

Stellungnahme des Sozialverbands VdK Deutschland e. V.  
zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Befugniserweiterung  
und Entbürokratisierung in der Pflege

Sozialverband VdK Deutschland e. V.  
Abteilung Sozialpolitik  
Linienstraße 131  
10115 Berlin

Telefon: 030 9210580-300  
Telefax: 030 9210580-310  
E-Mail: [sozialpolitik@vdk.de](mailto:sozialpolitik@vdk.de)

Berlin, 06.10.2025

*Der Sozialverband VdK Deutschland e. V. (VdK) ist als Dachverband von 13 Landesverbänden mit über 2,3 Millionen Mitgliedern der größte Sozialverband in Deutschland. Die Sozialrechtsberatung und das Ehrenamt zeichnen den seit 75 Jahren bestehenden Verband aus.*

*Zudem vertritt der VdK die sozialpolitischen Interessen seiner Mitglieder, insbesondere der Rentnerinnen und Rentner, Menschen mit Behinderung und chronischen Erkrankungen sowie Pflegebedürftigen und deren Angehörigen.*

*Der gemeinnützige Verein finanziert sich allein durch Mitgliedsbeiträge und ist parteipolitisch und konfessionell neutral.*

## **1. Zu den Zielen des Gesetzentwurfs und den Maßnahmen der Umsetzung**

### **1.1. Ziele und Maßnahmen des Gesetzentwurfs**

Mit dem vorliegenden Gesetzesentwurf der Bundesregierung über das Gesetz zur Befugnisweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege (BEP) wird das Ziel verfolgt, die Kompetenzen und Rahmenbedingungen der Pflegefachpersonen umfassend zu stärken und dadurch die Versorgungslage nachhaltig zu verbessern.

Im Bereich der professionellen Pflege sieht der Gesetzentwurf eine Erweiterung der Befugnisse für Pflegefachpersonen vor. Diese sollen künftig stärker eigenverantwortlich heilkundliche Tätigkeiten übernehmen, Hilfsmittel verordnen und Versorgungsprozesse steuern können. Durch eine stärkere Integration von Pflegefachpersonen in die vertragsärztliche Versorgung nach dem SGB sollen Versorgungslücken insbesondere in unterversorgten Regionen geschlossen werden. Hinzu kommen Maßnahmen zur Verbesserung und Erweiterung des Personalbemessungsverfahrens in stationären Einrichtungen, um den Personaleinsatz effizienter und bedarfsgerechter zu gestalten. Darüber hinaus werden Maßnahmen zur Entbürokratisierung und vereinfachten Beantragung von Hilfsmitteln eingeführt. Zusätzlich sind verbesserte Arbeitsbedingungen, Weiterbildungsmöglichkeiten und Vergütungsstrukturen vorgesehen, um die Attraktivität des Pflegeberufs nachhaltig zu erhöhen.

### **Bewertung des Sozialverbands VdK**

Der Sozialverband VdK begrüßt grundsätzlich die Zielrichtung des vorgelegten Pflegekompetenzgesetzes, insbesondere die geplante Kompetenzerweiterung für Pflegefachpersonen. Diese kann dazu beitragen, bestehende Versorgungslücken zu schließen und den Zugang zu notwendigen Pflege- und Gesundheitsleistungen zu beschleunigen. Positiv hervorzuheben sind auch die angestrebten Erleichterungen beim Zugang zu Pflegehilfsmitteln. Zudem sieht der VdK die neuen gemeinschaftlichen Wohnformen grundsätzlich als geeignet an, die Versorgungssituation zu verbessern. Der Wegfall einzelner Leistungen mit dem Ziel der Einsparungen ist jedoch abzulehnen.

Der VdK warnt davor, dass mit dem PKG die Versorgungsqualität abgesenkt oder Pflegefachpersonen durch die neuen Aufgaben zusätzlich belastet werden. Entscheidend für den Erfolg

der Maßnahmen sind klare, praxisnahe und verbindliche Regelungen sowie ausreichende finanzielle und personelle Ressourcen. Der VdK fordert daher eine sorgfältige und transparente Umsetzung sowie eine begleitende Evaluierung der Maßnahmen, um sicherzustellen, dass die beabsichtigten Verbesserungen in der Praxis auch tatsächlich umgesetzt werden und nachhaltig wirken.

Der VdK bewertet zudem die Stärkung der kommunalen Verantwortung und die verbesserte Zusammenarbeit zwischen Kommunen und Pflegekassen als guten Ansatz, sieht jedoch aufgrund der Verantwortungsdiffusion zwischen Pflegekassen, Bund, Ländern, Kommunen und (ambulanten und stationären) Pflegeeinrichtungen zulasten der pflegenden Angehörigen die Notwendigkeit einer umfangreichen Reform des Sicherstellungsauftrags. Dem Gesetz nach tragen die Länder und Pflegekassen die Verantwortung für die Sicherstellung der Pflegeversorgung. Die Länder kommen ihrer infrastrukturellen Verantwortung jedoch nur unzureichend nach. Den Pflegekassen wiederum fehlen die erforderlichen Kompetenzen und Mittel für die Pflegeplanung und -steuerung sowie deren Umsetzung. Der Gesetzgeber hatte bei der Einführung der Pflegeversicherung 1995 auf diese Elemente zugunsten einer Förderung des Wettbewerbs verzichtet. Heute läuft diese Delegation an die Marktlogik jedoch zunehmend ins Leere. Hier müssen klare Zuständigkeiten hergestellt werden, weswegen der VdK vorschlägt, die Sicherstellung der Pflege als Pflichtaufgabe der kommunalen Daseinsvorsorge zu verankern. Nur so lassen sich verantwortliche Strukturen schaffen, die kleinräumige Daten nutzen, Versorgungsangebote bedarfsgerecht planen und dabei familiäre, nachbarschaftliche, berufliche und professionelle Hilfen koordiniert verzahnen. Die politisch Verantwortlichen vor Ort würden so in eine Position gebracht, sich aktiv um die Versorgung ihrer Bürgerinnen und Bürger kümmern zu müssen, aber auch zu können. Ebenfalls würden Fachkräfte-Ressourcen zielgenauer eingesetzt und Schnittstellenverluste reduziert. Damit der neue Pflichtauftrag wirksam greift, fordert der VdK eine vollständige und dauerhafte Gegenfinanzierung über Bund und Länder. Dies könnte beispielsweise unkompliziert durch eine Aufstockung des kommunalen Finanzausgleichs umgesetzt werden. Der VdK betont, dass hierdurch auch dem Ziel gleichwertiger Lebensverhältnisse Rechnung getragen wird.

Im Folgenden nimmt der Sozialverband VdK Deutschland zu ausgewählten Punkten Stellung.

## **2. Zu den Regelungen im Einzelnen**

### **2.1. Stärkung der Pflegefachpersonen & Kompetenzerweiterung**

#### **2.1.1. § 4a Pflegeberufegesetz, § 15a SGB V (beide neu) – Kompetenzerweiterung für Pflegefachpersonen**

Mit den Regelungen wird die eigenverantwortliche Heilkundeausübung durch Pflegefachpersonen systematisch in die Gesundheitsversorgung integriert. Während § 4a Pflegeberufegesetz die berufsrechtliche Grundlage für die eigenverantwortliche Heilkundeausübung definiert, bestimmt § 15a SGB V die konkreten ärztlichen Tätigkeiten, die Pflegefachpersonen eigenständig erbringen können.

Die neuen Regelungen sollen die Versorgung vereinfachen, den Zugang zu ärztlichen Leistungen beschleunigen und eine bessere Zusammenarbeit zwischen Pflege und Medizin ermöglichen. Die geplanten Evaluationen werden darüber entscheiden, ob und in welchem Umfang diese Befugnisse weiter ausgeweitet werden.

Die Einführung dieser Bestimmungen geht mit einer Neudefinition des Heilkundebegriffs einher, wonach heilkundliche Tätigkeiten nicht ausschließlich Ärztinnen und Ärzten vorbehalten sind, sondern von Berufsgruppen ausgeübt werden können, die über die entsprechenden fachlichen Kompetenzen verfügen.

Mit § 4a PflBG wird erstmals gesetzlich festgelegt, dass Pflegefachpersonen heilkundliche Tätigkeiten eigenverantwortlich ausüben dürfen, sofern sie diese in ihrer Ausbildung nach §§ 4, 5 und 37 PflBG erworben haben. Die Regelung unterscheidet zwischen zwei Gruppen:

- Pflegefachpersonen mit beruflicher Ausbildung erhalten die Befugnis zur eigenverantwortlichen Durchführung heilkundlicher Tätigkeiten im Rahmen der erworbenen Qualifikationen.
- Pflegefachpersonen mit erweiterter Qualifikation durch akademische Ausbildung erhalten weitergehende heilkundliche Befugnisse, die auch bisher ärztlichen Tätigkeiten vorbehalten sind.

Zusätzlich wird im Pflegezeitgesetz geregelt, dass Pflegefachpersonen künftig Bescheinigungen über die Pflegebedürftigkeit ausstellen dürfen, um Angehörigen die Inanspruchnahme von Freistellungen im Rahmen der Pflegezeit zu erleichtern.

In § 15a SGB V werden die die ärztlichen Leistungen, die Pflegefachpersonen übernehmen können, konkretisiert. Dazu gehören insbesondere:

- Die eigenverantwortliche Durchführung bestimmter ärztlicher Leistungen nach Diagnosestellung durch eine Ärztin oder einen Arzt.
- Die Verordnung von häuslicher Krankenpflege und notwendigen Hilfsmitteln.
- Die Fortführung von ärztlich eingeleiteten Behandlungen im Rahmen der Pflegeprozessverantwortung.

