Verband katholischer Altenhilfe in Deutschland e. V.

Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Neuordnung der Pflegeversicherung (Pflegeneuordnungsgesetz – PNOG)

Inhalt

Zusammenfassende Bewertung 2

Ausführliche Bewertung und Änderungsvorschläge im Einzelnen: 4

§ 7a Pflege-Cockpit 4

§§ 7c, 7d Pflegebegleitung i.V. mit Pflegebegleitungs-Richtlinien nach § 17 Abs. 1a sowie i.V. mit § 37 Abs. 3 Beratung im Rahmen des Entlastungsbudgets und § 45 SGB XI Pflegekurse 5

§ 9 SGB XI – Investitionskosten 6

§ 11 i.V.m. § 113e SGB XI - Förderung von Innovationen und Digitalisierung 6

§ 37 Entlastungsbudget 7

§ 39 Überbrückungsbudget 8

§ 39a Pflegesachleistungen in pflegerischen Akutsituationen 8

§ 43c Verlängerung der Verweildauerstufen für die Leistungszuschläge 9

§ 45b Sozialraumbudget 9

§ 72 Absatz 3g (neu) - Aussetzung der Tariftreue 10

§ 75a SGB XI Praktische Erprobung innovativer Konzepte 11

§ 88b Erstattung von Vorhaltekosten bei Akut-Kurzzeitpflege 11

§ 113c Absatz 7 und 8 - Personalbemessung 12

§ 113e SGB XI – Transformationsstellenanteile 12

§ 125a Telepflege 14

§ 142 Anpassung der Schwellenwerte: 14

Verband katholischer Altenhilfe in Deutschland e. V.

Zusammenfassende Bewertung

Berlin, 10.06.2026 | Der Verband katholischer Altenhilfe in Deutschland e.V. (VKAD) bedankt sich für die Gelegenheit, zum vorliegenden Referentenentwurf Stellung zu nehmen. Zugleich ist kritisch anzumerken, dass eine Frist von lediglich vier Werktagen der Komplexität und Tragweite des vorliegenden Reformpakets in keiner Weise gerecht wird.

Vor dem Hintergrund des steigenden Finanzierungsdrucks in der sozialen Pflegeversicherung ist aus Sicht des VKAD zentral, dass es einer konsequenten Bereinigung struktureller Fehlzuordnungen sowie einer klaren Abgrenzung zwischen beitragsfinanzierten Leistungen der Pflegeversicherung, der Krankenversicherung und gesamtgesellschaftlichen Aufgaben bedarf. Die notwendigen Entlastungen in der sozialen Pflegeversicherung dürfen nicht zulasten der Leistungserbringer gehen.

Dies aber sieht der VKAD in der befristeten Aussetzung der tariflichen Entgeltbindung sowie der **Begrenzung künftiger Vergütungssteigerungen** auf die Grundlohnrate. Diese Regelung **gefährdet** die Refinanzierung tariflicher Vergütungen, die erst in den letzten Jahren verankert wurde, schwächt die **Attraktivität der Pflegeberufe** und widerspricht dem politischen Ziel der letzten Jahre, für die Pflegebranche eine nachhaltige Personalsicherung zu gewährleisten. Insbesondere tarifgebundene und gemeinnützige Träger geraten durch die Aussetzung der tariflichen Entgeltbindung sowie die Begrenzung künftiger Vergütungssteigerungen auf die Grundlohnrate in erhebliche wirtschaftliche Schwierigkeiten.

Der VKAD hat in der Vergangenheit wiederholt auf zentrale Stellschrauben hingewiesen, die für Entlastungen der Pflegeversicherung maßgeblich sind.

Ein zentraler Ansatzpunkt liegt in der **systemgerechten Finanzierung von Leistungen**. So handelt es sich bei der medizinischen Behandlungspflege grundsätzlich um Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung. Im stationären Setting werden diese jedoch faktisch über die Pflegeversicherung und damit mittelbar über die Eigenanteile der Pflegebedürftigen mitfinanziert. Diese Systemverschiebung ist nicht gerechtfertigt und trägt zur Dynamik steigender Eigenanteile bei. Notwendig ist daher eine klare gesetzliche Zuordnung dieser Leistungen zum SGB V sowie leistungsrechtliche Verankerung in den Rahmenverträgen.

Ein weiterer wesentlicher Punkt betrifft die **Finanzierung der Ausbildungskosten**. Die derzeitige Umlage führt dazu, dass Ausbildungskosten über die Pflegesätze refinanziert werden. Aus Sicht des VKAD ist dies weder sozialpolitisch noch systemkonform. Die Ausbildung von Pflegekräften ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe und muss folgerichtig aus Steuermitteln sowie mit einem angemessenen Beitrag der Länder finanziert werden. Eine entsprechende Neuausrichtung würde nicht nur zur Entlastung der SPV beitragen, sondern zugleich den administrativen Aufwand in den Einrichtungen deutlich reduzieren.

In besonderer Weise zeigt sich der Handlungsbedarf auch bei den **pandemiebedingten Mehrausgaben der Pflegeversicherung**. Während der Corona-Pandemie wurden der Pflegeversicherung Leistungen auferlegt, die eindeutig als versicherungsfremd zu qualifizieren sind, etwa für Tests oder Pflegeboni. Ein Rechtsgutachten kommt zu dem Ergebnis, dass der Zugriff auf Beitragsmittel für diese Zwecke

aufgrund der strengen Zweckbindung verfassungsrechtlich unzulässig war und daher eine vollständige Refinanzierung durch den Bund zu erfolgen hat. Die bislang ausstehende Rückzahlung belastet die Finanzlage der Pflegeversicherung erheblich und trägt unmittelbar zu Beitragssatzsteigerungen bei. Aus Sicht des VKAD ist daher eine zeitnahe und vollständige Rückführung der Mittel – aus einem Bundeszuschuss – zwingend erforderlich.

