anforderungen der elektronischen Verordnung häuslicher Krankenpflege und außerklinischer Intensivpflege angemessen Rechnung tragen. Insbesondere sind die erforderlichen Anpassungen der pflegerischen Primärsysteme sowie zusätzliche Implementierungs- und Betriebsaufwände rechtzeitig zu berücksichtigen.

Zu Nummer 77

§ 360b SGB V – Vereinbarung über Anforderungen an eine digitale Bedarfseinschätzung

§ 360b SGB V regelt die Anforderungen an ein digitales Bedarfseinschätzungssystem. Dieses soll der Einschätzung von Notwendigkeit und Dringlichkeit einer Behandlung sowie der Zuordnung zu einer geeigneten Versorgungsebene dienen. Die Regelung steht

damit in engem Zusammenhang mit dem geplanten digital unterstützten Primärversorgungssystem.

Aus Sicht des DPR berührt die digitale Bedarfseinschätzung zentrale pflegefachliche Kompetenzbereiche in allen Versorgungsbereichen. Pflegefachpersonen verfügen insbesondere in der Versorgung pflegebedürftiger Menschen mit chronischen Erkrankungen und komplexen Unterstützungsbedarfen über besondere Expertise in Assessment, Ersteinschätzung, Beratung und Edukation, Anleitung, Versorgungskoordination, Prävention und Einschätzung von Selbstversorgungsfähigkeit. Eine digitale Bedarfseinschätzung, die diese Perspektive nicht einbezieht, bleibt fachlich unvollständig und riskiert Fehlsteuerungen in der Versorgung.

Der DPR begrüßt, dass der Gesetzentwurf in § 360b Absatz 3 Nummer 5 SGB V die Eignung eines Versorgungsanlasses für eine Versorgung durch nichtärztliches Fachpersonal bereits berücksichtigt. Allerdings bleibt offen, inwieweit die eigenständigen Kompetenzen von Pflegefachpersonen sowie geeignete pflegerische Versorgungsangebote bei der Entwicklung der fachlichen Kriterien, Entscheidungslogiken und Zuordnungsprozesse konkret berücksichtigt werden. Dies betrifft insbesondere die erweiterten Befugnisse von Pflegefachpersonen nach § 15a in Verbindung mit § 73d SGB V. Die digitale Bedarfseinschätzung muss diese rechtlichen Entwicklungen aufgreifen und entsprechend geeignete pflegerische Versorgungsangebote in die bedarfsgerechte Versorgungssteuerung einbeziehen. Gleiches gilt für schwangerschafts-, geburts- und wochenbettbezogene Anliegen sowie bei Versorgungsfragen rund um Neugeborene und die damit notwendige Beteiligung der Hebammenprofession an der Entwicklung und Fortschreibung der fachlichen Kriterien und Entscheidungslogiken.

Der DPR fordert daher, die maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene verbindlich in die Vereinbarung und Fortschreibung der Anforderungen an die digitale Bedarfseinschätzung einzubeziehen. Darüber hinaus müssen pflegefachliche, pflegewissenschaftliche und hebammenfachliche Erkenntnisse bei der Ausgestaltung der Bedarfseinschätzung berücksichtigt und geeignete pflegerische sowie hebammengeleitete Versorgungsangebote entsprechend den jeweiligen gesetzlichen Befugnissen in die Zuordnungsprozesse einbezogen werden.

Aus Sicht des DPR muss die in § 360b Absatz 3 Nummer 1 Buchstabe c SGB V vorgesehene Bedarfsgerechtigkeit auch pflegerische Unterstützungs- und Versorgungsbedarfe berücksichtigen, soweit diese für die Einschätzung und Zuordnung zu geeigneten Versorgungsangeboten relevant sind. Hierzu sind pflegefachliche und pflegewissenschaftliche Erkenntnisse in die Entwicklung der entsprechenden Kriterien und Entscheidungslogiken einzubeziehen. Nur so kann sichergestellt werden, dass pflegerische Bedarfe im Rahmen der digitalen Bedarfseinschätzung sachgerecht erkannt und angemessen berücksichtigt werden.

