

Stellungnahmen verschiedener Verbände vom
08.10.2025 zum Gesetz zur Befugnisserweiterung
und Entbürokratisierung in der Pflege

Inhaltsverzeichnis

Deutscher Städtetag	1
Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)	4
Deutscher Landkreistag	12
Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek)	17
Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege (BAGFW)	59
AOK-Bundesverband	119
Deutscher Pflegerat e.V.	330
Bundes Psychotherapeuten Kammer (BPtK)	356
Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG)	375
Bundesverband für Bildung im Rettungswesen (BVBRW)	390
Vereinigung der Pflegenden in Bayern (VdPB)	394
Verband der PflegedirektorInnen der Unikliniken (vpu)	400
Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV)	413
Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK)	430
Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. (PKV)	446
Medizinischer Dienst - Bund	467
Sozialverband VdK Deutschland e.V.	498
Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. (bpa)	520
Bundesverband Gesundheits-IT e.V. (bvitg)	665
Aktion Psychische Kranke e.V. (APK)	677
Gesetzliche Krankenversicherung (GKV)	683
Bundesverband Pflegemanagement	909
iKK e.V.	919
Bundesärztekammer	955
Deutsche Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege (DFPP)	974
Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung chronischer Erkrankungen und ihren Angehörigen e.V.	977
Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft verdi	991
Spitzenverband Digitale Gesundheitsversorgung	1022
BKK Dachverband e.V.	1032
Deutscher Berufsverband Rettungsdienst e.V.	1056
Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)	1062

Deutscher Städtetag | Gereonstraße 18-32 | 50670 Köln

Frau Abgeordnete
Dr. Tanja Machalet, MdB
Deutscher Bundestag
Vorsitzende des Ausschusses
für Gesundheit
Platz der Republik 1
11011 Berlin

E-Mail: anhoerungen-gesundheitsausschuss@bundestag.de

01.10.2025/kul

Entwurf eines Gesetzes zur Befugnisenerweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege (BT-Drucksache 21 / 1511)

Stellungnahme des Deutschen Städtetags

Sehr geehrte Frau Dr. Machalet,
sehr geehrte Damen und Herren,

wir bedanken uns für die Möglichkeit der Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Befugnisenerweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege, die wir hiermit gerne wahrnehmen. Wir konzentrieren uns dabei auf die kommunal besonders relevanten Aspekte.

Die Zielsetzungen des Entwurfs werden ausdrücklich begrüßt. Zwar fehlt es weiterhin an einem erforderlichen Systemwechsel in der Pflege, der auch die Finanzierung angeht. Es werden jedoch erste wichtige Schritte zur langfristigen Sicherstellung der Versorgung gegangen. Wir erwarten, dass weitere Schritte für eine nachhaltige Pflegeversorgung durch die Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Pflegereform auf den Weg gebracht werden.

Bewertung des Gesetzentwurfs im Einzelnen:

§ 9 SGB XI: Stärkung der Rolle der Kommunen

Der Deutsche Städtetag fordert seit langem, die Rolle der Kommunen zu stärken. Eine Forderung ist, die Pflegestrukturplanung der Kommunen verbindlicher zu gestalten. Zulassung und Förderung von Einrichtungen sollten danach nur noch nach Zustimmung durch die Kommune

Kontakt

Friederike Scholz
friederike.scholz@staedtetag.de
Gereonstraße 18-32
50670 Köln

Telefon 0221 3771-440
Telefax 0221 3771-409

www.staedtetag.de

Aktenzeichen
50.52.00 D

Hauptgeschäftsstelle Berlin

Hausvogteiplatz 1
10117 Berlin
Telefon 030 37711-0

Hauptgeschäftsstelle Köln

Gereonstraße 18-32
50670 Köln
Telefon 0221 3771-0

Europabüro Brüssel

Avenue des Nerviens 9-31
1040 Bruxelles / Belgien
Telefon +32 2 882 774-0

erfolgen. Dies ist bedeutend, um eine bedarfsgerechte Quartiersentwicklung zu verfolgen. Mit dem Gesetzentwurf werden die Länder aufgefordert, entsprechende Regelungen zu schaffen. Die Effektivität und Praktikabilität der neuen Regelung ist jedoch abhängig von ihrer landesrechtlichen Umsetzung, die abzuwarten bleibt. Die Länder haben zudem den Konnexitätsgrundsatz zu beachten.

§12 b) (2): Bereitstellung von Daten durch die Pflegekassen

Die neu geplante Regelung zur Bereitstellung von Daten der Pflegekassen zur regionalen Versorgungssituation an die Kommunen wird grundsätzlich positiv bewertet. Die Evaluation von Versorgungsdaten durch die Pflegekassen bzw. ihrer Landesverbände wird dazu beitragen, die kommunale Versorgungssituation zu erfassen und auszuwerten. Die Daten sind allerdings aus sozialplanerischer Sicht nur kleinräumig von Relevanz, da nur so Schlüsse über die Versorgung im Quartier und dem Sozialraum gezogen werden können. Wünschenswert wäre, wenn dies bereits im Gesetz präzisiert würde. Die Daten sind notwendig, um die kommunale Pflegeplanung fortzuschreiben und dem Auftrag der kommunalen Daseinsvorsorge nachzukommen. Insoweit sollte im Gesetz außerdem klargelegt sein, dass die Daten für Kommunen unbedingt kostenfrei zu beziehen sind.

§ 45 e Stärkung regionaler Netzwerke

Die Stärkung von regionalen Netzwerken (§45e SGB XII) wird begrüßt. Die Organisation von Netzwerken auf der Grundlage integrierter Konzepte, die die Entwicklung der älteren und unterstützungsbedürftigen Bevölkerung in den Blick nehmen, wird zunehmend wichtiger. Durch die Einrichtung einer bundesweiten Geschäftsstelle kann die Einrichtung von Netzwerken in der Kommune unterstützt und begleitet werden. Auch die erweiterte Fördermöglichkeit unterstützt die Einrichtung neuer Netzwerke. Dennoch gestaltet sich eine Koordination solcher Netzwerke mit vorhandenen Personalressourcen für die Kommune als schwierig. Um die kommunalen Altenhilfe- und Pflegestrukturen sinnvoll zu gestalten, benötigen die Städte eine ausreichende Finanzierung.

§ 45h Leistungen in gemeinschaftlichen Wohnformen mit Verträgen zur pflegerischen Versorgung gemäß §92c

Die Weiterentwicklung gemeinschaftlicher Wohnformen ist ein wichtiger Schritt und wird begrüßt. Die Überwindung der Sektorengrenzen und Zulassung hybrider Versorgungsformen ist eine Forderung, die der Deutsche Städtetag teilt. Der Gesetzentwurf bietet erste Ansätze in Richtung Öffnung, die in Zukunft aber sicherlich noch weitergehen müssen. Fraglich ist, ob die pauschale Bezuschussung der Pflegebedürftigen in Höhe von 450 Euro ausreicht. Zudem lassen die Regelungen zum pauschalen Zuschuss nach § 45h in Verbindung mit § 92c in der Anwendung – insbesondere im Zusammenwirken mit den Leistungen der Hilfe zur Pflege – Fragen offen. So werden nach § 63b Abs. 1 SGB XII Leistungen der Hilfe zur Pflege nicht erbracht, soweit Pflegebe-

dürftige gleichartige Leistungen nach anderen Rechtsvorschriften erhalten. Es ist klarzustellen, wie sich diese Vorschrift zum pauschalen Zuschuss verhält. Aus Sozialhilfeträgersicht ist ferner unbefriedigend, dass nicht klar ist, wofür der pauschale Zuschuss von 450 Euro eingesetzt werden muss. Laut Begründung zu § 45h kann er sowohl für das Basispaket als auch für die weitere pflegerische Versorgung eingesetzt werden. Es fragt sich, wie damit umzugehen wäre, wenn die 450 Euro für aus sozialhilferechtlicher Sicht nicht notwendige pflegerische bzw. betreuerische Leistungen eingesetzt würden und die ungedeckten, aber in dem Wohnangebot zwingend anfallenden Kosten des Basispakets gegenüber dem Sozialhilfeträger geltend gemacht würden.

§ 51a SGB XI: Stärkung Präventiver Maßnahmen:

Der Präventionsansatz in der häuslichen Pflege wird positiv bewertet. Wir möchten jedoch darauf hinweisen, dass eine effektive und nachhaltige Prävention bereits im vorpflegerischen Bereich und nicht erst bei Eintritt der Pflegebedürftigkeit einsetzen muss. Der städtische Ansatz besteht darin, durch gezielte Maßnahmen Pflegebedürftigkeit zu verhindern. Die Stärkung der Rolle der Pflegepersonen ist bei dieser Aufgabe wichtig. Daneben sind kommunale Angebote zur Teilhabe und Prävention auf der örtlichen Ebene erforderlich. Damit Kommunen diese Aufgabe umsetzen können, benötigen sie eine auskömmliche Finanzierung.

Artikel 3 Änderung des SGB V: Die Erweiterung der Befugnisse von Pflegefachpersonen:

Eine Stärkung der Fachkompetenz und Ausweitung der Befugnisse wird begrüßt. Der Deutschen Städtetag sieht die Chancen, die mit der Ausweitung verfolgt werden. Wir sehen die Notwendigkeit einer stärkeren Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Gesundheitsberufen, die die Kontinuität der Versorgung fördert und die Fragmentierung zwischen ambulanten und stationären Versorgungsstrukturen verringert. Wichtig bleibt jedoch eine klare Abgrenzung zwischen den Aufgaben der Pflegekräfte und den Ärzten, die in der Umsetzung sichergestellt werden muss, um Konflikte und Unklarheiten zu vermeiden. Die Implementierung der neuen Regelungen muss sorgfältig geplant werden. Neben klaren Regelungen zur Aufgabenverteilung, sind angemessene Qualifizierungsmaßnahmen und eine ausreichende Ressourcenausstattung zu gewährleisten.

Mit freundlichen Grüßen
In Vertretung

Stefan Hahn



KASSENÄRZTLICHE
BUNDESVEREINIGUNG

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
02.10.2025
gel. VB zur öffent. Anh. am
08.10.2025 - Pflege
02.10.2025



ENTWURF EINES GESETZES ZUR BEFUGNISERWEITERUNG UND ENTBÜROKRATISIERUNG IN DER PFLEGE

STELLUNGNAHME DER KBV ZUM GESETZENTWURF DER
BUNDESREGIERUNG VOM 6. AUGUST 2025

16. SEPTEMBER 2025

Dem Ausschuss ist das vorliegende Dokument
in nicht barrierefreier Form zugeleitet worden.

INHALT

ZUR KOMMENTIERUNG	3
ZUSAMMENFASSUNG	3
KOMMENTIERUNG	3
ART. 3 NR. 17 UND 19 SGB V (VERTRAGSÄRZTE IM NOTDIENST)	3
ART. 3 NR. 20 SGB V (SICHERSTELLUNG DER FINANZIERUNG DER AUFGABEN DER KASSENÄRZTLICHEN VEREINIGUNGEN)	4
ART. 3 NR. 21 §112 SGB V (EIGENVERANTWORTLICHE ERBRINGUNG VON LEISTUNGEN DURCH PFLEGEFACHPERSONEN IM RAHMEN DER KRANKENHAUSBEHANDLUNG)	5
ART. 3 NR. 31 SGB V – § 291 ABS. 9 SGB V (ELEKTRONISCHE GESUNDHEITSKARTE)	6
ART. 3 NR. 35 – § 342 ABS. 2-2A SGB V (ANGEBOT UND NUTZUNG DER ELEKTRONISCHEN PATIENTENAKTE)	6
ART. 3 NR. 36 – § 347 SGB V (ÜBERTRAGUNG VON BEHANDLUNGSDATEN IN DIE ELEKTRONISCHE PATIENTENAKTE DURCH LEISTUNGSERBRINGER)	7
ART. 3 NR. 45 – § 399 ABS. 1-2 SGB V (STRAFVORSCHRIFTEN)	7

ZUR KOMMENTIERUNG

Zu den einzelnen Regelungsinhalten wird im Folgenden kommentiert. Sofern keine Anmerkungen getätigt werden, wird die Regelung durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) begrüßt oder sie sieht die Interessen der Vertragsärzte und -psychotherapeuten durch die Regelung nicht betroffen beziehungsweise steht dem Regelungsvorschlag neutral gegenüber.

Aus Gründen der Lesbarkeit wurde meist nur eine Form der Personenbezeichnung verwendet. Hiermit sind auch alle anderen Formen gemeint.

ZUSAMMENFASSUNG

Die KBV begrüßt die Intention des Gesetzgebers mit Blick auf den demografischen Wandel den Ausbau einer gestuften und aufeinander abgestimmten pflegerischen Versorgung und damit auch die Weiterentwicklung der Pflegekompetenzen anzugehen. Aus Sicht der KBV ist es wichtig, keine neuen und entbehrlichen Schnittstellen zwischen den Professionen oder Doppelungen von Versorgungsangeboten zu schaffen, sondern vielmehr integrierte Versorgungsmöglichkeiten zu fördern.

Die KBV begrüßt insbesondere den Regelungsvorschlag, der es ermöglicht, Daten in die elektronische Patientenakte dann nicht einzustellen, wenn dem erheblich therapeutische Gründe oder sonstige erhebliche Rechte Dritter entgegenstehen oder gewichtige Anhaltspunkte für die Gefährdung des Wohles eines Kindes oder eines Jugendlichen (bis zur Vollendung des 15. Lebensjahres) vorliegen.

Für die grundsätzliche Kommentierung verweisen wir auf die Stellungnahme vom 11. Juli 2026 zum Referentenentwurf des Pflegekompetenzgesetz. Im folgenden Text werden nur neue Ergänzungen kommentiert.

KOMMENTIERUNG

ART. 3 NR. 17 UND 19 SGB V (VERTRAGSÄRZTE IM NOTDIENST)

Beabsichtigte Neuregelung

Nach § 95 Abs. 3a SGB V-neu sind Tätigkeiten der Vertragsärzte im Notdienst sozialversicherungsrechtlich entsprechend der sozialversicherungsrechtlichen Einordnung ihrer Tätigkeit im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung zu bewerten. Flankierend zu dieser Regelung sollen nach § 81 Abs. 6 SGB V-neu die Satzungen der KVen Bestimmungen über die Sicherstellung des Notdienstes enthalten. Die KVen können zudem die Gewährung von Sicherstellungspauschalen an die an dem Notdienst teilnehmenden Ärzte festlegen.

Bewertung

Die gesetzlichen Klarstellungen, die zur Rechtssicherheit bei der Gestaltung des vertragsärztlichen Notdienstes führen, werden begrüßt. Die Verortung der Notdienstregelungen im Satzungsrecht der KVen ist dagegen nicht zielführend. Bislang haben die KVen die Notdienst- und Bereitschaftsdienstordnung als sonstiges autonomes Recht verabschiedet. Eine Einordnung als Satzungsrecht würde neben bürokratischem Mehraufwand durch die in den Satzungen der KV für Satzungsänderungen vorgesehenen Zweidrittelmehrheiten zu Hürden führen, die etwaigen zügigen Anpassungsbedarfen im Wege stünden. Es bietet sich daher an, die Regelung zu den Sicherstellungspauschalen im fachlichen Zusammenhang in § 75 Abs. 1b SGB V zu verorten. Darüber hinaus weisen wir darauf hin, dass die Formulierung so angepasst

werden sollte, dass auch die Tätigkeit von Vertragsärzten über den originär vertragsärztlichen Notdienst hinaus erfasst sein sollte, da eine Aufspaltung der Arbeit von Vertragsärzten im Notdienst zwischen erforderlichen und nicht erforderlichen Zeiten praktisch nicht umsetzbar wäre.

Im Übrigen sollte in Anlehnung an die Ausnahmeregelung des § 23c Abs. 2 SGB IV für die nebenberufliche Tätigkeit von Nichtvertragsärztinnen und -ärzten, die freiwillig im Rahmen des Notdienstes bzw. Bereitschaftsdienstes der KVen außerhalb des Rettungsdienstes tätig werden, zur weitergehenden Klarstellung eine entsprechende Ausnahme in einem neuen § 23c Absatz 3 SGB IV vorgesehen werden.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG DER KBV

- Verortung der Regelung zur Sicherstellungspauschale in § 75 Abs. 1b SGB V
 - Ausnahmeregelung in § 23c SGB IV
-

ART. 3 NR. 20 SGB V (SICHERSTELLUNG DER FINANZIERUNG DER AUFGABEN DER KASSENÄRZTLICHEN VEREINIGUNGEN)

Beabsichtigte Neuregelung

In § 105 SGB V wird geregelt, dass auch die durch die Entbudgetierung hausärztlicher Leistungen entstandene Honorarsystematik im hausärztlichen Versorgungsbereich bei der Bildung des Strukturfonds berücksichtigt werden kann.

Bewertung

Die beabsichtigte Neuregelung ist grundsätzlich zu begrüßen. Allerdings werden durch die zunehmende Bedeutung von Selektivverträgen nach § 73b SGB V und 140a SGB V sowie durch die Neuaufstellung der Regelungen zu den sog. Hybrid-DRG nach § 115f SGB V und der ASV nach § 116b SGB V relevante Vergütungsanteile ohne Beteiligung der Kassenärztlichen Vereinigungen abgerechnet. Dies führt dazu, dass die so ausgezahlten vertragsärztlichen Vergütungen im Regelfall sowohl bei der Vereinnahmung der Verwaltungskostenbeiträge als auch bei der Bildung des Strukturfonds nach § 105 SGB V unberücksichtigt bleiben. Da jedoch wesentliche Verwaltungstätigkeiten der Kassenärztlichen Vereinigungen weiterhin bestehen bleiben, entsteht hieraus schon aus Gründen der Verteilungsgerechtigkeit die Notwendigkeit, auch für diese Vergütungsbestandteile sowohl Verwaltungsbeiträge als auch Mittel für den Strukturfonds erheben zu können.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG DER KBV

- › Klarstellung der Satzungsermächtigung nach § 81 SGB V

§ 81 Abs. 1 Ziffer 5 wird dahingehend klarstellend ergänzt, dass sich die „Aufbringung der Mittel“ auf Einnahmen aus der gesamten Tätigkeit in der vertragsärztlichen Versorgung erstrecken kann.

- › Anpassung der Regelung zur Bildung des Strukturfonds

§ 105 Abs. 1a SGB V wird dahingehend ergänzt, dass im Falle von bereinigungsrelevanten Vergütungsanteilen die Bereinigungssumme um jeweils bis zu 0,4 Prozent (Strukturfondsanteil der Vertragsärzte und der Krankenkassen) reduziert wird, wobei diese Summe dann den Strukturfonds zur Verfügung steht. In den Folgeänderungen wäre dann in den entsprechenden bereinigungsrelevanten Vorschriften (z.B. § 73b SGB V,

§ 140a SGB V, § 115f SGB V) ebenfalls zu regeln, dass sich der Auszahlungsbetrag der Krankenkassen in diesen Verträgen um jeweils bis zu 0,2 Prozent für den vertragsärztlichen Anteil am Strukturfonds reduziert.

ART. 3 NR. 21 §112 SGB V (EIGENVERANTWORTLICHE ERBRINGUNG VON LEISTUNGEN DURCH PFLEGEFACHPERSONEN IM RAHMEN DER KRANKENHAUSBEHANDLUNG)

Beabsichtigte Neuregelung

In § 73 d neu wird im aktuellen Kabinettsentwurf in Absatz 2 Satz 3 die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) als Stellungnahme-berechtigte Institution ergänzt. Gleichzeitig erhält die DKG das Recht an den Sitzungen der Verhandlungsparteien teilzunehmen. Eine entsprechende Regelung für die KBV fehlt im §112 neu.

Bewertung

Grundsätzlich ist diese Neuregelung unter dem Aspekt zu begrüßen, dass für die eigenverantwortliche Erbringung von Leistungen durch Pflegefachpersonen im Rahmen der Versorgung für den ambulanten und stationären Bereich gleiche Voraussetzungen geschaffen werden. Um dies jedoch konsequent umzusetzen und die entsprechende inhaltliche Verzahnung zu gewährleisten, sollte die KBV auch entsprechende Rechte bei der Verhandlung nach § 112 SGB V erhalten.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG DER KBV

› Anpassung des § 112 Abs. 2:

„(2) Die in Absatz 1 genannten Vertragsparteien haben unter Beachtung der Vorgaben von § 15a Absatz 1 in dem Vertrag nach Absatz 1 auch festzulegen, auf der Grundlage welcher Kompetenzen Pflegefachpersonen die nach Absatz 1 Nummer 1 vereinbarten Leistungen jeweils eigenverantwortlich erbringen können. Soweit nicht aus sachlichen Gründen für die Krankenhausbehandlungen Abweichungen geboten sind, haben die in Absatz 1 genannten Vertragsparteien dieselben Festlegungen zu treffen, die von den in § 73d Absatz 1 Satz 1 genannten Vertragspartnern nach § 73d Absatz 2 Satz 1 getroffen wurden. **Den maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene im Sinne des § 118a Absatz 1 Satz 1 des Elften Buches, der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung ist vor Abschluss des Vertrags Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; sie haben das Recht, an den Sitzungen der in Absatz 1 Satz 1 genannten Vertragspartner teilzunehmen. § 73d Absatz 2 Satz 4 bis 5 gilt entsprechend.**“

ART. 3 NR. 31 SGB V – § 291 ABS. 9 SGB V (ELEKTRONISCHE GESUNDHEITSKARTE)

Beabsichtigte Neuregelung

In § 291 Abs. 9 SGB V soll die Möglichkeit zu Anforderung einer elektronischen Ersatzbescheinigung durch die Leistungserbringer über eine KIM-Nachricht an die betroffene Krankenkasse eröffnet werden.

Bewertung

Die KBV unterstützt die vorgeschlagene Regelung, nach der Arztpraxen den Service der Anfrage des Anspruchsnachweises anbieten können. Dies ermöglicht die Verwendung der elektronischen Ersatzbescheinigung auch für Versicherte, die das Verfahren nach Satz 1 nicht selbstständig anstoßen können. Da die Leistungserbringer und die in Arztpraxen eingesetzte Software unmittelbar von den Regelungen betroffen sind, sollte die Ausgestaltung der Regelungen durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen im Einvernehmen mit den Verbänden der Leistungserbringer geschehen.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG DER KBV

- › § 291 Abs. 9 Satz 6 sollte wie folgt geändert werden:

Das Weitere zur Durchführung des Verfahrens nach den Sätzen 2 bis 4 regelt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen im **Einvernehmen** mit den Verbänden der Leistungserbringer.

ART. 3 NR. 35 – § 342 ABS. 2-2A SGB V (ANGEBOT UND NUTZUNG DER ELEKTRONISCHEN PATIENTENAKTE)

Beabsichtigte Neuregelung

Änderung der Frist zur Bereitstellung von Daten aus der ePA zu Forschungszwecken. Anstelle von sechs Monaten nach Bereitstellung der ePA, müssen die Daten spätestens zum 31. März 2026 bereitgestellt werden. Die Frist zur Unterstützung des dgMP durch die ePA wird auf den 31. März 2026 verschoben.

Bewertung

Die KBV begrüßt die Verschiebung der Fristen grundsätzlich. Das dgMP darf erst dann flächendeckend in die Versorgung eingeführt werden, wenn eine ausreichend lange Phase der Implementierung in die Primärsysteme der Leistungserbringer, eine nachfolgende ausreichend lange Erprobung sowie eine daraus ggf. erwachsende nochmalige Fehlerbehebung sichergestellt sind.

ART. 3 NR. 36 – § 347 SGB V (ÜBERTRAGUNG VON BEHANDLUNGSDATEN IN DIE ELEKTRONISCHE PATIENTENAKTE DURCH LEISTUNGSERBRINGER)

Beabsichtigte Neuregelung

Nach ärztlichem Ermessen darf davon abgesehen werden, Daten in die elektronische Patientenakte einzustellen, wenn erhebliche therapeutische Gründe oder sonstige erhebliche Rechte Dritter dem Entgegenstehen oder gewichtige Anhaltspunkte für die Gefährdung des Wohles eines Kindes oder eines Jugendlichen (bis zur Vollendung des 15. Lebensjahres) vorliegen. Die Gründe dafür müssen in der Behandlungsdokumentation protokolliert werden.

Bewertung

Die KBV begrüßt die Regelung grundsätzlich. Sie erweitert die Richtlinie, die die KBV in Abstimmung mit dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) im April 2025 verabschiedet hat, in dem Sinne, dass alle Altersgruppen von dieser Regelung betroffen sind.

Es muss jedoch vermieden werden, dass die die Patienten schützenden Regelungen durch ein Einstellen von Abrechnungsdaten konterkariert werden, indem aus Abrechnungsdaten Daten in die Patientenakte eingestellt werden, deren Einstellen sinnvollerweise aus therapeutischen Gründen unterbunden werden soll. Daher sollten ergänzende Regelungen getroffen werden, die die Voraussetzungen dafür schaffen, dass Abrechnungsdaten in die ePA durch Kassen nur so übermittelt werden können, dass nur der Versicherte selbst sie einsehen kann. Diese Daten sollten durch entsprechende technische Vorkehrungen auch nicht ohne Weiteres anderen Zugriffsberechtigten zur Verfügung gestellt werden können.

Darüber hinaus sollten Regelungen getroffen werden, die der gematik als Grundlage dienen, technische Voraussetzungen dafür zu schaffen, dass Daten zunächst nur für den Versicherten sichtbar sind, bevor dieser einen Zugriff auf diese Daten für einen ihn Behandelnden möglich machen kann.

Weiterhin sollten zum Schutz von Kindern und Jugendlichen vor Vollendung des 15. Lebensjahres eine Regelung in das Gesetz aufgenommen werden, die sicherstellt, dass Versicherte ab dem 15. Lebensjahr ausschließlich selbst Zugriff auf ihre elektronische Patientenakte haben und dass durch die Krankenkassen Abrechnungsdaten erst nach Vollendung des 15. Lebensjahres in die elektronische Patientenakte eingestellt werden dürfen.

ART. 3 NR. 45 – § 399 ABS. 1-2 SGB V (STRAFVORSCHRIFTEN)

Beabsichtigte Neuregelung

Die Strafvorschriften werden um die Regelung zum sicheren Umgang mit Komponenten zur Authentifizierung von Leistungserbringerinstitutionen in § 340a ergänzt. Die unbefugte Weitergabe oder eine nicht (rechtzeitig) veranlasste Sperrung, können ebenfalls mit einer Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder mit einer Geldstrafe bestraft werden. Die Dauer einer möglichen Freiheitsstrafe bei Handlung gegen Entgelt oder in der Absicht der Bereicherung oder Schädigung einer anderen Person, wird von drei auf zwei Jahre reduziert.

Bewertung

Die aktuelle Regelung wird von der KBV abgelehnt. Das Hinzufügen von weiteren Strafvorschriften gegen Ärzte und Psychotherapeuten im Hinblick auf die Nutzung der Telematikinfrastruktur ist nicht sachgerecht.

Ihre Ansprechpartner:

Kassenärztliche Bundesvereinigung
Stabsbereich Strategie, Politik und Kommunikation
Herbert-Lewin-Platz 2, 10623 Berlin
Tel.: 030 4005-1036
politik@kbv.de, www.kbv.de

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) vertritt die politischen Interessen der rund 189.000 an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Psychotherapeuten auf Bundesebene. Sie ist der Dachverband der 17 Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen), die die ambulante medizinische Versorgung für 75 Millionen gesetzlich Versicherte in Deutschland sicherstellen. Die KBV schließt mit den gesetzlichen Krankenkassen und anderen Sozialversicherungsträgern Vereinbarungen, beispielsweise zur Honorierung der niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten sowie zum Leistungsspektrum der gesetzlichen Krankenkassen. Die KVen und die KBV sind als Einrichtung der ärztlichen Selbstverwaltung Körperschaften des öffentlichen Rechts.



Deutscher Landkreistag, Postfach 11 02 52, 10832 Berlin

Deutscher Bundestag
Ausschuss für Gesundheit
Frau Vorsitzende Dr. Tanja Machalat, MdB
Platz der Republik 1
11011 Berlin

per E-Mail: anhoerungen-gesundheitsausschuss@bundestag.de

Ulrich-von-Hassell-Haus
Lennéstraße 11
10785 Berlin

Tel.: 030 590097-341
Fax: 030 590097-440

E-Mail: Irene.Vorholz@Landkreistag.de

AZ: IV-431-01/1.6

Datum: 2.10.2025

Öffentliche Anhörung am 8.10.2025 zum Gesetzentwurf der Bundesregierung „Entwurf eines Gesetzes zur Befugnisserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege“ (BT-Drs. 21/1511)

Sehr geehrte Frau Dr. Machalat,

haben Sie besten Dank für die Einladung zur o. g. Sachverständigen-Anhörung. Der Deutsche Landkreistag wird in der Anhörung durch die Unterzeichnerin vertreten und nimmt wie folgt schriftlich Stellung.

Zusammenfassung:

- 1. Die vorgesehene Stärkung der Kompetenzen der Pflegekräfte wird befürwortet. Dies gilt insbesondere für die eigenverantwortliche Übernahme heilkundlicher Leistungen und die Verordnungskompetenz.**
- 2. Die Stärkung der Prävention in der Pflege und der Pflegeberatung ist gleichfalls zu begrüßen, ebenso die Übermittlung von Versorgungsdaten der Pflegekassen an die Landkreise, die möglichst kleinräumig sein sollten. Eine Kostentragung der Landkreise hierfür wird abgelehnt.**
- 3. Bei den Regelungen zur Rolle der Kommunen in der Pflege greift die vorgesehene Beachtung der kommunalen Pflegestrukturplanung durch die Pflegekassen vor Abschluss eines Versorgungsvertrages eine langjährige Forderung des Deutschen Landkreistages auf. Es wird eine sinnvolle Verknüpfung zwischen kommunaler Versorgungsplanung, dem Abschluss von Vergütungsvereinbarungen und den Versorgungsverträgen mit den Einrichtungen geschaffen. Inwieweit sich diese Verknüpfung bei vor Ort festgestellter zunehmender Unterversorgung auch auf der operativen Ebene praktikabel umsetzen lässt, bleibt abzuwarten.**

Dem Ausschuss ist das vorliegende Dokument
in nicht barrierefreier Form zugeleitet worden.

4. **Abgelehnt wird, dass die Länder bestimmen können sollen, die Empfehlungen der regionalen Ausschüsse nach § 8a Abs. 3 SGB XI als Bestandteil der kreislichen Pflegestrukturplanung anzusehen. Eine kommunale Planung muss von der Kommune allein verantwortet werden. An den regionalen Ausschüssen dagegen wirken die Pflegekassen und weitere Beteiligte mit. Da die Ausschüsse nur einvernehmliche Empfehlungen abgeben können, kommt es oftmals zu Kompromissen, die die Landkreise in eigenständiger Verantwortung nicht geschlossen hätten.**

Im Einzelnen

Zu Artikel 1, Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch

- Zu § 5 Abs. 1a SGB XI-E, Prävention in Pflegeeinrichtungen und in der häuslichen Pflege

Die in § 5 Abs. 1a SGB XI-E vorgesehene Ergänzung fördert die dringend notwendige Integration verhaltensbezogener Prävention in die Pflegeversicherung und entspricht dem gesellschaftlichen und fachlichen Konsens, Prävention frühzeitig und bedarfsgerecht auch in der häuslichen Pflege zu verankern. Die Einbindung der Pflegebedürftigen und Fachpersonen stärkt die individuelle und ressourcenorientierte Versorgung. Die Festlegung von Qualitäts- und Evaluationskriterien ist essenziell, um Umsetzung und Wirksamkeit zu sichern.

- Zu § 7a Abs. 8 SGB XI-E, Beratung durch die Pflegekassen

Durch § 7a Abs. 8 SGB XI-E wird klargestellt, dass die Pflegekassen eine angemessene Beratung ihrer Versicherten sicherzustellen haben. Der allgemeine Eindruck ist derzeit, dass eine umfassende Pflegeberatung nach § 7a SGB XI häufig nur dann erfolgt, wenn sie von den Ratsuchenden ausdrücklich eingefordert wird. In der Praxis wenden sich Versicherte meist mit konkreten Einzelfragen – etwa zum Entlastungsbetrag oder zur Kurzzeitpflege – an die Pflegekassen. Diese Anfragen werden in der Regel telefonisch über Hotlines beantwortet oder sogar an Beratungsstellen der Landkreise weitergeleitet. Für die Ratsuchenden ist dabei oftmals nicht erkennbar, ob es sich um ein originäres Angebot der Pflegekasse oder um ein öffentliches, kommunales Beratungsangebot handelt. Der Umfang und die Qualität der Pflegeberatung durch die Pflegekassen selbst oder durch von ihnen beauftragte externe Dienstleister sind erfahrungsgemäß unterschiedlich. Teilweise verweisen Pflegekassen auf ihren Internetseiten sogar explizit auf kommunale Pflegeberatungsstellen.

Insofern ist zu begrüßen, dass sich die Pflegekassen zur Sicherstellung ihrer gesetzlichen Beratungspflicht gemäß § 7a Abs. 8 SGB XI-E auch an der Finanzierung und arbeitsteiligen Organisation von Beratungsleistungen anderer Träger beteiligen können. Insbesondere in Landkreisen, in denen bereits funktionierende und gut etablierte Beratungssysteme bestehen, eröffnet dies die Chance auf effiziente Synergien. Diese Strukturen gewährleisten zugleich die notwendige Neutralität und Unabhängigkeit der Beratung. Die Schaffung zusätzlicher, möglicherweise konkurrierender Beratungssysteme durch die Pflegekassen auf lokaler Ebene wird dadurch entbehrlich.

- Zu § 9 S. 3 SGB XI-E, Kommunale Pflegestrukturplanung

Dass die Länder bestimmen können sollen, die Empfehlungen der regionalen Ausschüsse nach § 8a Abs. 3 SGB XI als Bestandteil der kommunalen Pflegestrukturplanung anzusehen, lehnen wir ab. Die Kreispflegeplanung muss vom Landkreis allein verantwortet werden. An den regionalen Ausschüssen dagegen wirken die Pflegekassen und weitere Beteiligte mit. Da die Ausschüsse nur einvernehmliche Empfehlungen abgeben können, kommt es oftmals zu Kompromissen, die der Landkreis in eigenständiger Verantwortung nicht geschlossen hätte. Die Empfehlung des regionalen Ausschusses kann insoweit neben der kommunalen Planung stehen, aber nicht zur Planung der Kommune erklärt werden. Dies erfordert auch das verfassungsrechtliche Gebot der Verantwortungsklarheit.

- Zu § 12 Abs. 2 SGB XI-E, Regionale Versorgungsdaten

Die Pflegekassen sollen künftig die ihnen zur Verfügung stehenden Versorgungsdaten den zuständigen Gebietskörperschaften zur Unterstützung bei der kommunalen Pflegestrukturplanung bereitstellen. Dies ist zu begrüßen und greift eine Forderung des Deutschen Landkreistages auf, dass den für die Planung verantwortlichen Landkreisen auch die Daten zur Verfügung stehen müssen.

Wir bitten allerdings darum, in der Regelung zu ergänzen, dass die Daten zumindest regional, besser noch kleinräumig sein müssen. Nur dann sind sie für die Kreispflegeplanung nutzbar. Denn die Situation in den einzelnen Gemeinden innerhalb eines Landkreises stellt sich erfahrungsgemäß durchaus unterschiedlich dar.

Eine Kostentragung der Landkreise hierfür wird abgelehnt. Es erschließt sich nicht, dass die in § 12 Abs. 2 S. 4 SGB XI-E vorgesehenen Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes und der kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene u. a. die Kostentragung regeln sollen. Die Daten liegen den Kassen ohnehin vor.

- Zu § 40 SGB XI-E, Kompetenzen von Pflegefachpersonen

Pflegefachpersonen sollen künftig mehr heilkundliche Aufgaben übernehmen dürfen, insbesondere im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung. Dies beinhaltet Empfehlungen zu Pflegehilfsmitteln und Hilfsmitteln, die in bestimmten Fällen auch ohne ärztliche Verordnung ausgestellt werden können. Wir begrüßen diese Änderungen, da sie die Kompetenzen der Pflegekräfte stärken, die Ärzteschaft entlasten und so die Versorgung effizienter gestalten können.

- Zu § 45c SGB XI-E, Förderung der Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen und des Ehrenamts

Der Entwurf streicht in Abs. 1 die bisherige Regelung, dass nicht genutzte Fördermittel in das Folgejahr übertragen werden können. Dies schwächt die Gesamtentwicklung niedrigschwelliger Anbieter vor Ort und sollte korrigiert werden.

- Zu § 45e SGB XI-E, Förderung der Zusammenarbeit in regionalen Netzwerken

Neben der Verbesserung der Versorgung und Unterstützung von Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen sowie vergleichbar nahestehenden Pflegepersonen wurde im vorliegenden Entwurf auch die Stärkung der Prävention als weiterer Förderzweck aufgenommen. Dies korrespondiert mit der Änderung in § 5 Abs. 1a SGB XI-E und untersetzt das Ziel im Rahmen der Nationalen Präventionsstrategie, Prävention und Gesundheitsförderung in allen Lebensbereichen zu berücksichtigen. Die Ergänzung ist insoweit richtig und zu begrüßen.

- Zu §§ 45h, 92c SGB XI-E, Gemeinschaftliche Wohnformen

Die vorgesehenen Regelungen über die Leistungsansprüche und gemeinschaftlichen Wohnformen sind grundsätzlich zu begrüßen.

Wenngleich eine neue – der Höhe nach begrenzte – Leistung für die Versicherten geschaffen wird, ist nicht davon auszugehen, dass dieser Zuschuss zu einer nachhaltigen Entlastung der Sozialhilfeträger führt. Vielmehr ist zu erwarten, dass es zu weiteren Kostensteigerungen bei den Anbietern und somit zu einer schleichenden Kostenverlagerung auf die Landkreise kommt. Es bedarf auch im Bereich der ambulanten Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII einheitliche Richtlinien und Vorgaben, welche Pflege- und Betreuungskosten sowohl im häuslichen Umfeld als auch in gemeinschaftlichen Wohnformen als angemessen gelten und durch die Sozialhilfeträger übernommen werden können. Derzeit zeigt sich in diesem Bereich eine nach wie vor unübersichtliche Kostenlandschaft. Die Ausgaben der Leistungserbringer sowie der selbstverantworteten Pflege- und Betreuungsangebote steigen kontinuierlich, während es

mangels verbindlicher Vorgaben kaum Möglichkeiten zur Einflussnahme oder zur Regulierung gibt.

Dies zeigt sich im Bereich der gemeinschaftlichen Wohnformen insbesondere bei den Unterkunft- und Verpflegungskosten. Besonders die Mietkosten für einzelne Zimmer steigen kontinuierlich, ohne dass bislang eine Regelung zu angemessenen Mietpreisen in solchen Wohnformen besteht. In der Praxis werden teils Zimmermieten gefordert, die deutlich über dem Niveau liegen, das Haushalte andernorts für eine gesamte Wohnung zahlen. Dies hat unmittelbare Auswirkungen auf den notwendigen Einkommenseinsatz der Bewohnenden sowie auf die damit verbundenen Aufwendungen im Bereich der Sozialleistungen.

- § 72 Abs. 1a SGB XI-E, Kommunale Pflegestrukturplanung

Der Entwurf sieht vor, dass die kommunale Pflegestrukturplanung von den Pflegekassen vor Abschluss eines Versorgungsvertrages zu beachten ist. Dies greift eine langjährige Forderung des Deutschen Landkreistages auf und ist nachdrücklich zu begrüßen. Es wird eine sinnvolle Verknüpfung zwischen kommunaler Versorgungsplanung, dem Abschluss von Vergütungsvereinbarungen und den Versorgungsverträgen mit den Einrichtungen geschaffen. Inwieweit sich diese Verknüpfung bei vor Ort festgestellter zunehmender Unterversorgung auch auf der operativen Ebene praktikabel umsetzen lässt, bleibt abzuwarten.

- Zu § 73a SGB XI-E, Verfahren zu Beeinträchtigungen bei Versorgungsverträgen

Die Fortführung der im Zuge der COVID 19-Pandemie geschaffenen Anzeigepflicht für Pflegeeinrichtungen bei wesentlichen Beeinträchtigungen bei der Leistungserbringung ist richtig. Allerdings sollte die „wesentliche Beeinträchtigung“ in Absatz 1 konkretisiert werden, um Konflikte mit den Pflegeeinrichtungen auszuschließen.

In der Vergangenheit kam es mancherorts zu Insolvenzen von Pflegeeinrichtungen, die den Heimaufsichtsbehörden lediglich von Angehörigen der Pflegeheimbewohner bekanntgegeben wurden. Dies ließ nur ein verzögertes Handeln der Heimaufsicht zu. Wir bitten daher darum, in § 73a Abs. 1 SGB XI-E zu ergänzen, dass die Anzeige der Pflegeeinrichtung nicht nur an die Pflegekassen, sondern auch an die Heimaufsicht zu richten ist. Andernfalls klafft weiterhin eine Lücke in der Kommunikationskette, welche die Gefahr birgt, dass die Heimaufsicht nur zeitversetzt handeln kann.

- Zu § 82c SGB XI-E, Wirtschaftlichkeit von Personalaufwendungen

Die in § 82c Abs. 5 SGB XI-E vorgesehene Vorverlegung des Veröffentlichungszeitpunktes der regional üblichen Entlohnungsniveaus vom 31.10. auf den 30.9. eines Jahres soll laut Begründung des Entwurfs dazu führen, dass die Pflegeeinrichtungen drei statt bislang zwei Monate Zeit für die Umsetzung erhalten. Damit soll den Pflegeeinrichtungen wie auch den Leistungsträgern für den etwaigen Abschluss angepasster Vergütungs-/Pflegesatzvereinbarungen eine angemessenere Zeitspanne eingeräumt werden. Eine Verlängerung des Verhandlungszeitraums tritt durch diese Änderung jedoch gerade nicht ein. Denn nach wie vor kann die Schiedsstelle angerufen werden, wenn eine Pflegesatzvereinbarung nicht innerhalb von sechs Wochen zustande kommt. Dies wird in der Praxis von den Leistungserbringerverbänden so ausgelegt, dass die Aufforderung zur Verhandlung auch erst sechs Wochen vor Beginn des beabsichtigten Laufzeitraums der Vereinbarung erfolgt. Damit blieben weiterhin nur sechs Wochen Zeit für die Vergütungs-/Pflegesatzverhandlungen, trotz der Vorverlegung des Veröffentlichungszeitpunktes.

Wir bitten daher darum, in § 85 Abs. 5 S. 1 SGB XI eine Drei-Monats-Frist vorzusehen, wie es in der Eingliederungshilfe in § 126 Abs. 2 S. 1 SGB IX bereits der Fall ist.

- Zu § 86a SGB XI-E, Verfahrensleitlinien für die Vergütungsverhandlungen und -vereinbarungen

Die Entwicklung von bundesweit geltenden Verfahrensleitlinien für die Vergütungsverhandlungen kann zu einer weniger streitbefangenen Verhandlungskultur im SGB XI führen. Allerdings muss sichergestellt sein, dass die bundesweiten Leitlinien mit den in den Bundesländern von den Selbstverwaltungspartnern herausgegebenen Empfehlungen und Handlungsleitlinien kompatibel sind. Die Selbstverwaltung der Verhandlungspartner in den einzelnen Bundesländern mit bestehenden länderspezifischen Empfehlungen darf nicht ausgehebelt werden.

Zugleich fällt in Absatz 1 auf, dass Pflichten einseitig zu Lasten der Leistungsträger ausformuliert werden. Es entsteht der Eindruck, als wären diese einer der Hauptverzögerungsgründe in Vergütungsverhandlungen. Dem ist aber nicht so. Viele Verfahren verzögern sich hauptsächlich deshalb, weil die Leistungserbringer nicht vollständig und nicht nachvollziehbar erläutert zu Verhandlungen auffordern. Bürokratieabbau lässt sich insbesondere auch durch Transparenz und Klarheit erreichen. Hierzu ist es erforderlich, dass den Leistungserbringern bekannt ist, welche Unterlagen grundsätzlich erforderlich sind und dass die Forderungen grundsätzlich nachvollziehbar zu erläutern sind. Allein dadurch könnten Bearbeitungszeiten deutlich reduziert werden. Auch hierzu sollte die Norm Ausführungen aufnehmen.

- Zu § 113b Abs. 3 SGB XI-E, Erweiterter Qualitätsausschuss Pflege

Das vorgesehene Initiativrecht für den Vorsitzenden des erweiterten Qualitätsausschusses, diesen mit Themen zu befassen, die über den gesetzlichen Auftrag hinausgehen, und die Vorgabe, dass der erweiterte Qualitätsausschuss dann hierzu verbindliche Entscheidungen trifft, lehnen wir ab. Der Qualitätsausschuss und der erweiterte Qualitätsausschuss bilden das System der Pflegeselbstverwaltung ab. Dass abweichend davon der unparteiische Vorsitzende, dessen Stimme bei Stimmengleichheit der Bänke maßgeblich ist, ein herausgehobenes Selbstbefassungsrecht und damit auch ein Selbstentscheidungsrecht erhält, läuft dem zuwider.

Zudem ist der erweiterte Qualitätsausschuss, also die vormalige Schiedsstelle, als Konfliktlösungsmechanismus konzipiert, der bislang erfreulich wenig zum Einsatz kommen musste. Den erweiterten Qualitätsausschuss nun losgelöst von Konflikten mit neuen Aufgaben zu befassen, führt zu überflüssigen Parallel- und Doppelstrukturen zum Qualitätsausschuss.

Zu Artikel 3, Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Parallel zu der in § 40 SGB XI-E vorgesehenen Stärkung der Kompetenzen von Pflegefachpersonen begrüßen wir die im SGB V-E vorgesehenen Änderungen, die die Fachkompetenz und die Befugnisse von Pflegefachpersonen erweitern.

Mit freundlichen Grüßen

In Vertretung



Dr. Vorholz



Stellungnahme

des Verbandes der Ersatzkassen e. V. (vdek)

zum

Kabinettsentwurf eines Gesetzes zur Befugniserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege

Stand: 02.10.2025

Inhaltsverzeichnis

1. Allgemeiner Teil	3
2. Kommentierung des Gesetzes	6
• Zu Artikel 1 Nummer 2 a) – d) § 5 SGB XI.....	6
• Zu Artikel 1 Nummer 6 b) § 8 SGB XI	8
• Zu Artikel 1 Nummer 7 § 8a Absatz 5 SGB XI.....	9
• Zu Artikel 1 Nummer 11 § 12 SGB XI	10
• Zu Artikel 1 Nummer 16 § 18c Absatz 5 SGB XI	12
• Zu Artikel 1 Nummer 22 § 37 Absatz 3 und 3c SGB XI	14
• Zu Artikel 1 Nummer 35 §§ 45d und e SGB XI	16
• Zu Artikel 1 Nummer 43 § 73a SGB XI	18
• Zu Artikel 1 Nummer 45 § 75 Absatz 1 SGB XI.....	19
• Zu Artikel 1 Nummer 55 § 92c SGB XI	20
• Zu Artikel 1 Nummer 65 § 114 SGB XI	23
• Zu Artikel 1 Nummer 69 § 117 Absatz 1 SGB XI.....	25
• Zu Artikel 1 Nummer 72 § 122 SGB XI	26
• Zu Artikel 1 Nummer 75 § 125d SGB XI	28
• Zu Artikel 1 Nummer 78 § 154 SGB XI	29
• Zu Artikel 3 Nummer 7 § 39 SGB V	30
• Zu Artikel 3 Nummer 14 § 65d Absatz 1 SGB V	31
• Zu Artikel 3 Nummer 16 § 73d SGB V	32
• Zu Artikel 3 Nummer 20 § 105 Absatz 1a SGB V.....	33
• Zu Artikel 3 Nummer 35 § 342 SGB V	34
• Zu Artikel 3 Nummer 39 § 360 Absatz 10 SGB V	35
3. Ergänzender Änderungsbedarf	37
• § 18a Absatz 3 SGB XI	37
• § 42b SGB XI; § 40 Absatz 3a SGB V	38
• Artikel 4 (Änderung des Pflegeberufgesetzes - PflBG)	39
• §§ 279 und 282 SGB V (Neuregelung Mandatsbegrenzung)	40

1. Allgemeiner Teil

Zentrales Anliegen des Gesetzesentwurfs ist es, die Attraktivität des Pflegeberufs zu steigern und die Rolle der Pflegefachpersonen zu stärken. Sie sollen künftig – je nach vorhandener Qualifikation – bestimmte Leistungen eigenverantwortlich in der Versorgung erbringen können, die bisher Ärzt:innen vorbehalten waren. Ziel ist es, die Versorgung zu verbessern, zum Beispiel beim Management chronischer Erkrankungen und im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung. Außerdem sollen die pflegerischen Versorgungsstrukturen insgesamt optimiert, Effizienzpotenziale gehoben und die Entbürokratisierung vorangetrieben werden. Vorgesehen ist auch, die Kommunen in ihrer Rolle und Verantwortung für eine bedarfsgerechte und regional abgestimmte Versorgung pflegebedürftiger Menschen zu stärken.

Der vdek begrüßt, dass das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) dieses wichtige Vorhaben in der neuen Legislaturperiode schnell wieder aufgenommen hat. Damit wird die Fachkunde der Mitarbeitenden im Pflegeberuf besser genutzt. Eine optimierte Aufgabenverteilung zwischen Pflegekräften und Ärzt:innen ist hilfreich für einen möglichst effizienten Einsatz des knappen Personals im Gesundheitswesen. Wir begrüßen ausdrücklich, dass dafür differenzierte Leistungskataloge in Abhängigkeit vom Qualifikationsniveau der Pflegefachpersonen erstellt werden sollen. Darin muss konkret festgelegt werden, welche ärztlichen Leistungen Pflegefachpersonen eigenverantwortlich erbringen dürfen, welche Leistungen der häuslichen Krankenpflege (HKP) sie verordnen können und wie die Zusammenarbeit mit Ärzt:innen ausgestaltet wird. Jedoch bleibt die geplante Regelung hinter dem Anspruch der eigenverantwortlichen Tätigkeit von Pflegefachpersonen zurück. Weiterhin sollen Ärzt:innen darüber entscheiden, ob Pflegefachpersonen bestimmte Leistungen übernehmen dürfen. Stattdessen sollte klar geregelt werden, dass Pflegefachpersonen im Rahmen ihrer gesetzlich definierten Kompetenzen eigenständig und regelhaft tätig werden können, um die angestrebte Entlastung im Versorgungsprozess sowie eine zeitnahe Versorgung der Patient:innen zu gewährleisten. Ungeklärt bleibt zudem die Haftungsfrage – ein zentraler Aspekt, der für die Sicherheit der beteiligten Berufsgruppen sowie der Patient:innen essenziell ist.

Die im Gesetz postulierten Kosteneinsparungen durch die Umsetzung der neuen Regelungen sind aus Sicht des vdek nicht nachvollziehbar. Mit dem Prinzip Hoffnung wird die soziale Pflegeversicherung (SPV) jedoch nicht zukunftsfest. Es braucht schnellstmöglich Maßnahmen zur nachhaltigen finanziellen Stabilisierung der SPV, die der Kabinettsentwurf vermissen lässt.

Das Ziel, den Zugang von Pflegebedürftigen zu Leistungen der Prävention und Gesundheitsförderung und somit deren gesundheitliche Ressourcen zu stärken, wird grundsätzlich positiv bewertet. Nicht nachvollziehbar ist allerdings, dass die Finanzierung über Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) erfolgen soll. Der Zugang zu verhaltensbezogenen Präventionsleistungen sollte über die SPV (§ 5 SGB XI) geregelt und finanziert werden und dementsprechend

mit dem Leitfaden Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen verknüpft werden.

Positiv wertet der vdek, dass die Frequenz für die Beratungsbesuche für Pflegebedürftige mit Pflegegrad 4 und 5 auf einen halbjährlichen Turnus reduziert wird. Allerdings sollte auch die Frequenz für die Beratungsbesuche der Pflegegrade 2 und 3 von einem halbjährlichen auf einen jährlichen Turnus reduziert werden. Das Nachweisformular für die Beratungsbesuche soll zukünftig elektronisch per Datenaustausch übermittelt werden. Mit dieser Neuregelung wird eine Empfehlung des vdek im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zum Referentenentwurf 2024 aufgegriffen.

Mit den sogenannten gemeinschaftlichen Wohnformen (GeWos) wird ein neuer Versorgungsbereich in der SPV eingeführt und in diesem Zuge sowohl eine neue Leistung als auch eine neue Angebotsform geschaffen. Dies soll den Pflegebedürftigen ermöglichen, länger in der Häuslichkeit zu verbleiben. Neue innovative Versorgungsansätze begrüßt der vdek grundsätzlich. Die geplante Flexibilisierung führt jedoch zu einem sehr komplexen Vertragsgeschäft, was weder den Bedürfnissen der Pflegebedürftigen noch denen der Kranken- und Pflegekassen gerecht wird und erhebliche Herausforderungen in der praktischen Umsetzung mit sich bringt. Der vdek sieht daher umfassenden Nachbesserungsbedarf bei diesem Vorhaben. Änderungen sind auch deshalb notwendig, weil die aufwendigen Vertragsregularien sowohl Pflegebedürftige als auch Träger von Pflegeeinrichtungen abschrecken dürften. Es ist zu befürchten, dass es deshalb in der Praxis nur zu wenigen Vertragsabschlüssen kommen wird. Aus Sicht des vdek wäre stattdessen eine niedrigschwellige Umsetzung zu bevorzugen: Die Anforderungen an GeWos sollten in den Landesrahmenverträgen nach § 75 SGB XI differenziert nach bestimmten Versorgungsschwerpunkten (z. B. Demenz-Wohngemeinschaften) festgelegt und die in den Ländern bestehenden ambulanten Vergütungssystematiken um Pauschalen für die Versorgung in diesen GeWos ergänzt werden.

Zur Evaluation der Neuregelungen sieht der Kabinettsentwurf umfangreiche und für die Pflegekassen aufwendige Dokumentationspflichten und Datenlieferungen vor. Hier wird ein äußerst verwaltungsaufwendiges Verfahren vorgeschrieben, das in keinem Verhältnis zum erwarteten Nutzen steht und dem von der Bundesregierung verfolgten Ziel bürokratiearmer Regelungen widerspricht. Auch bei den Pflegekassen und deren Verbänden müssen sachliche und personelle Ressourcen zielgerichtet eingesetzt werden - überbordende Berichtspflichten laufen diesem Anspruch klar entgegen.

Die geplanten Regelungen zur Optimierung der Vertrags- und Vergütungsverhandlungen werden ausdrücklich begrüßt. Vorschläge der Ersatzkassen werden hier aufgegriffen. Das Pflegesatzverfahren ist durch gesetzliche Vorgaben wie die Tariftreue-Regelungen immer aufwendiger und komplexer geworden. Daher ist es zielführend, dass es der Pflegeselbstverwaltung überlassen wird, weitere Rahmenvorgaben auf Bundesebene zu entwickeln, mit denen die Verhandlungen bürokratieärmer stattfinden und die Vergütungsabschlüsse für die

Pflegeeinrichtungen zügiger erfolgen können. Allerdings sollten die Vereinbarungspartner im Verfahren nicht mit einrichtungsindividuellen Maßgaben eingeschränkt werden.

Im Sinne einer zielgerichteten kommunalen Pflegeplanung ist es grundsätzlich sinnvoll, dass die Pflegekassen die bei ihnen vorliegenden und dafür nutzbaren Daten den Kommunen zur Verfügung stellen. Hierfür ist aber zwingend ein bundesweites, durch den GKV-Spitzenverband (GKV-SV) und die Kommunalen Spitzenverbände abgestimmtes elektronisches Datenbereitstellungsverfahren zu implementieren. Es ist im digitalen Zeitalter nicht mehr zeitgemäß, wenn Pflegekassen ihre Daten nach den jeweils individuellen Anforderungen der Bundesländer, Kreise oder Kommunen auswerten und die jeweiligen Ergebnisse zur Verfügung stellen sollen. Dies führt nicht nur zu einem unnötig hohen Verwaltungsaufwand, sondern verhindert auch, dass valide und vergleichbare Ergebnisse zustande kommen.

Die Neuentwicklung einer Daten- und Kommunikationsplattform durch den GKV-SV, mit der u. a. Qualitätsprüfungen durch die Landesverbände der Pflegekassen elektronisch beauftragt werden sollen, hält der vdek für nicht erforderlich. Es werden bereits digitale Verfahren durch die Verbände der Pflegekassen entwickelt und in der Fläche implementiert. Zwar wurde hier im Vergleich zum Referentenentwurf 2024 nachgebessert und es kann auf bereits vorhandene digitale Strukturen zurückgegriffen werden. Der vdek bleibt aber bei seiner Einschätzung, dass diese neue Plattform mit erheblichen Aufwänden einhergeht und es sich letztlich um eine Doppelstruktur handelt. Schließlich liegen bei der seit Jahren etablierten DatenClearingStelle (DCS) Pflege die entsprechenden Daten bundesweit vor und können für die angedachten Auswertungen genutzt werden. Hier sind auch Auswertungen zu den abgeschlossenen Qualitätsprüfungen und den registrierten Pflegeeinrichtungen jederzeit abrufbar. Kritisch ist ebenfalls die enthaltene Festlegung, dass die Prüfaufträge ab dem 01.01.2027 digital über die Plattform erteilt werden sollen. Diese Frist scheint angesichts des bisherigen Entwicklungsstandes, der föderalen Abstimmungsbedarfe und der notwendigen technischen sowie organisatorischen Voraussetzungen unrealistisch. Eine fristgerechte, flächendeckende Umsetzung ist vor dem Hintergrund der bestehenden heterogenen Praxis in den Bundesländern nicht absehbar.

2. Kommentierung des Gesetzes

Zu Artikel 1 Nummer 2 a) – d)

§ 5 SGB XI

Beabsichtigte Neuregelung

Durch die Änderungen soll den pflegebedürftigen Personen in der häuslichen Versorgung ein früherer Zugang zu Leistungen der Prävention ermöglicht werden. Die Pflegekassen sollen hierzu unter Beteiligung der pflegebedürftigen Personen oder unter Beteiligung ambulanter Pflegeeinrichtungen Vorschläge zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation und zur Stärkung gesundheitlicher Ressourcen entwickeln und deren Umsetzung unterstützen. Neben einer Bedarfserhebung und der fachlichen Beratung über Präventionsleistungen ist auch eine Empfehlung zur verhaltensbezogenen Prävention durch die Pflegefachperson vorgesehen. Die Empfehlung kann im Rahmen einer Pflegeberatung nach § 7a oder 7c SGB XI, bei der Erbringung häuslicher Pflegeleistungen nach § 36 SGB XI oder bei einem Beratungsbesuch nach § 37 Absatz 3 SGB XI sowie durch qualifizierte Pflegeberater:innen und gemäß § 7a Absatz 3 Satz 2 SGB XI gegeben werden. Die Empfehlung soll dabei frühestmöglich nach der Feststellung der Pflegebedürftigkeit, aber auch bei bereits bestehender Pflegebedürftigkeit erfolgen. Der GKV-SV legt Kriterien für die Umsetzung fest.

Bewertung

Der vdek begrüßt das Ziel, den Zugang zu Präventionsleistungen zu erleichtern und damit die gesundheitlichen Ressourcen der Pflegebedürftigen zu stärken. Dies kann dazu beitragen, den Verlauf einer zunehmenden Pflegebedürftigkeit zu vermeiden oder zumindest aufzuschieben, wodurch auch höhere Pflegegrade oder der Übergang in eine stationäre Versorgung vermieden bzw. aufgeschoben wird. Anzumerken ist, dass das Thema „Prävention und Gesundheitsförderung“ in der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI bereits verankert ist. Um die Präventionsempfehlung im Rahmen der Leistungserbringung der § 36 SGB XI, der Beratungsbesuche nach § 37 Absatz 3 SGB XI sowie die Pflegeberatung nach § 7a Absatz 3 Satz 2 SGB XI zu verorten, müssen aber unbedingt auch die Kompetenzen der Pflegefachpersonen hinsichtlich geeigneter Präventionsmaßnahmen (weiter-)entwickelt werden. Aus unserer Sicht nicht nachvollziehbar ist hingegen die angedachte Finanzierung über die Leistungen der GKV gemäß § 20 Absatz 5 SGB V. Der Zugang zu den verhaltensbezogenen Präventionsleistungen muss hier über den § 5 SGB XI geregelt, finanziert und mit dem dortigen Leitfaden Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen verknüpft werden. Für die Leistungsbündelung in § 5 SGB XI spricht auch, dass für die adressierte Zielgruppe bei bestehender Pflegebedürftigkeit nicht alle Kursmaßnahmen nach § 20 Absatz 5 SGB V geeignet sein werden.

Änderungsvorschlag

Der Verweis in § 5 Absatz 1a SGB XI auf die Leistungen nach § 20 Absatz 4 Nummer 1 SGB V ist zu streichen. Die Leistungen sind aus dem bereits für den

gesetzlich für die Pflegekassen geregelten Mindestausgabewert nach § 5 Absatz 2 SGB XI zu finanzieren.

Beabsichtigte Neuregelung

Bisher liegen keine Übersichten zu möglichen qualifikationsbezogenen Tätigkeitsbereichen von Pflegefachpersonen vor. Daher soll die Änderung dazu führen, dass solche Übersichten im Rahmen eines vom GKV-SV geförderten Modellvorhabens im Einvernehmen mit dem BMG inhaltlich entwickelt werden. Die veranschlagten Kosten von zehn Millionen Euro sollen jeweils hälftig von der SPV und der GKV übernommen werden.

Bewertung

Die Erstellung einer Übersicht wird begrüßt, da diese die Grundlage für die Umsetzung der Kompetenzerweiterung in allen Bereichen und Settings darstellt. Es ist sinnvoll, hier wissenschaftliche und pflegefachliche Expertise einzubinden. Warum diese wissenschaftliche Aufgabe allerdings allein durch die Beitragszahlenden finanziert werden soll, ist nicht nachvollziehbar. Die Kosten sind durch das BMG zu tragen.

Änderungsvorschlag

Das BMG trägt die Gesamtkosten des wissenschaftlichen Auftrags.

Zu Artikel 1 Nummer 7
§ 8a Absatz 5 SGB XI

Beabsichtigte Neuregelung

Die Verbindlichkeit der Empfehlungen der Ausschüsse nach § 8a Absatz 1 bis 3 SGB XI wird erhöht. Der neue Absatz 5 sieht vor, dass vor Abschluss eines Versorgungsvertrags die Empfehlungen der Ausschüsse nach § 8a Absatz 1 bis 3 SGB XI ebenso wie Empfehlungen und Zielsetzungen, wie die im Rahmen landesrechtlicher Vorgaben durchgeführten kommunalen Pflegestrukturplanungen, zu beachten sind.

Bewertung

Die Verbindlichkeit zusammen mit der Neufassung von § 72 SGB XI führt insbesondere in Bezug zu Empfehlungen nach § 8a Absatz 3 SGB XI zu erheblichen rechtlichen Problemen. Bezüglich des geltenden Kontrahierungszwangs bei Zulassung ist diese Verbindlichkeit gar nicht umzusetzen.

Änderungsvorschlag

Streichen der Regelung.

Beabsichtigte Neuregelung

Aus einer SOLL-Vorschrift, die in der Vergangenheit kaum umgesetzt wurde und aus fachlicher Sicht nicht als notwendig erachtet wird, wird eine MUSS-Vorschrift zur Gründung von regionalen Arbeitsgemeinschaften.

Die Regelung wird um die regelmäßige Bereitstellung der Daten an die zuständigen Gebietskörperschaften und die Bereitstellung von Daten nach § 73a SGB XI - Beeinträchtigung bei Versorgungsverträgen - des Gesetzentwurfs erweitert.

Bewertung

Verpflichtende regionale Arbeitsgemeinschaften machen wenig Sinn und führen lediglich zu zusätzlicher Bürokratie. In den Ländern gibt es solche Arbeitsgemeinschaften zum Teil zumindest faktisch. In Bayern wird gerade – unabhängig von dem jetzigen Entwurf des Pflegekompetenzgesetzes (PKG) – die Bildung einer solchen Arbeitsgemeinschaft diskutiert. Arbeitsgemeinschaften auf Landesebene können gerade im Hinblick auf die arbeitsteilige Wahrnehmung von Aufgaben durchaus Sinn ergeben (z. B. Durchführung der Qualitätsprüfungen). Die Vorschrift ist dann allerdings unzureichend formuliert. Zum einen müssten die Landesverbände der Pflegekassen und die Ersatzkassen einbezogen werden. Zum anderen sollte dann eine eindeutige Befugnis zum Erlass von Verwaltungsakten durch die Arbeitsgemeinschaften geregelt werden.

Die regelmäßige Bereitstellung der Daten an die Gebietskörperschaften ist möglich, erzeugt bei den Pflegekassen im geringen Maß zusätzliche Aufwände.

Ergänzend zu der Entwicklung der „Empfehlungen zu Umfang und Struktur der Daten, zu geeigneten Indikatoren, zum Turnus der Evaluationen, zur Kostentragung und zur Datenaufbereitung“ wäre eine Bereitstellung der Daten über eine zentrale Datenplattform, z. B. unter Federführung des GKV-SV, an die die Pflegekassen die Daten liefern und die Gebietskörperschaften diese dort abrufen können, zielführend. Hier wäre eine Berichtspflicht zur Inanspruchnahme des Datenabrufs durch die Gebietskörperschaften sinnvoll.

Die Datenbereitstellung wird um die nach § 73a SGB XI - Beeinträchtigung bei Versorgungsverträgen - zu erfassenden Daten ergänzt. Die Bereitstellung der Daten wird abgelehnt, da sie für eine Pflegestrukturplanung wenig hilfreich sind. Die Daten zeigen in der Regel eine Momentaufnahme der Beeinträchtigung einer Pflegeeinrichtung, die verschiedenste Ursachen haben können, die für eine mittel- bis langfristige Pflegestrukturplanung wenig aussagekräftig sind.

Änderungsvorschlag

Die bisher bestehende Soll-Regelung sollte beibehalten werden.

Aufbau einer zentralen Datenplattform verbunden mit einer Berichtspflicht zur Inanspruchnahme. Ersatzlose Streichung der in § 12 Absatz 2 XI eingefügten Ausführungen: „regelmäßig den zuständigen Gebietskörperschaften zur Unterstützung bei ihren Aufgaben nach § 9 bereit. Dabei sind auch relevante nicht personenbezogene Daten der Krankenkassen sowie die Informationen nach § 73a Absatz 2“. Streichung in § 12 Absatz 2 SGB XI – aus den Inhalten der Bundesempfehlung des GKV-SV – „zum Turnus der Evaluation“ - da die Evaluation mit dem Kabinettsentwurf nicht mehr vorgesehen ist.

Beabsichtigte Neuregelung

Zu Buchstabe a)

Nach § 18a Absatz 5 SGB XI hat eine Begutachtung spätestens am fünften Arbeitstag nach Eingang des Antrags bei der zuständigen Pflegekasse zu erfolgen. Die beabsichtigte Neuregelung sieht für diese Fälle vor, dass bei einer rechtlich zulässigen Übermittlung des Bescheids der Pflegekassen an das Krankenhaus, die stationäre Rehabilitationseinrichtung oder das stationäre Hospiz diese unverzüglich in einer elektronisch gesicherten Form erfolgen soll.

Zu Buchstabe b)

Zu Doppelbuchstabe aa)

Die vorgesehene Neuregelung des § 18c Absatz 5 Satz 1 SGB XI sieht vor, dass die Pflegekasse nach Ablauf der Begutachtungsfrist von 25 Arbeitstagen oder nach Ablauf der verkürzten Begutachtungsfristen spätestens im Zeitraum von 15 Arbeitstagen eine pauschale Zusatzzahlung von 70 Euro wöchentlich für jede begonnene Woche der Fristüberschreitung an die antragstellende Person zu zahlen hat. Danach hat die Zahlung für jede weitere begonnene Woche der Fristüberschreitung unverzüglich zu erfolgen.

Bewertung

Zu Buchstabe a)

Die Gesetzesintention der möglichst zeitnahen und aufwandsarmen Übermittlung der für die Weiterversorgung wichtigen Informationen an die genannten Einrichtungen wird grundsätzlich begrüßt. Allerdings bestehen föderal bedingt unterschiedliche Regelungen zum länderrechtlichen Überleitungsverfahren. Den Pflegekassen liegt nicht vor, ob eine Bescheidübermittlung in den einzelnen Fällen zulässig ist. Zudem lässt die Neuregelung offen, wie die Umsetzung der Übermittlung in elektronisch gesicherter Form erfolgen soll. Dies erfordert eine technische Anbindung aller Leistungserbringer. Wie aufwandsarm dies insbesondere für kleine Einrichtungen realisiert werden kann, ist fraglich. Die Regelung widerspricht der Intention des Gesetzes die Pflege zu entbürokratisieren, hier werden die Verwaltungsaufwände erhöht - der Nutzen steht in keinem Verhältnis zum Aufwand.

Zu Buchstabe b)

Zu Doppelbuchstabe aa)

Die Regelung zur Zahlung von zehn Euro für jeden Tag der Verzögerung nach Ablauf der Begutachtungsfrist von der Pflegekasse an die antragstellende Person wurde mit dem Gesetz zur Neuausrichtung der Pflegeversicherung (Pflege-Neuausrichtung-Gesetz) vom 29.06.2012 neu eingeführt. Die Aufnahme in das Gemeinsame Rundschreiben zu den leistungsrechtlichen Vorschriften des SGB XI vom GKV-SV erfolgte unmittelbar nach dem Inkrafttreten des Gesetzes. Das im Gemeinsamen Rundschreiben beschriebene Verfahren zur Auszahlung

der pauschalen Zusatzzahlung unverzüglich nach Bescheiderteilung ist über eine Dekade bis zur Neustrukturierung der § 18ff. SGB XI in Folge des Gesetzes zur Unterstützung und Entlastung in der Pflege (Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz – PUEG) unbeanstandet geblieben.

In der Begründung des Entwurfs eines Gesetzes zur Befugniserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege vom 06.08.2025 möchte der Gesetzgeber den Pflegekassen entgegenkommen. Ausgangspunkt ist allerdings die Annahme, dass die Intention des historischen Gesetzgebers der wöchentlichen Auszahlung der pauschalen Zusatzzahlung entsprach und nicht dem über mehr als zehn Jahre unbeanstandet gebliebenen Verfahren der unverzüglichen Auszahlung nach Bescheiderteilung. Vor dem Hintergrund trägt die beabsichtigte Neuregelung des § 18c Absatz 5 Satz 1 SGB XI zu einer Verschärfung der administrativen und ökonomischen Aufwände der Pflegekassen und zu einer Erhöhung von Bürokratie bei. Letzteres steht entgegen der Gesetzesintention zur Entbürokratisierung in der Pflege.

Die beabsichtige Einführung einer zeitlichen Frist von 15 Arbeitstagen nach Fristablauf erfordert in jedem Begutachtungsfall Sachstandsfragen gegenüber der Medizinischen Dienste (MD) zum Verschulden der Verfristung, da die Pflegekassen keine Gewissheit haben, dass eine Bescheiderteilung innerhalb von 15 Tage nach Fristablauf möglich ist, wenngleich die Mehrheit der Fristüberschreitungen unter 15 Arbeitstagen liegt. Dieses Vorgehen würde zu einem nicht wirtschaftlichen und unangemessenem Verwaltungsaufwand der Pflegekassen führen, da die Verzögerungsgründe der Pflegekasse in der Regel erst bei Kenntnis des Pflegegutachtens bekannt sind.

Der Auszahlungszeitpunkt mildert nicht den Sanktionscharakter für die Pflegekassen, der bei dieser Regelung im Vordergrund steht. Nach Auffassung des Bundesverfassungsgerichts ist die familiäre, nachbarschaftliche oder ehrenamtliche Pflege grundsätzlich unentgeltlich zu leisten. Darüber hinaus stellen die Leistungserbringer nach Kenntnis der Pflegekassen ihre Rechnung in der Regel bis zum Abschluss des Verwaltungsverfahrens zurück. Insoweit entstehen keine laufenden „Vorabkosten“, die durch eine Pauschale von wöchentlich 70 Euro ausgeglichen werden müssten.

Änderungsvorschlag

Zu Buchstabe a)

§ 18c Absatz 1 Satz 3 SGB XI wird gestrichen.

Zu Buchstabe b)

Zu Doppelbuchstabe aa)

In § 18c Absatz 5 Satz 1 SGB XI wird das Wort „unverzüglich“ gestrichen.

Nach Satz 1 des § 18 Absatz 5 SGB XI wird der folgende Satz eingefügt: „Die Auszahlung des Gesamtbetrags hat unverzüglich nach Abschluss des Verwaltungsverfahrens zu erfolgen.“

Beabsichtigte Neuregelung

Zu Buchstabe b)

Mit der Änderung werden die Intervalle für die Beratung nach § 37 Absatz 3 Satz 1 SGB XI ausgeweitet. Pflegebedürftige Personen mit den Pflegegraden 4 und 5 müssen künftig nur noch halbjährlich – statt wie bisher vierteljährlich – eine Beratung in der eigenen Häuslichkeit in Anspruch nehmen. Unabhängig davon bleibt es ihnen möglich, bei Bedarf auch weiterhin vierteljährlich eine Beratung zu erhalten.

Zu Buchstabe e)

Die beabsichtigte Neuregelung umfasst eine gesetzliche Klarstellung, dass die Vergütung für die Beratung nach Absatz 3 auch die betriebsnotwendigen Investitionskosten umfasst.

Bewertung

Zu Buchstabe b)

Bei Pflegegeldempfänger:innen dient die regelmäßige Beteiligung professioneller Pflegekräfte im Rahmen eines Beratungseinsatzes der Entlastung der pflegenden Familienangehörigen und sichert die Qualität der häuslichen Pflege. Defizite in der häuslichen Pflege können entdeckt und ihnen entgegengewirkt werden. Zurzeit sieht die gesetzliche Regelung nach § 37 Absatz 3 XI für die Pflegegrade 2 und 3 einen Beratungseinsatz einmal halbjährlich und bei den Pflegegraden 4 und 5 einmal vierteljährlich vor.

Zu Beginn der Corona-Pandemie wurde die Pflicht zum Abruf einer Beratung ausgesetzt. Vom 01.10.2020 bis zum 31.03.2022 konnte die Beratung telefonisch, digital oder per Videokonferenz erfolgen. Die praktischen Erfahrungen nach dem Wiederanlaufen der Vor-Ort-Beratung zeigten, dass sich sowohl die vorübergehende Aussetzung der Beratung als auch die nicht aufsuchende Beratung nicht signifikant negativ auf die Pflegesettings ausgewirkt haben. Daher sollten die Intervalle zum Beratungseinsatzabruf bei Pflegerad 2 und 3 von halbjährlich auf jährlich und bei Pflegegrad 4 und 5 wie vorgesehen von vierteljährlich auf halbjährlich verlängert werden.

Dadurch würde der Aufwand für alle Beteiligten deutlich reduziert werden und das Ziel des Beratungseinsatzes, die Pflegebedürftigen und Pflegepersonen in der täglichen Pflege zu unterstützen und konkrete Maßnahmen abzuleiten grundsätzlich nicht gefährdet. Hinzu kommt, dass sich durch eine Verlängerung der Beratungsintervalle der personelle Aufwand insbesondere bei den ambulanten Pflegeeinrichtungen reduzieren würde. In Anbetracht des hinlänglich bekannten Pflegekräftemangels würde so mehr Zeit für die Pflege im häuslichen Umfeld zur Verfügung stehen.

Zu Buchstabe e)

Nach Ansicht des vdek entspricht die beabsichtigte Neuregelung nicht der geltenden Rechtslage. Die Beratungsbesuche nach § 37 Absatz 3 SGB XI sind als reguläre Pflegeleistung zu behandeln. Besonders relevant sind die Regelungen in § 82 Absatz 1 und 2 SGB XI, die klarstellen, dass notwendige Investitionskosten nicht in die Pflegevergütung einfließen dürfen. Es ist nicht sachgerecht, dass die Pflegekasse diese Kosten nun tragen soll.

Änderungsvorschlag

Zu Buchstabe b)

§ 37 Absatz 3 Satz 1 SGB XI wird durch folgenden Satz ersetzt:

„Pflegebedürftige, die Pflegegeld nach Absatz 1 beziehen, haben in folgenden Intervallen eine Beratung in der eigenen Häuslichkeit abzurufen:

1. bei den Pflegegraden 2 und 3 jährlich einmal,
2. bei den Pflegegraden 4 und 5 halbjährlich einmal.“

Zu Buchstabe e)

In § 37 Absatz 3c Satz 1 SGB XI sind die Wörter „einschließlich damit verbundener betriebsnotwendiger Investitionsaufwendungen“ zu streichen.

Beabsichtigte Neuregelung

Zu § 45d

Die jährlichen Fördermittel werden von 0,15 Euro auf 0,21 Euro je Versicherten für den Aus- und Aufbau von Selbsthilfegruppen, -organisationen und –kontaktstellen erhöht. Davon sollen 0,05 Euro für Gründungszuschüsse sowie zur Unterstützung von bundesweiten Tätigkeiten und Strukturen zur Verfügung gestellt werden.

Mit der Gesetzesänderung wird somit die bisher separierte Förderung der „Bezuschussung von Gruppengründungen (Pauschalförderung)“ mit der „Förderung von bundesweiten Tätigkeiten und Strukturen (Projektförderung)“ zusammengelegt.

Zu § 45e

Mit der Regelung (Förderung der Zusammenarbeit in regionalen Netzwerken) wird neu eingefügt, dass zur Verbesserung der Versorgung und Unterstützung von Pflegebedürftigen und deren Angehörigen sowie vergleichbar nahestehenden Pflegepersonen und zur Stärkung der Prävention nach § 5 SGB XI aus den Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung je Kalenderjahr 20 Millionen Euro bereitgestellt werden, um die strukturierte Zusammenarbeit in regionalen Netzwerken nach Absatz 2 zu fördern.

Bewertung

Zu § 45d:

Die Zusammenlegung der beiden Fördertatbestände wird ausdrücklich begrüßt. Die bisher aus Überlaufmitteln finanzierte Unterstützung von bundesweiten Tätigkeiten (Projektförderung) erhält somit gleichermaßen Zugang zu den Fördermitteln und wird damit in geeigneter Weise aufgewertet.

Die vorgesehene Erhöhung der Fördermittel von 0,15 Euro auf 0,21 Euro je Versicherten wird hingegen strikt abgelehnt. Jährlich werden Fördermittel in Millionenhöhe nicht verausgabt und in die Folgejahre transferiert. Die Steigerung ist somit auch mit Blick auf die Finanzlage der sozialen Pflegeversicherung nicht nachvollziehbar.

Zu § 45e

Es ist nicht erkenntlich, wie die Stärkung der Prävention nach § 5 SGB XI in die Netzwerkstruktur eingebracht werden soll.

Änderungsvorschlag

Zu § 45d

Die Höhe der Fördermittel ist anzupassen: je Kalenderjahr sollen weiterhin Fördermittel von 0,15 Euro je Versicherten zur Verfügung gestellt werden. Davon sollen 0,02 Euro für die Gründungszuschüsse sowie auf bundesweite Tätigkeiten und Strukturen entfallen.

Zu § 45e

Da der § 5 SGB XI auch die Prävention in teil- und vollstationären Pflegeeinrichtungen beinhaltet, ist hier eine Eingrenzung auf den neuen § 5 Absatz 1a SGB XI erforderlich.

Beabsichtigte Neuregelung

Es wird geregelt, dass ein Träger eine absehbare wesentliche Beeinträchtigung der Leistungserbringung umgehend einer Vertragspartei auf Seiten der Pflegekassen anzuzeigen hat. In diesem Zuge sind auch die Pflegebedürftigen zu informieren. Im Falle entsprechender Anzeigen sind durch die Pflegekassen zusammen mit der Pflegeeinrichtung und weiteren Beteiligten vor Ort Maßnahmen zur Sicherstellung der pflegerischen Versorgung für die Pflegebedürftigen zu prüfen und umzusetzen. Sofern Einvernehmen mit dem Sozialhilfeträger besteht, können diese Maßnahmen auch eine kurzfristige Abweichung der Personalausstattung beinhalten. In diesem Zusammenhang wird ein Monitoring der pflegerischen Versorgungsstrukturen durch den GKV-SV im Sinne einer fortlaufenden Berichterstattung gegenüber dem BMG gesetzlich verankert.

Absatz 2 Satz 3 wird dahingehend konkretisiert, dass „Abweichungen von zulassungsrechtlichen Vorgaben sowie den vereinbarten Leistungs- und Qualitätsmerkmalen einschließlich der Personalausstattung“ nur „vorübergehend“ hingenommen werden können.

Bewertung

Aus Sicht des vdek führt die vorgesehene Regelung dazu, dass auch lokale Versorgungsengpässe, die selbst durch klare unternehmerische Fehlentscheidungen bedingt sein können, letztlich zum Problem der Kostenträger und Heimaufsichten gemacht werden. Da eine einseitige – aufgrund der unbestimmten Rechtsbegriffe ins beliebige Ermessen von Einrichtungsträgern gestellte - Anzeige durch die Einrichtung genügt, lassen sich jegliche drohende oder eingetretene Risiken - unabhängig von der Verursachung - auf die Kostenträger abwälzen und somit einseitig Druck ausüben, um einrichtungsindividuell die Unterschreitung gesetzlicher Mindestanforderungen durchzusetzen bzw. Qualitätsdefizite zu legitimieren. Dies ist nicht nur aus Kostenträgersicht nicht sachgerecht, sondern steht auch den Interessen der versorgten Personen entgegen. Wenn es einem Pflegeheim beispielsweise nicht nur vorübergehend nicht gelingt, die vertraglich vereinbarte und über die Pflegesätze finanzierte Personalausstattung zu erfüllen, müssen aus Sicht des vdek weiterhin heimrechtliche Belegungsstopps erfolgen, nicht aber Aufweichungen der gesetzlichen Anforderungen hinsichtlich der Personalausstattung.

Bereits heute unterstützen die Heimaufsichten, Gesundheitsämter und Pflegekassen betroffene Versicherte bei entsprechenden Problemlagen. Auch eine „Abmilderung“ der Regelung auf einen begrenzten Zeitraum kann mit erheblichen unzumutbaren Qualitätseinbußen für die Pflegebedürftigen verbunden sein und ist daher abzulehnen.

Änderungsvorschlag

Streichen der Regelung.

Zu Artikel 1 Nummer 45
§ 75 Absatz 1 SGB XI

Beabsichtigte Neuregelung

Zu a)

Absatz 1 beschreibt die Verpflichtung zum Abschluss von Rahmenverträgen über die pflegerische Versorgung in den Ländern. Der neu eingefügte Absatz 1a) enthält die Verpflichtung der Vertragspartner, zu prüfen, inwieweit Anforderungen effizient ausgestaltet werden können. In Absatz 2 sind dann die Regelungsinhalte der Rahmenverträge gefasst.

Bewertung

Zu a)

Die Vertragspartner nach Absatz 1 haben ein gemeinsames Interesse daran, sich auf sachgerechte und tragfähige Rahmenregelungen für die pflegerische Versorgung im Land zu verständigen. Ein wesentlicher Bestandteil dessen ist es, ineffiziente Strukturen weder aufzubauen noch zu fördern. Vor diesem Hintergrund erscheint der neu eingefügte Absatz 1a als nicht gerechtfertigt. Zudem sind die Anforderungen an die Verträge bereits in Absatz 2 geregelt. Sollte eine Ergänzung erforderlich sein, wäre eine Einfügung als Absatz 2a sachlogisch und systematisch konsequenter.

Änderungsvorschlag

Streichen der Regelung.

Beabsichtigte Neuregelung

Es wird neu geregelt, dass (zugelassene) ambulante Pflegeeinrichtungen (Pflegedienste) zukünftig Verträge zur pflegerischen Versorgung in sogenannten GeWos mit den Kranken- und Pflegekassen schließen können. In den Verträgen wird ein Versorgungsauftrag definiert, welche Leistungen durch den Pflegedienst in der jeweiligen GeWo als Basisleistung (Basispaket) oder optionale Leistung zu erbringen sind. Die zu vereinbarenden Leistungen umfassen sowohl Pflegeleistungen (SGB XI) als auch Leistungen der HKP (SGB V).

Bewertung

Grundsätzlich sieht der vdek die Aufwertung von GeWos als zukunftsweisenden Schritt an. Die vorgesehene gesetzliche Neuregelung führt jedoch zu einem überkomplexen Vertragsgeschäft, das weder den Anforderungen der Pflegebedürftigen noch denen der Kranken- und Pflegekassen gerecht wird. Der vdek sieht daher umfassenden Nachbesserungsbedarf. Bereits heute ist die Versorgung in GeWos durch ambulante Pflegedienste möglich. Die im Einzelfall erforderlichen Leistungen (SGB V und SGB XI) werden dabei durch den Pflegedienst direkt mit den Pflegebedürftigen im Pflegevertrag vereinbart bzw. ärztlich verordnet und – wenn erbracht – wie in der ambulanten Versorgung üblich abgerechnet. Mit den vorgesehenen Regelungen entsteht für Anbieter und Kostenträger nunmehr ein neuer Vertragsbereich, der hochgradig individualisierbar ist. Im Ergebnis werden die Inhalte, die vormals niedrigschwellig zwischen Pflegebedürftigen und Pflegedienst im (privatrechtlichen) Pflegevertrag ausgehandelt wurden, zum Gegenstand (öffentlich-rechtlicher) Versorgungsverträge.

Dies ist aus mehreren Gründen problematisch:

Da der Vertrag durch den ambulanten Pflegedienst geschlossen wird, haben die GeWo-Bewohnenden keine (direkte) Mitsprachemöglichkeit über die Vertragsinhalte. Im Ergebnis könnten Inhalte über das Basispaket kollektiv finanziert werden, die individuell überhaupt nicht (mehr) benötigt werden. Andersherum gedacht könnten individuelle oder kollektive Bedarfslagen nicht abgedeckt sein, weil der Versorgungsvertrag das (noch) nicht vorsieht.

Veränderungen der Bedarfslagen der GeWo-Bewohnenden führen möglicherweise zu Änderungsbedarf im öffentlich-rechtlichen Versorgungsvertrag, da Inhalte des „Basispakets“ neu verhandelt werden müssen. Ein Änderungsbedarf kann sich schon beim Ausscheiden oder Neueintritt eines GeWo-Bewohnenden auch in Abhängigkeit vom Pflegegrad ergeben. Es müssen also immer der private Pflegevertrag und der öffentlich-rechtliche Versorgungsvertrag angepasst werden. Das führt dazu, dass auf konkrete Bedarfslagen nicht schnell genug reagiert werden kann. Die Vertragskonstellation berührt das Versichertenwahlrecht, da den Versicherten – sofern Sie mit dem Vertrag oder den Leistungen des vertragsschließenden oder kooperierenden Pflegedienstes unzufrieden sind – lediglich der Auszug aus der GeWo bleibt. Es ist verwaltungsökonomisch nicht sinnvoll, öffentlich-rechtliche Versorgungsverträge mit kleinsten

organisatorischen Einheiten zu schließen. Vielmehr sollten solche Verträge einen Rahmen setzen, der es ambulanten Pflegediensten weiterhin ermöglicht, die konkreten Leistungsinhalte vor Ort mit den in GeWos versorgten Personen zu vereinbaren.

Zudem stellen sich administrative Herausforderungen:

Die Abrechnung der über das „Basispaket“ hinausgehenden Leistungen führt bei den Kranken- und Pflegekassen zu einem hohen administrativen Aufwand, da zunächst geprüft werden muss, welche Leistungen im Einzelfall bereits über die Tagespauschale („Basispaket“) abgegolten sind. Hier ist insbesondere der Umstand, dass die Inhalte des „Basispakets“ variieren können, erschwerend für die Einzelleistungsprüfung, zu der die Kranken- und Pflegekassen verpflichtet sind.

