Deutscher Pflegerat e.V.
Bundesarbeitsgemeinschaft Pflege- und Hebammenwesen

STELLUNGNAHME

des Deutschen Pflegerates e. V. (DPR)
zum Gesetzesentwurf
zur Neuordnung der Pflegeversicherung
(Pflegeneuordnungsgesetz – PNOG)

Stand 23.11.2026

Der Deutsche Pflegerat (DPR) bedankt sich für die Möglichkeit, zum Gesetzentwurf zur Neuordnung der Pflegeversicherung (PNOG) Stellung zu nehmen. Der Entwurf enthält wichtige Ansätze, die der DPR unterstützt. Dazu zählen die Stärkung von Prävention, Rehabilitation und Pflegebegleitung sowie der Erhalt der Tariftreue als Zulassungsvoraussetzung. Positiv bewertet der DPR auch, dass die Kürzung der Rentenbeiträge pflegender An- und Zugehöriger zurückgenommen und auf verlängerte Stufen beim Leistungszuschlag nach § 43c SGB XI verzichtet wurde.

Die finanzielle Stabilisierung der Pflegeversicherung ist ein wichtiges Ziel. Die vorgesehenen Begrenzungen beim Leistungszugang lösen die strukturellen Finanzierungsprobleme jedoch nicht. Höhere Schwellenwerte erschweren den Zugang zu den Pflegegraden 1 bis 3, und der Entlastungsbetrag entfällt bei Pflegegrad 1. Zudem wird die Dynamisierung der Leistungen 2028 ausgesetzt. Für die Personalbemessung fehlen weiterhin verbindliche Schritte zur Umsetzung. Werden notwendige Unterstützungsleistungen eingeschränkt oder verzögert, verschwindet der Bedarf jedoch nicht. Die Belastungen können sich vielmehr auf Pflegebedürftige, ihre An- und Zugehörigen, Pflegeeinrichtungen und andere Sozialleistungssysteme verlagern. Eine kurzfristige Ausgabenbegrenzung kann dadurch mittel- und langfristig zusätzliche Aufwendungen und Folgekosten verursachen. Die Auswirkungen der Reform müssen deshalb für die Versorgung und die Gesamtkosten im gesamten Versorgungssystem bewertet werden.

Dafür müssen die Potentiale der Profession Pflege endlich genutzt werden. Qualifizierte Pflegefachpersonen können Bedarfe frühzeitig erkennen, Prävention und Rehabilitation anstoßen, Menschen und ihre An- und Zugehörigen beraten und komplexe Versorgung koordinieren. Die Pflegebegleitung kann dafür einen wichtigen Rahmen schaffen, wenn sie als durchgängiger, wohnortnaher Unterstützungsprozess gestaltet und die pflegefachliche Verantwortung klar geregelt wird.

Der DPR fordert, die gesetzliche Rolle der maßgeblichen Organisation der Pflegeberufe auf Bundesebene an mehreren Stellen des Gesetzentwurfs konsequent abzubilden und zu benennen. Bei Empfehlungen und Richtlinien zur Pflegebegleitung, bei der Versorgungs- und Personalplanung sowie bei der Weiterentwicklung und Evaluation zentraler Regelungen muss die pflegefachliche Expertise verbindlich einbezogen werden. Die Reform sollte sich an den tatsächlichen und künftigen Versorgungsbedarfen orientieren und pflegefachliche Verantwortung, qualifikationsgerechten Pflegepersonaleinsatz, eigenständige Handlungsmöglichkeiten und eine verlässliche Finanzierung gemeinsam stärken.

Zu den Regelungen im Einzelnen

Artikel 1 – Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch

Zu Nummer 3

§ 3 Absatz 3 SGB XI - Selbstbestimmung und Wünsche der Pflegebedürftigen

Der DPR begrüßt, dass der Gesetzentwurf Wünsche nach einer Pflege berücksichtigt, die Geschlechtsidentität und sexuelle Orientierung achtet. Kritisch ist jedoch, dass hierfür ebenfalls die unverbindlichere Formulierung „nach Möglichkeit" gelten soll. Die Pflege-Charta betont das Recht, selbst zu entscheiden, von wem man gepflegt wird, sowie den Schutz der geschlechtlichen Identität und sexuellen Orientierung. Auch die UN-Behindertenrechtskonvention verpflichtet zu Gleichbehandlung, Nichtdiskriminierung und zur Achtung von Würde und Autonomie.

Der DPR empfiehlt, den Vorbehalt zu streichen und „individuelles Geschlecht" durch „Geschlechtsidentität" zu ersetzen. So werden die Wünsche verbindlich berücksichtigt, ohne einen uneingeschränkten Anspruch auf eine bestimmte Pflegeperson zu begründen.

Änderungsvorschlag

§ 3 Absatz 3 Satz 2 wird wie folgt gefasst: *„Wünsche der Pflegebedürftigen nach gleichgeschlechtlicher Pflege sowie nach einer Pflege, die ihre Geschlechtsidentität und sexuelle Orientierung berücksichtigt, sollen berücksichtigt werden."*

Zu Nummer 5

§ 6 Absatz 1 und 4 – Rechte und Pflichten der Pflegeeinrichtungen

Die Pflegeprozessverantwortung von Pflegefachpersonen wird im Gesetzesentwurf im Wesentlichen unverändert geregelt. Der DPR begrüßt die gesetzliche Verankerung ausdrücklich. Die Verantwortung für den Pflegeprozess steht in unmittelbarem Zusammenhang mit der Leistungserbringung und muss im Gesetz klar und systematisch zugeordnet sein. Die Formulierung, Pflegeeinrichtungen „pflegen", bleibt fachlich unpräzise. Pflegeeinrichtungen stellen durch den Einsatz qualifizierter Pflegefachpersonen eine Versorgung nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen, pflegewissenschaftlichen und pflegefachlichen Erkenntnisse sicher.

Die Formulierung „medizinisch-pflegerische Erkenntnisse" sollte präzisiert werden, damit deutlich wird, dass sowohl medizinische als auch pflegefachliche und -wissenschaftliche Erkenntnisse den fachlichen Maßstab bilden.

Die Ergänzung „jederzeit“ in Satz 1 ist unklar. Es bleibt offen, welche zusätzliche Verpflichtung sie begründen soll und wie Abweichungen davon rechtlich zu bewerten wären. Das gilt besonders im Verhältnis zu den Vorgaben zur personellen Ausstattung nach § 113c SGB XI. Soll „jederzeit“ keine eigenständige Verpflichtung begründen, sollte das Wort gestrichen werden. Andernfalls müssen Inhalt, Reichweite und Rechtsfolgen der Verpflichtung gesetzlich bestimmt werden. § 113c regelt die personelle Ausstattung und deren Vereinbarung für vollstationäre Pflegeeinrichtungen.

Änderungsvorschlag

In § 6 Absatz 4 sind die Sätze 2 und 3 durch die folgenden Sätze zu ersetzen: *„Die Pflegeeinrichtungen stellen für die Pflegebedürftigen, die ihre Leistungen in Anspruch nehmen, die Pflege, Versorgung und Betreuung sicher entsprechend dem allgemein anerkannten Stand medizinischer, pflegefachlicher und* ***pflegewissenschaftlicher*** *Erkenntnisse.*

In § 6 Absatz 4 sind die Sätze 1 und 2 grundsätzlich zu tauschen, da sich der Satz 1 auf Satz 2 bezieht und nicht umgekehrt.

Satz 1 und 2: *„Die Sicherstellung der Pflege durch Pflegeeinrichtungen schließt die Pflegeprozessverantwortung gemäß § 4 des Pflegeberufegesetzes von Pflegefachpersonen für die Erbringung von Leistungen nach diesem Buch ein. Die Pflegeprozessverantwortung für die Erbringung der Leistungen nach diesem Buch liegt bei Pflegefachpersonen. Sie umfasst die Aufgaben nach § 4 Absatz 2 des Pflegeberufegesetzes, insbesondere die Erhebung und Feststellung des individuellen Pflegebedarfs und die Planung der Pflege, die Organisation, Gestaltung und Steuerung des Pflegeprozesses sowie die Analyse, Evaluation, Sicherung und Entwicklung der Qualität der Pflege. Die Pflegeeinrichtungen haben die Wahrnehmung dieser Verantwortung organisatorisch und personell sicherzustellen. Die Übertragung anderer Pflege- und Betreuungsleistungen auf Pflegefachassistenzpersonen, Pflegehilfskräfte oder sonstige Beschäftigte lässt die Pflegeprozessverantwortung unberührt.“*

Satz 3 (bisheriger Satz 1): „Pflegefachpersonen im Sinne dieses Buches sind Personen, ….“.

Die bisherigen Sätze 3 und 4 werden zu den Sätzen 4 und 5.

Darüber hinaus fordert der DPR, die Pflegeprozessverantwortung in § 6 unmittelbar im Anschluss an die allgemeinen Pflichten der Pflegeeinrichtungen im Absatz 2 einzuordnen.

Zu Nummer 6

§ 7a – Pflege-Cockpit

Der DPR unterstützt das Ziel, Informationen zu Leistungsansprüchen, Anträgen, Begutachtungsergebnissen und Unterstützungsangeboten transparent und gebündelt zugänglich zu machen. Diese Informationen und Funktionen müssen an einem Ort in der elektronischen Patientenakte (ePA) gebündelt werden. Ein eigenständiges Pflege-Cockpit neben der ePA ist zu vermeiden. Eine bloße Berücksichtigung eines zweckmäßigen Datenaustauschs zwischen Pflege-Cockpit und ePA reicht nicht aus, um alle relevanten Informationen an einem Ort bereitzustellen. Eine Doppelstruktur schafft eine zusätzliche und nicht zu rechtfertigende Nutzungshürde für pflegebedürftige Menschen und ihre An- und Zugehörigen. Die ePA soll auch Informationen zu Ansprüchen und Leistungen nach dem SGB XI enthalten. Die geschützte Kommunikation über die ePA mit Ärztinnen und Ärzten ist auf die Kommunikation mit Pflegeeinrichtungen auszuweiten. Maßgeblich ist ein Zugang aus einer Hand statt paralleler Strukturen. Voraussetzung sind Barrierefreiheit, verständliche Informationen, Datenschutz, Datensparsamkeit und interoperable Schnittstellen. Für Menschen ohne digitalen Zugang müssen gleichwertige persönliche, telefonische und schriftliche Zugänge erhalten bleiben. Digitale Angebote können persönliche Beratung und pflegefachliche Begleitung ergänzen, aber nicht ersetzen.

Änderungsvorschlag

Ergänzung um einen neuen Absatz 4: *„(4) Die in Absatz 1 Satz 3 genannten Informationen und Funktionen sind vollständig in der elektronischen Patientenakte bereitzustellen. Dazu gehören alle für pflegebedürftige Menschen und Pflegepersonen relevanten Informationen, insbesondere zu Ansprüchen und Leistungen nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch, zu Anträgen, Begutachtungsergebnissen und verfügbaren Unterstützungsangeboten. Die elektronische Patientenakte ermöglicht eine geschützte Kommunikation mit Pflegeeinrichtungen. Datenschutz und die Selbstbestimmung der Versicherten über Zugriffsberechtigungen sind zu gewährleisten. Pflegebedürftigen Menschen und Pflegepersonen, die keinen digitalen Zugang nutzen können oder wollen, sind die Informationen und Funktionen nach Satz 1 in gleichwertiger Weise auch persönlich, telefonisch und schriftlich bereitzustellen. Aus der Nichtnutzung eines digitalen Zugangs dürfen keine Nachteile entstehen.“*

Zu Nummer 8

§§ 7c und 7d – Pflegebegleitung

Mit den §§ 7c und 7d SGB XI soll ab dem 1. Januar 2029 eine längerfristige Pflegebegleitung für Pflegebedürftige in häuslicher Pflege und ihre An- und Zugehörigen eingeführt werden. Sie führt Aufgaben der bisherigen Pflegeberatung nach § 7a SGB XI, der Beratungsbesuche nach § 37 Absatz 3 und der individuellen häuslichen Schulungen nach §

45 SGB XI zusammen und erweitert sie um Bedarfsermittlung, Versorgungsplanung, Prävention, Rehabilitation sowie Unterstützung in komplexen oder akuten Pflegesituationen.

Der DPR begrüßt die Einführung der Pflegebegleitung insbesondere dann, wenn sie kommunal verankert wird. Sie kann die häusliche Versorgung stabilisieren und Pflegebedürftige sowie ihre An- und Zugehörigen unterstützen. Die Aufgaben reichen von Bedarfsermittlung, Anleitung und Prävention bis zur Koordination komplexer Versorgungssituationen. Soweit dabei gesetzlich vorbehaltene Aufgaben nach § 4 PflBG wahrgenommen werden, müssen die pflegefachlichen Einschätzungen und Entscheidungen von entsprechend berechtigten Pflegefachpersonen verantwortet werden. Die Pflegebegleitung geht damit über eine allgemeine Auskunft und sozialrechtliche Leistungsberatung hinaus. Auch die derzeit geltenden Beratungsbesuche nach § 37 Absatz 3 SGB XI verbinden Beratung bereits mit der Sicherung der häuslichen Pflegequalität und pflegefachlicher Unterstützung. Für die umfassendere neue Leistung braucht es mindestens ebenso klare Anforderungen an die pflegefachliche Kompetenz, Zuständigkeit und Verantwortung.

