

STELLUNGNAHME

zum Referentenentwurf für ein Pflegekompetenzgesetz
(PKG) vom 23. Juni 2025

14. Juli 2025

Bundesverband Managed Care e.V.

Vorstand: Prof. Dr. Lutz Hager, PD Dr. Ursula Hahn, Franz Knieps,
Dr. Bernadette Klapper, Bettina Lutz, Dr. Carola Reimann, Dr. Benedikt Simon
Friedrichstr. 136 · 10117 Berlin · +49 30 28 09 44 80
bmcev@bmcev.de · www.bmcev.de



BMC-STELLUNGNAHME ZUM PKG-REFERENTENENTWURF

GRUNDSÄTZLICH

Der Bundesverband Managed Care e. V. (BMC) begrüßt den Referentenentwurf des Pflegekompetenzgesetzes (PKG) als einen wichtigen Schritt zur Stärkung der Pflegefachpersonen und zur Verbesserung der regionalen Versorgungsstrukturen. Gleichzeitig bleibt festzuhalten, dass der Entwurf erneut an einer nachgeordneten Rolle der Pflegefachpersonen im Bereich der Heilkunde festhält und damit hinter den Möglichkeiten einer echten Kompetenzübertragung zurückbleibt.

Positiv zu bewerten ist insbesondere die konkretisierte finanzielle Förderung von regionalen Netzwerken sowie die Einrichtung einer nationalen Geschäftsstelle zur Unterstützung dieser Strukturen. Beides birgt aus Sicht des BMC großes Potenzial, um innovative und sektorenübergreifende Versorgungsangebote zu schaffen. Damit dies gelingt, bedarf es jedoch einer weitergehenden Ausgestaltung, um die regionalen Netzwerke perspektivisch flächendeckend und dauerhaft zu etablieren. Die vorgesehene wissenschaftliche Begleitung ist aus Sicht des BMC ausdrücklich zu begrüßen. Die Änderungen zu § 12 Abs. 2 SGB XI im Entwurf 2025 bauen auf dem Entwurf von 2024 auf und erweitern diesen sinnvoll, insbesondere durch die Einbeziehung von Krankenkassendaten sowie die stärkere Beteiligung weiterer Akteure.

Auch die vorgesehene Erleichterung des Nutznachweises und die Einführung eines Fast-Track-Verfahrens für digitale Pflegeanwendungen (DiPA) ist aus Sicht des BMC ein richtiger und notwendiger Schritt. Digitale Anwendungen können erheblich zur Stabilisierung der häuslichen Pflege beitragen und müssen daher konsequent in den Versorgungsalltag integriert werden.

Darüber hinaus ist die Förderung präventiver Maßnahmen sowie die stärkere Einbindung von Ehrenamtlichen und niedrigschwelligen Unterstützungsangeboten ein wichtiger Beitrag zur Sicherung pflegerischer Versorgung. Die neue Möglichkeit, Aufgaben der Pflegekassen an Dritte zu übertragen (§ 47b SGB XI), bedarf jedoch klarer Qualitätskriterien und einer verbindlichen Steuerungsverantwortung, um Risiken für die Versorgungsqualität zu vermeiden.

Besonders hervorzuheben ist die angestrebte Erweiterung heilkundlicher Kompetenzen von Pflegefachpersonen. Diese kann zur Entlastung des ärztlichen Personals beitragen und eine effizientere, patientenorientierte Versorgung ermöglichen. Allerdings bleibt die Ausgestaltung hinter dem eigentlichen Anspruch zurück: Die Regelungen sehen weiterhin eine arztindividuelle Übertragung heilkundlicher Aufgaben vor, obwohl es sich bei vielen Tätigkeiten um originäre pflegfachliche und -therapeutische Kompetenzen handelt, die internationalen Standards entsprechen. Die damit verbundene Einschränkung limitiert nicht nur das Potenzial zur Entlastung des ärztlichen Personals, sondern auch die Eigenverantwortung und berufliche Entwicklung der Pflegefachpersonen. Gerade mit Blick auf die zukünftige Sicherstellung der Versorgung sollte die Gelegenheit daher genutzt werden, den strukturierten Ausbau höherer pflegerischer Qualifikationen sowie neuer Kompetenzprofile gezielt voranzubringen.

