Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
21(14)129(6)
gel. VB zur öffent. Anh. am
25.11.2026 - PNOG
20.11.2026

vdek Die Ersatzkassen

STELLUNGNAHME ZUM GESETZENTWURF EINES PFLEGENEUORDNUNGSGESETZES (PNOG)

STAND: 19.11.2026

Wichtige Schritte zur kurzfristigen Konsolidierung der Pflegeversicherung, einzelne Strukturmaßnahmen ersetzen jedoch kein Konzept für eine langfristig tragende Reform.

Kernpunkte

- Finanzielle Konsolidierung: Das PNOG leistet einen wichtigen, jedoch nicht ausreichenden Beitrag zur kurzfristigen Konsolidierung der sozialen Pflegeversicherung. Der Bund entzieht sich weiterhin seiner Verantwortung für von ihm bestellte Leistungen. Darunter leiden vor allem die Beitragszahlenden.
- Fokus auf Prävention ist richtig: Der vdek begrüßt, dass die begrenzten Mittel der Pflegeversicherung auf Versicherte mit erheblichem Pflegebedarf konzentriert und stärker auf Präventionsangebote fokussiert werden. Diese müssen evidenzbasiert sein und dürfen nicht redundant zu Leistungen der GKV erfolgen.
- Das PNOG sollte der Pflegekommission nicht vorgreifen: Einzelne Leistungsausweitungen wie die Pflegebegleitung oder die Akut-Kurzzeitpflege sind noch nicht ausreichend durchdacht und greifen der Strukturkommission Pflege vor. Sie sollten zurückgestellt werden, bis ein konsistentes Konzept für eine Strukturreform vorliegt.

Mit dem Entwurf des PNOG erfolgt eine überfällige Kurskorrektur des Leistungsgeschehens in der sozialen Pflegeversicherung (SPV). Die Leistungen werden stärker an individuellen Bedarfen ausgerichtet, präventive Ansätze gestärkt und das Leistungsrecht vereinfacht. Mit Blick auf die angespannte Finanzlage der SPV sind kurzfristige Konsolidierungsmaßnahmen unvermeidbar. Der Kabinettsentwurf enthält hierfür wichtige Ansätze, bleibt jedoch sowohl beim Umfang der Maßnahmen als auch bei der praktischen Umsetzbarkeit hinter den Erfordernissen zurück.

Mutige Schritte, aber enorme Schlagseite bei der Stabilisierung der SPV-Finanzen

Die Akzeptanz dieser Reform wird wesentlich davon abhängen, wie ausgewogen die Belastungen insgesamt verteilt sind. Hier besteht noch wesentlicher Nachbesserungsbedarf. Mit der Reform werden vor allem die Versicherten stärker belastet. Bei den Eigenanteilen ist die Belastungsgrenze der Pflegebedürftigen erreicht. Daher ist es richtig, dass die Eigenanteile durch eine Dynamisierung der Leistungsbeträge entlastet werden sollen. Unverständlich ist dagegen, dass sich der Staat weiterhin seinen finanziellen Verpflichtungen entzieht: Weder werden die von der SPV

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

verauslagten Corona-Ausgaben in Höhe von rund 5,0 Milliarden Euro ausgeglichen, noch beteiligt sich der Bund mit Steuermitteln angemessen an den gesamtgesellschaftlichen Aufgaben, die die SPV auftragsweise für den Staat übernimmt.

Gegenüber dem Referentenentwurf wurden einige der vorgesehenen Sparmaßnahmen zurückgenommen, ohne dass eine adäquate Gegenfinanzierung hinzugekommen ist. Dass die ursprünglich geplante Kürzung der Rentenversicherungsbeiträge für pflegende Angehörige gestrichen wurde, ist ein zwingend notwendiger Schritt, um einen wichtigen Anreiz für die häusliche Versorgung durch An- und Zugehörige zu erhalten und Nachteile bei Altersbezügen, insbesondere für Frauen, zu verhindern. Die Finanzierung dieser versicherungsfremden Leistung aus Steuermitteln (rund 4,5 Milliarden Euro) steht allerdings weiterhin aus. Die Streichung der längeren Verweildauer für Leistungszuschläge entlastet Pflegebedürftige, wird aber ohne eine Gegenfinanzierung unweigerlich zu steigenden Beiträgen für Versicherte und Arbeitgeber führen. Dies gilt auch für die geringere Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze auf das Niveau der GKV. Der vdek begrüßt diesen Schritt, da er die Zusatzbelastung für Beitragszahlende verringert und ein einheitlicher Wert für GKV und SPV weniger Bürokratie verspricht. Die Kürzung der von der SPV zu zahlenden Verwaltungskostenpauschale trifft in der GKV auf die im Beitragssatzstabilisierungsgesetz (BStabG) vorgesehene Verwaltungskostendeckelung und verschärft dort die Situation nochmals deutlich. Zudem erfolgt lediglich eine Verschiebung der Belastung von SPV zur GKV. Daher lehnt der vdek dieses Vorhaben ab.

Finanzvolumen reicht nicht aus

Insgesamt reicht das Volumen des Gesetzes nicht aus, um die Finanzlage der SPV zu stabilisieren. Von der ursprünglich geplanten Entlastung und Mehreinnahmen der SPV sind durch die o. g. Änderungen nur noch 6,25 Milliarden Euro für 2027 übriggeblieben. Damit kann das erwartete Defizit der SPV von 7,6 Milliarden Euro im kommenden Jahr nicht gedeckt werden. Es bleibt ein Delta von 1,35 Milliarden Euro. Auch für 2028 und 2029 ist noch eine Finanzierungslücke von 2,64 bzw. 3,44 Milliarden Euro zu erwarten. Hinzu kommt, dass die erwarteten Einsparwirkungen einzelner Maßnahmen aus vdek-Sicht überzogen sind. Daher braucht es weitere Finanzierungsmaßnahmen, um Beitragssatzsteigerungen zu verhindern. Dazu gehört insbesondere ein Finanzausgleich zwischen sozialer und privater Pflegeversicherung, der das ungleich verteilte Lebensrisiko „Pflege“ ausgleichen und die SPV nach Schätzungen des IGES-Instituts um zwei Milliarden Euro jährlich entlasten kann.

Pflegebegleitung nur mit tragfähiger Finanzierung und klaren Strukturen

Der vdek begrüßt, dass mit der Einrichtung der Pflegestrukturkommission ein Konzept für eine langfristig wirkende Strukturreform der SPV entwickelt werden soll. Das PNOG sollte den Ergebnissen der Kommission nicht mit einzelnen Maßnahmen vorgreifen, die eventuell mit einer späteren Strukturreform nicht vereinbar sind und dann wiederholt Anpassungskosten erzeugen. Damit besteht die Gefahr, aufwändig neue Strukturen zu schaffen, die durch die Ergebnisse der Pflegestrukturkommission bereits kurze Zeit später erneut angepasst werden müssen. Die geplante Pflegebegleitung ist so eine Maßnahme. Die stärkere Bündelung von Beratung und Begleitung pflegebedürftiger Menschen sowie ihrer Angehörigen könnte grundsätzlich ein Ansatz sein, um bestehende Unterstützungsangebote besser zu verzahnen und Versorgungslücken zu verringern. Ob dieses Ziel tatsächlich erreicht werden kann, sollte durch die Kommission näher geprüft und ein schlüssiges Gesamtkonzept sowie eine tragfähige Finanzierungs- und Umsetzungsstrategie erarbeitet werden. Dabei sollte berücksichtigt werden, welche Beratungs- und Unterstützungsstrukturen die Pflegekassen bereits heute vorhalten und finanzieren.

Die Einführung der Pflegebegleitung wird in der vorgesehenen Ausgestaltung abgelehnt. Es ist nicht sachgerecht, den Kommunen ein einseitiges Optionsrecht zur Einführung der Pflegebegleitung einzuräumen, während deren Finanzierung aus Beitragsmitteln der SPV erfolgt. Entscheidungs-, Gestaltungs- und Finanzierungsverantwortung dürfen nicht einseitig auseinanderfallen. Soll die Pflegebegleitung dennoch eingeführt werden, darf ihre Umsetzung daher nicht einseitig durch die Kommunen ausgelöst werden. Einrichtung und Ausgestaltung müssen im Einvernehmen zwischen Kommunen und Pflegekassen erfolgen. Die Pflegekassen finanzieren bereits heute wesentliche Beratungs- und Unterstützungsangebote für ihre Versicherten, sie müssen deshalb bei Konzeption, Ausgestaltung und Steuerung der Pflegebegleitung maßgeblich beteiligt sein. Angesichts der knappen Ressourcen insbesondere beim erforderlichen Fachpersonal, sollten Doppelstrukturen unbedingt vermieden werden. Die vorgesehene Pflegebegleitung schafft eine neue und sehr umfassende Leistungsstruktur, ohne die Abgrenzung zu bestehenden Angeboten bisher ausreichend zu regeln. Dadurch droht ein bundesweit heterogener Flickenteppich aus Pflegebegleitung, Pflegestützpunkten und kommunalen Angeboten. Die Regelung erweitert die Aufgaben der Pflegekassen erheblich und schafft zugleich neue Schnittstellen zu weiteren Akteuren. Die vorgesehene Aufgabenfülle reicht von Prävention und Rehabilitation über Pflegeberatung und Schulungen bis hin zu Fallmanagement und Akutunterstützung. § 7d SGB XI sollte deshalb so geändert werden,

dass die Übernahme der Pflegebegleitung durch die Kommunen nur im Einvernehmen mit den Pflegekassen erfolgen kann.

Unabhängig von der notwendigen strukturellen Neuordnung ist auch die Finanzierung der Pflegebegleitung nicht tragfähig ausgestaltet. Die vorgesehene Gegenfinanzierung aus bestehenden Beratungsbudgets ist nicht ausreichend. Der tatsächliche Beratungsbedarf aus dem individuellen, zeitlich unbeschränkten Anspruch auf Pflegebegleitung sowie zusätzliche Ansprüche im Rahmen des Entlastungsbudgets oder bei Akut- und Notfällen sind kaum kalkulierbar. Der vdek erwartet, dass die Kosten bei einem Budget von 146 Euro jährlich pro Pflegebedürftigen nicht gedeckt werden können. Gemäß des IGES-Evaluationsberichts zur Pflegeberatung nach § 7a Absatz 9 SGB XI aus dem Jahr 2023 beliefen sich die Kosten pro Pflegeberatung im Jahr 2020 bereits auf 870 Euro – deutlich über dem geplanten Budget. Dabei sind die entstehenden Transformationsaufwände für die Neuausrichtung der Pflegebegleitung noch nicht berücksichtigt. Damit besteht das Risiko, dass die vorgesehenen Mittel nicht ausreichen und Ratsuchende, insbesondere in strukturschwächeren Regionen, keine Hilfe erhalten.

Akut-Kurzzeitpflege droht Erwartungen zu wecken, die nicht erfüllt werden können

Auch die vorgesehene Akut-Kurzzeitpflege droht ein Versorgungsversprechen zu werden, das in der Praxis nicht eingelöst werden kann. Die angedachten Finanzierungsregelungen adressieren nicht die eigentlichen Ursachen des Platzmangels, insbesondere den bestehenden Personal- und Kapazitätsengpass, und wecken damit falsche Erwartungen bei Pflegebedürftigen und Angehörigen. Gleichzeitig führt das neue Erstattungsverfahren zu mehr Komplexität und Bürokratie in der Vergütungsfindung, ohne einen erkennbaren Mehrwert für die Versorgung zu schaffen.

Leistungsbudgets stärken Selbstbestimmung, Digitalisierung entlastet

Sinnvoll sind dagegen Vereinfachungen des Leistungsrechts, die zugleich bürokratiemindernd wirken. Die Bündelung verschiedener Leistungen in ambulanten Budgets stärkt die Selbstbestimmung der Pflegebedürftigen und erhöht die Flexibilität bei der Leistungserbringung. Die parallele Verwendung bisheriger Leistungsbegriffe neben neuen Budgetbezeichnungen erschwert allerdings die Beratung und schafft Rechtsunsicherheit.

Der vdek begrüßt die Einführung eines Pflege-Cockpits sowie den Digitalpakt Pflege. Digitale Anwendungen können Pflegebedürftige, Angehörige und Pflegekräfte spürbar entlasten und die Transparenz über verfügbare Leistungen verbessern.

Besonders positiv hervorzuheben ist, dass die Förderungen für Digitalisierung und technische Innovationen ermöglicht wird, ohne dass die SPV oder die Pflegebedürftigen über höhere Eigenanteile zusätzliche belastet werden.

Darüber hinaus unterstützt der vdek Maßnahmen zur Stärkung der Pflege im eigenen Wohnumfeld, da der Großteil der Pflegebedürftigen zu Hause versorgt wird. Die ausgabenneutrale Umschichtung eines Teils des Entlastungsbetrags in Pflegegrad 1 ist vertretbar, da das neue Angebot die präventive Ausrichtung für alle Pflegegrade, insbesondere des Pflegegrads 1, stärkt und die Pflegeversicherung insgesamt ihre gesetzlichen Ziele besser erreichen kann.

Auch die Herausnahme des Pflegegeldes sowie der Leistungen des Überbrückungsbudgets von der Anrechnung auf die Hospizförderung befürwortet der vdek. Damit wird ein wichtiges Anliegen der Ersatzkassen aufgegriffen, Familien mit schwerstkranken Kindern und Jugendlichen finanziell zu entlasten und die Inanspruchnahme hospizlicher Versorgungsangebote zu erleichtern. Gleichwohl ist offen, ob die konkrete Ausgestaltung der Regelung den besonderen Bedarfen der betroffenen Familien in der Praxis tatsächlich gerecht wird, wenn das Überbrückungsbudget nach § 39 Absatz 3 SGB XI weiterhin ausschließlich für die dort genannten Leistungszwecke eingesetzt werden kann. Da Leistungen der vollstationären Pflege, der Kurzzeitpflege oder der Akutpflege von Familien mit schwerstkranken Kindern und Jugendlichen vielfach nicht oder nur in geringem Umfang in Anspruch genommen werden, führt der Wegfall der Anrechnung nicht zwangsläufig zu einer spürbaren Verbesserung der tatsächlichen Unterstützungsmöglichkeiten. Es besteht daher das Risiko, dass die praktische Entlastungswirkung der Neuregelung hinter den mit der Gesetzesänderung verfolgten Zielen zurückbleibt und den Familien weiterhin vor allem das monatliche Pflegegeld zur Sicherstellung der Versorgung zur Verfügung steht.

Bürokratieabbau muss sich in der Praxis bewähren

Der vdek unterstützt das erklärte Ziel des Gesetzentwurfs, Bürokratie abzubauen und Verfahren zu vereinfachen. An mehreren Stellen droht jedoch das Gegenteil:

- Bei der Neuregelung des Sozialraumbudgets ist unklar, welche Auswirkungen die Änderungen auf bestehende Leistungsbescheide der Pflegekassen haben. Müssen Bescheide aufgehoben oder angepasst werden? Welche Leistungen stehen den Pflegebedürftigen ab dem 01.01.2027 tatsächlich zu? Und wie können sie ihre Leistungen künftig in Anspruch nehmen?

- Bei den neuen Regelungen zum Überbrückungsbudget und zur Akut-Kurzzeitpflege entstehen zusätzliche Abgrenzungsfragen zwischen Akut-, Überbrückungs- und Regelleistungen sowie neue Prüf- und Nachweiserfordernisse.
- Mit der Pflegebegleitung wird ein zusätzliches Leistungsangebot eingeführt, das neue Zuständigkeiten, Finanzierungsregelungen und Abstimmungsbedarfe zwischen Pflegekassen, Kommunen und weiteren Akteuren schafft. Statt neuer Parallelstrukturen müssen bestehende Beratungsangebote konsequent genutzt und Doppelzuständigkeiten vermieden werden.

Solange diese Fragen nicht eindeutig geklärt sind, fehlt es sowohl den Pflegekassen als auch den Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen an der notwendigen Planungssicherheit. Auch die Pflegeeinrichtungen benötigen klare und verlässliche Vorgaben, um die gesetzlichen Änderungen rechtzeitig umsetzen zu können. Die vorgesehenen Fristen sind dafür unverantwortlich kurz. Sie lassen den Beteiligten kaum Zeit, ihre Abläufe anzupassen, Beschäftigte zu informieren und die Umsetzung organisatorisch und technisch vorzubereiten.

Prävention stärken und systemgerecht verankern

Die Ersatzkassen sehen es als essenziell an, die Pflegebedürftigkeit so weit wie möglich hinauszuzögern und deren Verlauf abzumildern. Entsprechend begrüßt der vdek, dass mit dem PNOG ein stärkerer Fokus auf Prävention und Gesundheitsförderung für pflegebedürftige Menschen in der Häuslichkeit gelegt wird. Folgerichtig wäre jedoch, die aus pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen abgeleiteten Präventionsziele sowie die daraus entwickelten Maßnahmen systemgerecht im Recht der Pflegeversicherung statt in § 20 SGB V zu verankern. Bereits heute verfügen die Pflegekassen mit § 5 SGB XI über etablierte Strukturen und fachliche Grundlagen für Präventionsangebote in Pflegeeinrichtungen. Eine Regelung dort würde unnötige Schnittstellen, die Dopplung von Strukturen und zusätzliche Bürokratie verhindern.

