Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
21(14)129(12)
gel. VB zur öffent. Anh. am
25.11.2026 - PNOG
23.11.2026

- Stellungnahme -

Gesetzentwurf der Bundesregierung für ein Gesetz zur Neuordnung der Pflegeversicherung (Pflegeneuordnungsgesetz – PNOG)

Der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) bedankt sich für die Möglichkeit zur Stellungnahme zum Gesetzentwurf der Bundesregierung für ein Gesetz zur Neuordnung der Pflegeversicherung (Pflegeneuordnungsgesetz – PNOG) in der Kabinettsfassung vom 30. September 2026 und knüpft dabei an seine Stellungnahme zum Referentenentwurf vom 10. Juni 2026 an.

Eine grundlegende Neuordnung der sozialen Pflegeversicherung ist überfällig, um die pflegerische Versorgung angesichts des demografischen Wandels, steigender Pflegebedarfe und des anhaltenden Fachkräftemangels dauerhaft abzusichern. Der vorliegende Gesetzentwurf wird diesem Anspruch jedoch nicht gerecht. Zwar hat die Bundesregierung gegenüber dem Referentenentwurf einige besonders gravierende soziale und arbeitsmarktpolitische Einschnitte zurückgenommen. Im Kern bleibt der Entwurf jedoch ein kurzfristig angelegtes Kostendämpfungsgesetz, das strukturelle Reformen vertagt und wesentliche Versorgungs- sowie Finanzierungsrisiken einseitig auf Pflegebedürftige, ihre pflegenden An- und Zugehörigen sowie die professionell Pflegenden verlagert.

Der DBfK erkennt ausdrücklich an, dass der Gesetzentwurf an wichtigen Stellen gegenüber dem Referentenentwurf nachgebessert wurde. Positiv hervorzuheben ist insbesondere die Abkehr von der ursprünglich geplanten vollständigen Aussetzung der Tariftreue: Tarifliche beziehungsweise tariforientierte Entlohnung bleibt Zulassungsvoraussetzung, und Entgelte auf Basis gelisteter Tarifverträge oder kirchlicher Arbeitsrechtsregelungen dürfen nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden. Ebenso begrüßt der DBfK den vollständigen Verzicht auf die Verlängerung der Verweildauerstufen beim Leistungszuschlag in der vollstationären Pflege (§ 43c SGB XI) sowie den Verzicht auf die Absenkung der Rentenversicherungsbeiträge für pflegende An- und Zugehörige (§ 166 SGB VI). Auch der Wegfall der dreimonatigen Halbierung des Pflegegeldes bei Ersteinstufung in die Pflegegrade 2 oder 3, die künftige Dynamisierung der Leistungsbeträge zum 1. Januar statt zum 1. Juli, der Erhalt etablierter Begriffe wie „Pflegesachleistung“ und „Pflegegeld“ einschließlich der pflegefachlichen Anleitung (§ 36 Abs. 2 SGB XI) sowie die Beteiligung der Pflegeberufsorganisationen an den Qualifikationsempfehlungen für die Pflegebegleitung sind Schritte in die richtige Richtung.

Dennoch bleibt die grundsätzliche Kritik des DBfK vollumfänglich bestehen und wird durch neue Verschlechterungen in der Kabinettsfassung weiter verschärft. Der Gesetzentwurf zielt vorrangig darauf ab, den Anstieg der Zahl Leistungsberechtigter fiskalisch zu bremsen. Die Anhebung der Schwellenwerte und die verschärfte Bewertungssystematik im Begutachtungsinstrument (§ 15 SGB XI), die vorgeschaltete „Plausibilitätskontrolle“ vor der Begutachtung (§ 18 SGB XI) sowie die neu aufgenommene Aussetzung der gesetzlichen Bearbeitungsfrist für Pflegeanträge von Januar bis April 2027 (§ 142b Abs. 3 SGB XI) erschweren den Zugang zu Leistungen erheblich. Damit konterkariert der Entwurf sein eigenes Ziel, Prävention zu stärken: Wer niederschwellige, stabilisierende Hilfen im Vorfeld schwerer Pflegebedürftigkeit kappt, den eigenständigen Anspruch auf zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel (§ 40 Abs. 2 SGB XI) streicht, die planbare ambulante Verhinderungspflege abschafft und das neue Sozialraumbudget (§ 45b SGB XI) einseitig auf Angebote zur Unterstützung im Alltag verengt, destabilisiert häusliche Pflegearrangements und provoziert vermeidbare Krisen sowie frühere Heimeintritte.

Zugleich setzt der Gesetzentwurf die professionelle Pflege unter erheblichen strukturellen Druck. Die Verschärfung des Begutachtungsinstruments führt über einen veränderten Pflegegradmix rechnerisch automatisch zu sinkenden Personalanhaltswerten in der vollstationären Pflege nach § 113c

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

SGB XI, obwohl der tatsächliche Versorgungsaufwand unverändert bleibt. Dass das Bundesministerium für Gesundheit hierzu lediglich einen nachträglichen Prüfauftrag erhält, statt eine Absenkung der Personalausstattung gesetzlich auszuschließen, kommt einem Personalabbau durch die Hintertür gleich. Flankiert wird dies durch die sogenannten Transformationsstellenanteile (§ 113e SGB XI), die eine gefährliche „Technik-statt-Personal"-Logik eröffnen, während zugleich Implementierungskosten digitaler Systeme aus der Refinanzierung gestrichen wurden (§ 82 Abs. 1a SGB XI). Auch bei der Tariftreue drohen neue Verwerfungen, indem Personalkostensteigerungen bei regional üblicher Entlohnung bis 2030 an die Grundlohnrate gekoppelt, Zuschläge eingefroren und die gesetzlichen Vorgaben ab 2031 grundsätzlich zur Disposition gestellt werden (§ 82c Abs. 7 und 8 SGB XI).

Besonders gravierend ist die verschärfte zeitliche Unwucht der Reform: Während leistungsbegrenzende Regelungen und Deckelungen im Pflegegrad 1 bereits ab 2027 greifen, wird die Einführung der Pflegebegleitung um ein weiteres Jahr auf den 1. Januar 2029 verschoben und die nach geltendem Recht zum 1. Januar 2028 vorgesehene Leistungsanpassung beim Pflegegeld ersatzlos gestrichen (§ 30 SGB XI). Trotz punktueller Mehreinnahmen – darunter ein höherer Beitragszuschlag für Kinderlose sowie Beitragsregelungen für familienversicherte Ehegatten und Minijobs ab 2028 – und des Wegfalls der Bundes-Liquiditätshilfe bleibt eine nachhaltige Finanzierungsreform aus.

Soll das Pflegeneuordnungsgesetz vorrangig der finanziellen Stabilisierung der sozialen Pflegeversicherung dienen, zeigt der DBfK hierfür tragfähige Alternativen auf, die ohne Leistungskürzungen und ohne eine wirtschaftliche Schwächung der Pflegeeinrichtungen auskommen: An erster Stelle steht die konsequente Bereinigung versicherungsfremder Leistungen. Originär gesamtgesellschaftliche und staatliche Fürsorgepflichten müssen vollständig aus Steuermitteln finanziert und durch eine verlässliche Bundesfinanzierung beziehungsweise Liquiditätshilfe abgesichert werden. Das betrifft neben den Rentenversicherungsbeiträgen für pflegende An- und Zugehörige insbesondere die Finanzierung der Pflegeausbildung und des Pflegestudiums – einschließlich der Ausbildungsplatzumlage, die Pflegebedürftige bislang unmittelbar über ihre Eigenanteile zusätzlich belastet. Ebenso sind die Bundesländer in die Pflicht zu nehmen, ihrer gesetzlichen Verantwortung für die Investitionskosten vollstationärer Einrichtungen endlich vollständig nachzukommen, während Ausgaben für Digitalisierung und Infrastruktur über gesonderte steuerfinanzierte Strukturfonds statt zulasten der Pflegebudgets oder der Eigenanteile finanziert werden müssen. Darüber hinaus erschließt eine gezielte Stärkung pflegefachlicher Autonomie erhebliche Effizienz- und Einsparpotenziale: Insbesondere eine konsequente, zwischen SGB V und SGB XI kohärent abgestimmte unbürokratische Umsetzung der eigenverantwortlichen Heilkundeausübung durch entsprechend erfahrene Pflegefachpersonen gemäß § 73d SGB V sowie erweiterte Verordnungs- und Leistungsrechte, präventive Versorgungskonzepte und akademische Rollen wie Community Health Nurses und Advanced Practice Nurses beschleunigen Versorgungsprozesse, vermeiden Doppelstrukturen und beugen teuren Pflegekomplikationen, Versorgungskrisen sowie vermeidbaren Krankenhausaufenthalten wirksam vor. Die im Gesetz erwähnte Pflegestrukturkommission muss nun lösen, was der Gesetzentwurf nicht schafft: die langfristige und nachhaltige strukturelle und finanzielle Absicherung der Pflegeversicherung.

Der DBfK fordert im weiteren parlamentarischen Verfahren eine konsequente Neuausrichtung des Pflegeneuordnungsgesetzes an Versorgungssicherheit, Pflegefachlichkeit, Solidarität und Nachhaltigkeit. Leistungsbegrenzungen und Zugangshürden sind zurückzunehmen, unterstützende Strukturen wie Pflegebegleitung, Beratung und tragfähig finanzierte Akut- und Entlastungsangebote müssen vorgezogen werden. Tariftreue, eine wissenschaftlich fundierte Personalbemessung und die Vorbehaltsaufgaben nach § 4 Pflegeberufegesetz sind dauerhaft abzusichern. Zudem müssen die maßgeblichen Berufsorganisationen der Pflege sowie die Pflegewissenschaft bei Richtlinien, Empfehlungen, Beiräten und Evaluationen verbindlich beteiligt werden.

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

Stellungnahme zu den einzelnen Regelungen:

Artikel 1: Änderungen des Elften Buches Sozialgesetzbuch

Zu Artikel 1 Nr. 3 (§ 2 SGB XI)
Der Gesetzentwurf erweitert die Unterstützung durch Pflegende auf „*vergleichbar Nahestehende*“ und nennt ausdrücklich das Ziel, die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf bzw. Ausbildung zu verbessern. Der DBfK begrüßt beides, weil es reale Pflegearrangements besser abbildet. Konkrete rechtliche Ansprüche folgen daraus allerdings nicht.

Änderungsbedarf:
Das Ziel der Vereinbarkeit ist durch verlässliche, planbare Entlastungsleistungen zu unterlegen (siehe zu §§ 39, 39a und 42 SGB XI).

Zu Artikel 1 Nr. 4 (§ 5 Abs. 4 SGB XI)
Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen soll relevante Risikofaktoren zur Erkennung einer bestehenden oder drohenden Pflegebedürftigkeit im Rahmen einer wissenschaftlichen Expertise erheben. Die Erkenntnisse sind nach dem Gesetzentwurf für die Entwicklung und Umsetzung präventiver Maßnahmen zu nutzen und bei der Zielfestlegung, der Pflegebegleitung, der Leistungserbringung nach § 36 und den Beratungsbesuchen nach § 37 Abs. 3 zu berücksichtigen. Die Gliederung schafft mehr Klarheit über die Verwendungszwecke. Pflegewissenschaft und Berufsorganisationen werden jedoch weiterhin nicht verbindlich einbezogen.

Änderungsbedarf:
Der DBfK fordert dringend, die Pflegewissenschaft und Berufsorganisationen verbindlich einzubeziehen. Um eine zu medizinisch-kassenbezogene Steuerung zu vermeiden, muss die pflegefachliche Expertise Berücksichtigung finden. Die Pflegefachpersonen sind hier die Expert:innen, wenn es um das Thema Risikoeinschätzung im Pflegeprozess geht. Zudem können sie am besten darauf achten, dass erforderliche zusätzliche Dokumentationspflichten von Frühwarnzeichen/Risikofaktoren möglichst gering ausfallen. Darüber hinaus müssen die Kriterien transparent sein.

Zu Artikel 1 Nr. 5 (§ 6 Abs. 1 Satz 3 SGB XI)
Der Gesetzentwurf schreibt einen neuen verbindlichen Präventionsauftrag auch für Pflegeeinrichtungen vor. Grundsätzlich begrüßt der DBfK diese Entwicklung hin zur Gesundheitsförderung. Er warnt vor zusätzlicher Bürokratie bei Erbringung, Leistungsnachweis, Qualität und Evaluation. Zudem entsteht eine neue Verpflichtung der Pflegeeinrichtungen ohne entsprechende Refinanzierung.

Änderungsbedarf:
Der DBfK fordert eine schlanke, digitale, pflegewissenschaftlich fundierte Dokumentation. Die Refinanzierung muss geregelt werden. Zudem ist festzuschreiben, dass Rückstufungen von Bewohnerinnen und Bewohnern in einen niedrigeren Pflegegrad nicht zu Finanzierungskürzungen für Einrichtungen führen (siehe auch zu § 87a SGB XI).