Den GeWo-Bewohnenden stehen neben dem Zuschuss von 450 Euro nach § 45h SGB XI (n. F.) unterschiedliche Leistungsbeträge zur Verfügung. Damit unterscheiden sich ihre finanziellen Möglichkeiten, einen Beitrag zum kollektiven Basispaket zu leisten. Veränderungen des Pflegegrad-Mixes innerhalb der GeWo können dazu führen, dass das Basispaket nicht mehr finanziert werden kann. Ein wie auch immer geartetes Basispaket dürfte zügig zu Kosten führen, welche die ambulanten Sachleistungen ausschöpfen.

Neben den genannten Herausforderungen bestehen zudem nur geringe Anreize, einen Vertrag zu schließen:

Pflegebedürftige erhalten zwar einen Zuschlag 450 Euro, verzichten jedoch auf den Anspruch auf den Entlastungsbetrag nach § 45b SGB XI (-131 Euro) und Wohngruppenzuschlag nach § 45f SGB XI (n. F.; -224 Euro). Bezieht man zusätzlich den wegfallenden Anspruch auf Tages- und Verhinderungspflege sowie weiterer Ansprüche wie Kurzzeitpflege gem. §42 Absatz1 Satz 2 Nummer 2 SGB XI oder gemäß § 42b SGB XI (zeitgleiche Versorgung Pflegebedürftiger bei Vorsorge und Reha der Pflegeperson) ins Versichertenkalkül mit ein, überwiegen die verlorenen Leistungsansprüche den Vorteil durch die Neuregelung deutlich. Diese Abwägung gilt gleichermaßen für Träger von Pflegeeinrichtungen, die neben ambulanten Sachleistungen (u. a. in Wohngemeinschaften) häufig auch Tagespflege anbieten und den Entlastungsbetrag nutzen. Hier würde sich das Budget vermindern, die Pflichten (Konzept, Qualitätssicherung) jedoch steigen. In der Gesamtschau geht der vdek davon aus, dass die vorgesehenen Rahmenbedingungen in der Praxis nur zu wenigen Vertragsabschlüssen führen werden.

Aus Sicht des vdek ist es erfolgsversprechender, die Anforderungen an GeWos in den Landesrahmenverträgen nach § 75 SGB XI differenziert nach bestimmten Versorgungsschwerpunkten (z. B. Demenz-WG) festzulegen und die in den Ländern bestehenden ambulanten Vergütungssystematiken, um Pauschalen für die Versorgung in diesen GeWos zu ergänzen.

Strikt abgelehnt werden die gesetzlich vorgesehenen Berichtspflichten des GKV-SV an das BMG. Die hier zu berichtenden Daten übersteigen die Grenzen einer sinnvollen Erhebung.

Änderungsvorschlag

§ 75 Absatz 2 SGB XI wird um folgende Nummer 3a ergänzt:

„3a. Leistungs- und Qualitätsmerkmale für die Versorgung in gemeinschaftlichen Wohnformen differenziert nach Versorgungsschwerpunkten“

§ 92c SGB XI (n. F.) wird wie folgt gefasst:

„Verträge zur pflegerischen Versorgung in gemeinschaftlichen Wohnformen
Ambulante Pflegeeinrichtungen können Verträge zur pflegerischen Versorgung in gemeinschaftlichen Wohnformen mit den Vertragsparteien nach § 89 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 bis 3 schließen. Die gemeinschaftlichen Wohnformen sind zu Maßnahmen zur Qualitätssicherung einschließlich eines Qualitätsmanagements sowie zur Mitwirkung an Maßnahmen nach den §§ 114 und 114a verpflichtet. Die Leistungs- und Qualitätsmerkmale der ambulanten Pflegeeinrichtung zur Versorgung in gemeinschaftlichen Wohnformen richten sich nach den Verträgen nach § 75 SGB XI.“

Dem § 89 Absatz 3 SGB XI wird folgender Satz angefügt:

„Die Vergütungen von Leistungen der pflegerischen Versorgung in gemeinschaftlichen Wohnformen nach § 92c SGB XI ist differenziert nach dem Schwerpunkt der Versorgung pauschaliert zu bemessen.“

Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Änderung soll eine digitale Daten- und Kommunikationsplattform für die Planung, Beauftragung und Durchführung von Qualitätsprüfungen bis 31.10.2027 durch den Spitzenverband Bund der Pflegekassen im Benehmen mit dem Medizinischen Dienst Bund (MD Bund) und dem Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. (PKV-Verband) errichtet werden, mit dem Ziel ab 01.01.2028 die Beauftragungen der Qualitätsprüfungen an die Prüfdienste digital zu übermitteln. Auch die Überprüfung der Kriterien zur Verlängerung des Prüfrhythmus und unangekündigter Qualitätsprüfungen gemäß § 114c SGB XI im Vorfeld der Beauftragung soll zukünftig ohne Zeitverzug in der Plattform abrufbar sein, ohne dass es einen zusätzlichen Austausch zwischen den Landesverbänden der Pflegekassen und den Prüfdiensten bedarf. Die private Krankenversicherung (PKV) soll sich mit zehn Prozent an den Aufbaukosten beteiligen, da auch der Prüfdienst der PKV, als Nutzer, von der Plattform profitiert. Zur Einrichtung der geforderten Daten- und Kommunikationsplattform sollen die bereits eingesetzten digitalen Formate, wie z. B. die DCS Pflege, berücksichtigt werden.

Mit dem neu eingefügten Buchstabe c) Absatz 2a werden verbindliche Vorgaben zur Durchführung von Qualitätsprüfungen während Krisensituationen festgelegt, auf Grundlage der Erfahrungen zur SARS-CoV-2-Pandemie.

Bewertung

Die Errichtung einer digitalen Daten- und Kommunikationsplattform durch den Spitzenverband Bund der Pflegekassen wird abgelehnt. Bereits vorhandene Daten werden aktuell für Auswertungen genutzt – darunter:

- Qualitätsprüfungsberichte gemäß § 114 SGB XI, die sowohl als Grundlage für die Qualitätsdarstellung gemäß § 115 SGB XI als auch zur Information der Pflegeeinrichtungen dienen,
- Indikatorendaten gemäß § 113 SGB XI von der Datenauswertungsstelle (DAS) Pflege für Qualitätsdarstellungszwecke gemäß § 115 SGB XI sowie
- Datenauswertungen zur Verlängerung des Prüfrhythmus gemäß § 114c SGB XI.

Auch Auswertungen zu erfolgten Qualitätsprüfungen und zu registrierten Pflegeeinrichtungen sind jederzeit über die DCS Pflege abrufbar. Darüber hinaus stellen die Landesverbände der Pflegekassen – sofern erforderlich – beispielsweise die Beauftragungslisten der Bundesebene zur Verfügung.

Weiterhin sind für die Prüfbeauftragung individuelle Absprachen zwischen den Landesverbänden der Pflegekassen notwendig, unter Berücksichtigung der landesspezifischen Vorgehensweise, z. B. bei der Prüfdienstzuordnung. Die Prüfbeauftragung erfolgt in jedem Kalenderjahr zum November/Dezember für das

Folgejahr. Kurzfristige Anpassungen in den Prüfbeauftragungen sind daher auch nach erfolgten Abstimmungen zwischen den Beteiligten jederzeit möglich und erfolgen im Bedarfsfall. Ein enger Austausch auf kurzen Dienstwegen zwischen den Landesverbänden der Pflegekassen und den Prüfdiensten wird dabei immer angestrebt. Die Kommunikationswege wählen die Beteiligten dabei frei.

Auch die Digitalisierung der Prozesse wird bereits angestrebt und vorangetrieben. Große Kassenverbände (vdek und AOK-Bundesverband) arbeiten bereits gemeinsam mit dem MD Bund an der Erstellung und Nutzung von einheitlichen Schemata für die Datenübertragungen. In einigen Ländern wird die elektronische Datenlieferung der Qualitätsprüfungsberichte zwischen MD und Landesverband der Pflegekasse bereits erprobt. Zudem ist auch bereits das Qualitätsprüfungsrichtlinien-Portal (QPR-Portal) gestartet, über das aktuell der PKV-Prüfdienst die Qualitätsprüfungsberichte zentral zur Verfügung stellt.

Eine zentrale Datenplattform, die alle zugelassenen Pflegeeinrichtungen mit Versorgungsvertrag gemäß § 72 SGB XI umfasst, als Grundlage für die Errichtung der geforderten digitalen Daten- und Kommunikationsplattform, existiert nicht. Sie müsste daher zuerst gefordert und in einem angemessenen Zeitraum etabliert werden, um im Anschluss die geforderte Kommunikationsplattform mit den genannten Schnittstellen- und Auswertungstools aufzusetzen.

Die vorgesehene Neuregelung berücksichtigt nicht hinreichend, wie komplex und aufwendig die Einrichtung und der Betrieb einer zentralen digitalen Plattform tatsächlich ist. Auch wenn auf vorhandene digitale Strukturen zurückgegriffen werden kann, sind weiterhin erhebliche Ressourcen zur Abstimmung, technischen Umsetzung, Pflege und fortlaufenden Weiterentwicklung erforderlich.

Die Einführung einer vorsorglichen und verbindlichen Regelung für Qualitätsprüfungen in Krisensituationen ist sinnvoll. Besonders positiv ist, dass sich die Entscheidungen auf aktuelle wissenschaftliche und krisenbezogene Erkenntnisse stützen sollen und im Krisenfall schnell und einheitlich greifen können. Eine klare Definition von "Krisensituationen von nationaler oder regionaler Tragweite" ist in den Regelungen ebenfalls festzulegen. Kritisch bewertet wird die Möglichkeit den Prüfrhythmus, um bis zu ein Jahr zu verlängern, da gerade in Krisenzeiten eine regelmäßige externe, der Situation entsprechend angepasste, Qualitätskontrolle und Beratung zur Unterstützung der Pflegeeinrichtung wichtig ist.

Änderungsvorschlag

Die vorgesehene Verpflichtung zur Einrichtung einer zentralen digitalen Daten- und Kommunikationsplattform sowie der letzte Satz im neuen Absatz 2a sollte gestrichen werden.

Beabsichtigte Neuregelung

Die Änderung soll es ermöglichen, dass die Heimaufsichtsbehörden den MD mit der vollständigen Durchführung ihrer Prüfaufgaben beauftragen können, mit dem Ziel, Doppelprüfungen zu vermeiden und die Pflegeeinrichtungen zu entlasten.

Bewertung

Die Änderung ist grundsätzlich zu begrüßen, da sie zur Entlastung von Pflegeeinrichtungen beitragen soll und nach dem Once-Only-Prinzip Entbürokratisierung und Effizienzsteigerung, als Ziel, verfolgt.

Allerdings ist der MD bereits heute durch die Begutachtung von Pflegebedürftigkeit und die regelhaften Qualitätsprüfungen stark belastet. Eine heimrechtliche Prüferweiterung könnte zu noch umfangreicheren und komplexeren Prüfungen vor Ort führen.

Des Weiteren wurde der PKV-Prüfdienst bei der beabsichtigten Neuregelung nicht berücksichtigt, obwohl dieser gesetzlich zehn Prozent der Prüfaufträge erhält.

Zudem handelt es sich um eine Kann-Regelung deren Umsetzung im Ermessen der Landesbehörden liegt. Somit besteht die Gefahr eines weiteren bundesweiten Flickenteppichs, von dem dann nicht alle Pflegeeinrichtungen gleichermaßen profitieren und entlastet werden.

Änderungsvorschlag

Entweder Streichung oder Anpassung der Neuregelung zu einer Soll-Regelung mit Ergänzung des PKV-Prüfdienstes, um eine ungleiche Behandlung von Pflegeeinrichtungen zu vermeiden.

Beabsichtigte Neuregelung

Der Kabinettsentwurf sieht ein befristetes Kooperationsprojekt zu Erleichterungen in der Praxis bei der Beantragung von Leistungen der Pflegeversicherung vor. Der GKV-SV soll gemeinsam mit den Pflegekassen und unter Einbeziehung der Verbände der Pflegekassen auf Bundesebene ein Gremium bilden, das sich für die Reduktion, Vereinfachung, Vereinheitlichung von Formularen im Zusammenhang mit der Beantragung von Pflegeleistungen einsetzt. Primäre Aufgabe des Gremiums ist die Prüfung und Weiterentwicklung aktueller Formulare und formaler Vorgaben, sowie die Hilfestellung bei der Antragstellung im Zeitraum vom 01.04.2026 bis 31.07.2030. Für die Erreichung der Ziele soll ein Leitfaden für ein versichertengerechtes Vorgehen und eine empfehlenswerte Gestaltung von Hilfestellungen bei der Beantragung von Leistungen der Pflegeversicherung erstellt werden. Das Vorhaben bereitet eine gute Digitalisierbarkeit der Bearbeitung von Anträgen von der Pflegekasse vor. Erarbeitete Ergebnisse sind fortlaufend umzusetzen. Dazu veranlasst das Gremium die Weitergabe der Ergebnisse an die für die Umsetzung zuständigen Stellen.

In das Gremium sind weitere Vertreter:innen bestimmter Personengruppen wissenschaftlich gestützt einzubeziehen. Zu den Personengruppen gehören Anspruchsberechtigte, Vertretungsberechtigte, Pflegepersonen und Versicherte ohne bzw. mit geringer Vorerfahrungen mit Leistungen der SPV. Des Weiteren kann eine Beteiligung des MD Bund oder der Gesellschaft für Telematik nach § 310 SGB V vorgesehen werden. Der GKV-SV hat gegenüber dem Bundesministerium für Gesundheit eine jährliche Berichtspflicht über die erfolgte Arbeit des Gremiums sowie die Umsetzung von Ergebnissen. Bis zum 31.12.2030 ist zudem ein Abschlussbericht vorzulegen.

Bewertung

Das übergeordnete Ziel der Reduktion, Vereinfachung und Vereinheitlichung von Formularen zur Antragstellung auf Leistungen der Pflegeversicherung ist grundsätzlich zu begrüßen. Angesichts der Vielzahl einzubeziehender Teilnehmer in das Gremium ist eine effiziente Ergebniserzeugung allerdings fraglich. In der Begründung zur Einführung des § 122 SGB XI wird darauf hingewiesen, dass der Grund für eine verspätete oder fehlende Beantragung von Leistungen die Vielzahl verschiedener Formulare und formaler Vorgaben sei, die für Anspruchsberechtigte kompliziert und unverständlich wirken. Hierzu sei angemerkt, dass Pflegeleistungen bereits zum aktuellen Zeitpunkt niederschwellig beantragt werden können. Stattdessen sollte nach Einschätzung des vdek der Fokus auf die Information und Beratung von Versicherten und deren An- und Zugehörigen zu den verschiedenen Pflegeleistungen gelegt werden und abgestimmt auf die individuelle Situation erfolgen. Die Zielgenauigkeit der Einführung dieses Kooperationsprojekts ist insbesondere vor dem Hintergrund zu hinterfragen, da der Gesetzgeber keine Angaben zu einer verpflichtenden Umsetzung der Ergebnisse des Gremiums macht.

Änderungsvorschlag

§ 122 SGB XI ist zu streichen.

Beabsichtigte Neuregelung

Die neue Regelung in § 125d SGB XI sieht vor, dass 2026 bis 2028 modellhafte Erprobungen in voll- und teilstationären Pflegeeinrichtungen durchgeführt werden können. Ziel ist es,

- Angehörige dauerhaft in die pflegerische Versorgung einzubeziehen, sodass professionelle Leistungen teilweise abgewählt werden können,
- stationären Pflegeeinrichtungen zu ermöglichen, ambulante Pflegeleistungen auch außerhalb der Pflegeeinrichtung zu erbringen.

Die Modellprojekte sollen wissenschaftlich begleitet werden und insbesondere die Auswirkungen auf Qualität, Wirtschaftlichkeit, Personalbedarf und Akzeptanz untersuchen.

Bewertung

Die grundsätzliche Idee, Versorgungsstrukturen flexibler zu gestalten und neue Versorgungsmodelle zu testen, kann sinnvoll sein. Jedoch ist die Einführung dieser Modellvorhaben zum jetzigen Zeitpunkt verfrüht:

- Der „Zukunftspakt Pflege 2025“ ist noch nicht abgeschlossen. Erst nach dessen Ergebnissen können fundierte und systematisch abgestimmte Strukturreformen verantwortungsvoll eingeleitet werden.
- Die Modellvorhaben greifen in bestehende Grundprinzipien der Pflegeversicherung ein, etwa in die Vollversorgungsverantwortung vollstationärer Pflegeeinrichtungen und die Abgrenzung von ambulanten und stationären Leistungen.
- Die vorgesehene Einbindung von Angehörigen als dauerhafte Leistungserbringer wirft haftungsrechtliche, ethische und pflegfachliche Fragen auf und birgt das Risiko der Überforderung sowie einer Abwälzung professioneller Pflegeleistungen auf Laien.

Änderungsvorschlag

Streichung der geplanten Regelung. Die geplanten Modellvorhaben sollten vollständig zurückgestellt werden. Erst nach Abschluss des „Zukunftspakts Pflege 2025“ und einer breiten politischen und gesellschaftlichen Diskussion über die zukünftige Ausrichtung der Pflegeversicherung kann eine Entscheidung über neue Versorgungsmodelle getroffen werden. Ein Vorgriff durch isolierte Modellversuche wäre fachlich wie politisch nicht zielführend und schafft parallele Strukturen.

Beabsichtigte Neuregelung

Um Wettbewerbsverzerrungen zu vermeiden und eine missbräuchliche Inanspruchnahme der Ergänzungshilfen zu unterbinden, wird der prozentuale Kürzungsbetrag der Finanzhilfen für Einrichtungen – die ihrer Pflicht zum Einreichen der erforderlichen Nachweise (Jahresabrechnungen) nicht nachkommen – von 20 auf 100 Prozent erhöht. Im Gegenzug wird die Frist für die Einreichung der Nachweise um ein halbes Jahr (30.06.2026) verlängert.

Bewertung

Die Erhöhung des prozentualen Kürzungsbetrags beseitigt bestehende Fehlanreize und dürfte auch im Interesse derjenigen Einrichtungen sein, die ihren Pflichten bereits heute mustergültig nachkommen. Die Verlängerung des Zeitraums auf den 30.06.2026 im Sinne einer „Schonfrist“ ist hingegen nicht zielführend, da die Jahresabrechnungen unverzüglich bei den Pflegekassen einzureichen sind. Das ist bereits mit der aktuellen Fristsetzung (bis 31.12.2025) erfüllt, da die Jahresabrechnungen für 2024 bis Ende 2025 bereits bei den stationären Pflegeeinrichtungen vorliegen.

Änderungsvorschlag

Streichung der Regelung zur Fristverlängerung.

Beabsichtigte Neuregelung

Mit dem Kabinettsentwurf wird ein expliziter Verweis auf den neuen § 15a Absatz 1 SGB V gestrichen. Zuvor sollte damit klargestellt werden, dass die Leistung der ärztlichen Behandlung im Rahmen einer Krankenhausbehandlung auch die durch Pflegefachpersonen erbrachten und in § 15a Absatz 1 SGB V genannten Aufgaben der ärztlichen Behandlung umfasst.

Bewertung

Die Streichung der vorgesehenen Regelung ist nicht sachgerecht. § 39 SGB V führt zwar aus, dass eine Krankenhausbehandlung auch Krankenpflege umfasst, Jedoch stellen die Aufgaben in § 15a Absatz 1 SGB V laut der dortigen Formulierung ärztlichen Behandlung dar und eben keine Krankenpflege. Insofern wäre eine dahingehende Klarstellung in § 39 SGB V zu begrüßen und rein redaktioneller Natur.

Änderungsvorschlag

Die Streichung wird rückgängig gemacht.

Alternativ:

In § 39 Absatz 1 Satz 3 SGB V wird hinter die Angabe „(§ 28 Abs. 1),“ die Angabe „Behandlungen durch Pflegefachpersonen (§ 15a Abs. 1),“ eingefügt.

Beabsichtigte Neuregelung

Der GKV-SV fördert ab 01.01.2017 bis zum 31.12.2027 mit insgesamt fünf Millionen Euro je Kalenderjahr im Rahmen von Modellvorhaben Leistungserbringer, die Patienten mit pädophilen Sexualstörungen behandeln.

Bewertung

Die beabsichtigte Änderung für eine nochmalige Verlängerung des Modellprojektes ist abzulehnen. Es ist nicht nachvollziehbar, warum die Evaluation nicht frühzeitig eingeleitet wurde, um im Rahmen des Modellzeitrahmens Klarheit über die Zielerreichung des Projektes zu erlangen.

Die Kassen zahlen per Umlage jährlich fünf Millionen Euro für dieses Modellprojekt. Bereits zuvor wurden Standorte des Netzwerks „Kein Täter werden“ im Rahmen der Kriminalprävention staatlich u. a. durch das Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz gefördert. Für präventive Projekte, die auf den Opferschutz abzielen, ist die Finanzierung aus Steuermitteln die adäquate Lösung. Dort, wo eine manifeste Störung mit Krankheitswert vorliegt, die von Ärzten oder Psychotherapeuten diagnostiziert ist, haben Versicherte bereits heute Anspruch auf Behandlung zulasten ihrer Krankenkasse.

Darüber hinaus ist nicht ersichtlich, warum mit einer anonymen Datenverarbeitung von dem üblichen, personenbezogenen Finanzierungs- und Abrechnungsverfahren der GKV abgewichen wird. Ärzt:innen, Therapeut:innen und Krankenkassen sind gleichermaßen strengen Auflagen zum Schutz personenbezogener Daten verpflichtet.

Die in der Gesetzesbegründung genannten positiven Effekte aus den Zwischenberichten sind nicht nachprüfbar, da die Zwischenberichte nicht öffentlich sind. Darüber hinaus kann die Evaluation auch abgeschlossen werden, ohne neue Leistungsfälle zu generieren. Die bereits angedeutete Frage der Übernahme in die Regelversorgung ist aus vorgenannten Gründen strikt abzulehnen.

Änderungsvorschlag

Die beabsichtigte Änderung zu §65d „In § 65d Absatz 1 Satz 1 wird die Angabe „2025“ durch die Angabe „2027“ ersetzt.“ ist zu streichen.

Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelung stellt klar, dass Vertragsärzt:innen die im Rahmenvertrag definierten Leistungen eigenverantwortlich an Pflegefachpersonen übertragen dürfen.

Bewertung

Die Regelung bleibt hinter dem Anspruch der eigenverantwortlichen Tätigkeit von Pflegefachpersonen zurück. Die Formulierung legt nahe, dass Ärzt:innen weiterhin darüber entscheiden, ob Pflegefachpersonen bestimmte Leistungen übernehmen dürfen. Stattdessen sollte klar geregelt werden, dass Pflegefachpersonen im Rahmen ihrer gesetzlich definierten Kompetenzen nach § 15a SGB V eigenständig und regelhaft tätig werden können. Ungeklärt bleibt zudem die Haftungsfrage – ein zentraler Aspekt, der für die Sicherheit der beteiligten Berufsgruppen sowie der Patient:innen essenziell ist.

Änderungsvorschlag

An dieser Stelle muss klargestellt werden, dass die Übertragung bestimmter Aufgaben über das Maß der Delegation hinausgeht. Des Weiteren müssen analog zur ärztlichen Versorgung haftungsrechtliche Aspekte, die mit der Übertragung von Leistungen an die Pflegefachperson zusammenhängen, aufgenommen und geregelt werden.

Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Neuregelung wird den Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) zukünftig freigestellt, aus welchen Finanzmitteln sie ihren Anteil am Strukturfonds aufbringen. Dies ist erforderlich, da die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung (MGV) hierfür nach Einführung der so genannten Hausarzt-MGV nicht mehr vollständig zur Verfügung steht. Die Höhe des KV-Anteils an der Finanzierung bleibt unverändert.

Bewertung

Es ist positiv zu sehen, dass der Gesetzgeber an der paritätischen Finanzierung des Strukturfonds durch KVen und Krankenkassen festhält. In der Tat entsteht durch die Schaffung der Hausarzt-MGV, deren Leistungen gemäß Vorgabe des GVSG ab dem 01.10.2025 voll vergütet werden müssen, Handlungsbedarf, um Doppelfinanzierungen durch die Krankenkassen zu verhindern.

Laut Gesetzesbegründung kann die Finanzierung zukünftig auch aus extrabudgetären Vergütungen erfolgen. Dies kann nur dann geschehen, wenn hier – analog zu den Verwaltungskostenumlagen der KVen – ein entsprechender Betrag von den Arzthonoraren im Rahmen des Honorarbescheides einbehalten wird. Entsprechend wird in einzelnen KV-Regionen bereits verfahren (vgl. KV Berlin; <https://www.kvberlin.de/pid-nr-07-april-2025#c27587>). Zur Vermeidung von Unklarheiten sollte dieser Aspekt klargestellt werden.

Änderungsvorschlag

Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„Der Betrag wird durch einen Beitrag der Vertragsärzte im Rahmen des Honorarbescheides aufgebracht.“

Beabsichtigte Neuregelung

Die Fristen zur Forschungsdatenausleitung, dem elektronischen Medikationsplan und der Daten zur Prüfung der Arzneimitteltherapiesicherheit werden aufgrund erforderlicherer weiterer technischer Vorarbeiten angepasst.

Bewertung

Die geplanten Fristbeschränkungen „spätestens zum 31.03.2026“ können jeweils nicht akzeptiert werden.

Das Forschungsdatenzentrum (FDZ) muss in der Lage sein können, die aus der elektronischen Patientenakte (ePA) ausgeleiteten Daten annehmen und verarbeiten zu können. Einen festen Zeitpunkt hierfür zu bestimmen, hat sich bisher als nicht zielführend erwiesen. Es ist eine variable Frist gesetzlich zu verankern, wonach die Krankenkassen die Ausleitung der Daten an das FDZ spätestens sechs Monate nach Inproduktionsnahme des FDZ gewährleisten.

Die Spezifikation zum Medikationsplan befindet sich derzeit in der Kommentierungsphase. Da nicht abgeschätzt werden kann, wann die Spezifikation in finaler Fassung vorliegt, muss auch hier eine variable Frist mit einer ausreichenden Umsetzungszeit für alle Akteure gewählt werden. D. h. neun Monate nach Vorliegen der finalen Fassung der Spezifikation für den elektronischen Medikationsplan.

Änderungsvorschlag

§ 342 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 2 Nummer 4 wird durch die folgende Nummer 4 ersetzt:

„4. zusätzlich, sobald die hierfür erforderlichen Voraussetzungen vorliegen, **spätestens jedoch 6 Monate nach Inproduktionsnahme des Forschungsdatenzentrums**, die in der elektronischen Patientenakte gespeicherten Daten nach § 363 zu Forschungszwecken bereitgestellt werden können.“

b) Absatz 2a Nummer 1 wird durch die folgende Nummer 1 ersetzt:

„1. sobald die hierfür erforderlichen Voraussetzungen vorliegen, **spätestens 9 Monate nach Vorliegen der Spezifikation des elektronischen Medikationsplans**, zur digitalen Unterstützung des Medikationsprozesses des Versicherten a) Daten nach § 341 Absatz 2 Nummer 11 zu arzneimittelbezogenen Verordnungsdaten und Dispensierinformationen zur Darstellung der aktuell verordneten Medikation sowie Daten zu frei verkäuflichen Arzneimitteln und Nahrungsergänzungsmitteln in semantisch und syntaktisch interoperabler Form in einem Informationsobjekt nach § 355 genutzt werden können und die Erstellung und Aktualisierung des elektronischen Medikationsplans nach § 341 Absatz 2 Nummer 1 Buchstabe b unterstützen;“

Beabsichtigte Neuregelung

Die Prüfvorschriften zur E-Rezept-Anwendung/ePA-Frontend sollen angepasst werden. Dabei soll die vorgesehene Pflicht für die Veröffentlichung des E-Rezept-Frontends der Krankenkassen das externe Sicherheitsgutachten als Bestandteil des Zulassungsprozesses durch das Bundesamt für Sicherheit und Informationstechnik (BSI) freigeben zu lassen, entfallen.

Bewertung

Die weiterhin vorgesehene Pflicht für die Veröffentlichung des E-Rezept-Frontends der Krankenkassen das externe Sicherheitsgutachten als Bestandteil des Zulassungsprozesses durch das BSI freigeben zu lassen, ist aus innovationspolitischer Sicht dringend abzulehnen und als hochproblematisch zu bewerten. Im anspruchsvollen Entwicklungsprozess der E-Rezept-Anwendung – welche Kernbestandteil und Modul des ePA Frontends ist – werden sämtliche zentralen BSI-Sicherheitsanforderungen bereits berücksichtigt und standardisiert, nachvollziehbar und verbindlich im Rahmen der gesetzlichen vorgeschriebenen Produktbegutachtung und Zulassung durch die externen Gutachter geprüft und dokumentiert. Das BSI wirkt in diesem Entwicklungsprozess über die ausführlichen BSI-Entwicklungsanforderungen für das ePA- E-Rezept Frontend als zentraler regulatorischer Akteur und stellt sicher, dass alle Produkte dem anerkannten Stand der Technik entsprechen.

Die aktuelle Regelung, dass das bereits erfolgreich abgeschlossene Gutachten im Rahmen der Produktzulassung anschließend durch das BSI formal bestätigt werden muss – stellt eine bürokratische, unnötige und ressourcenverschwendende Doppelprüfung dar. Es ist nachweislich keine substanzielle Erhöhung des Sicherheitsniveaus mehr erreichbar, da die relevanten Risiken und technischen Aspekte bereits abgedeckt sind.

Diese Dopplung der Prüfung ist nicht nur ineffizient, sondern führt im Ergebnis auch dazu, dass eine Zulassungsverzögerung von ca. vier Wochen pro Release nur für diesen Teilschritt entsteht. Diese Verlängerung des Zulassungsprozesses führt bei gleichzeitig sozialrechtlich vorgegebenen Einführungszeitpunkten von ePA- und E-Rezept-Funktionalitäten effektiv zu einer Verkürzung der Entwicklungszeit von vier Wochen – pro zulassungspflichtigem Release. Gerade angesichts der Digitalisierungsbestrebungen im Gesundheitswesen ist ein solcher Geschwindigkeitsverlust nicht hinnehmbar – er führt zu realen Nachteilen auf Seiten von Patienten, Versicherten und den verantwortlichen Krankenkassen.

Statt des immer wieder proklamierten Bürokratieabbaus droht hier eine weitere Zementierung von Doppelstrukturen, die Zeit, finanzielle Ressourcen und Planungssicherheit kosten.

Die Prüfung der BSI-Prüfvorschrift erfolgt für das gesamte ePA-FdV inklusive der E-Rezept Anwendung in einer Dokumentation durch die externen Gutachter und blockiert damit nicht den laufenden Zulassungs- und Releaseprozess des ePA-Frontends.

Änderungsvorschlag:

§360 Absatz 10 Satz 8 SGB V wird wie folgt geändert (neu):

„Komponenten der Telematikinfrastruktur gemäß Absatz 10 Satz 1 können auch von den Krankenkassen entwickelt und zur Verfügung gestellt werden. Diese werden auf Antrag der Krankenkassen nach § 325 von der Digitalagentur für Gesundheit zugelassen. Werden die Komponenten auf Antrag der Krankenkasse nach § 325 von der Digitalagentur Gesundheit zugelassen, entfällt die Prüfung und Bestätigung des Sicherheitsgutachtens des Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik. [...]“

3. Ergänzender Änderungsbedarf

§ 18a Absatz 3 SGB XI

Beabsichtigte Neuregelung:

Der § 18 Absatz 3 ist zu streichen.

Begründung:

Die mit dem Pflege-Neuausrichtungsgesetz eingeführte Option der Beauftragung von unabhängigen Gutachter:innen ist ersatzlos zu streichen. In der Praxis kommt diese Regelung kaum zum Tragen bzw. führt diese nicht zu einer Beschleunigung der Pflegebegutachtungen. Zum einen fehlt es in vielen Regionen an verfügbaren unabhängigen Gutachter:innen, zum anderen führt die vorgesehene Umstellung der Beauftragung erst 20 Arbeitstage nach Antragsstellung aus organisatorischen Gründen nicht zu einer Beschleunigung der Verfahren.

Beabsichtigte Neuregelung:

§ 40 Absatz 3a SGB V wird gestrichen.

§ 42b Absatz 1 Satz 2 SGB XI wird ebenfalls gestrichen.

In § 42b Absatz 6 Satz 1 SGB XI sind die Wörter "oder § 40 Absatz 3a Satz 1 des Fünften Buches" zu streichen.

Begründung

§ 42b SGB XI definiert den Anspruch auf Versorgung des Pflegebedürftigen für den Zeitraum, in dem die Pflegeperson eine stationäre Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme in Anspruch nimmt, in derselben Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtung. Bis zur Einführung der gesetzlichen Regelung im SGB XI zum 01.07.2024 bestand der Anspruch auf Versorgung eines Pflegebedürftigen in einer Rehabilitationseinrichtung im SGB V nur für den Fall, wenn der Rehabilitand zulasten der GKV behandelt wurde. Mit Einführung des § 42b SGB XI wurde der Anspruch zur Mitnahme des Pflegebedürftigen auf Fallkonstellationen erweitert, bei denen die Deutsche Rentenversicherung (DRV) die Kosten für die Rehabilitationsmaßnahmen übernimmt sowie auf Fallgestaltungen, in denen stationäre Vorsorgemaßnahmen zulasten der GKV in Anspruch genommen werden.

Die Koexistenz der zwei Regelungen aus dem SGB V und SGB XI, die im Detail Unterschiede zum Leistungsanspruch, zum Leistungsumfang, zur Vergütung der Einrichtungen und zu den Voraussetzungen der Einrichtungen aufweist, ist in der praktischen Umsetzung komplex und unverständlich. Im Sinne der Gesetzesintention zur Entbürokratisierung sind die beiden bestehenden Regelungen zu vereinheitlichen.

Unverständlich ist, warum die Krankenversicherung des Rehabilitanden bei einer Rehabilitationsmaßnahme zulasten der GKV für die Kosten der Versorgung der pflegebedürftigen Person aufkommen muss, wohingegen die Kosten für die Versorgung des Pflegebedürftigen bei einer Rehabilitation zulasten der DRV oder einer stationären Vorsorgemaßnahme zulasten der GKV durch die Pflegekasse getragen werden. Sofern eine Verantwortung der Pflegekasse in diesen Fällen gesehen wird (da eine Versorgung des Pflegebedürftigen ohnehin durch die Pflegeversicherung erfolgt wäre), sind die Kosten für die Versorgung der Pflegebedürftigen auch bei Rehabilitationsmaßnahme zulasten der GKV durch die Pflegekasse des Pflegebedürftigen zu übernehmen.

Aus Sicht des vdek ist es sachgerecht, die Versorgung bei allen Pflegebedürftigen dem Aufgabenbereich der Pflegeversicherung zuzuordnen. In der Folge sind die bestehenden Regelungen im SGB V zu streichen.

§ 30 Absatz 4 – Pauschalbudgets

sowie Änderung der Pflegeberufe-Ausbildungsfinanzierungsverordnung

§ 5 Absatz 3 – Mitteilungspflichten vor Festsetzung von Ausbildungsbudgets

Beabsichtigte Neuregelung

In § 30 Absatz 4 PflBG wird folgender neuer Satz 5 angefügt:

„Krankenhäuser, die Träger der praktischen Ausbildung sind, übermitteln die Höhe der Ausbildungsvergütungen nach Satz 2, die Ausbildungszahlen nach Satz 3 sowie die im Ausbildungsbudget nach Satz 4 festgesetzten Mehrkosten der Ausbildungsvergütungen zeitgleich mit der Mitteilung an die zuständige Stelle nach Satz 1 an die Vertragsparteien nach § 11 KHEntgG.“

§ 5 Absatz 3 PflAFinV wird folgender neuer Satz 4 angefügt:

„Krankenhäuser, die Träger der praktischen Ausbildung sind, übermitteln die Aktualisierung nach Satz 1 und die Änderungen nach Satz 2 zeitgleich mit den Mitteilungen an die zuständige Stelle an die Vertragsparteien nach § 11 KHEntgG.“

Begründung

Auszubildende in der Pflege werden gemäß ihrem Wertschöpfungsanteil auf den Stellenplan der Krankenhäuser angerechnet. Dementsprechend wird der anzurechnende Anteil der Ausbildungsvergütungen über das reguläre Budget der Krankenhäuser finanziert, das die Krankenhäuser mit den Krankenkassen nach § 11 KHEntgG vereinbaren. Der anzurechnende Anteil wird seit 2020 über das Pflegebudget nach § 6a KHEntgG finanziert. Die restlichen Mehrkosten werden über das Ausbildungsbudget nach § 29 PflBG finanziert, das durch den Ausgleichsfonds nach § 26 PflBG an die Krankenhäuser ausbezahlt wird. Dabei ermittelt der Fonds mit dem Anrechnungsschlüssel nach § 27 PflBG und den durchschnittlichen Kosten einer Vollkraft den Anteil der Mehrkosten der Ausbildungsvergütungen. Sofern beim Ausbildungsbudget und beim Pflegebudget dieselbe Höhe der durchschnittlichen Kosten einer Vollkraft angesetzt werden, erhält das Krankenhaus die vollständigen Kosten der Ausbildungsvergütungen. In der Praxis kann es jedoch dazu kommen, dass unterschiedliche Werte verwendet werden, was zu einer Über- oder Unterfinanzierung der Ausbildungsvergütungen führt. Die Krankenhäuser, die Träger der praktischen Ausbildung sind, sollten daher die durch den Fonds festgesetzten Mehrkosten an die Krankenkassen weiterleiten, um eine sachgerechte Finanzierung sicherzustellen. Die Informationen werden bereits von den Trägern der praktischen Ausbildung und Pflegeschulen regulär erhoben und der zuständigen Stelle mitgeteilt. Zeitgleich sind diese Informationen auch an die Krankenkassen zu übermitteln.

Aufhebung der Mandatsbegrenzung für ehrenamtliche Mitglieder des Medizinischen Dienstes

Beabsichtigte Neuregelung

Der bisherige § 279 Absatz 4 SGB V wird wie folgt angepasst:

„16 Vertreter werden von den Verwaltungsräten oder Vertreterversammlungen der Landesverbände der Orts-, Betriebs- und Innungskrankenkassen, der landwirtschaftlichen Krankenkasse, der Ersatzkassen und der BAHN-BKK gewählt. Die Krankenkassen haben sich über die Zahl der Vertreter, die auf die einzelne Kassenart entfällt, zu einigen. Kommt eine Einigung nicht zustande, entscheidet die für die Sozialversicherung zuständige oberste Verwaltungsbehörde des Landes. Als Vertreter nach Satz 1 sind je zur Hälfte Frauen und Männer zu wählen. Jeder Wahlberechtigte nach Satz 1 wählt auf der Grundlage der von der oder dem Vorsitzenden des Verwaltungsrates erstellten Bewerberliste eine Frau und einen Mann. Die acht Bewerberinnen und acht Bewerber mit den meisten Stimmen sind gewählt. Eine Wahl unter Verstoß gegen Satz 4 ist nichtig. Ist nach dem dritten Wahlgang die Vorgabe nach Satz 4 nicht erfüllt, gelten nur so viele Personen des Geschlechts, das nach dem Ergebnis der Wahl mehrheitlich vertreten ist, als gewählt, wie Personen des anderen Geschlechts gewählt wurden; die Anzahl der Vertreter nach Absatz 4 reduziert sich entsprechend. Das Nähere zur Durchführung der Wahl regelt die Satzung. ~~Die Amtszeit der Vertreter nach Satz 1 darf zwei Amtsperioden nicht überschreiten. Personen, die am 1. Januar 2020 bereits Mitglieder im Verwaltungsrat eines Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung sind, können einmalig wiedergewählt werden.~~“

Der bisherige § 279 Absatz 6 SGB V wird wie folgt angepasst:

„Beschäftigte des Medizinischen Dienstes, der Krankenkassen oder ihrer Verbände sind nicht wähl- oder benennbar. ~~Personen, die bereits mehr als ein Ehrenamt in einem Selbstverwaltungsorgan eines Versicherungsträgers, eines Verbandes der Versicherungsträger oder eines anderen Medizinischen Dienstes innehaben, können nicht gewählt oder benannt werden.~~ § 51 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 bis 4 und Absatz 6 Nummer 2 bis 6 des Vierten Buches gilt entsprechend. Rechtsbehelfe gegen die Benennung oder die Wahl der Mitglieder des Verwaltungsrates haben keine aufschiebende Wirkung. § 57 Absatz 5 bis 7 des Vierten Buches und § 131 Absatz 4 des Sozialgerichtsgesetzes gelten entsprechend.“

§ 282 Absatz 2 Satz 7 SGB V wird entsprechend der vorgeschlagenen Änderungen wie folgt angepasst:

„[...] Das Nähere, insbesondere zur Wahl der oder des Vorsitzenden und der Stellvertreterin oder des Stellvertreters, regelt die Satzung nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 1. § 40 Absatz 1 Satz 1 und 2, Absatz 2 und 3, die §§ 41, 42 Absatz 1 bis 3 des Vierten Buches, § 217b Absatz 1 Satz 3 und Absatz 1a bis 1e und § 279 Absatz 4 Satz 4 bis 9, Absatz 5 Satz 5 und Absatz 6 gelten

entsprechend. Die Vertreter nach Satz 2 Nummer 3 sind nicht stimmberechtigt. Personen, die Mitglieder des Verwaltungsrates des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen sind, können nicht gewählt werden.“

Begründung

Die gesetzlichen Regelungen zur Wahrnehmung von Selbstverwaltungsmandaten im MD und MD Bund sehen derzeit vor, dass kassenseitige Vertreter:innen in den Verwaltungsräten nur ein weiteres Ehrenamt in der Sozialversicherung ausüben dürfen sowie eine Begrenzung ihrer Tätigkeit auf maximal zwei Amtsperioden. Diese Regelungen gelten nicht für andere Mitglieder der Verwaltungsräte, wie etwa Patienten- oder Berufsvertreter:innen. Ziel dieser Begrenzungen war es, eine ausgewogene Mandatsverteilung und eine Durchmischung der Gremien sicherzustellen.

In der Praxis führen diese Regelungen jedoch zu erheblichen Einschränkungen in der demokratischen Mitwirkung und zu Kompetenzverlusten in der Gremienarbeit. Die Begrenzung der Amtszeiten erschwert es, erfahrene und eingearbeitete Mitglieder langfristig einzubinden. Dies beeinträchtigt die Kontinuität und Qualität der Entscheidungsfindung und schwächt die Selbstverwaltung insgesamt. Die Regelung birgt zudem die Gefahr, dass es zukünftig zu personellen Engpässen bei der Besetzung kommen könnte, insbesondere, wenn erfahrene Mitglieder durch starre Begrenzungen ausscheiden müssen, obwohl sie weiterhin zur Verfügung stünden.

Vor dem Hintergrund der beschriebenen Herausforderungen wird vorgeschlagen, die Begrenzungen der Anzahl der Ehrenämter sowie der Amtsperioden für kassenseitige Vertreter:innen in den Verwaltungsräten der Medizinischen Dienste aufzuheben. Die entsprechenden Regelungen in § 279 Absatz 4 und 6 SGB V sollten gestrichen oder so angepasst werden, dass eine gleichberechtigte Amtsausübung aller Mitgliedergruppen in der Selbstverwaltung möglich ist.

Die Aufhebung dieser Begrenzungen würde die Besetzbarkeit der Gremien deutlich verbessern, da sie den Kreis potenzieller Kandidat:innen erweitert und die Möglichkeit schafft, erfahrene und engagierte Mitglieder längerfristig einzubinden. Zudem ermöglicht die Aufhebung der Mandatsbegrenzungen eine trägerübergreifende Perspektive, die für die inhaltliche Arbeit in der Selbstverwaltung von großem Wert ist. Die Möglichkeit, Erfahrungen aus verschiedenen Bereichen der Sozialversicherung einzubringen, fördert die Qualität der Entscheidungsfindung und trägt zur Weiterentwicklung des Gesundheitssystems bei. Soweit aber die Ämterhäufung innerhalb der Gemeinschaft der MD in Rede stand, hätte diese Häufung aufgrund des inneren Zusammenhangs der gemeinsamen Aufgaben und Interessen nicht zu einem potenziellen Konflikt geführt. Schließlich würde die Gleichbehandlung aller Mitgliedergruppen innerhalb der Verwaltungsräte hergestellt, was aus rechts- und gleichstellungspolitischer Sicht geboten erscheint. Eine Aufhebung der Begrenzung auf zwei Amtszeiten entspräche im Übrigen der allgemeinen Regelung der Amtszeiten

der Selbstverwaltungsorgane der Sozialversicherung gemäß § 58 SGB IV, die u. a. auch für den GKV-SV (§ 217b Absatz 1 Satz 3 SGB V) gelten.

Im Rahmen einer nachhaltigen Weiterentwicklung der Verwaltungsräte ist es erforderlich, das Ehrenamt zu stärken und von bürokratischen Hürden zu befreien. Ein attraktiver, stabiler und leistungsfähiger Verwaltungsrat trägt entscheidend zur Unabhängigkeit der MD bei.

Bei der Änderung in § 282 Absatz 2 Satz 7 SGB V handelt es sich um eine notwendige Folgeänderung aufgrund der vorgeschlagenen Streichung des § 279 Absatz 4 Satz 10 und 11 SGB V.

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)
Askanischer Platz 1
10963 Berlin
Tel.: 030/2 69 31 - 0
Fax: 030/2 69 31 - 2900
Politik@vdek.com



**Stellungnahme der
Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege e. V. (BAGFW)
zum Gesetzentwurf der Bundesregierung
Entwurf eines Gesetzes zur Befugniserweiterung und
Entbürokratisierung in der Pflege
Drucksache 21/1511
vom 08.09.2025**

Inhalt

A. Einleitung und zusammenfassende Bewertung	2
B. Zu den Regelungen im Einzelnen	9
Artikel 1: Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch	9
Artikel 3: Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch	44
Artikel 5: Änderung des Pflegeberufgesetzes	53
C. Weitere Änderungsbedarfe	56

A. Einleitung und zusammenfassende Bewertung

Die in der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege (BAGFW) zusammengeschlossenen Spitzenverbände bedanken sich für die Möglichkeit, zum Entwurf des Gesetzes zur Befugnisserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege Stellung nehmen zu können und geben dazu eine gemeinsame Stellungnahme ab.

Mit dem Gesetzentwurf ist es gelungen, wegweisende Schritte auf dem Weg hin zur Stärkung der eigenständigen Ausübung von Heilkunde durch Pflegefachpersonen einzuschlagen. Erstmals werden, ausgehend von den vorbehaltenen Aufgaben, heilkundliche Aufgaben der Pflege im Leistungsrecht des SGB XI und SGB V verankert. Damit wird der Grundsatz anerkannt, dass Pflegefachpersonen per se heilkundliche Aufgaben ausüben. Sehr zu begrüßen ist, dass die Möglichkeit zur erweiterten Heilkundenausübung die Modellvorhaben nach §§ 64d und 63 Absatz 3c mit ihren Webfehlern mit Blick auf diagnose- und prozedurenbezogene Tätigkeiten obsolet macht. Mit der grundsätzlichen Ermöglichung der Ausübung erweiterter heilkundlicher Tätigkeiten als Behandlung durch Pflegefachpersonen kann ein breiterer Kreis von beruflich qualifizierten Pflegefachpersonen mit entsprechend erworbenen Kompetenzen diese Aufgabe ausfüllen. Die BAGFW hat sich stets dafür eingesetzt, dass beruflich erfahrene Pflegefachpersonen mit einer entsprechenden Weiterbildung erweiterte heilkundliche Aufgaben ausüben können, wie es der Gesetzentwurf nun vorsieht. Nur mit einem solchermaßen gestuften, modularen und durchlässigen Ansatz ist es möglich, den Pflegeberuf in Deutschland endlich attraktiver zu gestalten. Folgerichtig ist es, in diesem Zusammenhang den Bogen zu einer wissenschaftlich fundierten Beschreibung pflegerischer Aufgaben in einem „Muster Scope of Practice“ zu spannen. Ein weiterer Meilenstein ist auch die gesetzliche Verankerung der Pflegeprozessverantwortung, wie von der BAGFW seit langem gefordert. Die richtigen Weichen für eine Stärkung der Kompetenzen werden auch durch die Präventionsempfehlung, die Verordnung von Pflegehilfs- und Hilfsmitteln und die Ausstellung von Folgeverordnungen für die HKP gestellt. Dabei ist klarzustellen, dass Folgeverordnungen der HKP sowie Verordnung von Hilfsmitteln in diesem Rahmen und die Verordnung von Pflegehilfsmitteln von beruflich qualifizierten Pflegefachpersonen ausgestellt werden dürfen, ohne dass es des Erwerbs zusätzlicher fachlicher Kompetenzen bedarf.

Das Pflegekompetenzgesetz setzt auch Leitplanken für die dringend erforderliche Beschleunigung von Pflegesatzverhandlungen und setzt einige notwendige Maßnahmen zur dringend erforderlichen Entbürokratisierung in der Pflege um.

In der nachfolgenden zusammenfassenden Bewertung sieht die BAGFW folgende Nachbesserungsbedarfe am Gesetzentwurf:

1. Verankerung der Heilkundenausübung

Die BAGFW begrüßt die Kodifizierung des Pflegeberufs als Heilberuf und die Übertragung von ehemals rein ärztlichen Tätigkeiten nach § 73d Absatz 1 SGB V in die „Behandlung durch Pflegefachpersonen“ nachdrücklich, sieht jedoch folgenden Nachbesserungsbedarf:

- Leistungsrechtliche Verankerung der „Behandlung durch Pflegefachpersonen“ nach § 15a in § 27 SGB V (Krankenbehandlung).
- Abgrenzung der „Behandlung durch Pflegefachpersonen“ nach § 15a SGB V in § 28 SGB V (Ärztliche Leistungen).

- Verankerung der Leistung “Behandlung durch Pflegefachpersonen” im Leistungserbringungsrecht, z.B. durch Einführung eines neuen § 132x, der auch den stationären Bereich des SGB XI umfassen muss.
- Leistungserbringungsrechtliche Verankerung der Folgeverordnungen zur HKP gemäß § 15a Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 in § 132a SGB V.
- Streichung der Blanko-Verordnung nach § 37 Absatz 8 aufgrund der Normkollision mit § 73d Absatz 1 Nummer 2 i.V. mit § 15a Absatz 1 Nummer 2.
- In den Leistungsarten nach § 28 SGB XI ist klarzustellen, dass die Erbringung heilkundlicher Leistungen nach § 15a SGB V aus dem SGB V finanziert werden muss. Einen möglichen Weg zur SGB V-Finanzierung der Leistungserbringung in stationären Pflegeeinrichtungen sieht die BAGFW in einer Ergänzung der 119b-Verträge um die Ermächtigung der Pflegeeinrichtungen zur Anstellung für Pflegefachpersonen, die zu Erbringung von Leistungen nach § 15a Absatz 1 Nummer 1 SGB V qualifiziert sind.

Einen Meilenstein stellt die Verankerung der eigenverantwortlichen Heilkundenausübung in einem neuen § 4a PflBG dar. Allerdings ist dringend zu ergänzen, dass die Kompetenzen zur erweiterten Heilkundenausübung auch von Pflegefachpersonen während ihres Berufslebens durch Fort- und Weiterbildung erworben werden können. Nur so ist gewährleistet, dass erweiterte Heilkunde in die Fläche kommt. Die BAGFW setzt sich dafür ein, dass der Erwerb der erweiterten Kompetenzen im Wege einer Zusatzqualifikation mit Kostentragung aus dem Ausbildungsfonds und Regelung einer Ausbildungsvergütung nach PflAuFinV erfolgt. Die Beauftragung und weitere Veranlassung zu dem “Muster Scope of Practice” sollte systemkonform durch den Qualitätsausschuss Pflege durchgeführt werden.

Positiv zu würdigen ist, dass die Fachkommission die Aufgabe von standardisierten Kompetenzbeschreibungen für die eigenverantwortlich auszuübenden heilkundlichen Aufgaben erhält. Die zwar nicht abschließende, doch explizit angeführte Aufzählung der Anwendungsbereiche Diabetes, chronische Wunden und Demenz nach § 37 Absatz 2 Satz 2 stellt eine Engführung dar, die es mindestens auf die in den bisherigen acht Modulen abgebildeten Themen zu erweitern gilt; entsprechend kritisiert wird die gegenüber dem RefE mit dem Gesetzentwurf vorgenommene Einschränkung des Kanons der hochschulischen Pflegeausbildung auf die bislang in § 64d SGB V vereinbarten drei Module. Positiv zu bewerten ist die Klarstellung, dass die standardisierten Kompetenzbeschreibungen über die bereits in der beruflichen Pflegeausbildung erworbenen Kompetenzen hinausgehen müssen. Die BAGFW hatte in der Vergangenheit anlässlich der Modellvorhaben immer wieder kritisiert, dass die in den Modulen nach § 14 PflBG beschriebenen Kompetenzen nicht trennscharf von den Kompetenzen der grundständigen Ausbildung abgrenzbar waren, etwa beim Modul Demenz.

2. Pflegeprozessverantwortung vergütungsrechtlich absichern und Leistungsanspruch definieren

Die BAGFW hat sich seit langem für die gesetzliche Verankerung der Pflegeprozessverantwortung eingesetzt und begrüßt, dass der Gesetzgeber nunmehr diesen Schritt durch Verankerung in den vorbehaltenen Aufgaben nach § 4 PflBG sowie in § 15a SGB V tut. Pflegeprozessverantwortung ist eine vorbehaltene Aufgabe nach § 4 PflBG - daher wird die Definition von Voraussetzungen für eine fachgerechte Pflegeprozessverantwortung in

§ 132a Absatz 1 Satz 4 Nr. 2a SGB V als im Widerspruch zu einer fachlichen Eigenverantwortung von Pflegefachpersonen stehend von der BAGFW abgelehnt. In § 132a SGB V (und korrespondierend in § 89 SGB XI) fehlt es aber an Grundsätzen der Vergütung für die im Rahmen der Pflegeprozessverantwortung erfolgenden Erst- und Folgegespräche sowie Fallbesprechungen. Auch reine Pflegegeldempfangende müssen einen Anspruch auf Pflegeprozesssteuerung erhalten, § 37 SGB XI ist daher entsprechend nachzubessern. Für alle Pflegebedürftigen soll der Anspruch auf Pflegeprozessverantwortung bei jeder grundlegenden Änderung ihres Gesundheitszustands, Wechsel der Pflegeperson, bei Veränderung des Pflegegrades oder bei Änderung des Pflegesettings, z.B. nach Krankenhausaufenthalt, bestehen.

3. Entbürokratisierung der Hilfsmittelverordnung durch Pflegefachpersonen

Die Genehmigungsfiktion der Verordnung von Hilfs- und Pflegehilfsmitteln durch Pflegefachpersonen wird begrüßt, jedoch erneut die Streichung der Festlegung von Qualifikationsanforderungen in Richtlinien gefordert. Pflegefachpersonen sind dazu qua Ausbildung ebenso befähigt, wie zur Ausstellung einer Blankoverordnung bzw. einer HKP-Verordnung nach § 73d Absatz 1 Nummer 2 SGB V. § 17a Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 SGB XI ist daher ebenso ersatzlos zu streichen wie § 132a Absatz 1 Satz 4 Nr. 7 SGB V. Ausweislich der Begründung zur Hilfsmittelversorgung sind Pflegefachpersonen grundsätzlich zur Inkontinenzversorgung befähigt. Daher ist dem Petitum der BAGFW nach Streichung des Präqualifizierungserfordernisses bei der Inkontinenzversorgung in § 126 SGB V endlich Rechnung zu tragen.

4. Verhältnisprävention in der Häuslichkeit stärken und Expertise der Pflegefachperson für Prävention nutzen

Die BAGFW hat seit langem gefordert, Prävention nicht auf den stationären Bereich und mithin auf die letzte Phase der Pflegebedürftigkeit zu konzentrieren, sondern bereits am Anfang der Pflegebedürftigkeit bei der Versorgung in der Häuslichkeit anzusetzen und begrüßt daher die Ausweitung von § 5 SGB XI auf das häusliche Setting. Für eine wirkliche Stärkung der Gesundheitsförderung – ganz entsprechend dem Pflegeverständnis des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs – muss Prävention jedoch weit über die jetzt vorgesehene Empfehlung von verhaltensbezogenen Präventionskursen der Krankenkassen hinausgehen und vor allem bei der Verhältnisprävention ansetzen. Präventionsberatung im häuslichen Bereich muss daher im Rahmen der Leistungserbringung nach § 36 SGB XI oder eines Beratungsbesuchs nach § 37 Absatz 3 SGB XI verankert werden und auch die Stärkung von Gesundheitskompetenz ist klar als Aufgabe zu benennen. Pflegeberater*innen nach § 7a SGB XI sollen den Zugang zu Präventionsangeboten erschließen; die BAGFW fordert zudem einen gezielten Ausbau von pflegespezifischen Präventionsangeboten. Pflegekurse und Schulungen in der Häuslichkeit nach § 45 SGB XI müssen flächendeckend zur Verfügung stehen und dürfen nicht länger davon abhängig sein, ob die einzelne Pflegekasse einen Rahmenvertrag mit dem jeweiligen Leistungserbringerverband oder Pflegedienst geschlossen hat.

5. Pflegebegutachtung durch Pflegefachpersonen in der Einrichtung auf Höherstufung konzentrieren

Das Gesetz hebt zu Recht hervor, dass Pflegefachpersonen qua Ausbildung befähigt sind, den Pflegegrad eines Pflegebedürftigen festzustellen. Es ist leider zu konstatieren, dass

diese Fähigkeiten nicht genutzt werden, um dem Bearbeitungsstau bei Höherstufungsanträgen in der stationären Pflege von 6 bis 9 Monaten entgegenzuwirken. Die BAGFW setzt sich erneut dafür ein, dass Höherstufungsanträgen, die vom Medizinischen Dienst nach Aktenlage begutachtet werden, automatisch stattgegeben wird. Bei dem in § 18e SGB XI vorgesehenen Modellprojekt zur Erprobung der Begutachtung durch in Einrichtungen angestellte Pflegefachpersonen gibt sie zu bedenken, dass Pflegefachpersonen für die Durchführung eines gesamten Begutachtungsprozesses einschließlich Erstellung eines Gutachtens nicht nur einer Schulung bedürften, sondern dass der dadurch entstehende Aufwand zu Lasten der kostbaren Ressource Pflegefachperson in Zeiten des Fachkräftemangels ginge. Ein Modellprojekt sollte sich daher auf die Erprobung machbarer Aspekte wie der Höherstufungsanträge beschränken.

6. Tagespflege stärken und bessere gesetzliche Rahmenbedingungen schaffen

Die BAGFW weist auf strukturelle Defizite in der Finanzierung der Tagespflegeeinrichtungen hin, die zu Belegungsrückgängen dieser gerade für demenziell erkrankte Personen attraktiven Versorgungsform führt und regt folgende konkrete Vorschläge zur Verbesserung der Versorgungssituation an:

- Nutzung des gemeinsamen Jahresbetrags nach § 42a SGB XI für die nicht pflegebedingten Kosten der Tagespflege wie z.B. für die Investitionskosten, die nicht von den Kommunen getragen werden, oder auch Unterkunft und Verpflegung sowie Fahrtkosten. Generell setzt sich die BAGFW dafür ein, künftig konsequent und systematisch dem Sachleistungsbudgetgedanken bei einer Weiterentwicklung des SGB XI zu folgen.
- Überdies fordert die BAGFW seit langem, dass die unverhältnismäßig hohen Anforderungen an den Fahrdienst der Tagespflege, durch Änderung von § 1 der FrStiV des Personenbeförderungsgesetzes reduziert werden sollten. Das würde die Kosten für den Fahrdienst deutlich senken.
- Flexibilisierung der Leistungen der Tagespflege: stundenweise Inanspruchnahme, flexible Öffnungszeiten, Errichtung von Zweigstellen der Tagespflege
- Kombination von Tages- und Nachtpflege, um die dringend benötigte Nachtpflege, die wirtschaftlich nicht tragfähig ist, etablieren zu können.
- Gesamtversorgungsverträge für die Tagespflege gangbar machen.
- Schaffung bundeseinheitlicher Regelung für die Abwesenheitsvergütung und Freihaltereregungen in § 87a SGB XI.

7. Leistungen in gemeinschaftlichen Wohnformen/innovative Wohnformen erproben – sektorenübergreifende Ansätze jetzt ermöglichen

Die BAGFW unterstützt das Bestreben des Gesetzgebers, neue innovative Wohnformen zu erproben und einzuführen, uneingeschränkt. Der neue § 45h SGB XI i.V. mit § 92c SGB XI führt jedoch einen dritten Sektor ein, was wir ablehnen. Stattdessen sollten die bewährten, aber mittlerweile vielfach gefährdeten, ambulanten Wohngruppen (§ 38a SGB XI alt/jetzt § 45f SGB XI neu) besser gefördert werden durch Erhöhung des Wohngruppenschlags, von den jetzt unzureichenden 224 Euro auf die hier für das gemeinschaftliche Wohnen angesetzte Pauschale von 450 Euro. Sofern an § 45h SGB XI i.V. mit § 92c SGB XI festgehalten wird, spricht sich die BAGFW für die Erprobung im Rahmen eines Modell-

projektes aus. Mit § 45h SGB XI bzw. § 92c SGB XI wird kein echter sektorenübergreifender Ansatz verfolgt, sondern ein Dritter Sektor etabliert. Dies ist mit der Einführung von § 125d SGB XI, mit der Modellvorhaben zur Erprobung der Flexibilisierung der Leistungserbringung stationärer Pflegeeinrichtungen eingeführt werden sollen, anders. Aus unserer Sicht sollte bereits heute in der Regelversorgung verankert werden, dass stationäre Träger ein ausdifferenziertes Angebot an pflegerischer Unterstützung anbieten können, aus dem die Pflegebedürftigen Leistungen auswählen und bestimmen können, welche Leistungen z.B. von ihren Angehörigen erbracht werden, sodass sich im Ergebnis die Kosten für die Versorgung reduzieren ließen. Hierfür bedarf es keiner weiteren Modellprojekte. Die Möglichkeiten zur Erbringung von pflegerischen Leistungen durch stationäre und teilstationäre Pflegeeinrichtungen im Quartier (bspw. Häusliche Krankenpflege) sollten hingegen wie vorgesehen mit § 125c SGB XI modellhaft erprobt werden.

8. Vertrags- und Vergütungsverhandlungen wirksam beschleunigen

Die Ansätze des Gesetzentwurfs zur Schaffung von Rahmenbedingungen für die dringend erforderliche Beschleunigung der Pflegesatzverhandlungen gehen in die richtige Richtung, sind aber nicht weitreichend genug. Viele Pflegeeinrichtungen stehen mit bis zu sechsstelligen Minusbeträgen aufgrund nicht abgeschlossener Vergütungsverhandlungen vor der Insolvenz. Die jetzt in § 86a SGB XI vorgesehenen Bundesempfehlungen enthalten zwar mit vereinfachten Verfahren zur pauschalen Anpassung und Nachweisverfahren für die zugrunde gelegten Kalkulationen richtige Ansätze, ihr Abschluss – 9 Monate nach Inkrafttreten des Gesetzes, also frühestens und ohne die erwartbaren Verzögerungen bei solchen Verhandlungen frühestens zum 3. oder 4. Quartal 2027 – würde das Aus für viele Einrichtungen bedeuten.

Daher fordert die BAGFW Sofortmaßnahmen, die direkt im Gesetz vorgegeben werden müssen:

1. Eine Genehmigungsfiktion von beantragten Steigerungen, wenn 6 Wochen nach Antrag keine Verhandlungsaufnahme durch die Kostenträger erfolgt ist, oder
2. Strafzahlungen bei Verfahrensverschleppungen oder Schadensersatzforderungen bei Missachtung gesetzlicher Vorschriften und Anforderungen durch die Kostenträger wie Kranken- und Pflegekassen sowie Sozialhilfeträger.

Die vorgesehenen Empfehlungen nach § 86a dürfen angesichts der großen Problemlagen nicht dazu führen, Verhandlungen auf der Länderebene zu blockieren oder zu verzögern. Das jetzt im Gesetz vorgesehene Verfahren für zeitnahe Nachweisforderungen sowie die Benennung einer verbindlichen Ansprechperson bei den Kostenträgern geregelt werden, ist sachgerecht. Die Ansprechperson muss allerdings, wie im alten Referentenentwurf 2024 vorgesehen "bevollmächtigt" sein. Zudem muss die Ansprechperson nicht nur für den Antrag, sondern für die ordnungsgemäße Durchführung des Gesamtverfahrens bis hin zur Unterschrift/Abschluss des Pflegesatzverfahrens verantwortlich sein. Das Unterschriftenverfahren muss zwingend digital durchgeführt werden können; dafür müssen die Leistungsträger zur Einführung einer digitalen Unterschrift (QES) verpflichtet werden. Insgesamt bedarf es einer Verpflichtung zur Umstellung des Verhandlungsprozesses auf digitale Portale (bspw. analog ELSTER), um die Pflegesatz- und Vergütungsverhandlungen substanziell zu beschleunigen. Eines Modellvorhabens dazu bedarf es nicht, dieses würde die flächendeckende Digitalisierung der Verhandlungen nur um Jahre verzögern. Die

BAGFW zeigt in der nachfolgenden Stellungnahme en Detail auf, an welchen Stellschrauben konkret Probleme bestehen, die in den Bundesempfehlungen zu regeln sind und für die es in der Gesetzesbegründung ausdrücklicher Hinweise bedarf, wie u.a. Plausibilisierungserfordernis bei Tarifsteigerungen, Anerkennung betriebsnotwendiger Personalaufwendungen, wie für betriebliche Gesundheitsförderung, Synchronisierung von SGB XI und SGB V-Verhandlungen bei ambulanten Pflegediensten, Vergütungszuschläge für Wegstrecken in unterversorgten ländlichen Gebieten, pauschaler Risikozuschlag). Ausdrücklich begrüßt wird die Neuregelung in § 73a SGB XI, wonach bei absehbaren und schon eingetretenen Änderungen der Rahmenbedingungen Maßnahmen zur Sicherstellung der pflegerischen Versorgung zu treffen sind. Diese Verstetigung der Corona-Regelungen hatte die BAGFW gefordert. Allerdings muss dies auch "kurzfristige" Abweichungen beinhalten, wie im alten Referentenentwurf 2024 vorgesehen. Und um schließlich Probleme aus der Coronazeit zu vermeiden, müssen verbindliche Rückmeldungen der Pflegekassen sichergestellt werden. Die frühzeitige Anrufung der Schiedsstelle nach § 85 Absatz 5 SGB XI, ist begrüßenswert jedoch wird die Regelung ins Leere laufen, wenn Leistungserbringer und Kostenträger sie nur gemeinsam anrufen können. Die BAGFW spricht sich überdies dafür aus, in § 85 SGB XI pauschale Kollektivverhandlungen zu ermöglichen. Des Weiteren macht sie nachfolgend konkrete Änderungsvorschläge zu der schon seit langem geforderten Verschlinkung der Meldepflichten für tarifgebundene Einrichtungen.

Um ein besseres Funktionieren der Springerpools zu ermöglichen, bedarf es einer Klarstellung bei der Personalbemessung nach § 113c SGB XI, dass das Personal für diese Zwecke verhandelbar ist, auch wenn die Personalanhaltszahlen noch nicht in allen Qualifikationsniveaus ausgeschöpft sind oder/und es noch keine Regelung im Landesrahmenvertrag gibt. Das Gleiche soll für akademisch qualifizierte Pflegefachpersonen gelten. Und um trägerübergreifende Springerpools flächendeckend zu ermöglichen, bedarf es der expliziten Aufnahme ins Gesetz.

9. Qualitätsausschuss Pflege (QAP)

Das in § 113b SGB XI vorgesehene Recht des unparteiischen Vorsitzenden des erweiterten Qualitätsausschusses (eQAP) zur zweimaligen Anrufung desselben und zur Themensetzung (Vorschlagsrecht) ist nicht sachgerecht, da es sich beim erweiterten Qualitätsausschuss und dessen unparteiischen Vorsitz um eine Schiedsorgan als Konfliktlösungsmechanismus handelt. Die hier vorgeschlagene Aufgabenerweiterung läuft dieser Funktion jedoch zuwider und wird als systemfremd abgelehnt. Darüber hinaus hat sich der QAP in den letzten Jahren zu einem bewährten und effektiven Instrument der Selbstverwaltung im SGB XI entwickelt. Es ist daher nicht nachvollziehbar, welches Problem durch diesen Vorschlag gelöst werden soll.

Stattdessen kann der QAP selbst weiterentwickelt und gestärkt werden, z.B. indem die Berichtspflichten im System der Qualitätssicherung, die bisher dem GKV-SV zugeordnet sind, künftig an den QAP übertragen werden, wie auch die Themen die „Weiterentwicklung der Personalbemessung“ oder die Aufgaben einer Geschäftsstelle nach § 113d (neu) SGB XI. Einen übergeordneten Rahmen für die Themen „Vorbehaltsaufgaben“, „Pflegedokumentation“, „bewohner- und kompetenzorientierte Personal- und Organisationsentwicklung“ und „Pflegebedürftigkeitsbegriff“ zu schaffen, ist überfällig und wird nachdrücklich begrüßt. Es ist jedoch nicht sachgerecht, hierfür zusätzliche und parallele Strukturen zu

schaffen. Vorgeschlagen wird ein Fachinstitut, dass an die unabhängige qualifizierte Geschäftsstelle des Qualitätsausschuss Pflege angekoppelt wird, sowie fachlich relevante weitere Strukturen, wie das Projektbüro EinSTEP mit einbeziehen kann.

10. Entbürokratisierung - Qualität, Gemeinsamer Jahresbetrag, Präqualifizierung, Reha pflegender Angehöriger

Mit dem vorliegenden Gesetzentwurf sollen unverzüglich folgende konkrete Vorschläge zur dringend erforderlichen Entbürokratisierung in der Pflege umgesetzt werden:

- **Schaffung einer zentralen digitalen Plattform rund um die Qualitätssicherung und Meldepflichten:** Die Übermittlung von Prüfberichten nach der externen Qualitätsprüfung erfolgt in der Praxis nach wie vor sehr unterschiedlich über verschiedene Kommunikationswege und vielfach noch postalisch. Insgesamt müssen sich vollstationäre Einrichtungen aktuell nur zu Zwecken der Qualitätssicherung auf dem Portal der DCS-Pflege, der DAS Pflege und im QPR-Portal registrieren und erhalten dennoch zusätzlich postalisch Berichte von Medizinischen Diensten und WTG-Behörden, sowie E-Mails zur Verlängerung des Prüfrhythmus oder gar Faxe zur Prüfungsanmeldung am Vortag. Aufwände, Risiken und die Fehleranfälligkeit, die mit Schnittstellen und uneinheitlichen Verfahren einhergehen, sind dabei nicht zu unterschätzen. Für Pflegeeinrichtungen sind die Aufwände, die ihnen durch derartige Strukturen entstehen, nicht mehr nachvollziehbar. Eine zentrale Plattform, die alle Akteure und Informationen rund um die Qualitätssicherung zusammenbringt und damit eine einheitliche, sichere und bürokratiearme Kommunikation ermöglicht, ist aus Sicht der Praxis und ggf. auch anderer Beteiligten dringend notwendig und im Sinne der Entbürokratisierung und damit zur Entlastung der Pflege geboten. Auch eine komplett digitale Abwicklung des Zulassungsverfahrens bei den Kranken- und Pflegekassen und das Vertragsmanagement könnten hier perspektivisch zur Vereinfachung der Verfahren beitragen und damit die dringend benötigte Entlastung bringen.
- **Die Erweiterung der Ankündigungsfristen bei Regelprüfungen von 1 Kalendertag auf 2 Werktage** wird begrüßt.
- **Doppel- und Mehrfachprüfung:** Auch hier ist ein erster wichtiger Schritt im Sinne einer langjährigen Forderung der BAGFW erfolgt. Neben der Regelung zu einem arbeitsteiligen Vorgehen zwischen MD und heimrechtlichen Behörden sollte jedoch von Anfang an eine klare Aufgabenteilung im Gesetz statuiert werden: Prüfung der Strukturqualität durch die heimrechtlichen Behörden, Prüfung der Ergebnisqualität durch den MD.
- Die Ausdehnung der **Verlängerung des Prüfrhythmus bei hoher Ergebnisqualität auf alle Versorgungsbereiche** hatte die BAGFW gefordert und begrüßt diese Neuregelung.
- Beschränkung auf die **Anforderungen an die Prüfung von Pflegedokumentationen**, welche die Verhandlungspartner nach § 113 zum Strukturmodell vereinbart hatten, entspricht ebenfalls einer langjährigen Forderung der BAGFW.
- Die BAGFW setzt sich weiterhin für Wegfall des **Präqualifizierungserfordernisses nach § 126 SGB V bei der Inkontinenzversorgung** ein; dieser bereits im Eckpunktepapier zu einem Entbürokratisierungsgesetz Ende 2023 vorgesehene Schritt ist immer noch nicht umgesetzt worden.

- **Gemeinsamer Jahresbetrag § 42a SGB XI:** Versicherte müssen Transparenz über bereits verbrauchte Leistungsbeträge der Verhinderungs- und Kurzzeitpflege haben. Da nur die Pflegekassen, jedoch nicht die Leistungserbringer über diese Informationen verfügen, soll die Informationspflicht an die Versicherten auf die Pflegekassen übergehen.
- **Reha- und Vorsorgeleistungen für pflegende Angehörige praxistauglich gestalten:** Antrag auf und Kostentragung für die Unterbringung der zu versorgenden, pflegebedürftigen Person sollen einheitlich für alle Fallkonstellationen durch den jeweils für die Reha oder Vorsorge zuständigen Kostenträger erfolgen.

B. Zu den Regelungen im Einzelnen

Artikel 1: Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch

§ 5 Absatz 1a (neu) i.V. mit § 20 Absatz 5 SGB V: Präventionsempfehlung

Die BAGFW setzt sich seit Jahren dafür ein, dass Prävention und Gesundheitsförderung von den Kranken- und Pflegekassen nicht erst förderfähig sind, wenn pflegebedürftige Menschen in stationären Pflegeeinrichtungen versorgt werden, sondern gerade am Anfang der Pflegebedürftigkeit, wenn sie noch in der eigenen Häuslichkeit leben. Daher wird die Erweiterung des § 5 SGB XI auf die häusliche Pflege nachdrücklich begrüßt, auch wenn die Grundproblematik von § 5 SGB XI weitergeführt wird und die Pflegekassen nicht gemeinsam und einheitlich handeln.

Weiterer Änderungsbedarf:

Damit Präventionsleistungen in der Häuslichkeit wirken können, muss der Leitfaden für die individuelle Bedarfserhebung und Beratung pflegebedürftiger Menschen zur Nutzung präventiver Angebote um spezifische Handlungsfelder und Kriterien für die Primärprävention für diese Zielgruppe ergänzt und entsprechende Angebote sind erst einmal zu entwickeln.

Abgesehen davon, muss der Fokus von Prävention und Gesundheitsförderung generell gerade bei pflegebedürftigen Menschen vielmehr auf die Verhältnisprävention im lebensweltbezogenen Setting des Pflegehaushalts und seiner Umgebung, mit Fokus Teilhabe- und Stärkung konzentriert werden. In diesem Zusammenhang erneuert die BAGFW ihre **Forderung, im Rahmen der Altenhilfe nach § 71 SGB XII einen eigenen Anspruch auf einen präventiven Hausbesuch einzuführen.**

Pflegefachpersonen, die pflegebedürftigen Menschen in der Häuslichkeit versorgen, sind geradezu prädestiniert, Bedarfe für Prävention und Gesundheitsförderung zu erheben, Gesundheitskompetenzen zu fördern und für Gesundheitsförderung zu sensibilisieren sowie pflegebedürftige Menschen und ihre Pflegepersonen edukativ zu beraten und anzuleiten, fachlich zu erforderlichen Maßnahmen zu beraten, über bestehende Angebote zu informieren und den Zugang zu Leistungen zu erschließen. Dabei ist eine Arbeitsteilung zwischen Pflegekassen und Pflegediensten sinnvoll. **Bedarfserhebung, Edukation, Stärkung der Gesundheitskompetenzen sowie die fachliche Beratung zu Maßnahmen im Sinne einer Präventionsempfehlung sollte schwerpunktmäßig zu den ständigen Aufgaben der ambulanten Pflegedienste gehören,** während die Erschließung des Zugangs zu den

Angeboten unter Beachtung der Präventionsempfehlung des Medizinischen Dienstes im Rahmen der Pflegebegutachtung Aufgabe der Pflegekassen sein sollte.

§ 8 Absatz 3c: Scope of Practice

Die in der BAGFW kooperierenden Spitzenverbände begrüßen, dass die Aufgaben in der beruflichen Pflege in einem „Muster Scope of Practice“ systematisiert und anhand von Kompetenzen (Skills) und Qualifikationen (Grades) für alle Versorgungssektoren ausgewiesen werden sollen.

Gleichzeitig ist unserer Ansicht nach, und auch der Logik des SGB XI folgend, der Qualitätsausschuss Pflege das zuständige Selbstverwaltungsorgan, um die in § 8 Absatz 3c SGB XI (neu) vorgesehenen Regelungsinhalte umzusetzen. Wir sprechen uns daher für die Beauftragung und weitere Veranlassung zur Entwicklung des „Muster Scope of Practice“ durch den Qualitätsausschuss Pflege aus. Die Umsetzung soll aus dem Haushalt des Qualitätsausschusses Pflege erfolgen.

Eine sektoren- und sozialversicherungsübergreifend ausgestaltete Muster-Aufgabenbeschreibung könnte nicht nur Effizienzreserven für den Personaleinsatz in der Pflege heben, sondern auch die Qualität der medizinisch-pflegerischen Versorgung steigern. Gerade im Hinblick auf die eigenverantwortliche und weisungsunabhängige Durchführung von Heilkunde und die Anerkennung von im Ausland erworbener Kompetenzen und Qualifikationen.

Weiterer Änderungsbedarf:

Aus Sicht der in der BAGFW zusammengeschlossenen Verbände sind bei der Umsetzung der Muster-Aufgabenbeschreibung folgende Aspekte zu bedenken:

- Angesichts dessen, dass der „Muster Scope of Practice“ in vielen korrespondierenden Vorschriften als zentraler Referenzrahmen angegeben wird (z.B. §§ 15a SGB V neu und 73d SGB V neu), erscheint die Entwicklungszeit von 2026 bis 2031 recht lange. Insofern stellt sich die Frage, ob hier nicht unbeabsichtigt ein Nadelöhr geschaffen wird.
- Um tatsächlich wirksam zu sein, ist der Vorrang und die Verbindlichkeit des „Muster Scope of Practice“ klarzustellen. Dies betrifft insbesondere die Empfehlungen für die Kompetenzanerkennung bei Weiterbildungen.
- Neben dem SGB V und dem SGB XI sind auch weitere Sektoren zu beachten, in denen Pflegefachpersonen tätig werden. Beispielsweise sind Pflegefachpersonen auch im Bereich der Vorsorge, Rehabilitation oder der Eingliederungshilfe tätig.
- Darüber hinaus sollten sich hier zukünftig auch pflegerische Aufgabenfelder in der Daseinsvorsorge, wie Public Health Nursing, Community Health Nursing, School Health Nursing oder Disaster Nursing wiederfinden, die sich der Logik der Sozialgesetzbücher entziehen.

§ 8 Absatz 7: Förderung der Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf

Die Maßnahmen zur betrieblichen Integration von Pflege- und Betreuungskräften aus dem Ausland sind von zentraler Bedeutung. Die Ergänzung der förderfähigen Maßnahmen nach § 8 Absatz 7 SGB XI wird daher begrüßt. Die Einrichtungen der Freien Wohlfahrts- pflege stellen immer wieder fest, dass eine langfristige Bindung von internationalen Pflege- und Betreuungskräften oft an fehlenden staatlichen Integrationsangeboten, wie Sprachkur- sen, Wohnungen, Kinderbetreuung und Beratungsangeboten scheitert.

Weiterer Änderungsbedarf:

Kritisch zu bewerten bleibt der zu leistende Eigenanteil. Mit Blick auf die finanzielle Si- tuation von Pflegeeinrichtungen und die mangelnde Möglichkeit von freigemeinnützigen Trägern freie Mittel zu erwirtschaften, sollten daher die Förderquoten angepasst werden. Wünschenswert wäre hier ein niedrigerer Eigenanteil von max. 10 %.

§ 9: Stärkung der Rolle der Kommunen und Verbesserung der Zusammenarbeit zwi- schen Pflegekassen und Kommunen zur Sicherstellung der Versorgung

Die BAGFW sieht die Sicherstellung der pflegerischen Versorgung als Teil der staatlichen Daseinsvorsorge. Länder und Kommunen sollten daher ihre Infrastrukturverantwortung wahrnehmen und die Länder müssen die Kommunen finanziell in die Lage versetzen, dies tun zu können. Zur Ermöglichung dessen sind aus Sicht der BAGFW verbindliche Pfl- egestrukturplanungen als Instrument der Steuerung und Koordination auf kommunaler Ebene unerlässlich. Nur auf Grundlage einer soliden Datenlage über die Versorgungssitu- ation sowie den spezifischen regionalen Bedarfen sind kommunale Mitwirkungsmöglich- keiten möglich. **Nach Auffassung der BAGFW ist eine einheitliche Praxis für eine flä- chendeckende Pflegestrukturplanung erforderlich.** Es sollte eine Pflegestrukturpla- nung nach Landesrecht auf Basis wissenschaftlich fundierter Verfahren erfolgen. **Sinn- vollerweise wird hierzu ein Verfahren auf Bundesebene entwickelt und vom Bund finanziert.** Grundsätzlich ist die Zusammenarbeit von Pflegekassen, Leistungserbringern und Kommunen zu intensivieren.

Weiterer Änderungsbedarf:

Die BAGFW setzt sich sowohl für die Stärkung verbindlicher Mitwirkungsmöglichkeiten der Kommunen bei der Zulassung von Pflegeeinrichtungen als auch für die verpflichtende Be- rücksichtigung der Empfehlungen der regionalen Pflegeausschüsse bzw. der Landespfl- egausschüsse vor Abschluss eines Versorgungsvertrages ein. **Vor diesem Hintergrund sollte die “Kann”-Bestimmung einer Pflegestrukturplanung der Länder durch eine stärker verpflichtende “Soll-Bestimmung” ersetzt werden.**

§ 11 Absatz 1 Satz 2 (neu): Pflegeprozessverantwortung

Die BAGFW begrüßt, dass die Pflegeprozessverantwortung zentral in den allgemeinen Vorschriften des SGB XI verankert wird. Das trägt der Bedeutung der Planung, Steuerung und Durchführungsverantwortung für den Pflegeprozess durch Pflegefachpersonen angemessen Rechnung.

Weiterer Änderungsbedarf:

Wir weisen jedoch darauf hin, dass die **Pflegeprozessverantwortung auch leistungswirtschaftlich und leistungserbringerrechtlich zu verankern** ist. So müssen alle Pflegebedürftigen, mithin auch diejenigen, die nur einen Beratungsbesuch nach § 37 Absatz 3 SGB XI durch Pflegeeinrichtungen abrufen, Anspruch auf eine pflegegradunabhängige Pflegeprozesssteuerung im Rahmen der Pflegeprozessverantwortung erhalten, ohne dass sie in die Kombinationsleistung wechseln müssen. Dies fordert auch der Bundesrat. **Dies ist entsprechend in § 37 Absatz 3a SGB XI zu verankern sowie in der Vergütung nach § 89 SGB XI zu berücksichtigen** (s. Kommentierung zu § 37 SGB XI).

§ 11 Absatz 1a SGB XI (neu): Delegation von Aufgaben von Pflegefachpersonen auf Pflegeassistentenpersonen sowie auf Pflegehilfskräfte

Grundsätzlich sind die Träger der Einrichtungen dafür verantwortlich, dass die vorgehaltene Personalausstattung den Qualifikationsanforderungen zur Erfüllung der vertraglichen Verpflichtungen entspricht. Innerhalb des vertraglich vorgegebenen Rahmens (Landesrahmen- und Versorgungsverträge) ist die verantwortliche Pflegefachperson für die Planung und den Einsatz der Pflege(fach)personen verantwortlich. **Mit der gesetzlichen Verpflichtung zum Vorhalten von Delegationskonzepten wird daher ungerechtfertigt und überflüssigerweise in die Organisation von Pflegeeinrichtungen eingegriffen.** Die vorgesehene Maßnahme führt zu einer weiteren Bürokratisierung der Betriebsabläufe statt der dringend erforderlichen Entbürokratisierung. Zielführender ist es daher aus Sicht der in der BAGFW kooperierenden Spitzenverbände, die Einrichtungen bei Delegationsfragen und der Implementierung von Delegationsregelungen nach Bedarf zu unterstützen.

Die Verpflichtung zur Einbeziehung der betrieblichen Interessenvertretung ist nicht zielführend und im SGB XI nicht zu regeln. Inwieweit diese in die Organisationsprozesse der Pflegeeinrichtungen einzubinden sind, ist Gegenstand des Arbeitsrechts und im Betriebsverfassungsrecht oder anderen Mitbestimmungsregelungen ausreichend geregelt, so dass es hier keiner zusätzlichen Vorgaben bedarf. Die Regelung kann daher nur klarstellenden Charakter haben. Der Begriff des "Einbeziehens" ist dem Betriebsverfassungsrecht fremd, so dass diese Klarstellung eher zu Unsicherheiten und Unklarheiten führt. Sollte es bei der Regelung bleiben, ist sicherzustellen, dass der Rechtsbegriff der "Einbeziehung" der betrieblichen Interessenvertretung i.S. eines "Informations- und Beratungsrechts" auszugestalten ist.

Änderungsbedarf:

Ersatzlose Streichung des § 11 Absatz 1a in Verbindung mit der Ergänzung von „*Delegation*“ bei den Unterstützungsleistungen der Institution zur Begleitung und Unterstützung einer fachlich fundierten Personal- und Organisationsentwicklung nach § 113d (neu).

§ 17a: Richtlinien zur Empfehlung von Pflegehilfsmitteln und Hilfsmitteln

Die BAGFW begrüßt, dass die Empfehlung einer Pflegefachperson für erforderliche Hilfs- und Pflegehilfsmittel ohne Erfordernis einer ärztlichen Verordnung die Vermutung der Pflege- oder Krankenkasse eine Genehmigungsfiktion der jeweiligen Kasse auslöst. Gleichzeitig ist das **Erfordernis der Festlegung, über welches Qualifikationsniveau die Pflegefachperson jeweils verfügen muss, in den Richtlinien nach § 17a zu streichen**. Dies ist eine überflüssige bürokratische Hürde, denn Pflegefachpersonen sind qua Ausbildung für die Empfehlung von Hilfs- oder Pflegehilfsmitteln zur erforderlichen Versorgung qualifiziert. Sowohl § 17a als auch der neugefasste § 40 Absatz 6, intendieren, dass Pflegefachpersonen aufgrund ihrer Nähe zum Pflegebedürftigen eine besondere Expertise in der Bedarfsfeststellung für Hilfsmittel haben.

Der Gesetzgeber trifft hier selbst die Feststellung, dass die Hilfsmittelversorgung mit Inkontinenzmaterialien keiner besonderen Qualifikationsnachweise bedarf. Die BAGFW fordert den Gesetzgeber daher erneut auf, auch im Sinne der Entbürokratisierung, endlich das Präqualifizierungserfordernis in § 126 Absatz 1a SGB V ersatzlos zu streichen, wie dies bereits im Eckpunktepapier zu einem Entbürokratisierungsgesetz in der vergangenen Wahlperiode statuiert war.

Änderungsbedarf:

Streichung der Wörter „*je nach Qualifikationsniveau*“ in § 17a Absatz 1 Satz 1 Nummer 1.

Streichung des Präqualifizierungserfordernis in § 126 SGB V.