In der jetzigen Fassung bleibt das PKG zudem in Bezug auf die Integration innovativer Versorgungsansätze, wie etwa der Community Health Nurses, hinter seinen Möglichkeiten zurück. Diese übernehmen in der Versorgungspraxis eine koordinierende Rolle, insbesondere in Prävention und Pflege, und sind wichtige Ansprechpartner für Ehrenamtliche, Angehörige und ambulante Pflegedienste. In anderen Ländern haben sich diese Berufsprofile längst bewährt, auch in Deutschland könnten sie dazu beitragen, pflegerische und präventive Angebote besser zu verknüpfen und Versorgung aus einer Hand sicherzustellen. Dieser Ansatz sollte im Gesetz berücksichtigt und mit kooperativen Versorgungsmodellen wie Primärversorgungszentren zusammengedacht werden.

Zu kurz greift der Entwurf schließlich auch bei der dauerhaften und regelhaften Weiterentwicklung pflegerischer Kompetenzen. Für eine langfristig eigenständige Berufsausübung bedarf es eines institutionellen Rahmens, wie ihn Pflegekammern bieten können, ergänzt um eine stärkere pflegewissenschaftliche Fundierung.

Insgesamt erkennt der BMC die positiven Impulse zur Verbesserung der Position von Pflegefachpersonen, zur Stärkung der Pflegestrukturen, zur Unterstützung kommunaler Verantwortung und zur Förderung präventiver Versorgungsansätze. Die Regelungen weisen in die richtige Richtung, doch bleibt deutliches Potenzial für eine konsequentere Stärkung pflegerischer Eigenverantwortung, die Ergänzung innovativer sektorenübergreifender Versorgungsformen und eine nachhaltige Ausgestaltung regionaler Netzwerke.

IM EINZELNEN

I. Zu Art. 1 Nr. 2b i.V.m. Art. 1 Nr. 22b

§ 5 Abs. 1a SGB XI und § 37 Abs. 3a SGB XI (Aufklärung Pflegekassen und Prävention)

Die Pflegekassen sollen durch gezielte Bedarfserhebung und fachliche Beratung Pflegebedürftige und deren Angehörige frühzeitig bei der Inanspruchnahme von Präventions- und Unterstützungsangeboten unterstützen, um die gesundheitliche Situation zu verbessern und eine qualitätsgesicherte, entlastende Pflege zu gewährleisten.

- Die Einbeziehung von pflegenden Angehörigen in den Beratungsprozess sowie der Verweis auf bestehende Angebote wie Pflegestützpunkte und Pflegekurse sind sinnvoll, da dies zur Verbesserung der Pflegequalität und Entlastung der häuslichen Pflege beiträgt. Die Regelung zur Prävention und Beratung in der häuslichen Pflege stärkt die Rolle von Pflegefachpersonen und integriert präventive Maßnahmen besser in die pflegerische Versorgung, indem individuelle Bedarfe erhoben und gezielte Empfehlungen abgegeben werden können. Dass auch gemäß § 7a qualifizierte Pflegeberater:innen Präventionsempfehlungen aussprechen dürfen ist sinnvoll, da es die Reichweite und Umsetzbarkeit von Präventionsempfehlungen stärkt und eine niedrigschwellige Beratung in der Fläche ermöglicht.
- **Beratung in der Versorgungsebene:** Die Pflegekassen sind aus Sicht des BMC jedoch nicht die geeigneten Akteure, um Beratungen zu Präventions- und Unterstützungsangeboten durchzuführen, da diese Aufgaben eher an der Versorgungsbasis verortet sein sollten. Stattdessen sollten qualifizierte Akteure wie z.B. Community Health Nurses in Zusammenarbeit mit ambulanten Pflegediensten und regionalen Netzwerken diese Beratungen übernehmen. Bestenfalls eingebettet in Primärversorgungszentren. Dies würde eine bessere, lokal verankerte Unterstützung für pflegende Angehörige sicherstellen.
- **Prävention frühzeitig mitdenken:** Prävention sollte früher ansetzen, idealerweise vor der Feststellung der Pflegebedürftigkeit. Hierzu ist das Instrument des präventiven Hausbesuchs geeignet, wie es etwa in Rheinland-Pfalz erfolgreich erprobt worden ist. Präventionsangebote sollten strategisch, systematisch und evidenzbasiert in den Regionen geplant und koordiniert werden. Dieses Vorgehen ermöglicht eine Verringerung der Pflegelast.
- **Einbindung von Community Health Nurses:** Um Primärversorgung, Pflege und Prävention besser zu verknüpfen, ist die Integration von neuen Gesundheitsrollen wie Community Health Nurses notwendig. Diese Rolle sollte stärker in der Präventionsregelung verankert werden, um die Versorgung aus einer Hand zu stärken und Pflegebedürftige und ihre Angehörigen nicht durch zu viele Ansprechpartner zu überfordern. Eine zentrale Ansprechperson könnte präventive und pflegerische Maßnahmen koordinieren, sodass Betroffene gezielt und effizient unterstützt werden, ohne sich in einem fragmentierten System zurechtfinden zu müssen.

