

DEUTSCHE KRANKENHAUS GESELLSCHAFT

# Stellungnahme

**zum Gesetzentwurf der Bundesregierung**

**für ein**

**Gesetz zur Neuordnung der Pflegeversicherung (Pflegeneuordnungsgesetz – PNOG)**

*(Stand: 29.10.2026)*

# Inhaltsverzeichnis

**Zusammenfassung** ..... 1

**Bewertung ausgewählter Regelungen** ..... 3

1) Datenübermittlung an Pflegekassen (Artikel 5 Nr. 2/ § 39 Absatz 1a Satz 13 (neu) SGB V) ..... 3

2) Familiale Pflege weiterhin ermöglichen (Begründung zu den §§ 7c Absatz 3 (neu), 7d Absatz 3 und 45 Absatz 1 SGB XI) ..... 3

3) Berücksichtigung tariflicher Entlohnung bei der Pflegevergütung (Artikel 1 Nr. 60/ Änderung § 82c SGB XI) ..... 3

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

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

6) Neue Instrumente der Pflegeversicherung (Artikel 1 Nr. 6 und 8/ Änderung §§ 7a, c und d SGB XI) ..... 5

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

8) Einführung von Akut-Kurzzeitpflege (Artikel 1 Nr. 37 i.V.m Nr. 53 und 63/ § 42 Absatz 4, § 69 Absatz 1a, 88b (neu) SGB XI) ..... 6

# Zusammenfassung

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

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

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

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

Das Bekenntnis des Gesetzentwurfs zur Trägervielfallt im Regelungsbereiches des SGB XI nach § 6 Absatz 2 SGB XI (neu) wird von den Krankenhäusern aufmerksam zu Kenntnis genommen, insbesondere vor dem Hintergrund, dass das GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz die Trägervielfallt der Krankenhäuser gerade politisch gefährdet. Die Sicherung pluraler Trägerstrukturen ist von zentraler Bedeutung für eine flächendeckende, bedarfsgerechte und qualitativ hochwertige Versorgung. Unterschiedliche Träger leisten mit ihren jeweiligen Profilen, Wertorientierungen und Versorgungsaufträgen einen unverzichtbaren Beitrag zur Stabilität und Vielfalt der Gesundheitsversorgung. Dieses gesetzgeberische Bekenntnis muss konsequent auch in anderen Reformvorhaben zum Ausdruck kommen.

Positiv nehmen die Krankenhäuser zur Kenntnis, dass zentrale Hinweise ihrer Stellungnahme zum Referentenentwurf berücksichtigt wurden: Die Ausgestaltung des Meldeweges der Informationen zur weiteren Pflegebegleitung (§ 39 Absatz 1a Satz 12 (neu) SGB V) im Rahmen des Entlassmanagements sowie die Rücknahme der Kürzung der Rentenpunkte für pflegende Angehörige.

Zudem begrüßen die Krankenhäuser ausdrücklich, dass die Sätze 3 und 4 im Absatz 1 des § 45 SGB XI nun doch nicht gestrichen werden und somit Hausbesuche im Rahmen der familialen Pflege weiterhin und unverändert möglich sind.

Kritisch sehen die Krankenhäuser jedoch weiterhin, dass der Änderungshinweis zu der Datenübertragung von Informationen an die Pflegekassen im Rahmen des Entlassmanagements nicht aufgegriffen wurde. Hier bedarf es dringend einer Anpassung (siehe Nummer 1).

# Bewertung ausgewählter Regelungen

## 1) Datenübermittlung an Pflegekassen (Artikel 5 Nr. 2/ § 39 Absatz 1a Satz 13 (neu) SGB V)

Krankenhäuser sind bereits heute regelmäßig an die Telematikinfrastruktur angebunden und verwenden das sichere Übermittlungsverfahren Kommunikation in der Medizin (KIM) im Entlassmanagement, z. B. für die Beantragung von Anschlussrehabilitation bei Krankenkassen. Die getätigten Investitionen in die Telematikinfrastruktur sollten nicht mit dem Aufbau anderer Übermittlungswege entwertet werden. Insbesondere der Aufbau und die Wartung von anderen Verschlüsselungslösungen, die in der Telematikinfrastruktur bereits zur Verfügung stehen, wären dauerhaft mit erheblichem Aufwand verbunden. Die Verwendung von KIM und perspektivisch des TI-Messengers zwischen Krankenhäusern und Pflegekassen bildet damit den Einstieg des Pflegesektors in die umfassende Verwendung der Telematikinfrastruktur beim Aufbau neuer Strukturen in der Pflegeberatung.