Die Regelung sieht vor, dass diese flächendeckend in die Regelversorgung überführt werden. Pflegefachpersonen, die über eine staatlich anerkannte Weiterbildung oder nachweisbare Berufserfahrung verfügen, können ebenfalls heilkundliche Tätigkeiten übernehmen.

Zusätzlich wird die Pflegeprozessverantwortung gesetzlich definiert. Pflegefachpersonen übernehmen damit die eigenständige Steuerung, Organisation und Qualitätssicherung des Pflegeprozesses, wodurch eine klare Abgrenzung zu ärztlichen Aufgaben geschaffen wird.

## **Bewertung des Sozialverbands VdK**

Der VdK begrüßt die in dem Pflegekompetenzgesetz vorgesehene Erweiterung der Befugnisse von Pflegefachpersonen. Die Neuregelungen bieten die Chance, Versorgungslücken zu schließen und den Zugang zu notwendigen Behandlungen zu erleichtern. Entscheidend ist jedoch, dass diese Änderungen nicht zu einer Absenkung der Versorgungsqualität führen.

Diagnosen und komplexe medizinische Entscheidungen müssen weiterhin in ärztlicher Verantwortung verbleiben.

Die selbstständige Heilkundeausübung von Pflegefachpersonen ermöglicht eine gezieltere Nutzung pflegerischer Kompetenzen, insbesondere in der Langzeitpflege und bei chronischen Erkrankungen. Die Unterscheidung zwischen Pflegefachpersonen mit beruflicher und hochschulischer Ausbildung ist sinnvoll, um sicherzustellen, dass heilkundliche Tätigkeiten nur von entsprechend qualifizierten Fachkräften übernommen werden. Allerdings müssen klare Leitlinien und praxisnahe Schulungskonzepte entwickelt werden, um eine sichere und einheitliche Umsetzung zu gewährleisten.

Durch die in § 15a SGB V geregelte eigenständige Verordnung von häuslicher Krankenpflege und Hilfsmitteln sowie die Fortführung ärztlich eingeleiteter Behandlungen durch Pflegefachpersonen können bürokratische Hürden reduziert und der Zugang zu notwendigen Leistungen erleichtert werden. Um Verunsicherungen vorzugreifen, müssen Pflegebedürftige und ihre Angehörigen transparent darüber informiert werden, welche Leistungen von Pflegefachpersonen übernommen werden. Nach der Legaldefinition können Pflegeassistenzkräfte keine medizinische Behandlungspflege mehr erbringen, was gerade in bei persönlichen Assistenzen zu Verwerfungen führen kann. Die Norm sollte entsprechend abgeändert werden.

Der VdK betont, dass die geplanten Änderungen ein Potenzial zur Verbesserung der pflegerischen Versorgung haben, jedoch klare Leitlinien, transparente Strukturen und eine gesicherte Finanzierung erfordern. Entscheidend ist, dass die Reform Pflegebedürftige nicht vor neue Unsicherheiten stellt, sondern ihnen eine verlässliche, sichere und qualitativ hochwertige Versorgung gewährleistet. Eine sorgfältige Evaluation in der auch die Perspektive der Pflegebedürftigen und ihrer Angehöriger einzubeziehen ist daher unerlässlich.

### **2.1.2. § 8 Abs. 3c SGB XI (neu) – Erarbeitung der Beschreibung der Aufgaben von Pflegefachpersonen**

Über die Ergänzung um Absatz 3c sollen die Aufgabenbereiche von Pflegefachpersonen nach dem SGB XI abgegrenzt und ihre Rolle systematisch weiterentwickelt werden. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen beauftragen dazu wissenschaftliche Expertisen, die pflegerische und heilkundliche Tätigkeiten sowie erforderliche Qualifikationen definieren sollen. Die Ergebnisse sollen in einem „Muster-Scope of Practice“ münden, das als Grundlage für gesetzliche und vertragliche Regelungen dient. Die Beschreibung umfasst Pflegefachpersonen mit:

- beruflicher oder akademischer Ausbildung,
- erweiterter heilkundlicher Qualifikation (z. B. Diabetes, chronische Wunden, Demenz), sowie
- spezialisierten Weiterbildungen (z. B. durch Fachgesellschaften oder Pflegekammern).

Zudem erfolgt eine Abgrenzung zu ärztlichen Tätigkeiten sowie die Entwicklung von Mindeststandards für Weiterbildungen. Die Finanzierung erfolgt über den Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung, wofür insgesamt 10 Millionen Euro (2026–2031) bereitgestellt werden. Die gesetzlichen Krankenkassen übernehmen 50 Prozent der Kosten. Die wissenschaftliche Arbeit

erfolgt durch die Spitzenverbände der Pflege- und Krankenkassen unter Einbindung des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG), das Bundesministerium für Bildung, Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMBFSFJ) sowie unter Einbeziehung der maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe und weiterer pflegewissenschaftlicher, medizinischer und gewerkschaftlicher Akteure. Die Regelung soll klare Kompetenzabgrenzungen schaffen, die eine gezielte Nutzung von Fachkräften und eine bessere Weiterqualifizierung ermöglichen.

## **Bewertung des Sozialverbands VdK**

Der VdK begrüßt die Einführung eines wissenschaftlich fundierten „Muster-Scope of Practice“ zur Klarstellung der Aufgaben von Pflegefachpersonen, da eine systematische Definition ihrer Tätigkeiten die Versorgung von Pflegebedürftigen verbessern und die Qualität der pflegerischen Leistungen sichern kann.

Durch die präzise Festlegung pflegerischer und heilkundlicher Tätigkeiten entsteht eine bessere Struktur innerhalb der Versorgung, die dazu beitragen kann, Pflegebedürftige zielgerichteter und bedarfsgerechter zu unterstützen. Insbesondere die Berücksichtigung spezialisierter Weiterbildungen und die Abgrenzung zu ärztlichen Tätigkeiten bergen das Potenzial, Pflegefachpersonen in ihren Kompetenzen zu stärken. Aus diesem Grund sollte dies auskömmlich finanziell ausgestattet werden. Das eröffnet die Chance, dass Pflegebedürftige schneller und effizienter versorgt werden, insbesondere in Bereichen wie Diabetesmanagement, Wundversorgung oder Demenzbetreuung, wo fachlich gut geschultes Pflegepersonal frühzeitig intervenieren kann.

Wichtig ist, dass die erarbeitete Kompetenzbeschreibung in der Praxis tatsächlich zu einer verbesserten Versorgung führt. Die Qualität der Pflege wird nicht nur durch theoretische Aufgabenabgrenzungen, sondern auch durch die konkrete Umsetzung in der alltäglichen Betreuung bestimmt. Damit die Regelung spürbare Vorteile für Pflegebedürftige bringt, muss sichergestellt sein, dass Pflegefachpersonen entsprechend ihrer Qualifikation eingesetzt werden und nicht durch organisatorische oder finanzielle Hürden daran gehindert werden, ihre erweiterten Kompetenzen auszuüben.

### **2.1.3. § 17a SGB XI & § 40 Abs. 6 SGB XI – Neue Richtlinien zur Empfehlung von Pflegehilfsmitteln durch Pflegefachpersonen**

Ziel der Regelung ist es, den Zugang zu dringend benötigten Hilfsmitteln für Pflegebedürftige zu erleichtern und bürokratische Hürden abzubauen. Pflegefachpersonen erhalten nun die Möglichkeit, im Rahmen der häuslichen Pflege (§ 36 SGB XI), der häuslichen Krankenpflege (§§ 37, 37c SGB V) und bei Pflegeberatungsbesuchen (§ 37 Abs. 3 SGB XI) direkte Empfehlungen zur Hilfsmittel- und Pflegehilfsmittelversorgung abzugeben. Liegt eine solche Empfehlung vor, wird die Notwendigkeit und Erforderlichkeit der Versorgung mit einem Pflegehilfsmittel oder Hilfsmittel vermutet, sofern die Bedingungen der neuen Richtlinien nach § 17a SGB XI erfüllt sind. In diesen Fällen entfällt die bisher notwendige ärztliche Verordnung, es sei denn, das empfohlene Hilfsmittel erfordert eine ärztliche Therapieentscheidung.

Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen wird verpflichtet, bis zum 31. Dezember 2025 Richtlinien zu erlassen, die festlegen, für welche Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel eine

Empfehlung durch Pflegefachpersonen als ausreichend gilt. Dabei müssen die jeweiligen Qualifikationsniveaus der Pflegefachpersonen berücksichtigt werden. Diese Richtlinien bestimmen zu-dem das genaue Verfahren für die Empfehlung bei der Antragstellung und legen fest, unter welchen Bedingungen die Genehmigungsfiktion greift, sodass eine separate ärztliche Verordnung nicht mehr erforderlich ist. Pflegefachpersonen müssen die Empfehlung schriftlich einreichen, die dabei nicht älter als zwei Wochen sein darf.

## **Bewertung des Sozialverbands VdK**

Der VdK begrüßt die Genehmigungsfiktion als sinnvolle Maßnahme zur Verbesserung des Zugangs zu Hilfsmitteln und Pflegehilfsmitteln für Pflegebedürftige. Die Möglichkeit für Pflegefachpersonen, direkte Empfehlungen auszusprechen, trägt dazu bei, bürokratische Hürden abzubauen und die Versorgung zu beschleunigen.