Positiv ist, dass neben den Krankenkassen nun auch die Pflegekassen vorhandene Versichertendaten systematisch nutzen dürfen, um präventionsrelevante Bedarfe zu erkennen und ihren Versicherten aktiv passende Angebote zu empfehlen. Zur Vorbeugung von bevölkerungsweit verbreiteten Erkrankungen stehen bereits heute einige evidenzbasierte Vorsorgeuntersuchungen zur Verfügung. Daher sollte zunächst die Motivation der Versicherten zur Teilnahme an bestehenden Untersuchungen erhöht und bereits vorhandene Maßnahmen zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen wie die ärztliche Präventionsempfehlung verstärkt genutzt werden.

Nachbesserungen sind im parlamentarischen Verfahren möglich und sinnvoll

Verschiedene Ansätze des PNOG sind aus Sicht des vdek vielversprechend. Damit sie Früchte tragen, sind aus unserer Sicht im weiteren Gesetzgebungsverfahren insbesondere folgende konkrete Nachbesserungen erforderlich:

1. **Beirat nach § 18f SGB XI – Überarbeitung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs**
   Die Anpassung der Schwellenwerte im Begutachtungsinstrument zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit an die Empfehlungen eines wissenschaftlichen Expertenbeirats aus dem Jahr 2013 ist ein erster richtiger Schritt. Auch die Einrichtung eines Beirats zur kontinuierlichen Evaluation des Begutachtungsinstruments und Pflegebedürftigkeitsbegriffs ist sinnvoll. Sein Auftrag darf jedoch nicht auf eine reine Begleitung des Status quo beschränkt bleiben. Mit Blick auf die angekündigte Strukturreform und die bestehenden Herausforderungen der SPV sollte der Gesetzgeber den Beirat verpflichten, bis zum 31.12.2027 eine belastbare Bewertung des bestehenden Pflegebedürftigkeitsbegriffs sowie konkrete Empfehlungen für dessen Weiterentwicklung vorzulegen.

2. **Gesetzliche Klarstellung zu Leistungsbudgets – §§ 36, 37 SGB XI**
   Die Überführung verschiedener Leistungen in ambulante Leistungsbudgets mit verstärkter Abgrenzung voneinander strukturiert das Leistungsrecht und stärkt die Eigenverantwortung der Pflegebedürftigen bei der Verwendung der Mittel. Die parallele Verwendung der bisherigen Begriffe „Pflegesachleistung“ und „Pflegegeld“ neben den neuen Budgetbezeichnungen führt jedoch zu erhöhtem Beratungsaufwand bei den Versicherten und Rechtsunsicherheiten bei den Pflegekassen. Der Gesetzgeber sollte ausdrücklich klarstellen, dass bestehende Leistungsbewilligungen ohne erneute Verwaltungsverfahren fortgelten und keine Aufhebungs- oder Neubescheide erforderlich werden. Aus Sicht des vdek sollten die Begrifflichkeiten konsequent vereinheitlicht werden, um das Leistungsrecht verständlich und anwenderfreundlich auszugestalten.

3. **Tariftreueregelung: Gleiche Personalkosten, gleiche Regeln**
   Der vdek bekennt sich ausdrücklich zur Tariftreue in der Pflege. Gute Arbeitsbedingungen und eine angemessene Vergütung sind zentrale Voraussetzungen zur Fachkräftesicherung. Die mit dem PNOG vorgesehenen Regelungen verschärfen jedoch die bereits bestehenden Unterschiede zwischen SGB V und SGB XI und führen zu mehr Bürokratie, komplexeren Vergütungsverfahren und einer Ungleichbehandlung vergleichbarer tariflicher Personalkosten. Statt neuer Sonderregelungen braucht es einheitliche Refinanzierungsgrundsätze, transparente

Regeln und schlanke Verfahren. Die bewährten Regelungen der §§ 132 und 132a SGB V sollten daher als maßgeblicher Rahmen für die Tariftreueregelung übernommen werden. Analog zum BStabG sollte auch in der SPV die Tarifrefinanzierung auf die Grundlohnsummenentwicklung begrenzt werden.

Kommentierung im Detail

zum

Entwurf eines Gesetzes für Daten und digitale Innovation im Gesundheitswesen (GeDIG)

Lfd. Nr. im Entwurf	Vor-schrift	vdek Stellungnahme
		Artikel 1 | Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch
4	§ 5	**Bewertung** Der vdek befürwortet die stärkere präventive Ausrichtung der Pflegeversicherung, da Risiken einer drohenden oder sich verschlimmernden Pflegebedürftigkeit frühzeitig erkannt und gezielt adressiert werden können. Positiv ist insbesondere, dass wissenschaftliche Erkenntnisse systematisch in die Beratung und pflegerische Versorgung einfließen und damit der Grundsatz Prävention und Rehabilitation vor Pflege gestärkt wird. Die gewonnenen Erkenntnisse aus der Expertise sollen für die Entwicklung und Umsetzung präventiver Maßnahmen genutzt werden. Es ist jedoch sicherzustellen, dass die aus der wissenschaftlichen Expertise abgeleiteten Präventionsziele sowie die Entwicklung und Umsetzung entsprechender Maßnahmen dem Zuständigkeitsbereich der sozialen Pflegeversicherung zugeordnet werden. Da die Regelung ausschließlich Aufgaben und Leistungsbereiche des SGB XI betrifft, sollte die Zielgruppe der pflegebedürftigen Versicherten ausdrücklich dem SGB XI zugeordnet und im Leitfaden Prävention nach § 5 SGB XI berücksichtigt werden. Zudem bewerten wir die vorgesehene jährliche Berichterstattung über den „Erfolg“ der Maßnahmen kritisch. Während die Umsetzung der Maßnahmen sowie deren Berücksichtigung in der Beratungs- und Leistungspraxis der Pflegekassen nachvollziehbar dargestellt werden können, ist ein belastbarer Nachweis der Reduzierung von Risikofaktoren oder der Vermeidung beziehungsweise Verzögerung von Pflegebedürftigkeit nicht systematisch möglich. Die Berichtspflicht sollte daher auf die Umsetzung der Maßnahmen sowie deren Berücksichtigung in der Beratungs- und Leistungspraxis der Pflegekassen beschränkt werden.

Lfd. Nr. im Entwurf	Vor-schrift	vdek Stellungnahme
		Änderungsvorschlag Absatz 4 Satz 5 wird wie folgt geändert: Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen legt dem Bundesministerium für Gesundheit jährlich einen Bericht vor über die Umsetzung ~~und den Erfolg~~ der Maßnahmen zur Reduzierung der nach Satz 1 ermittelten Risikofaktoren sowie über deren Umsetzung ~~und Erfolg~~ in der Beratungs- und Leistungspraxis der Pflegekassen." In Absatz 4 wird folgender Satz 6 ergänzt: „Die auf Grundlage der wissenschaftlichen Expertise nach Satz 1 entwickelten Präventionsziele sowie die Entwicklung und Umsetzung geeigneter präventiver Maßnahmen für Pflegebedürftige und von Pflegebedürftigkeit bedrohte Versicherte erfolgen im Rahmen der Leistungen nach den Absätzen 1 und 1a."
6	§§ 7 und 7a	**Bewertung** Das gegenüber dem Referentenentwurf neu aufgenommene Datum für die Pflegeberatung nach § 7a trägt der späteren Einführung der Pflegebegleitung und damit dem gestuften Inkrafttreten der neuen Beratungsstrukturen Rechnung. Zur eindeutigen Abgrenzung der Regelungen wird für die Zeit ab dem 01.01.2029 eine entsprechende Klarstellung vorgeschlagen. Die Einführung des Pflege-Cockpits bewertet der vdek positiv, da es Informationen und digitale Funktionen an einer zentralen Stelle bündelt und Pflegebedürftigen insbesondere einen besseren Überblick über ihre individuellen Leistungsansprüche, den aktuellen Leistungsbezug und noch verfügbare Leistungsbeträge ermöglicht. Positiv ist zudem, dass Anträge, Bearbeitungsstände sowie Informationen zu Beratungs-, Unterstützungs- und Versorgungsangeboten leichter zugänglich werden und damit die Orientierung im System der Pflegeversicherung verbessert werden kann. Die vorgesehenen Umsetzungsfristen zum 01.07.2028 und 01.01.2030 sind jedoch ambitioniert und könnten insbesondere mit Blick auf die vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) angedachten weiteren Reformschritte in der Pflege zu einer Herausforderung werden, sofern sich hieraus zusätzliche inhaltliche oder technische Anpassungsbedarfe für das Pflege-Cockpit ergeben.

Lfd. Nr. im Entwurf	Vor-schrift	vdek Stellungnahme
		Die digitale Bereitstellung von Informationen für Menschen ohne Pflegebedürftigkeit zu Angeboten der Prävention und Gesundheitsförderung der Krankenkassen und Übermittlung von Informationen über die Pflegeversicherung ist bereits heute über die digitalen Portale der Krankenkassen möglich. Bei der Ausgestaltung des Pflegecockpits sollte auf eine möglichst enge Verzahnung mit bestehenden digitalen Anwendungen, insbesondere der elektronischen Patientenakte (ePA), geachtet werden. Das Pflege-Cockpit sollte zudem technisch und prozessual eng mit der Pflegebegleitung, dem Fallmanagement und den für die Begutachtung relevanten Datenflüssen verzahnt werden. Medienbrüche und parallele Kommunikationswege sind zu vermeiden. **Änderungsvorschlag** § 7 Absatz 2 Satz 2 wird wie folgt geändert: „Sie stellen insbesondere über die Pflegeberatung nach § 7a in der am 31.12.2026 geltenden Fassung **und ab dem 01.01.2029 über die Pflegebegleitung nach § 7c** sicher, dass im Einzelfall häusliche Pflegehilfe, Behandlungspflege, ärztliche Behandlung, spezialisierte Palliativversorgung, Leistungen zur Prävention, zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe nahtlos und störungsfrei ineinandergreifen.”
8	§§ 7c und 7d	**Bewertung** Die Einführung der Pflegebegleitung wird in der vorgesehenen Ausgestaltung abgelehnt. Die Beratung, Begleitung und Unterstützung von Pflegebedürftigen gehören bereits heute zu den Kernaufgaben der Pflegekassen. Mit der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI, den Beratungsbesuchen nach § 37 Absatz 3 SGB XI sowie weiteren Beratungs- und Unterstützungsangeboten bestehen etablierte Strukturen, die kontinuierlich weiterentwickelt werden können. Die vorgesehene Pflegebegleitung schafft demgegenüber eine neue und sehr umfassende Leistungsstruktur, ohne die Abgrenzung zu bestehenden Angeboten ausreichend zu regeln. Dadurch droht ein heterogener Flickenteppich an Angeboten zwischen Pflegebegleitung, Pflegestützpunkten und kommunalen Angeboten. Ob und in welcher Form eine Pflegebegleitung gegenüber den bestehenden Angeboten einen zusätzlichen Nutzen entfalten kann, sollte deshalb im Rahmen der Pflegestrukturkommission geprüft und in ein schlüssiges Gesamtkonzept für die künftigen Beratungs- und Unterstützungsstrukturen eingebettet werden.

Lfd. Nr. im Entwurf	Vor-schrift	vdek Stellungnahme
		Die Regelung erweitert die Aufgaben der Pflegekassen erheblich und schafft zugleich neue Schnittstellen zu weiteren Akteuren. Die vorgesehene Aufgabenfülle reicht von Prävention und Rehabilitation über Pflegeberatung und Schulungen bis hin zu Fallmanagement und Akutunterstützung. Der zusätzliche Nutzen gegenüber den bereits bestehenden Beratungsstrukturen der Pflegekassen wird nicht hinreichend belegt. Statt vorschnell neue Strukturen aufzubauen, sollte im Rahmen der Pflegestrukturkommission geprüft werden, wie die bestehenden Leistungen zielgerichtet weiterentwickelt und stärker präventionsorientiert ausgestaltet und besser miteinander verzahnt werden können. Darüber hinaus enthält die Regelung Inkonsistenzen. So ermöglicht § 7c grundsätzlich die Durchführung von Terminen per Telefon oder Videokonferenz, während die Gesetzesbegründung für die verpflichtende jährliche Pflegebegleitung von Pflegegeldbeziehenden sachgerecht festlegt, dass diese in der häuslichen Umgebung zu erfolgen hat und eine Durchführung per Videokonferenz nicht zulässig ist. Auch die verpflichtende Erstellung eines Versorgungsplans für alle Pflegebedürftigen erscheint nicht sachgerecht. Ein Versorgungsplan sollte nicht pauschal, sondern bedarfsgerecht erstellt werden. Aus Präventionssicht sind die Zielsetzungen der Regelung grundsätzlich nachvollziehbar. Insbesondere die stärkere Umsetzung von Präventions- und Rehabilitationsempfehlungen sowie die systematische Unterstützung pflegender An- und Zugehöriger können zur Stabilisierung häuslicher Versorgungssituationen beitragen. Diese Ziele rechtfertigen jedoch nicht den Aufbau einer zusätzlichen Leistungs- und Organisationsstruktur neben den bestehenden Angeboten der Pflegekassen. Die vorgesehene Ausgestaltung von Organisation und Finanzierung der Pflegebegleitung wird ebenfalls abgelehnt. Pflegekassen finanzieren und verantworten bereits heute wesentliche Beratungs- und Unterstützungsangebote für ihre pflegebedürftigen Versicherten. Es ist daher nicht sachgerecht, Kommunen ein einseitiges Optionsrecht zur Übernahme der Pflegebegleitung einzuräumen, während die Finanzierung aus Beitragsmitteln der SPV erfolgt. Entscheidungs-, Gestaltungs- und Finanzierungsverantwortung dürfen nicht

Lfd. Nr. im Entwurf	Vor-schrift	vdek Stellungnahme
		einseitig auseinanderfallen. Soll die Pflegebegleitung dennoch eingeführt werden, müssen ihre Einführung und Ausgestaltung daher im Einvernehmen zwischen Kommunen und Pflegekassen erfolgen. Bereits heute bestehen mit der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI, den Beratungsbesuchen nach § 37 Absatz 3 SGB XI sowie den Pflegestützpunkten unterschiedliche Beratungsangebote mit jeweils eigenen Aufgaben und Zuständigkeiten. Die Einführung der Pflegebegleitung droht die Heterogenität der Beratungslandschaft weiter zu erhöhen und zusätzliche Schnittstellen zwischen Pflegekassen, Pflegestützpunkten, kommunalen Trägern und weiteren Leistungserbringern zu schaffen. Anstatt die bestehenden Beratungsangebote der Pflegekassen weiterzuentwickeln und stärker präventionsorientiert auszurichten, wird ein neues Beratungsangebot mit teilweise unklarer Aufgaben- und Verantwortungsverteilung geschaffen. Die Möglichkeit, dass die Pflegebegleitung im Rahmen eines kommunalen opt-ins von Pflegestützpunkten, kommunalen Träger oder Dritten durchgeführt wird, kann zu regional sehr unterschiedlichen Umsetzungsstrukturen führen. Dabei ist auf vorhandenen Strukturen aufzusetzen. Zuständigkeiten, Finanzierung und Rückmeldewege müssen eindeutig geregelt werden. Sonst droht eine uneinheitliche Ausgestaltung der Pflegebegleitung zulasten von Transparenz, Steuerbarkeit und bundesweit vergleichbaren Versorgungsstandards. Die Verantwortung der Pflegekassen für die von ihnen finanzierten Beratungs- und Unterstützungsangebote muss dabei gewahrt bleiben. Darüber hinaus bleiben wesentliche organisatorische Fragen offen. Dies betrifft insbesondere die Abstimmung zwischen den Pflegekassen sowie das Zusammenwirken von Pflegekassen und Kommunen. Für beide Ebenen müssen klare Entscheidungs- und Abstimmungsverfahren vorgesehen werden. Auch die Informations- und Meldewege sind nicht abschließend geklärt. Für Versicherte muss eine eindeutig benannte und dauerhaft erreichbare Stelle zuständig sein. Dies kann auch ein Pflegestützpunkt oder eine klar definierte Fallgruppe sein und sollte nicht zwingend an eine einzelne Person gebunden werden.

Lfd. Nr. im Entwurf	Vor-schrift	vdek Stellungnahme
		Besonders kritisch ist die Finanzierung zu bewerten. Die ursprünglich vorgesehene Gegenfinanzierung wurde im Kabinettsentwurf wesentlich verändert, sodass zusätzliche Belastungen für die SPV zu erwarten sind. Gleichzeitig erscheint die vorgesehene Pauschale von 146 Euro je Pflegebedürftigem nicht auskömmlich, um die verpflichtenden jährlichen Hausbesuche bei Pflegegeldbeziehenden, die Angebote für alle neu eingestuften Pflegebedürftigen, die Qualifizierung der Pflegebegleitpersonen sowie die erforderlichen Personal-, Reise-, Sach- und Verwaltungskosten dauerhaft zu finanzieren. Vor diesem Hintergrund ist eine strukturelle Unterfinanzierung der Leistung zu befürchten. Da die Evaluation der Auskömmlichkeit der Mittel erst für das Jahr 2033 vorgesehen ist, könnte eine Finanzierungslücke über mehrere Jahre zulasten der SPV fortbestehen. Hinzu kommen offene datenschutz- und haftungsrechtliche Fragen. So bleibt unklar, wie Pflegebegleitung und Fallmanagement sachgerecht durchgeführt werden sollen, wenn Versicherte einer Datenverarbeitung nicht zustimmen, und wie Beratungsergebnisse sowie mögliche Beratungsfehler rechtssicher dokumentiert werden können. Insgesamt bestehen erhebliche Zweifel an der organisatorischen Umsetzbarkeit, der Finanzierbarkeit und der Notwendigkeit der vorgesehenen Struktur. Die Regelung sollte daher grundlegend überarbeitet werden. Nicht zuletzt sollten die Qualifikationsanforderungen nach Aufgaben und Komplexität abgestuft werden. Pflegefachliche Anleitung und Aufklärung erfordern pflegefachliche Kompetenz. Komplexes Fallmanagement ist entsprechend höher zu qualifizieren. Allgemeine Leistungsberatung kann auch durch andere geeignete Berufsgruppen mit Zusatzqualifikation erfolgen. **Änderungsvorschlag** Die Regelungen in §§ 7c und 7d sind in der vorgesehenen Ausgestaltung abzulehnen und grundlegend zu überarbeiten. Die mit der Pflegebegleitung verfolgte Bündelung bestehender Beratungsleistungen wird grundsätzlich begrüßt. Die vorgesehene Ausgestaltung bedarf jedoch in wesentlichen Punkten einer Überarbeitung und Harmonisierung mit den noch ausstehenden Strukturvorschlägen der Pflegekommission.