Zu Artikel 1 Nr. 6 (§ 7a SGB XI – Pflege-Cockpit)
Die Pflegekassen sollen ein digitales „Pflege-Cockpit“ vorhalten, in dem Pflegebedürftige und Angehörige über einen individuellen Zugang ihren Pflegeprozess einsehen und verwalten können. Der DBfK begrüßt diesen Schritt der Digitalisierung, etwa die digitale Abtretungserklärung. Positiv ist, dass die Begründung nun ausdrücklich festhält, dass die Nutzung freiwillig bleibt, und Barrierefreiheit einschließlich des Zugangs, Leichte Sprache und mehrere Sprachen benennt. Diese Klarstellungen stehen jedoch nur in der Begründung, nicht im Gesetzestext.

Der DBfK warnt weiterhin davor, dass digitale Information persönliche Beratung und Pflegebegleitung ersetzt. Das Pflege-Cockpit darf nur Ergänzung sein. Überforderung von Pflegebedürftigen und Angehörigen darf nicht bei den Pflegefachpersonen in der ambulanten Pflege abgeladen werden. Analoge Informationsangebote, telefonische Erreichbarkeit und Formulare in Papierform müssen erhalten bleiben.

Änderungsbedarf:
Die Freiwilligkeit der Nutzung und der Erhalt analoger Zugangswege sind im Gesetzestext zu verankern. Ein Anspruch auf persönliche, niedrigschwellige und aufsuchende Beratung und Pflegebegleitung ist ausdrücklich zu sichern. Schnittstellen zur elektronischen Patientenakte müssen ausschließlich zweckgebunden sein.

Zu Artikel 1 Nr. 8 (§§ 7c, 7d SGB XI) und fortfolgende zu Pflegebegleitung

Art. 1 Nr. 8 PNOG ersetzt die bisherigen §§ 7a und 7b SGB XI durch neue Regelungen zur Pflegebegleitung und zu deren Organisation und Finanzierung. Der Anspruch auf Pflegebegleitung beginnt nach dem Gesetzentwurf erst am 1. Januar 2029, ein Jahr später als im Referentenentwurf. Kürzende Regelungen beim Pflegegrad 1 greifen dagegen bereits ab Januar 2027. Positiv ist, dass Pflegeberatung nach § 7a und Beratungsgutscheine nach § 7b in der bisherigen Fassung sowie die Beratungsbesuche nach § 37 Abs. 3 bis Ende 2028 fortgelten. Eine Beratungslücke entsteht damit nicht.

Der DBfK unterstützt das Ziel einer kontinuierlichen Pflegebegleitung ausdrücklich. Sie bietet die Chance, Versorgungslücken früh zu erkennen, Prävention zu stärken, pflegende Angehörige zu entlasten und die Selbständigkeit pflegebedürftiger Menschen möglichst lange zu erhalten. Entscheidend ist, die Pflegebegleitung als pflegefachlich geprägte Leistung auszugestalten.

Der Gesetzentwurf enthält hierzu positive neue Ergänzungen:

- Das Erstellen eines Versorgungsplans wird ausdrücklich Aufgabe der Pflegebegleitung. Das entspricht dem Pflegeprozess.
- Die Belange pflegender Eltern sowie pflegender Kinder und Jugendlicher (Young Carers) sind zu berücksichtigen.
- Telefonische, digitale und Video-Termine sind auf Wunsch der anspruchsberechtigten Person verbindlich.
- Das Fallmanagement umfasst ausdrücklich die Koordination von Sozialleistungen.
- Die Pflegekassen haben bestehende externe Beratungsstrukturen zu berücksichtigen; die Träger der Sozialhilfe bzw. Stellen der Altenhilfe werden beteiligt.
- Die maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe werden an den Empfehlungen zu Anzahl, Qualifikation und Fortbildung der Pflegebegleitpersonen beteiligt.
- Die Evaluation umfasst ausdrücklich die Auskömmlichkeit der Finanzierung.

Dem stehen gewichtige Kritikpunkte gegenüber. Weitere Termine richten sich nicht mehr nach „*pflegefachlicher Sicht*“, sondern nach der „*fachlichen Sicht der Pflegebegleitperson*“. Das schwächt die pflegefachliche Prägung, die der DBfK zentral gefordert hat, wenn die Pflegebegleitung nicht rein pflegefachlich ausgerichtet ist. Die Pflicht, bestehende Beratungsstrukturen zu „berücksichtigen“, bleibt unverbindlich. Die anerkannten Beratungsstellen nach § 37 Abs. 7, die Beratungsangebote ambulanter Pflegedienste und die individuellen häuslichen Schulungen nach § 45 bleiben ohne gesicherte Rolle. Für das Fallmanagement gilt künftig eine Widerspruchs- statt einer Einverständnislösung. Das erleichtert den Zugang, verlangt aber transparente Information über das Widerspruchsrecht.

Die Kontroll- und Sanktionsmechanismen bleiben unverändert. Ruft eine pflegebedürftige Person die jährliche Pflegebegleitung nicht ab, hat die Pflegekasse künftig das Pflegegeld angemessen zu kürzen und im Wiederholungsfall zu entziehen. Der DBfK lehnt diese Verknüpfung weiterhin ab. Pflegebegleitung braucht Vertrauen und darf nicht als Kontrollinstrument wahrgenommen werden.

Bei den Richtlinien zur Pflegebegleitung (§ 17 Abs. 1a SGB XI) erhalten nun auch wissenschaftliche Fachgesellschaften ein Stellungnahmerecht, und die Pflegebevollmächtigte wird beteiligt. Die Berufsorganisationen der Pflege haben weiterhin nur ein Stellungnahmerecht. Das wird der Bedeutung der Richtlinien nicht gerecht. Die Pflegebegleitung umfasst die pflegefachliche Einschätzung

von Versorgungssituationen, die Anleitung und Unterstützung pflegender An- und Zugehöriger, die Begleitung in pflegerischen Akutsituationen, die Koordination von Leistungen verschiedener Sozialleistungsträger sowie Elemente eines strukturierten Fallmanagements. Die Richtlinien regeln damit nicht lediglich Verwaltungsverfahren der Pflegekassen. Sie bestimmen die fachlichen Standards einer neuen pflegefachlichen Tätigkeit und legen mittelbar deren Aufgabenprofil, Verantwortungsumfang, Qualifikationsanforderungen und Qualitätsmaßstäbe fest.

Die Pflegeprofession ist deshalb nicht lediglich eine von den Regelungen betroffene Interessengruppe, sondern Trägerin der fachlichen Expertise, deren Ausübung die Richtlinien ausgestalten. In anderen Bereichen des Gesundheitswesens ist anerkannt, dass berufsfachliche Standards nicht ausschließlich durch Kostenträger oder Verwaltungsakteure definiert werden, sondern unter maßgeblicher Beteiligung der betroffenen Heil- und Gesundheitsberufe entstehen. Für die Pflegebegleitung muss Entsprechendes gelten. Der Entwurf ist an dieser Stelle zudem nicht stimmig: An den Empfehlungen zur Qualifikation der Pflegebegleitpersonen (§ 7d Abs. 2) werden die Organisationen der Pflegeberufe beteiligt, an den Richtlinien, aus denen sich diese Anforderungen erst ergeben, dagegen nicht.

Hinzu kommt, dass die Empfehlungen zur Qualifikation und die Richtlinien gleichzeitig bis zum 30. September 2027 festgelegt werden sollen. Welche Qualifikation zur Wahrnehmung der Aufgaben der Pflegebegleitung erforderlich ist, kann sachgerecht aber erst beantwortet werden, wenn die konkreten Leistungsinhalte, Verantwortlichkeiten und Qualitätsanforderungen verbindlich festgelegt worden sind. Die im Gesetzentwurf vorgesehene Gleichzeitigkeit verkennt diesen Zusammenhang. Werden beide Regelwerke parallel erarbeitet, müssen die Anforderungen an die Pflegebegleitpersonen bestimmt werden, ohne dass feststeht, welche Aufgaben, Verantwortlichkeiten und Qualitätsmaßstäbe sie abdecken sollen. Es besteht die Gefahr, dass sich nicht die Qualifikation aus dem Aufgabenprofil ableitet, sondern sich das Aufgabenprofil an einem Qualifikationsniveau ausrichtet, das sich kurzfristig und mit geringem Aufwand erreichen lässt. Pflegefachliche Vorgaben der Richtlinien liefen ins Leere, wenn die Personen, die sie umsetzen sollen, hierfür nicht hinreichend qualifiziert sind. Widersprüche zwischen beiden Regelwerken würden erst nachträglich sichtbar und müssten korrigiert werden, wenn Fortbildungsangebote bereits aufgebaut und erste Pflegebegleitpersonen bereits qualifiziert sind.

Die Inhalte der wissenschaftlichen Begleitung legt allein der Spitzenverband Bund der Pflegekassen im Einvernehmen mit dem BMG fest; der Bericht liegt erst zum 1. Januar 2033 vor.

Änderungsbedarf:
Die Formulierung „*aus pflegefachlicher Sicht*“ ist wiederherzustellen. Pflegefachpersonen sind verbindlich an der Leistungserbringung zu beteiligen; die Erstellung des Versorgungsplans ist als Teil der Vorbehaltsaufgaben nach §4 Pflegeberufegesetz Pflegefachpersonen vorzubehalten. Der DBfK erneuert seine Forderung, die Pflegebegleitung ausdrücklich pflegefachlich auszugestalten.

Bestehende pflegefachliche Beratungs- und Unterstützungsstrukturen, insbesondere die anerkannten Beratungsstellen nach § 37 Abs. 7, die Beratungsangebote ambulanter Pflegedienste sowie weitere pflegefachliche Beratungsanbieter, sind nicht nur zu berücksichtigen, sondern verbindlich einzubeziehen. Dafür sind geeignete rechtliche und vertragliche Voraussetzungen zu schaffen.

Die Einführung der Pflegebegleitung darf nicht zu einer faktischen Verdrängung bewährter pflegefachlicher Beratungs- und Schulungsangebote führen. Insbesondere die im Rahmen der Beratungsbesuche nach § 37 Abs. 3 SGB XI sowie der individuellen häuslichen Schulungen nach § 45 SGB XI vermittelten pflegefachlichen Unterstützungs-, Beratungs- und Anleitungskompetenzen sind dauerhaft sicherzustellen und in die Weiterentwicklung der Pflegebegleitung einzubinden. Die Kürzungs- und Entzugsregelungen beim Pflegegeld sind zu streichen.

Für die Richtlinien nach § 17 Abs. 1a und die Empfehlungen nach § 7d Abs. 2 fordert der DBfK:

Vorrangig sind die Richtlinien vor den Qualifikationsempfehlungen zu erarbeiten und zu verabschieden sowie im Benehmen mit den maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene zu erlassen. Die im Entwurf vorgesehene Beteiligung der Pflegeberufe an den Qualifikationsempfehlungen ist beizubehalten. Nur so werden die Anforderungen an die Pflegebegleitpersonen aus den Aufgaben der Pflegebegleitung abgeleitet und nicht umgekehrt, und nur so wird die

Pflegeprofession an der Definition der fachlichen Standards einer neuen pflegefachlichen Regelleistung angemessen beteiligt. Der DBfK schlägt dazu vor:

§ 17 Absatz 1a Satz 3 wird wie folgt gefasst:
„Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen erlässt die Richtlinien nach Satz 1 unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes Bund und im Benehmen mit den maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene. Die Länder, der Verband der Privaten Krankenversicherung e. V., die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und der Eingliederungshilfe, die kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene, die Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege, die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene und die oder der Bevollmächtigte der Bundesregierung für Pflege sind zu beteiligen."

§ 17 Absatz 1a wird folgender Satz angefügt:
„Die Empfehlungen nach § 7d Absatz 2 dürfen erst nach Erlass der Richtlinien nach Satz 1 beschlossen werden." Die Frist für die Empfehlungen in § 7d Abs. 2 ist entsprechend zu verlängern.

Unabhängig von der Gleichzeitigkeit der Fristen für die beiden Aufgaben, sind die Richtlinien in jedem Fall im Benehmen mit den maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe zu erlassen. Angesichts des überwiegend pflegefachlichen Charakters der Pflegebegleitung reicht ein bloßes Stellungnahmerecht nicht aus. Die Pflegeberufe müssen ihre Expertise institutionell wirksam einbringen können.

Die Berufsorganisationen der Pflege sind zudem an der Festlegung der Evaluationsinhalte zu beteiligen.

Zu Artikel 1 Nr. 10 bis 12 (§§ 8, 8a und 9 SGB XI)
Der DBfK begrüßt, dass die Entwicklung der Pflegeversicherung, die Eigenanteile und die Inanspruchnahme von Hilfe zur Pflege stärker in den Blick genommen werden. Der Fokus darf jedoch nicht auf die vollstationäre Pflege beschränkt bleiben. In der ambulanten Pflege fehlen bislang belastbare Informationen darüber, welche Eigenanteile tatsächlich entstehen und ob steigende Kosten dazu führen, dass notwendige Leistungen reduziert oder nicht in Anspruch genommen werden.