Änderungsvorschlag § 360b Absatz 1

- „1. den maßgeblichen medizinischen Fachgesellschaften,
2. der Bundesärztekammer,
3. dem Deutschen Pflegerat,
4. der Bundespsychotherapeutenkammer,
5. der Deutschen Krankenhausgesellschaft,
6. der Gesellschaft für Telematik,
7. dem Gemeinsamen Bundesausschuss und
8. den auf Bundesebene für die Wahrnehmung der Interessen der Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker Menschen sowie **Menschen mit Behinderungen** maßgeblichen Organisationen und
9. den für die Wahrnehmung der Interessen der Industrie maßgeblichen Bundesverbänden aus dem Bereich der Informationstechnologie im Gesundheitswesen sowie der Medizintechnologie.“

Änderungsvorschlag § 360b Absatz 3 Nummer 5

„5. der Eignung des Versorgungsanlasses für eine Versorgung durch **Angehörige weiterer Gesundheitsfachberufe unter Berücksichtigung ihrer jeweils geltenden berufs- und leistungsrechtlichen Befugnisse sowie der Zuordnung zu hierfür geeigneten Versorgungsangeboten** ~~nichtärztliches Fachpersonal~~,

Zu Nummer 78

§ 361 SGB V – Zugriff auf ärztliche Verordnungen in der Telematikinfrastruktur

§ 361 SGB V regelt den Zugriff auf elektronische Verordnungen. Der Gesetzentwurf sieht vor, Pflegefachpersonen bei bestimmten Zugriffen auf elektronische Verordnungen einzubeziehen, insbesondere zur Versorgung mit ärztlich verordneten Leistungen oder zur Weiterleitung von Verordnungen.

Der DPR begrüßt, dass Pflegefachpersonen in die Zugriffsregelungen einbezogen werden. Die vorgesehene Ausgestaltung greift jedoch zu kurz, wenn Pflegefachpersonen lediglich als empfangende oder weiterleitende Stelle ärztlicher Verordnungen verstanden werden. In der pflegerischen Versorgung werden Verordnungsinformationen benötigt, um Einschätzungen der Pflegebedarfe, Pflegeplanung, Durchführung pflegerischer Maßnahmen, Beratung, Anleitung, Koordination, Überleitung und Evaluation fachgerecht und sicher umzusetzen. Dies gilt insbesondere in der häuslichen Krankenpflege, der außerklinischen Intensivpflege, der stationären Langzeitpflege und bei komplexen sektorenübergreifenden Versorgungsverläufen.

Der DPR fordert daher, die Zugriffsrechte auf elektronische Verordnungen so auszugestalten, dass Pflegefachpersonen Verordnungsinformationen rechtssicher nutzen können, soweit dies für die pflegerische Versorgung erforderlich ist. Zudem müssen Pflegefachpersonen mit gesetzlich eingeräumter Verordnungsbefugnis auch im Rahmen der Zugriffs- und Berechtigungsstrukturen als handelnde Akteur:innen berücksichtigt werden.

Die Zugriffs- und Verarbeitungsrechte nach § 361 SGB V sind daher mit den gesetzlichen Verordnungsbefugnissen von Pflegefachpersonen und deren digitaler Umsetzung nach § 360 SGB V abzustimmen.

Änderungsvorschlag § 361 Absatz 1 Satz 1

„5. Pflegefachpersonen, die jeweils in die medizinische oder pflegerische Versorgung der Versicherten eingebunden sind mit einem Zugriff, der die Verarbeitung von Daten ermöglicht, **soweit dies für die pflegerische Versorgung, die pflegerisch verordnete Leistung, das pflegerisch verordnete Hilfsmittel**, die Versorgung der Versicherten mit der ärztlich verordneten Leistung oder für die Weiterleitung der Verordnung an einen anderen Leistungserbringer in Vertretung des Versicherten erforderlich ist und ihnen die für den Zugriff erforderlichen Zugangsdaten nach § 360 Absatz 9 vorliegen;“

Zu Nummer 83

§ 363a ff. SGB V – Sichere Übermittlungsverfahren

Die §§ 363a bis 363f SGB V systematisieren die sicheren Übermittlungsverfahren in der TI. § 363a SGB V legt insbesondere den TI-Messenger und den sicheren E-Mail-Dienst KIM als sichere Übermittlungsverfahren für medizinische, pflegerische und funktionsrelevante Daten fest. Die gematik trifft hierfür die notwendigen Festlegungen und Maßnahmen, insbesondere zu Rahmenbedingungen für Inhalte und Nutzung.

Der DPR begrüßt die systematische Bündelung sicherer Übermittlungsverfahren und die ausdrückliche Einbeziehung pflegerischer Daten. Sichere digitale Dokumentation und Kommunikation können Medienbrüche reduzieren, Informationsverluste vermeiden und sektorenübergreifende Zusammenarbeit verbessern. Voraussetzung ist jedoch, dass die Festlegungen nicht allein an ärztlichen oder einrichtungszentrierten Dokumentations- und Kommunikationsprozessen ausgerichtet werden, sondern die besonderen Anforderungen pflegerischer Versorgung berücksichtigen.

