DEUTSCHE KRANKENHAUS GESELLSCHAFT

Stellungnahme

zum Referentenentwurf

des Bundesministeriums für Gesundheit für ein

Gesetz zur Neuordnung der Pflegeversicherung (Pflegeneuordnungsgesetz – PNOG)

(Stand: 10.06.2026)

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung 1

Grundlegende Bewertung ausgewählter Regelungen 2

1) Entlassmanagement (Artikel 3 Nr. 6 / Ergänzung § 39 Absatz 1a SGB V) 2

2) Aussetzen der Tarifbindung (Artikel 1 Nr. 56 / Änderung § 72 SGB XI) 2

3) Kürzung der Rentenpunkte von pflegenden Angehörigen (Artikel 4 Nr. 2 / Änderung § 166 Absatz 2 SGB VI) 3

4) Finanzmittel für die Verbesserung der Pflegequalität und Entlastung des Pflegepersonals (Artikel 1 Nr. 13 / § 11 Absatz 4 SGB XI) 3

5) Stärkere Präventions- und Rehabilitationsorientierung (Artikel 1 Nr. 6 und 8 i.V.m. Artikel 3 / §§ 7, 7b, 7d SGB XI i.V.m. § 25 Absatz 2a SGB V) 4

6) Neue Instrumente der Pflegeversicherung (Artikel 1 Nr. 6 und 7 / Änderung §§ 7a, c und d SGB XI) 4

7) Einführung von Akut-Kurzzeitpflege (Artikel 1 Nr. 37 i.V.m Nr. 55 und 63 / § 42, § 69 Absatz 1a, 88b (neu) SGB XI11) 5

8) Genderneutrale Berufsbezeichnungen einbeziehen (Artikel 1 Nr. 5 / § 6 Absatz 4 SGB XI) 5

9) Kompetenzzentrum Digitalisierung und Pflege (Artikel 1 Nr. 13 / Änderung § 10 SGB XI) 5

Zusammenfassung

Der vorliegende Referentenentwurf für ein Gesetz zur Neuordnung der Pflegeversicherung (Pflegeneuordnungsgesetz – PNOG) verfolgt das Ziel, die Finanzierungsgrundlagen der sozialen Pflegeversicherung zu stabilisieren. Es soll eine menschenwürdige Versorgung von pflegebedürftigen Menschen sowohl in Ballungsgebieten als auch im ländlichen Raum mit effizienten und nachhaltigen Versorgungsstrukturen personell und strukturell sicherstellen.

Die geplanten Änderungen durch das Pflegeneuordnungsgesetz betreffen die Krankenhäuser zwar nicht als primären Regelungsadressaten, haben aber in einigen Bereichen mittelbare Auswirkungen auf die stationäre Versorgung im Krankenhaus, insbesondere an den Schnittstellen von Krankenhausbehandlung, Entlassmanagement und pflegerischer Versorgung nach SGB XI. Insofern fokussiert sich die Stellungnahme im Wesentlichen auf diese Schnittstellenthemen.

Die Krankenhäuser begrüßen grundsätzlich die Zielrichtung des Entwurfs. Insbesondere die beabsichtigte Stabilisierung der häuslichen Versorgung und die verbesserte sektorenübergreifende Koordination scheinen grundsätzlich geeignet, Entlassverzögerungen, Fehlbelegungen und vermeidbare Aufnahmen in die Krankenhäuser zu reduzieren.

Gleichzeitig hängt die tatsächliche Wirksamkeit für den Krankenhausbereich entscheidend davon ab, ob die neuen Instrumente praktisch belastbar, kurzfristig verfügbar und mit verbindlichen Zuständigkeiten hinterlegt werden. Ohne klare Überleitungsprozesse, ausreichende pflegerische Kapazitäten und interoperable digitale Schnittstellen besteht die Gefahr, dass die beabsichtigten Entlastungen und Versorgungsverbesserungen nicht eintreten. Zudem muss eine sachgerechte Finanzierung sichergestellt sein.

An den Regelungen zum Entlassmangement wird deutlich, dass die Schnittstellen nicht ausreichend in den Blick genommen werden und die geplante Umsetzung verbesserungswürdig ist: Die Einführung einer Pflegebegleitung und deren Mitwirkung bei der Umsetzung von Maßnahmen nach § 7c Absatz 2 Nr. 5 SGB XI (neu) wird grundsätzlich begrüßt. Abgelehnt wird jedoch die vorgesehene ergänzende Regelung in § 39 Absatz 1a SGB V, da sie aufgrund des hohen organisatorischen Aufwands für die Krankenhäuser nicht praktikabel ist und es sich ferner nicht um eine Anschlussversorgung handelt, die dem ansonsten den § 39 Absatz 1a SGB V beherrschenden Erforderlichkeitsgrundsatz unterfällt. Der einer Pflegebegleitung vorausgehende organisatorische Aufwand darf nicht auf die Krankenhäuser abgewälzt werden. Diese Aufgabe ist von den Pflegekassen zu erfüllen.