Die Regelung berücksichtigt, dass Pflegefachpersonen durch ihre unmittelbare Nähe zu den Pflegebedürftigen und ihren Alltagssituationen eine fundierte Einschätzung darüber treffen können, welche Hilfsmittel konkret benötigt werden. Das kann insbesondere für Pflegebedürftige, die Schwierigkeiten im Zugang zu ärztlichen Verordnungen haben oder lange Wartezeiten in Kauf nehmen müssten, eine deutliche Erleichterung darstellen.

Gleichzeitig hängt die Wirksamkeit der Regelung maßgeblich von der Ausgestaltung der durch den Bund der Pflegekassen zu erlassenden Richtlinien ab. Es muss sichergestellt sein, dass diese Richtlinien tatsächlich den Versorgungsbedarf der Pflegebedürftigen abbilden und die Auswahl an Hilfsmitteln nicht unzulässig einschränken. Insbesondere darf keine Verlagerung der bürokratischen Hürden von der ärztlichen Verordnung auf komplizierte Prüfverfahren innerhalb der Pflegekassen erfolgen. Zudem sollte die zweifach abgesicherte Empfehlung, wonach eine ärztliche Verordnung entfällt, nicht zu einer restriktiven Handhabung führen, die am Ende die Versorgung erschwert, anstatt sie zu erleichtern.

Weiterhin ist entscheidend, dass Pflegebedürftige und ihre Angehörigen über diese neue Möglichkeit informiert werden und Anträge nicht aufgrund mangelnder Bekanntheit der Regelung oder innerorganisatorischer Unsicherheiten bei den Pflegekassen scheitern. Die Qualifikationsanforderungen an Pflegefachpersonen müssen klar definiert werden, ohne unnötige Hürden aufzubauen, die die praktische Umsetzung erschweren könnten.

## **2.2. Stärkung der Beratung, Prävention & Rehabilitation**

### **2.2.1. § 5 Abs. 1a SGB XI (neu) – Ausweitung der Präventionsmaßnahmen auf den häuslichen Bereich**

Mit der Neuregelung wird ein rechtlicher Rahmen für Präventionsmaßnahmen in der häuslichen Pflege geschaffen. Pflegebedürftige sollen frühzeitig Zugang zu gesundheitsfördernden Maßnahmen erhalten. Die Pflegekassen werden verpflichtet, die Inanspruchnahme entsprechender Leistungen zu unterstützen und gezielt zu informieren. Das umfasst eine

bedarfsgerechte Beratung durch Pflegefachpersonen oder Pflegeberater sowie die Empfehlung konkreter Präventionsmaßnahmen.

Die Bedarfserhebung erfolgt bereits nach Feststellung der Pflegebedürftigkeit und während der gesamten Pflegezeit. Geeignete Präventionsmaßnahmen werden über die Pflegeberatung nach §§ 7a und 7c SGB XI, die Beratungsbesuche nach § 37 Abs. 3 SGB XI sowie durch ambulante Pflegedienste empfohlen. Die Maßnahmen basieren auf wissenschaftlichen Erkenntnissen und werden vom Bund der Pflegekassen weiterentwickelt. Sie umfassen unter anderem Mobilitätsförderung, Ernährungsberatung und psychosoziale Unterstützung. Ziel ist es, die gesundheitliche Stabilität von Pflegebedürftigen zu verbessern, Pflegesituationen zu entlasten und pflegende Angehörige zu unterstützen.

### **Bewertung des Sozialverbands VdK**

Der VdK begrüßt die gesetzliche Verankerung von Präventionsmaßnahmen in der häuslichen Pflege als wichtigen Schritt zur gesundheitlichen Stabilisierung von Pflegebedürftigen. Die frühzeitige Bedarfserhebung und gezielte Beratung können dazu beitragen, gesundheitliche Einschränkungen zu verzögern und die Selbstständigkeit länger zu erhalten. Ebenfalls positiv ist die Verknüpfung mit bestehenden Beratungsstrukturen, sodass Pflegebedürftige niedrigschwellige Zugang zu präventiven Leistungen erhalten. Entscheidend wird sein, dass diese Maßnahmen in der Praxis konsequent umgesetzt und Pflegebedürftige aktiv auf ihre Ansprüche hingewiesen werden. Kritisch sieht der VdK, dass weiterhin keine kassenübergreifende einheitliche Prävention erfolgt.

Unklar bleibt, ob die vorgesehene Umsetzung mit ausreichend finanziellen und personellen Ressourcen unterlegt ist. Präventionsangebote können nur dann wirksam sein, wenn sie flächendeckend zur Verfügung stehen und ohne bürokratische Hürden abrufbar sind. Zudem sollte sichergestellt werden, dass individuelle Bedarfe stärker berücksichtigt werden, damit Präventionsmaßnahmen nicht nur theoretisch bestehen, sondern für die Betroffenen auch tatsächlich einen Nutzen entfalten.

Von besonderer Bedeutung ist die Berücksichtigung pflegender Angehöriger. Sie tragen einen erheblichen Teil der Pflegearbeit und sind selbst gesundheitlichen Belastungen ausgesetzt. Präventive Maßnahmen sollten daher ausdrücklich auch pflegende Angehörige adressiert werden, etwa durch Schulungen zur körperlichen Entlastung oder Maßnahmen zur psychischen Stabilisierung. Hier muss sichergestellt werden, dass Präventionsangebote nicht nur für Pflegebedürftige, sondern auch für ihre pflegenden Angehörigen strukturell verankert werden.

#### **2.2.2. § 7a Abs. 8 SGB XI – Kassenübergreifende Organisation der Beratung**

Die Änderung konkretisiert den Sicherstellungsauftrag der Pflegekassen im Bereich der Pflegeberatung. Die Pflegekassen in einem Bundesland sollen künftig einheitlich und gemeinsam Vereinbarungen zur kassenartenübergreifenden Organisation der Pflegeberatung treffen können. Dadurch wird eine bessere Abstimmung der Beratungsstrukturen auf regionaler Ebene ermöglicht und Beratungsangebote für spezielle Personengruppen gezielt organisiert.

Zudem wird die Möglichkeit, dass sich Pflegekassen an bestehenden Beratungsangeboten anderer Träger beteiligen, mit der bereits bestehenden Option der Übertragung von

Beratungsaufgaben auf Dritte zusammengeführt. Das vereinfacht die bisherige Regelung und soll die Effizienz und Flexibilität der Pflegeberatung verbessern.

### **Bewertung des Sozialverbands VdK**

Der VdK begrüßt die Bestrebungen zur besseren Organisation der Pflegeberatung und die übergreifende Abstimmung auf Länderebene. Eine einheitliche und koordinierte Pflegeberatung kann zu einer verbesserten Erreichbarkeit und Qualität der Beratung für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen beitragen. Die geplante stärkere Kooperation der Pflegekassen ermöglicht eine effizientere Nutzung vorhandener Strukturen und baut Doppelstrukturen sowie Zugangsbarrieren für Ratsuchende ab. Dies darf jedoch nicht zum Abbau wohnortnaher und individueller Beratung führen.

Positiv zu bewerten ist die Möglichkeit, Beratungsangebote für spezielle Personengruppen gezielter zu organisieren. Gerade pflegebedürftige Menschen mit besonderen Bedarfen, etwa Menschen mit Demenz, kognitiven oder motorischen Einschränkungen oder Angehörige von pflegebedürftigen Kindern, benötigen spezialisierte Beratung, die über allgemeine Informationsangebote hinausgeht. Die Neuregelung eröffnet hier Chancen, bedarfsgerechtere Strukturen zu schaffen. Die Verknüpfung mit weiteren Unterstützungsangeboten, beispielsweise der Prävention und der Entlastung pflegender Angehöriger, sollte dabei stärker in den Fokus rücken.

Auch die stärkere Zusammenarbeit mit anderen Beratungsstellen, beispielsweise der Kommunen oder von Selbsthilfeorganisationen, kann dazu beitragen, die Pflegeberatung praxisnäher und leichter zugänglich zu gestalten. Die Möglichkeit der Übertragung von Beratungsaufgaben auf Dritte sollte klar geregelt werden, um sicherzustellen, dass keine kommerziellen Interessen Einfluss auf die Beratung nehmen und die Beratung unabhängig von Leistungserbringern erfolgt.

### **2.2.3. §§ 40a und 40b SGB XI – Anpassungen zu digitalen Pflegeanwendungen (DiPA)**

Digitale Pflegeanwendungen (DiPA) können künftig nicht nur Pflegebedürftige, sondern auch pflegende Angehörige und ehrenamtlich Pflegende unterstützen. Die bisherige Verknüpfung mit § 14 Abs. 2 SGB XI entfällt, wodurch auch Anwendungen gefördert werden, die allgemein zur Entlastung der Pflegepersonen beitragen. Der monatliche Leistungsbetrag steigt von 50 auf 70 Euro, aufgeteilt in 40 Euro für digitale Pflegeanwendungen und 30 Euro für ergänzende Unterstützungsleistungen. Das soll die Nutzung digitaler Hilfsmittel erleichtern und pflegende Angehörige gezielt entlasten.

### **Bewertung des Sozialverbands VdK**

Der VdK begrüßt grundsätzlich die Weiterentwicklung digitaler Pflegeanwendungen (DiPA) und die Ausweitung der Fördermöglichkeiten. Die Möglichkeit, dass diese Anwendungen künftig nicht nur Pflegebedürftige selbst, sondern auch pflegende Angehörige und ehrenamtlich Pflegende unterstützen können, stellt eine sinnvolle Ergänzung dar. Das kann dazu beitragen, die Versorgung zu stabilisieren und Angehörige zu entlasten.