Kommunikation im Rahmen pflegerischer Aufgabenkomplexe ist häufig mobil, teambezogen, sektorenübergreifend und koordinationsintensiv. Sie betrifft die ambulante Versorgung in der Häuslichkeit, die stationäre Langzeitpflege, Überleitungsprozesse, Kommunikation mit An- und Zugehörigen, aber auch vor- und nachgelagerten Stellen (wie Arztpraxen, Krankenhäusern, Apotheken) und weiteren Beteiligten. Sichere Übermittlungsverfahren müssen diese Arbeitsrealität abbilden.

Der DPR fordert daher, bei den Festlegungen nach § 363a SGB V die besonderen Anforderungen pflegerischer Dokumentations-, Versorgungs-, Kommunikations- und Koordinationsprozesse verbindlich zu berücksichtigen.

Die Einführung verpflichtender digitaler Kommunikationsverfahren ist nicht allein eine technische Umstellung, sondern eine erhebliche organisatorische Transformationsleistung. Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen müssen bestehende Arbeitsabläufe anpassen, Zuständigkeiten klären, Mitarbeitende schulen, Ausfallkonzepte entwickeln, Software- und Hardwarekomponenten integrieren und Datenschutz- sowie IT-Sicherheitsanforderungen dauerhaft gewährleisten. Diese Umstellungsaufwände müssen bei der gesetzlichen Ausgestaltung ausdrücklich berücksichtigt und refinanziert werden.

§ 363c SGB V regelt insbesondere die verpflichtende Nutzung sicherer Übermittlungsverfahren. TI-angeschlossene Leistungserbringer sollen den sicheren E-Mail-Dienst KIM für die elektronische Kommunikation mit anderen TI-angeschlossenen Akteur:innen nutzen. Zudem soll die Übertragung medizinischer und pflegerischer Daten per Telefax grundsätzlich unzulässig werden, wenn sichere Übermittlungsverfahren beim Sender und Empfänger zur Verfügung stehen.

Der DPR begrüßt diese Regelung. Sie behandelt insbesondere Pflegeeinrichtungen als gleichberechtigte Kommunikationspartnerinnen in der TI und setzt ein wichtiges Signal für sichere, medienbrucharme Kommunikation. Zugleich zeigen die Erfahrungen der Pflegepraxis, dass flächendeckende Nutzbarkeit, stabile Erreichbarkeit, technische Unterstützung und Ausfallsicherheit bisher nicht durchgehend gewährleistet sind. In Pflegeeinrichtungen bestehen erhebliche Unterschiede bei Ausstattung, Konnektivität, IT-Sicherheit und praktischer Nutzbarkeit; in Störungsfällen wird weiterhin häufig auf analoge Ausweichstrukturen zurückgegriffen.

Der DPR fordert daher, die Nutzungspflicht mit der Sicherstellung der erforderlichen technischen, organisatorischen und finanziellen Voraussetzungen zu verbinden. Dazu gehören insbesondere stabile TI-Anbindung, funktionsfähige KIM-Dienste, elektronische Identitäten, praxistaugliche Softwareintegration, Supportstrukturen, Schulung, Ausfallkonzepte und Refinanzierung laufender Betriebs- und Implementierungskosten.

Änderungsvorschlag § 363c Absatz 3

„Leistungserbringer, die an die Telematikinfrastruktur angeschlossen sind, sind verpflichtet, den sicheren E-Mail-Dienst nach § 363a Absatz 1 Nummer 2 für die elektronische Kommunikation mit denjenigen zu nutzen, die an die Telematikinfrastruktur angeschlossen sind. **Für die Nutzungspflicht nach Satz 1 sind die erforderlichen technischen, organisatorischen und finanziellen Voraussetzungen für die jeweiligen Leistungserbringer sicherzustellen.** Die elektronische Datenübermittlung zu Abrechnungszwecken gemäß § 301 Absatz 3 und nach § 17c Absatz 5 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes ist von der Verpflichtung nach Satz 1 ausgenommen.“

Zu Nummer 94

§ 383c SGB V – Untergruppen des Ausschusses für den europäischen Gesundheitsdatenraum; Lenkungsgruppen

§ 383c SGB V regelt die deutsche Mitwirkung in Untergruppen des EHDS-Ausschusses sowie in den Lenkungsgruppen für MyHealth@EU und HealthData@EU. Die deutschen Vertreter:innen haben bei wesentlichen Angelegenheiten vor der Stimmabgabe das Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit herzustellen. Damit betrifft die Vorschrift zentrale Abstimmungsprozesse zur europäischen Gesundheitsdateninfrastruktur, insbesondere zu Datenkategorien, Austauschformaten, technischen Anforderungen und Umsetzungsfragen der Primär- und Sekundärnutzung von Gesundheitsdaten.