Qualifikation der Pflegebegleitpersonen

Der zentrale Kritikpunkt des DPR bleibt, dass die Qualifikation der Pflegebegleitpersonen im Gesetz offenbleibt. Die vorgesehenen Aufgaben berühren ohne jeden Zweifel die vorbehaltenen Aufgaben nach § 4 PflBG, so dass sie nur durch Pflegefachpersonen wahrgenommen werden dürfen.

Zwar sollen die Pflegekassen die Pflegebegleitung sicherstellen und dafür entsprechend qualifizierte Personen einsetzen, doch der Entwurf legt nicht fest, welche fachlichen Anforderungen damit gemeint sind. Da die Pflegekassen die Leistung zudem ganz oder teilweise auf Dritte übertragen können, bleibt auch offen, wie die erforderliche pflegefachliche Expertise und die Wahrung der Vorbehaltsaufgaben verlässlich sichergestellt werden. Die gesetzlichen Anforderungen müssen deshalb die pflegefachliche Verantwortung für vorbehaltene Aufgaben eindeutig zuordnen und die Qualifikationen an den jeweiligen Aufgaben und ihrer Komplexität ausrichten. BAPID[1] kann hierfür eine fachliche Orientierung bieten.

Insbesondere Advanced Practice Nurses (APN) und hier wiederum Community Health Nurses (CHN) sind für die komplexe Aufgabe der Pflegebegleitung prädestiniert, weil sie die erforderlichen komplexen Kompetenzen mitbringen und sie mit erweiterten heilkundlichen Leistungen verknüpfen können, wo erforderlich. Hierdurch kann die Pflegebegleitung zu einem wesentlichen Baustein der Präventionsorientierung im Bereich des SGB XI werden. Ihre Einbindung ist daher im Gesetzestext bereits vorzusehen.

[1] BAPID Bildungsarchitektur der Pflege in Deutschland https://deutscher-pflegerat.de/themen/bapid

Einbindung in ein Primärversorgungssystem

Der DPR fordert, die Pflegebegleitung in ein wohnortnahes, multiprofessionelles Primärversorgungssystem einzubinden, das Leistungen nach dem SGB V und dem SGB XI sektorenübergreifend verbindet. § 7d Absatz 1 verpflichtet die Pflegekassen bereits zur Zusammenarbeit mit den an der pflegerischen, gesundheitlichen und sozialen Versorgung Beteiligten und zur Förderung regionaler Vernetzungsstrukturen. Eine Einbindung als Bestandteil eines Primärversorgungssystems ist im Entwurf jedoch nicht ausdrücklich geregelt und wird vom DPR als weitergehende gesetzliche Ausgestaltung gefordert. Eine Durchführung der Pflegebegleitung durch die Pflegekassen selbst lehnt der DPR ab, weil sie allen Bemühungen um stärkere Integration der Leistungserbringer im Sinne eines Primärversorgungssystems zuwiderläuft und eine sozialräumliche Verankerung konterkariert.

Für eine koordinierte Leistungserbringung hält der DPR in einem ersten Schritt einen datenschutzgerechten Zugriff auf die erforderlichen Informationen für notwendig. Pflegebegleitpersonen sollten mit Einwilligung der pflegebedürftigen Person einen gesetzlich geregelten, rollenbasierten Lese- und Schreibzugriff auf die für ihre Aufgaben erforderlichen Informationen in der elektronischen Patientenakte erhalten. Der Entwurf regelt einen solchen Zugriff bislang nicht. Zugriffsrechte, Datenumfang und Datenschutzverantwortung sind deshalb im SGB V und im SGB XI zu regeln. Ein zusätzliches paralleles Pflege-Cockpit lehnt der DPR ab.

Hilfsmittelversorgung

Pflegebegleitpersonen sollen Pflegebedürftige zu Hilfs- und Pflegehilfsmitteln beraten und sie bei der Beantragung unterstützen können. Empfehlungen nach § 40 Absatz 6 SGB XI dürfen sie nur aussprechen, wenn die dort geregelten Voraussetzungen erfüllt sind. Da die Vorschrift die zulässigen Leistungserbringungskontexte abschließend festlegt, ist sie um die Pflegebegleitung zu ergänzen. Zugleich sollte der Verweis auf die Beratungseinsätze nach § 37 Absatz 3 SGB XI durch einen Verweis auf die Pflegebegleitung ersetzt werden.

Der DPR fordert außerdem eine verbindliche Vergütung für Leistungserbringer, wenn Pflegefachpersonen Empfehlungen nach § 40 Absatz 6 SGB XI aussprechen. Diese Leistung wird bislang nicht vergütet, während vergleichbare ärztliche Leistungen vergütet werden. Für Advanced Practice Nurses (APN) und Community Health Nurses (CHN) fordert der DPR darüber hinaus eine eigenständige gesetzliche Verordnungskompetenz für Hilfsmittel, deren Umfang nach Qualifikation und Verantwortungsbereich festzulegen ist.

Pflegerische Akutsituationen

§ 7c Absatz 2 Nummer 8 sieht Unterstützung in pflegerischen Akutsituationen nach § 39 Absatz 2 sowie Einschätzungen nach § 39a Absatz 3 Satz 2 und § 42 Absatz 4 Satz 1 vor.

Bis zum Start der Pflegebegleitung am 01. Januar 2029 gelten Übergangsregelungen. Dauert die ambulante Akutversorgung länger als drei Kalendertage, ist die weitere Erforderlichkeit der Versorgung einzuschätzen; im Jahr 2028 ist hierfür die Zustimmung der Pflegekasse vorgesehen. Bei der Akut-Kurzzeitpflege schätzt bis zum 31. Dezember 2028 der ambulante Notdienst die Erforderlichkeit der stationären Versorgung ein.

Der Entwurf ordnet diese Einschätzungen zu, regelt jedoch die organisatorische Zusammenarbeit und die Überleitung ab 2029 nicht abschließend. Der DPR fordert, die Pflegebegleitung verbindlich in die Unterstützung bei pflegerischen Akutsituationen einzubeziehen und verbindliche Kooperations-, Überleitungs- und Rückmeldewege zwischen Pflegekassen, ambulanten Notdiensten und Pflegebegleitung. So werden Versorgungskontinuität gesichert und ein unverbundenes Nebeneinander der Leistungen vermieden.

Einführung ab 2029 und Übergangsregelung

Der Deutsche Pflegerat bewertet positiv, dass die Einführung der Pflegebegleitung nach § 7c auf den 01.01.2029 verschoben werden soll. Der zeitliche Vorlauf ermöglicht es, ein ausgereiftes Umsetzungskonzept zu entwickeln und die Voraussetzungen für die Einführung verlässlich zu klären.

Der Gesetzesentwurf sieht bis zur Einführung der Pflegebegleitung zum 01.01.2029 eine Übergangsregelung vor. Pflegebedürftige der Pflegegrade 1 bis 3 können nach erstmaligem Erhalt eines Pflegegrades in den ersten drei Monaten bis zu zwei zusätzliche Beratungsbesuche abrufen. Diese kommen zum bestehenden halbjährlichen Anspruch hinzu. Außerdem wird die Möglichkeit, auf Wunsch jeden zweiten Beratungsbesuch per Videokonferenz durchzuführen, bis zum 31.12.2028 verlängert.

Die zusätzlichen Beratungsbesuche dürften bei den ambulanten Pflegediensten und Beratungsstellen, die sie erbringen, einen höheren personellen und organisatorischen Aufwand auslösen. Ambulante Pflegedienste verfügen bereits über Erfahrung mit den Beratungsbesuchen und kennen die häusliche Versorgungssituation ihrer Patient:innen aus der laufenden Pflege. Mit der Einführung der Pflegebegleitung sollen die Beratungsbesuche nach § 37 Absatz 3 und individuelle häusliche Schulungen nach § 45 SGB XI in das neue Angebot überführt werden. Der Entwurf lässt jedoch offen, ob und wie die bestehenden Anbieter und ihre Pflegefachpersonen künftig beteiligt werden.

Aus Sicht des DPR sollten die bestehenden Strukturen weiterentwickelt werden. Die Pflegebegleitung soll durch qualifizierte Leistungserbringer erbracht und nicht von den Pflegekassen selbst durchgeführt werden können. Pflegekassen bzw. Kommunen sollen ambulante Pflegedienste sowie anerkannte Beratungsstellen mit der Erbringung der Pflegebegleitung beauftragen. Damit ist die pflegefachliche Qualität und die Unabhängigkeit von fachfremden Erwägungen gewährleistet. Werden Pflegestützpunkte mit der Erbringung von Pflegebegleitung beauftragt, so ist auch hier eine Unterbeauftragung

von ambulanten Pflegediensten und freiberuflichen entsprechend qualifizierten Pflegeberater:innen sinnvoll, um eine fachgerechte Leistungserbringung zu gewährleisten. Die Richtlinien zu den Qualifikationsanforderungen müssen eine ausreichende Übergangsphase, insbesondere in den ambulanten Pflegediensten, für den Aufbau von qualifiziertem Personal mit entsprechenden Kompetenzen vorsehen, einschließlich des Aufbaus akademisch qualifizierter Pflegefachpersonen.

Finanzierung

Auch die vorgesehene Finanzierung ist kritisch zu prüfen. Der Entwurf sieht für jeden Kreis und jede kreisfreie Stadt jährlich finanzielle Mittel vor, deren Höhe anhand von 146 Euro je dort wohnender und bei der jeweiligen Pflegekasse versicherter pflegebedürftiger Person in häuslicher Pflege berechnet wird. Ob die daraus resultierenden Mittel für eine bedarfsgerechte Pflegebegleitung ausreichen, ist angesichts des Leistungsumfangs fraglich. Zum Vergleich liegen veröffentlichte Vergütungen für Beratungsbesuche nach § 37 Absatz 3 SGB XI je nach Land und Anbieter bei rund 50 bis 82 Euro je Termin; für häusliche Schulungen nach § 45 SGB XI sind beispielsweise 145 Euro je Schulung vereinbart[2]. Diese Werte sind wegen der unterschiedlichen Leistungs- und Abrechnungsgrundlagen keine unmittelbare Kalkulationsgrundlage. Sie unterstreichen aber, dass eine transparente Kalkulation erforderlich ist, die Personal-, Wege-, Dokumentations- und Koordinationsaufwand sowie die erforderliche Qualifikation und Kompetenzen berücksichtigt sowie eine kontinuierliche Leistungserbringung ermöglicht. Der DPR fordert eine Evaluation der Vergütungshöhe innerhalb eines Jahres nach Einführung der Leistung und ggf. eine bedarfsgerechte Anpassung.

Beteiligung der Pflegeberufe an Empfehlungen und Richtlinien

Der DPR begrüßt, dass die maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene an den Empfehlungen zur erforderlichen Anzahl, Qualifikation und Fortbildung von Pflegebegleitpersonen beteiligt werden sollen. Die vorgesehene Beteiligung sichert jedoch keine gleichberechtigte Mitgestaltung. Der DPR fordert deshalb, dass der GKV-Spitzenverband diese Empfehlungen im Einvernehmen mit den maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene abgibt. Anforderungen an Qualifikation und Fortbildung müssen sich an den Aufgaben der Pflegebegleitung, der Komplexität der

[2] Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek): Pflegeberatungsstellen Bayern – Beratungsbesuche nach § 37 Absatz 3 SGB XI. Vergütung 2026: 6,06 Euro je angefangene fünf Minuten, höchstens 75 Minuten je Einsatz. https://www.vdek.com/LVen/BAY/Vertragspartner/pflege-2/Pflegeberatung.html , aufgerufen am 02.11.2026.

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek): Vergütungsmitteilung für Beratungsbesuche in Baden-Württemberg 2026. 78,57 Euro je durchgeführtem Beratungsbesuch. PDF, aufgerufen am 02.11.2026.

AOK Bayern: Anlage 4 zur Rahmenvereinbarung gemäß § 45 SGB XI – Vergütungsvereinbarung für private Anbieter. Gültig ab 1. Januar 2026; 145 Euro für eine Schulung in der häuslichen Umgebung. PDF, aufgerufen am 02.11.2026.

Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK): Vergütungen der DBfK-Rahmenverträge gemäß § 45 SGB XI. Stand Oktober 2026; Übersicht der Vergütungen nach Pflegekasse und Leistungsart. https://dbfk-ambulant.de/download/sgb-xi/pflegekurse-individuelle-schulungen-ueberleitungspflege-gemaess-45 , aufgerufen am 02.11.2026.

übernommenen Aufgaben und den Vorbehaltsaufgaben nach § 4 PflBG orientieren. Sie müssen auf belastbarer pflegewissenschaftlicher Evidenz beruhen und von der Profession Pflege fachlich verantwortet werden. Das setzt ihre verbindliche Mitentscheidung voraus. Eine alleinige Festlegung durch den GKV-Spitzenverband ist damit ausgeschlossen.

Die Empfehlungen können erst sachgerecht ausgearbeitet werden, wenn die Pflegebegleitungs-Richtlinien die Inhalte, das Verfahren und die Durchführung der Pflegebegleitung konkretisiert haben. Der DPR schlägt deshalb vor, die Richtlinien nach § 17 Absatz 1a bis zum 30. September 2027 und die Empfehlungen nach § 7d Absatz 2 erst anschließend, spätestens bis zum 31. Dezember 2027, vorzulegen.