**Änderungsvorschlag:**

Nach § 39 Absatz 1a Satz 11 werden die folgenden Sätze eingefügt:

*„Die Vertragspartner haben in dem Rahmenvertrag ergänzend zu regeln, dass die erforderlichen Informationen zur weiteren Pflegebegleitung mit Einwilligung des Patienten in gesicherter elektronischer Form an die zuständige Pflegekasse zum Zweck der Weiterleitung an die für die Pflegebegleitung nach den §§ 7c und 7d des Elften Buches zuständige Stelle übermittelt werden können.* ***Krankenhäuser übermitteln die Informationen gemäß Satz 12 mittels sicherer Übermittlungsverfahren nach § 311 Absatz 6.“***

## 2) Familiale Pflege weiterhin ermöglichen (Begründung zu den §§ 7c Absatz 3 (neu), 7d Absatz 3 und 45 Absatz 1 SGB XI)

Mit der familialen Pflege, die in verschiedenen Bundesländern derzeit von Krankenhäusern – auch in der Häuslichkeit der Pflegebedürftigen – angeboten wird, haben sich über viele Jahre Versorgungsstrukturen etabliert und bewährt. Durch die Beibehaltung der Sätze 3 und 4 im Absatz 1 des § 45 SGB XI können Krankenhäuser dieses Angebot weiterhin unterbreiten. Zur Klarstellung sollte die Begründung zu den §§ 7c Absatz 3 (neu), 7d Absatz 3 und 45 Absatz 1 SGB XI angepasst werden.

## 3) Berücksichtigung tariflicher Entlohnung bei der Pflegevergütung (Artikel 1 Nr. 60/ Änderung § 82c SGB XI)

Der Gesetzentwurf unterstreicht, dass tarifliche Entlohnung bei der Bemessung von Pflegevergütungen zu berücksichtigen ist und nicht pauschal als unwirtschaftlich abgelehnt werden darf. Dieser Grundsatz muss auch für Krankenhäuser gelten. Rund 90 Prozent der Krankenhäuser sind tarifgebunden; dennoch werden tarifbedingte Kostensteigerungen derzeit nur hälftig refinanziert.

Die tarifliche Entlohnung ist ein zentraler Baustein zur Sicherung fairer Arbeitsbedingungen, zur Personalgewinnung und zur langfristigen Stabilisierung von Versorgungsqualität. Die Deutsche

Krankenhausgesellschaft fordert daher, tarifliche Personalkostensteigerungen in den Krankenhäusern **vollständig und verlässlich** zu refinanzieren. Die mit dem GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz eingeführte hälftige Berücksichtigung bildet die tatsächlich entstehenden Kosten nicht ab und gefährdet die wirtschaftliche Stabilität der Kliniken. Die Tarifrate ist gerade dazu vorgesehen, tarifbedingte Mehrkosten oberhalb der allgemeinen Vergütungsentwicklung auszugleichen.

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

Zur Verbesserung der Pflegequalität und Entlastung des Pflegepersonals soll aus Finanzmitteln des Sondervermögens des Bundes für Infrastruktur und Klimaneutralität ein Förderprogramm in Höhe von 1,6 Milliarden Euro für die Digitalisierung ambulanter und teilstationärer Pflegeeinrichtungen eingerichtet werden (§ 11 Absatz 4 (neu) SGB XI), das durch Beteiligung der Länder in Höhe von 25 % der bereitgestellten Fördersumme kofinanziert werden soll (§ 11 Absatz 5 (neu) SGB XI). Das Förderprogramm ist grundsätzlich zu begrüßen, da nur mit der Bereitstellung von entsprechenden Mitteln Innovationen auf den Weg gebracht werden können, die zur Entlastung von Pflegepersonal beitragen. In Zeiten des Fachkräftemangels ist dies unabdingbar. Umso unverständlicher ist es, dass mit dem GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz die pauschale Finanzierung der pflegeentlastenden Maßnahmen für den Krankenhaussektor sukzessive abgebaut wird. Dies kann aufgrund der bereits sehr schwierigen wirtschaftlichen Lage der Krankenhäuser dazu führen, dass in den Krankenhäusern Innovationen und pflegepersonalentlastende Maßnahmen nicht umgesetzt werden können – mit negativen Auswirkungen auf die Attraktivität des Pflegeberufes und eine effizientere Versorgung.