§ 18e: Modellvorhaben zur Begutachtung durch in Pflegefachpersonen in Pflegeeinrichtungen

Es ist nicht länger tragbar, dass Pflegebedürftige und Pflegeeinrichtungen Monate lang auf einen Bescheid bei einem Antrag auf einen höheren Pflegegrad warten. Die BAGFW setzt sich schon seit längerem dafür ein, dass Höherstufungsanträge von Pflegeeinrichtungen, die vom Medizinischen Dienst nach Aktenlage begutachtet werden, automatisch stattgegeben werden und die Höherstufung als genehmigt gilt, da Pflegefachpersonen aufgrund ihrer fachlichen Expertise im Rahmen der Pflegeplanung und Pflegeprozessverantwortung gesichert einschätzen können, ob ein höherer Pflegegrad als der gegenwärtig beantragte vorliegt. Anders als bei Anträgen zur Höherstufung umfasst die Begutachtung noch die Erstellung des Gutachtens mit allen Details, wie z.B. Auswertung der Arztberichte etc. Eines Modellvorhabens bedarf es daher nicht.

Im Rahmen der Datenerfassung zur Berechnung der Qualitätsindikatoren in der stationären Pflege sowie der Pflegeplanung werden alle Daten erhoben. Eine gesonderte Begutachtung bei Bewohnenden mit bereits vorhandenem Pflegegrad ist somit nicht mehr nötig. Bei den Qualitätsprüfungen (i.d.R. einmal jährlich), kann die Einstufung durch den Medizinischen Dienst auf Richtigkeit überprüft werden.

Änderungsbedarf:

In § 18a Absatz 2 ist nach Satz 1 folgender Satz 2 einzufügen: **„Der Versicherte ist in seinem Wohnbereich zu untersuchen. In stationären Einrichtungen besteht die Möglichkeit, dass eine Untersuchung im Wohnbereich bei Höherstufungsanträgen unterbleibt, sofern die Aktenlage eindeutig ist und es sich nicht um ein Widerspruchsverfahren handelt“.**

§ 28 Absatz 5: Aufnahme der Behandlung durch Pflegefachpersonen, Pflegeprozessverantwortung in den Katalog der Leistungsarten des SGB XI

Die Aufnahme der neuen Heilkundenausübung von bisher ärztlichen Leistungen durch Pflegefachpersonen und die Leistung der Pflegeprozessverantwortung in den Leistungskatalog des SGB XI ist folgelogisch. **Auf Schärfste zu kritisieren ist jedoch, dass die Leistungen der Behandlung durch Pflegepersonen nach § 15a Absatz 1 Nummer 1 und 3 SGB V als heilkundliche Leistungen Bestandteil der medizinischen Behandlungspflege sein sollen.** Medizinische Behandlungspflege wird im Wege der Delegation erbracht und ist somit keine eigenverantwortlich durch Pflegefachpersonen zu erbringende Leistung. Die geplante Neuregelung ist somit ein gravierender Webfehler im System. Da die medizinische Behandlungspflege im Teilleistungssystem des SGB XI größtenteils aus dem Eigenanteil der Pflegebedürftigen finanziert wird, anstatt in die Finanzierungsverantwortung des SGB V übertragen zu werden, werden stationäre Pflegeeinrichtungen keine Pflegefachpersonen mit entsprechender erweiterter heilkundlicher Qualifikation beschäftigen (s. A. Kommentierung zu § 119b SGB V).

Änderungsbedarf:

§ 28 Absatz 5 SGB XI soll lauten: **„Die Leistungen in vollstationären Einrichtungen schließen die Leistungen nach § 15a Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und 3 SGB V ein, wenn diese durch in § 15a des Fünften Buches genannte Pflegefachpersonen im Rahmen der Beschäftigung der Pflegefachpersonen bei der Pflegeeinrichtung erbracht werden. Leistungen anderer Sozialleistungsträger bleiben unberührt“.**

§ 37 Absatz 3a (neu): Inhalte des Beratungsbesuches und weitere Änderungsbedarfe bei den Beratungsbesuchen nach § 37 Absatz 3 ff.

Die Inhalte der Beratungsbesuche nach § 37 Absatz 3 werden um zwei Aspekte erweitert: Künftig haben die Beratenden auch auf die Möglichkeit der Inanspruchnahme von Pflegekursen nach § 45 sowie auf sonstige, geeignete Beratungs- oder Hilfsangebote hinzuwei-

sen. Dies wird begrüßt; die BAGFW hat in den letzten Jahren wiederholt die hohe Bedeutung der Pflegekurse nach § 45 SGB XI herausgehoben. **Eine Information über die Möglichkeit der Inanspruchnahme von Pflegekursen nach § 45 SGB XI, auch in der häuslichen Umgebung des Pflegebedürftigen, kann jedoch nur dann zielführend erfolgen, wenn diese Ansprüche flächendeckend eingelöst werden können. Hierzu sehen wir den dringenden gesetzlichen Regelungsbedarf der Vereinheitlichung vertraglicher Regelungen der Pflegekassen mit den Leistungserbringern (inkl. Kontrahierungszwang) bei § 45 SGB XI** (siehe 'Weitere Änderungsbedarfe').

Die Umwandlung der Verpflichtung von Pflegebedürftigen der Pflegegrade 4 und 5, vierteljährig einen Beratungsbesuch abzurufen, in eine "Kann"-Regelung wird begrüßt, da sie die unterschiedlichen Bedarfe der höheren Pflegegraden abbildet.

Zudem sollten alle Pflegebedürftigen der Pflegegrade 1 bis 5, also auch diejenigen, die ohne Unterstützung durch einen ambulanten Pflegedienst versorgt werden, einen Anspruch auf Pflegeprozessverantwortung einschließlich Erst- und Folgegespräche, ggf. unter Einbeziehung der An- und Zugehörigen, wenn dies der Versicherte wünscht, haben. Dies ist vor allem zu Beginn der Pflegebedürftigkeit, bei jeder wesentlichen Änderung des Gesundheitszustands und/oder Wechsel der Pflegeperson, bei einer Veränderung des Pflegegrads, bei einer Änderung des Pflegesettings z. B. nach Krankenhausaufenthalt oder Kurzzeitpflege erforderlich. Außerdem entspricht dieser Ansatz auch der Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs, der der Förderung der Selbständigkeit und Selbstpflegekompetenz des pflegebedürftigen Menschen sowie der Anleitung, Schulung und Edukation der Pflegepersonen einen expliziten Stellenwert zumisst.

Alle pflegebedürftigen Menschen, die Leistungen nach dem SGB XI erhalten, müssen somit Erst- und Folgegespräche sowie bei Bedarf interdisziplinäre Fallbesprechungen als eigenständige Sachleistung, mithin ohne Anrechnung auf die Sachleistungen nach § 36 SGB XI erhalten können. Wichtig ist dabei im Hinblick auf die Pflegeprozessverantwortung, dass diese nicht an die in § 37 Absatz 3 Satz 1 und 2 genannten Verpflichtungen zum Abrufen bzw. an die Rechtsansprüche auf einen Beratungsbesuch gebunden sind, sondern dass die Beratungsbesuche auch bedarfsbezogen häufiger erfolgen können.

Auf Wunsch der pflegebedürftigen Personen und auch von Pflegediensten finden zunehmend Videoberatungen nach § 37 Absatz 3 SGB XI statt. Ein sicherer Umgang mit den dabei ausgetauschten Daten ist aus Sicht der BAGFW eine wichtige Voraussetzung und wird aktuell durch die Bedingung erreicht, Videoberatungen nur mit nach § 365 SGB V zertifizierten Videodiensteanbietern durchzuführen. Mit der Einführung des TI-Messengers zum 15.07.2025 haben gesetzlich Versicherte nun einen sicheren Messengerdienst auf ihrem Smartphone, über den auch Videotelefonie möglich ist. Daher sollte **im Sinne der Nutzerfreundlichkeit zukünftig neben den zertifizierten Videodiensten für Videoberatungen gemäß § 37 Absatz 3 SGB XI auch Videokommunikation mit dem TI-Messenger der Versicherten optional möglich sein**; dieser wird als Anwendung der Telematikinfrastruktur höchsten Sicherheitsanforderungen gerecht.

Nach § 37 Absatz 3c Satz 1 ist die Vergütung für die Beratung von der für die pflegebedürftige Person zuständigen Pflegekasse oder dem privaten Versicherungsunternehmen zu tragen, im Fall der Beihilfeberechtigung anteilig von dem zuständigen Beihilfeträger.

Die BAGFW begrüßt die hier vorgenommene klarstellende Ergänzung, dass die Vergütung auch die betriebsnotwendigen Investitionsaufwendungen umfasst.

Nach § 37 Absatz 5 beschließen die Vertragsparteien nach § 113 gemeinsam die Empfehlungen zur Qualitätssicherung der Beratungsbesuche. Jedoch stellen nach § 37 Absatz 4 einseitig der GKV- Spitzenverband und die privaten Versicherungsunternehmen für die Beratungsbesuche ein einheitliches Formular zur Dokumentation zur Verfügung. Letztere beschließen auch einseitig die Richtlinien zur Aufbereitung, Bewertung und standardisierten Dokumentation der Erkenntnisse sowie der Umsetzung der Empfehlungen nach Absatz 3a Satz 3 und 4 aus dem jeweiligen Beratungsbesuch durch die Pflegekasse oder das private Versicherungsunternehmen.

Nach Auffassung der in der BAGFW kooperierenden Spitzenverbände sollten sowohl die Inhalte des Formulars zur Dokumentation der Beratungsbesuche nach Absatz 4 Satz 2 als auch deren digitale Übermittlung nach Absatz 4 Satz 3 neu und die Richtlinie nach Absatz 5 durch die gemeinsam Vertragsparteien nach § 113 SGB XI beschlossen werden.

Änderungsbedarf:

§ 37 ist um folgenden Absatz 2a zu ergänzen:

„Pflegebedürftige, die Pflegegeld nach Absatz 1 beziehen haben Anspruch auf eine pflegefachliche Prozessverantwortung, einschließlich Erstgespräch ggf. unter Einbeziehung der An- und Zugehörigen zu Beginn der Pflegebedürftigkeit, bei jeder wesentlichen Änderung des Gesundheitszustands und/oder Wechsel der Pflegeperson, bei einer Veränderung des Pflegegrades, bei einer Änderung des Pflegesettings z. B. nach Krankenhausaufenthalt, Kurzzeitpflege.“

In § 37 Absatz 3 Satz 5 ist aufzunehmen:

“Bei der Durchführung der Videokonferenz sind die nach § 365 Absatz 1 Satz 1 des Fünften Buches vereinbarten Anforderungen an die technischen Verfahren zu Videosprechstunden oder ein sicheres Übermittlungsverfahren nach § 311 Absatz 6 SGB V mit einer Benutzeroberfläche nach § 342 Absatz 2 Nummer 1 Buchstabe b SGB V einzuhalten.“

In § 37 Absatz 4 Satz 2 und § 37 Absatz 5a sind die Worte “Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen stellt mit dem Verband der privaten Versicherungsunternehmen” und “Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen beschließt mit dem Verband der privaten Krankenversicherung” durch **“die Vertragsparteien nach § 113”** zu ersetzen.

§§ 39a, 40a, 40b, 78a: Digitale Pflegeanwendungen

Die BAGFW befürwortet die Vereinfachung des Zulassungsverfahrens zur Nutzung von digitalen Pflegeanwendungen. Die Klarstellung, dass digitale Pflegeanwendungen zum Ziele der Entlastung pflegender Angehöriger oder sonstiger ehrenamtlich Pflegenden auch ohne das Vorliegen von Pflegebedürftigkeit und ohne den Nachweis des pflegerischen

Nutzens eingesetzt werden können, erweitert den Anwendungsbereich und beschleunigt den Zulassungsprozess, was die BAGFW begrüßt.

Die Erprobung der Wirksamkeit für einen festgelegten Zeitraum anstelle von vorab vorzulegenden Nachweisen würde ein Hindernis in der bisherigen Regelung aus dem Weg räumen. Allerdings profitieren zu Hause gepflegte Personen durch eine fundierte Einschätzung von digitalen Pflegeanwendungen durch das BfArM in einer herausfordernden Lebensphase mit einer häufig für Betroffene unübersichtlichen Informationslage. Eine vorläufige Aufnahme in das Verzeichnis für digitale Pflegeanwendungen lehnt die BAGFW daher ab.

Die BAGFW hat in vorigen Stellungnahmen mehrfach darauf hingewiesen, dass 50 Euro für den Einsatz von digitalen Pflegeanwendungen nicht ausreichen werden und begrüßt daher die Anhebung der Gesamtsumme auf 70 Euro. Die Aufteilung des Leistungsbetrages schafft auch für die sich anschließenden Verhandlungen für die ergänzenden Unterstützungsleistungen hilfreiche Transparenz.

§ 41: Tagespflege und Nachtpflege I. V. § 75 SGB XI

Der Ausbau von Tages- und Nachtpflegeangeboten scheitert derzeit nicht an der Bereitschaft von Pflegeanbietern, sondern an den starren Zulassungsbedingungen sowie dem zu geringen Leistungsbetrag nach § 41 SGB XI für die Tagespflege. Eine stundenweise Aufnahme in die Tagespflege, flexiblere Öffnungszeiten oder Zweigstellen in ländlichen Regionen würden passgenauere Angebote ermöglichen, sind jedoch angesichts der Zulassungsvoraussetzungen der Pflegekassen nicht umsetzbar. Tagespflegeeinrichtungen sind aufgrund von räumlichen und personellen Vorgaben in der Regel erst ab 12 pflegebedürftigen Personen wirtschaftlich zu betreiben. In ländlichen Regionen ist dies jedoch oftmals schwer zu erreichen. Auch die Nachtpflege hat sich bisher nicht etabliert, da der Bedarf zu gering ist, um eine Nachtpflege rentabel anzubieten. Dem könnte z.B. durch eine Kombination aus Nacht- und Tagespflege begegnet werden.

Weiterer Änderungsbedarf

- In einzelnen Regionen mit geringer Bevölkerungsdichte ist der Aufbau eines regulären Tagespflegeangebots besonders erschwert, u.a. aufgrund der o.g. geringen Nachfrage und zu langen Fahrtzeiten der Beförderung. **Um dem gesetzlichen Anspruch des Pflegebedürftigen auch in mit regulärer Tagespflege unterversorgten Regionen entsprechen zu können, soll aus unserer Sicht von den strukturellen Voraussetzungen des Rahmenvertrages zur Tagespflege in der jeweils gültigen Fassung abgewichen werden können.** Dies soll insbesondere durch Zweigstellen der Tagespflegeeinrichtungen ermöglicht werden. Dadurch wird den Kommunen und Leistungsanbietern ermöglicht, flexibel auf die individuellen Bedarfe bei der Inanspruchnahme abgestimmter Leistungsangebote einzugehen.
- **Es könnte geprüft werden, § 41 durch eine zu § 43 Absatz 2 Satz 3 analoge Regelung zu ergänzen:** *“Abweichend von Satz 1 übernimmt die Pflegekasse auch Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung, soweit der nach Satz 2 gewährte Leistungsbetrag die in Satz 1 genannten Aufwendungen übersteigt.”* Zudem sollte

geprüft werden, ob der Gemeinsame Jahresbetrag nach § 42a auch für Kosten der Unterkunft und Verpflegung und Fahrtkosten geöffnet werden kann.

- **Die BAGFW weist darauf hin, dass bei der Tagespflege auch die Kosten für einen Fahrdienst in den Blick genommen werden müssen.** Seit mehreren Jahren weist sie darauf hin, dass die Sicherstellung des Fahrdienstes auch in der Tagespflege immer schwieriger wird, zum einen aufgrund des Personalmangels, zum anderen aufgrund der gestiegenen Sachkosten in diesem Bereich. Ein Grund für den Personalmangel ist, dass die Pflegeeinrichtungen für den Transport in und von der Tagespflege unangemessen hohe Anforderungen zu erfüllen haben, die beispielsweise beim Transport von Kindern in Kitas oder Schulen oder von kranken Menschen zur ambulanten Behandlung nicht zu erfüllen sind. Die BAGFW fordert daher seit langem, die Tagespflege in gleicher Weise von diesen Anforderungen freizustellen. **Dazu ist in der Verordnung über die Befreiung bestimmter Beförderungsfälle von den Vorschriften des Personenbeförderungsgesetzes (Freistellungs-Verordnung) § 1 um eine neue Nummer 8 ergänzt werden, die die Tagespflege von den Vorschriften freistellt.**

§ 45h, § 92c & § 125d: Leistungen in gemeinschaftlichen Wohnformen mit Verträgen zur pflegerischen Versorgung gemäß § 92c i.V. mit § 45f Zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohnformen und Modellvorhaben zur Erprobung der Flexibilisierung der Leistungserbringung stationärer Pflegeeinrichtungen gem. § 125d

Die §§ 45h und 45f werden hier aufgrund ihres argumentativen Gesamtzusammenhangs gemeinsam kommentiert: Mit dem neuen § 45h schafft der Gesetzgeber eine neue ambulante Form des gemeinschaftlichen Wohnens, wie sie bislang in § 38a – jetzt nach neuer Systematik, aber inhaltlich unverändert – in § 45f verankert wurde. Die BAGFW begrüßt Ansätze zur Weiterentwicklung von neuen Wohnformen, seien sie ambulant oder stationär, grundsätzlich. **Der Schaffung eines hybriden „dritten Sektors“, wie hier vorgesehen, steht die BAGFW jedoch kritisch gegenüber**, denn die Regelung schafft statt mehr Flexibilisierung mehr Abgrenzungsfragen und ist hinsichtlich vertraglicher, finanzieller und ordnungsrechtlicher Folgen sowohl für Träger als auch Pflegebedürftige und deren Angehörige nicht einschätzbar. Durch die vorgesehenen Regelungen entstehen zahlreiche zusätzliche Regelungsbedarfe im Bereich der Qualitätssicherung, Vertragsgestaltung und anderen gesetzlichen Regelungen (Brandschutz, Hygiene, WBVG, HGBP etc.). Weiterhin müssen auch neue Abrechnungsmodelle entwickelt werden. Auch könnte zur Flexibilisierung im ambulanten Bereich eine Zeitvergütung beitragen, bei der pflegebedürftige Menschen ein inhaltliches Wunsch- und Wahlrecht erhalten, welche Leistung in der vereinbarten Zeit in Anspruch genommen werden. Außerdem könnte mehr Flexibilisierung des ambulanten Vertragsrechts bspw. mit Blick auf angestrebte „Basispakete“ erfolgen.

Insoweit ist es aus Sicht der BAGFW nur ratsam, die Ideen und die mit dieser Regelung bezweckten Ziele im bestehenden System zu verfolgen: **Insgesamt muss es dabei aus Sicht der BAGFW in der Langzeitpflege um eine Überwindung der Sektorengrenzen gehen, nicht um die Schaffung eines neuen Sektors.** Stationären Pflegeeinrichtungen muss es ermöglicht werden, sich zu Orten weiterzuentwickeln, an denen ein sehr differenziertes Angebot an pflegerischer Unterstützung ermöglicht und Versicherte selbst entscheiden können, welche Leistungen sie in Anspruch nehmen wollen. Versicherten würde

damit mehr Selbstbestimmung ermöglicht und der Einsatz bspw. von pflegenden Angehörigen könnte die Kosten für die Versicherten deutlich senken, ohne einen neuen Sektor zu eröffnen. § 125d (neu) ist diesbezüglich ein Ansatz. Die dort in Nummer 2 vorgesehene Erprobung von Möglichkeiten zur Erbringung von pflegerischen Leistungen durch stationäre und teilstationäre Pflegeeinrichtungen im Quartier, ist für die Weiterentwicklung der stationären Pflegeeinrichtungen essenziell und wird daher begrüßt. **Für die Erprobung des dauerhaften Einbezugs von Angehörigen in die stationäre Versorgung und die damit verbundenen Möglichkeiten professionelle Leistungen abzuwählen, wie sie in § 125d Nummer 1 vorgesehen ist, gibt es aus unserer Sicht allerdings keinen Bedarf.**

Zum einen wird diese bereits in § 92d mit dem Basis- und Wahlpaket vollzogen. Zum anderen wird die Einbindung der Angehörigen in der Praxis schon heute in der stationären Pflege zum Teil umsetzbar, wie z.B. im Hausgemeinschaftskonzept der BeneVit Holding GmbH ("stambulant") oder im Krefelder Modell. Ein Bedarf an weiterer Erprobung besteht aus unserer Sicht nicht, auch weil im Weiteren die Möglichkeit zu Gesamtversorgungsverträgen besteht. Gleichwohl sollte die sich dann entwickelnde Versorgungslandschaft evaluiert werden. Die bereits gelebten Versorgungsmodelle können durch Anpassung der Landesrahmenverträge in die Regelversorgung überführt werden, indem der Umfang der Abwahlmöglichkeiten und Vergütungsabschläge festgelegt werden kann. Dadurch würde auch schnell eine sektorübergreifende Versorgung ermöglicht.

Mit der mit der angestrebten Regelung nach § 45h wird kein echter sektorenübergreifender Ansatz verfolgt und stattdessen der Weiterentwicklung bestehender ambulanter Wohngemeinschaften im großen Umfang Unsicherheit erzeugt. Hier stellen sich viele Fragen, die zwingend vor einer Einführung einer solchen neuen Leistung oder Versorgungsform oder "drittem Sektor" zu beantworten wären:

- Warum wird der Anspruch auf Leistungen der häuslichen Krankenpflege reglementiert, indem bestimmte Leistungen nur im Rahmen eines Basisbudgets in Anspruch genommen werden können?
- Warum gibt es keinen Anspruch auf Kurzzeitpflege (für Krisensituationen, Urlaub etc. inkl. der Möglichkeit zur Verwendung des Gemeinsamen Jahresbetrags nach § 42a SGB XI), auf Entlastungsleistungen für pflegende Angehörige, auf Verhinderungspflege sowie auf Reha- und Vorsorgeleistungen für pflegende Angehörige, wenn die Inanspruchnahme von Kombinationsleistung vorgesehen ist, oder auch auf das Tagespflegesachleistungsbudget?
- Warum gilt nicht der Anspruch auf Prävention und Gesundheitsförderung nach § 5, der für die ambulante Versorgung geöffnet wird?
- Wie funktioniert das Zusammenspiel nicht abwählbarer Leistungen (Basispaket) mit Wahlleistungen, bspw. hinsichtlich der Eigenanteile, bei weiter steigenden Kosten oder wenn Basis-HKP und weitergehende HKP-Leistungen von unterschiedlichen Pflegediensten erbracht werden?
- Schließt der Pflegedienst mit den Pflegekassen für das Basispaket für jede „Wohngemeinschaft“ separat einen § 89-Vergütungsvertrag ab, der sich dann auf eine Wohnadresse der gemeinschaftlich Wohnenden bezieht?

- Oder formuliert der Pflegedienst unterschiedliche Basispakete, die sich z. B. danach unterscheiden, ob es sich um ein Angebot für die Gruppengröße von 6 oder 8 oder 12 Versicherten handelt, mit der Folge, dass mit den Pflege- und Krankenkassen die Vergütung für jedes einzelne Basispakete verhandelt werden muss?
- Wie kann das Modell in Einklang mit dem neuen Pflegeverständnis gebracht und Personenzentrierung sowie individuelle Versorgung gewährleistet und gefördert werden, wenn die Versorgung bspw. in sehr großen Wohngemeinschaften/ Wohngemeinschaftskomplexen stattfindet?
- Warum sollen die Grundsätze der Qualitätssicherung ohne theoretische und praktische Grundlage in einem ambitionierten Zeitraum definiert und erst im Nachgang wissenschaftliche Instrumente und Verfahren entwickelt werden?

Vor dem Hintergrund dieser vielen offenen Fragen stellt sich der BAGFW nicht nur die Frage, warum der Gesetzentwurf keine Weiterentwicklung der guten Ansätze der ambulant betreuten Wohngruppe nach § 45f vorsieht. Wesentliche Punkte zur Weiterentwicklung ambulanter Wohngemeinschaften liegen auf der Hand: **Die BAGFW hat zuletzt im Rahmen des PUEG vorgeschlagen, den Leistungsbetrag für die Präsenzkraft von 224 Euro deutlich zu erhöhen. Er könnte beispielsweise auf die in § 45h vorgesehenen 450 Euro erhöht werden.** Aus der Praxis liegen den Verbänden der Freien Wohlfahrtspflege vielfältige Rückmeldungen vor, dass ihre Existenz gegenwärtig gefährdet ist.

Um mehr Versorgungssicherheit in den ambulant betreuten Wohngruppen zu schaffen, sollte es zudem ermöglicht werden, **anstelle der Präsenzkraft eine Pflegefachperson** zu beschäftigen und § 38a, jetzt § 45f (neu) Absatz 1 Nr. 4 entsprechend zu öffnen, damit Menschen in dieser Wohnform die Versorgung erhalten können, die sie benötigen.

Die Regelungen der ambulant betreuten Wohngruppen haben gegenüber den ambulanten gemeinschaftlichen Wohnformen den Vorteil, dass weder die Leistungen nach § 36 SGB XI noch nach § 37 SGB V eingeschränkt sind und trotzdem die Unterstützung durch Angehörige möglich ist. Schon heute gibt es Möglichkeiten, in stationären Einrichtungen Leistungen pflegender Angehörige einzubeziehen und dadurch den Eigenanteil zu reduzieren. Auch können sich stationäre Pflegeeinrichtungen bereits heute ins Quartier öffnen. Diese Möglichkeiten sollten jedoch dahingehend erweitert werden, dass stationäre Pflegeeinrichtungen im Rahmen eines Gesamtversorgungsvertrags auch ambulante Leistungen erbringen können.

Aus den oben genannten Gründen, Bedenken, Fragen und den aufgezeigten Möglichkeiten der Weiterentwicklung bestehender Strukturen, sowie der unabsehbaren Konsequenzen eines dritten Sektors schlägt die BAGFW vor, neue ambulante Wohnformen und die Öffnung der stationären Wohnformen zu erproben, um dort Innovation voranzutreiben. Auch der Bundesrat setzt sich in seiner Stellungnahme vom 26.9.2025 dafür ein, aufgrund der vielen offenen Fragen die gemeinschaftlichen Wohnformen aus dem aktuellen Gesetzentwurf herauszulösen und in der BLAG zu diskutieren, inwieweit statt weiterer bürokratischer Sonderregelungen im SGB XI Alternativen für eine bedarfsgerechte Versorgung unabhängig vom Ort der Leistungserbringung erfolgen kann.

§ 45e: Förderung der Zusammenarbeit in Netzwerken

Wir begrüßen die Regelung im Gesetzentwurf, dass es mehrere Netzwerke im Kreis oder in der kreisfreien Stadt geben kann.

Weiterer Änderungsbedarf

Die maximale Fördersumme pro Netzwerk sollte von 30.000 auf 45.000 Euro erhöht werden, um einen Anteil von 0,75 VZÄ-Stelle von insgesamt 1 VZÄ-Stelle, die aus Sicht der Freien Wohlfahrtspflege für eine adäquate Koordination erforderlich ist, fördern zu können. **Um Tarifsteigerungen Rechnung tragen zu können, sollte die Fördersumme jährlich dynamisiert werden.**

Auch hier würde sich förderlich auf die Etablierung von (neuen) Netzwerken auswirken, wenn der Antragsteller nur gegenüber der zuständigen Pflegekasse die Förderung beantragt und eine Mitfinanzierung der Kommunen eigenständig durch die Pflegekasse im Nachgang erfolgt.

§ 69: Sicherstellungsauftrag - Berücksichtigung von Erkenntnissen aus der regionalen Pflegestrukturplanung, den Empfehlungen der Ausschüsse nach § 8a sowie der Anzeigen von Pflegeeinrichtungen zu Beeinträchtigungen bei Versorgungsverträgen

Die BAGFW begrüßt nachdrücklich, dass der Sicherstellungsauftrag der Pflegekassen auch die Erkenntnisse aus der regionalen Pflegestrukturplanung in Form der Empfehlungen der (sektorenübergreifenden) Landespflegeausschüsse sowie der regionalen Ausschüsse nach § 8a Absätze 1 bis 3, die Erkenntnisse aus der Evaluation der regionalen Versorgungsstruktur nach § 12 Absatz 2 sowie die Problemanzeigen der Pflegeeinrichtungen bei eingetretenen Versorgungsmängeln zwingend berücksichtigen müssen. Eine gute regionale Pflegestrukturplanung kann nur gelingen, indem alle relevanten Akteure – Pflegekassen, Kommunen und Leistungserbringer – in einer Pflegekonferenz über die pflegerische Versorgungsstruktur vor Ort beraten und gemeinsam und auf Augenhöhe verbindliche Entscheidungen über die erforderliche Pflegeinfrastruktur treffen.

§ 72: Zulassung zur Pflege durch Versorgungsvertrag

Abs. 1a (neu): Einbeziehung der Pflegestrukturplanung von Ländern und Kommunen vor Abschluss eines Versorgungsvertrags

Die BAGFW begrüßt, dass der Gesetzentwurf weiterhin den Pflegeeinrichtungen ermöglicht, einen Versorgungsvertrag abzuschließen, sofern sie dies wünschen. Gleichzeitig bedarf es regional der Planung, Förderung und Steuerung durch alle beteiligten Akteure, um Versorgungssicherheit zu gewährleisten. Daher wird begrüßt, dass beim Abschluss des Versorgungsvertrags die Empfehlungen des Landespflegeausschusses oder – soweit bestehend – des sektorübergreifenden Ausschusses nach Absatz 2 oder des regionalen Ausschusses nach Absatz 3 und die kommunale Pflegestrukturplanung zu beachten ist.

Im Zuge dieser Neuregelung ist der in § 8a Absatz 5 angelegte Einbezug der Ausschüsse nach § 8a Absätze 1 bis 3 zu beachten, wonach deren Empfehlungen künftig von den Beteiligten bei den Verträgen nach dem Siebten und Achten Kapitel zu beachten sind. Sofern dies alles einer (regionalen) Pflegestrukturplanung Vorschub leisten soll, sprechen wir uns dafür aus, Mittel und Wege zu prüfen, dies in § 9 SGB XI nach Landesrecht flächendeckend verpflichtend zu machen, damit etwaige Blockaden in den Landespflegeausschüssen nicht zum Tragen kommen können.

§ 72 Abs. 3b: Flexibilisierungen bei der Umsetzung der Tariftreueregelungen zum regional üblichen Entgeltniveau

Pflegeeinrichtungen, die nicht an Tarifverträge oder kirchliche Arbeitsrechtsregelungen gebunden sind, erhalten bei Änderungen bei Tarifverträgen oder kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen nach deren Veröffentlichung durch die Pflegekassen künftig drei statt zwei Monate Zeit für deren Umsetzung. Diese **Regelung wird abgelehnt, da sich aus der späteren Anpassung der Tarife durch die Tarifanlehner ein Wettbewerbsnachteil für an Tarifverträge oder an kirchliche Arbeitsrechtsregelungen gebundenen Pflegeeinrichtungen gegenüber den nicht-tarifgebundenen Einrichtungen ergibt.**

Die Regelung verursacht zudem in der Refinanzierung gesteigerter Löhne in der Praxis Probleme. Die Kostenträger argumentieren, dass die Einrichtungen Lohnsteigerungen erst nach dem im Gesetz genannten Zeitraum umsetzen müssen und gewähren daher bspw. für den TVöD, der rückwirkend zum 01.04.2025 in Kraft getreten ist, nur eine Vergütungssteigerung, die eine Umsetzung ab dem 01.07.2025 berücksichtigt (auch weil in diesem Fall dieses Datum in der Veröffentlichung nach § 82c Abs. 5 SGB XI vom 28. Mai 2025 aufgenommen ist). Damit erhalten die TVöD-Anlehner geringere Vergütungssteigerung (es werden die ersten drei Monate der Tarifumsetzung nicht anerkannt), unabhängig davon, ob sie die Gehälter - wie im eigentlichen Tarifabschluss vorgesehen - bereits ab dem 01.04.2025 umgesetzt haben. Die Kostenträger argumentieren ferner, dass eine Bezahlung für einen rückwirkenden Zeitraum eine übertarifliche Bezahlung bedeute, die aus ihrer Sicht eine Gesetzesänderung erforderlich mache.

Weiterer Änderungsbedarf

Ungeachtet der Tatsache, dass eine Tarifbindung weiter gefördert werden muss, wäre in der Gesetzesbegründung eine Klarstellung hilfreich, dass mit dieser Regelung das Vergütungsrecht nicht eingeschränkt oder ausgehebelt wird. Konkret sollte dort aufgenommen sein, dass es sich bei der Regelung im Sinne des Zulassungsrechts um den Zeitraum handelt, bis zu dessen Ende die Gehaltsanpassung erfolgt sein muss. Dies schließt nicht aus, dass die an einen Tarifvertrag angelehnten Pflegeeinrichtungen die Anpassung der Entgelte für ihre Mitarbeiterenden auch nach den gleichen Fristen vornehmen können, wie dies der Tarifvertrag vorsieht und von tarifgebundenen Einrichtungen vorgenommen wird. Damit erfolgt zugleich keine übertarifliche Bezahlung und die gestiegenen Lohnkosten sind entsprechend bei den Vergütungsverhandlungen anzuerkennen.

Hilfreich wäre auch eine Klarstellung dahingehend, dass von den Pflegeeinrichtungen innerhalb der genannten Frist die Tarifsteigerungen vollständig umgesetzt werden müssen. Danach müssten sie die geänderten Entgelte analog der Tarifeinigung, im Falle eines rückwirkenden Inkrafttretens auch für den rückwirkenden Zeitraum, umsetzen.

§ 72 Abs. 3e: Meldeverfahren der tarifgebundenen bzw. an kirchliche Arbeitsrechtsregelungen gebundenen Pflegeeinrichtungen zukunftsgerecht ausgestalten, Einrichtungen entlasten, Fehlerquellen beseitigen i. V. § 82c SGB XI Wirtschaftlichkeit von Personalaufwendungen

Das grundsätzliche Ziel des Gesetzgebers, das Meldeverfahren nach § 72 Absatz 3e SGB XI zu vereinfachen und zu entbürokratisieren wird geteilt. In der Begründung zu den Änderungen zu § 72 Absatz 3e wird angeführt, dass sich die gesetzlichen Änderungen auf Empfehlungen von Workshops, die im Jahr 2024 mit Tarif- und Branchenexpertinnen durchgeführt wurden, stützen. Diese sind Teil einer Evaluation nach § 72 Absatz 3f SGB XI, deren Ergebnisse jedoch noch nicht öffentlich vorliegen. Eine gesetzliche Änderung vor Veröffentlichung des Gesamtergebnisses ist für uns schwierig zu bewerten.

Das Melde- und Berechnungsverfahren nach § 72 Absatz 3e SGB XI stellt eine bürokratische Belastung für tarifgebundene oder an kirchliche Arbeitsrechtsregelungen gebundene Pflegeeinrichtungen dar, sodass Änderungen im Verfahren nach § 72 Abs 3e SGB XI in erster Linie auf eine Entlastung der meldepflichtigen Einrichtungen zielen müssen, die mit der Meldepflicht in der Haupturlaubszeit nur eine Zusatzbelastung haben und keinen Nutzen. Darüber hinaus können Änderungen im Verfahren auch auf die Beseitigung der potenziellen Fehlerquellen im Berechnungsverfahren abzielen.

Die BAGFW bewertet es deshalb sehr positiv, dass der Stichtag für den Meldeschluss vom 31. August auf den 31. Juli des Jahres vorgezogen wurde.

Des Weiteren begrüßt die BAGFW die in der Gesetzesbegründung dargestellte Ausweitung des Meldezeitraums auf drei Monate vom 01. Mai bis 31. Juli ausdrücklich. Dies gibt den Pflegeeinrichtungen deutlich mehr Zeit zur Erfassung der Daten, erhöht damit auch die Datenqualität und reduziert die Zusatzbelastungen der meldepflichtigen Pflegeeinrichtungen während der Haupturlaubszeit.

Weiterer Änderungsbedarf bzgl. des Meldezeitraums

Um Rechtssicherheit zu schaffen, schlagen wir vor, **die Ausweitung des Meldezeitraums auf den Zeitraum vom 01. Mai bis zum 31. Juli eines Jahres ausdrücklich auch in den Gesetzestext aufzunehmen.** Außerdem ist der **Stichtag für die zu meldenden kollektivvertraglichen Regelungen auf den 01. Mai eines Jahres vorzuverlegen**, damit auch die Ausweitung des Meldezeitraums wirklich zur Anwendung kommen kann. **In § 72 Absatz 3e Nummer 1 ist deshalb der 01. Juli eines Jahres durch den 01. Mai eines Jahres zu ersetzen.**

Außerdem ist in § 72 Absatz 3e SGB XI klarzustellen, dass neben den Pflegeeinrichtungen auch Träger von Einrichtungen zur Abgabe der Meldungen nach § 72 Absatz 3e SGB XI berechtigt sind.

Neu aufgenommen wurde, dass im Rahmen der Evaluation nach § 72 Absatz 3f bis spätestens 30. Juni 2026 auch zu prüfen ist, inwiefern das Verfahren und die Methode zur Ermittlung der regional üblichen Entlohnungsniveaus vereinfacht werden können. Diesen dringend erforderlichen Schritt zu einer Entbürokratisierung dieser Regelung ist für die tarifgebundenen Einrichtungen zwingend geboten, denn die Regelung erfordert umfangreiche Datenmeldungen und einen hohen personellen und zeitlichen Aufwand der kollektivvertraglich gebundenen Pflegeeinrichtungen und Pflegedienste. Ausweislich der Gesetzesbegründung wurden im Rahmen des bestehenden Evaluationsauftrags – gemeinsam mit externen tarif- und branchenspezifischen Expertinnen und Experten – mögliche alternative Datenerhebungs- und Berechnungsverfahren für ein regional übliches Entlohnungsniveau erörtert.

Diese Alternativmodelle sollen hinsichtlich ihrer Umsetzbarkeit weitergehend untersucht und dann dringend umgesetzt werden, um die tarifgebundenen Einrichtungen zu entlasten.

Als eine Alternativmethode wird dabei die Meldung der Entlohnungsdaten der beschäftigten Pflege- und Betreuungskräfte unmittelbar **auf Grundlage von** (pseudonymisierten) **Daten aus der Lohnbuchhaltung betrachtet**. Hierzu hat nach § 82c Absatz 6 Satz 9 (neu) die Geschäftsstelle dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 28. Februar 2026 zu berichten, unter welchen technischen Voraussetzungen Pflegeeinrichtungen, die im Sinne von § 72 Absatz 3a an Tarifverträge oder an kirchliche Arbeitsrechtsregelungen gebunden sind, die verpflichtenden Meldungen nach § 72 Absatz 3e Satz 1 auch aus den ihnen verfügbaren Daten ihrer Lohnbuchhaltung elektronisch übermitteln könnten.

Zu diesem Vorschlag hat sich die BAGFW bereits in der Stellungnahme zum Referentenentwurf positiv geäußert. Die BAGFW begrüßt, dass die Pflegeeinrichtungen die Möglichkeit erhalten sollten, anstelle der bisher verpflichtenden Angabe mittels manueller Erfassung der gezahlten Entlohnung ihrer beschäftigten Pflege- und Betreuungskräfte aus Tarifverträgen oder kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen die Entlohnungsdaten unmittelbar **auf Grundlage von Daten aus der Lohnbuchhaltung zu melden**. Dies kann zu einer Entbürokratisierung beitragen. Dabei könnte die elektronische Nutzung der erforderlichen Daten aus der Lohnbuchhaltung, die zur Meldung an die Sozialversicherungsträger nach der Datenerfassungs- und -übermittlungsverordnung (DEÜV) bereits digital vorgehalten werden, gegenüber dem jetzigen Verfahren zu einer deutlichen personellen und zeitlichen Entlastung des Meldeverfahrens beitragen. Außerdem könnten dadurch auch potenzielle Fehlerquellen reduziert und zugleich die Datenqualität weiter erhöht werden.

Unserer Auffassung nach kann die Meldung auf der Basis von Daten aus Lohnbuchhaltung nicht direkt umgesetzt werden, da die DEÜV-Meldung nur die Gesamtmeldung des sozialversicherungspflichtigen Bruttolohns an die Sozialversicherungsträger umfasst. Eine Unterteilung auf Vollzeitäquivalente gliedert nach den drei Beschäftigungsgruppen in der Pflege und Betreuung ist nicht vorgesehen. **Für die Schnittstellen zur/durch Übermittlung strukturierter Datensätze ist es aus unserer Sicht erforderlich eine gesetzliche Grundlage analog den Regelungen im § 28b SGB IV mit dem BEEP zu implementieren, damit diese Verfahrensvereinfachung zeitnah geschaffen werden kann, mit dann anonymisierten Daten**. Parallel dazu kann dann die Geschäftsstelle bis Ende Februar 2026 prüfen und gleichzeitig auch Vorschläge entwickeln, wie die technischen Regelungen aussehen sollten. Damit die Pflegeeinrichtungen auch bereits im Jahr 2026 die

Daten aus der Lohnbuchhaltung nutzen können ist § 72 Absatz 3e Satz 1 Nummer wie bereits im Ref-E vorgesehen, um den folgenden Halbsatz zu ergänzen: **„[...] zur Meldung der hierfür erforderlichen Angaben können die Pflegeeinrichtungen auch entsprechende, elektronisch verfügbare Daten aus ihrer Lohnbuchhaltung nutzen, die zu diesem Zweck zu pseudonymisieren sind.“**. Die an Tarifverträge oder kirchliche Arbeitsrechtsregelungen gebundenen Pflegeeinrichtungen würden mit der Meldung, die Basis für die Ermittlung des regionalüblichen Entgeltes liefern und die Durchschnittsanwender könnten auf dem gleichen Weg die Einhaltung der regionalüblichen Vergütung nachweisen. Auch hierzu könnten von der Geschäftsstelle Vorschläge entwickelt werden, da ausweislich der Gesetzesbegründung auch mögliche Synergien zum Nachweisverfahren gemäß § 84 Absatz 7 geprüft werden sollen.

§ 73a: Verfahren zu Beeinträchtigung bei Versorgungsverträgen

Der BAGFW-Forderung nach einer Verstetigung der Möglichkeit, das Angebot der Pflegeeinrichtung bei zum Zeitpunkt der Pflegesatzverhandlungen unvorhersehbaren wesentlichen Änderungen der Rahmenbedingungen an die neuen Bedingungen anpassen zu können, wird mit dem neuen § 73a Rechnung getragen. Aufgrund von Personalmangel sind viele stationäre und ambulante Pflegeeinrichtungen schon seit längerem gezwungen, ihr Platzangebot bzw. ihre Angebote anzupassen und einzuschränken. Es ist positiv zu bewerten, dass eine Anpassung sowohl bei absehbaren als auch bereits eingetretenen wesentlichen Änderungen erfolgen kann. Aufgrund der negativen Erfahrungen aus der Corona-Pandemie bezüglich fehlender Rückmeldungen der Kostenträger sollte nach Auffassung der BAGFW eine verbindliche Rückmeldung eingeführt werden.

Die BAGFW begrüßt die in Absatz 3 vorgesehene Berichtspflicht des Spitzenverbands Bund der Pflegekassen zur Anzahl der abgeschlossenen Versorgungsverträge und den zur Verfügung stehenden Pflegeplätzen. Der Begriff „Pflegeplatz“ und die mithin getroffene Beschränkung des Gesetzentwurfs auf den stationären Versorgungsbereich greift jedoch zu kurz. Erfasst werden sollten alle Pflegeangebote, um auch den ambulanten Bereich zu erfassen, denn auch dort herrscht in Teilen längst Unterversorgung. Der halbjährliche Bericht des GKV-SV über die Anzahl der abgeschlossenen Versorgungsverträge sowie die Pflegeplätze bzw. im ambulanten Bereich der „Anzahl der versorgten Personen“ in den einzelnen Versorgungsbereichen, inklusive der Bewertungen der Pflegekassenverbände zur Versorgungssituation in den einzelnen Ländern muss allen Beteiligten zugänglich sein.

Änderungsbedarf:

Absatz 1

Satz 3 wird wie folgt ergänzt: *“Die von der Pflegeeinrichtungen versorgten Pflegebedürftigen sind ~~hierüber~~ zu informieren, **dass die Pflegekassen gemeinsam mit der Pflegeeinrichtung und den weiteren an der pflegerischen Versorgung vor Ort Beteiligten Maßnahmen zur Sicherstellung der pflegerischen Versorgung prüfen.**”*

Absatz 2

In Satz 1 ist nach dem Wort *“Pflegekassen”* das Wort **“unverzüglich”** zu ergänzen.

Satz 4 (neu) ist wie folgt zu fassen: **“Die von der Pflegeeinrichtungen versorgten betroffenen Pflegebedürftigen sind hierüber zu informieren”.**

§ 75 Rahmenverträge: Effizienzprüfung

Die Intention, dass die Rahmenvertragspartner bei der Ausgestaltung der Anforderungen an die Rahmenverträge Effizienzgewinne prüfen sollen, ist zu begrüßen, jedoch zu konkretisieren.

Änderungsbedarf:

Der neue Absatz 1a soll wie folgt lauten:

*„(1a) Bei Verhandlungen haben die Vereinbarungspartner des Absatzes 1 zu prüfen, inwieweit **der Abschluss von Rahmenverträgen durch Digitalisierung beschleunigt werden kann und Inhalte, Anforderungen an und Prozessabläufe der Vertragsgegenstände nach Absatz 2 insbesondere durch Reduzierung, Vereinfachung oder Digitalisierung von Nachweis- und Dokumentationspflichten aufwandsärmer Anforderungen effizient ausgestaltet werden können.**“*

§ 84 SGB XI: Bemessungsgrundsätze, hier: Externer Vergleich

Mit der geplanten Neufassung von § 84 Absatz 2 Satz 7 können bei der Bemessung der Pflegesätze einer Pflegeeinrichtung die Pflegesätze derjenigen Pflegeeinrichtungen, die nach Art und Größe und Entlohnung der Mitarbeitenden sowie hinsichtlich der in Absatz 5 genannten Leistungs- und Qualitätsmerkmale im Wesentlichen gleichartig sind, angemessen berücksichtigt werden. Vergleichsdaten sind transparent darzustellen.

Damit soll dem BSG-Urteil vom 19. April 2023, Aktenzeichen B 3 P 6/22 R Rechnung getragen werden. Allerdings wird damit das Hauptproblem nicht aufgegriffen, was aus unserer Auffassung nach in der angemessenen Bemessung des Unternehmerrisikos besteht. Denn aus Sicht der BAGFW ist die **angemessene Vergütung des Unternehmerrisikos auf Basis der bestehenden gesetzlichen Regelungen nicht sichergestellt, insbesondere weil die Einführung der Tarifreue Regelungen und die Entwicklung der Bedeutung der als wirtschaftlich anzuerkennenden Gestehungskosten in diesem Bereich nicht nachvollzogen wurden.**

Auf Basis des aktuellen und insoweit seit Jahren unveränderten Wortlauts von § 84 Absatz 2 und § 89 Absatz 1 SGB XI verlangt das BSG, die Pflegesätze und Entgelte, die sich aus den als wirtschaftlich anzuerkennenden Gestehungskosten und einschließlich eines angemessenen Wagniszuschlages ergeben, abschließend einem externen Vergleich zu unterziehen. Dies gefährdet unter heutigen Rahmenbedingungen die Wirtschaftlichkeit ausgerechnet derjenigen Einrichtungen, die der gesetzgeberisch vorgegebenen Zielsetzung, in der Pflege eine tarifliche Entlohnung zu zahlen, mit einer Entlohnung am oberen Rand der als wirtschaftlich anzuerkennenden Personalaufwendungen nachkommen.

Die den Tariftreue Regelungen folgende Bezahlung der Gehälter und Entlohnungen ist einzuhalten, gilt ohne weiteres als wirtschaftlich und kann insofern auch nicht einer Kürzung im Wege des externen Marktvergleiches unterliegen.

Unter diesen Umständen ist es vollkommen unangemessen, einen externen Vergleich auf der Grundlage der gesamten Pflegesätze durchzuführen, die sich vor allem aus Personalkosten zusammensetzen. Im Wege des externen Vergleichs kommt damit im Wesentlichen nur eine Kappung der an sich für angemessen befundenen Vergütung des Unternehmerrisikos in Betracht. In der Folge sind davon dann ausgerechnet denjenigen Trägern, die, weil sie tarifgebunden oder an kirchliche Arbeitsrechtsregelungen gebunden sind und deshalb die höchsten Personalkosten und damit Pflegesätze haben, am stärksten von der Kappung des für angemessen befundenen Vergütung des Risikozuschlags betroffen. Insofern ist eine Klarstellung geboten, dass sich die Wirtschaftlichkeitsprüfung durch externen Vergleich auf die „weiteren“ pflegesatzerheblichen Aufwendungen jenseits der Personalkosten beschränken muss. Darüber hinaus muss die Informationsasymmetrie zu Lasten der Pflegeeinrichtungen aufgehoben werden, indem die Kostenträger die Datengrundlage für den konkreten externen Vergleich offenlegen.

Änderungsbedarf:

§ 84 Absatz 2 SGB XI (und entsprechende Änderung von § 89 Absatz 1 SGB XI), wie folgt:

“(2) Die Pflegesätze müssen leistungsgerecht sein. Sie sind nach dem Versorgungsaufwand, den der Pflegebedürftige nach Art und Schwere seiner Pflegebedürftigkeit benötigt, entsprechend den fünf Pflegegraden einzuteilen. Davon ausgehend sind bei vollstationärer Pflege nach § 43 für die Pflegegrade 2 bis 5 einrichtungseinheitliche Eigenanteile zu ermitteln; dies gilt auch bei Änderungen der Leistungsbeträge. Die Pflegesätze müssen in einem dem jeweiligen Pflegeheim bei wirtschaftlicher Betriebsführung ermöglichen, unter Berücksichtigung auch der betrieblich-spezifischen Einzelwagnisse seine Aufwendungen nach § 82c Absatz 1 bis 3 und seine bei wirtschaftlicher Betriebsführung entstehenden weiteren pflegesatzerheblichen Aufwendungen zu finanzieren, und seinen Versorgungsauftrag zu erfüllen und eine angemessene Vergütung seines allgemeinen Unternehmerrisikos zu erzielen unter Berücksichtigung einer angemessenen Vergütung ihres Unternehmerrisikos. Der Grundsatz der Beitragssatzstabilität ist zu beachten. Bei der Bemessung der Pflegesätze einer Pflegeeinrichtung können die weiteren pflegesatzerheblichen Aufwendungen nach Satz 4 Pflegesätze derjenigen Pflegeeinrichtungen, die nach Art und Größe sowie hinsichtlich der in Absatz 5 genannten Leistungs- und Qualitätsmerkmale im Wesentlichen gleichartig sind, angemessen berücksichtigt werden; die Vertragsparteien nach § 85 Absatz 2 Satz 1 Nr. 1 bis 3 haben hierfür alle notwendigen Informationen zur Verfügung zu stellen. Zu den notwendigen Informationen seitens der Kostenträger zählen dabei insbesondere die konkreten Vergleichsdaten der gleichartigen Pflegeeinrichtungen.”

§ 85 Absatz 5: Schiedsstellenregelung

In § 85 Absatz 5 wird die Anrufung der Schiedsstelle auch vor Ablauf von sechs Wochen ermöglicht. Dies soll allerdings nur gelten, wenn die Vertragsparteien dies gemeinsam beantragen. Damit wird jedoch diese an sich sinnvolle Regelung wieder ausgehebelt, denn in der Praxis wird nach unseren Erfahrungen eine solche Einigkeit mit Pflegekassen und Sozialhilfeträgern nicht hergestellt werden können. Stattdessen kann es den Handlungsdruck auf Seiten der Kostenträger erhöhen, wenn der häufig in die Länge gezogenen Rückmeldung der Kostenträger oder den ebenso häufig in die Länge gezogenen Nachweisanforderungen der Kostenträger mit einer früheren Anrufung der Schiedsstelle etwas entgegengesetzt werden kann und so das übliche Muster des Hinhaltens durchbrochen werden kann. Die gemeinsame Anrufung der Schiedsstelle in der verkürzten Frist ist deshalb zu streichen.

Des Weiteren spricht sich die BAGFW dafür aus, grundsätzlich pauschale Gruppenverhandlungen (Kollektivverhandlungen) zu legitimieren (wie sie bspw. in § 86a Absatz 2 SGB X (neu) mit entsprechenden Empfehlungen für pauschale Anpassungsverfahren für die Pflegevergütung durch Pflegesatzkommissionen oder vergleichbare Gremien im Land sowie den Vertragsparteien nach § 85 Absatz 2 umgesetzt werden können) und diese somit regulär schiedsstellenfähig zu machen.

Änderungsbedarf:

In § 85 Absatz 5 Satz 1 ist der nachfolgende Satz zu streichen:

~~„...; der Antrag kann auch gemeinsam von den Vertragsparteien vor Ablauf der sechs Wochen gestellt werden.“~~ und zu ersetzen durch „...; der Antrag kann auch von einer Vertragspartei vor Ablauf der sechs Wochen gestellt werden.“

Darüber hinaus ist § 85 Absatz 5 Satz 1 wie folgt zu ergänzen:

“Kommt eine Pflegesatzvereinbarung oder ein pauschales Anpassungsverfahren innerhalb von sechs Wochen nicht zustande, nachdem eine Vertragspartei schriftlich zu Pflegesatzverhandlungen aufgefordert hat, setzt die Schiedsstelle nach § 76 auf Antrag einer Vertragspartei die Pflegesätze unverzüglich, in der Regel binnen drei Monaten, fest;[...]”.

Weiterer Änderungsbedarf:

Kollektivverhandlungen sind grundsätzlich in §§ 85 und 89 gesetzlich zu normieren.

Ergänzender Klarstellungsbedarf zur Schiedsstellenfähigkeit von Rahmenvereinbarungen zu § 86 Absatz 3 SGB XI

In der Praxis hat sich gezeigt, dass die Kostenträger Rahmenvereinbarungen der Pflegesatzkommission, betreffend ihre Rechte und Pflichten, die Vorbereitung, den Beginn und das Verfahren der Pflegesatzverhandlungen sowie Art, Umfang und Zeitpunkt der vom

Pflegeheim vorzulegenden Leistungsnachweise und sonstigen Verhandlungsunterlagen gemäß § 86 Absatz 3 nicht als schiedsstellenfähig i.S. des § 76 SGB XI anerkennen, da die Schiedsstelle keine zusätzlichen Aufgaben übernehmen dürfe, die nicht explizit durch das Gesetz übertragen seien. Gesetzlich übertragen sei zwar die Festsetzung von Pflegesätzen gemäß § 86 Absatz 1 SGB XI, jedoch nicht die Rahmenvereinbarungen nach § 86 Absatz 3. Die Verbände der BAGFW setzen sich daher für eine rechtliche Klarstellung ein.

Änderungsbedarf:

In § 86 wird ein neuer Absatz 4 eingefügt oder dieser in Absatz 3 wie folgt ergänzt:

„Kommt eine Rahmenvereinbarung gem. § 86 Abs.3 SGB XI nach mindestens zweimaliger Abstimmung der Pflegesatzkommission nicht zustande, setzt die Schiedsstelle nach § 76 SGB XI auf Antrag einer in der Pflegesatzkommission vertretenden Partei die Rahmenvereinbarung fest. Dies gilt auch für Rahmenvereinbarungen, mit denen bestehende Rahmenvereinbarungen geändert oder durch neue Rahmenvereinbarungen abgelöst werden sollen.“

§ 86a: Verfahrensleitlinien für die Vergütungsverhandlungen und -vereinbarungen in Verbindung mit § 125c Modellvorhaben zur Erprobung digitaler Verhandlungen der Pflegevergütung

Die vorgelegten Regelungen zur Beschleunigung der Pflegesatzverfahren weisen zwar in die richtige Richtung, gehen aber nicht weit genug. In Absatz 1 ist zu begrüßen, dass die Kostenträger bei Aufforderung zu Pflegesatzverhandlungen dem Träger der Pflegeeinrichtung unverzüglich eine Ansprechperson benennen müssen und die Nachweisforderungen zeitnah nach Antragseingang zu stellen sind und vor allem auch zu bedienen. **In der Gesetzesbegründung sollte klargestellt werden, dass die Aufforderung zu Pflegesatz- und/oder Vergütungsverhandlung immer als Antrag zu werten ist (vgl. § 85 Absatz 5 SGB XI), um dieser bisherigen Praxis in den Ländern gerecht zu werden.** Außerdem sollte in der Gesetzesbegründung **auch klargestellt werden, dass sich dies sowohl auf die Vertreter der Pflegekassen als auch auf die Sozialhilfeträger bezieht**, damit hier nicht unnötige Interpretationsprobleme entstehen. Der Begriff **“rechtzeitig”**, bezogen auf den Zeitraum, wann die Pflegesatzanträge zu stellen sind sollte in Absatz 1 Satz 1, **präzisiert werden**, z.B. auf **“mindestens vier Wochen”**.

Weiterer Änderungsbedarf:

- a. Des Weiteren muss in **Absatz 1** ergänzt werden, dass ein **“bevollmächtigter” Ansprechpartner für die gesamte Verhandlung benannt ist und auch die Pflicht hat, unverzüglich das Unterschriftenverfahren nach abgeschlossenen Vergütungsverhandlungen einzuleiten und abzuschließen**. Diesbezüglich gab es bereits in der Kabinettsfassung der vorangegangenen Legislatur einen konkreten Wortlaut, der wieder aufzunehmen ist, **was auch der Bundesrat in seiner Stellungnahme vom 26.09.2025 fordert**. Die Ansprechperson muss **“bevollmächtigt”** sein und nicht nur fakultativ befugt werden können, die schriftliche Vertragserklärung mit Wirkung für und gegen die beteiligten Kostenträger unverzüglich nach der

Einigung abzugeben. Dies muss auch die **Verpflichtung zur** Umstellung des Verhandlungsprozesses auf digitale Portale (bspw. analog ELSTER) und **der elektronischen/digitalen** Unterschrift von Vergütungsvereinbarungen umfassen. Damit einerseits die Pflegesatz- und Vergütungsverhandlungen in ihrem gesamten Prozess wirklich beschleunigt werden und die Zielsetzung, dass langwierige Verfahrens- und Postwege zur Einholung der Unterschriften aller Vertragsparteien wegfallen und zur Beschleunigung Verhandlungsabschluss führt. So müsste bspw. die Qualifizierte elektronische Signatur (QES) vorangebracht werden. Aber insbesondere den bundesweiten Pflegekassen fällt die Umsetzung schwer. Es sollte eine Verpflichtung für die Leistungsträger aufgenommen werden, die Möglichkeit der Qualifizierten Elektronische Signatur (QES) vorzuhalten. Dies hätte auch für die Einrichtungen einen starken Pull-Effekt und wäre eine massive Entlastung. Des Weiteren muss eine Vertretung der/des Bevollmächtigten durch die Kostenträger jederzeit sichergestellt sein.

- b. In **Absatz 2** ist zu begrüßen, dass nunmehr pauschale Anpassungen in vereinfachten Verfahren vorgesehen werden.
- c. Bei den **Absätzen 3 bis 5** sehen wir **erhebliche Nachbesserungsbedarfe**:
- Das Erfordernis von Bundesempfehlungen im Sinne von § 86a Absatz 3 impliziert das Problem, dass diese der krisenhaften Situation, die schon die Jahre 2023 und 2024 geprägt hat, nicht gerecht werden können. Denn die Erfahrung hat gezeigt, dass die Positionen von Kostenträgern und Leistungserbringern i.d.R. so weit auseinander liegen, dass eine zügige Einigung keine Aussicht auf Erfolg hat. Daran ändert auch das in Absatz 4 vorgesehene Schiedsverfahren für die Bundesempfehlung bzw. Teile davon nichts.
 - Der gegenüber dem RefE alt aus dem Jahr 2024 nun im Gesetzentwurf eingefügte Satz 3 in Absatz 3 *“In den Empfehlungen ist zu berücksichtigen, dass vereinbarte Pauschalen in Einzel- und Gruppenverfahren für jede Pflegeeinrichtung in einem angemessenen Verhältnis zur tatsächlichen Höhe von Personal- und Sachaufwendungen sowie von weiteren relevanten Positionen stehen müssen.”* gibt Rätsel auf. Der Einschub wird auch nicht in der Begründung gesondert erläutert. Was ist das angemessene Verhältnis von vereinbarten Pauschalen zu tatsächlichen Aufwendungen und weiteren relevanten Positionen? Heißt dies, dass Pauschalen regelmäßig 20% unterhalb der tatsächlichen Aufwände liegen können, weil es nun mal Pauschalen sind? Diese unbestimmte Formulierung ist nicht hilfreich und wird zu keinem adäquaten Ergebnis in den Bundesempfehlungen führen. Sie ist folglich wieder zu streichen.
 - Insgesamt dürfen die Regelungen des § 86a nicht dazu führen, dass Verhandlungen auf der Länder-/Trägerebene blockiert oder verzögert werden, da angesichts der großen Probleme alle Lösungsansätze gebraucht werden. Es muss deshalb klargestellt werden, dass die Vertragspartner nach § 75 Absatz 1 in den Ländern sowie die Pflegesatzparteien in den Ländern vor, während und nach Abschluss der Bundesempfehlungen abweichende Vorgaben vereinbaren können.

- Viele Pflegeeinrichtungen stehen aufgrund massiver Ausstände im sechs- und mehrstelligen Bereich vor großen wirtschaftlichen Schwierigkeiten bis hin zur Insolvenz. Benötigt wird daher eine schnelle und praktikable Lösung der Probleme. Die wirtschaftlichen Schwierigkeiten der Träger sind auch auf ausbleibende Festlegung von Bescheiden und Zahlungen des Sozialhilfeträgers, weswegen es auch im SGB XII zwingender Klarstellungen bedarf. Der Gesetzgeber muss daher aus Sicht der BAGFW in einem neuen Absatz 3a unverzüglich folgende ad hoc-Maßnahmen für die folgenden Probleme normieren:

Vergütungsverhandlungen:

- Die Pflegesatzverfahren und Vergütungsverfahren leiden daran, dass die Kostenträger sich ganz überwiegend folgenlos über die Regeln hinwegsetzen können. Gefordert wird ein automatisches Inkrafttreten / eine **Genehmigungsfiktion** die bundesgesetzlich festgeschrieben wird und ohne weiteren Verwaltungsakt nach Zeitablauf qua Gesetz in Kraft tritt von beantragten Steigerungen, wenn nach sechs Wochen keine echte Verhandlungsaufnahme mit den Kostenträgern erfolgt ist, womit mehr gemeint ist als eine Eingangsbestätigung oder das bloße Anfordern von Nachweisunterlagen.
- Verpflichtende Umstellung des Verhandlungsprozesses auf digitale Portale (bspw. analog ELSTER) anstatt der Modellvorhaben nach § 125c SGB XI.
- Verpflichtung zur Nutzung der elektronischen/digitalen Möglichkeiten der Unterschrift von Vergütungsvereinbarungen bzw. Abschaffung des Unterschrifterfordernisses in Schriftform, um schneller eine gültige Vergütungsvereinbarung zu erhalten. Dafür setzt sich auch der Bundesrat ein.
- Eine andere Art der ad hoc-Maßnahmen, die nicht zu Lasten Dritter geht, kann darin bestehen, Pflegekassen und Sozialhilfeträgern **Strafzahlungen bei Verzögerungen**, Verfahrensverschleppungen oder Schadensersatzforderungen gesetzlich vorzuschreiben - wohlgemerkt bei Missachtung gesetzlicher Vorschriften, Anforderungen und Fristen. Die Regelung könnte wie folgt ausgestaltet werden: **„Halten Pflegekassen gesetzliche Vorschriften und Anforderungen zur Verhandlung von Vergütungsvereinbarungen in zeitlicher oder methodischer Hinsicht nicht ein bzw. kommt es nachweisbar zu zeitlichem Verzug durch Ausbleiben von tatsächlichen Verhandlungen, zahlen sie auf die Differenz, die jeden Tag der Versorgung mit der neuen Vergütungsvereinbarung ab dem Tag der Antragstellung bis zum Abschluss Vergütungsvereinbarung entstanden ist, in Höhe von fünf vom Hundert über dem Basiszinssatz Schadensersatz an den Leistungserbringer.“**

Abrechnungsverfahren:

- Es sind angemessene Zahlungsfristen für alle Kostenträger (einschließlich der Sozialhilfeträger) gesetzlich zu regeln, die berücksichtigen, dass die Abrechnung der Leistungen mittlerweile größtenteils automatisiert auf elektronischem Wege erfolgt und längere Zahlungsfristen nicht mehr erfordert.

- i. Gesetzlich ebenfalls klarzustellen ist, dass im Verzugsfalle Verzugszinsen zu zahlen sind.
- j. Liquiditätssicherung der Einrichtungen bei Neuaufnahmen bzw. Erhöhungen, die aufgrund von langwierigen Verhandlungen erst später umgesetzt werden können (Einrichtungen gehen in Vorleistung wg. Personalkostensteigerung etc. können aber erst nach Vorliegen der Vergütungsvereinbarung rückwirkend abrechnen).

Die BAGFW sieht in folgenden Punkten zu Absatz 3 die folgenden konkreten Nachbesserungsbedarfe bzw. weist auf Spezifizierungen zu Absatz 3 Nummer 1-3 hin, die als Leitplanken für die Bundesempfehlung konkret in der Begründung benannt werden müssen.

- **Nachweisverfahren (Nummer 1):** Es muss ergänzt werden, dass auf Plausibilisierungserfordernisse grundsätzlich zu verzichten ist, wenn die geforderten Kostensteigerungen auf einer Tarifsteigerung beruhen bzw. dieser entsprechen. Denn bei tarifgebundenen oder an kirchliche Arbeitsrechtsregelungen gebundenen Pflegeeinrichtungen darf eine Bezahlung von Gehältern der Beschäftigten bis zur Höhe der aus dieser Bindung resultierenden Vorgaben nach § 82c Absatz 1 nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden. Zudem sind in Nummer 1 in der Umsetzung Leitlinien zu etablieren, aus denen der Begründungsumfang einer substantiierten Rückmeldung in Bezug auf abgelehnte Forderungen sowie von Vergütungsangeboten seitens der Kostenträger hervorgeht.
- **Kalkulationsgrundlagen für Pflegesatz- und Vergütungsvereinbarungen Nummer 2):**
 - a) Vorgaben aus Landesrahmenverträgen: In Nummer 1 und 2 ist zu spezifizieren, dass betriebsnotwendige Personalaufwendungen, die auch über die Landesrahmenverträge gedeckt sind, wie z.B. Stellen zur betrieblichen Gesundheitsförderung, andere Funktionsstellen, die Jahresnettoarbeitszeit, der vereinbarte Wagnisszuschlag, IT-Pauschalen grundsätzlich ohne weitere Plausibilisierung als anerkannt gelten müssen.
 - b) Gemeinsame SGB XI und SGB V-Verhandlungen ohne Abgrenzungen müssen bei den ambulanten Pflegediensten zum Standard gehören. Hierzu bedarf es Leitlinien in Bezug auf eine inhaltliche und zeitliche Synchronisierung der SGB XI- und SGB V-Verhandlungen. Für Pflegedienste ist gesetzlich klarzustellen, dass der Vergütungsvereinbarung nach dem SGB XI zugrunde gelegte Personal- und Sachkosten sowie Kostensteigerungen auch im Rahmen der Vergütungsverhandlungen nach dem SGB V nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden können.
 - c) Vergütungszuschläge für Wegezeiten: Es sollten systematisch unter der Nummer 2 Vergütungszuschläge für Wegstrecken in unterversorgten ländlichen Regionen für Pflegedienste und für Fahrdienste der Versicherten zur Tagespflege, z. B. analog Taxipauschalen, etabliert werden.
 - d) Auslastungsquoten: Zudem bedarf es unter Nummer 2 einer angemessenen Berücksichtigung tatsächlicher Auslastungsquoten und der Möglichkeit einer Neuverhandlung der Pflegesätze während des Pflegesatzzeitraums - sofern nicht über § 73a abgedeckt. Die Investitionskosten müssen auch entsprechend der Auslastung

angepasst werden. Darüber hinaus bedarf es für neu in Betrieb gehenden Einrichtungen ist die kalkulatorische Belegungsquote ein wichtiger Faktor bei der Ermittlung der Entgelte und somit für die Finanzierung der Einrichtung. Durch die angespannte Personalsituation dauert die vollständige Belegung einer Einrichtung deutlich länger als in der Vergangenheit. Dem ist durch die Berücksichtigung einer anlaufbedingt eingeschränkten Belegungsquote auch im Bereich der Investitionskosten Rechnung zu tragen.

- e) Pauschale Anpassung bei Tarifierhöhung: Erfolge während der Laufzeit des Tarifvertrages wesentliche Erhöhungen der tariflichen Vergütung, muss der Pflegesatz ohne Verhandlungen bzw. im vereinfachten Verfahren angepasst werden.
- f) Risikozuschlag: Die Höhe eines Risikozuschlages muss pauschal empfohlen werden können.
- **Vereinfachte Anpassungsverfahren (Nummer 3):** In Nummer 3 sollte die Bündelung von Vergütungsverhandlungen auf Landesebene durch Stärkung der Rolle der Pflegesatzkommissionen berücksichtigt werden: In einzelnen Bundesländern werden bereits heute Vereinbarungen zwischen Kostenträgern und Verbänden der Leistungserbringer zur prozentualen Fortschreibung von Pflegesätzen und Vergütungen getroffen, auf deren Basis die Einrichtungen Anspruch auf Abschluss der Vergütungsvereinbarung haben. Ein weiterer Ansatz kann die Vergütungsfindung deutlich beschleunigen. Durch die Regelungen zur Tariftreue sind insbesondere die Personalkosten für Pflege und Betreuung zum maßgeblichen Faktor für die Vergütungsfindungen und damit konkrete Gruppen von Einrichtungen abgrenzbar geworden (nach den in der jeweiligen Region angewendeten Tarifverträgen und kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen, in Anlehnung an einen Tarif und nach dem regional üblichen Entlohnungsniveau). Insofern können auch Empfehlungen für gruppenspezifische einheitliche Entgelte auf Landesebene die Zahl der Einzelverhandlungen erheblich reduzieren. Hier kann unter anderem die Stärkung der Rolle der Landespflegesatzkommissionen mit einer Sicherstellung der Ergebnisorientierung ihrer Verhandlungen mittels Schiedsstellenfähigkeit einen wesentlichen Beitrag leisten. Unabhängig davon bleibt der einzelnen Einrichtung das Recht, eine individuelle Verhandlung zu führen, unbenommen.

Ergänzend sei noch darauf hingewiesen, dass dringend eine Lösung zu der wegen BGH-Urteil weggefallenen Option der „Reservierungspauschale“ benötigt wird, und zwar bei den von den Pflegeeinrichtungen und Kurzzeitpflegeeinrichtungen unverschuldeten Gründen (KH-Entlassung verschoben, Haushaltshilfe trifft vor Einzug ein, Meldung 1 bis 2 Tage vor Antritt der Versorgung, dass Platz nicht mehr benötigt wird, anderer Platz wurde gefunden, z.B. weil billiger oder in Wohnortnähe). Die gesetzliche Regelung in § 87a sollte daher auf den Vertragsbeginn abstellen. Zudem sollte der entstandene Ausfall wie ursprünglich eine Selbstzahler-Leistung sein.

§ 87a Absatz 1 Satz 1: Freihaltepauschalen

Freihaltepauschalen müssen gewährt werden.

Änderungsbedarf:

In § 87a Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „Tag der Aufnahme“ durch das Wort „Vertragsbeginn“ ersetzt. In Absatz 1 wird als letzter Satz ergänzt: „Wird der Bewohner erst nach Vertragsbeginn aus Gründen, die nicht das Pflegeheim zu vertreten hat, aufgenommen, besteht für die Tage ab Vertragsbeginn bis zum Tag vor der Aufnahme kein Leistungsanspruch gemäß § 42, und § 43 SGB XI.“

§ 113b Absatz 3 Satz 9 und 10: Anrufung des erweiterten Qualitätsausschuss Pflege (eQAP) und Themenvorschlagsrecht durch unabhängige Vorsitzende eQAP

Mit den Änderungen in Absatz 3 soll dem*der unparteiische*n Vorsitzenden des erweiterten Qualitätsausschuss Pflege (eQAP) das Recht zur zweimal jährlichen Anrufung desselben sowie ein Vorschlagsrecht zur Themensetzung eingeräumt werden.

Die in der BAGFW kooperierenden Spitzenverbände sehen in dieser Änderung jedoch keine *maßvolle institutionelle Weiterentwicklung der gut funktionierenden Strukturen und Abläufe* des Qualitätsausschuss Pflege, wie es in der Begründung heißt. Vielmehr wird durch die Neuregelung eine grundlegend strukturelle Veränderung des eQAP vorgenommen, indem seine bisherige Funktion als Konfliktlösungsmechanismus durch die Möglichkeit einer regelmäßigen Anrufung und das Recht auf eigenständige Themensetzung verändert wird. Damit wird der*die „unparteiische Vorsitzende“ zu einem ständigen Exekutivorgan und der eQAP als „zweite Kammer“ neben den Qualitätsausschuss Pflege gestellt. Infrage steht insbesondere, ob durch die Doppelrolle sowohl des Gremiums (eQAP) als auch der unparteiischen Vorsitzenden die notwendige Unabhängigkeit gewahrt bleibt, um überhaupt noch als Konfliktlösungsinstrument fungieren zu können. Auch wird kein Regelungsdefizit bezüglich der Auftragserteilung an den Qualitätsausschuss Pflege gesehen. Die Bundesministerien für Gesundheit sowie Bildung, Familie, Senioren, Frauen und Jugend haben unbenommen die Möglichkeit, über die gesetzlichen Aufträge hinaus Themen zu setzen. Diese Regelung hat sich bereits mehrfach bewährt.

Mit der vorgeschlagenen Änderung würde ein strukturelles Ungleichgewicht geschaffen, indem Einzelpersonen exklusive Rechte zugestanden werden, wohingegen alle anderen Mitglieder*innen über ein Antragsrecht verfügen. Entgegen einer Würdigung der konstruktiven Zusammenarbeit der Vertragsparteien auf Bundesebene wird der Qualitätsausschuss Pflege infrage gestellt, die Grundlage der bislang erfolgreichen Zusammenarbeit durch Ausgewogenheit gefährdet und ihm sein Konfliktlösungsmechanismus genommen.

Änderungsbedarf:

Ersatzlose Streichung § 113b Absatz 3 Satz 9 und 10 SGB XI.

§ 113c Absatz 2 Satz 2 Nr. 3 (neu): Sachliche Gründe für die Vereinbarung einer höheren personellen Ausstattung im Bereich der akademisch qualifizierten Pflegefachpersonen. Sowie: § 113c Absatz 2 Satz 2 Nr. 1: Ermöglichung trägerübergreifender Springerpools.

Die in der BAGFW kooperierenden Spitzenverbände begrüßen die Intention zur Weiterentwicklung des Qualifikationsmix-Modells in der Pflege. Allerdings muss sichergestellt werden, dass die Regelung in der Praxis eine Einbindung von QN 4+ in der Praxis ermöglicht. Bereits die unter Nummer 2 bestehende Regelung, zusätzliches Personal für den Aufbau sogenannter Springerpools oder vergleichbarer betrieblicher Ausfallkonzepte zu verhandeln, führte in der Praxis dazu, dass diese von den Verhandlungspartnern mit der Begründung abgelehnt wurden, die Personalanhaltswerte nach Absatz 1 seien nicht in allen Qualifikationsniveaus vollständig ausgeschöpft. So kann allein der flächendeckende Mangel im Bereich QN 3 dazu führen, dass Einrichtungen derartige Konzepte nicht etablieren und analog dann auch keine akademisch qualifizierten Pflegefachpersonen involvieren können.

Ferner werden bei den Springerpools aufgrund der Formulierung der gesetzlichen Regelung immer wieder trägerübergreifende Springerpools von Kostenträgern abgelehnt. Hier bedarf es einer entsprechenden Erweiterung. Sowohl Springerpools als auch akademisierte Pflegefachpersonen tragen Weiterentwicklungspotential zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen in der Pflege in sich und können zu einer höheren Versorgungssicherheit und -qualität beitragen. Es bedarf aber einer Klarstellung, dass Personal für diese Zwecke verhandelbar ist, auch wenn die Personalanhaltswerte nach Absatz 1 noch nicht in allen Qualifikationsniveaus voll ausgeschöpft sind. Sachgerecht und um Missverständnisse zu vermeiden, sollte klargestellt werden, dass ein sachlicher Grund nach Satz 1 Nummer 3 unabhängig von dieser Ausschöpfung vorliegen kann.

Änderungsbedarf:

§ 113c Absatz 2 Satz 2 Nummer 1 ist wie folgt zu ändern: *“1. auf Grundlage eines entsprechenden betrieblichen **oder trägerübergreifenden** Konzepts ganz oder teilweise in Personalpools oder im Rahmen vergleichbarer betrieblicher Ausfallkonzepte tätig ist, mit denen die vertragliche vereinbarte Personalausstattung bei kurzfristigen Personalausfällen oder vorübergehend nicht besetzbaren Stellen sichergestellt wird, oder [...]”*.

Entsprechende Umformulierung Absatz 2 Satz 1 Nummer 3:

*„3. die Pflegeeinrichtung sachliche Gründe für die Überschreitung der personellen Ausstattung nach Absatz 1 darlegen kann, **wobei in diesen Fällen die Personalanhaltswerte nach Absatz 1 nicht ausgeschöpft sein müssen.**“*

Um trägerübergreifende Springerpools zu ermöglichen, müssen in § 75 Absatz 3 Satz 4 nach den Wörtern “Personal bei demselben Einrichtungsträger” die Wörter “**oder bei mehreren Einrichtungsträgern**” ergänzt werden.

§ 113c Absatz 3 Satz 1 Nr. 1: Konzepte zur Personal- und Organisationsentwicklung

Gemäß § 113c Absatz 3 Satz 1 soll die Pflegeeinrichtung bei Personalaufwuchs „geeignete Maßnahmen der Personal- und Organisationsentwicklung durchführen, die einen personenzentrierten und kompetenzorientierten Personaleinsatz im Sinne der Ziele des § 113c gewährleisten; diese sollen sich an den fachlichen Zielen und der Konzeption der Maßnahmen, die nach § 8 Absatz 3b entwickelt und erprobt wurden, orientieren.“. Die Gesetzesbegründung macht zusätzlich deutlich, dass eine Abweichung von den Ergebnissen des Modellprojekts nur in begründeten Ausnahmefällen zulässig sein soll und dass die Konzepte einer Art Eignungsprüfung im Hinblick auf die Projektergebnisse unterliegen sollen.

Aus unserer Sicht muss es für Verhandlungen zur Mehrpersonalisierung ausreichend sein, dass diese Maßnahmen durchgeführt werden. Die Vorgabe einer regelhaften Übernahme der im Modellprogramm entwickelten Maßnahmen schränkt die Einrichtungen in der Ausgestaltung ihrer einrichtungsindividuellen Organisationsprozesse unangemessen ein, ohne erkennbaren Mehrwert zu bringen. Fraglich ist zudem, in welcher Form „begründete Abweichungen“ zu belegen sind. Solche verbindlichen und kleinteiligen Vorgaben zu Arbeitsabläufen und zur Personaleinsatzplanung greifen tief in die organisatorische Freiheit von Pflegeeinrichtungen ein, beschränken diese unangemessen und stellen nicht zuletzt einen nicht zu vertretenden Bürokratieaufwand dar. Das neue Pflegeverständnis mit dem Ansatz der Person-zentrierung steht für die Ablösung einer „verrichtungsorientierten“ Pflege in der sozialen Pflegeversicherung. Es ist mindestens fraglich, ob durch die Aufspaltung von Pflege in einzelne Verrichtungen - basierend auf einem „Interventionskatalog“- Person-zentrierung erreicht werden kann. Eine Planungsorganisation über den Interventionskatalog erinnert an eine tayloristische Arbeitsorganisation und birgt das Risiko den Pflegeprozess zu fragmentieren.

Da die Ergebnisse der Modellprojekte nach § 8 Abs. 3b SGB XI noch nicht vorliegen, haben viele Verbände sowie deren Träger und Einrichtungen eigene Modellprojekte der Personal- und Organisationsentwicklung erfolgreich durchgeführt: <https://www.bagfw.de/veroeffentlichungen/detailseite-personalbemessung-nach-113c-sgb-xi>. Auch haben Bundesländer wie Bayern bereits auf Landesebene eigene Modellprojekte aufgelegt. Diese Projekte kommen mittlerweile in der Summe auf ein Vielfaches an Modelleinrichtungen der Projekte nach § 8 Abs. 3b und sind diesen gegenüber daher als gleichwertig und gleichberechtigt zu behandeln.

Die Pflicht zur Orientierung an den Ergebnissen der Modellprojekte nach § 8 Abs. 3b ist daher aus dem Gesetz und der Begründung zu streichen.

Änderungsbedarf:

Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 wird wie folgt geändert:

„1. Soll die Pflegeeinrichtung geeignete Maßnahmen der Personal- und Organisationsentwicklung durchführen, die einen Person-zentrierten und kompetenzorientierten Personaleinsatz im Sinne der Ziele des § 113c gewährleisten; diese sollen sich an den fachlichen Zielen und der Konzeption der Maßnahmen, die nach § 8 Absatz 3b entwickelt und erprobt wurden, orientieren,“

§ 113c Absatz 3 Satz 1 Nr. 2 (neu): Andere “Assistenzberufe” als QN 3

Die neue Nummer 2 des § 113c Absatz 3 Satz 1 sieht vor, dass Pflegeeinrichtungen über die Mindestpersonalbesetzung hinaus für die Stellenanteile von ausgebildeten Pflegeassistentenkräfte Personal vorhalten können, das über eine einjährige, medizinische, soziale, hauswirtschaftliche, kaufmännische oder betriebswirtschaftliche Qualifikation verfügt und entsprechend der Qualifikation administrative oder pflegerische Aufgaben zur Entlastung der Pflegefachpersonen erbringt. Die Regelung soll es den Pflegeeinrichtungen ermöglichen, andere Assistenzberufe bei den Personalanhaltswerten nach § 113 Absatz 1 Nummer 2 SGB XI zu berücksichtigen. Vor dem Hintergrund der weitgehend fehlenden ausgebildeten Pflegeassistentenkräfte wird damit ein Weg geschaffen, die Personalanhaltswerte durch Vorhaltung anderer Berufsgruppen auszuschoöpfen.

Grundsätzlich wird die Möglichkeit, für die Stellenanteile im QN 3 Bereich auch Personal vorhalten zu können, dass eine anderweitige mindestens einjährige Qualifikation aufweist, begrüßt. Insbesondere Personen mit medizinischer, sozialer oder hauswirtschaftlicher Qualifikation sind grundsätzlich geeignet, durch Übernahme von unterstützenden Aufgaben die Pflegefachpersonen in der pflegerischen Versorgung zu entlasten.

Gleichzeitig darf die Anerkennung von anderweitig relevanten Berufen für das QN 3 nicht dazu führen, dass der Fachkräftemangel in anderen Sektoren des Gemeinwesens verschärft wird. Analog zum WHO-Ethik-Kodex zur Anwerbung von Gesundheitspersonal aus dem Ausland, sollten solche Überlegungen auch hinsichtlich etwaiger Mangelberufe im Gesundheits- und Sozialwesen Anwendung finden.

Wir befürworten auch die Berücksichtigung von Stellenanteilen für Personal, das administrative Aufgaben in der pflegerischen Versorgung übernimmt. In der Gesetzesbegründung wird in diesem Zusammenhang auf das Berufsbild der Stationsassistenten hingewiesen, welches sich bereits im Krankenhausbereich und auch in Teilen der stationären Langzeitpflege bewährt hat. Auch in Pflegeeinrichtungen können Stationsassistent*innen durch Übernahme von administrativen Aufgaben z.B. Pflegedienstleitungen oder Qualitätsmanagementbeauftragte entlasten. Wir unterstützen daher ausdrücklich den Ansatz, refinanzierbare Stellenanteile für Stationsassistent*innen in Pflegeeinrichtungen zu schaffen. Allerdings dürfen Stellenanteile für administrative Tätigkeiten, nicht auf die personelle Ausstattung für Pflege und Betreuung angerechnet werden, da damit die Bestrebungen zum Aufbau von Personalstellen mit ausgebildeten Pflegefachassistentenpersonen unterlaufen werden.

Laut der Gesetzesbegründung soll dieses Personal nur anrechenbar sein, wenn es in der direkten Pflege tätig ist. Personen mit rein administrativer oder betriebswirtschaftlicher Qualifikation können jedoch ohne zusätzliche Qualifikation nicht in der direkten Pflege eingesetzt werden. Auch zur Unterstützung und Entlastung bei der Pflegedokumentation, wie dies in der Gesetzesbegründung angedeutet wird, kann dieses Personal nicht eingesetzt werden, da hierzu ein grundsätzliches und pflegefachliches Verständnis zur Anwendung des Pflegeprozesses als Instrument der individuellen und Personen-zentrierten Prozesssteuerung erforderlich ist. Die Anrechnung von Personal mit rein kaufmännischer oder betriebswirtschaftlicher Qualifikation auf die Personalausstattung für Pflege und Betreuung wird daher aufgrund der fehlenden pflegerischen Kompetenzen abgelehnt; diese Position teilt auch der Bundesrat.

Änderungsbedarf:

Absatz 3 Nummer 2 soll wie folgt geändert werden: *“kann die Pflegeeinrichtung bis zum 31. Dezember 2026 für die Stellenanteile der personellen Ausstattung nach Absatz 1 Nummer 2, die über die mindestens zu vereinbarende personelle Ausstattung hinausgehen, auch Personal vorhalten, das über eine mindestens einjährige, medizinische, soziale, hauswirtschaftliche, ~~kaufmännische oder betriebswirtschaftliche~~ Qualifikation verfügt und entsprechend der Qualifikation administrative oder pflegerische Aufgaben zur Entlastung des Fachkraftpersonals nach Absatz 1 Nummer 3 übernimmt, und [...]”.*

Absatz 5 ist wie folgt zu ergänzen:

“(5) Abweichend von § 75 Absatz 3 Satz 1 sind in den Rahmenverträgen nach § 75 Absatz 1 ab dem 1. Juli 2023 für die vollstationäre Pflege unter Berücksichtigung der Personalanhaltswerte nach Absatz 1 insbesondere zu regeln:”.

“2. besondere Personalbedarfe beispielsweise für die Pflegedienstleitung, für Qualitätsbeauftragte für die Praxisanleitung oder administrative Aufgaben zur Entlastung der Pflegefachkräfte (Stationsassistenten), die zusätzlich zur personellen Ausstattung nach Absatz 1 vereinbart werden können, [...]”.

§ 113c Absatz 4: Erweiterung der Bundesrahmenempfehlungen um Aufgabenbereiche beim Einsatz von akademisch qualifizierten Pflegefachpersonen

Die in der BAGFW kooperierenden Spitzenverbände begrüßen die Intention zur Weiterentwicklung des Qualifikationsmix-Modells in der Pflege auch in Bezug auf akademisch qualifizierte Pflegefachpersonen. Ausweislich unserer Hinweise zu den möglichen Umsetzungsproblemen zu § 113c Absatz 2 Satz 2 Nr. 3 (neu), ist es für die Praxis hilfreich, Empfehlungen zu den Aufgabenbereichen für dieses Personal abzugeben. Auch die Berücksichtigung des Scope of Practice nach § 8 Absatz 3c SGB XI ist sachgemäß. Da keine Frist zur Abgabe der Empfehlungen vorgesehen ist, ist jedoch fraglich, ob es hierbei zeitnah zu diesen Empfehlungen kommen wird.

§ 113d (neu): Geschäftsstelle zur Begleitung und Unterstützung einer fachlich fundierten Personal- und Organisationsentwicklung von Pflegeeinrichtungen

Die in der BAGFW kooperierenden Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege begrüßen die Intention, die Themen “Vorbehaltsaufgaben”, “Pflegedokumentation”, “personen-zentrierte und kompetenzorientierte Personal- und Organisationsentwicklungsmaßnahmen”, sowie “Entwicklung und Umsetzung von führungs- und kompetenzorientierten Delegationskonzepten” künftig zusammen zu denken und deren Umsetzung in der Praxis aus einer Hand zu begleiten. Zudem ist positiv hervorzuheben, dass Pflegefachpersonen und Pflegeeinrichtungen bei der Umsetzung eines ganzheitlichen, Person-zentrierten Pflegeverständnisses, das die Stärkung der Selbständigkeit und der Fähigkeiten der pflegebedürftigen Menschen in den Mittelpunkt stellt, extra aufgenommen wurden.