Ambulante Pflegedienste erleben bei Gebührenerhöhungen regelmäßig, dass Pflegebedürftige und ihre An- und Zugehörigen eigentlich erforderliche Leistungen abbestellen, kürzen oder durch informelle Pflege ersetzen. Damit entstehen Risiken für Versorgungssicherheit, Prävention, Entlastung pflegender Angehöriger und den Verbleib in der Häuslichkeit. Auch Ausbildungsumlagen und weitere Kostenbestandteile belasten Pflegebedürftige im ambulanten Bereich zusätzlich.

Wenn der Gesetzgeber die häusliche Pflege stärken und den Verbleib in der eigenen Häuslichkeit fördern will, muss die finanzielle Belastung ambulanter Pflegebedürftiger systematisch erfasst und politisch begrenzt werden. Analog zur Diskussion um Eigenanteile in der stationären Pflege ist auch für die ambulante Pflege eine wirksame Begrenzung der pflegebedingten Eigenanteile zu prüfen.

Positiv ist die Änderung in § 8a SGB XI. Statt einer „Unterversorgung" sind künftig „strukturelle Versorgungsbedarfe" festzustellen, und dafür sind Indikatoren zu bestimmen. Das ermöglicht früheres Handeln. Landesrecht kann Maßnahmen zur Deckung solcher Bedarfe ausdrücklich neben dem Sicherstellungsauftrag der Pflegekassen vorsehen. Die Pflegekassen dürfen dadurch nicht aus ihrer Verantwortung entlassen werden.

Änderungsbedarf:
Die Berichtspflichten und die Datenbereitstellung nach § 8 SGB XI sind ausdrücklich um den ambulanten Bereich zu erweitern. Erfasst werden sollten insbesondere pflegebedingte Eigenanteile, Ausbildungsumlagen, nicht in Anspruch genommene oder gekürzte Leistungen aufgrund finanzieller Belastung sowie Auswirkungen auf pflegende An- und Zugehörige. Auf dieser Grundlage ist eine wirk-same Begrenzung der Eigenanteile in der ambulanten Pflege zu entwickeln, um

häusliche Versorgung, Entlastung und Versorgungssicherheit nachhaltig zu stärken. In der Pflegestrukturplanung nach § 8a ist die pflegefachliche Perspektive, etwa durch Community Health Nursing, ausdrücklich zu verankern.

Zu Artikel 1 Nr. 13 (§ 10 SGB XI)
Das „Kompetenzzentrum Digitalisierung und Pflege“ wird verstetigt. Der DBfK begrüßt die gesetzgeberischen Bemühungen die Digitalisierung zu unterstützen grundsätzlich. Bei der Ausgestaltung kommt allerdings der Einbezug der Berufsgruppe der Pflegenden, die mit den Systemen täglich arbeiten müssen, deutlich zu kurz. Damit die digitalen Systeme schlussendlich auch eine Entlastung im Pflegealltag darstellen, sollten diese nicht ohne Praxis und Berufsvertretung bewertet werden.

Neu ist, dass das Reifegradmodell transparente, wissenschaftlich begründete Kriterien anlegen muss, darunter Pflegequalität, Selbstbestimmung, Arbeitsorganisation und Wirtschaftlichkeit. Das greift die Forderung des DBfK teilweise auf. Der Beirat „berät und unterstützt“ künftig das Kompetenzzentrum; der Deutsche Pflegerat ist Mitglied, ein Stimmrecht ist aber nicht geregelt. Die professionell Pflegenden bleiben in einem sehr breit besetzten Gremium eine Stimme unter vielen.

Änderungsbedarf:
Der DBfK fordert, den DPR mit Stimmrecht im Beirat zu verankern. Die Kriterien sind um Arbeitsbelastung, Datenschutz, Ethik und Mitbestimmung zu ergänzen.

Zu Artikel 1 Nr. 13 (§ 11 SGB XI)
Das Förderprogramm für die Digitalisierung wird mit 1,6 Milliarden Euro aus dem Sondervermögen für 2027 bis 2031 konkret beziffert und auf stationäre Einrichtungen ausgeweitet. Die Länder sollen 400 Millionen Euro kofinanzieren. Mittel fließen nur, wenn ein Land seine Investitionskostenförderung mindestens auf dem Durchschnittsniveau der Jahre 2024 bis 2026 hält und zusätzlich 25 Prozent kofinanzieren. Der DBfK begrüßt es, dass damit der Druck auf die Länder erhöht wird, ihren Investitionskosten nachzukommen.

Der DBfK kritisiert, dass beim einmaligen Digitalisierungszuschuss das Förderziel „*zur Entlastung der Pflegekräfte*“ entfällt. Im Vordergrund stehen nun Betreuung, Aktivierung und Teilhabe der Pflegebedürftigen. Zudem sind im Förderprogramm künftig auch Verwaltungs-, Organisations- und Managementsysteme förderfähig. Dadurch können Mittel von Anwendungen abfließen, die die Pflege unmittelbar entlasten.

Änderungsbedarf:
Die Entlastung der Pflegefachpersonen ist als Förderziel des Digitalisierungszuschusses zu erhalten. Für Anwendungen, die die Pflege direkt entlasten, ist ein Vorrang vorzusehen und es ist sicherzustellen, dass die Mittel auch tatsächlich die Pflegepraxis erreichen. Pflegefachpersonen und ihre Interessenvertretungen sind an Auswahl und Einführung der Systeme zu beteiligen.

Zu Artikel 1 Nr. 13 (§ 12 SGB XI)
Die Förderung guter Versorgung sollte eines der Hauptanliegen der Pflegeneuordnung sein, bleibt aber weit hinter den Erwartungen zurück. Um eine flächendeckend gute Versorgung zu gewährleisten, braucht es eine gezielte Förderung der Professionalisierung der Pflegefachkräfte. Modellvorhaben sind grundsätzlich zu begrüßen, eine Förderung von gerade einmal 3 Mio. Euro jährlich ist jedoch bei weitem zu niedrig, um überhaupt einen Unterschied zu machen. Positiv ist, dass die im Referentenentwurf vorgesehene Umschichtung von jährlich fünf Millionen Euro aus der Förderung nach § 12 Abs. 4 zugunsten von § 11 Abs. 1 entfällt.

Änderungsbedarf:
Der DBfK fordert, das Fördervolumen deutlich zu erhöhen. Erfolgreiche Modelle gehören automatisch flächendeckend implementiert. Wer die Versorgungsqualität ernsthaft verbessern will, kommt an der bundesweiten Einführung von Advanced Practice Nursesund Community Health Nurses

nicht vorbei. Die maßgeblichen Berufsorganisationen sind an weiteren Modellvorhaben von Anfang an verbindlich zu beteiligen.

Zu Artikel 1 Nr. 16 und Nr. 89 (§ 15 SGB XI und Anlage 2) sowie Nr. 22 (§ 18f SGB XI)

Die Anhebung der Schwellenwerte und die geänderte Bewertungssystematik des Begutachtungsinstruments bleiben gegenüber dem Referentenentwurf inhaltlich unverändert. Die Regelung betrifft den Kern des Leistungszugangs und ist keine bloße technische Anpassung. Da der Entwurf die Änderung ausdrücklich als Minderausgabe kalkuliert und die Begründung das Ziel einer „Verlangsamung" des Anstiegs der Zahl der Pflegebedürftigen nennt, entsteht der Eindruck einer vorrangig fiskalisch motivierten Begrenzung. Eine Reform des Begutachtungsinstruments muss fachlich begründet, bedarfsgerecht und empirisch abgesichert sein.

Der DBfK weist die politische Darstellung entschieden zurück, bei den seit 2017 geltenden Schwellenwerten in den Pflegegraden 1 bis 3 handele es sich um ein damaliges „politisches Geschenk" oder ein handwerkliches Versehen, das nun lediglich durch eine Rückkehr zu den Modellwerten von 2013 korrigiert werde. Die Festlegung der Schwellen auf 12,5, 27 und 47,5 Punkte im Zuge des Zweiten Pflegestärkungsgesetzes war vielmehr eine bewusste und pflegefachlich zwingende Weichenstellung, um den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff wirksam werden zu lassen und kognitive, psychische sowie beginnende somatische Beeinträchtigungen frühzeitig aufzufangen. Vor diesem Hintergrund erweist sich auch die politische Ankündigung, das PNOG bringe eine große Stärkung der Prävention, als klarer Widerspruch in sich: Eine wirksame pflegerische Prävention wird mit diesen Regelungen eindeutig nicht gelingen – im Gegenteil wird sie durch die geplanten Leistungseinschnitte systematisch konterkariert. Wer den Zugang zu den unteren Pflegegraden durch höhere Schwellenwerte und verschobene Punktbereiche in den Begutachtungsmodulen (insbesondere im hochgewichteten Modul 4 Selbstversorgung) erschwert und zugleich den Pflegegrad 1 materiell aushöhlt, kappt genau jene niedrigschwelligen, stabilisierenden Hilfen, die ein Fortschreiten von Pflegebedürftigkeit verhindern. Punktuelle Früherkennungsangebote ersetzen keine kontinuierliche pflegefachliche Unterstützung im Alltag. Statt einer vermeintlichen Systemkorrektur oder Präventionsoffensive verfolgt der Entwurf ein rein fiskalisches Sparziel, das die häusliche Pflege destabilisiert, die stationäre Personalbemessung bei unverändertem Versorgungsaufwand rechnerisch absenkt und die Kosten durch frühere Heimeintritte sowie vermeidbare Krankenhausaufenthalte lediglich verlagert.

Besonders gravierend wirken sich die höheren Schwellenwerte und die verschärfte Modulbewertung auf die Personalbemessung in der vollstationären Langzeitpflege nach § 113c SGB XI aus. Da die refinanzierbare Personalausstattung unmittelbar an den Pflegegradmix einer Einrichtung gekoppelt ist, führt jede rechnerische Herabstufung von Neuaufnahmen oder ausbleibende Höherstufung automatisch zu sinkenden Personalanhaltswerten – obwohl der tatsächliche pflegerische Unterstützungsbedarf der Bewohnerinnen und Bewohner unverändert fortbesteht. Den vom Gesetzgeber in § 113c Abs. 10 SGB XI-E vorgesehenen bloßen Prüfauftrag an das Bundesgesundheitsministerium, die Personalanhaltswerte vor dem Hintergrund des geänderten Begutachtungsinstruments zu überprüfen, hält der DBfK für fachlich unhaltbar und widersinnig. Die mathematischen Auswirkungen einer veränderten Pflegegradverteilung auf die nach § 113c Abs. 1 SGB XI zu vereinbarenden Vollzeitäquivalente sind nicht etwa eine offene empirische Frage der Zukunft, sondern lassen sich auf Basis der vorliegenden Begutachtungsdaten und Simulationen bereits heute exakt berechnen. Der Gesetzentwurf nimmt damit bewusst in Kauf, dass die Personalausstattung in den Pflegeeinrichtungen ab 2027 zunächst planmäßig verschlechtert wird und sich die Arbeitsverdichtung sowie die Versorgungsrisiken weiter zuspitzen, um erst im Nachhinein prüfen zu lassen, was schon vor Inkrafttreten des Gesetzes rechnerisch feststeht. Eine solche gesetzgeberische Konstruktion offenbart, dass fiskalische Einspareffekte einseitig zulasten der Pflegequalität und der professionell Pflegenden priorisiert werden: Wer das Begutachtungsinstrument verschärft, ohne gleichzeitig und verbindlich die Personalanhaltswerte entsprechend anzupassen, betreibt Personalabbau durch die Hintertür.

Neu ist zudem eine Übergangsregelung in § 142b Abs. 3 SGB XI (Nr. 86): Vom 1. Januar bis 30. April 2027 gilt die gesetzliche Bearbeitungsfrist für Pflegeanträge nach § 18c Abs. 1 nicht. Nur bei besonders dringlichem Entscheidungsbedarf ist binnen 25 Arbeitstagen zu entscheiden. Betroffene müssen damit gerade in der Umstellungsphase länger auf Leistungen warten; die Last trägt die häusliche Pflege.

Der neue Beirat nach § 18f SGB XI besteht aus fünf Vertreterinnen oder Vertretern der Wissenschaft, die vom Medizinischen Dienst Bund berufen werden. Pflegewissenschaftliche Kenntnisse sind nur eine von mehreren möglichen Qualifikationen. Berufsorganisationen der Pflege und Betroffenenvertretungen sind nicht vorgesehen. Laut Begründung soll der Beirat insbesondere die künftige Finanzierbarkeit berücksichtigen.

Änderungsbedarf:
Die Anhebung der Schwellenwerte ist zu streichen. Vor einer Reform des Begutachtungsinstruments ist eine unabhängige Evaluation unter verbindlicher Beteiligung der Pflegewissenschaft, der maßgeblichen Berufsorganisationen der Pflege und der Betroffenenvertretungen durchzuführen. Pflegewissenschaft, Berufsorganisationen und Betroffenenvertretungen sind im Beirat nach § 18f zu verankern. Die Auswirkungen auf § 113c, PeBeM, Qualifikationsmix, Rahmenverträge und Vergütungsvereinbarungen sind systematisch zu prüfen und fortlaufend zu monitoren; eine Absenkung der Personalanhaltswerte infolge der Schwellenwerte ist auszuschließen. Die Aussetzung der Bearbeitungsfrist nach § 142b Abs. 3 ist zu streichen.