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

Insgesamt sollen Kranken- und Pflegeversicherung stärker auf Vermeidung, Reduzierung und Stabilisierung von Pflegebedürftigkeit ausgerichtet werden. Versicherte sollen nunmehr im Rahmen von Gesundheitsuntersuchungen nach § 25 Absatz 1 SGB V Anspruch auf eine altersbezogene Erfassung und Bewertung gesundheitlicher Risiken und Belastungen, die geeignet sind, zu einem Verlust von Selbständigkeit oder zum Eintritt von Pflegebedürftigkeit beizutragen (§ 25 Absatz 2a (neu) SGB V). Auch die neuen Instrumente der Pflegeversicherung legen ein besonderes Augenmerk auf Prävention und Rehabilitation.

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

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

## 6) Neue Instrumente der Pflegeversicherung (Artikel 1 Nr. 6 und 8/ Änderung §§ 7a, c und d SGB XI)

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

Die vorgesehene individuelle Pflegebegleitung (§ 7c (neu) SGB XI) und ihre Angebotsstruktur (§ 7d (neu) SGB XI) soll Pflegebedürftige bei der Sicherstellung der häuslichen Versorgung beraten und begleiten, aber auch präventiv wirken. Sie kann einen wichtigen Beitrag dazu leisten, die Anschlussversorgung nach Krankenhausaufenthalten zu stabilisieren. Insbesondere dann, wenn sie Maßnahmen aus dem Entlassmanagement aufgreift, Unterstützungsbedarfe rasch identifiziert und Folgetermine und -maßnahmen organisiert.

Der tatsächliche Nutzen für den Krankenhausbereich wird wesentlich davon abhängen, ob die Pflegebegleitung nicht nur beratend, sondern tatsächlich steuerungs- und umsetzungsfähig ausgestaltet wird. Krankenhäuser benötigen an der Entlassschnittstelle verlässliche Ansprechpartner, klare Zuständigkeiten und kurzfristige Reaktionsmöglichkeiten. Bleibt die neue Struktur in der praktischen Umsetzung zu unverbindlich, droht die Reform hinter ihrem Potenzial zurückzubleiben und die faktische Koordinationsverantwortung weiterhin bei den Krankenhäusern zu verbleiben.

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

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

Die Neufassung des § 10 SGB XI dient der Verstetigung des Kompetenzzentrums sowie dem Ausbau seines Aufgabenspektrums. Der Beirat zur Begleitung der Arbeiten des Kompetenzzentrums soll um die Verbände der Krankenkassen ergänzt werden, um zu verdeutlichen, dass die Digitalisierung im Bereich der Langzeitpflege maßgeblich von Kranken- und Pflegekassen mitgeprägt wird. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft sollte hier ebenfalls eingebunden werden.

Die vorgesehenen Aufgaben – insbesondere im Bereich Digitalisierung, Evaluation, Wissensaufbereitung, Implementierungsunterstützung und Vernetzung – weisen deutliche Berührungspunkte mit dem Krankenhaussektor auf. Dies gilt insbesondere für digitale Überleitungsprozesse, die Einbindung in sektorenübergreifende Informationsstrukturen, die Bewertung praktischer Umsetzbarkeit sowie die Frage, wie neue Pflegeinstrumente an den Übergängen zwischen stationärer Akutversorgung und nachstationärer Pflege und Betreuung funktionieren. Krankenhäuser sind zentrale Akteure an genau diesen Übergängen. Ohne eine institutionalisierte Einbindung der Deutschen Krankenhausgesellschaft besteht das Risiko, dass wesentliche Umsetzungserfahrungen und -bedarfe aus dem Krankenhausbereich bei der Ausgestaltung des Kompetenzzentrums unberücksichtigt bleiben. Daher sollte eine Beteiligung aufgenommen werden.

## 8) Einführung von Akut-Kurzzeitpflege (Artikel 1 Nr. 37 i.V.m Nr. 53 und 63/ § 42 Absatz 4, § 69 Absatz 1a, 88b (neu) SGB XI)

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



# Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG)

Bundesverband der Krankenhausträger
in der Bundesrepublik Deutschland

**Wegelystraße 3**
**10623 Berlin**

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

DEUTSCHE KRANKENHAUS GESELLSCHAFT