Die Erhöhung des monatlichen Leistungsbetrags auf 70 Euro ist zu begrüßen. Die Aufteilung in 40 Euro für digitale Pflegeanwendungen und 30 Euro für ergänzende Unterstützungsleistungen lehnt der VdK aufgrund der absehbar komplizierten Inanspruchnahme und der Einschränkung des Wunsch- und Wahlrechts der Pflegebedürftigen ab und setzt sich stattdessen für eine Budgetlösung ein.

Es sollte zudem sichergestellt werden, dass digitale Pflegeanwendungen tatsächlich einen positiven Effekt auf die Versorgungssituation haben und keine unerwarteten negativen Auswirkungen für die Pflegebedürftigen entstehen. Die Wirksamkeit solcher Anwendungen sollte daher weiterhin wissenschaftlich überprüft werden, um Fehlentwicklungen oder unzureichende Unterstützung zu vermeiden.

Darüber hinaus bleibt unklar, ob die vorgesehene finanzielle Förderung ausreicht, um die Etablierung digitaler Hilfsmittel zu gewährleisten. Die bisherigen Erfahrungen mit digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGA) im Gesundheitswesen haben gezeigt, dass hohe Entwicklungskosten und unzureichende finanzielle Förderung dazu führen können, dass Angebote nicht in der Breite zur Verfügung gestellt werden.

## **2.3. Förderung der Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen, des Ehrenamts und der Selbsthilfe**

### **2.3.1. § 45d SGB XI – Förderung der Selbsthilfe in der Pflege**

Die Förderung der Selbsthilfe in der Pflege wird in § 45d SGB XI klarer strukturiert und finanziell ausgeweitet. Ziel ist es, bestehende Selbsthilfeorganisationen zu stärken, neue Gruppen zu unterstützen und eine langfristige Planungssicherheit für Förderprojekte zu schaffen.

Die jährlichen Fördermittel steigen um 0,06 Euro auf 0,21 Euro pro Versicherten, sodass insgesamt mehr Mittel für die Selbsthilfe bereitstehen. Gründungszuschüsse für neue Selbsthilfegruppen und -organisationen können nun direkt vergeben werden, ohne dass eine Co-Finanzierung durch Länder oder Kommunen erforderlich ist. Zusätzlich werden die Mittel für bundesweite Selbsthilfestrukturen in einem gemeinsamen Fördertopf zusammengefasst und auf 0,05 Euro pro Versicherten pro Jahr erhöht. Zudem werden die Förderzeiträume auf mindestens drei bis fünf Jahre verlängert mit dem Ziel, die Planungssicherheit für Selbsthilfeorganisationen zu verbessern. Eine erneute Förderung nach Ablauf des Zeitraums bleibt möglich. Zudem wird der Ausbau digitaler Selbsthilfeangebote gefördert, indem Gruppen finanzielle Unterstützung erhalten können, um barrierefreie digitale Anwendungen zu entwickeln oder bestehende zu verbessern.

### **Bewertung des Sozialverbands VdK**

Der VdK begrüßt die strukturelle und finanzielle Stärkung der Selbsthilfe in der Pflege, da diese einen wichtigen Beitrag zur Unterstützung von Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen leistet. Die finanzielle Ausweitung der Förderung trägt dazu bei, bestehende Selbsthilfeorganisationen zu stabilisieren und den Aufbau neuer Gruppen zu erleichtern. Die Erhöhung der Fördermittel sowie die direkte Vergabe von Gründungszuschüssen ohne Co-Finanzierung durch Länder oder Kommunen stellen sinnvolle Maßnahmen dar, um den Zugang zur Selbsthilfe zu verbessern.

Positiv ist auch die Verlängerung der Förderzeiträume. Die bisherige Unsicherheit in der Finanzierung hat in der Vergangenheit dazu geführt, dass Selbsthilfeorganisationen ihre Arbeit nicht langfristig planen konnten. Die weiterhin bestehende Begrenzung ist deswegen kritisch zu bewerten.

Die Zusammenfassung der Fördermittel für bundesweite Strukturen in einem gemeinsamen Fördertopf ist ein sinnvoller Schritt, um Doppelstrukturen zu vermeiden und eine gezielte Mittelverwendung zu ermöglichen. Auch die Förderung digitaler Selbsthilfeangebote ist angesichts der wachsenden Bedeutung digitaler Vernetzungsmöglichkeiten ein wichtiger Schritt. Es sollte jedoch sichergestellt werden, dass die geförderten Anwendungen barrierefrei sind.

Es muss sichergestellt werden, dass die neuen Anreize zur Förderung auf Landesebene tatsächlich zu einer Ausweitung der Angebote führen und regionale Unterschiede abgebaut werden

### **2.3.2. § 45e SGB XI (neu) – Förderung der Zusammenarbeit in regionalen Netzwerken**

Die Neuregelung hebt die Bedeutung der regionalen Vernetzung in der Pflege hervor, indem die bisher in § 45c Absatz 9 geregelte Förderung der Netzwerke in eine eigenständige Vorschrift überführt wird. Ziel ist es, die Zusammenarbeit zwischen Akteuren der Pflegeversorgung zu stärken, um Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen besser abgestimmte Unterstützungsangebote bereitzustellen.

Zusätzlich wird eine bundesweite Geschäftsstelle eingerichtet, die Netzwerkgründungen unterstützt, die qualitative Weiterentwicklung begleitet und den überregionalen Austausch organisiert. Die Geschäftsstelle wird von 2026 bis 2031 finanziert und soll insbesondere Hindernisse bei der Gründung und Stabilisierung regionaler Netzwerke identifizieren. Zudem werden Informations- und Austauschformate geschaffen, um Best-Practice-Beispiele zu teilen und Impulse für die kommunale Alten- und Pflegeplanung zu liefern.

Die Landesverbände der Pflegekassen erstellen eine Übersicht aller geförderten Netzwerke, die jährlich aktualisiert und auf einer zentralen Internetseite veröffentlicht wird. Dadurch soll Transparenz geschaffen und der Austausch zwischen Netzwerken erleichtert werden.

### **Bewertung des Sozialverbands VdK**

Der VdK begrüßt die Schaffung eines eigenständigen Förderrahmens für die Zusammenarbeit regionaler Netzwerke, da eine bessere Vernetzung von Akteuren in der Pflegeversorgung einen wichtigen Beitrag zur Verbesserung der Unterstützung Pflegebedürftiger und ihrer Angehöriger leisten kann. Die Möglichkeit, ungenutzte Fördermittel ins Folgejahr zu übertragen, stellt eine sinnvolle Anpassung dar, um den nachhaltigen Aufbau und die Stabilisierung dieser Netzwerke zu gewährleisten. Ebenso ist die Erhöhung des maximalen jährlichen Förderbetrags ein Schritt in die richtige Richtung, um deren langfristige finanzielle Absicherung zu verbessern.

Positiv hervorzuheben ist die Einführung einer bundesweiten Geschäftsstelle, die Netzwerkgründungen unterstützt und den qualitativen Austausch zwischen den Beteiligten fördert.

Insbesondere der überregionale Austausch kann dazu beitragen, bewährte Konzepte schneller zu verbreiten und in verschiedenen Regionen umzusetzen. Die projektierte Finanzierung ist abzulehnen, da hierdurch das erworbene Erfahrungswissen verloren zu gehen droht.

Zudem ist fraglich, ob die zur Verfügung stehenden Mittel ausreichen, um eine flächendeckende und nachhaltige Netzwerkarbeit zu gewährleisten. Gerade in strukturschwachen Regionen, in denen der Bedarf an vernetzten Unterstützungsstrukturen besonders hoch ist, könnten personelle und organisatorische Ressourcen fehlen, um Netzwerke erfolgreich zu etablieren. Hier wäre eine stärkere Unterstützung durch Länder erforderlich. Zuletzt sollten die bereitgestellten Informationen in der Übersicht der Landesverbände der Pflegekassen barrierefrei zugänglich sein und fortlaufend aktualisiert werden.

#### **2.4. §§ 45 f, h und 92c SGB XI (neu) – Gemeinschaftliche Wohnformen**

Mit dem Pflegekompetenzgesetz wird eine neue Wohnform für Pflegebedürftige geschaffen, die Elemente ambulanter und stationärer Pflege kombiniert. Ziel ist eine gesicherte Grundversorgung bei gleichzeitig hoher Selbstbestimmung. Ein pauschaler Zuschuss von 450 € soll die Kosten für pflegerische, betreuende und hauswirtschaftliche Leistungen decken, die über ein Basispaket bereitgestellt werden. Dieses enthält standardisierte Leistungen, die für alle Bewohner verpflichtend sind und nicht abgewählt werden können. Ergänzend können individuelle Pflegeleistungen in Anspruch genommen werden, sofern ein erweiterter Bedarf besteht.

Leistungen zur sozialen Absicherung von Pflegepersonen bleiben bestehen, richten sich jedoch nach den jeweils in Anspruch genommenen Pflegesachleistungen. Ziel der gemeinschaftlichen Wohnform ist es, eine stabile Pflegeumgebung zu schaffen, in der sich Angehörige weniger stark um die tägliche Versorgung kümmern müssen, aber weiterhin in den Pflegeprozess eingebunden werden können.