Zu Artikel 1 Nr. 18 (§ 18 SGB XI)
Aus der „Evidenzkontrolle“ wird eine „Plausibilitätskontrolle“. Inhaltlich bleibt das Instrument bestehen: Vor der Begutachtung ist der tatsächliche Bedarf zu erfragen, der Antragsteller zu den Erfolgsaussichten zu beraten und ihm Gelegenheit zur Antragsrücknahme zu geben. Die Forderung des DBfK nach Streichung oder enger Begrenzung wird nicht aufgegriffen.

Gerade Menschen mit geringer Gesundheitskompetenz, Sprachbarrieren, kognitiver Belastung oder fehlender Unterstützung könnten so von berechtigten Anträgen abgehalten werden. Pflegebedarf ist für Laien häufig schwer einzuschätzen. Fehler bei Antragstellung oder Darstellung des Unterstützungsbedarfs dürfen nicht dazu führen, dass Ansprüche faktisch nicht geprüft werden. Auch ist fraglich, ob aussichtslose Anträge – insbesondere bei komplexen oder beginnenden Pflegebedarfen – zuverlässig identifiziert werden können.

Sinnvoller wäre es, Pflegebegleitung und unabhängige Beratung bereits bei der Antragstellung anzusetzen. Dies könnte helfen, Unterstützungsbedarfe fachlich einzuordnen, präventive Maßnahmen einzuleiten und Pflegebedürftigkeit möglichst zu vermeiden oder hinauszuzögern.

Neu ist § 18 Abs. 1a SGB XI. Pflegeeinrichtungen können nach erfolgreicher aktivierender oder rehabilitativer Pflege eine Wiederholungsbegutachtung veranlassen. Zudem ist zu regeln, ob in der Versorgung tätige Pflegefachpersonen mit der Begutachtung zur Rückstufung beauftragt werden können. Ergänzend erhalten vollstationäre Einrichtungen nach § 87a Abs. 4 SGB XI (Nr. 62) 3.085 Euro bei einer Rückstufung nach aktivierenden oder rehabilitativen Maßnahmen; der Betrag wird künftig dynamisiert. Der DBfK sieht darin eine Anerkennung pflegefachlich wirksamer Arbeit. Rollenkonflikte bei der Begutachtung der eigenen Versorgung, Qualitätsstandards und Vergütung müssen jedoch geklärt werden. Die Regelung darf nicht einseitig auf Rückstufungen zielen und keinen Druck auf Pflegeteams erzeugen.

Änderungsbedarf:
Die Plausibilitätskontrolle ist zu streichen oder eng zu begrenzen. Eine Beratung darf nicht auf Rücknahme des Antrags ausgerichtet sein. Erforderlich sind unabhängige Information, verständliche Aufklärung, lückenlose Dokumentation, Rechtsbehelfsbelehrung und ein ausdrückliches Verbot statistischer Zielvorgaben zur Antragsrücknahme. Vor einer regelhaften Einführung sollte eine wissenschaftlich begleitete Erprobungsphase erfolgen. Bei der Begutachtung durch Pflegefachpersonen nach § 18 Abs. 1a sind Unabhängigkeit, Qualifikation und Vergütung gesetzlich zu regeln; die Prämie nach § 87a Abs. 4 muss den Pflegeteams zugutekommen.

Zu Artikel 1 Nr. 25 (§ 30 SGB XI)
Der DBfK begrüßt weiterhin ausdrücklich die Einführung einer regelhaften jährlichen Dynamisierung der Leistungsbeträge. Ebenso begrüßt er, dass die Anpassung entsprechend seiner Forderung künftig zum 1. Januar statt zum 1. Juli erfolgt.

Kritisch ist der Starttermin. Nach geltendem Recht werden die Leistungsbeträge zum 1. Januar 2028 angepasst. Der Referentenentwurf hatte diese Anpassung auf den 1. Juli 2028 verschoben. Der Gesetzentwurf streicht die Anpassung 2028 nun vollständig; die erste Dynamisierung erfolgt erst zum 1. Januar 2029. Für Pflegebedürftige bedeutet das gegenüber dem geltenden Recht eine Verzögerung um zwölf Monate. Der Kaufkraftverlust der Leistungen setzt sich bis dahin fort.

Zudem richtet sich die Anpassung künftig nach dem geometrischen statt dem arithmetischen Mittel der Kerninflationsrate der letzten drei Kalenderjahre und ist auf den durchschnittlichen Anstieg der Bruttolöhne begrenzt. Die Anpassung fällt damit zurückhaltend aus.

Änderungsbedarf:
Die jährliche Dynamisierung zum 1. Januar ist beizubehalten. Die nach geltendem Recht vorgesehene Anpassung zum 1. Januar 2028 darf nicht entfallen. Der Gesetzgeber sollte prüfen, ob Berechnungsmethode und Deckelung die tatsächliche Kostenentwicklung in der Pflege abbilden.

Zu Artikel 1 Nr. 26 (§ 33 SGB XI)

Für die Befristung von Pflegegraden soll künftig eine „*argumentativ zu begründende, nicht unwesentliche Wahrscheinlichkeit*“ genügen, dass sich Beeinträchtigungen verringern. Der Referentenentwurf sprach noch von einer „*begründeten*“ Wahrscheinlichkeit. Laut Begründung sollen Befristungen häufiger eingesetzt werden. Für Betroffene bedeutet das mehr Wiederholungsbegutachtungen und weniger Planungssicherheit.

Änderungsbedarf:
Befristungen dürfen nur bei einer fachlich begründeten Erwartung einer Verbesserung erfolgen. Die pflegefachliche Einschätzung der versorgenden Pflegefachpersonen ist einzubeziehen.

Zu Artikel 1 Nr. 27 (§ 34 SGB XI) und Artikel 4 Nr. 6 (§ 39a SGB V)

Das Pflegegeld wird während einer stationären Versorgung in Kinder- und Jugendhospizen weitergezahlt. Pflegegeld und Kurzzeitpflege werden dabei nicht auf die Zuschüsse der Krankenkasse angerechnet. Der DBfK begrüßt diese Entlastung von Familien mit lebensverkürzend erkrankten Kindern.

Zu Artikel 1 Nr. 29 – § 35b SGB XI

Der DBfK kann den Hinweis auf die Entscheidungshoheit pflegebedürftiger Menschen grundsätzlich nachvollziehen. Die Selbstbestimmung der Versicherten muss bei Abtretungen von Kostenerstattungsansprüchen gewahrt bleiben. Pflegebedürftige Menschen müssen wissen, welche Ansprüche sie in welchem Umfang an Dritte abtreten.

Kritisch ist, dass das vorgesehene Anzeigeverfahren in der Praxis zusätzliche Hürden schaffen kann. Die Gesetzesbegründung geht von Bürokratieabbau für Anbieter und einer beschleunigten Abrechnung aus. Die Erfahrung zeigt, dass zusätzliche Antrags- oder Anzeigeerfordernisse gerade ältere, belastete oder alleinstehende Pflegebedürftige häufig überfordern. In der Praxis werden dann vielfach die Anbieter unterstützen, beraten und bei der Anzeige helfen müssen. Damit droht statt Entlastung ein zusätzlicher Aufwand für Versicherte und Leistungserbringer.

Problematisch ist zudem, dass in der Abtretungsanzeige Art und Höhe des abgetretenen Anspruchs festgelegt werden sollen. Diese Angaben können sich im Versorgungsverlauf ändern, etwa durch wechselnde Inanspruchnahme, veränderte Bedarfe oder unterschiedliche Leistungsbeträge. Dann wären weitere Anzeigen oder Anpassungen erforderlich. Dies kann die Abrechnung gerade nicht vereinfachen, sondern verkomplizieren.

Änderungsbedarf:
§ 35b SGB XI ist so auszugestalten, dass Abtretungen für pflegebedürftige Menschen einfach, verständlich und niedrigschwellig möglich bleiben. Das Anzeigeverfahren muss digital, standardisiert und möglichst einmalig nutzbar sein. Änderungen im Umfang der Inanspruchnahme dürfen nicht zu

wiederholten formalen Anzeigen führen. Erforderlich sind klare Musterformulare, einfache Widerrufsmöglichkeiten und eine Gestaltung, die zusätzlichen Beratungs- und Verwaltungsaufwand für Versicherte und Anbieter vermeidet.

Zu Artikel 1 Nr. 29 (§ 36 SGB XI)
Der DBfK hält seine im Juni zum Referentenentwurf formulierte grundsätzliche Zurückhaltung gegenüber der Ausgestaltung des Sachleistungsbudgets aufrecht. Er begrüßt die Klarstellung, dass sich der Anspruch der Pflegebedürftigen weiterhin unmittelbar auf Leistungen der häuslichen Pflegehilfe richtet. Eine flexiblere Leistungsstruktur kann für Pflegebedürftige und ihre An- und Zugehörigen hilfreich sein. Offen bleibt jedoch, wie innerhalb des gemeinsamen monatlichen Leistungsbetrags die nach dem individuellen Pflegebedarf erforderlichen pflegefachlichen Leistungen gesichert werden.

Pflegefachliche Leistungen müssen im Leistungsrecht eigenständig erkennbar bleiben. Dies betrifft insbesondere die Erhebung und Feststellung des Pflegebedarfs, die Pflegeplanung, die Steuerung des Pflegeprozesses und die Evaluation der Pflegequalität. Die Verantwortung für diese Aufgaben ist bei beruflicher Ausübung nach § 4 PflBG Pflegefachpersonen vorbehalten. Der dafür erforderliche Aufwand muss sich in den Leistungsbeschreibungen und in der Vergütung der häuslichen Pflegehilfe wiederfinden. Haushaltsnahe Unterstützungsleistungen haben für die häusliche Versorgung einen eigenen Wert und können die pflegerische Versorgung sinnvoll ergänzen. Fachlich erforderliche Pflege können sie nicht ersetzen.

Der DBfK sieht weiterhin die Gefahr, dass eine rein budgetbezogene Steuerung professionelle Pflegeleistungen unter Kostendruck setzt und günstigere Angebote an die Stelle fachlich erforderlicher Pflege treten. Diese Frage gewinnt besonderes Gewicht, wenn aus dem monatlichen Sachleistungsbudget bei geplanter Abwesenheit einer Pflegeperson zusätzlich Ersatzversorgung finanziert werden soll. Pflegebedürftige, die regelmäßig auf einen ambulanten Pflegedienst angewiesen sind, müssen dessen Leistungen auch in dieser Zeit bedarfsgerecht in Anspruch nehmen können.

Änderungsbedarf:
Der DBfK fordert, in § 36 SGB XI die für die häusliche Pflegehilfe erforderlichen Aufgaben der Pflegeprozessverantwortung ausdrücklich auszuweisen und ihre Berücksichtigung in den Leistungsbeschreibungen und Vergütungsvereinbarungen sicherzustellen. Bei der Ausgestaltung der Budgets ist zu gewährleisten, dass die Inanspruchnahme notwendiger Ersatzpflege die laufende fachpflegerische Versorgung nicht gefährdet. Darüber hinaus sollte die Rolle ambulanter Betreuungsdienste nach § 71 Abs. 1a SGB XI evaluiert werden. Zu prüfen ist, welchen eigenständigen Versorgungsbeitrag sie leisten und ob ihre Weiterentwicklung oder ein geordnetes Auslaufen dieser Versorgungsform sachgerecht ist.

Zu Artikel 1 Nr. 30 und Nr. 31 (§§ 37, 38 SGB XI)
Der DBfK begrüßt, dass die im Referentenentwurf vorgesehene Halbierung des Pflegegeldes in den ersten drei Monaten nach erstmaliger Einstufung in Pflegegrad 2 oder 3 entfällt.

Zu Artikel 1 Nr. 32 (§§ 39 und 39a SGB XI)
Der DBfK bewertet das Überbrückungsbudget und die pflegerischen Akutleistungen grundsätzlich als wichtigen Ansatz, um Krisen in der häuslichen Pflege schneller aufzufangen. Er begrüßt, dass das Überbrückungsbudget nun für alle Pflegegrade einheitlich 2.285 Euro jährlich beträgt. Für die Pflegegrade 2 und 3 sind das 430 Euro mehr als im Referentenentwurf.

Kritisch bleibt, dass die bisherige Verhinderungspflege für planbare Entlastungssituationen, etwa Urlaub oder Erholung der Pflegeperson, faktisch entfällt. Eine ambulante Versorgung während der geplanten Abwesenheit der Pflegeperson fällt nicht unter § 39a und müsste aus den regulären Sachleistungen finanziert werden. Die moderate Erhöhung des Sachleistungsbudgets reicht nicht aus, um diese Versorgungslücke aufzufangen.