Besonders kritisch bewertet der VKAD die **geplante Verlängerung der Verweildauerstufen für die Leistungszuschläge** nach § 43c SGB XI. Diese Regelung führt dazu, dass Pflegebedürftige länger hohe Eigenanteile tragen müssen und die Entlastungswirkung der Zuschläge erheblich abgeschwächt wird. Angesichts der bereits heute hohen Eigenbelastungen ist mit wachsenden Außenständen in den stationären Einrichtungen zu rechnen, aufgrund einer steigenden Inanspruchnahme von Hilfe zur Pflege, deren Beantragung derzeit mit langen Bearbeitungszeiten verbunden ist. Die wirtschaftlichen Risiken werden damit einseitig auf Leistungserbringer, Pflegebedürftige und Kommunen verlagert.

Der Referentenentwurf zu **Leistungsbudgets in der ambulanten Versorgung** zielt darauf ab, das Leistungsrecht zu vereinfachen, Transparenz zu erhöhen und Leistungen flexibler sowie möglichst unbürokratisch bereitzustellen. Einzelne Leistungen sollen dafür in Sachleistungs-, Entlastungs- und Sozialraumbudgets gebündelt werden. Der VKAD weist darauf hin, dass die vorgesehene klare Abgrenzung der Budgets und Zuständigkeiten in der Praxis zu erheblichem zusätzlichem Koordinationsaufwand zwischen den Leistungserbringern führen wird. Dies birgt aus unserer Sicht die Gefahr von Versorgungsbrüchen und einer Verschlechterung der Versorgungsqualität, insbesondere da Pflegebedürftige mehrere Dienste parallel in Anspruch nehmen müssten. Vor diesem Hintergrund fordert der VKAD, den in der Gesetzesbegründung festgelegten Grundsatz der strikten Trennung zwischen professionellen Sachleistungen (§ 36 SGB XI) und niedrigschwelligen Angeboten im Sozialraumbudget (§ 45b SGB XI) grundlegend zu überdenken.

Im **Bereich der Digitalisierung** enthält der Gesetzentwurf wichtige Ansätze, die jedoch konsequenter ausgestaltet werden müssen. Das geplante Pflege-Cockpit kann nur dann einen echten Mehrwert schaffen, wenn es als verbindliche, interoperable Plattform ausgestaltet wird und Pflegeeinrichtungen, Pflegekassen sowie Sozialhilfeträger aktiv einbindet.

Ebenso ist nicht nachvollziehbar, dass vollstationäre Pflegeeinrichtungen von wesentlichen **Digitalisierungsförderungen ausgeschlossen** werden, obwohl gerade dort erhebliche Investitionsbedarfe bei Infrastruktur, Cybersicherheit und digitalen Anwendungen bestehen.

Der VKAD begrüßt die **Förderung innovativer Versorgungsansätze** und technischer Unterstützungssysteme. Die vorgesehenen Regelungen zu Innovationsprojekten und Transformationsstellenanteilen müssen jedoch praxisnah ausgestaltet werden. Erforderlich sind längere Projektlaufzeiten, verlässliche Anschlussfinanzierungen erfolgreicher Modelle sowie ein deutlicher Abbau bürokratischer Anforderungen.

Die vorgeschlagenen Maßnahmen des Entwurfes reichen nicht aus, um die strukturellen Probleme der Pflegeversicherung dauerhaft zu lösen. Der Entwurf verfehlt in wesentlichen Bereichen das Ziel einer

nachhaltigen und strukturell tragfähigen Reform der Pflegeversicherung. Statt die Ursachen der finanziellen Schieflage konsequent anzugehen, werden Belastungen teilweise auf Leistungserbringer und Pflegebedürftige verlagert. Die vorgesehenen Maßnahmen konzentrieren sich vielfach auf kurzfristige Ausgabendämpfung, ohne die bestehenden Fehlsteuerungen im Finanzierungssystem wirksam zu beseitigen.

Der VKAD fordert daher, die **finanzielle Stabilisierung der Pflegeversicherung** weit stärker auf eine generationengerechte und nachhaltige Grundlage zu stellen, die Refinanzierung tariflicher Vergütungen sicherzustellen, versicherungsfremde Belastungen konsequent herauszulösen und zusätzliche finanzielle Belastungen für Einrichtungen und Dienste zu vermeiden. Nur unter diesen Voraussetzungen können Versorgungssicherheit, Fachkräftegewinnung und die Zukunftsfähigkeit der pflegerischen Infrastruktur langfristig gewährleistet werden.

Ausführliche Bewertung und Änderungsvorschläge im Einzelnen:

§ 7a Pflege-Cockpit

Der VKAD steht der Einführung eines digitalen Pflege-Cockpits grundsätzlich offen gegenüber, sofern dieses nicht lediglich als erweitertes Informationsangebot ausgestaltet wird und Doppelstrukturen zur elektronischen Patientenakte (ePA) sowie zum TI-Messenger vermieden werden. Ein tatsächlicher Mehrwert entsteht aus Sicht der Praxis dann, wenn das Pflege-Cockpit als verbindliche, interoperable Gesamtplattform konzipiert wird, die Information, Buchung, Leistungssteuerung und Abrechnung integriert zusammenführt. Daher sind Doppelstrukturen neben der elektronischen Patientenakte und dem TI-Messenger unbedingt zu vermeiden.
Die Nutzung des Pflege-Cockpits für Pflegekassen und Sozialhilfeträger sollte verbindlich ausgestaltet werden. Erforderlich ist zudem, dass Pflegeeinrichtungen – bei entsprechender Einwilligung der Pflegebedürftigen – Zugang zum System erhalten und aktiv in dessen Nutzung eingebunden werden.

Der Auftrag sowie die relevanten Spezifikationen sollten bei der gematik verortet werden, um Insellösungen bei den Krankenkassen zu vermeiden.

Verfahrensvorschlag:
Das Pflege-Cockpit ist gesetzlich als interoperable Plattform auszugestalten, die insbesondere Buchung, barrierefreie Steuerung und Abrechnung von Leistungen medienbruchfrei ermöglicht. Voraussetzung sind verbindliche Standards zum Datenschutz sowie eine verpflichtende Nutzung relevanter Akteure. Der Auftrag für die Umsetzung ist bei der gematik zu verorten.