Im Gesamtkomplex wäre noch die übergeordnete Klammer zu setzen, indem der Pflegebedürftigkeitsbegriff nach § 14 SGB XI und das daraus resultierende Pflegeverständnis ergänzt werden.

Folgerichtig sind aus Sicht der in der BAGFW kooperierenden Verbände daher auch die Vertragsparteien des SGB XI mit diesen Aufgaben zu betrauen. Dies kann beispielsweise durch ein am Qualitätsausschuss Pflege angegliedertes Institut erfolgen.

Hinsichtlich der Umsetzung von Dokumentationskonzepten bietet es sich an, die bereits existierenden Strukturen des Projektbüros EinSTEP, das Lenkungsgremiums auf Bundesebene und die Kooperationsgremien auf Länderebene anzubinden, insbesondere zur Etablierung von Multiplikator*innen. So wäre bei der Umsetzung in die Praxis das Zusammenspiel zwischen Pflegeverständnis, Vorbehaltsaufgaben, Dokumentation, Führungs- und kompetenzorientierten Delegationskonzepten sowie Personal- und Organisationsentwicklung verankert und sichergestellt.

Ungeachtet dessen bedarf es für die Pflegeeinrichtungen einer Unterstützung/ Kompensation für den Personal- und Organisationsentwicklungsprozess.

Änderungsbedarf:

§ 113d geht mit folgenden Ergänzungen in § 113b Absatz 6 auf:

„Die maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene beauftragen gemeinsam mit den Vertragsparteien nach § 113 Absatz 1 Satz 1 setzen bis zum 31. Dezember 2026 eine unabhängige qualifizierte Geschäftsstelle Institut zur mit der Begleitung und Unterstützung einer fachlich fundierten Personal- und Organisationsentwicklung von Pflegeeinrichtungen ein. Die beauftragte Geschäftsstelle Das Institut soll insbesondere die folgenden Zielgruppen und Maßnahmen unterstützen:

1. **Pflegefachpersonen und Pflegeeinrichtungen sowie Pflegesatzverhandler und -verhandlerinnen bei der Umsetzung des Pflegeverständnisses entsprechend des geltenden Pflegebedürftigkeitsbegriffs nach § 14 SGB XI,**
2. Pflegefachpersonen und Pflegeeinrichtungen bei der fachgerechten Wahrnehmung der Pflegeprozessverantwortung,
3. Pflegefachpersonen und Pflegeeinrichtungen bei der Umsetzung von Pflegedokumentationskonzepten, die den Anforderungen des § 113 Absatz 1 Satz 3 bis 5 **unter Einbeziehung des Konzepts des Strukturmodells einer entbürokratisierten Pflegedokumentation sowie den Strukturen des „Projektbüro EinSTEP“,**
4. [...]

Die Unterstützung soll insbesondere erfolgen durch:

2. die Entwicklung und Bewertung fachlicher Informationen, Assessmentinstrumente und Konzepte zum Kompetenzerwerb **und zur Delegation** für Pflegefachpersonen und Führungskräfte in der Pflege zu den Nummern 1 bis **6** ~~zu~~ sowie ihre öffentliche Bereitstellung im Internet.

~~Der Medizinische Dienst Bund und die maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen nach Maßgabe von § 118 sowie weitere relevante Fachorganisationen sind bei der Entwicklung der Maßnahmen nach Satz 2 zu beteiligen. Näheres zur Zusammensetzung und Arbeitsweise der Geschäftsstelle, insbesondere zur Auswahl und Qualifikation der Multiplikatorinnen und Multiplikatoren, regeln die maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene und die Vertragsparteien nach § 113 Absatz 1 Satz 1 in einer Geschäftsordnung. Die Geschäftsstelle ist bis zum 31. Dezember 2031 befristet. Die Geschäftsstelle wird aus den Mitteln des Ausgleichsfonds finanziert.~~

§ 114 Absatz 1a (neu): Digitale Daten- und Kommunikationsplattform

Da ab 01. Januar 2028 die Aufträge für Qualitätsprüfungen digital an die Prüfinstitutionen gegeben werden sollen, soll der GKV-Spitzenverband eine digitale Daten- und Kommunikationsplattform einrichten, insbesondere auch, um die Transparenz im Bereich der Qualitätsprüfungen in der Pflege zu verbessern.

Aus Sicht der in der BAGFW kooperierenden Verbände weist die Intention einer digitalen Daten- und Kommunikationsplattform in die richtige Richtung und greift dabei jedoch zu kurz und **lässt das Entbürokratisierungspotenzial für Pflegeeinrichtungen in diesem Bereich außer Acht.**

Insgesamt müssen sich vollstationäre Einrichtungen aktuell allein zum Zweck der Qualitätssicherung auf drei verschiedenen Portalen registrieren und erhalten dennoch zusätzlich postalisch Berichte von Medizinischen Diensten und WTG-Behörden, sowie E-Mails zur Verlängerung des Prüfrhythmus oder gar FAXe zur Prüfungsanmeldung. Da die Kommunikations- und Übertragungswege nur teildigitalisiert und nicht einheitlich ausgestaltet sind, kommt es in der Praxis zu einem unverhältnismäßig hohen Aufwand. Denn mit jedem Portal sind Registrierungsprozesse, Rechte- und Rollenkonzepte, Passwortvergabe, Authentifizierungsverfahren und die Sicherstellung eines aktiven, regelmäßigen Zugriffs auf die Portale verbunden.

Änderungsbedarf

Aus Sicht der in der BAGFW kooperierenden Verbände ist **eine (weitere) Plattform für die Landesverbände der Pflegekassen und die Prüfinstitutionen zur Digitalisierung der Prüfauftragsvergabe weder ausreichend noch zielführend.** Ein reines Aufsetzen auf und Einbinden in bestehende Systeme führen nicht nur zu einer weiteren Bürokratisierung und der unreflektierten Beibehaltung bürokratischer Prozesse, sondern sind auch aufwendig und teuer. **Die in der BAGFW kooperierenden Verbände schlagen daher EINE zentrale Plattform vor, die alle Akteure und Informationen rund um die Qualitätssicherung zusammenbindet, eine sichere, strukturierte Kommunikation/Datenaustausch ohne Dopplungen ermöglicht, übergeordnete Datenauswertung und Transparenz erleichtert, bestehende digitale Bürokratie abbaut und spürbare Entlastung bringt.**

Perspektivisch kann darüber nachgedacht werden, auch WTG-Behörden anzubinden, um die Kommunikation der Prüfinstitutionen auf den verschiedenen Ebenen entsprechend § 117 SGB XI zu verbessern. Oder auch **die Plattform für auf andere Meldeverfahren auszudehnen, einschließlich einfacher Änderungsmeldungen bzgl. der Zulassung sowie Adressänderungen**. Auch eine komplett digitale Abwicklung des Zulassungsverfahrens bei den Kranken- und Pflegekassen und das Vertragsmanagement könnten hier perspektivisch zur Vereinfachung der Verfahren beitragen und damit die dringend benötigte Entlastung bringen. Ein weiterer Vorteil besteht darin, dass die Datenqualität für übergeordnete Auswertungen verbessert werden könnte.

§ 114a Absatz 1: Erweiterung der Ankündigungsfrist von Regelprüfungen

Die Verlängerung der Ankündigungsfrist von Regelprüfungen von bislang 1 Kalendertag auf 2 Arbeitstage (neu) ist sehr hilfreich für die Praxis, um die Prüfungen organisatorisch vorzubereiten und zu begleiten.

Weiterer Änderungsbedarf:

In der Begründung ist noch **klarzustellen, dass als Arbeitstage grundsätzlich die Tage Montag bis Freitag gelten**, wenn diese keine gesetzlichen Feiertage sind.

§ 114a Absatz 3: Begrenzung des Umfangs der Pflegedokumentation

Die BAGFW hat sich stets für diese Änderung eingesetzt und begrüßt daher die gesetzliche Klarstellung, dass von Seiten der Prüfinstitutionen keine Anforderungen an die Pflegedokumentation zu stellen sind, die über die in § 113 Absatz 1 Satz 2 getroffenen Vereinbarungen an eine praxistaugliche, den Pflegeprozess unterstützende und die Pflegequalität fördernde Pflegedokumentation hinausgehen.

§ 114c Absatz 1: Ausweitung der Verlängerung des Prüfrhythmus bei hoher Qualität auf alle Versorgungsbereiche

Die Verlängerung des Prüfrhythmus auf zwei Jahre bei hoher Versorgungsqualität im vollstationären Bereich hat sich bewährt. Es gibt keinen Grund, diese Regelung auf den vollstationären Bereich zu begrenzen; die BAGFW hatte sich daher für eine Ausweitung auf den ambulanten und teilstationären Bereich in ihrer Stellungnahme zum Referentenentwurf ausgesprochen. Die Aufnahme dieser Forderung in den Gesetzesentwurf wird ausdrücklich begrüßt.

§ 114c Absatz 3: GKV-Berichterstattung zu Indikatoren und Qualitätsprüfungen in allen Versorgungsbereichen

Die Änderung bzw. Erweiterungen in Absatz 3 sind sachgerecht. Die in der BAGFW kooperierenden Spitzenverbände geben jedoch zu Satz 2 den eher redaktionellen Hinweis, dass dieser insofern gestrichen werden kann, als der Evaluationsauftrag zur Berichterstattung zum 31. März 2023 durch den Spitzenverband Bund der Pflegekassen erfolgt ist und die vorliegenden Ergebnisse im Einvernehmen der Vertragsparteien nach § 113b SGB XI in den Evaluationsauftrag zum Indikatoren-gestützten Verfahren als Gesamtsystem entsprechend § 113b Absatz 4 Nr. 5 i.V.m. Absatz 4a SGB XI eingebunden wurden. Die gemeinsame Auftragsvergabe im Rahmen des Qualitätsausschuss Pflege im Sinne einer Gesamtevaluation hat sich bewährt. Insofern hat sich gezeigt, dass die Bearbeitung einzelner Bereiche des Gesamtsystems im Rahmen wissenschaftlicher Einzelaufträge einzelner Vertragsparteien nicht geeignet ist, da der systemische Blick auf das Gesamtverfahren notwendig ist, um konsistente und umsetzbare, wissenschaftliche Empfehlungen zu generieren. Insofern regt die BAGFW an, die Berichterstattung dem Qualitätsausschuss Pflege zu übertragen.

Änderungsbedarf:

§ 114c Absatz 3:

“Der ~~Spitzenverband Bund der Pflegekassen~~ Qualitätsausschuss Pflege berichtet...”

§§ 117 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2: Vermeidung von Doppel- und Mehrfachprüfungen

Doppel- und Mehrfachprüfungen belasten Pflegeeinrichtungen in höchstem Maße. Daher begrüßen die in der BAGFW kooperierenden Verbände die Neuregelung in § 117 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 zur verbindlichen Terminabsprache für gemeinsame oder arbeitsteilige Prüfungen, sowie die Möglichkeit der vollständigen Übernahme der heimrechtlichen Überprüfung durch den Medizinischen Dienst.

Grundsätzlich sollten diese Vereinbarungen auch Klarstellungen zum Prüfansatz und -inhalt bzw. den entsprechenden Zuständigkeiten enthalten, um Redundanzen zu vermeiden. So ist die MD-Prüfung größtenteils auf Ergebnisqualität ausgerichtet, die Heimaufsicht auf die Prüfung von Strukturqualität. Diese Zuständigkeiten sollten klar sein, gleichwohl der Auftrag zur Strukturprüfung dann ggf. an den Medizinischen Dienst übertragen wird. Der Medizinische Dienst darf zudem in Fällen der Übertragung nicht den auf Ergebnisqualität ausgerichteten Prüfauftrag vernachlässigen.

§ 122: Kooperationsprojekt zu Erleichterungen in der Praxis bei der Beantragung von Leistungen der Pflegeversicherung

Die BAGFW begrüßt das Entbürokratisierungsprojekt der Pflegekassen zur Erleichterung von Antragsverfahren bei der SPV sehr. Das Ziel einer Vereinfachung, Abschaffung redundanter Angaben, Reduktion von Vorgaben und vor allem einer kassenübergreifenden Vereinheitlichung der Formulare teilt die BAGFW nachdrücklich.

Weiterer Änderungsbedarf:

Die in den Nummern 1 bis 5 des Absatzes 1 Satz 2 genannten Vorgaben erscheinen für einen Gesetzentwurf eher kleinteilig und sollten als Arbeitsschritte zur Zielerreichung eigentlich selbstverständlich sein.

Was fehlt, ist eine **Vorgabe für leichte Sprache**; verständliche Formulierungen sind kein hinreichendes Kriterium.

Ziel sollte ebenfalls sein, **Formulare so auszugestalten, dass keine Merkblätter bzw. Hilfsformulare zu deren Erläuterung erforderlich sind**. Dies muss sowohl im Analog- als auch im Onlineweg gewährleistet sein.

Neben dem Formularwesen für Anträge sollte das Entbürokratisierungsprojekt **auch die Genehmigungsverfahren mit Blick auf Transparenz, Fristen und Verständlichkeit für die Versicherten zum Ziel haben**.

Sehr wichtig ist die **Betroffenenbeteiligung**, denn die Sichtweise der Versicherten für die Weiterentwicklung der Anträge muss maßgebend für Reformen sein. Neben den Betroffenenverbände sollten auch die Leistungserbringerverbände in die Beratungen einbezogen werden, denn häufig sind es Pflegedienste oder Präsenzkkräfte in ambulanten WGs, die die Versicherten bei der Antragsstellung unterstützen. Absatz 3 ist entsprechend zu erweitern.

Für den Abschlussbericht ist der 31. Dezember 2030 vorgesehen; dieses Datum ist viel zu spät. Realistischerweise sollte der 31. Dezember 2027 oder der 30. Juni 2028 für den Abschlussbericht vorgesehen werden.

§ 125a: Modellvorhaben zur Telepflege

Der neue Absatz 3 erweitert das Modellvorhaben um eine langfristige Perspektive, was die BAGFW begrüßt. In den Empfehlungen zur Umsetzung der Ergebnisse sollten verpflichtend die notwendigen technischen Rahmenbedingungen zur Umsetzung und die Möglichkeiten der Finanzierung von Telepflege mit aufgenommen werden. Telepflegerische Leistungen dürfen nicht zu einer Mehrbelastung von Pflegebedürftigen und Pflegeeinrichtungen führen, sondern zu einer Entlastung.

§ 125c: Modellvorhaben zur Erprobung digitaler Verhandlungen der Pflegevergütung

Digitale Pflegesatzverhandlungen sind geeignet, um die Pflegesatzverhandlungen zu beschleunigen. Sie werden z.T. auf regionaler Ebene auch schon durchgeführt.

Änderungsbedarf:

Das bundesweite Modellvorhaben, das in den Jahren 2026 und 2027 durchgeführt werden soll, kommt viel zu spät und verzögert die verpflichtende Umstellung auf digitale Verhandlungsprozesse unnötig. Es muss jetzt eine Verpflichtung zur Umstellung des Verhandlungsprozesses auf digitale Portale und die Anwendung der Qualifizierten elektronische Signatur (QES) bei der Unterzeichnung der Vergütungs- bzw. Pflegesatzvereinbarung geben. **Das Modellvorhaben ist deshalb zu streichen, da es nicht mehr zeitgemäß ist.**

§ 146a: Übergangsregelung zur Versorgung von pflegebedürftigen Mitgliedern geistlicher Genossenschaften, Diakonissen und ähnlichen Personen in ordensinterner Pflege

Aufgrund der besonderen Gegebenheiten der Lebensweise in Ordensgemeinschaften und zum Schutz der pflegebedürftigen Ordensangehörigen soll die bisherige praktizierte Leistungserbringung rechtlich abgesichert und damit der Auftrag aus dem Koalitionsvertrag zwischen CDU/CSU und SPD für die 21. Legislaturperiode mit § 146a SGB XI umgesetzt werden. Die in der BAGFW kooperierenden Spitzenverbänden der Freien Wohlfahrtspflege begrüßen, dass durch die vorliegende Übergangsregelung Ordensgemeinschaften ausreichend Zeit für eine adäquate Umstellung der pflegerischen Versorgung zusammen mit den Pflegekassen erhalten und der eingeleitete Umstellungsprozess unterstützt wird.

Artikel 3: Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

§ 15: Ärztliche Behandlung, elektronische Gesundheitskarte

Die BAGFW begrüßt ausdrücklich, dass die Erbringung von bestimmten Leistungen, die ursprünglich Ärzt*innen vorbehalten waren und die mit dem Gesetzentwurf in § 15a SGB V definiert werden, auch durch Pflegefachpersonen erbracht werden können, sofern sie die erforderlichen Kompetenzen besitzen. Von eminenter Bedeutung ist zudem die gesetzliche Festlegung, dass die Pflegeprozessverantwortung berufsrechtlich allein Pflegefachpersonen gemäß § 4 Pflegeberufsgesetz vorbehalten ist.

§ 15a: Behandlung durch Pflegefachpersonen, Pflegeprozessverantwortung

Die BAGFW begrüßt mit Nachdruck, dass der Pflegeberuf als Heilberuf mit eigenen beruflichen Kompetenzen erstmals im SGB V kodifiziert werden soll. Danach ist Pflegefachper-

son, wer durch seine Qualifikation zur Pflegeprozessverantwortung nach § 4 Pflegeberufegesetz berechtigt ist. Andere Berufsgruppen dürfen diese Aufgaben nicht ausüben und entsprechende Leistungen nicht erbringen. Die BAGFW begrüßt diese Präzisierung der vorbehaltenen Tätigkeiten als berufsrechtlichem Kern des Pflegefachberufs nachdrücklich.

Sie begrüßt zudem, dass nicht nur hochschulisch primärqualifizierte Pflegefachpersonen, sondern auch Pflegefachpersonen im Wege der Weiterbildung oder einer nach Länderrecht anerkannten Kompetenzfeststellung einer der Weiterbildung vergleichbaren Berufserfahrung zur eigenverantwortlichen Heilkundenausübung berechtigt sein sollen. Die BAGFW setzt sich grundsätzlich dafür ein, dass Qualifikationen für die Erbringung erweiterter heilkundlicher Leistungen als Zusatzqualifikationen erworben und über den Ausbildungsfonds des Pflegeberufegesetzes finanziert werden. Weiterbildungen sind Ländersache und bundeseinheitliche Weiterbildungsstandards der Länder sind bislang nicht bekannt und auch in der Praxis nicht zu erwarten. **Die BAGFW fordert die Bundesländer, die für die Weiterbildung und Kompetenzanerkennungsverfahren zuständig sind, auf, hilfsweise - falls der Bund nicht von unserer Forderung Gebrauch macht, die Weiterbildung bundesgesetzlich zu regeln - im Rahmen der KMK und ASMK oder einer Bund-Länder-AG schnellstmöglich entsprechende bundeseinheitliche Regelungen zu treffen, um die dringend gebotene Aufwertung und Weiterentwicklung des Pflegeberufs für die Praxis lebbar zu machen. Sie unterstützt ausdrücklich die Forderung des Bundesrates in seiner Stellungnahme vom 26.09.25, dass der Bund von seiner Gesetzgebungskompetenz gemäß Art. 74 Absatz 1 Nr. 19 GG (Zulassung zu anderen Heilberufen) Gebrauch machen solle. Nur mit einer bundeseinheitlichen Regelung wird die erforderliche Weiterbildungsoffensive in die Praxis und in Gang kommen.** Sehr positiv zu bewerten, ist, dass einschlägige Berufserfahrungen als vergleichbare Qualifikationen zu werten sind. Die BAGFW hat stets gefordert, dass gerade Pflegefachpersonen mit langjähriger Berufserfahrung zur Ausübung von eigenverantwortlicher Heilkunde ermächtigt werden müssen. Dies hat auch die positive Konsequenz für die Praxis, dass entsprechend qualifizierte Pflegefachpersonen für diese Tätigkeiten schneller zur Verfügung stehen können. Vor dem Hintergrund drohender Unterversorgungen, insbesondere in strukturschwachen ländlichen Regionen, ist dies dringend geboten. Wie bereits im Rahmenvertrag nach § 64d vorgesehen, sollen entsprechend qualifizierte Pflegefachpersonen in Arztpraxen, MVZ sowie in ambulanten Pflegediensten und stationären Pflegeeinrichtungen eingesetzt werden können; dies ist sachgerecht, bedarf aber der Ergänzung um weitere Einsatzgebiete in der Daseinsvorsorge, wie Public Health Nursing oder Community Health Nursing.

Die BAGFW begrüßt, dass die eigenverantwortliche Behandlung durch Pflegefachpersonen gemäß Absatz 1 in definierten Leistungsbereichen der vertragsärztlichen Versorgung, sowie der Krankenhausbehandlung künftig im Rahmen der Regelversorgung möglich sein soll. Dazu sollen die Vertragspartner nach dem neuen § 73d erforderliche Anpassungen des Rahmenvertrags nach § 64d Absatz 1 Satz 4 über die eigenverantwortliche Behandlung nach erfolgter ärztlicher Diagnose und Indikationsstellung in den Bereichen chronische Wundversorgung, Demenz und Diabetes hinaus prüfen und vornehmen. Da § 15a eine Grundsatznorm des SGB V ist und die Nummern 1 bis 3 des Absatzes 1 keine abschließende Aufzählung darstellen, kann Pflegefachpersonen eine Behandlung künftig auch in anderen Versorgungsbereichen möglich sein.

Unklar ist jedoch der Status der eigenverantwortlichen Behandlung durch Pflegefachpersonen nach Absatz 1 Satz 1 Nr. 2, wonach Pflegefachpersonen mit den erforderlichen Kompetenzen nach ärztlicher Erstverordnung von HKP künftig Folgeverordnungen einschließlich der Verordnung der für diese Leistungen benötigten Hilfsmittel nach § 33 SGB V ausstellen können dürfen. **Es ist klarzustellen, dass Folgeverordnungen von HKP einschließlich der Verordnungen von in diesem Zusammenhang benötigten Hilfsmitteln weiterhin von Pflegefachpersonen i.S. des § 1 Absatz 1 PflBG – mithin ohne erweiterte fachliche Kompetenzen – ausgestellt werden können.** Solche Verordnungen, für die Pflegefachkräfte auch heute schon die Häufigkeit und Dauer eigenverantwortlich festlegen, fallen als sog. “Blanko-Verordnung” bislang unter § 37 Absatz 8 SGB V; ihre Inhalte werden bislang vom Gemeinsamen Bundesausschuss festgelegt. Nach der vorgesehenen neuen Regelung des BEEP sollen die Festlegungen für die Anwendungsbereiche dieser Blanko-Verordnung der HKP jedoch künftig durch die Vertragspartner nach § 73d Absatz 1 Satz 1 getroffen werden (KBV, GKV-Spitzenverband, maßgebliche Spitzenorganisationen für Pflegedienste und stationäre Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene). Diesen Widerspruch gilt es aufzulösen und das Verhältnis zwischen § 15a Absatz 1 Nr. 2 i.V. mit § 73d Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 einerseits und § 37 Absatz 8 SGB V andererseits gilt es zu klären. **Die BAGFW spricht sich dafür aus, die Regelung zur Blanko-Verordnung in § 37 Absatz 8 SGB V zu streichen und diese nur in § 15a Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 in Verbindung mit § 73d Absatz 1 Nummer 2 zu normieren.**

Überdies fehlt eine leistungsrechtliche Verankerung der Behandlung durch Pflegefachpersonen im Rahmen des nach § 15a Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 festgelegten Katalogs von Leistungen in § 27 SGB V, damit ein Leistungsanspruch für Patient*innen, seien sie häuslich oder in der stationären Pflege oder vergleichbaren besonderen Wohnformen versorgt, entsteht. In § 28 ist klarzustellen, dass die eigenverantwortliche Behandlung durch Pflegefachpersonen im Rahmen der Pflegeprozessverantwortung von den ärztlichen Leistungen unberührt bleibt. Beide Regelungen fehlen im vorliegenden Gesetzesentwurf und sind dringend nachzubessern, um die Heilkundenausübung durch entsprechend qualifizierte Pflegefachpersonen in der Praxis gangbar zu machen.

Änderungsbedarf:

§ 15a Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 ist wie folgt klarstellend zu ergänzen:

*“[...] nach einer erstmaligen ärztlichen Verordnung die Verordnung **durch Pflegefachpersonen nach Absatz 3** der in dem nach § 73d Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 vereinbarten Katalog genannten Leistungen der häuslichen Krankenpflege, einschließlich der Verordnung der für diese Leistungen benötigten Hilfsmittel nach § 33,[...]”.*

Streichung des § 37 Absatz 8 SGB V (Blankoverordnung).

§ 27 (Krankenbehandlung) ist wie folgt zu ergänzen:

„Die Krankenbehandlung muss auch die Behandlung durch Pflegefachpersonen als eigenverantwortliche Heilkundenausübung umfassen.“

Absatz 1 wird nach Nummer 4 um folgende Nummer X ergänzt:

Behandlung durch Pflegefachpersonen

Im Leistungserbringungsrecht ist ein neuer § 133 entsprechend einzufügen.

§ 28 Absatz 1 Satz 2 ist wie folgt zu ergänzen:

*„Zur ärztlichen Behandlung gehört auch die Hilfeleistung anderer Personen, die von dem Arzt angeordnet und von ihm zu verantworten ist; **§ 15a Absatz 2 bleibt unberührt.**“*

Ergänzender Änderungsbedarf:

Zu § 15a bzw. 73d:

Pflegefachpersonen werden künftig eigenverantwortlich Leistungen der ärztlichen Behandlung erbringen. In die Behandlung von Versicherten eingebundene Ärztinnen und Ärzte erhalten nach § 352 Satz 1 Nummer 1 SGB V verarbeitenden Zugriff auf die elektronische Patientenakte. Mit einer Ausdehnung der pflegerischen Kompetenzen ist ebenfalls die Zugriffsart von Pflegefachpersonen auf die elektronische Patientenakte neu zu definieren und auch auf Schreibrechte auszudehnen, wo dies für die Behandlung notwendig.

Ergänzungsvorschlag für § 352 Satz 1 Nummern 9-11:

*“Pflegefachpersonen, die in die medizinische oder pflegerische Versorgung der Versicherten eingebunden sind, mit einem Zugriff, der das Auslesen, die Speicherung und die Verwendung von Daten nach § 341 Absatz 2 Nummer 1 bis 11 **sowie die Verarbeitung von Daten nach § 341 Absatz 2 Nummer 10, die sich aus der pflegerischen Versorgung ergeben, ermöglicht, soweit dies für die Versorgung der Versicherten erforderlich ist; sowie [Pflegefachpersonen], die in die medizinische oder pflegerische Behandlung der Versicherten entsprechend § 73d SGB V eingebunden sind; mit einem Zugriff, der die Verarbeitung von Daten nach § 341 Absatz 2 ermöglicht, soweit dies für die Versorgung der Versicherten erforderlich ist.**“*

§ 37: Häusliche Krankenpflege

Mit § 15a Absatz 1 Nummer 2 in Verbindung mit § 73d Absatz 1 Nummer 2 findet im Rahmen der Kompetenzerweiterungen der Pflegefachkräfte eine sachlogische Weiterentwicklung der gegenwärtigen Regelungen zur Blankoverordnung statt. § 37 Absatz 8 ist deshalb zu streichen.

§ 37 Absatz 2b, der bisher geregelt hat, dass die HKP auch Leistungen der ambulanten Palliativversorgung umfassen kann, wird nach dem vorliegenden Gesetzentwurf um die **“Behandlung von Pflegefachpersonen” im Rahmen eines zwischen den Vertragspartnern nach § 73d vereinbarten Leistungskatalogs als eigenverantwortliche Heilkundenausübung gemäß § 15a Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und Nummer 3 erweitert. Diese Regelung wird aufs Schärfste abgelehnt**, denn Leistungen der Häuslichen Krankenpflege, wie in § 37 SGB V normiert, sind grundsätzlich Delegationsleistungen. Mit dem neuen § 15a Absatz 1 Nummer 1 SGB V sollte jedoch als neue Leistungsart die Behandlung von Pflegefachpersonen zur eigenverantwortlichen Ausübung von Heilkunde zugrunde gelegt werden. Diese Intention wird durch die beabsichtigte Neuregelung des § 37 Absatz 2b torpediert. Die Neuregelung muss sich unserer Ansicht nach anstatt dessen auf

§ 15a Absatz 1 Nummer 2 in Verbindung mit § 73d Absatz 1 Nummer 2 beziehen. (Bezüglich einer Kommentierung des § 37 Absatz 8 (Blankoverordnung) verweisen wir auf die Kommentierung zu § 15a SGB V.)

Änderungsbedarf:

§ 37 Absatz 2b ist wie folgt zu formulieren:

„Die häusliche Krankenpflege nach den Absätzen 1 und 2 umfasst auch die ambulante Palliativversorgung sowie die nach § 15a Absatz 1 Nummer 1 und 3 2 in Verbindung mit § 73d Absatz 1 Nummer 2 von Pflegefachpersonen erbrachten Leistungen.“

§ 37 Absatz 8 ist zu streichen.

§ 45: Erweiterung der Ansprüche auf Kinderkrankengeld

Die BAGFW begrüßt grundsätzlich die Verlängerung des erweiterten Anspruchs auf Kinderkrankengeld von 10 auf 15 Tage bzw. für alleinerziehende Elternteile auf 30 Tage für das kommende Kalenderjahr 2026. Sie regt allerdings an, die Regelungen zum Kinderkrankengeld bedarfsgerechter zu fokussieren:

So sollte die Anzahl der Kinderkrankengeldtage für die in Kindertageseinrichtungen oder bei Tagesmüttern betreuten Kleinkinder, die aufgrund der immunologischen Reifung überdurchschnittlich häufig an Atemwegs- und Magen-Darm-Infekten erkranken, erhöht werden und im Gegenzug die Anzahl der Kinderkrankentage für höhere Altersgruppen reduziert werden. In gleicher Weise sollte auch für chronisch kranke Kinder und Kinder mit schweren, potenziell lebensbedrohlichen Erkrankungen ein Anspruch auf eine höhere Zahl von Kinderkrankentagen bestehen. Essentiell wäre vor allem, Eltern behinderter und chronisch kranker Kinder stärker zu unterstützen, denn diese sind im Durchschnitt häufiger krank und müssen auch häufiger ins Krankenhaus. Zur Entbürokratisierung könnte auch überlegt werden, eine AU in Kinderarztpraxen für Bagatellerkrankungen erst ab dem 4. Erkrankungstag anfordern zu müssen. Durch diese Entlastung könnten die Kinderarztpraxen Termine für Fälle mit wirklichem Versorgungsbedarf vergeben.

§ 63 Absatz 3b (neu); § 64d Absatz 4 (neu): Überführung der Modellvorhaben in die Regelversorgung

Die BAGFW begrüßt nachdrücklich, dass es keiner weiteren Modellvorhaben nach § 63 Absatz 3b oder 3c sowie nach § 64d bedarf, um Pflegefachpersonen mit entsprechender Zusatzqualifikation zur Behandlung durch Pflegefachpersonen zu ermächtigen. Bereits begonnene Modellvorhaben können hingegen weitergeführt werden, was sachgerecht ist. Gleichzeitig ergibt sich dadurch ein Anpassungsbedarf von § 14 PflBG, da die Pflegeschulen ansonsten die Heilkundemodule nach § 14 Absatz 4 PflBG im Rahmen der Pflegefachausbildung weiterhin nicht anbieten können (siehe hierzu Anmerkungen zu § 14 PflBG).

§ 73d: Eigenverantwortliche Erbringung von Leistungen durch Pflegefachpersonen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung, eigenverantwortliche Verordnung häuslicher Krankenpflege durch Pflegefachpersonen; Evaluation i.V.m. § 132a Absatz 1 Nummer 8 neu (Vergütung erweiterter heilkundlicher Leistungen)

Die in der BAGFW kooperierenden Spitzenverbände begrüßen sehr, dass die eigenverantwortliche Erbringung von heilkundlichen Leistungen in der Pflege im SGB V geregelt werden soll. Gleichzeitig wird sowohl durch die Verankerung in den §§ 73ff. SGB V, welche die vertragsärztliche Versorgung regeln, in grundsätzlicher Weise als auch durch § 73d Absatz 4 in spezifischer Weise deutlich, dass die eigenverantwortliche Ausübung heilkundlicher Tätigkeiten durch Pflegefachpersonen im Rahmen der Sicherstellung der *vertragsärztlichen* Versorgung erfolgt. Das kann nur ein erster Schritt sein. **Die Stärkung von Kompetenzen der Pflegefachkräfte erfordert zwingend, dass ihre eigenständige Rolle im Versorgungssystem des SGB V und SGB XI strukturell verankert ist und nicht als reines Entlastungsinstrument für Ärzte und Ärztinnen fungiert.** Pflegefachpersonen mit entsprechender Zusatzqualifikation müssen daher automatisch berechtigt sein, nach entsprechender ärztlicher Diagnose und Indikationsstellung, eigenverantwortlich die heilkundlichen Behandlungsleistungen im Rahmen der Vorbehaltstätigkeiten nach § 4 PflBG fallabschließend zu erbringen und gleichberechtigt zur vertragsärztlichen Versorgung ihren Beitrag zur Krankenbehandlung nach § 27 arbeitsteilig und auf Augenhöhe mit den Ärzt*innen zu leisten.

Die Einbindung der stationären Pflegeeinrichtungen in die Vereinbarung nach § 73d (neu) ist unerlässlich und wird daher von uns befürwortet. **Gleichzeitig fehlt es an einer Regelung, wonach Pflegefachkräfte mit den entsprechenden Konsequenzen die Aufgaben nach § 73d auch in der Regelversorgung der stationären Pflegeeinrichtungen ausüben dürfen.** Dies war noch im Referentenentwurf der 20. Legislaturperiode vorgesehen, ist aber im neuen § 73d Absatz 2 nicht mehr enthalten. Danach können entsprechend qualifizierte Pflegefachkräfte nur in Arztpraxen oder bei ambulanten Pflegediensten tätig sein. Dies ist weder berufsrechtlich hinnehmbar noch unter dem Aspekt der angesichts des Hausärztemangels zunehmend prekärer werdenden ärztlichen Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen nachvollziehbar. Hier sieht die BAGFW dringenden Nachbesserungsbedarf, gerade auch vor dem Hintergrund von sozialräumlich orientierten und sektorenübergreifenden Versorgungsmodellen, die ein deutlich flexibleres Leistungsrecht benötigen, um zum Tragen zu kommen.

Zugleich muss geregelt werden, dass die Erweiterung der Kompetenzen in stationären Pflegeeinrichtungen über das SGB V abgesichert wird. In den vorgesehenen Regelungen würde dies bislang nur ermöglicht, wenn bei Vertragsärzt*innen angestellte Pflegefachpersonen mit erweiterten Kompetenzen im Rahmen von Kooperationsvereinbarungen nach § 119b Hausbesuche in einer stationären Einrichtung machen. **Die BAGFW setzt sich dafür ein, dass Pflegeeinrichtungen nach § 119b Absatz 1 Satz 3 nicht nur zur Anstellung von eigenen Ärzt*innen ermächtigt werden können sollen, sondern auch zur Anstellung von entsprechend qualifizierten Pflegefachkräften, die Leistungen nach § 73d Absatz 1 erbringen können.** § 119b Absatz 1 Satz 3 soll entsprechend erweitert werden. Auf diesem Wege könnte – hilfsweise – eine Finanzierung der eigenverantwortlichen Behandlung durch Pflegefachkräfte in stationären Pflegeeinrichtungen aus dem SGB V erfolgen (Änderungsbedarf, s. nachfolgende Kommentierung zu § 119b). **Die BAGFW betont in diesem Zusammenhang nochmals ihre alte Forderung, die medizinische**

Behandlungspflege im stationären Bereich insgesamt systemkonform aus dem SGB V zu refinanzieren. Dies muss in entsprechender Weise auch für Pflegefachpersonen, die in der stationären Pflegeeinrichtung bei entsprechender Qualifizierung Leistungen nach § 15a SGB V erbringen.

Grundsätzlich sollte die eigenverantwortliche Ausübung von Heilkunde durch Pflegefachpersonen mit entsprechender Zusatzqualifikation aber im Vierten Kapitel Achter Abschnitt des SGB V, z.B. in einem neuen § 132x geregelt werden. Dort sind dann auch die Grundsätze der Vergütung dieser heilkundlichen Leistungen zu verorten.

Im Rahmenvertrag sollen nach Absatz 2 zwischen den Vertragsparteien geregelt werden, auf der Grundlage welcher Kompetenzen Pflegefachpersonen eigenverantwortlich die jeweiligen Leistungen nach § 73d erbringen sowie HKP-Folgeverordnungen ausstellen dürfen. Unserer Auffassung nach muss dabei klargestellt werden, dass Vorbehaltstätigkeiten nach § 4 PflBG uneingeschränkt gelten und nicht nur, wie in Satz 1 vorgesehen, "beachtet" werden müssen.

Sachgerecht ist auch, dass Leistungen, die im Rahmenvertrag nach § 64d vereinbart wurden, sofort in die Regelversorgung überführt werden können. Die Leistungserbringung ist selbstverständlich zu evaluieren; ein Zeitraum von 4 Jahren nach Inkrafttreten des Vertrags nach § 73d ist hierfür angemessen. Die in der BAGFW kooperierenden Spitzenverbände setzen sich dafür ein, die Heilkundebefugnisse nach § 15a neu auch im Krankenhaus und in den Reha- und Vorsorgeeinrichtungen zur Anwendung zu bringen. Zu diesem Zweck müssen neben der DKG, die nach Gesetzentwurf nun einbezogen wird, auch die maßgeblichen Vereinigungen der Rehabilitations- und Vorsorgeeinrichtungen bei der Erstellung der Kataloge nach Absatz 1 zur Stellungnahme berechtigt werden. Nach den bisher im Gesetzentwurf vorgesehen Regelungen bleibt offen, wie das BMG unter Beteiligung des BMBFSFJ die Leistungserbringung in der Reha und Vorsorge evaluieren will, wenn keine Norm zur Ermächtigung dieser entsprechenden Einrichtungen für Behandlungsleistungen durch Pflegefachpersonen vorgesehen ist.

§ 119b: Ambulante Behandlung in stationären Pflegeeinrichtungen

Die Kooperationsverträge zur ärztlichen Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen haben sich bewährt. Wie zu § 73d oben ausgeführt wurde, sieht die BAGFW in der Anstellung von entsprechend qualifizierten Pflegefachpersonen zur eigenverantwortlichen Heilkundenausübung im Rahmen der Ermächtigung der stationären Pflegeeinrichtungen nach § 119b Absatz 1 Satz 3 einen geeigneten Weg für eine Regelversorgung in der stationären Pflege, solange die medizinische Behandlungspflege und die Behandlung durch Pflegefachpersonen nach § 15a SGB V nicht aus dem SGB V refinanziert werden.

Änderungsbedarf:

§ 119b Absatz 1 ist nach Satz 3 um den folgenden Satz 4 zu ergänzen:

"Kommt ein Vertrag nach Satz 1 nicht innerhalb einer Frist von sechs Monaten nach Zugang des Antrags der Pflegeeinrichtung zustande, ist die Pflegeeinrichtung vom Zulas-

sungsausschuss zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung der pflegebedürftigen Versicherten in der Pflegeeinrichtung mit angestellten Ärzten, die in das Arztregister eingetragen sind und geriatrisch fortgebildet sein sollen, zu ermächtigen; die Anstellung bedarf der Genehmigung des Zulassungsausschusses. **Satz 3 erster Halbsatz gilt auch mit der Maßgabe, dass die Pflegeeinrichtung für die Erbringung der Leistungen nach § 15a entsprechend qualifizierte Pflegefachpersonen anstellen kann.**

§ 132a: Versorgung mit häuslicher Krankenpflege

Nach § 132a Absatz 1 Satz 4 Nr. 2a SGB V neu sollen in den Rahmenempfehlungen zur häuslichen Krankenpflege auch **Voraussetzungen für eine fachgerechte Wahrnehmung der Pflegeprozessverantwortung, unter Berücksichtigung der ärztlichen Indikationsstellung für den Bedarf an Leistungen der medizinischen Behandlungspflege**, geregelt werden. Die vorgesehenen leistungserbringungsrechtlichen Vorgaben zur Formulierung der Voraussetzung zur Wahrnehmung der Pflegeprozessverantwortung stehen im Widerspruch zur fachlichen Eigenverantwortung der Pflegefachpersonen und sind unserer Auffassung nach verzichtbar. Es fehlen jedoch Grundsätze zur Vergütung. In der Begründung zum Gesetzentwurf und in den Vorläuferversionen aus dem letzten Jahr wurde ausgeführt, dass zu den Aufwänden der Wahrnehmung der Pflegeprozessverantwortung insbesondere vergütete Erst- und Folgegespräche sowie Aufwände für komplexe Fallsteuerungen, die beispielsweise als interdisziplinäre Fallbesprechungen, auf Wunsch des Versicherten auch unter Einbeziehung von An- und Zugehörigen, gehören können. Es fehlen jetzt sowohl Ausführung in der Gesetzesbegründung und auch ein Gesetzesbefehl, der die Grundsätze der Vergütung der Aufwände für die Wahrnehmung der Pflegeprozessverantwortung regelt.

Der neue § 15a Absatz 1 Nummer 2 stellt in Verbindung mit § 73d Absatz 1 Nummer 2 die Weiterentwicklung der sogenannten Blankoverordnung nach § 37 Absatz 8 dar (siehe unsere Stellungnahme zu § 37 SGB V). § 132a Absatz 1 Satz 4 Nummer 7 ist deshalb zu streichen.

Mit der neuen Nummer 8 in § 132a Absatz 1 Satz 4 SGB V erhalten die Rahmenempfehlungspartner nach § 132a Absatz 1 den Auftrag, **Grundsätze für die Vergütung von Verordnungen nach § 73d Absatz 1 Nummer 2** zu vereinbaren, soweit sie von Pflegediensten nach mit denen Verträge nach § 132a Absatz 4 Satz 1 geschlossen wurde erbracht werden. Dies ist sachgerecht und wird von uns begrüßt, allerdings halten wir das Datum 30. April 2028 für zu spät, da es danach noch Jahre dauern wird, bis die Regelungen zur Kompetenzerweiterung der Pflegefachpersonen ihre Wirkung entfalten können.

Änderungsbedarf:

§ 132a Absatz 1 Satz 4

Nummer 2a neu ist wie folgt zu fassen:

„Grundsätze der Vergütung einer Voraussetzungen für eine fachgerechte Wahrnehmung der fachgerechten Pflegeprozessverantwortung im Sinne des § 4 Absatz 1 Satz 1 des Pflegeberufgesetzes unter Berücksichtigung der ärztlichen Indikationsstellung

für den Bedarf an Leistungen der medizinischen Behandlungspflege, insbesondere der Aufwände für vergütete Erst- und Folgegespräche sowie der Aufwände für komplexe Fallsteuerungen,

Nummer 7 ist zu streichen:

“Anforderungen an die Eignung der Pflegefachpersonen, die Leistungen im Rahmen einer Versorgung nach § 37 Absatz 8 erbringen, sowie Maßnahmen zur Gewährleistung der Wirtschaftlichkeit der im Rahmen einer Versorgung nach § 37 Absatz 8 erbrachten Leistungen und [...]”

Nummer 8 ist wie folgt zu fassen:

*“Grundsätze der Vergütung von Verordnungen von in dem nach § 73d Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 vereinbarten Katalog genannten Leistungen, soweit die Leistungen von Leistungserbringern erbracht werden, mit denen Verträge nach Absatz 4 Satz 1 abgeschlossen werden, erstmals bis zum 30. April **2027**.”*

§ 291 Elektronische Gesundheitskarte/ Absatz 9: elektronische Ersatzbescheinigung

Die Übermittlung der elektronischen Ersatzbescheinigung anstelle des Einlesens der elektronischen Gesundheitskarte ist laut Gesetzesbegründung zur Entlastung und zum Bürokratieabbau leider auf Ausnahmefälle begrenzt. Grundsätzlich begrüßt die BAGFW, dass dadurch ärztliche Verordnungen bei bekannten Patient*innen auch ohne das quartalsweise Einlesen der elektronischen Gesundheitskarte ermöglicht werden. Das Einlesen der elektronischen Gesundheitskarten zu jedem Quartalsbeginn bedeutet für ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen, aber auch für die Arztpraxen, einen immensen organisatorischen Aufwand, der dringend abgeschafft und falls erforderlich durch digitale Ersatzverfahren ersetzt werden muss. Hier könnte der Versand elektronischer Ersatzbescheinigungen bei Vorliegen eines Pflegesettings eine Alternative bieten, deren Umsetzbarkeit zu prüfen ist.

§ 340a (neu): Sicherer Umgang mit Komponenten zur Authentifizierung von Leistungserbringerinstitutionen

Die BAGFW befürwortet ausdrücklich, dass nur berechtigte Personen und Institutionen Zugang zur Telematikinfrastruktur haben. Eine Übertragung der Verantwortung des Datenzugriffs auf Daten von Anwendungen nach § 334 Absatz 1 Satz 2 Nummer 1 bis 5 und 7 von den Beschäftigten einer Pflegeeinrichtung hin auf die Vorgesetzten wird dadurch aber leider nicht erreicht. Ein Heilberufsausweis hat außer der Bestellung von Institutionskarten und perspektivisch dem Ausstellen von Verordnungen keine Funktion in der Pflege, anders als in der ärztlichen Versorgung. Der Zugriff auf die elektronische Patientenakte sollte daher in Pflegeeinrichtungen auch von Leistungserbringern ohne Heilberufsausweis möglich sein, wohl aber mit einer Institutionskarte und einer Protokollierung des Zugriffs. Sonst besteht die große Gefahr, dass Pflegefachpersonen aus Angst vor Haftungsrisiken keine Kolleg*innen autorisieren werden, mittels des eigenen Heilberufsausweis auf Daten in der ePA der Pflegebedürftigen zuzugreifen.

Änderungsbedarf:

§ 339 Absatz 3

„3) Auf Daten in einer Anwendung nach § 334 Absatz 1 Satz 2 Nummer 1 bis 5 und 7 dürfen zugriffsberechtigte Leistungserbringer nach den **§§ 352 Absatz 1 Nummern 1-8 und 13-19**, 356 Absatz 1, § 357 Absatz 1 und § 359 Absatz 1 mittels der elektronischen Gesundheitskarte oder der digitalen Identität der Versicherten nach § 291 Absatz 8 Satz 1 nur mit einem ihrer Berufszugehörigkeit entsprechenden elektronischen Heilberufsausweis oder mit einer digitalen Identität nach § 340 Absatz 6 in Verbindung mit einer Komponente zur Authentifizierung von Leistungserbringerinstitutionen zugreifen. Es ist nachprüfbar elektronisch zu protokollieren, wer auf die Daten zugegriffen hat und auf welche Daten zugegriffen wurde.“

§ 339 Absatz 3a (neu, Vorschlag):

„Auf Daten in einer Anwendung nach § 334 Absatz 1 Satz 2 Nummer 1 bis 5 und 7 dürfen zugriffsberechtigte Leistungserbringer nach den **§ 352 Absätze 9-12** mittels der elektronischen Gesundheitskarte oder der digitalen Identität der Versicherten nach § 291 Absatz 8 Satz 1 nur ~~mit einem ihrer Berufszugehörigkeit entsprechenden elektronischen Heilberufsausweis oder mit einer digitalen Identität nach § 340 Absatz 6 in Verbindung~~ mit einer Komponente zur Authentifizierung von Leistungserbringerinstitutionen zugreifen. Es ist nachprüfbar elektronisch zu protokollieren, wer auf die Daten zugegriffen hat und auf welche Daten zugegriffen wurde.“

Sowie:

Verschieben der geplanten Neufassung des § 340 a Absatz 2 Satz 2 (neu) bis zu dem Zeitpunkt, ab dem Pflegefachpersonen Verordnungen ausstellen und mit einem Heilberufsausweis signieren können.

Artikel 4: Änderung des Pflegeberufgesetzes

§ 4a i.V.m. § 14a: Eigenverantwortliche Heilkundenausübung, Standardisierte Kompetenzbeschreibungen für heilkundliche Aufgaben.

Die in der BAGFW organisierten Verbände würdigen die Aufnahme der eigenverantwortlichen Heilkundenausübung in das PflBG ausdrücklich. § 4a stellt einen Meilenstein in der Professionalisierung der Pflegeberufe dar. Positiv hervorzuheben ist, dass alle Personen mit einer Erlaubnis nach § 1 PflBG, also sowohl die beruflich ausgebildeten als auch die hochschulisch qualifizierten Pflegenden, unter diese Regelung fallen.

Die BAGFW weist darauf hin, dass sicherzustellen ist, dass die in § 4a (neu) vorgesehene Möglichkeit zur eigenverantwortlichen Heilkundenausübung allen Pflegefachpersonen zustehen muss, seien sie rein beruflich oder primärqualifizierend hochschulisch nach dem

PfIBG qualifiziert. Ohne die Möglichkeit, die benötigten Kompetenzen zur eigenverantwortlichen Ausübung von erweiterter Heilkunde im Rahmen einer an die Pflegefachausbildung anschließende Zusatzausbildung erwerben zu können, wird die medizinisch-pflegerische Versorgung nicht wirkungsvoll gestärkt werden können.

Und selbst wenn die Inhalte einzelner Fachweiterbildungen anerkannt werden würden, beispielsweise im Bereich der Wundversorgung, so sind diese doch sehr spezialisiert und weniger generalisiert ausgerichtet. Die Heilkundemodule sind hier deutlich umfassender gestaltet und zudem bereits bundeseinheitlich standardisiert, während der Weiterbildungsbereich in der Pflege völlig fragmentiert und heterogen gestaltet ist.

Darüber hinaus stellen die Heilkundemodule teilweise völlig neue Angebote dar, die wichtige Versorgungslücken schließen, da sie sich an einem medizinisch-pflegerischen Prozess im Sinne eines Disease Managements - und nicht an einzelnen Tätigkeiten orientieren. Die in der BAGFW kooperierenden Spitzenverbände setzen sich daher mit Nachdruck dafür ein, dass § 14 PfIBG neu gefasst wird – und die Regelung zu § 14a PfIBG miteingeschlossen wird.

Änderungsbedarf:

§ 4a (Eigenverantwortliche Heilkundenausübung) ist wie folgt zu ändern:

*“Personen mit einer Erlaubnis nach § 1 sind zur eigenverantwortlichen Heilkundenausübung im Rahmen der nach diesem Gesetz erworbenen Kompetenzen befugt. **Kompetenzen, die von Personen nach § 1 während des Berufslebens, etwa durch Fort- und Weiterbildung erworben wurden, sind davon mitumfasst.**”*

§ 14 ist neu zu fassen:

§ 14 Zusatzausbildung zur eigenverantwortlichen Ausübung von erweiterten heilkundlichen Tätigkeiten

(1) Personen mit einer Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung nach § 1 PfIBG können zusätzlich Kompetenzen zur eigenverantwortlichen Durchführung weiterer heilkundlicher Aufgaben erwerben.

(2) Die Vermittlung der erforderlichen fachlichen und personalen Kompetenzen erfolgt auf der Grundlage der von der Fachkommission nach § 53 PfIBG erarbeiteten standardisierten Beschreibungen für die erforderlichen fachlichen und personalen Kompetenzen zur eigenverantwortlichen Ausübung von heilkundlichen Aufgaben (standardisierte Kompetenzbeschreibungen), soweit diese Kompetenzen nicht bereits im Rahmen der Ausbildung nach § 5 vermittelt werden.

(3) Die standardisierten Kompetenzbeschreibungen nach Absatz 2 werden durch die Fachkommission nach § 53 PfIBG in regelmäßigen Abständen, mindestens alle fünf Jahre, an den allgemein anerkannten Stand pflegewissenschaftlicher, medizinischer und weiterer bezugswissenschaftlicher Erkenntnisse angepasst. Sie werden gemeinsam vom Bundesministerium für Bildung, Familie, Senioren, Frauen und Jugend und vom Bundesministerium für Gesundheit genehmigt. Die Genehmigung der

standardisierten Module erfolgt einmalig; Änderungen bedürfen einer erneuten Genehmigung.

(4) Die Ausbildungsinhalte werden in gesonderten schulinternen Curricula der Pflegegeschulen und Ausbildungsplänen der Träger der praktischen Ausbildung ausgewiesen.

(5) Die erworbenen Kompetenzen für weitere heilkundliche Aufgaben werden zum Abschluss der Zusatzausbildung staatlich geprüft.

(6) Abweichend zu den Vorschriften in Abschnitt 1 kann die Vermittlung der Kompetenzen für weitere heilkundliche Aufgaben von Institutionen der Fort- und Weiterbildung erfolgen, sofern die Mindestanforderungen nach § 9 PflBG erfüllt werden. Die übrigen Vorschriften des PflBG gelten entsprechend.

§ 37: Primärqualifizierende Ausbildung - Inhalte

§ 37 Absatz 2 regelt die Ausbildungsziele der primärqualifizierenden hochschulischen Ausbildung im Allgemeinen. Bislang gehörte die erweiterte Heilkundenausübung zu den grundsätzlichen Ausbildungszielen. **Eine Verkürzung auf die derzeit vereinbarten Module Diabetes, chronische Wunden und Demenz lehnt die BAGFW mit Nachdruck ab.**

§ 53: Fachkommission; Erarbeitung von Rahmenplänen

Die in der BAGFW kooperierenden Spitzenverbände setzen sich mit Nachdruck für die Verankerung der Erarbeitung und Anpassung der Heilkundemodule als regelhafte Aufgabe der Fachkommission durch Ergänzung von Absatz 1 ein.

Änderungsbedarf:

„(1) Zur Erarbeitung eines Rahmenlehrplans und eines Rahmenausbildungsplans für die Pflegeausbildung nach Teil 2 sowie zur Wahrnehmung der weiteren ihr nach diesem Gesetz zugewiesenen Aufgaben wird eine Fachkommission eingerichtet. Hierzu gehört insbesondere die Erarbeitung und regelmäßige Anpassung der standardisierten Kompetenzbeschreibungen für die Zusatzausbildung zur eigenverantwortlichen Durchführung von heilkundlichen Aufgaben.“

Des Weiteren müssen Folgeänderungen in der PflAuPrV und der PflAuFinV geprüft und vorgenommen werden. Die Zusatzqualifikation nach § 14 muss über den Pflegeausbildungsfonds refinanziert werden.

Folgeänderungen:

Regelung der Kostentragung PflAuFinV

Ergänzung des § 1 Absatz 7:

*„Ausbildungskosten im Sinne dieser Verordnung sind die Kosten der beruflichen Pflegeausbildung nach § 27 des Pflegeberufgesetzes sowie die Kosten des praktischen Teils der hochschulischen Pflegeausbildung nach § 39a des Pflegeberufgesetzes **und die Kosten der beruflichen Pflegeausbildung nach § 14 (neu) des Pflegeberufgesetzes**, soweit im Folgenden nicht etwas anderes bestimmt ist.“*

Regelung der Ausbildungsvergütung

Ergänzung des § 19 Absatz 1 Satz 1 des Pflegeberufgesetzes:

*„Der Träger der praktischen Ausbildung hat der oder dem Auszubildenden für die gesamte Dauer der Ausbildung **sowie für den Erwerb der Zusatzqualifikation nach § 14 (neu)** eine angemessene Ausbildungsvergütung zu zahlen.“*

Die PflAuPrV ist um die Prüfung der standardisierten Kompetenzbeschreibungen zu erweitern.

C. Weitere Änderungsbedarfe

§ 8 Absatz 8 SGB XI: Anschubfinanzierung zur Digitalisierung

Bislang ist nur eine einmalige Förderung nach § 8 Absatz 8 SGB XI in Höhe von 12.000 Euro möglich und der Eigenanteil der Pflegeeinrichtung ist mit 60 Prozent der Fördermaßnahme zu hoch bemessen, er sollte auf 20 % verringert werden. Die Fördermittel von bis zu 12.000 Euro sollten maximal ausgeschöpft werden, deshalb ist das einmalig zu streichen. Überdies sollen auch die digitalen Kompetenzen zur Aus-, Fort- und Weiterbildung förderfähig sein. Die BAGFW regt an, die im Workshop des “Zukunftspakts Pflege” diskutierte Überlegung zur Schaffung eines Anschubfinanzierungsfonds für die Digitalisierung in der Langzeitpflege analog zum KHZG zu prüfen.

§ 42a SGB XI: Gemeinsamer Jahresbetrag

§ 42a Absatz 1 und 2 SGB XI sehen Informationspflichten für die Pflegeeinrichtungen und Pflegedienste gegenüber den Pflegekassen und den Pflegebedürftigen vor.

Allerdings können die Pflegeeinrichtungen und Pflegedienste die Versicherten nur über die jeweils bei ihnen in Anspruch genommen Leistungen informieren, da ihnen keine Informationen darüber vorliegen, bei welchen anderen Leistungserbringern die Pflegebedürftigen Leistungen abgerufen haben. Dies bedeutet, dass das intendierte Ziel des Gesetzgebers, Pflegebedürftige zu jedem Zeitpunkt eine Transparenz und genaue Informationen über die bereits in Anspruch genommen Leistungen zur Verfügung zu stellen, durch die vorliegende Regelung nicht erreicht wird.

Die BAGFW erachtet die Informationsübermittlung an den pflegebedürftigen Menschen für obligat, damit diese den Jahresbetrag sinnvoll einsetzen können. Dies ist jedoch eine Aufgabe der jeweiligen Pflegekasse, bei der der Pflegebedürftige versichert ist

§ 45 SGB XI: Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen

Künftig sind im Rahmen der Beratungsbesuche nach § 37 Absatz 3 Beratende angehalten, auch auf die Möglichkeit der Inanspruchnahme von Pflegekursen nach § 45 sowie auf sonstige geeignete Beratungs- oder Hilfsangebote hinzuweisen. Wie bereits zu "§ 37 Absatz 3a (neu) Inhalte des Beratungsbesuches und weitere Änderungsbedarfe bei den Beratungsbesuchen nach § 37 Absatz 3" erwähnt und hingewiesen, ist eine Information über die Möglichkeit der Inanspruchnahme von Pflegekursen nach § 45, auch in der häuslichen Umgebung des Pflegebedürftigen, nur dann zielführend, wenn diese Ansprüche flächendeckend eingelöst werden können. Hierzu sehen wir einen dringenden gesetzlichen Regelungsbedarf des § 45 SGB XI.

Die BAGFW hat in den letzten Jahren wiederholt auf die hohe Bedeutung der Pflegekurse nach § 45 SGB XI hingewiesen und gefordert, dass Pflegekurse und Schulungen in der Häuslichkeit flächendeckend zur Verfügung stehen müssen und nicht länger davon abhängig sein dürfen, ob die einzelne Pflegekasse einen Rahmenvertrag mit dem jeweiligen Leistungserbringerverband oder Pflegedienst geschlossen hat. Angehörige und sonstige an einer ehrenamtlichen Pflegetätigkeit interessierten Personen müssen einen qualifizierten Anbieter frei wählen können. Die Beseitigung des bestehenden Flickenteppichs und die Sicherstellung eines flächendeckenden niedrigschwelligen Zugangs zum unterstützenden Leistungsangebots nach § 45 SGB XI mittels Vereinheitlichung vertraglicher Regelungen der Pflegekassen mit den Leistungserbringern (inkl. Kontrahierungszwang der Pflegekassen bei vorliegenden qualitätsgesicherten Angeboten) ermöglicht den ambulanten Diensten den Aufbau eines flächendeckenden Angebotes an Schulungen im Rahmen von Pflegekursen und häuslichen Angeboten, die von allen Pflegekassen finanziert werden. Mit dieser Änderung ist zudem eine Entbürokratisierung verbunden, da Verhandlungen bzw. Bewerbungen auf Vergabeverfahren mit einzelnen Pflegekassen und Beitrittsverfahren sowie aufwendige Listenführungen entfallen. Die BAGFW hat dazu mehrfach den unten beschriebenen Lösungsansatz vorgeschlagen.

Änderungsbedarf:

§ 45 SGB XI ist wie folgt anzupassen:

„(1) ~~Die Pflegekassen haben für~~ Angehörige und sonstige an einer ehrenamtlichen Pflegetätigkeit interessierte Personen haben Anspruch auf unentgeltliche Schulungskurse, die die Pflegekassen durchzuführen, um soziales Engagement im Bereich der Pflege zu fördern und zu stärken, Pflege und Betreuung zu erleichtern und zu verbessern sowie pflegebedingte körperliche und seelische Belastungen zu mindern und ihrer Entstehung vorzubeugen. Die Kurse sollen Fertigkeiten für eine eigenständige Durchführung der Pflege vermitteln. Auf Wunsch der Pflegeperson und der pflegebedürftigen Person findet die Schulung auch in der häuslichen Umgebung des Pflegebedürftigen statt. § 114a Absatz 3a gilt entsprechend. Die Pflegekassen sollen auch digitale Pflegekurse anbieten; die Pflicht der Pflegekassen zur Durchführung von Schulungskursen nach Satz 1 vor Ort bleibt unberührt.

(2) Die Pflegekasse kann die Kurse entweder selbst oder gemeinsam mit anderen Pflegekassen durchführen oder geeignete andere Einrichtungen mit der Durchführung beauftragen.

(3) Über die einheitliche Durchführung sowie über die inhaltliche Ausgestaltung der Kurse **und Schulung in der Häuslichkeit können haben** die Bundes- oder Landesverbände der Pflegekassen **gemeinsam und einheitlich** Rahmenvereinbarungen mit den **Vereinigungen der Träger von Einrichtungen** oder den Trägern der Einrichtungen **zu** schließen, die die Pflegekurse durchführen.“

§ 113 Absatz 1 Satz 6 SGB XI: Betreuungskräftequalifizierung

Die Leistungserbringung zwischen ambulanten Pflegediensten und ambulanten Betreuungsdiensten unterscheidet sich sehr deutlich. Dazu hat u.a. Prof. Dr. Andreas Büscher im Erweiterungsbericht aufgrund eines Auftrags des Qualitätsausschusses Pflege zur Anpassung der Instrumente und Verfahren für Qualitätsprüfungen nach §§ 114 ff. SGB XI und die Qualitätsdarstellung nach § 115 Absatz 1a SGB XI in der ambulanten Pflege. Erweiterungsbericht, korrigierte Fassung Mai 2024“, hingewiesen. (Zum Hintergrund des Erweiterungsberichtes: Der Qualitätsausschuss Pflege hatte mit Beschluss vom 24.10.2023 die Science to Business GmbH der Hochschule Osnabrück und das Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld ergänzend damit beauftragt, die Anwendbarkeit der angepassten Instrumente und Verfahren auf die Qualitätssicherung ambulanter Betreuungsdienste zu prüfen. Der Erweiterungsbericht steht zum Download unter: [Erweiterungsbericht-ambulante-Betreuungsdienste-Mai-2024.pdf](#)).

Bei den pflegerischen Betreuungsmaßnahmen handelt es sich um eine pflegerische Aufgabe, die in einem ambulanten Pflegedienst im Gegensatz zu einem ambulanten Betreuungsdienst unter der ständigen Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachperson, der verantwortlichen Pflegefachperson, steht. Nach dem Verständnis des Pflegekompetenzgesetzes sollten Mitarbeitende durch eine materielle Qualifikation befähigt sein. Hierzu stellt die verantwortliche Pflegefachperson unter ihrer Verantwortungshoheit fest, ob Mitarbeitende für die Durchführung der pflegerischen Betreuungsmaßnahmen geeignet sind und ob und wie eine qualifizierte Anleitung durch eine Pflegefachperson zu erfolgen hat bzw. wie die Qualifizierung der Mitarbeitenden, die pflegerische Betreuungsmaßnahmen durchführen, sicherzustellen ist. Vor diesem Hintergrund ist es nicht nachvollziehbar, warum die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Ambulanten Pflegediensten, die pflegerische Betreuungsmaßnahmen erbringen, entsprechend den Richtlinien für nicht pflegefachlich geleitende und qualifizierte Betreuungsdienste qualifiziert sein müssen. Dies widerspricht jedem pflegefachlichen Verständnis und konterkariert die Zielsetzungen eines Pflegekompetenzgesetzes. Der Querverweis auf die Richtlinien nach § 112a SGB XI ist deshalb ersatzlos zu streichen.

Änderungsbedarf:

Ersatzlose Streichung von § 113 Absatz 1 Satz 6:

“Darüber hinaus ist in den Vereinbarungen zu regeln, dass die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von ambulanten Pflegediensten, die Betreuungsmaßnahmen erbringen,

entsprechend den Richtlinien nach § 112a zu den Anforderungen an das Qualitätsmanagement und die Qualitätssicherung für ambulante Betreuungsdienste qualifiziert sein müssen.“

Amt der oder des Beauftragten der Bundesregierung für Pflege

Die BAGFW setzt sich dafür, dass das Amt des oder der Pflegebeauftragten der Bundesregierung, analog zum Amt des oder der Behindertenbeauftragten gesetzlich verankert wird – bspw. mit einem neuen § 10a SGB XI, wie ursprünglich vorgesehen.

Zeitvergütung in der ambulanten Pflege und in der häuslichen Krankenpflege

Im Pflegeverständnis des Pflegebedürftigkeitsbegriffs nach § 14 SGB XI gilt es die Selbstbestimmung und Selbstständigkeit von pflegebedürftigen Menschen zu erhalten und zu fördern. Dabei stehen individuelle Problemkonstellationen und deren Lösung im Vordergrund, was eine Abkehr vom Verrichtungsbezug in der Pflege bedeutet. In diesem Sinne stellt die Zeitvergütung in der ambulanten Pflege, bei der die zu erbringende Leistung im Rahmen des SGB XI zwischen Pflegebedürftigen und ambulanten Dienst individuell hinsichtlich des Pflegebedarfs vereinbart wird, die dem Pflegebedürftigkeitsbegriff am besten entsprechende Vergütungsform dar.

Zur Stärkung der Pflegekompetenz gehört auch zwingend, dass die Pflegepersonen genügend Zeit zur Ausübung ihrer Tätigkeiten haben. Dazu gehört auch eine zeitbezogene Vergütung der Leistungen der häuslichen Krankenpflege, gestuft nach den Qualifikationen der Pflegefachpersonen und der Pflegekräfte. Eine zeitbezogene Vergütung dient einer Förderung der Fachlichkeit und einer Stärkung der Pflegekompetenz, sie erhöht die Arbeitszufriedenheit und trägt zu einer Verbesserung der wirtschaftlichen Situation der ambulanten Pflegedienste bei. Den ambulanten Pflegediensten sollte deshalb freigestellt werden, ob die Vergütung nach Pauschalen oder in Form einer zeitbezogenen Vergütung erfolgt. Die zeitbezogene Vergütung sollte sich auf alle Leistungen in der häuslichen Krankenpflege einschließlich der Pflegeprozessverantwortung

In den §§ 89 und 120 SGB XI sowie § 132a SGB V sind daher die entsprechenden Weichen für diese Form der Zeitvergütung zu stellen und die Vergütungsform zu ermöglichen.

§ 19 Absatz 6 SGB XII: Sonderrechtsnachfolge

Seit Jahren weist die BAGFW auf das Problem hin, dass Pflegedienste, die pflegebedürftige Menschen, die einen Antrag auf Sozialhilfe gestellt haben, weil sie die Leistungen dringend benötigten, auf den Kosten sitzenbleiben, wenn der Sozialhilfeträger die Leistung erst nach ihrem Tod bewilligt. Pflegedienste bleiben häufig auf Kosten in bis zu fünfstelligen Beträgen sicher, weil der Gesetzgeber nicht rechtssicher geregelt hat, dass nicht nur stationäre Einrichtungen, sondern auch ambulante Dienste Anspruch auf Kostenerstattung haben. Daher fordert die BAGFW dringlich eine Änderung in § 19 Absatz 6 SGB XII.

Änderungsbedarf:

§ 19 Absatz 6 wird wie folgt geändert:

*„(6) Der Anspruch der Berechtigten auf Leistungen für **stationäre Einrichtungen oder ambulante Dienste** oder auf Pflegegeld steht, soweit die Leistung den Berechtigten erbracht worden wäre, nach ihrem Tode demjenigen zu, der die Leistung erbracht oder die Pflege geleistet hat.“*

Berlin, 02. Oktober 2025

Bundesarbeitsgemeinschaft
der Freien Wohlfahrtspflege e. V.

Evelin Schneyer
Geschäftsführerin

Kontakt:

Claus Bölicke, AWO (claus.boelicke@awo.org)
Dr. Elisabeth Fix, DCV (elisabeth.fix@caritas.de)
Katharina Owczarek, Diakonie Deutschland (katharina.owczarek@diakonie.de)
Erika Stempfle, Diakonie Deutschland (erika.stempfle@diakonie.de)
Thorsten Mittag, Der Paritätische (altenhilfe@paritaet.org)
Christian Hener, DRK (C.hener@drk.de)
Patrick Wollbold, ZWST (p.wollbold@jg-ffm.de)

Stellungnahme des AOK-Bundesverbandes zur Anhörung des Gesundheitsausschusses am 8.10.

**zum Gesetzentwurf zur Befugnisenerweiterung und Entbüro-
kratisierung in der Pflege (vormals Pflegekompetenzge-
setz)**

Dem Ausschuss ist das vorliegende Dokument
in nicht barrierefreier Form zugeleitet worden.

AOK-Bundesverband
Rosenthaler Str. 31
10178 Berlin
Tel: 030 34646-2299
info@bv.aok.de

**AOK-Bundesverband
Die Gesundheitskasse.**

Inhaltsverzeichnis

I. Zusammenfassung.....	9
II. Stellungnahme zu einzelnen Regelungen.....	14
Artikel 1 Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch.....	14
Nr. 2 § 5 SGB XI Prävention in Pflegeeinrichtungen, Vorrang von Prävention und medizinischer Rehabilitation.....	14
Nr. 3 § 7a SGB XI Pflegeberatung	18
Nr. 6 § 8 SGB XI Gemeinsame Verantwortung	20
Nr. 7 § 8a Absatz 5 Gemeinsame Empfehlungen zur pflegerischen Versorgung..	25
Nr. 8 § 9 Aufgaben der Länder.....	25
Nr. 9 § 10 SGB XI Berichtspflichten des Bundes und der Länder	27
Nr. 10 § 11 SGB XI Rechte und Pflichten der Pflegeeinrichtungen	28
Nr. 11 § 12 SGB XI Aufgaben der Pflegekassen.....	30
Nr. 12 § 15 SGB XI Ermittlung des Grades der Pflegebedürftigkeit, Begutachtungsinstrument.....	32
Nr. 14 § 17a SGB XI Richtlinien zur Empfehlung von Pflegehilfsmitteln und Hilfsmitteln nach § 40 Absatz 6	34
Nr. 16 § 18c Entscheidung über den Antrag, Fristen	35
Nr. 17 § 18e SGB XI Weiterentwicklung des Verfahrens zur Pflegebegutachtung durch Modellvorhaben, Studien und wissenschaftliche Expertisen	37
Nr. 18 § 28 SGB XI Leistungen und Grundsätze	39
Nr. 20 § 34 SGB XI Ruhen der Leistungsansprüche	41
Nr. 21 § 36 SGB XI Pflegesachleistungen	43
Nr. 22 § 37 SGB XI Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen.....	44
Nr. 23 § 37 Abs. 3c SGB XI Vergütung für Beratungsbesuche.....	46
Nr. 24 § 39a SGB XI Ergänzende Unterstützung bei Nutzung von digitalen Pflegeanwendungen.....	47
Nr. 25 § 40 SGB XI Pflegehilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen	48
Nr. 26 § 40a SGB XI Digitale Pflegeanwendungen	49
Nr. 27 § 40b SGB XI Leistungsanspruch beim Einsatz digitaler Pflegeanwendungen.....	50
Nr. 31 § 44a SGB XI Zusätzliche Leistungen bei Pflegezeit und kurzzeitiger Arbeitsverhinderung	51

Nr. 34 § 45c SGB XI Förderung der Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen und des Ehrenamts, Verordnungsermächtigung.....	52
Nr. 35 § 45d SGB XI Förderung der Selbsthilfe in der Pflege, Verordnungsermächtigung.....	54
Nr. 35 § 45e SGB XI Förderung der Zusammenarbeit in regionalen Netzwerken..	57
Nr. 36 § 45f SGB XI Zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen.....	59
Nr. 36 § 45g SGB XI Anschubfinanzierung zur Gründung von ambulant betreuten Wohngruppen.....	60
Nr. 36 § 45h SGB XI Leistungen in gemeinschaftlichen Wohnformen mit Verträgen zur pflegerischen Versorgung gemäß § 92c SGB XI.....	62
Nr. 37 § 47b neu SGB XI Aufgabenerledigung durch Dritte	63
Nr. 39 § 55 SGB XI Beitragssatz, Beitragsbemessungsgrenze, Verordnungsermächtigung.....	65
Nr. 40 § 69 SGB XI Sicherstellungsauftrag	66
Nr. 42 § 72 SGB XI Zulassung zur Pflege durch Versorgungsvertrag.....	67
Nr. 43 § 73a SGB XI Verfahren zu Beeinträchtigungen bei Versorgungsverträgen	69
Nr. 47 § 78a SGB XI Verträge über digitale Pflegeanwendungen und Verzeichnis für digitale Pflegeanwendungen, Verordnungsermächtigung.....	73
Nr. 48 § 82c SGB XI Wirtschaftlichkeit von Personalaufwendungen.....	76
Nr. 49 § 84 SGB XI Bemessungsgrundsätze.....	78
Nr. 50 § 85 SGB XI Pflegesatzverfahren.....	79
Nr. 51 § 86a SGB XI Verfahrensleitlinien für die Vergütungsverhandlungen und -vereinbarungen	80
Nr. 55 § 92c SGB XI Verträge zur pflegerischen Versorgung in gemeinschaftlichen Wohnformen	83
Nr. 58 § 109 SGB XI Pflegestatistiken	90
Nr. 61 § 113 SGB XI Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität.....	91
Nr. 62 § 113b SGB XI Qualitätsausschuss	93
Nr. 63 § 113c SGB XI Personalbemessung in vollstationären Pflegeeinrichtungen	96

Nr. 64 § 113d SGB XI Geschäftsstelle zur Begleitung und Unterstützung der fachlich fundierten Personal- und Organisationsentwicklung von Pflegeeinrichtungen.....	100
Nr. 65 § 114 SGB XI Qualitätsprüfungen	102
Nr. 66 § 114a SGB XI Durchführung der Qualitätsprüfungen	104
Nr. 67 § 114c SGB XI Richtlinien zur Verlängerung des Prüfrhythmus in vollstationären Einrichtungen bei guter Qualität und zur Veranlassung unangemeldeter Prüfungen; Berichtspflicht.....	106
Nr. 68 § 115 SGB XI Ergebnisse von Qualitätsprüfungen, Qualitätsdarstellung, Vergütungskürzung	108
Nr. 69 § 117 SGB XI Zusammenarbeit mit den nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörden	110
Nr. 71 § 118a SGB XI Maßgebliche Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene, Verordnungsermächtigung	111
Nr. 72 § 122 SGB XI Kooperationsprojekt zu Erleichterungen in der Praxis bei der Beantragung von Leistungen der Pflegeversicherung	112
Nr. 73 § 123 SGB XI Gemeinsame Modellvorhaben für Unterstützungsmaßnahmen und -strukturen vor Ort und im Quartier.....	113
Nr. 74 § 125a SGB XI Modellvorhaben zur Erprobung von Telepflege.....	114
Nr. 75 § 125c SGB XI Modellvorhaben zur Erprobung digitaler Verhandlungen der Pflegevergütung	115
Nr. 75 § 125d SGB XI Modellvorhaben zur Erprobung der Flexibilisierung der Leistungserbringung stationärer Pflegeeinrichtungen.....	116
Nr. 76 § 146a SGB XI Übergangsregelung zur Versorgung von pflegebedürftigen Mitgliedern geistlicher Genossenschaften, Diakonissen und ähnlichen Personen in ordensinterner Pflege.....	117
Nr. 77 § 150 SGB XI Sicherstellung der pflegerischen Versorgung, Kostenerstattung für Pflegeeinrichtungen und Pflegebedürftige	118
Nr. 78 § 154 SGB XI Zulassung zur Pflege durch Versorgungsvertrag	119
Artikel 3 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch	120
Nr. 1 § 15 Absatz 1 SGB V Ärztliche Behandlung, elektronische Gesundheitskarte	120
Nr. 2 § 15a SGB V Behandlung durch Pflegefachpersonen, Pflegeprozessverantwortung.....	121
Nr. 3 § 20 Absatz 5 Satz 2 SGB V Primäre Prävention und Gesundheitsförderung	124

Nr. 4 § 24j SGB V Mutterschaftsgeld	126
Nr. 5 § 33 Absatz 5a SGB V Hilfsmittel	127
Nr. 6 § 37 SGB V Häusliche Krankenpflege.....	128
Nr. 8 § 39a SGB V Stationäre und ambulante Hospizleistungen	129
Nr. 9 § 44a SGB V Krankengeld bei Spende von Organen, Geweben oder Blut zur Separation von Blutstammzellen oder anderen Blutbestandteilen	130
Nr. 10 § 45 SGB V Krankengeld bei Erkrankung des Kindes	131
Nr. 11 § 47 SGB V Höhe und Berechnung des Krankengeldes.....	132
Nr. 12 § 63 SGB V Grundsätze.....	133
Nr. 13 § 64d SGB V Verpflichtende Durchführung von Modellvorhaben zur Übertragung ärztlicher Tätigkeiten.....	134
Nr. 14 § 65d SGB V Förderung besonderer Therapieeinrichtungen.....	135
Nr. 15 § 70 SGB V Qualität, Humanität und Wirtschaftlichkeit.....	136
Nr. 16 § 73d SGB V Eigenverantwortliche Erbringung von Leistungen durch Pflegefachpersonen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung; eigenverantwortliche Verordnung häuslicher Krankenpflege durch Pflegefachpersonen, Evaluation	137
Nr. 17 § 81 SGB V Satzung.....	142
Nr. 18 § 87 Absatz 2a Satz 9 SGB V Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte.....	143
Nr. 19 § 95 SGB V Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung.....	145
Nr. 20 § 105 Abs. 1a SGB V Förderung der vertragsärztlichen Versorgung	146
Nr. 21 § 112a SGB V Eigenverantwortliche Erbringung von Leistungen durch Pflegefachpersonen im Rahmen der Krankenhausbehandlung	147
Nr. 22 § 119b SGB V Ambulante Behandlung in stationären Pflegeeinrichtungen	148
Nr. 23 § 132a SGB V Versorgung mit häuslicher Krankenpflege	149
Nr. 26 § 197b Absatz 1 Satz 1 SGB V Aufgabenerledigung durch Dritte.....	151
Nr. 27 § 202 Absatz 1a SGB V Meldepflichten bei Versorgungsbezügen	153
Nr. 28 § 273 SGB V Sicherung der Datengrundlagen für den Risikostrukturausgleich.....	154
Nr. 31 § 291 SGB V Elektronische Gesundheitskarte	159
Nr. 32 § 317 SGB V Beirat der Gesellschaft für Telematik	160

Nr. 33 § 340 SGB V Ausgabe von elektronischen Heilberufs- und Berufsausweisen sowie von Komponenten zur Authentifizierung von Leistungserbringerinstitutionen.....	161
Nr. 34 § 340a Sicherer Umgang mit Komponenten zur Authentifizierung von Leistungserbringerinstitutionen.....	162
Nr. 35 § 342 Angebot und Nutzung der elektronischen Patientenakte.....	163
Nr. 36 § 347 Übertragung von Behandlungsdaten in die elektronische Patientenakte durch Leistungserbringer sowie Nr. 37 §348 und Nr. 38 §349.....	164
Nr. 39 § 360 Elektronische Übermittlung und Verarbeitung vertragsärztlicher elektronischer Verordnungen	165
Nr. 40 § 361 Zugriff auf ärztliche Verordnungen in der Telematikinfrastruktur	166
Nr. 41 § 362 Nutzung von elektronischen Gesundheitskarten oder digitalen Identitäten für Versicherte von Unternehmen der privaten Krankenversicherung, der Postbeamtenkrankenkasse, der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten, für Polizeivollzugsbeamte, für sonstige heilfürsorgeberechtigte Beamte oder für Soldaten der Bundeswehr.....	167
Nr. 43 § 374 SGB V Abstimmung zur Festlegung sektorenübergreifender einheitlicher Vorgaben	169
Nr. 44 § 393 SGB V Cloud-Einsatz im Gesundheitswesen	170
Nr. 45 § 399 SGB V Strafvorschriften	171
Artikel 4 Änderung des Pflegezeitgesetzes.....	172
Nr. 1 § 2 Absatz 2 Satz 2 Kurzzeitige Arbeitsverhinderung.....	172
Artikel 5 Änderung des Pflegeberufgesetzes	173
Nr. 3 § 4 Vorbehaltene Aufgaben, Pflegeprozessverantwortung.....	173
Nr. 4 § 4a Eigenverantwortliche Heilkundenausübung	174
Nr. 5 § 14a Standardisierte Kompetenzbeschreibungen für heilkundliche Aufgaben.....	175
Nr. 6 § 37 Ausbildungsziele	176
Nr. 9 § 66e Übergangsvorschriften für Personen, die bereits über eine Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung nach § 1 Satz 2 verfügen	177
Artikel 6 Änderung SGB III	178
Artikel 7 Änderung SGB VII.....	179
Artikel 11 Änderung Krankenhausfinanzierungsgesetz	180

Nr. 1 und Nr. 2 § 14b Evaluierung des Reifegrades der Krankenhäuser hinsichtlich der Digitalisierung und Begleitforschung für die digitale Transformation im Rahmen des Krankenhauszukunftsfonds	180
Artikel 12 Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung	181
Artikel 13 Änderung Mutterschutzgesetz	182
III. Zusätzlicher Änderungsbedarf aus Sicht des AOK-Bundesverbandes	183
§ 275b SGB V Durchführung und Umfang von Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen bei Leistungen der häuslichen Krankenpflege und außerklinischen Intensivpflege durch den Medizinischen Dienst und Verordnungsermächtigung	183
Aufhebung der Mandatsbegrenzung für ehrenamtliche Mitglieder des Medizinischen Dienstes: Änderungsbedarf der §§ 279 und 282 SGB V	185
§ 284 Absatz 1 SGB V Sozialdaten bei den Krankenkassen	188
§ 291a Abs. 4 SGB V Fristanpassung Versichertenstammdatenmanagement..	189
§ 293 Absatz 8 SGB V Kennzeichen für Leistungsträger und Leistungserbringer	190
§ 18 Absatz 3 SGB XI - Beauftragung unabhängiger Gutachterinnen und Gutachter	194
§ 89 SGB XI Grundsätze der Vergütungsregelung	195
§ 120 SGB XI Pflegevertrag bei häuslicher Pflege	196
§ 42b SGB XI und § 40 Absatz 3a SGB V - Versorgung Pflegebedürftiger bei Inanspruchnahme von Vorsorge- oder Rehabilitationsleistungen durch die Pflegeperson	197
§ 45f SGB XI - Anspruch auf Umwandlung des ambulanten Sachleistungsbetrags	199
§ 45g SGB XI - Anspruch auf Umwandlung des teilstationären Sachleistungsbetrags	202
§ 89 SGB XI Grundsätze der Vergütungsregelung	204
§ 120 SGB XI Pflegevertrag bei häuslicher Pflege	205
§ 124 SGB XI Wissenschaftliche Begleitung und Auswertung der gemeinsamen Modellvorhaben für Unterstützungsmaßnahmen und -strukturen vor Ort und im Quartier	206
§ 154 SGB XI Ergänzungshilfen für stationäre Pflegeeinrichtungen zum Ausgleich steigender Preise für Erdgas, Wärme und Strom	207
§ 275b SGB V Durchführung und Umfang von Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen bei Leistungen der häuslichen Krankenpflege und	

außerklinischen Intensivpflege durch den Medizinischen Dienst und Verordnungsermächtigung	208
Änderungsvorschlag zu einer Begriffsbestimmung „komplexer Pflegesituationen“ im Pflegeberufegesetz (PflBG)	210

I. Zusammenfassung

Wie die pflegerische Versorgung und Unterstützung von pflegebedürftigen Menschen unter den Bedingungen des Personalengpasses in der Pflege und der Alterung der Bevölkerung heute und in den nächsten Dekaden gelingen kann, ist eine zentrale pflegepolitische Aufgabe dieser Bundesregierung, aber auch für die nächsten Legislaturperioden. Mit dem Gesetzentwurf eines Gesetzes zur Befugnisserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege werden wichtige Weichen für eine Stärkung der Handlungsautonomien der professionellen Pflege und zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung gestellt.

Effiziente Nutzung der Pflegekompetenzen von Pflegefachpersonen für die Sicherstellung der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung

Der Fachkräfteengpass in der Pflege erhöht den Druck auf den Gesetzgeber, die professionelle Pflege zu stärken und attraktive Rahmenbedingungen zu gestalten. Ein zentrales Ziel des Gesetzesentwurfs ist es, der Profession Pflege zu ermöglichen, ihre Kompetenzen in der Ausübung ihres Berufs einzusetzen und ihnen mehr Handlungsautonomie in der Versorgung, auch in Abgrenzung zu anderen Gesundheitsprofessionen, zuzugestehen. Ein zentraler Baustein besteht darin, den Pflegefachberuf als Heilberuf anzuerkennen und sowohl die pflegerischen Vorbehaltsaufgaben als auch die im Pflegeberufegesetz festgelegten Handlungsautonomien im Leistungs- und Vertragsrecht der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung abzubilden. Dem wird im Gesetzesentwurf mit dem § 15a Rechnung getragen. Dies trägt wesentlich dazu bei, den Pflegeberuf als Heilberuf anzuerkennen und seine Bedeutung im interprofessionellen Versorgungsteam zu erhöhen.

Die gesetzliche Krankenversicherung ist heute noch stark vom Arztvorbehalt in der Versorgung geprägt, der einen effizienten Einsatz der Kompetenzen von Pflegefachpersonen, auch in Abgrenzung zu anderen in der Versorgung Beteiligten, derzeit nicht ausreichend erlaubt. Bisherige Bemühungen aus dem Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz, im Rahmen von Modellvorhaben die Übertragung heilkundlicher Tätigkeiten auf Pflegefachpersonen flächendeckend zu erproben, blieben erfolglos. Die gesetzliche Verankerung, nun Pflegefachpersonen regelhaft heilkundliche Aufgaben zuzuschreiben und ihre heilkundlichen Kompetenzen in die Regelversorgung zu integrieren, wird ausdrücklich begrüßt. Sie wird als wichtiger Schritt zur Anerkennung des Pflegeberufs gewertet. Gerade für die geplante Reform zur Primärversorgung braucht es die Kompetenzen von Pflegefachpersonen.

Allerdings lässt die Ausgestaltung im Gesetzesentwurf zahlreiche Umsetzungsfragen unbeantwortet, die regelungsbedürftig sind und eine gesetzliche Lösung beziehungsweise Klarstellung erfordern. Dies betrifft zum Beispiel die Zulassung inklusive Überprüfung der Qualifikationsvoraussetzungen, die Aufnahme der Pflegefachpersonen in das Leistungserbringerverzeichnis der vertragsärztlichen Versorgung, eine

Berücksichtigung in der Bedarfsplanung, eine Begrenzung der je Vertragsärztin bzw. Vertragsarzt anzustellenden Pflegefachpersonen oder auch haftungsrechtliche Festlegungen.

