

Stellungnahme der VdPB zum Entwurf des Gesetzes zur Änderung des Pflege- und Wohnqualitätsgesetzes (PfleWoqG) vom 28.07.2026

Die Vereinigung der Pflegenden in Bayern KÖR (VdPB) begrüßt das Gesetzesvorhaben im Grundsatz, wenn dadurch bisher sich überschneidende Zuständigkeiten, Doppelprüfungen und administrativer Aufwand bereinigt oder verringert werden. Nach ausführlicher Sichtung des Gesetzentwurfes gehen wir zunächst auf einige grundlegende und übergreifende Aspekte ein, die nicht einzelnen Regelungen zuzuordnen sind, sondern den gesamten Regelungskontext betreffen.

1. Professioneller Entscheidungsraum von Pflegefachpersonen

Der Gesetzentwurf reformiert die staatliche Aufsicht über die Pflegequalität in den unterschiedlichen Einrichtungsformen tiefgreifend und priorisiert einen umfangreichen fachlichen Beratungsansatz der Aufsichtsbehörden. Er definiert Qualitätsanforderungen an pflegerische Versorgung neu – zu unserem Erstaunen allerdings, ohne das Pflegeberufegesetz (PflBG) und die dort in § 4 normierten Vorbehaltsaufgaben der Pflegefachpersonen erkennbar zu reflektieren und zu würdigen. Der Bundesgesetzgeber hat die Vorbehaltsaufgaben als Ausdruck der professionsspezifischen Verantwortung für die Pflegequalität und den Patientenschutz (BT-DS 18/7823 vom 09.03.2016, S. 66) als berufsrechtliche Verpflichtung ausgestaltet. Die für die Praxis äußerst bedeutsame Schnittstelle zwischen dieser berufsrechtlichen Eigenverantwortung nach § 4 PflBG und dem Ordnungsrecht bleibt im Entwurf des PfleWoqG faktisch ungeregelt. Diese Leerstelle im Gesetzentwurf ist aus Sicht der Selbstverwaltung nicht hinnehmbar. Geltendes Berufsrecht und die der Profession Pflege vom Bundesgesetzgeber zugebilligte autonom auszufüllende Verantwortung für die Qualität der Pflege muss als maßgeblicher Referenzrahmen für die pflegerische Leistungserbringung zwingend berücksichtigt werden. Gerade seit Inkrafttreten des PflBG muss man von einem Gesetzesvorhaben, das „fachgerechte Pflege“, „fachliche Standards“ und „Beratung zur Pflegequalität“ regelt, erwarten können, das Verhältnis zur eigenverantwortlichen Pflegeprozessessteuerung nach § 4 PflBG zumindest grundlegend zu erläutern. Wir schlagen daher im Weiteren die Aufnahme von Regelungen vor, die klarstellen, dass die Beratung und Aufsicht der zuständigen Behörden grundsätzlich nicht die vorbehaltenen Aufgaben nach § 4 PflBG der Pflegefachpersonen im Rahmen der Pflegeprozessessteuerung und ihre Umsetzung tangieren. Gleichwohl kann die zuständige Behörde Feststellungen treffen, dass die Vorbehaltsaufgaben nicht beachtet werden, entsprechende Mängel festhalten und ggf. Anordnungen treffen, die den Träger verpflichten, auf deren Einhaltung hinzuwirken. Bei einer Verletzung der Vorbehaltsaufgaben ist zudem die für die Umsetzung des PflBG zuständige Behörde zu informieren, damit diese ggf. ein Ordnungswidrigkeitsverfahren einleiten kann.