Lfd. Nr. im Entwurf	Vor-schrift	vdek Stellungnahme
		Sofern die Pflegebegleitung bereits vor Abschluss dieser Arbeiten gesetzlich eingeführt wird, ist § 7d SGB XI so zu ändern, dass ihre Einführung und Ausgestaltung nur im Einvernehmen zwischen Kommunen und Pflegekassen erfolgen kann. Zudem sind die Aufgaben klar gegenüber bestehenden Beratungs- und Unterstützungsangeboten abzugrenzen und eine tragfähige Finanzierung sicherzustellen.
9	§ 7e	**Bewertung** Die Änderungen sind unmittelbare Folge der Einführung der Pflegebegleitung nach § 7c und daher grundsätzlich sachlogisch. Soweit Pflegestützpunkte künftig die Pflegebegleitung übernehmen können, ist es folgerichtig, die hierfür erforderlichen organisatorischen und vertraglichen Anpassungen gesetzlich nachzuvollziehen und entsprechende Fristen für die Anpassung bestehender Vereinbarungen vorzusehen. Dabei sollte die Wahl der Organisationsform landeseinheitlich erfolgen, um kommunale Flickenteppiche zu vermeiden. Die vorgesehene Finanzierungssystematik lehnt der vdek jedoch ab. Sofern die Pflegebegleitung im Pflegestützpunkt erbracht wird, ist eine Beteiligung der SPV aufgrund ihrer Mitverantwortung für die Pflegestützpunkte nachvollziehbar. Wird die Pflegebegleitung hingegen nicht durch Pflegestützpunkte erbracht, sondern nehmen diese nur noch Aufgaben im Rahmen der kommunalen Altenhilfe wahr, handelt es sich um eine kommunale Aufgabe. Eine Finanzierung solcher kommunalen Strukturen durch die SPV ist nicht sachgerecht und sollte ausgeschlossen werden. Die Verantwortung für kommunale Aufgaben sollte weiterhin bei den hierfür zuständigen kommunalen Trägern verbleiben. Auch für den Fall, dass die Pflegebegleitung künftig nicht in Pflegestützpunkten erbracht wird, müssen zeitnah die bestehenden Rahmenverträge angepasst werden. Denn durch den Wegfall wesentlicher Beratungsaufgaben können Anpassungen bei Personal-, Büro- und Sachkapazitäten notwendig werden. **Änderungsvorschlag** Die Finanzierungsregelung sollte dahingehend präzisiert werden, dass Mittel der SPV ausschließlich für die Durchführung der Pflegebegleitung durch die Pflegekassen oder durch Pflegestützpunkte im Rahmen der

Lfd. Nr. im Entwurf	Vor-schrift	vdek Stellungnahme
		gemeinsamen Aufgabenwahrnehmung bereitgestellt werden. Sofern die Pflegebegleitung nicht durch Pflegestützpunkte, sondern durch die Träger der kommunalen Altenhilfe oder andere kommunale Stellen erbracht wird, sind die hierfür entstehenden Personal- und Sachkosten von den jeweils zuständigen kommunalen Trägern zu finanzieren. Eine Finanzierung originärer kommunaler Aufgaben aus Mitteln der SPV ist auszuschließen. Dies entspricht der Aufgaben- und Finanzierungsverantwortung der beteiligten Leistungsträger und verhindert eine sachlich nicht gerechtfertigte Verlagerung kommunaler Finanzierungslasten auf die Beitragszahler der SPV.
10	§ 8 Abs. 4	**Bewertung** Die Änderungen werden begrüßt, da die Datenbereitstellung über eine digitale Plattform einer gesetzlichen (Finanzierungs-) Grundlage bedarf. Da den Pflegekassen bzw. ihren Landesverbänden zunächst nur ihre „eigenen“ Daten zugänglich sind, besteht für eigene Aufgabenbereiche gleichermaßen ein Interesse an der Nutzung der Datenplattform. Daher ist gesetzlich sicherzustellen, dass den Landesverbänden der Pflegekassen bzw. den Pflegekassen die aggregierten Daten ebenfalls zugänglich sind. Darüber hinaus wird angeregt, ergänzend auch regionale Daten des Beschäftigtenverzeichnisses nach § 293 Absatz 8 SGB V für die Beurteilung der „Personalsituation“ zu nutzen – insbesondere mit Blick auf mögliche Maßnahmen nach § 8a Absatz 4a (n. F.). Es sollte zudem klargestellt werden, dass der Katalog der vereinbarten Indikatoren die Grundlage für die Auswahl von Indikatoren im Rahmen der Pflegestrukturplanungsempfehlung ist und auf Landesebene keine zusätzlichen Indikatoren festgelegt werden können (siehe Kommentierung zu § 8a (Nummer 11). **Änderungsvorschlag** Nach Satz 2 wird folgender Satz 3 ergänzt: „Den Kranken- und Pflegekassen sowie ihren Landesverbänden ist gleichermaßen ein Zugriff auf die aggregierten Daten in der Datenplattform zu gewähren.“

Lfd. Nr. im Entwurf	Vor-schrift	vdek Stellungnahme
		Nach Satz 5 wird folgender Satz 6 ergänzt: „Die vereinbarten Indikatoren bilden einen Katalog, aus dem die verwendeten Indikatoren nach § 8a Absatz 4 SGB XI zu wählen sind." In § 293 Absatz 8 SGB V wird ergänzt: „Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) wird verpflichtet, Indikatoren zur regionalen Personalsituation auf Grundlage des Beschäftigtenverzeichnisses in der ambulanten Pflege nach § 293 Absatz 8 SGB V in die Datenplattform nach § 8 Absatz 4. SGB XI bereitzustellen.
11c) und d)	§ 8a Abs. 4	**Bewertung** Der vdek hält eine empirische Datenbasis für die Pflegestrukturplanungsempfehlung insgesamt für sinnvoll. In diesem Rahmen kann die Verwendung von Indikatoren zweckmäßig sein. Wir sehen es jedoch nicht als sinnvoll an, die Indikatoren auf Landesebene zu bestimmen. Vor dem Hintergrund, dass zugelassene Pflege-Leistungserbringer ihre Leistungen grundsätzlich bundesweit erbringen dürfen (BSG B 3 P 1/05 R) und insbesondere die Bewertung der Versorgungssituation an den 28 innerdeutschen Landesgrenzen auf einer einheitlichen Grundlage basieren muss, regt der vdek eine übergeordnete Festlegung und technische Zusammenführung der Indikatoren auf Bundesebene – in Analogie zur Datenbereitstellungen nach § 8 Absatz 4 SGB XI (n. F, ehemals § 12 Absatz 2 SGB XI) an. Durch ein solches Vorgehen ergeben sich deutliche Synergieeffekte, insbesondere wird der Umsetzungsaufwand für die Indikatoren-Erhebung reduziert. Hinsichtlich der Indikatoren weist der vdek darauf hin, dass eine Erhebung von „Wartezeiten" – wie in der Gesetzesbegründung genannt – in der pauschalen Form kaum umsetzbar sein dürfte, da keine zentrale „Zuteilung" erfolgt und die Anlässe – sich auf einrichtungsindividuelle Wartelisten setzen zu lassen – sehr unterschiedlich sein können. Möglicherweise ist es zielführender, entsprechende Daten von Vornherein mit Blick auf akuten Versorgungsbedarf bei Vorversorgern (bspw. Entlassmanagement der Krankenhäuser) zu erheben.

Lfd. Nr. im Entwurf	Vor-schrift	vdek Stellungnahme
		Grundsätzlich ist es nachvollziehbar, dass bei einer strukturellen Unterversorgung auch Schritte zu deren Behebung ergriffen werden müssen. Es muss jedoch klargestellt werden, dass diese Maßnahmen nicht zulasten der Pflegeversicherung oder der Nutzerinnen und Nutzer von Pflegeeinrichtungen gehen dürfen. **Änderungsvorschlag** Nach dem neuen Absatz 4 Satz 1 wird folgender Satz 2 ergänzt: „Die genutzten Indikatoren sind aus dem Katalog der in den Empfehlungen nach § 8 Absatz 4 enthaltenen Indikatoren zu wählen; die Bereitstellung erfolgt über die digitale Datenplattform nach § 8 Absatz 4." Dem neuen Absatz 4a wird folgender Satz 3 angefügt: „Pflegekassen und Leistungsempfänger dürfen mit den Kosten der Maßnahmen nicht belastet werden."
13	§ 11	**Bewertung** Der vdek begrüßt die insgesamt verbesserte Förderung der Digitalisierung ausdrücklich, da digitale und technische Lösungen einen wichtigen Beitrag zur Weiterentwicklung der Pflege und zur Entlastung der Pflegekräfte leisten können. Wir befürworten die Aufstockung des Fördervolumens auf zehn Millionen Euro. Die Verschiebung der ehemaligen Regelung des § 8 Absatz 8 in den neuen § 11 wird grundsätzlich als zweckmäßig angesehen. Durch die Neufestlegung des Förderzwecks erhält das Förderprogramm jedoch eine völlig neue Ausrichtung, die nicht mehr primär auf die Entlastung von Pflegepersonal fokussiert, sondern auf der Verbesserung der pflegerischen Versorgung sowie der stärkeren Beteiligung der Pflegebedürftigen. Diese Umstellung dürfte zu neuen Herausforderungen im Rahmen der Antragsbearbeitung führen. Es sollte gesetzlich klargestellt werden, dass es sich um eine Fortsetzung des bestehenden Förderprogramms mit verändertem Schwerpunkt handelt. Die Förderung der Digitalisierung in der Pflege ist an eine verpflichtende Mitfinanzierung der Länder geknüpft. Bundesmittel aus dem Förderprogramm werden nur dann bereitgestellt, wenn die Länder ihren jeweiligen Finanzierungsanteil rechtzeitig und verbindlich im Haushalt absichern. Erfolgt dies nicht, können die

Lfd. Nr. im Entwurf	Vor-schrift	vdek Stellungnahme
		Bundesmittel nicht ausgezahlt werden und Pflegeeinrichtungen in den betreffenden Ländern erhalten keine Förderung. Damit besteht das Risiko, dass die Digitalisierung der Pflege regional verzögert oder verhindert wird, wenn die erforderlichen Landesmittel nicht zur Verfügung gestellt werden. Diese Gefahr ist auch vor dem Hintergrund zu sehen, dass einige Länder ihrer Verantwortung für die Investitionskostenfinanzierung von Pflegeeinrichtungen bereits heute nur zurückhaltend nachkommen. Um die Kofinanzierung verbindlich sicherzustellen und die verfügbaren Bundesmittel vollständig für die Digitalisierung der Pflege nutzen zu können, sollte die vorgesehene Soll-Vorschrift zur Bereitstellung der Landesmittel in eine Muss-Vorschrift umgewandelt werden. Grundsätzlich bestehen aus dem Förderprogramm nach § 8 Absatz 7 und 8 SGB XI heraus bei den Kassen die entsprechenden Strukturen zur Antragsbearbeitung, auf die auch bei der Bearbeitung des neuen Förderprogramms (Sondervermögen) zurückgegriffen werden kann. Da von einem hohen Mittelabruf auszugehen ist und parallel die anderen Förderprogramme (ehem. § 8 Absatz 7 und 8) weiterbestehen, steigt der Aufwand enorm an. Wichtig ist in diesem Zusammenhang, dass den bearbeitenden Pflegekassen für die Übernahme eine erhöhte Verwaltungskostenerstattung gewährt wird. Bei der Bearbeitung von Förderanträgen handelt es sich nicht um Massen- bzw. Routinetätigkeiten, die sonst die Verwaltungsvorgänge der Pflegekassen prägen. Vielmehr wird eine Sonderaufgabe übernommen, bei der die Pflegekassen die Rolle eines Projektträgers einnehmen. Die Pauschale nach § 46 Absatz 3 SGB XI deckt hingegen lediglich die laufende Verwaltung der eigenen Versichertenleistungen, nicht die Förderadministration eines solchen gesonderten Programms. Eine marktübliche Größenordnung für die Verwaltungs- und Betreuungsleistung von Projektträgern liegt bei 5-10 Prozent des Fördervolumens. Diese Kosten begründen sich bspw. mit der erforderlichen Programmierung von Antragsportalen, spezifischem Personaleinsatz, Schulungen und Qualitätssicherung. Zudem sind insbesondere aufwendige Aufgaben im Zusammenhang mit Widersprüchen, Prüf- und Rückforderungsaufgaben sowie Durchsetzungs- bzw. Gerichtsverfahren auf Basis von § 46 Absatz 3 nicht abgedeckt und müssen daher bei der Projektträger-Vergütung eingerechnet werden. Aus Sicht des vdek sollten die Pflegekassen – welche hier freiwillig in die Rolle eines Projektträgers eintreten – hinsichtlich der betreffenden kleinteiligen Aufgaben mit einem Satz von neun Prozent vergütet werden.

Lfd. Nr. im Entwurf	Vor-schrift	vdek Stellungnahme
		Im Zusammenhang mit der Antragsbearbeitung stellt sich die Frage, ob ein Bescheid zu erstellen ist. Mit Urteil vom 18.06.2026 hat das Bundessozialgericht (BSG) entschieden, dass Erstattungsansprüche zugelassener Pflegeeinrichtungen im Zusammenhang mit dem Corona-Rettungsschirm von den Pflegekassen nicht per Verwaltungsakt abgelehnt werden durften. Das Verhältnis zwischen Pflegeeinrichtung und Pflegekasse sei ein Gleichordnungsverhältnis, und die Pflegekasse handele lediglich als Zahlstelle. Aus Sicht des vdek hat dieses Urteil auch Folgen für die Bewilligung oder Ablehnung von Förderanträgen nach § 11 Absatz 3 und Absatz 4 SGB XI durch die Pflegekassen. Der vdek weist darauf hin, dass für eine bundesweit einheitliche Verfahrensgestaltung diesbezüglich eine gesetzliche Klarstellung erfolgen muss. **Änderungsvorschlag** In Absatz 3 sollte eine Klarstellung aufgenommen werden, dass es sich um eine Fortsetzung des Förderprogramms nach § 8 Absatz 8 SGB XI handelt. Absatz 5 Satz 3 wird wie folgt geändert: „Die Länder ~~sollen~~ müssen insgesamt in Höhe von 25 Prozent der Fördersumme aus dem Sondervermögen kofinanzieren.“ In Absatz 6 wird folgender Satz 2 eingefügt: „Die zuständigen Pflegekassen erhalten abweichend von § 46 Absatz 3 SGB XI für ausgezahlten Fördermittel eine erhöhte Verwaltungskostenerstattung in Höhe von 9 Prozent.“
15	§ 14	**Bewertung** Die Ersatzkassen begrüßen die vorgesehene Konkretisierung der Wahrscheinlichkeitsprognose grundsätzlich, da Therapie-, Rehabilitations- und Präventionspotenziale stärker in die Begutachtung einbezogen und damit

Lfd. Nr. im Entwurf	Vor-schrift	vdek Stellungnahme
		vorhandene Fähigkeiten besser berücksichtigt werden können. Positiv ist zudem, dass die Anforderungen an die Prognose in den Begutachtungs-Richtlinien konkretisiert und nachvollziehbar im Gutachten begründet werden sollen. Es bleibt jedoch abzuwarten, ob die Neuregelung in der Begutachtungspraxis tatsächlich zu den erwarteten Effekten führt und entsprechende Versorgungsangebote zur Ausschöpfung der festgestellten Potenziale zur Verfügung stehen. **Änderungsvorschlag** Keiner.
16	§ 15	**Bewertung** Die Anpassung der Schwellenwerte an die wissenschaftlich hergeleiteten Empfehlungen bewertet der vdek grundsätzlich positiv. Es bleibt jedoch abzuwarten, ob die mit der Anhebung der Schwellenwerte prognostizierten Effekte auf die Entwicklung der Pflegeprävalenz tatsächlich in dem erwarteten Umfang eintreten. **Änderungsvorschlag** Keiner.
17	§ 17	**Bewertung** Wir befürworten die kontinuierliche Anpassung der Richtlinien zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit an aktuelle pflegefachliche und medizinische Erkenntnisse. Insbesondere die vorgesehene Berücksichtigung der Erkenntnisse aus dem MEET-Projekt unterstützt eine praxisorientierte und wissenschaftlich fundierte Weiterentwicklung des Begutachtungsverfahrens. (Die Pflegebegleitung selbst wird unter Nummer 8 gesondert bewertet. Der vdek sieht die im Gesetzentwurf vorgesehene konkrete Ausgestaltung der Pflegebegleitung kritisch.) **Änderungsvorschlag** Keiner.