Parallel wird an mehreren Stellen im Entwurf eine systematische Klärung und Erweiterung der Kompetenzen von Pflegefachpersonen und zur Aufgabenverteilung in der Pflege angestoßen:

- Die Erarbeitung von Empfehlungen einer systematischen und umfassenden Beschreibung der Aufgaben von Pflegefachpersonen einschließlich heilkundlicher Aufgaben sowie Mindestanforderungen an Weiterbildungen in Verantwortung der Vertretung der Pflegeberufe (Muster-Scope of Practice),
- die Verpflichtung von Pflegeeinrichtungen, Delegationskonzepte zu entwickeln und
- der Auftrag, in Rahmenverträgen die Aufgaben hochschulisch qualifizierter Pflegefachpersonen in der Langzeitpflege zu beschreiben.

Diese Maßnahmen stellen einen wichtigen Schritt dar, bleiben jedoch unverbunden und entfalten dadurch nicht die nötige Systemwirkung. Es fehlt ein kohärenter gesetzlicher Rahmen, der diese Maßnahmen integriert und aufeinander bezieht. Bestrebungen zur Einführung standardisierter Interventionskataloge machen den Bedarf an einer klaren gesetzlichen Rahmung zur Sicherung pflegfachlicher Entscheidungs- und Prozessverantwortung deutlich. Die vorgesehene Regelung widerspricht einem kompetenzorientierten Pflegeverständnis und droht, die professionelle Entscheidungsfreiheit von Pflegefachpersonen erheblich einzuschränken.

Bürokratieabbau als Voraussetzung für wirksamere Strukturen in der Pflegeversicherung

Die im Gesetzentwurf formulierte Zielsetzung, die Entbürokratisierung und Vereinfachung des geltenden Rechts, ist grundsätzlich zu begrüßen. Erste Schritte wie die digitale Weiterentwicklung der Verfahren oder die Einrichtung eines Kooperationsgremiums zur Verbesserung der Beantragungspraxis weisen in die richtige Richtung. Gleichzeitig wird dieser Anspruch an entscheidender Stelle konterkariert: Pflegekassen sehen sich mit einer Ausweitung ihrer Berichtspflichten konfrontiert – unter anderem gegenüber dem Bundesministerium für Gesundheit und dem GKV-Spitzenverband. Diese zusätzlichen Anforderungen binden dauerhaft fachliche Ressourcen und verstärken den administrativen Aufwand erheblich, ohne dass eine spürbare Entlastung an anderer Stelle erfolgt.

Statt Bürokratie systematisch abzubauen, werden bestehende Strukturen überlagert und neue Verpflichtungen eingeführt. Beispielsweise führen die Regelungen zur Einhaltung der Bearbeitungsfristen bei der Beantragung von Leistungen der Pflege-

versicherung zu erheblichen bürokratischen Verwaltungsaufwänden bei den Pflegekassen sowie den Medizinischen Diensten, ohne dass sich daraus ein Mehrwert für die antragstellenden Personen ergibt. Die Regelungen sind für die antragstellenden Personen unübersichtlich und bürokratisch und bei den Pflegekassen werden personelle Ressourcen in der Prüfung der Verantwortung einer Verzögerung gebunden. Auch die umfassende Beteiligung der Pflegekassen im neu einzurichtenden Kooperationsgremium erhöht den Ressourcenaufwand und schafft zudem zusätzliche Strukturen, anstatt auf bisherige, etablierte Gremien und Verfahren aufzusetzen. Der Gesetzgeber bleibt damit hinter dem eigenen Anspruch zurück. Entbürokratisierung muss nicht nur auf die Leistungserbringenden, sondern auch auf die Verwaltung wirken – sie ist kein Selbstzweck, sondern Voraussetzung für effizient arbeitende Institutionen, stabile Verfahren und bedarfsgerechte Versorgung.

Strukturreformen der Sozialen Pflegeversicherung zur Sicherstellung der Pflege- und Unterstützungsstrukturen vor Ort im demografischen Wandel

Die soziale Pflegeversicherung setzt auf die Pflege- und Unterstützungsbereitschaft des familiären und nachbarschaftlichen Umfelds: Ob ein Leben unter Bedingungen von Pflegebedürftigkeit in Pflegearrangements gelingt, hängt im Wesentlichen von den Unterstützungsleistungen der Pflegeversicherung für pflegebedürftige Menschen und ihren An- und Zugehörigen, ihrer Informiertheit wie auch von den Bedingungen vor Ort ab. Die Gestaltung der Bedingungen vor Ort hängt nicht allein von den Leistungen der Kranken- und Pflegekassen ab. Regionalen Akteuren und kommunalen Institutionen kommen im Rahmen der Daseinsvorsorge eine besondere Verantwortung zu. Sie sind ein unverzichtbarer Bestandteil bei der Gestaltung der Lebenswelten, indem sie über die pflegerischen und medizinischen Versorgungsbedarflagen hinaus planen und handeln. Sie nehmen eine wichtige Rolle beim Aufbau von Netzwerkstrukturen und der Einbindung von ehrenamtlich engagierten Menschen in die Unterstützung von Menschen mit Pflegeverantwortung ein.

Dem werden durch die strukturelle Weiterentwicklung des Pflegeversicherungsrechts mit dem Ausbau von Unterstützungsangeboten sowie durch die Förderung der Netzwerke vor Ort und der Selbsthilfe im Sinne einer verstetigten Strukturförderung Rechnung getragen.

Ausdrücklich begrüßt wird die vorgesehene Stärkung der Rolle der Kommunen. In der Zusammenarbeit zwischen Pflegekassen, Krankenkassen und Kommunen, insbesondere bei der kommunalen Sorgestrukturplanung, und hier vor allem durch die Nutzung von Routinedaten der Kassen und gemeinsamen Empfehlungen der regionalen Pflegekonferenzen, liegt ein wesentlicher Erfolgsfaktor für die Sicherstellung der Unterstützungs- und Pflegestrukturen.

In der Praxis wird es jedoch darauf ankommen, inwieweit die landesrechtlichen Regelungen in den Bundesländern in diesem Sinne entwickelt werden. Eine ausschließlich auf professionelle Pflegeeinrichtungen ausgerichtete „Bedarfsplanung“ greift

wesentlich zu kurz, wenn es um die Unterstützung und Versorgung von pflegebedürftigen Menschen, die Entlastung von pflegenden An- und Zugehörigen und die Einbeziehung von ehrenamtlichem Engagement geht. Neben ambulanten Pflegeeinrichtungen sind auch Wohnformen, die eine pflegerische Unterstützung anbieten, ehrenamtliche Strukturen sowie die Strukturen der Pflegeberatung bei der Sorgestrukturplanung mit einzubeziehen. Dabei spielen gerade die gemeinschaftlichen Gremien nach § 8a Absatz 3 SGB XI auf der Ebene der Landkreise, kreisfreien Städte und der Bezirke in den Stadtstaaten eine wesentliche Rolle, denn hier ist die Kenntnis der Strukturen vor Ort vorhanden. Allerdings sind die Regelungen in den Bundesländern heterogen, in einigen Bundesländern gibt es keine Regelungen zu ihrer Einrichtung (z. B. Berlin auf Bezirksebene, Hessen, Sachsen, Sachsen-Anhalt, Thüringen). Es ist jedoch zu begrüßen, dass gemeinsame Empfehlungen der regionalen Ausschüsse den Status als Bestandteil einer kommunalen Pflegestrukturplanung erhalten können. Dies wertet die Arbeit in den regionalen Gremien auf.

Ebenso ausdrücklich begrüßt wird die Betonung der Wichtigkeit von Prävention auch für in der Häuslichkeit gepflegte Menschen. Gerade für diese Zielgruppe bedarf es Angebote zur Prävention und Gesundheitsförderung im kommunalen Setting mit Zugang vor Ort. Häufig werden hier jedoch Maßnahmen der Tertiärprävention notwendig, daher schlägt die AOK perspektivisch die Etablierung der „Präventionspflege“ als ressourcenorientierten pflegerisch-therapeutischen Ansatz im Pflegeversicherungsrecht vor.

Das Ansinnen und der Wunsch zur Reduzierung der Aufwände für tarifgebundene Einrichtungen bei der Meldung von Tarifinformationen sind nachvollziehbar. Daher wird die vorgesehene Regelung, im Rahmen der Evaluation nach § 72 Abs. 3f SGB XI auch die Vereinfachung des Verfahrens und der Methode zur Ermittlung der regional üblichen Entlohnungsniveaus zu prüfen, begrüßt. Eine gesetzliche Änderung zur Einführung alternativer Meldeverfahren oder Datenquellen sollte jedoch erst nach Vorlage der vollständigen Evaluations- und Prüfergebnisse erfolgen, um die Akzeptanz und Wirksamkeit der Tariftreuregelung langfristig sicherzustellen.

Darüber hinaus ist eine weitere Differenzierung des Leistungs- und Vertragsrechts einschließlich Qualitätssicherungsinstrumenten der Pflegeversicherung zur Etablierung von gemeinschaftlichen Wohnformen in der sozialen Pflegeversicherung in der vorgeschlagenen Form abzulehnen. Das bisherige Leistungs- und Vertragsrecht in der ambulanten Pflege ermöglicht heute bereits vielfältige Wohn- und Pflegeangebote in Selbst- oder Trägerverantwortung. Nun für eine spezielle Versorgungsform eigene leistungs- und vertragsrechtliche Regelungen einschließlich Qualitätssicherungsinstrumenten und Qualitätsdarstellungen zu schaffen, und damit einen dritten Sektor in der Sozialen Pflegeversicherung zu etablieren, ist nicht nur nicht sachgerecht, sondern konterkariert die eigentliche Zielsetzung der sektorenunabhängigen Versorgung und des damit verbundenen einfacheren und flexibleren Leistungsrechts für pflegebedürftige Menschen.

Die dahinterstehende Grundidee dieser gesetzlichen Neuregelung, nämlich eine Kombination einer klar abgesteckten Versorgungssicherheit einerseits und mehr Selbstbestimmung der pflegebedürftigen Menschen und Einbringung von An- und Zugehörigen sowie ehrenamtlich Tätigen andererseits, ist zu begrüßen. Allerdings kann durch die Öffnung des vollstationären Sektors in die ambulante Pflege und durch den Verzicht auf eine weitere leistungsrechtliche Ausdifferenzierung dieses Ziel eher erreicht werden. Dadurch wird gleichermaßen ein Beitrag geleistet, um auch dem langfristig manifestierten Personalengpass in der Pflege oder der Entwicklung von stetig ansteigenden Eigenanteilen in der Pflege entgegenzuwirken.

Sowohl die Etablierung eines dritten Sektors in der Pflegeversicherung als auch eine modellhafte Erprobung von Vorhaben zur Flexibilisierung der Leistungserbringung durch voll- und teilstationäre Pflegeeinrichtungen ist weder nachvollziehbar noch sachgerecht, da bereits seit mehreren Jahren gleichartige Versorgungsmodelle, bspw. in Regionen Nordrhein-Westfalens, erfolgreich in der Regelversorgung pflegebedürftiger Menschen etabliert sind. Von daher wird die Sinnhaftigkeit eines Modells bezweifelt. Vielmehr brauchen die Versorgungsformen einen passenden rechtlichen Rahmen. Ein ausformulierter Vorschlag, mit dem diese Anforderungen erreicht werden können, ist der Stellungnahme zu § 92c SGB XI zu entnehmen.

Im Koalitionsvertrag ist vorgesehen, dieses „stambulant“-Modell in den Beratungen der Bund-Länder-Arbeitsgruppe für die angekündigte Pflegereform aufzugreifen. Mit der gesetzlichen Normierung wird einem möglichen Ergebnis dieser Bund-Länder-Arbeitsgruppe vorgegriffen, anstatt diese ankündigten Empfehlungen abzuwarten.

Nachfolgend wird im Einzelnen nur zu den wesentlichen Regelungen des Gesetzesentwurfs Stellung genommen. Darüber hinaus sind in dieser Stellungnahme weitere AOK-Vorschläge aufgegriffen.

II. Stellungnahme zu einzelnen Regelungen

Artikel 1 Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch

Nr. 2 § 5 SGB XI Prävention in Pflegeeinrichtungen, Vorrang von Prävention und medizinischer Rehabilitation

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Pflegekassen sollen den Zugang zu Leistungen der Krankenkasse für verhaltensbezogene Prävention nach § 20 Absatz 5 SGB V für pflegebedürftige Personen im häuslichen Setting unterstützen. Es soll eine Bedarfserhebung erfolgen. Pflegefachpersonen und als Pflegeberatende nach § 7a qualifizierte Personen können im Rahmen der Beratung nach §§ 7a und 7c SGB XI, sowie eines Beratungsbesuchs nach § 37 Absatz 3 SGB XI als auch im Rahmen der Leistungserbringung nach § 36 SGB XI eine Präventionsempfehlung aussprechen. Bei der Entwicklung und Umsetzung von Vorschlägen zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation und der Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten der Menschen mit Pflegebedarf sollen diese selbst sowie ambulante Pflegeeinrichtungen, sofern sie im Einzelfall an der Versorgung beteiligt sind, mitwirken.

Dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen wird die Aufgabe übertragen, Kriterien für die Bedarfserhebung und Präventionsempfehlungen hinsichtlich des Inhalts, Methodik, Qualität, wissenschaftlicher Evaluation und der Messung der Erreichung der mit den Maßnahmen verbundenen Ziele festzulegen.

B Stellungnahme

Das Ziel, den Zugang zu Präventionsleistungen der Krankenkassen für pflegebedürftige Menschen zu stärken, die in der Häuslichkeit gepflegt werden sowie ihre An- und Zugehörigen und andere Pflegepersonen, wird begrüßt. Die bereits jetzt bestehenden Zugangsmöglichkeiten zu Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention im Rahmen der Pflegebegutachtung, der Beratung einschließlich des Beratungsbesuches als auch in der regelhaften Leistungserbringung durch Pflegefachpersonen werden durch die Ergänzungen hervorgehoben und präzisiert.

Ebenfalls begrüßt wird die Stärkung der Rolle von Pflegefachpersonen in der Prävention. Pflegefachpersonen sind durch ihre Ausbildung dazu befähigt, entsprechende Hilfestellung und Anleitung zu geben. Die Pflegeberatungs-Richtlinien nach § 7a SGB XI des GKV-Spitzenverbandes beinhalten bereits einen Abschnitt zu Prävention und Gesundheitsförderung und sind Bestandteil der Qualifizierung der Pflegeberatenden, die somit ebenfalls die notwendigen Kompetenzen besitzen, um pfe-

gebedürftige Menschen und ihre An- und Zugehörigen beim Zugang zu Präventionsangeboten zu unterstützen und entsprechende Empfehlungen aussprechen zu können.

Gerade für pflegebedürftige Menschen als auch ältere Menschen mit Unterstützungsbedarf und ggf. ersten Einschränkungen, aber (noch) ohne Pflegebedarf, ist der Ortsbezug sehr wichtig und daher das Zusammenspiel mit den Kommunen entscheidend. Die Kranken- und Pflegekassen unterstützen die Umsetzung der Rahmenvereinbarungen auf Landesebene nach § 20f SGB V zur Umsetzung der nationalen Präventionsstrategie ebenso wie Landesministerien und kommunale Vertretungen. Der Schwerpunkt „Ältere Menschen“ setzt genau den nötigen Ansatzpunkt, um auch für pflegebedürftige Menschen in der Häuslichkeit entsprechende Angebote auszubauen, weiterzuentwickeln und flächendeckend umzusetzen. Gesundheitsförderung und Prävention im Umfeld von Pflegebedürftigkeit ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. In Kooperation mit weiteren verantwortlichen Akteuren in der Kommune müssen die Anstrengungen auf die Entwicklung und flächendeckende Umsetzung von Angeboten für pflegebedürftige Menschen, die in der Häuslichkeit gepflegt werden, fokussiert und verstärkt werden.

Die Leistungen der Krankenkassen zur primären Gesundheitsförderung und Prävention nach § 20 Absatz 5, die sich als zertifizierte Angebote Gesunden widmen und z. B. in der Form von Gruppenkursen durchgeführt werden, schließen in ihrer jetzigen Systematik ältere Menschen mit universellen Präventionsansätzen schon ein. Je spezifischer die diagnostizierten Erkrankungen sind, Multimorbidität ausgeprägt ist und mobilitäts- und kognitive Einschränkungen der pflegebedürftigen Menschen vorhanden sind, desto weniger zugänglich sind Gruppenangebote nach § 20 Absatz 5 und desto mehr ergeben sich spezifische tertiärpräventive Bedarfe. Die Teilnahme an Angeboten, die aus wirtschaftlichen Gründen eher an zentralen Orten stattfinden und zu denen eine selbständige Anreise notwendig ist, ist oft nicht oder nur mit sehr großem Aufwand möglich. Daher ist die Anbindung von Angeboten der Prävention und Gesundheitsförderung in Wohnortnähe wesentlich.

Ältere Menschen in der Kommune sind in der lebensweltbezogenen Gesundheitsförderung und Prävention gemäß § 20a SGB V eine Zielgruppe, auf die im GKV-Leitfaden Prävention besonders hingewiesen wird. Die Gesundheitsförderungs- und Präventionsleistungen sollen demnach wohnortnah, niedrigschwellig, im Rahmen kommunaler Strukturen und in Kooperation mit verschiedenen Akteuren vor Ort sowie möglichst unter Mitwirkung älterer Menschen erbracht werden (vgl. GKV-Leitfaden Prävention, Ausgabe 2023). Auch Personengruppen, die pflegebedürftig sind und zu Hause von Angehörigen oder durch Pflegedienste versorgt werden, können über den kommunalen Ansatz erreicht werden. In dessen Geltungsbereich ist die Gruppe der pflegebedürftigen Menschen, sowie auch von Pflegebedürftigkeit bedrohte Menschen stärker von allen verantwortlichen Akteuren in den Fokus zu nehmen, und diese Verbindung ist über die Erweiterung der Zielgruppe des § 5 SGB XI um in der

Häuslichkeit gepflegte Menschen herzustellen. Im kommunalen Setting vor Ort können beispielsweise auch Community Health Nurses (CHN) ihre Kompetenzen im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention einsetzen.

Aufgrund der besonderen Umstände der pflegebedürftigen Menschen, insbesondere aufgrund von Mobilitätseinschränkungen und krankheitsbedingten Beeinträchtigungen, wird erheblich bezweifelt, dass die Inanspruchnahme von verhaltenspräventiven Angeboten in vielen Fällen überhaupt möglich ist. Es geht für diese Zielgruppe vielmehr um Sekundär- bzw. Tertiärprävention. Genau diese Zielgruppen nimmt der Ansatz der „Präventionspflege“ der AOK-Gemeinschaft in den Blick. Die „Präventionspflege“ zielt darauf ab, die Selbstständigkeit und Lebensqualität pflegebedürftiger Personen zu stärken und ihre Autonomie so lange wie möglich zu bewahren. Dies umfasst sowohl die Stabilisierung vorhandener Ressourcen als auch die Wiederherstellung verloren gegangener Fähigkeiten. Es handelt sich somit um einen ressourcenorientierten pflegerisch-therapeutischen Ansatz. Die AOK schlägt vor, perspektivisch einen eigenständigen Anspruch auf „Präventionspflege“ im Pflegeversicherungsrecht zu verankern.

Der Zugang zur „Präventionspflege“ soll an verschiedenen Orten möglich sein und durch interprofessionelle Teams umgesetzt werden.

Um den Einbezug von pflegebedürftigen Menschen, die in der Häuslichkeit gepflegt werden, für die Angebote zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten zu verdeutlichen, wird eine Folgeänderung im § 20a Absatz 1 SGB V vorgeschlagen (siehe Stellungnahme zu § 20 Absatz 5 Satz 2 SGB V).

C Änderungsvorschlag

§ 5 Absatz 1a wird wie folgt formuliert.

(1a) „Die Pflegekassen sollen den Zugang zu den in § 20a Absatz 1 des Fünften Buches genannten Leistungen der Krankenkassen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten für in der sozialen Pflegeversicherung versicherte Pflegebedürftige in häuslicher Pflege unterstützen, indem sie unter Beteiligung der Pflegebedürftigen sowie, falls sie im Einzelfall an der Versorgung beteiligt sind, unter Beteiligung von ambulanten Pflegeeinrichtungen Vorschläge zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation und zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten der Pflegebedürftigen entwickeln sowie die Umsetzung dieser Vorschläge unterstützen. Dies umfasst die fachliche Beratung zur Information und Sensibilisierung der Versicherten und ihrer Angehörigen sowie Pflegepersonen bezüglich der Möglichkeiten, die mittels Gesundheitsförderung und Prävention zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation und zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten bestehen, durch Pflegefachpersonen oder durch gemäß § 7a Absatz 3 Satz 2 qualifizierte Pflegeberaterinnen und Pflegeberater. Die Beratung und die Information und Sensibilisierung sollen frühestmöglich nach Feststellung der

Pflegebedürftigkeit unter Berücksichtigung der Empfehlungen nach § 18b und auch während fortbestehender Pflegebedürftigkeit erfolgen. Die Pflichten der Pflegeeinrichtungen nach § 11 Absatz 1 bleiben unberührt.“

Nr. 3 § 7a SGB XI Pflegeberatung

A Beabsichtigte Neuregelung

Die angemessene Beratung ihrer Versicherten wird Teil des Sicherstellungsauftrags der Pflegekassen. Die Pflegekassen können gemeinsam und einheitlich Vereinbarungen zur kassenartenübergreifenden Organisation der Pflegeberatung im Land und zur Abstimmung und Zuordnung der Beratungsstrukturen zu definierten räumlichen Einzugsbereichen treffen. Diese Aufgabe kann auch an die Landesverbände der Pflegekassen übertragen werden.

B Stellungnahme

Das Recht der Versicherten unter Einbezug ihrer An- und Zugehörigen auf angemessene Beratung wird durch die Neufassung des § 7a Absatz 3 betont und bestätigt, indem die Pflegeberatung dem Sicherstellungsauftrag der Pflegekassen zugeordnet wird. Materiell bedeutet dies keine Änderung. Die Pflegekassen erhalten die Möglichkeit, weitergehende Organisationsabsprachen für die räumliche Aufteilung von Zuständigkeiten zu treffen. Da die Organisation der Pflegeberatung erheblichen regionalen Unterschieden unterliegt, ist zu diesem Aspekt regional und vor Ort zu prüfen, inwieweit es über die bisher getroffenen Absprachen und Aufteilungen hinaus weiterer Vereinbarungen bedarf.

Aufgrund des kleinteiligen Leistungsrechts der Pflegeversicherung ist die Leistungsberatung derzeit ein Bestandteil der Pflegeberatung. Als Hauptaufgabe findet in der Pflegeberatung jedoch die Erhebung des Hilfebedarfs und die Erstellung eines Versorgungsplans zur Unterstützung der pflegebedürftigen Person und bei Bedarf ihrer An- und Zugehörigen sowie die Begleitung der Umsetzung des Versorgungsplans im Rahmen eines Case Managements statt, soweit dies notwendig ist.

Es ist sehr wichtig, insbesondere pflegebedürftige Menschen, die allein durch An- und Zugehörige betreut werden, zu begleiten. Die AOK sieht eine Vereinfachung des ausdifferenzierten Leistungsrechts als geboten an, um nachvollziehbar und verständlich die Ansprüche abzubilden und passgenaue Lösungen für Menschen mit Pflegebedarf anzubieten. Eine Leistungsberatung allein zur Klärung der Ansprüche und Antragsstellungen wird dann nicht mehr notwendig sein. Stattdessen sollte eine fachpflegerische Begleitung von Versicherten mit Pflegegeldbezug die Rolle des Case Managements für diese Personengruppe übernehmen.

Pflegefachpersonen können als Teil ihrer Aufgaben individuelle Bedarfserhebung des Pflegebedarfs und die Pflegeprozessesteuerung übernehmen. Durch die Zusammenführung der unterschiedlichen Beratungsansprüche kann eine solche fachpflegerische Begleitung umgesetzt werden. Die Abgrenzung (Pflegeberatung nach § 7a, Beratungsbesuche nach § 37 Abs. 3 sowie Pflegekurse und individuelle Schulungen

nach § 45 SGB XI) zwischen den verschiedenen Beratungsansprüchen ist für die Pflegebedürftigen und ihre An- und Zugehörigen schwer verständlich und führt nicht nur zu Hürden in der Inanspruchnahme, sondern auch zu ineffizienten Beratungsstrukturen. Durch die Zusammenführung der verschiedenen Beratungsansprüche und die Bereitstellung dieser Leistungen aus einer Hand würde auch der organisatorische Aufwand für die Versicherten und für die Beratenden erheblich reduziert.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Nr. 6 § 8 SGB XI Gemeinsame Verantwortung

A Beabsichtigte Neuregelung

Erweiterter Entwicklungsauftrag des Spitzenverbands Bund zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversorgung

Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen erhält den Auftrag, die pflegerische Versorgung auf Basis einer umfassenden wissenschaftlichen Analyse weiterzuentwickeln. Ziel ist es, tragfähige Versorgungsszenarien für die ambulante und stationäre Langzeitpflege zu erarbeiten und modellhaft zu erproben – auch unter Abweichung von bestehenden gesetzlichen Vorgaben. Damit soll die Steuerungsfähigkeit der Versorgung unter veränderten gesellschaftlichen Bedingungen gestärkt werden.

Kompetenzorientierte Aufgabenbeschreibung und pflegefachliche Rollenentwicklung

Pflegefachliche Aufgaben sollen sektorenübergreifend und qualifikationsbezogen beschrieben werden. Im Zentrum steht die systematische Abbildung von Pflegeprozessverantwortung, Vorbehaltsaufgaben und heilkundlichen Kompetenzen – differenziert nach Ausbildungsniveaus und Spezialisierungen.

Förderprogramm zur Personalentwicklung und Integration

Die bestehenden Fördermöglichkeiten werden erweitert: Gefördert werden künftig auch Maßnahmen zur Person-zentrierten Personalentwicklung, zur Entwicklung von Delegationskonzepten sowie zur Integration von Pflegepersonal aus dem Ausland. Die Umsetzung erfolgt unter Einbindung relevanter Akteure, mit einer paritätischen Finanzierung von Pflege- und Krankenkassen.

B Stellungnahme

Erweiterter Entwicklungsauftrag des Spitzenverbands Bund zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversorgung

Die Ausweitung des Modellansatzes auf die ambulante Versorgung stellt einen wichtigen Schritt dar, um den steigenden Herausforderungen in der Langzeitpflege – insbesondere mit Blick auf den Fachkräftemangel, der Zunahme komplexer häuslicher Versorgungssituationen und der wachsenden Bedeutung sorgender Gemeinschaften – systematisch zu begegnen. Die geplante Verlängerung des Modellprogramms bis 2028 ist ausdrücklich zu begrüßen, da sie die Möglichkeit eröffnet, wissenschaftlich fundierte Grundlagen für die Weiterentwicklung der ambulanten Versorgungsstrukturen zu schaffen. Es ist zudem sachgerecht, dass die Weiterentwicklung des Personalbemessungsverfahrens in der vollstationären Pflege parallel fortgesetzt wird. Diese Parallelität schafft die notwendige Kontinuität, um Pflegequalität sektorübergreifend abzusichern.

Die Neufassung greift zentrale Herausforderungen der pflegerischen Versorgung auf und erweitert den bisherigen Auftrag zur Personalbemessung zu einer integrierten Strategie zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflege unter veränderten demografischen, gesellschaftlichen und versorgungspolitischen Rahmenbedingungen. Die vorgesehene wissenschaftlich fundierte Analyse bietet die Chance, bestehende Strukturen systematisch zu bewerten und realistische, an zukünftigen Bedarfen ausgerichtete Versorgungsszenarien zu entwickeln – einschließlich regional differenzierter Steuerungsmodelle, einer pflegefachlich koordinierten Begleitung und einer sektorenübergreifenden Leistungsplanung. Der damit verbundene Entwicklungsauftrag wird ausdrücklich begrüßt.

Besonders positiv ist, dass im Rahmen der Modellvorhaben Versorgungsansätze erprobt werden können, die pflegefachliche Koordination, kontinuierliche Begleitung und Fallverantwortung systematisch integrieren. Dies stärkt die Rolle der Pflegefachperson als steuernde Instanz in komplexen Versorgungslagen und schafft Voraussetzungen dafür, pflegerische Prozessverantwortung strukturell wirksam zu verankern. Gleichzeitig eröffnet sich die Möglichkeit, Qualität nicht nur über formale Strukturen, sondern auch entlang subjektiver Bedarfe und Teilhabeziele der pflegebedürftigen Menschen zu definieren. Eine solche Perspektive der Versorgungsgestaltung trägt dazu bei, sowohl die Wirksamkeit als auch die Passgenauigkeit von Leistungen zu erhöhen und Pflegearrangements nachhaltig zu stabilisieren.

Die gesetzlich vorgesehene Möglichkeit, Modellvorhaben im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit auch unter Abweichung vom geltenden Recht durchzuführen, ist folgerichtig und notwendig. Sie schafft einen rechtlich abgesicherten Raum, um innovative Versorgungsmodelle unter realen Bedingungen zu testen – unabhängig von den Beschränkungen bestehender Finanzierungs- und Leistungslogiken.

Kompetenzorientierte Aufgabenbeschreibung und pflegefachliche Rollenentwicklung

Die im Gesetzentwurf vorgesehene Entwicklung einer sektorenübergreifenden und qualifikationsbezogenen Aufgabenbeschreibung für Pflegefachpersonen ist ausdrücklich zu begrüßen. Sie greift das Erfordernis auf, pflegerische Aufgaben darzustellen. Damit können tragfähige Grundlagen für eine fachlich und rechtlich konsistente Aufgabenverteilung sowie für die Weiterentwicklung leistungsrechtlicher Regelungen in SGB V und SGB XI geschaffen werden.

Das Beschreiben des Leistungsspektrums pflegerischen Handelns in Form von Tätigkeitslisten birgt die Gefahr, dass dem weitergehenden Leistungsspektrum pflegerischer Aufgaben nach dem Person- und ressourcenorientierten Pflegeverständnis nicht nur nicht Rechnung getragen wird, sondern die Fachlichkeit und den Hand-

lungsrahmen für Mitarbeitende von Pflegeeinrichtungen beschneidet und so zur Deprofessionalisierung beiträgt. Daher sollte darauf in der Gesetzesbegründung verzichtet werden.

Positiv hervorzuheben ist, dass die Aufgabenbeschreibung unterschiedliche Qualifikationsniveaus – von der beruflich qualifizierten Pflegefachperson über Fachweiterbildungen bis hin zu Masterabschlüssen – systematisch berücksichtigt und heilkundliche Kompetenzen gemäß § 37 Abs. 2 Pflegeberufegesetz einbezieht. Diese Differenzierung trägt wesentlich zur Professionalisierung des Berufsfeldes bei und stärkt die pflegerische Eigenverantwortung.

Der GKV-Spitzenverband übernimmt zwar die Entwicklung, aber eigentlich liegt die fachliche Expertise zur Beschreibung der pflegerischen Aufgaben bei der Fachkommission nach § 53 des Pflegeberufegesetzes. Daher ist die gesetzlich normierte Einbindung der Fachkommission nach § 53 des Pflegeberufegesetzes unerlässlich. Diese Kommission ist maßgeblich für die Entwicklung und Fortschreibung der Rahmenpläne der Pflegeausbildung zuständig und verfügt über fundiertes Wissen zu den Qualifikationsanforderungen von Pflegefachpersonen. Ihre Einbindung könnte entscheidend dazu beitragen, dass der geplante Katalog praxisnah und auf die aktuellen fachlichen Standards abgestimmt wird. Die Fachkommission bringt nicht nur die notwendige fachliche Expertise mit, sondern auch die Perspektive der Pflegeberufe aus der Praxis. Diese Perspektive ist entscheidend, um eine sektorenübergreifende Aufgabenverteilung zu entwickeln, die sowohl in der ambulanten als auch in der stationären Pflege anwendbar ist.

Ein weiterer Aspekt ist die fehlende Klarheit darüber, wer die Verantwortung für die Umsetzung und Weiterverwendung des Katalogs trägt. Dies könnte dazu führen, dass die erarbeiteten Ergebnisse nicht in die Praxis integriert werden. Die gesetzliche Regelung greift derzeit nicht auf, ob und wie der Katalog tatsächlich verbindlich umgesetzt wird. Ohne klare Richtlinien und Verantwortlichkeiten für die Weiterführung der Ergebnisse besteht die Gefahr, dass der Katalog zwar erstellt, aber nicht systematisch in die Praxis der pflegerischen Versorgung eingebettet wird. Sinnvoll ist es daher, den Bildungsauftrag der Länder in diesem Prozess zu berücksichtigen. Die Länder sind verantwortlich für die Umsetzung der schulischen und hochschulischen Pflegeausbildung sowie der Qualifizierungsmaßnahmen. Da der geplante Katalog maßgeblich die Aufgaben und Kompetenzen von Pflegefachpersonen definiert, ist eine enge Einbindung der Länder notwendig, um sicherzustellen, dass die Ausbildungs- und Weiterbildungsmaßnahmen den neuen Anforderungen gerecht werden. Ohne diese Abstimmung besteht das Risiko, dass die bundesweit entwickelten Qualifikationsanforderungen nicht adäquat in den Bildungsstrukturen der Länder verankert werden.

Besonders wichtig ist es, den Auftrag aus § 8 Absatz 3c SGB XI, der die Kompetenzüberprüfung auf Grundlage wissenschaftlicher Expertise vorsieht, auch mit der geplanten Evaluation gemäß § 73d Absatz 3 SGB V, die sich mit der Entwicklung und Umsetzung heilkundlicher Leistungen befasst, zu koppeln. Eine enge Verknüpfung dieser Evaluation mit § 8 Absatz 3c SGB XI wäre sinnvoll, um sektorenübergreifende Synergiepotenziale zu nutzen und das Kompetenzspektrum der Pflegefachpersonen zu vereinheitlichen.

Perspektivisch sollte die Verortung der Entwicklung des Katalogs zur Aufgabenverteilung der Pflegefachpersonen bei den maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe nach § 118a SGB XI angesiedelt werden. Diese Organisationen vertreten die berufspolitischen Interessen der Pflegeberufe und verfügen über die notwendige fachliche Expertise sowie das fundierte Verständnis der praktischen Anforderungen im Pflegealltag. Die derzeitig angedachte Einbindung dieser maßgeblichen Organisationen stellt sicher, dass der Katalog praxisnah und qualifikationsgerecht erarbeitet und die professionelle Stellung der Pflegeberufe im gesundheitspolitischen System gestärkt und deren Kompetenzen effizient genutzt werden.

Förderprogramm zur Personalentwicklung und Integration

Die Erweiterung der Förderfähigkeit von Person-zentrierter Personalentwicklung, die Berücksichtigung der Pflegeprozessverantwortung von Pflegefachpersonen und einschließlich der Entwicklung und Umsetzung von Delegationskonzepten wird begrüßt.

Die Ausweitung der betrieblichen Fördermöglichkeiten um Maßnahmen zur Integration internationaler Pflegeassistenten- und Pflegefachpersonen ist sachgerecht und entspricht den realen Herausforderungen in der Praxis. Die Zielsetzung, durch strukturelle Maßnahmen eine nachhaltige Integration zu ermöglichen, ist zu begrüßen und sollte perspektivisch auch auf andere Felder der Personalbindung ausgeweitet werden.

C Änderungsvorschlag

In § 8 Absatz 3c Satz 2 wird nach „nach § 118a“ eingefügt:
„sowie der Fachkommission nach § 53 des Pflegeberufegesetzes“

In § 8 Absatz 3c Satz 4 wird nach „nach § 118a“ eingefügt:
„und der Fachkommission nach § 53 des Pflegeberufegesetzes“

In § 8 Absatz 3c Satz 5 wird nach „Weitere geeignete Fachorganisationen“ ergänzt um: „sowie die zuständigen Landesbehörden“

In § 8 Absatz 3c wird folgender Satz ergänzt:

„Die Ergebnisse der wissenschaftlichen Expertisen sind im Rahmen gesetzlicher Evaluationsaufträge sowie zur Weiterentwicklung von Leistungsinhalten und Qualifikationsanforderungen von Pflegefachpersonen systematisch im Elften und im Fünften Buch zu berücksichtigen.“

Nr. 7 § 8a Absatz 5 Gemeinsame Empfehlungen zur pflegerischen Versorgung

Nr. 8 § 9 Aufgaben der Länder

Aufgrund des inhaltlichen Zusammenhangs erfolgt zu Nr. 7 zu § 8a Absatz 5 und Nr. 8 zu § 9 eine gemeinsame Stellungnahme.

A Beabsichtigte Neuregelung

Empfehlungen des Landespflegeausschusses und, sofern sie auf Landesebene gebildet werden können, Empfehlungen des sektorenübergreifenden Landespflegeausschusses sowie von regionalen Ausschüssen auf kommunaler Ebene zur Beratung über Fragen der Pflegeversicherung sind zu beachten.

Empfehlungen der regionalen Ausschüsse können als Bestandteil einer kommunalen Pflegestrukturplanung definiert werden, sofern eine kommunale Pflegestrukturplanung landesrechtlich geregelt wird.

B Stellungnahme

Mit der Änderung der Wortwahl (von „soll ... einbezogen werden“ zu „sind ... zu beachten“) erhält die bereits existierende Regelung zur Erarbeitung gemeinsamer Empfehlung in Ausschüssen zur Pflege sowie sektorenübergreifend auf Landesebene und auf kommunaler Ebene ein größeres Gewicht. In der Praxis wird es jedoch darauf ankommen, inwieweit die landesrechtlichen Regelungen in den Bundesländern in diesem Sinne entwickelt werden. Eine ausschließlich auf professionelle Pflegeeinrichtungen ausgerichtete „Bedarfsplanung“ greift wesentlich zu kurz, wenn es um die Unterstützung und Versorgung von pflegebedürftigen Menschen, die Entlastung von pflegenden An- und Zugehörigen und die Einbeziehung von ehrenamtlichem Engagement geht. Neben ambulanten Pflegeeinrichtungen sind auch Wohnformen, die eine pflegerische Unterstützung anbieten, ehrenamtliche Strukturen sowie die Strukturen der Pflegeberatung bei der Sorgestrukturplanung mit einzubeziehen. Dabei spielen gerade die gemeinschaftlichen Gremien nach § 8a Absatz 3 SGB XI auf der Ebene der Landkreise, kreisfreien Städte und der Bezirke in den Stadtstaaten eine wesentliche Rolle, denn hier ist die Kenntnis der Strukturen vor Ort vorhanden: Es fehlen jedoch zum Teil konkrete Regelungen zur Errichtung von gemeinschaftlichen Gremien nach § 8a Absatz 3 SGB XI auf der Ebene der Landkreise und kreisfreien Städte (Berlin auf Bezirksebene, Hessen, Sachsen, Sachsen-Anhalt, Thüringen). Es ist jedoch zu begrüßen, dass gemeinsame Empfehlungen der regionalen Ausschüsse den Status als Bestandteil einer kommunalen Pflegestrukturplanung erhalten können. Dies wertet die Arbeit in den regionalen Gremien auf.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Nr. 9 § 10 SGB XI Berichtspflichten des Bundes und der Länder

A Beabsichtigte Neuregelung

Das Jahr für die nächste Vorlage des Berichtes der Bundesregierung wird auf das Jahr 2029 verschoben. Der Turnus für die Berichterstattung – alle vier Jahre – bleibt erhalten.

B Stellungnahme

Die Änderung ist sachgerecht.

Der Bericht wird seit 2016 alle vier Jahre vorgelegt. Der Neunte Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung und den Stand der pflegerischen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland wäre nach geltendem Recht bis spätestens Ende des Jahres 2028 vorzulegen. Damit die Pflegestatistik 2027, welche nicht vor Dezember 2028 veröffentlicht wird, im Bericht berücksichtigt werden kann, ist eine Verschiebung der Berichtspflicht in das Jahr 2029 nachvollziehbar. Die Berichterstattung erfolgt im Anschluss wie bisher alle vier Jahre, dann ebenfalls unter Berücksichtigung der jeweiligen Pflegestatistiken.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Nr. 10 § 11 SGB XI Rechte und Pflichten der Pflegeeinrichtungen

A Beabsichtigte Neuregelung

Die geplanten Änderungen zielen darauf ab, die Verantwortung der Pflegefachpersonen für die Steuerung des Pflegeprozesses deutlicher zu betonen und gleichzeitig die Delegation von Aufgaben in Pflegeeinrichtungen systematisch zu regeln. Es wird ausdrücklich klargestellt, dass Pflegeeinrichtungen die fachgerechte Wahrnehmung der Pflegeprozessverantwortung durch Pflegefachpersonen sicherstellen müssen. Dies bedeutet, dass nicht nur die Pflege selbst, sondern auch die Verantwortung für die Planung, Durchführung und Kontrolle der Pflegeleistungen durch qualifiziertes Fachpersonal erfolgen muss.

Eine weitere wesentliche Änderung betrifft die Delegation von Aufgaben von Pflegefachpersonen auf Pflegeassistentenpersonen sowie Pflegehilfskräfte. Pflegeeinrichtungen werden verpflichtet, spezifische Delegationskonzepte zu entwickeln, die den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern klare Vorgaben zu ihren Aufgaben und Befugnissen bieten. Diese Konzepte sollen dafür sorgen, dass die Zuständigkeiten eindeutig geregelt sind und die Pflegequalität gewahrt bleibt.

Die betriebliche Interessenvertretung muss in diesen Prozess der Konzepterstellung einbezogen werden, um sicherzustellen, dass die Delegation nicht nur den betrieblichen Anforderungen entspricht, sondern auch den Bedürfnissen der Beschäftigten.

B Stellungnahme

Die Änderungen des § 11 zielen darauf ab, klare Regelungen zu den Verantwortlichkeiten und Aufgaben in der Pflege zu schaffen. Besonders im Kontext sich verändernder Qualifikationen und Aufgabenverteilungen bei den beruflich Pflegenden ist es von großer Bedeutung, dass die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Pflege- und Betreuungseinrichtungen transparente Vorgaben und Rechtssicherheit haben, welche Aufgaben sie übernehmen dürfen und welche Verantwortung sie tragen.

Die Verankerung der Pflegeprozessverantwortung als Vorbehaltsaufgabe einer Pflegefachperson im Elften Gesetzbuch wird begrüßt.

Die Einführung der Verpflichtung zur Entwicklung von Delegationskonzepten ist ein wichtiger Schritt, um eine klare Aufgabenverteilung zwischen Pflegefachpersonen, Pflegeassistentenpersonen und Pflegehilfskräften zu gewährleisten. Diese Konzepte sollen sicherstellen, dass nur Aufgaben delegiert werden, die den Qualifikationen der Assistenz- und Hilfskräfte entsprechen. Dies ist ein wichtiger Beitrag zur Kompetenzorientierung in der Pflege. Gleichzeitig entlastet es Pflegefachpersonen, indem Routineaufgaben an qualifizierte Assistentenpersonen übertragen werden können.

In der Konzertierte(n) Aktion Pflege (2019) wurde bereits auf die Notwendigkeit gemeinsamer Delegationsleitlinien und Muster-Delegationskonzepte hingewiesen. Es wird ausdrücklich begrüßt, dass die Geschäftsstelle nach § 113d SGB XI den Auftrag erhält, Musterführungs- und Delegationskonzepte zu entwickeln; allerdings fehlt eine gesetzliche Normierung, nach der die Pflegeeinrichtungen angehalten sind, diese für die Entwicklung eigener Delegationskonzepte zur Grundlage zu machen. Diese Verknüpfung wird jedoch im Gesetz nicht explizit verankert, sondern nur in der Gesetzesbegründung aufgegriffen.

In Verbindung mit dem Modellprogramm zur Personalbemessung nach § 8 Absatz 3b SGB XI und der Geschäftsstelle nach § 113d Absatz 9 SGB XI ist eine gesetzliche Verknüpfung sinnvoll, da sowohl die Modellprogramme als auch die Geschäftsstelle eine kompetenzorientierte Personalplanung fördern. Während die Modellprogramme auf eine qualifikationsgerechte Personalbesetzung abzielen, soll das Delegationskonzept die Aufgabenverteilung in der Pflege klar regeln. Eine fehlende rechtliche Verbindung zwischen diesen Programmen könnte zu einer isolierten Umsetzung führen, was die Effizienz und Kohärenz in der Pflegeorganisation beeinträchtigen kann.

Insgesamt ist die Änderung von § 11 SGB XI ein wichtiger Schritt zur Strukturierung der Arbeits- und Organisationsprozesse in Pflegeeinrichtungen; die finanzielle Unterstützung von Pflegeeinrichtungen über Förderprogramme nach § 8 Absatz 7 SGB XI wird begrüßt. Um jedoch eine einheitliche Umsetzung und damit die bestmögliche Versorgung der pflegebedürftigen Menschen zu gewährleisten, wäre eine verbindliche gesetzliche Unterstützung durch Leitlinien und eine Verknüpfung mit bestehenden Programmen zur Personal- und Organisationsentwicklung notwendig.

C Änderungsvorschlag

Im Absatz 1a wird nach Satz 1 folgender Satz eingefügt:

„Dabei sind die Ergebnisse der Modellprogramme gemäß § 8 Absatz 3b zur Personal- und Organisationsentwicklung zu berücksichtigen, um eine kompetenzorientierte und bundesweit einheitliche Aufgabenverteilung zu gewährleisten. Die von der Geschäftsstelle gemäß § 113d Absatz 9 Satz 2 Nr. 4 erarbeiteten Grundlagen sind bei der Entwicklung und Umsetzung zu berücksichtigen.“

Nr. 11 § 12 SGB XI Aufgaben der Pflegekassen

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Pflegekassen stellen nicht-personenbezogene Versorgungsdaten zur Entwicklung der regionalen pflegerischen Versorgungssituation regelmäßig den zuständigen Gebietskörperschaften zur Unterstützung der Pflegestrukturplanung bereit. Relevante nicht personenbezogene Daten der Krankenkassen sowie Informationen aus dem Monitoring zur Sicherstellung der pflegerischen Versorgung sind ebenfalls einzubeziehen. Die Aufgabe der Weitergabe der regionalen pflegerischen Versorgungsdaten kann auch den Landesverbänden der Pflegekassen übertragen werden. Empfehlungen zu Umfang und Struktur der Daten, zu geeigneten Indikatoren, zum Bereitstellungsturnus sowie zur Aufbereitung der Daten und zur Kostentragung vereinbaren der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und die Kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene unter Beteiligung der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe. Die Empfehlungen bedürfen der Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit im Benehmen mit dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales.

B Stellungnahme

Der Ansatz, Versorgungsdaten der Pflege- und Krankenkassen für die kommunale Pflegestrukturplanung zu nutzen und so eine bessere Verzahnung zwischen den verschiedenen Akteuren herzustellen, wird begrüßt. Die Routinedaten der Kranken- und Pflegekassen, einschließlich Daten zur Prävalenz von Pflegebedürftigkeit und zum Abruf verschiedener Leistungen der Pflegekassen als auch der Krankenkassen, stellen insbesondere auf kommunaler Ebene wichtige Grundlagen für die Organisation von Gesundheit, Pflege und Unterstützung vor Ort dar. Sie bieten einen deutlichen Mehrwert und ergänzen die Pflegestatistik des Bundes und Bevölkerungsstatistiken auf Landesebene. Als Methode für eine solche Datenbereitstellung für die Kommunen wird bereits in Brandenburg und Berlin die Plattform Smart Analysis Health Research Access (SAHRA) regelhaft genutzt. Sie ist aus einem Projekt des Bundesministeriums für Wirtschaft und Energie (BMWi) und der AOK Nordost entstanden. Hierbei werden die aufbereiteten Rohdaten der AOK Nordost in eine benutzerfreundliche Anwenderoberfläche übernommen, zu welcher die Länder bzw. Kommunen Zugang haben. Die SAHRA-Plattform wurde ebenfalls in Baden-Württemberg herangezogen, um im Rahmen eines inzwischen abgeschlossenen Projektes aufbereitete Rohdaten der AOK Baden-Württemberg allen 44 Stadt- und Landkreisen als Pflegekennzahlen zur Verfügung zu stellen. Mit wiederum bundesweiter Perspektive (d. h. für alle AOKs) entwickelt das Wissenschaftliche Institut der AOK (WIdO) gegenwärtig ein System regionaler Planungskennzahlen aus Routinedaten. Zur Definition des Datenkranzes (Indikatoren) können diese Vorarbeiten bei der Erarbeitung von Empfehlungen herangezogen werden.

Die mit der Regelung zu § 9 SGB XI (neu) im Gesetz zur Befugniserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege angestrebte Verknüpfung, gemeinsame Empfehlungen der Gremien nach § 8a Absatz 3 SGB XI (regionale Pflegekonferenzen) als kommunale Pflegestrukturplanung aufzuwerten, wird durch diese gemeinsame Datengrundlage ebenfalls unterstützt. Ebenso wichtig ist es, die Informationen aus dem Monitoring zur Sicherstellung der pflegerischen Versorgung (§ 73a SGB XI neu) mit einzubeziehen. Informationen zu Beeinträchtigungen der Leistungserbringung, insbesondere wenn sie nicht nur kurzfristig auftreten, sind wesentlich für die Planung und vor allem die Überwindung von Versorgungsengpässen vor Ort.

Für eine möglichst effiziente und bürokratiearme Umsetzung sollte eine automatisierte Bereitstellung (bspw. über eine digitale Plattform) angestrebt werden, so dass die Kommunen bei Bedarf die für sie relevanten Daten abrufen können. Die gemeinsame Erarbeitung von Empfehlungen durch die Beteiligten bietet die Gelegenheit, Vorarbeiten einzubeziehen und praktikable Lösungen zu etablieren.

Grundsätzlich fußen die Routinedaten der Kranken- und Pflegekassen auf personenbezogenen Abrechnungsdaten. In der Gesetzesbegründung wird darauf abgestellt, dass personenbezogene Daten zu anonymisieren sind. Dieser Prozess wird bei der Bereitstellung der Daten für die SAHRA-Plattform auch bereits durchgeführt. Der Begriff „nicht personenbezogene Daten“ ist jedoch interpretationsfähig. Daher wird vorgeschlagen, zur Vermeidung von Missverständnissen den Begriff der Anonymisierung auch im Gesetzestext zu verwenden.

C Änderungsvorschlag

§ 12 Absatz 2 Satz 1 und 2 werden wie folgt gefasst:

„Die Pflegekassen stellen ihnen zur Verfügung stehende anonymisierte Versorgungsdaten zur Entwicklung der regionalen pflegerischen Versorgungssituation den zuständigen Gebietskörperschaften zur Unterstützung bei ihren Aufgaben nach § 9 bereit. Dabei sind auch relevante anonymisierte Daten der Krankenkasse sowie die Informationen nach § 73a Absatz 2 zu berücksichtigen.“

Nr. 12 § 15 SGB XI Ermittlung des Grades der Pflegebedürftigkeit, Begutachtungsinstrument

A Beabsichtigte Neuregelung

Die bisherige gesetzliche Regelung wird um einen Absatz 8 erweitert. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen hat dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 30. Juni 2026 einen Bericht zu den Erfahrungen der Pflegekassen und der Medizinischen Dienste mit dem Begutachtungsinstrument einschließlich der Wirkungsweisen zur Ermittlung des Grades der Pflegebedürftigkeit hinterlegten Bewertungssystematik und zu möglichen Weiterentwicklungen vorzulegen. Der Bericht ist unter unabhängiger wissenschaftlicher Begleitung zu erstellen.

Im Bericht soll auch die Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen seit 2017 unter Berücksichtigung insbesondere von medizinisch-pflegerischen Aspekten, demographischen Faktoren und sozioökonomischen Einflüssen auf wissenschaftlicher Grundlage untersucht werden.

Zur Finanzierung stehen Mittel aus dem Ausgleichsfonds nach § 8 Absatz 3 SGB XI zur Verfügung.

B Stellungnahme

Die Evaluation des Begutachtungsinstruments wird begrüßt. Seit 2017 konnten mit der Einführung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs und des zugrundeliegenden Begutachtungsinstruments umfassende Erfahrungen gesammelt werden. Die unterschiedlichen Erfahrungen der Beteiligten gilt es zu bündeln, zu analysieren und wissenschaftlich unabhängig bewerten zu lassen. Dies gilt insbesondere für die getroffenen Festsetzungen hinsichtlich der Gewichtungen und Schwellenwerte der Module und Pflegegrade.

Auch die wissenschaftliche Untersuchung der Gründe und Ursachen des seit 2017 zu beobachtenden Anstiegs der Zahl der Pflegebedürftigen ist zu begrüßen. Der jährliche Zuwachs übersteigt regelmäßig die aufgrund der demografischen Entwicklung erwartbaren Zahlen. Weitere, über das Begutachtungsinstrument hinausgehende, Informationen aus dem Begutachtungsverfahren (z. B. Präventionsempfehlungen, Sicherstellung der Pflege) selbst können wertvolle Begründungszusammenhänge auch für die Umsetzung von Prävention in Pflegeeinrichtungen und häuslicher Pflege nach § 5 SGB XI herleiten. Dies sollte im Gesetzesauftrag klargestellt werden. Ein unabhängiges wissenschaftliches Gutachten kann hierbei wertvolle Hinweise und Empfehlungen für die Weiterentwicklung geben.

C Änderungsvorschlag

In § 15 Absatz 8 neu wird Satz 2 Nr. 2 wie folgt formuliert:

„eine auf wissenschaftlicher Grundlage durchzuführende Untersuchung der Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen seit 2017 unter Berücksichtigung insbesondere von

- a. medizinisch-pflegerischen Aspekten,
- b. demographischen Faktoren,
- c. sozioökonomischen Einflüssen und
- d. weiteren im Begutachtungsverfahren erhobenen Informationen.“

Nr. 14 § 17a SGB XI Richtlinien zur Empfehlung von Pflegehilfsmitteln und Hilfsmitteln nach § 40 Absatz 6

A Beabsichtigte Neuregelung

Der bisher in § 40 Absatz 6 Satz 6 SGB XI verankerte Auftrag an den Spitzenverband Bund der Pflegekassen, Richtlinien zur Empfehlung von Pflegehilfsmitteln und Hilfsmitteln zu erlassen, wird in einen eigenständigen, neuen § 17a SGB XI überführt. In den Richtlinien soll zukünftig auch das Qualifikationsniveau der empfehlenden Pflegefachpersonen berücksichtigt werden. Dabei wird das Beteiligungsrecht der maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe durch Einführung eines Stellungnahmeverfahrens gestärkt. Die erstmals zum 31.12.2026 festzulegenden Richtlinien bedürfen der Genehmigung durch das BMG und sollen bis zum 31.12.2030 evaluiert werden.

B Stellungnahme

Die Konkretisierung, dass in den Richtlinien zur Empfehlung von Pflegehilfsmitteln und Hilfsmitteln zukünftig auch die unterschiedlichen Qualifikationsniveaus der Pflegefachpersonen zu berücksichtigen sind, ist zu begrüßen. Überdacht werden sollte aber die Zeitachse bzw. die Taktung für die Erstellung dieser Richtlinien. Der entsprechend des Gesetzesentwurfs nach § 73d SGB V (siehe Art. 3 Nr. 8) zwischen KBV und Pflegeorganisationen zu schließende Rahmenvertrag soll u. a. einen Katalog der Leistungen enthalten, für den Pflegefachpersonen eigenständig Folgeverordnungen ausstellen können. Dieses Folgeverordnungsrecht soll ausdrücklich auch die für diese Leistungen benötigten Hilfsmittel umfassen. Frist für die Festlegung respektive Abschluss dieses Rahmenvertrages ist der 31.07.2027. Kommt der Rahmenvertrag nicht fristgerecht zustande, ist er von einer Schiedsperson festzulegen, die innerhalb eines Monats bestimmt wird und drei Monate Zeit für die entsprechende Festlegung hat.

Um sicherzugehen, dass die Richtlinien nach § 17a SGB XI sachgerecht auf die entsprechend dem Rahmenvertrag nach § 73d SGB V erweiterte Handlungskompetenz der Pflegefachpersonen aufbauen, sollten diese daher erst nach Abschluss des Rahmenvertrages nach § 73d SGB V finalisiert werden.

C Änderungsvorschlag

Die in § 17a Absatz 1 Satz 1 genannte Frist wird auf den 31.12.2027 geändert.

Nr. 16 § 18c Entscheidung über den Antrag, Fristen

A Beabsichtigte Neuregelung

Sofern rechtlich zulässig soll im Falle einer verkürzten Begutachtungsfrist die Mitteilung an das Krankenhaus, die stationäre Rehabilitationseinrichtung oder das Hospiz in gesicherter elektronischer Form erfolgen.

Die Bearbeitungsfrist wird bis zum Wegfall des Verzögerungsgrundes gehemmt. Falls ein neuer Begutachtungstermin vereinbart werden muss, wird die Frist für 15 Arbeitstage nach Kenntnis über den Wegfall des Verzögerungsgrundes gehemmt.

Die Zahlung von 70 Euro bei Überschreiten der Frist hat spätestens innerhalb von 15 Arbeitstagen und anschließend unverzüglich für jede weitere Woche zu erfolgen.

B Stellungnahme

Die Neuregelung führt entgegen der Ausführungen in der Gesetzesbegründung zu keiner Entbürokratisierung des Verwaltungsverfahrens der Pflegekassen.

Eine Übermittlung in gesicherter elektronischer Form setzt voraus, dass die Empfänger der Mitteilung in der Lage sind, die Form der Mitteilung anzunehmen und zu verarbeiten. Insbesondere im Hinblick auf Hospize erscheint die Anforderung herausfordernd zu sein. Hierauf haben die Pflegekassen keinen Einfluss. Unterstellt, die technischen Voraussetzungen wären gegeben, ist das Verfahren nicht praktikabel. Vor der Übermittlung muss von den Pflegekassen geprüft werden, ob eine Mitteilung an das Krankenhaus, die stationäre Rehabilitationseinrichtung oder das Hospiz überhaupt zulässig ist. Wie in der Gesetzesbegründung angeführt, sind hierbei die unterschiedlichen rechtlichen Rahmenbedingungen in den Bundesländern insbesondere hinsichtlich der Erfordernisse des Datenschutzes zu klären. Zudem bedarf die Übermittlung an das Krankenhaus, die stationäre Rehabilitationseinrichtung oder das Hospiz der Einwilligung durch die Antragstellerin bzw. den Antragsteller. Allein die Prüfung der rechtlichen Zulässigkeit erhöht den bürokratischen Aufwand und verzögert das Verfahren für diese eilbedürftigen Fälle unnötig. Die Regelung erhöht den Verwaltungsaufwand und führt nicht zu einer Beschleunigung des Verfahrens. Ganz unabhängig vom Fehlen der technischen Voraussetzung auf Seiten der Empfänger der Mitteilung.

Die Neuregelungen zur Hemmung der Bearbeitungsfrist und zur Zahlung bei Überschreitung der Fristen tragen ebenfalls zu keiner Entbürokratisierung des Verwaltungsverfahrens der Pflegekassen bei.

Nach § 18c Absatz 1 SGB XI haben die Pflegekassen innerhalb von 25 Arbeitstagen über einen Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung zu entscheiden. Wird diese

Frist überschritten, hat die Pflegekasse unverzüglich eine Gebühr in Höhe von 70 Euro für jede Woche der Überschreitung an den Antragsteller zu zahlen. Eine Ausnahme hiervon liegt nur vor, wenn die Pflegekasse die Verzögerung nicht zu vertreten hat.

Seit Einführung dieser gesetzlichen Regelung haben die AOKs ihre internen Prozesse von der Antragstellung bis zur Bescheiderteilung vollständig optimiert. Anträge auf Leistungen der Pflegeversicherung werden innerhalb von zwei Arbeitstagen mit dem Begutachtungsauftrag an den zuständigen Medizinischen Dienst weitergeleitet. Sobald das Gutachten des Medizinischen Dienstes bei der AOK eingeht, wird der Bescheid innerhalb von drei Arbeitstagen versandt. Im Jahr 2024 mussten die AOKs dennoch ca. 29,8 Mio. Euro (SPV: 64,5 Mio. Euro) an antragstellende Personen zahlen, da die Bearbeitungsfristen überschritten wurden. Obwohl die internen Prozesse optimiert und weitgehend automatisiert sind, haben die AOKs Verzögerungen zu vertreten, die nicht in ihrem Verantwortungsbereich liegen und auf die sie keinen Einfluss haben (Begutachtung durch die von den Kassen unabhängigen Medizinischen Dienste). Es gibt vielfältige nachvollziehbare Ursachen für die Entwicklung zu längeren Laufzeiten bei den Medizinischen Diensten, auf die auch die Medizinischen Dienste nicht adäquat reagieren können (z. B. hohes Antragsvolumen, Terminabsagen, nicht geplante Krankenhausaufenthalte). Die Pflegekassen stehen in regelmäßigem Austausch mit den Medizinischen Diensten, um die Situation für alle Beteiligten, jedoch insbesondere für die pflegebedürftigen Menschen, zu verbessern. Der mit der Zahlung für Fristüberschreitung im Raum stehende Vorwurf, dass Pflegekassen die Anträge ihrer Versicherten langfristig unbearbeitet lassen bzw. nicht zügig bearbeiten, ist haltlos. Im Gegenteil: Es besteht eine hohe Motivation, die Versicherten in ihrer herausfordernden Situation schnell, kompetent und verlässlich zu beraten und zu unterstützen. Dazu gehört auch, über den Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung zeitnah zu entscheiden.

Die Pflegekassen sollen weiterhin die Entscheidung über einen Antrag spätestens 25 Arbeitstage nach dessen Eingang treffen. Die Regelung in Absatz 5 verbessert die Situation für die antragstellenden Personen nicht und trägt auch nicht zu dem mit dem Gesetz eng verbundenem Ziel einer Entbürokratisierung bei. Daher sind die Absätze 5 und 6 zu streichen.

C Änderungsvorschlag

Die Absätze 5 und 6 werden gestrichen.

Nr. 17 § 18e SGB XI Weiterentwicklung des Verfahrens zur Pflegebegutachtung durch Modellvorhaben, Studien und wissenschaftliche Expertisen

A Beabsichtigte Neuregelung

Für die Durchführung von Modellvorhaben, Studien und wissenschaftliche Expertisen kann künftig eine Vereinbarung mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen geschlossen werden.

Der Medizinische Dienst Bund hat bis spätestens 30.06.2026 fachlich unabhängige wissenschaftliche Einrichtungen oder Sachverständige mit der Durchführung eines Modellprojekts zur Erweiterung des Gutachterkreises um Pflegefachpersonen in Einrichtungen nach § 72 zu beauftragen. Im Modellprojekt sollen Anforderungen, Umfang und Voraussetzungen geprüft werden, die eine Beauftragung von Pflegefachpersonen zur Übernahme von Aufgaben im Rahmen des Begutachtungsverfahrens bei den von ihnen versorgten Personen ermöglichen. Dabei sind die Feststellungen und Empfehlungen durch Pflegefachpersonen einer Vergleichsgruppe von gutachtlichen Feststellungen und Empfehlungen gegenüber zu stellen. Die Prüfung umfasst zudem Fragen im Zusammenhang mit der Umsetzung einer regelhaften Durchführung von Feststellungen und Empfehlungen zur Pflegebedürftigkeit durch Pflegefachpersonen. Dabei sollen Aussagen zu möglichen Antrags- und Versorgungssituationen, zum Umfang der zu treffenden Feststellungen und Empfehlungen sowie zu den in diesem Zusammenhang erforderlichen Änderungen im Begutachtungsverfahren getroffen werden. Der Abschlussbericht ist dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 30.06.2028 vorzulegen.

B Stellungnahme

Die Klarstellung, dass der GKV-Spitzenverband auch Vereinbarungspartner sein kann, ist sachgerecht.

Das Modellvorhaben zur Erweiterung des Gutachterkreises um Pflegefachpersonen in Einrichtungen nach § 72 wird begrüßt. Pflegefachpersonen verfügen über spezifische pflegerische Kenntnisse, die ihnen ermöglichen, detaillierte Pflegebegutachtungen durchzuführen. Ihre umfassende medizinische und pflegerische Expertise und auch das „Kennen“ der pflegebedürftigen Personen und ihrer Versorgungssituation ermöglichen eine präzise und individuell abgestimmte Sichtweise, auch auf die Früherkennung von potenziellen Gesundheitsrisiken und die Einleitung bzw. Empfehlung präventiver Maßnahmen. Die direkte Verfügbarkeit und das spezialisierte Wissen der Pflegefachpersonen tragen dazu bei, dass Begutachtungen schneller durchgeführt und abgeschlossen werden können, wodurch die Bearbeitungszeiten von Pflegeanträgen verkürzt und eine fristgerechte Begutachtung sichergestellt wird.

Mit der Einführung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs und seines wissenschaftlichen Instrumentes zur systematischen Einschätzung der Pflegebedürftigkeit und das dahinterstehende Pflegeverständnis wurde nicht nur den Zugang zu den Leistungen der Pflegeversicherung neugestaltet. Beides ist auch die Grundlage für alle Facetten der Pflege und der Pflegeversicherung, sei es für die Steuerung des Pflegeprozesses, die Pflegequalitätssicherung und Personalbemessung und auch für die Beschreibung pflegerischer Aufgaben in Verträgen. Auch das Pflegegradmanagement der Pflegeeinrichtungen, das den Pflegebedarf systematisch mit dem Pflegegrad abgleicht, profitiert von diesen Grundlagen.

Dieses systemische Zusammenspiel und die erhobenen Informationen aus der Pflegebegutachtung stellen also einen Schlüsselbereich dar und bieten eine wertvolle Basis für das Pflegegradmanagement, die Qualitätsprüfungen und Indikatorenerhebungen, die Umsetzung des Strukturmodells und die Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen. Da all diese Themen ineinandergreifen und die Informationen synergetisch verwendet werden, ist der zusätzliche Ressourcenaufwand für die Pflegeeinrichtungen als gering einzustufen. Systematische Fehleinstufungen sind kaum möglich, da dies im Zusammenspiel mit den Qualitätsprüfungen oder Indikatorenerhebungen zu Auffälligkeiten führen würde.

Allgemein bestehen jedoch Bedenken hinsichtlich eines möglichen Interessenskonfliktes, insbesondere in Bezug auf wirtschaftliche Vorteile für die Pflegeeinrichtungen, auf die Sicherstellung einer unabhängigen Begutachtung und die Qualifikation der Pflegefachpersonen. Auch der damit für die Pflegeeinrichtungen verbundene zusätzliche Arbeitsaufwand wird in der Fachwelt thematisiert.

Es ist daher wichtig, dass die Unabhängigkeit der Pflegefachpersonen durch klare Richtlinien, regelmäßige Schulungen und die Etablierung von Überprüfungsmechanismen sichergestellt wird. Dabei darf nicht vergessen werden, dass die Pflegekasse die Pflegebedürftigkeit ihrer Versicherten feststellt und hierzu den Bescheid erlässt.

Modellvorhaben können hier nicht nur Hinweise für eine regelhafte Etablierung geben, wie die Schulungen und Richtlinien ausgestaltet sein müssen, um subjektive Risiken zu vermeiden und die Unabhängigkeit zu gewährleisten. Darüber hinaus muss auch das Augenmerk darauf gerichtet werden, welche Anforderungen im Zusammenspiel zwischen den Pflegefachpersonen, Pflegeeinrichtungen und den Pflegekassen zu erfüllen sind (z. B. Datenverfahren zwischen Einrichtungen und Pflegekasse über die TI-Anbindung).

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Nr. 18 § 28 SGB XI Leistungen und Grundsätze

A Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Neuregelung soll klargestellt werden, dass die medizinische Behandlungspflege in pflegerischen Einrichtungen, bei denen die Pflegesachleistung auch die Leistungen der medizinischen Behandlungspflege umfasst (voll- und teilstationäre Einrichtungen, Kurzzeitpflegeeinrichtungen, Tages- und Nachpflegeeinrichtungen) auch die Ausübung von erweiterten Befugnissen nach § 15a Abs. 1 Nr. 1 und 3 SGB V umfasst, soweit diese in den Einrichtungen angestellt sind und die Leistungen erbringen. Die Leistungen unterliegen damit der Finanzierungsverantwortung der sozialen Pflegeversicherung, sofern sie nicht im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erbracht werden.

B Stellungnahme

Die berufsrechtlichen Kompetenzen von Pflegefachpersonen im Pflegeversicherungsrecht nachzuvollziehen, wird begrüßt; es ermöglicht damit den effizienten Einsatz der Kompetenzen von Pflegefachpersonen in der Versorgung und entlastet sie von Verwaltungsaufwänden, insbesondere in der Kommunikation mit an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärztinnen und Ärzten mit Augenmerk auf die Anordnung von Leistungen.

Sofern Leistungen von Pflegefachpersonen, die über die erforderlichen Kompetenzen verfügen und in Einrichtungen der vollstationären oder teilstationären Langzeitpflege beschäftigt sind, nach § 15a Absatz 1 Nr. 1 in Verbindung mit § 73d Absatz 1 Satz 1 Nr. 1 oder nach § 15a Absatz 1 Nr. 3 in Verbindung mit dem Rahmenvertrag nach § 64d Absatz 1 Nr. 4 SGB V in dem jeweils dort geregelten Umfang Leistungen erbringen, sind diese Bestandteil der von den jeweiligen Einrichtungen zu leistenden medizinischen Behandlungspflege und sind von der sozialen Pflegeversicherung zu finanzieren.

Entsprechende Leistungen von Pflegefachpersonen nach den vorgenannten Vorschriften, die im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erbracht werden, unterfallen hingegen nicht den Leistungen der medizinischen Behandlungspflege. Gleiches gilt für Leistungen von Pflegefachpersonen, die bei Leistungserbringenden nach § 132a SGB V beschäftigt sind und diese Leistungen als Bestandteil dieser Tätigkeit (vgl. § 37 Absatz 2b Satz 1 SGB V – neu) erbringen. Diese Leistungen sind durch die gesetzliche Krankenversicherung zu finanzieren. § 13 Absatz 2 SGB XI findet insgesamt weiterhin Anwendung.

Dies ist sachgerecht und knüpft an die bestehende Finanzierungsverantwortung von Leistungen der medizinischen Behandlungspflege in Einrichtungen der Langzeitpflege an.

Mit § 15a Absatz 1 Nr. 2 SGB V ist vorgesehen, die Aufgabe der Pflegefachpersonen dahingehend zu erweitern, dass die eigenverantwortliche Entscheidung über die (Folge-)Verordnung von Leistungen der häuslichen Krankenpflege und der für die Ausführung benötigten Hilfsmittel unter der Voraussetzung einer ärztlichen Erst-Verordnung ermöglicht wird. Im Rahmen der stationären Langzeitpflege erfolgen keine Verordnungen über Leistungen der häuslichen Krankenpflege, sodass entsprechende Folgeverordnungen und damit verbundene Hilfsmittel nicht durch Pflegefachpersonen in stationären Pflegeeinrichtungen veranlasst werden können. Mit Blick auf die Leistungen der ambulanten Pflege ist diese Ergänzung im SGB XI nicht erforderlich, da mit dem § 15a Absatz 1 Nr. 2 SGB V für diese Dienste bereits eine entsprechende gesetzliche Grundlage eingeführt werden soll. Dafür werden die Zuordnung von Leistungen strukturierende Vorgaben in § 73d Absatz 2 Satz 2 SGB V in Verbindung mit § 37 Absatz 2b SGB V und § 87 Absatz 2a Satz 9 SGB V hinsichtlich der Einordnung der Leistung und Vergütung getroffen.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Nr. 20 § 34 SGB XI Ruhen der Leistungsansprüche

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Fristen zur Weiterzahlung von Pflegegeld bei vorübergehendem Auslandsaufenthalt, bei Krankenhausbehandlung oder Aufenthalt in einer Rehabilitations- und Vorsorgeeinrichtung werden auf jeweils acht Wochen verlängert.

B Stellungnahme

Die Änderung ist nicht nachvollziehbar und nicht sachgerecht.

Mit der Verlängerung der Fristen auf jeweils acht Wochen ist mit Blick auf die Entbürokratisierung eine Vereinheitlichung der Fristen intendiert. Jedoch sind die Laufzeiten der jeweiligen Fristen auch nach der Änderung nicht einheitlich. Die Fristen gelten für acht Wochen im Kalenderjahr und bei Krankenhausbehandlung oder Rehabilitations- und Vorsorgemaßnahmen für die ersten acht Wochen des Aufenthaltes. Damit ruht das Pflegegeld z. B. bei Krankenhausaufenthalten auch bei mehr als acht Wochen im Kalenderjahr nicht. Insofern liegt keine Vereinheitlichung vor.

Insbesondere mit der Verlängerung der Frist bei Krankenhausaufenthalten soll der Pflegebereitschaft von pflegenden An- und Zugehörigen Rechnung getragen werden. Diese Begründung ist nicht nachvollziehbar, denn das Pflegegeld dient in erster Linie der Sicherstellung der eigenen Pflege und nicht unmittelbar der Pflegebereitschaft von An- und Zugehörigen. Es ist auch kaum nachvollziehbar, warum die Dauer eines Krankenhausaufenthaltes Einfluss auf die Pflegebereitschaft nimmt.

Auch erschließt sich nicht die Notwendigkeit, die Definition eines „vorübergehenden Auslandsaufenthaltes“ von sechs Wochen auf acht Wochen im Kalenderjahr zu verlängern. Ein Auslandsaufenthalt sollte gerade mit Blick auf die pflegerische Versorgung die Ausnahme sein. Daher ist die Verlängerung auf acht Wochen im Kalenderjahr abzulehnen.

Der Hinweis auf Bürokratieentlastung bei den Pflegekassen ist insofern nicht korrekt, da die Prüfungen überwiegend maschinell erfolgen. Es liegt insofern keine Zeit- oder Personalaufwandsersparnis vor. Der Aufwand der Prüfung verschiebt sich zudem nur auf einen späteren Zeitpunkt. Auch vor diesem Hintergrund ist die Änderung abzulehnen.

Unklar ist auch, weshalb die Fristen um zwei Wochen bzw. vier Wochen verlängert werden, obwohl in der Berechnung der Mehrkosten nur von einer Woche bei zwei % der pflegebedürftigen Menschen ausgegangen wird. Die Annahmen sind nicht schlüssig.

C Änderungsvorschlag

Die Änderungen sind zu streichen.

Nr. 21 § 36 SGB XI Pflegesachleistungen

A Beabsichtigte Neuregelung

Pflegedienste können zur Ergänzung beziehungsweise Erweiterung ihres Leistungsangebotes mit Anbietern haushaltsnaher Dienstleistungen kooperieren, die keine Zulassung nach § 72 SGB XI haben.

B Stellungnahme

Die vorgeschlagenen Änderungen sind grundsätzlich sachgerecht. Es bedarf jedoch einer Ergänzung, die sicherstellt, dass nach dem Territorialprinzip ausschließlich Anbieter mit Sitz in Deutschland als Kooperationspartner in Betracht kommen. Diese Anbieter sollten zudem sicherstellen, dass ihre Mitarbeitenden in Deutschland beschäftigt sind und die Vorschriften zum deutschen Mindestlohn beachten.

Um ökonomische Fehlanreize zu vermeiden und eine dem Kostenaufwand angemessene Vergütung für das Outsourcen der haushaltsnahen Dienstleistungen zu garantieren, sind etwaige Einsparungen speziell für Pflegedienste, die die Erbringung von Hilfen bei der Haushaltsführung durch externe Anbieter durchführen lassen, in den Vergütungsverhandlungen zu berücksichtigen, bspw. durch Vereinbarung einer separaten Vergütungsposition. Dabei sind die konkreten Kosten des externen Anbieters für die jeweiligen Leistungen bei der Vergütung zugrunde zu legen.

C Änderungsvorschlag

In § 36 Absatz 4 wird nach Satz 2 folgender Satz eingefügt:

„Dabei sind auch Kooperationen mit Anbietern haushaltsnaher Dienstleistungen möglich, sofern diese ihren Sitz in Deutschland haben. Die Pflegekassen sind umgehend über Kooperationen zu informieren.“

In § 89 Absatz 1 SGB XI wird Satz 5 eingefügt:

„Bei der Vergütung sind etwaige Kooperationen mit Anbietern haushaltsnaher Dienstleistungen zu berücksichtigen und die Kosten der externen Leistungserbringung darzulegen.“

Nr. 22 § 37 SGB XI Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Pflicht für pflegebedürftige Personen, die ausschließlich Pflegegeld beziehen, eine Beratung in der Häuslichkeit abzurufen, wird einheitlich für alle Pflegegrade auf halbjährlich geändert. Mit Pflegegrad 4 und 5 kann freiwillig eine Beratung vierteljährlich in Anspruch genommen werden.

Darüber hinaus wird die bisherige gesetzliche Regelung zu den Beratungsbesuchen inhaltlich konkretisiert. Die Beratungspersonen haben auf die Auskunfts-, Beratungs- und Unterstützungsangebote des zuständigen Pflegestützpunktes, die Pflegeberatung nach § 7a einschließlich der Erstellung eines Versorgungsplans, die Möglichkeit der Inanspruchnahme von Pflegekursen nach § 45, auch in der häuslichen Umgebung des Pflegebedürftigen sowie auf sonstige geeignete Beratungs- oder Hilfsangebote hinzuweisen. Die Empfehlungen sind im Nachweisformular zu dokumentieren.

Zudem werden die Pflegekassen verpflichtet, Pflegebedürftige und ihre pflegenden Angehörige bei der Inanspruchnahme der empfohlenen Beratungs- und Unterstützungsangebote zeitnah zu unterstützen.

Pflegedienste und die anerkannten Beratungsstellen sowie die beauftragten Pflegefachpersonen werden verpflichtet, das Nachweisformular elektronisch oder maschinell verwertbar zu übermitteln. Der GKV-Spitzenverband regelt die Einzelheiten zum Verfahren im Einvernehmen mit den Verbänden der Leistungserbringenden.

Richtlinien zur Aufbereitung, Bewertung und standardisierten Dokumentation der Erkenntnisse aus dem jeweiligen Beratungsbesuch durch die Pflegekasse oder das private Versicherungsunternehmen sind aufgrund der Neuregelung entsprechend anzupassen.

B Stellungnahme

Die Neuregelung ist sachgerecht und wird begrüßt.

Eine halbjährliche Beratung in der Häuslichkeit für alle Pflegegrade stellt sicher, dass die pflegebedürftige Person und die pflegenden Angehörigen regelmäßig die Möglichkeit erhalten, sich in der zunehmend herausfordernden Pflegesituation Information und Beratung einzuholen. Gerade auch in den Pflegegraden 4 und 5 kann der Wunsch nach einer häufigeren Beratung vorliegen und mit der Regelung gezielt angeboten werden. Mit der Reduzierung der Anzahl der verpflichtenden Beratungen werden Pflegedienste entlastet und Ressourcen für die Erbringung von weiteren

Pflegesachleistungen geschaffen, ohne den tatsächlichen Beratungsbedarf von Pflegehaushalten mit ausschließlich informeller Unterstützung einzuschränken.

Die Vielzahl der Beratungs- und Unterstützungsangebote ist den pflegebedürftigen Menschen und ihren pflegenden Angehörigen, insbesondere bei ausschließlich informeller Pflege, nicht immer bekannt. Der regelmäßig durchzuführende Beratungsbesuch ist daher ein adäquates Mittel, auf die vorhandenen Beratungs- und Unterstützungsangebote hinzuweisen und kann damit die Pflegekompetenzen der pflegenden Angehörigen stärken und folglich die Sicherstellung der Pflege im häuslichen Umfeld gewährleisten.

Eine Unterstützung durch die Pflegekassen ist sinnvoll, da viele Beratungs- und Unterstützungsangebote ohnehin von den Pflegekassen angeboten werden.

Die elektronische Übermittlung der Nachweisformulare ist vor dem Hintergrund der zunehmenden Digitalisierung der Prozesse sachgerecht. Die elektronische Übermittlung sollte für eine zügige Umsetzung ab dem 01.01.2027 verpflichtend sein.

Durch die Konkretisierung zum Inhalt der Beratungsbesuche ist die Umsetzung der Empfehlungen insbesondere aufgrund der Unterstützung durch die Pflegekassen in der Richtlinie zu berücksichtigen. Die Änderung ist daher sachgerecht.

C Änderungsvorschlag

In Absatz 4 wird nach Satz 2 folgender Satz eingefügt:

„Die Pflegedienste und die anerkannten Beratungsstellen sowie die beauftragten Pflegefachpersonen übermitteln ab dem 01.01.2027 den in Satz 1 genannten Stellen das Nachweisformular im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern; das Nähere zum Verfahren regeln der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und der Verband der privaten Krankenversicherung e. V. im Einvernehmen mit den Verbänden der Leistungserbringer.“

Nr. 23 § 37 Abs. 3c SGB XI Vergütung für Beratungsbesuche

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Vergütung für die Beratungsbesuche soll nun auch die damit verbundenen betriebsnotwendigen Investitionsaufwendungen umfassen.

B Stellungnahme

Zur Vermeidung von Unsicherheiten bei Vergütungsverhandlungen für die Beratungsbesuche wird verdeutlicht, dass hierbei auch die betriebsnotwendigen Investitionsaufwendungen einzubeziehen sind. Diese gesetzliche Klarstellung ist zu begrüßen, da der pflegebedürftige Mensch nicht an den Kosten der Beratungsbesuche beteiligt werden soll.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Nr. 24 § 39a SGB XI Ergänzende Unterstützung bei Nutzung von digitalen Pflegeanwendungen

A Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Änderung entfällt die Feststellung der Erforderlichkeit der ergänzenden Unterstützungsleistung durch das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte.

B Stellungnahme

Die Streichung ist insofern sachgerecht, da ergänzende Unterstützungsleistungen im Zusammenhang mit digitalen Pflegeanwendungen inzwischen generell zugelassen sind. Die Unterstützungsleistungen müssen nicht mehr funktions- oder konstruktionsbezogen mit der digitalen Pflegeanwendung im Zusammenhang stehen. Eine gesonderte Prüfung durch das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte erscheint vor diesem Hintergrund obsolet.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Nr. 25 § 40 SGB XI Pflegehilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen

A Beabsichtigte Neuregelung

Als Folgeänderung zur Einfügung des neuen § 17a wird der Leistungsanspruch hinsichtlich der von Pflegefachpersonen empfohlenen Hilfsmittel oder Pflegehilfsmittel konkretisiert. Für die in den Richtlinien nach § 17a gelisteten Hilfsmittel bedarf es bei einer Empfehlung durch eine Pflegefachperson keiner weiteren ärztlichen Verordnung. Bei Vorliegen der nach § 17a festzulegenden Voraussetzungen ist die Notwendigkeit und Erforderlichkeit der Versorgung zu vermuten.

B Stellungnahme

Die Änderung aktualisiert die bereits bestehende Regelung, dass Pflegefachpersonen Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel empfehlen können, für deren Versorgung der Versicherte dann keine weitere ärztliche Verordnung benötigt. Die Gesetzesbegründung führt auf, dass sich die Empfehlungskompetenz insbesondere auf „pflegenahе“ Produkte wie Inkontinenzhilfen, Stomaartikel, Hilfsmittel gegen Dekubitus sowie Hilfsmittel bei Tracheostoma und Laryngektomie bezieht. Hier werden die Notwendigkeit und Erforderlichkeit als gegeben angenommen.

Wichtig ist, dass die sich bei jeder Versorgung stellende zwingend erforderliche Einschätzung zur Wirtschaftlichkeit nicht ebenfalls vorweggenommen wird, sondern weiter von der Pflegekasse zu prüfen ist. Insbesondere in der Versorgung mit Hilfsmitteln gegen Dekubitus werden langlebige und teure Produkte eingesetzt, bei denen eine Versorgung aus dem Wiedereinsatzlager Kosten spart und Ressourcen schont.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Nr. 26 § 40a SGB XI Digitale Pflegeanwendungen

A Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Änderung in Absatz 1a werden die Zulassungskriterien von digitalen Pflegeanwendungen dahingehend vereinfacht, dass die Verknüpfung mit den Kriterien für das Vorliegen von Pflegebedürftigkeit nicht mehr erforderlich ist. Darüber hinaus können digitale Pflegeanwendungen auch zugelassen werden, wenn sie die häusliche Versorgungssituation der pflegebedürftigen Person stabilisieren beziehungsweise Zu- und Angehörigen mit Pflegeverantwortung oder sonstige ehrenamtlich Pflegenden entlasten.

Ergänzend wird der Zeitpunkt, ab wann der Anspruch auf digitale Pflegeanwendungen wirksam wird, konkretisiert. Es gilt der vereinbarte Zeitpunkt für die Geltung der Vergütungsvereinbarung.

B Stellungnahme

Die Regelung zur Öffnung der digitalen Pflegeanwendung für die Nutzung durch pflegende Angehörige oder ehrenamtlich Helfende zur Stabilisierung der häuslichen Pflegesituation oder zur Entlastung der pflegenden Angehörigen ist zu begrüßen. Damit kann ein Beitrag zur Stärkung des häuslichen Pflegesettings und der Pflege- und Unterstützungsbereitschaft der pflegenden Angehörigen und ehrenamtlich Helfenden geleistet werden.

Hingegen wird die Aufhebung, dass für die digitale Pflegeanwendung kein Nutzen nachweis zur Unterstützung und Entlastung in den relevanten Lebensbereichen mehr erbracht werden muss, kritisch gesehen. Die Beitragsmittel der sozialen Pflegeversicherung dienen ausschließlich dem Zweck, pflegebedürftige Menschen zu unterstützen und einen Ausgleich für die durch Krankheit und Alter entstandenen Beeinträchtigungen in den relevanten Lebensbereichen auszugleichen. Der Bezug zu den pflegfachlich begründeten Kriterien ist beizubehalten.

Da der Zeitpunkt der Vergütungsverhandlung nach der Listung im Verzeichnis liegt, ist die Ergänzung sachgerecht: der Anspruch beginnt nun zeitgleich.

C Änderungsvorschlag

In § 40a Absatz 1 wird nach den Wörtern „Fähigkeiten des Pflegebedürftigen“ die Wörter „in den in § 14 Absatz 2 genannten Bereichen oder bei der Haushaltsführung“ eingefügt.

Nr. 27 § 40b SGB XI Leistungsanspruch beim Einsatz digitaler Pflegeanwendungen

A Beabsichtigte Neuregelung

Der Leistung der Pflegeversicherung bei Versorgung mit einer digitalen Pflegeanwendung von bisher insgesamt 50 Euro im Monat für die Anwendung sowie für die Inanspruchnahme von ergänzenden Unterstützungsleistungen wird neu aufgeteilt. Für die Erstattung von Aufwendungen für digitale Pflegeanwendungen stehen dann insgesamt bis zu 40 Euro im Kalendermonat zur Verfügung. Zusätzlich besteht ein Anspruch von insgesamt 30 Euro im Kalendermonat für ergänzende Unterstützungsleistungen durch ambulante Pflegeeinrichtungen.

B Stellungnahme

Die Änderung ist sachgerecht und wird begrüßt. Obwohl es bisher keine zugelassen digitalen Pflegeanwendungen und somit auch keine Praxisfälle gibt, hat der gemeinsame Leistungsbetrag zumindest in der Theorie Probleme bereitet. Mit der Neuregelung werden die Fragestellungen hinsichtlich einer Vorrangigkeit oder hinsichtlich der Erstattungshöhe geklärt. Abrechnungsprozesse lassen sich damit vereinfachen und schaffen Transparenz für die Nutzer und Nutzerinnen.

Da bisher keine digitalen Pflegeanwendungen zugelassen sind, lässt sich die Finanzwirkung der insgesamt höheren Leistungsbeträge (statt 50 Euro dann bis zu 70 Euro im Monat) nicht abschätzen.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Nr. 31 § 44a SGB XI Zusätzliche Leistungen bei Pflegezeit und kurzzeitiger Arbeitsverhinderung

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelung in Absatz 1 wird dahingehend ergänzt, dass der Anspruch auf die Zuschüsse zur Kranken- und Pflegeversicherung bis zum Ende der Pflegezeit gewährt werden, auch wenn der Pflegebedürftige innerhalb der Pflegezeit verstirbt.

In Absatz 3 wird die Ausstellung der Bescheinigung über die Pflegebedürftigkeit des nahen Angehörigen und die akut aufgetretene Pflegesituation durch eine Pflegefachperson aufgenommen.