Änderungsvorschlag

Ergänzung zu § 7c Absatz 2 Nummer 6. *„Pflegebegleitpersonen beraten zu Hilfs- und Pflegehilfsmitteln, unterstützen bei der Beantragung und können im Rahmen ihrer Qualifikation Empfehlungen nach § 40 Absatz 6 SGB XI aussprechen. Für APN und CHN wird eine darüberhinausgehende gesetzliche Verordnungskompetenz für Hilfsmittel vorgesehen.“*

Ergänzung zu § 7c Absatz 2 Nummer 8: *„Die Pflegebegleitung ist organisatorisch mit den Leistungen der pflegerischen Akutversorgung nach den §§ 39a und 42 Absatz 4 zu verknüpfen. Hierzu sind verbindliche Kooperations-, Überleitungs- und Rückmeldewege vorzusehen. Der Zuständigkeitswechsel zu den Pflegebegleitpersonen ab dem 1. Januar 2029 ist zwischen Pflegekassen, ambulanten Notdiensten und Pflegebegleitung verbindlich zu regeln.“*

Ergänzung zu § 7c Absatz 7: *„Pflegebegleitpersonen erhalten mit Einwilligung der pflegebedürftigen Person einen rollenbasierten Lese- und Schreibzugriff auf die elektronische Patientenakte. Die Zugriffsrechte, der erforderliche Datenumfang und die Datenschutzverantwortung sind im SGB XI und durch eine korrespondierende Änderung des SGB V zu regeln.“*

Ergänzung zu § 7d Absatz 1: *„Die Pflegebegleitung ist als Bestandteil eines wohnortnahen, multiprofessionellen Primärversorgungssystems zu organisieren. Die Pflegekassen stellen die sektorenübergreifende Zusammenarbeit der an der Versorgung Beteiligten nach dem Fünften und Elften Buch sicher und verknüpfen die Pflegebegleitung organisatorisch mit der pflegerischen Akutversorgung.“*

§ 7d Absatz 1 Satz 2 wird durch die folgenden Sätze ersetzt: *„Die Pflegekassen stellen die Pflegebegleitung durch Beauftragung entsprechend qualifizierter Leistungserbringer sicher; eine eigene Durchführung ist ausgeschlossen. Übernehmen Träger nach Absatz 4 oder 5 die Pflegebegleitung, stellen auch sie deren Durchführung durch entsprechend qualifizierte Leistungserbringer sicher. Bestehende qualifizierte Beratungs- und Schulungsstrukturen, insbesondere ambulante Pflegedienste und anerkannte*

Beratungsstellen, sind zu erhalten und weiterzuentwickeln; sie können Pflegebegleitung erbringen. Die Pflegebegleitung ist Bestandteil eines wohnortnahen, multiprofessionellen Primärversorgungssystems. Die Pflegekassen und die zuständigen Träger wirken auf eine sektorenübergreifende Zusammenarbeit nach dem Fünften und Elften Buch hin."

§ 7d Absatz 2 Satz 2 sollte wie folgt gefasst werden: *„Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen **gibt im Einvernehmen mit den maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene** und unter Beteiligung der in § 17 Absatz 1a Satz 3 genannten Parteien bis zum **31. Dezember 2027** Empfehlungen zur erforderlichen Anzahl, Qualifikation und Fortbildung von Pflegebegleitpersonen ab. **Die Empfehlungen dürfen erst nach Erlass der Pflegebegleitungs-Richtlinien nach § 17 Absatz 1a abgegeben werden. Die Empfehlungen zu Qualifikation, Kompetenzen und Fortbildung müssen die Aufgaben der Pflegebegleitung, die Komplexität der übernommenen Aufgaben sowie die Vorbehaltsaufgaben nach § 4 des Pflegeberufegesetzes berücksichtigen.**"*

§ 7d Absatz 3 wird wie folgt geändert: Nach Satz 1 werden die folgenden Sätze eingefügt: *„Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen überprüft jährlich die Angemessenheit des in Satz 1 genannten Betrags anhand des Leistungsumfangs und der tatsächlichen Kostenentwicklung und passt ihn erforderlichenfalls an. Dabei sind insbesondere die Aufwendungen für qualifiziertes Personal, Wegezeiten, Dokumentation und Koordination zu berücksichtigen."*

Folgeänderung § 40 Absatz 6 Satz 1 wird neu gefasst: Pflegefachpersonen können im Rahmen ihrer Leistungserbringung nach § 36, nach den §§ 37 und 37c des Fünften Buches sowie im Rahmen der Pflegebegleitung nach § 7c konkrete Empfehlungen zur Hilfsmittel- und Pflegehilfsmittelversorgung abgeben.

Zu Nummer 10

§ 8 Absatz 4 SGB XI – Digitale Datenplattform

Der DPR begrüßt die Bereitstellung regionaler Versorgungsdaten zur Unterstützung der Aufgaben der Länder und Kommunen nach § 9 SGB XI. Die Empfehlungen zu Datenumfang und -struktur, Indikatoren und Datenaufbereitung bestimmen maßgeblich, wie die pflegerische Versorgung abgebildet und bewertet wird. Die maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene sind an dieser Vereinbarung bislang nicht beteiligt. Ihre pflegefachliche und pflegewissenschaftliche Expertise muss verbindlich einbezogen werden. § 118a SGB XI sieht ihre Mitwirkung bei Aufgaben nach dem SGB XI im Rahmen der jeweils geregelten Beteiligungsform vor.

Änderungsvorschlag

Absatz 4 wird wie folgt ergänzt:

„Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen, die Länder und die kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene ***und die maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene*** vereinbaren unter Beteiligung der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und der Eingliederungshilfe Empfehlungen zu Umfang und Struktur der Daten, zu geeigneten Indikatoren, zum Turnus der Datenbereitstellung, zur Kostentragung und zur Datenaufbereitung."

Zu Nummer 10, 11, 12 und 53

§§ 8, 8a, 9, 69 SGB XI Regionale Pflegeplanung

Der DPR begrüßt, dass der Gesetzentwurf regionale Versorgungsdaten und Empfehlungen zur Pflegestrukturplanung vorsieht. Für eine bedarfsgerechte Planung müssen neben den vorhandenen Angeboten auch deren tatsächliche Verfügbarkeit, Wartezeiten und abgelehnte Versorgungsanfragen berücksichtigt werden. Die maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundes- und Landesebene, insbesondere die Landespflegeräte, sind verbindlich einzubeziehen.

Zugleich braucht es ein abgestimmtes Verfahren für den Umgang mit festgestellten Versorgungslücken. Die Planung und Sicherstellung der pflegerischen Infrastruktur bleibt Aufgabe der Länder. Pflegekassen sollen im Rahmen ihres gesetzlichen Auftrags an der Entwicklung geeigneter Maßnahmen mitwirken. Zuständigkeiten und Fristen sind transparent festzulegen.

Der DPR unterstützt die Empfehlung der Bundesratsausschüsse, die jährliche Berichtspflicht der Länder nach § 9 Absatz 2 zu streichen. Die freiwerdende Regelung sollte genutzt werden, um eine regelmäßige regionale Pflegestrukturplanung verbindlich abzusichern.

§ 8 Absatz 4 wird wie folgt geändert:

Nach Satz 3 werden folgende Sätze eingefügt: *„An der Vereinbarung sind auch die maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene zu beteiligen. Die Daten sollen insbesondere Angaben zu verfügbaren und belegten Kapazitäten, Wartezeiten sowie abgelehnten Versorgungsanfragen umfassen. Sie sind in standardisierter und nicht personenbezogener Form bereitzustellen."*

§ 8a Absatz 4 wird ergänzt:

Nach dem neu einzufügenden Satz zu den Indikatoren wird folgender Satz eingefügt:

„Bei der Erarbeitung der Pflegestrukturplanungsempfehlungen sind auf Landesebene die maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe, insbesondere die Landespflegeräte, zu beteiligen, soweit solche bestehen.“

§ 9 Absatz 1 Satz 2 wird ergänzt:

„Das Nähere zur Planung und zur Förderung der Pflegeeinrichtungen wird durch Landesrecht bestimmt. Die Länder stellen durch Landesrecht eine regelmäßige regionale Pflegestrukturplanung sicher. Diese berücksichtigt die Empfehlungen nach § 8a, die Daten nach § 8 Absatz 4 sowie die pflegefachliche Expertise der maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe.“

§ 69 Absatz 3 wird um folgende Sätze ergänzt:

„Die Feststellung eines strukturellen Versorgungsbedarfs ist den betroffenen Pflegekassen, dem Land und den zuständigen Gebietskörperschaften unverzüglich mitzuteilen. Diese stimmen innerhalb von drei Monaten geeignete Maßnahmen, die jeweilige Zuständigkeit und einen Zeitplan zur Umsetzung ab. Die Verantwortung der Länder für die Vorhaltung der pflegerischen Versorgungsstruktur nach § 9 bleibt unberührt.“

Zu Nummer 16 und 89

§ 15 und Anlage 2 – Pflegegrade und Schwellenwerte

Änderung der Schwellenwerte zur Einordnung in einen Pflegegrad

Der Gesetzentwurf sieht in § 15 Absatz 3 und 7 höhere Schwellenwerte für die Zuordnung zu den Pflegegraden vor. Zudem werden mit der Neufassung der Anlage 2 die Punktintervalle verändert, anhand derer die Summenpunkte in gewichtete Punkte überführt werden. Betroffen sind insbesondere die Module 1, 4 und 6. Die prozentuale Gewichtung der Module bleibt unverändert.

Die Anhebung der Schwellenwerte verändert nicht den individuellen Unterstützungsbedarf. Sie verändert aber, ab welcher Punktzahl Pflegebedürftigkeit anerkannt und ein Pflegegrad zugeordnet wird. Nach dem Entwurf beginnt Pflegegrad 1 künftig bei 15 statt bei 12,5 Punkten, Pflegegrad 2 bei 30 statt bei 27 Punkten und Pflegegrad 3 bei 50 statt bei 47,5 Punkten. Menschen mit unverändertem Pflege- und Unterstützungsbedarf können dadurch einem niedrigeren Pflegegrad zugeordnet werden oder keinen Pflegegrad erreichen. Das kann ihren Zugang zu Leistungen der Pflegeversicherung verzögern oder verhindern. Auch die präventiv ausgerichtete Pflegebegleitung nach § 7c setzt einen festgestellten Pflegegrad voraus.

Besonders relevant sind die Änderungen für die häusliche Versorgung. Ende 2023 wurden 4,9 Millionen der knapp 5,7 Millionen Pflegebedürftigen zu Hause versorgt. Wenn Leistungen später einsetzen oder nicht bewilligt werden, kann zusätzlicher Unterstützungsbedarf bei An- und Zugehörigen sowie ambulanten Diensten anfallen. Die Folgen

für diese Gruppen und für die Stabilität häuslicher Pflege müssen deshalb in die Bewertung der Neuregelung einbezogen werden.

Auch für die stationäre Langzeitpflege sind die Folgen zu berücksichtigen. Die Pflegepersonalbemessung nach § 113c SGB XI knüpft an Pflegegrade an. Werden Pflegebedürftige mit unverändertem Unterstützungsbedarf infolge der höheren Schwellenwerte einem niedrigeren Pflegegrad zugeordnet, muss die Pflegepersonalbemessung diesen Bedarf weiterhin abbilden. Bei einer notwendigen Neuermittlung der Personalanhaltswerte dürften sich deshalb für die Pflegegrade 1 bis 3 höhere Stellenschlüssel ergeben. Der dadurch erforderliche zusätzliche Pflegepersonalbedarf könnte sich in der Summe der Gesamtstellen einer Pflegeeinrichtung ausgleichen und die erwarteten Einsparungen mindern oder aufheben. Die Auswirkungen auf die Personalausstattung und die Pflegeprozessverantwortung der Pflegefachpersonen nach § 6 Absatz 4 SGB XI sind daher vor einer Umsetzung nachvollziehbar zu untersuchen.

Änderung der Bewertungssystematik in den Modulen 1, 4 und 6

Neben den höheren Schwellenwerten verändern sich die Punktintervalle, nach denen die Summenpunkte in gewichtete Punkte umgerechnet werden. Besonders relevant ist die Änderung in Modul 4 zur Selbstversorgung. Bei gleichbleibenden Einschränkungen der Selbstversorgung und unverändertem Pflege- und Unterstützungsbedarf kann sich dadurch eine andere gewichtete Punktzahl ergeben. Das kann zur Einstufung in einen niedrigeren Pflegegrad führen oder eine erforderliche Höherstufung verhindern, obwohl sich weder die Einschränkungen noch der zeitlich erforderliche Pflege- bzw. Unterstützungsaufwand verringert haben.

Damit kann die geänderte Bewertungssystematik eine geringere Einstufung bewirken, ohne dass sich der tatsächliche Hilfebedarf verändert. Das Begutachtungsinstrument muss Einschränkungen der Selbstständigkeit und Fähigkeiten sachgerecht abbilden. Eine Veränderung der Bewertung darf daher nicht dazu führen, dass bestehender Pflege- und Unterstützungsbedarf rechnerisch geringer erscheint, ohne dass dies fachlich und wissenschaftlich begründet ist.