Lfd. Nr. im Entwurf	Vor-schrift	vdek Stellungnahme
18	§ 18	**Bewertung** Eine Beratung dazu, ob im individuellen Fall Anhaltspunkte für das Vorliegen von Pflegebedürftigkeit bestehen, kann grundsätzlich ein sinnvoller Ansatz sein. Sie kann potenziellen Antragstellenden frühzeitig eine realistische Einschätzung zu den Erfolgsaussichten eines Antrags ermöglichen und zugleich dazu beitragen, die vorhandenen Begutachtungskapazitäten gezielter einzusetzen. Die Praxis wird allerdings zeigen müssen, ob eine solche Beratung von potenziellen Antragstellenden tatsächlich als hilfreiche Unterstützung wahrgenommen wird oder der Eindruck entsteht, dass damit vorrangig Anträge vermieden und Kosten eingespart werden sollen. Entscheidend ist daher eine transparente und ergebnisoffene Ausgestaltung der Beratung, bei der das Recht auf Antragstellung und Begutachtung uneingeschränkt gewahrt bleibt. Die vorgesehene Möglichkeit für Pflegeeinrichtungen, Wiederholungsbegutachtungen in den Fällen des § 87a Absatz 4 selbst zu veranlassen, wird grundsätzlich positiv bewertet. Insbesondere die unmittelbare Verknüpfung mit § 87a Absatz 4 erscheint sachgerecht und kann zu einer Vereinfachung und Beschleunigung des Verfahrens beitragen. Eine mögliche Rückstufung kann dabei auch zu einer, wenn auch voraussichtlich nur geringfügigen, Reduzierung der Ausgaben der Pflegeversicherung führen; insoweit wird auf die Bewertung zu § 87a Absatz 4 verwiesen. **Änderungsvorschlag** Keiner.
19	§ 18a	**Bewertung** Pflegebedürftige beziehungsweise ihre Angehörigen stellen bereits heute eine Vielzahl relevanter Unterlagen für die Begutachtung zur Verfügung. Diese werden teilweise dem Antrag bei der Pflegekasse beigefügt oder dem Medizinischen Dienst (MD) über digitale Übermittlungsportale bereitgestellt. In der Praxis kommt es jedoch vor, dass die Unterlagen den MD über beide Übermittlungswege nicht erreichen. Es ist daher fraglich, ob die mit der Neuregelung geschärfte Mitwirkungspflicht der Versicherten allein zu einer wesentlichen Verbesserung des Verfahrens führen wird. Zielführend wäre daher eine vom MD Bund bereitgestellte, bundesweit

Lfd. Nr. im Entwurf	Vor-schrift	vdek Stellungnahme
		einheitliche und niedrigschwellige digitale Lösung, über die Versicherte begutachtungsrelevante Unterlagen unmittelbar und sicher für das Begutachtungsverfahren zur Verfügung stellen können. **Änderungsvorschlag** § 18a wird um folgenden Absatz ergänzt: „Der Medizinische Dienst Bund stellt eine bundesweit einheitliche, niedrigschwellige digitale Lösung bereit, über die Versicherte und ihre Bevollmächtigten die für die Begutachtung erforderlichen Unterlagen sicher elektronisch übermitteln können. Die Lösung ist von den Medizinischen Diensten für die Durchführung der Begutachtung zu nutzen. Der Medizinische Dienst Bund stellt die Einhaltung der Anforderungen an Daten-schutz, Datensicherheit, Barrierefreiheit und Benutzerfreundlichkeit sicher.“
20	§ 18b	**Bewertung** Der vdek begrüßt die wissenschaftlich nachvollziehbaren Überlegungen zur stärkeren Berücksichtigung des Rehabilitationspotenzials im Rahmen der Pflegebegutachtung. In der praktischen Umsetzung ist jedoch zu berücksichtigen, dass eine Rehabilitation für pflegebedürftige Menschen mit erheblichen persönlichen und organisatorischen Herausforderungen verbunden sein kann und die Bereitschaft beziehungsweise Einsicht zur Durchführung einer Rehabilitation nicht vorausgesetzt werden kann. Zudem müssen gerade für diese Zielgruppe ausreichend verfügbare und an ihre besonderen Bedarfe angepasste Rehabilitationsangebote vor-handen sein. Ob die Neuregelung tatsächlich zu einer stärkeren Inanspruchnahme geeigneter Rehabilitati-onsmaßnahmen führt, bleibt daher abzuwarten. Die Konkretisierung und kontinuierliche Weiterentwicklung der neuen Gutachteninhalte durch den MD Bund wird begrüßt. Positiv ist insbesondere, dass dabei Erkenntnisse aus dem MEET-Projekt sowie Empfehlungen des Expertenbeirats berücksichtigt werden und zugleich der Fokus der Begutachtung weiterhin auf der Fest-stellung der Pflegebedürftigkeit liegen soll.

Lfd. Nr. im Entwurf	Vor-schrift	vdek Stellungnahme
		Die Möglichkeit, relevante Erkenntnisse aus dem Pflegegutachten für die weitere Beratung und Unterstützung der Pflegebedürftigen nutzbar zu machen, ist grundsätzlich nachvollziehbar. Ebenso sachgerecht ist, dass die Übermittlung an die für die Pflegebegleitung zuständige Stelle an die Einwilligung der pflegebedürftigen Person gebunden ist und aus einer fehlenden Einwilligung keine unmittelbaren Nachteile entstehen dürfen. Für eine stärkere Strukturierung sollten die Begutachtungsrichtlinien im Sinne des § 18b SGB XI einen bundesweit einheitlichen Gutachtenabschnitt vorsehen, aus dem die für die Pflegebegleitung relevanten Beratungs- und Handlungsbedarfe eindeutig hervorgehen. Kritisch ist jedoch, dass ein Widerspruch gegen die Weitergabe Auswirkungen auf die Ausgestaltung und Qualität der Pflegebegleitung haben kann, da wesentliche Erkenntnisse aus der Begutachtung nicht zur Verfügung stehen. Zudem sollte die Übermittlung der erforderlichen Informationen nicht unmittelbar durch den MD, sondern durch die Pflegekasse erfolgen. Die Pflegekasse stellt auf Grundlage des Gutachtens zunächst die Pflegebedürftigkeit fest und sollte erst anschließend die für die Pflegebegleitung erforderlichen Informationen weiterleiten. Dies stellt insbesondere sicher, dass Gutachten in Fällen, in denen keine Pflegebedürftigkeit festgestellt wird, nicht an die für die Pflegebegleitung zuständige Stelle übermittelt werden. Darüber hinaus ist zu berücksichtigen, dass gegen die Entscheidung der Pflegekasse Widerspruch eingelegt werden kann und die Feststellung der Pflegebedürftigkeit damit noch nicht abschließend geklärt sein kann. Aus diesem Grund ist die gesetzlich vorgesehene direkte Übermittlung der für die Pflegebegleitung erforderlichen Informationen durch den MD an die zuständige Stelle zu streichen. Die Weitergabe sollte ausschließlich durch die Pflegekasse erfolgen, nachdem diese auf Grundlage des Gutachtens über das Vorliegen von Pflegebedürftigkeit entschieden hat. Für die Übermittlung ist ein standardisierter, sicherer und bundesweit einheitlicher digitaler Datenweg zwischen Medizinischem Dienst, Pflegekasse und zuständiger Pflegebegleitung zu definieren. **Änderungsvorschlag** Absatz 4 Satz 2 wird durch folgenden Satz ersetzt: „Zur Ermöglichung der Pflegebegleitung übermittelt die Pflegekasse ab dem 01.01.2029 bei Antragstellungen nach § 33 Absatz 1 nach Feststellung der Pflegebedürftigkeit die dafür erforderlichen Informationen des Gutachtens mit Einwilligung des Pflegebedürftigen in gesicherter elektronischer Form an die für die

Lfd. Nr. im Entwurf	Vor-schrift	vdek Stellungnahme
		Pflegebegleitung zuständige Stelle. Der GKV-Spitzenverband regelt in Richtlinien das Verfahren für einen standardisierten, sicheren und bundesweit einheitlichen digitalen Datenweg zwischen Medizinischem Dienst, Pflegekasse und zuständiger Pflegebegleitung.“
21	§ 18c	**Bewertung** Die vorgesehene Anpassung wird grundsätzlich begrüßt. Damit werden Forderungen der Ersatzkassen nach einer Klarstellung zugunsten der Pflegekassen zumindest in Ansätzen aufgegriffen. Zugleich macht die Anpassung deutlich, dass Verzögerungen im Begutachtungs- und Feststellungsverfahren nicht allein von den Pflegekassen zu verantworten sind, sondern ihre Ursachen insbesondere auch in Verfahrensschritten und Verantwortungsbereichen anderer beteiligter Akteure haben können. Vor diesem Hintergrund greift eine Regelung, die Rechtsfolgen einer Fristüberschreitung einseitig den Pflegekassen zuordnet, weiterhin zu kurz. § 18c SGB XI sollte daher vollständig gestrichen werden. Eine Sanktionierung der Pflegekassen ist insbesondere dann nicht sachgerecht, wenn sie die für die fristgerechte Entscheidung erforderlichen Verfahrensschritte nicht vollständig selbst steuern können. Diese Bewertung wird durch die vorgesehene Übergangsregelung in § 142b Absatz 3 SGB XI zusätzlich gestützt. Der Gesetzgeber erkennt damit selbst an, dass ein erhöhtes Begutachtungsaufkommen infolge der Anpassung der Schwellenwerte zum 01.01.2027 eine fristgerechte Bescheiderteilung durch die Pflegekassen erschweren kann. Die vorgesehene zeitweise Aussetzung der 25-Arbeitstage-Frist trägt dem Umstand Rechnung, dass Verzögerungen insbesondere durch ein erhöhtes Begutachtungsaufkommen entstehen können und damit nicht zwingend im Verantwortungsbereich der Pflegekassen liegen. Es erscheint widersprüchlich, einerseits gesetzlich anzuerkennen, dass externe beziehungsweise von den Pflegekassen nicht vollständig steuerbare Faktoren die Einhaltung der Entscheidungsfrist beeinträchtigen können, andererseits aber an einer Regelung festzuhalten, die die Konsequenzen einer Fristüberschreitung den Pflegekassen zurechnet. Die Regelungen in § 142b Absatz 3 unterstreichen vielmehr die Notwendigkeit, die Verantwortlichkeiten im gesamten Begutachtungs- und Entscheidungsverfahren sachgerecht abzubilden.

Lfd. Nr. im Entwurf	Vor-schrift	vdek Stellungnahme
		Aus Sicht der Ersatzkassen sollte die vorgesehene Anpassung daher nicht bei einer punktuellen Klarstellung stehen bleiben. Konsequenterweise ist § 18c SGB XI insgesamt zu streichen. Die Übergangsregelung des § 142b Absatz 3 bestätigt zusätzlich, dass starre Frist- und Sanktionsregelungen der tatsächlichen Aufgaben- und Verantwortungsverteilung im Verfahren nicht hinreichend Rechnung tragen. **Änderungsvorschlag** Absatz 5 wird gestrichen. Absatz 6 wird zu Absatz 5.
22	§ 18f	**Bewertung** Der vdek begrüßt die Einrichtung eines dauerhaft arbeitenden Beirats. Da Änderungen des Begutachtungsinstruments und des Begutachtungsverfahrens unmittelbare Auswirkungen auf die Leistungsgewährung der Pflegekassen haben, sollte neben dem MD Bund und dem BMG auch der GKV-Spitzenverband (GKV-SV) gleichberechtigt eingebunden werden. Zudem ist die Ansiedlung der Geschäftsstelle beim MD Bund nicht nachvollziehbar. Zur Wahrung der Unabhängigkeit des Beirats sollte die Geschäftsstelle beim Bundesministerium für Gesundheit verortet werden. Die dem MD Bund eingeräumten Rechte und Berichtspflichten des Beirats sollten gleichermaßen gegenüber dem GKV-SV gelten. Daneben darf der Auftrag des Beirats nicht auf eine reine Begleitung des Status quo beschränkt bleiben. Mit Blick auf die angekündigte Strukturreform und die bestehenden Herausforderungen der SPV sollte der Gesetzgeber den Beirat verpflichten, kurzfristig erste Ergebnisse vorzulegen. **Änderungsvorschlag** Die Weiterentwicklung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs, des Begutachtungsinstruments und des Begutachtungsverfahrens betrifft unmittelbar den Zugang zu Leistungen der Pflegeversicherung und hat erhebliche Auswirkungen auf die Leistungsausgaben der Pflegekassen sowie auf die Durchführung der Begutachtungen. Vor diesem Hintergrund sollte der Beirat durch das Bundesministerium für Gesundheit eingesetzt werden und seine Arbeit sowohl eigeninitiativ als auch auf Anregung des MD Bund, des GKV-SV und des BMG aufnehmen können.

Lfd. Nr. im Entwurf	Vor-schrift	vdek Stellungnahme
		Der Beirat sollte alle drei Institutionen bei der Weiterentwicklung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs, des Begutachtungsinstruments und des Begutachtungsverfahrens beraten und ihnen entsprechende Empfehlungen unterbreiten. Ebenso sollten seine Berichts- und Informationspflichten nicht ausschließlich gegenüber dem MD Bund und dem BMG, sondern gleichermaßen gegenüber dem GKV-SV bestehen. Damit würde der Bedeutung des GKV-SV für die Leistungsgewährung der Pflegeversicherung und einer ausgewogenen Beteiligung der maßgeblichen Akteure Rechnung getragen. Der Beirat wird beauftragt, bis zum 31.12.2027 eine belastbare Bewertung des bestehenden Pflegebedürftigkeitsbegriffs sowie konkrete Empfehlungen für dessen Weiterentwicklung vorzulegen. Ergänzend sollte der Beirat hierbei auch die Auswirkungen von Änderungen des Begutachtungsinstruments auf Prävention, Rehabilitation und die Pflegebegleitung berücksichtigen, da diese Bereiche künftig enger mit den Ergebnissen der Begutachtung verknüpft werden.
25	§ 30	**Bewertung** Die Ersatzkassen befürworten die Regelung. Damit wird eine vom vdek geforderte Maßnahme umgesetzt, die geeignet ist, der schleichenden „Entwertung“ der SPV-Leistungen entgegenzuwirken. Die Umsetzung der jeweiligen Steigerungen zum Jahreswechsel ist sachgerecht. Im Bereich der vollstationären Pflege ist die jährliche Dynamisierung bei der Bestimmung der Pflegesätze herausfordernd, da mit erhöhten Leistungsbeträgen auch der Eirichtungseinheitliche Eigenanteil (EEE) innerhalb der einzelnen Einrichtungen (gleichmäßig) abgesenkt werden muss. Da die Laufzeiten der Vereinbarungen teilweise über den Jahreswechsel hinauslaufen, kann der ab Jahreswechsel geltende EEE nur bestimmt werden, wenn Kenntnis über die neuen Leistungsbeträge besteht. Sofern die ab Jahreswechsel geltenden Leistungsbeträge zum Verhandlungszeitpunkt noch nicht feststehen, müssen die Vereinbarungen zum Jahreswechsel übergeleitet werden.

Lfd. Nr. im Entwurf	Vor-schrift	vdek Stellungnahme
		Da auch für weitere Prozesse (Versicherteninformation, Systemanpassungen) Vorlaufzeiten benötigt werden, schlagen wir eine frühzeitige Bekanntgabe der neuen Leistungsbeträge zu Ende März vor. Dies sollte auch praktisch umsetzbar sein, da das Statistische Bundesamt (Destatis) die Verbraucherpreise monatlich für den jeweils vorangehenden Monat veröffentlicht. Somit verbleiben jeweils neun Monate als Vorlaufzeit. **Änderungsvorschlag** § 30 Absatz 2 wird um folgenden Satz 2 ergänzt: „Die Bekanntgabe erfolgt bis Ende März.“
26	§ 33	**Bewertung** Der vdek unterstützt die Neuausrichtung des § 33 SGB XI. Sie trägt dem Umstand Rechnung, dass Pflegebedürftigkeit nicht in jedem Fall ein dauerhaft unveränderlicher Zustand ist. Durch eine stärker prognoseorientierte Befristung können insbesondere Therapie-, Rehabilitations- und Präventionspotenziale besser berücksichtigt werden. Damit wird der Grundsatz „Reha vor Pflege“ konsequenter mit der Leistungsgewährung der Pflegeversicherung verknüpft: Pflegeleistungen sichern den notwendigen Unterstützungsbedarf, sollen aber dort, wo eine Verbesserung der Selbstständigkeit realistisch ist, nicht automatisch zu einer dauerhaften Leistungszuordnung führen. Die Neuregelung schafft damit einen sinnvolleren Ausgleich zwischen verlässlicher Absicherung Pflegebedürftiger und dem Ziel, Selbstständigkeit möglichst lange zu erhalten oder wiederherzustellen. **Änderungsvorschlag** Keiner.
27	§ 34	**Bewertung** Die Weiterzahlung des Pflegegeldes bzw. anteiligen Pflegegeldes für bis zu acht Wochen während eines stationären Aufenthalts in einem Kinder- und Jugendhospiz wird ausdrücklich begrüßt. Sie geht auf eine Initiative der Ersatzkassen zurück. Die Regelung trägt der besonderen Situation der betroffenen Familien

Lfd. Nr. im Entwurf	Vor-schrift	vdek Stellungnahme
		Rechnung, da die Eltern ihre Kinder regelmäßig in das Hospiz begleiten und weiterhin in die Pflege eingebunden bleiben. Die damit verbundene finanzielle Entlastung und Gleichstellung mit der vollstationären Krankenhausbehandlung sowie stationären Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen ist sachgerecht. Wir begrüßen ebenfalls, dass die Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen nach §§ 44 und 44a SGB XI während der ersten acht Wochen des Hospizaufenthalts nicht ruhen. Dies ist eine folgerichtige Ergänzung der unter Buchstabe a vorgesehenen Weiterzahlung des Pflegegeldes und berücksichtigt die fortbestehende Pflegesituation der Angehörigen. **Änderungsvorschlag** Keiner.
28	§ 35b	**Bewertung** Grundsätzlich begrüßt der vdek die Regelung zur Abtretung von Kostenerstattungsansprüchen. Zu beachten ist jedoch, dass die Einholung der Abtretungserklärung bislang überwiegend durch den Leistungserbringer – meist im Zusammenhang mit Vertragsschluss – verantwortet wird. Sie konnte somit durch den Leistungserbringer im Zuge seiner Abrechnung bei der Pflegekasse eingereicht werden. Nunmehr ist der Pflegebedürftige in der Verantwortung, die Abtretung bei seiner Pflegekasse einzureichen. Auch bislang ersetzt eine elektronische Form die Schriftform, wenn sie mit einer qualifizierten elektronischen Signatur (QES) versehen ist (§ 126a BGB). Da der Kontext zur Schriftform auch bei der Neuregelung erhalten bleibt, ist es aus Sicht des vdek nicht ausreichend, ausschließlich in der Begründung zu bestimmen, dass eine Anzeige per E-Mail genügt. Sofern durch den Gesetzgeber tatsächliche eine Abtretungserklärung per E-Mail (anstelle der Unterschrift oder QES) erlaubt werden soll, sollte dies direkt im Gesetzestext klargestellt werden.