2. Gemeinsames Qualitätsverständnis und fachliche Standards

Im Grundsatz ist die Fokussierung der Aufsichtsfunktionen von zuständigen Behörden für das Ordnungsrecht und von MD/Careproof für das Leistungsrecht sinnvoll und richtig. Problematisch an den Regelungen ist u.E. allerdings, dass zwar die Aufgaben formal getrennt werden, der

Prüfgegenstand sich aber weiterhin in wesentlichen Teilen überschneidet. Beide Seiten sind u.a. für die pflegerische Versorgung, soziale Betreuung, Alltagsgestaltung, Selbstbestimmung, Teilhabe und weitere lebensqualitätsrelevante Bereiche zuständig. Die Begründung nennt ausdrücklich die „pflegerische Versorgung“ als Gegenstand der Bewertungen der FQA, für die aber primär eigentlich MD/Careproof zuständig sind. Es ist uns bewusst, dass die zuständige Behörde auch hinsichtlich der pflegerischen Versorgung weiterhin eingriffsbefugt bleiben muss, da MD/Careproof keine hoheitlichen Anordnungen treffen können. Gleichwohl weisen alle Erfahrungen der Praxis darauf hin, dass dieser Umstand überschneidender Zuständigkeiten bei Prüfungen durch divergierende Maßstäbe und Einschätzungen zu Problemen führen kann und wird. Die in Art. 4 Abs. 2 Satz 2 und 3 nF hinterlegten Pflichten zu Kooperation und Informationsaustausch bilden zwar eine strukturelle Basis, dies im Ansatz zu vermeiden. Es wäre u.E. aber dringend geboten und erforderlich, weitere Regelungen zu den Voraussetzungen für eine erfolgreiche Umsetzung dieser neuen Aufgabenkonstellation für die Arbeit der Arbeitsgemeinschaften aufzunehmen. Dies könnten z.B. die Entwicklung und Umsetzung eines gemeinsamen Qualitätsverständnisses und gemeinsamer fachlicher Standards sein. Auch die Einrichtung eines Schlichtungsverfahrens bei unterschiedlichen fachlichen Vorstellungen und Maßstäben könnte hier sinnvoll und zweckmäßig sein.

3. Beratungsrolle der zuständigen Behörde

Wir unterstützen den Ansatz, die zuständigen staatlichen Behörden künftig mit einem primären Beratungsauftrag auszustatten, wie dies in Rheinland-Pfalz seit Jahren erfolgreich praktiziert wird. Wir halten es gerade unter dem Gesichtspunkt nachhaltiger Qualitätsentwicklung für sinnvoll, die Ressourcen und Kompetenzen der Aufsichtsbehörden verstärkt für die Unterstützung und Förderung der Qualitätsfähigkeit der Einrichtungen zu nutzen und den Kontrollcharakter zu reduzieren.

Der Gesetzentwurf beschreibt die zuständige Behörde künftig ausdrücklich als fachlich begleitende, beratende und präventiv wirkende Stelle. Für die in den Einrichtungen tätigen Pflegefachpersonen sehen wir darin durchaus Chancen in Form frühzeitiger fachlicher Beratung, Unterstützung bei Qualitätsfragen und der Organisationsentwicklung sowie als niedrigschwelliger und ggf. kollegialer Kontakt zur Behörde. Gleichzeitig bleibt die zuständige Behörde aber Aufsichts- und Eingriffsbehörde, da alle hoheitlichen Befugnisse notwendigerweise erhalten bleiben (Anlassprüfungen, Anordnungen, Beschäftigungsverbote, Einrichtungsuntersagungen). In der Konsequenz haben es die Einrichtungen künftig mit einer Behörde zu tun, die zwei Rollen gleichzeitig innehat, sie ist Beraterin und gleichzeitig Aufsichts- und Eingriffsbehörde. Dies kann u.E. Spannungen oder auch Konflikte erzeugen, insbesondere wenn es den Mitarbeitenden der zuständigen Behörden nicht gelingen sollte, mit dieser Rollenambiguität professionell umzugehen. Insofern dürfte ein wesentlicher Erfolgsfaktor eines gelingenden Beratungsansatzes in der entsprechenden konzeptionellen Neuausrichtung sowie in der Qualifizierung der Mitarbeitenden der zuständigen Behörden liegen. Dieser Aspekt einer erforderlichen Personal- und Organisationsentwicklung in den zuständigen Behörden – wie er übrigens in Rheinland-Pfalz realisiert wurde – fehlt im Gesetzentwurf leider gänzlich. Ähnliches gilt aber auch für die Mitarbeitenden der Pflegeeinrichtungen, die sich auf diese veränderte Governance-Struktur einstellen müssen. Zu diesem Aspekt der auf allen Seiten erforderlichen Aufwendungen bzw. Investitionen finden sich im Gesetzentwurf leider jedoch keinerlei Hinweise oder Aussagen. Hier sollte