B Stellungnahme

Die Regelung ist sachgerecht. Damit wird eine gesetzliche Lücke geschlossen, die in der Praxis zum Teil im Rahmen der Auslegung von den Pflegekassen entsprechend umgesetzt wurde. Obwohl die Mitgliedschaft mit dem Tod der versicherten Person beendet wird und damit der Anspruch auf Leistungen entfällt, endet die Pflegezeit erst vier Wochen nach dem Tod der pflegebedürftigen Person. Mit der gesetzlichen Änderung wird klargestellt, dass die Zuschüsse zur Kranken- und Pflegeversicherung über den Tod hinaus bis zum Ende der Pflegezeit gezahlt werden.

Bei der Anpassung in Absatz 3 handelt es sich um eine Folgeänderung aufgrund der Änderung in § 2 Absatz 1 Pflegezeitgesetz.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Nr. 34 § 45c SGB XI Förderung der Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen und des Ehrenamts, Verordnungsermächtigung

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Förderung für die Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen im Zusammenhang mit digitalen Anwendungen kann auch für die Herstellung oder Verbesserung von Barrierefreiheit eingesetzt werden.

Im Rahmen von Modellprojekten zur Weiterentwicklung der erforderlichen Hilfen für an Demenz erkrankte pflegebedürftige Menschen und anderer Gruppen von Pflegebedürftigen werden pflegebedürftige Menschen am Lebensende und in der Sterbephase mit einbezogen. Zusätzlich werden die Weiterentwicklung und Erprobung von Möglichkeiten einer Versorgung von pflegebedürftigen Menschen über Nacht geschaffen.

Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und der Verband der privaten Krankenversicherung können weitere Festlegungen für das Förderverfahren im Benehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit und dem Bundesamt für Soziale Sicherung treffen. Zudem wird die bisher in Absatz 9 geregelte Förderung der Zusammenarbeit in regionalen Netzwerken aufgehoben und in den neuen § 45e überführt.

B Stellungnahme

Es ist bedauerlich, dass die im ersten Referentenentwurf vorgesehene Erhöhung der Fördersumme der Pflegekassen auf 60 Mio. Euro je Kalenderjahr und der Möglichkeit, eine dauerhafte Förderung für Angebote der Unterstützung im Alltag zu etablieren, im aktuellen Gesetzesentwurf nicht mehr erhalten ist. Ein Strukturaufbau und eine Verstetigung von wichtigen Unterstützungsmöglichkeiten vor Ort ist nach wie vor jedoch notwendig und ließe sich durch die Netzwerkförderung auch realisieren.

Es wird begrüßt, dass die Versorgung von pflegebedürftigen Menschen am Lebensende und in der Sterbephase explizit mit aufgenommen wird, auch die Versorgung über Nacht.

Ebenso werden die Finanzierungsströme klarer geregelt, da keine Übertragung von in einem Jahr nicht genutzten Fördermitteln zur Förderung der Zusammenarbeit in regionalen Netzwerken mehr stattfindet.

C Änderungsvorschlag

Absatz 1 wird wie folgt geändert:

In Satz 1 wird die Angabe „25“ durch die Angabe „60“ ersetzt.

In Absatz 3 wird in Satz 1 hinter dem Wort „Projektförderung“ die Formulierung „oder dauerhafte Förderung“ eingefügt.

Nr. 35 § 45d SGB XI Förderung der Selbsthilfe in der Pflege, Verordnungsermächtigung

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Vorschrift wird in sechs Absätze neu gegliedert, um die Regelungen übersichtlicher zu gestalten.

Die Fördermittel zum Auf- und Ausbau und zur Unterstützung von Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen zur Unterstützung von pflegebedürftigen Menschen und im Besonderen von pflegenden An- und Zugehörigen werden von 0,15 Euro je Versicherten auf 0,21 Euro je Versicherten erhöht. Davon werden 0,16 Euro nach dem Königsteiner Schlüssel auf die Länder aufgeteilt. Die restlichen 0,05 Euro je Versicherten (bisher 0,01 Euro) werden zur Verfügung gestellt, ohne dass es einer Mitfinanzierung durch ein Land oder eine kommunale Gebietskörperschaft bedarf.

Die Förderung über den GKV-Spitzenverband ohne Ko-Finanzierung als Gründungszuschüsse neuer Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen sowie die Förderung der bundesweiten Tätigkeiten und Strukturen dieser Organisationen wird ein eigener Mittelbestand und steht von Beginn an zur Förderung zur Verfügung. Ebenfalls wird der Bewilligungszeitraum auf drei bis fünf Jahre verlängert, wobei auch je nach Einzelfall kürzere Förderzeiten möglich sind.

Die Herstellung oder Verbesserung der Barrierefreiheit kann ebenfalls Förderzweck sein.

Der GKV-Spitzenverband kann gemeinsam mit dem PKV-Verband unter Beteiligung der Selbsthilfe-Verbände der Menschen mit Behinderungen, der pflegebedürftigen Menschen und ihrer Angehörigen und vergleichbar Nahestehenden, Kriterien zur Vergabe der Fördermittel beschließen.

Die bisherigen Regelungen hinsichtlich der Anwendung des § 45c sowie der Förderung nach § 20h SGB V gelten unverändert.

B Stellungnahme

Eine Verstärkung der Förderung von Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen in der Pflege wird begrüßt, ebenso wie die Erhöhung der zur Verfügung stehenden Mittel. Dies ermöglicht eine bessere Vernetzung der bestehenden Selbsthilfeorganisationen und -kontaktstellen, die wiederum die Selbsthilfegruppen vor Ort unterstützen, und stärkt die Arbeit der Selbsthilfegruppen zur Pflege. Der Zugang zur Selbsthilfe ist als Teil der Unterstützungsstrukturen vor Ort, die pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen benötigen, von entscheidender Bedeutung.

Neben dem Aufbau professioneller und ehrenamtlicher Strukturen vor Ort, die niedrigschwellige Hilfen wie beispielsweise Unterstützung im Haushalt bieten, sind flächendeckende Selbsthilfestrukturen in der Pflege ein wesentlicher Bestandteil, um funktionierende „Caring Communities“ im Sinne sorgender Gemeinschaften mit Leben zu erfüllen. Die Förderung der Herstellung oder Verbesserung der Barrierefreiheit aus der Selbsthilfeförderung in der Pflege wird ebenfalls begrüßt.

Die Erhöhung des nominalen Förderbetrags der Pflegeversicherung ist aufgrund der Preisentwicklung in den vergangenen Jahren sachgerecht. Die Festlegung von Vergabekriterien für Fördermittel ist ein zielführender Ansatz und kann durch Ergänzung des "Leitfadens zur Selbsthilfeförderung gemäß § 45d SGB XI" des GKV-Spitzenverbands und des Verbands der Privaten Krankenversicherung e. V. erfolgen. Einerseits wird dadurch die Antragstellung unterstützt, andererseits wird eine bessere Transparenz und ein optimiertes Controlling über die Vergabe geschaffen. Eine Beteiligung sämtlicher in der Selbsthilfe tätigen Verbände der Menschen mit Behinderungen, der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen und vergleichbar Nahestehenden an der Erarbeitung der Vergabekriterien würde jedoch zu einem unverhältnismäßig hohen Aufwand führen. Stattdessen empfiehlt es sich, die für die Wahrnehmung der Interessen der Selbsthilfe maßgeblichen Spitzenorganisationen einzubeziehen. Diese verfügen über Expertenwissen und können die Interessen der Menschen mit Behinderungen, der Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen angemessen vertreten. Als maßgebliche Spitzenorganisationen auf Bundesebene gelten die folgenden Verbände:

- Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderungen und chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e. V. (BAG SELBSTHILFE), Düsseldorf
- Der PARITÄTISCHE Gesamtverband e. V., Berlin
- Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e. V., Berlin
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V., Hamm

Um die Abrufbarkeit und intendierte Wirkung der Förderung sowie die Unterstützung der Arbeit der Selbsthilfe vor Ort sicherzustellen, ist die Implementierung einer nach Ebenen getrennten Förderung sinnvoll. Selbsthilfegruppen, Landesorganisationen und Selbsthilfekontaktstellen der Pflege haben per se keinen bundesweiten, sondern einen landesweiten und regionalen Wirkungskreis. Daher sollte ihre Förderung, sowohl die Gründungsförderung („Aufbau“) als auch die Förderung ihrer Tätigkeiten („Unterstützung“ als reguläre Pauschalförderung) auf Landesebene durch die soziale und private Pflegeversicherung sowie Länder und Kommunen erfolgen. Wesentlich für die Aktivitäten auf Landesebene und vor Ort ist jedoch, dass die Länder und/oder Kommunen ihren Förderanteil von 25 % bereitstellen, denn das ist die Voraussetzung für den Abruf der Fördermittel der Pflegeversicherung. Beim Abruf und

der Nutzung der Fördermittel der Pflegeversicherung ergeben sich große Unterschiede im Vergleich der Bundesländer: während einige die Mittel zum großen Teil ausschöpfen, werden sie in anderen nur in geringem Ausmaß genutzt. Diese Unterschiede sind nicht durch bundesrechtliche Regelungen zu lösen, sondern bedürfen der Befassung auf Länderebene und vor Ort.

Die Förderung aus Mitteln des GKV-Spitzenverbands zur Gründung und zur Förderung der Tätigkeiten von Selbsthilfeorganisationen in der Pflege sollte sich entsprechend der Förderung von Projekten mit bundesweiter Wirkung ausschließlich auf die Selbsthilfeorganisationen der Pflege auf der Bundesebene sowie auf ihre Dachorganisationen beziehen. Die Dachorganisationen und Verbände auf der Bundesebene werden dadurch in die Lage versetzt, Konzepte und Projekte zu entwickeln, die vor Ort um- und eingesetzt werden können und so dem Strukturaufbau und der Ausgestaltung der Aktivitäten der Selbsthilfe in der Pflege an den Lebensorten pflegebedürftiger Menschen und ihren An- und Zugehörigen dienen. Die vom GKV-Spitzenverband direkt zu vergebenden Mittel in Höhe von 0,05 Euro pro Versicherten, können entsprechend eine nachhaltige Wirkung entfalten.

Die vorgeschlagene klare Zweiteilung der Förderung kann durch Änderungen im Absatz 4 umgesetzt werden.

C Änderungsvorschlag

Absatz 4 Satz 1 und Satz 2 werden wie folgt gefasst:

„Von den in Absatz 1 Satz 1 genannten Fördermitteln werden Mittel im Umfang von 0,05 Euro pro Versicherten zur Verfügung gestellt, um Tätigkeiten und Strukturen von Selbsthilfeorganisationen in der Pflege auf der Bundesebene und deren Dachverbände zu fördern, sowie um Gründungszuschüsse für neue Selbsthilfeorganisationen und -kontaktstellen auf Bundesebene zu gewähren, ohne dass es einer Mitfinanzierung durch ein Land oder eine kommunale Gebietskörperschaft bedarf. Die Förderung nach Satz 1 ist von den Selbsthilfeorganisationen oder -kontaktstellen unmittelbar beim Spitzenverband Bund der Pflegekassen zu beantragen.“

Absatz 4 Satz 6 wird wie folgt gefasst:

„Im Rahmen der Entwicklung der Kriterien sind die für die Wahrnehmung der Interessen der Selbsthilfe maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene zu beteiligen.“

Nr. 35 § 45e SGB XI Förderung der Zusammenarbeit in regionalen Netzwerken

A Beabsichtigte Neuregelung

Die bisherige Regelung in § 45c Absatz 9 wird in fünf Absätzen neu gliedert und erweitert.

Die Stärkung der Prävention nach § 5 SGB XI wird als Ziel der Zusammenarbeit in regionalen Netzwerken aufgenommen.

Der pro Netzwerk maximal zur Verfügung stehende Förderbetrag wird um 20 % auf 30.000 Euro je Kalenderjahr erhöht. Die Landesverbände der Pflegekassen haben die Übersicht über die in ihrem Zuständigkeitsbereich geförderten regionalen Netzwerke künftig jährlich bis zum 30. November für das Folgejahr zu erstellen.

Statt bisher auf den Internetseiten der Landesverbände der Pflegekassen sind die Übersichten künftig durch die vom Spitzenverband Bund der Pflegekassen zu errichtender Geschäftsstelle auf einer eigenen Internetseite gebündelt zu veröffentlichen.

Die Geschäftsstelle wird für fünf Jahre errichtet. Dafür steht insgesamt jährlich maximal eine Million Euro zur Verfügung. Die Geschäftsstelle agiert bundesweit.

B Stellungnahme

Die Aufnahme von Prävention als ein Ziel der Zusammenarbeit in regionalen Netzwerken wird begrüßt, denn Ansätze zu Prävention und Gesundheitsförderung im Umfeld von Pflegebedürftigkeit brauchen einerseits die Anbindung vor Ort, profitieren aber auch von Vernetzung. Auch die Erhöhung der Netzwerkförderung wird begrüßt. Der Ausbau und die Verstetigung von Netzwerken vor Ort, die pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen unterstützen, ist ein Teil der Pflege- und Unterstützungsstrukturen vor Ort. Sie stellen einen Baustein für die Umsetzung von Caring Communities als Sorgende Gemeinschaften vor Ort dar.

Die Errichtung einer Geschäftsstelle ist abzulehnen. Die Sinnhaftigkeit einer Geschäftsstelle, die jährlich bis zu eine Million Euro aus den für die Förderung zur Verfügung stehenden Mitteln abzieht, ist nicht nachvollziehbar. Die Aufgaben der Geschäftsstelle werden heute von den Pflegekassen bzw. den Landesverbänden der Pflegekassen bereits übernommen. Die Pflegekassen sind erste Ansprechpartnerin und unterstützen bei Netzwerkgründungen und der flächendeckenden Etablierung von Netzwerken. Die Landesverbände der Pflegekassen erstellen zudem die Übersicht über die geförderten regionalen Netzwerke, aktualisieren diese mindestens einmal jährlich und veröffentlichen sie auf den eigenen Internetseiten.

Nicht nachvollziehbar ist zudem, weshalb eine wissenschaftliche Begleitung und Auswertung im Hinblick auf die Erreichung der Ziele der Geschäftsstelle nach allgemeinen wissenschaftlichen Standards erforderlich wird. Das ist ein nicht sachgerechter Einsatz von finanziellen Mitteln der Beitragszahlenden, die nicht mehr für die Förderung von Netzwerken genutzt werden können.

C Änderungsvorschlag

In Absatz 1 neu wird Satz 4 gestrichen.

Absatz 4 wird wie folgt gefasst:

„(4) Die Landesverbände der Pflegekassen erstellen jährlich bis zum 30. November für das Folgejahr eine Übersicht über die in ihrem Zuständigkeitsbereich geförderten regionalen Netzwerke und veröffentlichen sie auf einer eigenen Internetseite.“

Absatz 5 ist zu streichen.

Nr. 36 § 45f SGB XI Zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen

A Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um die bisherige Regelung des § 38a. Die Regelung wurde unverändert übernommen. Ergänzt wurde die Regelung um die bisher in § 28a enthaltene Bestimmung über die Anwendbarkeit für Pflegebedürftige des Pflegegrades 1.

B Stellungnahme

Die Verschiebung der Regelung in den Sechsten Abschnitt des Vierten Kapitels sowie die Ergänzung um die Anwendbarkeit für Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 sind sachgerecht.

Auch ambulant betreute Wohngruppen sind gemeinschaftliche Wohnformen; sie sind trotz fehlender Legaldefinition von gemeinschaftlichen Wohnformen im Pflegeversicherungsrecht von diesen leistungs- und vertragsrechtlichen Regelungen des §§ 45h und 92c ausgeschlossen. Für die Akzeptanz solcher ausdifferenzierter Leistungsansprüche in ambulanten Wohnformen mit vollstationärer Versorgungssicherheit sind Begründungszusammenhänge nachvollziehbar darzulegen.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Nr. 36 § 45g SGB XI Anschubfinanzierung zur Gründung von ambulant betreuten Wohngruppen

A Beabsichtigte Neuregelung

Nehmen Pflegebedürftige ab Pflegegrad 2, die häuslich gepflegt werden, Leistungen eines nach Landesrecht anerkannten Angebots zur Unterstützung in Anspruch, das eine regelmäßige mehrstündige Betreuung in Gruppen anbietet, können sie für die dafür angefallenen Aufwendungen bis zu 50 % des für den Pflegegrad vorgesehenen Höchstbetrags der teilstationären Pflege nach § 41 SGB XI verwenden, soweit für diesen noch keine Tagespflegeleistungen in Anspruch genommen wurden. Eine vorherige Antragstellung ist nicht erforderlich. Dazu wird ergänzend geregelt, dass eine Umwandlung des teilstationären Sachleistungsbetrags für die Erbringung von Leistungen durch Tagespflegeeinrichtungen ausgeschlossen ist.

Der Entlastungsbetrags nach § 45b SGB XI kann unabhängig in Anspruch genommen werden.

Tagespflegeeinrichtungen werden verpflichtet, auf Wunsch des pflegebedürftigen Menschen unverzüglich nach Erstellung der Abrechnung in Textform eine Mitteilung über die Höhe der zur Abrechnung eingereichten Leistungen und den Monat, auf den sich die Abrechnung bezieht, auszuhändigen oder zu übermitteln.

B Stellungnahme

Die Umwandlung des hälftigen Leistungsbetrags der Tagespflege wird begrüßt. Die Verfügbarkeit von Tagespflegeangeboten ist nicht in allen Regionen sichergestellt, mit der Folge, dass pflegebedürftige Menschen nicht immer ihren Leistungsanspruch auf Tagespflege einlösen können. Hier stellen nach Landesrecht anerkannte niedrigschwellige Gruppenangebote, die eine mehrstündige Betreuung anbieten, ein ergänzendes beziehungsweise ein alternatives Angebot dar. Um die Inanspruchnahme zu stärken und damit zu einer Entlastung der häuslichen Pflegesituation beizutragen, ist eine flexiblere Nutzung des Leistungsanspruchs sachgerecht.

Mit dem Pflegestärkungsgesetz I wurden Anreize zur Schaffung von teilstationären Pflegeangeboten geschaffen. Es ist darauf zu achten, dass pflegebedürftige Menschen auch den umgewandelten Sachleistungsanspruch für die vom Land anerkannten niedrigschwellige Gruppenangebote von Tagespflegeeinrichtungen nutzen können gleichermaßen, wie sie bereits den umgewandelten Pflegesachleistungsanspruch nach § 36 SGB XI für die vom Land anerkannten niedrigschwelligen Angebote des Pflegedienstes einsetzen können.

Die Transparenz hinsichtlich der von der Tagespflegeeinrichtung abgerechneten Leistungen sollte eigentlich eine Selbstverständlichkeit im vertrauensvollen Verhältnis zwischen Einrichtung und pflegebedürftige Menschen sein und generell gelten und nicht nur im Zusammenhang mit dem Umwandlungsanspruch.

C Änderungsvorschlag

In § 45g Absatz 2 wird Satz 5 gestrichen.

Nr. 36 § 45h SGB XI Leistungen in gemeinschaftlichen Wohnformen mit Verträgen zur pflegerischen Versorgung gemäß § 92c SGB XI

Siehe auch Stellungnahme zu Nr. 50

A Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um die bisherige Regelung des § 38a SGB XI. Die Regelung wurde unverändert übernommen. Ergänzt wurde die Regelung um die bisher in § 28a SGB XI enthaltene Bestimmung über die Anwendbarkeit für Pflegebedürftige des Pflegegrades 1.

B Stellungnahme

Die Verschiebung der Regelung in den Sechsten Abschnitt des Vierten Kapitels sowie die Ergänzung um die Anwendbarkeit für Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 sind sachgerecht.

Auch ambulant betreute Wohngruppen sind gemeinschaftliche Wohnformen; sie sind trotz fehlender Legaldefinition von gemeinschaftlichen Wohnformen im Pflegeversicherungsrecht von diesen leistungs- und vertragsrechtlichen Regelungen des §§ 45j und 92c SGB XI ausgeschlossen. Für die Akzeptanz solcher ausdifferenzierter Leistungsansprüche in ambulanten Wohnformen mit vollstationärer Versorgungssicherheit sind Begründungszusammenhänge nachvollziehbar darzulegen.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Nr. 37 § 47b neu SGB XI Aufgabenerledigung durch Dritte

A Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Einführung des neuen § 47b SGB XI wird für die Pflegekassen eine Rechtsgrundlage zur Auslagerung von Aufgaben auf private Dritte geschaffen. Insofern wird den Entscheidungen des Bundessozialgerichts vom 30.08.2023 (B 3 A 1/23 R und B 3 A 1/22 R) Rechnung getragen. Die Regelung orientiert sich dabei an § 197b SGB V und § 97 Absatz 1 Satz 1 SGB X.

Daneben bleiben die weiteren Möglichkeiten zur Auslagerung von Aufgaben wie u. a. nach § 88 SGB X an einen anderen Leistungsträger oder seinen Verband und nach § 94 SGB X an eine Arbeitsgemeinschaft unberührt.

B Stellungnahme

Die Schaffung einer gesetzlichen Grundlage zur Auslagerung von Aufgaben der gesetzlichen Pflegekassen auf private Dritte im Rahmen der gesetzlichen Konkretisierung wird ausdrücklich begrüßt.

Es wird darauf hingewiesen, dass das Bundessozialgericht mit den Entscheidungen vom 30.08.2023 (B 3 A 1/23 R und B 3 A 1/22 R) eine nähere Differenzierung, wann eine Aufgabe zu den „wesentlichen Aufgaben zur Versorgung der Versicherten“ gehört und ihre Erledigung deshalb gemäß § 197b SGB V nicht in Auftrag gegeben werden darf, unmittelbar durch den Gesetzgeber angeregt hat (Rn. 26 bzw. 27). Die Gründe, die für eine Konkretisierung von § 197b SGB V gesprochen haben, bestehen ebenso in der sozialen Pflegeversicherung. Diesem Auftrag wird der – dem Grunde nach begrüßenswerte – Entwurf noch nicht vollständig gerecht.

Vorgeschlagen wird deshalb eine gesetzliche Konkretisierung, ohne die Möglichkeiten und Grenzen einer zulässigen Aufgabenerledigung durch Dritte grundsätzlich zu verändern. Mit dem Ausschluss der Wahrnehmung von Aufgaben, die unmittelbar die Leistungsgewährung an Versicherte nach dem vierten Kapitel betreffen, wird der vom Bundessozialgericht geforderten Differenzierung Rechnung getragen. Danach dürfen qualifizierte Sachbearbeitungen, die eine inhaltliche Prüfung der versicherungs- und leistungsrechtlichen Voraussetzungen beinhalten und die Versicherten unmittelbar berühren, nicht auf Dritte übertragen werden (Rn. 28 bzw. 29). Auf diese Weise wird sichergestellt, dass die alleinige, ausschließliche und abschließende Entscheidung über zugrundeliegende Leistungsansprüche der Versicherten bei der Pflegekasse verbleibt.

Von der Änderung unberührt bleiben zum einen die weiteren Möglichkeiten zur Auslagerung von Aufgaben wie u. a. nach § 88 SGB X an einen anderen Leistungsträger oder seinen Verband und nach § 94 SGB X an eine Arbeitsgemeinschaft. Dies gilt ebenso für die bisher bestehende Möglichkeit der Beauftragung einer juristischen

Person des privaten Rechts, über die die Pflegekasse eine ähnliche Kontrolle ausübt wie über ihre eigenen Dienststellen, bleibt ebenso unberührt (vgl. § 108 GWB, i. E. ebenso LSG Hamburg vom 29.11.2012, Az.: L 1 KR 156/11 KL, Rn. 70). Eine entsprechende Klarstellung auch letztgenannter Konstellation in der Gesetzesbegründung wird als ausreichend angesehen und insofern vorgeschlagen.

C Änderungsvorschlag

Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„Aufgaben, die unmittelbar die Leistungsgewährung an Versicherte nach dem vierten Kapitel betreffen, dürfen nicht in Auftrag gegeben werden.“

Die Gesetzesbegründung wird wie folgt ergänzt:

„Es wird klargestellt, dass auch die bisher bestehende Möglichkeit der Beauftragung einer juristischen Person des privaten Rechts, über die die Pflegekasse eine ähnliche Kontrolle ausübt wie über ihre eigenen Dienststellen, ebenso unberührt bleibt (vgl. § 108 GWB, i. E. ebenso LSG Hamburg vom 29.11.2012, Az.: L 1 KR 156/11 KL, Rn. 70).“

Nr. 39 § 55 SGB XI Beitragssatz, Beitragsbemessungsgrenze, Verordnungsermächtigung

A Beabsichtigte Neuregelung

Der Gesetzentwurf enthält klarstellende Ausführungen für die Zeit nach Ende des Übergangszeitraums zur erleichterten Nachweisführung bezüglich der Elterneigenschaft sowie der Anzahl der Kinder unter 25 Jahren ab dem 01.01.2026. Der GKV-Spitzenverband hat Empfehlungen über geeignete Nachweise festzulegen. Die überwiegende Zahl von Nachweisen wird über das automatisierte Übermittlungsverfahren gemeldet und steht den beitragsabführenden Stellen zeitnah zur Verfügung. Der Gesetzesentwurf sieht vor, dass die Wirkung der Nachweise mit Beginn des Monats der Geburt bzw. ab Beginn eines vergleichbaren Ereignisses (z. B. Beginn der Beschäftigung, Bezug einer Rente, Krankenkassenwechsel oder Feststellung der Vaterschaft bzw. Adoption) eintritt. Die gleiche Wirkung entfalten Nachweise, die nicht über das automatisierte Übermittlungsverfahren, sondern in anderer geeigneter Weise gegenüber den beitragsabführenden Stellen innerhalb einer Frist von sechs Monaten nach Eintritt des Ereignisses nachgewiesen werden. Sollte der Nachweis für ein länger zurückliegendes Ereignis erfolgen, gilt der Nachweis ab Beginn des Monats, der dem folgt, in dem der Nachweis erbracht wurde.

B Stellungnahme

Die Klarstellung zur Nachweisführung nach Ablauf des Übergangszeitraums ab 01.01.2026 ist eine versichertenfreundliche Regelung und wird als sachgerecht begrüßt.

Der überwiegende Teil der Daten über die Elterneigenschaft sowie zur Anzahl berücksichtigungsfähiger Kinder erfolgt zeitnah über das digitale Verfahren. In Sachverhalten, in denen der Zeitpunkt der Übermittlung im automatisierten Verfahren verzögert erfolgt, soll dies nicht zu Lasten der Versicherten oder beitragsabführenden Stellen gehen, da dies nicht in der Verantwortung der Betroffenen liegt.

Weiter ist eine Regelung für berücksichtigungsfähige Kinder vorgesehen, die nicht im automatisierten Verfahren gemeldet werden, weshalb die Nachweisführung vom Mitglied selbst zu erfolgen hat. Die Frist zur Wirkung des Nachweises auf den Beginn des Monats des Ereignisses wird ebenfalls auf sechs Monate festgelegt, da es erfahrungsgemäß Sachverhalte gibt, bei denen eine Nachweisführung nicht ohne Weiteres kurzfristig möglich ist bzw. bei denen mit einem Zeitversatz zu rechnen ist. Die im Gesetzesentwurf vorgesehene Sechs-Monats-Frist wird insofern als sachgerecht bewertet. Der Gesetzesentwurf enthält nun auch die Berechtigung der Pflegekassen, entsprechende Nachweise beim Mitglied einzufordern.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Nr. 40 § 69 SGB XI Sicherstellungsauftrag

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Pflegekassen haben beim Abschluss von Versorgungsverträgen sowie Vergütungsvereinbarungen ihre eigenen Erkenntnisse zur Evaluation der regionalen Versorgungssituation, Empfehlungen der Landespflegeausschüsse sowie, wenn vorhanden, Empfehlungen der regionalen Pflegekonferenzen oder entsprechender regionaler Gremien als auch Anzeigen von Pflegeeinrichtungen zur Sicherstellung der pflegerischen Versorgung zu berücksichtigen.

Zur Gewährleistung des Sicherstellungsauftrages können Pflegekassen Verträge mit Einzelpflegekräften abschließen oder diese selbst anstellen.

B Stellungnahme

Die gesetzliche Neuregelung ist sachgerecht und stellt klar, dass die neu eingeführten Aufgaben der Pflegekassen, wie bspw. die Evaluation der regionalen Versorgungssituation oder Erkenntnisse aus den Anzeigen der Pflegeeinrichtungen nach § 73a SGB XI, künftig bei der Umsetzung des Sicherstellungsauftrags zu berücksichtigen sind. Dies stellt den Zusammenhang mit den Regelungen des § 12 Absatz 2 SGB XI (neu) her, über den eine engere Zusammenarbeit zwischen Pflegekassen und Kommunen bei der kommunalen Pflegestrukturplanung durch die Bereitstellung von Daten der Pflegekassen (perspektivisch der Kranken- und Pflegekassen) ermöglicht wird. Wenn wie im § 9 SGB XI (neu) vorgesehen, Empfehlungen der Ausschüsse nach § 8a Absatz 3 SGB XI (regionale Pflegekonferenzen) durch landesrechtliche Regelungen zukünftig als Bestandteil der Pflegestrukturplanung anzusehen sind und somit aufgewertet werden, dann ergibt sich daraus eine bessere Verzahnung in der Planung der Pflegeinfrastruktur zwischen den Kommunen und den Pflegekassen. Dies zählt somit auch auf die Gewährleistung des Sicherstellungsauftrages der Pflegekassen ein.

Die Pflegekassen haben bereits zur Gewährleistung des Sicherstellungsauftrags nach § 77 SGB XI umfassende Möglichkeiten, Verträge mit Einzelpflegekräften abzuschließen oder diese selbst anzustellen. Eine weitere gesetzliche Normierung mit demselben Sachverhalt beziehungsweise Sicherstellungsauftrag ist nicht sachgerecht. Der letzte Satz in Absatz 2 ist daher zu streichen.

C Änderungsvorschlag

In § 69 Absatz 2 wird Satz 2 gestrichen.

Nr. 42 § 72 SGB XI Zulassung zur Pflege durch Versorgungsvertrag

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Empfehlungen der Landespflegeausschüsse nach § 8a SGB XI sind von den Landesverbänden der Pflegekassen vor Abschluss eines Versorgungsvertrages zu berücksichtigen. Sofern vorhanden, sind auch die Empfehlungen und Zielsetzungen für die pflegerische Versorgung zu beachten, die im Rahmen der jeweiligen nach landesrechtlichen Vorgaben durchgeführten kommunalen Pflegestrukturplanung vorliegen. Davon unberührt bleibt die marktwirtschaftliche Orientierung des Vertragsrechts der sozialen Pflegeversicherung.

Zudem werden betroffenen Pflegeeinrichtungen bei Änderungen von Tarifverträgen oder kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen nach deren Veröffentlichung durch die Pflegekassen künftig drei statt bislang zwei Monate für die Umsetzung gewährt. Die Meldungen von tarifgebundenen Pflegeeinrichtungen nach § 72 Absatz 3e SGB XI sind zukünftig bis zum 31. Juli abzugeben und nicht bis zum 31. August. Für diese Meldungen können alternativ entsprechende, elektronisch verfügbare Daten aus der Lohnbuchhaltung und Personalstammdaten der Pflegeeinrichtungen genutzt werden.

Auch der Stichtag, der für die jeweils geltende Tarifvertrags oder der mitgeteilten kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen relevant ist, verschiebt sich um einen Monat nach vorne auf den 1. Juli.

Zudem soll im Rahmen der Evaluation gemäß § 72 Absatz 3f SGB XI bis spätestens 30. Juni 2026 geprüft werden, inwiefern das Verfahren und die Methode zur Ermittlung der regional üblichen Entlohnungsniveaus vereinfacht werden können.

B Stellungnahme

Unter Verweis auf die Kommentierung zu § 8a SGB XI wird die gesetzgeberische Intention begrüßt. Die neu aufgenommene Berücksichtigungspflicht ist in § 8a Absatz 5 SGB XI bereits angelegt. Intendiert ist eine bessere Verzahnung der Pflegestrukturplanung auf Landes- und kommunaler Ebene mit der Zulassung von Pflegeeinrichtungen zur Versorgung durch die Pflegekassen. Allerdings werden die Kriterien der Zulassung nicht materiell verändert und eine eventuell vorliegende Pflegestrukturplanung wird auch nicht mit der Pflicht zur Berücksichtigung zu einer verpflichtenden Planungsgrundlage verbunden.

In ihrer jetzigen Ausprägung stellt die Regelung keine Abkehr vom Kontrahierungszwang dar und wird auch keine wahrnehmbare Wirkung entfalten können.

Die Änderung des Zeitrahmens für die Umsetzungen bei Änderungen des entsprechenden Tarifvertrags bzw. der kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen bei den Tariftreueregelungen ist sachgerecht. Den beteiligten Akteuren wird dadurch für den etwaigen Abschluss angepasster Vergütungsvereinbarungen eine angemessenere

Zeitspanne eingeräumt. Auch die Verschiebung des Meldezeitraums für die 3e-Meldungen ist sachgerecht. Diese Maßnahme führt, unterstützt durch die entsprechende Anpassung des § 82 SGB XI unter Nr. 44, zu einer Entzerrung des Zeitraums für die Anpassungen der Vergütungs- und Pflegesatzvereinbarungen bei den Durchschnittsanwendern und zu einer allgemeinen Entspannung des Verhandlungsgeschäfts.

Die vorgesehene Regelung, im Rahmen der Evaluation nach § 72 Absatz 3f SGB XI auch die Vereinfachung des Verfahrens und der Methode zur Ermittlung der regional üblichen Entlohnungsniveaus zu prüfen, wird begrüßt. Der Wunsch, tarifgebundene Pflegeeinrichtungen bei der Meldung von Tarifinformationen zu entlasten und gleichzeitig das Verfahren effizienter zu gestalten, ist nachvollziehbar und sinnvoll.

Gleichzeitig ist aus unserer Sicht entscheidend, dass mögliche Änderungen auf einer belastbaren, methodisch fundierten Grundlage erfolgen. Die derzeit laufende Evaluation nach § 72 Absatz 3f SGB XI, an der relevante Akteure aus Tarifpartnern, Verbänden und Wissenschaft beteiligt sind, bietet hierfür den geeigneten Rahmen. Sie sollte vollständig abgeschlossen und ausgewertet sein, bevor gesetzgeberische Schritte zur Umstellung des Meldeverfahrens oder der Datenquellen erfolgen.

Im Rahmen eines Workshops mit Tarif- und Branchenexpertinnen und -experten wurden bereits konkrete Vorschläge zur Verfahrensvereinfachung eingebracht – darunter auch die Nutzung von Daten aus der Lohnbuchhaltung und den Personalstammdaten als alternative Datengrundlage. Diese Ansätze sind grundsätzlich zu begrüßen, müssen jedoch auf ihre technische Umsetzbarkeit sowie ihre Vereinbarkeit mit den geltenden gesetzlichen Anforderungen überprüft werden. Insbesondere ist sicherzustellen, dass die Vergleichbarkeit der Daten gewahrt bleibt und weiterhin ein einheitlicher Maßstab zur Ermittlung des regional üblichen Entlohnungsniveaus gegeben ist.

Die Aufnahme des Prüfauftrags zur Vereinfachung des Meldeverfahrens in den § 72 Absatz 3f SGB XI stellt insofern eine sachgerechte und differenzierte Vorgehensweise dar, da sie eine fundierte Entscheidungsgrundlage schafft. Eine gesetzliche Änderung zur Einführung alternativer Meldeverfahren oder Datenquellen sollte jedoch erst nach Vorlage der vollständigen Evaluations- und Prüfergebnisse erfolgen, um die Akzeptanz und Wirksamkeit der Tariftreueregelung langfristig sicherzustellen.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Nr. 43 § 73a SGB XI Verfahren zu Beeinträchtigungen bei Versorgungsverträgen

A Beabsichtigte Neuregelung

Aufgrund dieser gesetzlichen Neuregelung haben zugelassene Pflegeeinrichtungen im Fall einer absehbaren oder bereits eingetretenen wesentlichen Beeinträchtigung der Leistungserbringung die Verpflichtung, diese umgehend bei den Landesverbänden der Pflegekassen anzuzeigen. Damit soll die Versorgung der pflegebedürftigen Menschen in absehbaren oder bereits eingetroffenen Krisensituationen besser gewährleistet werden.

In der Konsequenz haben die Landesverbände der Pflegekassen gemeinsam mit der Pflegeeinrichtung und den weiteren Beteiligten an der pflegerischen Versorgung vor Ort Maßnahmen zur Sicherstellung der pflegerischen Versorgung für die Pflegebedürftigen zu prüfen.

Dabei können auch kurzfristige Abweichungen von zulassungsrechtlichen Vorgaben sowie den vereinbarten Leistungs- und Qualitätsmerkmalen einschließlich der Personalausstattung gewährt werden. Bei längerfristigen Beeinträchtigungen sind die bestehenden Instrumente und Mittel des Vertragsrechts anzuwenden.

Flankiert wird diese Anzeigeverpflichtung der Pflegeeinrichtungen durch eine regelmäßige Berichtspflicht des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen an das Bundesministerium für Gesundheit zu den Entwicklungen in den pflegerischen Versorgungsstrukturen. Der Bericht ist nach Bundesländern zu differenzieren und soll neben den numerischen Angaben auch Bewertungen der Pflegekassenverbände zur Versorgungssituation in den einzelnen Ländern erhalten.

B Stellungnahme

Mit dieser Neuregelung wird die auf die COVID-19-Pandemie konzentrierte und für deren Dauer befristete Vorschrift in § 150 Absatz 1 SGB XI in generalisierter Form dauerhaft gesetzlich verankert. Die Meldeverpflichtung der Pflegeeinrichtungen bei Beeinträchtigung ihrer Leistungserbringung sowie der damit zusammenhängenden Reaktionsmöglichkeiten der Landesverbände der Pflegekassen und weiterer Beteiligten ist sachgerecht und dient der Gewährleistung der pflegerischen Versorgung in absehbaren oder bereits eingetroffenen erheblichen Krisensituationen. Darüber hinaus sollten damit gleichzeitig auch Empfehlungen von den betroffenen Pflegeeinrichtungen zu möglichen Handlungsoptionen an die Landesverbände der Pflegekassen adressiert werden. Dies dient deren ergänzenden Unterstützung, um gemeinsam mit den Beteiligten notwendige Maßnahmen zur Sicherstellung der pflegerischen Versorgung zu identifizieren.

Besonders zu begrüßen ist die zusätzliche Verpflichtung der Pflegeeinrichtungen, auch interne Gegebenheiten wie bspw. wirtschaftliche Schwierigkeiten, die den weiteren Betrieb der Pflegeeinrichtung in der vertraglich vereinbarten Form gefährden,

den Landesverbänden der Pflegekassen mitzuteilen. Dadurch wird gesetzlich normiert, dass nicht nur Naturkatastrophen oder schwerwiegende Infektionsausbrüche gegenüber den Landesverbänden der Pflegekassen anzuzeigen sind, sondern auch Informationen zu wirtschaftlichen Notlagen oder drohenden Insolvenzen von Pflegeeinrichtungen.

Neben der Notwendigkeit, Maßnahmen zur Sicherstellung der pflegerischen Versorgung für die Pflegebedürftigen gemeinsam mit allen daran vor Ort beteiligten Akteuren zu prüfen, wird mit dieser Regelung den Landesverbänden der Pflegekassen zusätzlich ein erweiterter Handlungsspielraum eröffnet. Damit können diese den Pflegeeinrichtungen kurzfristige Abweichungen von zulassungsrechtlichen Vorgaben sowie den vereinbarten Leistungs- und Qualitätsmerkmalen einschließlich der Personalausstattung gewähren. Diese gesetzliche Neuregelung bietet den Landesverbänden der Pflegekassen gewisse Vertragsspielräume bei besonders herausfordernden Situationen von Pflegeeinrichtungen und ermöglicht zudem vorübergehend von bestehenden gesetzlichen Regelungen zur Sicherstellung der pflegerischen Versorgung abzuweichen. Vor dem Hintergrund der Vertragspartnerschaft der Landesverbände der Pflegekassen (§ 72 Absatz 2 Satz 1 SGB XI) sind diesen durchgängig die Aufgaben und Befugnisse dafür zu erteilen. Auch ist sicherzustellen, dass bei Bedarf, wie in der Gesetzesbegründung dargelegt, Verwaltungsakte erlassen werden können. Zur Entbürokratisierung bietet sich an, dass nur ein Landesverband der Pflegekassen für alle Landesverbände agiert.

Die Berichtspflicht des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen über die Entwicklung der Versorgungsverträge in den Bundesländern ist zu begrüßen, um regelmäßig einen bundesweiten Überblick über die Anzahl der abgeschlossenen Versorgungsverträge in der voll- und teilstationären sowie der ambulanten pflegerischen Versorgung inklusive der Anzahl der vertraglich vereinbarten Pflegeplätze in den einzelnen Versorgungsbereichen zu erhalten. Dadurch wird es den Pflegekassen ermöglicht, ein Monitoring zur aktuellen Versorgungssituation zu flankieren und damit erstmals auch Informationen über Gründe für Zulassungsrückgaben von Pflegeeinrichtungen abzubilden. Dennoch sollte sich aber bei der Berichtspflicht der Pflegekassen im Wesentlichen auf die Erhebung der Daten zur Anzahl der zugelassenen Pflegeeinrichtungen sowie auf die Übermittlung von Gründen für Zulassungsrückgaben beschränkt werden, um auch für die Pflegekassen ein ressourcenschonendes, aber dennoch aussagekräftiges Monitoring zu etablieren. Ergänzend ist die regelmäßige Analyse auf Basis der den Pflegekassen zur Verfügung stehenden Versorgungsdaten zur Entwicklung der regionalen pflegerischen Versorgung nach § 12 Absatz 2 SGB XI mit diesem Monitoring zu verknüpfen; die Informationen aus dem Monitoring stellen auch wichtige Informationen zur Erarbeitung von Empfehlungen der Ausschüsse nach §§ 8a Absatz 1 und 3 SGB XI dar (siehe auch Stellungnahme zu Art. 1 Nr. 11 § 12 SGB XI).

C Änderungsvorschlag

In Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „den Pflegekassen als“ gestrichen.

In Absatz 2 Satz 1 werden vor dem Wort „Pflegekassen“ die Wörter „Landesverbände der“ eingefügt.

In Absatz 2 Satz 3 werden vor dem Wort „Pflegekassen“ die Wörter „durch die Landesverbände der Pflegekassen oder einen von diesem benannten Landesverband der“ eingefügt sowie das Wort „hingenommen“ gestrichen und dafür das Wort „gewährt“ eingefügt.

Nr. 45 § 75 Rahmenverträge, Bundesempfehlungen und -vereinbarungen über die pflegerische Versorgung

A Beabsichtigte Neuregelung

Bei Rahmenvertragsverhandlungen haben künftig die Vereinbarungspartner nach § 75 Abs. 1 SGB XI zu prüfen, inwieweit die dort zu regelnden Anforderungen an die pflegerische Versorgung effizienter ausgestaltet werden können.

B Stellungnahme

Künftig sollen bei Rahmenvertragsverhandlungen die Versorgungsprozesse dahingehend überprüft werden, ob diese beschleunigt, digitalisiert und automatisiert werden können. Diese gesetzliche Neuregelung ist sachgerecht und stellt eine Konkretisierung für Verhandlungen der Vereinbarungspartner dar.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Nr. 47 § 78a SGB XI Verträge über digitale Pflegeanwendungen und Verzeichnis für digitale Pflegeanwendungen, Verordnungsermächtigung

A Beabsichtigte Neuregelung

Im Absatz 1 wird der Zeitpunkt, ab wann der Anspruch auf digitale Pflegeanwendungen wirksam wird, konkretisiert. Es gilt der vereinbarte Zeitpunkt für die Geltung der Vergütungsvereinbarung.

Im Absatz 4 wird die Nachweispflicht des pflegerischen Nutzens vereinfacht und ergänzt. Insofern unterstützt die digitale Pflegeanwendung die pflegenden Angehörigen oder sonstige ehrenamtlich Pflegende dabei, dass die häusliche Versorgungssituation des Pflegebedürftigen stabilisiert wird oder pflegende Angehörige oder sonstige ehrenamtlich Pflegende dadurch entlastet werden.

Nach Absatz 5 sind die Anträge der Hersteller abzulehnen, sofern keine vollständigen Unterlagen vorliegen und der Hersteller keine Erprobung beantragt hat.

Der Absatz 6 legt fest, dass für digitale Pflegeanwendungen, die pflegende Angehörige oder sonstige ehrenamtlich Pflegende unterstützen, der Stabilisierung der häuslichen Versorgungssituation des Pflegebedürftigen oder der Entlastung für pflegende Angehörige oder sonstige ehrenamtlich Pflegende dienen, in der Rechtsverordnung des Bundesministeriums für Gesundheit ergänzend Näheres als Anforderungen für digitale Pflegeanwendungen zu regeln ist. Ebenfalls dort festzulegen sind die vom Hersteller bei fehlendem Nachweis zu begründenden Erfordernissen des pflegerischen Nutzens für digitale Pflegeanwendungen, die zur Stabilisierung der häuslichen Versorgungssituation oder Entlastung der pflegenden Angehörigen dienen sowie Vorgaben zu dem beizufügenden Evaluationskonzept.

Der neue Absatz 6a ermöglicht dem Hersteller eine Erprobung der digitalen Pflegeanwendung bis zu 12 Monate und die Beantragung einer vorläufigen Aufnahme in das Verzeichnis, sofern dieser bei der Beantragung auf Zulassung einer digitalen Pflegeanwendung keinen pflegerischen Nutzen oder keine Stabilisierung der häuslichen Versorgungssituation oder keine Entlastung der pflegenden Angehörigen nachweisen kann. Dem Antrag sind eine plausible Begründung für die Wirkungen und ein von einer herstellerunabhängigen Institution erstelltes wissenschaftliches Evaluationskonzept zum Nachweis dieser Wirkungen beizufügen. Mit Ablauf der Erprobungsphase sind vom Hersteller die Nachweise für die Wirkungen der erprobten digitalen Pflegeanwendung vorzulegen. Liegen die Nachweise weiterhin nicht vor, kann der Erprobungszeitraum um weitere 12 Monate verlängert werden.

B Stellungnahme

Die Änderung im Absatz 1, dass Vergütungsverhandlungen zwischen Herstellern und Kostenträgern direkt nach Aufnahme in das Verzeichnis für digitale Pflegeanwendungen aufzunehmen sind, ist sachgerecht.

Die Änderung im Absatz 3 stellt eine notwendige Folgeänderung zu der Änderung des § 40a Absatz 1a Satz 1 dar. Die Öffnung der digitalen Pflegeanwendung für die Nutzung durch pflegende Angehörige oder ehrenamtlich Helfende für eine Stabilisierung der häuslichen Pflegesituation oder zur Entlastung der pflegenden Angehörigen ist zu begrüßen. Damit kann ein Beitrag zur Stärkung des häuslichen Pflegesettings und für das Engagement der pflegenden Angehörigen und ehrenamtlich Helfenden geleistet werden. Die Änderung führt dazu, dass Hersteller die Wahl haben, ob die Zulassung einer digitalen Pflegeanwendung mit einem Nachweis eines pflegerischen Nutzens oder mit einem Nachweis der Stabilisierung der häuslichen Versorgungssituation des Pflegebedürftigen oder der Entlastung pflegender Angehöriger oder sonstiger ehrenamtlich Pflegenden beantragt wird. Da es bisher keine zugelassene digitale Pflegeanwendung gibt, die einen pflegerischen Nutzen nachweisen kann, ist zu befürchten, dass sich mit der Öffnung für Anwendungen, die keinen pflegerischen Nutzen nachweisen müssen, auch keine Änderung einstellt. Es ist eine Konzentration auf digitale Pflegeanwendungen für pflegende Angehörige oder ehrenamtlich Helfende zu erwarten.

Bei den Anpassungen im Absatz 5 handelt es sich um eine Folgeänderung aufgrund der im Absatz 6a neu geregelten Möglichkeit einer Erprobungsphase.

Die Änderungen im Absatz 6 sind aufgrund der Anpassung des § 40a Absatz 1a Satz 1 sachgerecht. Bei der Anpassung der Rechtsverordnung ist jedoch darauf zu achten, dass die Anforderungen an die digitalen Pflegeanwendungen für die Entlastung der pflegenden Angehörigen oder zur Stabilisierung der häuslichen Versorgungssituation umfassend formuliert werden. Auch wenn kein pflegerischer Nutzen nachzuweisen ist, muss aus dem Nachweis dennoch klar ein Bezug zur pflegerischen Versorgungssituation zu erkennen sein.

Die im neuen Absatz 6a geregelte Möglichkeit einer Erprobungsphase ohne Nachweis des pflegerischen Nutzens ist nicht sachgerecht und daher abzulehnen. Gerade im Zusammenhang mit der vulnerablen Gruppe der pflegebedürftigen Menschen kann eine digitale Pflegeanwendung nicht ohne Nachweis zugelassen werden. Eine Erprobung von digitalen Anwendungen an pflegebedürftigen Menschen und pflegenden Angehörigen, die aufgrund des gedeckelten Leistungsbetrages die Mehrkosten einer digitalen Pflegeaufwendung zu zahlen haben, ist abzulehnen. Hersteller haben für diese Personengruppe eine besondere Verantwortung zu übernehmen und können diese nicht in Form einer Erprobungsphase für ihre Produkte zu Lasten der pflegebedürftigen Menschen und pflegende Angehörige aufkündigen. Da auch im Rahmen der digitalen Gesundheitsanwendungen bisher nicht nur positive

Erfahrungen mit der Erprobungsphase gemacht wurden, sind solche Öffnungsregelungen als nicht zielführend zu bewerten und besonders im Interesse der Schutzbedürftigkeit pflegebedürftiger Menschen abzulehnen.

Sollte an der Regelung festgehalten werden, dann ist eine Teilnahme pflegebedürftiger Menschen und ihrer pflegenden Angehörigen während der Erprobungsphase freiwillig und jederzeit kündbar sowie kostenfrei für die Nutzer sicherzustellen. Alle Kosten sind während der Erprobungsphase vom Hersteller zu tragen.

C Änderungsvorschlag

Der Absatz 6 Satz 1 Nr. 7 und der Absatz 6a sind zu streichen.

Ergänzend ist auch die Folgeänderung zu Absatz 6a im Absatz 5 zu streichen.

Nr. 48 § 82c SGB XI Wirtschaftlichkeit von Personalaufwendungen

A Beabsichtigte Neuregelung

Durch die Änderungen der Fristen in § 72 Absatz 3b und 3e SGB XI werden folglich auch die Fristen in § 82c Absatz 5 SGB XI angepasst. Die Veröffentlichung des regional üblichen Entlohnungsniveaus hat demnach bis zum 30. September zu erfolgen.

Zudem soll die Geschäftsstelle des GKV-Spitzenverbands dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 28.02.2026 berichten, unter welchen technischen Voraussetzungen Pflegeeinrichtungen die verpflichtenden Meldungen nach § 72 Absatz 3e Satz 1 auch aus den ihnen verfügbaren Daten ihrer Lohnbuchhaltung elektronisch übermitteln könnten.

B Stellungnahme

Die Änderungen sind sachgerecht und entsprechen der Änderung des § 72 Abs. 3e SGB XI. Das Verhandlungsgeschäft wird entzerrt. Es sollte jedoch bedacht werden, dass durch die Entzerrung des Meldezeitraums und des Umsetzungszeitraums ein halbes Jahr zwischen dem Zeitpunkt, der für die Tarifverträge bzw. kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen relevant ist, und dem Zeitpunkt, an dem das entsprechende regional übliche Entlohnungsniveau umgesetzt werden muss, liegt. Dadurch kommen die Auswirkungen von Entgelterhöhungen bei Tarifabschlüssen erst zeitverzögert bei den Beschäftigten von Einrichtungen an, die sich am regional üblichen Entlohnungsniveau orientieren.

Die vorgesehene Ergänzung des § 82c Absatz 6 Satz 9 SGB XI, wonach die Geschäftsstelle des GKV-Spitzenverbands dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 28.02.2026 berichten soll, unter welchen technischen Voraussetzungen Pflegeeinrichtungen die verpflichtenden Meldungen nach § 72 Absatz 3e Satz 1 auch aus den ihnen verfügbaren Daten ihrer Lohnbuchhaltung elektronisch übermitteln könnten, wird kritisch gesehen und in der aktuellen Form abgelehnt.

Eine solche Berichtspflicht greift dem Ergebnis der derzeit laufenden Evaluation nach § 72 Absatz 3f SGB XI vor und birgt die Gefahr, dass daraus politische oder gesetzgeberische Erwartungen abgeleitet werden, bevor eine umfassende und systematische Prüfung der methodischen, rechtlichen und praktischen Auswirkungen einer alternativen Datengrundlage erfolgt ist.

Gerade weil im Rahmen der Evaluation ausdrücklich auch die Frage der Vereinfachung des Verfahrens und der Methode zur Ermittlung der regional üblichen Entlohnungsniveaus bis spätestens zum 30.06.2026 geprüft werden soll, ist es aus unserer Sicht nicht sachgerecht, parallel bereits Berichtsaufträge zur technischen Umsetzbarkeit alternativer Datenquellen zu formulieren. Die Einführung paralleler Prüf-

stränge riskiert Unklarheiten in der fachlichen Bewertung, vermeidet keine Redundanzen, sondern schafft sie, und unterminiert die notwendige inhaltliche Klarheit des Evaluationsprozesses.

C Änderungsvorschlag

Die Änderung des § 82c Absatz 6 Satz 9 SGB XI ist zu streichen.

Nr. 49 § 84 SGB XI Bemessungsgrundsätze

A Beabsichtigte Neuregelung

Bei der Beurteilung der Leistungsgerechtigkeit der Pflegesätze kann für die Feststellung der Gleichartigkeit von Pflegeeinrichtungen auch die angewandte Entlohnungsstruktur der Mitarbeitenden berücksichtigt werden. Hierfür sind von den Kostenträgern die Vergleichsdaten den Beteiligten transparent zur Verfügung zu stellen.

B Stellungnahme

Die Ergänzung zur Anwendung der Entlohnungsstruktur der Mitarbeitenden beim externen Vergleich ist sachgerecht, um Pflegeeinrichtungen mit höheren Gestehungskosten aufgrund gestiegener Personalaufwendungen zur Erfüllung der Zulassungsvoraussetzungen gemäß § 72 Abs. 3a und 3b SGB XI nicht zu benachteiligen.

Eine gesetzliche Klarstellung der nachvollziehbaren Darlegung von Vergleichsdaten durch die Kostenträger ist nicht notwendig, da in den Rahmenverträgen nach § 75 SGB XI oder in der Pflegesatzkommission grundsätzlich hierzu Regelungen getroffen wurden und Vergleichsdaten somit während der Verhandlung oder in Schiedsverfahren sowieso offen zu legen sind. Zudem würde diese gesetzliche Neuregelung einen bürokratischen Mehraufwand für die Kostenträger bedeuten, den es zu vermeiden gilt.

C Änderungsvorschlag

§ 84 Absatz 2 Satz 7 letzter Halbsatz ist zu streichen.

Nr. 50 § 85 SGB XI Pflegesatzverfahren

A Beabsichtigte Neuregelung

Mit dieser gesetzlichen Vorgabe wird den Vereinbarungsparteien nun die Option ermöglicht, den Antrag bei der Schiedsstelle gemeinsam auch vor Ablauf der sechs Wochen zu stellen. Dafür muss aber bereits vorzeitig das Scheitern der Vergütungsverhandlungen von den Vertragsparteien festgestellt werden.

B Stellungnahme

Eine frühzeitige Antragstellung bei der Schiedsstelle ist zu begrüßen, damit der Konfliktlösungsmechanismus bei Vergütungsverhandlungen schneller greifen kann.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Nr. 51 § 86a SGB XI Verfahrensleitlinien für die Vergütungsverhandlungen und -vereinbarungen

A Beabsichtigte Neuregelung

Zur effizienteren und einfacheren Gestaltung der Verhandlungs- und Vereinbarungspraxis werden Verfahrensleitlinien für Vergütungsverhandlungen gesetzlich verankert, um künftig Pflegeeinrichtungen zeitnah eine auskömmliche Finanzierung der Aufwendung zu sichern.

Künftig können Pflegeeinrichtungen frühzeitig vor dem angestrebten Laufzeitbeginn den zuständigen Kostenträger zu Vergütungsverhandlungen auffordern. Zudem wird auch eine zeitnahe Nachweisforderung und -darlegung geregelt. Zur Beschleunigung der Verfahren wiederum ist von den Kostenträgern umgehend nach Antragsstellung eine bevollmächtigte Ansprechperson für das Verfahren festzulegen, der eine Befugnis zur schriftlichen Vertragserklärung erteilt werden kann. Um neben Einzelverhandlungen mit den Pflegeeinrichtungen auch pauschalisierte Kollektivverfahren durchführen zu können, ermöglicht der Gesetzgeber, vereinfachte Verfahren zur Beschleunigung des Verhandlungsgeschehens auf Landesebene in der Pflegesatzkommission oder vergleichbare Gremien zu beschließen. Vorbereitend für die Etablierung von vereinfachten pauschalisierten Verfahrensabläufen sind maßgebliche Annahmen und Werte für den Abschluss der Vergütungsvereinbarung darin entsprechend auszuweisen.

Abschließend sollen der Spitzenverband Bund der Pflegekassen sowie die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene sowie weitere Beteiligte Empfehlungen zur Etablierung pauschaler Anpassungsverfahren für die Pflegevergütung für die Länder abgeben. Damit die entsprechenden Kriterien in den Pflegesatz- und Pflegevergütungsverhandlungen schnellstmöglich Anwendung finden, gelten die Bundesempfehlungen für die Pflegekassen und die zugelassenen Pflegeeinrichtungen unmittelbar verbindlich. Auf Grundlage dieser Empfehlungen überprüfen die Vertragsparteien nach § 75 Absatz 1 SGB XI in den Ländern ihre Rahmenverträge und können bei Bedarf auch davon abweichen.

B Stellungnahme

Mit Blick auf die wirtschaftliche Situation der Pflegeeinrichtungen und zur Stabilisierung des Verhandlungsgeschehens ist es zu begrüßen, dass durch Verfahrensleitlinien Perspektiven für die Entbürokratisierung der zunehmend komplexen Vergütungsverhandlungen gesetzlich flankiert werden.

Positiv hervorzuheben ist die gesetzliche Neuregelung, dass die Kostenträger eine bevollmächtigte Person als verbindliche Ansprechperson für den Verhandlungspro-

zess festlegen. Um zusätzliche Verzögerungen aufgrund der Formalitäten im Unterschriftenverfahren der Vergütungsvereinbarung zu vermeiden, ist die Möglichkeit der Befugnis einer bevollmächtigten Person zur schriftlichen Vertragserklärung besonders vorteilhaft. Auch die gesetzliche Klarstellung, dass vereinfachte und pauschalisierte Verfahren in der Landespflegesatzkommission oder vergleichbaren Gremien vereinbart werden können, ist sachgerecht.

Darüber hinaus sollen künftig die maßgeblichen Annahmen und Werte, die die Grundlage für den Abschluss einer Pflegesatzvereinbarung bilden, zusätzlich in der Vergütungsvereinbarung verpflichtend ausgewiesen werden. Ziel dieser Regelung ist es, dass anschließende vereinfachte Verfahren für Vergütungsvereinbarungen dadurch ermöglicht werden. Jedoch besteht zur Etablierung von Pauschalverfahren keine Erforderlichkeit, Verhandlungsparameter in der Vereinbarung zu hinterlegen, sondern die ausschließliche Protokollierung dieser Werte in den Verhandlungstools reicht aus. Im Ergebnis würde die verpflichtende Angabe der Annahme und Werte in der Vergütungsvereinbarung das Verhandlungsgeschehen eher verkomplizieren als vereinfachen und ist daher abzulehnen.

Aufgrund der föderalen Aufstellung der Pflegekassen im Vertrags- und Vergütungsgeschäft haben sich in den Ländern sehr heterogene, aber auch bewährte Systematiken zur Ermittlung der Pflegevergütung herauskristallisiert. Zusätzlich haben sich inzwischen mehrere Bundesländer auf den Weg gemacht, mit allen Akteuren der Pflege und der Politik im jeweiligen Bundesland länderindividuelle Handlungsoptionen zu flankieren. Zugleich wurden bereits vereinfachte Verfahren für Vergütungsverhandlungen sowohl für ambulante als auch für die stationäre Pflege in mehreren Bundesländern etabliert, die inzwischen zur Stabilisierung des Verhandlungsgeschehens beigetragen haben. Daher ist eine Entwicklung der in Absatz 3 vorgesehenen Empfehlungen auf Bundesebene zur Unterstützung effizienter und bürokratiearmer Verfahren in den Ländern besonders kritisch zu bewerten. Zudem würde dadurch die Pflegeselbstverwaltung vor besondere Herausforderungen gestellt, allgemein anwendbare Verfahrensleitlinien zu entwickeln, obwohl sich bereits bestehende unterschiedliche Vorgehensweisen zur Vereinfachung von Vergütungsverfahren in den Ländern etabliert haben. Darüber hinaus besteht aufgrund der gesetzlichen Öffnungsregelung für die Rahmenvertragsparteien in den Ländern ohnehin die Möglichkeit, von den Empfehlungen abweichende Vorgaben zu vereinbaren.

Deshalb ist auch angesichts des Ziels einer bürokratischen Entlastung aller Beteiligten die Erstellung von Empfehlungen auf Bundesebene abzulehnen.

C Änderungsvorschlag

In § 86a Absatz 2 Satz 1 1. Halbsatz wird wie folgt gefasst: „Die der Pflegesatzvereinbarung nach § 85 zugrunde gelegten maßgeblichen Annahmen und Werte können derart hinterlegt oder ausgewiesen werden.“

In § 86a sind die Absätze 3 bis 5 zu streichen.

Nr. 55 § 92c SGB XI Verträge zur pflegerischen Versorgung in gemeinschaftlichen Wohnformen

A Beabsichtigte Neuregelung

Mit den Regelungen zur Etablierung von gemeinschaftlichen Wohnformen in der sozialen Pflegeversicherung schafft der Gesetzgeber leistungs- und vertragsrechtliche Sonderregelungen nach dem Vorbild der „stambulanten“ Versorgung im Haus Wyhl des Einrichtungsträgers Benevit. Künftig sollen pflegebedürftige Menschen in gemeinschaftlichen Wohnformen flexibel Leistungen wählen bzw. stapeln können, ausgehend von einer partiell abgedeckten Versorgungssicherheit im Basispaket.

Für pflegebedürftige Menschen, die aufgrund eines Vertrages nach § 92c SGB XI in einer gemeinschaftlichen Wohnform leben, wird ein neuer Leistungsanspruch geschaffen. Dabei handelt es sich weder um eine ambulante Versorgung in der eigenen Häuslichkeit und noch um eine klassische stationäre Versorgungsform. Deshalb erhalten pflegebedürftige Menschen unabhängig vom Pflegegrad nur in dieser gemeinschaftlichen Wohnform einen pauschalen Zuschuss von 450 Euro pro Monat zur Sicherstellung einer selbstbestimmten Pflege. Zudem können Pflegeberatungen, digitale Pflegeanwendungen, ergänzende Unterstützungsleistungen, Leistungen bei Pflegezeit (Pflegeunterstützungsgeld) und Pflegekurse in Anspruch genommen werden. Darüber hinaus besteht ein Anspruch auf Häusliche Krankenpflege gemäß § 37 SGB V.

Pflegebedürftige Menschen mit Pflegegrad 2 bis 5 erhalten zusätzlich Leistungen, die den Pflegesachleistungen nach § 36 entsprechen, Leistungen zur Sicherung der Pflegepersonen sowie Kurzzeitpflege im Anschluss einer stationären Behandlung.

Für die Versorgung der pflegebedürftigen Menschen in gemeinschaftlichen Wohnformen können zugelassene ambulante Pflegeeinrichtungen Verträge mit den Landesverbänden der Pflegekassen, den Trägern der Sozialhilfe und den Landesverbänden der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich abschließen. Für vollstationäre Pflegeeinrichtung oder ambulante Betreuungsdienste besteht die Möglichkeit nicht.

Die Verträge sollen ein einheitliches Basispaket bestehend aus Pflegesachleistungen im Sinne des § 36 SGB XI und einer Versorgung mit bestimmten Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V vorsehen. Eine Abwahl einzelner Leistungen in diesem Paket ist nicht möglich und die Vorhaltung sowie die Leistungserbringung hat ausschließlich von der ambulanten Pflegeeinrichtung zu erfolgen. Darüber hinaus sind eine nach Art und Inhalt hinausgehende Versorgung der Pflegebedürftigen mit Pflegesachleistungen gemäß § 36 SGB XI in den Verträgen nach § 120 SGB XI zu vereinbaren, die über die ambulante Pflegeeinrichtung oder in Kooperation mit anderen zugelassenen Einrichtungen erbracht werden können. Alternativ können

diese Leistungen Angehörige, Pflegepersonen, ehrenamtlich Tätige oder Dritte übernehmen.

Weiterhin sind vertraglich die wesentlichen Leistungs- und Qualitätsmerkmale der ambulanten Pflegeeinrichtung zur Leistungserbringung sowie Maßnahmen zur Qualitätssicherung einschließlich eines Qualitätsmanagements und der Verpflichtung zur Mitwirkung an Maßnahmen nach den §§ 114 und 114a SGB XI zu regeln. Neben der gesetzlich normierten Mindestanzahl von mindestens zwei pflegebedürftigen Menschen, die in der konkreten gemeinschaftlichen Wohnform zusammenleben, ist auch eine qualitätsgesicherte pflegerische Versorgung auf Grundlage eines Versorgungskonzeptes als Voraussetzung für den Vertragsabschluss nach § 92c SGB XI vorzulegen.

Die nähere Ausgestaltung der Vertragsinhalte soll durch Empfehlungen der Spitzenverbände Bund der Pflegekassen und Bund der Krankenkassen sowie den Trägern der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene in Zusammenarbeit mit weiteren Beteiligten erfolgen. Außerdem hat nach vier Jahren der Spitzenverband Bund der Pflegekassen unter wissenschaftlicher Begleitung über den Stand der abgeschlossenen Verträge einen Evaluationsbericht dem Bundesministerium für Gesundheit vorzulegen.

Modellvorhaben zur Erprobung der Flexibilisierung der Leistungserbringung stationärer Pflegeeinrichtungen

Ergänzend kann der Spitzenverband Bund der Pflegekassen in den Jahren 2026 bis 2028 Modellvorhaben zur Erprobung der Flexibilisierung der Leistungserbringung durch voll- und teilstationäre Pflegeeinrichtungen vereinbaren. Dabei soll erprobt werden, ob und unter welchen Rahmenbedingungen An- und Zugehörigen dauerhaft zur Übernahme vollstationärer pflegerischer Leistungen eingebunden werden können. Außerdem soll es vollstationären Pflegeeinrichtungen ermöglicht werden, ambulante Leistungen im Quartier anzubieten, ohne dafür einen eigenständigen Pflegedienst gründen zu müssen.

B Stellungnahme

Die Grundidee dieser gesetzlichen Neuregelung, nämlich eine Kombination einer klar abgesteckten Versorgungssicherheit einerseits und mehr Selbstbestimmung der pflegebedürftigen Menschen und Einbringung von An- und Zugehörigen sowie ehrenamtlich Tätigen auf der anderen Seite, ist zu begrüßen. Zudem ist es sinnvoll, in den Blick zu nehmen, wie die klassischen Versorgungssettings weiterentwickelt werden können, um auch dem langfristig manifestierten Personalengpass in der Pflege oder der Entwicklung von stetig ansteigenden Eigenanteilen in der Pflege entgegenzuwirken.

Allerdings für diese spezielle Versorgungsform eigene leistungs- und vertragsrechtliche Regelungen einschließlich Qualitätssicherungsinstrumente und Qualitätsdarstellungen zu schaffen, und damit einen dritten Sektor in der Sozialen Pflegeversicherung zu etablieren, ist nicht nur nicht sachgerecht, sondern konterkariert die eigentliche Zielsetzung der sektorenunabhängigen Versorgung und des damit verbundenen einfacheren und flexibleren Leistungsrechts für pflegebedürftige Menschen.

Die gesetzgeberische Intention, die pflegerische Versorgung in gemeinschaftlichen Wohnformen zu fördern, zielt auf die Verbesserung des Pflegesettings für pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen ab. Die Evaluation des Haus Wyhl/Benevit hat gezeigt, dass eine Versorgung mit vollstationärer Versorgungssicherheit durch einen anderen Personalmix unter Einbindung der Angehörigenpflege und ggf. durch geringere Eigenanteile möglich ist. Mit Augenmerk auf den Fachkräfteengpass und auf die Eigenanteilsentwicklung, insbesondere in der vollstationären Pflege, müssen daher alternativ auch Versorgungsformen ermöglicht werden, die diesen Herausforderungen begegnen und die Potenziale für den effizienten Einsatz von Pflegeresourcen wie auch von Ehrenamt und bürgerschaftlich Engagierten nutzt. Solche Versorgungslösungen müssen gleichermaßen in den Blick nehmen, Sektorengrenzen zu überwinden und ergänzende quartiersbezogene ambulante Versorgung zu ermöglichen.

Aber aufgrund der im Gesetzesentwurf skizzierten leistungs- und vertragsrechtlichen Sonderregelungen speziell für gemeinschaftliche Wohnformen werden nicht nur das Leistungs- und Vertragsrecht verkompliziert, sondern daraus entsteht wieder eine nicht sachgerechte Benachteiligung anderer Wohn- und Betreuungsformen, insbesondere für Pflege-Wohngemeinschaften.

Auch aus der Perspektive des pflegebedürftigen Menschen stellt diese Versorgungsform keinen besonderen Mehrwert dar. Aufgrund verschiedener Leistungsansprüche und Wahlmöglichkeiten muss der pflegebedürftige Mensch in solchen gemeinschaftlichen Wohnformen zahlreiche Verträge – für Wohnen, für das Basispaket, ggf. einen Pflegevertrag nach § 120 SGB XI und für sonstige Zusatzleistungen – teilweise mit unterschiedlichen Laufzeiten und unterschiedlichen Anbietern abschließen. Somit entsteht ein deutlich bürokratischerer Aufwand für alle Beteiligten in diesem Hausgemeinschaftsmodell als in einer klassischen vollstationären Versorgung.

Das „stambulant“ Modell aus Wyhl/Benevit lässt sich im heutigen Leistungs- und auch Vertragsrecht über das Stapeln von ambulanten Leistungen abbilden. Solche Versorgungslösungen wurden in der Vergangenheit zahlreich kritisiert, weil sie sich für die pflegebedürftigen Menschen in der Versorgungsrealität kaum von vollstationären Einrichtungen unterscheiden, die gleichermaßen eine vollstationäre Versorgungssicherheit anbieten. Darüber hinaus sieht der Koalitionsvertrag vor, dass das „stambulant“-Modell in den Beratungen der Bund-Länder-Expert*innengruppe für

die angekündigte Pflegereform aufgegriffen werden soll. Aus diesem Grund ist es nicht nachzuvollziehen, warum schon vorzeitig gesetzliche Regelungen hierfür geschaffen werden sollen, anstatt die Ergebnisse aus diesem Gremium abzuwarten.

Mit Augenmerk auf die langfristigen Herausforderungen der sozialen Pflegeversicherung, die pflegerische Versorgung und Unterstützung auch unter Personalengpass in der Pflege sicherzustellen und zu finanzieren, muss es bei Gewährleistung einer Versorgungssicherheit vielmehr vollstationären Pflegeeinrichtungen ermöglicht werden, Personal effizient einzusetzen, sich ins Quartier zu öffnen und ehrenamtliches Engagement wie auch die Angehörigenpflege in die Versorgung einzubinden und somit mit einem anderen Personalmix als bisher klassische vollstationäre Einrichtungen zu arbeiten. Dies ist auch mit Blick auf die wirtschaftliche Situation der vollstationären Pflegeeinrichtungen dringend erforderlich.

Dies kann gelingen, wenn anstelle eines dritten Sektors für solche Hausgemeinschaftsmodelle

- eine Einbindung von Angehörigen in der Versorgung und/oder auch das Ehrenamt über § 82b Abweichungen von den Vorgaben zur personellen Ausstattung begründet,
- An- und Zugehörigenpflege auf den persönlichen Eigenanteil des pflegebedürftigen Bewohners angerechnet wird und
- ergänzend eine ambulante pflegerische Versorgung im Quartier ohne explizite Gründung eines eigenständigen Pflegedienstes ermöglicht wird.

Hierfür ist auch keine weitere Ausdifferenzierung des Leistungsrecht erforderlich, sondern die Leistungsansprüche nach den Vorschriften des §§ 43 bis 43c SGB XI finden Anwendung. Vertragsrechtlich kann dies durch die Anpassung einschlägiger Vorschriften im Pflegeversicherungsrecht, im Zulassungsrecht, in den Rahmenverträgen und in den Bemessungsgrundlagen für die Pflegesatzvereinbarung für die vollstationäre Pflege gelingen:

Um die Leistungserbringung durch bspw. An- und Zugehörige unter Anrechnung auf den persönlichen Eigenanteil zu ermöglichen, sind im ersten Schritt die Zulassungsvoraussetzungen für vollstationäre Pflegeeinrichtungen um die Angehörigeneinbindung bei der Leistungserbringung zu erweitern. Der Umfang der Abwahlmöglichkeiten von Leistungen und sowie Abweichungen von den Regelungen des § 113c SGB XI durch Einbindung der Angehörigenpflege und von Ehrenamt gemäß § 82b SGB XI sind auf Landesebene unter den Rahmenvertragsparteien nach § 75 SGB XI zu regeln. Zudem sind in der Pflegesatzvereinbarung Vergütungsabschläge auf die Angehörigenpflege in vollstationären Einrichtungen festzulegen und dieser Abschlag auf den einrichtungseinheitlichen Eigenanteil ist nach Abzug der Zuschläge nach § 43c SGB XI zwischen der Pflegeeinrichtung und dem Einrichtungsbewohner zu verrechnen.

Damit die ambulante pflegerische Versorgung im Quartier ohne explizite Gründung eines eigenständigen Pflegedienstes erbracht werden kann, sollten die bereits bestehenden Regelungen hinsichtlich des Abschlusses von Gesamtversorgungsverträgen dahingehend erweitert werden, dass es vollstationären Leistungsanbietern ohne explizite Gründung einer eigenständigen ambulanten Pflegeeinrichtung ermöglicht wird, eine Versorgung auch außerhalb der unmittelbaren Sphäre der Einrichtung zu eröffnen. Neben pflegerischen Leistungen können auch Leistungen der häuslichen Krankenpflege von den Einrichtungen analog einer ambulanten Pflegeeinrichtung erbracht werden.

Eine modellhafte Erprobung von Vorhaben zur Flexibilisierung der Leistungserbringung durch voll- und teilstationäre Pflegeeinrichtungen ist weder nachzuvollziehen noch sachgerecht, da bereits seit mehreren Jahren gleichartige Versorgungsmodelle, bspw. in Regionen Nordrhein-Westfalens, erfolgreich in der Regelversorgung pflegebedürftiger Menschen etabliert sind; die Sinnhaftigkeit eines Modells wird bezweifelt. Vielmehr brauchen die Versorgungsformen einen passenden rechtlichen Rahmen.

Im Ergebnis können mit Hilfe der Öffnung des stationären Sektors ins Quartier wesentlich unbürokratischer innovative Versorgungsformen bundesweit und regelhaft umgesetzt werden, als durch Schaffung neuer, komplexer leistungs- und vertragsrechtlicher Regelungen.

C Änderungsvorschlag

§§ 45h, 92c und 125d sind zu streichen.

Einbindung der An- und Zugehörigenpflege bzw. des Ehrenamtes nach § 82b:

In § 72 wird ein neuer Absatz 2a eingefügt:

„(2a) Im Versorgungsvertrag mit einer vollstationären Pflegeeinrichtung kann vereinbart werden, dass Leistungen der vollstationären Pflege auf Wunsch des Pflegebedürftigen durch An- und Zugehörige unter Anrechnung auf ihren zu zahlenden Eigenanteil an den pflegebedingten Aufwendungen sowie auf die Entgelte für Unterkunft und Verpflegung übernommen werden.“

In § 75 wird in Absatz 2 eine neue Nummer 1b eingefügt:

„eine Beschreibung von Leistungen der vollstationären Pflege, die durch An- und Zugehörige, ehrenamtlich Tätige oder Dritte erbracht werden können.“

In § 75 wird in Absatz 2 die Nummer 3 vor dem Komma wie folgt ergänzt:

„unter Berücksichtigung der Einbindung von An- und Zugehörigen sowie Einsatz vom Ehrenamt nach § 82b.“

In § 84 wird in Absatz 3 folgender Satz angefügt:

„Für Leistungen der vollstationären Pflege durch An- und Zugehörige sind bei Pflegeheimen mit Versorgungsvertrag nach § 72 Absatz 2a Abschläge von den Eigenanteilen an den pflegebedingten Aufwendungen sowie auf die Entgelte für Unterkunft und Verpflegung zu vereinbaren.“

In § 43c wird ein Satz 2 eingefügt:

„Bei der Bemessung des zu zahlenden Eigenanteils bleiben die Abschläge nach § 84 Absatz 3 Satz 2 unberücksichtigt.“

Öffnung vollstationärer Pflegeeinrichtung für eine ambulante Versorgung im Quartier:

In § 72 wird der Absatz 2b eingefügt:

„Zur sektorenübergreifenden Versorgung im Quartier kann im Gesamtversorgungsvertrag mit einer vollstationären Pflegeeinrichtung auch eine Versorgung von Pflegedürftigen in ihrer Wohnung mit Leistungen der häuslichen Pflegehilfe im Sinne des § 36 vereinbart werden. Zudem kann mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich die Versorgung mit Häuslicher Krankenpflege nach § 37 des Fünften Buches, die Preise und deren Abrechnung (entsprechend § 132a Absatz 4 des Fünften Buches) vereinbart werden. Im Versorgungsvertrag ist der Einzugsbereich festzulegen.

In § 75 wird der Absatz 2 Nr. 3 wie erfolgt ergänzt:

„; dabei werden im Rahmen von Versorgungsverträgen nach § 72 Absatz 2b mögliche Abweichungen zur sektorenübergreifenden Versorgung im Quartier berücksichtigt.“

In § 84 wird ein Absatz 1a eingefügt:

„Für Pflegeheime mit einem Versorgungsvertrag nach § 72 Absatz 2b ist für die Versorgung von Pflegedürftigen in ihrer Wohnung mit Leistungen der häuslichen Pflegehilfe im Sinne des § 36 zusätzlich eine Vergütungsvereinbarung nach § 89 zu vereinbaren.“

In § 89 wird ein Absatz 1a hinzugefügt:

„Mit Pflegeheimen, die einen Versorgungsvertrag nach § 72 Absatz 2b abgeschlossen haben, ist für die Versorgung von Pflegendürftigen in ihrer Wohnung mit Leistungen der häuslichen Pflegehilfe im Sinne des § 36 eine Vergütung zu vereinbaren.“

In 113c wird ein Absatz 9 ergänzt:

„Bei vollstationären Pflegeeinrichtungen mit einem Versorgungsvertrag nach § 72 Absatz 2b bleibt die vorzuhaltende Personalausstattung für die Versorgung von Pflegendürftigen in ihrer Wohnung mit Leistungen der häuslichen Pflegehilfe im Sinne des § 36 unberücksichtigt“.

Nr. 58 § 109 SGB XI Pflegestatistiken

A Beabsichtigte Neuregelung

Neben der Anpassung an die Legaldefinition der „Pflegefachperson“ wird im neuen Absatz 6 klargestellt, dass Angaben zur Art und zu den organisatorischen Einheiten der Pflegeeinrichtungen sowie zu den Entgelten der stationären Pflegeeinrichtungen von der statistischen Geheimhaltungspflicht ausgenommen sind.

B Stellungnahme

Die Änderung ist grundsätzlich sachgerecht. Bereits jetzt enthalten die Informationsangebote der Pflegekassen Angaben zur Art und Organisation der Pflegeeinrichtungen sowie zur Vergütung der Pflegeeinrichtungen. Es erschließt sich jedoch nicht, warum die Entgelte der ambulanten Pflegeeinrichtung nicht von der Geheimhaltungspflicht ausgenommen werden soll. Auch die Vergütungen für ambulante Leistungen unterliegen der Verpflichtung der Pflegekassen, darüber zu informieren. Eine Geheimhaltung ist hierfür nicht mehr erforderlich. Für die Leistungsfähigkeit und Personalausstattung einzelner Einrichtungen und für Angaben zu einzelnen Pflegebedürftigen oder den tätigen Personen besteht auch weiterhin die Pflicht zur statistischen Geheimhaltung nach § 16 BStatG.

C Änderungsvorschlag

In § 109 Absatz 6 Satz 1 werden nach dem Wort „stationären“ die Wörter „und ambulanten“ eingefügt.

Nr. 61 § 113 SGB XI Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität

A Beabsichtigte Neuregelung

Die maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene sollen an der Erarbeitung der Maßstäbe und Grundsätze beteiligt werden.

Innerhalb von 12 Monaten nach Inkrafttreten des Gesetzes müssen die Regelungen für die gemeinschaftlichen Wohnformen nach § 92c SGB XI ergänzt werden, wobei die Bundesrahmenempfehlungen nach § 92c Absatz 2 SGB XI zu berücksichtigen sind.

In die Maßstäbe und Grundsätze sollen Anforderungen an die Pflegeprozesssteuerung einfließen.

B Stellungnahme

Die Beteiligung der maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene an der Erarbeitung der Maßstäbe und Grundsätze ist sachgerecht. Ihre Position in den Gremien der gemeinsamen Selbstverwaltung wird damit gestärkt. Die Maßstäbe und Grundsätze für die stationäre Pflege sind mit Augenmerk auf Öffnung der vollstationären Pflege zur Einbindung von An- und Zugehörigenpflege wie auch von Ehrenamt nach § 82b SGB XI (vgl. Stellungnahmen zu Nr. 32 und Nr. 50 § 45h SGB XI Leistungen in gemeinschaftlichen Wohnformen mit Verträgen zur pflegerischen Versorgung gemäß § 92c, Stellungnahme zu Nr. 57 § 113b SGB XI Qualitätsausschuss) weiterzuentwickeln; eine gesetzliche Normierung resp. eine Etablierung von Qualitätsanforderungen für gemeinschaftlichen Wohnformen über Maßstäbe und Grundsätze ist nicht erforderlich. Die Änderung wird daher abgelehnt.

Die Aufnahme der Pflegeprozessverantwortung in den Maßstäben und Grundsätzen wird begrüßt, da dies die zentrale Bedeutung der Pflegeprozesssteuerung im Rahmen der Versorgung unterstreicht. Allerdings ist darauf hinzuweisen, dass die fachlichen Anforderungen an die Pflegeprozessverantwortung bereits im Pflegeberufegesetz klar geregelt sind. Pflegefachpersonen haben im Rahmen ihrer Ausbildung die Kompetenz zur eigenverantwortlichen Steuerung und Koordination des Pflegeprozesses erworben. Zusätzliche Anforderungen an die Pflegeprozessverantwortung in den Maßstäben und Grundsätzen zu definieren ist nicht sachgerecht und wird abgelehnt.

C Änderungsvorschlag

In § 113 Absatz 1 wird Satz 2 neu gestrichen.

In § 113 Absatz 1 Satz 3 werden vor dem Wort „Anforderungen“ folgende Wörter eingefügt: „die Pflegeprozessverantwortung unter Berücksichtigung der Vorbehaltsaufgaben gemäß § 4 Pflegeberufegesetz und an“

Nr. 62 § 113b SGB XI Qualitätsausschuss

A Beabsichtigte Neuregelung

Es ist vorgesehen, dass die maßgeblichen Organisationen der Vertreter der Pflegeberufe auf Bundesebene nach § 118a SGB XI berechtigt sind, Vertreter in den Qualitätsausschuss Pflege zu entsenden. Die Entscheidung darüber liegt bei den entsprechenden Organisationen. Wird ein Vertreter der Pflegeberufe auf Bundesebene im Qualitätsausschuss Pflege tätig, wird dieses Mitglied auf die Zahl der Leistungserbringer angerechnet. Die maßgeblichen Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene nach § 118a SGB XI sollen in die Geschäftsordnung des Qualitätsausschusses aufgenommen werden.

Der erweiterte Qualitätsausschuss Pflege kann zukünftig bis zu zwei Mal im Jahr Themen beraten und beschließen, die über gesetzliche Aufträge hinausgehen. Die Initiative dazu geht von der/dem unparteiischen Vorsitzenden des erweiterten Qualitätsausschusses aus. Es kann auch mit einfacher Mehrheit über die Errichtung einer Arbeitsgruppe im erweiterten Qualitätsausschuss entschieden werden. Diese wird durch die/den unparteiische/-n Vorsitzende/-n geleitet und durch die Geschäftsstelle unterstützt. Die/Der unparteiische Vorsitzende kann künftig Themen zur wissenschaftlichen Bearbeitung vorschlagen. Die Ablehnung eines Vorschlags muss schriftlich begründet und auf der Internetseite des Qualitätsausschusses veröffentlicht werden.

Es wird festgelegt, dass spezifische Regelungen zu Qualitätsprüfungen für ambulante Pflegeeinrichtungen, die gemeinschaftlichen Wohnformen nach § 92c betreiben, durch wissenschaftliche Einrichtungen oder Sachverständige erarbeitet werden sollen. In der wissenschaftlichen Expertise soll auch untersucht werden, ob ein indikatorengestütztes Verfahren anwendbar ist und Vorschläge zu dessen Ausgestaltung sollen erarbeitet werden; hierzu ist ein Abschlussbericht vorzulegen.

Die nach Absatz 4 Satz 2 Nummer 1, 2, 3 und 6 erarbeiteten Qualitätssicherungssysteme sollen entsprechend dem aktuell wissenschaftlichen und technischen Stand weiterentwickelt werden (Absatz 4a).

B Stellungnahme

Die geplante Regelung, den maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene gemäß § 118a SGB XI die Möglichkeit zu geben, Vertreter in den Qualitätsausschuss Pflege zu entsenden, ist sachgerecht und wird begrüßt. Es ist angemessen, dass die Organisationen der Pflegeberufe aktiv an der Entwicklung und Umsetzung von Qualitätsstandards in der Pflege beteiligt werden.

Die Regelung, dass der erweiterte Qualitätsausschuss Pflege auf Initiative der/des unparteiischen Vorsitzenden Themen über die konkreten gesetzlichen Aufträge hinaus aufgreifen und Entscheidungen treffen kann, wird abgelehnt. Auch wenn die/der Vorsitzende des erweiterten Qualitätsausschusses als unparteiisch gilt, stellt die Entscheidungskompetenz über zusätzliche Themenbereiche einen potenziellen Interessenkonflikt dar. Der erweiterte Handlungsspielraum könnte dazu führen, dass bestimmte Interessengruppen indirekt oder direkt Einfluss auf die Themenauswahl nehmen. Dies kann die Unparteilichkeit der/des Vorsitzenden untergraben und die Entscheidungen des Ausschusses in eine Richtung lenken, die nicht im Sinne einer neutralen, am Gemeinwohl orientierten Entscheidungsfindung ist.

Die Möglichkeit, dass der erweiterte Qualitätsausschuss Arbeitsgruppen einrichten kann, die von der/dem unparteiischen Vorsitzenden geleitet werden, ist ebenfalls kritisch zu betrachten. Die Leitung von Arbeitsgruppen durch die/den unparteiischen Vorsitzenden könnte ihre/seine unabhängige Position gefährden, da sie/er direkt in operative Entscheidungen und Prozesse eingebunden wäre. Dies könnte dazu führen, dass die/der unparteiische Vorsitzende nicht mehr nur die Moderation und Vermittlung übernimmt, sondern aktiv in die inhaltliche Arbeit eingreift, was ihre/seine Neutralität beeinträchtigen könnte.