Der Abschlussbericht des IGES-Instituts im Auftrag des GKV-Spitzenverbandes diskutiert Änderungen der Schwellenwerte als mögliche Maßnahme zur Begrenzung des Anstiegs der Pflegeprävalenz. Zugleich empfiehlt der Bericht, das Begutachtungsinstrument grundsätzlich daraufhin zu überprüfen, welche Funktionen es künftig erfüllen soll und ob seine Systematik diesen Anforderungen entspricht. Der DPR hält eine umfassende, wissenschaftlich begleitete Evaluation deshalb für sachgerechter als die isolierte Änderung einzelner Schwellenwerte und Punktintervalle. Änderungen am Instrument müssen transparent, pflegefachlich und pflegewissenschaftlich begründet sein. Eine politisch motivierte Veränderung der Schwellenwerte oder der Punktegewichtung ohne belastbare pflegewissenschaftliche Evidenz widerspricht jeglicher Forderung nach theoretischer Fundierung, Validität und Reliabilität des Instruments und ist damit nicht

akzeptabel. Sie darf nicht allein der Begrenzung des leistungsberechtigten Personenkreises oder der Ausgaben dienen.

Änderungsvorschlag

Die vorgesehenen Änderungen in § 15 Absatz 3 und 7 sowie die Neufassung der Anlage 2 sollen gestrichen werden. Die redaktionelle Folgeänderung in § 15 Absatz 8 Satz 3 bleibt bestehen.

Artikel 1 wird wie folgt geändert:

Nummer 16 wird wie folgt geändert:

- *Die Buchstaben a und b werden gestrichen.*
- *Der bisherige Buchstabe c wird Buchstabe a.*

Nummer 89 ist zu streichen.

Zu Nummer 17 - Pflegebegleitungsrichtlinien

§ 17 Absatz 1a SGB XI

Die Pflegebegleitungs-Richtlinien bestimmen Inhalte, Verfahren und Durchführung der Pflegebegleitung und sind für die Pflegebegleitpersonen unmittelbar verbindlich. Im Gesetzentwurf erhalten die maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene dazu lediglich Gelegenheit zur Stellungnahme. Das wird ihrer pflegefachlichen Verantwortung und Expertise nicht gerecht.

Der DPR fordert daher, die maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe verbindlich in die Erarbeitung der Richtlinien einzubeziehen. Eine Beteiligung im Benehmen stellt sicher, dass ihre fachlichen Positionen rechtzeitig einfließen und abgewogen werden, ohne die Richtlinienkompetenz des GKV-Spitzenverbandes aufzuheben. Die Richtlinien müssen zudem die berufsrechtlichen Vorgaben des Pflegeberufegesetzes, insbesondere die Vorbehaltsaufgaben nach § 4 PflBG, beachten.

Die Richtlinien sollten vor den Empfehlungen zu Anzahl, Qualifikation, Kompetenzen und Fortbildung der Pflegebegleitpersonen erlassen werden. Erst wenn Aufgaben und Durchführung der Pflegebegleitung konkretisiert sind, lassen sich die erforderlichen Qualifikationen und Kompetenzen sachgerecht bestimmen. Der Gesetzentwurf sieht bislang für Richtlinien und Empfehlungen dieselbe Frist bis zum 30. September 2027 vor.

Änderungsvorschlag

„Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen erlässt ***im Benehmen mit den maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene*** und unter Beteiligung des

Medizinischen Dienstes Bund bis zum 30. September 2027 Richtlinien zur einheitlichen Umsetzung der Pflegebegleitung nach § 7c (Pflegebegleitungs-Richtlinien).

Die Richtlinien enthalten insbesondere Vorgaben zur näheren Ausgestaltung der Inhalte, zum Verfahren und zur Durchführung der Pflegebegleitung einschließlich des Fallmanagements nach § 7c Absatz 5; dies schließt Vorgaben zu den Voraussetzungen für einen besonderen Unterstützungsbedarf, der strukturierten Methode zur Steuerung der Pflegesituation sowie der Bestimmung eines angemessenen Zeitrahmens ein. ***Die Richtlinien haben die berufsrechtlichen Vorgaben des Pflegeberufegesetzes, insbesondere die Vorbehaltsaufgaben nach § 4 des Pflegeberufegesetzes, zu beachten.***

(…). Die Pflegebegleitungs-Richtlinien sind für alle Pflegebegleitpersonen, die Pflegebegleitung nach § 7c durchführen, unmittelbar verbindlich."

Zu Nummer 18

§ 18 Absatz 1a – Wiederholungsbegutachtung und Beteiligung von Pflegefachpersonen

Der Gesetzentwurf sieht vor, dass Pflegeeinrichtungen nach erfolgreichen aktivierenden oder rehabilitativen Maßnahmen eine Wiederholungsbegutachtung veranlassen können. Nach Vorlage des Abschlussberichts zum Modellvorhaben MEET[3] soll außerdem geregelt werden, ob und unter welchen Voraussetzungen Pflegefachpersonen aus der Versorgung mit Begutachtungen zum Zweck einer Rückstufung beauftragt werden können.

Der DPR begrüßt, dass die Möglichkeit einer Begutachtung durch Pflegefachpersonen aus der Versorgung geprüft werden soll. Die vorgesehene Regelung greift jedoch zu kurz, da sie auf Wiederholungsbegutachtungen mit dem Ziel einer Rückstufung begrenzt ist. Pflegefachpersonen steuern den Pflegeprozess kontinuierlich und können Veränderungen der Selbstständigkeit im Alltag und den Unterstützungsbedarf einschätzen. Entsprechend qualifizierte Pflegefachpersonen sollten deshalb grundsätzlich auch mit der Feststellung des Pflegegrades beauftragt werden können. Dies sollte auch für Erstbegutachtungen und Höherstufungen gelten. Einheitliche Qualifikations- und Verfahrensstandards müssen dabei eine fachgerechte und nachvollziehbare Einstufung sicherstellen.

Änderungsvorschlag

Neufassung § 18 Absatz 1a: *Nach Vorlage des Abschlussberichtes gemäß § 18e Absatz 6 Satz 6 sind die Begutachtungs-Richtlinien nach § 17 Absatz 1 an neue pflegefachliche Erkenntnisse anzupassen. In den Richtlinien ist zu regeln, unter welchen Voraussetzungen entsprechend qualifizierte, in der Versorgung tätige Pflegefachpersonen mit Begutachtungen zur Feststellung oder Änderung eines Pflegegrades beauftragt werden*

[3] MEET (Modellprojekt zur Weiterentwicklung des Verfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach §§ 18a, 18b SGB XI) https://md-bund.de/themen/pflegebeduerftigkeit-und-pflegebegutachtung/modellprojekt-meet.html aufgerufen am 23.11.2026

können. Dies umfasst Erstbegutachtungen sowie Wiederholungsbegutachtungen mit dem Ziel einer Höher- oder Rückstufung. Die Richtlinien haben insbesondere Anforderungen an die Qualifikation, das Verfahren und die Qualitätssicherung festzulegen.

Zu Nummer 22

§ 18f – Expertenbeirat zur Pflegebegutachtung

Der DPR begrüßt grundsätzlich, dass der Pflegebedürftigkeitsbegriff, das Begutachtungsinstrument und das Verfahren zur Pflegebegutachtung kontinuierlich und wissenschaftlich fundiert weiterentwickelt werden sollen. Kritisch ist jedoch, dass die maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene im Beirat nach § 18f weder als Mitglieder noch mit einem festen Teilnahmerecht vorgesehen sind. Damit bleiben die pflegefachliche und pflegewissenschaftliche Perspektive bei der Weiterentwicklung eines Instruments, das den Zugang zu Leistungen und die Versorgung maßgeblich beeinflusst, institutionell ungesichert.

Die früheren Beiräte zur Entwicklung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs bezogen den DPR als Mitglied ein. An diese bewährte Beteiligung sollte der Gesetzentwurf anknüpfen. Die Weiterentwicklung betrifft zentrale pflegewissenschaftliche und -fachliche Fragen und hat unmittelbare Folgen für Pflegebedürftige, Pflegeeinrichtungen und die Pflegepersonalbemessung. Die Profession Pflege muss deshalb dauerhaft und verbindlich im Beirat vertreten sein. Eine nur mögliche Hinzuziehung einzelner Sachverständiger reicht dafür nicht aus.

Änderungsvorschlag

Der DPR fordert, die maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene mit einem festen, stimmberechtigten Sitz im Beirat nach § 18f zu berücksichtigen. So wird gewährleistet, dass pflegefachliche und -wissenschaftliche Expertise kontinuierlich in die Weiterentwicklung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs, des Begutachtungsinstruments und des Begutachtungsverfahrens einfließt.

Ergänzung § 18f Absatz 3 SGB XI: „***4. eine Vertreterin oder ein Vertreter der maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene***.“

Zu Nummer 25

§ 30 SGB XI - Dynamisierung der Leistungsbeträge

Mit der Neufassung des § 30 SGB XI wird ab dem Jahr 2029 eine jährliche Dynamisierung der Leistungsbeträge eingeführt. Die Anpassung soll jeweils zum 1. Januar auf Grundlage des geometrischen Mittels der Kerninflationsraten der letzten drei vorangegangenen Kalenderjahre erfolgen, für die zum Zeitpunkt der Erhöhung entsprechende Daten

vorliegen. Sie wird durch den durchschnittlichen Anstieg der Bruttolohn- und Gehaltssumme je beschäftigter Person im selben Zeitraum begrenzt.

Der DPR unterstützt die Einführung einer regelhaften jährlichen Dynamisierung der Leistungsbeträge. Angesichts der kontinuierlich steigenden Kosten für Pflege, Betreuung und Versorgung ist eine regelmäßige Anpassung erforderlich, um die Kaufkraft der Leistungen zu erhalten und die finanzielle Belastung pflegebedürftiger Menschen sowie ihrer An- und Zugehörigen zu begrenzen.

Kritisch bewertet der DPR, dass die nach geltendem Recht zum 01.01.2028 vorgesehene Anpassung im Gesetzentwurf entfällt. Die regelmäßige Dynamisierung beginnt erst ein Jahr später, zum 01.01.2029. Der Gesetzentwurf begründet den Wegfall der Anpassung für 2028 mit der angespannten Finanzlage der Pflegeversicherung. Damit wird die finanzielle Stabilisierung jedoch teilweise zulasten pflegebedürftiger Menschen und ihrer An- und Zugehörigen erreicht, obwohl ihre Ausgaben für Pflege und Betreuung weiter steigen.

Gegenüber dem Referentenentwurf wurde zudem das Berechnungsverfahren geändert. An die Stelle des arithmetischen Mittels tritt das geometrische Mittel der Kerninflationsraten. Dieses glättet jährliche Schwankungen, kann gegenüber dem arithmetischen Mittel aber auch zu einer geringeren Anpassung führen. Die zusätzliche Begrenzung durch die Entwicklung der Bruttolohn- und Gehaltssumme kann die Leistungsanpassung weiter beschränken. Zu prüfen ist daher, ob der vorgesehene Mechanismus die tatsächliche Kostenentwicklung in der Pflege angemessen abbildet. Neben Personalaufwendungen sind dabei auch Sach- und Investitionskosten zu berücksichtigen.

Änderungsvorschlag

Der DPR fordert, die nach geltendem Recht zum 01.01.2028 vorgesehene Leistungsanpassung beizubehalten. Die jährliche Dynamisierung muss anschließend ab dem 01.01.2029 erfolgen. Der Berechnungsmechanismus ist so auszugestalten und regelmäßig zu überprüfen, dass er die tatsächliche Kostenentwicklung in der pflegerischen Versorgung angemessen berücksichtigt und den realen Wert der Leistungen sichert.

Zu Nummer 29 und 30

§§ 36 und 37 SGB XI – Sachleistungsbudget und Entlastungsbudget

Mit den §§ 36 und 37 SGB XI ordnet der Gesetzentwurf die Leistungsansprüche in der häuslichen Pflege neu. Die ambulanten Pflegesachleistungen werden in ein Sachleistungsbudget überführt. Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 können anstelle der häuslichen Pflegehilfe Pflegegeld im Umfang eines Entlastungsbudgets beantragen, wenn sie die erforderlichen Pflege- und Betreuungsmaßnahmen sowie Hilfen bei der Haushaltsführung selbst sicherstellen.

Die monatlichen Höchstbeträge steigen gegenüber dem geltenden Recht. Bei Pflegegrad 2 erhöht sich das Sachleistungsbudget beispielsweise von 796 auf 890 Euro und das Pflegegeld bzw. Entlastungsbudget von 347 auf 380 Euro. Der Entlastungsbetrag nach § 45b entfällt für den Pflegegrad 1. Nach dem Gesetzentwurf wird er bei den Pflegegraden 2 bis 5 in ein Sozialraumbudget von bis zu 175 Euro monatlich überführt, das für anerkannte Angebote zur Unterstützung im Alltag eingesetzt werden kann.

Das Sozialraumbudget ist zweckgebunden und kann nicht für alle Leistungen eingesetzt werden, für die der bisherige Entlastungsbetrag genutzt werden kann. Die nominal höhere Summe bedeutet daher nicht automatisch, dass Pflegebedürftige im Alltag über einen entsprechend größeren Gestaltungsspielraum verfügen.

Positiv bewertet der DPR, dass der Gesetzesentwurf die im Referentenentwurf vorgesehene hälftige Leistung in den ersten drei Monaten nach erstmaliger Feststellung eines Pflegegrades 2 oder 3 nicht mehr enthält. Gerade zu Beginn einer Pflegebedürftigkeit besteht häufig ein hoher Unterstützungs- und Organisationsbedarf. Die Streichung der zeitweisen Halbierung trägt dem Rechnung.