- **Stärkere Einbindung von digitalen Lösungen:** Digitale Pflegekurse oder telemedizinische Beratungsangebote sollten stärker in die Regelungen integriert werden, um den Zugang zu Informationen und Schulungen zu erleichtern, besonders in ländlichen oder strukturschwachen Gebieten.
- Neu ist die Pflicht zur elektronischen Übermittlung des Nachweisformulars (§ 37 Abs. 4), die der BMC ausdrücklich begrüßt, da sie zur Entbürokratisierung beiträgt.

II. Art. 1 Nr. 14 i.V.m. Art. 1 Nr. 25

§ 17 a SGB XI und § 40 Abs. 6 SGB XI (Empfehlung Pflegehilfsmittel und Hilfsmittel)

Pflegefachpersonen können im Rahmen ihrer Leistungserbringung konkrete Empfehlungen zur Versorgung mit Pflegehilfsmitteln und Hilfsmitteln abgeben, deren Notwendigkeit und Erforderlichkeit unter bestimmten Voraussetzungen vermutet wird, wobei der Spitzenverband Bund der Pflegekassen bis Ende 2026 Richtlinien festlegt, die das Qualifikationsniveau der Pflegefachpersonen, die empfohlenen Hilfsmittel und das Verfahren der Antragstellung regeln. Der Bezug zum Vertrag nach § 73d SGB V stellt eine sinnvolle Ergänzung dar, da er die Abstimmung mit bestehenden Vereinbarungen sicherstellt und somit zur Kohärenz der Regelung beiträgt. Auch wird keine ärztliche Verordnung oder Verordnung durch Pflegefachpersonen nach § 15a SGB V mehr benötigt, wenn eine Empfehlung vorliegt, was den Zugang zur Versorgung erleichtert und die Verfahren entbürokratisiert.

- Der BMC befürwortet grundsätzlich die Stärkung der Rolle von Pflegefachpersonen und setzt sich für eine klare Regelung zur Übertragung heilkundlicher Aufgaben ein. Dies stärkt die Selbstständigkeit des Pflegeberufs und fördert die Versorgungsqualität, da Pflegefachpersonen in der Nähe der Patienten bedarfsorientierte Empfehlungen abgeben können. Diese Entwicklung ist ein positiver Schritt in Richtung mehr Verantwortung für Pflegefachpersonen. Gleichzeitig ist sicherzustellen, dass die Empfehlungen durch ausreichend qualifizierte Pflegefachpersonen ausgesprochen werden, um die Qualität der Versorgung weiterhin zu gewährleisten.
- **Verordnung statt Empfehlung:** Im Referentenentwurf steht, dass Pflegefachpersonen nur Empfehlungen aussprechen dürfen. Auch wenn diese Empfehlung mit einer Verordnung gleichgesetzt sein sollte, impliziert die Wortwahl eine Delegationslogik, bei der Pflegefachpersonen eher unterstützend tätig sind, jedoch keine volle Autonomie in der Entscheidung haben. Die Wortwahl könnte zu Unklarheiten hinsichtlich der Verbindlichkeit und der Befähigung der Pflegefachperson führen. Empfehlung sollte zur Klarstellung durch Verordnung ersetzt werden.
- **Erweiterung der Übertragung auf weitere Heil- und Hilfsmittel:** Die Regelung zur Empfehlung durch Pflegefachpersonen sollte nicht nur auf pflegerische Hilfsmittel beschränkt bleiben, sondern auf medikamentenassoziierte Hilfsmittel ausgeweitet werden. Die Berufsgruppe, die die Hilfsmittel anwendet, sollte diese auch verordnen können. Dies ermöglicht eine ganzheitlichere Versorgung, die die Ärzteschaft entlasten und die Rolle der Pflegefachperson weiter stärkt.