Lfd. Nr. im Entwurf	Vor-schrift	vdek Stellungnahme
		Die in Absatz 4 vorgesehene Anzeigepflicht der Pflegekassen gegenüber den Pflegebedürftigen soll Transparenz über das verbleibende Budget schaffen. Diese Vorschrift baut Bürokratie für die Pflegekassen auf und bietet insbesondere nicht den vom Gesetzgeber aufgezeigten Mehrwert für die Leistungen nach §§ 40a und 45b. Es handelt sich bei den Leistungen um monatliche Leistungsbeträge, die nicht auf Folgemonate übertragbar sind. Die Regelung ist daher zu streichen. **Änderungsvorschlag** Absatz 2 wird um folgenden Satz 2 ergänzt: „Die elektronische Anzeige schließt die Anzeige über ein Online-Portal der Pflegekassen oder per E-Mail ein." Absatz 4 wird gestrichen.
29	§ 36	**Bewertung** Der vdek unterstützt die Einführung des Sachleistungsbudgets grundsätzlich. Der flexible finanzielle Rahmen stärkt Wahlfreiheit und Selbstbestimmung der Pflegebedürftigen und ermöglicht es ihnen, Pflege und Unterstützung stärker am individuellen Bedarf auszurichten. Die größere Eigensteuerung ist ein wesentlicher Vorteil. Sie gibt den Pflegebedürftigen mehr Entscheidungsfreiheit und zugleich mehr Verantwortungsübernahme. Eine verständliche und bedarfsgerechte Informationsaufbereitung gewinnt daher zusätzlich an Bedeutung. Gleichzeitig kann die größere Flexibilität zu einer höheren Inanspruchnahme von Leistungen und damit zu steigenden Leistungsausgaben führen. Die Erfahrungen mit der Flexibilisierung von Verhinderungs- und Kurzzeitpflege zeigen, dass eine stärkere Budgetorientierung nicht allein zu einer Vereinfachung führt, sondern auch das Leistungsvolumen beeinflussen kann. Insofern besteht ein Spannungsfeld zwischen der gewünschten Stärkung der Selbstbestimmung und einer möglichen Mengenausweitung. Die Entwicklung der Inanspruchnahme, der Leistungsausgaben und der tatsächlichen Bedarfsdeckung sollte daher eng begleitet und evaluiert werden. **Änderungsvorschlag** Keiner.

Lfd. Nr. im Entwurf	Vor-schrift	vdek Stellungnahme
30	§ 37	**Bewertung** Die Neuregelung wird grundsätzlich begrüßt. Die Beibehaltung des bekannten Begriffs „Pflegegeld“ und dessen Einbindung in die Logik des Entlastungsbudgets verbindet die angestrebte Flexibilisierung des Leistungsrechts mit einer für Pflegebedürftige vertrauten Leistungsbezeichnung. Der erweiterte finanzielle Rahmen stärkt die Möglichkeiten, die häusliche Pflege entsprechend dem individuellen Unterstützungsbedarf selbst zu gestalten. Dass die im Referentenentwurf vorgesehene Halbierung der Leistung für die Pflegegrade 2 und 3 in den ersten drei Monaten entfällt und zusätzliche Beratungsangebote zu Beginn der Pflegebedürftigkeit vorgesehen werden, ist insgesamt im Sinne der Pflegebedürftigen, da sie den Leistungszugang beibehalten und die individuelle Gestaltung der Pflege stärken. Gleichzeitig ist zu befürchten, dass die zur Verfügung stehenden Leistungen zusätzliche Ausgaben erzeugen und damit dem mit dem Gesetz verfolgten Ziel einer Stabilisierung der Finanzsituation der SPV entgegenstehen. Die Entwicklung der Inanspruchnahme und der daraus resultierenden Leistungsausgaben sollte daher eng beobachtet werden. Bewertet werden sollte im Rahmen eines solchen Monitorings auch die aktuelle Ausgestaltung, wonach zusätzliche Beratungsangebote in Pflegegrad 4 und 5 bei erstmaligem Erhalt eines Pflegegrades nicht im gleichen Umfang wie in den Pflegegraden 2 und 3 angeboten werden. **Änderungsvorschlag** Keiner.
33	§ 40	**Bewertung** Der vdek begrüßt die Neuregelung. Sie folgt konsequent dem Ansatz der neuen Budgetsystematik, indem zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel in das Sachleistungsbudget bzw. das Entlastungsbudget integriert werden. Für die Pflegebedürftigen bleibt die Leistung damit erhalten, während die Mittel künftig flexibler eingesetzt werden können. Positiv ist zudem, dass durch die Integration in die Budgets die bislang erforderlichen Verwaltungs- und Abrechnungsprozesse für eine eigenständige Leistung zum Verbrauch bestimmter Pflegehilfsmittel entfallen. Dies trägt zum Bürokratieabbau bei und vereinfacht die Leistungsgewährung sowohl für Pflegebedürftige als auch für die Pflegekassen.

Lfd. Nr. im Entwurf	Vor-schrift	vdek Stellungnahme
		Änderungsvorschlag Keiner.
37	§ 42	**Bewertung** Mit dem PNOG soll die pflegerische Versorgung in akuten Notsituationen verbessert werden. Dafür sind ab 2028 Akut-Kurzzeitpflegeplätze vorgesehen, die bei einem plötzlich eintretenden Pflegebedarf oder dem ungeplanten Ausfall der häuslichen Pflegeperson kurzfristig zur Verfügung stehen sollen. Die bestehende Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI deckt bereits heute Situationen ab, in denen die häusliche Pflege vorübergehend nicht, noch nicht oder nicht ausreichend sichergestellt werden kann. Dazu gehören neben der Überbrückung nach einem Krankenhausaufenthalt ausdrücklich auch sonstige Krisensituationen. Eine zusätzliche Leistungsform ist deshalb nicht erforderlich. Entscheidend ist vielmehr, die vorhandenen Versorgungsangebote so weiterzuentwickeln, dass sie auch kurzfristig und bei ungeplantem Bedarf genutzt werden können. **Änderungsvorschlag** In Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 werden die Wörter „pflegerischen Akutsituationen oder" gestrichen. Absatz 4 wird gestrichen.
40	§ 44	**Bewertung** Mit dem Flexirentengesetz wurde die Möglichkeit geschaffen, dass auch Altersvollrentner eine Teilrente wählen konnten. Dies führte aber auch zu der unbeabsichtigten Gestaltungsmöglichkeit, dass für Pflegepersonen mit einer Teilrente von bis zu 99 Prozent der Altersvollrente (also Verzicht ab einem Prozent) weiterhin Beiträge zur Rentenversicherung von den Pflegekassen zu zahlen waren.

Lfd. Nr. im Entwurf	Vor-schrift	vdek Stellungnahme
		Jetzt wird klargestellt, dass für Pflegepersonen, die eine Rente wegen Alters beziehen, die Beiträge zur Rentenversicherung bis zum Ablauf des Monats gezahlt werden, in dem die Regelaltersgrenze erreicht wird. Diese Regelung wird vom vdek unterstützt. **Änderungsvorschlag** Keiner.
41	§§ 45a und 45b	**Bewertung** Der vdek bewertet die Neustrukturierung der Angebote zur Unterstützung im Alltag grundsätzlich positiv. Die klarere Abgrenzung zwischen niedrigschwelligen Angeboten, Nachbarschaftshilfe und professionellen Anbietern kann zu mehr Transparenz und einer besseren Steuerung der Leistungsinanspruchnahme beitragen. Positiv hervorzuheben ist insbesondere die beabsichtigte bundeseinheitliche Ausgestaltung der Anerkennung von Nachbarschaftshilfen. Dies kann zu mehr Rechtsklarheit und vergleichbareren Rahmenbedingungen für Versicherte und Leistungserbringer führen. Bislang erfolgt die Anerkennung der Angebote nach § 45a SGB XI auf Grundlage landesrechtlicher Regelungen. Die zuständigen Stellen, die konkreten Anforderungen und die Verwaltungsverfahren unterscheiden sich zwischen den Ländern. Teilweise sind dafür Landesbehörden zuständig. Die vorgesehene Regelung sieht eine stärkere Einbeziehung der Pflegekassen in die Anerkennung vor – insbesondere bei der Nachbarschaftshilfe – dies führt allerdings zu einer neuen Verwaltungszuständigkeit, die den bürokratischen Aufwand im Ergebnis eher erhöhen dürften, d. h. zu einem steigenden organisatorischen Aufwand für die Anbieter und der Pflegekassen führen dürften. Das steht dem eigentlichen Gedanken der Niedrigschwelligkeit und Entbürokratisierung entgegen. Damit stellt sich die grundsätzliche Frage, ob eine bundeseinheitliche Anerkennung tatsächlich über zahlreiche dezentrale Verfahren erreicht werden soll oder ob eine zentrale Anerkennungsstelle zweckmäßiger wäre.

Lfd. Nr. im Entwurf	Vor-schrift	vdek Stellungnahme
		Die Einführung eines Sozialraumbudgets befürwortet der vdek ebenfalls. Budgetlösungen ermöglichen einen flexibleren und bedarfsorientierteren Einsatz der verfügbaren Mittel und schaffen eine klarere Zuordnung der Leistungen zu unterschiedlichen Leistungsbereichen. Gleichzeitig führt die Budgetsystematik zu einer stärkeren Verantwortung der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen bei der Auswahl und Organisation geeigneter Unterstützungsangebote. Daraus kann insbesondere in komplexen Versorgungssituationen ein zusätzlicher Beratungsbedarf entstehen, sodass einer verlässlichen Beratung und Begleitung weiterhin große Bedeutung zukommt. Kritisch sehen wir, dass das Sozialraumbudget abweichend von der bisherigen Ausgestaltung nicht mehr für Leistungen der Tages- und Nachtpflege, der Kurzzeitpflege oder ambulanter Pflegedienste eingesetzt werden kann. Hierdurch ergeben sich die vom Gesetzgeber angestrebten Ausgabenbegrenzungen. Es bleibt aber abzuwarten, wie sich die Einschränkung der Verwendungsmöglichkeiten auf die Versorgungspraxis auswirkt und ob hierdurch Versorgungslücken entstehen. Mit Blick auf ambulante Pflegedienste ist zudem zu berücksichtigen, dass Leistungen künftig gegebenenfalls über rechtlich eigenständige Organisationen erbracht und als Angebote zur Unterstützung im Alltag nach Landesrecht anerkannt werden könnten. Dies würde zusätzliche Verwaltungs- und Nachweisverfahren auslösen und könnte den angestrebten Bürokratieabbau teilweise konterkarieren. Der Gesetzesentwurf lässt offen, ob Pflegebedürftigen die nicht verbrauchten Mittel des Entlastungsbetrags nach § 45b im ersten Halbjahr 2027 gemäß § 45b Absatz 1 Satz 5 noch zur Verfügung stehen, da der Entlastungsbetrag mit Einführung des Sozialraumbudgets ab 2027 nicht fortbesteht. Ein Übertrag von Restbudgets aus 2026 würde faktisch eine Vermischung alten und neuen Rechts bedeuten. Eine technische Umsetzung einer solchen Regelung ist nicht möglich. Es ist daher unbedingt zu regeln, dass der Entlastungsbetrag am 31.12.2026 mit seinem vollständigen Inhalt und Ansprüchen endet.

Lfd. Nr. im Entwurf	Vor-schrift	vdek Stellungnahme
		Änderungsvorschlag Zur Sicherstellung einer bundesweit einheitlichen Anerkennungspraxis sollte die Einrichtung einer zentralen Anerkennungsstelle geprüft werden. Diese könnte entweder im Geschäftsbereich des BMG oder beim GKV-SV angesiedelt werden und die Anerkennung nach bundeseinheitlichen Kriterien und Verfahrensvorgaben durchführen. Eine solche Lösung könnte zu einer höheren Rechts- und Planungssicherheit beitragen und Unterschiede zwischen den Ländern reduzieren. Ergänzt werden muss eine gesetzliche Klarstellung, dass nicht verbrauchte Mittel des Entlastungsbetrags nach § 45b (alt) nicht ins erste Halbjahr 2027 übertragen / verwandt werden können, sondern der bisherige Entlastungsbetrag am 31.12.2026 mit seinem vollständigen Inhalt und Ansprüchen endet.
42	§ 45c	**Bewertung** Die Regelung ist systematisch folgerichtig und fügt sich in die mit dem Gesetz verfolgte Neuausrichtung hin zu einer stärkeren Nutzung niedrigschwelliger Unterstützungsangebote und des Sozialraumbudgets ein. Die Ausweitung der Fördermöglichkeiten sowie die Einführung einer dauerhaften Förderung tragen dem Umstand Rechnung, dass die bestehenden Angebots- und Unterstützungsstrukturen derzeit vielfach nicht ausreichen, um den vorgesehenen Ausbau der Angebote zur Unterstützung im Alltag flächendeckend sicherzustellen. Positiv bewertet der vdek, dass neben dem Auf- und Ausbau künftig auch die dauerhafte Unterstützung bestehender Angebote und unterstützender Strukturen gefördert werden kann. Dies kann zur Stabilisierung, Qualitätssicherung und Vernetzung der Angebote beitragen. Ebenso ist die vorgesehene Kofinanzierung durch Länder und Kommunen sachgerecht, da die Entwicklung entsprechender Unterstützungsstrukturen eine gemeinsame Aufgabe verschiedener Akteure darstellt. Fraglich bleibt jedoch, ob die vorgesehenen Fördermittel tatsächlich ausreichen, um den mit der Einführung des Sozialraumbudgets angestrebten Ausbau der Angebote zur Unterstützung im Alltag zu erreichen. Die Regelung geht selbst davon aus, dass zusätzliche Angebotsstrukturen geschaffen und bestehende Angebote

Lfd. Nr. im Entwurf	Vor-schrift	vdek Stellungnahme
		weiterentwickelt werden müssen. Vor diesem Hintergrund wird entscheidend sein, ob die bereitgestellten Mittel sowie die Beteiligung von Ländern und Kommunen ausreichend sind, um den Aufbau und die dauerhafte Sicherung der erforderlichen Strukturen in der Praxis zu gewährleisten. **Änderungsvorschlag** Keiner.
46	§ 46	**Bewertung** Der vdek lehnt die Änderung ab. Die Kürzung der Verwaltungskostenerstattung führt zwar bei den Pflegekassen zu geringeren Verwaltungskosten, aber auf der anderen Seite zu einer weiteren Deckelung der Verwaltungskosten der Krankenkassen. Durch das GKV-BStabG werden die Verwaltungskosten der Krankenkassen ab dem Jahr 2027 bereits auf die Höhe der Grundlohnrate begrenzt. Mit den Änderungsanträgen zum Gesetz zur Reform der Notfallversorgung wird die Deckelung der Verwaltungskosten für das Jahr 2027 weiter verschärft, indem die Begrenzung auf die Grundlohnsumme um den Abzug um einen Prozentpunkt erweitert wird. Wenn nun die Verwaltungskostenerstattung der Pflegekassen an die Krankenkassen reduziert wird, führt dies zu einer noch höheren Deckelung der Verwaltungskosten der Krankenkassen. Angesichts stetig wachsender Aufgaben und eines erheblichen Investitionsbedarfs, insbesondere im Bereich der Digitalisierung, stellen die bereits bestehenden Vorgaben die Krankenkassen vor erhebliche Herausforderungen. Eine weitere Absenkung des Verwaltungskostendeckels würde die Handlungsspielräume der Krankenkassen dauerhaft weiter einschränken. **Änderungsvorschlag** Streichung der Regelung.