Der DPR hält es für erforderlich, die Auswirkungen der neuen Budgetstruktur nicht allein anhand der monatlichen Höchstbeträge zu bewerten. Entscheidend ist, welche Leistungen Pflegebedürftige mit den Budgets tatsächlich finanzieren können und ob die bisherigen Wahl- und Kombinationsmöglichkeiten erhalten bleiben. Der Gesetzentwurf sollte nachvollziehbar darstellen, wie sich die neue Systematik im Vergleich zum geltenden Recht auf unterschiedliche Versorgungskonstellationen auswirkt.

Änderungsvorschlag

Der DPR fordert, die Auswirkungen der Sachleistungs- und Entlastungsbudgets anhand konkreter Fallbeispiele transparent darzustellen. Dabei ist auszuweisen, welche Leistungen Pflegebedürftige nach geltendem Recht und nach dem Gesetzentwurf jeweils kombinieren und finanzieren können. Die Neuordnung darf trotz höherer nominaler Höchstbeträge nicht zu einer Einschränkung der bisherigen Wahl- und Kombinationsmöglichkeiten führen.

Zu Nummer 32

§ 39 und 39a SGB XI – Überbrückungsbudget und Pflegesachleistungen in Akutsituationen

Mit dem Überbrückungsbudget und den Pflegesachleistungen in pflegerischen Akutsituationen sollen Versorgungslücken bei kurzfristigen Krisen und beim ungeplanten Ausfall von Pflegepersonen geschlossen werden. Der DPR begrüßt, dass der Entwurf pflegerische Akutsituationen stärker berücksichtigt. Ein verlässliches Angebot kann dazu beitragen, die häusliche Versorgung in Krisen zu stabilisieren und pflegebedingte Versorgungskrisen abzufangen.

Kritisch bewertet der DPR, dass die Verhinderungspflege als eigenständige Leistung entfällt. Der Anspruch auf Ersatzpflege besteht unabhängig von und zusätzlich zu dem Anspruch auf häusliche Pflegehilfe als Sachleistung im Umfang des Sachleistungsbudgets nach § 36 und dem Anspruch auf Pflegegeld im Umfang des Entlastungsbudgets nach § 37. Aufwendungen für Ersatzpflege dürfen nicht auf diese Ansprüche angerechnet werden. Damit wird Ersatzpflege in andere Leistungsbudgets verlagert, die zugleich der laufenden Versorgung dienen. Der DPR fordert daher, sicherzustellen, dass notwendige Ersatzpflege nicht zulasten anderer erforderlicher Pflegeleistungen geht.

Für den Notdienst in der ambulanten Pflege sieht der Entwurf ergänzende Verträge der Pflegekassen mit zugelassenen ambulanten Pflege- und Betreuungsdiensten vor. Unklar bleibt jedoch, welche Anforderungen an Qualifikation und Organisation der Notdienste gelten, wie eine flächendeckende Verfügbarkeit erreicht und wie die dafür notwendigen personellen Kapazitäten aufgebaut werden sollen. Angesichts des anhaltenden Fachpersonalmangels in Pflegeberufen dürfen die neuen Strukturen nicht zulasten der bestehenden Regelversorgung aufgebaut werden. Der DPR fordert deshalb eine verbindliche pflegefachliche Steuerung sowie eine ausreichende personelle und finanzielle Absicherung der Akutangebote.

Änderungsvorschlag

In § 39 sollte folgender Absatz 7 angefügt werden: *„Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 haben Anspruch auf notwendige Ersatzpflege, wenn eine Pflegeperson vorübergehend an der Pflege gehindert ist. Die Aufwendungen werden bis zu einem Gesamtleistungsbetrag in Höhe des Betrags übernommen, der nach § 42a in der am 31. Dezember 2026 geltenden Fassung für Verhinderungs- und Kurzzeitpflege zur Verfügung stand. Der Anspruch besteht zusätzlich zu den Ansprüchen auf häusliche Pflegehilfe als Sachleistung im Umfang des Sachleistungsbudgets nach § 36 und auf Pflegegeld im Umfang des Entlastungsbudgets nach § 37. Aufwendungen für Ersatzpflege dürfen nicht auf diese Budgets angerechnet werden.“*

§ 39a sollte um folgenden Absatz 2a ergänzt werden: *„Die pflegefachliche Einschätzung des Unterstützungsbedarfs sowie die Planung und Steuerung der Pflege sind Pflegefachpersonen mit einer Erlaubnis nach § 1 des Pflegeberufegesetzes vorbehalten, soweit dabei Aufgaben nach § 4 Absatz 2 des Pflegeberufegesetzes wahrgenommen werden.“*

Zu Nummer 33

§ 40 SGB XI - Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel

Der bisherige eigenständige Anspruch auf zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel wird aufgehoben. Künftig sollen entsprechende Produkte, wie beispielsweise Desinfektionsmittel, Schutzhandschuhe oder Mund-Nasen-Schutz, über das Sachleistungsbudget nach § 36 SGB XI beziehungsweise das Entlastungsbudget nach § 37 SGB XI finanziert

werden. Die Bundesregierung begründet dies mit einer Vereinfachung der Leistungsgewährung und dem Abbau bürokratischer Verfahren.

Der DPR unterstützt grundsätzlich das Ziel, die Versorgung mit zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln bedarfsgerechter und weniger bürokratisch auszugestalten. In der Praxis haben sich teilweise standardisierte Versorgungsformen etabliert, die sich nicht immer am individuellen Bedarf der Pflegebedürftigen orientieren. Eine Vereinfachung der Verfahren und eine stärkere Bedarfsorientierung können daher sinnvoll sein.

Gleichwohl ist darauf zu achten, dass notwendige zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel auch künftig verlässlich zur Verfügung stehen. Diese dienen unmittelbar der Hygiene, dem Infektionsschutz und der Versorgungssicherheit in der häuslichen Pflege und sind insbesondere bei Menschen mit Inkontinenz, chronischen Wunden oder erhöhtem Infektionsrisiko von erheblicher Bedeutung.

Der DPR fordert, den eigenständigen Anspruch auf zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel in § 40 SGB XI zu erhalten. Die Aufwendungen sind weiterhin bis zu 42 Euro monatlich zu übernehmen. Der Anspruch muss unabhängig davon bestehen, ob andere Leistungsansprüche oder Budgets nach §§ 36 und 37 SGB XI ausgeschöpft sind. Eine Anrechnung auf diese Budgets ist auszuschließen. So bleiben notwendige Hygiene- und Schutzmaterialien verlässlich finanziert, ohne andere Pflegeleistungen zu verdrängen.

Änderungsvorschlag

§ 40 Absatz 2 SGB XI wird wie folgt gefasst: *„(2) Die Aufwendungen der Pflegekassen für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel werden bis zu einem Betrag von 42 Euro je Kalendermonat übernommen. Die Leistung kann auch in Form der Kostenerstattung erbracht werden. Der Anspruch besteht unabhängig von der Inanspruchnahme oder Ausschöpfung anderer Leistungsansprüche und Budgets nach diesem Buch. Aufwendungen für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel werden nicht auf die Budgets nach den §§ 36 und 37 angerechnet.“*

Zu Nummer 41 (alt)

§ 43c – Zuschlag zu den pflegebedingten Aufwendungen

Der Gesetzesentwurf nimmt die im Referentenentwurf vorgesehene Verlängerung der Verweildauerstufen zurück. Der DPR begrüßt, dass Pflegebedürftige dadurch nicht zusätzlich belastet werden. Die strukturell hohen Eigenanteile in der stationären Pflege bleiben jedoch ungelöst. Eine tragfähige Reform muss die Kostenentwicklung begrenzen und gesamtgesellschaftliche Aufgaben verlässlich finanzieren.

Zu Nummer 41 (neu)

§ 45b SGB XI – Sozialraumbudget und Wegfall des bisherigen Entlastungsbetrags

Der bisherige Entlastungsbetrag kann nach geltendem Recht für ein breites Spektrum an Unterstützungsleistungen eingesetzt werden, darunter auch Leistungen ambulanter Pflegedienste sowie der Tages- und Nachtpflege. Im Gesetzentwurf wird der Betrag für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 zwar in ein Sozialraumbudget von bis zu 175 Euro monatlich überführt. Dieses ist jedoch ausschließlich für niedrigschwellige Angebote zur Unterstützung im Alltag vorgesehen. Professionelle Anbieter können sich als ambulante Betreuungseinrichtung zulassen lassen und dann Leistungen über das Sachleistungsbudget abrechnen; eine Nutzung des Sozialraumbudgets ist für sie in diesem Fall ausgeschlossen. Die Erhöhung des monatlichen Betrags gleicht daher den Wegfall bisheriger Nutzungsmöglichkeiten nicht aus.

Für Pflegebedürftige kann dadurch der Zugang zu vertrauten und bereits genutzten Unterstützungsleistungen schwieriger werden. Zugleich geraten ambulante Dienste und Einrichtungen für Tages- und Nachtpflege unter wirtschaftlichen Druck, wenn sie Angebote aufgebaut haben, deren Finanzierung bislang über den Entlastungsbetrag lief. Der DPR weist deshalb auf das Risiko von Pflegepersonalabbau und Versorgungslücken hin.

Änderungsvorschlag

Der DPR fordert, das Sozialraumbudget für alle geeigneten und qualitätsgesicherten Anbieter zu öffnen. Leistungen ambulanter Pflegedienste sowie Einrichtungen für Tages- und Nachtpflege müssen weiterhin darüber finanziert werden können, soweit sie der Unterstützung im Alltag und der Entlastung Pflegebedürftiger und ihrer An- und Zugehörigen dienen. Der Zugang darf nicht davon abhängen, ob ein Anbieter als niedrigschwelliges Angebot oder als professionelle Betreuungseinrichtung organisiert ist. Übergangsregelungen müssen zudem verhindern, dass bewährte Angebote und Arbeitsplätze kurzfristig wegfallen.

Zu Nummer 47

§ 53e – Datenbank beim Medizinischen Dienst Bund

Der DPR begrüßt, dass die Datenbank die Analyse der Pflegeprävalenz, der Pflegequalität und regionaler Unterschiede sowie Längsschnittanalysen ermöglichen soll. Dafür sollen insbesondere Begutachtungsdaten nach § 18b und Ergebnisse der Qualitätsprüfungen nach § 114 genutzt werden. Damit die Ergebnisse fachlich belastbar eingeordnet werden können, müssen die verwendeten Prävalenz- und Qualitätsindikatoren sowie ihre Aussagegrenzen transparent sein. Darüber hinaus sollten auch tatsächliche Versorgungsprozesse, Personalqualifikation und relevante Ergebnisse für Pflegebedürftige angemessen berücksichtigt werden.

§ 53e nennt wissenschaftliche Forschung als Zweck der Datenbank, sieht in Absatz 5 aber keinen Zugang unabhängiger Forschungseinrichtungen vor. Der DPR fordert deshalb einen geregelten, datenschutzkonformen Zugang für unabhängige Institute für Pflegewissenschaft.

Änderungsvorschlag

Absatz 2 sollte wie folgt geändert werden: *„7. soweit diese Daten für die Zwecke nach Absatz 1 erforderlich sind, standardisierte Angaben zur tatsächlichen pflegerischen Versorgung, insbesondere zu Art und Umfang der erbrachten Leistungen, zur personellen Ausstattung und Qualifikation sowie zu pflegebezogenen Ergebnissen."*

Absatz 5 sollte um folgende Sätze ergänzt werden: *„Unabhängige pflegewissenschaftliche Einrichtungen erhalten auf Antrag Zugang zu den für ein konkretes Forschungsvorhaben erforderlichen Daten, soweit das Vorhaben einem Zweck nach Absatz 1 Nummer 4 dient. Der Zugang erfolgt in einer sicheren Verarbeitungsumgebung; eine Reidentifizierung der betroffenen Personen muss ausgeschlossen sein. Das Nähere zum Antragsverfahren, zu den Zugangsvoraussetzungen und zur Datensicherheit regelt die Richtlinie nach Absatz 2."*

Zu Nummer 54 und 60

§§ 72 und 82c SGB XI – Tariftreue und Refinanzierung der Entlohnung

Der Referentenentwurf sah vor, die Tariftreue als Zulassungsvoraussetzung auszusetzen und tarifliche Entlohnung nicht mehr uneingeschränkt als wirtschaftlich anzuerkennen. Der Gesetzesentwurf übernimmt diese pauschale Aussetzung nicht. Die Tariftreue bleibt Zulassungsvoraussetzung. Auch tarifgebundene Einrichtungen können Entlohnung bis zur Höhe des Tarifvertrags oder der kirchlichen Arbeitsrechtsregelung weiterhin als wirtschaftlich geltend machen. Der DPR begrüßt diese Änderung ausdrücklich.

Kritisch bewertet der DPR jedoch die im Gesetzesentwurf vorgesehenen Einschränkungen bei der Refinanzierung. Für Einrichtungen, die das regional übliche Entlohnungsniveau anwenden, soll die Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 SGB V bis Ende 2030 die Obergrenze für Steigerungen der Personalaufwendungen bilden. Tariforientierte Einrichtungen können zwar eine Entlohnung nach den in einer Liste aufgeführten Tarifverträgen oder kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen ansetzen. Die Anpassung an höhere Entlohnungen soll jedoch erst mit der nächsten Vergütungsvereinbarung erfolgen. Zudem ist eine teilweise Entlohnung in Sach- oder geldwerten Leistungen möglich, sofern die Beschäftigten zustimmen.