III. Art. 1 Nr. 30

§ 45c SGB XI (Modellvorhaben zur strukturellen Weiterentwicklung der Versorgung)

§ 45c wurde angepasst, um Modellvorhaben zur strukturellen Weiterentwicklung der Versorgung und zur besseren Vernetzung der erforderlichen Hilfen in einzelnen Regionen zu fördern. Die Änderungen betreffen insbesondere die Ausgestaltung und wissenschaftliche Begleitung solcher Modellvorhaben sowie die Möglichkeit, Förderungen auch zur Herstellung oder Verbesserung der Barrierefreiheit einzusetzen.

- Der BMC begrüßt grundsätzlich die Zielsetzung des § 45c, modellhaft neue Ansätze für die Versorgung von Pflegebedürftigen zu entwickeln und zu erproben. Positiv bewertet wird die stärkere Ausrichtung auf bislang wenig adressierte Versorgungssituationen, wie die Versorgung über Nacht oder am Lebensende. Diese Schwerpunkte greifen wichtige Versorgungslücken auf und bieten die Chance, neue Versorgungsmodelle mit hoher Praxisrelevanz zu entwickeln.
- **Wissenschaftliche Begleitung und Evaluation:** Die verbindliche wissenschaftliche Begleitung und Auswertung der Modellvorhaben ist ein wichtiger Schritt, um die Wirksamkeit und Übertragbarkeit neuer Versorgungsansätze sicherzustellen und die Qualität der Versorgung evidenzbasiert weiterzuentwickeln. Besonders wichtig ist, dass erfolgreiche Modellvorhaben systematisch auf ihre Anschlussfähigkeit an die Regelversorgung geprüft und geeignete Überführungsmechanismen von Anfang an mitgedacht werden.
- **Verbesserung der Barrierefreiheit:** Die Möglichkeit, Fördermittel auch für Maßnahmen zur Verbesserung der Barrierefreiheit einzusetzen, wird ausdrücklich begrüßt, da sie die Teilhabe von Pflegebedürftigen stärkt.

IV. Art. 1 Nr. 31

§ 45e SGB XI (Regionale Netzwerke)

Zur Verbesserung der Versorgung und Unterstützung von Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen sowie zur Stärkung der Prävention werden jährlich 20 Millionen Euro aus dem Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung für regionale Netzwerke bereitgestellt und eine nationale Geschäftsstelle eingerichtet, um die strukturierte Zusammenarbeit in regionalen Netzwerken zu fördern.

- Der BMC begrüßt die Förderung der Zusammenarbeit in regionalen Netzwerken, da sie das Potenzial haben, die Versorgung von Pflegebedürftigen und deren Angehörigen deutlich zu verbessern. Sie fördern neben einer stärkeren Vernetzung eine patientenzentrierte Versorgung, insbesondere durch Kooperationen zwischen Ärzten, Ehrenamtlichen, Pflegediensten, Apotheken und weiteren jeweils relevanten Institutionen und Personen. Darüber hinaus kann durch die regionale Anpassung der Versorgung auf populationsspezifische Gesundheitsbedarfe eingegangen werden. Neben der Koordination über verschiedene Leistungserbringende bzw. -standorte hinweg ist die Integration aller unterstützenden und gesundheitsorientierten Angebote – medizinische, pflegerische, therapeutische, soziale Leistungen u. a. – notwendig.
- **Versorgungsziele für regionale Netzwerke:** Regionale Netzwerke sollen für ihre Gründung von den Pflegekassen überprüfbare Ziele und Bedarfe formulieren, ein Konzept erstellen sowie regionale Kooperationsverträge zwischen den Akteuren abschließen. Regionale Netzwerke können etwa folgende Versorgungsziele verfolgen:
 - eine interdisziplinäre und interprofessionelle Zusammenarbeit der Leistungserbringer untereinander sowie mit Dritten in der Region, darin eingeschlossen SGB-übergreifende Angebote und kommunale Leistungen
 - die sektoreninterne und -übergreifende Koordination der Versorgung zu verbessern
 - populationsorientierte Angebote und Vertragsformen zu schaffen,
 - Prävention und Gesundheitsförderung zu stärken,
 - neue Versorgungsangebote zur Sicherung der Versorgung in der Fläche zu entwickeln und zu stärken.

