

Patientensicherheit darf kein Finanzierungsinstrument der Pflegereform werden

Stellungnahme zum Referentenentwurf des Pflege neuordnungsgesetzes (PNOG)

Von Joachim Maurice Mielert, DOPANET Wissen & Kommunikation, Berlin

Der vorliegende Referentenentwurf erkennt zahlreiche reale Herausforderungen der Pflegeversorgung an, u.a. den Fachkräftemangel, die steigende Zahl Pflegebedürftiger, die Überforderung pflegender Angehöriger, den Investitionsstau bei Digitalisierung und die prekäre Finanzlage der Sozialen Pflegeversicherung. Die Einführung einer präventionsorientierten Pflegebegleitung, eines Pflege-Cockpits sowie neuer Unterstützungsinstrumente enthält durchaus sinnvolle und überfällige Ansätze.

Gleichzeitig offenbart der Entwurf erhebliche patientensicherheitsrelevante Leerstellen. Die finanzielle Konsolidierung wird an mehreren Stellen höher gewichtet als die konsequente Absicherung vulnerabler Menschen. Genau hier besteht politischer und gesellschaftlicher Handlungsbedarf.

1. Patientensicherheit kommt im Gesetz als eigenständiges Ziel praktisch nicht vor

Obwohl der Entwurf über 200 Seiten umfasst, wird Patientensicherheit nicht als eigenständige Steuerungsgröße definiert. Stattdessen dominieren Finanzierungsziele, Effizienzsteigerungen und die Begrenzung des Ausgabenanstiegs der Pflegeversicherung. Bereits in der Gesetzesbegründung wird die Stabilisierung der Finanzierung ausdrücklich als vorrangiges Ziel beschrieben.

Ein modernes Pflegegesetz muss jedoch folgende Grundfrage beantworten:

Wie werden vermeidbare Schäden, Versorgungsabbrüche, Medikationsfehler, Stürze, Dekubitalulzera, Mangelernährung und Überforderung pflegender Angehöriger systematisch verhindert?

Hierzu fehlen verbindliche Regelungen.

Forderung

Patientensicherheit ist als eigenständiges, gesetzlich verankertes Ziel der Pflegeversicherung zu definieren – gleichrangig mit Wirtschaftlichkeit und Qualität. Der Entwurf sollte einen eigenen Paragraphen zur Sicherheit in der pflegerischen Versorgung einführen, der CIRS-ähnliche Meldesysteme, Risikomanagement und die Berichtspflicht zu unerwarteten Schadensereignissen verbindlich verankert – analog zu den Regelungen im stationären Krankenhausbereich.

2. Die geplante „Anpassung der Begutachtungssystematik“ birgt erhebliche Risiken

Besonders kritisch ist die ausdrückliche Zielsetzung, durch Änderungen am Begutachtungsinstrument den Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen zu verlangsamen. Der Gesetzentwurf kalkuliert daraus Einsparungen in Milliardenhöhe.

Damit entsteht ein struktureller Interessenkonflikt: Das Begutachtungsinstrument soll objektiv feststellen, wer Leistungsansprüche hat – gleichzeitig aber ausschließlich jene Personen identifizieren, die tatsächlich niemanden finanziell belasten. Ein fiskalisch vordefinierbares Ergebnis ist jedoch mit dem Grundsatz einer unabhängigen, medizinisch-pflegewissenschaftlichen Begutachtung nicht vereinbar.

Aus Sicht der Patientensicherheit ergeben sich konkrete Risiken:

- Personen mit tatsächlichem Pflegebedarf werden durch schärfere Schwellenwerte oder häufigere Befristungen nicht (mehr) eingestuft.
- Versorgungsabbrüche entstehen, wenn Pflegearrangements durch Neuklassifizierung wegbrechen – besonders bei vulnerablen Gruppen (Demenz, psychiatrische Erkrankungen, multimorbide Ältere).
- Die erhöhte Anforderung, über 6 Monate bestehende Beeinträchtigungen nachzuweisen, kann zu gefährlichen Versorgungslücken in der Zwischenzeit führen.
- Pflegende Angehörige werden überlastet, wenn professionelle Unterstützung entfällt – mit bekannt erhöhtem Risiko für Misshandlung und Vernachlässigung.