§§ 7c, 7d Pflegebegleitung i.V. mit Pflegebegleitungs-Richtlinien nach § 17 Abs. 1a sowie i.V. mit § 37 Abs. 3 Beratung im Rahmen des Entlastungsbudgets und § 45 SGB XI Pflegekurse

Die Pflegebegleitung ist eine neue, intensivierte Form der Unterstützung, insbesondere auch direkt zu Beginn der Pflegebedürftigkeit. Professionelle Pflegebegleiter:innen unterstützen von Pflege betroffene Personen sowie ihr Umfeld dabei, ein passgenaues Versorgungsnetz aufzubauen, bürokratische Hindernisse zu überwinden und Überlastungen der An- und Zugehörigen frühzeitig zu verhindern. Die Pflegebegleitperson dient als feste Ansprechperson, um den Pflegealltag zu koordinieren und sicherzustellen, dass alle verfügbaren Hilfen optimal genutzt werden.

Nach dem Verständnis des VKAD sollen die bisherigen Beratungsleistungen nach § 7a SGB XI sowie insbesondere die Beratung nach § 37 Abs. 3 SGB XI künftig weitgehend in der neuen Pflegebegleitung aufgehen. Die Gesetzesbegründung spricht ausdrücklich davon, dass die bisherigen Beratungsregelungen „überwiegend aufgehoben“ werden und die hierfür bislang gebundenen Mittel künftig der Pflegebegleitung zur Verfügung stehen sollen. Damit stellt sich die Frage, wie künftig sichergestellt wird, dass ambulante Dienste weiterhin eine relevante Rolle in der pflegefachlichen Beratung und Begleitung einnehmen und wie die Finanzierung dieser Leistungen ausgestaltet wird. Die Pflegebegleitung soll über einen Finanzrahmen von durchschnittlich 146 Euro pro Pflegebedürftigen und Jahr finanziert werden. Aus diesem Budget sollen neben der eigentlichen Begleitung auch Fallmanagement, Qualifizierung und Qualitätssicherung finanziert werden. Gleichzeitig sind die Qualifikationsanforderungen für die Pflegebegleitpersonen bislang noch offen.

Neben den wirtschaftlichen Auswirkungen sieht der VKAD eine fachliche Herausforderung. Die Beratungsbesuche nach § 37 Abs. 3 ermöglichen ambulanten Diensten heute einen regelmäßigen pflegefachlichen Kontakt zu Pflegebedürftigen und Angehörigen. Sie helfen dabei, Versorgungsrisiken frühzeitig zu erkennen, Unterstützungsbedarfe festzustellen und Angehörige zu beraten. Sollte dieser Bereich künftig stärker von der eigentlichen Versorgung getrennt werden, stellt sich die Frage, wie die enge Verbindung zwischen Beratung und Versorgungspraxis erhalten bleibt. Umgestaltung bestehender Beratungs- und Entlastungsleistungen sowie zusätzlichen Unsicherheiten bei der Pflegebegleitung birgt das Risiko, dass Versorgungsangebote zurückgehen und sich die wirtschaftliche Lage vieler Dienste weiter verschlechtert und die Versorgung insbesondere im ländlichen Raum zurück geht.

Änderungsbedarf:
Der VKAD sieht die reale Gefahr, dass mit der Pflegebegleitung zusätzliche Parallelstrukturen aufgebaut werden. Der Gesetzentwurf sieht vor, dass Pflegebegleitung unter anderem durch Pflegekassen, Pflegestützpunkte oder sogar Kommunen organisiert werden können. Dies birgt das Risiko einer weiteren Fragmentierung des Systems anstatt die vorhandenen Strukturen zu stärken.

Aus diesem Grund soll § 7d wie folgt geändert werden: “Die Pflegekassen sollen die Pflegebegleitung auch ganz oder teilweise an ambulante Pflegedienste übertragen;...”.

§ 9 SGB XI – Investitionskosten

Trotz der Versorgungsverantwortung nach § 9 SGB XI wird die Investitionskostenförderung von den Ländern bislang nur unzureichend wahrgenommen. Die vorgesehene Regelung des Referentenentwurfes in § 9 begründet nach wie vor keinen unmittelbaren Anspruch auf Investitionskostenförderung, sondern stellt klar, dass es weiterhin im Ermessen der Länder liegt, ob und in welchem Umfang sie Investitionsfördermaßnahmen ausgestalten.

Eine verlässlichere Übernahme der Investitionskosten könnte die Pflegebedürftigen deutlich entlasten; je nach Bundesland wären Senkungen der Eigenanteile von deutlich über 500 Euro monatlich möglich.

Die erheblichen Unterschiede und kontinuierlichen Steigerungen der Eigenanteile in vollstationären Pflegeeinrichtungen verdeutlichen jedoch den dringenden Bedarf einer bundeseinheitlich stärker verpflichtenden Ausgestaltung der Investitionskostenverantwortung der Länder.

Änderungsbedarf:
Der VKAD fordert, die Investitionskostenförderung als verbindliche Verantwortung der Länder in § 9 in Verbindung mit § 82 Abs.3 SGB XI auszugestalten. § 9 Abs. 1 Satz 3 wird wie folgt angepasst:

Durch Landesrecht kann auch bestimmt werden, ~~**ob und**~~ in welchem Umfang eine im Landesrecht vorgesehene finanzielle Unterstützung der Pflegebedürftigen bei der Tragung der ihnen von den Pflegeeinrichtungen berechneten betriebsnotwendigen Investitionsaufwendungen **und** eine finanzielle Unterstützung der Pflegeeinrichtungen bei der Tragung ihrer betriebsnotwendigen Investitionsaufwendungen als Förderung gilt.

§ 11 i.V.m. § 113e SGB XI - Förderung von Innovationen und Digitalisierung

Der VKAD begrüßt ausdrücklich die Bereitstellung von Mitteln aus dem Sondervermögen Infrastruktur und Klimaneutralität zur Förderung der Digitalisierung in der Langzeitpflege. Angesichts des erheblichen Investitionsbedarfs stellt dies einen wichtigen und notwendigen Schritt dar.