Aus Sicht des DPR ist sicherzustellen, dass pflegefachliche, pflegewissenschaftliche und pflegeinformatische Expertise in pflegerelevanten EHDS-Angelegenheiten verbindlich in die deutsche Positionierung einfließt. Dies betrifft insbesondere Fragen der Primärnutzung über MyHealth@EU, etwa strukturierte Entlass- und Überleitungsinformationen, pflegerische Versorgungsdaten, ePA-relevante Datenkategorien und interoperable Formate. Ebenso können im Rahmen von HealthData@EU pflegebezogene Fragen der Sekundärdatennutzung für Pflege- und Versorgungsforschung, Bedarfs- und Wirksamkeitsanalyse, Qualitätssicherung, Versorgungssteuerung und Weiterentwicklung pflegerischer Versorgung betroffen sein.

Der DPR fordert daher, die maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene bei pflegerelevanten Angelegenheiten der deutschen EHDS-Gremienvertretung verbindlich zu beteiligen. Die Beteiligung sollte vor Herstellung des Einvernehmens mit dem BMG erfolgen, damit pflegfachliche, pflegewissenschaftliche und pflegeinformatische Belange frühzeitig berücksichtigt werden.

Zu Nummer 97

§ 386a SGB V – Interoperabilitätspflicht

Der DPR begrüßt die Stärkung der Rechte von Leistungserbringern auf eine interoperable Bereitstellung und Übertragung von Gesundheitsdaten. Eine wirksame Interoperabilität setzt voraus, dass Daten unabhängig vom eingesetzten informationstechnischen System vollständig, strukturiert und semantisch nachvollziehbar verfügbar gemacht werden.

Dies gilt insbesondere für pflegerische Dokumentations- und Informationssysteme. Pflegeeinrichtungen und pflegerische Leistungserbringer müssen bei einem Wechsel von Softwareanbietern oder bei der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit in der Lage sein, versorgungsrelevante pflegerische Daten ohne Informationsverluste und ohne zusätzliche wirtschaftliche oder technische Zugangshürden zu übernehmen und weiterzuverarbeiten.

Die Anforderungen an die interoperable Datenbereitstellung müssen dabei auch solche Daten erfassen, die im Rahmen der eigenverantwortlichen Pflegeprozessführung und der erweiterten Aufgaben von Pflegefachpersonen verarbeitet werden. Der DPR fordert daher, die Anwendung der Interoperabilitätsanforderungen auf pflegerische Informations- und Dokumentationssysteme ausdrücklich sicherzustellen. Zudem bedarf es einer geeigneten Unterstützungsstruktur für pflegerische Leistungserbringer bei der Durchsetzung ihrer Ansprüche gegenüber Herstellern informationstechnischer Systeme.

Der DPR verweist in diesem Zusammenhang auf seine Forderung nach einer bundeseinheitlichen, interoperablen Terminologiearchitektur für die professionelle Pflege im Sinne eines Zwei-Ebenen-Modells. Dieses sieht vor, dass unterschiedliche pflegerische Dokumentationssprachen, Klassifikationen und Assessments auf der Interface-Ebene erhalten bleiben und über verbindliche, pflegewissenschaftlich und -fachlich validierte Zuordnungen (Mappings) an einen gemeinsamen semantischen Bezugsrahmen angebunden werden. Hierfür dient insbesondere SNOMED CT als übergreifende Referenzterminologie unter Einbeziehung der ICNP (International Classification for Nursing Practice) als pflegfachliches Bezugssystem zur einheitlichen Beschreibung und Dokumentation der Pflegepraxis. Damit soll sichergestellt werden, dass pflegerische Informationen system- und sektorenübergreifend nicht nur technisch übertragen werden, sondern ihre fachliche Bedeutung erhalten bleibt. Der DPR fordert daher, die entsprechenden

Terminologie- und Mappingstandards bei den verbindlichen Interoperabilitätsfestlegungen nach § 385 SGB V unter maßgeblicher Beteiligung pflegefachlicher, pflegewissenschaftlicher und pflegeinformatischer Expertise zu berücksichtigen.

Zu Nummer 97

§ 386b SGB V – Digitalberatung

§ 386b SGB V sieht Beratungs- und Unterstützungsangebote der Kassenärztlichen Vereinigungen für vertragsärztliche Leistungserbringer vor. Gegenstand der Beratung sind insbesondere Fragen der Digitalisierung von Versorgungsprozessen und Praxisorganisation sowie Maßnahmen zur Verbesserung der Cybersicherheit. Der Gesetzentwurf erkennt damit an, dass die Umsetzung digitaler Anforderungen nicht allein durch gesetzliche Pflichten erreicht werden kann, sondern flankierende Beratung, Kompetenzaufbau und Unterstützung erfordert.