Forderung

- Jede Änderung des Begutachtungsinstruments muss unabhängig von Einsparzielen erfolgen. Finanzpolitische Vorgaben dürfen das Ergebnis der Begutachtung nicht vorstrukturieren.
- Vor Inkrafttreten neuer Schwellenwerte ist eine Folgeabschätzung zu den Patientensicherheitseffekten vorzulegen, die von unabhängiger pflegewissenschaftlicher Seite validiert wird.
- Für Personen, deren Pflegegrad infolge der Neuklassifizierung abgesenkt oder befristet wird, sind verbindliche Sicherheitsnetze zu schaffen: mindestens ein Pflegebegleitungsanspruch, eine Wiedervorlagepflicht und ein erleichterter Widerspruchsweg.

3. Digitalisierung und Technologieeinsatz ohne ausreichende Sicherheitsleitplanken

Der Entwurf sieht erhebliche Investitionen in Digitalisierung und Technologieeinsatz vor (1,6 Mrd. Euro aus dem Sondervermögen) und eröffnet Pflegeeinrichtungen die Möglichkeit, durch technische Innovationen von rahmenvertraglichen Vorgaben abzuweichen. Positiv zu vermerken ist, dass der Entwurf in § 36 Abs. 6-neu SGB XI ausdrücklich festhält, dass der Einsatz technischer oder digitaler Systeme die Qualität der Pflege nicht beeinträchtigen, die Selbstbestimmung der Pflegebedürftigen nicht einschränken und die Sicherheit der Versorgung nicht gefährden darf.

Diese Formulierung bleibt jedoch eine Absichtserklärung. Es fehlen:

- Verbindliche Mindeststandards für den sicherheitsrelevanten Einsatz von KI und Sensorik in der Pflege.
- Eine Meldepflicht für sicherheitsrelevante Fehlfunktionen digitaler Pflegehilfsmittel.
- Evaluationspflichten mit Patientensicherheit als Primärendpunkt – nicht nur Wirtschaftlichkeit oder Personalentlastung.
- Unabhängige Zertifizierungsanforderungen analog zur Medizinprodukteverordnung (MDR) für Systeme, die pflegerische Entscheidungen unterstützen oder ersetzen.

Forderung

Die Innovationsregel (§ 105a-neu SGB XI) ist um eine Sicherheitsklausel zu ergänzen, die verbindliche Mindestanforderungen für den Einsatz pflegerelevanter Technologien festlegt. Diese sollte analog zu den im Krankhausbereich etablierten Ansätzen (CIRS, Critical-Incident-Reporting) die Einrichtung eines bundesweiten anonymen Meldesystems für technologiebedingte Schadensereignisse in der Pflege umfassen

4. Pflegebegleitung: sinnvoller Ansatz, aber Qualitätssicherung unterentwickelt

Der neu eingeführte Anspruch auf Pflegebegleitung (§ 7c-neu SGB XI) ist ein strukturell sinnvoller Ansatz, um Versorgungsabbrüche frühzeitig zu erkennen und gegenzusteuern. Der Entwurf verweist auf Qualitätssicherung durch Vereinbarungen zwischen Pflegekassen, lässt aber offen:

- Welche Qualifikation die Pflegebegleitenden mindestens haben müssen.
- Wie patientensicherheitsrelevante Befunde (z.B. Hinweise auf Übermedikation, Unterernährung, Sturzgefahr, Vernachlässigung) verbindlich weitergemeldet werden.
- Ob und wie Pflegebegleitende in Fehlerberichtssysteme eingebunden sind.
- Wie die Qualität der Pflegebegleitung unabhängig evaluiert wird – mit Patientensicherheit als explizitem Endpunkt.

Forderung

- Verbindliche Qualifikationsanforderungen für Pflegebegleitende, die über eine Beratungsfunktion hinausgehen und eine patientensicherheitsrelevante Grundschulung umfassen.
- Eine Meldepflicht für Pflegebegleitende bei Hinweisen auf Gefährdungssituationen (Analogie zum ärztlichen Kinderschutz-Netzwerk).
- Aufnahme von Patientensicherheit als Evaluationsdimension in die Berichtspflicht nach § 7c Abs. 5-neu.