Der wesentliche Unterschied zur ambulanten Pflege besteht darin, dass Pflegebedürftige in gemeinschaftlichen Wohnformen keinen Anspruch auf Verhinderungs- oder Tagespflege haben, da die Betreuung bereits durch das Basispaket der Pflegeeinrichtung sichergestellt sein soll. Auch der Wohngruppenzuschlag entfällt, da die Struktur dieser Wohnform nicht mit einer klassischen Pflege-WG vergleichbar ist. Der Zugang zu Pflegeberatung, Pflegehilfsmitteln, digitalen Pflegeanwendungen sowie ergänzenden Unterstützungsleistungen für Angehörige besteht weiterhin.

Die Vorgaben zur Qualitätssicherung sollen im Zeitraum von 12 Monaten nach Inkrafttreten des Gesetzes, auch unter Beteiligung der maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen nach Maßgabe von § 118, beschlossen werden.

#### **Bewertung des Sozialverbands VdK**

Der VdK begrüßt grundsätzlich die Einführung einer neuen Versorgungsform, die Elemente ambulanter und stationärer Pflege kombiniert und Pflegebedürftigen eine gesicherte Grundversorgung mit erhöhter Selbstbestimmung ermöglichen soll. Positiv zu bewerten ist die Möglichkeit, neben dem verpflichtenden Basispaket zusätzliche Leistungen nach individuellem

Bedarf in Anspruch zu nehmen. Das kann helfen, Pflegebedürftigen eine bedarfsgerechte Unterstützung zu bieten, während pflegende Angehörige entlastet werden.

Allerdings wirft die neue Wohnform grundsätzliche vertragliche, finanzielle und ordnungsrechtlicher Fragen auf. Die pauschale Bereitstellung eines Basispakets, das nicht abgewählt werden kann, könnte die individuelle Wahlfreiheit der Pflegebedürftigen einschränken. Gerade wenn bereits Angehörige oder ambulante Dienste bestimmte Pflegeleistungen erbringen, besteht das Risiko, dass Leistungen doppelt vorgehalten und vermeidbare Kosten verursacht werden. Zudem ist unklar, inwiefern das vorgegebene Leistungspaket tatsächlich bedarfsgerecht gestaltet wird oder in welcher Form eine flexible Anpassung an individuelle Pflegeverläufe erfolgen kann.

Kritisch zu bewerten ist der Wegfall der Verhinderungs- und Tagespflege sowie des Wohngruppenzuschlags. Während das Basispaket eine kontinuierliche Betreuung sicherstellen soll, könnte die Streichung dieser zusätzlichen Unterstützungsleistungen pflegende Angehörige in ihrer Flexibilität einschränken. Gerade für pflegende Angehörige, die trotz Wohnform weiter in die Versorgung eingebunden sind, sind diese Leistungen oft essenziell, um kurzfristige Entlastung oder zeitweilige Pflegevertretung sicherzustellen. Hier bedarf es einer sorgfältigen Prüfung, ob die vorgesehenen Regelungen tatsächlich ausreichen, um Belastungen für Angehörige zu reduzieren.

Zudem muss die vorgesehene Berücksichtigung der Selbstbestimmung der Bewohner sichergestellt werden. Schon bestehende Regelungen zur Mitbestimmung aus der stationären Pflege dürfen nicht durch die neue Wohnform unterlaufen werden, bei denen diese dann nicht angewandt werden müssen.

Sehr kritisch steht der VdK der ohne Erarbeitung der Qualitätssicherung ohne theoretische und praktische Grundlage in der Jahresfrist nach Inkrafttreten gegenüber. Hier besteht die Gefahr, dass pflegerische Qualitätsgrundsätze unterlaufen werden.

## **2.5. Kommunale Verantwortung und Sicherstellung**

### **2.5.1. § 9 SGB XI – Stärke Rolle der Kommunen in der Sicherstellung**

Die Änderung konkretisieren die Verantwortung der Länder und Kommunen für die Planung und Steuerung der pflegerischen Infrastruktur. Bestehende landesrechtliche Vorgaben zur Pflegestrukturplanung werden bundesgesetzlich verankert, um eine bessere Verzahnung zwischen kommunaler Planung und der Zulassung neuer Pflegeeinrichtungen zu ermöglichen. Die Neuregelung stellt klar, dass Pflegestrukturplanungen der Kommunen vor dem Abschluss von Versorgungsverträgen berücksichtigt werden müssen. Dadurch sollen bestehende Versorgungslücken frühzeitig erkannt und Fehlplanungen vermieden werden.

Um eine bedarfsgerechte Pflegeversorgung zu gewährleisten, müssen die Pflegestrukturplanungen der Länder und Kommunen künftig auf folgenden Daten basieren:

- Demografische Entwicklung und prognostizierter Pflegebedarf
- Bestand und Kapazitäten der ambulanten, teilstationären und stationären Pflegeangebote
- Versorgungsengpässe und regional spezifische Herausforderungen

Die kommunale Pflegeplanung soll in ein integriertes Versorgungskonzept eingebettet werden. Das umfasst insbesondere eine enge Abstimmung mit den Bereichen der Prävention und Rehabilitation, der medizinischen Versorgung und der Sozialhilfe sowie der kommunalen Sozialraumplanung.

### **Bewertung des Sozialverbands VdK**

Der VdK begrüßt die stärkere bundesgesetzliche Verankerung der kommunalen Pflegestrukturplanung als wichtigen Schritt, um bestehende Versorgungslücken gezielt zu identifizieren und die Pflegeinfrastruktur stärker an regionale Bedarfe anzupassen. Hierdurch können Fehlentwicklungen vermieden werden.

Positiv ist die vorgesehene enge Verzahnung der kommunalen Pflegeplanung mit den Bereichen Prävention, Rehabilitation, medizinischer Versorgung und Sozialhilfe. Pflegerische und gesundheitliche Bedarfe können besser aufeinander abgestimmt und Pflegebedürftige umfassender unterstützt werden. Grundsätzlich spricht sich der VdK jedoch für eine deutlich stärkere Rolle der Kommunen aus und schlägt vor, die Sicherstellung der Pflege zur Pflichtaufgabe der kommunalen Daseinsvorsorge zu machen (vgl. 1.1.).

#### **2.5.2. §§ 72 1a, 2a SGB XI – Kommunale Pflegeinfrastrukturplanung**

Mit den Änderungen wird das Ziel verfolgt, die Mitwirkungsrechte der Länder und Kommunen in der Pflegeplanung zu stärken und die Verzahnung mit den Vertragsregelungen für Pflegeeinrichtungen zu verbessern. Es soll eine bedarfsgerechte regionale Pflegeinfrastruktur sichergestellt werden, ohne jedoch den Wettbewerb zwischen Leistungserbringern einzuschränken.

Bereits bestehende Ausschüsse zur regionalen Versorgungsplanung nach § 8a SGB XI erhalten durch die Neuregelung eine stärkere Verbindlichkeit. Ihre Empfehlungen müssen künftig beim Abschluss von Versorgungs- und Vergütungsverträgen stärker berücksichtigt werden. Das soll dazu beitragen, dass landesrechtliche Vorgaben zur Pflegestrukturplanung besser in die Vertragsgestaltung einfließen und so eine passgenauere Pflegeversorgung ermöglicht wird.

Die im PKG vorgesehene Vorschrift, dass neu und bereits zugelassene vollstationäre und ambulante Pflegeeinrichtungen zu prüfen haben, ob sie ihr Versorgungsangebot um Tagespflege oder Nachtpflege erweitern können, wurde im aktuellen Gesetzesentwurf nicht übernommen.

### **Bewertung des Sozialverbands VdK**

Der VdK begrüßt die stärkere Einbindung der Länder und Kommunen in die Pflegeplanung. Die Verbindlichkeit der Ausschüsse zur Versorgungsplanung nach § 8a SGB XI kann dazu beitragen, landesrechtliche Vorgaben zur Pflegestrukturplanung besser in die Vertragsgestaltung einfließen zu lassen. Das stellt sicher, dass Pflegeangebote gezielter an den tatsächlichen Bedarf angepasst werden, insbesondere in unterversorgten Regionen.

Der als positiv zu bewertende gesetzliche Prüfauftrag für Pflegeeinrichtungen zur Erweiterung von Tages- und Nachtpflegeangeboten aus dem PKG sollte wieder aufgenommen werden. Hierdurch können insbesondere pflegende Angehörige entlastet werden, die eine Alternative

zur vollstationären Pflege benötigen. Gerade die Tages- und Nachtpflege spielt eine wichtige Rolle bei der Stabilisierung häuslicher Pflegearrangements und kann dazu beitragen, einen Umzug in eine stationäre Einrichtung zu vermeiden oder hinauszuzögern. Zur Umsetzung sind zudem finanzielle und strukturelle Anreize für Pflegeeinrichtungen notwendig, ohne diese droht die praktische Umsetzung auszubleiben.

Grundsätzlich spricht sich der VdK für eine deutlich stärkere Rolle der Kommunen aus und schlägt vor, die Sicherstellung der Pflege zur Pflichtaufgabe der kommunalen Daseinsvorsorge zu machen. Unter der Federführung und in der Verantwortung der Kommunen sollen familiäre, nachbarschaftliche, berufliche und professionelle Formen der Hilfe ineinandergreifen.