Ein entsprechender, eigenständiger Unterstützungsbedarf besteht auch bei pflegerischen Leistungserbringern. Pflegeeinrichtungen und Pflegedienste sind zunehmend Adressaten digitaler Pflichten, etwa im Zusammenhang mit TI, sicheren Übermittlungsverfahren, KIM, elektronischen Identitäten, eHBA, SMC-B, Datenschutz, Interoperabilität, mobiler Dokumentation und der Einbindung in sektorenübergreifende digitale Dokumentations- und Kommunikationsprozesse. Hinzu kommen steigende Anforderungen an Cybersicherheit, Ausfallsicherheit und Schutz sensibler pflegerischer Versorgungsdaten.

Der DPR weist darauf hin, dass Cybersicherheit in der pflegerischen Versorgung eine Voraussetzung für Versorgungsqualität, Patient:innensicherheit und digitale Teilhabe ist. Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen benötigen hierfür klare, branchenspezifische Standards, praxistaugliche Lösungen, Beratung, Qualifizierung und eine auskömmliche Finanzierung. Eine Beratung durch Kassenärztliche Vereinigungen ist für pflegerische Leistungserbringer weder sachgerecht noch systematisch passend, da pflegerische Versorgungsprozesse, Organisationsformen und digitale Arbeitsabläufe strukturell von vertragsärztlichen Praxisprozessen abweichen.

Der DPR fordert daher eine eigenständige, refinanzierte Digital- und Cybersicherheitsberatung für pflegerische Leistungserbringer. Diese muss pflegefachlich, organisatorisch und sektorenübergreifend ausgerichtet sein und die besonderen Anforderungen ambulanter, teil- und vollstationärer Pflege sowie weiterer pflegerischer Versorgungsstrukturen berücksichtigen.

Auch an dieser Stelle verweist der DPR auf sein Expert:innenpapier zur Cybersicherheit in der pflegerischen Versorgung.

Änderungsvorschlag: Nach § 386c SGB V wird folgender § 386d SGB V eingefügt

§ 386d Digital- und Cybersicherheitsberatung für pflegerische Leistungserbringer

Für pflegerische Leistungserbringer, insbesondere Leistungserbringer nach dem Elften Buch, sind Beratungs- und Unterstützungsangebote in Fragen der Digitalisierung pflegerischer Versorgungsprozesse, der Einbindung in die Telematikinfrastruktur, der Nutzung sicherer Übermittlungsverfahren, der Interoperabilität, der Cybersicherheit sowie der Ausfallsicherheit sicherzustellen. Die Angebote haben die besonderen Anforderungen ambulanter, teil- und vollstationärer pflegerischer Versorgungsstrukturen zu berücksichtigen.

Artikel 6 Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch

Zu Nummer 5

§ 106d SGB XI – Verpflichtende Nutzung von sicheren Übermittlungsverfahren

§ 106d SGB XI regelt die Nutzung sicherer Übermittlungsverfahren im Bereich der Pflegeversicherung. Pflegekassen und Leistungserbringer werden zur Nutzung des sicheren E-Mail-Dienstes KIM verpflichtet, soweit die technischen Voraussetzungen vorliegen. Zugleich bleiben Übergangs- und Ausweichmöglichkeiten vorgesehen, wenn einzelne Beteiligte noch nicht an die TI angebunden sind oder KIM nicht nutzen können. Der Sofortnachrichtendienst bleibt für Leistungserbringer weiterhin freiwillig.

Der DPR begrüßt die Einbeziehung der Pflegeversicherung in sichere digitale Kommunikationsstrukturen. Dies ist ein wichtiger Schritt hin zu einer flächendeckenden, interoperablen und sicheren Kommunikation im Gesundheitswesen und in der Pflege.

Entscheidend ist jedoch, dass die Regelung praxistauglich umgesetzt wird. Pflegeeinrichtungen kommunizieren nicht nur mit Pflegekassen, sondern auch mit Ärzt:innen, Krankenhäusern, Apotheken, Hilfsmittelerbringern, An- und Zugehörigen, rechtlichen Betreuer:innen, Beratungsstellen und weiteren Akteur:innen. Sichere Übermittlungsverfahren müssen diese pflegerischen Kommunikations- und Koordinationsprozesse abbilden und dürfen nicht zu neuen Medienbrüchen oder dauerhaft parallelen Kommunikationswegen führen.

Zugleich sollte die Ausgestaltung der digitalen Kommunikations- und TI-Strukturen perspektivisch weitere pflegerische Leistungs-, Beratungs- und Koordinationsstrukturen berücksichtigen. Dies betrifft insbesondere pflegerische Beratung, Case- und Care-Management, freiberufliche oder heilkundlich erweiterte pflegerische Rollen. Digitale Kommunikationsstrukturen müssen so angelegt sein, dass solche bestehenden und künftigen pflegerischen Versorgungsformen und -rollen anschlussfähig sind.