insbesondere im Teil der Kostenabschätzung nachgebessert und die Bereitstellung erforderlicher Mittel mitbedacht werden.

Im Detail weisen wir nun auf folgende, aus unserer Sicht kritische Aspekte und Regelungen hin:

A) Zu § 1, Nr. 2, Buchstabe bbb):

Als Qualitätsmaßstab für die Versorgung wird neu eine „fachgerechte und angemessene“ Betreuung und Wohnqualität hinterlegt. Aus der Begründung lässt sich entnehmen, dass diese Umformulierung einer Rechtsvereinheitlichung dient, dass aber weiterhin „wissenschaftliche Fachkenntnisse zu Grunde zu legen sind“ (S. 32).

Wir sehen diese Umformulierung kritisch, da der direkte Bezug des Qualitätsmaßstabs auf den allgemein anerkannten Stand der Wissenschaft nicht mehr ausdrücklich gegeben ist. Zudem wird mit dem Attribut „angemessen“ ein weiterer unbestimmter Rechtsbegriff eingefügt, der u.E. unnötige Interpretationsspielräume eröffnet und dadurch Konfliktpotenzial birgt. Zudem ist nicht nachvollziehbar, in welcher Form bisher diesbezüglich eine Rechtsvereinheitlichung erfolgt ist, der man hier folgen müsste.

Wir schlagen daher folgende Formulierung vor: „dem allgemeinen fachlichen Standard entsprechende und personenzentrierte“ statt „fachgerechte und angemessene“.

Diese Formulierung erhält den direkten Bezug des Qualitätsmaßstabs auf den allgemein anerkannten Stand der Wissenschaft und verbindet ihn mit der leistungrechtlich geforderten Personenzentrierung.

B) Zu § 1, Nr. 3, Buchstabe d):

Die im neuen Absatz 7 hinterlegte Definition von Ergebnisqualität entspricht nicht den im Qualitätsmanagement üblichen Definitionen. Gemäß ISO 9001 misst die Ergebnisqualität den Grad der Zielerreichung und den tatsächlichen Erfolg eines Produkts, einer Dienstleistung oder eines Prozesses nach dessen Abschluss. Etwas spezifischer für die Gesundheitsversorgung versteht z.B. das KTQ-Modell Ergebnisqualität als den Grad der Zielerreichung einer Behandlung, den Gesundheits- und Zufriedenheitszustand von Patienten/Bewohnern nach Abschluss der Versorgung sowie die Wirksamkeit der implementierten Strukturen und Prozesse. Es ist jedoch nachvollziehbar, dass der Gesetzgeber diesen engen Definitionen nicht folgen kann und hier eher Kriterien der Prozessqualität in den Fokus nimmt. Diese sollten aber möglichst objektiv und personenzentriert, d.h. unter Beachtung der Selbstbestimmung formuliert werden. Zudem sollte Gegenstand der Qualitätsdefinition nicht eine Handlung (= einzelne Tätigkeit), sondern die Leistung (= Produkt oder Ergebnis von Handlungen) sein, weil dies aus Sicht der Kunden/Leistungsempfänger wie auch leistungrechtlich die entscheidende Dimension ist.