Das Bekenntnis des Referentenentwurfs zur Trägervielfallt im Regelungsbereiches des SGB XI nach § 6 Absatz 2 SGB XI (neu) wird von den Krankenhäusern aufmerksam zu Kenntnis genommen, insbesondere vor dem Hintergrund, dass der Entwurf zum sog. GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz die Trägervielfallt der Krankenhäuser gerade politisch zunichtemacht. Die Sicherung pluraler Trägerstrukturen ist von zentraler Bedeutung für eine flächendeckende, bedarfsgerechte und qualitativ hochwertige Versorgung. Unterschiedliche Träger leisten mit ihren jeweiligen Profilen, Wertorientierungen und Versorgungsaufträgen einen unverzichtbaren Beitrag zur Stabilität und Vielfalt der Gesundheitsversorgung. Dieses gesetzgeberische Bekenntnis muss konsequent auch in anderen Reformvorhaben zum Ausdruck kommen. Die maßlosen Kürzungen im GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz wirken sich bereits kurzfristig gravierend auf freigemeinnützige und kirchliche Krankenhäuser aus und gefährden damit die Trägervielfalt in der stationären Krankenhausversorgung.

Grundlegende Bewertung ausgewählter Regelungen

1) Entlassmanagement (Artikel 3 Nr. 6 / Ergänzung § 39 Absatz 1a SGB V)

Die Ergänzung des § 39 Absatz 1a SGB V um die Sätze 12 und 13 (neu) sieht die Übermittlung von erforderlichen Informationen an die für die Pflegebegleitung zuständige Stelle durch die Krankenhäuser im Rahmen des Entlassmanagements vor, mit Einwilligung des Patienten und in gesicherter elektronischer Form. Hierzu soll in den Rahmenvertrag Entlassmanagement eine entsprechende Regelung aufgenommen werden. Ferner hat die Pflegekasse dem Patienten vor dessen Einwilligung die für die Pflegebegleitung zuständige Stelle zu benennen.

Satz 13 (neu) wird abgelehnt, da die Regelung an der Krankenhausrealität vorbeigeht. Es stellt sich zunächst die Frage, wie die Patienten, die sich im Krankenhaus befinden, von der zuständigen Pflegekasse die Information zur für die Pflegebegleitung zuständigen Stelle erhalten. Die Regelung geht ferner mit einem nicht zu vertretenden organisatorischen Aufwand für die Krankenhäuser einher. Die Krankenhäuser müssten die Patienten auf die Notwendigkeit der Mitteilung hinweisen und ggf. wiederholt nachfragen, wenn bzw. ob sie Nachricht von ihrer Pflegekasse zu einer konkret benannten Stelle erhalten haben und eine Pflegebegleitung von dieser Stelle wünschen. Im Weiteren müssten die Krankenhäuser eine weitere Einwilligung der Patienten in die Datenübermittlung einholen. Die Regelung müsste dahingehend geändert werden, dass die Krankenhäuser die für die Pflegebegleitung erforderlichen Informationen mit Einwilligung des Patienten an die zuständige Pflegekasse senden, die dann die weitere Organisation der Pflegebegleitung übernimmt. Das Entlassmanagement der Krankenhäuser in § 39 Absatz 1a SGB V ist von dem Grundsatz der Erforderlichkeit der Anschlussleistung nach Krankenhausbehandlung geprägt. Nach § 7c Absatz 2 Nr. 5 SGB XI (neu) ist hingegen Aufgabe der Pflegebegleitung, bei der Umsetzung von im Rahmen des Entlassmanagements **empfohlenen** Maßnahmen zu unterstützen.

Mit dem Referentenentwurf für ein Gesetz für Daten und digitale Innovation im Gesundheitswesen (GeDIG) wird die Bedeutung der sicheren Übermittlungsverfahren gemäß § 311 Absatz 6 SGB V derzeit noch einmal deutlich unterstrichen. Alternativen sollten wegen des damit verbundenen erhöhten Umsetzungsaufwands und ungeklärter Eigenschaften einer nicht näher bezeichneten "gesicherten elektronischen Form" ausgeschlossen werden.