Übergangs- und Ausweichregelungen sind notwendig, müssen aber so umgesetzt werden, dass sichere digitale Kommunikation langfristig medienbrucharm, alltagstauglich und für die pflegerische Versorgung nutzbar wird. Flankierend sind Beratung, Schulung, technische Unterstützung und Refinanzierung der entstehenden Umsetzungsaufwände sicherzustellen.

Artikel 7 Gesetz zur Nutzung von Gesundheitsdaten zu gemeinwohlorientierten Zwecken und zur datenbasierten Weiterentwicklung des Gesundheitswesens (Gesundheitsdatennutzungsgesetz – GDNG)

Der DPR begrüßt die Zielsetzung, Gesundheitsdaten für Forschung, Versorgungsausgestaltung und gesundheitspolitische Steuerung besser nutzbar zu machen. Dabei müssen pflegerische Gesundheits- und Versorgungsdaten, pflegewissenschaftliche Expertise sowie die pflegerische Versorgungspraxis systematisch berücksichtigt werden. Professionelle Pflege ist ein wesentlicher Bestandteil bedarfsgerechter sektorenübergreifender Versorgung. Die Nutzung von Gesundheitsdaten sollte daher ausdrücklich auch der Sicherstellung und Verbesserung pflegerischer Versorgung, der Versorgungsqualität und der sektorenübergreifenden Versorgungsgestaltung für Menschen aller Altersgruppen dienen.

Abschnitt 2 Durchführung des Kapitels IV der Verordnung (EU) 2025/327

§ 8 GDNG – Weitere Aufgaben der koordinierenden Zugangsstelle für Gesundheitsdaten; Verordnungsermächtigung

§ 8 Absatz 3 GDNG sieht vor, dass die koordinierende Zugangsstelle einen Arbeitskreis zur Gesundheitsdatennutzung einrichtet. Dieser soll die Ausgestaltung, Weiterentwicklung und Evaluation der Aufgabenwahrnehmung der koordinierenden Zugangsstelle beratend begleiten. Vorgesehen ist eine Zusammensetzung aus Vertreter:innen der Gesundheitsdateninhaber, Patient:innenorganisationen, Leistungserbringern, Gesundheitsforschung sowie weiteren betroffenen Gruppen und Institutionen.

Der DPR begrüßt die Einrichtung eines solchen Arbeitskreises. Die Sekundärnutzung von Gesundheitsdaten betrifft nicht nur medizinische Forschung und Steuerung, sondern auch Pflege- und Versorgungsforschung, Bedarfs- und Wirksamkeitsanalysen, pflegerische Versorgungsgestaltung und Qualitätsentwicklung. Pflegebezogene Datenbestände und pflegewissenschaftliche Expertise sind hierfür unverzichtbar.

Die bisherige Formulierung lässt zwar eine Beteiligung der Berufsgruppe Pflege möglicherweise zu, stellt sie aber nicht ausdrücklich sicher. Angesichts der Bedeutung pflegerischer Gesundheits- und Versorgungsdaten sollten die maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene von Anfang an verbindlich in den Arbeitskreis einbezogen werden.

Der DPR fordert, als maßgebliche Organisation der Pflegeberufe auf Bundesebene, von Anfang an in den Arbeitskreis zur Gesundheitsdatennutzung nach § 8 Absatz 3 GDNG einbezogen zu werden. Nur so wird gewährleistet, dass pflegefachliche, pflegewissenschaftliche und pflegeethische Perspektiven bei der Weiterentwicklung der Gesundheitsdatennutzung systematisch berücksichtigt werden.

Die Bedeutung einer verbindlichen Beteiligung der Pflegeprofession nimmt durch die Erweiterung der Gesundheitsdatennutzung, insbesondere für Versorgungsforschung, Qualitätssicherung und die Entwicklung datenbasierter sowie KI-gestützter Verfahren, weiter zu. Die Berücksichtigung pflegefachlicher, pflegewissenschaftlicher und pflegeinformatischer Expertise muss deshalb strukturell abgesichert werden.