Die vorgesehenen speziellen Regelungen zu Qualitätsprüfungen für ambulante Pflegeeinrichtungen, die gemeinschaftliche Wohnformen nach § 92c SGB XI betreiben, werden in Absatz 6 des § 113b SGB XI dargelegt. Diese werden abgelehnt (vgl. Stellungnahmen zu Nr. 32 und Nr. 50 § 45h SGB XI Leistungen in gemeinschaftlichen Wohnformen mit Verträgen zur pflegerischen Versorgung gemäß § 92c SGB XI). Statt zusätzlicher Regelungen für spezielle Versorgungsformen wäre es zielführender, ein einheitliches Qualitätssicherungssystem zu schaffen, welches sektorenübergreifend alle Pflegeeinrichtungen einbezieht. Besonders im Hinblick auf die Qualitätssicherung in der Pflege ist es entscheidend, dass diese neuen Modelle nicht nur bedarfsgerecht sind, sondern auch in die bestehenden Qualitätssicherungssysteme integriert werden, um eine gleichbleibend hohe Versorgungsqualität zu gewährleisten. In diesem Zusammenhang bedarf es einer Anpassung des § 113b SGB XI, um die wissenschaftliche Prüfung und Weiterentwicklung der Qualitätssicherung auf eine solide Basis zu stellen. Die derzeitigen Qualitätssicherungssysteme beziehen sich jedoch hauptsächlich auf klassische stationäre und ambulante Pflegeeinrichtungen.

Mit den vorgeschlagenen erweiterten Versorgungsangeboten – insbesondere der Einbindung von Angehörigen und Ehrenamtlichen und der quartiersbezogenen ambulanten Versorgung – entstehen neue Herausforderungen für die Qualitätssicherung. Um sicherzustellen, dass diese neuen Versorgungsangebote in bestehende Qualitätssicherungssysteme integriert werden, muss der § 113b SGB XI um einen klaren Auftrag zur wissenschaftlichen Prüfung ergänzt werden. Die wissenschaftli-

che Untersuchung sollte sich darauf fokussieren, wie die Qualität der Pflege in diesen Angeboten gemessen und dargestellt werden kann. Dies stellt sicher, dass auch bei flexibleren Versorgungsmodellen eine hohe Pflegequalität erhalten bleibt. Die bestehenden Prüfmechanismen nach § 114 SGB XI haben sich bewährt und bieten eine solide Grundlage zur Sicherstellung der Qualität in der Pflege. Sie gewährleisten eine kontinuierliche Überprüfung der Versorgungsstandards und sind in der Lage, flexibel auf neue Entwicklungen zu reagieren. Ein völlig neues Qualitätssicherungssystem für die alternativen Pflegeformen zu entwickeln, wäre nicht nur mit nicht gerechtfertigtem Aufwand verbunden, sondern könnte auch zu einer Fragmentierung des Pflegesystems führen. Vielmehr sollte eine wissenschaftliche Prüfung darauf abzielen, welche spezifischen Anpassungen innerhalb des bestehenden Qualitätsprüfungssystems vorgenommen werden müssen, um die Besonderheiten der neuen Versorgungsmodelle abzubilden, ohne die Prinzipien der bisherigen Qualitätskontrollen zu untergraben.

C Änderungsvorschlag

In § 113b Absatz 3 werden die Sätze 9 und 10 neu gestrichen.

In § 113b Absatz 4 wird die Neufassung der Nummer 6 gestrichen.

In § 113b SGB XI wird in Absatz 4 eine neue Nummer 7 eingefügt:

„7. zur Sicherstellung der Qualität in neuen Versorgungsangeboten wird der Qualitätsausschuss beauftragt, die Anpassung der bestehenden stationären Qualitätssysteme zu prüfen, um quartiersbezogene ambulante Versorgung für vollstationäre Einrichtungen und den Einbezug von Angehörigen und Ehrenamtlichen nahtlos einzubinden. Ziel der wissenschaftlichen Untersuchung ist es, festzustellen, welche Anpassungen notwendig sind, um diese neuen Versorgungsangebote an die bestehenden stationären Qualitätsprüfungen gemäß § 114 anzudocken. Die Ergebnisse der wissenschaftlichen Prüfung sind bis zum [Datum einsetzen] vorzulegen.“

Nr. 63 § 113c SGB XI Personalbemessung in vollstationären Pflegeeinrichtungen

A Beabsichtigte Neuregelung

Pflegefachassistentenpersonal nach dem Pflegefachassistentengesetz wird künftig bei der Personalbemessung in vollstationären Pflegeeinrichtungen berücksichtigt. Zudem soll der Einsatz von hochschulisch qualifiziertem Pflegefachpersonal in vollstationären Pflegeeinrichtungen soll gefördert und stärker in die Praxis integriert werden. Bislang wurde dieses Qualifikationsniveau in den empirisch fundierten Personalanhaltswerten nach § 113c SGB XI nicht berücksichtigt, da Hochschulabsolventen im Bereich Pflege selten in der Regelversorgung eingesetzt wurden. Vollstationäre Pflegeeinrichtungen haben bereits jetzt die Möglichkeit, akademisch ausgebildetes Personal einzustellen; der Gesetzgeber weist explizit darauf hin, dass damit verbunden die Möglichkeit besteht, diese Berufsgruppe höher zu entlohnen, wenn sie spezifische Aufgaben übernimmt. Die Intention ist die Schaffung zusätzlicher Beschäftigungsanreize: Pflegeeinrichtungen sollen über die bestehenden Personalanhaltswerte hinaus weitere Stellen für hochschulisch qualifiziertes Pflegepersonal verhandeln können, wenn diese mindestens 50 % ihrer Arbeitszeit in der direkten Pflege tätig sind. Dadurch soll der Theorie-Praxis-Transfer und die Anwendung evidenzbasierter Pflege in der Praxis gewährleistet werden.

Die Einführung eines Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in vollstationären Pflegeeinrichtungen wird wissenschaftlich im Rahmen der Modellvorhaben nach § 8 Absatz 3b SGB XI begleitet und evaluiert. Bereits vor Abschluss dieser Projekte stellt der Spitzenverband Bund der Pflegekassen freiwillige Informationen zur Verfügung, die Pflegeeinrichtungen bei der Vorbereitung von Personal- und Organisationsentwicklungsmaßnahmen unterstützen sollen. Neben den Maßnahmen, die im Rahmen des Modellprogramms entwickelt werden, können auch trägereigene Konzepte verwendet werden, sofern sie die Ziele des § 113c SGB XI erfüllen und sich an den Ergebnissen aus dem Modellprojekt nach § 8 Abs. 3b SGB XI orientieren. Dies soll zur Entbürokratisierung beitragen, indem bei einer geringfügigen Aufstockung des Personals nicht sofort umfassende Entwicklungsprozesse erforderlich sind.

Angesichts der aktuellen Herausforderungen auf dem Arbeitsmarkt, insbesondere des Fachkräfteengpasses, wird die Einbindung von Pflegeassistentenpersonen hervorgehoben. Pflegehelferinnen und Pflegehelfer sowie Assistentinnen und Assistenten, wie beispielsweise Stationsassistentinnen und -assistenten, sollen Aufgaben übernehmen, die Pflegefachpersonen entlasten, insbesondere in der administrativen Unterstützung wie bei der Pflegedokumentation.

Der Einsatz akademisch qualifizierter Pflegefachpersonen soll durch klare Aufgabenbereiche unterstützt und die Rahmenbedingungen für ihren Einsatz auf Landesebene harmonisiert werden. Hierfür sollen die Vertragspartner Aufgabenbereiche

für diese Fachpersonen erarbeiten, um eine notwendige Anpassung und Ergänzung der Rahmenverträge nach § 75 Absatz 1 SGB XI vorzubereiten. Darüber hinaus wird die ursprünglich gesetzte Frist zur Erarbeitung der Bundesempfehlungen gestrichen, um fortlaufende Weiterentwicklungen und Ergänzungen zu ermöglichen. Dies soll sicherstellen, dass die Empfehlungen flexibel an sich verändernde Anforderungen angepasst werden können. Zusätzlich wird die Beteiligung der Pflegeberufe an Entscheidungsprozessen gemäß § 118a SGB XI gestärkt.

B Stellungnahme

Die Einführung eines wissenschaftlich fundierten Personalbemessungsverfahrens und die stärkere Integration akademisch qualifizierter Pflegefachpersonen in vollstationäre Pflegeeinrichtungen stellen wichtige Schritte dar, um die Qualität der Pflege zu erhöhen und dem Fachkräfteengpass entgegenzutreten. Die Maßnahmen im Rahmen des § 113c SGB XI sowie die Modellprojekte nach § 8 Absatz 3b SGB XI zielen darauf ab, Personal effizienter und zielgerichteter einzusetzen, was den Pflegeprozess optimieren und die Pflegequalität nachhaltig verbessern kann. Jedoch ist es nicht zielführend, wenn die Modellprojektergebnisse fachlicher Maßstab für geeignete Personal- und Organisationsentwicklungsmaßnahmen werden sollen und nur im Ausnahmefall davon abgewichen werden kann. Vielmehr sollten vollstationäre Pflegeeinrichtungen eine gewisse Flexibilität bei der Auswahl dieser Maßnahmen ermöglicht werden, um einrichtungsindividuell einen Person-zentrierten und kompetenzorientierten Personaleinsatz im Sinne des § 113c SGB XI umsetzen zu können. Die Folgeänderungen aufgrund des Pflegefachassistenzgesetzes sind sachgerecht.

Besonders hervorzuheben ist der Fokus auf akademisch qualifizierte Pflegefachpersonen. Der gezielte Einsatz dieser Pflegefachpersonen soll durch die Schaffung von zusätzlichen Stellen über die bestehenden Personalanhaltswerte hinaus gefördert werden, wobei mindestens 50 % der Arbeitszeit in der direkten Pflege verbracht werden müssen. Diese Maßnahme ist ein wesentlicher Schritt, um den Theorie-Praxis-Transfer zu stärken und die Anwendung evidenzbasierter Pflege in den Pflegeeinrichtungen voranzutreiben. Die akademisch ausgebildeten Pflegefachpersonen erhalten dadurch einen klar definierten Platz in der Pflegepraxis, was nicht nur die Qualität der Versorgung verbessert, sondern auch das Berufsbild aufwertet.

Der in der Gesetzesbegründung aufgenommene Verweis, dass akademisch qualifiziertes Pflegepersonal höher zu entlohnen ist, wirkt wie ein Eingriff in die Tarifautonomie der Sozialpartner. Auch wenn Rahmenbedingungen oder Anreize für eine differenzierte Vergütung gerechtfertigt erscheinen, muss es den Tarifparteien obliegen, diese in den tariflichen Vereinbarungen auszugestalten.

Ein weiterer positiver Aspekt ist die Flexibilität, die den Pflegeeinrichtungen eingeräumt wird. Neben den im Rahmen des Modellprogramms entwickelten Maßnahmen

zur Personalentwicklung können auch trügereigene Konzepte umgesetzt werden, sofern sie die Ziele des § 113c SGB XI erfüllen. Diese Flexibilität trägt zur Entbürokratisierung bei und erleichtert es den Einrichtungen, Maßnahmen schrittweise umzusetzen, insbesondere bei einer geringfügigen Personalaufstockung.

Derzeit gibt es mehrere zentrale Ansätze zur Kompetenzorientierung und Aufgabenverteilung in der Pflege, die jedoch nicht ausreichend miteinander verbunden sind. Ein wichtiger Aspekt ist der im § 8 Absatz 3c SGB XI vorgesehene Katalog zur Aufgabenverteilung von Pflegefachpersonen, der von dem Spitzenverband der Pflegekassen und dem Spitzenverband der Krankenkassen gefördert werden soll. Dieser Katalog hat das Potenzial, eine klare und kompetenzorientierte Struktur in der Pflege zu schaffen, indem er definiert, welche Aufgaben von Pflegefachpersonen übernommen werden sollen. Gleichzeitig fordert § 11 SGB XI die Entwicklung von Delegationskonzepten, um eine klare Aufgabenverteilung zwischen Pflegefachpersonen, Pflegeassistenten und Pflegehilfskräften sicherzustellen. Diese Konzepte sind essenziell, um sicherzustellen, dass Aufgaben entsprechend der Qualifikationen delegiert werden und Pflegefachpersonen entlastet werden, indem Routineaufgaben an qualifizierte Assistenz- und Hilfskräfte übertragen werden.

Es besteht jedoch derzeit keine direkte Anknüpfung zwischen diesen Konzepten und der Arbeit der Rahmenvertragspartner, die gemäß § 75 SGB XI unter anderem für die Festlegung von Leistungsinhalten und personellen Anforderungen zuständig sind. Dies führt zu einem erheblichen Defizit in der praktischen Umsetzung. Der Katalog gemäß § 8 Absatz 3c SGB XI bleibt ohne rechtliche Verknüpfung mit den Rahmenverträgen auf einer abstrakten Ebene, ohne verbindliche Wirkung in der Praxis. Stattdessen sollen die Vertragspartner festlegen, welche Aufgaben akademisierte Pflegefachpersonen in den Pflegeeinrichtungen zu übernehmen haben. Ebenso fordert § 11 SGB XI zwar die Entwicklung von Delegationskonzepten, stellt aber keine zentralen Vorgaben oder Leitlinien bereit, um Pflegeeinrichtungen bei der Erstellung dieser Konzepte zu unterstützen (vgl. Stellungnahme zu Nr. 10 § 11 SGB XI Rechte und Pflichten der Pflegeeinrichtungen).

Insgesamt ist die fehlende Verbindung zwischen dem Katalog gemäß § 8 Absatz 3c SGB XI, den Delegationskonzepten nach § 11 SGB XI und den Rahmenverträgen nach § 75 SGB XI ein strukturelles Defizit, das sowohl die Versorgung in der Pflege als auch die Nutzung der personellen Ressourcen behindert. Eine rechtliche Verknüpfung dieser Bereiche wäre notwendig, um sicherzustellen, dass die Aufgabenverteilung und die Delegationskonzepte nicht nur als Empfehlungen bleiben, sondern in der Praxis zur Grundlage der Pflege werden. Nur so kann die pflegerische Versorgung langfristig gesichert und der Fachkräfteengpass gezielt angegangen werden.

C Änderungsvorschlag

§ 113c SGB XI wird wie folgt geändert:

In § 113c Absatz 2 wird folgender Satz 3 angefügt:

"Pflegeeinrichtungen sollen akademisch qualifizierte Pflegefachpersonen in die pflegerischen Strukturen integrieren, wobei mindestens 50 % ihrer Arbeitszeit für direkte Pflegeleistungen am Pflegebedürftigen verwendet werden müssen. Diese Stellen sind zusätzlich zu den regulären Personalanhaltswerten zu schaffen, um den Theorie-Praxis-Transfer und die evidenzbasierte Pflege zu fördern."

§ 113c Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 wird wie folgt geändert:

„soll die Pflegeeinrichtung geeignete Maßnahmen der Personal- und Organisationsentwicklung durchführen, die einen Person-zentrierten und kompetenzorientierten Personaleinsatz im Sinne des § 113c SGB XI gewährleisten.“

§ 113c Absatz 5 Satz 1 wird wie folgt geändert:

"Die Rahmenvertragspartner gemäß § 75 SGB XI haben sicherzustellen, dass der Katalog zur Aufgabenverteilung nach § 8 Absatz 3c SGB XI sowie die Delegationskonzepte nach § 11 SGB XI als Grundlage für die Vereinbarungen von Regelungen nach § 75 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 dienen."

Nr. 64 § 113d SGB XI Geschäftsstelle zur Begleitung und Unterstützung der fachlich fundierten Personal- und Organisationsentwicklung von Pflegeeinrichtungen

A Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Einführung des § 113d SGB XI soll eine Geschäftsstelle eingerichtet werden, die Pflegeeinrichtungen und Pflegefachpersonen bei der Umsetzung des Personalbemessungsverfahrens sowie bei der Entwicklung und Umsetzung fachlich fundierter Personal- und Organisationskonzepte unterstützt. Ziel ist es, die Qualität der pflegerischen Versorgung zu verbessern, die professionelle Pflegepraxis zu stärken und die im § 113c SGB XI angelegten strukturellen Weiterentwicklungen wirksam in die Praxis zu überführen.

Die Geschäftsstelle soll als zentrale Anlaufstelle fungieren und Pflegeeinrichtungen durch Fortbildungs- und Qualifizierungsangebote, insbesondere durch Multiplikatorenschulungen und digitale Selbstlernformate, bei der Einführung neuer Konzepte begleiten. Darüber hinaus ist vorgesehen, dass die Geschäftsstelle Kriterien zur konzeptionellen Personal- und Organisationsentwicklung erarbeitet, die eine kompetenzorientierte und stufenweise Weiterentwicklung in allen Versorgungsbereichen ermöglichen. Die Einbeziehung der Ergebnisse aus laufenden Modellvorhaben soll die Praxisnähe und Wirksamkeit der Maßnahmen zusätzlich stärken.

B Stellungnahme

Die Einrichtung einer Geschäftsstelle zur Unterstützung der Personal- und Organisationsentwicklung in Pflegeeinrichtungen ist sachgerecht. Eine solche Einrichtung kann dazu beitragen, pflegefachliche Anforderungen zu systematisieren, praxisnahe Konzepte zu verbreiten und die Umsetzung neuer gesetzlicher Vorgaben qualitätsgesichert zu begleiten. Der vorgesehene Auftrag greift viele richtige Aspekte auf – insbesondere die Verknüpfung von Pflegeprozessverantwortung, Delegation, Kompetenzentwicklung und Dokumentationspraxis.

Es fehlt jedoch eine ausdrückliche Benennung der Rolle akademisch qualifizierter Pflegefachpersonen. Diese Zielgruppe verfügt über spezifische Kompetenzen, die für die Weiterentwicklung der Versorgungsqualität, die konzeptionelle Gestaltung von Pflegeprozessen und die nachhaltige Implementierung qualifikationsdifferenzierter Aufgabenverteilungen von hoher Bedeutung sind. Es wäre daher konsequent, die gezielte Integration dieser Qualifikationsgruppe als Bestandteil der Unterstützungsleistungen der Geschäftsstelle gesetzlich zu verankern.

C Änderungsvorschlag

§ 113d SGB XI wird in Nummer 3 wie folgt ergänzt:

Nach den Wörtern „Personal- und Organisationsentwicklungsmaßnahmen“ werden die Wörter „unter besonderer Berücksichtigung der Einbindung hochschulisch qualifizierter Pflegefachpersonen“ eingefügt.

Nr. 65 § 114 SGB XI Qualitätsprüfungen

A Beabsichtigte Neuregelung

Mit Wirkung zum 01.01.2028 sollen die Prüfaufträge zur Durchführung von Qualitätsprüfungen nicht mehr dezentral durch die Landesverbände der Pflegekassen, sondern zentral über eine vom GKV-Spitzenverband einzurichtende digitale Daten- und Kommunikationsplattform übermittelt werden. Die Plattform soll neben der Auftragsvergabe auch Informationen zur Art und Anzahl der durchgeführten Prüfungen enthalten und statistische Auswertungen ermöglichen. Die privaten Versicherungsunternehmen beteiligen sich mit 10 % an den Aufbau- und Betriebskosten der Plattform.

Darüber hinaus wird eine gesetzliche Grundlage für die flexible Durchführung von Qualitätsprüfungen in Krisensituationen geschaffen. Der Medizinische Dienst Bund wird beauftragt, im Benehmen mit dem GKV-Spitzenverband, dem Prüfdienst der PKV und im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit Regelungen zur Durchführbarkeit von Prüfungen unter besonderen Krisenbedingungen zu erarbeiten. Dabei sind wissenschaftliche und krisenbezogene Erkenntnisse zu berücksichtigen. Eine Verlängerung des Prüfrhythmus um bis zu ein Jahr wird ermöglicht. Mit der Änderung von Absatz 2 Satz 7 wird klargestellt, dass sich Regelprüfungen auch auf die Leistungen des Basispakets bei gemeinschaftlichen Wohnformen nach § 92c SGB XI erstrecken.

B Stellungnahme

Die Regelung zur Einführung einer Daten- und Kommunikationsplattform ist nicht sachgerecht und daher zu streichen. Der Aufbau neuer paralleler IT-Systeme würde erhebliche Kosten verursachen, ohne einen proportionalen Mehrwert zu garantieren.

Bei den Beauftragungen zur Durchführung von Qualitätsprüfungen kann auf etablierte und sichere technische Verfahren zum Datenaustausch zwischen den Landesverbänden der Pflegekassen und den Medizinischen Diensten und dem Prüfdienst der PKV gesetzt werden. Die Beteiligten stehen in regelmäßigem Austausch, die Verfahren sowie die Anforderungen an technische Schnittstellen zu verbessern und weiterzuentwickeln.

Die bestehenden Systeme und technischen Schnittstellen haben sich in der Praxis bewährt und werden fortlaufend verbessert. Die direkte Kommunikation zwischen Auftraggebern und Auftragnehmern ist ein gut etabliertes und funktionierendes Verfahren, das durch die Einführung einer zusätzlichen Plattform unnötig aufgebrochen wird. Dies könnte nicht nur zu einem höheren administrativen Aufwand führen, sondern auch die Effizienz in der Zusammenarbeit beeinträchtigen.

Zentral ist zudem, dass die Plattform keine neue operative Steuerung durch den GKV-Spitzenverband einführt, sondern die Verantwortung der Landesverbände als Auftraggeber unangetastet lässt.

Betrachtet man die erhebliche Anzahl und den Umfang der Prüfaufträge, kann von erheblichen Kosten für den Aufbau und den Betrieb der Plattform ausgegangen werden. Es handelt sich gegenüber dem Status quo um zusätzliche Kosten, die in keinem Verhältnis zum zu erwartenden Nutzen stehen.

Regelprüfungen für gemeinschaftliche Wohnformen werden in die bestehenden Rahmenbedingungen, die für vollstationäre Einrichtungen gelten und bereits Anwendung finden, einbezogen. Regelprüfungen sind dahingehend anzupassen, dass quartiersbezogene ambulante Versorgungsangebote von vollstationären Einrichtungen, auch unter Berücksichtigung der Einbindung von Angehörigen und Ehrenamtlichen integriert werden.

Die geplanten Regelungen zur Durchführbarkeit von Qualitätsprüfungen in Krisensituationen von nationaler und regionaler Tragweite werden begrüßt. Während der Corona-Pandemie wurden bereits Erfahrungen gesammelt und zeitlich befristete Regelungen getroffen, die als Grundlage dienen können. Krisenereignisse werden auch zukünftig auftreten und bereits vorhandene Regelungen können dann ohne Zeitverzug in Kraft gesetzt werden.

C Änderungsvorschlag

In § 114 SGB XI wird der Absatz 1a gestrichen.

Die neu hinzugefügten Regelungen in § 114 Absatz 2 Satz 7 werden gestrichen.

Nr. 66 § 114a SGB XI Durchführung der Qualitätsprüfungen

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Ankündigung von Regelprüfungen soll künftig zwei Arbeitstage umfassen. In Absatz 2 erfolgt eine Konkretisierung der Prüfrechte bei ambulanten Pflegeeinrichtungen, insbesondere im Hinblick auf gemeinschaftliche Wohnformen. Die Prüfinstitutionen dürfen mit Einwilligung der betroffenen Person die Pflegequalität auch in deren Wohnräumen überprüfen.

Darüber hinaus sollen auf Grundlage der Bundesempfehlungen und bestehender Regelungen für gemeinschaftliche Wohnformen sowie unter Berücksichtigung der langjährigen Expertise in der Qualitätssicherung, Anpassungen der Richtlinien für die ambulante Pflege erfolgen. Sobald die wissenschaftlichen Ergebnisse nach § 113b SGB XI vorliegen, ist der Medizinische Dienst Bund verpflichtet, die vorgeschlagenen Anpassungen unverzüglich umzusetzen.

Bei einer Unterschreitung der Prüfquote durch den Prüfdienst des PKV-Verbands übermittelt der GKV-Spitzenverband die Daten an das Bundesamt für Soziale Sicherung, das dann die Kostenermittlung vornimmt.

Der Medizinische Dienst Bund muss die Qualitätsprüfungsrichtlinien in der Pflege zukünftig dahingehend prüfen, inwieweit über ein fachlich vertretbares und wirtschaftliches Maß hinausgehende Anforderungen reduziert und Doppelprüfungen vermieden werden können.

Die maßgeblichen Organisationen der Vertreter der Pflegeberufe auf Bundesebene nach § 118a SGB XI sind künftig zu beteiligen.

B Stellungnahme

Die Erweiterung der Prüfankündigung auf zwei Arbeitstage ist sachgerecht. Sie entspricht den Empfehlungen des wissenschaftlichen Abschlussberichtes zur Anpassung der Instrumente und Verfahren für Qualitätsprüfungen nach §§ 114 ff. SGB XI und die Qualitätsdarstellung nach § 115 Abs. 1a SGB XI in der ambulanten Pflege.

Die vorgeschlagenen Anpassungen der Richtlinien für die ambulante Pflege auf Grundlage der Bundesempfehlungen und bestehender Regelungen für gemeinschaftliche Wohnformen sowie die verpflichtende Umsetzung der wissenschaftlichen Ergebnisse nach § 113b SGB XI durch den Medizinischen Dienst Bund sind abzulehnen (vgl. auch Stellungnahmen zu Nr. 36 und Nr. 55 § 45h SGB XI Leistungen in gemeinschaftlichen Wohnformen mit Verträgen zur pflegerischen Versorgung gemäß § 92c SGB XI und zu Nr. 62 § 113b SGB XI Qualitätsausschuss).

Die Anpassung der Richtlinien sollte dahingehend erfolgen, dass quartiersbezogene ambulante Versorgungsangebote für vollstationäre Einrichtungen sowie die Einbindung von Angehörigen und Ehrenamtlichen in den Pflegeprozess und in das bestehende stationäre Qualitätssicherungssystem integriert werden. Diese Erweiterung ist notwendig, um der steigenden Bedeutung flexibler und neuer Versorgungsangebote gerecht zu werden, ohne dabei die Qualitätsprüfungen unnötig zu verkomplizieren oder separate Prüfmechanismen zu schaffen.

Eine zentrale Stärke dieser Anpassung liegt darin, dass keine neuen, separaten Prüfmechanismen für die quartiersbezogene ambulante Versorgung und die Einbindung von Angehörigen und Ehrenamtlichen geschaffen werden müssen.

Dies verhindert eine Zersplitterung der Qualitätsprüfungen und würde sowohl die Prüfinstitutionen als auch die betroffenen Pflegeeinrichtungen vor unnötigen administrativen Belastungen schützen. Stattdessen werden diese neuen Versorgungsformen sinnvoll und effizient in die bereits bestehenden, bewährten stationären Qualitätsprüfungen integriert. Dies fördert die Einheitlichkeit der Qualitätsstandards und ermöglicht eine sektorenübergreifende Vergleichbarkeit der Pflegequalität.

Die Neuregelung zur Prüfquote des PKV-Prüfdienstes ist zu begrüßen. Das Bundesamt wird nur noch im Bedarfsfall tätig, was Verwaltungsaufwand reduziert. Die vorgesehene digitale Plattform wird hingegen wegen des Aufwands kritisch gesehen (Vgl. Stellungnahme Nr. 65 §114 SGB XI Qualitätsprüfungen).

Die Analyse von thematischen Überschneidungen zwischen Prüfungen der Medizinischen Dienste und der Heimaufsichtsbehörden, eine Bewertung dieser auf Landesebene und Vereinbarungen zur Vermeidung von doppelt geprüften Inhalten sind zu begrüßen.

Die Beteiligung der maßgeblichen Organisationen der Vertreter der Pflegeberufe auf Bundesebene nach § 118a SGB XI ist sachgerecht.

C Änderungsvorschlag

In § 114a Absatz 7 Satz 1 wird die Ergänzung gestrichen.

In § 114a wird in Absatz 7 Satz 3 gestrichen und folgender Satz 3 ergänzt:

„Die Richtlinien sind dahingehend anzupassen, dass quartiersbezogene ambulante Versorgungsangebote von vollstationären Einrichtungen unter Berücksichtigung der Einbindung von Angehörigen und Ehrenamtlichen in die bestehenden stationären Qualitätsprüfungen integriert werden. Diese neuen Versorgungsangebote sollen unter Berücksichtigung der spezifischen Anforderungen, wie die Einbindung von Angehörigen und Ehrenamtlichen in den Pflegeprozess, innerhalb des stationären Qualitätssicherungssystems geprüft und bewertet werden, ohne dass separate Prüfmechanismen geschaffen werden müssen.“

Nr. 67 § 114c SGB XI Richtlinien zur Verlängerung des Prüfrhythmus in vollstationären Einrichtungen bei guter Qualität und zur Veranlassung unangemeldeter Prüfungen; Berichtspflicht

A Beabsichtigte Neuregelung

Der Prüfrhythmus von zugelassenen teilstationären oder ambulanten Pflegeeinrichtungen kann ab dem 01.07.2027 um höchstens zwei Jahre verlängert werden, wenn ein gutes Qualitätsniveau bei der Qualitätsprüfung erreicht wurde.

Der Medizinische Dienst Bund hat die maßgeblichen Organisationen der Vertreter der Pflegeberufe auf Bundesebene nach § 118a SGB XI zu beteiligen.

Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen berichtet dem Bundesministerium für Gesundheit über die Qualitätsprüfungen nach § 114 SGB XI in allen Settings sowie im gemeinschaftlichen Wohnformen nach § 92c SGB XI. Es erfolgt eine Aufschlüsselung der Daten nach Ländern zum Stichtag 31.12.

B Stellungnahme

Es ist sachgerecht, dass die bereits bestehende Möglichkeit, den Prüfrhythmus bei guter Qualität in stationären Einrichtungen auf 2 Jahre zu verlängern, auf teilstationäre und ambulante Pflegeeinrichtungen ausgeweitet wird. Es ist davon auszugehen, dass sich der Prüfaufwand durch die Regelung sowohl für die teilstationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen als auch für die Prüfdienste reduziert.

Wichtig ist bei der Ausgestaltung der Kriterien für gute Qualität in teilstationären und ambulanten Diensten sowie bei der Umsetzung der Prüfrhythmusverlängerung, dass diese nicht mit einem unverhältnismäßigen administrativen Mehraufwand für die Landesverbände der Pflegekassen verbunden sind.

Von der Regelung gleichermaßen tangiert sind auch die Abrechnungsprüfungen in ambulanten Pflegediensten, welche seit 2016 in die Qualitätsprüfung integriert wurden und zeitgleich stattfinden. Gute Qualitätsergebnisse korrelieren jedoch nicht mit unauffälligen Abrechnungsprüfungen, auch bei guten Qualitätsergebnissen können Auffälligkeiten in den Abrechnungsprüfungen festgestellt werden. Dementsprechend sollte eine Verlängerung des Prüfrhythmus nur erfolgen, wenn bei der Qualitätsprüfung neben der Erfüllung der Qualitätskriterien keine Auffälligkeiten in der Abrechnungsprüfung festgestellt wurden. Anlassprüfungen, auch abrechnungsbezogen, müssen weiterhin möglich bleiben.

Dies trägt auch dem Umstand Rechnung, dass ein hohes Qualitätsniveau in der pflegerischen Versorgung nicht zwangsläufig mit regelkonformem Abrechnungsverhalten einhergeht. Ein ganzheitliches Bild der Qualität einer Einrichtung ergibt sich erst aus der Verknüpfung beider Prüfbereiche.

Die Erweiterung der Berichterstattung nach § 114c SGB XI ist sehr zu begrüßen. In-
dem zukünftig auch teilstationäre und ambulante Pflegeeinrichtungen in die Be-
richterstattung einbezogen werden, wird ein umfassenderer und transparenterer
Überblick möglich.

Die Einführung einer gesonderten Berichtspflicht für gemeinschaftliche Wohnformen
ist nicht sachgerecht und nicht erforderlich, da die bestehenden Rahmenbedingun-
gen für vollstationäre Einrichtungen weitergelten (vgl. Stellungnahmen zu Nr. 36
und Nr. 55 § 45h Leistungen in gemeinschaftlichen Wohnformen mit Verträgen zur
pflegerischen Versorgung gemäß § 92c, Nr. 62 § 113b Pflegequalitätsausschuss, Nr.
66 § 114a Durchführung von Qualitätsprüfungen).

Die Ausweitung der Berichterstattung auf teilstationäre, ambulante und vollstatio-
näre Versorgungsformen ist zu begrüßen, da sie einen umfassenderen Überblick
über das Prüfgeschehen in der Pflege ermöglicht; hierfür ist die geplante Daten-
und Kommunikationsplattform beim GKV-Spitzenverband, wie sie im Rahmen der
Qualitätsprüfungen nach § 114 SGB XI vorgesehen ist und abgelehnt wird (vgl. Stel-
lungnahme zu Nr. 65 § 114 Qualitätsprüfungen) nicht erforderlich. Die eingeführte
Berichtspflicht kann auch mit den bereits etablierten und bewährten technischen
Verfahren zum Datenaustausch zwischen den Pflegekassen, den Medizinischen
Diensten und dem Prüfdienst der PKV sichergestellt werden.

C Änderungsvorschlag

In § 114c wird Absatz 3 Satz 1 Nummer 2 wie folgt geändert:

In § 114c Absatz 1 wird ein Satz Nummer 2 und 3 eingefügt:

„Eine Verlängerung des Prüfrhythmus im Abstand von höchstens zwei Jahren für
ambulante Pflegeeinrichtungen kann nur erfolgen, wenn neben dem Erreichen eines
hohen Qualitätsniveaus zusätzlich keine Auffälligkeiten bei der Abrechnungsprü-
fung festgestellt werden. Anlassprüfungen bleiben davon unberührt.“

„2. Qualitätsprüfungen, die nach § 114 SGB XI in vollstationären, teilstationären
und ambulanten Pflegeeinrichtungen durchgeführt werden; die entsprechenden Da-
ten sollen nach Ländern aufgeschlüsselt werden.“

Der in Absatz 3 angefügte Satz wird wie folgt geändert:

„Erstmals zum 31.03.2028 und danach jährlich enthält der Bericht nach Satz 1 je-
weils eine statistische Datenaufstellung aufgeschlüsselt nach Ländern zum Stich-
tag 31.12.“

Nr. 68 § 115 SGV XI Ergebnisse von Qualitätsprüfungen, Qualitätsdarstellung, Vergütungskürzung

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Richtlinien nach § 114a Absatz 7 SGB XI sollen hinsichtlich der Durchführung von Qualitätsprüfungen in gemeinschaftlichen Wohnformen nach § 92c SGB XI angepasst werden. Es soll eine Veröffentlichung der Prüfergebnisse bzw. ein Aushang in den Einrichtungen nach § 92c SGB XI erfolgen. Die Qualitätsdarstellungsvereinbarung für Einrichtungen nach § 92c SGB XI soll auch unter Beteiligung der maßgeblichen Organisationen der Vertreter der Pflegeberufe auf Bundesebene nach § 118a SGB XI geschlossen werden. Sollten Mängel durch die Pflegekasse bei Einrichtungen nach § 92c SGB XI festgestellt werden, kann der Betrieb versagt werden. Die Pflegekasse vermittelt in diesem Falle eine Weiterversorgung der Pflegebedürftigen. Die Haftung für entstandene Kosten liegt bei der ambulanten Pflegeeinrichtung.

B Stellungnahme

Die Anpassung der Richtlinien nach § 114a Absatz 7 SGB XI in Bezug auf gemeinschaftliche Wohnformen nach § 92c SGB XI ist in der vorgeschlagenen Form abzulehnen (vgl. Stellungnahmen zu Nr. 32 Leistungen in gemeinschaftlichen Wohnformen mit Verträgen zur pflegerischen Versorgung gemäß § 92c). Der Fokus auf spezifische Sonderregelungen für gemeinschaftliche Wohnformen führt zu einer weiteren Sektorisierung der Überprüfung von Pflegequalität und erschwert eine einheitliche und vergleichbare Qualitätsprüfung über verschiedene Versorgungsformen hinweg.

Anstatt separate Prüfkriterien und Aushangpflichten für Wohnformen nach § 92c zu schaffen, sollte vielmehr das Ziel verfolgt werden, die bestehenden Qualitätsprüfungsinstrumente zu erweitern und an alle Versorgungsformen anzupassen. Die Einführung von Sonderregelungen und spezifischen Aushangpflichten für einzelne Versorgungsmodelle führt zu einer Fragmentierung des Qualitätsmanagements in der Pflege und erschwert die Vergleichbarkeit der Qualität von Pflegeeinrichtungen.

Die Richtlinien nach § 114a Absatz 7 SGB XI müssen im Hinblick auf die Durchführung von Qualitätsprüfungen an die Entwicklungen aus dem wissenschaftlichen Auftrag nach § 113b Absatz 4 Nummer 7 SGB XI angepasst werden. Es ist notwendig, dass die Richtlinien so modifiziert werden, dass die spezifischen Anforderungen dieser neuen Versorgungsangebote, wie die Beteiligung von Angehörigen und Ehrenamtlichen bei der Pflege und die Ausweitung stationärer Einrichtungen auf quartiersbezogene Pflegeleistungen, innerhalb des bestehenden Prüfrahmens erfasst werden.

Die Veröffentlichung der Prüfergebnisse sollte wie gewohnt auch für diese neuen Versorgungsangebote erfolgen, um Transparenz zu gewährleisten. Gleichzeitig muss die Qualitätsdarstellungsvereinbarung unter Einbeziehung der maßgeblichen

Organisationen der Pflegeberufe erfolgen, um sicherzustellen, dass die neuen Modelle dieselben Qualitätsstandards erfüllen wie klassische stationäre Pflegeeinrichtungen.

Sollten in den neuen Versorgungsmodellen Mängel festgestellt werden, ist es notwendig, dass die bestehenden Mechanismen zur Mängelbeseitigung und Haftung auch hier greifen. Die Anpassung der Richtlinien stellt sicher, dass diese neuen Versorgungsformen nicht nur organisatorisch in das System eingebunden werden, sondern auch denselben hohen Qualitätsanforderungen unterliegen wie die etablierten Pflegeeinrichtungen.

C Änderungsvorschlag

In § 115 wird im Absatz 1a die vorgenommene Änderung in Satz 2 gestrichen.

In § 115 wird im Absatz 1a nach Satz 2 ein neuer Satz 3 eingefügt:

„Dies gilt auch für neue Versorgungsangebote, wie quartiersbezogene ambulante Versorgung für vollstationäre Einrichtungen und der Einbindung von Angehörigen und Ehrenamtlichen, die in das stationäre Qualitätssicherungssystem integriert werden. Die Ergebnisse der Qualitätsprüfungen dieser Versorgungsmodelle sind in das bestehende stationäre Prüf- und Darstellungssystem gemäß den Richtlinien nach § 114a aufzunehmen.“

In § 115 wird im Absatz 5 die vorgenommene Änderung in Satz 1 und Satz 2 gestrichen.

In § 115 wird im Absatz 6 die vorgenommene Änderung in Satz 1 gestrichen.

Nr. 69 § 117 SGB XI Zusammenarbeit mit den nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörden

A Beabsichtigte Neuregelung

In Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 wurde die Möglichkeit geschaffen, dass Medizinische Dienste zukünftig eine Überprüfung nach heimrechtlichen Vorschriften im Auftrag der Heimaufsichtsbehörden vornehmen können. Es sind Vereinbarungen zum Prozedere und der Kostenübernahme zu treffen.

B Stellungnahme

Die Möglichkeit der Prüfung aus einer Hand durch die Medizinischen Dienste mit dem Ziel der Vermeidung von Doppelprüfungen wird grundsätzlich begrüßt. Eine Verzahnung der Prüfungen von Medizinischen Diensten und Heimaufsichtsbehörden ist sinnvoll, um vorhandene Synergien noch besser zu nutzen. Auch wenn die Ausgestaltung auf der Landesebene erfolgt, sind gemeinsame Handlungsempfehlungen auf Bundesebene sinnvoll, um einen grundsätzlichen Rahmen der Zusammenarbeit festzulegen.

Durch die Neuregelung besteht jedoch die Gefahr, dass die Medizinischen Dienste durch die Übernahme zusätzlicher Aufgaben weiter belastet werden und die flächendeckende und vollständige Sicherstellung jährlicher Regelprüfungen, eine der Kernaufgaben der Medizinischen Dienste (Ausnahme Verlängerung des Prüfrhythmus bei guter Qualität), gefährdet ist.

Um eine möglichst einheitliche, effiziente und rechtssichere Umsetzung auf Länderebene zu unterstützen, sollten auf Bundesebene Handlungsempfehlungen zur Ausgestaltung der Zusammenarbeit zwischen Medizinischem Dienst und Heimaufsichtsbehörden entwickelt werden. Diese könnten u. a. Kriterien für die Beauftragung, Mindeststandards für Abstimmungsprozesse sowie Regelungen zur Berücksichtigung der Kapazitäten des Medizinischen Dienstes enthalten. Eine bundeseinheitliche Orientierungshilfe kann dazu beitragen, erhebliche Unterschiede in der Praxis der Länder zu vermeiden, Synergien wirksam zu nutzen und Doppelprüfungen systematisch auszuschließen. Auch für die Pflegeeinrichtungen schafft dies mehr Transparenz und Planbarkeit.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Nr. 71 § 118a SGB XI Maßgebliche Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene, Verordnungsermächtigung

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelung zielt darauf ab, die Beteiligung der maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene zu vereinheitlichen. Dies betrifft die im Fünften und Elften Buch SGB vorgesehenen Beteiligungen. Da es derzeit keine Bundespflegekammer gibt und eine Vielzahl von Verbänden existiert, wird das Bundesministerium für Gesundheit ermächtigt, per Rechtsverordnung festzulegen, welche Organisationen als maßgeblich gelten und wie das Beteiligungsverfahren abläuft. Die Regelung soll sicherstellen, dass die Pflegeberufe trotz der heterogenen Verbändelandschaft angemessen in Entscheidungen einbezogen werden.

Das Bundesministerium für Gesundheit legt dabei die Voraussetzungen und das Verfahren für die Anerkennung der Organisationen per Verordnung fest. Ziel ist, die Rolle der Pflegeorganisationen zu stärken und ihre umfassende Beteiligung sicherzustellen. Zudem soll geprüft werden, wie auch landesrechtlich geregelte Organisationen beteiligt werden können.

Da viele Vertreter der Pflegeberufe ehrenamtlich tätig sind, soll die Verordnung auch regeln, unter welchen Bedingungen Reisekosten und Verdienstausschlag erstattet werden können, damit die Pflegeberufe ihre Expertise in der Erfüllung gesetzlicher Aufgaben einbringen können.

B Stellungnahme

Die Vereinheitlichung zur Beteiligung maßgeblicher Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene ist zu begrüßen. Sie stärkt die Einbindung der Pflegeberufe in Entscheidungsprozesse, insbesondere da derzeit keine Bundespflegekammer existiert. Durch die Vielzahl an Organisationen im Pflegebereich wird eine klare Definition der maßgeblichen Organisationen notwendig, um effektive Mitbestimmung sicherzustellen.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Nr. 72 § 122 SGB XI Kooperationsprojekt zu Erleichterungen in der Praxis bei der Beantragung von Leistungen der Pflegeversicherung

A Beabsichtigte Neuregelung

In einem auf die Dauer von vier Jahren ab dem 01.04.2026 befristeten Projekt soll der Spitzenverband Bund der Pflegekassen gemeinsamen mit den Pflegekassen ein Gremium zur Kooperation bilden. Ziele des Projektes sind die Entwicklung von Ideen und Lösungen hinsichtlich Reduktion, Vereinfachung und Vereinheitlichung von Formularen oder anderen formalen Vorgaben, die von Pflegekassen im Rahmen der Beantragung von Leistungen der Pflegeversicherung eingesetzt werden. Zudem sollen auch Hilfestellungen bei der Antragstellung betrachtet und daraus ein Leitfaden erstellt werden.

Das Gremium kann hierbei dauerhaft oder zeitliche begrenzt und/oder fachbezogen weitere relevante Akteure beteiligen, wie bspw. Gematik, Medizinische Dienste, Interessenvertretung der pflegebedürftigen Menschen und deren An- und Zugehörigen.

Die Projektfinanzierung erfolgt aus den Mitteln nach § 8 Absatz 3 SGB XI. Die Auszahlung erfolgt aus dem Ausgleichsfonds.

B Stellungnahme

Das mit der gesetzlichen Regelung intendierte Ziel wird zwar dem Grunde nach begrüßt, die Ausgestaltung ist jedoch abzulehnen. Statt zusätzliche Mittel aus dem Ausgleichsfonds für die Dauer von vier Jahren in die Arbeit eines neu zu gründenden Gremiums zu investieren, sollten bereits bestehende und etablierte Strukturen und Gremien genutzt werden. Die Pflegekassen verfolgen insbesondere vor dem Hintergrund der Digitalisierungsbestrebungen ein starkes Eigeninteresse an der Vereinheitlichung des Antragsverfahrens. Für die Arbeit der Pflegeberatung besteht ebenfalls aus eigenen Interessen heraus der Anspruch, die Antragsformulare einheitlich, nachvollziehbar und verständlich anzubieten. Die etablierten Gremienstrukturen des GKV-Spitzenverbandes ermöglichen bereits heute eine Verständigung auf gemeinsame Verfahrensweisen, die über die Grenzen der einzelnen Kassenarten hinweg wirken. Darüber hinaus können Handlungs- und Umsetzungsempfehlungen für die Pflegekassen in den bestehenden Strukturen gemeinsam erarbeitet werden.

C Änderungsvorschlag

Die Regelung zu § 122 SGB XI ist zu streichen.

Nr. 73 § 123 SGB XI Gemeinsame Modellvorhaben für Unterstützungsmaßnahmen und -strukturen vor Ort und im Quartier

A Beabsichtigte Neuregelung

Der Förderzeitraum für gemeinsame Modellvorhaben vor Ort und im Quartier wird um ein Jahr bis 2029 verlängert. Die Finanzierung im Jahr 2029 speist sich ausschließlich aus den im Vorjahr nicht verbrauchten Mitteln.

B Stellungnahme

Die Verlängerung des Förderzeitraums, so dass Modellvorhaben mit Beginn nach 2025 auch die volle Laufzeit von vier Jahren nutzen können, wird begrüßt. Sie entspricht dem Wunsch der Länder und der weiteren Beteiligten vor Ort.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Nr. 74 § 125a SGB XI Modellvorhaben zur Erprobung von Telepflege

A Beabsichtigte Neuregelung

Die bisherige Regelung wird neu strukturiert. Statt bisher 10 Mio. Euro stehen für die laufenden Vorhaben bis Ende 2025 noch 5 Mio. Euro aus dem Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung zur Verfügung.

Neu aufgenommen wird die Verpflichtung des GKV-Spitzenverbandes, bis zum 31.12.2027 Empfehlungen zur Umsetzung der Ergebnisse der wissenschaftlich gestützten Erprobung von Telepflege zur Verbesserung der pflegerischen Versorgung in der ambulanten und stationären Langzeitpflege zu erarbeiten.

B Stellungnahme

Die Regelung ist sachgerecht. Die nicht verausgabten Mittel in Höhe von 5 Millionen Euro werden sinnvoll zur Weiterentwicklung der Leistungen der pflegerischen Versorgung im Rahmen des neu eingerichteten Modellprogramms nach § 8 Absatz 3c SGB XI eingesetzt.

Die laufenden Modellprogramme und Evaluationen können wesentliche Erkenntnisse darüber liefern, wie Telepflege in der Praxis umgesetzt werden kann und welche telepflegerischen Ansätze effektiv sind. Daher ist es sachgerecht, auf die Ergebnisse dieser wissenschaftlichen Erprobungen zu warten und auf Basis der gewonnenen Erkenntnisse Empfehlungen zu entwickeln.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Nr. 75 § 125c SGB XI Modellvorhaben zur Erprobung digitaler Verhandlungen der Pflegevergütung

A Beabsichtigte Neuregelung

In den Jahren 2026 bis 2028 wird der Spitzenverband Bund der Pflegekassen beauftragt, Modellvorhaben zur Erprobung digitaler Verhandlungen der Pflegevergütung durchzuführen. Mit dieser Neuregelung wird das Ziel verfolgt, dass Vergütungsverhandlungen künftig effizient und zügig zum Abschluss gebracht werden können. Für die Modellvorhaben ist eine wissenschaftliche Begleitung und Auswertung vorzusehen. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen bestimmt Ziele, Dauer, Inhalte und Durchführung der Modellvorhaben, die mit dem Bundesministerium für Gesundheit abzustimmen sind.

B Stellungnahme

Das Vorhaben wird begrüßt, im Rahmen von Modellvorhaben unter Federführung des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen und den am Verhandlungsverfahren beteiligten Akteuren digitale Verhandlungsprozesse für die Pflegevergütung zu erproben.

Nicht zuletzt mit der Einführung der Regelungen zur tariflichen Bezahlung im Pflegevertrags- und -vergütungsrecht haben sich die Anforderungen für zeitnahe Abschlüsse der Vereinbarungen neu sortiert. Aufgrund der daraus resultierenden, auf bestimmte Zeitpunkte im Kalenderjahr konzentrierte Verhandlungsdichte scheint es besonders vorteilhaft, bestehende Prozesse im Verhandlungsgeschäft unter wissenschaftlicher Begleitung zu bewerten und mit dem Ziel effizienter und zügiger Abschlüsse zu digitalisieren. Dabei sind aber auch bereits bestehende vereinfachte Verhandlungsverfahren aus einzelnen Bundesländern in den Blick zu nehmen und diese auf eine digitale Weiterentwicklung entsprechend hin zu überprüfen.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Nr. 75 § 125d SGB XI Modellvorhaben zur Erprobung der Flexibilisierung der Leistungserbringung stationärer Pflegeeinrichtungen

siehe Stellungnahme zu Nr. 50

Nr. 76 § 146a SGB XI Übergangsregelung zur Versorgung von pflegebedürftigen Mitgliedern geistlicher Genossenschaften, Diakonissen und ähnlichen Personen in ordensinterner Pflege

A Beabsichtigte Neuregelung

Vom 01.01.2026 bis 31.12.2035 übernehmen unter bestimmten Voraussetzungen die Pflegekassen die pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung und medizinischer Behandlungspflege für pflegebedürftige Mitglieder geistlicher Genossenschaften, Diakonissen und ähnliche Personen maximal bis zur Höhe der nach § 43 Absatz 2 Satz 2 und Absatz 3 geregelten Beträge.

B Stellungnahme

Aufgrund besonderer Gegebenheiten ist die Verortung der Übergangsregelung im zweiten Abschnitt des sechzehnten Kapitels des SGB XI sachgerecht.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Nr. 77 § 150 SGB XI Sicherstellung der pflegerischen Versorgung, Kostenerstattung für Pflegeeinrichtungen und Pflegebedürftige

A Beabsichtigte Neuregelung

§ 150 Abs. 1 SGB XI wird aufgehoben. Zudem erfolgen redaktionelle Anpassungen.

B Stellungnahme

Die Änderung ist sachgerecht und nachvollziehbar. Die entsprechende Stellungnahme findet sich unter Nr. 43.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Nr. 78 § 154 SGB XI Zulassung zur Pflege durch Versorgungsvertrag

A Beabsichtigte Neuregelung

Die bisher vorgesehene Kürzung der Ergänzungshilfen um 20 % bei nicht fristgerechter Einreichung der Jahresendabrechnung wird auf 100 % angehoben. Gleichzeitig wird die Frist zur Einreichung dieser Abrechnungen vom 31.12.2025 auf den 30.06.2026 verlängert.

B Stellungnahme

Die geplanten Änderungen sind sachgerecht. Mit der Neufassung wird ein klarer und wirksamer Sanktionsmechanismus eingeführt, der auf die bisherigen Erfahrungen und Rückmeldungen aus der Praxis reagiert.

Die Erhöhung der Rückforderung auf 100 % ist erforderlich, da Rückmeldungen der Pflegekassen deutlich gemacht haben, dass zahlreiche Einrichtungen im Antragszeitraum für Ergänzungshilfen ihre Abschläge massiv erhöht haben. Es wurden bislang jedoch erst ein Teil der verpflichtenden Jahresabrechnungen tatsächlich eingereicht. Der bisherige Mechanismus einer pauschalen Kürzung von lediglich 20 % bei fehlender Abrechnung wurde bereits im damaligen Gesetzgebungsverfahren als unzureichend kritisiert. In den Stellungnahmen wurde ausdrücklich vor den daraus resultierenden ökonomischen Fehlanreizen gewarnt. Einrichtungen konnten in der Praxis von einer faktischen Überzahlung profitieren, ohne die dafür vorgesehene Rechenschaftspflicht in Form einer vollständigen Jahresabrechnung zu erfüllen.

Mit der vorgesehenen vollständigen Rückforderung wird ein deutlicher und verhältnismäßiger Anreiz zur fristgerechten Abrechnung geschaffen. Die gleichzeitige Verlängerung der Frist zur Einreichung der Jahresabrechnungen vom 31.12.2025 auf den 30.06.2026 (neuer Satz 11) stellt sicher, dass den Einrichtungen ein ausreichend bemessener Zeitraum für die Aufbereitung und Übermittlung der erforderlichen Unterlagen zur Verfügung steht.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 3 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Nr. 1 § 15 Absatz 1 SGB V Ärztliche Behandlung, elektronische Gesundheitskarte

A Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Änderung wird das Verhältnis zwischen ärztlicher Behandlung und pflegerischer Zuständigkeit gesetzlich klargestellt. Es wird konkretisiert, dass sich der Arztvorbehalt auf die ärztliche Behandlung im Sinne des Fünften Buches Sozialgesetzbuch beschränkt. Zugleich erfolgt eine Abgrenzung zur pflegefachlichen Prozessverantwortung, die nicht Teil ärztlicher Behandlung ist. Diese Klarstellung ist im Zusammenhang mit der neuen Regelung des § 15a SGB V zu sehen, nach der bestimmte Leistungen ärztlicher Behandlung künftig auch durch Pflegefachpersonen mit entsprechender Kompetenz erbracht werden können.

In Absatz 1 Satz 1 erfolgt die Streichung des Verweises auf Modellvorhaben nach § 63 Absatz 3c SGB V.

B Stellungnahme

Die Änderung ist sachgerecht. Sie schafft eine gesetzliche Klarstellung zur Abgrenzung des Arztvorbehalts gemäß § 15 SGB V gegenüber den neuen Regelungen in § 15a SGB V. Durch die ergänzende Formulierung wird verdeutlicht, dass sich der Arztvorbehalt auf die Erbringung ärztlicher Leistungen nach dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch bezieht und nicht die pflegerische Prozessverantwortung umfasst. Letztere liegt berufsrechtlich ausschließlich bei den Pflegefachpersonen. Die Abgrenzung stärkt die Eigenverantwortung von Pflegefachpersonen im Rahmen ihrer fachlichen Zuständigkeit und ist insbesondere im Hinblick auf die eröffnete Möglichkeit zur Ausübung heilkundlicher Aufgaben durch entsprechend qualifizierte Pflegefachpersonen zu begrüßen.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Nr. 2 § 15a SGB V Behandlung durch Pflegefachpersonen, Pflegeprozessverantwortung

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Neuregelung regelt, unter welchen Voraussetzungen Pflegefachpersonen bestimmte Leistungen der ärztlichen Behandlung im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung eigenverantwortlich erbringen dürfen. Zugleich wird gesetzlich festgelegt, dass Pflegefachpersonen für die Verantwortung im Pflegeprozess zuständig sind. Der neue Paragraph schafft eine einheitliche sozialrechtliche Grundlage für die heilkundliche Tätigkeit von Pflegefachpersonen sowie für deren pflegefachliche Steuerungsverantwortung.

Pflegefachpersonen erhalten die Befugnis, bestimmte Leistungen der ärztlichen Behandlung nach ärztlicher Diagnose und Indikationsstellung selbständig und eigenverantwortlich zu erbringen. Diese Leistungen waren bislang Ärztinnen und Ärzten vorbehalten und konnten nur im Rahmen von Modellvorhaben durch Pflegefachpersonen übernommen werden. Mit der Neuregelung werden die bisherigen Modellvorhaben nach §§ 63 Abs. 3b, 3c und 64d SGB V in die Regelversorgung überführt.

Pflegefachpersonen haben im Rahmen ihrer entsprechenden Qualifikation einen eigenen fachlichen Entscheidungs- und Verantwortungsbereich. Die eigenverantwortliche Ausübung umfasst insbesondere die Entscheidung über Art, Dauer und Häufigkeit der Maßnahmen, die fachlich indizierte Einbeziehung weiterer Berufsgruppen sowie die haftungsrechtliche Verantwortung unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots.

Voraussetzung für die eigenverantwortliche Erbringung heilkundlicher Leistungen ist das Vorliegen entsprechender fachlicher Kompetenzen. Diese können erworben werden:

- im Rahmen der primärqualifizierenden hochschulischen Pflegeausbildung (§ 37 Abs. 3 PflBG),
- durch eine bundesweit einheitlich anerkannte, staatlich geregelte Weiterbildung,
- oder durch eine als gleichwertig anerkannte Qualifikation, z. B. über Berufserfahrung oder im Ausland erworbene Kompetenzen.

Die Länder sind für die staatliche Anerkennung der Weiterbildungen und Qualifikationen zuständig. Zur Sicherstellung bundesweiter Vergleichbarkeit ist vorgesehen, dass standardisierte Kompetenzbeschreibungen auf Grundlage des Pflegeberufgesetzes entwickelt und als fachlicher Referenzrahmen genutzt werden.

Die Neuregelung stellt klar, dass Pflegefachpersonen im Rahmen der Leistungen nach dem SGB V auch für die Pflegeprozessverantwortung zuständig sind. Damit

wird der pflegeberufliche Vorbehalt gemäß § 4 Pflegeberufegesetz in das Leistungsrecht übernommen.

Pflegeassistenten- und Hilfskräfte können Pflegefachpersonen bei der Durchführung pflegerischer Leistungen unterstützen, sofern dies ihrer Qualifikation entspricht. Sie übernehmen dabei eine Durchführungsverantwortung im Rahmen der von Pflegefachpersonen geplanten Maßnahmen. Die Gesamtverantwortung für die Pflegeprozessgestaltung verbleibt bei der Pflegefachperson.

Für bestimmte Aufgaben – etwa im Bereich der häuslichen Krankenpflege – wird auch auf die Kompetenzen von Pflegefachassistenten Bezug genommen. Diese können in definierten Aufgabenbereichen selbständig medizinisch-pflegerische Leistungen durchführen, ohne jedoch in die pflegeberuflichen Vorbehaltsaufgaben einbezogen zu sein.

B Stellungnahme

Die Neuregelung wird ausdrücklich begrüßt. Sie trägt zur Stärkung des Pflegeberufs als eigenständigem Heilberuf bei, schafft Klarheit über die heilkundlichen Kompetenzen von Pflegefachpersonen und regelt deren Verantwortung im Pflegeprozess gesetzlich verbindlich.

Die Überführung bisheriger Modellvorhaben in die Regelversorgung ist ein notwendiger und richtiger Schritt. Die Leistungen, die Pflegefachpersonen bereits heute auf Grundlage berufsrechtlich erworbener Kompetenzen verantwortungsvoll erbringen könnten, erhalten mit der Regelung eine klare sozialrechtliche Grundlage. Die vorgesehene eigenverantwortliche Leistungserbringung orientiert sich am tatsächlichen Versorgungsgeschehen und fördert eine ressourcenschonende, qualifikationsorientierte Arbeitsteilung im Gesundheitswesen.

Die gesetzliche Verankerung der Pflegeprozessverantwortung im SGB V ist folgerichtig. Die verbindliche Anerkennung der Vorbehaltsaufgaben nach § 4 PflBG im Leistungsrecht stärkt die fachliche Verantwortung und dient zugleich der Klarstellung gegenüber anderen Berufsgruppen. Die ausdrückliche Ausnahme der Pflegeprozessverantwortung aus dem ärztlichen Behandlungsauftrag ist daher sachgerecht.

Die Regelung schafft zudem eine wichtige rechtliche Grundlage für interprofessionelle Zusammenarbeit. Indem die eigenverantwortliche Tätigkeit von Pflegefachpersonen klar von delegierten Tätigkeiten abgegrenzt wird, wird auch die Rollenverteilung zwischen Pflege und Medizin neu bestimmt – im Sinne einer kooperativen, qualifikationsbasierten Arbeitsteilung. Zu kritisieren ist die Einschränkung auf „nach ärztlicher Diagnose und Indikationsstellung“. Vor allem letzteres schränkt das Tätigkeitsfeld nicht sachgerecht ein. Außerdem steht dies im Widerspruch zu den in § 73d Abs. 1 SGB V beispielhaft genannten Aufgaben. Zu bedenken ist außerdem,

dass eine solche Regelung geplante gesetzgeberische Bestrebungen (z. B. Notfallgesetz oder Primärversorgung) konterkarieren würde. Beispielsweise würde dies den Einsatz eines digitalen Ersteinschätzungsverfahrens verhindern.

Die vorgesehenen Qualifikationswege über die hochschulische Ausbildung oder bundesweit einheitlich anerkannte Weiterbildungen sind sinnvoll. Damit wird der Zugang zur heilkundlichen Leistungserbringung nicht ausschließlich an den akademischen Abschluss gebunden, sondern auch für beruflich qualifizierte Pflegefachpersonen geöffnet. Voraussetzung ist jedoch eine transparente, standardisierte und rechtsverbindliche Anerkennungspraxis durch die Länder. Die angekündigte Bund-Länder-Arbeitsgruppe ist dafür ein geeigneter nächster Schritt.

C Änderungsvorschlag

In Absatz 1 Satz 1 Nr. 1 werden die Wörter „und Indikationsstellung“ gestrichen.

Nr. 3 § 20 Absatz 5 Satz 2 SGB V Primäre Prävention und Gesundheitsförderung

A Beabsichtigte Neuregelung

Der Katalog von Präventionsempfehlungen zur verhaltensbezogenen Primärprävention, welche die Krankenkasse zu berücksichtigen hat, wird erweitert durch Empfehlungen von Pflegefachpersonen. Im Rahmen der Unterstützung pflegebedürftiger Menschen, die in der Häuslichkeit gepflegt werden, sollen durch Pflegefachpersonen ausgesprochene Präventionsempfehlungen durch die Krankenkassen berücksichtigt werden. Ebenfalls sollen im Rahmen der Pflegebegutachtung festgehaltene Feststellungen zur Prävention Berücksichtigung finden.

B Stellungnahme

Pflegebedürftige Personen sind gleichzeitig auch Versicherte der Krankenversicherung und haben Anspruch auf Leistungen der Krankenkassen zur primären Prävention und Gesundheitsförderung. Bereits jetzt sehen Regelungen im SGB XI die Information und Hinleitung zu Angeboten der Prävention und Gesundheitsförderung für pflegebedürftige Menschen vor. Pflegebedürftige Menschen können schon jetzt Angebote der Primärprävention gegen Kostenerstattung bei z. B. Wohlfahrtsverbänden wahrnehmen. Die Richtlinie des GKV-Spitzenverbandes zur einheitlichen Durchführung der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI enthält bereits entsprechende Formulierungen dazu, dass Pflegeberatende Anspruchsberechtigte sowie Angehörige oder weitere Personen zu Möglichkeiten beraten sollen, Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung in Anspruch zu nehmen. Ebenfalls werden in den Begutachtungs-Richtlinien des MD Bund nach § 17 SGB XI gutachterliche Empfehlungen zu den Präventionsleistungen nach § 20 SGB V geregelt.

Gesundheitsförderung und Prävention im Umfeld von Pflegebedürftigkeit ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. In Kooperation mit weiteren verantwortlichen Akteuren in der Kommune müssen die Anstrengungen auf die Entwicklung und flächendeckende Umsetzung von Angeboten für pflegebedürftige Menschen, die in der Häuslichkeit gepflegt werden, fokussiert und verstärkt werden. Daher ist nicht die Hinleitung zu (neu zu schaffenden) Angeboten der verhaltensbezogenen Primärprävention durch Krankenkassen nach § 20 Absatz 5 SGB V anzustreben, sondern vielmehr die Verknüpfung mit § 20a SGB V Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten für die Zielgruppe der pflegebedürftigen Menschen. Dies trägt auch dem engen Zusammenhang Rechnung, der zwischen den Gegebenheiten vor Ort und der Gestaltung eines guten Lebens auch unter Bedingungen von Pflegebedürftigkeit besteht.

Bei pflegebedürftigen Menschen sind anstelle von verhaltensbezogener Primärprävention vielmehr Maßnahmen im Bereich der Sekundär- und Tertiärprävention relevant. Genau diese Zielgruppen nimmt der Ansatz der „Präventionspflege“ der AOK-

Gemeinschaft in den Blick. Die „Präventionspflege“ zielt darauf ab, die Selbstständigkeit und Lebensqualität pflegebedürftiger Personen zu stärken und ihre Autonomie so lange wie möglich zu bewahren. Zukünftig soll ein eigenständiger Anspruch auf „Präventionspflege“ im Pflegeversicherungsgesetz verankert werden (siehe auch die Kommentierung zu § 5 Absatz 1a SGB XI).

Da die Schaffung von neuen zertifizierten Kursen der Krankenkassen zur Verhaltensprävention speziell für pflegebedürftige Menschen nicht für sinnvoll erachtet wird, vielmehr die Zusammenarbeit mit anderen Akteuren in der Lebenswelt Kommune zur Gesundheitsförderung und Prävention für in der Häuslichkeit betreute pflegebedürftige Menschen im Fokus steht, ist eine Hinleitung auf solche Kurse weder durch Pflegefachpersonen, Pflegeberatungspersonen noch durch den Medizinischen Dienst zielführend. Die Ergänzung in § 20 Absatz 5 Satz 2 Nr. 2 ist daher zu streichen.

C Änderungsvorschlag

§ 20 Absatz 5 Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„Bei ihrer Entscheidung über eine Leistung zur verhaltensbezogenen Prävention berücksichtigen die Krankenkassen

1. eine Präventionsempfehlung nach § 25 Absatz 1 Satz 2 oder § 26 Absatz 1 Satz 3,
2. eine im Rahmen einer arbeitsmedizinischen Vorsorge oder einer sonstigen ärztlichen Untersuchung schriftlich abgegebene Empfehlung.“

Nach § 20a Absatz 1 Satz 5 SGB V wird folgender Satz 6 ergänzt:

„Die Belange der in der sozialen Pflegeversicherung versicherten Pflegebedürftigen in häuslicher Pflege sollen berücksichtigt werden. Bei der Erbringung von Leistungen für diese Personengruppe arbeiten die Kranken- und Pflegekassen eng mit den für die Altenhilfe nach § 71 SGB XII zuständigen örtlichen und überörtlichen Trägern der Sozialhilfe zusammen.“

Nr. 4 § 24j SGB V Mutterschaftsgeld

A Beabsichtigte Neuregelung

Für Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, die in Deutschland beschäftigt sind, aber in einem anderen Staat wohnen, in dem Mutterschaftsgeld steuerpflichtig ist, soll zur Berechnung des Mutterschaftsgeldes nicht das Nettoarbeitsentgelt (inklusive deutscher Steuerabzüge), sondern das sogenannte Regelentgelt abzüglich der Sozialversicherungsbeiträge – jedoch ohne Berücksichtigung deutscher Steuern – herangezogen werden.

Ziel dieser Regelung ist es, eine Doppelbesteuerung von Grenzgängerinnen und Grenzgängern beim Bezug von Mutterschaftsgeld zu vermeiden.

B Stellungnahme

Die bereits erwartete Gesetzesanpassung ist sachgerecht und auf Verlangen des BMG seit 2023 gelebte Krankenkassenpraxis. Mit den BSG-Urteilen vom 03.11.2021 (Az. B 11 AL 6/21 R) und vom 22.09.2022 (Az. B 11 AL 34/21 R) ist das BMG auf den GKV-Spitzenverband zugegangen und bat die GKV im Vorgriff auf eine anstehende Rechtsänderung in bestimmten Fallkonstellationen die Berechnung des Mutterschaftsgeldes auf „Bruttolohnbasis“ vorzusehen. Dies wurde von der GKV umgesetzt. Die Verfahrensbeschreibung zum DTA EEL Version 12 wurde in der Folge ab 01.01.2024 entsprechend angepasst. Die Gesetzesanpassung sorgt nun für die rechtliche Grundlage und wird aus fachlicher Sicht befürwortet.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Nr. 5 § 33 Absatz 5a SGB V Hilfsmittel

A Beabsichtigte Neuregelung

Ergänzung, dass die entsprechend der Voraussetzungen des Rahmenvertrages nach § 73d von einer Pflegefachperson ausgestellte Hilfsmittelverordnung einer vertragsärztlichen Verordnung gleichsteht.

B Stellungnahme

Die als Folgeänderung zum neu gefassten § 73d vorgesehene Ergänzung des § 33 Absatz 5a SGB V wird begrüßt.

Neben der formalen Gleichstellung der von einer Pflegefachperson ausgestellten Verordnung als leistungsrechtliche Grundlage ist aber auch noch zu bedenken, dass diese in einer Form erfolgt, die eine möglichst unbürokratische Leistungserbringung und Abrechnung erlaubt.

Die von Pflegefachpersonen ausgestellten Verordnungen müssen in bestehende und künftige Prozesse (Telematikinfrastruktur, Fachdienst, eVerordnung) integriert werden können; sie sollten daher auf den gleichen Verordnungsmustern wie im vertragsärztlichen Bereich erfolgen. Dies sollte unbedingt in den hierfür grundlegenden Regelungen hinterlegt werden. Außerdem muss jede Pflegefachperson ein valides, eindeutiges Leistungserbringerkennzeichen entsprechend einer LANR erhalten, welches auf der Verordnung anzugeben ist. Die sogenannte Beschäftigtennummer in der aktuellen Form ist hierfür ungeeignet.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Nr. 6 § 37 SGB V Häusliche Krankenpflege

A Beabsichtigte Neuregelung

Durch die Ergänzung nach dem Begriff „Wohnformen“ im Absatz 1 Satz 1 durch „gemeinschaftlichen Wohnformen mit Verträgen zur pflegerischen Versorgung gemäß § 92c des Elften Buches“ soll ein neuer Leistungsanspruch für Versicherte geschaffen werden.

Mit der Aufnahme der Zuständigkeitsregelungen nach § 15a Absatz 1 Nummer 1 und 3 SGB V in den § 37 SGB V wird geregelt, dass Pflegefachpersonen die heilkundlichen Tätigkeit im Rahmen der häuslichen Krankenpflege erbringen dürfen. Es wird klargestellt, dass für Versicherte, für die die Pflegekassen die pflegebedingten Aufwendungen nach § 146a SGB XI übernehmen, kein Anspruch auf Leistungen der häuslichen Krankenpflege besteht.

B Stellungnahme

Bezugnehmend auf die Stellungnahmen zu Nr. 36, 55 und 75 §§ 45h, 92c und 125d SGB XI werden eigene leistungs- und vertragsrechtliche Regelungen für diese spezielle Versorgungsform abgelehnt. Die ausschließliche Ergänzung in Absatz 1 Satz 1 (Krankenhausvermeidungspflege) lässt sich so interpretieren, dass es bei den Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 92c Abs. 1 Satz 2 Nummer 3 ausschließlich um diese Leistungen gehen kann. Dies wäre ggf. klarzustellen.

Die Aufnahme des Paragraphen 15 a Absatz 1 Nummer 1 und 3 SGB V ermöglicht Pflegefachpersonen die Leistungen der eigenverantwortlich heilkundlichen Tätigkeiten im Rahmen der häuslichen Krankenpflege durchzuführen und wird ausdrücklich begrüßt.

Die Klarstellung hinsichtlich des Leistungsanspruchs von Versicherten, für die die Pflegekassen die pflegebedingten Aufwendungen nach § 146a SGB XI erbringen, ist sachgerecht.

C Änderungsvorschlag

In § 37 wird im Absatz 1 Satz 1 der Einschub „gemeinschaftlichen Wohnformen mit Verträgen zur pflegerischen Versorgung gemäß § 92c des Elften Buches“ gestrichen.

Nr. 8 § 39a SGB V Stationäre und ambulante Hospizleistungen

A Beabsichtigte Neuregelung

Mit den Änderungen werden die Begriffe der Krankenschwester, des Krankenpflegers so wie der Begriff der Pflegefachkraft an die Legaldefinition der Pflegefachperson in § 15a Absatz 3 SGB V angepasst.

B Stellungnahme

Die Änderung ist folgerichtig.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Nr. 9 § 44a SGB V Krankengeld bei Spende von Organen, Geweben oder Blut zur Separation von Blutstammzellen oder anderen Blutbestandteilen

A Beabsichtigte Neuregelung

Eine Folgeänderung zu Artikel 3 Nr. 11 sowie eine inhaltlich gebotene Klarstellung zu ausgeschlossenen Ansprüchen wird vorgenommen.

B Stellungnahme

Die Änderungen werden aus fachlicher Sicht als sachgerecht und zustimmungsfähig bewertet.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Nr. 10 § 45 SGB V Krankengeld bei Erkrankung des Kindes

A Beabsichtigte Neuregelung

Der verlängerte Anspruchszeitraum für das Kinderkrankengeld gemäß § 45 Absatz 2a SGB V soll über die bisher geltenden Kalenderjahre 2024 und 2025 hinaus auch für das Jahr 2026 fortgeschrieben werden.

Eine weitere Entscheidung soll bewusst erst nach Vorlage der Empfehlungen der im Koalitionsvertrag der 21. Legislaturperiode vorgesehenen Kommission erfolgen, um deren Bewertung nicht vorwegzunehmen. Die Kommission soll unter Einbeziehung von Expertinnen und Experten sowie Sozialpartnern die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung umfassend bewerten und Empfehlungen zur Stabilisierung der Beitragssätze erarbeiten.

Darüber hinaus wird im Paragraphen eine Folgeänderung zu Artikel 3 Nr. 11 vorgenommen.

B Stellungnahme

Aus fachlicher Sicht wird die beabsichtigte Fortschreibung des verlängerten Anspruchszeitraums für Kinderkrankengeld gemäß § 45 Absatz 2a SGB V für das Kalenderjahr 2026 befürwortet.

Das gewählte Vorgehen, die Regelung bewusst befristet auszugestalten, wird ebenfalls unterstützt. Es berücksichtigt die im Koalitionsvertrag der 21. Legislaturperiode vorgesehene Einrichtung einer Kommission zur Bewertung der Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung und greift deren zukünftige Empfehlungen nicht vor. Damit wird eine sachgerechte und evidenzbasierte Entscheidungsfindung über eine mögliche dauerhafte Regelung ermöglicht.

Verbesserungen beim Anspruch auf Kinderkrankengeld, die als versicherungsfremde Leistungen im Sinne des § 221 SGB V zu qualifizieren sind, sind durch eine entsprechende Erhöhung des pauschalen Bundeszuschusses aus allgemeinen Steuermitteln auszugleichen.

Eine Gleichbehandlung von beschäftigten und arbeitslosen Eltern ist durch die analoge Anpassung in § 421d Absatz 3 Satz 1 SGB III (siehe Artikel 6) sichergestellt. Auch die Folgeänderung zu Artikel 3 Nr. 11 ist sachgerecht.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Nr. 11 § 47 SGB V Höhe und Berechnung des Krankengeldes

A Beabsichtigte Neuregelung

Für Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, die in Deutschland beschäftigt sind, aber in einem anderen Staat wohnen, in dem Krankengeld steuerpflichtig ist, soll zur Berechnung des Krankengeldes nicht das Nettoarbeitsentgelt (inklusive deutscher Steuerabzüge), sondern das sogenannte Regelentgelt abzüglich der Sozialversicherungsbeiträge – jedoch ohne Berücksichtigung deutscher Steuern – herangezogen werden.

Ziel dieser Regelung ist es, eine Doppelbesteuerung von Grenzgängerinnen und Grenzgängern beim Bezug von Krankengeld zu vermeiden.

B Stellungnahme

Die bereits erwartete Gesetzesanpassung ist sachgerecht und auf Verlangen des BMG seit 2023 gelebte Krankenkassenpraxis. Mit den BSG-Urteilen vom 03.11.2021 (Az. B 11 AL 6/21 R) und vom 22.09.2022 (Az. B 11 AL 34/21 R) ist das BMG auf den GKV-Spitzenverband zugegangen und bat die GKV im Vorgriff auf eine anstehende Rechtsänderung in bestimmten Fallkonstellationen die Berechnung des Krankengeldes auf „Bruttolohnbasis“ vorzusehen. Dies wurde von der GKV umgesetzt. Die Verfahrensbeschreibung zum DTA EEL Version 12 wurde in der Folge ab 01.01.2024 entsprechend angepasst. Die Gesetzesanpassung sorgt nun für die rechtliche Grundlage und wird aus fachlicher Sicht befürwortet.

Diese Regelung zieht folgende Folgeregelungen nach sich:

- Artikel 3 Nummer 9 - § 44a SGB V
- Artikel 3 Nummer 10 - § 45 SGB V
- Artikel 7 § 47 SGB VII

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Nr. 12 § 63 SGB V Grundsätze

A Beabsichtigte Neuregelung

Die bestehende Absätze 3b und 3c werden durch einen neuen Absatz 3b ersetzt. Der neue Absatz 3b stellt klar, dass Modellvorhaben, die auf Grundlage des § 63 Absatz 3b oder Absatz 3c SGB V in der bis zum (Inkrafttreten des Gesetzes) geltenden Fassung begonnen wurden, auf der bisherigen Rechtsgrundlage weitergeführt werden können. Neue Modellvorhaben können ab dem (Inkrafttreten des Gesetzes) nicht mehr begonnen werden, da die Überführung der Modellvorhaben in die Regelversorgung überführt werden.

Der bisherige Absatz 3d wird zu Absatz 3c.

B Stellungnahme

Die Änderung wird begrüßt.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Nr. 13 § 64d SGB V Verpflichtende Durchführung von Modellvorhaben zur Übertragung ärztlicher Tätigkeiten

A Beabsichtigte Neuregelung

Die gesetzlichen Regelungen zur eigenverantwortlichen Ausübung heilkundlicher Tätigkeiten durch Pflegefachpersonen werden in die Regelversorgung überführt. Der Rahmenvertrag ist entsprechend der neuen Vorgaben zur Prüfung gemäß § 73d SGB V anzupassen. Darüber hinaus wird der Begriff der Pflegefachkraft an die gesetzliche Definition der Pflegefachperson angeglichen, und die Rahmenvertragspartner werden begrifflich präzisiert. Ergänzend wird eine gesetzliche Verpflichtung zur Anpassung des Rahmenvertrags bis zum 31.03.2027 aufgenommen. Ziel ist es, dass die in Anlage 1 des Rahmenvertrags genannten Leistungen der ärztlichen Behandlung durch Pflegefachpersonen künftig auch im Rahmen der Regelversorgung erbracht werden können. Obsolet gewordene Fristen werden gestrichen.

B Stellungnahme

Die Änderungen werden begrüßt.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Nr. 14 § 65d SGB V Förderung besonderer Therapieeinrichtungen

A Beabsichtigte Neuregelung

Der Förderzeitraum für Modellvorhaben, in denen Leistungserbringende Menschen mit pädophilen Sexualstörungen behandeln, wird um weitere zwei Jahre bis zum 31.12.2027 verlängert. Damit verlängert sich der gesamte Förderzeitraum auf elf Jahre, ohne dass zwischenzeitlich Ergebnisse über die Wirksamkeit der Therapieangebote vorgelegt wurden.

B Stellungnahme

Die Verlängerung des Förderzeitraums sollte mit einer verbindlichen Frist für die Vorlage der Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung verbunden werden.

C Änderungsvorschlag

Einfügen einer Frist für die Vorlage der Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung.

Nr. 15 § 70 SGB V Qualität, Humanität und Wirtschaftlichkeit

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Qualität und Ausgestaltung der Versorgung müssen sich künftig nicht nur an medizinischen, sondern auch an pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen orientieren. Die Verpflichtung zur Berücksichtigung pflegewissenschaftlicher Grundlagen gilt für Krankenkassen ebenso wie für alle Leistungserbringende. Die Ergänzung betrifft damit den zentralen Maßstab für die Ausgestaltung, Bewertung und Sicherung der Versorgung im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung.

B Stellungnahme

Die vorgesehene Ergänzung um den Verweis auf „pflegewissenschaftliche Erkenntnisse“ stellt eine konsequente Weiterentwicklung des gesetzlichen Qualitätsanspruchs in der Versorgung dar und wird begrüßt. Mit der Klarstellung, dass sich die Versorgung der Versicherten nicht nur am Stand der medizinischen, sondern auch am Stand der pflegewissenschaftlichen Erkenntnisse auszurichten hat, wird die Rolle der Pflege als eigenständige, wissenschaftlich fundierte Disziplin im GKV-System gestärkt.

Die Ergänzung eröffnet die Grundlage für eine strukturelle Weiterentwicklung hin zu einer interprofessionell ausgerichteten Versorgung, bei der pflegewissenschaftliche Evidenz gleichwertig mit medizinischer Evidenz in Betracht gezogen wird.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Nr. 16 § 73d SGB V Eigenverantwortliche Erbringung von Leistungen durch Pflegefachpersonen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung; eigenverantwortliche Verordnung häuslicher Krankenpflege durch Pflegefachpersonen, Evaluation

A Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Neuregelung soll ein vertraglicher Rahmen geschaffen werden, der es qualifizierten Pflegefachpersonen ermöglicht, bestimmte Leistungen der ärztlichen Behandlung sowie Leistungen der häuslichen Krankenpflege eigenverantwortlich zu erbringen oder zu verordnen. Die bisher lediglich modellhaft erprobte Ausübung heilkundlicher Tätigkeiten durch Pflegefachpersonen wird damit in die Regelversorgung überführt. Grundlage dafür ist ein Vertrag, den die Kassenärztliche Bundesvereinigung, der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die maßgeblichen Spitzenorganisationen der Pflegedienste sowie die Vereinigungen der Träger stationärer Pflegeeinrichtungen bis zum 31.07.2027 schließen sollen. In diesem Vertrag sollen die Leistungen benannt werden, die Pflegefachpersonen auf Basis ihrer Qualifikation eigenverantwortlich erbringen können, sowie Leistungen im Rahmen der häuslichen Krankenpflege, die sie verordnen dürfen. Zudem sind Regelungen zur Ausgestaltung dieser Verordnungen sowie zur interprofessionellen Zusammenarbeit mit Ärztinnen und Ärzten festzulegen.

Ergänzend dazu ist bis Ende 2026 zu prüfen, ob der bestehende Rahmenvertrag gemäß § 64d SGB V an die neuen Anforderungen angepasst werden muss, um eine Überführung der bislang im Modell erbrachten Leistungen in die Regelversorgung zu ermöglichen. Der Vertrag muss außerdem klar definieren, auf welcher Qualifikationsgrundlage Pflegefachpersonen die vereinbarten Leistungen erbringen dürfen. Dabei ist zwischen der beruflichen und der hochschulischen Ausbildung sowie ggf. zusätzlichen staatlich anerkannten Weiterbildungen zu unterscheiden. Auch pflegewissenschaftliche Expertisen, die nach § 8 Absatz 3c SGB XI gefördert wurden, sollen berücksichtigt werden, um die Zuordnung konkreter Leistungen zu den entsprechenden Kompetenzen nachvollziehbar zu gestalten.

Die vereinbarten Leistungen können von Pflegefachpersonen erbracht oder verordnet werden, wenn sie bei einem an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer oder bei einem nach § 132a Absatz 4 SGB V zugelassenen Pflegedienst tätig sind. Ebenso ist die Tätigkeit in stationären Pflegeeinrichtungen möglich, sofern diese nach § 119b Absatz 1 Satz 3 SGB V zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung ermächtigt wurden. Den maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe sowie der Bundesärztekammer ist vor Abschluss des Vertrags Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; sie haben zudem das Recht, an den Sitzungen der Vertragspartner teilzunehmen.

Sollte der Vertrag nicht fristgerecht zustande kommen, kann ein Schiedsverfahren eingeleitet werden. Eine unabhängige Schiedsperson ist dann innerhalb von einem

Monat zu bestimmen, die wiederum innerhalb von drei Monaten den Vertragsinhalt verbindlich festzulegen hat. Nach Inkrafttreten des Vertrags haben die Vertragspartner die Auswirkungen der eigenverantwortlichen Leistungserbringung auf Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung zu evaluieren. Die Evaluation umfasst auch Leistungen in Pflegeeinrichtungen und ist spätestens vier Jahre nach Vertragsbeginn abzuschließen und dem Bundesministerium für Gesundheit vorzulegen.

Darüber hinaus führt das Bundesministerium für Gesundheit selbst eine ergänzende Evaluation durch, die sich insbesondere auf die Umsetzung in Krankenhäusern, Reha- und Vorsorgeeinrichtungen sowie auf pflegebedürftige Menschen in stationären Einrichtungen erstreckt. Dabei werden auch gesetzliche und strukturelle Voraussetzungen geprüft, die eine Umsetzung begünstigen oder behindern könnten. Die Ergebnisse dieser Prüfung sollen unter Berücksichtigung pflegewissenschaftlicher Erkenntnisse und fachlicher Gutachten in einen Bericht an Bundestag und Bundesrat münden, um gegebenenfalls gesetzliche Anpassungen im Leistungsrecht vorzunehmen.

B Stellungnahme

Die vorgesehene Regelung zur eigenverantwortlichen Erbringung und Verordnung von Leistungen durch Pflegefachpersonen eröffnet grundsätzlich neue Perspektiven für eine kompetenzorientierte und teambasierte Gesundheitsversorgung. Die Möglichkeit, dass Pflegefachpersonen heilkundliche Tätigkeiten eigenverantwortlich und auf Grundlage ihrer Qualifikation ausüben, stellt einen bedeutenden Schritt zur Weiterentwicklung ihrer beruflichen Rolle im dar. Die Überführung der bisherigen Modellvorhaben in die Regelversorgung ist daher ausdrücklich zu begrüßen. Damit wird auch eine Grundlage für die angestrebte Reform der Primärversorgung geschaffen. Diese muss interdisziplinär und teambasiert ausgerichtet werden, um die gesundheitliche und pflegerische Versorgung insgesamt effizienter, bedarfsgerechter und patientenzentrierter gestalten zu können. Mit dem neuen § 73d können zwar Pflegefachpersonen angestellt in Arztpraxen tätig werden und laut Gesetzesbegründung „hinsichtlich ihrer Eigenverantwortlichkeit mit Ärzten (z. B. mit in der vertragsärztlichen Versorgung mit angestellten Ärzten) vergleichbar“ tätig werden, allerdings hat es der Gesetzgeber bisher versäumt, weitere dafür notwendige Regelungen vorzusehen. Beispielsweise ist keine Zulassung, Qualifikationsüberprüfung oder Anrechnung in der Bedarfsplanung vorgesehen. Die Pflegefachpersonen erhalten auch keine Leistungserbringernummer und werden nicht in das Verzeichnis der vertragsärztlichen Versorgung aufgenommen, sodass für die Krankenkassen nicht ersichtlich ist, wer die Leistungen erbringt oder verordnet und ob die notwendigen Qualifikationsvoraussetzungen erfüllt sind. Auch gibt es keine Obergrenze für die Anzahl angestellter Pflegefachpersonen pro Vertragsärztin oder -arzt, wie sie beispielsweise für angestellte Ärztinnen und Ärzte sehr wohl existiert. Gerade vor diesem Hintergrund sollten auch haftungsrechtliche Vorgaben ergänzt werden.

Damit wird ein wesentlicher Beitrag geleistet, um Versorgungsstrukturen stärker kompetenzorientiert, sektorenübergreifend und im Sinne einer effektiven interprofessionellen Zusammenarbeit weiterzuentwickeln. Besonders hervorzuheben ist, dass die Neuregelung die unterschiedlichen Qualifikationswege berücksichtigt, die Rolle der hochschulisch ausgebildeten Pflegefachpersonen stärkt und eine systematische Grundlage für die Einbindung pflegewissenschaftlicher Expertise schafft.

Gleichwohl enthält die Regelung konzeptionelle Unklarheiten und strukturelle Begrenzungen. Die gesetzliche Ausgestaltung orientiert sich stark an einem technik- und tätigkeitszentrierten Verständnis. Die exemplarische Aufzählung konkreter Einzelleistungen – wie etwa die Anlage eines Katheters oder die Gabe einer Infusion – fragmentiert pflegerisches Handeln und läuft dem Anspruch des Pflegeberufegesetzes entgegen, das auf prozesshafte, kontextbezogene Handlungskompetenz und pflegefachliche Gesamtverantwortung zielt. Ein solches Vorgehen riskiert eine checklistenartige Umsetzung und erschwert die konsistente Entwicklung des pflegerischen Handlungsraums im Sinne eines „Scope of Practice“.