### 2.5.3. § 12 SGB XI – Verpflichtende Evaluierung der Versorgungssituation

Um Versorgungsengpässe frühzeitig zu erkennen und eine bedarfsgerechte Pflegeinfrastruktur auf regionaler Ebene weiterzuentwickeln, wird die Zusammenarbeit zwischen den Pflegekassen, den Ländern und den Kommunen verbindlicher gestaltet. Pflegekassen und ihre Landesverbände werden verpflichtet, regelmäßig strukturierte Daten zur pflegerischen Versorgung zu erfassen und auszuwerten. Die gewonnenen Erkenntnisse sollen dazu beitragen, die aktuelle Versorgungslage in der ambulanten, teilstationären und stationären Pflege besser zu dokumentieren und zukünftige Bedarfe frühzeitig zu identifizieren. Weiterhin wird die bereits bestehende Verpflichtung der Pflegekassen zur Bildung örtlicher und regionaler Arbeitsgemeinschaften verbindlicher gestaltet. Ziel ist es, die Durchführung der gesetzlich übertragenen Aufgaben zu erleichtern und eine bessere Abstimmung zwischen den Versorgungsträgern zu gewährleisten.

Zur Sicherstellung eines einheitlichen und effizienten Vorgehens wird der Spitzenverband Bund der Pflegekassen gemeinsam mit den Ländern und den kommunalen Spitzenverbänden auf Bundesebene Empfehlungen zur Datenerhebung und -aufbereitung erarbeiten. Diese sollen den Umfang und die Struktur der zu erhebenden Daten, geeignete Indikatoren für die Versorgungsplanung sowie die Regelmäßigkeit der Datenerhebung festlegen. Zudem werden Verfahren zur Datenaufbereitung und Übermittlung definiert, um die Weitergabe der Informationen an alle beteiligten Stellen sicherzustellen. Dabei sollen bereits bestehende Berichtspflichten und etablierte Mechanismen genutzt werden, um bürokratischen Mehraufwand zu vermeiden und Doppelstrukturen zu verhindern.

### **Bewertung des Sozialverbands VdK**

Der VdK begrüßt die verbindliche Verpflichtung der Pflegekassen und ihrer Landesverbände, regelmäßig strukturierte Daten zur pflegerischen Versorgung zu erfassen und auszuwerten. Eine systematische Erhebung von Versorgungsengpässen ermöglicht es, regionale Bedarfe frühzeitig zu erkennen und die Pflegeinfrastruktur gezielt weiterzuentwickeln. Die stärkere Einbindung der Länder und Kommunen in die Datenauswertung ist ein wichtiger Schritt, um eine bedarfsgerechte Planung zu ermöglichen und regionale Besonderheiten angemessen zu berücksichtigen.

Allerdings bleibt offen, inwieweit die neuen Anforderungen tatsächlich zu einer besseren Steuerung der Versorgung führen. Bisherige Erfahrungen zeigen, dass bereits bestehende

Datenquellen zur Pflegeversorgung nicht immer konsequent genutzt oder miteinander verknüpft werden. Fraglich ist, ob die erhobenen Daten in der Praxis tatsächlich als Planungsgrundlage dienen und ob die erarbeiteten Empfehlungen des Spitzenverbands Bund der Pflegekassen mit den Ländern und Kommunen zielführend umgesetzt werden.

Die Verpflichtung der Pflegekassen zur verstärkten Zusammenarbeit in örtlichen und regionalen Arbeitsgemeinschaften ist grundsätzlich sinnvoll, um Abstimmungen zwischen den Akteuren zu verbessern. Doch auch hier stellt sich die Frage nach der praktischen Umsetzbarkeit. Bereits heute zeigen sich Schwierigkeiten bei der Kooperation zwischen Pflegekassen, Kommunen und anderen Akteuren, da Zuständigkeiten unklar sind und finanzielle Anreize zur Beteiligung fehlen. Der VdK spricht sich deswegen dafür aus, dass die Sicherstellung der Pflege zur Pflichtaufgabe der kommunalen Daseinsvorsorge wird. (vgl. 1.1.).

#### **2.5.4. § 73a SGB XI – Sicherstellung der pflegerischen Versorgung bei Leistungseinschränkungen**

Die bestehende Regelung zur Anzeigepflicht von Pflegeeinrichtungen bei wesentlichen Beeinträchtigungen der Leistungserbringung, die während der COVID-19-Pandemie eingeführt wurde, wird mit der neuen Vorschrift verstetigt und auf künftige Krisensituationen ausgeweitet. Ziel der Regelung ist es, die pflegerische Versorgung auch in außergewöhnlichen Notlagen sicherzustellen.

Pflegeeinrichtungen sind künftig verpflichtet, wesentliche Beeinträchtigungen der Leistungserbringung unverzüglich den zuständigen Pflegekassen anzuzeigen. Diese Pflicht gilt unabhängig von der Ursache der Beeinträchtigung, sei es eine Naturkatastrophe, eine Infektionswelle oder wirtschaftliche Schwierigkeiten des Trägers.

Die Pflegekassen prüfen gemeinsam mit der betroffenen Pflegeeinrichtung und weiteren Akteuren vor Ort, welche Maßnahmen zur Aufrechterhaltung der Versorgung erforderlich sind. In diese Prüfungen sind auch die für das Heimrecht zuständigen Landesbehörden einzubeziehen. Um kurzfristige Lösungen zu ermöglichen, können in begründeten Fällen vorübergehende Abweichungen von gesetzlichen Vorgaben zur Zulassung, zu den Leistungs- und Qualitätsanforderungen sowie zur Personalausstattung gestattet werden. Solche Abweichungen bedürfen jedoch eines Bescheids der Pflegekassen im Einvernehmen mit dem zuständigen Sozialhilfeträger. Falls die Beeinträchtigungen dauerhaft bestehen, sind entsprechende vertragliche Anpassungen vorzunehmen, um eine langfristige Versorgungssicherheit zu gewährleisten.

Zusätzlich wird der GKV-Spitzenverband verpflichtet, regelmäßig über die Entwicklung der pflegerischen Versorgungsstrukturen zu berichten. Die Berichte sollen eine Übersicht über die Anzahl der Versorgungsverträge und Pflegeplätze in der ambulanten, teilstationären und vollstationären Pflege liefern, differenziert nach Bundesländern. Neben diesen quantitativen Angaben enthält der Bericht eine Bewertung der Versorgungssituation in den einzelnen Regionen, insbesondere in Bezug auf gemeldete Beeinträchtigungen und die ergriffenen Gegenmaßnahmen. Damit soll eine verlässliche Datengrundlage geschaffen werden, um rechtzeitig politischen Handlungsbedarf zu erkennen und Maßnahmen zur Sicherstellung der pflegerischen Versorgung weiterzuentwickeln.

## Bewertung des Sozialverbands VdK

Der VdK begrüßt die Verstärkung der Anzeigepflicht für Pflegeeinrichtungen bei wesentlichen Beeinträchtigungen der Leistungserbringung sowie die Einführung einer regelmäßigen Berichtspflicht zur Versorgungsentwicklung ausdrücklich. Dies ermöglicht frühzeitig auf Krisensituationen zu reagieren und die pflegerische Versorgung besser abzusichern.

Die Möglichkeit vorübergehender Abweichungen von gesetzlichen Zulassungs- und Qualitätsanforderungen wirft jedoch Fragen hinsichtlich der Versorgungsqualität auf. Die Regelung definiert nicht klar, unter welchen Voraussetzungen Abweichungen gestattet werden und wie lange diese bestehen dürfen. Hier droht, dass kurzfristige Anpassungen zu dauerhaften Qualitätseinbußen führen. Zudem ist unklar, welche Konsequenzen es für Pflegeeinrichtungen gibt, wenn sie ihrer Anzeigepflicht nicht nachkommen. Aus Sicht des Sozialverbands VdK sollten Sanktionsmöglichkeiten eröffnet werden.

Die regelmäßige Berichtspflicht des GKV-Spitzenverbandes ist grundsätzlich zu begrüßen, da sie eine bessere Übersicht über Versorgungsengpässe schafft. Der VdK schlägt zudem vor, dass die Berichterstattung neben der Bestandsaufnahme auch konkrete Handlungsoptionen aufzeigt. Zudem sollte Patienten- und Sozialverbände in die Bewertung der Versorgungssituation einbezogen werden können.

## 2.6. Begutachtung

### 2.6.1. § 15 Abs. 8 SGB XI – Evaluation der Pflegegrade

Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen soll bis zum 30. Juni 2026 einen umfassenden Bericht zur Anwendung und Wirkung des Begutachtungsinstrumentes der Pflegeversicherung vorlegen. Der Bericht soll wissenschaftlich fundierte Erkenntnisse zu den bisherigen Erfahrungen mit dem Pflegebedürftigkeitsbegriff liefern und potenzielle Weiterentwicklungsbedarfe aufzeigen. Zudem soll untersucht werden, welche Ursachen dem seit 2017 überproportionalen Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen zugrunde liegen.

Im ersten Teil des Berichts soll bewertet werden, ob das Begutachtungsinstrument nach § 15 Abs. 2 SGB XI seine Ziele erfüllt, insbesondere in Bezug auf Handhabbarkeit, Gleichberechtigung beim Leistungszugang und Zufriedenheit der Versicherten. Die bisherige Evaluation des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs aus den Jahren 2017 bis 2019 ergab ein positives Bild. Da nun mehr als sieben Jahre vergangen sind, soll überprüft werden, ob Anpassungen an Gewichtungen und Schwellenwerten innerhalb der Pflegegrade notwendig sind. Dabei wird auch untersucht, ob sich die Bewertung von Einschränkungen in den Bereichen außerhäusliche Aktivitäten und Haushaltsführung bewährt hat.