Gute und verlässliche Entlohnung ist eine wesentliche Voraussetzung, um Pflegefachpersonen zu gewinnen und im Beruf zu halten. Begrenzungen, die tarifliche Entwicklungen für bestimmte Einrichtungen nur verzögert oder nicht vollständig berücksichtigen,

können die Refinanzierung notwendiger Personalkosten erschweren. Die Regelungen dürfen Pflegeeinrichtungen nicht in einen Zielkonflikt zwischen angemessener Entlohnung, Personalgewinnung und Versorgungssicherheit bringen.

Der DPR begrüßt daher, dass der Gesetzesentwurf die Tariftreue als Zulassungsvoraussetzung und die wirtschaftliche Anerkennung tariflicher Entlohnung für tarifgebundene Einrichtungen beibehält. Zugleich müssen die verbleibenden Einschränkungen so ausgestaltet werden, dass notwendige Entlohnungssteigerungen und eine verlässliche Refinanzierung des erforderlichen Personals nicht beeinträchtigt werden.

Änderungsvorschlag

Der DPR fordert, die Tariftreue als Zulassungsvoraussetzung und die wirtschaftliche Anerkennung tariflicher Entlohnung dauerhaft zu sichern. Die Begrenzung der Steigerung von Personalaufwendungen auf die Veränderungsrate für Einrichtungen, die das regional übliche Entlohnungsniveau anwenden, ist zu streichen. Entlohnungsanpassungen müssen zeitnah berücksichtigt werden.

Zu Nummer 70

§ 113b – Qualitätsausschuss Pflege und Ersatzvornahme

Der Gesetzentwurf erweitert die Möglichkeit des Bundesministeriums für Gesundheit, verbindliche Zeitpläne zu verlangen und bei Verzögerungen einzelne Schritte zu übernehmen. Beschleunigte Verfahren können sinnvoll sein, wenn sie die Umsetzung fachlich erforderlicher Verbesserungen sichern. Die fachliche Unabhängigkeit des Qualitätsausschusses, transparente Verfahren und die Beteiligung der Pflegeprofession müssen gewahrt bleiben.

Zu Nummer 71

§ 113c – Personalbemessung in vollstationären Pflegeeinrichtungen

Mit § 113c SGB XI wurde auf Grundlage der wissenschaftlichen Arbeiten von Rothgang et al. erstmals ein bundeseinheitliches Verfahren zur Ermittlung des pflegefachlich erforderlichen Personalbedarfs in vollstationären Pflegeeinrichtungen geschaffen. Die wissenschaftliche Weiterentwicklung des Verfahrens muss sich in den Personalanhaltswerten niederschlagen. Es ist die Grundvoraussetzung dafür, dass die Pflegeeirichtungen ihren Pflichten gemäß § 6 überhaupt nachkommen können. Der Gesetzentwurf sieht jedoch keine verbindliche Anpassung der Werte auf Grundlage dieser Erkenntnisse vor. Stattdessen soll das Bundesministerium für Gesundheit künftig insbesondere den Bericht des GKV-Spitzenverbands und die Arbeitsmarkt- und Ausbildungssituation berücksichtigen.

Der pflegefachlich erforderliche Personalbedarf darf nicht davon abhängig gemacht werden, ob die erforderlichen Stellen aktuell am Arbeitsmarkt besetzt werden können. Pflegebedarf wird nicht geringer, weil Pflegefachpersonal fehlt. Werden die Personalwerte an bestehende Engpässe angepasst, droht eine Abwärtsspirale. Eine unzureichende Pflegepersonalausstattung belastet die Beschäftigten, erschwert die Personalgewinnung und verschärft den Fachpersonenmangel.

Positiv ist, dass der neue Absatz 10 die Wechselwirkungen zwischen den Änderungen des Begutachtungsinstruments und der Pflegepersonalbemessung ausdrücklich aufgreift. Der Prüfauftrag verpflichtet jedoch nicht dazu, die Personalanhaltswerte anschließend entsprechend anzupassen. Zudem soll die Überführung der Betreuungskräfte nach § 43b kostenneutral erfolgen. Es muss deshalb sichergestellt werden, dass diese Umstellung nicht zu einer bloßen Verschiebung oder Verrechnung von Personal führt und die pflegefachlich erforderliche Ausstattung dadurch nicht sinkt.

Auch die neue Evaluation nach Absatz 9 ist grundsätzlich sinnvoll. Sie erfasst die Verbreitung und Auswirkungen von Personal- und Organisationsmaßnahmen, die im PeBeM-Modellprojekt entwickelt wurden oder sich daran orientieren. Damit die Ergebnisse eine belastbare Grundlage für die Weiterentwicklung der Pflegepersonalbemessung bilden, müssen die Auswirkungen auf die Versorgungsqualität, die Arbeitsbedingungen und den erforderlichen Qualifikations- und Kompetenzmix einbezogen werden.

Die Pflegepersonalbemessung darf nicht auf wiederkehrende Prüfaufträge beschränkt bleiben. Sie muss als verbindlicher Maßstab für eine bedarfsgerechte und pflegefachlich gebotene Versorgung gesetzlich verankert und schrittweise umgesetzt werden. Pflegeeinrichtungen können ihre Verpflichtung zu einer humanen und aktivierenden Pflege nicht dauerhaft erfüllen, wenn die personellen Voraussetzungen dafür fehlen. Pflegefachpersonen geraten zugleich in ein fachliches und ethisches Dilemma, wenn sie die Verantwortung für den Pflegeprozess tragen, die erforderliche Pflege aufgrund fehlender Personalressourcen aber nicht erbringen können.

Änderungsvorschlag

Der DPR fordert, die Personalanhaltswerte nach § 113c Absatz 1 verbindlich auf Grundlage der wissenschaftlichen Erkenntnisse aus der Entwicklung und Evaluation des Pflegepersonalbemessungsverfahrens weiterzuentwickeln. Dabei sind auch die Auswirkungen der Änderungen des Begutachtungsinstruments auf die Pflegegradverteilung und die Personalbemessung einzubeziehen. Die Ergebnisse der Prüfung nach Absatz 10 müssen zu einer nachvollziehbaren Anpassung der Personalanhaltswerte führen, soweit dies fachlich erforderlich ist.

Die Prüf-, Erhebungs- und Berichtsintervalle nach den Absätzen 7 und 8 sind im zweijährlichen Turnus beizubehalten. Die wissenschaftliche Evaluation nach Absatz 9 muss

die Auswirkungen der Personal- und Organisationsmaßnahmen auf Versorgungsqualität, Pflegepersonalbedarf, Qualifikations- und Kompetenzmix und Arbeitsbedingungen untersuchen. Die maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene sind daran verbindlich zu beteiligen. In die Aufzählung der Anzuhörenden in Absatz 8 sind sie ausdrücklich aufzunehmen.

Absatz 8: Die Erhebungen nach Absatz 8 finden weiterhin alle zwei Jahre statt. In die Aufzählung der anzuhörenden Stellen werden nach den Worten „[…]“ **die maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene nach § 113d** Absatz 1 Satz 1 aufgenommen.

Absatz 9 wird um folgende Sätze ergänzt: *„Die Evaluation untersucht insbesondere die Auswirkungen der Personal- und Organisationsentwicklungsmaßnahmen auf die Versorgungsqualität, den erforderlichen Personalbedarf, den Qualifikationsmix sowie die Arbeitsbedingungen der Beschäftigten.* ***Die maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene nach § 113d Absatz 1 Satz 1 sind an der Evaluation verbindlich zu beteiligen.“***

Die bundeseinheitliche Mindestpersonalausstattung muss sich an den wissenschaftlich ermittelten Personalanhaltswerten orientieren. Die Überführung der zusätzlichen Betreuungskräfte nach § 43b in die reguläre Personalausstattung darf nicht zu einer Absenkung des tatsächlich verfügbaren Personals oder zu einer Verschlechterung der Versorgung führen.

Der DPR fordert einen verbindlichen Stufenplan zur Umsetzung der wissenschaftlich fundierten Pflegepersonalbemessung. Er muss konkrete Entwicklungsschritte, Zielwerte und transparente Kriterien für Übergangsfristen enthalten. Übergangsregelungen dürfen nicht zu einer dauerhaften Unterschreitung des fachlich erforderlichen Pflegepersonalbedarfs führen.

Zu Nummer 73

§ 113e – Transformationsstellenanteile

Mit § 113e SGB XI sollen Pflegeeinrichtungen von 2028 bis Ende 2032 Transformationsstellenanteile vereinbaren können. Diese können bis zu 10 Prozent des Korridors zwischen der mindestens zu vereinbarenden und der höchstmöglichen Personalausstattung umfassen. Die Mittel sind für digitale oder technische Systeme vorgesehen, deren unterstützende oder entlastende Wirkung nachgewiesen ist. Die Transformationsstellenanteile werden als gleichwertig zur regulären Personalausstattung behandelt.

Der DPR unterstützt das Ziel, digitale und technische Lösungen stärker für die Verbesserung von Pflegequalität, Arbeitsbedingungen und nachhaltiger Versorgungssicherheit nutzbar zu machen. Digitalisierung kann Pflegefachpersonen unterstützen,

administrative Aufwände reduzieren und mehr Zeit für die unmittelbare Versorgung pflegebedürftiger Menschen schaffen.

Kritisch bewertet der DPR, dass Transformationsstellenanteile an nicht mit Personal besetzte Stellenanteile geknüpft und als gleichwertig zur regulären Pflegepersonalausstattung behandelt werden. Auch wenn die Regelung auf 10 Prozent des Korridors begrenzt ist und die höchstmögliche Personalausstattung nicht überschritten werden darf, können digitale Systeme damit einen Teil der personellen Ausstattung ersetzen. Angesichts des bestehenden Fachpersonenmangels muss sichergestellt werden, dass dadurch weder die vereinbarte Mindestpersonalausstattung unterschritten noch notwendiges Pflegepersonal verdrängt wird. Hinzu kommt, dass die berücksichtigungsfähigen Aufwendungen höchstens anhand des Mindestentgelts der Pflegearbeitsbedingungenverordnung berechnet werden.

Positiv ist, dass nur Systeme aus einem regelmäßig zu aktualisierenden Katalog berücksichtigt werden sollen, deren entlastende Wirkung wissenschaftlich oder durch systematische Praxisevaluationen belegt ist. Der Gesetzentwurf sieht außerdem vor, die Auswirkungen auf die pflegerische Versorgung, die Perspektive der Pflegebedürftigen und die Finanzierung zu evaluieren. Die Evaluation sollte darüber hinaus ausdrücklich die Pflegequalität, pflegefachliche Outcomes, die Arbeitsbedingungen und den tatsächlichen Entlastungseffekt für die Beschäftigten erfassen. Die maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe sollten verbindlich an der Weiterentwicklung des Katalogs und an der Evaluation beteiligt werden.

Änderungsvorschlag

Der DPR fordert, Transformationsstellenanteile so auszugestalten, dass sie die vereinbarte und tatsächlich erforderliche personelle Ausstattung nicht verringern. Die Finanzierung digitaler und technischer Systeme darf nicht dazu führen, dass Pflegepersonalstellen dauerhaft unbesetzt bleiben oder Pflegepersonal ersetzt wird. Die Bemessung muss sich am fachlich erforderlichen Personalbedarf nach § 113c SGB XI orientieren; die Kostenobergrenze sollte die tatsächlichen Aufwendungen für geeignete Systeme sachgerecht abbilden.

Die Evaluation muss neben der Versorgungsperspektive der Pflegebedürftigen und der Finanzierung ausdrücklich die Pflegequalität, pflegefachliche Outcomes, die Arbeitsbedingungen und die tatsächliche Entlastung der Beschäftigten untersuchen. Die maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene sind verbindlich an der Katalogentwicklung und der systematischen Evaluation zu beteiligen.

Weitere aus Sicht des DPR notwendige Regelungsbedarfe im SGB XI

Änderung des § 118a SGB XI und entsprechende Anpassung der Pflegeberufebeteiligungsverordnung (PflBBetV)

Finanzielle Absicherung der Beteiligung der Pflegeberufe, u.a. im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA)

Der DPR bringt bei den Richtlinien und Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zur Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 3 und § 136b Absatz 1 SGB V pflegefachliche Expertise ein. Die vom DPR benannten Pflegefachpersonen nehmen diese Aufgaben überwiegend ehrenamtlich wahr. Für ihren Reise- und Zeitaufwand sowie für mögliche Verdienstausfälle fehlt eine verlässliche Erstattungsregelung. Eine kontinuierliche Beteiligung setzt voraus, dass die entsandten Pflegefachpersonen diese Belastungen nicht selbst tragen müssen.

Der Handlungsbedarf reicht über den G-BA hinaus. Als anerkannte maßgebliche Organisation der Pflegeberufe auf Bundesebene koordiniert der DPR die gesetzlich vorgesehene Beteiligung, wertet Unterlagen aus, erarbeitet Stellungnahmen und bindet Pflegekammern und weitere Organisationen ein. Für diese laufende Fach- und Koordinierungsarbeit braucht es eine dauerhafte Finanzierung.

Der DPR fordert daher, die Finanzierung der Pflegebeteiligung, nicht zuletzt im G-BA, im Pflegeneuordnungsgesetz verbindlich zu regeln und einen gemeinsamen Finanzierungsrahmen für die gesetzlich vorgesehene Beteiligung nach dem SGB V und dem SGB XI zu schaffen. Dieser soll zwei Ansprüche umfassen:

- **Ehrenamtlich Entsandte** erhalten einen persönlichen Anspruch auf Erstattung der Reisekosten, Ersatz des Verdienstausfalls und eine Pauschale für den Zeitaufwand. Als Vorbild für die Bemessung der Zeitpauschale dient die Regelung für die Patientenvertretung nach § 140f Absatz 5 und 6 SGB V.