Kritisch zu bewerten ist jedoch die vorgesehene Beschränkung der Förderung auf ambulante und teilstationäre Pflegeeinrichtungen und der Zeitraum von 2027 bis 2031. Vollstationäre Einrichtungen bleiben damit ausgeschlossen. Diese Differenzierung ist nicht mit dem Ziel einer flächendeckenden digitalen Transformation der Pflege vereinbar. Durch die gleichzeitige Streichung des § 8 Abs. 8 SGB XI entfällt zudem die bislang bestehende Möglichkeit, infrastrukturelle Investitionen in stationären Einrichtungen geltend zu machen.

Die im Referentenentwurf angeführte Begründung, wonach stationäre Einrichtungen über § 113e SGB XI bereits eine strukturelle Förderung erhalten, greift aus Sicht der Praxis deutlich zu kurz. Der dort vorgesehene Mechanismus der Transformationsstellenanteile ist funktional nicht gleichwertig, die notwendigen investiven Digitalisierungsbedarfe abzudecken. Insbesondere ist unklar, welche konkreten Anwendungen nach § 113e refinanzierungsfähig sind. Zudem beschränkt sich die Regelung auf den Einsatz unterstützender und entlastender digitale und technische Systeme und erfasst grundlegende Infrastrukturinvestitionen nicht.

Vor diesem Hintergrund ist eine Öffnung des Infrastrukturvermögens ausdrücklich auch für vollstationäre Pflegeeinrichtungen erforderlich.

Die Vergabe der Mittel muss so schnell wie möglich sichergestellt werden, um ambulanten und (teil-) stationären Pflegeeinrichtungen Planungssicherheit zu geben. Investitionen in digitale Infrastruktur müssen für Pflegeeinrichtungen jedoch auch nach 2031 ermöglicht werden.

Änderungsbedarf:
Der VKAD fordert daher:

- die Öffnung des Sondervermögens für vollstationäre Pflegeeinrichtungen,
- eine bürokratiearme, digitale Ausgestaltung des Förderungsverfahrens.

§ 37 Entlastungsbudget

Der Entwurf sieht vor, dass Personen, die erstmals in Pflegegrad 2 oder 3 eingestuft werden, in den ersten drei Monaten die Hälfte des Entlastungsbudgets (ehem. Pflegegeld) erhalten. Im Gegenzug steht ihnen die neue, intensivierte Pflegebegleitung zur Verfügung. Gerade zu Beginn der Pflegebedürftigkeit besteht in der Regel ein hoher Beratungs- und Begleitungsbedarf der Pflegebedürftigen sowie deren An- und Zugehörigen, der künftig über die neue Pflegebegleitung intensiviert abgedeckt werden soll.

Der VKAD begrüßt die Stärkung von Prävention und Rehabilitation, insbesondere die Änderungen hierzu im SGB V, die bereits vor dem Vorliegen einer Pflegebedürftigkeit greifen, sowie der Anspruch auf Pflegebegleitung.
Der VKAD bewertet kritisch, ob die Fokussierung auf die Pflegebegleitung in den ersten drei Monaten des Bezugs des Entlastungsbudgets zielführend ist. Mithilfe des Entlastungsbudgets sollen die erforderlichen körperbezogenen Pflegemaßnahmen und pflegerischen Betreuungsmaßnahmen sowie Hilfen bei der Haushaltsführung in geeigneter Weise selbst sichergestellt werden. Erfahrungsgemäß ist der Bedarf zu Beginn der anerkannten Pflegebedürftigkeit, die oftmals die Folge eines Akutereignisses ist, höher als im weiteren Verlauf, da im Laufe der Zeit eine Anpassung an die veränderte Lebenssituation geschieht. Hier mit dem Angebot der Pflegebegleitung anzusetzen, ist sicher zielführend – dieses aber im Gleichschritt mit einem nur hälftigen Betrag des Budgets, der für konkrete Unterstützungsmaßnahmen zur Verfügung stehen soll, um unterstützende Maßnahmen zu etablieren, erscheint keineswegs zielführend.

Änderungsbedarf:
In § 37 Abs. 2 ist Satz 5 zu streichen:

(2) Besteht der Anspruch nach Absatz 1 nicht für den vollen Kalendermonat, ist der Geldbetrag entsprechend zu kürzen; dabei ist der Kalendermonat mit 30 Tagen anzusetzen. (...) ~~*Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 und 3 erhalten in den ersten drei Monaten nach erst-maligem Erhalt eines Pflegegrades die Hälfte des Entlastungsbudgets.*~~

§ 39 Überbrückungsbudget

Gerade in Krisensituationen ist die Unterstützung durch bereits bekannte Einrichtungen sinnvoll. So sollte der schon tätige Pflegedienst im Rahmen seiner Möglichkeiten auch die Überbrückungsversorgung leisten können. Dies hat sich in der Praxis etabliert. Ebenso wird häufig die Tagespflege an weiteren Tagen genutzt, was in der neuen Regelung ausgeschlossen ist. Dies sollte zwingend ergänzt werden.

Änderungsbedarf:
Absatz 3 wird durch einen Spiegelstrich ergänzt, der die Tages- und Nachtpflege aufnimmt:

(3) Leistungen der pflegerischen Überbrückungsversorgung sind:

- Pflegesachleistungen in pflegerischen Akutsituationen durch ***einen Pflegedienst oder*** Notdienst in der ambulanten Pflege nach § 39a,
- die Versorgung in einer vollstationären Pflegeeinrichtung mit Kurzzeitpflege nach § 42.
- ***die Versorgung in einer Tages- oder Nachtpflege nach § 41***.