Änderungsvorschlag § 8 Absatz 3

Die koordinierende Zugangsstelle für Gesundheitsdaten richtet im Benehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit und dem Bundesministerium für Forschung, Technologie und Raumfahrt einen Arbeitskreis zur Gesundheitsdatennutzung ein. Der Arbeitskreis setzt sich aus Vertretern der Gesundheitsdateninhaber, aus Vertretern der Patientenorganisationen, die in der Patientenbeteiligungsverordnung genannt oder nach dieser Verordnung anerkannt sind, aus **Vertretern von Leistungserbringern, Vertretern der maßgeblichen Organisation der Pflegeberufe auf Bundesebene**, aus Vertretern der Gesundheitsforschung sowie aus Vertretern weiterer betroffener Gruppen und Institutionen zusammen. (...)“

§ 9 GDNG – Domänenspezifische Zugangsstellen für Gesundheitsdaten

§ 9 GDNG regelt domänenspezifische Zugangsstellen für Gesundheitsdaten. Diese sollen insbesondere fachliche Expertise bei der Bearbeitung von Anträgen auf Zugang zu Gesundheitsdaten sicherstellen und Anträge bearbeiten, die in ihre jeweilige fachliche Zuständigkeit fallen. Damit soll die koordinierende Zugangsstelle entlastet und eine

sachgerechte, datennahe Bewertung von Datenzugangsanträgen ermöglicht werden. Der DPR begrüßt die Einrichtung domänenspezifischer Zugangsstellen.

Pflegerische Versorgungsdaten bilden jedoch einen eigenständigen fachlichen Bereich. Sie erfassen nicht nur Diagnosen oder Leistungen, sondern Pflegebedarf, Selbstständigkeit, Risiken, Ressourcen, pflegerische Planungsaspekte, Versorgungsarrangements und Pflegeverläufe. Ohne pflegfachliche und pflegewissenschaftliche Einordnung besteht die Gefahr, dass diese Daten in Forschungs- und Steuerungsverfahren verkürzt als Abrechnungs- oder Leistungsdaten verstanden und nicht sachgerecht genutzt werden.

Der DPR fordert daher, pflegerische Gesundheits- und Versorgungsdaten als eigenständigen fachlichen Bereich bei der Festlegung domänenspezifischer Zugangsstellen nach § 9 GDNG zu berücksichtigen. Bei Datenzugangsanträgen mit überwiegendem Pflegebezug ist pflegfachliche, pflegewissenschaftliche und pflegeinformatische Expertise verbindlich einzubeziehen. Dies entspricht auch der Forderung nach einer Pflegeinformatik-Initiative, die die systematische Erschließung pflegerischer Datenbestände für Forschung, Qualitätssicherung und Versorgungsgestaltung vorsieht.

Abschnitt 3 Besondere Datennutzungsverfahren

§ 24 Weiterverarbeitung von Versorgungsdaten zur Qualitätssicherung, zur Förderung der Patientensicherheit und zu Forschungszwecken

Der DPR begrüßt die ausdrückliche Berücksichtigung pflegerischer Forschung sowie der Entwicklung von KI-Modellen und KI-Systemen im Rahmen der Weiterverarbeitung von Versorgungsdaten. Voraussetzung für eine sachgerechte Nutzung ist, dass pflegerische Daten in fachlich aussagekräftiger, standardisierter und interoperabler Form verfügbar sind. Hierzu bedarf es der systematischen Berücksichtigung pflegfachlicher, pflegewissenschaftlicher und pflegeinformatischer Expertise sowie geeigneter Maßnahmen zur Sicherstellung der Datenqualität und zum Schutz der Rechte betroffener Personen. Die Regelung muss auch für pflegerische Versorgungseinrichtungen unter den jeweils geltenden gesetzlichen Voraussetzungen praktisch nutzbar sein.

Sonstige Forderungen

Telepflege

Der Gesetzentwurf entwickelt an verschiedenen Stellen digitale Versorgungsstrukturen weiter, etwa durch Regelungen zur ePA, zur digitalen Bedarfseinschätzung, zu sicheren Übermittlungsverfahren, zur elektronischen Kommunikation und zu digitalen

Anwendungen. Der bestehende Regelungskomplex der §§ 364 ff. SGB V zu telemedizinischen Verfahren wird jedoch nicht genutzt, um telepflegerische Versorgungsformen rechtlich sichtbar zu machen.

Aus Sicht des DPR ist dies eine relevante Regelungslücke. Digitale pflegerische Versorgung erschöpft sich nicht in der Nutzung technischer Kommunikationsmittel und ist auch nicht lediglich Annex telemedizinischer Versorgung. Telepflege umfasst eigenständige pflegerische Leistungen, insbesondere Assessment von Risiken und entsprechende Unterstützungsbedarfe, digitale Beratung, Anleitung und Edukation, Verlaufskontrolle, Prävention, Unterstützung von An- und Zugehörigen sowie pflegerische Versorgungskoordination, insbesondere in der Häuslichkeit, in der stationären Langzeitpflege und bei chronisch kranken oder pflegebedürftigen Menschen aller Altersgruppen.