- **Anerkannte maßgebliche Organisationen der Pflegeberufe** erhalten einen eigenen Anspruch auf Finanzierung der notwendigen Personal- und Sachkosten für die fachliche Wahrnehmung und Koordinierung ihrer Beteiligungsrechte.

Regelungsvorschlag

1. **Persönlichen Erstattungsanspruch in § 118a Absatz 2 SGB XI erweitern.** Der Anspruch soll Reisekosten nach Maßgabe des Bundesreisekostengesetzes, Verdienstausfall entsprechend § 41 Absatz 2 SGB IV und eine Zeitpauschale umfassen. Er soll für Sitzungen einschließlich notwendiger Arbeitsgruppentermine, erforderliche Koordinierungs- und Abstimmungstreffen sowie beteiligungsbezogene Schulungen gelten. Maßgeblich ist die jeweils gesetzlich vorgesehene Beteiligungsform.

2. **Finanzierungsanspruch der Organisationen in § 118a SGB XI verankern.** Ein jährlich im Voraus festgelegtes Budget mit vereinfachtem Verwendungsnachweis soll die notwendige hauptamtliche Fach- und Koordinierungsarbeit finanzieren. Dazu gehören insbesondere Benennungen, die Einbindung weiterer Körperschaften und Organisationen nach § 6 PflBBetV, die Auswertung von Unterlagen, schriftliche Stellungnahmen sowie erforderliche fachliche, wissenschaftliche und rechtliche Zuarbeit. Die beteiligenden Stellen sollen die Mitwirkung unterstützen, indem sie Unterlagen frühzeitig bereitstellen und geeignete Schulungen anbieten.

3. **Abrechnung beim Bundesamt für Soziale Sicherung bündeln und Mittelherkunft gesetzlich regeln.** Das beteiligende Gremium oder die verfahrensführende Stelle bestätigt den jeweiligen Einsatz. Das Bundesamt prüft die Ansprüche und zahlt die Mittel aus. Die Mittelherkunft ist für Aufgaben nach dem SGB V und dem SGB XI ausdrücklich zu regeln. Für Aufgaben nach dem SGB XI kommt der Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung in Betracht. Für Aufgaben nach dem SGB V ist eine eigene Finanzierungsregelung vorzusehen, bei Verfahren des G-BA beispielsweise über dessen Haushalt.

4. **Die in Artikel 9 des Entwurfs vorgesehene Änderung von § 7 PflBBetV erweitern.** Dazu soll § 118a Absatz 3 SGB XI um eine Verordnungsermächtigung für die Zeitpauschale, die organisatorische Unterstützung, die Finanzierung der anerkannten Organisationen und das zentrale Abrechnungsverfahren ergänzt werden. § 7 PflBBetV soll die erstattungsfähigen Beteiligungsfälle, die erforderlichen Nachweise und die Abrechnungswege konkretisieren sowie eine doppelte Erstattung ausschließen. Die bestehenden Ansprüche für den Qualitätsausschuss Pflege und den Leistungsgruppen-Ausschuss sind beim Übergang abzusichern. Bis zur Umstellung gelten die bisherigen Abrechnungswege fort.

Änderungsvorschlag

Daher **fordert der der DPR** folgende Änderungen in § 118a SGB XI und im Zuge dessen entsprechende Anpassungen in der Pflegeberufebeteiligungsverordnung (PflBBetV).

§ 118a SGB XI Maßgebliche Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene, Verordnungsermächtigung

(1) Bei den Aufgaben nach diesem und dem Fünften Buch wirken die für die Wahrnehmung der Interessen der Pflegeberufe maßgeblichen Organisationen auf Bundesebene (maßgebliche Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene) im Rahmen der in der jeweiligen Regelung vorgesehenen Beteiligungsform mit. Die maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene müssen dabei die berufsständischen

Körperschaften des öffentlichen Rechts auf Landesebene, die Belange von beruflich Pflegenden vertreten, und weitere Organisationen, die Belange von beruflich Pflegenden auf Bundesebene vertreten, beteiligen.

(2) Ehrenamtlich Tätige, die von den auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe nach Maßgabe einer auf Grund des Absatzes 3 erlassenen Rechtsverordnung beteiligt werden, damit sie die in Absatz 1 Satz 1 und 2 genannten Rechte dieser Organisationen wahrnehmen (sachkundige Personen), haben in den in der Verordnung nach Absatz 3 geregelten Fällen Anspruch auf Erstattung der Reisekosten, die ihnen durch die Entsendung entstanden sind, auf den Ersatz des Verdienstausfalls sowie eines Pauschbetrages für Zeitaufwand in Höhe eines Fünfzigstels der monatlichen Bezugsgröße (§ 18 des Vierten Buches) für jeden Kalendertag einer Sitzung. Das Nähere wird in der Verordnung nach Absatz 3 geregelt.

(3) Die in der Verordnung nach § 118a genannten oder nach der Verordnung anerkannten Organisationen haben Anspruch auf Finanzierung der notwendigen Personal- und Sachkosten für die fachliche Wahrnehmung und Koordinierung ihrer Beteiligungsrechte nach Absatz 1 sowie um die sachkundigen Personen nach Absatz 2 bei der Durchführung ihrer Mitwirkung durch geeignete Maßnahmen organisatorisch und inhaltlich zu unterstützen. Hierzu erhalten die in der Verordnung nach § 118a genannten oder nach der Verordnung anerkannten Organisationen ein jährlich im Voraus festgelegtes Budget mit vereinfachtem Verwendungsnachweis. Die Unterstützung der sachkundigen Personen erfolgt insbesondere durch Organisation von Fortbildung und Schulungen, Aufbereitung von Sitzungsunterlagen, koordinatorische Leitung des Benennungsverfahrens auf Bundesebene und bei der Ausübung der jeweiligen Beteiligungsrechte.

Der Anspruch auf Übernahme von Reisekosten, Aufwandsentschädigung und Verdienstausfall nach Absatz 2 besteht auch für die Teilnahme der sachkundigen Personen an Koordinierungs- und Abstimmungstreffen sowie an Fortbildungen und Schulungen nach Satz 3.Das Bundesamt für Soziale Sicherung prüft die Ansprüche nach Absatz 2 und 3 und zahlt die Mittel aus. Die Mittelherkunft ist für die jeweiligen Aufgaben ausdrücklich zu regeln.

(3) Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Bildung, Familie, Senioren, Frauen und Jugend durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates das Nähere festzulegen über

1. die Voraussetzungen für eine Anerkennung der maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene,

2. die anerkannten maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene,

3. das Verfahren der Beteiligung sowie

4. die Voraussetzungen, den Umfang, die Finanzierung und das Verfahren für die Erstattung von Reisekosten, des Ersatzes des Verdienstausfalls sowie des Pauschbetrages für Zeitaufwand.

5. die Voraussetzungen, den Umfang, die Finanzierung und das Verfahren zur Finanzierung der notwendigen Personal- und Sachkosten der in der Verordnung nach § 118a genannten oder nach der Verordnung anerkannten Organisationen i.S.d. Absatz 3.

Pflegeberufebeteiligungsverordnung (PflBBetV)
Die Pflegeberufebeteiligungsverordnung ist entsprechend und nach Maßgabe der vorbenannten Änderungen entsprechend anzupassen bzw. neu auszugestalten.

Pflegeberuferegister und Pflegepersonal Monitoring

Der DPR weist darauf hin, dass die Eckpunkte des Zukunftspakts Pflege ein datengestütztes Pflegepersonal-Monitoring als Grundlage einer vorausschauenden Versorgungssteuerung vorsehen. Der Gesetzentwurf enthält zwar einzelne Datenerhebungen, unter anderem nach §§ 53e, 113c und 113e SGB XI. Diese erfassen jedoch nicht systematisch Bestand, Qualifikationen, Tätigkeitsfelder, regionale Verteilung und Verfügbarkeit von Pflegefachpersonen. Auch die vom DPR vorgeschlagene Erweiterung der Datenbank nach § 53e schafft weder ein Pflegeberuferegister noch ein kontinuierliches Pflegepersonal-Monitoring. Beides bleibt für eine vorausschauende Pflegepersonalplanung, eine bedarfsgerechte Versorgungssteuerung und die Krisenvorsorge erforderlich.

Ein bundesweites Pflegeberuferegister ist eine zentrale Grundlage, um belastbare Daten zu Qualifikationen, Kompetenzen, Tätigkeitsfeldern und regionaler Verteilung von Pflegefachpersonen zu gewinnen. Es sollte mit einem kontinuierlichen Pflegepersonal-Monitoring verbunden werden, das Entwicklungen bei Bestand und Verfügbarkeit regelmäßig systematisch auswertet.

Änderungsvorschlag

Der DPR fordert, die gesetzlichen Grundlagen für ein bundesweites Pflegeberuferegister und ein kontinuierliches Pflegepersonal-Monitoring zu schaffen. Zu erfassen und regelmäßig systematisch auszuwerten sind insbesondere Bestand, Qualifikation, Kompetenzen, Tätigkeitsfeld, Versorgungsbereich, regionale Verteilung und Verfügbarkeit der Pflegefachpersonen. Die Ergebnisse sind als Grundlage für Pflegepersonalplanung und Versorgungssteuerung bereitzustellen.

Artikel 4 – Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Zu Nummer 2

§ 20 SGB V – Prävention und Gesundheitsförderung

Die Krankenkassen werden verpflichtet, bei Leistungen der primären Prävention und Gesundheitsförderung die spezifischen Belange älterer und pflegebedürftiger Menschen stärker zu berücksichtigen. Hierzu sollen insbesondere Bedarfe, Zielgruppen, Zugangswege, Inhalte und Qualitätsanforderungen entsprechend weiterentwickelt werden.

Der DPR begrüßt ausdrücklich das Ziel, Präventions- und Gesundheitsförderungsangebote stärker auf ältere und pflegebedürftige Menschen auszurichten. Prävention und Gesundheitsförderung leisten einen wichtigen Beitrag zum Erhalt von Selbständigkeit, Aktivität, Lebensqualität und gesellschaftlicher Teilhabe sowie zur Vermeidung und Verzögerung von Pflegebedürftigkeit.

Bereits in seiner „Erweiterten Stellungnahme des Deutschen Pflegerates e. V. (DPR) zu einzelnen Eckpunkten für eine Reform der Pflegeversicherung“ vom 19.02.2026 hat der DPR darauf hingewiesen, dass Prävention, Beratung, präventive Hausbesuche und Früherkennung nicht als isolierte Einzelmaßnahmen verstanden werden sollten, sondern als Bestandteil einer integrierten primären Gesundheitsversorgung. Der DPR hat dabei insbesondere die stärkere Einbindung von Pflegefachpersonen, Advanced Practice Nurses (APN) und Community Health Nurses (CHN) gefordert, um Präventionsbedarfe frühzeitig zu erkennen, pflegebedürftige Menschen sowie ihre An- und Zugehörigen zu beraten, zu befähigen und erforderliche Unterstützungsleistungen zu koordinieren.

Aus Sicht des DPR können die vorgesehenen Maßnahmen ihr volles Potenzial nur entfalten, wenn sie wohnortnah, niedrigschwellig, sektorenübergreifend und multiprofessionell organisiert werden. Dazu gehört insbesondere die flächendeckende Verfügbarkeit stationärer und teilstationärer Angebote sowie der mobilen geriatrischen Rehabilitation.

Änderungsvorschlag

Der DPR regt an, Präventionsleistungen für ältere und pflegebedürftige Menschen stärker in integrierte Versorgungsstrukturen einzubetten und die Rolle von Pflegefachpersonen sowie Advanced Practice Nurses und Community Health Nurses bei Prävention, Gesundheitsförderung und frühzeitiger Bedarfserkennung ausdrücklich zu berücksichtigen.

Zu Nummer 5

§ 25 SGB V – Früherkennung und Prävention altersbedingter Risiken

Der DPR begrüßt die Einführung eines Anspruchs auf eine altersbezogene Erfassung und Bewertung gesundheitlicher Risiken. Der aktuelle Gesetzentwurf greift damit Ansätze

auf, die der DPR bereits in seiner Stellungnahme zum Referentenentwurf unterstützt hat. Positiv sind insbesondere die Risikoerfassung ab 60 Jahren, die Erhebung von Befunden und die präventionsorientierte Beratung. Der Entwurf bindet die Leistung jedoch an die Gesundheitsuntersuchung in der Arztpraxis. Das reicht nicht aus, um Risiken im Wohnumfeld und in der sozialen Situation angemessen zu erfassen.

Der DPR fordert deshalb eine aufsuchende Durchführung in der Häuslichkeit. Bestehende und erprobte Programme für präventive Hausbesuche sind einzubeziehen und weiterzuentwickeln, Doppelstrukturen sind zu vermeiden. Regionale Befunde aus Sachsen-Anhalt zeigen, dass ein Teil der älteren Bevölkerung den Gesundheits-Check-up im empfohlenen Zeitraum nicht wahrnimmt und Einkommen sowie Pflegebedürftigkeit mit der Inanspruchnahme zusammenhängen. Das unterstreicht den Bedarf an kommunal unterstützten Einladungen und wohnortnahen aufsuchenden Zugängen.