§ 39a Pflegesachleistungen in pflegerischen Akutsituationen

Der Gesetzgeber sieht die Leistungserbringung durch gesonderte Verträge vor: *„Die Pflegekasse übernimmt in pflegerischen Aktsituationen künftig die Einsatzkosten eines Notdienstes in der ambulanten Pflege bis zur Höhe des Überbrückungsbudgets, sofern Pflegesachleistungen in Akutsituationen nach § 39a zur Stabilisierung der häuslichen Pflege von Pflegebedürftigen der Pflegegrade 2 bis 5 bezogen werden. Für die Sicherstellung der pflegerischen Überbrückungsversorgung in pflegerischen Akutsituationen schließen die Pflegekassen hierzu u.a. ergänzende Verträge mit zugelassenen ambulanten Pflege- und Betreuungsdiensten.* Weiterhin beschreibt er *„Ziel der Leistung ist es, dass die Pflege der pflegebedürftigen Person auch bei einem Akutereignis in der eigenen Häuslichkeit vorübergehend sichergestellt wird. Hierzu soll über das Angebot eines Notdienstes in der ambulanten Pflege eine kurzfristig auftretende Versorgungslücke bei der Pflege effektiv geschlossen werden, wodurch die ambulante Pflege weiter strukturell gestärkt wird.“*

Angesichts des bestehenden Fachkräftemangels ist die Frage, ob es eigene Pflege-Notdienste bzw. ergänzende Verträge nach § 69 Abs. 1 Satz 2 mit zugelassenen ambulanten Pflege- und Betreuungsdiensten (Notdienst in der ambulanten Pflege nach § 39a) und mit zugelassenen vollstationären Pflegeeinrichtungen (Akut-Kurzzeitpflege nach § 42 Absatz 4) braucht. Defacto ist es eine Frage der Refinanzierung von Vorhaltekosten auch im ambulanten Bereich, zumal der ambulante Bereich keine Auslastungsquoten kennt. Warum der Anspruch auf Pflegesachleistungen in pflegerischen Akutsituationen nur körperbezogene Pflegemaßnahmen sowie pflegerische Betreuungsmaßnahmen umfasst, ist nicht nachvollziehbar – ein Bedarf kann ebenso bei Hilfen bei der Haushaltsführung bestehen, ohne die ein Verbleib in der Häuslichkeit nicht möglich sein kann.

Änderungsbedarf:
Ergänzung im Absatz 2:

(2) Der Anspruch auf Pflegesachleistungen in pflegerischen Akutsituationen umfasst körperbezogene Pflegemaßnahmen sowie pflegerische Betreuungsmaßnahmen ***und Hilfen bei der Haushaltsführung.***

§ 43c Verlängerung der Verweildauerstufen für die Leistungszuschläge

Erläuterung: *„Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 in vollstationärer Pflege erhalten nach Heimwohndauer gestaffelte Zuschläge für den Eigenanteil an den pflegebedingten Aufwendungen (derzeit: bis einschl. 1 J: 15 %, >1 J: 30 %, >2 J: 50 %, >3 J: 75 %). Da mittlerweile rechnerisch rund 60 % der Gesamtausgaben für die gestaffelten Zuschläge auf die etwa 40 % Pflegebedürftigen mit einer Heimwohndauer von mehr als 3 Jahren entfallen und die Dauer des Bestehens der Pflegebedürftigkeit zunimmt, werden die aktuell geltenden 12-monatigen Verweildauern zum 01.01.2027 um jeweils sechs Monate angehoben. Der höchste Leistungszuschlag ist damit nicht mehr nach drei, sondern erst nach viereinhalb Jahren zu erreichen.“*

Für die Einrichtungen bedeutet die Verlängerung der Verweildauerstufen, dass Bewohner:innen ihre Eigenanteile einen längeren Zeitraum in jeweiliger Höhe zahlen müssen. Ein wachsender Anteil Pflegebedürftiger ist dazu finanziell nicht in der Lage.

In der Folge entstehen den Einrichtungen durch ausbleibende vollständige Eigenanteilszahlungen steigende Außenstände und wachsende offene Forderungen bei der Hilfe zur Pflege, die aufgrund langer Bearbeitungszeiten der Ämter Gefahr laufen, nicht oder sehr spät gedeckt zu werden. Diese offenen Forderungen entwickeln sich damit zu einem substanziellen wirtschaftlichen Risiko, der wirtschaftliche Druck auf die Einrichtungen sowie Kommunen nimmt weiter zu.

Änderungsbedarf:
Streichung der Sätze 1-4 im § 43 c SGB XI der vorgesehenen Regelung im Referentenentwurf

§ 45b Sozialraumbudget

Der bisherige Entlastungsbetrag wird durch ein Sozialraumbudget ersetzt. Hierdurch soll die Nachbarschaftshilfe gefördert bzw. bundesweit vereinheitlicht werden, was zu begrüßen ist. Auf der anderen Seite kritisiert der VKAD, dass das Sozialraumbudget nicht mehr für die Tages- oder Nachtpflege eingesetzt werden kann wie bisher der Entlastungsbetrag. Das hat zur Folge, dass der Eigenanteil für Pflegebedürftige steigt. In der Konsequenz kann dies aber dazu führen, dass das Angebot weniger oder gar nicht mehr genutzt wird. Ein Rückgang der Inanspruchnahme hätte fatale wirtschaftliche Folgen für die Träger dieses Angebots, die sich aus dieser Versorgungssparte zurückziehen würden.