Dies steht im Widerspruch zur Zielsetzung, häusliche Pflegearrangements zu stabilisieren und pflegende An- und Zugehörige besser zu unterstützen. Viele pflegende Angehörige verzichten über Jahre auf freie Tage oder Erholungsurlaub, bis das häusliche Pflegesystem überlastet ist oder zusammenbricht. Gerade solche Entwicklungen müssen durch verlässliche Entlastungsleistungen verhindert werden. Für viele Familien ist dabei entscheidend, dass die pflegebedürftige Person während einer vorübergehenden Abwesenheit der Pflegeperson in der gewohnten häuslichen Umgebung bleiben kann.

Neu und kritisch ist der Zustimmungsvorbehalt in § 39a Abs. 3: Im Jahr 2028, also vor dem Start der Pflegebegleitung, muss der Notdienst ab dem vierten Tag die Zustimmung der Pflegekasse einholen. Das ist ein Genehmigungsvorbehalt in Akutsituationen. Für die Akut-Kurzzeitpflege genügt im selben Zeitraum dagegen die Einschätzung des Notdienstes (§ 42 Abs. 4). Diese Anerkennung pflegefachlicher Einschätzung sollte auch für § 39a gelten.

Neu ist außerdem § 39 Abs. 4: Pflegeeinrichtungen müssen Überbrückungsleistungen der Pflegekasse bis Ende des Folgemonats anzeigen, wenn sie nicht rechtzeitig abgerechnet werden, und den Pflegebedürftigen eine schriftliche Übersicht über die Aufwendungen aushändigen. Das schafft zusätzliche Bürokratie für Notdienste, deren Refinanzierung weiterhin nicht gesichert ist. Ein ambulanter Notdienst erfordert Vorhaltung, Rufbereitschaft, Einsatzkoordination, Wegzeiten, Nacht-, Wochenend- und Feiertagszuschläge sowie klare Haftungsregelungen. Ohne verlässliche Finanzierung wird er in der Fläche nicht entstehen.

Änderungsbedarf:
Die Leistungen nach §§ 39 und 39a SGB XI sind so auszugestalten, dass neben Akutsituationen auch planbare Entlastungszeiten pflegender An- und Zugehöriger abgesichert werden. Es braucht eine eigenständige Leistung für vorübergehende Verhinderungs- bzw. Kurzzeitpflege in der Häuslichkeit. Der Zustimmungsvorbehalt der Pflegekasse in § 39a Abs. 3 Satz 3 ist zu streichen; die pflegefachliche Einschätzung des Notdienstes muss genügen, so wie sie im Rahmen von § 42 für das Jahr 2028 genügt. Anzeige- und Nachweispflichten nach § 39 Abs. 4 sind digital und bürokratiearm auszugestalten. Der ambulante Notdienst ist nur auf Grundlage tragfähiger Versorgungs- und Vergütungsvereinbarungen einzuführen; Vorhaltekosten, Rufbereitschaft, Wegzeiten, Zuschläge, Koordination, Dokumentation und Haftung sind verbindlich und auskömmlich zu regeln.

Zu Artikel 1 Nr. 33 (§ 40 SGB XI)
Der eigenständige Anspruch auf zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel nach § 40 Abs. 2 SGB XI entfällt auch nach dem Gesetzentwurf. Dazu zählen Einmalhandschuhe, Hand- und Flächendesinfektionsmittel, Mund-Nasen-Schutz, Schutzschürzen und Bettschutzeinlagen. Nach der Begründung sollen sie künftig individuell „*im Umfang des Entlastungsbudgets über das Pflegegeld*“ bezogen werden; die bisherigen Ausgaben würden ausgabenneutral in die Budgets nach §§ 36 und 37 integriert.

Der DBfK begrüßt grundsätzlich das Ziel, unnötige Bürokratie abzubauen. Tatsächlich haben sich in den vergangenen Jahren rund um die Pflegehilfsmittelpauschale teilweise Fehlentwicklungen etabliert. Standardisierte Pflegehilfsmittelboxen orientierten sich nicht immer am tatsächlichen Bedarf der Pflegebedürftigen. Eine Vereinfachung der Verfahren und eine stärkere Bedarfsorientierung können daher sinnvoll sein.

Gleichzeitig wirft die vorgesehene Regelung erhebliche Fragen auf. Nach geltendem Recht besteht ein eigenständiger Anspruch auf zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel in Höhe von bis zu 42 Euro monatlich beziehungsweise 504 Euro jährlich (§ 40 Abs. 2 SGB XI). Dieser Anspruch besteht unabhängig von Pflegegeld, Pflegesachleistungen oder anderen Leistungsansprüchen. Mit dem PNOG entfällt dieser eigenständige Leistungsanspruch. Die Bundesregierung verweist zwar auf eine Integration der bisherigen Ausgaben in die neuen Budgetstrukturen. Allerdings ist weder im Gesetzestext noch in der Begründung nachvollziehbar dargestellt, in welcher Höhe die bisherigen Ansprüche tatsächlich in die neuen Budgets eingerechnet wurden. Die Budgetsteigerungen lassen eine unmittelbare Übertragung des bisherigen Leistungsanspruchs von 42 Euro monatlich nicht erkennen.

Darüber hinaus erfüllen zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel nicht lediglich eine unterstützende Funktion, sondern dienen unmittelbar der Hygiene, dem Infektionsschutz und der Sicherheit von Pflegebedürftigen und An- und Zugehörigen. Insbesondere bei der Versorgung von Menschen mit Inkontinenz, chronischen Wunden, multiresistenten Erregern oder erhöhtem Infektionsrisiko sind geeignete Desinfektionsmittel, Schutzhandschuhe und weitere Verbrauchshilfsmittel unverzichtbare Bestandteile einer fachgerechten pflegerischen Versorgung. Pflegehilfsmittel zum Verbrauch sind keine Komfort- oder Entlastungsleistungen, sondern dienen unmittelbar der Aufrechterhaltung hygienischer Mindeststandards in der häuslichen Versorgung. Ihre Finanzierung muss deshalb auch künftig verlässlich und unabhängig von der Ausschöpfung anderer Leistungsbudgets sichergestellt sein.

Noch bedeutsamer ist die leistungsrechtliche Veränderung: Aus einem bislang geschützten und zweckgebundenen Anspruch wird eine Budgetleistung. Bisher konnten Pflegebedürftige notwendige Verbrauchshilfsmittel unabhängig davon erhalten, ob andere Leistungsansprüche bereits ausgeschöpft waren. Künftig besteht die Gefahr, dass notwendige Pflegehilfsmittel mit anderen Unterstützungsleistungen innerhalb der neuen Budgetsystematik konkurrieren. Werden die verfügbaren Budgets bereits für andere erforderliche Leistungen benötigt, kann dies dazu führen, dass für Handschuhe, Desinfektionsmittel oder andere notwendige Verbrauchshilfsmittel keine ausreichenden Mittel mehr zur Verfügung stehen.

Der DBfK sieht deshalb die Gefahr, dass die beabsichtigte Entbürokratisierung zu einer faktischen Leistungseinschränkung führt. Aus einem garantierten Leistungsanspruch wird eine nachrangige Budgetleistung.

Änderungsbedarf:
Vor diesem Hintergrund sollte im weiteren Gesetzgebungsverfahren sichergestellt werden, dass notwendige zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel auch künftig verlässlich, niedrigschwellig und unabhängig von der Ausschöpfung anderer Leistungsansprüche finanziert werden können.

Zu Artikel 1 Nr. 37 (§ 42 SGB XI)

Der bisherige gemeinsame Jahresbetrag für Verhinderungs- und Kurzzeitpflege nach § 42a SGB XI von bis zu 3.539 Euro entfällt. Kurzzeitpflege und Teile der bisherigen Verhinderungspflege werden künftig aus dem Überbrückungsbudget nach § 39 SGB XI-E erbracht. Dieses beträgt nach dem Gesetzentwurf einheitlich 2.285 Euro jährlich und liegt damit weiterhin 1.254 Euro unter dem bisherigen Jahresbetrag.

Der DBfK begrüßt, dass Akutsituationen stärker in den Blick genommen werden. Positiv ist auch, dass für die Akut-Kurzzeitpflege im Jahr 2028 die Einschätzung des ambulanten Notdienstes genügt. Kritisch bleibt, dass die Verhinderungspflege als bekannte, eigenständige Entlastungsleistung in der Budgetsystematik aufgeht. Durch die Aufteilung auf Überbrückungs-, Sachleistungs-, Entlastungs- und Sozialraumbudget droht der bisherige Anspruch unübersichtlicher und schwerer nutzbar zu werden.

Änderungsbedarf:
Die bisherigen Entlastungsmöglichkeiten der Verhinderungspflege sind vollständig zu erhalten und müssen für Pflegebedürftige sowie pflegende An- und Zugehörige klar, niedrigschwellig und planbar nutzbar bleiben.

Zu § 43c SGB XI (Artikel 1 Nr. 41 des Referentenentwurfs

Die im Referentenentwurf vorgesehene Verlängerung der Verweildauerstufen beim Leistungszuschlag zu den pflegebedingten Eigenanteilen entfällt im Gesetzentwurf vollständig. Der DBfK hatte diese Leistungsverschlechterung für künftige Bewohner:innen vollstationärer Einrichtungen abgelehnt und begrüßt die Streichung ausdrücklich.

Das Grundproblem bleib jedoch: Die Eigenanteile in der stationären Pflege sind für viele Pflegebedürftige und ihre Familien kaum tragbar.

Änderungsbedarf:
Es braucht eine verbindliche Begrenzung der Eigenanteile in der stationären Pflege. Die Länder müssen ihrer Verantwortung für die Investitionskosten verlässlich nachkommen. Die solidarische Pflegevollversicherung oder mindestens eine echte Eigenanteilsbegrenzung nach Sockel-Spitze-Logik sind zu prüfen.

Zu Artikel 1 Nr. 41 (§§ 45a, 45b SGB XI) sowie Nr. 36 (§ 41 SGB XI)
Mit dem Gesetzentwurf wird der bisherige Entlastungsbetrag nach § 45b SGB XI durch ein Sozialraumbudget ersetzt. Dieses soll künftig ausschließlich für Angebote zur Unterstützung im Alltag eingesetzt werden. Gleichzeitig entfällt die bisherige Möglichkeit, den Entlastungsbetrag unter anderem für Leistungen ambulanter Pflegedienste sowie für Angebote der Tages- und Nachtpflege einzusetzen.

Der DBfK begrüßt grundsätzlich die Stärkung niedrigschwelliger Unterstützungsangebote im Sozialraum. Kritisch ist, dass die Neuregelung mit einer deutlichen Einschränkung bisheriger Nutzungsmöglichkeiten verbunden ist und bewährte Versorgungsstrukturen gefährden kann.

Einschränkungen bei der Tages- und Nachtpflege
Besonders betroffen sind Pflegebedürftige, die regelmäßig Leistungen der Tages- oder Nachtpflege nach § 41 SGB XI in Anspruch nehmen. Die Leistungsbeträge der Tages- und Nachtpflege bleiben zwar erhalten und werden weiterhin zusätzlich zu anderen Leistungen gewährt. Allerdings decken diese Leistungen weiterhin nicht sämtliche Kosten eines Tagespflegebesuchs ab.

In der Praxis wird der bisherige Entlastungsbetrag vielfach genutzt, um insbesondere Unterkunfts- und Verpflegungskosten teilweise zu finanzieren. Mit Einführung des Sozialraumbudgets entfällt diese Möglichkeit. Zwar erhöht sich das bisherige Leistungsvolumen von 131 Euro auf 175 Euro monatlich, gleichzeitig wird die Verwendung auf Angebote zur Unterstützung im Alltag beschränkt.

Für viele Nutzerinnen und Nutzer der Tagespflege stellt die Erhöhung daher keinen tatsächlichen Ausgleich dar, da die Finanzierung von Unterkunfts- und Verpflegungskosten künftig nicht mehr möglich sein soll. Damit entsteht die Gefahr, dass pflegebedürftige Menschen die Anzahl ihrer Besuchstage reduzieren oder auf die Inanspruchnahme von Tagespflege ganz verzichten müssen, weil die verbleibenden Eigenanteile nicht mehr finanzierbar sind.

Dies wäre ein widersprüchliches Signal, da Tages- und Nachtpflege wesentlich zur Stabilisierung häuslicher Versorgungsarrangements, zur sozialen Teilhabe sowie zur Entlastung pflegender An- und Zugehöriger beitragen.

Verlust von Flexibilität und Leistungen aus einer Hand
Viele Pflegebedürftige erhalten heute pflegerische, betreuende und hauswirtschaftliche Leistungen aus einer Hand durch bereits bekannte ambulante Pflegedienste. Dadurch entstehen verlässliche Ansprechpartner, kurze Abstimmungswege und eine hohe Versorgungskontinuität.

Durch die Beschränkung des Sozialraumbudgets auf Angebote zur Unterstützung im Alltag besteht die Gefahr, dass künftig mehrere Leistungserbringer eingebunden und zusätzliche Schnittstellen koordiniert werden müssen. Pflegebedürftige und ihre Angehörigen müssten dann unterschiedliche Anbieter organisieren und Abstimmungsaufgaben übernehmen, die bislang innerhalb bestehender Versorgungsstrukturen gelöst werden konnten.