Wir schlagen daher folgende Formulierung vor: „Ergebnisqualität im Sinne dieses Gesetzes liegt vor, wenn die zu erbringende Leistung fachlichen Standards und der jeweiligen Pflege- bzw. Teilhabeplanung entsprechend ausgeführt wird.“

C) Zu § 1, Nr. 5, Art. 4:

Anwendungsbereich und Begriffsbestimmung im PflWoqG weisen eine gewisse Inkonsistenz auf, die zu Unsicherheiten in der Anwendung des Gesetzes führt und den Kreis der Normadressaten nicht eindeutig klärt. So ist einerseits die Anwendung des bayerischen PflWoqG geknüpft an die Koppelung von Wohnraumüberlassung und über für das betreute Wohnen klassische Betreuungs- und Pflegeleistungen hinaus. Andererseits wird stets auf stationäre Pflegeeinrichtungen Bezug genommen und dies auch bei den Begriffsbestimmungen in Art. 2. neue Wohn- und Versorgungsformen, etwa sogenannte Stambulant-Einrichtungen, Wohnstifte, Einrichtungen mit sogenannten Stapellösungen, in denen die versprochenen Leistungen z.B. weit über die Verfügungstellung von Wohnungen und die für betreutes Wohnen typischen Vermittlungsleistungen hinausgehen, werden einerseits vom Anwendungsbereich erfasst, andererseits passen aber die Begriffsbestimmungen wie auch die Bestimmung der jeweils anzuwendenden Vorschriften aus dem PflWoqG nicht zu dem potenziell weiten Anwendungsbereich.

Angesichts der auch vom Gesetzgeber beabsichtigten Dynamik in der Weiterentwicklung von Wohn- und Versorgungsformen, wäre es ausgesprochen sinnvoll, klassische, aber auch neue Versorgungsformen, die aus einer Koppelung von Wohnen und weitergehenden Unterstützungsleistungen bestehen, zumindest partiell oder über öffentlich-rechtliche Vereinbarungen in den Anwendungsbereich des PflWoqG einzubeziehen. Andernfalls bestünde die Gefahr, dass das besondere Schutzbedürfnis der Bewohnerinnen und Bewohner dort nicht durch entsprechende (präventive) Aufsichtsmaßnahmen beantwortet werden kann. Auch bestünde keine Möglichkeit, bei Beschwerden oder anderen Feststellungen von Mängelsituationen auf diese mit dem ordnungsrechtlichen Instrumentarium respektive den Möglichkeiten der Beratung zu reagieren.

D) Zu § 1, Nr. 7, Art. 5:

In **Art. 5 Abs. 2 Nr. 3** sollte – analog zu § 1, Nr. 2, Buchstabe bbb) – die Formulierung wie oben vorgeschlagen angepasst werden.

In **Art. 5 Abs. 2 Nr. 3 Buchstabe a)** wird als **Qualitätsanforderung** „eine aktivierende Grund- und bedarfsgerechte Behandlungspflege“ eingefordert. Dieser Formulierung fehlt es an Eindeutigkeit und fachlicher Präzision. Das Adjektiv „bedarfsgerecht“ steht nur vor dem Wort „Behandlungspflege“, dies impliziert, dass die Grundpflege zwar aktivierend, aber nicht bedarfsgerecht sein muss. Dies wäre unlogisch und widersinnig. Andererseits wird die „bedarfsgerechte“ Behandlungspflege hier in die

Verantwortung des Trägers und der Leitung der Einrichtung gestellt – diese sind aber leistungsrechtlich nicht befugt, den Bedarf festzulegen, da es sich hier regelhaft um ärztlich veranlasste bzw. verordnete Maßnahmen handelt. Weiterhin sei darauf hingewiesen, dass die Terminologie von „Grund- und Behandlungspflege“ schon immer pflegewissenschaftlich nicht begründbar war, und nun mit dem BEEP auch im Leistungsrecht davon Abstand genommen wird.

Im Sinne fachlicher Klarheit, Anschlussfähigkeit an Bundesrecht und adressatengerechter Verantwortungszuweisung schlagen wir daher vor, den bisherigen Buchstaben a) in zwei getrennte Buchstaben aufzugliedern und wie folgt zu formulieren:

- Buchstabe a) „die bedarfsgerechte Wahrnehmung pflegerischer Aufgaben,“
- Buchstabe b) „die fach- und sachgerechte Durchführung ärztlich verordneter heilkundlicher Leistungen“

Buchstabe b) wird Buchstabe c) ff.