Änderungsbedarf:
Die bisherige Aufzählung in Absatz 1 ist beizubehalten

(1) Pflegebedürftige in häuslicher Pflege mit Pflegegrad 2 bis 5 haben Anspruch auf ein Sozialraumbudget in Höhe von monatlich bis zu 175 Euro, sofern sie das 25. Lebensjahr vollendet haben, oder in Höhe von monatlich bis zu 300 Euro, sofern sie das 25. Lebensjahr noch nicht vollendet haben. Der Betrag ist zweckgebunden einzusetzen für ~~***Leistungen von Angeboten zur Unterstützung im Alltag im***~~

~~*Sinne des § 45a mit einer Anerkennung nach Landesrecht oder durch die Pflegekassen.*~~
1. Leistungen der Tages- oder Nachtpflege,

2. Leistungen der Kurzzeitpflege,

3. Leistungen der ambulanten Pflegedienste im Sinne des § 36, in den Pflegegraden 2 bis 5 jedoch nicht von Leistungen im Bereich der Selbstversorgung,

4. Leistungen der nach Landesrecht anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag im Sinne des § 45a

§ 72 Absatz 3g (neu) - Aussetzung der Tariftreue

Seit dem 01.09.2022 dürfen Versorgungsverträge nur noch mit Pflegeeinrichtungen abgeschlossen werden, die ihren Beschäftigten in der Pflege und in der Betreuung von Pflegebedürftigen Entgelte in Höhe von Tariflöhnen zahlen. Diese Regelung wird befristet für vier Jahre ab dem 01.01.2027 bis 31.12.2030 ausgesetzt. Für künftige Vergütungssteigerungen wird zudem, analog zum GKV-BStabG, eine Begrenzung auf die Höhe der Grundlohnrate geregelt.

Die vorgesehene Aussetzung der Tarifbindung sowie die Deckelung von Vergütungssteigerungen auf die Grundlohnrate stellen eine grundlegende Richtungsentscheidung dar – zulasten tarifgebundener Einrichtungen und professionell Pflegender. Es entsteht ein Widerspruch zwischen steigenden Anforderungen an Pflegefachkräfte, etwa durch die Übernahme heilkundlicher Tätigkeiten, und der gleichzeitigen Aussetzung der Tarifbindung über einen Zeitraum von vier Jahren.

In der Praxis führt dies zu erheblichen Finanzierungslücken. Diese entstehen insbesondere dann, wenn Einrichtungen weiterhin zur Zahlung tariflicher Vergütungen verpflichtet sind, die Grundlohnrate jedoch unterhalb der Tarifabschlüsse liegt. Dies betrifft Einrichtungen in Trägerschaft der Caritas, die an die AVR gebunden sind und tarifliche Anpassungen arbeitsrechtlich an ihre Mitarbeitenden weitergeben müssen. Die Verpflichtung zur tariflichen Entlohnung bleibt somit bestehen, während das wirtschaftliche Risiko vollständig auf die Einrichtungen verlagert wird.

Zugleich wird ein zentraler gesetzlicher Qualitätsmechanismus entwertet: die verpflichtende Orientierung an tariflichen Entgelten als Zulassungsvoraussetzung nach § 72 SGB XI. Die Stärkung der Tarifbindung war in den vergangenen Jahren ein zentrales Ziel der Pflegepolitik, um faire Arbeitsbedingungen zu sichern sowie Fachkräfte zu gewinnen und zu binden. Diese Zielrichtung wird durch die aktuellen Regelungen konterkariert.

In der Folge sind Angebotsrückgänge, Marktaustritte und eine Gefährdung der Versorgungssicherheit zu erwarten. Darüber hinaus greift die Regelung in die Tarifautonomie ein und unterläuft die bisherige politische Strategie, die Attraktivität der Pflegeberufe über verlässliche tarifliche Strukturen zu stärken.

Aus diesem Grund lehnt der VKAD die Aussetzung der Tarifbindung sowie die Deckelung von Vergütungssteigerungen auf die Grundlohnrate entschieden ab.

Änderungsbedarf
Der neue Absatz 3g im § 72 muss ersatzlos gestrichen werden.

§ 75a SGB XI Praktische Erprobung innovativer Konzepte

Grundsätzlich ist positiv zu bewerten, dass durch § 75a die Möglichkeit geschaffen wird, innovative Versorgungsansätze befristet unter Abweichung bestehender Vorgaben in den Rahmenverträgen zu erproben und damit eine evidenzbasierte Weiterentwicklung der Regelversorgung zu unterstützen.

In der vorliegenden Ausgestaltung wird dieses Ziel jedoch nur eingeschränkt erreicht: Insbesondere die Befristung sowie die Berichtspflichten stellen erhebliche Hemmnisse dar. Die Begrenzung der Laufzeit auf maximal drei Jahre steht im deutlichen Widerspruch zu den realen Anforderungen innovativer Versorgungs- und Organisationskonzepte. Notwendige Investitionen – etwa in Personalentwicklung, Digitalisierung, Quartiersentwicklung oder Prozessumstellungen – amortisieren sich typischerweise erst mittel- bis langfristig. Die kurze Laufzeit verhindert daher eine nachhaltige Umsetzung und entzieht der Innovation faktisch die Grundlage. Zudem sind Einrichtungen nach Absatz 4 verpflichtet, regelmäßig Erfahrungsberichte zu erstellen und die erwarteten sowie tatsächlichen Wirkungen darzustellen. Diese Berichtspflichten binden personelle Ressourcen, ohne dass klar ist, wie die Ergebnisse konkret in Entscheidungen der Kostenträger oder des Gesetzgebers einfließen. Die Erstellung der Erfahrungsberichte sollte daher primär den Pflegekassen übertragen werden, unter Mitwirkung der beteiligten Einrichtungen. Sachgerecht bewerten wir die Einschränkung der Kündigungsmöglichkeit für die Landesverbände der Pflegekassen auf Fälle, in denen die Versorgung konkret gefährdet ist.

Änderungsvorschläge:
Die Regelungen zu den Vertragsinhalten nach § 75 a SGB XI ist so auszugestalten, dass

- Projektlaufzeiten an realistische Implementierungszeiträume angepasst und entsprechend verlängert werden können,
- Berichts- und Nachweispflichten zu Erfahrungsberichten nach Absatz 4 auf ein praxisgerechtes Maß reduziert werden, um insbesondere kleineren Einrichtungen eine Beteiligung zu ermöglichen,
- die Verantwortung für die Erstellung der Erfahrungsberichte auf die Pflegekassen übertragen wird – unter Mitwirkung der beteiligten Einrichtungen.