5. Prävention und Rehabilitation: richtiger Ansatz, lückenhafter Rahmen

Die präventionsorientierte Ausrichtung des Gesetzes, insbesondere die verstärkte Rehabilitation bei der Pflegebegutachtung, ist grundsätzlich zu begrüßen. Aus Patientensicherheitsperspektive fehlen jedoch:

- Konkrete Qualitätsindikatoren, anhand derer die Wirksamkeit präventiver Maßnahmen gemessen wird (z.B. Sturzrate, Dekubitusprävalenz, unerwünschte Arzneimittelereignisse).
- Eine Systematik für Medikationsreviews bei älteren Pflegebedürftigen, die besonders von Polymedikation und inadäquater Arzneimittelanwendung betroffen sind.
- Klare Zuständigkeiten an der Schnittstelle Krankenhaus – Pflegeeinrichtung – hausärztliche Versorgung, um Schnittstellenfehler und Informationsverluste zu vermeiden.

Forderung

- Einführung eines bundeseinheitlichen Satzes an Patientensicherheitsindikatoren für die Langzeitpflege (Sturzrate, Dekubitusprävalenz, Medikationsfehlerrate, ungeplante Krankenhauseinweisungen) als verbindliche Berichtsgröße. Das Aktionsbündnis Patientensicherheit hat unter PSI-BUND seit 2024 Patientensicherheitsindikatoren skaliert, die hier einen zureichend wirksamen Leitfaden zu verkörpern in der Lage sind.

- Verankern von Medikationsreviews als Regelleistung für Pflegebedürftige ab Pflegegrad 2. Nennenswert sind dabei die Polymedikations-Analysen und -Beratungen der Apothekerschaft, die Neben-, Wechsel- und Unverträglichkeitswirkungen aufzeigen.
- Strukturierte Übergabeprotokolle zwischen Krankenhaus und Pflegeeinrichtung als gesetzlich verpflichtender Standard. Dabei muss in der Behandlungskette sichergestellt sein, dass die Pflegedienste Schreib- und Leserechte in die ePA haben.

6. Fehlendes nationales Berichtswesen zur Patientensicherheit in der Pflege

Im Krankenhausbereich existieren – noch unvollständig, aber zunehmend – Instrumente wie CIRS, Critical-Incident-Reporting-Systeme, Qualitätsberichte und verpflichtende Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen. In der Langzeitpflege fehlen solche Strukturen weitgehend. Der PNOG-Entwurf enthält trotz seines Umfangs keinen Hinweis auf den Aufbau eines nationalen Berichtswesens zu Schadensereignissen in der Pflege.

Dies ist umso gravierender, als der Entwurf selbst einräumt, dass Überforderung pflegender Angehöriger und unzureichende Infrastruktur Risiken darstellen – ohne jedoch einen systematischen Mechanismus zu schaffen, mit dem diese Risiken erfasst, bewertet und rückgemeldet werden.

Forderung

- Einführung eines bundesweiten, anonymen Critical-Incident-Reporting-Systems (CIRS) für zugelassene Pflegeeinrichtungen, analog zu den Systemen in der Luftfahrt und der Kerntechnik.
- Verpflichtung zur Vorlage eines jährlichen Patientensicherheitsberichts durch den GKV-Spitzenverband und den MD Bund, der Schadensereignisse systematisch analysiert.
- Aufbau eines nationalen Kompetenzzentrums für Patientensicherheit in der Pflege, das Erkenntnisse aus Meldedaten in verbindliche Handlungsempfehlungen übersetzt.

Zusammenfassung

Der PNOG-Entwurf adressiert dringende Finanzierungsprobleme der Pflegeversicherung – setzt dabei aber systematisch falsche Prioritäten: Patientensicherheit erscheint als nachrangige Variable, nicht als unverhandelbare Bedingung. Die geplante Anpassung der Begutachtungssystematik schafft fiskalisch motivierte Zugangsbarrieren mit erheblichem Schadenspotenzial. Der Technologieschub erfolgt ohne ausreichende Sicherheitsleitplanken. Und die neue Pflegebegleitung birgt ungenutztes Potenzial für systematische Sicherheitsbeobachtung.

DOPANET Wissen & Kommunikation fordert das Bundesministerium für Gesundheit auf, Patientensicherheit als Leitziel gleichrangig mit Finanzierungsstabilität im Gesetzestext zu verankern und die oben genannten Anpassungen in das weitere Gesetzgebungsverfahren einzubringen.

Berlin, 7. Juni 2026

Joachim Maurice Mielert

DOPANET Wissen & Kommunikation
 Öffentlichkeitsarbeit
 Danziger Straße 104, 10405 Berlin
 Post: Postfach 1501, 25735 Heide/Holstein
 T +49 481 149229904
 Email: info@dopanet.com