Die Formulierung zum neuen Buchstaben a) bezieht sich auf alle pflegerischen Aufgaben im Sinne des § 14 SGB XI. Die Formulierung zum neuen Buchstaben b) bezieht sich auf die Terminologie der §§ 15a, 73d und 112a SGB V. Dadurch werden die bundesrechtlichen Leistungsdefinitionen konsistent in die landesrechtlich definierten Qualitätsanforderungen überführt.

Art. 5 Abs. 2 Nr. 3 Buchstabe f) impliziert einen eigenständigen Entscheidungs- und Handlungsspielraum der Einrichtung zu **freiheitsentziehenden Maßnahmen** - ohne richterliche Genehmigung.

Wir weisen darauf hin, dass über die fachliche Erforderlichkeit von freiheitsentziehenden Maßnahmen und mögliche Alternativen, so es sich um pflegerisch indizierte freiheitsentziehende Maßnahmen handelt – das ist die Mehrheit der in Heimen anfallenden (Seitenteile, Stecktische, Ausgangskontrollen und Begrenzungen), nur Pflegefachpersonen befinden können, da die Einschätzung der pflegefachlichen Erforderlichkeit zu den Vorbehaltsaufgaben gemäß § 4 Pflegeberufgesetz gehört. Hier bedarf es – wie von der VdPB im Gesetzgebungsverfahren zum PKG/BEEP vorgetragen und auf den Gutachtertagen für Pflegesachverständige der VdPB stets betont – einer entsprechenden Anpassung und Änderung des FamFG. Was das Verfahren zur Entscheidung und Genehmigung von freiheitsentziehenden Maßnahmen betrifft, ist darauf zu achten, dass die rechtlichen Vertreter (Bevollmächtigte beziehungsweise rechtliche Betreuer) ihrerseits eine Entscheidung über die Erforderlichkeit freiheitsentziehender Maßnahmen treffen, bevor die Betreuungsgerichte eingeschaltet werden, die keine eigene Entscheidung treffen, sondern die der rechtlichen Vertreter genehmigen. Heime etwa sollen sich grds. nicht direkt an die Gerichte wenden.

Die Formulierungen in Art 5 Abs. 2 Nr. 3 zu den Voraussetzungen freiheitsentziehender Maßnahmen verdecken zwei sehr unterschiedliche Grundkonstellationen: hier die freiheitsentziehende Maßnahme, die den Wünschen, oder nach alter Rechtslage dem Wohl, des Betroffenen entspricht, § 1831 BGB, dort die Entscheidungen, die dem Schutz Dritter dienen. Diese sind nicht nach dem

Betreuungsrecht, sondern nach dem PsychKG zu treffen. Der VdPB ist nicht bekannt, ob es Einrichtungen im Sinne des PflWoqG erlaubt ist, drittschützende freiheitsentziehende Maßnahmen durchzuführen. Es zeigt sich hier ggf. ein ähnliches Dilemma wie bei Zwangsbehandlungen, die bislang nur in dafür vorgesehenen Kliniken durchgeführt werden dürfen. Diese Frage bedürfte der Klärung und Beantwortung, da sie ausgesprochen praxisrelevant ist.