Zwar werden gleichzeitig die Sachleistungsbudgets nach § 36 SGB XI angehoben. Aus Sicht des DBfK ist nicht erkennbar, dass hierdurch die mit dem Wegfall des bisherigen Entlastungsbetrags verbundenen Einschränkungen tatsächlich kompensiert werden. Die Erhöhung des Sachleistungsbudgets ersetzt nicht die bisherige Flexibilität des Entlastungsbetrags. Insbesondere können Leistungen, die bislang über den Entlastungsbetrag finanziert und durch ambulante Pflegedienste erbracht wurden, künftig vielfach nicht mehr in gleicher Weise in Anspruch genommen werden.

Hinzu kommt, dass ambulante Pflegedienste künftig stärker auf die jeweiligen landesrechtlichen Leistungskomplex- und Modulkataloge verwiesen werden. Da diese zwischen den Bundesländern erhebliche Unterschiede aufweisen und nicht überall vergleichbare Unterstützungsangebote

enthalten, besteht die Gefahr weiterer regionaler Unterschiede bei den tatsächlichen Versorgungsmöglichkeiten.

Besonders kritisch ist dies in Regionen, in denen Angebote zur Unterstützung im Alltag nicht flächendeckend verfügbar sind. Dort droht die Gefahr, dass Pflegebedürftige zwar formal über einen Leistungsanspruch verfügen, tatsächlich keine geeigneten Angebote vorfinden.

Änderungsbedarf:
Der DBfK regt daher an, die Verwendungsmöglichkeiten des Sozialraumbudgets breiter auszugestalten und sicherzustellen, dass Pflegebedürftige auch künftig Unterstützungsleistungen möglichst aus einer Hand erhalten können. Die Stärkung des Sozialraums darf nicht dazu führen, dass bewährte Versorgungsstrukturen geschwächt und zusätzliche Koordinierungsaufgaben auf Pflegebedürftige und ihre An- und Zugehörigen verlagert werden.

Zu Artikel 1 Nr. 42 (§ 45c SGB XI)

Art. 1 Nr. 45 erhöht die Fördermittel nach § 45c SGB XI deutlich. Ziel ist der Ausbau sozialräumlicher, niedrigschwelliger Unterstützungsstrukturen und ehrenamtlicher Angebote im Zusammenhang mit dem neuen Sozialraumbudget.

Der DBfK begrüßt die vorgesehene deutliche Erhöhung der Fördermittel zur Weiterentwicklung von Versorgungsstrukturen, Versorgungskonzepten sowie ehrenamtlichen Strukturen. Regionale Unterstützungsangebote sind ein wichtiger Baustein, um pflegebedürftige Menschen, An- und Zugehörige sowie häusliche Pflegearrangements im Alltag zu entlasten.

Positiv ist die Regelung insbesondere dann, wenn die zusätzlichen Mittel tatsächlich in tragfähige, erreichbare und qualitätsgesicherte Unterstützungsstrukturen vor Ort fließen. Sozialräumliche Angebote können dazu beitragen, Überforderung in der häuslichen Pflege zu vermeiden, Isolation zu reduzieren und den Zugang zu niedrigschwelliger Unterstützung zu verbessern.

Kritisch bleibt, dass die dauerhafte Finanzierung und die Bewertung der Wirksamkeit nicht ausreichend gesichert erscheinen. Der Aufbau regionaler Strukturen braucht Verlässlichkeit über einzelne Förderzeiträume hinaus. Zudem muss transparent werden, ob die Förderung tatsächlich zu besserer Erreichbarkeit, spürbarer Entlastung und höherer Versorgungsqualität führt.

Änderungsbedarf:
Die Förderung ist zu verstetigen und bedarfsorientiert auszugestalten. Strukturschwache, ländliche und unterversorgte Regionen sind prioritär zu berücksichtigen. Die Wirksamkeit der Förderung ist regelmäßig zu evaluieren und insbesondere an Entlastungseffekten für Pflegebedürftige und An- und Zugehörige, regionaler Erreichbarkeit, Qualität der Angebote sowie nachhaltiger Strukturentwicklung zu messen.

Zu Artikel 1 Nr. 47 (§ 53e SGB XI)

Der Medizinische Dienst Bund soll eine bundesweite Datenbank zu den Ergebnissen von Begutachtungen und Qualitätsprüfungen führen. Sie soll Pflegeprävalenz, Verläufe von Pflegebedürftigkeit und regionale Unterschiede transparent machen. Der DBfK begrüßt das. Zugang erhalten bislang jedoch nur BMG, Medizinische Dienste, Spitzenverband Bund der Pflegekassen und gegebenenfalls der PKV-Verband.

Änderungsbedarf:
Die unabhängige Pflegewissenschaft ist beim Datenzugang zu berücksichtigen. Die jährlichen Berichte sind verbindlich zu veröffentlichen und für die Evaluation des Begutachtungsinstruments zu nutzen.

Zu Artikel 1 Nr. 53 (§ 69 SGB XI)

Der Sicherstellungsauftrag der Pflegekassen wird um die pflegerische Überbrückungsversorgung in Akutsituationen erweitert. Der DBfK begrüßt das grundsätzlich. Für ambulante Dienste ist die

Regelung jedoch kritisch, solange Vorhaltung, Personal, Refinanzierung, Koordination und Haftung nicht verbindlich geklärt sind. Ein ambulanter Notdienst ist keine Einzelleistung, sondern eine Vorhalte- und Sicherheitsleistung.

Neu ist § 69 Abs. 3 SGB XI-E. Stellen die Ausschüsse nach § 8a einen strukturellen Versorgungsbedarf fest, können die Pflegekassen befristet von den Vorschriften des zweiten Abschnitts des Siebten Kapitels (Zulassung durch Versorgungsvertrag) sowie vom Achten Kapitel (Pflegevergütung) abweichen. Das schafft Flexibilität für unterversorgte Regionen. Es birgt aber das Risiko, Qualitäts-, Personal- und Entlohnungsstandards zu umgehen.

Änderungsbedarf:
§ 69 SGB XI ist um verbindliche Vorgaben zur Finanzierung ambulanter Notdienste zu ergänzen: eine verpflichtende Vorhaltevergütung, Zuschläge für Nacht-, Wochenend- und Feiertagseinsätze, die Refinanzierung von Wegzeiten, Koordination, Dokumentation und Rufbereitschaft sowie klare Regelungen zu Verantwortung und Haftung. Eine Teilnahme ambulanter Dienste darf nur auf Grundlage eines Versorgungsvertrags und einer tragfähigen Vergütungsvereinbarung erfolgen. Für Abweichungen nach § 69 Abs. 3 sind Leitplanken festzuschreiben: Fachkraftstandards, tarifliche bzw. tariforientierte Entlohnung und pflegefachliche Verantwortung dürfen nicht unterschritten werden.

Zu Artikel 1 Nr. 54 (§ 72 Abs. 3b SGB XI) und Nr. 60 (§ 82c Abs. 7 und 8 SGB XI) – Tariftreue
Der Referentenentwurf sah vor, die Regelungen zur tariflichen bzw. tariforientierten Entlohnung bis Ende 2029 bzw. 2030 sowohl als Zulassungsvoraussetzung als auch als Maßstab der Wirtschaftlichkeit auszusetzen. Der DBfK hatte diese Aussetzung als schwerwiegenden Rückschritt abgelehnt. Der Gesetzentwurf rückt davon ab, und der DBfK begrüßt das ausdrücklich. Demnach bleibt tarifliche bzw. tariforientierte Entlohnung Zulassungsvoraussetzung nach § 72 Abs. 3a und 3b SGB XI. Für Einrichtungen, die tarifgebunden sind oder sich maßgeblich an einem Tarifvertrag oder einer kirchlichen Arbeitsrechtsregelung orientieren, kann eine Entlohnung in Höhe eines gelisteten Tarifwerks nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden.

Zugleich werden die Regelungen bis Ende 2029 bzw. 2030 erheblich modifiziert (§ 82c Abs. 7 SGB XI-E). Für Einrichtungen, die nach dem regional üblichen Entlohnungsniveau zahlen, sind Steigerungen der Personalaufwendungen auf die Veränderungsrate nach § 71 Abs. 3 SGB V begrenzt. Die Ermittlung der regional üblichen Entlohnungsniveaus wird ausgesetzt. Die Werte vom 30. September 2026 werden nur noch mit dieser Veränderungsrate fortgeschrieben; die pflegetypischen Zuschläge gelten unverändert weiter. Die Liste der maßgeblichen Tarifverträge und kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen wird laut Begründung nur noch um neue Fassungen bereits gelisteter Tarifwerke aktualisiert.

Hinzu kommen Änderungen in § 72 Abs. 3b SGB XI. Mit Zustimmung der Beschäftigten kann Entlohnung anteilig in Form von Sach- oder Dienstleistungen erbracht werden, etwa als Beiträge zur betrieblichen Altersvorsorge. Änderungen von Tarifverträgen müssen nicht mehr binnen drei Monaten, sondern erst mit Abschluss der nächsten Vergütungsvereinbarung umgesetzt werden.

Der DBfK sieht darin erhebliche Risiken. Die Kopplung an die Grundlohnrate entkoppelt die Entgeltentwicklung in diesen Einrichtungen von der tatsächlichen Tarifentwicklung. Eingefrorene Zuschläge treffen gerade Nacht-, Wochenend- und Feiertagsarbeit, die für die neuen Akut- und Notdienststrukturen unverzichtbar ist. Die verzögerte Weitergabe von Tariferhöhungen lässt Beschäftigte länger auf Lohnsteigerungen warten. Die starke Arbeitsmarktposition von Pflegefachpersonen stärkt ihre Verhandlungsposition gegenüber Arbeitgebern, nicht aber die der Einrichtungen gegenüber den Kostenträgern. Es droht weiterhin eine Entkopplung zwischen erforderlichen Personalkosten und deren Refinanzierung, mit Fehlanreizen zu Stellenabbau, geringerem Pflegefachpersonenanteil und Arbeitsverdichtung.

Nach § 82c Abs. 8 SGB XI-E prüft das BMG, wie die Entlohnungsvorgaben ab 2031 geregelt werden. Laut Begründung ist dabei zu prüfen, ob die detaillierten Vorgaben künftig überhaupt noch notwendig sind. Der DBfK warnt davor, die Tariftreue nach 2030 aufzugeben. Positiv ist, dass der Bericht bis 30. Juni 2029 auch die Beschäftigtenzahlen in der Pflege und die Zahl der Auszubildenden darstellen soll.

Änderungsbedarf:
Tarifliche bzw. tariforientierte Entlohnung muss dauerhaft Zulassungsvoraussetzung und Maßstab für die Wirtschaftlichkeit von Personalaufwendungen bleiben, auch über 2030 hinaus. Die Deckelung auf die Veränderungsrate nach § 71 Abs. 3 SGB V ist zu streichen. Die regional üblichen Entlohnungsniveaus und Zuschläge sind weiterhin auf Basis tatsächlicher Daten zu ermitteln; das Meldeverfahren ist zu entbürokratisieren statt auszusetzen. Die Liste nach § 82c Abs. 5 muss für neue Tarifwerke offen bleiben. Für die Weitergabe von Tarifsteigerungen ist eine verbindliche Höchstfrist vorzusehen. Die Berufsorganisationen der Pflege sind an der Prüfung nach § 82c Abs. 8 SGB XI-E zu beteiligen.

Zu Artikel 1 Nr. 56 (§ 75 Abs. 1a SGB XI)
Die Partner der Rahmenverträge sollen bei Verhandlungen prüfen, „*inwieweit Anforderungen effizient ausgestaltet werden können*“, und Pflegestrukturplanungsempfehlungen berücksichtigen. Die Verknüpfung mit der Pflegestrukturplanung ist sinnvoll. Ohne Konkretisierung droht jedoch eine Absenkung personeller und qualitativer Standards.

Änderungsbedarf:
Pflegefachliche Mindeststandards, insbesondere zur Personalausstattung, zum Pflegefachpersonenanteil und zum Qualifikationsmix, sind von der Effizienzprüfung ausdrücklich auszunehmen.

Zu Artikel 1 Nr. 59 (§ 82 Abs. 1a SGB XI)
Die Regelung stellt klar, dass Personal- und Sachaufwendungen für betriebsnotwendige technische und digitale Systeme in der Pflegevergütung sowie bei der Unterkunft und Verpflegung berücksichtigt werden können. Dies begrüßt der DBfK grundsätzlich.

Allerdings wurde die Implementierung im Gesetzentwurf gestrichen. Der Ausschluss von Anlauf- und Umstellungskosten nach § 82 Abs. 2 Nr. 4 bleibt laut Begründung unberührt. Der DBfK hatte gefordert, gerade Implementierung, Schulung und Support als Strukturkosten zu refinanzieren. Einführungskosten drohen nun in die Eigenanteile oder zulasten des Personals zu gehen.