- **Langfristige Finanzierung:** Besonders positiv ist, dass durch die Bereitstellung von 20 Millionen Euro jährlich die Netzwerke mit 30.000 Euro finanziell unterstützt werden. Die finanzielle Förderung über einen Zeitraum von drei Jahren schafft dabei die erste notwendige Planungssicherheit für Neugründungen. Sinnvoller wäre jedoch eine Förderung von Regionalverträgen mit einer initialen Laufzeit von mindestens zehn Jahren, damit Versorgungsvorteile über Zeit entstehen können. Nach der Hälfte der Laufzeit, spätestens jedoch nach fünf Jahren (Aufbauphase), sollten eine Zwischenevaluation und eine Neubewertung der finanziellen Förderung erfolgen. Dies ermöglicht eine qualitative und nachhaltige Weiterentwicklung der regionalen Versorgungsstrukturen. Die finanzielle Förderung sollte zudem auch bei bestehenden Netzwerken bewilligt werden müssen und nicht als Kann-Regelung ausgestaltet sein. Die finanzielle Förderung ist für bestehende Netzwerke auf mindestens drei Jahre anzuheben. Positiv ist die konkrete Staffelung der Mittel für die Geschäftsstelle und wissenschaftliche Begleitung in § 45e Absatz 1 (200.000 Euro im Jahr 2026 bis zu 500.000 Euro jährlich ab 2029), die Planungssicherheit schafft.
- **Fortbestand der Geschäftsstelle:** Der BMC begrüßt ausdrücklich die Errichtung einer nationalen Geschäftsstelle als Kompetenzzentrum zur Unterstützung der Netzwerkgründung. Diese ermöglicht es, regionale Netzwerke einfacher und niederschwelliger zu gründen sowie einer systematischen Ausgestaltung der Versorgungslandschaft. Die Standardisierung der Antragsverfahren erleichtert es neuen Netzwerken, sich zu etablieren. Die verpflichtende Veröffentlichung der geförderten Netzwerke auf einer zentralen Website erhöht Transparenz und Sichtbarkeit. Es ist notwendig, dass die nationale Geschäftsstelle über 2030 hinaus finanziert wird, um ihren Fortbestand und somit auch das Verfahren zur Durchführung und Abwicklung der Förderung von Netzen langfristig sicherzustellen.
- **Gemeinsamer Vertragsabschluss der Pflegekassen:** Es sollten nicht nur einzelne Pflegekassen Regionalverträge schließen, sondern diese unter Einbeziehung von Arbeitsgemeinschaften (§ 211) oder durch Dritte gemeinschaftlich verhandeln lassen, um keine Insellösungen zu schaffen. Die regionale Kontrahierung der Pflegekassen muss gesetzlich verankert werden. Als Zielgröße sollten mindestens 70 % der Versicherten der Region durch die Regionalverträge der Kassen versorgt werden. Die Teilnahme für Patientinnen und Patienten darf keine zusätzliche Einschreibung erfordern. Einzelne Module/Programme können eine Einschreibung vorsehen und sind freiwillig. Einheimische können weiterhin Leistungen außerhalb der Region in Anspruch nehmen. Die Einbindung des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend bei der Errichtung der Geschäftsstelle sowie die notwendige Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit werden das Vorhaben institutionell auf und stärken die ressortübergreifende Zusammenarbeit. Zugleich kann dies die Umsetzung verlangsamen und zusätzlichen Abstimmungsaufwand mit sich bringen.
- **Gestaltungsfreiräume schaffen:** Die Zusammenarbeit durch freiwillige Kooperation von Versorgungspartnern in regionalen Netzwerken ist ein sinnvoller Ansatz. Es ist dabei nötig, Freiräume zu schaffen und funktionale Unterschiede zur Regelversorgung auf Zeit sowie neue, geeignete Organisationsformen bewusst zuzulassen. Diese sollten auch von den Pflegekassen im Rahmen der Vertragsschließungen anerkannt werden. Die Versorgungspartner entwickeln möglichst gemeinsam mit den Pflegekassen ein Konzept für eine zukunftsgerichtete Gesundheitsversorgung in ihrer Region. Dieses beinhaltet etwa Vorschläge entlang der drei Zieldimensionen innovative Versorgung, Sicherstellung und populationsbasierte Angebote und umfasst auch neue Organisationsformen, mit denen spezifische Versorgungsstrukturen und -prozesse verbessert werden können.
- **Veröffentlichung von Qualitätsdaten:** Die Daten aus der wissenschaftlichen Begleitung und Auswertung sollten in ein zentrales öffentliches Public-Health-Regio-Register einfließen, in dem Leistungen/Programme/Anforderungen sowie Ergebnisse der Regionen dokumentiert und einsehbar sind.