§ 88b Erstattung von Vorhaltekosten bei Akut-Kurzzeitpflege

Zugelassenen vollstationären Pflegeeinrichtungen, die eine vertragliche Regelung der Pflegevergütung nach § 85 abgeschlossen haben und sich verpflichten, fest verfügbare Plätze für Akut-Kurzzeitpflege nach § 42 Absatz 4 anzubieten, sollen im Zeitraum vom 01.01.2028 bis zum 31.12. 2032 die ihnen infolge der Nichtauslastung dieser Plätze entstandenen Vorhaltekosten anteilig erstattet bekommen. Hier stellt sich die Frage, warum diese Kosten nur anteilig erstattet werden sollen und welche Kriterien für die Refinanzierung angesetzt werden. Um die Akut-Kurzzeitpflegeplätze zur Verfügung stellen zu

können, bedarf es einer kompletten, dauerhaften Refinanzierung. Daneben muss beachtet werden, dass insbesondere bei einer kurzfristigen, wechselnden, aber durchgängigen Belegung neben dem pflegerischen Personalaufwand der Verwaltungsaufwand sehr hoch ist und ebenfalls in der Refinanzierung Berücksichtigung finden muss. Sofern Anbieter Akut-Pflegeplätze vorhalten, um die Versorgungsstruktur in der Region zu unterstützen, muss ihr wirtschaftliches Risiko durch entsprechende Refinanzierung aller Kosten so gering wie möglich gehalten werden.

§ 113c Absatz 7 und 8 - Personalbemessung

Vor dem Hintergrund der aktuellen Entwicklungen in der Praxis und der im ersten Bericht des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen aufgezeigten Umsetzungslage begrüßt der VKAD die mit den neuen Absätzen 7 und 8 verbundene Anpassung des Steuerungs- und Berichtssystems grundsätzlich.

Diese Anpassung erfolgt vor dem Hintergrund der Ergebnisse der ersten Erhebung des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen nach § 113c Absatz 8. Die vorliegenden Daten zeigen deutlich, dass die Umsetzung der Personalbemessung in vollstationären Pflegeeinrichtungen derzeit noch nicht flächendeckend erfolgt ist und wesentlich mehr Zeit in Anspruch nimmt als ursprünglich angenommen.

Ein zentraler Grund hierfür liegt in der weiterhin angespannten Arbeitsmarkt- und Ausbildungssituation im Pflegebereich.

Anstelle weiterer regulatorischer Verschärfungen bedarf es größerer Handlungsspielräume für die Einrichtungen bei der Gestaltung ihrer Personalstruktur. Dazu gehört insbesondere die Perspektive, starre Fachkraftquoten zu überwinden und durch flexible, bedarf- und kompetenzsorientierte Personalkonzepte zu ersetzen. Einrichtungen müssen in die Lage versetzt werden, auf Basis der tatsächlichen Versorgungsbedarfe und ihrer personellen Möglichkeiten eigenverantwortlich tragfähige Lösungen zu entwickeln.

Vor diesem Hintergrund weist der VKAD ausdrücklich darauf hin, dass es einer gezielten Ausbildungsoffensive, insbesondere für die neue Pflegefachassistenzausbildung, bedarf, um die personellen Grundlagen für die Umsetzung der Personalbemessung nachhaltig zu stärken.

Gleichzeitig ist eine höhere Flexibilität bei den Praxiseinsatzzeiten in der generalistischen Pflegeausbildung erforderlich, um Ausbildungskapazitäten praxisnah auszubauen und die Einrichtungen bei der Integration von Auszubildenden stärker zu entlasten.

§ 113e SGB XI – Transformationsstellenanteile

Der VKAD begrüßt die Zielsetzung des § 113e SGB XI, den Einsatz unterstützender und entlastender technischer sowie digitaler Systeme in vollstationären Pflegeeinrichtungen zu stärken. Angesichts des Personalmangels stellt die Möglichkeit, nicht besetzbare Stellenanteile in Finanzierungsanteile für entlastende Technik zu überführen, grundsätzlich ein praxisnahes Instrument dar, um Einrichtungen mehr Flexibilität zur Sicherung der Versorgung zu eröffnen. Allerdings verdeutlichen die Begrenzung auf

10 Prozent sowie die Befristung bis Ende 2032 den Charakter eines befristeten und insgesamt zu niedrig bemessenen Anschubs. Zudem ist zu berücksichtigen, dass der Gesetzentwurf für die Bemessung der Transformationsspielräume auf die Differenz zwischen den aktuell besetzten und den im Rahmen der Pflegesatzvereinbarung verhandelten Stellen abstellt. In der Praxis werden jedoch nur solche Stellen vereinbart, von denen die Einrichtungen ausgehen, dass sie realistisch auch besetzt werden können. Zusätzliche Spielräume entstehen daher nur dann, wenn eine Besetzung entgegen der Planung nicht gelingt – und bewegen sich üblicherweise im Umfang von ein bis zwei VZÄ. Zehn Prozent hiervon entsprechen einem finanziellen Spielraum von lediglich etwa 10.000 bis 20.000 Euro. Damit bleibt die Regelung in ihrer Wirkung kaum über die bisherige Förderung in Höhe von bis zu 12.000 Euro nach § 8 Absatz 8 SGB XI hinaus und entfaltet vielfach keinen wirtschaftlich oder gar transformatorisch relevanten Effekt.

Zudem wird im stationären Bereich – anders als im ambulanten und teilstationären Bereich – die Förderung nach § 8 Absatz 8 SGB XI gestrichen (vgl. neuer § 11 Absatz 3). Dies führt im stationären Bereich dazu, dass strukturelle Förderungen im vorgesehenen Entwurf faktisch nicht mehr abgebildet sind. Schließlich unterscheiden sich die Transformationsstellenanteile in ihrer Zielrichtung grundlegend von der Infrastrukturförderung nach § 11 Absatz 4: Während letztere auf Investitionen – insbesondere in digitale Infrastruktur und Cybersicherheit – abzielt, ermöglichen die Transformationsstellenanteile vor allem die Erprobung und Implementierung technischer und digitaler Lösungen in der Praxis unter Voraussetzung entlastender Effekte auf das Pflegepersonal. Vor diesem Hintergrund regen wir eine Anpassung der Regelung – insbesondere im Hinblick auf die Bemessung der Transformationsanteile sowie die Öffnung des Infrastrukturvermögens für vollstationäre Einrichtungen – an.