Lfd. Nr. im Entwurf	Vor-schrift	vdek Stellungnahme
47	§ 53e	**Bewertung** Der vdek begrüßt die Einrichtung einer zentralen Stelle beim MD Bund zur bundesweiten Zusammenführung, Auswertung und Bereitstellung der Ergebnisse aus den Pflegebegutachtungen und den Qualitätsprüfungen. Die gewonnenen Erkenntnisse können u. a. zur sachgerechten Weiterentwicklung der jeweiligen Verfahren beitragen. Die Daten zu den Qualitätsprüfungen sollten über die dafür eigens eingerichtete Daten- und Kommunikationsplattform (DaKo) gemäß § 114 Absatz 1a SGB XI (BEEP) den Beteiligten zur Verfügung gestellt werden, um Doppelstrukturen im Sinne der Entbürokratisierung zu vermeiden. **Änderungsvorschlag** Absatz 5 wird um folgenden Satz 3 ergänzt: „Die Ergebnisse der Datenauswertungen zu den Qualitätsprüfungen sind über die Daten- und Kommunikationsplattform gemäß § 114 Absatz 1a SGB XI bereitzustellen.”
48	§ 55	**Bewertung** Die Angleichung der Beitragsbemessungsgrenzen von SPV und GKV ist aus Sicht des vdek folgerichtig. Die massive Erhöhung des Kinderlosenzuschlags bewerten wir dagegen kritisch. Sie führt zwar zu hohen Mehreinnahmen in der SPV, aber auch zu einer beachtlichen Zusatzbelastung von Mitgliedern ohne Kinder. Somit stellt die Erhöhung des Kinderlosenzuschlags eigentlich eine Beitragssatzerhöhung dar, die Arbeitgeber:innen ausnimmt und sich nicht in der Sozialabgabenquote niederschlägt. **Änderungsvorschlag** Keiner.
49	§ 61a	**Bewertung** Der Bund leistet seit 2022 zur pauschalen Beteiligung an den Aufwendungen der SPV einen Betrag von jährlich einer Milliarde Euro. Dieser Bundeszuschuss wurde zur Haushaltskonsolidierung bereits 2023 für die Jahre 2024 und 2027 ausgesetzt. Nun soll der Bundeshaushalt um ein weiteres Jahr ausgesetzt werden und

Lfd. Nr. im Entwurf	Vor-schrift	vdek Stellungnahme
		anschließend ein weiteres Jahr um die Hälfte reduziert werden. Es ist nicht sachgerecht, wenn sich der Bund seiner Verantwortung nicht stellt und die gesetzlich vorgesehen pauschale Beteiligung des Bundes an der SPV aufgrund seiner Haushaltskonsolidierung weiter aussetzt. Auch die vorgesehene Änderung der Darlehensfristen verschafft lediglich mehr Zeit, führt aber nicht zur gewünschten Beitragssatzstabilität der SPV, da die Darlehen noch immer zurückgezahlt werden müssen. **Änderungsvorschlag** Absatz 1 Satz 2 wird gestrichen. Der Bundeszuschuss wird ab dem Jahr 2028 wieder in voller Höhe bezahlt. Die Darlehen gemäß Absatz 2 werden der SPV erlassen.
53	§ 69	**Bewertung** Der vdek lehnt den erweiterten Sicherstellungsauftrag ab. Die Regelung setzt auf den Aufbau zusätzlicher Strukturen und Verantwortlichkeiten, obwohl bereits heute vielfältige Beratungs-, Unterstützungs- und Vernetzungsangebote bestehen. Aus Sicht der Pflegeversicherung sollte vorrangig geprüft werden, wie bestehende Strukturen effizienter genutzt und besser miteinander verzahnt werden können, anstatt neue Organisations- und Steuerungsebenen zu schaffen. Zudem besteht die Gefahr, dass die mit der Regelung verbundenen Erwartungen an eine flächendeckende Koordination und Sicherstellung der Versorgung aufgrund des Fachkräftemangels und regional unterschiedlich ausgeprägter Angebotsstrukturen nicht erfüllt werden können. Die Ausweitung des Sicherstellungsauftrags allein schafft keine zusätzlichen Versorgungsressourcen. Es ist daher fraglich, ob die angestrebten Verbesserungen in der Versorgungspraxis tatsächlich erreicht werden können. **Änderungsvorschlag** Der nach Absatz 1 neu eingefügte Absatz 1a wird gestrichen.

Lfd. Nr. im Entwurf	Vor-schrift	vdek Stellungnahme
54	§ 72	**Bewertung** Der vdek begrüßt die Änderungen. Die vorgesehene Klarstellung zum Anspruch auf Abschluss eines Gesamtversorgungsvertrags stärkt die Rechts- und Planungssicherheit der Pflegeeinrichtungen und kann den Ausbau bedarfsgerechter Versorgungsangebote unterstützen. Positiv zu bewerten sind zudem die Anpassungen im Bereich der tariforientierten Bezahlung. Die Möglichkeit, mit Zustimmung der Beschäftigten bestimmte Entgeltbestandteile, beispielsweise Beiträge zur betrieblichen Altersvorsorge, als Bestandteil der Entlohnung zu berücksichtigen, schafft zusätzliche Flexibilität. Ebenso ist die Ablösung der starren Dreimonatsfrist für die Umsetzung von Entlohnungssteigerungen sachgerecht. Die Verknüpfung der Anpassungspflicht mit dem Abschluss der nächsten Vergütungsvereinbarung ermöglicht eine bessere Synchronisierung von Entlohnungsanpassungen und deren Refinanzierung. Dadurch können unnötige Belastungen im Vergütungsverfahren vermieden und die Verhandlungen wieder gleichmäßiger über das Jahr verteilt werden. **Änderungsvorschlag** Keiner.
55	§ 73a	**Bewertung** Die Zielsetzung, durch eine stärkere regionale Differenzierung der Daten Versorgungsbedarfe und Strukturentwicklungen vor Ort besser analysieren und steuern zu können, ist aus Sicht des vdek grundsätzlich nachvollziehbar. Eine verbesserte Datengrundlage kann dazu beitragen, regionale Unterschiede in der Versorgung sichtbar zu machen und den Ausbau bedarfsgerechter Unterstützungsstrukturen gezielter zu fördern. Bisher ist jedoch nicht ausreichend belegt, ob der zusätzliche Erkenntnisgewinn den hierfür erforderlichen Erhebungs-, Auswertungs- und Verwaltungsaufwand rechtfertigt. Die Erhebung regional differenzierter Daten führt regelmäßig zu zusätzlichen Dokumentations- und Auswertungspflichten bei den beteiligten Akteuren. Zudem bleibt offen, in welchem Umfang die gewonnenen Erkenntnisse tatsächlich in konkrete Steuerungsentscheidungen und Versorgungsverbesserungen überführt werden können.

Lfd. Nr. im Entwurf	Vor-schrift	vdek Stellungnahme
		Die geplante wissenschaftliche Begleitung und Evaluation verdeutlicht, dass die Wirksamkeit des Instruments und der tatsächliche Nutzen der zusätzlichen Datenerhebung tatsächlich noch nicht gesichert sind. Sofern auf die Regelung nicht verzichtet werden soll, muss die Evaluation daher insbesondere prüfen, ob die angestrebten Verbesserungen bei der regionalen Versorgungssteuerung erreicht werden und ob der zusätzliche Aufwand in einem angemessenen Verhältnis zum gewonnenen Erkenntniswert steht. **Änderungsvorschlag** Absatz 3 Satz 4 wird gestrichen.
56	§ 75	**Bewertung** Die stärkere Berücksichtigung von Empfehlungen der Pflegestrukturplanung bei der Zulassung von Pflegeeinrichtungen steht in einem Spannungsverhältnis zum gesetzlichen Kontrahierungszwang. Erfüllen Pflegeeinrichtungen die gesetzlichen Zulassungsvoraussetzungen, ist ein Versorgungsvertrag grundsätzlich unabhängig von der regionalen Bedarfseinschätzung abzuschließen. Zwar verfolgt die Regelung das Ziel, zusätzliche Versorgungskapazitäten insbesondere in unterversorgten Regionen zu schaffen. Der Aufbau entsprechender Angebote erfordert jedoch regelmäßig zusätzliche finanzielle Aufwendungen, um einen wirtschaftlichen Betrieb der Einrichtungen sicherzustellen. Dies führt zwangsläufig zu höheren Ausgaben in der SPV sowie zu einer stärkeren finanziellen Belastung der Pflegebedürftigen. Die Neuregelung schafft keine verlässliche Grundlage für eine bedarfsgerechte und zugleich ausgabenorientierte Steuerung der pflegerischen Versorgungsstrukturen. Daher lehnt der vdek die geplante Regelung ab. **Änderungsvorschlag** Absatz 1a Satz 2 wird gestrichen.

Lfd. Nr. im Entwurf	Vor-schrift	vdek Stellungnahme
57	§ 75a	**Bewertung** Der vdek lehnt die Regelung ab. Ziel der rahmenvertraglichen Vorgaben ist eine gleichmäßige pflegerische Versorgung durch alle im Land zugelassenen Einrichtungen. Aus unserer Sicht entstehen keine Vorteile durch die vorgesehene, weitgehend ungesteuerte und nicht wissenschaftlich begleitete Aufweichung dieser Vorgaben für Einzel-Einrichtungen im „Regelbetrieb“. Vielmehr sind die bestehenden Möglichkeiten zu nutzen. So sieht das SGB XI mit dem § 8 Absatz 3b SGB XI (neu: § 11 Absatz 1 SGB XI) bereits heute eine etablierte und in der Praxis bewährte Möglichkeit zur modellhaften Erprobung neuartiger Versorgungskonzepte vor, die zudem wissenschaftlich zu evaluieren sind. Es ist nicht nachvollziehbar, warum nunmehr eine weitere Möglichkeit geschaffen wird, um auf Landesebene von denjenigen vertraglichen Vorgaben abweichen zu können, welche ansonsten für alle anderen zugelassenen Leistungserbringer gelten. Hierdurch wird die Sinnhaftigkeit der Landesrahmenverträge insgesamt in Frage gestellt, die zukünftig nur noch „Empfehlungscharakter“ hätten. Vielmehr geht der vdek davon aus, dass es durch die individuelle Aufweichung von (rahmen-) vertraglichen Vorgaben zu Wettbewerbsverzerrungen kommt. Zudem schafft die Regelung neue Bürokratie, da die Bewertung von beliebig konstruierten Konzepten zur Umgehung rahmenvertraglicher Vorgaben bei den Landesverbänden zusätzliche Ressourcen bindet und die Vertragsinhalte regelmäßig von einer Schiedsstelle festzusetzen wären – dann sogar unter Einbindung des Sachverstands der MD. Hinzu kommt eine neue gesetzliche Berichtspflicht, die ebenfalls Ressourcen bindet. Mit beliebig konstruierten Konzepten besteht die Gefahr, dass auch abweichende Konstellationen zur ansonsten bundesweit einvernehmlich einheitlich geregelten Abrechnung der Leistungen im Datenaustausch nach § 105 SGB XI entstehen. Das ist zu vermeiden, insbesondere im Sinne der Entbürokratisierung.

Lfd. Nr. im Entwurf	Vor-schrift	vdek Stellungnahme
		Im Übrigen ist nicht nachvollziehbar, warum die Komplexität der Pflegeversicherung aus Sicht der Leistungs-empfänger hier noch weiter gesteigert wird, ohne dass sie in irgendeiner Form (bspw. Bewohnerbeirat) in die Vertragsgestaltung eingebunden werden, sondern lediglich über die Vertragsinhalte zu informieren sind. Es besteht die Gefahr, dass zu viele und letztendlich unübersichtliche Parallelstrukturen entstehen, die nicht unter den Beteiligten vermittelbar sind. **Änderungsvorschlag** Die Regelung wird gestrichen.
60	§ 82c	**Bewertung** Mit den vorgesehenen Regelungen des PNOG werden die bereits bestehenden Unterschiede bei der Refinanzierung tariflicher Personalkosten zwischen SGB V und SGB XI weiter vergrößert. Dies führt zu zusätzlichen Nachweis- und Prüfverfahren, erhöht den Aufwand in Vergütungsverhandlungen und kann dazu führen, dass identische Personalkosten unterschiedlich behandelt werden. Besonders betroffen sind ambulante Pflegedienste, die Leistungen sowohl nach dem SGB V als auch nach dem SGB XI erbringen. Für dieselben Beschäftigten können unterschiedliche Refinanzierungs-, Nachweis- und Verhandlungsmaßstäbe gelten. Dies erschwert die Kalkulation, schafft Rechtsunsicherheit und verursacht vermeidbare Bürokratie. Aus Sicht des vdek sollte das PNOG daher genutzt werden, um die Refinanzierung tariflicher Personalkosten systematisch anzugleichen und nicht weiter zu differenzieren. Gleiche Personalkosten müssen unabhängig vom jeweiligen Leistungsbereich nach vergleichbaren Grundsätzen berücksichtigt werden. Unterschiede in den Finanzierungszuständigkeiten rechtfertigen keine unterschiedlichen Anforderungen an Nachweise, Prüfungen oder die Anerkennung tariflicher Entlohnung. Erforderlich sind transparente und nachvollziehbare Refinanzierungsregeln, die bundesweit einheitlich angewendet werden können. Die Höhe refinanzierbarer Tarifsteigerungen, die maßgeblichen Begrenzungen der Vergütungsentwicklung sowie die hierfür erforderlichen Nachweise müssen aufeinander abgestimmt werden. Sonderregelungen und parallele Verfahrenslogiken sollten vermieden werden, soweit sie nicht fachlich zwingend notwendig sind.

Lfd. Nr. im Entwurf	Vor-schrift	vdek Stellungnahme
		Gleichzeitig besteht erheblicher Handlungsbedarf beim Bürokratieabbau. Tarifverträge, Entgeltbestandteile und Personalkosten werden heute vielfach mehrfach geprüft und in unterschiedlichen Verfahren aufbereitet. Künftig sollten einheitliche Kalkulationsgrundlagen, abgestimmte Nachweisanforderungen und die gegenseitige Anerkennung bereits vorliegender Informationen den Verhandlungsaufwand deutlich reduzieren. Vergütungsverhandlungen müssen sich auf die sachliche Angemessenheit der Vergütung konzentrieren können und nicht auf unterschiedliche Verfahrens- und Formvorgaben. Die mit dem BStabG eingeführten Regelungen zur Begrenzung der Vergütungsentwicklung bieten hierfür einen geeigneten Orientierungsrahmen. Statt neue Sonderregelungen im SGB XI zu schaffen, sollte ein Gleichlauf der Refinanzierungsgrundsätze für identische tarifliche Personalkosten im SGB V und SGB XI hergestellt werden. Die Regelungen der §§ 132 und 132a SGB V sollten daher als maßgeblicher Rahmen für die Ausgestaltung der Tariftreueregelungen herangezogen werden. **Änderungsvorschlag** Absatz 7 Satz 3 wird wie folgt gefasst: „Für tarifgebundene Leistungserbringer darf im Zeitraum nach Satz 2 eine Entlohnung oberhalb der festgestellten durchschnittlichen Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 des Fünften Buches insoweit nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden, als die Überschreitung der festgestellten durchschnittlichen Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 des Fünften Buches 50 Prozent des Unterschieds zwischen der tarifvertraglich vereinbarten Vergütungssteigerung/Vergütungssteigerungen nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen und der festgestellten durchschnittlichen Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 des Fünften Buches nicht übersteigt.“ Absatz 7 Satz 4 wird wie folgt gefasst: „Für Einrichtungen, die ihren Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern, die Leistungen der Pflege oder Betreuung für Pflegebedürftige erbringen, eine Entlohnung gemäß § 72 Absatz 3b zahlen, stellt im Zeitraum nach Satz 2 die durchschnittliche Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 des Fünften Buches bezogen auf eine Geltungsdauer von jeweils 12 Monaten die Obergrenze für Steigerungen der Personalaufwendungen im Sinne dieser Vorschrift dar.“

Lfd. Nr. im Entwurf	Vor-schrift	vdek Stellungnahme
62	§ 87a	**Bewertung** Grundsätzlich wird mit dem bereits heute bestehenden erfolgsabhängigen Vergütungsansatz („pay for performance“) ein Anreiz für eine zielorientierte Förderung bzw. Wiederherstellung der Selbstständigkeit gesetzt. Um die Nachhaltigkeit zu sichern, ist aktuell ein Rückzahlungsvorbehalt bei Wieder-Heraufstufung innerhalb von sechs Monaten vorgesehen. Aus Sicht des vdek sollte dieser Nachhaltigkeitsaspekt auch zukünftig weiter Bestand haben. Um dennoch Bürokratie abzubauen, schlägt der vdek vor, die Prämie zwar (wie vorgesehen) auszuzahlen, allerdings mit einer Verzögerung von sechs Monaten, innerhalb derer es nicht erneut zur Verschlechterung kommen darf. Insgesamt ist davon auszugehen, dass Leistungserbringer aus Eigeninteresse am finanziell durchaus attraktiven Betrag von 3.085 Euro („Prämie“) entsprechende Ansprüche auch erfassen und gegenüber den Pflegekassen geltend machen. Die hiermit verbundenen „bürokratischen Aufwendungen“ für das jeweilige Schriftstück scheinen in Anbetracht der geringen Fallzahl eher vertretbar zu sein als die entstehenden hohen Kosten für eine technische Umsetzung (Programmierung, Erprobung, Verfahrenspflege) eines Monitorings mit automatisiertem Zahlungsprozesses in den Massen-EDV-Systemen der Pflegekassen, die aufsummiert vermutlich dauerhaft oberhalb der Summe des ausgezahlten „Prämien“ liegen. **Änderungsvorschlag** Absatz 4 wird durch den folgenden Absatz 4 ersetzt: „Pflegeeinrichtungen, die Leistungen im Sinne des § 43 erbringen, erhalten von der Pflegekasse zusätzlich den Betrag von 3.085 Euro, wenn der Pflegebedürftige nach der Durchführung aktivierender oder rehabilitativer Maßnahmen in einen niedrigeren Pflegegrad zurückgestuft wurde und binnen eines halben Jahres nicht wieder heraufgestuft wurde. Der Betrag wird entsprechend § 30 angepasst.“
63	§ 88b	**Bewertung** Der vdek lehnt die Regelung ab, da sie einerseits die Vergütungsfindung verkompliziert und andererseits in der Praxis zu keiner angebotserhöhenden Wirkung führt. Bereits heute bestehen neben Pflegeheimen mit „fix

