



STELLUNGNAHME ZUM ENTWURF EINES GESETZES ZUR NEUORDNUNG DER PFLEGEVERSICHERUNG (PNOG)

KONTAKT:

Kuratorium Deutsche Altershilfe

Wilhelmine-Lübke-Stiftung e.V.

Dr. Alexia Zurkuhlen

Michaelkirchstr. 17-18

10179 Berlin

Tel.: +49 30 / 2218298 – 0

Fax: +49 30 / 2218298 - 66

E-Mail: info@kda.de

Internet: www.kda.de

09. Juni 2026

1 Vorbemerkung

Das Kuratorium Deutsche Altershilfe begrüßt ausdrücklich, dass, wenn auch verspätet, vor der Sommerpause der Entwurf eines Pflegeneuordnungsgesetzes (PNOG) vom zuständigen Bundesgesundheitsministerium vorgelegt wurde. Es bedauert ausdrücklich, dass die öffentliche Kommunikation über den Gesetzesentwurf und die Notwendigkeit einer Strukturreform der Pflegeversicherung im Wesentlichen unter dem Gesichtspunkt von fiskalisch erforderlichen Einsparungen geführt wurde und wird. Dadurch wird zum einen die aktuelle, im Wesentlichen in der häuslichen Versorgung, geleistete Pflege und Sorge und die hier auftretenden Probleme und Herausforderungen, um die es auch bei einer Reform der Pflegeversicherung im Wesentlichen gehen muss, in den Hintergrund gerückt und eine deutliche Irritation insbesondere Pflegebedürftiger und pflegender An- und Zugehörige ausgelöst. Dabei enthält der Entwurf eines Pflegeneuordnungsgesetzes gerade für die häusliche Versorgung wesentliche und aus Sicht des Kuratorium Deutsche Altershilfe lange überfällige Reformen, die den Bedarf Pflegebedürftiger und pflegender An- und Zugehöriger auf Unterstützung und Sicherstellung der Versorgung sachgerecht und effizient beantworten können. Die notwendige Diskussion um die Finanzarchitektur der Pflegeversicherung aber auch anderer sozialer Sicherungssysteme darf aus Sicht des Kuratorium Deutsche Altershilfe nicht in der Immanenz der jeweiligen Sozialgesetzbücher und Sicherungssysteme geführt werden, sondern bedarf einer breiteren und sektorübergreifenden Betrachtung, Analyse und Strategie. So wird auch eine demographiefeste und Maßstäben sozialer Gerechtigkeit entsprechende Finanzierung der pflegerischen und gesundheitlichen Versorgung ohne die Einbeziehung der gesetzlichen Krankenversicherung und ohne eine Reform der Hilfe zur Pflege nicht möglich sein.

In der Einleitung zur Vorstellung des Pflegeneuordnungsgesetzes wird zurecht darauf hingewiesen, dass die Sicherung auf Pflege angewiesener Menschen vor großen demografischen Herausforderungen steht. Diese beziehen sich sowohl auf die **Finanzierung der sozialen Pflegeversicherung** als auch unter **berufsdemografischen Gesichtspunkten** auf die Verfügbarkeit von Pflegefachpersonen und sich wandelnden familiären und informellen Sorgestrukturen. Schließlich wird die Zahl auf Pflege angewiesener Menschen ab 2035 deutlich steigen. Der Hinweis, dass die Pflegeprävalenz deutlich höher ausgefallen ist, als sie demografisch erwartbar war, ist unter wissenschaftlichen Gesichtspunkten unzutreffend. Es handelt sich nicht in einem epidemiologischen Sinne um Prävalenz, sondern um ein verändertes Inanspruchnahmeverhalten von Personen, die die Voraussetzungen des Konstruktes der Pflegebedürftigkeit gemäß § 14 SGB XI erfüllen. So kommt es, dass trotz demografiebedingter Abnahme der Zahl über 75-jähriger Personen durch die geringe Zahl von Geburten in der Kriegs- und Nachkriegszeit bei gleichzeitiger Verbesserung des Gesundheitsstatus älterer Menschen epidemiologisch ein geringerer Anteil chronisch

kranker Personen mit dem Risiko der Verwiesenheit auf fremde Hilfe besteht. Insofern ist es nachvollziehbar, wenn der Zugang zu Leistungen in der Pflegeversicherung respektive das Konstrukt der Pflegebedürftigkeit im Rahmen des PNOG auf den Prüfstand gestellt wird. Dabei ist jedoch zwingend erforderlich – insbesondere unter dem Aspekt der Prävention – vorpflegerische und wirkungsvolle, stabilisierende Maßnahmen zu berücksichtigen, anstatt allein auf eine rein numerische Reduktion von Leistungsbeziehenden zu setzen. Letzteres ist weder nachhaltig noch entspricht es den Gerechtigkeitsprinzipien der sozialen Pflegeversicherung.

Das Kuratorium Deutsche Altershilfe hat seinerzeit maßgeblichen Einfluss auf die Einführung einer sozialen Pflegeversicherung gehabt, als es 1974 den fachlichen und politischen Diskurs zur Einführung einer Pflegeversicherung initiiert und gefördert hat. Das KDA hat sich immer wieder mit Empfehlungen für eine Weiterentwicklung der Pflegeversicherung in die fachöffentliche Diskussion eingebracht. Zuletzt durch das Papier „Reset Pflegeversicherung Strukturreform Pflege und Teilhabe III“ (vgl. Klie et al. 2025). Zuvor mit dem Papier „Strukturreform Pflege und Teilhabe II“ (vgl. Klie et al. 2021) sowie dem Grundlagenpapier „Pflegepolitik gesellschaftspolitisch radikal neu denken“ (vgl. Schulz-Nieswandt 2020). Die Überlegungen zu einer Strukturreform im Papier Reset Pflegeversicherung wurden im Konzept des Pflegeneuordnungsgesetzes in durchaus maßgeblich zu nennender Weise aufgegriffen, sowohl semantisch als auch in seinen Zielsetzungen und Regelungsvorschlägen.

2 Lösungsvorschläge

Die im PNOG vorgeschlagenen Lösungen beginnen richtigerweise mit den versorgungsbezogenen Reformbausteinen, die in der Bund-Länder Arbeitsgruppe „Zukunftspakt Pflege“ ausführlich beraten und weithin konsentiert wurden.

2.1 Vermeidung von Pflegebedürftigkeit, Rehabilitation

Es ist zutreffend, dass das Ziel einer präventionsorientierten Gesundheits- und Pflegepolitik darin liegen muss, Pflegebedürftigkeit zu vermeiden. Die Pflegeprävalenz liegt in Deutschland insgesamt im internationalen Vergleich (zu) hoch. Der Ansatz, auf Prävention zur Vermeidung von chronischen Krankheiten und Pflegebedürftigkeit zu setzen ist zuzustimmen. Die Stärkung von Prävention, Gesundheitsförderung und Rehabilitation ist grundsätzlich zu begrüßen. Sie sollte jedoch als unterstützende Angebotsstruktur ausgestaltet werden, da pflegebedürftige Menschen und ihre An- und Zugehörigen eine Begleitung und Information zu Handlungsmöglichkeiten benötigen, die auf ihre individuelle Lebenslage und ihre Ressourcen ausgerichtet ist. Präventionsangebote müssen sich an den individuellen Bedarfen sowie an regionalen Besonderheiten orientieren und kooperativ ausgestaltet werden. Statt standardisierter

Maßnahmen bedarf es evidenzbasierter und lebensweltlich passfähige Ansätze. „Pflegeprävention“ wie sie im PNOG im Vordergrund steht greift zu kurz und entbehrt weitgehend pflegewissenschaftlichen Evidenz. Auch bei Pflegebedürftigkeit sind Aspekte sozialer Ungleichheit zu beachten. Sowohl die fernere Lebenserwartung als auch das Risiko von chronischen Krankheiten betroffen zu sein und infolgedessen pflegebedürftig zu werden ist bei Personengruppen mit niedrigem sozio-ökonomischen- und Bildungsstatus deutlich verbreiteter. Insofern hat Prävention auch vor Pflegebedürftigkeit Aspekte sozialer Ungleichheit aber auch sozialräumliche Strukturen mit zu berücksichtigen. Daher müssen aus Sicht des KDA Ansätze von Verhaltens- sowie Verhältnisprävention lebensphasenbezogen integriert und sektorenübergreifend (teil-)standardisiert werden, um nicht nur selektiv primärpräventive Effekte zu erzielen. Prävention entfaltet ihre Wirkung zudem nur dann, wenn aus Screeningverfahren und Gesundheitsdaten konkrete Unterstützungsangebote folgen. Erforderlich ist eine verbindliche Überleitung in alltagsnahe und wohnortnahe Unterstützungsstrukturen. Dies kann zugleich die Nachfrage nach aktivierender Begleitung, Angeboten sozialer Teilhabe, Haushaltsunterstützung und niedrigschwelligen Lotsenfunktionen erhöhen. Voraussetzung hierfür ist jedoch, dass entsprechende regionale Angebotsstrukturen vorhanden sind und durch Pflegebegleitung sowie kommunale Steuerung koordiniert werden. Noch bedeutsamer sind gerade bezogen auf Pflegebedürftigkeit im höheren Lebensalter, wissenschaftlich gut belegte Effekte geriatrischer Prävention und Rehabilitation. Diese gilt es systematisch zu berücksichtigen und in einer sektorenübergreifenden Ausgestaltung von Präventions- und Versorgungssystemen einzubeziehen. Positiv zu bewerten sind in diesem Zusammenhang lebensphasenbezogene Präventionsscreenings, insbesondere unter Nutzung vorhandener Gesundheitsdaten. Ein besonderer Nutzen ist bei der frühzeitigen Erkennung von Risikolagen demenzieller Erkrankungen sowie bei entsprechenden Diagnoseverfahren nachgewiesen. Gleichzeitig ergibt sich daraus der Auftrag, Verhaltens- und Verhältnisprävention stärker miteinander zu verknüpfen und die Überleitung von der medizinischen Versorgung in Angebote der Prävention und Gesundheitsförderung verbindlich zu gestalten. Es wird seitens des KDA sehr begrüßt, dass der MD Bund die Verschränkung des NBI mit geriatrischem Assessment in einem jüngst vorgelegten Forschungsbericht untersucht hat. Das Kuratorium Deutsche Altershilfe verweist allerdings darauf, dass geriatrische Assessments nicht erst bei Auftreten, sondern insbesondere vor Auftreten von Pflegebedürftigkeit in die gesundheitlichen Versorgungsstrukturen einer Gesellschaft des langen Lebens einzubeziehen sind. Gleichzeitig bleibt offen, wer die erforderliche Begleitung und Überleitung in Präventions- und Gesundheitsförderungsangebote übernehmen soll. Ebenso bedarf es einer stärkeren Transparenz, eines gezielten Ausbaus und einer systematischen Weiterentwicklung entsprechender Angebote auf regionaler Ebene. Hier stellt sich die Frage, welche Akteure diese Aufgaben künftig übernehmen und wie bestehende Ansätze kommunaler Gesundheitsförderung und Vernetzung hierfür genutzt