Der zweite Teil des Berichts soll sich der Analyse des starken Anstiegs der Zahl der Pflegebedürftigen widmen. Während die demografische Entwicklung nur einen moderaten Anstieg erwarten ließ, wurde in den letzten Jahren eine wesentlich höhere Zunahme beobachtet. Dieser Trend hat erhebliche Auswirkungen auf die Finanzlage der Pflegeversicherung. Unklar ist bislang, ob die Ursachen im medizinisch-pflegerischen Bereich, in veränderten sozioökonomischen Rahmenbedingungen oder in einer veränderten Antragsstellung liegen. Die

wissenschaftliche Untersuchung soll zur Ursachenklärung beitragen und eine Grundlage für künftige Maßnahmen zur Stabilisierung der Pflegeversicherung liefern.

### **Bewertung des Sozialverbands VdK**

Der VdK sieht die geplante wissenschaftliche Evaluation der Pflegegrade grundsätzlich als notwendigen Schritt, um die Begutachtungspraxis zu überprüfen. Allerdings bleibt unklar, welche konkreten Maßnahmen aus den Ergebnissen abgeleitet werden. Es besteht die Gefahr, dass die Untersuchung vorrangig dazu dient, Kostensteigerungen in der Pflegeversicherung zu begrenzen. Problematisch ist, dass die Evaluation explizit den starken Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen untersucht. Der VdK sieht die Gefahr, dass durch Anpassungen in der Bewertung des Pflegegrads künftig weniger Menschen höhere Pflegegrade erhalten, wodurch dringend benötigte Leistungen entfallen könnten. Eine Weiterentwicklung des Begutachtungssystems muss darauf abzielen, Versorgungslücken zu schließen und den Zugang zu Pflegeleistungen für alle Bedürftigen zu verbessern.

Der VdK schlägt deswegen vor, zu untersuchen, ob durch den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff nicht vielmehr ein bisher verdeckter Pflegebedarf sichtbar geworden ist. Ein solcher Perspektivwechsel wäre entscheidend, um sicherzustellen, dass die Pflegeversicherung ihre Aufgabe der bedarfsgerechten Unterstützung erfüllt. Auch sollte untersucht werden, wie die Nutzung von Präventions- und Rehabilitationsmaßnahmen verbessert werden kann. Eine verbesserte Nutzung dieser Maßnahmen sowie die rechtzeitige Beantragung des Pflegegrads hätten dann auch geringere Kosten zum Ergebnis. Kritisch hinterfragt werden sollten, da deren Relevanz für den Pflegebedarf bisher unzureichend berücksichtigt wurde, die Module die Bereiche außerhäusliche Aktivitäten und Haushaltsführung des Begutachtungsinstruments.

#### **2.6.2. 18c Abs. 5 SGB XI – Fristhemmung Antrag auf Pflegebedürftigkeit**

Mit dem Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz 2023 wurde bereits das Ziel verfolgt, dass externe Verzögerungen, etwa Krankenhaus- oder Reha-Aufenthalte der versicherten Person, den Lauf der Begutachtungsfrist anhalten. In der Praxis blieb aber offen, wie zu verfahren ist, wenn nach Ende des Verzögerungsgrundes nur noch wenige Tage bis zum Fristablauf verbleiben. Die Neufassung von § 18c führt deshalb eine zusätzliche Fristhemmung ein, die den Zeitraum zwischen Wegfall des Verzögerungsgrundes und dem neu zu vereinbarenden Begutachtungstermin vollständig ausklammert. Dadurch sollen Medizinischer Dienst und Pflegekassen einen gesetzlich abgesicherten Spielraum erhalten, um den Termin realistisch und für Antragstellende zumutbar zu planen. Ebenfalls ist vorgesehen, dass die 70 Euro je Woche, die die Pflegekasse dem Pflegebedürftigen bei Fristüberschreitung bisher unverzüglich zu zahlen hat, erst nach 15 Tagen fällig werden sollen. Erst bei weiteren Fristüberschreitungen muss unverzüglich gezahlt werden.

### **Bewertung des Sozialverbands VdK**

Der VdK lehnt Fristhemmung über Neuregelung ab, da nicht definiert ist, wann ein Verzögerungsgrund vorliegt, den die Pflegekasse nicht zu verantworten hat. Hierdurch besteht die Gefahr, dass die Versicherten für externe Verzögerungen in die Verantwortung genommen werden sollen, die ihr Recht wiederum gegen die Pflegekassen einfordern müssen. Diese

Verlagerung der Verantwortung dreht die ursprüngliche Intention der Norm um. Verstärkt wird dies noch durch die zukünftige 15-Tages-Frist für die Zahlung bei Fristüberschreitung.

Ziel der Norm muss die Beschleunigung des Verwaltungsverfahrens mit einer Sanktion zulasten der Pflegekasse bleiben.

### 2.6.3. § 18e Abs. 6 SGB XI – Begutachtung durch Pflegefachpersonen

Die Regelung sieht ein Modellprojekt vor, das die Einbindung von Pflegefachpersonen in die Begutachtung von Pflegebedürftigkeit untersucht. Pflegefachpersonen übernehmen bereits heute wesentliche Aufgaben in der Versorgung, darunter die Feststellung des individuellen Pflegebedarfs. Ziel des Projekts ist es, die Potenziale dieser Berufsgruppe für die Pflegebegutachtung zu prüfen und die Zusammenarbeit mit dem Medizinischen Dienst zu optimieren.

Die Studie soll zudem bewerten, ob durch den Einsatz von Pflegefachpersonen Wartezeiten auf Begutachtungen verkürzt und die anschließende Versorgung schneller eingeleitet werden kann. Dabei werden auch mögliche Auswirkungen auf die Personalressourcen in der Pflege sowie Herausforderungen bei Höherstufungen oder Rückstufungen von Pflegegraden analysiert. Im Rahmen des Modellprojekts bleibt die Letztverantwortung für die Pflegebegutachtung weiterhin beim Medizinischen Dienst, wobei die Qualität der Begutachtungen jederzeit sichergestellt sein muss. Das Bundesministerium für Gesundheit wird regelmäßig über Zwischenberichte informiert, um frühzeitig Anpassungen vornehmen zu können. Der abschließende Bericht wird Juni 2028 erwartet und soll als Entscheidungsgrundlage für eine mögliche Überführung in die Regelversorgung dienen.

### Bewertung des Sozialverbands VdK

Der VdK begrüßt die geplante Erprobung der Einbindung von Pflegefachpersonen in die Begutachtung von Pflegebedürftigkeit. Eine schnellere Feststellung des Pflegebedarfs ermöglicht die zügigere Einleitung der Versorgung. Pflegefachpersonen verfügen über umfangreiche Kenntnisse in der Versorgung und können die individuelle Situation der Betroffenen oft differenziert erfassen. Ihre Einbindung in die Begutachtung kann dazu beitragen, dass die tatsächlichen Bedarfe besser abgebildet werden und pflegegerechtere Entscheidungen getroffen werden.

Allerdings ist fraglich, wie Neutralität und Unabhängigkeit sichergestellt werden, da bei Pflegefachpersonen in Einrichtungen oder ambulanten Diensten ein Interessenkonflikt vermutet werden kann. Zudem bleibt unklar, inwiefern das Modellprojekt die Auswirkungen auf bestehende Personalressourcen in der Pflegebranche berücksichtigt. Angesichts des anhaltenden Fachkräftemangels könnte die zusätzliche Einbindung von Pflegefachpersonen in die Begutachtung zu einer Mehrbelastung führen und die Versorgungskapazitäten weiter einschränken.

### 2.6.4. § 37 SGB XI – Beratungseinsätze

Die verpflichtenden Beratungseinsätze für Pflegebedürftige mit Pflegegrad 4 und 5, die ausschließlich Pflegegeld beziehen, werden vom bisherigen vierteljährlichen Turnus auf einen

halbjährlichen reduziert, wobei der Anspruch auf häufigere Beratung bestehen bleibt. Hierdurch sollen Pflegedienste, die die Beratung primär durchführen, entlasten werden.

### **Bewertung des Sozialverbands VdK**

Der VdK sieht die Änderung als besonders kritisch. Ein längeres Intervall bei der aufsuchenden Beratung in der häuslichen Pflege bei hohen Pflegegraden bei alleinigem Bezug von Pflegegeld ist abzulehnen. Hierdurch erhöht sich deutlich die Gefahr, dass die Überlastung von pflegenden Angehörigen und damit auch die Unterversorgung von Pflegebedürftigen zu spät oder nicht erkannt wird. Das im Entwurf intendierte Ziel, dass hierdurch Pflegedienste entlastet werden sollen, trägt nicht, da die Beratungsbesuche auch Aufgabe der Pflegekassen sind.

### **2.7. § 113b Abs. 3 SGB XI – Qualitätsausschuss**

Mit der Änderung soll der Qualitätsausschuss weiterentwickelt und die Rolle des unparteiischen Vorsitzenden und der unparteiischen Mitglieder gestärkt werden. Künftig kann der Vorsitzende bis zu zwei außerordentlichen Sitzungen des erweiterten Qualitätsausschusses pro Jahr einberufen, um grundsätzliche Fragen der Qualitätssicherung oder weitere Themen der Pflegequalität zu behandeln, selbst wenn kein Streitfall vorliegt.