Kritisch bleibt, dass diese Kosten nicht einseitig auf Pflegebedürftige und ihre An- und Zugehörigen verlagert werden dürfen. Technik und Digitalisierung sind keine Komfortleistungen, sondern werden zunehmend Teil der versorgungsnotwendigen Infrastruktur. Wenn digitale Systeme für Dokumentation, Kommunikation, Qualitätssicherung, Datenschutz, Personalsteuerung oder pflegerische Unterstützung erforderlich sind, müssen sie verlässlich refinanziert werden, ohne die Eigenanteile weiter zu erhöhen.

Digitalisierung kann nur dann entlastend wirken, wenn auch die notwendigen Begleitaufwände berücksichtigt werden. Dazu gehören insbesondere Schulung und Einarbeitung der Beschäftigten, Lizenzgebühren, laufender Support, Datenschutz, Datensicherheit, Anpassung von Arbeitsprozessen sowie pflegefachliche Evaluation der eingesetzten Systeme.

Änderungsbedarf:
§ 82 Abs. 1a SGB XI ist so auszugestalten, dass Digital- und Technikaufwand einschließlich Implementierung als versorgungsnotwendige Strukturkosten verlässlich refinanziert wird, ohne die Eigenanteile weiter zu erhöhen. Datenschutz-, Schulungs-, Support- und Implementierungsaufwand sind ausdrücklich einzubeziehen. Systeme sind pflegefachlich sinnvoll, praxistauglich und beschäftigtenorientiert einzuführen.

Zu Artikel 1 Nr. 61 (§ 84 Abs. 7 SGB XI)
Einrichtungen müssen nachweisen, dass sie die in Pflegesatzvereinbarungen kalkulierten Entgelte tatsächlich an die Beschäftigten zahlen. Der DBfK bewertet das grundsätzlich als sinnvoll. Refinanzierte Personalkosten müssen tatsächlich bei den professionell Pflegenden ankommen. Da die Zulassungsvoraussetzungen zur Tariftreue erhalten bleiben, entfaltet das Nachweisverfahren seinen Nutzen. Er bleibt jedoch begrenzt, soweit für Einrichtungen, die nach dem regional üblichen Entlohnungsniveau zahlen, die Maßstäbe für eine dynamische Entlohnung gedeckelt werden.

Nachweispflichten dürfen zudem nicht zu zusätzlicher Bürokratie führen, die keinen erkennbaren Nutzen für Beschäftigte, Einrichtungen oder Kostenträger hat. Entscheidend ist ein einfaches, digitales und datensparsames Verfahren, das Transparenz schafft, ohne Pflegeeinrichtungen mit vermeidbarem Verwaltungsaufwand zu belasten.

Änderungsbedarf:
Die tatsächliche Zahlung tariflicher oder tariforientierter Entgelte ist wirksam, aber bürokratiearm zu überprüfen. Das Nachweisverfahren muss einfach, digital, standardisiert und datensparsam sein. Zusätzliche bürokratische Lasten ohne erkennbaren Nutzen für Entgeltsicherung, Transparenz oder Versorgung sind zu vermeiden.

Zu Artikel 1 Nr. 63 (§ 88b SGB XI)

§ 88b SGB XI soll den Aufbau verlässlich verfügbarer Akut-Kurzzeitpflegeplätze unterstützen, indem Einrichtungen für nicht ausgelastete, aber fest vorgehaltene Plätze eine anteilige Erstattung erhalten.

Der DBfK bewertet die vorgesehene Erstattung von Vorhaltekosten bei Akut-Kurzzeitpflege grundsätzlich als Schritt in die richtige Richtung. Verlässlich verfügbare Kurzzeitpflegeplätze sind ein wichtiger Baustein, um pflegerische Krisen, Überforderung häuslicher Pflegearrangements und vermeidbare Krankenhausaufnahmen zu verhindern.

Die Erstattung von Vorhaltekosten für Akut-Kurzzeitpflegeplätze steigt leicht von 8,7 auf 9,57 Millionen Euro; der Finanzierungsanteil der privaten Pflege-Pflichtversicherung beträgt nun 7 Prozent. Der DBfK bewertet die Vorhaltefinanzierung grundsätzlich als Schritt in die richtige Richtung. Das Volumen bleibt aber deutlich zu gering. Befristung und fehlende Übertragbarkeit nicht verausgabter Mittel bleiben bestehen. Gerade beim Aufbau neuer Strukturen können Anlaufverzögerungen entstehen.

Änderungsbedarf:
§ 88b SGB XI ist zu einer bedarfsorientierten, mehrjährigen Vorhaltefinanzierung weiterzuentwickeln. Nicht verausgabte Mittel müssen in Folgezeiträume übertragbar sein, sofern sie dem Aufbau oder der Stabilisierung regional benötigter Akut-Kurzzeitpflegeplätze dienen. Zusätzlich sind Transparenz über verfügbare Plätze, verbindliche Meldewege sowie klare Qualitäts- und Personalanforderungen gesetzlich abzusichern. Die Vorhaltung darf nicht nur rechnerisch finanziert, sondern muss regional erreichbar, pflegefachlich tragfähig und personell verlässlich hinterlegt sein.

Zu Artikel 1 Nr. 69 bis 71 (§§ 113, 113b und 113c SGB XI)

Der DBfK bewertet die Regelungen zur Qualitätsentwicklung und Personalbemessung weiterhin als zu langsam und zu unverbindlich. Zwei Änderungen gehen in die richtige Richtung: Nach § 113b Abs. 8 kann das BMG von den Vertragsparteien jederzeit einen verbindlichen Zeitplan mit Umsetzungsschritten verlangen. Nach § 113c Abs. 9 wird die Verbreitung der Personal- und Organisationsentwicklungsmaßnahmen aus dem Modellprojekt wissenschaftlich evaluiert.

Kritisch ist der neue § 113c Abs. 10 SGB XI. Das BMG prüft eine Anpassung der Personalanhaltswerte vor dem Hintergrund des geänderten Begutachtungsinstruments sowie eine „*kostenneutrale*“ Übertragung des Personals für zusätzliche Betreuung und Aktivierung nach § 43b SGB XI in die Pflegesätze. Es besteht das Risiko, dass die Personalausstattung sinkt oder Betreuungspersonal auf Pflegepersonal angerechnet wird. Die Prüfung stützt sich auf Expertisen, die der Spitzenverband Bund der Pflegekassen im Einvernehmen mit dem BMG vergibt; die Berufsorganisationen sind nicht beteiligt.

Änderungsbedarf:
§ 113c SGB XI ist um einen verbindlichen Stufenplan zur Umsetzung der wissenschaftlich fundierten Personalbemessung zu ergänzen. Erforderlich sind ein jährliches Monitoring, transparente Berichte zu Länderunterschieden sowie verbindliche Vorgaben zum Pflegefachpersonenanteil und zum Qualifikationsmix. Bei der Prüfung nach § 113c Abs. 10 ist eine Absenkung der

Personalanhaltswerte und eine Anrechnung von Betreuungskräften auf die Pflegepersonalausstattung auszuschließen. Die Berufsorganisationen der Pflege sind zu beteiligen.

Zu Artikel 1 Nr. 73 (§ 113e SGB XI)
Die Transformationsstellenanteile bleiben im Kern unverändert. Bis zu 10 Prozent der Stellenanteile im Korridor zwischen Mindest- und Höchstausstattung können weiterhin für technische oder digitale Systeme vereinbart werden und gelten als gleichwertig zu regulär besetztem Personal. Neu ist lediglich, dass die Vertragspartner nach § 85 Abs. 2 SGB XI sie vereinbaren und das Wort „*fiktiv*“ entfällt.

Der DBfK bewertet die vorgesehene Einführung von Transformationsstellenanteilen in vollstationären Pflegeeinrichtungen weiterhin als hoch problematisch. Der Ansatz, nicht besetzte Stellenanteile in eine fiktive Finanzierung technischer oder digitaler Systeme zu überführen und diese der personellen Ausstattung gleichzustellen, setzt falsche Anreize.

Digitalisierung kann Pflegefachpersonen entlasten, Prozesse verbessern und Versorgung unterstützen. Sie darf nicht als Ersatz für fehlendes Personal konstruiert werden. Die vorgesehene Regelung birgt die Gefahr, bestehenden Personalmangel zu normalisieren und eine Technik-statt-Personal-Logik in der vollstationären Pflege zu verankern. Gerade in einem Bereich, in dem Personalbemessung, Pflegefachpersonenanteile und Qualifikationsmix noch nicht verbindlich und flächendeckend umgesetzt sind, wäre dies das falsche Signal.

Der vorgesehene Qualitätsschutz ist zu allgemein formuliert. Dass technische oder digitale Systeme die Qualität der Pflege nicht beeinträchtigen, die Selbstbestimmung der Pflegebedürftigen nicht einschränken und die Sicherheit der Versorgung nicht gefährden dürfen, ist notwendig, reicht aber nicht aus. Erforderlich sind verbindliche Anforderungen an Nutzen, Wirksamkeit, Datenschutz, Anwenderfreundlichkeit, Beteiligung der professionell Pflegenden und Auswirkungen auf Arbeitsbelastung und Versorgungsqualität.

Änderungsbedarf:
§ 113e SGB XI ist zu streichen oder grundlegend zu überarbeiten. Digitalisierung ist über Investitions- und Fördermittel zu finanzieren, nicht über nicht besetzte Stellenanteile. Eine Anrechnung digitaler oder technischer Systeme auf die Personalausstattung darf nicht erfolgen. Mindestpersonal, Pflegefachpersonenanteile und Qualifikationsmix müssen unantastbar bleiben. Zudem sind Mitbestimmung der Beschäftigten und ihrer Interessenvertretungen, pflegefachliche Beteiligung bei Auswahl und Einführung der Systeme sowie eine verpflichtende unabhängige Evaluation gesetzlich abzusichern.

Zu Artikel 1 Nr. 79 (§ 125a SGB XI)
Der Entwurf sieht vor, dass der GKV-Spitzenverband bis Ende 2027 Empfehlungen zur Umsetzung der Ergebnisse der Telepflege-Erprobung erstellt; die Berufsorganisationen der Pflege sind dabei zu beteiligen, allerdings nicht als verbindlich mitentscheidende Akteure.

Der DBfK bewertet die Weiterführung der Ergebnisse aus den Modellvorhaben zur Telepflege grundsätzlich positiv. Telepflege kann einen wichtigen Beitrag leisten, um pflegefachliche Expertise niedrigschwellig verfügbar zu machen, Versorgungskontinuität zu unterstützen und Pflegebedürftige sowie An- und Zugehörige ergänzend zu begleiten.

Die vorgesehene Regelung bleibt zu unverbindlich. Telepflege ist keine bloße technische Anwendung und kein allgemeines digitales Unterstützungsangebot, sondern eine pflegefachliche Leistung. Sie erfordert klare Anforderungen an Qualifikation, Verantwortungsübernahme, Qualitätssicherung, Haftung, Datenschutz, Dokumentation und Vergütung. Empfehlungen allein reichen nicht aus, um eine sichere, wirksame und pflegefachlich verantwortete Umsetzung in der ambulanten und stationären Langzeitpflege zu gewährleisten.

Telepflege darf Präsenzleistungen nicht ersetzen, wenn diese fachlich erforderlich sind. Sie kann pflegerische Versorgung sinnvoll ergänzen, insbesondere durch Beratung, Anleitung,

Verlaufseinschätzung, Monitoring und strukturierte Begleitung. Voraussetzung ist, dass die Entscheidung über Geeignetheit und Grenzen telepflegerischer Leistungen pflegefachlich getroffen wird.

Änderungsbedarf:
§ 125a SGB XI ist dahingehend zu ergänzen, dass Telepflege als ergänzende pflegefachliche Leistung gesetzlich definiert wird. Qualitäts-, Haftungs-, Datenschutz-, Dokumentations- und Vergütungsstandards sind verbindlich zu regeln. Die maßgeblichen Berufsorganisationen der Pflege sowie die Pflegewissenschaft sind bei der Entwicklung der Standards verbindlich zu beteiligen. Zudem ist gesetzlich klarzustellen, dass Telepflege erforderliche Präsenzleistungen nicht substituieren darf.

Artikel 2 Weitere Änderungen des Elften Buches Sozialgesetzbuch

Zu Artikel 2 Nr. 7 (§ 45 SGB XI)
Die Streichung von § 45 Abs. 1 Satz 3 und 4 SGB XI wird nicht aufgegeben, sondern auf den 1. Januar 2029 verschoben und an den Start der Pflegebegleitung gekoppelt. Betroffen ist laut Begründung die Schulung in der häuslichen Umgebung des Pflegebedürftigen, die „*in modifizierter Form*“ in die Pflegebegleitung überführt werden soll. Die individuellen häuslichen Schulungen stärken Pflegekompetenz, fördern Selbständigkeit, entlasten Angehörige und beugen Krisen vor. Sie sind zudem ein attraktives Tätigkeitsfeld für erfahrene Pflegefachpersonen.