Vorgeschlagen wird anstelle der im Entwurf vorgesehenen folgende Formulierung:

„freiheitseinschränkende Maßnahmen nur angewendet werden, wenn sie zum Schutz gegen eine dringende Gefahr für Leib oder Leben alternativlos und unerlässlich sind und sie fachlich und rechtlich legitimiert sind,“

In **Art. 5 Abs. 3 Nr. 1** ersetzt der Begriff „**Fachkraft**“ die bisherige Formulierung von „Pflege- und Betreuungskräften“. Der zugehörigen Begründung (S. 33) können wir inhaltlich nicht folgen. Diese Formulierung fokussiert nicht die Fachlichkeit, sondern erhöht unnötig Interpretationsspielräume und verstärkt Unsicherheiten. Es wäre gerade sinnvoll und notwendig, die Vorhaltung der konkreten Professionen zu normieren. Denn in der Praxis führt schon die bisherige Formulierung zu vielfachen Unsicherheiten, so z.B. ob auch Medizinische Fachangestellte oder Heilerziehungspfleger in bestimmten Versorgungskontexten als „Fachkräfte“ anzuerkennen sind. So könnte es u.E. durchaus sinnvoll sein, Heilerziehungspfleger in besonderen Wohnformen der Eingliederungshilfe (gem. Art. 2 Abs. 2) oder betreuten Wohngruppen (gem. Art. 2 Abs. 4 nF) den Status einer Fachkraft zuzubilligen, weil deren Qualifikation genau auf die Zielsetzung und das Klientel dieser Wohnformen zugeschnitten ist, während dies in den übrigen Wohnformen mit Fokus auf pflegerischer Versorgung gerade nicht passt. Mangels entsprechender klarer Regelungen kann dies aber derzeit nie abschließend eindeutig beantwortet werden und führt sowohl auf Seiten der Einrichtungen wie auch bei den Aufsichtsbehörden zu vermeidbarem Klärungsaufwand. Wenn der Begriff „Fachkraft“ genutzt werden soll, plädieren wir dafür, im Gesetz oder nachgelagert in der AVPflWoqG abschließend und verbindlich festzulegen, welche beruflichen Qualifikationen in den einzelnen Wohnformen gemäß Art. 2 als Fachkräfte gelten. Dies entspricht nach unserem Kenntnisstand dem Vorgehen der meisten Gesetzgeber auf Landesebene und schafft Klarheit und weitere Entlastung, sowohl in den Einrichtungen wie bei den Aufsichtsbehörden. In diesem Zusammenhang sind nicht nur die Berufsabschlüsse zu betrachten und zu definieren, sondern auch die über Weiterbildungen zu erreichende Expertise in anspruchsvollen Pflegekontexten. Für deren Bewältigung bedarf es Kompetenzen, die über die Grundausbildung herausgehen.

E) Zu § 1, Nr. 11, Art. 13

Art 13 Abs. 1 Satz 2 nF legt fest, dass sich der **Beratungsauftrag** der zuständigen Behörde insbesondere auf die in Art. 5 hinterlegten Qualitätsanforderungen sowie die Sicherstellung und Weiterentwicklung fachlicher Standards bezieht. Mit diesem umfassenden Auftrag wird fraglos auch die gem. § 4 PflBG den Pflegefachpersonen vorbehaltene Pflegeprozessverantwortung adressiert. Wie

einleitend unter Nr. 1 bereits ausgeführt, muss auch das landesrechtliche Ordnungsrecht geltendes Berufsrecht beachten und die der Profession Pflege vom Bundesgesetzgeber zugedachte autonom auszufüllende Verantwortung für die Qualität der Pflege als maßgeblichen Referenzrahmen für die pflegerische Leistungserbringung berücksichtigen.

Wir bitten daher um Aufnahme eines neuen Absatz 5 mit folgendem Wortlaut:

„Die Beratung und Überwachung der zuständigen Behörde berührt nicht die vorbehaltenen Aufgaben nach § 4 PflBG der Pflegefachpersonen im Rahmen der Pflegeprozessessteuerung; bei der Bewertung pflegerischer Maßnahmen ist die fachliche Entscheidung der verantwortlichen Pflegefachperson zugrunde zu legen, soweit diese den anerkannten pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen entspricht.“

F) Zu § 1, Nr. 11, Art. 14

Die Befugnisse der zuständigen Behörde nach **Art. 14 Abs. 3 Nr. 2 - 6** ermöglichen eine unmittelbare **Prüfung** und Einschätzung der pflegerischen Versorgung und damit des Pflegeprozesses. Gerade hinsichtlich der Befugnis zur Befragung der Beschäftigten nach Nr. 6 halten wir es für zwingend erforderlich, auch hier den in § 4 PflBG berufsrechtlich hinterlegten Entscheidungsraum der Pflegefachpersonen normativ zu verankern.