Änderungsvorschlag:

Nach § 39 Absatz 1a Satz 11 wird folgender Satz 12 eingefügt:

„Die Vertragspartner haben in dem Rahmenvertrag nach Satz 11 ergänzend zu regeln, dass die erforderlichen Informationen zur weiteren pflegerischen Begleitung mit Einwilligung des Patienten ~~in gesicherter elektronischer Form~~ ***mittels sicherem Übermittlungsverfahren gemäß § 311 Absatz 6 SGB V*** *an die ~~für die Pflegebegleitung nach den §§ 7c und 7d des Elften Buches zuständige Stelle~~* ***zuständige Pflegekasse*** *übermittelt werden können."*

2) Aussetzen der Tarifbindung (Artikel 1 Nr. 56 / Änderung § 72 SGB XI)

Der Referentenentwurf sieht vor, die Tariftreueregelung (§ 72 Absatz 3g SGB XI) vom 2. Januar 2027 bis 31. Dezember 2030 auszusetzen und zugleich Vergütungssteigerungen auf die durchschnittliche Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 SGB V zu deckeln.

Die tarifliche Entlohnung ist ein zentraler Baustein zur Sicherung fairer Arbeitsbedingungen, zur Personalgewinnung und zur langfristigen Stabilisierung von Versorgungsqualität. Die vorgesehene vorübergehende Suspendierung der Tariftreue sowie die gleichzeitige Begrenzung von Vergütungssteigerungen auf die durchschnittliche Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 SGB V setzen Fehlanreize zulasten tarifgebundener Einrichtungen und gefährden die nachhaltige Refinanzierung tatsächlich entstehender Personalkosten.

Die Krankenhäuser sehen diese Entwicklung äußerst kritisch, da der Gesetzgeber auf dem Rücken der Pflegenden – genau wie beim GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz für die Krankenhäuser – pauschale Kürzungen vornimmt, anstatt systemgerechte Finanzierungsinstrumente zu wählen, die nicht zu Lasten von Beschäftigten, tarifgebundenen Trägern und der Versorgungsqualität gehen.

3) Kürzung der Rentenpunkte von pflegenden Angehörigen (Artikel 4 Nr. 2 / Änderung § 166 Absatz 2 SGB VI)

Die Regelung (§ 166 Absatz 2 Satz 1 SGB VI) sieht ab dem 1. Januar 2027 eine Reduzierung der normierten beitragspflichtigen Einnahmen auf 70 Prozent der bisherigen Werte vor, die bei einer Pflege durch nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen jeweils angesetzt werden. Damit einher geht zudem eine entsprechende Reduzierung der Zahlung der bisherigen Beiträge für nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen durch die Pflegeversicherung an die gesetzliche Rentenversicherung.

Die geplante Kürzung der Rentenbeiträge für pflegende Angehörige ist als völlig falsches gesellschaftliches Signal zu werten. Sie zeigt eine fehlende Wertschätzung der Leistungen all jener, die tagtäglich Verantwortung in der häuslichen Pflege übernehmen und damit einen unverzichtbaren Beitrag für das Funktionieren des Pflegesystems leisten. Damit einher gehen meistens eine Reduzierung oder die gänzliche Aufgabe der Erwerbstätigkeit. Dies betrifft überwiegend Frauen.

Wird die soziale Absicherung pflegender Angehöriger geschwächt, verschärfen sich nicht nur bestehende Ungleichheiten, vielmehr werden Fehlanreize gesetzt: Statt familiäre Pflege zu stärken und gesellschaftlich anzuerkennen, wird ihre Belastung weiter erhöht. Das ist aus sozialpolitischer Sicht nicht akzeptabel und trifft besonders Pflegepersonen, die qua Profession verstärkt Angehörige pflegen.

4) Finanzmittel für die Verbesserung der Pflegequalität und Entlastung des Pflegepersonals (Artikel 1 Nr. 13 / § 11 Absatz 4 SGB XI)