Lfd. Nr. im Entwurf	Vor-schrift	vdek Stellungnahme
		eingestreuten“ Kurzzeitpflegeplätzen auch solitäre Kurzzeitpflegeangebote, welche gleichermaßen als potenzielle Vertragspartner für die Akut-Kurzzeitpflege angefragt werden könnten. Die „Vorhaltekosten“ bei Nichtauslastung werden den bestehenden Einrichtungen dabei bereits heute refinanziert, indem sie über die Auslastungsquote in die Bemessung der Pflegesätze einfließen. Mit der Empfehlung nach § 88a SGB XI wurde Einvernehmen über die dabei anzusetzenden Auslastungsquoten hergestellt. Pflegekassen bzw. Nutzerinnen und Nutzer (Eigenanteile) finanzieren die Vorhaltung (Nicht-Auslastung) bereits heute über die Pflegesätze mit. Die Dimensionen können nur abgeschätzt werden: Ausgehend von ca. 6.700 verfügbaren Plätzen in der solitären Kurzzeitpflege und einer durchschnittlichen kalkulatorischen Auslastung von 85 Prozent wären bereits heute ca. 1.000 nicht belegte Plätze pro Tag (=365.000 Nicht-Belegungstage/Jahr) über die Pflegesätze refinanziert. Unter der Annahme der Vorhaltekosten von 100 Euro pro Platz und Belegungstag ergibt sich ein Volumen der Vorhaltekosten i. H. v. 36,5 Millionen Euro/Jahr. In Anbetracht dieser Summe ist nicht klar, welche Zielsetzung der Gesetzgeber mit den geplanten 9,57 Millionen Euro im ersten Halbjahr 2028 verfolgt, d. h. ob diese Kosten „bezuschusst“ werden sollen, um die Kosten für Pflegebedürftige niedriger zu halten. Aus Sicht des vdek verkompliziert das vorgesehene Erstattungsverfahren die Vergütungsfindung erheblich, da Kurzzeitpflegeeinrichtungen neben der neuen „Akut-Kurzzeitpflege“ auch die „normale“ Kurzzeitpflege anbieten. Eine Trennung bzw. unterschiedliche Handhabung der Berücksichtigung von Vorhaltekosten kann zu Verwerfungen bei den Preisen führen ggf. günstiger. Zudem ist davon auszugehen, dass Einrichtungen die (retrospektiv) nicht erstatteten Vorhaltekosten weiterhin in der Pflegevergütung geltend machen, die jedoch prospektiv vereinbart wird. **Änderungsvorschlag** Die Regelung wird gestrichen.

Lfd. Nr. im Entwurf	Vor-schrift	vdek Stellungnahme
73	§ 113e	**Bewertung** Die Regelung verfolgt das nachvollziehbare Ziel, den Einsatz technischer und digitaler Systeme zur Unterstützung und Entlastung des Pflege- und Betreuungspersonals in vollstationären Pflegeeinrichtungen zu fördern. Vor dem Hintergrund des anhaltenden Fach- und Arbeitskräftemangels können geeignete digitale und technische Lösungen dazu beitragen, Arbeitsprozesse effizienter zu gestalten und vorhandene Personalressourcen besser einzusetzen. Positiv ist, dass die Finanzierung auf solche technischen und digitalen Systeme beschränkt wird, deren Nutzen wissenschaftlich oder durch systematische Praxisevaluationen nachgewiesen wurde. Dies kann zu einer zielgerichteten und qualitätsgesicherten Digitalisierung beitragen. Aus Sicht des vdek kommt jedoch der Abgrenzung von Betriebs- und Investitionskosten eine zentrale Bedeutung zu. Technische und digitale Systeme sind regelmäßig mit erheblichen Investitionen für Anschaffung, Einführung und Infrastruktur verbunden. Die Finanzierung solcher Investitionen ist nach dem bestehenden Ordnungsrahmen grundsätzlich Aufgabe der Länder. Es muss daher verhindert werden, dass Investitionskosten über die Transformationsstellenanteile mittelbar in die Pflegevergütungen einfließen und damit von der SPV sowie den Pflegebedürftigen getragen werden. Vor diesem Hintergrund sollte der nach § 113e Absatz 5 vorgesehene Katalog ausdrücklich eine Zuordnung der finanzierungsfähigen Kosten enthalten. Förderfähig sollten ausschließlich laufende Betriebsaufwendungen sein, die unmittelbar mit dem Einsatz der anerkannten Systeme verbunden sind. Eine Refinanzierung von Anschaffungs-, Errichtungs- oder sonstigen Investitionskosten über die Transformationsstellenanteile darf hingegen nicht erfolgen. Insgesamt kann die Regelung einen Beitrag zur Digitalisierung der stationären Pflege leisten. Voraussetzung ist jedoch eine klare und rechtssichere Abgrenzung zwischen investiven und laufenden Aufwendungen, um die bestehende Zuständigkeitsverteilung bei der Investitionskostenfinanzierung nicht zu unterlaufen. Dafür sollte der Katalog nach § 113e Absatz 5 um verbindliche Vorgaben zur Abgrenzung von Investitions- und Betriebsaufwendungen ergänzt werden. Hierdurch wird sichergestellt, dass über

Lfd. Nr. im Entwurf	Vor-schrift	vdek Stellungnahme
		Transformationsstellenanteile ausschließlich laufende Betriebsaufwendungen refinanziert werden und die Verantwortung der Länder für die Investitionskostenfinanzierung gewahrt bleibt. **Änderungsvorschlag** In Absatz 5 wird Satz 2 wie folgt eingefügt: „Dabei ist zwischen Betriebs- und Investitionskosten zu unterscheiden.“
86	§§ 142b und 142c	**Bewertung** Der vdek begrüßt den begrenzten Besitzstandsschutz im Rahmen der Anpassung der Schwellenwerte bis zur Vornahme einer Neubegutachtung und der nachfolgenden Einstufung. Es wird Rechtssicherheit geschaffen, dass die aufwändige rechnerische Parallelbetrachtung mit dem alten Begutachtungsinstrument nur für die erste Begutachtung nach Inkrafttreten des Pflegeneuordnungsgesetzes erforderlich ist. Allerdings überzeugt die Annahme, dass das erhöhte Begutachtungsaufkommen erst ab Januar 2027 entsteht und die 25-Tage-Frist erst ab diesem Tag ausgesetzt wird, nicht vollständig. Vielmehr dürfte die Ankündigung der Änderungen des Begutachtungsinstruments bereits in den Monaten vor Inkrafttreten zu einem Vorzieheffekt bei Anträgen auf Feststellung der Pflegebedürftigkeit führen. Die vorgesehene Aussetzung der 25-Tage-Frist greift daher zeitlich zu spät und trifft die Versicherten, die nicht noch im Jahr 2026 auf eine höhere Einstufung setzen. Das punktuelle Aussetzen der Verzögerungsgebühr nach § 18c schafft erneuten Anlass, die Vorschrift an sich zu hinterfragen. **Änderungsvorschlag** Wie in Nummer 21 dargestellt, ist § 18c Absatz 5 zu streichen.
87	§ 144 Abs. 7	**Bewertung** Die Übergangsregelung für Pflegebedürftige mit Pflegegrad 1, die in Pflegeheimen leben, lehnt der vdek aus Gründen der Gleichbehandlung ab. Auch im ambulanten bzw. teilstationären Bereich erfolgt aktuell ein

Lfd. Nr. im Entwurf	Vor-schrift	vdek Stellungnahme
		Mitteleinsatz des Entlastungsbetrags. Es ist nicht nachvollziehbar, dass Versicherte mit Pflegegrad 1 in Pflegeheimen hier mit einem Bestandschutz bessergestellt werden sollen. **Änderungsvorschlag** Absatz 7 wird gestrichen.
87	§ 144 Abs. 7	**Bewertung** Die Übergangsregelung für Pflegebedürftige mit Pflegegrad 1, die in Ordenseinrichtungen leben, lehnt der vdek aus Gründen der Gleichbehandlung ab. Auch im ambulanten bzw. teilstationären Bereich erfolgt aktuell ein Mitteleinsatz des Entlastungsbetrags. Es ist nicht nachvollziehbar, dass Versicherte mit Pflegegrad 1 in Ordenseinrichtungen hier mit einem Bestandschutz bessergestellt werden sollen. **Änderungsvorschlag** Absatz 7 wird gestrichen.
		Artikel 4 | Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch
2	§ 20	**Bewertung** Der vdek lehnt die geplante Ergänzung ab. Bereits heute werden über die SPV nach § 5 SGB XI Interventionen für pflegebedürftige Menschen in stationären Pflegeeinrichtungen durch die Pflegekassen umgesetzt. Die intendierte Stärkung der Gesundheitsressourcen von Pflegebedürftigen wird ausdrücklich begrüßt, ist aber zwingend über die SPV zu regeln und zu finanzieren und muss entsprechend im Leitfaden Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 5 SGB XI verankert werden. **Änderungsvorschlag** Streichung der Ergänzung “und der pflegebedürftigen Menschen”.

Lfd. Nr. im Entwurf	Vor-schrift	vdek Stellungnahme
3	§ 20b	**Bewertung** Aus vdek-Sicht ist die Verankerung der Projektförderung in § 20b SGB V redundant, da bereits heute eine Netzwerkförderung laut aktueller Gesetzlage möglich ist und daraus resultierend bereits Projektförderungen umgesetzt werden können. Die intendierte Verpflichtung zur Vereinbarung von Fördergrundsätzen fördert an dieser Stelle lediglich einen Aufbau von Bürokratie und schränkt aus Sicht des vdek den individuellen Handlungsspielraum der Krankenkassen ein. **Änderungsvorschlag** Streichung der geplanten Anpassung des § 20b Absatz 3.
4	§ 20c	**Bewertung** Die Zusammenarbeit zwischen den Sozialversicherungsträgern wird bereits über die gemeinsamen Handlungsfelder und Ziele in der Bundesrahmenempfehlung nach § 20d SGB V beschrieben und aufbauend darauf umgesetzt. Zur Sicherstellung der Wahrnehmung der Aufgaben der GKV ist es notwendig, dass auch die gesetzliche Unfall- und Rentenversicherung durch gesetzliche Ergänzung in den Sozialgesetzbüchern VI und VII zur Unterstützung der GKV zu Wahrnehmung ihrer Aufgaben nach § 20 Absatz 4 SGB V verpflichtet werden. **Änderungsvorschlag** In die Sozialgesetzbücher VI und VII ist hinzuzufügen, dass auch die Träger der gesetzlichen Renten- und Unfallversicherung gesetzlich verpflichtet werden, die Krankenkassen bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben nach § 20 Absatz 4 SGB V unterstützt werden müssen.
6	§ 39a	**Bewertung** Der vdek begrüßt die Änderungen bei Kinder- und Jugendhospizen. Mit der Beibehaltung der bisherigen Regelung zur Anrechnung von Pflegegeld und Sachleistungen wird ein etabliertes und in der Praxis bewährtes Leistungsprinzip fortgeführt. Dadurch werden für Pflegebedürftige und Pflegekassen zusätzliche

Lfd. Nr. im Entwurf	Vor-schrift	vdek Stellungnahme
		Umstellungsaufwände vermieden und die bisherige Flexibilität bei der Kombination von Pflegegeld und ambulanten Sachleistungen erhalten. Positiv bewertet der vdek insbesondere, dass die im Referentenentwurf vorgesehene Abkehr von der bisherigen Kombinationslogik nicht weiterverfolgt wird. Die Regelung greift damit eine Forderung der Ersatzkassen auf. Hierdurch werden unnötige Änderungen im Leistungsrecht vermieden und die Kontinuität für Versicherte und Leistungserbringer sichergestellt. Insgesamt trägt die Anpassung zu Rechtssicherheit, Praktikabilität und einer einfacheren Umsetzung in der Versorgungspraxis bei. **Änderungsvorschlag** Keiner.

Ergänzender Änderungsbedarf im SGB XI

Prävention in Pflegeeinrichtungen: Übertragung der nicht verausgabten Mittel im Folgejahr – § 5 Absatz 3 SGB XI

Ausgangslage

Die im monatlichen Finanzausgleich der Pflegeversicherung/Pflegekassen nach § 65ff. SGB XI jeweils an die betreffenden einzelnen Pflegekassen ausgezahlten nicht verbrauchten finanziellen Mittel nach § 5 Absatz 3 SGB XI bleiben den Pflegekassen faktisch nicht erhalten. Die mit viel Verwaltungsaufwand abgeführten und wieder ausgeschütteten, nicht verbrauchten Mittel werden im nachfolgenden Monat wieder an den Ausgleichsfonds abgeführt und stehen den betreffenden Pflegekassen nur „virtuell“ (planerisch) zur Verfügung. Viele Pflegekassen überschreiten bei den Aufwendungen zur Prävention nach § 5 Absatz 1 SGB XI den jährlichen Richtwert seit Jahren. Der gesetzliche Richtwert wird insgesamt zunehmend erreicht (vgl. Präventionsbericht 2025). Im Sinne des Bürokratieabbaus ist eine gesetzliche Anpassung sinnvoll.

Beabsichtigte Neuregelung

Aus Sicht des vdek sollten nicht verausgabte Mittel für Prävention gemäß § 5 Absatz 3 SGB XI den Pflegekassen im Folgejahr (weiterhin) zweckgebunden für Ausgaben zur Prävention zur Verfügung stehen, jedoch nicht mehr umverteilt werden an die Pflegekassen, die Kooperationsvereinbarungen eingehen. Die Streichung führt zur Bürokratieentlastung (Aufwand bei den einzelnen Pflegekassen und beim GKV-SV für das Umlageverfahren entfällt), da mittlerweile die Mehrheit der Pflegekassen Kooperationsvereinbarungen untereinander umsetzen. Kooperationsvereinbarungen sind als Verfahren für die Umsetzung einer kassenübergreifenden Kooperation inzwischen etabliert.

Änderungsvorschlag

§ 5 Absatz 3 SGB XI wird wie folgt geändert:

„Bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben nach den Absätzen 1 und 1a sollen die Pflegekassen zusammenarbeiten und kassenübergreifende Leistungen zur Prävention erbringen. Erreicht eine Pflegekasse den in Absatz 2 festgelegten Betrag in einem Jahr nicht, so sind die nichtverausgabten Mittel im Folgejahr zusätzlich für die Wahrnehmung der Aufgaben nach Absatz 1 oder Absatz 1a zu verwenden. ~~stellt sie die nicht verausgabten Mittel im Folgejahr dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen zur Verfügung, der die Mittel nach einem von ihm festzulegenden Schlüssel auf die Pflegekassen zur Wahrnehmung der Aufgaben nach den Absätzen 1 und 1a verteilt, die Kooperationsvereinbarungen zur Durchführung kassenübergreifender Leistungen geschlossen haben. Auf die zum Zwecke der Vorbereitung und Umsetzung der Kooperationsvereinbarungen nach Satz 2 gebildeten Arbeitsgemeinschaften findet § 94 Absatz 1a Satz 2 und 3 des Zehnten Buches keine Anwendung.“~~

Verpflichtung zur Veröffentlichung von Daten der Erbringer von Beratungseinsätzen nach § 37 Absatz 7 SGB XI – Verankerung in § 7 Aufklärung, Auskunft / § 7b SGB XI PNOG KabE Aufklärung und Auskunft durch die Pflegekassen

Beabsichtige Neuregelung:
Nach § 7 SGB XI sind die Landesverbände der Pflegekassen verpflichtet, Preis- und Leistungsdaten zugelassener Pflegeeinrichtungen sowie von Anbietern nach § 45a SGB XI zu veröffentlichen. Der vdek erfüllt diese Veröffentlichungspflicht im Auftrag seiner Mitgliedskassen mit dem Suchportal „vdek-Pflegelotse". Mit dem PNOG wird § 7 zu § 7b SGB XI.

Eine entsprechende Verpflichtung zur Veröffentlichung von Daten der Erbringer von Beratungseinsätzen nach § 37 Absatz 7 SGB XI ist hingegen gesetzlich nicht ausdrücklich geregelt. Zwar sieht § 37 Absatz 3c Satz 5 SGB XI die Veröffentlichung der Vergütungshöhe für Beratungseinsätze vor, eine ausdrückliche Regelung zur Veröffentlichung der Anschrift der Geschäftsräume enthält die Vorschrift jedoch nicht. Zwar ließe sich der Regelungszweck des § 7 Absatz 3 SGB XI möglicherweise auf die Veröffentlichung von Daten nach § 37 Absatz 7 SGB XI übertragen, eine rechtlich zweifelsfreie Grundlage hierfür besteht jedoch nicht.

Derzeit werden Leistungserbringer nach § 37 Absatz 7 SGB XI sowohl im vdek-Pflegelotsen als auch im BKK-PflegeFinder veröffentlicht. Seitens der Leistungserbringer besteht hieran offensichtlich ein erhebliches Interesse, da uns regelmäßig Anfragen zur Neuaufnahme oder Ergänzung von Kontaktdaten erreichen. Ohne eine entsprechende Einwilligung der Leistungserbringer fehlt für die Veröffentlichung dieser Daten jedoch eine eindeutige Rechtsgrundlage. Konsequenterweise dürften die Daten dann nicht veröffentlicht werden beziehungsweise müssten gelöscht werden. Dies wäre weder im Interesse der Leistungserbringer noch der pflegebedürftigen Personen.