Wir bitten daher um Aufnahme eines neuen Absatz 3 (nF), mit folgendem Wortlaut:

„Die Wahrnehmung der Befugnisse nach Absatz 3 durch die zuständige Behörde berührt nicht die vorbehaltenen Aufgaben nach § 4 PflBG der Pflegefachpersonen im Rahmen der Pflegeprozessessteuerung; bei der Bewertung pflegerischer Maßnahmen ist die fachliche Entscheidung der verantwortlichen Pflegefachperson zugrunde zu legen, soweit diese den anerkannten pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen entspricht.“

Absatz 3 (Entwurf) wird Absatz 4 ff.

G) Zu § 1, Nr. 27 (in Begründung: 28), Art. 44

In **Art. 44 Abs. 2 nF** werden die Verordnungsbefugnisse hinsichtlich der pflegerischen **Weiterbildung** umfassend neu formuliert. Wir weisen an dieser Stelle erneut darauf hin, dass der landesrechtliche Ordnungsrahmen für die von diesem Gesetz erfassten Einrichtungen keinesfalls der geeignete Ort zur Regelung pflegerischer Weiterbildungen ist. Sobald eine landesrechtliche Weiterbildungsordnung erlassen wird, müssen diese Bestimmungen zu den pflegerischen Weiterbildungen in dorthin verlagert werden.

In **Art. 44 Abs. 4 nF** ist die Bildung eines **Fachbeirats** zur „Qualitätssicherung der Weiterbildung in der Altenpflege“ (S. 24) vorgesehen. Der Fachbeirat existiert bereits, stellt sich u.E. jedoch zwischenzeitlich als obsolet dar. Ausschlaggebend hierfür ist die generalistische Pflegeausbildung, mit der das tradierte Verständnis einer eigenständigen „Altenpflege“ zu Recht beendet wurde. Auch wenn mit dem PflWoqG natürlich vornehmlich die pflegerische Versorgung älterer Menschen adressiert wird – aber eben keinesfalls ausschließlich, wie die Heterogenität der in Art. 2 erfassten Wohnformen zeigt – ist es gleichwohl aus professionslogischer und fachlicher Sicht nicht sinnvoll, das bundesgesetzlich hinterlegte generalistische Berufsprofil der Pflege im Ordnungsrecht zu ignorieren. Zweifellos benötigen Pflegefach- wie -assistenzpersonen für die Versorgung älterer Menschen spezifische und über den Ausbildungsstand hinausgehende Kompetenzen. Diese Vertiefung und Spezialisierung ist Gegenstand von Fort- und v.a. Weiterbildungen. Hierfür ist die VdPB mit der Entwicklung einer Weiterbildungsordnung beauftragt, mit dem maßgeblichen Ziel, die pflegerischen Weiterbildungen in Bayern an das PflBG anschlussfähig zu machen und die Durchlässigkeit zwischen Weiterbildungen zu erhöhen. Eine Fokussierung der (nicht mehr existenten) „Altenpflege“ durch den Fachbeirat ist in diesem Vorhaben kontraproduktiv und konterkariert sowohl den generalistischen Ansatz des PflBG wie auch einer künftigen Weiterbildungslandschaft. Zudem gibt es im Erarbeitungsprozess bereits intensive und umfassende Beteiligungsmöglichkeiten, die auch den Stakeholdern der vom PflWoqG erfassten Einrichtungen offenstehen und bereits aktiv genutzt werden. Die als legitimer Zweck des Fachbeirats definierte Einbindung der berechtigten Interessenpartner bei der Formulierung von spezifischen Weiterbildungsinhalten ist also über die neuen Zuständigkeiten vollumfänglich erfüllt. Insofern ist der Fachbeirat nicht mehr geeignet und erforderlich, um diesen Zweck zu erfüllen.