werden können. Auch Empfehlungen zu Rehabilitationsmaßnahmen benötigen eine verbindliche Nachverfolgung und Unterstützung bei der Umsetzung. Sofern Rehabilitationsleistungen nicht bewilligt werden, sollen alternative Angebote zur Stabilisierung der gesundheitlichen Situation sowie zur Förderung von Krisenresilienz vorgesehen werden. Schließlich bleibt unklar, welche Anreize für Pflegeeinrichtungen geschaffen werden sollen, um präventionsorientiertes Arbeiten systematisch zu stärken. Angesichts der Bedeutung präventiver und rehabilitativer Ansätze für den Erhalt von Selbstständigkeit und Teilhabe erscheint dies jedoch als wesentliche Voraussetzung für eine erfolgreiche Umsetzung der Zielsetzungen. Die erwähnte „Pflegeprävention“ wie sie den Lösungsvorschlägen zu Grunde liegt, weckt Erwartungen, die sich so nicht erfüllen lassen werden.

2.2 Anspruch auf individuelle Pflegebegleitung

Der im PNOG vorgesehene Anspruch auf individuelle Pflegebegleitung entspricht ganz wesentlich dem Vorschlag aus dem Papier Reset Pflegeversicherung zur pflegfachlichen Begleitung. Auch die vom Institut für Demoskopie Allensbach durchgeführte Befragung unterstreicht, dass die **individuelle pflegfachliche Begleitung** genau dem entspricht, was die Bevölkerung zur Sicherstellung ihrer pflegerischen Versorgung und zur Stabilisierung häuslicher Pflegearrangements wünscht (vgl. Haumann 2026). Endlich wird die lange geforderte Stärkung kommunaler Strukturen im Zusammenhang mit der Begleitung von auf Pflege angewiesener Menschen und ihren An- und Zugehörigen gesetzlich umgesetzt. Dies war ein langer Weg; Das KDA begrüßt ausdrücklich, dass hierauf hingesteuert wird und dies durchaus auch in einer Weise und handwerklichen Art, die weitgehend Zuspruch und Unterstützung verdient. Besonders hervorzuheben ist dabei die vorgesehene Zusammenführung bislang getrennter Beratungs- und Unterstützungsleistungen. Die stärkere Verzahnung der bisherigen Pflegeberatung nach § 7a SGB XI und der Beratungsbesuche nach § 37 Abs. 3 SGB XI trägt dazu bei, parallele Strukturen zusammenzuführen und Informationsverluste zwischen den beteiligten Akteuren zu vermeiden. Die Neuausrichtung der Pflegeberatung hin zu einer pflegfachlichen Begleitung stellt insofern eine fachliche Aufwertung und konsequente Weiterentwicklung ihrer bisherigen Rolle dar. Auch der stärkere Einbezug der Kommunen in die Wahrnehmung dieser Aufgaben ist ausdrücklich zu begrüßen. Unter dem Gesichtspunkt von Kommunikationsstrategien für die Pflegereform wäre auf genau diesen zentralen Baustein der Reform größeres Gewicht zu legen – verbunden mit einer Stärkung der örtlichen Unterstützungsstrukturen. Letztlich erkennt der Gesetzgeber mit dieser Regelung an, dass die bisherigen zersplitterten Beratungs- und Unterstützungsstrukturen nicht suffizient waren und sind und die gemeinsam erarbeiteten Vorgaben etwa für die Pflegeberatung gemäß § 7a SGB XI in der Fläche nicht umgesetzt werden konnten. Die Implementierung der pflegfachlichen Begleitung ist ein anspruchsvolles Unterfangen, das aber letztlich alternativlos ist, da Pflege jeweils vor Ort

geschieht und gelingt – oder auch nicht. Es kommt auf die örtlichen Bedingungen an, ob ein Leben mit Pflegebedürftigkeit bewältigt werden kann und ob die fachlichen Unterstützungsangebote verfügbar sind oder nicht. Die Einführung einer pflegfachlichen Begleitung verlangt ein erweitertes Aufgabenprofil und neue Kompetenzanforderungen gegenüber den bisher mit Aufgaben der Pflegeberatung und den Beratungsbesuchen betrauten Akteuren. Künftig werden diese stärker koordinierende und steuernde Funktionen innerhalb der lokalen Pflegeinfrastruktur übernehmen müssen. Dies erfordert eine klare Beschreibung des Aufgabenprofils sowie der hierfür notwendigen Kompetenzen. Im Mittelpunkt der Tätigkeit müssen dabei die Autonomie, Selbstbestimmung und Teilhabe der Ratsuchenden stehen. Aus Sicht des KDA sollte die pflegfachliche Begleitung zudem als kontinuierliche Begleitungsstruktur vorgesehen werden. Pflegebedürftige und ihre An- und Zugehörigen benötigen Unterstützung über den gesamten Verlauf des Pflegebedarfs hinweg, insbesondere in Übergangssituationen, bei Veränderungen des Unterstützungsbedarfs sowie in höheren Pflegegraden. Kontinuität in der Begleitung ist eine wesentliche Voraussetzung für stabile Pflegearrangements. Zudem empfiehlt das KDA dringend die Bezeichnung zu überdenken. Der Begriff der Pflegebegleitung ist besetzt durch ein erfolgreiches Modellvorhaben, das aus Mitteln der Pflegeversicherung finanziert wurde. Die Pflegebegleitung wird mit ehrenamtlicher Unterstützung assoziiert. Insofern wird dringend empfohlen, den Begriff der **pflegfachlichen Begleitung** zu verwenden. Auch in der Ausgestaltung des § 7c SGB XI-E und in der Begründung wird die Fachlichkeit dieses Strukturangebotes auf kommunaler Ebene betont. Das mit § 7d Abs.3 SGB XI-E eine transparente und verbindliche Darstellung der finanziellen Mittel eingeführt wird, ist ausdrücklich zu begrüßen. Der Betrag von 146 Euro bedarf der Überprüfung auf der Grundlage von nicht allein auf bisherigen Ausgaben der Pflegekassen basierenden Kalkulationen. Normwerte für eine populationsbezogene Vorhaltung sind erforderlich. In der Vergangenheit haben nicht alle Pflegekassen die erforderlichen Ressourcen für die bisherigen Aufgaben gem. § 7a SGB XI zur Verfügung gestellt. Die Berechnungsgrundlage berücksichtigt An- und Zugehörige und die damit verbundenen Begleit-Kapazitäten sowie die Zeitaufwendungen für ein wirkungsvolles Fallmanagement aus Sicht des KDA noch nicht in angemessener Art und Weise. Wir empfehlen daher dringend den notwendigen Ressourceneinsatz für eine wirkungsvolle Begleitung Expertisen gestützt und bedarfsgerecht auszugestalten. Gleichzeitig bestehen hinsichtlich der konkreten Umsetzung noch offene Fragen. Der gesetzliche Anspruch auf pflegfachliche Begleitung wird nur dann seine Wirkung entfalten können, wenn er nicht allein formal besteht, sondern für Pflegebedürftige und ihre An- und Zugehörigen tatsächlich zugänglich und verbindlich verfügbar ist. Die derzeitigen Regelungen lassen offen, wie sichergestellt wird, dass alle Anspruchsberechtigten die pflegfachliche Begleitung tatsächlich erhalten und nicht selbst aktiv einfordern müssen. Kritisch zu hinterfragen ist darüber hinaus die vorgesehene Verknüpfung von pflegfachlicher Begleitung und Leistungsansprüchen. Insbesondere erscheint nicht nachvollziehbar, warum bei einer Neueinstufung in die

Pflegegrade 2 und 3 das Entlastungsbudget in den ersten drei Monaten nur eingeschränkt zur Verfügung stehen soll und stattdessen die pflegfachliche Begleitung als Kompensation vorgesehen wird. Beratung und finanzielle Unterstützungsleistungen erfüllen unterschiedliche Funktionen und sollten nicht gegeneinander aufgerechnet werden. Gerade zu Beginn einer Pflegesituation sind beide Elemente erforderlich, um tragfähige Pflegearrangements aufzubauen und zu stabilisieren. Klärungsbedarf besteht zudem hinsichtlich der vorgesehenen Übergangsregelungen, insbesondere der Möglichkeit zusätzlicher Beratungseinsätze nach § 37 Abs. 3 SGB XI. Die konkrete Ausgestaltung, Abgrenzung und Einbindung dieser Leistungen in das Gesamtkonzept der pflegfachlichen Begleitung bedarf der Konkretisierung.

2.3 Einfacheres Leistungsrecht durch Budgets und mehr Transparenz

Die Vereinfachung des Leistungsrechts durch Budgets wird begrüßt, wenngleich die Ausgestaltung der Budgets aus Sicht des KDA zu vorsichtig vorgesehen und vor allen Dingen nicht sektorenübergreifend angelegt ist. Gleichwohl ist die Verabschiedung von Einzelleistungen und verrichtungsbezogenen Konzepten der Leistungserbringung ebenso zu begrüßen wie die Vereinfachung des für die Bürger:innen völlig unübersichtlichen aktuell geltenden Leistungsrechts mit seinen 23 Leistungsansprüchen und für die Leistungsbezieher:innen nicht nachvollziehbaren Präzisierungen in leistungsrechtlichen Rundschreiben. Die Zusammenführung und Neustrukturierung der Leistungen führt insgesamt zu einer Flexibilisierung des ambulanten Leistungsrechts. Positiv ist das Ziel einer höheren **Transparenz** und einer einfacheren Leistungslogik zu bewerten. Die Reform sollte daher sorgfältig daraufhin geprüft werden, ob die angestrebte Vereinfachung tatsächlich zu einer Verbesserung für Pflegebedürftige führt oder ob sie faktisch mit einer Einschränkung bisheriger Wahl- und Gestaltungsmöglichkeiten verbunden ist.

Mit dem Sozialraumbudget verfolgt der Gesetzgeber das Ziel, Pflegebedürftige stärker bei der Nutzung niedrigschwelliger Unterstützungsangebote im Lebensumfeld zu unterstützen. Grundsätzlich ist die Entfristung und Dynamisierung entsprechender Unterstützungsleistungen zu begrüßen. Allerdings bleibt der vorliegende Ansatz hinter den Anforderungen einer sozialraumorientierten Pflegepolitik zurück.

Das sogenannte Sozialraumbudget stellt im Kern einen individualisierten Leistungsanspruch zur Finanzierung anerkannter Unterstützungsangebote dar. Es trägt damit zwar zur Finanzierung einzelner Leistungen bei, leistet jedoch keinen unmittelbaren Beitrag zum Auf- und Ausbau sozialräumlicher Unterstützungsstrukturen. Weder werden lokale Netzwerke gestärkt noch die Entwicklung neuer Angebote, die Vernetzung professioneller und zivilgesellschaftlicher Akteure oder der Aufbau sorgender Gemeinschaften systematisch unterstützt.

Aus Sicht des Kuratorium Deutsche Altershilfe sollte ein Sozialraumbudget daher stärker als Infrastrukturinstrument verstanden werden. Ein zukunftsfähiger Ansatz müsste neben individuellen Leistungsansprüchen auch die Entwicklung lokaler Unterstützungsstrukturen fördern und Kommunen, Pflegekassen, freie Träger, Nachbarschaftsinitiativen und weitere Akteure bei der Gestaltung bedarfsgerechter Versorgungsarrangements unterstützen. Ziel sollte nicht allein die Finanzierung einzelner Leistungen, sondern die Stärkung tragfähiger Unterstützungsnetzwerke im Wohn- und Lebensumfeld der Menschen sein (vgl. Heerdt 2022).

Kritisch zu bewerten ist zudem, dass der Gesetzentwurf keine Regelungen zur Übertragbarkeit nicht genutzter Mittel vorsieht. Sozialräumliche Unterstützungsbedarfe entstehen häufig situativ und verlaufen nicht gleichmäßig über das Kalenderjahr. Eine starre monatliche Budgetlogik wird diesen Bedarfen nur eingeschränkt gerecht und kann dazu führen, dass verfügbare Mittel verfallen, obwohl im weiteren Jahresverlauf Unterstützungsbedarfe entstehen.

Auch die Ausgestaltung des Überbrückungsbudgets wirft erhebliche Fragen auf. Positiv hervorzuheben ist das Anliegen, pflegerische Akut- und Krisensituationen stärker in den Blick zu nehmen und hierfür eigenständige Unterstützungsinstrumente vorzusehen. Allerdings werden mit dem Überbrückungsbudget unterschiedliche Versorgungsanlässe – von kurzfristigen Ausfällen von Pflegepersonen über pflegerische Krisensituationen bis hin zu Kurzzeitpflegeaufenthalten nach Krankenhausbehandlungen – in einem gemeinsamen Finanzierungsinstrument zusammengeführt.

Hierdurch entsteht die Gefahr, dass unterschiedliche Unterstützungsbedarfe miteinander konkurrieren. Insbesondere die Finanzierung der Kurzzeitpflege aus dem Überbrückungsbudget kann zu einer faktischen Einschränkung der verfügbaren Leistungen führen. Pflegebedürftige, die das Budget bereits für einen Kurzzeitpflegeaufenthalt einsetzen mussten, verfügen gegebenenfalls nicht mehr über ausreichende Mittel für weitere Krisen- oder Überbrückungssituationen im selben Kalenderjahr.

Darüber hinaus bleibt unklar, wie die vorgesehene Akut-Kurzzeitpflege mit dem Ziel einer bedarfsgerechten Krisenversorgung zusammenwirken soll, wenn ihre Inanspruchnahme unmittelbar von den noch verfügbaren Restmitteln des Überbrückungsbudgets abhängt. Gerade für fragile häusliche Versorgungsarrangements sind kurzfristig verfügbare und ausreichend finanzierte Kriseninterventionen erforderlich. Die vorgesehene Budgetlogik droht jedoch, die Handlungsspielräume der Betroffenen in diesen Situationen einzuschränken.

Zusammenfassend begrüßt das Kuratorium Deutsche Altershilfe die mit dem Gesetzentwurf verfolgte Zielsetzung, das Leistungsrecht der Pflegeversicherung stärker zu vereinfachen und durch budgetorientierte Ansätze flexibler auszugestalten. Die Einführung neuer Budgetlogiken sowie die stärkere Verknüpfung von

Leistungsansprüchen mit Fragen der Versorgungsorganisation und Infrastrukturentwicklung weisen grundsätzlich in die richtige Richtung.

Gleichzeitig ist sorgfältig zu prüfen, ob die angestrebte Vereinfachung in der praktischen Umsetzung tatsächlich zu einer Verbesserung der Versorgungssituation pflegebedürftiger Menschen und ihrer An- und Zugehörigen führt. Insbesondere die Zusammenführung bislang eigenständiger Leistungsansprüche in gemeinsame Budgetstrukturen darf nicht zu einer faktischen Einschränkung von Wahlmöglichkeiten, Handlungsspielräumen und Unterstützungsleistungen führen. Entscheidend wird sein, ob die neuen Budgets ausreichend flexibel ausgestaltet sind, um den vielfältigen und dynamischen Unterstützungsbedarfen in häuslichen Pflegesettings gerecht zu werden.

Aus Sicht des KDA sollte die Einführung des Überbrückungsbudgets, des Sozialraumbudgets sowie der Pflegebegleitung daher von Beginn an wissenschaftlich begleitet und systematisch evaluiert werden. Dabei sollte nicht allein die Inanspruchnahme einzelner Leistungen betrachtet werden, sondern insbesondere deren Wirkungen auf die Stabilisierung häuslicher Versorgungsarrangements, die Entlastung pflegender An- und Zugehöriger, die Vermeidung von Krisensituationen, Krankenhausaufenthalten und dauerhaften Heimaufnahmen sowie die Entwicklung regionaler Unterstützungs- und Versorgungsstrukturen.

Besondere Aufmerksamkeit sollte der Frage gelten, ob die pflegefachliche Begleitung sowie die Weiterentwicklung der Pflegestützpunkte zu einer verbesserten Koordination, Navigation und Unterstützung im Versorgungsgeschehen beitragen. Ebenso sollte geprüft werden, ob die Reform die notwendige Flexibilität zur Gestaltung individueller Versorgungsarrangements stärkt oder ob bestehende Handlungsspielräume unbeabsichtigt eingeschränkt werden.

Die vorgesehenen Budgetlösungen und Transparenzinstrumente, insbesondere das Pflege-Cockpit, können dazu beitragen, die Orientierung im Leistungsrecht zu verbessern und Leistungsansprüche für Pflegebedürftige sowie ihre An- und Zugehörigen besser sichtbar zu machen. Darüber hinaus bieten sie die Chance Informationen aus unterschiedlichen Datenquellen einheitlicher, aktueller und nutzerfreundlicher zugänglich zu machen und damit einen Beitrag zu mehr Transparenz und Chancengleichheit zu leisten. Voraussetzung hierfür sind jedoch eine hohe Datenqualität, datenschutzkonforme Verfahren sowie eine kassenübergreifende Nutzbarkeit der Systeme. Ebenso müssen perspektivisch anerkannte Unterstützungsangebote, Angebote der Nachbarschaftshilfe und lokale Anlaufstellen vollständig, aktuell und barrierearm abgebildet werden. Dabei verweist das KDA darauf, dass die im Befugnisweiterungs- und Entbürokratisierungsgesetz (BEEP) vorgesehenen Maßnahmen zur Stärkung der Eigenständigkeit der Pflege sowohl hinsichtlich der Pflegeprozesssteuerung als auch der eigenständigen Heilkundenausübung bei der leistungserbringungsrechtlichen Umsetzung der Budgets konsequent zu berücksichtigen

sind. In diesem Zusammenhang wird der Hinweis darauf gegeben, dass das, was in der pflegfachlichen Begleitung als im engeren Sinne professionelle pflegfachliche Unterstützung verstanden werden muss, auch im Leistungserbringungsrecht für die Sachleistungsbudgets zu berücksichtigen ist und zwar als selbstständig zu würdigende und zu finanzierende Pflegeprozesssteuerung. Diese kommt bislang sowohl in der Praxis als auch im Leistungserbringungsrecht zu kurz, was eine verrichtungsorientierte Leistungserbringung ohne Betrachtung des gesamten Pflegebedarfes perpetuiert hat. Die Attraktivität bspw. des Buurtzorg-Ansatzes lässt die Schwachstellen eines verrichtungsbezogenen Pflegeverständnisses und in folgenden Leistungserbringungsrechtes deutlich hervortreten. Das KDA ermutigt den Gesetzgeber, Öffnungsklauseln für sektorenübergreifende Versorgungsansätze unter Einbeziehung der gesundheitlichen Versorgung und über die begrüßungswerten Innovationsklauseln hinaus zu unterstützen. Zugleich weist das KDA darauf hin, dass digitale Transparenz allein keine Versorgungsstrukturen schafft. Menschen ohne digitale Zugänge, mit sprachlichen Barrieren oder in Regionen mit eingeschränkter Angebotsdichte benötigen weiterhin persönliche Beratung, Lotsung und Unterstützung. Digitale Instrumente können eine wohnortnahe Pflegeinfrastruktur ergänzen, sie jedoch nicht ersetzen.

2.4 Unterstützung in pflegerischen Not- und Akutsituationen

Das KDA begrüßt ausdrücklich, dass die vielfältigen Gesichter von pflegerischen Not- und Akutsituationen vom Gesetzgeber mit aufgegriffen werden, beklagt allerdings, dass hier der Link zur Notfallversorgung in der medizinischen und gesundheitlichen Versorgung nicht systematisch hergestellt wurde. Das KDA hat hier mit einem Appell den Gesetzgeber aufgefordert, keine separaten Notfallversorgungsregime - Gesundheit hier und Pflege dort – aufzubauen. Insofern können die vorgeschlagenen Regelungen zur pflegerischen Notfallversorgung in keinsten Weise befriedigen. Positiv zu bewerten ist zwar der Versuch, mit dem vorgesehenen Überbrückungsbudget auf Krisen und ungeplante Belastungssituationen in häuslichen Pflegearrangements zu reagieren. Allerdings droht die Wirksamkeit eines solchen Instruments begrenzt zu bleiben, wenn keine funktionierenden und koordinierten Versorgungsketten zur Verfügung stehen. Die starke Fokussierung auf ambulante Notdienste und Akut-Kurzzeitpflege greift zu kurz, solange vielerorts bereits die erforderlichen Kapazitäten fehlen. Auch die notwendigen Infrastrukturen für die Notfallversorgung können sinnvollerweise nur sektorenübergreifend ausgestaltet und gewährleistet werden. Erforderlich ist vielmehr ein integriertes Verständnis von Krisenversorgung, das pflegerische, gesundheitliche und soziale Unterstützungsangebote miteinander verbindet. Niedrigschwellige Unterstützungsformen wie Angebote zur Unterstützung im Alltag oder nachbarschaftliche Hilfen können zwar keine Akutpflege ersetzen, aber einen wichtigen Beitrag zur Stabilisierung häuslicher Pflegearrangements, zur sozialen Entlastung sowie

zur Überbrückung von Krisensituationen leisten. Voraussetzung hierfür ist jedoch ihre systematische Einbindung in regionale Versorgungsstrukturen.

Die solitäre Kurzzeitpflege, die im Gesetzentwurf weiterhin eine Sonderstellung einnimmt, hat sich in der Vergangenheit nicht als flächendeckend tragfähiges Versorgungsmodell etabliert und bewährt. Die Zahl eigenständiger Kurzzeitpflegeeinrichtungen ist begrenzt, viele Angebote sind wirtschaftlich nicht auskömmlich und regional sehr unterschiedlich verfügbar. Gleichzeitig übernimmt die Kurzzeitpflege eine zentrale Funktion für die Stabilisierung häuslicher Versorgungsarrangements, die Überbrückung von Krisensituationen sowie die Unterstützung nach Krankenhausaufenthalten (vgl. Heckes/Özlü/Heerdt 2026).

Vor diesem Hintergrund erscheint es nicht zielführend, die Kurzzeitpflege isoliert weiterzuentwickeln. Vielmehr bedarf es einer sektorenübergreifenden Ausgestaltung, die die Kurzzeitpflege konsequent in regionale Versorgungsnetzwerke, Entlassmanagementstrukturen, pflegefachliche Begleitung sowie ambulante und stationäre Leistungsangebote einbindet (vgl. Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA) 2026). Gerade für pflegerische Akut- und Krisensituationen sind flexible Übergangs- und Interimsangebote erforderlich, die nicht ausschließlich an klassische Kurzzeitpflegeplätze gebunden sind.

Kritisch zu bewerten ist zudem, dass die Finanzierung der Kurzzeitpflege künftig aus dem Überbrückungsbudget erfolgen soll. Dadurch droht eine faktische Verringerung der verfügbaren Leistungen für pflegebedürftige Menschen und eine weitere wirtschaftliche Schwächung der Kurzzeitpflegeinfrastruktur. Dies steht im Widerspruch zum Ziel, pflegerische Notlagen schneller aufzufangen und Krankenhausaufenthalte beziehungsweise dauerhafte Heimaufnahmen zu vermeiden. Statt einer Schwächung bestehender Strukturen sollte die Reform darauf abzielen, die Kurzzeitpflege als Bestandteil einer integrierten Übergangs- und Krisenversorgung weiterzuentwickeln und ihre wirtschaftliche Tragfähigkeit langfristig sicherzustellen.

Darüber hinaus sieht das KDA kritisch, dass die Anspruchsvoraussetzungen für Leistungen in pflegerischen Akut- und Notsituationen gegenüber den bisherigen Regelungen teilweise enger gefasst werden. Die Konzentration auf unvorhersehbare Ereignisse oder ungeplante Ausfälle greift zu kurz, da Krisen in häuslichen Pflegearrangements häufig schleichend entstehen und auch Überlastungs- oder Erschöpfungssituationen pflegender An- und Zugehöriger umfassen. Die Stabilisierung häuslicher Pflege erfordert daher einen breiteren Krisenbegriff, der neben akuten Ereignissen auch präventive Entlastungsbedarfe berücksichtigt.

2.5 Innovationsorientierung und Entlastung durch Technik und Digitalisierung

Ausdrücklich begrüßt wird die Innovationsorientierung, die unterstützt werden soll durch Regelungen, die Träger von Einrichtungen und Diensten ermutigen, neue Wege in der Versorgung zu gehen. Dabei wird reflektiert werden müssen, dass die bisherigen Versorgungsformen weitgehend wissenschaftlicher Evidenz hinsichtlich ihrer Wirksamkeit entbehren. Zwar wurden in den letzten Jahren vielfältige Qualitätssicherungsmaßnahmen insbesondere für die ambulante und vollstationäre Pflege eingeführt. Die Messpunkte sind aber nicht die Outcomes bezogen auf die gesamte Pflege- und Lebenssituation, was nach den einschlägigen Pflegemodellen erforderlich wäre. Sie beziehen sich viel mehr weitgehend auf Einzelaspekte von Pflegebedürftigkeit, auch wenn in den aktuellen Bemühungen um die Weiterentwicklung der Qualitätssicherung im ambulanten Bereich gearbeitet wird. Vor dem Hintergrund, dass heute noch entgegen dem Pflegebedürftigkeitsbegriff das Leistungsrecht insbesondere im Bereich der ambulanten Versorgung weitgehend auf einem überkommenen, verrichtungsbezogenen Pflegebedürftigkeitsbegriff basiert und insofern den pflegewissenschaftlichen Standards in keinsten Weise entspricht, muss innovativen Ansätzen, die die situationsangemessene Beantwortung von Pflege- und Unterstützungsbedarfen durch die Pflegefachperson ermöglichen, deutlich mehr Spielraum eröffnet werden und die Anforderungen an in gegebenenfalls Modellprojekten nachzuweisenden Effekten zurückgenommen werden. Es besteht ein eklatanter Widerspruch zwischen den „Zulassungsvoraussetzungen“ für innovative Wohnformen gegenüber häufig fachlich fragwürdigen Konzepten der Regelversorgung. Das KDA interpretiert die Innovationsorientierung auch als Einsicht in die beschriebene Diskrepanz. Begrüßt wird durch das KDA auch, dass der Technikeinsatz und die Nutzung von digitalen Optionen der Unterstützung bei Pflegebedürftigkeit konsequenter genutzt werden. Dabei plädiert das KDA nachdrücklich darauf, die fachpflegerische Versorgung mit in die TI und eine ePA-basierte sektorenübergreifende Versorgung einzubeziehen. Aus Sicht des KDA gehört die fachpflegerische Unterstützung mit zur Primärversorgung chronisch kranker und auf Pflege angewiesener Menschen.

2.6 Kommunale Pflegestrukturplanung zur Behebung von struktureller Unterversorgung

Das KDA begrüßt ausdrücklich, dass das Thema kommunale Pflegestrukturplanung im PNOG aufgegriffen wird. Es verfügt selbst über jahrzehntelange Erfahrung in der Unterstützung und Beratung von kommunaler Pflegeplanung, wie andere in dem Bereich tätige Institute auch. Hier sieht es allerdings in dem den vorgesehenen Regelungen zugrundeliegendem Verständnis von kommunaler Pflegestrukturplanung keine belastbare und angemessene Konzeption (vgl. Klie und Culmsee 2026; Kuratorium

Deutsche Altershilfe (KDA) 2026). Das Verständnis von kommunaler Pflegestrukturplanung, das aus dem PNOG hervorgeht, setzt weiterhin auf indikatorenrespektive richtwertorientierte Planungsverständnisse. Es ist richtig, dass es eine belastbare Empirie für die Bestandserhebung und Bewertung sowie Prognosen für entstehende Pflegebedarfe geben muss. Hier bedarf es vor allem einer deutlichen Qualifizierung und aktueller Verfügbarkeit von relevanten Daten sowohl der Bevölkerungsvorausberechnung als auch der Pflegestatistik sowie der GKV- und SPV-Routinedaten. Nur zeigt sich etwa in den unterschiedlichen Monitoringansätzen auf Landesebene (vgl. Isfort und Klie 2025; Isfort und Klie 2023), dass es zwischen Landkreisen und insbesondere zwischen den kreisangehörigen Städten und Gemeinden und innerhalb der Großstädte zwischen den Sozialräumen große Unterschiede in der Verteilung von Pflegearrangements gibt. Diese werden in richtwertebasierten Konzepten der kommunalen Pflegeplanung in keinsten Weise berücksichtigt. Auch muss jeweils systematisch die Personalsituation mit erhoben werden, da kommunale Pflegestrukturplanung zur Makulatur wird, wenn sie nicht die Personal- und Angebotssituation auf regionaler und lokaler Ebene mit einbezieht. Dies geschieht etwa beispielhaft im Landespflegeplan Mecklenburg-Vorpommern (vgl. Isfort und Klie 2026 im Erscheinen). Schließlich können bei einem stark präferenz- und kulturgeprägten Sektor wie der Langzeitpflege keine überall gültigen Indikatoren Grundlage für eine Pflegestrukturplanung bieten. Insofern bedarf es einer systematischen Einbeziehung der Erfahrungen aus der pflege(fachlichen) Begleitung respektive aus dem Care Management. Nur im Zusammenwirken und Zusammentragen von empirischen Daten einerseits, nach Möglichkeit kleinräumig, und der Auswertung aus Beratungszusammenhängen im Sinne eines Care Managements kann eine Pflegeinfrastrukturentwicklung und -planung erfolgen. Ein solcher Ansatz zeigt sich noch nicht hinreichend in dem dem PNOG zugrundeliegenden Planungsverständnis, das insofern Korrekturen bedarf. Auch braucht es keine Plattform auf Bundesebene. Vielmehr sollte auf Bundesebene ein Data Warehouse zur Verfügung gestellt werden, das die Länder auf eigenen Plattformen Daten zusammenstellen und aggregieren lässt, die wiederum von den Kommunen aufgerufen und mit kommunalen Daten verbunden werden und kombiniert werden müssen, um valide Daten für die kommunale Infrastrukturplanung zu erhalten. Unterversorgung lässt sich nicht über richtwertbezogenen Daten feststellen, sondern nur über letztlich interaktive und partizipative Planungsprozesse auf kommunaler und örtlicher Ebene innerhalb deren korrespondierend entsprechende Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgung zu entwickeln sind.

2.7 Begrenzung des Anstiegs der Eigenanteile an den Pflegekosten

In der öffentlichen Debatte spielen die Eigenanteile der Pflegekosten in der vollstationären Pflege eine zentrale Rolle. Ihre Begrenzung entlastet nicht nur die

Pflegebedürftigen, sondern auch die Sozialhilfehaushalte. Die im PNOG vorgesehenen Streckungen der Wartezeiten auf Begrenzung der Eigenanteile stellt sich für die Betroffenen als Belastung dar und verursacht insbesondere auf der kommunalen und Landesebene zusätzliche Sozialhilfekosten – bei auch dort leeren Kassen. Insofern überzeugt der im PNOG diesbezüglich eingeschlagene Weg nicht. Das KDA setzt sich ein für eine Art Brückenfinanzierung der bisherigen Regelung des § 43c SGB XI verbunden mit der Überführung der Eigenanteilsregelung in eine einkommensabhängige Regelung im Sinne einer Härtefallregelung für Haushalte mit niedrigen und mittleren Einkommen, so wie es auch im Papier Reset Pflegeversicherung vorgeschlagen wurde.

2.8 Solide Finanzierung wieder sicherstellen

Die Vorschläge zur Finanzierung der sozialen Pflegeversicherung entsprechen im Wesentlichen den Debatten und Diskussionsständen aus der Regierungskommission 2024. Das KDA nimmt zu den einzelnen Maßnahmen keine Stellung, wenngleich es durchaus die Anhebung der Schwellenwerte für die Pflegegrade für gut begründet hält. Das KDA verweist insbesondere darauf, dass es an einer zukunftsfähigen Finanzierungsarchitektur für die Pflegeversicherung auch in dem Vorschlag des PNOG fehlt. Es spricht sich ebenso wie das Papier Reset Pflegeversicherung für kapitalgedeckte Anteile der Pflegevorsorge aus, die allerdings erst für nachfolgende Generationen ihre Wirkung entfalten werden. Aus Sicht des KDA kommt man nicht umhin, sowohl für steuerfinanzierte Anteile der Pflegesicherung neue Finanzquellen zu erschließen, etwa über eine Generationendividende (Erbschaftssteuer) als auch durch eine Verbreiterung der Einnahmenseite der sozialen Pflegeversicherung (Einbeziehung von Beihilfe und Risikostrukturausgleich mit der privaten Pflegeversicherung). Das KDA sieht nicht zuletzt vor dem Hintergrund der aktuellen Debattenlage zur Finanzierung der Sozialversicherungssysteme die soziale Pflegeversicherung als Sozialversicherung in Gefahr und warnt eindringlich davor, erkennbaren Versuchen, die soziale Pflegeversicherung als Sozialversicherung in Frage zu stellen, entgegenzutreten. Dies verlangt angesichts der demografischen Dynamiken eine Verbesserung der Einnahmenlage der sozialen Pflegeversicherung, die allerdings nicht im Wesentlichen für die Begrenzung von Heimkosten eingesetzt, sondern für die Versorgungssicherheit im ambulanten Bereich genutzt werden müssen.

3 Zu den einzelnen Vorschriften

zu § 1 Abs. 1:

Das KDA begrüßt, dass die Eingangsnormen zur Pflegeversicherung modernisiert und angepasst werden. Dabei wird empfohlen in § 1 Abs. 1 nicht allein auf die solidarische

Unterstützung, sondern auch auf die Sicherstellung der fachlichen Versorgung hinzuweisen respektive hinter "solidarische" „fachliche Unterstützung“ einzufügen.

zu § 3: Selbstbestimmung und Rechte der Pflegebedürftigen

Auch die Modernisierung respektive Anpassung des § 3 wird grundsätzlich begrüßt, wengleich vorgeschlagen wird den Begriff „in Form der aktivierenden Pflege“ zu streichen. In einem modernen Pflegeverständnis ist die Stärkung der Selbstständigkeit und der Erhalt derselben integraler Bestandteil jeder Pflegeprozessplanung und pflegerischen Intervention. Letztlich stammt der Begriff der aktivierenden Pflege aus Zeiten einer seinerzeit noch nicht entwickelten und implementierten professionellen Pflege. Der Begriff wird missverstanden, als gäbe es etwas anderes als Aktivierung und Selbstbestimmung stärkende, ressourcenorientierte Pflege, die den Ansprüchen an den aktuellen Stand des Wissens entspricht.

zu § 4: Eigenverantwortung der Pflegebedürftigen

Auch hier wird in Absatz 2 darauf verwiesen, dass der Begriff der aktivierenden Pflege zu streichen ist. Es reicht in einer die Selbstständigkeit erhaltenden Pflege mitzuwirken. Auch sollte in Satz 2 von Absatz 2 nicht nur die medizinische Prävention benannt werden, sondern auch die medizinische und soziale Prävention Erwähnung finden.

zu § 5 Abs. 4:

Grundsätzlich wird die Regelung begrüßt, Risikoprädiktoren für den Eintritt von Pflegebedürftigkeit deutlich stärker zu berücksichtigen als es bislang der Fall war. Dabei wird allerdings auch darauf hingewiesen, systematisch die GKV-Routinedaten über den typischen Krankheits- und Versorgungsverlauf einzubeziehen, da Pflegebedürftigkeit häufig auch an den Schnittstellen der gesundheitlichen Versorgung entsteht (vgl. Hildebrandt et al. 2026). Sind es doch häufig auch noch nicht abgestimmte Versorgungsstrukturen und Routinen, die das Risiko der Pflegebedürftigkeit deutlich erhöhen. Das Gleiche gilt im Übrigen für Versorgungssettings im ambulanten Bereich. Von daher wird ebenso empfohlen, nicht nur die Daten aus der GKV, sondern auch die auf kommunaler Ebene vorliegenden Daten zu Risiken, chronischen Krankheiten und damit auch Pflegebedürftigkeit im Sinne einer KI-gestützten Auswertung von relevanten Datensätzen zu nutzen.

zu § 6: Rechte und Pflichten von Pflegeeinrichtungen

Es wird auf der einen Seiten begrüßt, dass in Absatz 4 die Pflegefachpersonen besondere Erwähnung finden. Für problematisch wird die Terminologie der „Delegation“ von pflegefachlichen Aufgaben an Pflegeassistenten und Hilfskräfte betrachtet. Das Delegationsmodell stammt aus dem Arztrecht und führt gerade hier zu Komplikationen in einer haftungsrechtlich und praktisch tragfähigen Regelung von Kooperationsbeziehung zwischen Medizin und Pflege, auch und gerade im Zusammenhang mit der

Leistungserbringung durch Einrichtungen und Dienste in der Langzeitpflege. Das Delegationsmodell eignet sich in keinem Fall für die kooperative Aufgabengestaltung in der Langzeitpflege, in der es um vielfältige Koproduktions- und Kooperationsbeziehungen geht. Insofern wird dringend darum gebeten, den Delegationsbegriff aus § 6 zu streichen und entweder von Übertragung statt Delegation zu sprechen oder aber zu formulieren, dass es um die Entwicklung von einrichtungsspezifischen Konzepten zur Einbeziehung von Pflegehilfskräften und anderem Personal in pflegerische Aufgabenerfüllung geht. Das Delegationsmodell wird nachdrücklich als ein ungeeignetes Modell angesehen.

zu § 7b: Aufklärung und Auskunft durch die Pflegekassen

Ein eigenständiger Beratungsanspruch gegenüber den Pflegekassen, der sich bisher aus § 7 SGB XI in Verbindung mit § 14 SGB I ergab, wird nicht mehr vorgesehen. Dies erscheint als problematisch. Der sozialleistungsrechtliche Anspruch auf Beratung des zuständigen Leistungsträgers darf nicht begrenzt werden – nicht zuletzt vor dem Hintergrund eines gegebenenfalls bestehenden sozialleistungsrechtlichen Herstellungsanspruches, der sich aus den Beratungspflichten einerseits und Ansprüchen der Pflegebedürftigen andererseits ergibt. Insofern sollte § 7b sich nicht allein auf Aufklärung und Auskunft beschränken, sondern auch die Beratung einbeziehen. Gegebenenfalls wäre eine explizite Aufnahme von Beratungsansprüchen an anderer Stelle vorzusehen.

zu § 7c: Pflegebegleitung

Wie schon ausgeführt, wird die Konzeption der Pflegebegleitung ausdrücklich unterstützt und auch festgestellt, dass sie ganz wesentlich den Vorschlägen aus dem Papier Reset Pflegeversicherung entspricht. Es wird nochmals darauf hingewiesen, dass der Begriff der Pflegebegleitung als irreführend und nicht sachdienlich erscheint und von daher vorgeschlagen, weiter von **pflegefachlicher Begleitung** zu sprechen. Es wird überdies angeregt, die Inanspruchnahme der pflegefachlichen Begleitung zur **Voraussetzung** für die Gewährung des Entlastungsbudgets zu machen. In Satz 2 am Ende sollte nicht von „Nachhaltigkeit“ gesprochen werden. Dieser Begriff wird inflationär benutzt und ist in seinem Inhalt völlig unpräzise. Auch wird der Begriff der Nachhaltigkeit in seiner politisch entfalteten Bedeutung entwertet. Entweder verzichtet man auf den Begriff oder ersetzt ihn durch dauerhaft.

Die in Absatz 2 in Ziffer 1-8 dargelegten Ziele respektive Aufgaben der pflegefachlichen Begleitung umfassen in weiten Teilen pflegefachlichen Aufgaben, die zu den Vorbehaltsaufgaben gemäß § 4 PflBG gehören. Insofern ist bei der **Qualifikation** der einzusetzenden Fachkräfte für die pflegefachliche Begleitung zu gewährleisten, dass in angemessenem Umfang entsprechend qualifizierte Pflegefachpersonen einbezogen werden. Sozialversicherungsfachangestellte können sicherlich bestimmte Aufgaben der Unterstützung und Begleitung übernehmen, sie können aber nicht in die im engeren Sinne pflegefachlichen Aufgaben einbezogen werden. Hierin läge ein Verstoß gegen § 4 PflBG (vgl. Think Tank Vorbehaltsaufgaben (TT VA) & Deutsche Gesellschaft für

Pflegewissenschaft e. V. (DGP) 2024). Es ist sicherlich auch sinnvoll andere Berufsgruppen, etwa Hauswirtschaftsfachkräfte oder Sozialarbeiter:innen einzubeziehen. Dies gilt insbesondere für das Fallmanagement, in dem komplexe und unterschiedliche Lebenslagen relevante Gesichtspunkte der Lebensführung mit zum Gegenstand der Unterstützung gemacht werden müssen.

Das KDA bringt in die Diskussion den Vorschlag ein, die nähere Ausgestaltung der Inhalte, das Verfahren und die Durchführung der Pflegebegleitung nicht über Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zu regeln, sondern von vorneherein die relevanten anderen Akteure, die kommunalen Spitzenverbände, die Pflegewissenschaft, die Deutsche Gesellschaft für Care und Case Management etc. mit einzubeziehen. Dies könnte gegebenenfalls dadurch sachgerechter geschehen, dass in das Recht der gemeinsamen Selbstverwaltung und das jeweilige Landesrecht zu inkooperierende Empfehlungen beim Deutschen Verein für öffentliche und private Fürsorge erarbeitet werden, unter Beteiligung des GKV-SV.

In Absatz 3 wird vorgesehen, dass die jeweilige Pflegekasse einen Pflegebegleiter oder eine -begleiterin benennt. Bei der vorgesehenen Reorganisation der pflegfachlichen Begleitung und der zentralen Stellung, die hier der kommunalen Handlungsebene zukommt, wird vorgeschlagen, dass die Pflegekasse keine Personen benennt, sondern die vor Ort federführende Pflegekasse oder die Kommune, die von der Opt-In-Option Gebrauch gemacht hat, aufzufordern der pflegebedürftigen Person entsprechende Personen zu benennen, nach Möglichkeit mehrere zur Auswahl.

In Absatz 5 wird das Fallmanagement als besondere Form der Pflegebegleitung benannt und geregelt. Es wird begrüßt, dass das Fallmanagement als fallbezogenes Case Management in besonders komplexen Situationen besonders benannt und insofern abgegrenzt wird von einem inflationären Gebrauch von Case Management. Nach dem Organisationsmodell der in § 7c vorgesehenen Pflegebegleitung ist es allerdings nicht die Pflegekasse, die das Fallmanagement durchführt. Vielmehr stellt die Pflegekasse sicher, dass ein Fallmanagement im Rahmen der Pflegebegleitung vor Ort gewährleistet wird. Entsprechend sollte Absatz 5 umformuliert werden. Die Aufgaben der Pflegebegleitung (nicht Personen) im Rahmen des Fallmanagements sollten den Kriterien des Case Managements entsprechen. Die Aufgaben umfassen daher

1. eine Ermittlung und Erhebung des relevanten Bedarfs im Zusammenhang mit komplexen Situationen auf Pflege angewiesener Menschen
2. die Aushandlung und Ausformulierung von Hilfezielen im Rahmen eines Hilfe- und Pflegeplanes
3. die rechtskreis- und sektorenübergreifende Erschließung und Beantragung von in Betracht kommenden Hilfen und Sozialleistungen sowie der Suche nach und Inanspruchnahme von passenden Angeboten
4. die Suche, Vermittlung und Inanspruchnahme sowie Organisation weiterer Angebote bei der Umsetzung des Hilfeplanes

5. bei Bedarf das Monitoring und die Evaluation der Wirksamkeit der vermittelten respektive organisierten Hilfen.

Die in Absatz 5 vorgesehene Durchführung des Fallmanagements im Rahmen von Videokonferenzen muss auf Ausnahmesituationen begrenzt bleiben. Das Fallmanagement als Intervention und Unterstützung in komplexen Hilfesituationen setzt regelmäßig voraus, dass eine unmittelbare persönliche Begegnung mit dem Hilfesuchenden stattfindet. Das kann ergänzt werden durch Videokonferenzen respektive im Verlauf können Videokonferenzen einbezogen werden. Dies könnte in der Formulierung wie folgt berücksichtigt werden: „Das Fallmanagement setzt grundsätzlich voraus, dass die beschriebenen Aufgaben im Rahmen von persönlichen Beratungssituationen oder Hausbesuchen durchgeführt werden. Es kann im Verlauf des Fallmanagements durch Videokonferenzen ergänzt und durch sonstige barrierefreie digitale Anwendungen unterstützt werden“.

Dass das Fallmanagement in den Richtlinien nach § 17 Abs. 1a beschrieben werden soll wird mit der gleichen Begründung entgegengetreten wie oben den Richtlinien zur Pflegebegleitung insgesamt. Es sollte weiterhin eine Regelung aufgenommen werden, die die Pflegebegleitung verpflichtet, die im Rahmen der Pflegebegleitung gesammelte Erfahrungen über Unter- und Fehlversorgung respektive Infrastruktur- und Kooperationsdefizite systematisch zu dokumentieren und für die kommunale Pflegestrukturplanung systematisch zugänglich zu machen.

zu § 7e: Pflegestützpunkte, Verordnungsermächtigung

Die Rolle der Pflegestützpunkte wird durch die pflegefachliche Begleitung deutlich gestärkt. Entsprechend sind entweder durch Rahmenvereinbarungen oder mithilfe landesgesetzlicher Regelungen die Rahmenbedingungen und Voraussetzungen für die Pflegestützpunkte zu regeln und in ein Gesamtkonzept auch der kommunalen Pflegestrukturplanung einzubeziehen. Der gemäß § 14 SGB I bestehende Beratungsauftrag und die entsprechende Beratungsverpflichtung kann nicht befreiend auf die Pflegestützpunkte übertragen werden. Insofern wird noch einmal darauf hingewiesen, dass den Pflegekassen ein eigenständiger Beratungsauftrag bleibt, der auch gesetzlich vorgesehen werden muss.

zu § 8 Abs. 3:

Das KDA begrüßt, dass der Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung und den Stand der pflegerischen Versorgung künftig ergänzt werden soll um die Einkommenssituation der Leistungsbezieher:innen, die zu erbringenden Eigenanteile der privaten Absicherung und deren Inanspruchnahme von Hilfe zur Pflege, wobei ausdrücklich darauf hingewiesen wird, dass auch die zur Hilfe zur Pflege-Leistungen außerhalb von Einrichtungen systematisch auszuwerten sind (vgl. Mittag und Klie 2026).

Die in § 8 Abs. 4 vorgesehene digitale Datenplattform auf Bundesebene ist aus Sicht des KDA ein zweiter Schritt. Zunächst ist zu priorisieren, wenn den Ländern und - über sie vermittelt - den Kommunen relevante Daten aus einem Data-Warehouse zugänglich gemacht werden. Es scheint sachdienlicher, den Ländern die Möglichkeit zu geben ihre eigenständigen Datenplattformen entsprechend ihrer eigenen Datenlage und Bedarfen für die kommunale Pflegestrukturplanung aufzubauen. Die bisher unter Moderation des BMG geführten Diskussionen für die Vorhaltung und Aufbereitung von indikatorengestützten Daten für die kommunale Pflegestrukturplanung sind verdienstvoll aber nicht ausreichend differenziert für eine belastbare datengestützte kommunale Pflegestrukturplanung.

zu § 8a: Gemeinsame Empfehlung zur pflegerischen Versorgung und deren Sicherstellung

Wie bereits ausgeführt sind indikatorengestützte „Hinweise“ zur Unterversorgung hinsichtlich der pflegerischen Infrastruktur keineswegs als eine wissenschaftlich hinreichende qualifizierte Grundlage für kommunale Planungsansätze zu qualifizieren. Insofern sind derartige Empfehlungen in der vorgesehenen Weise entbehrlich. Wichtig ist es, dass die Daten des Statistischen Bundesamtes zur Pflegestatistik kurzfristig zur Verfügung stehen, dass auf Landesebene Bevölkerungsvorausrechnungen Kommunen zeitnah zur Verfügung stehen und dass auch GKV- und SPV-Daten wie in dem PNOG vorgesehen, für Planungszwecke zugänglich gemacht werden. Indikatoren für eine Feststellung der Unterversorgung auf der Ebene der Landkreise sollten auf keine Weise auf Bundesebene ermittelt und festgestellt werden. Hierbei entsteht ein völlig überflüssiger Verwaltungs- und Datenerhebungsaufwand. Es muss eher darum gehen, KI-gestützt Kommunen in die Lage zu versetzen, im Sinne der integrierten Sozial- und Pflegeplanung ihre Planungsaufgaben zu erfüllen. In der Fachdiskussion gelten indikatorengestützte Planungsansätze in der Langzeitpflege als überholt.

Den Kreisen und kreisfreien Städten die Feststellung der Unter- und Fehlversorgung zu übertragen, ist einerseits richtig. Es fehlt allerdings an einer Regelung, die die systematische Auswertung der pflegfachlichen Begleitung und des Fallmanagements zur Grundlage der Feststellung macht (vgl. Maßnahmenpapier zum Zukunftspakt, KDA 2026). Auch bedarf es einer systematischen Erhebung des Personalbestandes inklusive der berufsdemografischen Dynamiken. Bei festgestellter Unter- und Fehlversorgung sollten Regelungen aufgenommen werden, die auf die Modifizierung des Kontrahierungszwangs hinauslaufen und diese legitimieren.

zu § 9: Aufgaben der Länder

Das PNOG bietet die Chance, die Rolle der Länder im Zusammenhang mit der Verantwortung für eine bedarfsgerechte Infrastruktur weiter zu profilieren. Begrüßt wird, dass dem Thema kommunale Pflegestrukturplanung entsprechender Raum gegeben

wird. Der Bezug zu den Empfehlungen gem. § 8a wird nicht für sachdienlich erachtet, da er den Empfehlungen aus Sicht des KDA die methodischen und wissenschaftlichen Grundlagen fehlen. Vielmehr wird es den Ländern überlassen werden, Maßstäbe für die Unterversorgung resp. Prozeduren der Feststellung derselben festzulegen. So eine Unterversorgung entweder für bestimmte Regionen, für bestimmte Infrastrukturen resp. Leistungsansprüche oder Zielgruppen festgestellt wird, ist dieses den Pflegekassen mitzuteilen - und es sollte gesetzlich die Möglichkeit eröffnet werden, den Kontrahierungszwang der Kassen gem. § 72 SGB XI zu modifizieren.

zu §§ 11, 12: Förderung von Innovation und Digitalisierung und Förderung der Versorgung

Das KDA begrüßt ausdrücklich die Innovationsorientierung, die im PNOG unterstützt werden soll, äußert allerdings grundlegende Bedenken hinsichtlich der Einbettung in Modellvorhaben, auch wenn diese gegenüber der noch geltenden Rechtslage vereinfacht werden. Vorgeschlagen wird – insbesondere die Förderung guter Versorgung – über Experimentierklauseln im Leistungserbringungsrecht vorzusehen und zu unterstützen. Dabei sollte bei der Förderung guter Versorgung nicht allein auf den kompetenzorientierten Einsatz von Personal gesetzt werden, sondern insbesondere auf wohlfahrtspluralistische Versorgungsformen, in denen informelle sozialräumliche und bürgerschaftliche Unterstützungsformen systematisch mit einbezogen werden. Und die vorgesehenen wissenschaftliche Expertisen, die in § 112 Abs. 3 angesprochen sind sollten sich nicht allein auf pflegewissenschaftliche Expertise stützen, sondern interdisziplinär angelegt sein, das heißt sowohl geriatrische, hauswirtschaftliche, sozialarbeiterische und spezifische Case Management-Kompetenzen und Wissensbestände einbeziehen. Auch gilt es insbesondere wohlfahrtspluralistische Ansätze als neue und innovative Versorgungsformen zu berücksichtigen und zu befördern, die darauf gerichtet sind informelle Netzwerke zu bestärken, zu erweitern, sozial räumliche Unterstützungsformen einzubeziehen, Formen der Selbstorganisation von **Sorgearrangements** zu befördern und bürgerschaftliche und ehrenamtliche Koproduktion zu berücksichtigen. Ob für diese Aufgabe der GKV-SV die geeignete Institution ist, sollte noch einmal problematisiert werden. Es kämen hier andere Institutionen wie etwa der Deutsche Verein, aber auch das Kuratorium Deutsche Altershilfe als Förderinstanz in Betracht. Sowohl der Deutsche Verein als auch das Kuratorium Deutsche Altershilfe stellen besser sicher, dass Interdisziplinarität und eine Vielfalt von Akteuren aus Altenhilfe, Pflege, Planung, Case Management beteiligt und einbezogen würden.

Zu §12 Abs. 4 Nr. 8: Maßnahmen zur betrieblichen Integration von Pflege- und Betreuungspersonal aus dem Ausland

Das KDA begrüßt die Möglichkeit der Förderung von Maßnahmen zur betrieblichen Integration von Pflege- und Betreuungspersonal aus dem Ausland. Für eine nachhaltige

betriebliche Integration sollten Qualitätsanforderungen an betriebliche Integrationsmanagementkonzepte und die Ausgestaltung von Anpassungslehrgängen auf Erfahrungen erprobter Instrumente zurückgreifen (Bsp. Werkzeugkoffer Willkommenskultur und Integration; Anpassungslehrgang INGA Pflege).

zu § 28a: Leistungen bei Pflegegrad 1

Die Auflistung der Leistungen dient nicht der Vereinfachung des Leistungsrechts und der von der Bevölkerung immer wieder beklagten Unübersichtlichkeit der leistungsrechtlichen Ansprüche. Insofern wird hier noch einmal dringend empfohlen die Übersicht zu entschlacken. Insbesondere Ziffer 1a und b sollten als Übergangsregelung vorgesehen und bei Übergangsregelung platziert werden.

zu § 36: Sachleistungsbudget

Es wurde bereits darauf hingewiesen, dass auf der einen Seite die Einführung eines Sachleistungsbudgets begründet und begrüßt wird, andererseits die Ausgestaltung des Sachleistungsbudgets deutlich ambitionierter hätte ausfallen können und sollen. Insbesondere ist vorzusehen, dass das Sachleistungsbudget mittelfristig Sektoren übergreifend ausgestaltet wird.

zu § 37 SGB XI:

Auch die Einführung eines Entlastungsbudgets wird grundsätzlich begrüßt, auch eine Flankierung durch Ansprüche auf pflegefachliche Begleitung. Die Formulierung in Absatz 3 sollte in die Übergangsvorschriften verlagert werden, da sie nur befristet gelten.

zu § 39ff:

Sowohl das Überbrückungsbudget gemäß § 39, als auch die Pflegesachleistungen in pflegerischen Akutsituationen gemäß § 39a können nicht überzeugen. Sie reflektieren zum einen zu wenig die unterschiedlichen Bedarfssituationen, die in den Kurzzeitpflegebedarfe entstehen, die mit sehr differierenden Anforderungen an das Personal und die Konzeption verbunden sind. Zum anderen fehlt es einer sektorenübergreifenden Ausrichtung: Es bedarf zur infrastrukturellen Beantwortung der Bedarfe in gesundheitliche und pflegerische Notsituationen eine sektorenübergreifende Planung und Infrastruktur. Sie sollte bei den Planungsvorgaben der Länder geregelt werden. Die mit der Kurzzeitpflege verbundenen Finanzierungsfragen und die Probleme der Infrastrukturentwicklung in diesem Bereich werden in den vorgesehenen Regelungen nicht hinreichend berücksichtigt. Insofern sollten die Finanzierungsregelungen für die Notfall- und Kurzzeitpflegekonstellation grundlegend neu und außerhalb des vorhandenen Budgets geregelt werden.

zu § 45a: Angebote zu Unterstützung im Alltag, Verordnungsermächtigung

Das Kuratorium Deutsche Altershilfe begrüßt grundsätzlich die Beibehaltung und Weiterentwicklung der Angebote zur Unterstützung im Alltag als wichtigen Baustein zur Stabilisierung häuslicher Pflegearrangements. Die vorliegenden Regelungen bleiben jedoch in weiten Teilen hinter den Erkenntnissen aus Forschung und Praxis zurück.

Bereits die vom KDA durchgeführten Untersuchungen zu niedrighschwelligen Betreuungs- und Entlastungsangeboten (vgl. Besselmann et al. 2017; Heerdt et al. 2019) haben gezeigt, dass weniger die grundsätzliche Verfügbarkeit entsprechender Angebotsformen als vielmehr komplexe Anerkennungsverfahren, unterschiedliche landesrechtliche Regelungen, fehlende Transparenz, regionale Versorgungsunterschiede sowie unzureichende Vernetzungsstrukturen die Entwicklung und Nutzung dieser Angebote begrenzen. Der vorliegende Gesetzentwurf greift diese strukturellen Herausforderungen nur teilweise auf.

Positiv hervorzuheben ist die stärkere Einbeziehung von Nachbarschaftshilfe sowie die angestrebte Homogenisierung der Anerkennungsverfahren. Die Angebote werden weiterhin überwiegend als einzelne Leistungsformen betrachtet und nicht als Bestandteil integrierter lokaler Unterstützungs- und Versorgungsnetzwerke. Damit bleibt offen – trotz der Einführung eines Sozialraumbudgets gemäß §45b SGB XI-E-, wie die unterschiedlichen Unterstützungsformen quantitativ ausgebaut, systematisch mit Pflegebegleitung und kommunalen Unterstützungsstrukturen verzahnt werden, um bspw. einen frühen Zugang zu diesen Hilfen und ressourcenschonende Lösungen einer fachlichen Begleitung der Angebote umzusetzen.

Kritisch bewertet das KDA zudem die verwendete Formulierung der „Beaufsichtigung“ als Aufgabenbestandteil der Angebote zur Unterstützung im Alltag. Diese Begrifflichkeit entspricht weder einem modernen pflegewissenschaftlichen Verständnis noch den Zielsetzungen einer personenzentrierten, ressourcenorientierten und teilhabefördernden Unterstützung. Die Aufgabenbeschreibung sollte konsequent an den Prinzipien der Befähigung, Aktivierung, sozialen Teilhabe, Selbstbestimmung und Unterstützung selbstständiger Lebensführung ausgerichtet werden.

Aus Sicht des KDA sollte die Reform genutzt werden, um die Angebote zur Unterstützung im Alltag stärker als Bestandteil kommunaler Sorge- und Unterstützungsstrukturen weiterzuentwickeln. Hierzu gehören eine Vereinfachung der Anerkennungsverfahren, eine bessere Verzahnung mit Pflegebegleitung, die stärkere Einbindung von Nachbarschaftshilfe und Selbsthilfe sowie die systematische Verknüpfung mit sozialräumlichen und quartiersbezogenen Unterstützungsstrukturen.

zu § 45b: Sozialraumbudget

Das Kuratorium Deutsche Altershilfe bewertet die Einführung eines eigenständigen Sozialraumbudgets grundsätzlich als Schritt hin zu einer stärkeren Flexibilisierung niedrigschwelliger Unterstützungsleistungen. Die gewählte Bezeichnung des Leistungsanspruchs ist jedoch missverständlich und weckt Erwartungen, die durch die konkrete Ausgestaltung nicht eingelöst werden.

Tatsächlich handelt es sich im Wesentlichen um eine Weiterentwicklung des bisherigen Entlastungsbetrags. Die Leistung bleibt weiterhin ausschließlich an die Inanspruchnahme anerkannter Angebote zur Unterstützung im Alltag gebunden und dient damit primär der Finanzierung individueller Unterstützungsleistungen. Ein Budget zur Entwicklung oder Stabilisierung sozialräumlicher Unterstützungsstrukturen entsteht hierdurch nicht.

Aus Sicht des KDA umfasst ein Sozialraumbudget mehr als die Finanzierung einzelner Leistungen. Sozialraumorientierte Versorgung erfordert die Entwicklung lokaler Unterstützungsnetzwerke, die Verknüpfung professioneller und zivilgesellschaftlicher Angebote, die Förderung von Nachbarschaftshilfe, Selbsthilfe und ehrenamtlichem Engagement sowie koordinierende und vernetzende Strukturen vor Ort. Diese infrastrukturelle Perspektive bleibt im Gesetzentwurf bislang unberücksichtigt.

Es bleibt offen, wie bestehende regionale Unterschiede in der Angebotsverfügbarkeit überwunden werden sollen. Ein Budget kann nur dort wirksam eingesetzt werden, wo tatsächlich ausreichende und qualitativ geeignete Angebote vorhanden sind. Die Erfahrungen aus den bisherigen Untersuchungen zu niedrigschwelligen Unterstützungsangeboten zeigen jedoch, dass gerade in ländlichen Räumen und strukturschwachen Regionen weiterhin erhebliche Angebotsdefizite bestehen (vgl.-Heerdt et al. 2019).

Das KDA regt daher an, das Sozialraumbudget perspektivisch zu einem echten sozialraumorientierten Budget weiterzuentwickeln. Neben der Finanzierung individueller Unterstützungsleistungen sollten künftig auch Maßnahmen zur Aktivierung, Vernetzung und Stabilisierung lokaler Unterstützungsstrukturen sowie koordinierende Funktionen im Sozialraum förderfähig sein. Nur so kann der Anspruch einer sozialraumorientierten Pflege- und Unterstützungsinfrastruktur eingelöst werden, den die Bezeichnung „Sozialraumbudget“ nahelegt.

Auch die Qualifizierung des sogenannten Sozialraumbudgets als Geldleistung wäre zu prüfen. Folgt man der Logik der Regelung der Hilfe zu Pflege im SGB XII, wäre das Sozialraumbudget als anteiliges Pflegegeld respektive anteiliges Entlastungsbudget bei Sachleistungsbezug vorzusehen und einfacher auszugestalten. Damit wäre die Konkurrenz zu den Leistungen der Hilfe zur Pflege gegeben. zu § 88b: Erstattung von Vorhaltekosten bei Akutkurzzeitpflege.

Der Ansatz, Einrichtungen mit Akutkurzzeitpflegeplätzen mit Vorhaltekosten zu refinanzieren, ist richtig. An der fehlenden Finanzierung der Vorhaltekosten scheiterte bisher regional der Aufbau von leistungsfähigen und in Notfällen verfügbaren Solitär- und Kurzzeitpflegeeinrichtungen. Es müsste allerdings geregelt werden, in welchem Umfang regional entsprechende Angebote vorgehalten und zugelassen werden sollen. Weiterhin sind allerdings erhöhte Kosten insbesondere für das Case Management bei der Finanzierung der Kurzzeitpflegeeinrichtungen zu berücksichtigen. Auf die Finanzierung des Case Managements haben sich die Vorhaltekosten zu beziehen.

Änderung im SGB XII

Das PNOG enthält noch keine Regelung zur Änderung in den Vorschriften der Hilfe zur Pflege gemäß §§ 61ff SGB XII die sich notwendigerweise aus dem PNOG ergeben würden.

4 Schlussbemerkung

Das Kuratorium Deutsche Altershilfe sieht sich im Rahmen der kurzen Anhörungsfrist nicht in der Lage, zu allen relevanten Gesichtspunkten und Änderungen, die durch das PNOG im SGB XI und weiteren Gesetzen vorgesehen werden, Stellung zu nehmen und behält sich weitere ausführlichere Stellungnahmen im Zusammenhang mit dem weiteren Gesetzgebungsverfahren vor.

5 Literaturverzeichnis

Besselmann, Klaus; Heerdt, Christian; Stephan, Nina; Hackmann, Tobias; Krämer, Lisa (2017): Bestandsaufnahme und Entwicklungsmöglichkeiten niedrigschwelliger Betreuungsangebote im Rahmen der Pflegeversicherung. BMG: Berlin. URL: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Berichte/Abschlussbericht_NBA.pdf

Haumann, Wilhelm (2026): Auf dem Weg zur Pflegereform – Befragungen. In: Thomas Klie (Hg.): Pflegereport 2026. Weichenstellung für die Zukunft der Pflegeversicherung. Heidelberg: medhochzwei Verlag (Beiträge zur Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung, 59), S. 32–83.

Heckes, Kolja; Özlü, Ismail; Heerdt, Christian (2026): Im Spannungsfeld zwischen Standort im Krankenhaus und Wirkung ins Außen. Entlassmanagement als intersektorales und sozialraumorientiertes Format. Wiesbaden: VS Verlag.

Heerdt, Christian (2022): Sozialraumagenturen in der Langzeitpflege. Nomos: Baden-Baden.

Heerdt, Christian; Besselmann, Klaus; Freymuth, Christine; Köhler, André; Tütüncübasi, Suzan (2019): Folgestudie zur Aktualisierung der Ergebnisse des Projektes „Bestandsaufnahme und Entwicklungsmöglichkeiten niedrigschwelliger Betreuungsangebote im Rahmen der Pflegeversicherung“ vor dem Hintergrund der zwischenzeitlich ergangenen Rechtsänderungen (Gesetze, Verordnungen, untergesetzliche Normsetzung). BMG: Berlin. URL: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Be-richte/Folgestudie-AzUiA_KDA_Abschlussbericht_bf.pdf

Hildebrandt, Helmut; Lewin, Philip; Wendel, Pascal; Rojahn, Indra (2026): Analyse von GKV-/SPV-Routinedaten zu Versorgungsmustern bei Pflegebedürftigkeit. In: Thomas Klie (Hg.): Pflegereport 2026. Weichenstellung für die Zukunft der Pflegeversicherung. Heidelberg: medhochzwei Verlag (Beiträge zur Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung, 59), S. 84–117.

Isfort, Michael; Klie, Thomas (2023): Monitoring Pflegepersonalbedarf Bayern 2023. Unter Mitarbeit von Pablo Rischard und Daniel Tucman. Hg. v. Vereinigung der Pflegenden in Bayern (VdPB). München. Online verfügbar unter <https://www.vdpp-bayern.de/wp-content/uploads/2024/01/240115-Monitoring-Pflegepersonalbedarf-Bayern-2023-VdPB.pdf>, zuletzt geprüft am 30.01.2026.

Isfort, Michael; Klie, Thomas (2025): Landespflegebericht Niedersachsen 2024. Schwerpunkt Regionale Perspektiven der Langzeitpflege. Unter Mitarbeit von Daniel Tucman, Pablo Rischard, Helga Gessenich und Johann-Moritz Hüsken. Hg. v. Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung (NDS

MSGG). Hannover. Online verfügbar unter

https://www.ms.niedersachsen.de/download/218568/Landespflegebericht_2024.pdf, zuletzt geprüft am 13.11.2025.

Isfort, Michael; Klie, Thomas (2026 im Erscheinen): Landesbericht Pflege Mecklenburg-Vorpommern.

Klie, Thomas; Culmsee, Thorsten (2026): Kommunale Pflegestrukturplanung: Von einer Indikatoren- zu einer KI-gestützten (integrierten Sozial-)Planung. Im Fokus. In: *NDV-Zeitschrift* 2026 (4), S. 148–158.

Klie, Thomas; Ranft, Michael; Szepan, Nadine-Michèle (2021): Strukturreform Pflege und Teilhabe II. Pflegepolitik als Gesellschaftspolitik. Ein Beitrag zum pflegepolitischen Reformdiskurs. Hg. v. Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA). Berlin. Online verfügbar unter https://kda.de/wp-content/uploads/2021/03/Reform_II.pdf, zuletzt geprüft am 18.11.2022.

Klie, Thomas; Ranft, Michael; Szepan, Nadine-Michèle (2025): 30 Jahre Pflegeversicherung. Bilanz und Plädoyer für einen Re-Start. In: *Pro Alter* 57 (1), S. 32–35.

Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA) (2026): Notfall- und Pflegereform Hand in Hand. Gemeinsames Forderungspapier vom Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA) und von Prof. Dr. Christian Karagiannidis. Online verfügbar unter <https://kda.de/notfall-und-pflegereform-hand-in-hand/>, zuletzt geprüft am 23.03.2026.

Mittag, Thorsten; Klie, Thomas (2026): Hilfe, die nicht ankommt: Armut in der häuslichen Pflege. Hg. v. Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband - Gesamtverband e. V. Online verfügbar unter https://www.der-paritaetische.de/fileadmin/user_upload/Schwerpunkte/Altenhilfe-Pflege/doc/Expertise_Armut_in_der_haeuslichen_Pflege_2026.pdf, zuletzt geprüft am 31.03.2026.

Schulz-Nieswandt, Frank (2020): Pflegepolitik neu denken. KDA: Berlin. URL: https://kda.de/wp-content/uploads/2020/01/Grundlagentext_Schulz-Nieswandt.pdf

Think Tank Vorbehaltsaufgaben (TT VA) & Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft e. V. (DGP) (2024): Vorbehaltsaufgaben der Pflege. Pflegewissenschaftliche und pflegerechtliche Grundlegung und Einordnung. Hg. v. Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft e.V. (DGP). Duisburg. Online verfügbar unter <https://dg-pflegewissenschaft.de/wp-content/uploads/2024/03/Vorbehaltsaufgaben-Broschuere-DGP-1.pdf>, zuletzt geprüft am 10.04.2024.