Zur Verbesserung der Pflegequalität und Entlastung des Pflegepersonals soll aus Finanzmitteln des Sondervermögens des Bundes für Infrastruktur und Klimaneutralität in Höhe von 1,6 Milliarden Euro ein Förderprogramm für die Digitalisierung ambulanter und teilstationärer Pflegeeinrichtungen eingerichtet werden (§ 11 Absatz 4 (neu) SGB XI). Dies ist grundsätzlich zu begrüßen, da nur mit der Bereitstellung von entsprechenden Mitteln Innovationen auf den Weg gebracht werden können, die zur Entlastung von Pflegepersonal beitragen. In Zeiten des Fachkräftemangels ist dies unabdingbar. Umso unverständlicher ist es, dass mit dem GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz die pauschale Finanzierung der pflegeentlastenden Maßnahmen für den Krankenhaussektor gestrichen werden sollen. Die Streichung kann aufgrund der bereits sehr schwierigen wirtschaftlichen Lage der Krankenhäuser dazu führen, dass in den Krankenhäusern Innovationen und pflegepersonalentlastende Maßnahmen nicht umgesetzt werden können – mit negativen Auswirkungen auf die Attraktivität des Pflegeberufes und eine effizientere Versorgung.

5) Stärkere Präventions- und Rehabilitationsorientierung (Artikel 1 Nr. 6 und 8 i.V.m. Artikel 3 / §§ 7, 7b, 7d SGB XI i.V.m. § 25 Absatz 2a SGB V)

Insgesamt sollen Kranken- und Pflegeversicherung auf Vermeidung, Reduzierung und Stabilisierung von Pflegebedürftigkeit ausgerichtet werden. Versicherte, die älter als 60 Jahre sind, können künftig regelmäßig medizinische Leistungen zur Früherkennung und Prävention altersbedingter gesundheitlicher Risiken, Belastungen und Erkrankungen in Anspruch nehmen (§ 25 Absatz 2a SGB V). Auch die neuen Instrumente der Pflegeversicherung legen ein besonderes Augenmerk auf Prävention und Rehabilitation.

Die Krankenhäuser begrüßen diese Intention ausdrücklich, da insbesondere Prävention und Rehabilitation zu einer wirksamen Entlastung der Versorgungsstrukturen und einer Gesunderhaltung der Bevölkerung beitragen. Angesichts der großen demographischen Herausforderungen ist dies die entscheidende Stellschraube, um das Gesundheitssystem perspektivisch nicht weiter zu überfordern. Insbesondere ist positiv zu bewerten, dass präventive und rehabilitative Ansätze stärker in sektorenübergreifende Versorgungspfade eingebunden werden sollen. Dies kann dazu beitragen, Versorgungsbrüche an den Schnittstellen zwischen stationärer Behandlung, Rehabilitation, pflegerischer Versorgung und häuslichem Umfeld zu verringern und die Nachhaltigkeit der Behandlungsergebnisse nach einem Krankenhausaufenthalt zu verbessern.

Voraussetzung für einen tatsächlichen Mehrwert in der Versorgungspraxis ist dabei, dass die vorgesehenen Maßnahmen verlässlich und praktikabel ausgestaltet werden. Es kommt insbesondere darauf an, dass Rehabilitationsbedarfe zügig umgesetzt werden können, im Entlassmanagement tragfähige und ausreichende Anschlussstrukturen zur Verfügung stehen und keine zusätzlichen bürokratischen Belastungen entstehen.

6) Neue Instrumente der Pflegeversicherung (Artikel 1 Nr. 6 und 7 / Änderung §§ 7a, c und d SGB XI)

Die Sicherstellung der pflegerischen Versorgung soll durch neue Instrumente unterstützt werden. Es soll ein Pflege-Cockpit von den Pflegekassen etabliert werden (§ 7a (neu) SGB XI), das transparente Informationen vorhält und niederschwellige Kommunikation zwischen Pflegekasse und Versicherten ermöglicht. Diese Transparenz und Bündelung von Informationen werden von den Krankenhäusern begrüßt.

Die vorgesehene individuelle Pflegebegleitung (§ 7c (neu) SGB XI) und ihre Angebotsstruktur (§ 7d (neu) SGB XI) soll Pflegebedürftige bei der Sicherstellung der häuslichen Versorgung beraten und begleiten, aber auch präventiv wirken. Sie kann einen wichtigen Beitrag dazu leisten, die Anschlussversorgung nach Krankenhausaufenthalten zu stabilisieren. Insbesondere dann, wenn sie Maßnahmen aus dem Entlassmanagement aufgreift, Unterstützungsbedarfe rasch identifiziert und Folgetermine und -maßnahmen organisiert. Diese Zielrichtung wird begrüßt, die geplante Umsetzung im Kontext zum Entlassmanagement muss jedoch praxisorientiert und bürokratiearm umgesetzt werden (siehe Ausführungen unter Nr. 1).