Änderungsbedarf:
Der Anspruch auf individuelle häusliche Schulungen nach § 45 SGB XI ist als eigenständige pflegefachliche Leistung zu erhalten und bundesweit einheitlich im Rahmen der Pflegebegleitung bereitzustellen.

Artikel 4 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Zu Artikel 4 Nr. 2 bis 5 (§§ 20, 20b, 20c und 25 SGB V)
Der Entwurf erweitert § 20 SGB V um die Belange älterer und pflegebedürftiger Menschen und schafft in § 25 SGB V einen Anspruch ab 60 auf medizinische Leistungen zur Früherkennung und Prävention altersbedingter Risiken.

Der DBfK bewertet die stärkere Ausrichtung der gesetzlichen Krankenversicherung auf Prävention, Gesundheitsförderung und die Vermeidung von Pflegebedürftigkeit grundsätzlich positiv. Es ist richtig, die Belange älterer und pflegebedürftiger Menschen in der Primärprävention stärker zu berücksichtigen und altersbedingte Risiken frühzeitiger zu erkennen.

Kritisch ist, dass Prävention im Entwurf weiterhin überwiegend ärztlich-medizinisch gerahmt wird. Pflegebedürftigkeit entsteht nicht allein aus medizinischen Diagnosen, sondern häufig aus dem Zusammenwirken gesundheitlicher Einschränkungen, funktioneller Verluste, sozialer Faktoren, fehlender Unterstützung und nicht ausreichend geförderter Selbstmanagementkompetenz. Gerade hier verfügen Pflegefachpersonen über zentrale Kompetenzen.

Pflegefachpersonen sind in Gesundheitsförderung, edukativer Arbeit, Risikoerkennung, Stärkung der Selbständigkeit und Begleitung chronisch kranker, älterer und pflegebedürftiger Menschen unverzichtbare Akteurinnen und Akteure. Sie können Risiken frühzeitig erkennen, präventive Interventionen anleiten, Selbstmanagement fördern und Versorgungsbrüche vermeiden. Diese pflegefachliche Rolle wird im Entwurf nicht ausreichend als eigenständige Leistungserbringung verankert.

Änderungsbedarf:
In den §§ 20, 20b, 20c und 25 SGB V sind Pflegefachpersonen ausdrücklich als eigenständige Akteur:innen in Prävention und Gesundheitsförderung aufzunehmen. Dies betrifft insbesondere Community Health Nursing, pflegefachliche Präventionsberatung sowie strukturierte Programme zur

Sturzprävention, Delirprävention, Ernährungsförderung, Mobilitätsförderung und zum Selbstmanagement. Pflegefachliche Expertise muss bei der Ausgestaltung der Präventionsangebote, der Entwicklung von Kriterien und der Umsetzung vor Ort verbindlich einbezogen werden.

Zu Artikel 4 Nr. 9 (§ 73d SGB V)
Die Änderung in § 73d SGB V ist zwar formal nur eine Verweisanpassung, betrifft aber einen Regelungszusammenhang, der für erweiterte pflegerische Kompetenzen relevant ist.

Die vorgesehene Änderung in § 73d SGB V ist formal eine redaktionelle Folgeänderung. Im Kontext der mit dem Gesetz zur Befugniserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege angelegten erweiterten Kompetenzen von Pflegefachpersonen ist sie in einen größeren Zusammenhang einzuordnen.

Der DBfK weist darauf hin, dass erweiterte pflegerische Befugnisse nur dann versorgungswirksam werden können, wenn die Regelungen des SGB V und des SGB XI kohärent aufeinander abgestimmt sind. Pflegefachpersonen können zusätzliche Aufgaben nur dann rechtssicher und wirksam übernehmen, wenn Befugnisse, Kompetenzfeststellung, Leistungsansprüche, Vergütung und vertragliche Einbindung sektorenübergreifend zusammenpassen.

Gerade an den Schnittstellen von geriatrischer Versorgung, Langzeitpflege, häuslicher Versorgung und ärztlich veranlassten Leistungen darf es nicht bei isolierten Einzelregelungen bleiben. Erweiterte Kompetenzen müssen praktisch nutzbar sein: für Pflegefachpersonen, für Pflegeeinrichtungen und Dienste sowie für die Versicherten. Dazu braucht es anschlussfähige Regelungen in Versorgungsverträgen, Vergütungsvereinbarungen, Qualitätsanforderungen und digitalen Dokumentations- und Abrechnungsprozessen.

Änderungsbedarf:
Der DBfK fordert eine systematische Prüfung und Herstellung der Kohärenz zwischen SGB V und SGB XI bei der Umsetzung erweiterter pflegerischer Kompetenzen. Erweiterte Befugnisse, Verfahren zur Kompetenzfeststellung, Vergütungstatbestände und Versorgungsverträge müssen so ausgestaltet werden, dass Pflegefachpersonen ihre Kompetenzen rechtssicher, eigenverantwortlich und sektorenübergreifend einsetzen können.

Artikel 5 Weitere Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Zu Artikel 5 Nr. 2 (§ 39 SGB V)
Der Entwurf schafft eine Schnittstelle zwischen Krankenhausentlassmanagement und Pflegebegleitung, indem der Rahmenvertrag zum Entlassmanagement Vorgaben zur Datenübermittlung an die zuständige Stelle der Pflegebegleitung aufnehmen soll.

Die Schnittstelle zwischen Entlassmanagement und Pflegebegleitung tritt erst am 1. Januar 2029 in Kraft. Informationen sollen nun mit Einwilligung an die zuständige Pflegekasse zur Weiterleitung an die Pflegebegleitung übermittelt werden, nicht mehr direkt an die zuständige Stelle. Der DBfK bewertet die Verknüpfung grundsätzlich positiv. Der Umweg über die Pflegekasse kann jedoch Zeit kosten.

Gerade nach Krankenhausbehandlungen entscheidet sich häufig, ob Pflegebedürftigkeit vermieden, reduziert oder eine Verschlechterung aufgehalten werden kann. Ein frühzeitiger Informationsfluss an die Pflegebegleitung – am sinnvollsten noch vor der Entlassung – kann dazu beitragen, Versorgungsbrüche zu vermeiden und notwendige Hilfen schneller zu organisieren.

Die Regelung wird nur wirken, wenn die Pflegebegleitung vor Ort erreichbar, bekannt und tatsächlich handlungsfähig ist. Ein bloßer Verweis auf Datenübermittlung reicht nicht aus. Übergänge aus dem Krankenhaus benötigen verbindliche Prozesse, klare Zuständigkeiten, kurze Fristen und digitale Schnittstellen. Datenschutz und Einwilligung müssen rechtssicher, aber zugleich praktikabel ausgestaltet werden, damit notwendige Unterstützung nicht an formalen Hürden scheitert.

Zugleich muss die pflegefachliche Verantwortung im Entlassmanagement gestärkt werden. Bei Patient:innen mit hohem Pflegebedarf reicht eine medizinisch-administrative Entlassplanung nicht aus. Erforderlich ist ein gesichertes Anschlussarrangement, das pflegerische Versorgung, Hilfsmittel, Rehabilitation, Beratung, Unterstützung der An- und Zugehörigen und gegebenenfalls weitere Sozialleistungen umfasst.

Änderungsbedarf:
§ 39 SGB V ist um verbindliche digitale Schnittstellen, Fristen und Erreichbarkeitsanforderungen für die Zusammenarbeit zwischen Krankenhaus, Pflegebegleitung, Pflegekassen und Leistungserbringern zu ergänzen. Pflegefachpersonen sind im Entlassmanagement strukturell zu stärken und regelhaft einzubeziehen. Bei hohem Pflegebedarf darf eine Entlassung nur erfolgen, wenn ein tragfähiges Anschlussarrangement verbindlich geklärt ist. Ein verlängerter Krankenhausaufenthalt aufgrund von fehlender Anschlussversorgung darf nicht zu Vergütungsabschlägen führen, sondern muss gesichert durch andere Angebote wie die Übergangspflege nach § 39e SGB V finanziert werden.

Artikel 6 Änderung des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch

Zu Artikel 6 – Änderung des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch
Die im Referentenentwurf vorgesehene Absenkung der beitragspflichtigen Einnahmen für die Rentenversicherung nicht erwerbsmäßig tätiger Pflegepersonen nach § 166 Abs. 2 SGB VI entfällt. Der DBfK begrüßt das ausdrücklich. Die soziale Absicherung pflegender An- und Zugehöriger bleibt damit erhalten.

Artikel 9 Änderung der Pflegeberufebeteilgungsverordnung

Zu Artikel 9 – Änderung der Pflegeberufebeteiligungsverordnung
Die konkrete Änderung in Art. 6 ist nur eine Verweisanpassung in der Pflegeberufebeteiligungsverordnung; in der Begründung wird sie entsprechend als Folgeänderung beschrieben.

Der DBfK nimmt zur Kenntnis, dass es sich bei der vorgesehenen Änderung der Pflegeberufebeteiligungsverordnung um eine technische Folgeänderung handelt. Der Verweis wird an die neue Systematik des SGB XI angepasst.

Gleichwohl sollte der Gesetzgeber den Anlass nutzen, die Beteiligung der Pflegeberufe im Rahmen des PNOG insgesamt verbindlicher auszugestalten. Das Gesetz enthält zahlreiche Regelungen, die unmittelbar die professionelle Pflege, ihre Aufgaben, ihre Verantwortung und ihre Arbeitsbedingungen betreffen. Dies gilt insbesondere für Pflegebegleitung, Prävention, Entlassmanagement, Telepflege, Digitalisierung, Qualitätsentwicklung und Personalbemessung.

Die maßgeblichen Berufsorganisationen der Pflege dürfen in diesen Verfahren nicht nur angehört oder informell beteiligt werden. Erforderlich ist eine echte, regelhafte und nachvollziehbare Mitwirkung bei der Entwicklung von Richtlinien, Empfehlungen, Standards und Umsetzungsverfahren. Pflegefachliche Expertise muss dort verbindlich einbezogen werden, wo Regelungen die pflegerische Versorgung und die Berufsausübung wesentlich prägen.

Änderungsbedarf:
Die Pflegeberufebeteiligungsverordnung ist weiterzuentwickeln. Für alle PNOG-bezogenen Richtlinien, Empfehlungen und Verfahren mit pflegefachlicher Relevanz ist eine verbindliche Beteiligung der maßgeblichen Berufsorganisationen der Pflege vorzusehen. Diese Beteiligung muss als echte Mitwirkung ausgestaltet werden, mit frühzeitiger Einbindung, transparenter Berücksichtigung der Stellungnahmen und nachvollziehbarer Begründung, wenn pflegefachliche Vorschläge nicht übernommen werden.

Artikel 11 Inkrafttreten und Schluss

Zu Artikel 11 – Inkrafttreten
Das Gesetz tritt grundsätzlich am 1. Januar 2027 in Kraft. Die Beitragsregelungen für familienversicherte Ehegatten und Minijobs folgen am 1. Januar 2028. Die Regelungen zur Pflegebegleitung, einschließlich der Überleitung aus dem Entlassmanagement, treten erst am 1. Januar 2029 in Kraft.

Der DBfK bewertet diese Staffelung kritisch; die Unwucht hat sich gegenüber dem Referentenentwurf verschärft. Ab 2027 greifen die angehobenen Schwellenwerte, die Plausibilitätskontrolle, die ausgesetzte Bearbeitungsfrist, die Deckelung der Personalkostensteigerungen bei Entlohnung nach dem regional üblichen Niveau und die neuen Budgets. Die Pflegebegleitung folgt erst 2029, ebenso die erste Dynamisierung der Leistungsbeträge. Akutstrukturen sind für 2028 vorgesehen, dort zunächst mit Zustimmungsvorbehalt der Pflegekasse. Kürzungen und Begrenzungen werden damit wirksam, bevor die versprochenen stabilisierenden Strukturen verfügbar sind.

Eine Reform der Pflegeversicherung muss so umgesetzt werden, dass Versorgungssicherheit, Beratung, Unterstützung und pflegefachliche Begleitung zuerst gestärkt werden. Pflegebedürftige, ihre An- und Zugehörigen sowie professionell Pflegende dürfen nicht die Übergangsrisiken einer unausgewogenen Reform tragen.

Änderungsbedarf:
Kürzende und belastende Regelungen sind zu streichen. Unterstützende Leistungen, insbesondere Pflegebegleitung, Beratung, pflegerische Akutstrukturen, Notdienste und digitale Zugänge, sind vorzuziehen und schrittweise, pilotiert sowie qualitätsgesichert aufzubauen. Für die Übergangsphase ist eine verlässliche Finanzierung für Beratung, Pflegebegleitung und Akutstrukturen gesetzlich abzusichern. Das Inkrafttreten zentraler Einschränkungen darf nicht vor der nachweislichen Verfügbarkeit unterstützender Strukturen erfolgen.

Berlin, 23.11.2026

Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) – Bundesverband e. V.
Alt-Moabit 91 | 10559 Berlin | Telefon: +49 (0)30-2191570 | E-Mail: dbfk@dbfk.de | www.dbfk.de

DBfK Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe