Medizinischer Dienst
Bund

Stellungnahme
des Medizinischen Dienstes Bund

zum

Entwurf eines Gesetzes zur Neuordnung der Pflegeversicherung (Pflegeneuordnungsgesetz)

Bundestags-Drs. 21/8869

vom 11.11.2026

Medizinischer Dienst Bund I Willy-Brandt-Platz 5 I 45127 Essen I Telefon: +49 201 8327-0

Medizinischer Dienst
Bund

Inhalt der Stellungnahme

Inhalt der Stellungnahme ***2***

I Vorbemerkungen ***3***

II Stellungnahme zum Gesetzentwurf *5*
Zu Artikel 1 Nr. 6, § 7a SGB XI Pflege-Cockpit *5*

Zu Artikel 1 Nr. 8, § 7c SGB XI, Pflegebegleitung in Verbindung mit Artikel 1 Nr. 20 a) § 18b Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 und Nr. 20c, §18b Absatz 4 Inhalt und Übermittlung des Gutachtens *7*

Zu Artikel 1 Nr. 8, § 7d SGB XI, Angebotsstruktur und Finanzierung der Pflege-begleitung *9*

Zu Artikel 1 Nr. 13, § 10 Absatz 5 SGB XI, Beirat zum Kompetenzzentrum Digitalisierung und Pflege ... *10*

Zu Artikel 1 Nr. 15, § 14 Absatz 1 SGB XI, Begriff der Pflegebedürftigkeit in Verbindung mit Nr. 26, § 33 Absatz 1 SGB XI, Leistungsvoraussetzungen *11*

Zu Artikel 1 Nr. 16, § 15 Absatz 3 Satz 4 SGB XI, Ermittlung des Grades der Pflegebedürftigkeit, Begutachtungsinstrument *13*

Zu Artikel 1 Nr. 17a, § 17 Absatz 1 Satz 7 SGB XI, Richtlinien des Medizinischen Dienstes Bund; Richtlinien der Pflegekassen *14*

Zu Artikel 1 Nr. 17 b), § 17 Absatz 1a SGB XI, Richtlinien des Medizinischen Dienstes Bund; Richtlinien der Pflegekassen *15*

Zu Artikel 1 Nr. 18a und Nr. 18b, § 18 Absatz 1 Satz 4 SGB XI, Beauftragung der Begutachtung *16*

Zu Artikel 1 Nr. 19, § 18a Absatz 2 Satz 3 SGB XI, Begutachtungsverfahren *18*

Zu Artikel 1 Nr. 20a, § 18b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2, Inhalt und Übermittlung des Gutachtens *19*

Zu Artikel 1 Nr. 20c, § 18b Absatz 4 SGB XI, Elektronische Übermittlung von Begutachtungsergebnissen *21*

Zu Artikel 1 Nr. 21, § 18c Absatz 5 Satz 2, Entscheidung über den Antrag, Fristen *22*

Zu Artikel 1. Nr. 22, § 18f SGB XI, Beirat zur Weiterentwicklung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs, des Begutachtungsinstrumentes und des Verfahrens zur Pflegebegutachtung *23*

Zu Artikel 1 Nr. 47, § 53e – neu – SGB XI, Datenbank des Medizinischen Dienstes Bund zu den Ergebnissen von Begutachtungen und Qualitätsprüfungen *25*

Zu Artikel 1 Nr. 74 a) und b), § 114a Abs. 7 - Qualitätsprüfungs-Richtlinien für gemeinschaftliche Wohnformen nach § 92c SGB XI *26*

Zu Artikel 1 Nr. 75 a), § 115 Absatz 1a Satz 11 SGB XI - Qualitätsdarstellungsvereinbarungen für gemeinschaftliche Wohnformen nach § 92c SGB XI *27*

Zu Artikel 1 Nr. 86, § 142b, Übergangsregelung zur Anpassung der Schwellenwerte zum 1. Januar 2027; §142b Absatz 3, Aussetzung der Fristenregelung für die Pflegebegutachtung; § 142c, Übergangsregelung zu den Inhalten des Gutachtens nach § 18b Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 ..... *28*

III Ergänzender Änderungsbedarf ***30***
§ 142a SGB XI Übergangsregelung für eine telefonische Begutachtung – Anpassung der Bezeichnung des Paragrafen *30*

Sicherung der Qualität in der Langzeitpflege *31*

Medizinischer Dienst
Bund

I Vorbemerkungen

Das Bundesministerium für Gesundheit hat mit dem Entwurf eines Gesetzes zur Neuordnung der Pflegeversicherung zentrale Maßnahmen zur Reform der sozialen Pflegeversicherung vorgelegt. Positiv hervorzuheben sind insbesondere die stärkere Ausrichtung auf Prävention und Rehabilitation, die vorgesehenen Investitionen in die Digitalisierung sowie die über den Beirat beim Medizinischen Dienst Bund vorgesehene, kontinuierliche wissenschaftliche Weiterentwicklung der Pflegebegutachtung. Die Medizinischen Dienste leisten mit bundesweit über 3 Millionen Pflegebegutachtungen im Jahr 2025 einen wichtigen Beitrag, um sicherzustellen, dass Pflegebedürftige entsprechend ihrer individuellen Bedürfnisse versorgt werden. Die Empfehlungen aus diesen Gutachten sollten im Sinne der Stärkung der Prävention und Rehabilitation verstärkt genutzt werden.

Der Medizinische Dienst Bund unterstützt im Sinne einer evidenzbasierten Pflege ausdrücklich den Ansatz, die Weiterentwicklung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs, des Begutachtungsinstruments und der Zugangskriterien zu den Leistungen der sozialen Pflegeversicherung künftig auf eine dauerhafte wissenschaftliche Grundlage zu stellen. Die Pflegeversicherung steht vor langfristigen Herausforderungen, die nicht nur durch punktuelle Reformen, sondern auch durch einen kontinuierlichen wissenschaftlichen Evaluations- und Entwicklungsprozess begleitet werden sollten.

Gleichzeitig ist aus Sicht des Medizinischen Dienstes Bund eine klare Trennung zwischen wissenschaftlicher Weiterentwicklung des Leistungszugangs und der politischen Verantwortung für die Finanzierung der Pflegeversicherung erforderlich. Die Entscheidung über den Umfang der für die soziale Pflegeversicherung bereitgestellten Mittel und ihrer Leistungen ist eine politische Entscheidung des Gesetzgebers. Diese Verantwortung darf weder auf den Medizinischen Dienst Bund noch auf den neu einzurichtenden Beirat verlagert werden. Dies sollte auch in der Benennung als „Pflegewissenschaftlicher Beirat“ deutlich werden. Die Bezeichnung verdeutlicht den wissenschaftlichen Charakter des Gremiums und macht zugleich deutlich, dass seine Aufgabe in der wissenschaftlichen Begleitung und Weiterentwicklung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs und der Pflegebegutachtung liegt. Es ist daneben ausdrücklich zu begrüßen, dass mit dem Gesetzentwurf nun auch Vertreterinnen und Vertreter der Pflegebedürftigen sowie der pflegenden An- und Zugehörigen eingebunden werden.

Richtig ist, dass der Gesetzgeber eine stärkere Ausrichtung auf Prävention, Rehabilitation und Beratung vorsieht. Die stärkere Berücksichtigung rehabilitativer Potenziale entspricht dem Grundsatz „Rehabilitation vor und bei Pflege“ und kann langfristig dazu beitragen, vorhandene Selbstständigkeit länger zu erhalten.

Gleichzeitig ist festzustellen, dass der Gesetzentwurf erhebliche Erwartungen an die präventiven und rehabilitativen Wirkungen der Reform knüpft. Um diese erfüllen zu können, ist es erforderlich, dass entsprechende Angebote zeitnah regional verfügbar sind, von den Zielgruppen angenommen und in ihrer Wirkung kontinuierlich evaluiert werden.

Bei der geplanten Anpassung der Bewertungssystematik des Begutachtungsinstruments ist zu berücksichtigen, dass es bereits jetzt klare Hinweise auf Vorzieheffekte vor der Umstellung auf das neue Berechnungsverfahren gibt. In diesem Zusammenhang ist es zu begrüßen, dass die Frist nach § 18c Absatz 1 Satz 1 SGB XI zur Pflegebegutachtung vom 01. Januar bis 30. April 2027 ausgesetzt werden soll. Die Aussetzung der Frist sollte bis zum 30.06.2027 gelten, um die Auswirkungen der angesprochenen Vorzieheffekte zu ausreichend zu berücksichtigen.

Der Medizinische Dienst Bund unterstützt die vorgesehenen Investitionen in die Digitalisierung ausdrücklich. Die Digitalisierung kann wesentlich zur Entbürokratisierung beitragen und Verwaltungsaufwände bei Pflegeeinrichtungen, Pflegekassen und Medizinischen Diensten reduzieren. Besonderes Augenmerk sollte auf die Interoperabilität der digitalen Verfahren gelegt werden, damit diese auch in

der häuslichen Versorgung durch pflegende Angehörige genutzt werden können. Die Mehrheit der Pflegebedürftigen wird weiterhin im häuslichen Umfeld durch Angehörige versorgt. Die Digitalisierung sollte sich deshalb nicht auf Pflegeeinrichtungen beschränken.

Der Medizinische Dienst Bund begrüßt darüber hinaus die Einrichtung einer Ergebnisdatenbank für Daten der Pflegebegutachtungen und Qualitätsprüfungen von Pflegeeinrichtungen. Damit werden die technischen und inhaltlichen Grundlagen für die Datenanalyse und -berichterstattung deutlich verbessert. Hierdurch wird auch die Arbeit des Beirats zur Weiterentwicklung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs, des Begutachtungsinstrumentes und des Verfahrens zur Pflegebegutachtung unterstützt. Insgesamt stärken die geschilderten, den Medizinischen Dienst Bund betreffenden Maßnahmen, die Rolle des Medizinischen Dienstes Bund als wissenschaftlich, digital und auf Basis fundierter Daten arbeitende und unabhängige Expertenorganisation.

Über die aufgeführten Themen hinaus sollte bei der Reform der Pflegeversicherung der Entwicklungsbedarf bei der Qualitätssicherung in der Langzeitpflege nicht vernachlässigt werden. Der Medizinische Dienst Bund regt hierfür ergänzend folgende verschiedene Maßnahmen an:

- Verzicht auf eine Plausibilitätskontrolle bei Qualitätsprüfungen in vollstationären Pflegeeinrichtungen
- Harmonisierung der Prüfaufträge bei AKI
- Konzept der Stichproben bei Qualitätsprüfungen in den verschiedenen Settings harmonisieren und flexibilisieren
- Niedrigschwellige Leistungsangebote nicht mit Qualitätssicherung überfrachten

Medizinischer Dienst
Bund

II Stellungnahme zum Gesetzentwurf

Zu Artikel 1 Nr. 6, § 7a SGB XI, Pflege-Cockpit

§ 7a SGB XI sieht die Einführung eines einheitlichen digitalen Zugangs („Pflege-Cockpit“) durch die Pflegekassen vor. Pflegebedürftige Versicherte und von ihnen bevollmächtigte Personen sollen dort gebündelt allgemeine und individuelle Informationen zur Pflegeversicherung, zu möglichen Leistungen, zur Organisation der Pflege sowie zu Unterstützungs- und Beratungsangeboten erhalten.

Als Mindestinhalte sind insbesondere vorgesehen:

- Informationen zu Angeboten und Leistungen der Pflegeversicherung,
- eine Übersicht über die im jeweiligen Pflegegrad möglichen Leistungen,
- eine Darstellung der individuell bezogenen Leistungen und ihres Umfangs,
- die digitale Übermittlung von Anträgen, Anfragen und erforderlichen Belegen einschließlich des Bearbeitungsstands,
- der Zugriff auf Empfehlungen aus der Pflegebegutachtung,
- die Suche nach Leistungserbringern und Preisen,
- Informationen zu Beratung, Pflegebegleitung, Schulungen sowie zielgruppenspezifischen Unterstützungsangeboten.

Die Inhalte sollen einfach verständlich, wahrnehmbar und barrierefrei gestaltet sein. Bereits vor der Feststellung der Pflegebedürftigkeit sollen Informationen zu Prävention, zur Pflegeversicherung und zu den Voraussetzungen eines Antrags auf Feststellung der Pflegebedürftigkeit zugänglich gemacht werden. Der Zugang zu den ersten Funktionen soll spätestens zum 1. Juli 2028, zu den weiteren Funktionen spätestens zum 1. Januar 2030 eröffnet werden. Eine Evaluation durch den Spitzenverband Bund der Pflegekassen ist bis zum 31. Dezember 2030 vorgesehen.

Berücksichtigt werden zudem die Anforderungen an die Barrierefreiheit und den möglichen Datenaustausch mit der elektronischen Patientenakte nach § 341 SGB V. Die Nutzung des Pflege-Cockpits soll freiwillig bleiben; die bisherigen Kommunikationswege sollen den Versicherten weiterhin offenstehen.

Bewertung:

Der Medizinische Dienst Bund begrüßt die Einführung des Pflege-Cockpits als Instrument zur Verbesserung der Transparenz und zur Bündelung von Informationen über Leistungen und Verfahren der sozialen Pflegeversicherung. Zugleich muss sichergestellt werden, dass die aufgeführten Inhalte über das Pflege-Cockpit in digitaler Form verfügbar sind. Hierzu ist eine interoperable Ausgestaltung mit der elektronischen Patientenakte und den bestehenden Strukturen der Telematikinfrastruktur erforderlich. In diesem Zusammenhang sollten die über drei Millionen Gutachten des Medizinischen Dienstes, die jährlich im Rahmen der Begutachtungen zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit erstellt werden, in der ePA hinterlegt werden.

Änderungsvorschlag:

Nach § 18c Absatz 2 Satz 5 SGB XI wird folgender Satz eingefügt:

„Die Pflegekasse hat das Gutachten nach § 18b oder die darin enthaltenen Empfehlungen zur Förderung oder zum Erhalt der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten, zur Prävention und zur Rehabilitation mit Zustimmung des Versicherten über den Anbieter der elektronischen Patientenakte in die elektronische Patientenakte nach § 341 des Fünften Buches einzustellen; § 350 Absatz 2 und 3 des Fünften Buches gelten entsprechend."

Nach § 341 Absatz 2 Nummer 9 SGB V wird eine Nummer 10 mit folgendem Text eingefügt:

10. „Daten zur pflegerischen Versorgung des Versicherten nach den §§ 24g, 37, 37b, 37c, 39a und 39c, der Haus- oder Heimpflege nach § 44 des Siebten Buches und der Pflege nach dem Elften Buch sowie Daten aus dem Gutachten des Medizinischen Dienstes zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach § 18b des Elften Buches,"

Zu Artikel 1 Nr. 8, § 7c SGB XI, Pflegebegleitung in Verbindung mit Artikel 1 Nr. 20 a) § 18b Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 SGB XI und Nr. 20c, §18b Absatz 4 SGB XI, Inhalt und Übermittlung des Gutachtens

Mit § 7c werden die bisherigen Beratungsangebote im Rahmen der Pflegeversicherung in einem neuen Angebot der Pflegebegleitung gebündelt. Ziel dieser präventionsorientierten fachlichen Begleitung und Unterstützung in der Pflege ist, die gesundheitliche und pflegerische Situation der pflegebedürftigen Menschen zu verbessern, ihre Selbstständigkeit zu erhalten, pflegende An- und Zugehörige zu unterstützen und zu entlasten sowie die häusliche Pflegesituation durch ein stabiles Versorgungsarrangement nachhaltig aufrechtzuerhalten.

Nach § 18b Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 sollen durch die Gutachterinnen und Gutachter im Rahmen eines eigenen Gutachtenabschnitts auch Empfehlungen zu den aus den Feststellungen ableitbaren Beratungs- und gegebenenfalls Handlungsbedarfen der Pflegebegleitung ausgesprochen werden, insbesondere zu den ersten Schritten zur Einleitung der pflegerischen Versorgung und erforderlichenfalls eines Fallmanagements zur Deckung besonderer pflegerischer Unterstützungsbedarfe.

In § 18b Absatz 4 SGB XI wird geregelt, dass zur Ermöglichung der Pflegebegleitung die dafür erforderlichen Informationen des Pflegegutachtens mit Einwilligung des Pflegebedürftigen in gesicherter elektronischer Form an die für die Pflegebegleitung zuständige Stelle übermittelt werden.

Die Pflegekasse hat der pflegebedürftigen Person unmittelbar nach erstmaligem Erhalt eines Pflegegrades unter Angabe einer Kontaktperson einen konkreten Termin für eine Pflegebegleitung in der häuslichen Umgebung anzubieten.

Bewertung:

Die Bündelung verfügbarer Beratungsangebote und die Einführung einer Pflegebegleitung zur Verbesserung der gesundheitlichen und pflegerischen Situation pflegebedürftiger Menschen, aber auch zur Unterstützung pflegender An- und Zugehöriger sowie zur Stabilisierung häuslicher Versorgungsarrangements wird begrüßt. Diese soll u. a. die Empfehlungen aus der Pflegebegutachtung der Medizinischen Dienste verbindlich aufgreifen und auf eine Umsetzung dieser hinwirken. Damit werden der Pflegeverlauf und seine Stabilisierung besser als bisher in den Blick genommen. Besonders zu begrüßen ist daher, dass bei besonderen Unterstützungsbedarfen ein Fallmanagement bzw. eine Steuerung des Pflegeprozesses eingeführt wird.

Entscheidend für den Erfolg dieses Angebots ist aus Sicht des Medizinischen Dienstes die konsequente Verzahnung von Pflegebegutachtung und Pflegebegleitung. Mit dem eigenen Gutachtenabschnitt nach § 18b Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 wird hierfür eine wichtige Grundlage geschaffen. Dieser Gutachtenabschnitt sollte so ausgestaltet werden, dass die dokumentierten Bedarfe, Risiken und Versorgungsempfehlungen unmittelbar als Übergabedokument für die Pflegebegleitung nutzbar sind. Die dafür erforderliche bedarfsorientierte Erhebungs- und Dokumentationslogik wird derzeit im MEET-Projekt entwickelt, dessen Erkenntnisse nach § 17 Absatz 1a SGB XI in die Weiterentwicklung der Begutachtungs-Richtlinien einfließen sollen.

Der Umfang der im Gutachten zusätzlich zu erhebenden und zu dokumentierenden Informationen sollte sich konsequent an ihrer tatsächlichen Nutzbarkeit für die Pflegebegleitung orientieren. Dokumentationsanforderungen ohne unmittelbaren Nutzen für die weitere Versorgung sollten vermieden werden. Ziel muss eine anschlussfähige, aber zugleich schlanke und fokussierte Begutachtung bleiben.

Damit die Verzahnung in der Versorgungspraxis trägt, muss der Informationsfluss in beide Richtungen gesichert sein. Zum einen sollte die Pflegebegleitung gerade dort intensiver ansetzen, wo der Unterstützungsbedarf am größten ist. Die Erkenntnisse aus der Pflegebegutachtung können hierfür wichtige Anhaltspunkte liefern. Zum anderen sollten auch die Informationen aus der Pflegebegleitung an den Medizinischen Dienst zurückfließen, was bislang nicht vorgesehen ist. Dies sollte zukünftig im Rahmen eines digitalen Verfahrens unter Beachtung des Datenschutzes erfolgen. Nur so lassen sie sich sinnvoll für Wiederholungs- und Höherstufungsanträge, u. a. zur Bestimmung des Begutachtungsformats, sowie für Wirkungsanalysen nutzen. Die elektronische Patientenakte könnte hierfür einen gemeinsamen Rahmen bieten.

Die unter § 7c Abs. 6 formulierten Sanktionsmöglichkeiten bei Nichtabrufen der Pflegebegleitung bzw. der Nichtinanspruchnahme des Fallmanagements (Kürzung bzw. Entzug des Pflegegelds) werden in Bezug auf die Verhältnismäßigkeit kritisch bewertet. Es sind Fallkonstellationen möglich, bei denen Pflegebegleitung und Fallberatung nicht bzw. nur eingeschränkt wahrgenommen werden können. Dies kann z. B. vulnerable Personen mit psychischen Erkrankungen bzw. Beeinträchtigungen betreffen oder durch die fehlende regionale Verfügbarkeit der Angebote begründet sein.

Die Wirkung der Pflegebegleitung und der umgesetzten präventiven und rehabilitativen Maßnahmen sollten nach einem angemessenen Zeitraum und dann kontinuierlich evaluiert werden.

Zu Artikel 1 Nr. 8, § 7d SGB XI, Angebotsstruktur und Finanzierung der Pflegebegleitung

§ 7d SGB XI regelt die Angebotsstruktur und die Finanzierung der Pflegebegleitung. Die Pflegekassen haben die Pflegebegleitung sicherzustellen. Nach Absatz 1 Satz 5 können sich die Pflegekassen auch darauf verständigen, die Pflegebegleitung ganz oder teilweise auf Dritte zu übertragen. Dabei kann neben bereits bestehenden Beratungsstrukturen auch an die Schaffung neuer Beratungsstrukturen außerhalb der Pflegekassen gedacht werden. Maßgeblich ist dabei stets, dass die Dritten das Aufgabenspektrum der Pflegebegleitung nach § 7c Absatz 2 abdecken müssen. Möglicherweise ist hier eine teilweise Übertragung auf Dritte eine passende Option.

Bewertung:

Die Pflegebegleitung kann nach Absatz 1 Satz 5 auch an Dritte übertragen werden. Dies eröffnet den Weg, in Regionen mit fehlenden Strukturen auch weitere Akteure einzubinden und mit der Pflegebegleitung zu beauftragen. Wichtig ist dabei einerseits, dass das Aufgabenspektrum der Pflegebegleitung fachlich abgedeckt werden kann und andererseits, dass die Pflegebegleitung unabhängig von Interessenkonflikten und Anbieterinteressen erfolgt. Wesentliche Grundlage der Pflegebegleitung ist das Gutachten des Medizinischen Dienstes. Die gute Vernetzung aller Beteiligten ist erforderlich.

Medizinischer Dienst
Bund

Zu Artikel 1 Nr. 13, § 10 Absatz 5 SGB XI, Beirat zum Kompetenzzentrum Digitalisierung und Pflege

Das beim Spitzenverband Bund der Pflegekassen eingerichtete Kompetenzzentrum Digitalisierung und Pflege wird verstetigt und erhält weitere Aufgaben. Nach § 10 Absatz 2 sind Ziele, Inhalte, Planung und Durchführung neben verschiedenen anderen Akteuren im Benehmen mit dem Medizinischen Dienst Bund zu bestimmen. Nach § 10 Absatz 5 wird die Arbeit des Kompetenzzentrums durch einen Beirat begleitet, in dem auch der Medizinische Dienst einzubinden ist.

Bewertung:

Die Verstetigung und Aufgabenerweiterung des Kompetenzzentrums werden begrüßt. Der Medizinische Dienst Bund bringt bereits heute im Beirat nach § 125b Absatz 5 SGB XI seine Kompetenzen und Erfahrungen ein. Die Berücksichtigung des Medizinischen Dienstes Bund bei der Festlegung der Ziele des Kompetenzzentrums sowie die Nennung des Medizinischen Dienstes Bund als Mitglied des Beirates werden daher begrüßt.

Der Medizinische Dienst Bund unterstützt darüber hinaus die vorgesehenen Investitionen in die Digitalisierung ausdrücklich. Die Digitalisierung kann wesentlich zur Entbürokratisierung beitragen und Verwaltungsaufwände bei Pflegeeinrichtungen, Pflegekassen und Medizinischen Diensten reduzieren.

Digitale Verfahren ermöglichen:

- schnellere Prozesse,
- weniger Medienbrüche,
- bessere Datenqualität,
- effizienteren Informationsaustausch.

Besonderes Augenmerk sollte auf die Interoperabilität der digitalen Verfahren gelegt werden. Die Mehrheit der Pflegebedürftigen wird weiterhin im häuslichen Umfeld durch Angehörige versorgt. Die Digitalisierung sollte sich deshalb nicht auf Pflegeeinrichtungen beschränken.

Digitale Anwendungen können einen wichtigen Beitrag leisten:

- für Prävention,
- für Rehabilitation,
- für Pflegebegleitung,
- für Angehörigenunterstützung.

Digitale Anwendungen ermöglichen perspektivisch, die Wirkung von Maßnahmen der Prävention und Rehabilitation genauer abzubilden und Versorgung besser zu fokussieren.

Medizinischer Dienst
Bund

Zu Artikel 1 Nr. 15, § 14 Absatz 1 SGB XI, Begriff der Pflegebedürftigkeit in Verbindung mit Nr. 26, § 33 Absatz 1 SGB XI, Leistungsvoraussetzungen

Das Instrument zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit soll weiterentwickelt werden. Dies betrifft auch die voraussichtliche Dauer der festgestellten Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit für mindestens sechs Monate als Voraussetzung für das Vorliegen eines Leistungsbezugs aufgrund von Pflegebedürftigkeit. Die Änderung von § 14 zielt darauf ab, die Anforderungen an diese Wahrscheinlichkeitsprognose zu konkretisieren.

Die Feststellung einer Langzeitpflegebedürftigkeit setzt die hohe Wahrscheinlichkeit einer sechsmonatigen Dauer der genannten Beeinträchtigungen voraus. Damit soll im Rahmen der Begutachtung der Blick stärker als bisher auf mögliche Potentiale zur Verbesserung der Beeinträchtigungen durch Therapien, Rehabilitation oder auch präventive Maßnahmen gelenkt werden.

Der Medizinische Dienst Bund wird gesetzlich beauftragt, in den Begutachtungs-Richtlinien die Anforderungen an die Wahrscheinlichkeitsprognose und die dazu erforderlichen Ausführungen im Gutachten nach § 18b näher zu konkretisieren. Hierbei wird in der Begründung des Gutachtens herauszuarbeiten sein, ob im Einzelfall eine in den Richtlinien genauer zu beschreibende Konstellation vorliegt, die eine Wiedererlangung der Selbstständigkeit und von Fähigkeiten oder eine Nicht-Wiedererlangung innerhalb des genannten Zeitraumes als naheliegend erscheinen lässt.

Entsprechend wird § 33 Absatz 1 angepasst. Für die Prognose des Medizinischen Dienstes nach Satz 5 (Befristung der Leistungen der Pflegeversicherung) reicht in Zukunft die begründete Wahrscheinlichkeit, dass sich gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten der antragstellenden Person pflegegradrelevant verringern werden. In den Richtlinien nach § 17 Absatz 1 werden die Voraussetzungen, unter denen eine Befristung nach Satz 5 zu erfolgen hat und die denkbaren Konstellationen, in denen eine Befristung naheliegt, näher konkretisiert.

Bewertung:

Zu § 14:

Die vorgesehene gesetzliche Änderung zur Wahrscheinlichkeitsprognose wird als nicht zielführend erachtet. Die Regelungen in den Richtlinien zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit (Begutachtungs-Richtlinien) sind ausreichend, um die Dauerhaftigkeit von Pflegebedürftigkeit zu bewerten. Die geplanten Vorgaben für die Anforderungen von Wahrscheinlichkeitsprognosen sind mit unverhältnismäßigen Aufwänden verbunden und in der Praxis nicht umsetzbar, da nicht berücksichtigt werden kann, ob ausreichend lokale Angebote zur Verfügung stehen und offenbleibt, ob die antragstellende Person diese Empfehlungen auch umsetzt. Bereits jetzt ist in den Richtlinien unter Kapitel 5.8.1 beschrieben, dass eine befristete Leistungszusage zu empfehlen ist, wenn mit großer Wahrscheinlichkeit zu erwarten ist, dass sich die gesundheitlich bedingten Beeinträchtigungen durch therapeutische oder rehabilitative Maßnahmen pflegegradrelevant verringern.

Zu § 33:

Befristungen sind bereits, wie zu § 14 ausgeführt, nach geltendem Recht möglich. Die Pflegebegutachtung betrifft überwiegend Personengruppen, bei denen aufgrund des Alters, chronischer Erkrankungen, Multimorbidität oder demenzieller Entwicklungen eine nachhaltige Verringerung des Unterstützungsbedarfs nicht zu erwarten ist.

Pflegegradrelevante Verbesserungen treten demgegenüber vor allem in bestimmten Fallkonstellationen auf, beispielsweise nach Akuterkrankungen, operativen Eingriffen oder erfolgreichen Rehabili-

tationsmaßnahmen.

Die Befristung von Leistungen ist bereits nach geltendem Recht möglich und wird vom Medizinischen Dienst in geeigneten Fällen immer dann empfohlen, wenn mit großer Wahrscheinlichkeit davon auszugehen ist, dass sich gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten der antragstellenden Person, zum Beispiel durch therapeutische oder rehabilitative Maßnahmen, pflegegradrelevant verringern. In diesen Fällen ist der Pflegekasse mit entsprechender Begründung eine befristete Leistungszusage nach § 33 Absatz 1 Sätze 4 bis 8 SGB XI zu empfehlen.

Vor diesem Hintergrund erscheint das Potenzial der vorgesehenen Regelung für eine substanzielle Verringerung der Leistungsausgaben der Pflegeversicherung aus heutiger Sicht begrenzt. Ob die Aufnahme ins Gesetz tatsächlich zu einer nennenswerten Ausweitung von Befristungen führt, sollte daher wissenschaftlich evaluiert werden.

Änderungsvorschlag:

Die Änderungen von § 14 Absatz 1 SGB XI in Artikel 1 Nr. 15 entfallen

Zu Artikel 1 Nr. 16, § 15 Absatz 3 Satz 4 SGB XI, Ermittlung des Grades der Pflegebedürftigkeit, Begutachtungsinstrument

Die von den Empfehlungen eines Expertenbeirates im Jahr 2013 abweichende Ausgestaltung der Bewertungssystematik war eine politische Entscheidung im Rahmen der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes.

Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen hatte das IGES-Institut damit beauftragt, Erklärungsfaktoren für die Entwicklung der Pflegeprävalenzen zu identifizieren sowie mögliche Weiterentwicklungsbedarfe am Begutachtungsinstrument zu prüfen. Die Handlungsempfehlungen des Abschlussberichtes sehen vor, die aktuelle Bewertungssystematik einer Prüfung zu unterziehen und die vom Expertenbeirat empfohlenen Parameter in Betracht zu ziehen.

Vor diesem Hintergrund werden in § 15 Abs. 3 Satz 4 die Schwellenwerte der Pflegebegutachtung angepasst. Hierbei soll es sich um eine Rückkehr zu den vom Expertenbeirat im Jahr 2013 ursprünglich empfohlenen Schwellenwerten handeln.

Die Anpassung der Bewertungssystematik in Anlage 2 ergänzt die Anpassung der Schwellenwerte des Begutachtungsinstrumentes, um die Entwicklung der Pflegeprävalenzen abzuschwächen. Bei der mit der Änderung der Anlage 2 vorgenommenen Anpassung handelt es sich ebenfalls um eine Anknüpfung an die vom Expertenbeirat im Jahr 2013 empfohlenen Werte.

Bewertung:

Vorgesehen ist, dass sowohl die unteren Schwellenwerte des Gesamtscores des Begutachtungsinstrumentes als auch die gewichteten Modulwerte in den Modulen 1, 4 und 6 gemäß den Empfehlungen des damaligen Expertenbeirats angepasst werden sollen. Erschwert wird dadurch nicht nur der Einstieg in den Leistungsbezug, sondern auch der Zugang zu höheren Pflegegraden innerhalb einer Pflegebiografie. Antragstellende würden daher insgesamt geringere Pflegegrade erhalten als nach der heute geltenden Bewertungssystematik.

Die Auswirkungen der vorgesehenen Anpassungen verteilen sich jedoch ungleich auf verschiedene Antragstellergruppen: Besonders betroffen wären Personen mit somatischen Beeinträchtigungen sowie ältere und alleinlebende Personen, die ambulante Leistungen beantragen.

Personen mit kognitiven und psychischen Beeinträchtigungen – insbesondere jüngere Antragstellende mit tendenziell längerer Leistungsbezugsdauer – wären in geringerem Maße betroffen, da die relevanten Module 2 und 3 in beiden Varianten unverändert bleiben.

Es wird empfohlen, notwendige Anpassungen in den Modulen 2 und 3 unmittelbar in eine Überarbeitung der Bewertungssystematik einzubeziehen, um eine gleichwertige Berücksichtigung somatischer, kognitiver und psychischer Beeinträchtigungen sicherzustellen. Um zu gewährleisten, dass weiterhin eine grundsätzliche Gleichbehandlung somatischer und mentaler Beeinträchtigungen erhalten bleibt, ist eine wissenschaftliche Begleitevaluation der Auswirkungen erforderlich. Die Überprüfung weiterer notwendiger Anpassungen der Bewertungssystematik sollte im Rahmen des Beirats nach § 18f SGB XI erfolgen, dessen Aufgabe die wissenschaftlich fundierte Weiterentwicklung des Begutachtungsinstrumentes und -verfahrens ist.

Zu Artikel 1 Nr. 17a, § 17 Absatz 1 Satz 7 SGB XI, Richtlinien des Medizinischen Dienstes Bund; Richtlinien der Pflegekassen

Die Anpassung sieht eine kontinuierliche Weiterentwicklung des Verfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit durch eine Anpassung der Begutachtungs-Richtlinien an neue pflegefachliche oder medizinische Erkenntnisse unter dem besonderen Blickwinkel der Straffung und Entbürokratisierung des Verfahrens für alle Beteiligten vor. Nach der Gesetzesbegründung sollen hierbei insbesondere die Erkenntnisse des Medizinischen Dienstes Bund aus seinem Modellprojekt nach § 18e zur Weiterentwicklung des Verfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach §§ 18a, 18b (MEET-Projekt) einfließen. Zudem wird im Gesetzestext eine Verknüpfung zu den Arbeitsergebnissen des Beirats nach § 18f hergestellt (siehe Artikel 1 Nr. 22).

Bewertung:

Die Regelung wird begrüßt. Dass die Weiterentwicklung der Begutachtungs-Richtlinien an neue pflegefachliche und medizinische Erkenntnisse anknüpft und dabei die Erkenntnisse aus dem MEET-Projekt sowie die Vorschläge des Beirats nach § 18f berücksichtigt werden sollen, schafft eine verlässliche Grundlage für eine kontinuierliche und fachlich fundierte Weiterentwicklung des Begutachtungsverfahrens. Ausdrücklich zu begrüßen ist zudem die Ausrichtung auf eine Straffung und Entbürokratisierung des Verfahrens.

Zu Artikel 1 Nr. 17 b), § 17 Absatz 1a SGB XI, Richtlinien des Medizinischen Dienstes Bund; Richtlinien der Pflegekassen

Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen wird in § 17a verpflichtet, unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes Bund bis zum 30. September 2027 Richtlinien zur einheitlichen Umsetzung der Pflegebegleitung nach § 7c (Pflegebegleitungs-Richtlinien) zu erlassen. Die Richtlinien enthalten insbesondere Vorgaben zur näheren Ausgestaltung der Inhalte, zum Verfahren und zur Durchführung der Pflegebegleitung einschließlich des Fallmanagements nach § 7c Absatz 5; dies schließt Vorgaben zu den Voraussetzungen für einen besonderen Unterstützungsbedarf, der strukturierten Methode zur Steuerung der Pflegehilfesituation sowie der Bestimmung eines angemessenen Zeitrahmens mit ein.

Bewertung:

Da die Pflegebegutachtung den Ausgangspunkt des Begleitprozesses bildet und die im Gutachten dokumentierten Bedarfe und Risiken unmittelbar in die Begleitung einfließen sollen, sollten die Richtlinien nach § 17 Absatz 1a im Benehmen mit dem Medizinischen Dienst Bund erlassen werden.

Änderungsvorschlag:

§ 17 Absatz 1a SGB XI wird wie folgt ergänzt.

„Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen erlässt ~~unter Beteiligung des~~ im Benehmen mit dem Medizinischen Dienst~~es~~ Bund bis zum 30. September 2027 Richtlinien zur einheitlichen Umsetzung der Pflegebegleitung nach § 7c (Pflegebegleitungs-Richtlinien).“

Zu Artikel 1 Nr. 18a und Nr. 18b, § 18 Absatz 1 Satz 4 SGB XI, Beauftragung der Begutachtung

Zu Artikel 1 Nr. 18a

Es wird die Möglichkeit eingeführt, im Rahmen einer Plausibilitätskontrolle den tatsächlichen Bedarf einer Begutachtung beim Antragsteller zu erfragen. Hierbei ist der Antragsteller zu den Erfolgsaussichten seines Antrags zu beraten und ihm die Gelegenheit zu geben, seinen Antrag zurückzunehmen. Wird der Antrag zurückgenommen, hat die Begutachtung zu unterbleiben. Die Maßnahme dient dem Ziel, Begutachtungskapazitäten effizient dort einzusetzen, wo diese im Sinne des tatsächlichen Bedarfs und der Sicherstellung der pflegerischen Versorgung benötigt werden. Der Medizinische Dienst Bund regelt im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen in den Begutachtungs-Richtlinien, in welchen geeigneten Fällen, auf welche Weise und durch welche Stelle bundeseinheitlich vor der Durchführung der Begutachtung im Wege einer Plausibilitätskontrolle der tatsächliche Bedarf einer Begutachtung beim Antragsteller zu erfragen ist.

Bewertung:

Der Medizinische Dienst Bund unterstützt grundsätzlich das Ziel, die vorhandenen Begutachtungskapazitäten möglichst zielgerichtet einzusetzen und unnötige Begutachtungen zu vermeiden.

Nicht jede Kontaktaufnahme potenzieller Antragstellender bei der Pflegekasse muss zwingend in einen Antrag auf Pflegeleistungen münden – häufig können bereits Informationen helfen, ohne dass eine Begutachtung auf Pflegeleistungen durch den MD stattfinden muss. Diese Funktion übernehmen heute primär die Pflegestützpunkte. Deren Reichweite ist jedoch begrenzt: Bestimmte Bevölkerungsgruppen – darunter Menschen mit Migrationsgeschichte, sozial benachteiligte Personen und ältere Alleinlebende – kennen diese Anlaufstellen oft nicht und werden dadurch strukturell benachteiligt. Deshalb sollte noch vor einer formellen Antragstellung bei der Pflegekasse eine niedrigschwellige, persönliche Beratung des Ratsuchenden ermöglicht werden – anknüpfend an die Erkenntnisse der IGES-Studie. Ausgangspunkt für die Beratung ist eine Kontaktaufnahme bei der Pflege- oder Krankenkasse, bei der ein Unterstützungsbedarf geäußert wird.

Hierbei ist sicherzustellen, dass die Entscheidung über eine mögliche Rücknahme des Antrags ausschließlich beim Versicherten verbleibt und keine faktischen Hürden für die Beantragung und Inanspruchnahme gesetzlicher Leistungen entstehen.

Es wird angeregt, die Anwendung und Wirkung der “Beratung vor Pflegebedürftigkeit” wissenschaftlich begleitend zu evaluieren. Dabei sollte insbesondere untersucht werden, welche Auswirkungen die Regelung auf das Antragsverhalten, die Inanspruchnahme von Leistungen und die Versorgungsqualität hat.

Zu Artikel 1 Nr. 18b

Nach Absatz 1 wird der ein Absatz 1a eingefügt, in dem festgelegt wird, dass der Medizinische Dienst Bund im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen in den Richtlinien nach § 17 Absatz 1 regelt, in welchen Fällen und unter welchen Voraussetzungen eine Wiederholung der Begutachtung aufgrund erfolgreicher aktivierender oder rehabilitativer Maßnahmen auch auf Veranlassung der entsprechenden Pflegeeinrichtung durch die Pflegekasse zu beauftragen ist; nach Vorlage des Abschlussberichtes gemäß § 18e Absatz 6 Satz 6 sind die Richtlinien an neue pflegefachliche Erkenntnisse anzupassen und es ist zu regeln, ob und unter welchen Voraussetzungen zu dem Zweck einer Rückstufung in einen niedrigeren Pflegegrad eine Beauftragung von in der Versorgung tätigen Pflegefachpersonen erfolgen kann.

Bewertung Artikel 1 Nr. 18b

Die Regelung ist grundsätzlich nachvollziehbar und im Sinne der Entbürokratisierung ein guter Ansatz; die Ergebnisse des Abschlussberichtes gemäß § 18e Absatz 6 Satz 6 sind abzuwarten.

Zu Artikel 1 Nr. 19, § 18a Absatz 2 Satz 3 SGB XI, Begutachtungsverfahren

Die Mitwirkungspflichten werden geändert, sodass der Versicherte vom Medizinischen Dienst frühzeitig über die möglichen Folgen seiner fehlenden Mitwirkung zu informieren ist.

Bewertung:

Der Medizinische Dienst Bund unterstützt die vorgesehene Klarstellung, dass Versicherte frühzeitig über die Folgen fehlender Mitwirkung informiert werden sollen. Eine transparente Information der Versicherten stärkt die Verfahrenssicherheit und trägt dazu bei, Missverständnisse und vermeidbare Verzögerungen zu verhindern.

Aus Sicht des Medizinischen Dienstes Bund sollte hierbei auf eine verständliche, adressatengerechte Kommunikation besonderer Wert gelegt werden. Die Information sollte bundesweit möglichst einheitlich erfolgen, um eine gleichmäßige Rechtsanwendung sicherzustellen.

Über Grenzen der Mitwirkungspflichten und die möglichen Folgen einer fehlenden Mitwirkung im Begutachtungsverfahren ist jedoch über die Pflegekassen zu informieren, da dies leistungsrechtliche Konsequenzen hat. Informationen dazu sollten – neben dem direkten Anschreiben an die Versicherten durch die Pflegekassen – auch im Pflege-Cockpit erfolgen. Die Pflegekassen sind Träger des Verwaltungsverfahrens.

Änderungsvorschlag:

§ 18a Absatz 2 Satz 3 SGB XI wird wie folgt gefasst:

„Hinsichtlich der Grenzen der Mitwirkung des Versicherten und der Folgen fehlender Mitwirkung gelten die §§ 65 und 66 des Ersten Buches; der Versicherte ist durch die Pflegekasse ~~vom Medizinischen Dienst~~ frühzeitig über die möglichen Folgen seiner fehlenden Mitwirkung zu informieren.

Zu Artikel 1 Nr. 20a, § 18b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB XI, Inhalt und Übermittlung des Gutachtens

Ziel der Änderung ist es, die Empfehlungsquote für eine Rehabilitation zu erhöhen. Die Gutachten haben Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation nach § 18b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 Buchstabe b zu enthalten, sofern nicht Gründe entgegenstehen, die im Gutachten für den einzelnen Fall gesondert zu erläutern sind. Diese Neuregelung soll bezwecken, dass die Aufmerksamkeit der Gutachterinnen und Gutachter in der Begutachtungssituation auf die Gründe gelenkt wird, die einer Rehabilitationsempfehlung möglicherweise entgegenstehen. Das entspricht einer Regel-Ausnahme-Aussage dergestalt, dass die Sinnhaftigkeit einer Reha-Empfehlung durch eine Einzelfallbezugnahme konkret widerlegt werden muss.

Bewertung:

In den letzten dreizehn Jahren wurden durch den Medizinischen Dienst Bund und die Medizinischen Dienste intensive Anstrengungen unternommen, die Prozesse, die der Rehabedarfserkennung durch Pflegefachpersonen zugrunde liegen, transparent zu machen und zu optimieren (Projekte Reha XI und Reha-POST). Insgesamt konnte damit eine erhebliche Steigerung der Empfehlungsquote für die medizinische Rehabilitation über den Zugang Pflegebegutachtung erreicht werden.

Die vorgesehene Regel-Ausnahme-Aussage bedeutet eine grundlegende Abkehr von der Begutachtungslogik zur Feststellung einer Rehabilitationsindikation. Derzeit wird in jedem individuellen Fall geprüft, ob die Indikationskriterien (Rehabilitationsbedürftigkeit, -fähigkeit, -prognose) vorliegen. Sofern diese positiv beurteilt werden, wird eine Empfehlung ausgesprochen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass zum Zeitpunkt der Begutachtung bei Erstantragstellern über 60 Prozent bereits eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation in den letzten 12 Monaten in Anspruch genommen haben (vgl. Pflegeberichterstattung des Medizinischen Dienstes Bund, 2025).
Eine Erhöhung der Rehabilitationsempfehlung geht nicht zwangsläufig mit einer Steigerung der tatsächlichen Inanspruchnahme der Rehabilitation einher.

Laut jährlicher Berichterstattung gem. § 18d Abs. 1 und 2 SGB XI wurden im Berichtsjahr 2025 ca. 112.400 Empfehlungen für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation ausgesprochen, die durch die Pflegekassen an die Pflegebedürftigen weitergeleitet wurden. Dies entspricht einem absoluten Zuwachs gegenüber dem Vorjahr 2024 von rund 29 Prozent (2024: 87.200 Empfehlungen). Von den ca. 112.400 Rehabilitationsempfehlungen mündeten rund 34.500 in einen Antrag auf eine Rehabilitationsmaßnahme. Somit wurde im Jahr 2025 bei 31 Prozent der Fälle eine Einwilligung zu deren Weiterleitung an den zuständigen Rehabilitationsträger durch die Pflege-Antragstellenden erklärt. Diese Einwilligungsquote liegt bei ca. 30 Prozent. Die tatsächliche Inanspruchnahme fällt noch niedriger aus. 2025 lag diese Quote bei ca. 25 Prozent. Zu berücksichtigen ist außerdem, dass die derzeit verfügbaren Versorgungsangebote, vor allem zur geriatrischen Rehabilitation, die Bedarfe nicht zeitnah decken können, was sich in Wartezeiten bis zu sechs Monaten widerspiegelt. Nicht nur eine zahlenmäßige Erhöhung des Angebots ist geboten, sondern die verfügbaren Möglichkeiten sollten besser auf die Lebensrealitäten der Versicherten abgestimmt werden, um die Inanspruchnahmequote langfristig zu erhöhen.

Aus oben genannten Gründen wird eine Streichung der Regel-Ausnahme-Aussage befürwortet und empfohlen, die derzeitige Begutachtungslogik beizubehalten. Stattdessen sollten im Rahmen der Umsetzung von § 18b Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 alternativ ausgesprochene Empfehlungen bei nicht Vorliegen einer Rehabilitationsindikation konkretisiert und nachfolgend durch die Pflegebegleitung mitberücksichtigt werden.

Änderungsvorschlag:

§ 18b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 Buchstabe b wird wie folgt gefasst:

„b) Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation,“

Medizinischer Dienst
Bund

Zu Artikel 1 Nr. 20c, § 18b Absatz 4 SGB XI, Elektronische Übermittlung von Begutachtungsergebnissen

Die durch die neu eingeführten Gutachteninhalte nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 gewonnenen Informationen und Erkenntnisse sollen weiteren Stellen nutzbar gemacht werden. Zu diesem Zweck sieht Absatz 4 Satz 2 die Übermittlung der erforderlichen Informationen durch die Pflegekassen an die für die Pflegebegleitung zuständigen Stellen vor, wenn der Pflegebedürftige vorher einwilligt. Eine Übermittlung an die zuständigen Träger der Sozialhilfe hat hingegen nur auf deren Verlangen zu erfolgen.

Bewertung:

Der Medizinische Dienst Bund unterstützt die vorgesehene elektronische Übermittlung von Begutachtungsergebnissen an die für die Pflegebegleitung zuständigen Stellen.

Die Nutzung bereits vorhandener Informationen kann Doppelarbeit vermeiden und die Qualität der Versorgung verbessern.

Voraussetzungen hierfür sind jedoch:

- hohe Datenschutzstandards,
- klare Einwilligungsregelungen, z.B. im Begutachtungsverfahren,
- interoperable technische Standards,
- eine sichere digitale Infrastruktur.

Der Medizinische Dienst Bund regt an, die Anschlussfähigkeit der Verfahren an die digitalen Systeme der Medizinischen Dienste ausdrücklich zu berücksichtigen und zu ermöglichen, dass die Gutachten in der elektronischen Patientenakte hinterlegt werden können.

Zu Artikel 1 Nr. 21, § 18c Absatz 5 Satz 2 SGB XI, Entscheidung über den Antrag, Fristen

Durch eine Ergänzung soll klargestellt werden, dass auch in den Fällen, in denen die Frist nach Satz 1 bereits abgelaufen ist, die Pflegekasse nicht zur Zahlung an den Antragsteller verpflichtet ist, soweit für den konkret in Rede stehenden Zeitraum die Pflegekasse und der Medizinische Dienst die weitere Verzögerung nicht zu vertreten haben, etwa weil eine Begutachtung nicht erfolgen kann.

Auch in Fällen, in denen der Fristlauf nicht unterbrochen werden kann, weil die Frist bereits abgelaufen ist, hat eine Zusatzzahlung daher nicht zu erfolgen, solange ein nicht zu vertretender Verzögerungsgrund vorliegt, der für die zusätzliche Verzögerung ursächlich ist.

Bewertung:

Der Medizinische Dienst Bund unterstützt die vorgesehene Klarstellung zu den Fristregelungen.
Die Regelung trägt dem Umstand Rechnung, dass Verzögerungen bei der Begutachtung nicht immer von den Pflegekassen oder den Medizinischen Diensten zu vertreten sind.

Insbesondere in Fällen fehlender Mitwirkung oder tatsächlicher Unmöglichkeit einer Begutachtung erscheint die vorgesehene Klarstellung sachgerecht. Die Regelung stärkt die Rechtssicherheit und vermeidet Fehlanreize.

Ein solches Vorgehen entspricht außerdem dem Ziel, Maßnahmen zum Bürokratieabbau zu fördern: Ausgleichszahlungen, bei denen es gegebenenfalls im Nachhinein zu Rückforderungen durch die Pflegekassen kommt, werden vermieden.

Medizinischer Dienst
Bund

Zu Artikel 1. Nr. 22, § 18f SGB XI, Beirat zur Weiterentwicklung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs, des Begutachtungsinstrumentes und des Verfahrens zur Pflegebegutachtung

Die Änderung sieht die Einrichtung eines „Beirats zur Weiterentwicklung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs, des Begutachtungsinstrumentes und des Verfahrens zur Pflegebegutachtung“ beim Medizinischen Dienst Bund vor. Der Beirat soll der wissenschaftlich fundierten und bedarfsgerechten Weiterentwicklung der Instrumente und des Verfahrens zur Bestimmung des leistungsberechtigten Personenkreises der sozialen Pflegeversicherung dienen.

Bewertung:

Der Medizinische Dienst Bund begrüßt die Einrichtung eines Beirats zur Weiterentwicklung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs, des Begutachtungsinstrumentes und des Verfahrens zur Pflegebegutachtung ausdrücklich. Die Verortung des Beirats beim Medizinischen Dienst Bund stellt sicher, dass hier eine unabhängige und neutrale Verankerung sinnvoll umgesetzt werden kann. Der Medizinische Dienst Bund begrüßt außerdem, dass nunmehr vorgesehen ist, dass eine Person nach § 118 an den Sitzungen beratend teilnehmen soll.

1. Bezeichnung und Rolle des Beirats

Der Medizinische Dienst Bund regt an, den Beirat gesetzlich als „Pflegewissenschaftlichen Beirat“ zu bezeichnen. Die Bezeichnung verdeutlicht den wissenschaftlichen Charakter des Gremiums und macht zugleich deutlich, dass seine Aufgabe in der kontinuierlichen wissenschaftlichen Begleitung und Weiterentwicklung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs, der Pflegebegutachtung und des zugehörigen Instrumentes liegt. Dadurch wird zugleich klargestellt, dass der Beirat keine finanzpolitische Funktion hat und damit auch keine Entscheidungen über den Umfang der Leistungen der Pflegeversicherung trifft.

2. Hinzuziehen weiterer Expertise im Beirat

Es ist sinnvoll, dass neben den ständigen Mitgliedern des Beirats je nach thematischer Schwerpunktsetzung zusätzliche sachverständige Personen einbezogen werden können.

3. Aufgabenstellung des Beirats

Der Medizinische Dienst Bund unterstützt ausdrücklich eine breite Aufgabenstellung des Beirats. Hierbei ist allerdings zwischen politischen Entscheidungen und wissenschaftlicher Beratung zu unterscheiden. Er sollte wissenschaftliche Empfehlungen zu allen Fragen der Weiterentwicklung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs und des Begutachtungsverfahrens entwickeln und dabei auch die Potenziale der Prävention und Rehabilitation berücksichtigen.

Hierzu gehören insbesondere:

- Pflegebedürftigkeitsbegriff,
- Begutachtungsinstrument,
- Verfahren zur Pflegebegutachtung,
- Zugangskriterien,
- Verzahnung Pflegebegleitung,
- Auswirkungen auf pflegende An- und Zugehörige.

Änderungsvorschläge:

Die Überschrift von § 18f SGB XI wird wie folgt geändert:

„§ 18f
Pflegewissenschaftlicher Beirat zur Weiterentwicklung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs, des Begutachtungsinstrumentes und des Verfahrens zur Pflegebegutachtung“

§18f Absatz 4 SGB XI wird wie folgt geändert:

„(3) Der Beirat hat die Aufgabe,
1. den Medizinischen Dienst Bund sowie das Bundesministerium für Gesundheit bei der wirkungsvollen Weiterentwicklung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs, des Begutachtungsinstrumentes und des Verfahrens zur Pflegebegutachtung, zu beraten und entsprechende Empfehlungen zu geben,
2. dem Medizinischen Dienst Bund konkrete Vorschläge zur Umsetzung der genannten Empfehlungen in seinen Richtlinien zu unterbreiten und
3. dem Bundesministerium für Gesundheit konkrete Vorschläge zur gesetzlichen Umsetzung der Empfehlungen nach Nummer 1 zu unterbreiten.
Dies schließt insbesondere die Weiterentwicklung der Zugangskriterien, die Stärkung präventiver und rehabilitativer Potenziale im Begutachtungsverfahren und die Verzahnung mit der Pflegebegleitung nach §§ 7c und 7d, sowie die Perspektive pflegender An- und Zugehörige bei der Weiterentwicklung des Begutachtungsverfahrens ein.“

Zu Artikel 1 Nr. 47, § 53e – neu – SGB XI, Datenbank des Medizinischen Dienstes Bund zu den Ergebnissen von Begutachtungen und Qualitätsprüfungen

Die Ergebnisse der Begutachtungen zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit sowie von Qualitätsprüfungen sollen künftig zentral erfasst und ausgewertet werden. Die Datenbank dient der einheitlichen und zeitnahen statistischen Auswertung der Begutachtungs- und Prüftätigkeit der Medizinischen Dienste. Sie ermöglicht die zuverlässige Analyse der Entwicklung der Pflegeprävalenz und der Pflegequalität, insbesondere durch Längsschnittanalysen über mehrere Begutachtungen und Qualitätsprüfungen hinweg, sowie die Analyse des Verlaufs von Pflegebedürftigkeit. Außerdem schafft sie Transparenz über regionale Unterschiede in der Pflegebedürftigkeit und der Pflegequalität. Schließlich unterstützt sie die wissenschaftliche Forschung, die Arbeit des Expertenbeirates nach § 18f SGB XI und die Planung von Gesetzgebungsvorhaben, um die gewonnenen Erkenntnisse zur Weiterentwicklung der Begutachtungs- und Prüfverfahren zu nutzen.

Bewertung:

Der Medizinische Dienst Bund unterstützt das Vorhaben, eine bundesweite Datenbank zu den Ergebnissen der Begutachtung und der Qualitätsprüfungen einzurichten. Die vorgesehene Regelung ist eine notwendige Erweiterung der bisherigen statistischen Datenerfassung zu Begutachtungen von Pflegebedürftigkeit und zu Qualitätsprüfungen von Pflegeeinrichtungen.

Der Medizinische Dienst Bund muss bei der Erfüllung seiner Aufgaben auf aktuelle Daten zurückgreifen können. Hierzu bietet die Datenbank eine verlässliche Grundlage. Die neue Datenbank verbessert die bisherigen Datenaustauschverfahren deutlich und verringert so Aufwand und Bürokratie. Die längsschnittliche Verknüpfung und regionale Verortung von Begutachtungen und Prüfungen erweitert das analytische Potenzial der Daten erheblich. So lassen sich etwa die Entwicklung von Pflegeinzidenz und Prävalenz besser analysieren und mit regionalen Versorgungsstrukturen verknüpfen. Das sind nur einige Beispiele.

Die Daten bilden eine wichtige Grundlage für die Arbeit des „Beirats zur Weiterentwicklung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs, des Begutachtungsinstrumentes und des Verfahrens zur Pflegebegutachtung“ gemäß § 18f SGB XI. Zugleich liefern sie für die wissenschaftliche Forschung und die Weiterentwicklung der Arbeit der Medizinischen Dienste einen hohen Mehrwert.

Es ist sachgerecht, dass auch Daten des PKV-Prüfdienstes in die Datenbank aufgenommen werden sollen. Auf diese Weise liegen erstmals alle Begutachtungs- und Qualitätsprüfungsdaten der bundesdeutschen Bevölkerung in einem Datenpool vor. Das erweitert die Aussagekraft der Daten deutlich.

Zu Artikel 1 Nr. 74 a) und b), § 114a Absatz 7 SGB XI - Qualitätsprüfungs-Richtlinien für gemeinschaftliche Wohnformen nach § 92c SGB XI

Gemeinschaftliche Wohnformen mit Verträgen zur pflegerischen Versorgung gemäß § 92c stellen eine neue Versorgungsform dar, für die sachgerechte Qualitätsprüfungsinstrumente erst noch zu entwickeln sind. Der dafür vorgesehene Zeitrahmen wird mit der Gesetzesänderung im Sinne der Bürokratieentlastung neu ausgerichtet, indem die Einbeziehung der wissenschaftlichen Erkenntnisse aus dem Abschlussbericht nach § 113b Absatz 4 Satz 2 Nummer 6 beim erstmaligen Erlass der Qualitätsprüfungsrichtlinien für gemeinschaftliche Wohnformen ermöglicht und damit der Aufwand einer Überarbeitung der Richtlinien innerhalb kurzer Zeit vermieden werden. Auch die Leistungserbringer werden somit nicht bereits verfrüht mit einer zusätzlichen, noch nicht abschließend entwickelten Prüfsystematik belastet.

Für die Übergangszeit soll auf die bestehenden ambulanten Qualitätsinstrumente zurückgegriffen werden. Dadurch wird sichergestellt, dass die Qualität der Versorgung von Beginn an ohne zusätzliche Bürokratie überprüft werden kann. Die Regelung schafft damit einen angemessenen Ausgleich zwischen dem Vertrauen in die fachliche Verantwortung der Leistungserbringer und der Sicherung der Pflegequalität. Die Qualitätsprüfungs-Richtlinien für die ambulante Pflege sind entsprechend anzupassen, um Pflegebedürftige, die in gemeinschaftlichen Wohnformen versorgt werden, in die Stichprobe einzubeziehen.

Bewertung:

Die vorgesehenen Regelungen ermöglichen die Entwicklung der neuen Versorgungsform im Pflegesektor ohne diese verfrüht einer ausdifferenzierten Qualitätssicherung zu unterziehen. Es ist sachgerecht, während der Übergangszeit Personen in gemeinschaftlichen Wohnformen bei Qualitätsprüfungen des zuständigen ambulanten Pflegedienstes einzubeziehen. Die Regelungen werden ausdrücklich begrüßt.

Medizinischer Dienst
Bund

Zu Artikel 1 Nr. 75 a), § 115 Absatz 1a Satz 11 SGB XI - Qualitätsdarstellungsvereinbarungen für gemeinschaftliche Wohnformen nach § 92c SGB XI

Mit der Regelung wird erreicht, dass eine Qualitätsdarstellung für gemeinschaftliche Wohnformen dann umzusetzen ist, wenn eine auf der Grundlage wissenschaftlicher Erkenntnisse erstellte Qualitätsprüfungs-Richtlinie für gemeinschaftliche Wohnformen vorliegt.

Bewertung:

Die Änderung ist folgerichtig und sachgerecht und wird begrüßt. Sie reduziert unnötigen Aufwand und sichert zugleich die Pflegequalität im angemessenen Maße.

Medizinischer Dienst
Bund

Zu Artikel 1 Nr. 86, § 142b SGB XI, Übergangsregelung zur Anpassung der Schwellenwerte zum 1. Januar 2027; §142b Absatz 3 SGB XI, Aussetzung der Fristenregelung für die Pflegebegutachtung; § 142c SGB XI, Übergangsregelung zu den Inhalten des Gutachtens nach § 18b Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 SGB XI

In § 142b Absatz 1 SGB XI wird als Übergangsregelung für die neuen Schwellenwerte festgelegt, dass die Feststellung des Vorliegens der Pflegebedürftigkeit jeweils auf der Grundlage des zum Zeitpunkt der Antragstellung geltenden Rechts erfolgt. Bei Wiederholungsbegutachtungen ist der Zeitpunkt der Feststellung maßgeblich.

In § 142b Absatz 2 SGB XI wird festgelegt, dass die Zuordnung zu den Pflegegraden nach dem bis zum 31. Dezember 2026 geltenden Recht bis zur Vornahme einer Neubegutachtung und der nachfolgenden Einstufung durch die Pflegekasse bestehen bleibt. Eine Neubegutachtung kann nicht zu dem Verlust des bestehenden Pflegegrades allein aufgrund der Anpassung der Schwellenwerte nach § 15 Absatz 3 Satz 4 und Absatz 7 SGB XI und der Bewertungssystematik in Anlage 2 zu § 15 SGB XI führen.

§142b Absatz 3 SGB XI berücksichtigt, dass mit der Anpassung der Schwellenwerte zum 1. Januar 2027 mit einem erhöhten Begutachtungsaufkommen durch „Vorzieheffekte“ zu rechnen ist. Dadurch werde den Pflegekassen eine fristgerechte Bescheiderteilung erschwert. Die Anwendung der Fristenregelung soll daher vom 1. Januar 2027 bis zum 30. April 2027 ausgesetzt werden. Antragstellern, die ab dem 1. Januar 2027 einen Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung stellen und bei denen ein besonders dringlicher Entscheidungsbedarf vorliegt, soll hingegen spätestens 25 Arbeitstage nach Eingang des Antrags bei der zuständigen Pflegekasse die Entscheidung der Pflegekasse schriftlich mitgeteilt werden. § 142c SGB XI sieht vor, dass das Gutachten nach § 18b SGB XI Feststellungen gemäß § 18b Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 SGB XI (Feststellungen zu den voraussichtlich erforderlichen Schwerpunkten der pflegerischen Versorgung, Empfehlungen zu daraus ableitbaren Beratungs- und ggf. Handlungsbedarfen der Pflegebegleitung insbesondere zu ersten Schritten der pflegerischen Versorgung, Fallmanagement, Vermeidung einer Überlastung der Pflegepersonen) erst bei Antragstellungen ab dem 1. Januar 2028 zu enthalten hat.

Bewertung:

Die Änderungen zu § 142b Absatz 1 und 2 SGB XI werden grundsätzlich als sachgerecht bewertet, es wird jedoch aufgrund der entsprechenden Gesetzesbegründung *“Der Verlust eines Pflegegrades aufgrund der Wiedererlangung der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten bleibt aber möglich und ist vom Bestandsschutz nicht umfasst”* eine Konkretisierung des Gesetzestextes vorgeschlagen. Durch die ergänzend aufgenommene Konkretisierung im Gesetzestext wird nochmal explizit darauf hingewiesen, dass eine Rückstufung bei Neubegutachtung bei einer Verbesserung der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten trotz Bestandsschutzregelung möglich ist.

Die Änderungen zu § 142b Absatz 3 werden grundsätzlich begrüßt. Darüber hinaus sollte die Frist bis zum 30.06.2027 ausgesetzt werden, um die Auswirkungen der angesprochenen Vorzieheffekte ausreichend zu berücksichtigen. Auch hier würde weiterhin gelten, dass den Versicherten, bei denen ein besonders dringlicher Entscheidungsbedarf vorliegt, spätestens 25 Arbeitstage nach Eingang des Antrags bei der zuständigen Pflegekasse die Entscheidung der Pflegekasse schriftlich mitgeteilt werden soll.

Änderungsvorschlag:

§ 142b Absatz 2 SGB XI wird wie folgt gefasst:

„Die Zuordnung zu den Pflegegraden nach dem bis zum 31. Dezember 2026 geltenden Recht bleibt bis zur Vornahme einer Neubegutachtung und der nachfolgenden Einstufung durch die Pflegekasse bestehen; diese kann nicht zu dem Verlust des bestehenden Pflegegrades allein aufgrund der Anpassung der Schwellenwerte nach § 15 Absatz 3 Satz 4 und Absatz 7 und der Bewertungssystematik in Anlage 2 zu § 15 führen. Es sei denn, ein veränderter Pflegegrad ist auf eine Verbesserung der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten auch nach alter Rechtslage zurückzuführen.“

§ 142b Absatz 3 SGB XI wird wie folgt gefasst:

„Die Frist nach § 18c Abs. 1 Satz 1 ist vom 1. Januar 2027 bis zum 30. ~~April~~ Juni 2027 unbeachtlich.“

Medizinischer Dienst
Bund

III Ergänzender Änderungsbedarf

§ 142a SGB XI, Übergangsregelung für eine telefonische Begutachtung – Anpassung der Bezeichnung des Paragrafen

Es handelt sich bei § 142a SGB XI nicht mehr um Übergangsregelungen zur telefonischen Begutachtung, sondern um ein etabliertes und gesetzlich legitimiertes Begutachtungsverfahren, das sich in der Praxis bewährt hat. Darüber hinaus sollte auch die Videotelefonie in die inhaltliche Bezeichnung des Paragrafen aufgenommen werden, um deutlich zu machen, dass es sich hierbei um etablierte Vorgänge handelt.

Änderungsvorschlag:

Die Überschrift sollte wie folgt gefasst werden:

"§ 142a SGB XI Regelung für die Begutachtung nach strukturiertem Telefoninterview oder Videotelefonie"

Sicherung der Qualität in der Langzeitpflege

1. Verzicht auf eine Plausibilitätskontrolle bei Qualitätsprüfungen in vollstationären Pflegeeinrichtungen

Die Indiktatorenerhebung in vollstationären Pflegeeinrichtungen ist ein verbindliches Instrument zur Qualitätssicherung, bei dem die Einrichtungen Daten zur Ergebnisqualität erheben und an eine Datenauswertungsstelle melden.

Die Indikatorendaten werden einer zweistufigen Plausibilitätskontrolle unterworfen: Im ersten Schritt führt die Datenauswertungsstelle eine statistische Plausibilitätskontrolle durch. Zusätzlich wird im Rahmen der Qualitätsprüfungen durch den Medizinischen Dienst eine aufwändige Plausibilitätskontrolle durchgeführt. Diese bezieht sich einerseits auf die Plausibilität der Erhebungen bei den Bewohnerinnen und Bewohnern. Hierbei werden nahezu keine Auffälligkeiten festgestellt (2023 0,1 % der Einrichtungen)[1]. Andererseits bezieht sich die Plausibilitätskontrolle des Medizinischen Dienstes im Rahmen der Prüfungen auf den Erhebungsreport, der von den Pflegeeinrichtungen geführt wird und der insbesondere eine Aufstellung der zum Zeitpunkt der Ergebniserfassung in der Pflegeeinrichtung lebenden Bewohnerinnen und Bewohner umfasst. Bei der Plausibilitätskontrolle des Erhebungsreports geht es um die Frage, ob Personen fälschlicherweise von der Ergebniserfassung ausgeschlossen worden sind und ob es Fehler bei den Bewohnerinnen und Bewohnern zugeordneten Pseudonymen gibt. Beim Erhebungsreport fanden die Prüferinnen und Prüfer lediglich bei 2,3 Prozent der Einrichtungen Auffälligkeiten[2]. Meist handelt es sich dabei um rein formale Fehler, die kaum eine Aussage über die tatsächliche Plausibilität der Indikatorenerhebung zulassen.

Grundsätzlich ist das Verfahren der Indikatorenerhebung ein sinnvolles Instrument für die interne Qualitätssicherung und sollte weiter Anwendung in den Pflegeeinrichtungen finden. Im Verhältnis zum Erhebungsaufwand hat sich die Plausibilitätskontrolle durch den Medizinischen Dienst jedoch als ineffektiv und nicht wirksam erwiesen. Vor diesem Hintergrund wird empfohlen, sie einzustellen, um den Aufwand zu reduzieren und die Ressourcen der Prüfdienste gezielter für die eigentliche Prüfung der Qualität nutzen zu können.

2. Harmonisierung der Prüfaufträge bei AKI

Mit Einführung des IPReG 2020 sind stationäre Leistungserbringer und Betreiber von Wohngruppen, die Verträge nach § 72 SGB XI und § 132l SGB V geschlossen haben, in die Qualitätsprüfungen nach § 114 und § 275b SGB V einzubeziehen. Sie unterliegen somit jährlich zwei Qualitätsprüfungen. Außerdem werden versicherte Personen, die Leistungen nach § 37c SGB V beziehen, jährlich vom Medizinischen Dienst am Leistungsort begutachtet. Somit werden Versicherte unter Umständen drei Mal im Jahr vom Medizinischen Dienst in Augenschein genommen. Diese Belastung ist für die Versicherten nicht immer nachvollziehbar.

Entsprechend sollte eine Harmonisierung der Prüfaufträge bei außerklinischer Intensivpflege erfolgen: Leistungserbringer, die Verträge nach § 72 SGB XI und § 132l SGB V geschlossen haben, sind nach § 275b SGB V in die Qualitätsprüfung einzubeziehen. Dabei ist es unerheblich, ob Leistungen nach dem SGB XI bezogen werden und ob sie in einer Einfach- oder Mehrfachversorgung betreut werden. Zeigen sich im Zusammenhang mit der Begutachtung zur Feststellung eines Anspruchs nach § 37c SGB V oder der Qualitätsprüfung Hinweise auf eine unzureichende pflegerische Versorgung, ist eine anlassbezogene Qualitätsprüfung nach § 114 SGB XI zu initiieren.

[1] siehe Medizinischer Dienst Bund (2025): 8. Pflegequalitätsbericht. Essen.
[2] siehe Medizinischer Dienst Bund (2025): 8. Pflegequalitätsbericht. Essen.

3. Konzept der Stichproben bei Qualitätsprüfungen in den verschiedenen Settings harmonisieren und flexibilisieren

Die aktuellen Stichprobenverfahren sind komplex und aufwändig. Im stationären Bereich werden u.a. Teilstichproben durch die Datenauswertungsstelle vorgegeben, damit die Plausibilitätskontrolle durch die Prüfinstitutionen erfolgen können. Insgesamt werden zugunsten der Vergleichbarkeit bei der Veröffentlichung von Prüfergebnissen als Kriterien für die Stichprobenzusammensetzung Mobilitätseinschränkungen und Einschränkungen in der Kognition zugrunde gelegt mit der Folge, dass Personen mit höheren Pflegegraden und aufwändigeren Pflegesituationen in der Prüfung eher unterrepräsentiert sind. Aufgrund der Ausrichtung der Stichprobe gelingt es daher oft nicht, in jeder Pflegeeinrichtung die relevanten Qualitätsaspekte zu überprüfen.

Vorgeschlagen wird, das Stichprobenverfahren weitgehend zu vereinfachen und zu vereinheitlichen. Die Stichprobengröße sollte sich (wieder) an der Größe der Pflegeeinrichtung orientieren, möglichst Personen mit höheren Pflegegraden und höherem Pflegeaufwand berücksichtigen und nach Risikokriterien zusammengestellt werden. Damit wäre es möglich, bei den Qualitätsprüfungen häufiger die relevanten Qualitätsaspekte überprüfen und bewerten zu können.

4. Niedrigschwellige Leistungsangebote nicht mit Qualitätssicherung überfrachten

Es ist darüber hinaus abzuwägen, ob die Prüfungen für ambulante Betreuungsdienste in bestehender Form weitergeführt werden sollten. Seit Einführung dieser Prüfungen haben sich ambulante Betreuungsdienste nicht als Teil der Pflegeinfrastruktur durchgesetzt.