Die praktische Relevanz telepflegerischer Versorgungsformen ist bereits anerkannt. Mit dem Modellprogramm zur Erprobung der Telepflege nach § 125a SGB XI wurde ein gesetzlicher Rahmen geschaffen, um telepflegerische Anwendungen wissenschaftlich gestützt zu erproben und zu evaluieren. In zwölf Modellprojekten wurden unter anderem videobasierte Beratung, Televisiten, digitale Konsile und Abstimmungen zwischen Pflegefachpersonen, Ärzt:innen und weiteren Akteur:innen getestet.

Die ausschließliche Bezugnahme auf telemedizinische Verfahren bildet diese pflegerische Versorgungsrealität nicht hinreichend ab. Ohne eigenständige rechtliche Verankerung bleiben Qualitätsanforderungen, Dokumentationspflichten, Datenschutzanforderungen, technische Sicherheitsstandards und Vergütungsfragen telepflegerischer Leistungen unklar oder werden an ärztlich geprägten Fernbehandlungsstrukturen ausgerichtet. Dies wird der Eigenständigkeit professioneller Pflege und den sich entwickelnden pflegerischen Versorgungsrollen nicht gerecht.

Bei der rechtlichen Weiterentwicklung telepflegerischer Versorgung ist zwischen den technischen Voraussetzungen digitaler Leistungserbringung und den berufs- sowie leistungsrechtlichen Grundlagen eigenverantwortlicher pflegerischer Leistungen zu unterscheiden. Eine Regelung telepflegerischer Verfahren muss daher mit den bestehenden Bestimmungen des SGB V und SGB XI abgestimmt werden und darf die eigenständigen Kompetenzen der Profession Pflege nicht auf technische Assistenz- oder Kommunikationsfunktionen reduzieren.

Der DPR fordert daher, telepflegerische Verfahren im Regelungskomplex der §§ 364 ff. SGB V künftig ausdrücklich zu berücksichtigen. Dies ist insbesondere mit Blick auf die Weiterentwicklung professioneller Pflege, Community Health Nursing, pflegerische Beratung, Versorgung in der Häuslichkeit sowie künftig erweiterte pflegerische Rollen erforderlich. Telepflege sollte als eigenständige digitale pflegerische Versorgungsform mit Anforderungen an Qualität, Datenschutz, Dokumentation, Interoperabilität, technische Sicherheit und Vergütung ausgestaltet werden.

Terminologie-Infrastruktur – Zwei-Ebenen-Modell

Der DPR fordert eine bundeseinheitliche, interoperable Terminologiearchitektur für die professionelle Pflege. Ziel ist nicht die verpflichtende Einführung einer einheitlichen Pflegeklassifikation, sondern die Sicherstellung semantischer Interoperabilität durch eine gemeinsame Referenzterminologie und verbindliche, fachlich validierte Zuordnungen zwischen unterschiedlichen pflegerischen Dokumentationssprachen und Klassifikationen. Der Regierungsentwurf schafft mit der Weiterentwicklung des Begriffs der Spezifikationen nach § 384 Satz 1 Nummer 7 SGB V eine entsprechende Anknüpfungsmöglichkeit.

Die Weiterentwicklung interoperabler pflegerischer Datenstrukturen muss zugleich zur Entbürokratisierung der Pflegedokumentation beitragen. Hierzu sind bestehende Dokumentationsverfahren hinsichtlich ihrer Auswirkungen auf Dokumentationsaufwand, Pflegequalität, Rechtssicherheit und die Nutzbarkeit pflegerischer Daten für Versorgung, Qualitätssicherung und Forschung wissenschaftlich zu evaluieren. Dabei ist insbesondere zu untersuchen, wie pflegerische Kerndatensätze und terminologische Zuordnungen zu einer gemeinsamen Referenzebene aus bestehenden Dokumentationsstrukturen abgeleitet werden können, ohne zusätzliche Dokumentationsaufwände zu verursachen.

Bei der Festlegung verbindlicher semantischer Anforderungen sowie bei der Evaluation und Weiterentwicklung pflegerischer Dokumentationsverfahren ist die maßgebliche Organisation der Pflegeberufe auf Bundesebene verbindlich zu beteiligen.

Für die fachliche Ausgestaltung, Governance, Erprobung und Qualitätssicherung einer solchen Terminologiearchitektur verweist der DPR auf sein Expert:innenpapier zur Umsetzung einer bundeseinheitlichen Terminologiearchitektur.

Berlin, 12.10.2026

Kontakt

Deutscher Pflegerat e. V. (DPR)

Tel.: + 49 30 / 398 77 303

Alt-Moabit 91

10559 Berlin

E-Mail: info@deutscher-pflegerat.de

www.deutscher-pflegerat.de