Wir plädieren daher für die ersatzlose Streichung dieser Regelung zum Fachbeirat. Dies dient dem Abbau von Doppelstrukturen, der weiteren Verschlankung der Governance-Strukturen und dem Bürokratieabbau.

Wenn der Gesetzgeber als Ausdruck aktiver Partizipation der relevanten Stakeholder einen Beirat aufrechterhalten möchte, wäre dies u.E. nur unter einer deutlich veränderten inhaltlichen Ausrichtung und Zielsetzung sinnvoll. Denkbar und zweckmäßig könnte z.B. sein, den Beirat auf die konkrete Realisierung des ordnungsrechtlichen Rahmens in den Einrichtungen zu fokussieren, um die praktischen Erfahrungen, evtl. Umsetzungshürden und Verbesserungsoptionen strukturiert zu bearbeiten und in künftige Gesetzgebungsprozesse einzubringen.

In **Art. 44 Abs. 5 nF** wird das StMGP zum Erlass **hygienerechtlicher Verordnungen** ermächtigt.

Einerseits werden ausweislich der Gesetzesbegründung hygienerechtliche Regelungen gestrichen, da der ÖGD ebenfalls einen Prüfauftrag hat und die Einhaltung des IfSG überwacht (S. 32). Gleichzeitig wird die Berücksichtigung hygienischer Grundsätze und Einhaltung der Basishygiene als Bestandteil der pflegerischen Versorgung verstanden (S. 33), die dadurch auch vom Prüfumfang der FQA erfasst wird (ebd.). Einrichtungsbezogene Aspekte der Hygiene wiederum werden vom Prüf- und Beratungsauftrag der FQA ausgeschlossen (S. 34). Es erschließt sich nicht und wird auch nicht dargelegt, wofür oder welcher Art dann doch wieder hygienerechtliche Bestimmungen per

Rechtsverordnung erforderlich sein sollen und dies nicht einmal für alle vom PflWoqG erfassten Wohnformen.

Insgesamt wirken die Regelungen zur Hygiene u.E. wenig konsistent und systematisiert. Gerade vor dem Hintergrund der Erfahrungen in der Corona-Pandemie sollte Hygiene als zentrales Element des staatlichen Schutzauftrags verstanden werden. Hygiene ist ein übergreifend und systemisch zu regelndes Thema, bei dem alle Teilaspekte in Wechselwirkungen zueinanderstehen. So kann die Einhaltung der Basishygiene in der pflegerischen Versorgung erschwert bis unmöglich werden, wenn einrichtungsbezogene Grundlagen (laufende Reinigung, Geräte, Infrastruktur etc.) unzureichend sind. Umgekehrt können aus pflegerischen Hygieneaspekten Anforderungen an die einrichtungsbezogenen Elemente entstehen (z.B. vermehrte Multiresistenzen). Die heterogene und in Teilen nicht nachvollziehbare Zuständigkeitsstruktur wird dieser sachlichen Komplexität leider nicht gerecht. Insofern halten wir es für zielführend und angemessen, alle relevanten Regelungen zum Thema Hygiene in einem Artikel zusammenzufassen, sei es als unmittelbare Bestimmungen oder Verweise auf andere geltende Bestimmungen (wie IfSG etc.) sowie die Kooperationsbeziehungen der zuständigen Behörden (FQA, MD, ÖGD) darzulegen. Wir plädieren außerdem ausdrücklich dafür, im Gesetz oder nachfolgend in der AVPflWoqG verbindlich festzulegen, welche Hygiene-Qualifikationen für Pflegefachpersonen erforderlich sind. In diesem Zusammenhang erinnern wir an das 2023 von der VdPB eingereichte Konzept zur Weiterbildung Hygienebeauftragte in der stationären Langzeitpflege.

München, den 24.08.2026