Der tatsächliche Nutzen für den Krankenhausbereich wird wesentlich davon abhängen, ob die Pflegebegleitung nicht nur beratend, sondern tatsächlich steuerungs- und umsetzungsfähig ausgestaltet wird. Krankenhäuser benötigen an der Entlassschnittstelle verlässliche Ansprechpartner, klare Zuständigkeiten und kurzfristige Reaktionsmöglichkeiten. Bleibt die neue Struktur in der

praktischen Umsetzung zu unverbindlich, droht die Reform hinter ihrem Potenzial zurückzubleiben und die faktische Koordinationsverantwortung weiterhin bei den Krankenhäusern zu verbleiben.

Zudem enthält der Referentenentwurf zahlreiche neue Steuerungs- und Koordinierungsaufgaben für die Pflegekassen, jedoch keine eigenständige, dauerhafte zusätzliche Finanzierung. Die Grundlogik des Entwurfs ist vielmehr, dass die neuen Aufgaben innerhalb des Systems der sozialen Pflegeversicherung organisiert und teilweise durch Einsparungen bzw. Umschichtungen kompensiert werden sollen. Gleichzeitig wird die Verwaltungskostenpauschale um 0,3 Prozent abgesenkt. Es bleibt abzuwarten, ob die Finanzausstattung so auskömmlich ist, dass die neuen Instrumente ihre Wirkung entsprechend der Zielrichtung entfalten können.

7) Einführung von Akut-Kurzzeitpflege (Artikel 1 Nr. 37 i.V.m Nr. 55 und 63 / § 42, § 69 Absatz 1a, 88b (neu) SGB XI11)

Die Einführung der Akut-Kurzzeitpflege zur Überbrückung außergewöhnlicher Situationen wird grundsätzlich begrüßt. Sie kann dazu beitragen, Krankenhauseinweisungen zukünftig zu vermeiden. Dies setzt allerdings voraus, dass sie real verfügbar, administrativ praktikabel und auskömmlich finanziert ist. Wenn die Leistung zwar normativ geschaffen, aber mangels ausreichender Kapazitäten, klarer Zugangswege oder verlässlicher Vorhaltekostenregelungen in der Praxis nicht verfügbar ist, wird sie ihren intendierten Entlastungseffekt nicht entfalten.

8) Genderneutrale Berufsbezeichnungen einbeziehen (Artikel 1 Nr. 5 / § 6 Absatz 4 SGB XI)

In der Definition von Pflegefachpersonen fehlt der Verweis auf die genderneutrale Berufsbezeichnung, die im § 64a Pflegeberufegesetz (PflBG) geregelt wird. Zur Rechtsklarheit sollten die genderneutralen Berufsbezeichnungen mit umfasst werden.

9) Kompetenzzentrum Digitalisierung und Pflege (Artikel 1 Nr. 13 / Änderung § 10 SGB XI)

Die Neufassung des § 10 SGB XI dient der Verstetigung des Kompetenzzentrums sowie dem Ausbau seines Aufgabenspektrums. Der Beirat zur Begleitung der Arbeiten des Kompetenzzentrums soll um die Verbände der Krankenkassen ergänzt werden, um zu verdeutlichen, dass die Digitalisierung im Bereich der Langzeitpflege maßgeblich von Kranken- und Pflegekassen mitgeprägt wird. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) sollte hier ebenfalls eingebunden werden. Die vorgesehenen Aufgaben – insbesondere im Bereich Digitalisierung, Evaluation, Wissensaufbereitung, Implementierungsunterstützung und Vernetzung – weisen deutliche Berührungspunkte mit dem Krankenhaussektor auf. Dies gilt insbesondere für digitale Überleitungsprozesse, die Einbindung in sektorenübergreifende Informationsstrukturen, die Bewertung praktischer Umsetzbarkeit sowie die Frage, wie neue Pflegeinstrumente an den Übergängen zwischen stationärer Akutversorgung und nachstationärer Pflege und Betreuung funktionieren. Krankenhäuser sind zentrale Akteure an genau diesen Übergängen. Ohne eine institutionalisierte Einbindung der DKG besteht das Risiko, dass wesentliche Umsetzungserfahrungen und -bedarfe aus dem Krankenhausbereich bei der Ausgestaltung des Kompetenzzentrums unberücksichtigt bleiben. Daher sollte eine Beteiligung aufgenommen werden.

Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG)

Bundesverband der Krankenhausträger
in der Bundesrepublik Deutschland

Wegelystraße 3
10623 Berlin

Tel. (030) 3 98 01-0
Fax (030) 3 98 01-3000
E-Mail dkgmail@dkgev.de

DEUTSCHE KRANKENHAUS GESELLSCHAFT