Aufgrund der Kürze der Frist und der Komplexität des Regelungsvorhabens behalten wir uns eine vertiefte Prüfung vor und werden dem Bundesministerium für Gesundheit hierzu ergänzend Rückmeldung geben.

Änderungsbedarf:

Absatz 1 wird wie folgt geändert:

(1) Transformationsstellenanteile sind ein finanzieller Gegenwert, der aus nicht besetzten Stellenanteilen im Rahmen der Pflegesatzvereinbarung nach § 84 Absatz 5 Satz 2 Nummer 2 resultiert und ausschließlich dazu dient, **pflegeverbessernde Maßnahmen durch technische und digitale Systemlösungen die in dem Katalog nach Absatz 5 enthalten sind zu gewährleisten. Dies beinhaltet auch die Aufwendungen, die für die Integration in den Arbeitsalltag entstehen.**

Absatz 2:

Es wird angeregt, die Transformationsstellenanteile an der Obergrenze nach § 113c Abs. 1 SGB XI auszurichten und eine deutliche Erhöhung der prozentualen Transformationsstellenanteile zu prüfen.

Absatz 5:

Der Katalog nach Absatz 5 ist als lernendes, evidenzbasiertes Instrument auszugestalten. Hierzu ist vorzusehen, dass pflegeverbessernde Maßnahmen durch technische und digitale Systemlösungen systematisch mit outcome-relevanten Messmetriken (personen-, struktur- und prozessorientiert) verknüpft und geprüft werden.

Zudem sollte eine regelmäßige Aktualisierung (quartalsweise) sowie eine kontinuierliche Evaluation der Wirkung unter Einbezug der Daten nach Absatz 4 durch das Kompetenzzentrum Digitalisierung verbindlich festgelegt werden.

In Verbindung mit § 85 Absatz 7 SGB XI:

Es ist klarzustellen, dass erhebliche Abweichungen in der personellen Besetzung einen eigenständigen Anlass für Neuverhandlungen darstellen können.

Eine solche Abweichung sollte dabei insbesondere dann angenommen werden, wenn genehmigte Personalstellen über einen Zeitraum von mindestens drei Monaten nicht besetzt werden können.

Diese Klarstellung würde sicherstellen, dass dynamische Veränderungen in der Personalausstattung zeitnah in die Pflegesatzverhandlungen einfließen können. Dies ist auch im Kontext der Transformationsstellenanteile von zentraler Bedeutung, da diese an nicht besetzte Stellenanteile anknüpfen und somit Schwankungen in der Personalverfügbarkeit in den Einrichtungen angemessen abbilden müssen.

§ 125a Telepflege

Der VKAD begrüßt grundsätzlich die Förderung telepflegerischer Anwendungen und unterstützt das Ziel, Telepflege als festen Bestandteil der pflegerischen Versorgung zu etablieren.

Voraussetzung für eine erfolgreiche Umsetzung ist die rechtssichere Verankerung der Telepflege als eigenständige Leistungsform im SGB XI. Hierfür bedarf es einer klaren gesetzlichen Definition als pflegefachlich verantwortete, digital erbrachte Leistung mit eindeutiger Abgrenzung zur Telemedizin. Die fachliche Verantwortung muss qualifizierten Pflegefachpersonen zugeordnet werden.

Darüber hinaus ist eine bundesweit einheitliche Vergütungssystematik für telepflegerische Leistungen erforderlich. Telepflege muss als eigenständiger Leistungsbereich in die Leistungskataloge des SGB XI aufgenommen werden. Hierzu gehören insbesondere klar definierte und abrechenbare Leistungen wie digitale Beratung, pflegefachliche Einschätzung, Versorgungskoordination sowie die Anleitung und Unterstützung pflegender Angehöriger.

§ 142 Anpassung der Schwellenwerte

Die Anpassung der Schwellenwerte an die 2013 vom Expertenbeirat empfohlenen Schwellenwerte haben für die stationäre Praxis eine enorme Auswirkung auf die Personalausstattung in den Pflegeeinrichtungen.

Die Folgen sind signifikant: eine zunehmende Pflegebedürftigkeit verlangt nach mehr Unterstützung, die sich aber aufgrund des neuen Schwellenwertes vorerst nicht in einer Höherstufung und Mehrpersonalisierung widerspiegeln wird. Personal wird praktisch jedoch verstärkt gebraucht, jedoch nicht refinanziert werden. Die Pflegegrade werden somit in den Pflegeheimen durchschnittlich absinken, damit sinkt auch die Personalausstattung. Zu befürchten ist darüber hinaus, dass insbesondere die kognitiven Einschränkungen nicht mehr ausreichend berücksichtigt werden, die aber im besonderen Ausmaß zu einer verstärkten Betreuungsnotwendigkeit führen.

Der VKAD fordert bei Einführung der neuen Schwellenwerte eine gleichzeitige Anpassung der Personalwerte, um das Absinken der Pflegequalität zu vermeiden.

Kontakt:

Verband katholischer Altenhilfe in Deutschland e.V. (VKAD)

Sascha Andree
Referent Personal und Ausbildung
sascha.andree@caritas.de

Annett Enge-Müller
Referentin Ambulante Langzeitpflege
annett.enge-mueller@caritas.de

Claudia Stein
Referentin Stationäre Langzeitpflege
claudia.stein@caritas.de

Über den VKAD

Der Verband katholischer Altenhilfe in Deutschland e.V. (VKAD) vereint rund 500 Träger der katholischen Langzeitpflege in Deutschland. Dahinter stehen mehr als 2.200 Einrichtungen und Dienste mit rund 100.000 Mitarbeitenden, die täglich fast 360.000 pflegebedürftige Menschen versorgen. Der bundesweit tätige Fachverband innerhalb des Deutschen Caritasverbandes vertritt die Interessen seiner Mitglieder durch politische Lobbyarbeit, Öffentlichkeitsarbeit und fachliche Expertise.