Um insoweit Rechtssicherheit zu schaffen, bitten wir um eine entsprechende Ergänzung des § 7 SGB XI bzw. § 7b SGB XI PNOG KabE:

Änderungsvorschlag
§ 7 Aufklärung, Auskunft / § 7b SGB XI PNOG KabE Aufklärung und Auskunft durch die Pflegekassen
(3) Zur Unterstützung der pflegebedürftigen Person bei der Ausübung ihres Wahlrechts nach § 2 Absatz 2 sowie zur Förderung des Wettbewerbs und der Überschaubarkeit des vorhandenen Angebots hat die zuständige Pflegekasse der antragstellenden Person auf Anforderung unverzüglich und in geeigneter Form eine Leistungs- und Preisvergleichsliste zu übermitteln; die **Leistungs- und Preisvergleichsliste** muss für den Einzugsbereich der antragstellenden Person, in dem die pflegerische Versorgung und Betreuung gewährleistet werden soll, die Leistungen und Vergütungen **der zugelassenen Pflegeeinrichtungen, Beratungsstellen nach § 37 Absatz 7, die nach die Angebote zur Unterstützung im Alltag nach § 45a sowie Angaben zur Person des zugelassenen oder anerkannten Leistungserbringers enthalten**. Die Landesverbände der Pflegekassen erstellen eine Leistungs- und Preisvergleichsliste nach Satz 1, aktualisieren diese einmal im Quartal und veröffentlichen sie auf einer eigenen Internetseite. Die Liste hat zumindest die jeweils geltenden Festlegungen der Vergütungsvereinbarungen nach dem Achten Kapitel sowie die im Rahmen der Vereinbarungen nach Absatz 4 übermittelten Angaben zu Art, Inhalt und Umfang der Angebote sowie zu den Kosten in einer Form zu enthalten, die einen regionalen

Vergleich von Angeboten und Kosten und der regionalen Verfügbarkeit ermöglicht. Auf der Internetseite nach Satz 2 sind auch die nach § 115 Absatz 1a veröffentlichten Ergebnisse der Qualitätsprüfungen und die nach § 115 Absatz 1b veröffentlichten Informationen zu berücksichtigen. Die Leistungs- und Preisvergleichsliste ist der Pflegekasse sowie dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. für die Wahrnehmung ihrer Aufgaben nach diesem Buch und zur Veröffentlichung nach Absatz 2 Satz 4 und 5 vom Landesverband der Pflegekassen durch elektronische Datenübertragung zur Verfügung zu stellen. Die Landesverbände der Pflegekassen erarbeiten Nutzungsbedingungen für eine zweckgerechte, nicht gewerbliche Nutzung der Angaben nach Satz 1 durch Dritte; die Übermittlung der Angaben erfolgt gegen Verwaltungskostenersatz, es sei denn, es handelt sich bei den Dritten um öffentlich-rechtliche Stellen.

Stellungnahme durch unabhängige Gutachtende – § 18 Absatz 3 SGB XI Benennung von unabhängigen Gutachterinnen und Gutachtern

Ausganglage

Die mit dem Pflegeneuausrichtungsgesetz eingeführte Regelung nach § 18 Absatz 3 SGB XI verfolgte das Ziel, durch die Einbindung von unabhängigen Gutachtenden das Verfahren zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit zu beschleunigen, damit pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen eine schnelle und unbürokratische Entscheidung erhalten.[1] Den Pflegekassen sollte die Möglichkeit eröffnet werden, besser innerhalb der gesetzlichen Fristen entscheiden und flexibler auf Engpässe im Begutachtungsgeschehen reagieren zu können. Insbesondere in Fällen drohender Fristüberschreitung sollten die Pflegekassen damit eine Möglichkeit haben, Aufträge an unabhängige Gutachtende geben zu können.[2]

Die mit der Regelung beabsichtigte Verfahrensbeschleunigung ist nicht eingetreten. Insbesondere das Verfahren nach § 18 Absatz 3 Satz 1 Nummer 2 SGB XI führt regelmäßig zu einer Verlängerung der Bearbeitungszeiten. Zu dem Zeitpunkt nach 20 Arbeitstagen, an dem das Auswahlverfahren für unabhängige Gutachtende eingeleitet werden muss, sind beim MD bereits Begutachtungs- oder Terminierungsprozesse angestoßen. Die zusätzliche Einbindung von Antragstellenden, die Wahlmöglichkeit aus drei unabhängigen Gutachtenden sowie die notwendige Umsteuerung laufender Prozesse verursachen weiteren administrativen Aufwand und können sogar zu zusätzlichen Verzögerungen führen (siehe Anlage). Ein Abgleich mit internen Statistiken des MD Bund zur Auftrags- und Begutachtungsentwicklung in der Pflege zeigt, dass in der Zeit, die für die Koordination der unabhängigen Gutachtenden aufgewendet wird, die allermeisten Fälle bereits durch den MD begutachtet wären.

Daneben verursacht der Einsatz von unabhängigen Gutachtenden zusätzliche Kosten, da diese nicht über die Umlage der MD finanziert werden. Erfolgt die Einbindung eines unabhängigen Gutachtenden, entstehen darüber hinaus zu leistende Ausgaben. Vor dem Hintergrund der zusätzlichen Kosten, der Verfahrensverzögerungen sowie der bürokratischen Aufwände bei den Pflegekassen und den MD werden die unabhängigen Gutachtenden in der Praxis kaum beauftragt. Aus den von den Pflegekassen im Rahmen des achten Pflegeberichtes der Bundesregierung erhobenen Daten geht hervor, dass in den Jahren 2020 bis 2023 im Jahresdurchschnitt lediglich 44 Begutachtungsaufträge an unabhängige Gutachtende erteilt wurden.

Positiv zu bewerten ist allerdings die Möglichkeit der Pflegekassen, unabhängige Gutachtende bedarfsgerecht beauftragen zu können. Dies sollte den Pflegekassen weiter zur Verfügung stehen. Sie sollten selbst entscheiden können, ob sie zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit den MD oder einen unabhängigen Gutachtenden beauftragen. Nur die Pflegekassen verfügen über die erforderliche Kenntnis der regionalen und organisatorischen Gegebenheiten sowie der aktuellen Auslastungssituation der MD.

Die derzeitige Wahlmöglichkeit der Antragstellenden bei der Beauftragung unabhängiger Gutachtender ist nicht erforderlich und zudem nicht im Gleichklang mit dem Prozess bei den Medizinischen Diensten. Hier haben die Antragstellenden auch keine Wahlmöglichkeit.

Hervorzuheben bleibt, dass der Einsatz unabhängiger Gutachtender primär in hohen Auslastungssituation einzelner MD erfolgen sollte. In Zeiten des anhaltenden Fachkräftemangels wäre es nicht zielführend, den Bereich der unabhängigen Begutachtung so weit aufzubauen, dass Fachkräfte bei den MD abwandern und es zu einer Verschiebung der Gutachtenden kommt. Die Beauftragung des MD basiert zudem auf einem bundesweit einheitlichen Datenaustausch und erfüllt hohe Anforderungen an technische Standardisierung und Datensicherheit.

Beabsichtigte Neuregelung

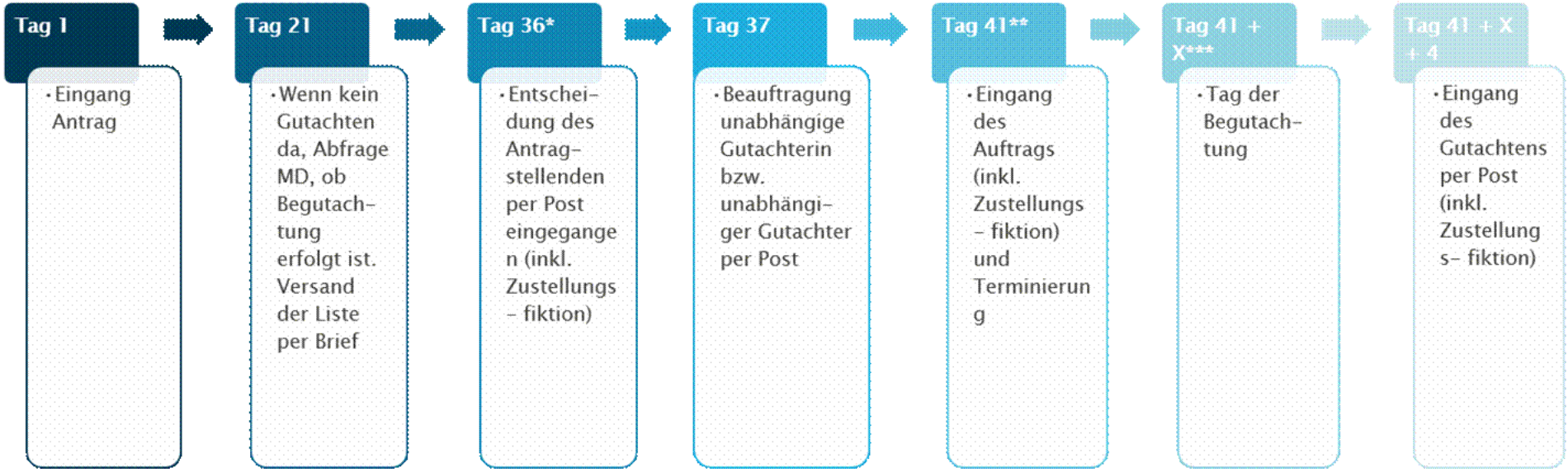
Es wird keine Notwendigkeit gesehen, § 18 Absatz 3 Satz 1 Nummer 2 SGB XI beizubehalten. Stattdessen sollten die Pflegekassen die Möglichkeit haben, bedarfsgerecht unabhängige Gutachtende einsetzen zu können. Um eine Beschleunigung des Verfahrens zu bewirken, sollte der Beauftragungsprozess für die unabhängigen Gutachtenden an den Prozess der MD angeglichen werden. Die Möglichkeit direkt einen unabhängigen Gutachtenden beauftragen zu können trägt zur Verschlankung, Vereinheitlichung des Prozesses und zum Abbau von Bürokratie bei.

Änderungsvorschlag

§ 18 Absatz 1 SGB XI wird durch den folgenden § 18 Absatz 1 SGB XI ersetzt:
„[1]Die Pflegekassen beauftragen den Medizinischen Dienst oder andere unabhängige Gutachterinnen und Gutachter mit der Prüfung, ob bei der zu begutachtenden Person die Voraussetzungen der Pflegebedürftigkeit erfüllt sind und welcher Pflegegrad vorliegt. [2]Wenn die Pflegekasse unabhängige Gutachterinnen oder Gutachter mit der Prüfung beauftragt, ist der Antragsteller auf die Qualifikation und auf die Unabhängigkeit der benannten Gutachterinnen und Gutachter hinzuweisen. [3]Die Pflegekassen übermitteln die Aufträge zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit an den Medizinischen Dienst oder an die von ihnen beauftragten Gutachterinnen und Gutachter. [4]Die Übermittlung eines Auftrags hat innerhalb von drei Arbeitstagen ab Eingang des Antrags auf Pflegeleistungen nach § 33 Absatz 1 Satz 1 in gesicherter elektronischer Form zu erfolgen; eine davon abweichende Form der Auftragsübermittlung ist bis einschließlich 30.11.2023 zulässig. [5]Der Medizinische Dienst Bund regelt im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen in den Richtlinien nach § 17 Absatz 1 bis spätestens zum 31.10.2023, welche Unterlagen zwingend zur Beauftragung der Feststellung von Pflegebedürftigkeit erforderlich sind.“

§ 18 Absatz 3 SGB XI wird ersatzlos gestrichen. Der aktuelle Absatz 4 wird zu Absatz 3.

Darstellung des Prozesses zur Einbindung einer unabhängigen Gutachterin bzw. eines unabhängigen Gutachters auf der Grundlage der aktuellen Gesetzeslage



*Berücksichtigt sind jeweils vier Tage Postzustellung und eine Woche für die Entscheidung. Die Mitteilung zur Entscheidung kann ggf. auch früher vorliegen, wenn sich der Antragsteller bspw. telefonisch meldet.

**Grds. ist es möglich, dass die gewählte unabhängige Gutachterin bzw. der Gutachter kurzfristig wegen Krankheit/Urlaub ausfällt und eine neue Wahl getroffen werden muss oder eine Begutachtung erst zu einem späten Zeitpunkt stattfinden kann.

***Es sind wenige bis viele Tage möglich. Dies ist abhängig von der Verfügbarkeit der unabhängigen Gutachterin bzw. des unabhängigen Gutachters und der Verfügbarkeit des Antragstellers.

[1] Entwurf eines Gesetzes zur Neuausrichtung der Pflegeversicherung (Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz- PNG), Stand 23.04.2012 Drucksache 17/9369

[2] Gesetzentwurf der Bundesregierung - Entwurf eines Gesetzes zur Neuausrichtung der Pflegeversicherung (Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz - PNG), Stand 30.03.2012 Drucksache 170/12

Harmonisierung der Investitionskostenregelungen zwischen SGB V und SGB XI für die außerklinische Intensivpflege – § 82 SGB XI Finanzierung der Pflegeeinrichtung

Beabsichtigte Neuregelung

Die Krankenkassen übernehmen nach § 37c Absatz 3 SGB V bei Versicherten mit einem Anspruch auf außerklinische Intensivpflege nach § 37c Absatz 1 SGB V während des Aufenthaltes in zugelassenen stationären Pflegeeinrichtungen u. a. die betriebsnotwendigen Investitionskosten i. S. von § 82 Absatz 2 SGB XI.

Die betriebsnotwendigen Investitionskosten i. S. von § 82 Absatz 2 SGB XI sind kein Bestandteil der Pflegevergütung und der Entgelte für Unterkunft und Verpflegung. Sie werden nach dem Willen des Gesetzgebers grundsätzlich von Versicherten bzw. bei deren finanzieller Bedürftigkeit durch den Träger der Sozialhilfe getragen. Hinsichtlich ihrer Berechnungsfähigkeit wird zwischen nach § 82 Absatz 3 SGB XI geförderten und nach § 82 Absatz 4 SGB XI nichtgeförderten Pflegeeinrichtungen unterschieden. Geförderte Einrichtungen können Investitionskosten nur berechnen, soweit die zuständige Landesbehörde dem zugestimmt hat. Bei nichtgeförderten Einrichtungen reicht dagegen eine Anzeige bei der zuständigen Landesbehörde zur Information aus.

Allgemeine Voraussetzung für eine Übernahme betriebsnotwendiger Investitionskosten durch die Träger der Sozialhilfe ist das Vorliegen der Zustimmung durch die zuständige Landesbehörde nach § 82c Absatz 3 SGB XI oder eine vertragliche Regelung mit der Einrichtung nach § 76a SGB XII über Art, Umfang und Höhe der Investitionskosten.

Viele Pflegeeinrichtungen werden jedoch nicht nach § 82 Absatz 3 SGB XI gefördert. Ein Vertrag nach § 76a SGB XII wird durch die Träger der Sozialhilfe bei Gewährung von außerklinischer Intensivpflege ebenfalls regelmäßig nicht begründet, weil die Krankenkassen die Investitionskosten nach § 37c Absatz 3 SGB V übernehmen und damit eine Bedürftigkeit von Versicherten entfällt. Die GKV kann mangels rechtlicher Grundlagen – die Regeln aus § 82 Absatz 3 ff. SGB XI bestehen auch für Pflegeeinrichtungen, die außerklinische Intensivpflege erbringen, unverändert fort – über die Notwendigkeit, Wirtschaftlichkeit und Leistungsgerechtigkeit der gegenüber der zuständigen Landesbehörde angezeigten Investitionskosten keine Verhandlungen führen bzw. Verträge schließen. Damit entfällt jedes Regulativ für Leistungserbringer. Es zeigt sich, dass Leistungserbringer dies für sich zum Nachteil der GKV nutzen.

Änderungsvorschlag

§ 82 Absatz 3 SGB XI ist nach Satz 3 um folgenden Satz 4 zu ergänzen:
„Dasselbe gilt für nicht nach Landesrecht geförderte Pflegeeinrichtungen, die außerklinische Intensivpflege nach § 37c Absatz 3 SGB V erbringen."

Pharmazeutische Dienstleistung Medikationsberatung bei Polypharmazie ab dem 60. Lebensjahr - § 129 Abs. 5e SGB V

Ausgangslage

Mit dem neuen § 25 Absatz 2a SGB V (Artikel 4, laufende Nummer 5) wird ein Anspruch auf ärztliche Gesundheitsuntersuchungen ab dem 60. Lebensjahr etabliert. Diese Gesundheitsuntersuchung umfasst ausweislich der Begründung auch die Erfassung von Risiken durch Polymedikation. Der vdek begrüßt dies grundsätzlich. Kritisch ist allerdings, dass Apotheken aus eigener Initiative vergleichbare pharmazeutische Dienstleistungen gemäß § 129 Abs. 5e SGB V anbieten können. Zwar betont der Gesetzentwurf, dass Doppeluntersuchungen vermieden werden sollen, mit der geplanten Neuregelung droht jedoch eine unkoordinierte Analyse von Polypharmazie bei Personen über 60 Jahren.

Beabsichtigte Neuregelung

Der Aspekt der Polypharmazie bei Patienten ab dem 60. Lebensjahr sollte prozessual in ärztlicher Obhut und Verantwortung liegen.

Änderungsvorschlag

In § 129 Abs. 5e wird folgender Satz 5 eingefügt:
„Ein Anspruch auf die in Satz 3 Nummer 3 genannte pharmazeutische Dienstleistung besteht bei Personen über 60 Jahren nur, wenn diese ärztlich verschrieben wurde."

Der bisherige Satz 5 wird zu Satz 6.