Die Früherkennungsleistung muss mit der Pflegebegleitung nach § 7c SGB XI verknüpft werden. Sie soll als frühzeitiger Zugang zu pflegefachlicher Unterstützung dienen, auch bevor ein Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung gestellt wird. Innerhalb der Pflegebegleitung ist bei älteren Menschen eine vertiefte geriatriespezifische Einschätzung vorzusehen. Wie bereits in der Stellungnahme zum Referentenentwurf empfohlen, sollte dafür eine Altersgrenze von 70 Jahren oder älter vorgesehen werden. Dazu gehören standardisierte Screenings und Assessments, insbesondere zu Einschränkungen bei Alltagsaktivitäten sowie zu Risiken für Fehl- und Mangelernährung. Ergibt sich daraus ein Rehabilitationsbedarf, unterstützt die Pflegebegleitung den Zugang zu geeigneten Angeboten.

Die pflegefachliche Einschätzung muss von qualifizierten Pflegefachpersonen mit entsprechenden Kompetenzen verantwortet werden. Aus Sicht des DPR umfasst dies auch die Erkennung einer drohender Pflegebedürftigkeit und von Potenzialen, die Pflegebedürftigkeit vermeiden oder hinauszögern können. APN und CHN verfügen über die Kompetenzen, die Lebenssituation im häuslichen Umfeld einzuschätzen, Hilfsmittel- und Wohnraumanpassungsbedarfe zu erkennen und Unterstützungsangebote zu koordinieren.

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) soll die Richtlinie zur Ausgestaltung der Leistung im Einvernehmen mit den maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene beschließen. Pflegewissenschaftliche, geriatrische und gerontologische Expertise sowie die Patient:innenvertretung sind verbindlich einzubeziehen. Die Richtlinie muss insbesondere die aufsuchende Durchführung, pflegefachliche Zuständigkeiten, standardisierte Verfahren, kommunale Zugangswege und die Verknüpfung mit Pflegebegleitung und Folgeangeboten regeln. Für die präventive Nutzung der Pflegebegleitung vor Feststellung eines Pflegegrades ist § 7c SGB XI entsprechend zu öffnen.

Änderungsvorschlag

§ 25 Absatz 2a SGB V wird um folgenden Satz ergänzt: *„Versicherte, die das 70. Lebensjahr vollendet haben, haben ergänzend Anspruch auf eine vertiefte geriatriespezifische Einschätzung mit standardisierten Screenings und Assessments."*

Der Satz zur Richtlinie des G-BA wird ergänzt: *„Die Richtlinie regelt insbesondere die aufsuchende Durchführung, die pflegefachlichen Zuständigkeiten, die kommunalen Zugangswege sowie die Verknüpfung mit der Pflegebegleitung und geeigneten Folgeangeboten. Sie wird im Einvernehmen mit den maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene beschlossen; geriatrische und gerontologische Expertise sowie die Patient:innenvertretung sind verbindlich einzubeziehen."*

Zu Nummer 8

§ 40 SGB V – Geriatrische Rehabilitation

Bei geriatrischen Rehabilitationsmaßnahmen soll das Therapieziel der Vermeidung, Verringerung oder Verzögerung von Pflegebedürftigkeit ausdrücklich berücksichtigt werden. Zudem wird die Berichtspflicht des GKV-Spitzenverbandes zu Erfahrungen mit der vertragsärztlichen Verordnung und Inanspruchnahme geriatrischer Rehabilitation verlängert.

Der DPR begrüßt die ausdrückliche Verankerung der Vermeidung und Verringerung von Pflegebedürftigkeit als Ziel geriatrischer Rehabilitation. Damit wird die Bedeutung rehabilitativer Leistungen für den Erhalt von Selbstständigkeit und Teilhabe gestärkt.

Bei der aufgezeigten weiterhin geringen Inanspruchnahme geriatrischer Rehabilitation, sind dringend die Gründe dafür zu überprüfen, warum bestehende Zugangsbarrieren und Versorgungshemmnisse noch nicht ausreichend überwunden sind. Die vorgesehene Evaluation sollte genutzt werden, um strukturelle Hindernisse zu identifizieren und den Zugang zu geriatrischer Rehabilitation nachhaltig zu verbessern. Insbesondere gilt es, eine flächendeckende Übersicht über die wohnortnahe Verfügbarkeit stationärer und teilstationärer Angebote sowie der mobilen geriatrischen Rehabilitation zu gewinnen.

Bei fehlender oder unvollständiger Verfügbarkeit dieser Angebote haben die Länder, Kommunen und Verbände der Krankenkassen gemeinsam dafür Sorge zu tragen, dass sie aufgebaut werden.

Änderungsvorschlag

Der DPR fordert, die Ergebnisse der Evaluation für konkrete Maßnahmen zur Verbesserung des Zugangs zu geriatrischer Rehabilitation zu nutzen und die rehabilitative Versorgung älterer Menschen bedarfsgerecht auszubauen.

Artikel 6 – Änderung des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch

Zu Nummer 2

§ 166 SGB VI – Rentenbeiträge pflegender Angehöriger

Der DPR begrüßt, dass die im Referentenentwurf vorgesehene Absenkung der rentenversicherungspflichtigen Einnahmen für nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen gestrichen wurde. Die soziale Absicherung pflegender An- und Zugehöriger muss erhalten bleiben. Sorgearbeit ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe und darf nicht zur Konsolidierung der Pflegeversicherung herangezogen werden.

Berufspolitische Gesamtbewertung des Deutschen Pflegerates

Der Gesetzentwurf muss im parlamentarischen Verfahren nachgeschärft werden. Eine tragfähige, bedarfsgerechte und zukunftsorientierte Pflegeversicherung setzt voraus, dass notwendige Leistungen erreichbar bleiben, der Pflegepersonalbedarf fachlich angemessen berücksichtigt wird und pflegefachliche Verantwortung und Zuständigkeit verbindlich geregelt ist. Werden diese Voraussetzungen nicht gesichert, drohen Versorgungslücken und zusätzliche Belastungen für Pflegebedürftige, ihre An- und Zugehörigen sowie die Beschäftigten. Der DPR fordert deshalb, die entsprechenden Korrekturen vor Abschluss des Gesetzgebungsverfahrens vorzunehmen.

Ergänzende Stellungnahme

Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN „Krisenresilienz in der Pflege stärken – Häusliche und stationäre Pflege verlässlich auf Krisen vorbereiten“ (BT-Drs. 21/6344)

Der Deutsche Pflegerat teilt zentrale Anliegen des Antrags. Katastrophen stellen die pflegerische Versorgung vor besondere Anforderungen. Versorgungskapazitäten können eingeschränkt, Ressourcen knapp und Kommunikations- sowie Versorgungswege unterbrochen sein. Welche Menschen dadurch besonders gefährdet sind, hängt auch von der jeweiligen Lage ab. Häufig betrifft es Menschen, die auf kontinuierliche pflegerische, medizinische oder technische Unterstützung angewiesen sind. Der Stromausfall in Berlin hat gezeigt, wie schnell der Ausfall kritischer Infrastruktur ihre Versorgung und Sicherheit gefährden kann.

Krisenvorsorge muss deshalb den gesamten Katastrophenzyklus umfassen – von Prävention und Vorbereitung über Bewältigung bis zur Wiederherstellung und systematischen Auswertung. Die Forderungen des Antrags stimmen dabei in zentralen Punkten mit den Positionen des DPR überein. Pflegende An- und Zugehörige müssen insbesondere in der häuslichen Versorgung systematisch berücksichtigt, informiert und zur Vorsorge angeleitet werden. Pflegefachpersonen müssen als Teil einer interprofessionellen Zusammenarbeit entsprechend ihrer Qualifikation und ihren Kompetenzen in Vorsorge, Alarm- und Einsatzplanung sowie geeignete Krisen-, Koordinations- und Beratungsstrukturen eingebunden sein. Dafür braucht es klare Aufgaben, Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten sowie regelmäßige Übungen.

Die Pflegebegleitung im PNOG kann dazu beitragen, pflegerische Risiken und Versorgungsabhängigkeiten frühzeitig wahrzunehmen und Menschen sowie ihre An- und Zugehörigen bei der Vorsorge zu unterstützen. Sie sollte mit regionalen Unterstützungsstrukturen verknüpft werden. In Krisen müssen zudem Versorgungskontinuität, Evakuierung, pflegegerechte Unterbringung und die Verfügbarkeit von Hilfsmitteln und Medikamenten berücksichtigt werden.

Damit Pflegefachpersonen diese Aufgaben übernehmen können, braucht es ein gestuftes Qualifikationsmodell. Grundlegende Kompetenzen müssen in Ausbildung und Studium sowie in Fort- und Weiterbildung verankert werden. Pflegefachpersonen mit einer definierten Funktion in der Katastrophenvorsorge benötigen weiterführende Kompetenzen, für spezialisierte Aufgaben sind entsprechende Qualifikationen und Aufgabenprofile zu entwickeln. Auch die Arbeits- und Einsatzfähigkeit der Pflegefachpersonen muss durch Eigenschutz, klare Zuständigkeiten und verlässliche Finanzierung gesichert sein. Nicht zuletzt benötigt eine belastbare Krisenvorsorge aktuelle Informationen, welche pflegefachlichen Qualifikationen in welchen Regionen und Tätigkeitsfeldern vorhanden sind. Ein Pflegeberuferegister kann hierfür die Datengrundlage schaffen und die Einbindung pflegefachlicher Expertise in Krisenstrukturen unterstützen.

Der DPR unterstützt die Zielrichtung des Antrags, die Profession Pflege verbindlich in die Krisenvorsorge einzubeziehen und die dafür notwendigen Kompetenzen und Strukturen dauerhaft abzusichern. Die konkrete Ausgestaltung muss die unterschiedlichen Zuständigkeiten berücksichtigen.

Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN „Nachhaltige Pflegereform – Die soziale Pflegeversicherung zukunftsfest machen“ (BT-Drs. 21/8398)

Der Deutsche Pflegerat (DPR) begrüßt die Zielrichtung des Antrags. Er greift zentrale Herausforderungen auf, die auch der DPR in seiner Bewertung des Pflegeneuordnungsgesetzes benennt. Die Pflegeversicherung braucht eine nachhaltig tragfähige Finanzierung und ihre Stabilisierung darf nicht zulasten pflegebedürftiger Menschen und ihrer

An- und Zugehörigen gehen. Prävention, Rehabilitation und eine bedarfsgerechte Unterstützung im Pflegealltag müssen gestärkt werden. Ebenso wichtig ist es, pflegende An- und Zugehörige wirksam zu entlasten und die Eigenanteile in der stationären Pflege zu begrenzen.

Besonders unterstützt der DPR den Ansatz, Prävention und Rehabilitation stärker mit der konkreten Versorgung zu verbinden. Dazu gehören eine verlässliche Umsetzung von Reha- und Hilfsmittelempfehlungen, eine bessere Koordination an den Schnittstellen sowie wohnortnahe niedrigschwellige Unterstützung in der häuslichen Pflege. Die im Antrag vorgeschlagene primärversorgungsbasierte Pflegekoordination greift einen zentralen Ansatz des DPR auf und entspricht unserer Forderung, pflegefachliche Expertise verbindlich in eine wohnortnahe, niedrigschwellige, aufsuchende und sektorenübergreifende Versorgung einzubinden. Pflegefachpersonen, darunter akademisch qualifizierte Pflegefachpersonen, Advanced Practice Nurses und Community Health Nurses, können dazu beitragen, Versorgung frühzeitig zu stabilisieren, An- und Zugehörige zu unterstützen und unnötige Brüche im Versorgungsverlauf zu vermeiden. Flexible Entlastungsangebote und tragfähige Strukturen vor Ort sind dafür wesentliche Voraussetzungen.

Antrag der Fraktion Die Linke „Alltagshilfen sichern statt Leistungen kürzen – Umwandlungsanspruch und Entlastungsbetrag erhalten“ (BT-Drs. 21/8928)

Der Deutsche Pflegerat (DPR) unterstützt die Zielrichtung des Antrags, bestehende Entlastungsleistungen und bewährte Unterstützungsangebote zu erhalten und Versorgungslücken zu vermeiden. Der DPR spricht sich gegen den geplanten Wegfall des Entlastungsbetrags bei Pflegegrad 1 aus. Notwendige Unterstützungs- und Entlastungsleistungen müssen für pflegebedürftige Menschen erreichbar und bezahlbar bleiben.

Die Neuordnung von Entlastungsleistungen und Sozialraumbudget darf bestehende Angebote nicht verdrängen oder die wirtschaftliche Tragfähigkeit ambulanter Dienste und der Tagespflege gefährden. Auf diese Auswirkungen geht der DPR auch in seiner Stellungnahme zum PNOG ein (Artikel 1, zu Nummer 41, § 45b SGB XI – Sozialraumbudget und Wegfall des bisherigen Entlastungsbetrags). Dort weist er darauf hin, dass die Überführung in das Sozialraumbudget den Wegfall bisheriger Nutzungsmöglichkeiten nicht ausgleicht und ambulante Dienste sowie Tages- und Nachtpflegeangebote unter wirtschaftlichen Druck setzen kann.

Der DPR fordert, bestehende Angebote zu erhalten, für gesetzliche Änderungen ausreichende Übergangsfristen vorzusehen und die Versorgungsfolgen verbindlich und unabhängig zu prüfen.

Berlin, 23. November 2026

Kontakt

Deutscher Pflegerat e.V. (DPR)
Tel.: + 49 30 / 398 77 303
Alt-Moabit 91
10559 Berlin
E-Mail: info@deutscher-pflegerat.de
www.deutscher-pflegerat.de