### **Bewertung des Sozialverbands VdK**

Der VdK sieht die Stärkung der unparteiischen Vorsitzenden positiv und regt an, dass sie grundsätzlich die Leitung der Sitzungen des QSA übernimmt.

## **3. Fehlende Regelungen**

Der vorliegende Referentenentwurf übernimmt viele geplante Regelungen, die bereits im Kabinettsentwurf des Gesetzes zur Stärkung der Pflegekompetenz vom 18.12.2024 der 20. Legislaturperiode, welches nicht verabschiedet wurde, enthalten waren. Nachfolgende wichtige Reformbausteine aus ebendiesem Entwurf sollten aus Sicht des VdK ebenfalls in das weitere Gesetzgebungsverfahren einfließen.

### **3.1. § 10a SGB XI – Pflegebevollmächtigte/r**

Der Kabinettsentwurf des PKG vom 18.12.2024 sah vor, die bisherige Praxis der Berufung der oder des Pflegebevollmächtigten per Kabinettsbeschluss durch eine gesetzliche Verankerung der Position abzulösen. Zielsetzung der Norm im Kabinettsentwurf war, dass die oder der Bevollmächtigte unabhängig darauf hinwirken soll, dass die Interessen pflegebedürftiger Menschen, ihrer Angehörigen und beruflich Pflegenden in allen relevanten Bereichen berücksichtigt werden. Dazu gehörte insbesondere die Wahrung der Selbstbestimmung, die Sicherstellung der Versorgungsqualität und die Unterstützung der Implementierung aktueller pflegewissenschaftlicher Erkenntnisse. Um den Interessen von pflegebedürftigen Menschen, ihren An- und Zugehörigen frühzeitig und fundiert Geltung im Rahmen politischer und gesellschaftlicher Gestaltung pflegerelevanter Entwicklungen verschaffen zu können, hätte der oder die Bevollmächtigte einen Beirat einrichten sollen.

## **Bewertung des Sozialverbands VdK**

Als einer der sechs auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen nach § 118 SGB XI setzt sich der Sozialverband VdK für die Verstärkung des Amtes der oder des Bevollmächtigten der Bundesregierung für Pflege ein. Dies wäre ein wichtiger Schritt, um die Interessen pflegebedürftiger Menschen, ihrer Angehörigen und beruflich Pflegenden dauerhaft in den politischen Entscheidungsprozessen zu verankern. Damit würde sichergestellt, dass pflegerelevante Themen kontinuierlich in die öffentliche Debatte einfließen und pflegepolitische Entwicklungen kritisch begleitet werden. Ergänzend zum Kabinettsentwurf des PKG vom 18.12.2024 müssten dem Beirat konsequenterweise die maßgeblichen Verbände nach § 118 SGB XI, darunter der Sozialverband VdK, angehören.

### **3.2. § 45a SGB XI – Stärkung niedrigschwelliger Unterstützungsangebote**

Die Änderungen des Kabinettsentwurfs des PKG vom 18.12.2024 sahen vor, den bisherigen § 45a zu präzisieren und zugleich den Umwandlungsanspruch in einen neuen § 45f zu verlagern. In der neu gefassten Definition der Betreuungsangebote hätten die Helfenden ihre Tätigkeit nicht mehr unter zwingender pflegfachlicher Anleitung, sondern bei Bedarf lediglich mit fachlicher Begleitung oder Supervision ausüben sollen, um Anerkennungshürden zu senken und ehrenamtliches Engagement zu fördern.

Parallel dazu hätten die Qualitätssicherungs- und Anerkennungsvorgaben vereinfacht werden sollen. Anbieter hätten nur noch nachweisen müssen, dass ihre Leistungen verlässlich und dauerhaft erbracht werden, während Angaben zu Verfügbarkeit und Zielgruppe verpflichtend geworden wären. Die Qualifikationsanforderungen der Helfenden wären modular oder bis spätestens zwölf Monate tätigkeitsbegleitend zu erwerben gewesen. Bei besonders vulnerablen Adressaten hätte ein (erweitertes) Führungszeugnis verlangt werden können. Gleichzeitig hätte der Entlastungsbetrag bis zu 50 Prozent für mehrstündige Betreuungsgruppen genutzt werden dürfen und praktische Alltagshilfen, etwa haushaltsnahe Dienstleistungen, wären über ein stark verschlanktes Anerkennungsverfahren zugelassen worden, das ehrenamtlichen Helfenden ausdrücklich die Anbindung an bestehende Landes- und Kommunalstrukturen eröffnet hätte.

## **Bewertung des Sozialverbands VdK**

Der VdK setzt sich für die Reform der niedrigschwelligen Unterstützungsangebote ein, da diese einen sinnvollen Schritt zur Verbesserung der häuslichen Versorgung und zur Entlastung pflegender Angehöriger darstellen würden. Die Anpassungen hätten eine flexiblere Gestaltung und einen erleichterten Zugang zu diesen Leistungen bedeutet, wodurch das Angebot breiter aufgestellt werden kann. Die Möglichkeit die Schulung modular oder tätigkeitsbegleitend durchzuführen, würde zudem den Einstieg in diese Tätigkeiten erleichtern.

Die erweiterte Nutzung des Entlastungsbetrags für mehrstündige Betreuungsgruppen würde für Pflegebedürftige mehr soziale Teilhabe und für Angehörige eine bessere Planbarkeit von Entlastungszeiten ermöglichen. Gleichzeitig wäre durch die Mindeststandards und

Qualifikationsanforderungen eine Grundsicherung der Qualität sichergestellt. Die Vereinfachung der Anerkennungsverfahren für Anbieter praktischer Unterstützungsleistungen kann den Zugang zu diesen Diensten erleichtern, muss jedoch mit einer angemessenen Kontrolle verbunden sein, um die Qualität sicherzustellen. Der VdK mahnt an, dass niedrighschwellige Unterstützungsangebote flächendeckend vorhanden und bedarfsgerecht nutzbar sein müssen. Auch eine angemessene Finanzierung dieser Angebote ist erforderlich, um eine langfristige Verfügbarkeit sicherzustellen.

### 3.3. §§ 45f und 45g SGB XI (neu) – Anspruch auf Umwandlung Sachleistungsbeträge

Der Kabinettsentwurf des PKG vom 18.12.2024 sah mit §§ 45f und 45g SGB XI Regelungen vor, die es Pflegebedürftigen ermöglicht hätten, jeweils bis zu 50 Prozent ihres ambulanten (§ 36) bzw. teilstationären (§ 41) Sachleistungsbudgets in anerkannte niedrighschwellige Betreuungs- und Entlastungsangebote umzuwandeln. Die Kostenerstattung wäre weiterhin antragsfrei über Einreichen der Leistungsbelege erfolgt. Auf Wunsch hätten Pflegedienste bzw. Tages- und Nachtpflegeeinrichtungen die Versicherten monatlich über bereits verbrauchte Sachleistungen informiert, damit kein Budgetteil doppelt verplant wird. Ein gleichzeitiger Einsatz derselben Leistung aus ambulantem und teilstationärem Budget oder durch Einrichtungen, die dieselbe Leistung schon als Sachleistung abzurechnen, wäre ausgeschlossen gewesen. Der Entlastungsbetrag nach § 45 b hätte parallel genutzt werden können, überzahltes Pflegegeld wäre, wie bisher, lediglich verrechnet worden.

§ 45g spiegelte § 45f, richtete sich aber speziell an regelmäßige, mehrstündige Gruppenangebote außerhalb des häuslichen Umfelds (Tages-, Randzeiten- oder Nachtbetreuung). Die Kurzzeit- oder Einzelstundenbetreuung blieb ausgeschlossen, weil sie keine vergleichbare Entlastungswirkung bietet. Die Nutzung hätte in gemischten Gruppen (Pflege- und Nichtpflegebedürftige) erfolgen können. Bis Ende 2030 sollte das Bundesgesundheitsministerium evaluieren, ob der neue Anspruch den Ausbau solcher Angebote sowie deren Entlastungs- und Teilhabeeffekte stärkt.

#### **Bewertung des Sozialverbands VdK**

Die im Kabinettsentwurf des PKG vom 18.12.2024 vorgesehenen §§ 45f und 45g SGB XI hätten aus Sicht des VdK einen spürbaren Zugewinn an Wahlfreiheit bewirken können. Die Möglichkeit, jeweils bis zu 50 Prozent der ambulanten bzw. teilstationären Sachleistungsbeträge in anerkannte niedrighschwellige Betreuungs- und Entlastungsangebote umzuwandeln, hätte Pflegebedürftigen (vor allem ohne regelmäßige Pflegesachleistung) größere finanzielle Spielräume und damit mehr gesellschaftliche Teilhabe ermöglicht. Der VdK würde zudem den Wegfall der Antragspflicht sowie das abrechnungsfreundliche Belegverfahren begrüßen, weil diese Schritte die Bürokratie abbaut und, dank der vorgesehenen Budget-Übersichten der Leistungserbringer, die Transparenz verbessern würden.

Gleichzeitig vertritt der VdK die Ansicht, dass die strikte Beschränkung des § 45g auf regelmäßige, mehrstündige Gruppenbetreuung außerhalb des Zuhauses Pflegebedürftige ausgeschlossen hätte, die kürzere oder flexiblere Formen der Betreuung benötigen. Ferner bräuchte es zeitnah einheitliche Anerkennungs- und Qualitätskriterien, um Doppel- oder Fehlfinanzierungen zu verhindern und die Leistungsqualität flächendeckend zu sichern.