§ 15 a SGB V und § 73 d SGB V (Übertragung heilkundlicher Leistungen)

Die Befugnisse von Pflegefachpersonen werden erweitert, indem ihnen ermöglicht wird, eigenständig heilkundliche Leistungen zu erbringen und Verordnungen im Rahmen der häuslichen Krankenpflege auszustellen, sofern sie über die entsprechende Qualifikation verfügen.

- Der BMC begrüßt grundsätzlich die stärkere Einbindung von Pflegefachpersonen in die Gesundheitsversorgung, insbesondere durch die Übertragung und eigenständige Erbringung erweiterter heilkundlicher Aufgaben. Dies trägt zur Sicherung der Versorgung bei, entlastet das ärztliche Personal und erhöht die Flexibilität in der Versorgung, beispielsweise bei der eigenverantwortlichen Verordnung häuslicher Krankenpflegeleistungen. Die Autonomie von Pflegefachpersonen wird gestärkt und ihre Rolle in der Gesundheitsversorgung aufgewertet. Gleichzeitig wird die multiprofessionelle Zusammenarbeit zwischen Pflegefachpersonen und anderen Berufsgruppen gefördert, was eine effiziente und patientenorientierte Versorgung unterstützt.
- **Übertragung der heilkundlichen Leistungen:** Die Regelung ermöglicht es Pflegefachpersonen, nach ärztlicher Diagnose und Indikationsstellung, eigenverantwortlich heilkundliche Leistungen zu erbringen. Die entsprechenden Leistungen sind künftig im Rahmenvertrag nach § 73d Absatz 1 zu vereinbaren und basieren auf in § 15a definierten Kompetenzen. Der Vertragsarzt ist nicht mehr explizit für die Einzelübertragung der Leistung zuständig, womit sich ein gewisser Schritt in Richtung mehr Verbindlichkeit und weniger Einzelfallabhängigkeit ergibt. Gleichwohl bleibt die Ausübung heilkundlicher Aufgaben weiterhin an ärztliche Diagnosen und Verordnungen gekoppelt. Die Pflegefachperson handelt im Rahmen klar definierter Kataloge, bleibt aber an die initiale ärztliche Entscheidung gebunden. Eine voll eigenständige Leistungserbringung durch die Pflegefachperson ist hier nicht gegeben. Es ist hier weiterhin eine allgemeinverbindliche Regelung notwendig, die eine eigenverantwortliche Leistungserbringung sicherstellt, insbesondere für Pflegefachpersonen mit Masterabschluss oder vergleichbarer Qualifikation. Die Schaffung eines klaren Rechtsrahmens für Pflegefachpersonen in ärztlich oder pflegegeleiteten Einrichtungen (analog zu Advanced Practice Nurses) ist weiterhin wünschenswert.
- **Erweiterung der Leistungen:** Die Liste der heilkundlichen Aufgaben im Rahmenvertrag sollte flexibler und umfassender gestaltet werden. Dies würde den Handlungsspielraum der Pflegefachpersonen erweitern, die Selbstständigkeit des Pflegeberufs unterstützen und zur Bewältigung von Personalengpässen beitragen. Die neue gesetzliche Grundlage sieht ausdrücklich eine Einbeziehung wissenschaftlicher Expertisen und die Beteiligung maßgeblicher Pflegeorganisationen vor, was die Qualität und Passgenauigkeit der Kataloge verbessern kann. Positiv ist auch, dass bestehende Modelleleistungen nach § 64d systematisch geprüft und in die Regelversorgung überführt werden sollen.