Unklar bleibt zudem, inwieweit Pflegefachpersonen eine klinische Ersteinschätzung selbst treffen dürfen oder ob jeder eigenverantwortlichen Maßnahme eine ärztliche Diagnose vorausgehen muss. Während der Gesetzestext Letzteres fordert, beschreibt die Begründung Tätigkeiten, die eine eigenständige Einschätzung durch Pflegefachpersonen implizieren. Diese Inkongruenz wirft rechtliche und fachpraktische Fragen auf, insbesondere im Hinblick auf Haftungssicherheit, Abgrenzung der Verantwortlichkeiten und tatsächliche Handlungsspielräume. Diese Detailliertheit steht im Widerspruch zum Grundsatz des Koalitionsvertrages, Gestaltungsspielräume der gemeinsamen Selbstverwaltung zu stärken. Statt mikroregulativer Vorgaben wäre eine klar umrissene Rahmengesetzgebung zielführender, innerhalb derer die Vertragspartner eigenverantwortlich tätig werden können – unter Einbeziehung pflegewissenschaftlicher Expertisen nach § 8 Absatz 3c SGB XI. Gerade für Pflegefachpersonen mit Berufsabschluss auf Masterniveau greift die enge Anbindung an die Vertragsärztinnen und -ärzte zu kurz. Für eine echte Teamarbeit auf Augenhöhe braucht es eine eigenständige Ausübung von Heilkunde. Perspektivisch wäre dafür ein eigener Abschnitt im SGB V einzuführen, der die Beziehungen zwischen Krankenkassen und Pflegefachpersonen definiert.

Kritisch ist auch die doppelte Evaluation anzusehen. Sowohl die Vertragspartner (nach Absatz 4) als auch das Bundesministerium für Gesundheit (nach Absatz 5) sind zur Durchführung eigener Evaluationen verpflichtet. Dies führt zu Doppelstrukturen, erschwert die Koordination und bindet Ressourcen in parallelen Prozessen. Aus Sicht der Umsetzbarkeit wäre eine einheitliche, koordinierte Evaluation unter Federführung des Bundesministeriums für Gesundheit – unter Einbeziehung des BMFSFJ – ausreichend. Eine klare Aufgabenverteilung und ein gemeinsames metho-

disches Design könnten die Aussagekraft der Ergebnisse stärken und unnötige Reibungsverluste vermeiden. Damit der Vertrag auch das Entwicklungspotenzial der Pflegefachpersonen aufgreift und stets dem aktuellen Stand entspricht, sollte er in regelmäßigen Abständen durch die Vertragspartner überprüft und angepasst werden. Die Neuregelung setzt ein wichtiges Signal für die Weiterentwicklung der Pflegeberufe und das Potenzial einer interprofessionellen Versorgung. Damit dieses Potenzial wirksam werden kann, braucht es allerdings mehr strukturelle Öffnung, sektorenübergreifende Anwendbarkeit, Vertrauen in die Selbstverwaltung und eine konsequente Ausrichtung an der pflegefachlichen Gesamtverantwortung – jenseits technischer Einzelmaßnahmen.

C Änderungsvorschlag

In § 73d wird Absatz 1 Satz 1 wie folgt geändert:

Nach dem Wort „vereinbaren“ werden die Wörter „unter Berücksichtigung pflegewissenschaftlicher Empfehlungen gemäß § 8 Absatz 3c des Elften Buches sowie auf Grundlage der definierten Kompetenzprofile“ eingefügt.

In Absatz 2 Satz 1 werden nach dem Wort „festzulegen“ die Wörter „ob und in welchen Fällen Pflegefachpersonen die fachliche Ersteinschätzung eigenverantwortlich vornehmen können“ eingefügt.

Nach Absatz 2 wird folgender neuer Absatz 3 eingefügt (der bisherige Absatz 3 wird Absatz 4, die nachfolgenden Absätze verschieben sich entsprechend):

„(3) Die Vertragspartner nach Absatz 1 legen die im Katalog nach Absatz 1 Nummer 1 und 2 enthaltenen Leistungen auf Grundlage pflegefachlich begründeter Handlungskompetenzen fest. Auf eine abschließende oder exemplarische Aufzählung einzelner Maßnahmen wird verzichtet. Die Festlegung erfolgt differenziert nach Qualifikationsniveaus unter Bezug auf die Regelungen des § 15a sowie auf die wissenschaftlichen Expertisen nach § 8 Absatz 3c des Elften Buches. Der Inhalt des Vertrages wird in regelmäßigen Abständen überprüft und angepasst.“

Der bisherige Absatz 4 wird gestrichen. Der neue Absatz 5 wird wie folgt gefasst:

„(5) Das Bundesministerium für Gesundheit evaluiert unter Beteiligung des Bundesministeriums für Bildung, Familie, Senioren, Frauen und Jugend sowie unter Einbindung der Vertragspartner nach Absatz 1 die Umsetzung und Wirkungen der in Absatz 1 vereinbarten Leistungen. Die Evaluation erfolgt unter Berücksichtigung der wissenschaftlichen Expertisen nach § 8 Absatz 3c des Elften Buches und weiterer pflegewissenschaftlicher Erkenntnisse. Das Ergebnis der Evaluation ist den gesetzgebenden Körperschaften spätestens zwei Jahre nach Ablauf eines fünfjährigen Evaluationszeitraums vorzulegen.“

Daneben gibt es weiteren Änderungsbedarf an anderen Paragraphen. Beispielsweise muss der Gemeinsame Bundesausschuss Vorgaben zur Berücksichtigung der Pflegefachpersonen in der Bedarfsplanungs-Richtlinie treffen (§ 101 SGB V) und die Pflegefachpersonen sind in das Leistungserbringerverzeichnis der vertragsärztlichen Versorgung aufzunehmen (§ 293 SGB V).

Nr. 17 § 81 SGB V Satzung

Aufgrund des inhaltlichen Zusammenhangs erfolgt zu Nr. 17 § 81 und zu Nr. 19 § 95 eine gemeinsame Stellungnahme unter Nr. 19.

Nr. 18 § 87 Absatz 2a Satz 9 SGB V Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte

A Beabsichtigte Neuregelung

Die bestehende Regelung zur Festlegung der Vergütungshöhe delegationsfähiger Leistungen im Rahmen der Erbringung in der vertragsärztlichen Versorgung im EBM wird um die neu hinzukommenden, selbständig erbrachten Leistungen durch Pflegefachpersonen nach § 73d SGB V erweitert.

B Stellungnahme

Korrekterweise muss der EBM aber auch an das Standardbewertungssystem, das die Kalkulationsgrundlage des EBM darstellt, angepasst werden, wenn weitere Professionen vertragsärztliche Leistungen erbringen, vor allem dann, wenn diese zur selbstständigen Ausübung von Heilkunde befähigt sind. Die Abrechnungsbestimmungen im EBM müssen vor dem Hintergrund des veränderten Arztvorbehaltes überprüft und Kalkulationsgrundlagen wie beispielsweise Arztminuten korrigiert werden. Sofern Ärztinnen und Ärzte Leistungen im geringeren Umfang nicht selbst erbringen, sondern angestellte Pflegefachpersonen, die in der Regel einen niedrigeren Stundenlohn erhalten, sind die Vergütungen entsprechend abzusenken. Eine gleiche Leistung kann nicht unterschiedlich vergütet werden, je nachdem, ob sie von einer Ärztin bzw. einem Arzt oder einer Pflegefachperson erbracht wird. Eine Mischkalkulation scheint angezeigt, die regelmäßig auf ihre Sachgerechtigkeit kontrolliert werden muss.

Perspektivisch muss das Standardbewertungssystem insgesamt, welches noch primär auf den Annahmen einer Einzelarztpraxis fußt, hinsichtlich der geänderten Berufsausübung und Leistungserbringung überprüft und in dem Zusammenhang auch weitere Professionen, die die ambulante Versorgung im Team erbringen, berücksichtigt werden (z. B. Physician Assistants (PA)). Die geplante Einführung eines Primärversorgungssystems könnte hierfür der Startpunkt sein.

Ungeachtet des Anpassungsbedarfes am EBM stellt sich die Frage, inwiefern der Bewertungsausschuss „Ärzte“ das geeignete Gremium ist, Vergütungen festzulegen, die auch für eigenverantwortlich agierende Pflegefachpersonen relevant sind. Eine Entscheidungsfindung über den Bewertungsausschuss „Ärzte“ erscheint im ersten Moment vor dem Hintergrund der vertragsärztlichen Versorgung richtig. Eine Beteiligung von Interessensvertretern der Pflegefachpersonen ist damit jedoch nicht verbunden. Spätestens wenn akademisierte Pflegefachpersonen mit Masterabschlüssen auch ohne Anstellung bei Vertragsärztinnen und -ärzten agieren, muss der Gesetzgeber die Besetzung des Bewertungsausschusses ändern. Diese darf aber nicht zu Lasten des Stimmengewichts der Kostenträger gehen. Auch bei einer Beteiligung weiterer Berufsgruppen im Entscheidungsverfahren braucht es eine Stimmenparität

zwischen Kostenträgern und Leistungserbringern. Übergangsweise sollte den Interessensvertetern der Pflegefachpersonen auf Bundesebene Gelegenheit zur Stellungnahme eingeräumt werden.

Es fehlt weiterhin eine ordnungspolitische Einbettung der Pflegefachpersonen in das bestehende System der vertragsärztlichen Versorgung und dessen ordnungspolitischen Rahmen. Ohne versorgungspolitischen Überbau der Regelung droht insgesamt, dass entweder ein großer Schattenbereich (mit vielen Leistungserbringenden, die in den Daten nicht auftauchen) oder ein neu hinzukommender Versorgungszweig ohne ausreichende systemische Einbettung entsteht. Allen voran müssen die Pflegefachpersonen für die Versorgung zugelassen und in diesem Zusammenhang die Qualifikation überprüft werden. Weiter müssen Leistungserbringerkennzeichen vergeben und diese in den Leistungserbringerdaten der vertragsärztlichen Versorgung eingebettet werden. Da Pflegefachpersonen aufgrund ihrer Kompetenzen am ehesten in der entbudgetierten hausärztlichen Versorgung eingesetzt werden, ist auch zwingend eine Mengensteuerung in Form einer Anrechnung auf die Versorgungsgrade im Rahmen der Bedarfsplanung notwendig. Aus qualitäts- und haftungsrechtlichen Überlegungen heraus scheint darüber hinaus eine Begrenzung der Anstellung auf drei Pflegefachpersonen pro Vertragsärztin bzw. Vertragsarzt entsprechend der Regelung zu angestellten Ärztinnen und Ärzten geboten.

C Änderungsvorschlag

Nach § 87 Absatz 2a Satz 9 wird folgender Satz 10 eingefügt (die nachfolgenden Sätze verschieben sich entsprechend): Den maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene im Sinne von § 118a Absatz 1 Satz 1 des Elften Buches ist vor Beschlussfassung Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben.

Nr. 19 § 95 SGB V Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung

Aufgrund des inhaltlichen Zusammenhangs erfolgt zu Nr. 17 § 81 und zu Nr. 19 § 95 an dieser Stelle eine gemeinsame Stellungnahme.

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Klarstellung in § 95 SGB V beinhaltet, dass nur die Tätigkeit im vertragsärztlichen Notdienst, zu denen die Vertragsärzte auf Grund ihrer Zulassung verpflichtet sind, ein bloßer Annex zu ihrer Haupttätigkeit darstellt und somit auch in ihrer sozialrechtlichen Bewertung dieser Haupttätigkeit folgt.

§ 81 SGB V stellt klar, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen die Organisationsbefugnis hinsichtlich der Ausgestaltung des Notdienstes haben und dass Sicherstellungspauschalen in der Satzung bei Bedarf festgelegt werden können. Die Regelungen gelten für die Vertragsärzte als auch für die nach § 75 Abs. 1b Satz 5 freiwillig am Notdienst teilnehmenden Ärzte.

B Stellungnahme

Das Bundessozialgericht (BSG) hat mit seinem Urteil vom 24.10.2023 (B12 R9/21 R) entschieden, dass ein/e an der Notfallversorgung teilnehmende/r Ärztin/Arzt der Sozialversicherungspflicht unterliegen kann, sofern die im Sozialversicherungsrecht geltenden Voraussetzungen erfüllt sind. Die daraufhin vom BMAS, BMG, KBV, Kassenärztlichen Vereinigungen und Ärzteverbänden entwickelten Beurteilungsmaßstäbe für die Ausgestaltung des Notdienstes betreffen insbesondere die Abrechnung der erbrachten Leistungen, die Zahlung von Nutzungsentgelte für Räumlichkeiten sowie Vertretungsregelungen. Werden diese Voraussetzungen kumulativ erfüllt, ist bei Ärztinnen und Ärzten im vertragsärztlichen Notdienst (wieder) von einer Selbständigkeit der Tätigkeit im Notdienst auszugehen.

Die Änderungen sind klarstellend und werden begrüßt. Sie unterstützen die Umsetzung der tragfähigen Beurteilungsmaßstäbe vom BMAS, BMG, KBV, Kassenärztlichen Vereinigungen und Ärzteverbänden für die Ausgestaltung des Notdienstes. Mit der Gewährung einer Sicherstellungspauschale können Kosten für Nutzungsentgelte gegenfinanziert werden und sind sachgerecht. Weitere systempolitische bedenkliche und abzulehnende Sonderregelungen bezüglich Beitragsfreiheit von Einnahmen wie bereits für Notärztinnen und Notärzte im Rettungsdienst in § 23c Abs. 2 SGB IV können mit den Regelungen vermieden werden.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Nr. 20 § 105 Abs. 1a SGB V Förderung der vertragsärztlichen Versorgung

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelung zu den von der Kassenärztlichen Vereinigung aufzubringenden Mitteln für den Strukturfonds wird konkretisiert. Danach entscheidet die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung, aus welchen Honoraren der vertragsärztlichen Tätigkeit sie ihren Anteil am Strukturfonds finanziert.

B Stellungnahme

Die vorgesehene Ergänzung wird begrüßt.

Die Höhe des von jeder Kassenärztlichen Vereinigung bereitzustellenden Strukturfonds wird durch § 105 Abs. 1a Satz 1 SGB V bestimmt und soll zwischen 0,1 und 0,2 % der vereinbarten morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) betragen. Nach derzeitiger Rechtslage ist dieser Betrag im Rahmen der Honorarverteilung von der MGV abzuziehen. Mit der mit dem Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz (GVSG) eingeführten Entbudgetierung hausärztlicher Leistungen ab dem 1. Oktober 2025 ist zwar auch zukünftig die Berechnungsgrundlage für die Festlegung der Höhe des Strukturfonds gegeben. Allerdings wird die hausärztliche MGV dann nicht mehr zur Finanzierung zur Verfügung stehen, da nach § 87a Abs. 3c SGB V die hausärztlichen Leistungen in voller Höhe zu vergüten sind. Die Kassenärztlichen Vereinigungen werden nach jetziger Rechtslage damit gezwungen sein, den Strukturfonds aus den nicht entbudgetierten Leistungen der Hausärztinnen und Hausärzte („Rest-MGV“) zu finanzieren.

Mit der Anpassung wird es den Kassenärztlichen Vereinigungen künftig freigestellt sein, welche Honorare aus vertragsärztlicher Tätigkeit (einschließlich der Honorare für extrabudgetär vergütete Leistungen) sie zur Finanzierung des Strukturfonds heranziehen. Die bisherige paritätische Finanzierung des Strukturfonds bleibt davon unberührt und es entstehen keine Mehrkosten für die GKV.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Nr. 21 § 112a SGB V Eigenverantwortliche Erbringung von Leistungen durch Pflegefachpersonen im Rahmen der Krankenhausbehandlung

A Beabsichtigte Neuregelung

Mit dem neuen § 112a SGB V „Eigenverantwortliche Erbringung von Leistungen durch Pflegefachpersonen im Rahmen der Krankenhausbehandlung“ ist vorgesehen, dass die Vertragsparteien auf Bundesebene einen Katalog an Leistungen der ärztlichen Behandlung vereinbaren, die Pflegefachpersonen eigenverantwortlich erbringen können. Zudem sind Rahmenvorgaben zur interprofessionellen Zusammenarbeit im Krankenhaus zwischen Pflegefachpersonen und Ärzten bei der Erbringung dieser Leistungen zu vereinbaren. Den maßgeblichen Organisationen der Pflege und der BÄK ist vor Abschluss der Vereinbarung Möglichkeit zur Stellungnahme zu geben. Die Stellungnahmen sind zu berücksichtigen.

B Stellungnahme

Das Ziel der Ausweitung der Kompetenzen von Pflegefachpersonen im Krankenhaus wird vor dem Hintergrund des sich zu erwartend verschärfenden Fachkräftemangels begrüßt. Einer gesonderten Vereinbarung der Vertragsparteien auf Bundesebene bedarf es jedoch nicht, da sie mit zusätzlicher Bürokratie einhergeht, die zu vermeiden ist. Zudem wäre eine solche Vereinbarung nicht in der Lage, die unterschiedlichen Bedingungen in den Krankenhäusern hinreichend zu berücksichtigen. Der gesetzliche Auftrag einer Vereinbarung ist daher abzulehnen.

C Änderungsvorschlag

Streichung der Absätze 1 bis 4.

Nr. 22 § 119b SGB V Ambulante Behandlung in stationären Pflegeeinrichtungen

A Beabsichtigte Neuregelung

Der Begriff der Pflegekraft wird an die Legaldefinition der Pflegefachperson angepasst und die Beteiligung der Pflegeberufe vereinheitlicht und gestärkt.

B Stellungnahme

Die Regelungen sind sachgerecht.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Nr. 23 § 132a SGB V Versorgung mit häuslicher Krankenpflege

A Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Ergänzung im Absatz 1 Satz 4 Nummer 2a zur Pflegeprozessverantwortung in den leistungsrechtlichen Vorschriften werden die Rahmenvertragspartner nach § 132a SGB V verpflichtet, in ihren Empfehlungen auch Anforderungen an eine fachgerechte Wahrnehmung der Pflegeprozessverantwortung zu regeln. Eine Doppelvergütung von Leistungen derselben Steuerungsmaßnahme des Pflegeprozesses ist dabei ausgeschlossen. Zu den vergütungsfähigen Aufwänden können insbesondere Erst- und Folgegespräche sowie Aufwände für komplexe Fallsteuerungen – darunter z. B. interdisziplinäre Fallbesprechungen gehören.

Im Absatz 1 Satz 4 Nummer 8 sollen die Rahmenempfehlungspartner erstmals zum 30.04.2028 Regelungen über die Grundsätze der Vergütung für Verordnungen zu den im nach § 73d Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 vereinbarten Katalog genannten Leistungen treffen, soweit diese von Leistungserbringern nach Absatz 4 erbracht werden.

Mit dem neuen Absatz 5 wird das Verhältnis der Leistungen nach § 132a SGB V zu den neugeschaffenen Leistungen nach § 45h, 92c und 125d SGB XI in gemeinschaftlichen Wohnformen geregelt. Soweit die Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V über § 132a SGB V im Rahmen des Basispakets nach § 92c SGB XI enthalten sind, erfolgt deren Vergütung weiterhin über die Verträge nach § 37 SGB V i. V. m. § 132a SGB V.

B Stellungnahme

Die Klarstellung, dass die Pflegeprozesssteuerung als professionsspezifische Arbeitsmethode zur Gestaltung des Pflegearrangements in den leistungsrechtlichen Vorschriften aufgegriffen wird, ist nachvollziehbar und wird ausdrücklich begrüßt – auch mit Augenmerk auf die Abgrenzung zu ärztlichen Aufgaben. Auch die Präzisierung in der Gesetzesbegründung zum § 132a Absatz 2a SGB V, wonach eine Voraussetzung für eine fachgerechte Wahrnehmung der Pflegeprozessverantwortung geschaffen werden muss, damit eine qualitätsgesicherte Versorgung im Rahmen der häuslichen Versorgung nach § 132a SGB V planen können, ist sachgerecht.

Dass die Grundsätze der Vergütung für Verordnungen nach § 73d SGB V Satz 1 Nummer 2 im Rahmen der Häuslichen Krankenpflege nach § 132a SGB V verhandelt werden sollen, ist sachgerecht. Bei einer Übernahme dieser Leistungen muss jedoch sichergestellt sein, dass die in § 73d SGB V festgelegten Qualifikationsanforderungen zur eigenverantwortlichen Versorgung von Versicherten vorgehalten werden müssen.

Die vorgesehene Neuregelung des Absatz 5 zu den gemeinschaftlichen Wohnformen nach § 92c Absatz 1 Satz 2 Nr. 1 SGB XI verändert die bisherige Zusammenarbeit

zwischen Mitarbeitenden eines Pflegedienstes und den Ärztinnen und Ärzten grundlegend. Indem Leistungen der häuslichen Krankenpflege ohne ärztliche Anordnung oder Genehmigung durch die Pflegeeinrichtungen erbracht werden können, wird das bisherig bestehende System verändert. Dabei ist es pflegefachlich wie auch systematisch erforderlich, dass pflegerische Leistungen Teil eines strukturierten Prozesses bleiben und nicht losgelöst von ärztlicher Indikationsstellung und Verantwortung erfolgen. Ein klar geregeltes Zusammenspiel bleibt auch zukünftig unerlässlich, um Versorgungssicherheit und Qualität zu gewährleisten.

Bezugnehmend auf die Stellungnahmen zu Nr. 36, 55 und 75 §§ 45h, 92c und 125d SGB XI werden eigene leistungs- und vertragsrechtliche Regelungen für diese spezielle Versorgungsform abgelehnt.

C Änderungsvorschlag

In § 132a SGB V wird der Absatz 5 neu gestrichen.

Nr. 26 § 197b Absatz 1 Satz 1 SGB V Aufgabenerledigung durch Dritte

A Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Ergänzung dürfen auch die den Rechtsansprüchen vorgelagerten Interessen der Versicherten bei der Aufgabenübertragung nicht beeinträchtigt werden. Es soll damit ein Gleichklang mit § 97 Absatz 1 Satz 1 SGB X hergestellt werden, wonach bei einer zugelassenen Wahrnehmung von Aufgaben durch Dritte dieser die Gewähr für eine sachgerechte, die Rechte und Interessen der Betroffenen bieten muss.

B Stellungnahme

Eine Erweiterung auf die Berücksichtigung der Interessen der Versicherten wird begrüßt.

Des Weiteren wird darauf hingewiesen, dass das Bundessozialgericht mit den Entscheidungen vom 30.08.2023 (B 3 A 1/23 R und B 3 A 1/22 R) eine nähere Differenzierung, wann eine Aufgabe zu den „wesentlichen Aufgaben zur Versorgung der Versicherten“ gehört und ihre Erledigung deshalb gem. § 197b SGB V nicht in Auftrag gegeben werden darf, unmittelbar durch den Gesetzgeber angeregt hat (Rn. 26 bzw. 27). Diesem Auftrag wird der – dem Grunde nach begrüßenswerte – Gesetzesentwurf noch nicht vollständig gerecht.

Vorgeschlagen wird deshalb, in § 197b SGB V eine gesetzliche Konkretisierung vorzunehmen, ohne die Möglichkeiten und Grenzen einer zulässigen Aufgabenerledigung durch Dritte grundsätzlich zu verändern. Mit dem Ausschluss der Wahrnehmung von Aufgaben, die unmittelbar die Leistungsgewährung an Versicherte nach dem dritten Kapitel betreffen, wird die vom BSG geforderte Differenzierung umgesetzt, wonach die Versicherten unmittelbar berührende qualifizierte Sachbearbeitungen mit inhaltlicher Prüfung der versicherungs- und leistungsrechtlichen Voraussetzungen nicht an Dritte übertragen werden dürfen (Rn. 28 bzw. 29). Auf diese Weise wird sichergestellt, dass die alleinige, ausschließliche und abschließende Entscheidung über zugrundeliegende Leistungsansprüche der Versicherten bei der Krankenkasse verbleibt.

Von der Änderung unberührt bleibt die bereits bestehende Rechtslage (einschließlich der zugehörigen aufsichtsrechtlichen Praxis), dass die Übertragung von Aufgaben auf Arbeitsgemeinschaften, deren Mitglied die beauftragende Krankenkasse ist, nicht dem Anwendungsbereich des § 197b SGB V unterfällt, sondern sich ausschließlich nach § 94 SGB X richtet. Die auch bisher bestehende Möglichkeit der Beauftragung einer juristischen Person des privaten Rechts, über die die Krankenkasse eine ähnliche Kontrolle ausübt, wie über ihre eigenen Dienststellen, bleibt ebenso unberührt (vgl. § 108 GWB, i. E. ebenso LSG Hamburg vom 29.11.2012, Az.: L 1 KR 156/11 KL, Rn. 70). Eine entsprechende Klarstellung in der Gesetzesbegründung wird als ausreichend angesehen und insofern vorgeschlagen.

C Änderungsvorschlag

Satz 2 des Gesetzeswortlauts wird wie folgt geändert:

„Aufgaben, die unmittelbar die Leistungsgewährung an Versicherte nach dem dritten Kapitel betreffen, dürfen nicht in Auftrag gegeben werden.“

In die Gesetzesbegründung werden die Sätze aufgenommen:

„Es wird klargestellt, dass die Übertragung von Aufgaben auf Arbeitsgemeinschaften, deren Mitglied die beauftragende Krankenkasse ist, nicht dem Anwendungsbereich des § 197b SGB V unterfällt, sondern sich ausschließlich nach § 94 SGB X richtet. Die auch bisher bestehende Möglichkeit der Beauftragung einer juristischen Person des privaten Rechts, über die die Krankenkasse eine ähnliche Kontrolle ausübt wie über ihre eigenen Dienststellen, bleibt ebenso unberührt (vgl. § 108 GWB, i. E. ebenso LSG Hamburg vom 29.11.2012, Az.: L 1 KR 156/11 KL, Rn. 70).“

Nr. 27 § 202 Absatz 1a SGB V Meldepflichten bei Versorgungsbezügen

A Beabsichtigte Neuregelung

Durch die gesetzliche Änderung soll gewährleistet werden, dass die Zahlstellen, die Versorgungsbezüge auszahlen, künftig auch an das automatisierte Übermittlungsverfahren nach § 55a SGB XI angebunden werden können. Dieses Verfahren ermöglicht die automatische Übermittlung der Anzahl der Kinder unter 25 Jahren, die zur Berechnung des Pflegeversicherungsbeitrags benötigt werden.

B Stellungnahme

Das nunmehr auch die Zahlstellen in das elektronische Verfahren zum Abruf der Kinderanzahl einbezogen werden, wird begrüßt. Die Informationen zur Elterneigenschaft werden zentral beim Bundeszentralamt für Steuern vorgehalten und können dort von den beitragsabführenden Stellen abgerufen werden. Aufgrund technischer Einschränkungen ist eine direkte Abfrage dieser Daten nicht möglich. Daher müssen auch die Zahlstellen ihre Anfragen an die Datenstelle der Rentenversicherung richten, die die Anfragen dann an das Bundeszentralamt für Steuern weiterleitet. Liegen beim Bundeszentralamt für Steuern mitteilungsrelevante Daten vor, werden diese wiederum über die Datenstelle der Rentenversicherung an die Zahlstelle zurückgemeldet. So werden bei den Zahlstellen Verwaltungsaufwände reduziert und Medienbrüche vermieden.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Nr. 28 § 273 SGB V Sicherung der Datengrundlagen für den Risikostrukturausgleich

A Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Neuregelung wird die maximale Dauer von RSA-Prüfverfahren beider Verfahrenstypen (reguläre und anlassbezogene Prüfungen) bis zum Ablauf des fünfzehnten Kalenderjahres, das auf das Prüffahr folgt, definiert - also z. B. 31.12.2028 als letztmöglicher Abschluss für Prüfungen, die das Datenjahr 2013 betreffen. Eine explizit normierte, maximale Dauer von Prüfungen nach § 273 SGB V existiert aktuell nicht.

B Stellungnahme

Die Zielsetzung, die Verfahren zügiger durchzuführen und zu beenden, ist aus Sicht der AOK-Gemeinschaft nachvollziehbar. Allerdings löst die Gesetzesänderung keinerlei Probleme im Zusammenhang mit den RSA-Prüfungen, die bei enormen bürokratischen Aufwänden nicht rechtssicher durchzuführen und nicht zuletzt in ihrer Durchführung durch das BAS wettbewerbsverzerrend sind. Das Ziel des Gesetzgebers wird verfehlt.

Das ausufernde bürokratische RSA-Prüfverfahren führt nicht nur zu Ressourcenverschwendung, sondern erzeugt darüber hinaus gravierende Rechtsunsicherheiten für alle Beteiligten und wettbewerbsverzerrende Folgeschäden bei den betroffenen Krankenkassen. Ein ebenfalls gravierender Mangel ist die fehlende Berücksichtigung regional unterschiedlicher Markt- und Versorgungsanteile von Krankenkassen. Regional aufgestellte Krankenkassen mit einem entsprechend größeren regionalen Marktanteil erscheinen gegenüber bundesweit aufgestellten Krankenkassen mit geringerem regionalen Marktanteil statistisch auffällig, obwohl ihre Versorgungsverträge inhaltlich identisch mit denen bundesweit agierender Kassen sind. Diese Verzerrung ist eine strukturelle Benachteiligung regional aufgestellter Krankenkassen.

Die Auseinandersetzungen um die Rechtmäßigkeit der rückwirkenden Anwendung von Rechtsnormen, die erst 2017 bzw. 2020 ins SGB V eingefügt worden sind, oder der fehlenden Gleichbehandlung gleichartiger Konstellationen stehen stellvertretend für Problemfelder, die absehbar BAS, Krankenkassen und Gerichte durch viele Instanzen und über Jahre hinaus absorbieren werden, bis eine abschließende Klärung erreicht ist. Und dies bezieht sich in doppelter Hinsicht sowohl auf die Feststellung von Verstößen als auch auf die nachfolgende Festlegung des Korrekturbeitrags, zu dessen Bemessung verbindliche Normen fehlen und damit unweigerlich mit weiteren Ungleichbehandlungen einhergeht.

Die hier vorgesehene zeitliche Begrenzung der bestehenden Verfahren auf 15 Jahre löst keines der virulenten Probleme in den regulären und anlassbezogenen Prüfungen nach § 273 SGB V – es vermeidet auch kein einziges Sozialgerichtsverfahren.

Es bedarf vielmehr der gesetzlichen Verankerung einer vereinfachten – und damit unbürokratischeren, pauschalierten Lösung der anteiligen Begrenzung regional stark überdurchschnittlicher HMG-Veränderungen unter Aufhebung der wenigen bereits abgeschlossenen Prüfverfahren und Verrechnung geleisteter Korrekturbeträge. Das pauschalisierte Verfahren soll statistische Auffälligkeits- wie Einzelfallprüfungen ersetzen, ließe sich aufwandsarm realisieren und würde zudem die Gleichbehandlung aller Krankenkassen sicherstellen. Bestehende Regelungen zu Strafaufschlägen sowie die sog. Manipulationsbremse wären damit ebenfalls überflüssig und könnten entfallen.

Das Verfahren soll die bestehenden Prüfverfahren sowohl für statistische Auffälligkeiten als auch für anlassbezogene Verdachtsfälle für alle Prüfjahre ab 2013 ersetzen und kann damit den bestehenden Rückstau und die absehbar zahlreichen Rechtsstreitigkeiten sofort beseitigen bzw. verhindern. Zum Abbau der bestehenden Prüfrückstände wäre die Durchführung von drei bis vier Datenjahren pro Kalenderjahr vorzusehen. Das Verfahren kann in der perspektivischen Anwendung für künftige Ausgleichsjahre bereits mit dem Jahresausgleich erfolgen und somit einen erneuten Rückstau an Prüfaktivitäten verhindern. Die sogenannte „Manipulationsbremse“ wäre zudem überflüssig.

Basis für den Vergleichsmaßstab zur Ermittlung von rückzuführenden HMG-Zuweisungen ist eine adjustierte GKV-Veränderungsrate, wie sie grundsätzlich im Hochrechnungsverfahren nach § 21 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 RSAV zur Anwendung kommt. Allerdings bedarf es einer Erweiterung des GKV-adjustierten Referenzwerts zumindest um eine regionale Dimension, um zu verhindern, dass regionaltypische Veränderungen in der Leistungs- und Kodierungspraxis zu unsachgemäßen Rückzahlungen von HMG-Zuweisungen bei Krankenkassen mit regionalen Schwerpunkten führen.

Überschreitungen des adjustierten GKV-Wertes sollen bis zu einem bestimmten Schwellenwert unberührt bleiben. Dieser Schwellenwert oberhalb der adjustierten GKV-Veränderungsrate soll über ein etabliertes statistisches Verfahren zur Identifikation von Ausreißern ermittelt werden: die Standardabweichung. Für alle HMG-Besetzungstage oberhalb dieses Schwellenwerts ist eine anteilige Abführung der Zuweisungen im Umfang von 25 % vorzusehen.

Für Prüfjahre ab 2013 liegen bereits vereinzelt Verfahrensstände vor, in denen Krankenkassen Korrekturbeträge an das BAS abgeführt haben. Um die Gleichbehandlung der betroffenen Krankenkassen sicherzustellen, werden die geleisteten Korrekturbeträge inklusive der 25 %-Aufschläge aus dem entsprechenden Jahr zurückgenommen und mit den Ergebnissen aus dem neuen Verfahren verrechnet. Mit dem Verzicht auf die Feststellung konkreter Verstöße gegen die Vorgaben des § 267 Absatz 1 Satz 2 SGB V entfällt auch die Legitimation eines Strafaufschlags, wie er in den Verfahren nach § 273 SGB V vorgesehen ist.

C Änderungsvorschlag

Die Änderung ist zu streichen und durch nachfolgende zu ersetzen.

Mit Wirkung zum 01.01.2014 wird das fünfte Buch Sozialgesetzbuch wie folgt geändert:

1. § 266 Absatz 8 Satz 1 Nr. 6 wird wie folgt neu gefasst:

„das Verfahren und die Durchführung des Ausgleichs einschließlich der Begrenzung von Zuweisungen für Risikogruppen, die anhand der Morbidität der Versicherten gebildet werden, mit wesentlich überdurchschnittlichen Veränderungsraten bei Krankenkassen,“

2. § 273 SGB V wird gestrichen.

3. § 428 SGB V wird wie folgt eingefügt:

§ 428

Übergangsregelung für den Risikostrukturausgleich

1. Für die Jahresausgleiche der Ausgleichsjahre 2014 bis 2020 und 2024 finden § 266 Absatz 8 Satz 1 Nr. 6 sowie § 18 Absatz 1 Satz 4 und § 19 der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung mit der Maßgabe Anwendung, dass § 266 Absatz 7 Satz 6 SGB V entsprechend anzuwenden ist, wobei das Bundesamt für Soziale Sicherung alle sich hieraus ergebenden Bereinigungen für die Ausgleichsjahre 2014 bis 2020 in zwei Schritten innerhalb der nächsten zwei Jahresausgleiche zu berücksichtigen hat.
2. Noch nicht bestandskräftige Feststellungsbescheide und Korrekturbescheide gemäß § 273 SGB V in der bis zum [Tag vor Inkrafttreten des Gesetzes] gültigen oder einer älteren Fassung werden vom Bundesamt für Soziale Sicherung mit Wirkung für die Zukunft und die Vergangenheit aufgehoben. Die Rückzahlungen von Korrekturbeträgen durch das Bundesamt für Soziale Sicherung nach dieser Vorschrift erfolgen aus dem Gesundheitsfonds und werden im nächsten Jahresausgleich bei der Ermittlung des Betrages nach § 18 Absatz 2 der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung zu dem Wert nach § 17 Absatz 2 der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung hinzugerechnet.

Mit Wirkung zum 01.01.2014 wird die Risikostruktur-Ausgleichsverordnung wie folgt geändert:

1. § 7 Absatz 2 wird wie folgt geändert:
 - a. In Satz 1 wird das Komma hinter dem Wort „Risikostrukturausgleich“ durch das Wort „und“ ersetzt und werden die Wörter „und die Prüfung nach § 273 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ gestrichen.

- b. In Satz 3 werden die Wörter „bis zum Ablauf des Kalenderjahres zu speichern oder aufzubewahren, das dem Abschluss der Prüfung des Berichtsjahres nach § 273 Absatz 2 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch folgt“ durch die Wörter „zu speichern und sechs Jahre aufzubewahren; die Aufbewahrungsfrist beginnt mit dem auf das Berichtsjahr folgende Kalenderjahr“ ersetzt.
- c. Satz 4 wird wie folgt gefasst:
 „Das Bundesamt für Soziale Sicherung kann feststellen, dass die weitere Aufbewahrung für die Prüfung nach § 20 Absatz 1 Satz 1 erforderlich ist; in diesem Fall sind die Daten nach Satz 3 spätestens nach Ablauf des Kalenderjahres zu löschen, in dem der Abschluss der Prüfung des Berichtsjahres nach § 20 Absatz 1 Satz 1 erfolgt.“

2. § 18 Absatz 1 Satz 4 wird wie folgt neu gefasst:

„Bei der Ermittlung der Risikozuschläge für die in § 2 Absatz 1 Satz 2 genannten Risikomerkmale im Jahresausgleich ist die nach Maßgabe des § 19 erfolgte Begrenzung von Zuweisungen für Risikogruppen zu berücksichtigen; die Risikozuschläge für die in § 2 Absatz 1 Satz 2 genannten Risikomerkmale werden in diesem Fall proportional so erhöht, dass das Summenprodukt aus den Risikozuschlägen für alle Risikomerkmale mit Ausnahme der Risikomerkmale für den Anspruch auf Krankengeld und den zugeordneten Versichertentagen insgesamt wieder dem Niveau vor der Begrenzung nach § 19 entspricht; das Nähere bestimmt das Bundesamt für Soziale Sicherung nach Anhörung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen; abweichend hiervon kann das Bundesamt für Soziale Sicherung für Ausgleichsjahre, für die die Korrektur des Jahresausgleiches gemäß Absatz 5 bereits erfolgt ist, festlegen, dass die sich aus der nach Maßgabe des § 19 erfolgten Neuberechnung der krankenkassenindividuellen Zuweisungen ergebenden betragsmäßigen Differenzen zu dem Wert nach § 17 Absatz 2 hinzugerechnet werden.“

3. § 19 wird wie folgt gefasst:

§ 19

Begrenzung von Zuweisungen für Risikogruppen mit wesentlich überdurchschnittlichen Veränderungsraten bei Krankenkassen

1. Das Bundesamt für Soziale Sicherung ermittelt die nach § 266 Absatz 8 Satz 1 Nr. 6 des fünften Buches Sozialgesetzbuch bezogen auf einzelne Krankenkassen zu begrenzenden Zuweisungen für Risikogruppen nach § 2 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 durch das Verfahren nach den Absätzen 2 bis 5. Bezogen auf die einzelne Krankenkasse sind jeweils die Zuweisungen für Risikogruppen nach § 2 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 zu begrenzen, die auf Basis der gemäß § 7 gemeldeten Daten im Vergleich zum Durchschnitt aller am Risikostrukturausgleich teilnehmenden Krankenkassen eine wesentlich überdurchschnittliche Verände-

rungsrate der Risikogruppenbesetzung zum Vorjahr aufweisen, wobei regionale Unterschiede sowie Veränderungen in der Versichertenstruktur und -menge zu berücksichtigen sind.

2. Eine im Vergleich zum Durchschnitt aller am Risikostrukturausgleich teilnehmenden Krankenkassen wesentlich überdurchschnittliche Veränderungsrate der Besetzung einer Risikogruppe nach § 2 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 zum Vorjahr liegt vor, wenn die Veränderungsrate der einzelnen Krankenkasse unter Berücksichtigung regionaler Unterschiede sowie Veränderungen in der Versichertenstruktur und -menge oberhalb des Schwellenwerts liegt, der sich aus der Addition von Mittelwert und Standardabweichung der Veränderungsraten aller am Risikostrukturausgleich teilnehmenden Krankenkassen bei der jeweiligen Risikogruppe ergibt. Die Zuweisungen je Risikogruppe aus Veränderungsrate oberhalb des Schwellenwerts werden jeweils um 25 % der oberhalb des Schwellenwerts liegenden Zuweisungen gekürzt.
 3. Die Feststellung von Veränderungen in der Versichertenstruktur und -menge im Vergleich zum Durchschnitt aller am Risikostrukturausgleich teilnehmenden Krankenkassen erfolgt auf Basis der Veränderungen der Besetzung der Risikogruppen nach § 2 Absatz 1 Satz 2 Nummer 1 in Verbindung mit § 3.
 4. Zwecks Berücksichtigung regionaler Unterschiede bei den Veränderungsrate der Risikogruppen nach § 2 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 erfolgen die Berechnungen nach den Absätzen 2 und 3 ab dem Ausgleichsjahr 2017 separat nach Gebieten. Gebiete nach Satz 1 sind grundsätzlich die Bezirke der Kassenärztlichen Vereinigungen nach § 77 des fünften Buches Sozialgesetzbuch. Das Bundesamt für Soziale Sicherung kann die Gebiete nach Satz 2 nach Anhörung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen nach einheitlichen Kriterien weiter unterteilen. Die Zuordnung der Versicherten zu den Gebieten erfolgt ab dem Berichtsjahr 2016 auf Basis des amtlichen Gemeindeschlüssels des Wohnorts gemäß § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 11 und bezogen auf das Berichtsjahr 2015 auf Basis des amtlichen Gemeindeschlüssels des gemäß § 303b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 des fünften Buches Sozialgesetzbuch gemeldeten Wohnortes.
 5. Das Nähere zu den Berechnungen nach den Absätzen 1 bis 4 bestimmt das Bundesamt für Soziale Sicherung nach Anhörung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen. Das Bundesamt für Soziale Sicherung kann in diesem Rahmen auch Ausnahmeregelungen für Risikogruppen mit geringen Besetzungszahlen vorsehen.
4. § 21 RSAV wird gestrichen.

Nr. 31 § 291 SGB V Elektronische Gesundheitskarte

A Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Novellierung in Absatz 9 wird ein Rechtsrahmen für die unmittelbare Abrufung der elektronischen Ersatzbescheinigung durch Leistungserbringer der vertragsärztlichen Versorgung geschaffen. Bisher ist nur der Weg über die Versicherten mittels QR-Code und App geregelt. Die unmittelbare Abrufung wird eingeschränkt auf bekannte Patienten und Ausnahmefälle im Allgemeinen. Genauer regelt der GKV-Spitzenverband im Benehmen mit Verbänden der Leistungserbringenden.

B Stellungnahme

Die angedachte Neuregelung wird begrüßt. Sie schafft einen verbindlichen Rechtsrahmen für die unmittelbare Abrufung der elektronischen Ersatzbescheinigung durch Leistungserbringende der vertragsärztlichen Versorgung. Darauf hinzuweisen ist, dass die Einschränkung nur auf bekannte Patienten nicht sachgerecht ist. Gerade bei unbekannten Patienten hätte der unmittelbare Abruf der elektronischen Ersatzbescheinigung den Vorteil, dass sofort geklärt wird, ob ein Versicherungsschutz besteht oder nicht. Das würde Missbrauch verhindern und Verwaltungsaufwände reduzieren.

Begrüßt wird, dass der GKV-Spitzenverband Näheres zur Verfahrensweise regelt. Unklar ist jedoch, wer mit den Verbänden der Leistungserbringer zur Benehmensherstellung gemeint ist. Hier wäre eine genaue Benennung naheliegend.

C Änderungsvorschlag

§ 291 Abs. 9 Satz 4 (neu) wird gestrichen. In Satz 5 (neu) werden die Wörter „den Verbänden der Leistungserbringer“ durch „der Kassenärztliche Bundesvereinigung und der Deutschen Krankenhausgesellschaft“ ersetzt.

Nr. 32 § 317 SGB V Beirat der Gesellschaft für Telematik

A Beabsichtigte Neuregelung

Beteiligung der Pflegeberufe an den Entscheidungsprozessen der gematik.

B Stellungnahme

Redaktionelle Änderung.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Nr. 33 § 340 SGB V Ausgabe von elektronischen Heilberufs- und Berufsausweisen sowie von Komponenten zur Authentifizierung von Leistungserbringerinstitutionen

A Beabsichtigte Neuregelung

Hilfsmittelerbringern kann eine SMC-B ausgegeben werden, ohne dass ein HBA beim Hilfsmittelerbringer vorliegen muss.

B Stellungnahme

Da ein Berufsausweis für die Anwendungsfälle bei Hilfsmittelerbringern nicht erforderlich ist, ist die Regelung folgerichtig.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Nr. 34 § 340a Sicherer Umgang mit Komponenten zur Authentifizierung von Leistungserbringerinstitutionen

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Komponente zur Authentifizierung von Leistungserbringerinstitutionen (SMC-B) darf nicht an Unbefugte weitergegeben werden und ist bei Geschäftsaufgabe unverzüglich zu sperren, um Missbrauch zu verhindern. Einrichtungsleitungen ambulanter oder stationärer Pflegedienste nach SGB XI werden verpflichtet, dafür Sorge zu tragen und sicherzustellen, dass eine dort beschäftigte Person über einen elektronischen Heilberufsausweis verfügt.

B Stellungnahme

Da durch diese Regelung Missbrauch verhindert werden kann, ist die Regelung zu begrüßen.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Nr. 35 § 342 Angebot und Nutzung der elektronischen Patientenakte

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Fristen für die Forschungsdatenausleitung, den elektronischen Medikationsplan und die Daten zur Prüfung der Arzneimitteltherapiesicherheit werden angepasst.

B Stellungnahme

Die Intention des Gesetzgebers, die Fristen für die Einführung der Forschungsdatenausleitung, des elektronischen Medikationsplans und der Daten zur Prüfung der Arzneimitteltherapiesicherheit zu verschieben, ist nachvollziehbar und spiegelt die Realität wider. Die Gematik ist häufig nicht in der Lage, die notwendigen Spezifikationen für die gesetzlich vorgesehenen Anwendungen fristgerecht vorzulegen. In der Vergangenheit war zu beobachten, dass unrealistische Fristen vielfach zu unausgereiften Spezifikationen und in der Folge zu ungenügenden Produkten geführt haben, die mit letztendlich höheren Kosten und unzufriedenen Nutzenden verbunden waren. Daher ist der Ansatz zu begrüßen, dass die Anwendungen eingeführt werden, wenn die technischen Voraussetzungen vorliegen. Die gleichzeitige Aufnahme einer konkreten Frist zu der die Umsetzung zu erfolgen hat, trotz ggf. fehlender technischer Voraussetzungen, ist dagegen strikt abzulehnen. Diese Fristen sollten untergesetzlich geregelt werden.

C Änderungsvorschlag

Abs. 2 Nr. 4: „... zusätzlich, sobald die hierfür erforderlichen Voraussetzungen vorliegen, ~~spätestens jedoch bis zum 31.03.2026~~, die in der elektronische Patientenakte gespeicherten Daten nach § 363 zu Forschungszwecken bereitgestellt werden können.“

Abs. 2a Nr. 1: „...sobald die hierfür erforderlichen Voraussetzungen vorliegen, ~~spätestens jedoch bis zum 31.03.2026~~, zur digitalen Unterstützung des Medikationsprozesses des Versicherten...“

Nr. 36 § 347 Übertragung von Behandlungsdaten in die elektronische Patientenakte durch Leistungserbringer sowie Nr. 37 §348 und Nr. 38 §349

A Beabsichtigte Neuregelung

Sofern erhebliche therapeutische Gründe, sonstige erhebliche Rechte Dritter oder eine Kindeswohlgefährdungen bestehen, wird die Pflicht zur Übermittlung und Speicherung von Daten in die ePA für die verschiedenen Leistungserbringergruppen aufgehoben. Die Gründe für die Ablehnung sind zu dokumentieren.

B Stellungnahme

Die Selbstbestimmung der Patientinnen und Patienten über ihre eigenen Gesundheitsdaten wird mit dieser Regelung gestärkt und ist somit zu begrüßen.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Nr. 39 § 360 Elektronische Übermittlung und Verarbeitung vertragsärztlicher elektronischer Verordnungen

A Beabsichtigte Neuregelung

Es wird weiteren Kostenträgern ermöglicht, ein E-Rezept-Frontend anzubieten.

B Stellungnahme

Die Regelung ist folgerichtig.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Nr. 40 § 361 Zugriff auf ärztliche Verordnungen in der Telematikinfrastuktur

A Beabsichtigte Neuregelung

Ein Heilberufs- oder Berufsausweis soll für den Abruf von elektronischen Verordnungen nicht erforderlich sein. Der Zugriff auf die Daten soll jedoch elektronisch protokolliert werden.

B Stellungnahme

Die Regelung ist zu begrüßen, da mit der Beschaffung von (Heil-)berufsausweisen verbundene Aufwände zukünftig eingespart werden, wenn die Ausweise nicht für bestimmte Anwendungen erforderlich sind.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Nr. 41 § 362 Nutzung von elektronischen Gesundheitskarten oder digitalen Identitäten für Versicherte von Unternehmen der privaten Krankenversicherung, der Postbeamtenkrankenkasse, der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten, für Polizeivollzugsbeamte, für sonstige heilfürsorgeberechtigte Beamte oder für Soldaten der Bundeswehr

A Beabsichtigte Neuregelung

Abs. 1: Unternehmen der privaten Krankenversicherung, die ihren Versicherten eine ePA anbieten, wird mehr Zeit eingeräumt, um ihren Versicherten TI-M anbieten zu müssen.

Abs. 2: Um eine Doppelvergabe der Krankenversichertennummer im Kontext eGK und ePA zu verhindern, dürfen Kostenträger nach § 362 Abs. 2 die Krankenversichertennummern nur verwenden, wenn ein Datenabgleich mit dem von der Vertrauensstelle nach § 290 Abs. 3 geführten Verzeichnis erfolgt.

B Stellungnahme

Abs 1: Eine Ausweitung der Nutzergruppen für die Anwendungen der Telematikinfrastruktur stellt ein großes Ziel für Akzeptanz und die Integration in die Abläufe bei den Leistungserbringerinstitutionen dar. Daher sind weit in die Zukunft reichende Einführungsfristen für bereits bestehende Telematikinfrastrukturanwendungen abzulehnen.

Die Kosten für den Betrieb der Telematikinfrastruktur werden aktuell von der GKV und der PKV getragen. Durch die Ausweitung der Nutzergruppen auf Polizeivollzugsbeamte, sonstige heilfürsorgeberechtigte Beamte oder Postbeamte, der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten, der Bundespolizei, der Landespolizeien, der Bundeswehr oder von Trägern der freien Heilfürsorge sind die hierfür verantwortlichen Träger ebenfalls anteilig an den Kosten der Telematikinfrastruktur zu beteiligen.

Abs. 2: Die Änderung dient der Sicherheit bei der Ausgabe von eGK und ePA und ist zu begrüßen.

C Änderungsvorschlag

Abs. 1:

„Werden von Unternehmen [...] sind § 291 Absatz 8 Satz 5 bis 9, § 291a Absatz 5 bis 7, die §§ 334 bis 337, 339, 341 Absatz 1 bis 4, § 342 Absatz 2 Nummer 1, **2**, 3 und 4 und bis und Absatz 3, § 343 Absatz 1 und 1a, die §§ 344, 345, 352, 353, 356 bis 359a und 361 entsprechend anzuwenden. ~~§ 342 Absatz 2 Nummer 2 ist entsprechend anwendbar mit der Maßgabe, dass die Verpflichtung ab dem 1. Januar 2028 gilt.~~ **Die Postbeamtenkrankenkasse, die Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten, die**

Bundespolizei, die Landespolizeien, die Bundeswehr und die Träger der freien Heilfürsorge sind anteilig an den Kosten für den Aufbau und den Betrieb der Telematikinfrastruktur zu beteiligen.“

Nr. 43 § 374 SGB V Abstimmung zur Festlegung sektorenübergreifender einheitlicher Vorgaben

A Beabsichtigte Neuregelung

Stärkung der Beteiligung von Pflegeberufen an den Entscheidungsprozessen.

B Stellungnahme

Redaktionelle Änderung.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Nr. 44 § 393 SGB V Cloud-Einsatz im Gesundheitswesen

A Beabsichtigte Neuregelung

Die geplante Änderung sieht vor, die bisher geltenden, starren Übergangsfristen für C5-Testate zu lockern. Ein Cloud-Computing-Dienst, der nach dem 01.07.2025 auf den Markt kommt, muss nicht zwingend sofort ein C5-Testat Typ 2 vorweisen. Stattdessen erhält der Dienst eine Übergangsfrist von 18 Monaten ab dem Zeitpunkt des Inverkehrbringens, um das C5-Testat Typ 2 zu erlangen.

B Stellungnahme

Die Anpassung hat einen positiven Effekt für Anbieter von Cloud-Computing Diensten. So kann die Markteinführung eines Dienstes viel flexibler gestaltet werden, wodurch sich die Time-to-Market entsprechend reduziert (Steigerung der Innovationsfähigkeit).

Für die Kunden bzw. Nutzer von Cloud-Computing-Diensten im GKV-Umfeld ist ein erhöhtes Risikobewusstsein erforderlich. Im Rahmen der Nutzung von Cloud-Computing in der GKV ist es dann erforderlich, dass

- a) die Kunden/Nutzer ihre eigene Prüfpflicht erweitern müssen. Bei der Auswahl eines Cloud-Computing-Dienstes muss nicht nur sichergestellt werden, dass ein C5-Testat Typ 1 vorliegt, sondern es muss auch der Zeitpunkt der Markteinführung erfasst werden. Diesbezüglich ergeben sich neue Fragestellungen:
 - Wer bestätigt diesen Zeitpunkt?
 - Wird der Zeitpunkt zentral erfasst?
- b) zusätzlich sichergestellt werden muss, dass der Anbieter die Frist zur Erlangung eines C5-Testats Typ 2 vertraglich zusichert.
- c) die Kunden/Nutzer der Cloud-Dienste während der Übergangsfrist ein erhöhtes Sicherheitsrisiko haben. Ein C5-Testat Typ 1 hat eine geringere Aussagekraft. Es bestätigt lediglich die Planung der entsprechenden Sicherheitsmaßnahmen, nicht aber deren Wirksamkeit. Das bedeutet, dass in dieser Zeit ein höheres, bewusst zu tragendes Restrisiko besteht. Daraus ergeben sich erweiterte vertragliche Regelungen zur Einhaltung bzw. Zusicherung der entsprechenden Sicherheitsmaßnahmen.

Den Anbietern, die keine Maßnahmen gemäß der C5-GleichwV umgesetzt haben, wird etwas mehr Flexibilität eingeräumt. Dies bedeutet jedoch einen höheren Aufwand für die Krankenkassen (Nutzer).

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Nr. 45 § 399 SGB V Strafvorschriften

A Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Ergänzung werden Verstöße von Einrichtungsleitungen einer ambulanten oder stationären Pflegeeinrichtung gegen § 340a Absatz 1 SGB V unter Strafe gestellt.

B Stellungnahme

Die Regelung ist unter Verweis auf die Kommentierung zu § 340a SGB V folgerichtig und wird begrüßt.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 4 Änderung des Pflegezeitgesetzes

Nr. 1 § 2 Absatz 2 Satz 2 Kurzzeitige Arbeitsverhinderung

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelung wird dahingehend ergänzt, dass auch Pflegefachpersonen die Bescheinigung für den Arbeitgeber über die Pflegebedürftigkeit im Zusammenhang mit einer kurzzeitigen Arbeitsbefreiung ausstellen können.

B Stellungnahme

Die Änderung ist sachgerecht. Entsprechend der Kompetenzen von Pflegefachpersonen werden das Aufgabenspektrum und die Befugnisse von Pflegefachpersonen unbürokratisch und sinnvoll ausgeweitet.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 5 Änderung des Pflegeberufgesetzes

Nr. 3 § 4 Vorbehaltene Aufgaben, Pflegeprozessverantwortung

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Pflegeprozessverantwortung und die Pflegeplanung werden ausdrücklich als Vorbehaltsaufgaben festgelegt. Damit ist sichergestellt, dass diese zentralen Aufgaben ausschließlich von qualifizierten Pflegefachpersonen übernommen werden dürfen.

B Stellungnahme

Die Pflegeprozessverantwortung bildet das zentrale fachliche Steuerungselement der professionellen Pflege. Die Pflegeplanung ist dabei ein zentraler Bestandteil des Pflegeprozesses; mit dieser professionsspezifischen Arbeitsmethode wird sichergestellt, dass die Pflege individuell an die Bedarfe und Bedürfnisse der zu Versorgenden angepasst wird. Die Pflegeplanung bedarf einer fundierten fachlichen Expertise mit spezifischen pflegerischen Kompetenzen. Es ist daher sachgerecht, dass die Planung der Pflege als ein Teil der Vorbehaltsaufgaben aufgenommen wird.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Nr. 4 § 4a Eigenverantwortliche Heilkundenausübung

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung „Pflegefachfrau“, „Pflegefachmann“ oder „Pflegefachperson“ umfasst auch die Befugnis zur eigenverantwortlichen Ausübung heilkundlicher Tätigkeiten im Umfang der in der beruflichen oder hochschulischen Pflegeausbildung nach den §§ 4, 5 und 37 Pflegeberufegesetz erworbenen Kompetenzen umfasst.

Pflegefachpersonen mit einer Erlaubnis nach § 1 Satz 2 verfügen dabei gegenüber solchen nach § 1 Satz 1 über deutlich erweiterte heilkundliche Kompetenzen. Die Regelung folgt einem modernen Heilkundeverständnis und stellt eine Lex specialis zum Heilpraktikergesetz dar. Sie ermöglicht die eigenverantwortliche Ausübung von heilkundlichen Aufgaben durch Pflegefachpersonen auf Grundlage ihrer fachlichen Qualifikation – unabhängig davon, ob diese Aufgaben traditionell als „ärztlich“ oder „pflegerisch“ klassifiziert wurden.

Eine weitere systematische Bestimmung soll im Rahmen der wissenschaftlichen Expertise nach § 8 Abs. 3c SGB XI erfolgen.

B Stellungnahme

Die beabsichtigte Neuregelung zur Ausübung von heilkundlichen Tätigkeiten wird ausdrücklich begrüßt. Sie trägt dem gewachsenen Kompetenzprofil moderner Pflegeausbildungen Rechnung und stärkt die Versorgungsqualität durch eine effizientere Aufgabenverteilung.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Nr. 5 § 14a Standardisierte Kompetenzbeschreibungen für heilkundliche Aufgaben

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Fachkommission nach § 53 hat die Möglichkeit, standardisierte Module zu entwickeln, die Pflegefachpersonen die Kompetenzen vermitteln, die für die eigenständige Ausübung heilkundlicher Aufgaben erforderlich sind. Diese Module können nach Genehmigung durch das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend sowie das Bundesministerium für Gesundheit einmalig in Kraft treten; Änderungen erfordern eine erneute Genehmigung. Die Module sollen regelmäßig an den aktuellen medizinischen und pflegewissenschaftlichen Fortschritt angepasst werden. Obwohl die Entwicklung solcher Module bereits zuvor nach § 14 Absatz 4 möglich war, wird dieses Angebot nun explizit weitergeführt. Für die Länder sind die Module nicht verpflichtend, sie können jedoch als Grundlage für die Entwicklung von Lehrplänen und Curricula, auch in der Weiterbildung, herangezogen werden.

B Stellungnahme

Die Entwicklung standardisierter Module fortzusetzen und deren Anwendung in der Pflegeausbildung sowie Weiterbildung zu ermöglichen, ist insgesamt positiv zu bewerten. Die Fortführung dieser bewährten Praxis stellt sicher, dass Länder und Hochschulen eine fundierte Grundlage für die Gestaltung von Lehrplänen und Curricula erhalten.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Nr. 6 § 37 Ausbildungsziele

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Intention der Anpassung besteht darin, die Begriffe im Pflegeberufegesetz zu vereinheitlichen. Dabei wird der bisher verwendete Begriff der „Selbständigkeit“ zugunsten der Formulierung „eigenverantwortliche Wahrnehmung“ ersetzt, um eine klarere Anlehnung an den Deutschen Qualifikationsrahmen (DQR) herzustellen. Darüber hinaus wird durch die stärkere Orientierung an „Aufgaben“ statt an „Tätigkeiten“ eine systematische Weiterentwicklung der pflegeberuflichen Logik im Gesetz verfolgt.

B Stellungnahme

Die Anpassungen im Pflegeberufegesetz hinsichtlich der Vereinheitlichung der Begriffe und die stärkere Betonung auf Aufgaben anstelle von „Tätigkeiten“ werden begrüßt. Diese Klarstellungen fördern nicht nur die Transparenz, sondern auch die Rechtssicherheit in der beruflichen Praxis. Die Aufgabe der Begriffe „Selbständigkeit“ und „Tätigkeit“ zugunsten einer systematisierten Aufgabenorientierung stärkt das pflegerische Berufsbild und dessen Einordnung in die Bildungs- und Versorgungslogik.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Nr. 9 § 66e Übergangsvorschriften für Personen, die bereits über eine Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung nach § 1 Satz 2 verfügen

A Beabsichtigte Neuregelung

Es wird eine Übergangsregelung für Pflegefachpersonen geschaffen, die bereits über eine Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung nach § 1 Satz 2 verfügen. Ziel ist es, diesen Personen den Zugang zu den neuen heilkundlichen Kompetenzen nach § 37 Absatz 2 Satz 2 SGB V zu eröffnen, ohne dass sie ein vollständiges Studium nach Teil 3 absolvieren müssen. Stattdessen können sie diese Kompetenzen gesondert erwerben; die entsprechenden Vorschriften des Teils 3 finden dabei sinngemäß Anwendung. Der Erwerb wird mit einer staatlichen Prüfung abgeschlossen.

B Stellungnahme

Die vorgeschlagene Übergangsregelung ist zu begrüßen. Die Regelung verhindert eine Ungleichbehandlung zwischen bereits berufs zugelassenen Pflegefachpersonen und zukünftigen Absolventinnen und Absolventen hochschulischer Pflegeausbildungen. Durch die Anwendung der Vorschriften des Teils 3 und die staatliche Prüfung wird ein verbindlicher und standardisierter Rahmen für den Kompetenzerwerb geschaffen.

Die Regelung schafft somit eine Perspektive für bereits tätige Pflegefachpersonen, sich gezielt weiter zu qualifizieren und wirkt damit dem Fachkräftemangel entgegen.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 6 Änderung SGB III

A Beabsichtigte Neuregelung

Als Folgeänderung zu Artikel 3 Nr. 10 wird die Anzahl der Kindkranktage für das Jahr 2026 auch für arbeitslose Eltern fortgeschrieben.

B Stellungnahme

Die Änderung ist erforderlich, um die Gleichbehandlung von erwerbstätigen und arbeitslosen Eltern sicherzustellen und wird daher ausdrücklich befürwortet.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 7 Änderung SGB VII

A Beabsichtigte Neuregelung

Als Folgeänderung zu Artikel 3 Nr. 11 wird mit dem Verweis auf die Berechnungsvorschriften zum Krankengeld sichergestellt, dass für bestimmte Grenzgänger auch beim Verletztengeld eine Doppelbesteuerung unterbleibt.

B Stellungnahme

Die Folgeänderung ist aus fachlicher Sicht im Einklang mit der bisherigen Gesetzes-systematik erforderlich.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 11 Änderung Krankenhausfinanzierungsgesetz

Nr. 1 und Nr. 2 § 14b Evaluierung des Reifegrades der Krankenhäuser hinsichtlich der Digitalisierung und Begleitforschung für die digitale Transformation im Rahmen des Krankenhauszukunftsfonds

A Beabsichtigte Neuregelung

Der dritte Stichtag zur Messung der digitalen Reife der Krankenhäuser wird auf den 1. März 2026 festgelegt. Die bisher im Paragraphen enthaltene Ermächtigung des Bundesministeriums für Gesundheit zur Festlegung eines weiteren Stichtags wird in dem Zuge gestrichen.

B Stellungnahme

Eine erneute Messung des digitalen Reifegrads ist grundsätzlich zu begrüßen. Jedoch liegen zwischen dem ersten und dem zweiten Stichtag drei Jahre, die dritte Messung hingegen soll ein Jahr und acht Monate später erfolgen. Eine Begründung für dieses geänderte Intervall wird nicht angegeben. Für den Fall einer erneuten Notwendigkeit einer Reifegradmessung könnte diese mithilfe der Verordnungsermächtigung gemäß § 14b Satz 4 KHG verhältnismäßig aufwandsarm auf dem Verordnungswege terminiert werden. Die Streichung des § 14b Satz 4 entzieht dem Ministerium diese Möglichkeit.

C Änderungsvorschlag

Keine Streichung des § 14b Satz 4 KHG.

Artikel 12 Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung

A Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Neuregelung in § 7 der RSAV wird die maximale Aufbewahrung von RSA-Daten an die maximale Dauer von RSA-Prüfverfahren beider Verfahrenstypen (reguläre und anlassbezogene Prüfungen) angepasst, wie sie in Artikel 3 Nr. 28 neu geregelt werden soll: Maximal bis zum Ablauf des fünfzehnten Kalenderjahres, das auf das Prüfstichtag folgt.

B Stellungnahme

Es handelt sich um eine Folgeänderung aus der erstmaligen Festlegung der maximalen Dauer von RSA-Prüfverfahren.

Auch wenn die Prüfungsdauer nicht unendlich sein kann, löst die Änderung keinerlei Probleme im Zusammenhang mit den RSA-Prüfungen, die bei enormen bürokratischen Aufwänden nicht rechtssicher durchzuführen und nicht zuletzt in ihrer Durchführung durch das BAS wettbewerbsverzerrend sind. Es bedarf vielmehr der gesetzlichen Verankerung einer vereinfachten, pauschalierten Lösung der anteiligen Begrenzung regional stark überdurchschnittlicher HMG-Veränderungen unter Aufhebung der wenigen bereits abgeschlossenen Prüfverfahren und Verrechnung geleisteter Korrekturbeträge. *Hier sei auf unsere Stellungnahme zu Artikel 3 Nr. 28 verwiesen.*

C Änderungsvorschlag

Hier sei auf unsere Stellungnahme zu Artikel 3 Nr. 28 verwiesen.

Artikel 13 Änderung Mutterschutzgesetz

A Beabsichtigte Neuregelung

Für Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, die in Deutschland beschäftigt sind, aber in einem anderen Staat wohnen, in dem Mutterschaftsgeld steuerpflichtig ist, soll zur Berechnung des Mutterschaftsgeldes nicht das Nettoarbeitsentgelt (inklusive deutscher Steuerabzüge), sondern das sogenannte Regelentgelt abzüglich der Sozialversicherungsbeiträge – jedoch ohne Berücksichtigung deutscher Steuern – herangezogen werden.

Ziel dieser Regelung ist es, eine Doppelbesteuerung von Grenzgängerinnen und Grenzgängern beim Bezug von Mutterschaftsgeld zu vermeiden.

B Stellungnahme

Die bereits erwartete Gesetzesanpassung ist sachgerecht und auf Verlangen des BMG seit 2023 gelebte Krankenkassenpraxis. Mit den BSG-Urteilen vom 03.11.2021 (Az. B 11 AL 6/21 R) und vom 22.09.2022 (Az. B 11 AL 34/21 R) ist das BMG auf den GKV-Spitzenverband zugegangen und bat die GKV im Vorgriff auf eine anstehende Rechtsänderung in bestimmten Fallkonstellationen die Berechnung des Mutterschaftsgeldes auf „Bruttolohnbasis“ vorzusehen. Dies wurde von der GKV umgesetzt. Die Verfahrensbeschreibung zum DTA EEL Version 12 wurde in der Folge ab 01.01.2024 entsprechend angepasst. Die Gesetzesanpassung sorgt nun für die rechtliche Grundlage und wird aus fachlicher Sicht befürwortet.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

III. Zusätzlicher Änderungsbedarf aus Sicht des AOK-Bundesverbandes

§ 275b SGB V Durchführung und Umfang von Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen bei Leistungen der häuslichen Krankenpflege und außerklinischen Intensivpflege durch den Medizinischen Dienst und Verordnungsermächtigung

Sachstand

Die Qualitätssicherung in der häuslichen Krankenpflege und der außerklinischen Intensivpflege ist ein wesentlicher Bestandteil der Versorgungssicherheit und des Schutzes der Patientinnen und Patienten. Derzeit sieht § 275b SGB V die Durchführung von Qualitätsprüfungen durch den Medizinischen Dienst vor, jedoch ohne eine Veröffentlichung der Prüfergebnisse. Die Veröffentlichung der Prüfergebnisse soll die Transparenz im Bereich der häuslichen Krankenpflege und der außerklinischen Intensivpflege erhöhen. Patientinnen und Patienten, An- und Zugehörige und interessierte Öffentlichkeit sollen durch die zugängliche Aufbereitung der Prüfberichte die Qualität von Leistungserbringern nachvollziehen und in ihre Entscheidungen einfließen lassen können.

Änderungsbedarf und Begründung

Eine Veröffentlichung der Prüfergebnisse würde den betroffenen Patientinnen und Patienten und ihren Angehörigen eine wertvolle Orientierungshilfe bieten. Sie könnten einfacher den passenden Pflegedienst auswählen und die Qualität der Pflege besser einschätzen. Die bereits im § 114a SGB XI praktizierte Veröffentlichung von Prüfergebnissen hat sich als sinnvolle Maßnahme für mehr Transparenz und Verbraucherschutz bewährt.

Um Gleichbehandlung und Konsistenz zu gewährleisten, wäre es sinnvoll, dieses Vorgehen auch auf die häusliche Krankenpflege und die außerklinischen Intensivpflege nach § 275b SGB V auszudehnen. So würde eine einheitliche Transparenz für alle Versorgungsbereiche geschaffen und alle Beteiligten hätten eine vergleichbare Informationsgrundlage.

Zudem könnte die Veröffentlichung der Prüfergebnisse dazu beitragen, dass wiederkehrende Probleme und positive Entwicklungen nicht nur intern, sondern auch öffentlich diskutiert werden. Dies würde die Weiterentwicklung von Qualitätsstandards fördern. Pflegedienste könnten außerdem von den Erfahrungen anderer Einrichtungen lernen und gezielt Maßnahmen zur Verbesserung ihrer eigenen Versorgungsqualität umsetzen.

Änderungsvorschlag

Der § 275b SGB V Absatz 3 wird um folgenden Satz 4 ergänzt:

„Die Ergebnisse der Prüfungen nach den Absätzen 1 und 2 sind in anonymisierter Form in einem für die Öffentlichkeit zugänglichen Bericht zu veröffentlichen. Die Prüfergebnisse müssen in einer leichtverständlichen Form dargestellt werden und sollen insbesondere Informationen über die Einhaltung der Qualitätsanforderungen, die festgestellten Mängel und die ergriffenen Maßnahmen zur Mängelbehebung enthalten. Bei der Veröffentlichung sind die Bestimmungen des Datenschutzes, insbesondere der Schutz personenbezogener Daten, zu beachten. § 114a Absatz 2 bis 4 des Elften Buches gilt entsprechend.“

Aufhebung der Mandatsbegrenzung für ehrenamtliche Mitglieder des Medizinischen Dienstes: Änderungsbedarf der §§ 279 und 282 SGB V

Sachstand

Die gesetzlichen Regelungen zur Wahrnehmung von Selbstverwaltungsmandaten im Medizinischen Dienst der Krankenkassen sehen derzeit vor, dass Versicherten- und Arbeitgebervertreter in den Verwaltungsräten nur ein weiteres Ehrenamt in der Sozialversicherung ausüben dürfen sowie eine Begrenzung ihrer Tätigkeit auf maximal zwei Amtsperioden. Diese Regelungen gelten nicht für andere Mitglieder der Verwaltungsräte, wie etwa Patienten- oder Berufsvertreter. Ziel dieser Begrenzungen war es, eine ausgewogene Mandatsverteilung und eine Durchmischung der Gremien sicherzustellen.

In der Praxis führen diese Regelungen jedoch zu erheblichen Einschränkungen in der demokratischen Mitwirkung und zu Kompetenzverlusten in der Gremienarbeit. Die Begrenzung der Amtszeiten erschwert es, erfahrene und eingearbeitete Mitglieder langfristig einzubinden. Dies beeinträchtigt die Kontinuität und Qualität der Entscheidungsfindung und schwächt die Selbstverwaltung insgesamt. Die Regelung birgt zudem die Gefahr, dass es zukünftig zu personellen Engpässen bei der Besetzung kommen könnte, insbesondere, wenn erfahrene Mitglieder durch starre Begrenzungen ausscheiden müssen, obwohl sie weiterhin zur Verfügung stünden.

Änderungsbedarf und Begründung

Vor dem Hintergrund der beschriebenen Herausforderungen wird vorgeschlagen, die Begrenzungen der Anzahl der Ehrenämter sowie der Amtsperioden für Versicherten- und Arbeitgebervertreter in den Verwaltungsräten der Medizinischen Dienste aufzuheben. Die entsprechenden Regelungen in § 279 Abs. 4 und 6 SGB V sollten gestrichen oder so angepasst werden, dass eine gleichberechtigte Amtsausübung aller Mitgliedergruppen in der Selbstverwaltung möglich ist.

Die Aufhebung dieser Begrenzungen würde die Besetzbarkeit der Gremien deutlich verbessern, da sie den Kreis potenzieller Kandidatinnen und Kandidaten erweitert und die Möglichkeit schafft, erfahrene und engagierte Mitglieder längerfristig einzubinden. Zudem ermöglicht die Aufhebung der Mandatsbegrenzungen eine trägerübergreifende Perspektive, die für die inhaltliche Arbeit in der Selbstverwaltung von großem Wert ist. Die Möglichkeit, Erfahrungen aus verschiedenen Bereichen der Sozialversicherung einzubringen, fördert die Qualität der Entscheidungsfindung und trägt zur Weiterentwicklung des Gesundheitssystems bei. Schließlich würde die Gleichbehandlung aller Mitgliedergruppen innerhalb der Verwaltungsräte hergestellt, was aus rechts- und gleichstellungspolitischer Sicht geboten erscheint.

Bei der Änderung in § 282 Abs. 2 S. 7 handelt es sich um eine notwendige Folgeänderung aufgrund der vorgeschlagenen Streichung des § 279 Abs. 4 S. 10 und 11.

Änderungsvorschlag

Der bisherige § 279 Absatz 4 SGB V wird wie folgt angepasst:

„(4) 16 Vertreter werden von den Verwaltungsräten oder Vertreterversammlungen der Landesverbände der Orts-, Betriebs- und Innungskrankenkassen, der landwirtschaftlichen Krankenkasse, der Ersatzkassen und der BAHN-BKK gewählt. Die Krankenkassen haben sich über die Zahl der Vertreter, die auf die einzelne Kassenart entfällt, zu einigen. Kommt eine Einigung nicht zustande, entscheidet die für die Sozialversicherung zuständige oberste Verwaltungsbehörde des Landes. Als Vertreter nach Satz 1 sind je zur Hälfte Frauen und Männer zu wählen. Jeder Wahlberechtigte nach Satz 1 wählt auf der Grundlage der von der oder dem Vorsitzenden des Verwaltungsrates erstellten Bewerberliste eine Frau und einen Mann. Die acht Bewerberinnen und acht Bewerber mit den meisten Stimmen sind gewählt. Eine Wahl unter Verstoß gegen Satz 4 ist nichtig. Ist nach dem dritten Wahlgang die Vorgabe nach Satz 4 nicht erfüllt, gelten nur so viele Personen des Geschlechts, das nach dem Ergebnis der Wahl mehrheitlich vertreten ist, als gewählt, wie Personen des anderen Geschlechts gewählt wurden; die Anzahl der Vertreter nach Absatz 4 reduziert sich entsprechend. Das Nähere zur Durchführung der Wahl regelt die Satzung. ~~Die Amtszeit der Vertreter nach Satz 1 darf zwei Amtsperioden nicht überschreiten. Personen, die am 1. Januar 2020 bereits Mitglieder im Verwaltungsrat eines Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung sind, können einmalig wiedergewählt werden.~~“

Der bisherige § 279 Absatz 6 SGB V wird wie folgt angepasst

„(6) Beschäftigte des Medizinischen Dienstes, der Krankenkassen oder ihrer Verbände sind nicht wähl- oder benennbar. ~~Personen, die bereits mehr als ein Ehrenamt in einem Selbstverwaltungsorgan eines Versicherungsträgers, eines Verbandes der Versicherungsträger oder eines anderen Medizinischen Dienstes innehaben, können nicht gewählt oder benannt werden.~~ § 51 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 bis 4 und Absatz 6 Nummer 2 bis 6 des Vierten Buches gilt entsprechend. Rechtsbehelfe gegen die Benennung oder die Wahl der Mitglieder des Verwaltungsrates haben keine aufschiebende Wirkung. § 57 Absatz 5 bis 7 des Vierten Buches und § 131 Absatz 4 des Sozialgerichtsgesetzes gelten entsprechend.“

§ 282 Absatz 2 Satz 7 wird entsprechend der vorgeschlagenen Änderungen wie folgt angepasst:

„(2) [...] Das Nähere, insbesondere zur Wahl der oder des Vorsitzenden und der Stellvertreterin oder des Stellvertreters, regelt die Satzung nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 1. § 40 Absatz 1 Satz 1 und 2, Absatz 2 und 3, die §§ 41, 42 Absatz 1 bis 3 des Vierten Buches, § 217b Absatz 1 Satz 3 und Absatz 1a bis 1e und **§ 279 Absatz 4**

Satz 4 bis 9, Absatz 5 Satz 5 und Absatz 6 gelten entsprechend. Die Vertreter nach Satz 2 Nummer 3 sind nicht stimmberechtigt. Personen, die Mitglieder des Verwaltungsrates des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen sind, können nicht gewählt werden.“

§ 284 Absatz 1 SGB V Sozialdaten bei den Krankenkassen

Sachstand

Nach § 127 Absatz 6 Satz 1 SGB V haben die Krankenkassen ihre Versicherten über die zur Versorgung berechtigten Vertragspartner und über die wesentlichen Inhalte der Verträge zu informieren. Diesem gesetzlichen Auftrag ist natürlich auch die AOK-Gemeinschaft mit dem Tool/Navigator [Die AOK-Hilfsmittelsuche: Einfach den passenden Anbieter finden](#) nachgekommen.

Änderungsbedarf und Begründung

Zur Erfüllung des gesetzlichen Auftrages „§ 127 Absatz 6 Satz 1 SGB V“ nutzt das Tool/der Navigator [Die AOK-Hilfsmittelsuche: Einfach den passenden Anbieter finden](#) auch Daten, die im Kontext des § 293 Absatz 1 SGB V – Institutionskennzeichen (IK) – erhoben wurden und werden. Allerdings fokussiert sich die Nutzung der IK-Daten auf reine Abrechnungszwecke der Leistungserbringer mit den anderen Trägern der Sozialversicherung, der Bundesagentur für Arbeit und den Versorgungsverwaltungen der Länder.

Daher bedarf es einer spezifischen Legitimation, dass Krankenkassen auch in Umsetzung des § 127 Absatz 6 Satz 1 SGB V Sozialdaten erheben und speichern dürfen.

Änderungsvorschlag

Der § 284 Absatz 1 Satz 1 SGB V

Die Krankenkassen dürfen Sozialdaten für Zwecke der Krankenversicherung nur erheben und speichern, soweit dies erforderlich ist für
wird um die Nummer

24. Versicherten-Informationen über die zur Versorgung berechtigten Vertragspartner und über die wesentlichen Inhalte der Verträge

ergänzt.

§ 291a Abs. 4 SGB V Fristanpassung Versichertenstammdatenmanagement

Sachstand

Die bisherige Regelung sieht eine Einführung des neuen Versichertenstammdatenmanagements (VSDM 2) zum 01.01.2026 vor.

Änderungsbedarf und Begründung

Bei VSDM 2 handelt es sich um ein komplexes System, das die Grundlage für die TI2.0 bildet und entsprechend viele Abhängigkeiten zu anderen Prozessen innerhalb der Telematikinfrastruktur aufweist. Die anhängenden Prozesse sowie die integrativen Tests haben sich im Rahmen der Spezifikation als komplexer dargestellt, als ursprünglich gedacht. Für die Umsetzung des VSDM 2 ist die technische Grundlage durch Spezifikationen der gematik notwendig. Im Anschluss an das Vorliegen der Spezifikationen müssen die Anforderungen auf Seiten der Krankenkassen und Leistungserbringer umgesetzt bzw. beauftragt werden. Der gesetzlich vorgesehene Umsetzungszeitpunkt ist demnach unrealistisch.

Zum jetzigen Zeitpunkt hat die gematik noch keine finalen Spezifikationen zu VSDM 2 veröffentlicht. Im Vergleich zu vorherigen Roadmaps fällt auf, dass die Spezifikation für VSDM 2 wesentlich länger gedauert hat. Zeitgleich liegt die Spezifikation auf einem kritischen Pfad mit diversen Abhängigkeiten zu noch nicht vorhandenen Produkten und Spezifikationen.

Zusätzlich sind neben den Spezifikationen auch Tests und Rollout der Krankenkassen ebenso wie die Umstellung in den Primärverwaltungssystemen der Leistungserbringenden zu berücksichtigen. Es bedarf daher einer Anpassung der Einführungsfrist auf einen realistischen Zeitpunkt, um einen reibungslosen Übergang zu ermöglichen und somit eine durchgehende Versorgung in den Arztpraxen zu gewährleisten.

Änderungsvorschlag

(4) Die Angaben nach den Absätzen 2 und 3 Nummer 1 bis 4 sind auf der elektronischen Gesundheitskarte in einer Form zu speichern, die geeignet ist für eine maschinelle Übertragung auf die für die vertragsärztliche Versorgung vorgesehenen Abrechnungsunterlagen und Vordrucke nach § 295 Absatz 3 Nummer 1 und 2. Ab dem ~~1. Januar 2026~~ **1. Juli 2027** müssen die Angaben nach Satz 1 zusätzlich zur Speicherung auf der elektronischen Gesundheitskarte auch bei der Krankenkasse zum elektronischen Abruf zur Verfügung stehen.

§ 293 Absatz 8 SGB V Kennzeichen für Leistungsträger und Leistungserbringer

Sachstand

Mit dem Gesetz zum Schutz elektronischer Patientendaten in der Telematikinfrastruktur (Patientendaten-Schutz-Gesetz, PDSG, 2020) wurde der § 293 SGB V um den Absatz 8 erweitert. Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) wurde beauftragt, ein bundesweites Verzeichnis der ambulanten Pflegeeinrichtungen und Betreuungsdienste mit einem Versorgungsvertrag nach § 132a SGB V oder § 72 SGB XI sowie der dort beschäftigten Personen zu errichten.

Ziel dieses Verzeichnisses ist es, das Abrechnungsverfahren zu erleichtern und auf das Unterschriftenverfahren und die dazugehörigen Handzeichenlisten zu verzichten. Dabei dient die Vergabe der Beschäftigtennummern für die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen in Pflege oder Betreuung insbesondere als „Qualitätssicherung für die elektronische Abrechnung“.

Änderungsbedarf und Begründung

Die bisherigen Herausforderungen in der Umsetzung dieses Auftrags zeigen noch einen gesetzlichen Weiterentwicklungsbedarf. Das mit der Umsetzung verbundene Potenzial, mit Augenmerk auf die Digitalisierung und Entbürokratisierung, wird nicht vollumfänglich ausgeschöpft.

1. Zweckerweiterung

Mit dem Digital-Gesetz wurden die Zwecke, für die den Kranken- und Pflegekassen die pseudonymisierten Daten des BeVaP zur Verfügung gestellt werden sollen, konkretisiert. Die Kassen können die Daten des Verzeichnisses für die Zwecke der Abrechnung mit den Leistungserbringern, einschließlich der Prüfung der Rechtmäßigkeit und Plausibilität der Abrechnung, die Überwachung der Wirtschaftlichkeit und der Qualität der Leistungserbringung verwenden. Die Daten des Verzeichnisses dürfen dabei nur im Rahmen kassenindividueller Abrechnungsschritte Verwendung finden. Eine kassenübergreifende Überprüfung kann lediglich durch die Fehlverhaltensstellen der Kranken- und Pflegekassen vorgenommen werden. Um die Daten des BeVaP effizient nutzen zu können, sollte auch den Landesverbänden der Kranken- und Pflegekassen für den Zweck der Zulassung von Leistungserbringern zur pflegerischen Versorgung (§§ 132a Absatz 4, 132d Absatz 1 Satz 6 oder 132l Absatz 5 SGB V bzw. § 72 SGB XI) die pseudonymisierten Daten des BeVaP zur Verfügung stehen. Die für die Zulassung erforderlichen Qualifikationen, z. B. für die verantwortliche Pflegefachperson, könnten so ohne bürokratischen Aufwand anhand der Beschäftigtennummer durch die Landesverbände überprüft werden.

Mit dem vorliegenden Gesetzesentwurf ist mit Artikel 2 Nummer 2 (§ 15a Absatz 1 SGB V) vorgesehen, dass Pflegefachpersonen bestimmte Leistungen der ärztlichen

Behandlung eigenverantwortlich durchführen können. Voraussetzung für eine eigenverantwortliche Erbringung von bestimmten Leistungen ist das Vorhandensein der erforderlichen fachlichen Kompetenzen. Ein Bestandteil der ärztlichen Behandlung durch Pflegefachpersonen soll gemäß § 15a Absatz 1 Nummer 2 SGB V auch das Ausstellen von Folgeverordnungen der Häuslichen Krankenpflege sowie Verordnungen der für diese Leistungen benötigten Hilfsmittel sein. Damit die Krankenkassen die Anforderungen an die Eignung der Pflegefachpersonen, die diese Tätigkeiten vornehmen, prüfen können, sind die pseudonymisierten Daten des BeVaP den Krankenkassen auch zu diesem Zweck (§ 284 Absatz 1 Nr. 4 SGB V) zur Verfügung zu stellen.

2. Verifizierung der Angaben

Die Qualifikationen der Beschäftigten bei ambulanten Pflegeeinrichtungen, die im BeVaP hinterlegt sind, beruhen derzeit ausschließlich auf Selbstangaben der Leistungserbringer. Die gemeldeten Daten müssen nicht mit Berufsurkunden oder Fort- und Weiterbildungsnachweisen belegt werden. Eine belastbare Verwendbarkeit der Daten erscheint somit fraglich und stellt den originären Zweck des Beschäftigtenverzeichnisses in Frage. Die Verifizierung der Daten im Beschäftigtenverzeichnis, z. B. durch die verzeichnisführende Stelle (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte – BfArM) oder durch eine andere bestätigende Stelle, ist daher unabdingbar.

Eine zentrale (und einmalige) Verifizierung der im Beschäftigtenverzeichnis geführten Qualifikationen würde sowohl bei den Kranken- und Pflegekassen bzw. Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen als auch bei den Leistungserbringern zur Entbürokratisierung beitragen. Damit entfielen die derzeit erforderliche individuelle Überprüfung der Qualifikationen bei den Leistungserbringern durch unterschiedliche Kranken- und Pflegekassen bzw. Landesverbände der Kranken- und Pflegekassen und den Ersatzkassen.

3. Sicherung der Datenqualität

Als Voraussetzung dafür, dass die Beschäftigtennummern des BeVaP effizient für die gesetzlich bestimmten Zwecke genutzt werden können, sind Maßnahmen zur Vermeidung einer mehrfachen Vergabe von Beschäftigtennummern für eine Person vorzusehen. Zur eindeutigen Identifizierung einer Person ist daher zusätzlich die Angabe der persönlichen lebenslangen Identifikationsnummer gesetzlich zu regeln. Außerdem ist es zwingend erforderlich, dass die einzelnen Mitarbeitenden in einer Pflegeeinrichtung ihre jeweilige lebenslange Beschäftigtennummer kennen und diese bei einem Arbeitgeberwechsel dem neuen Arbeitgeber mitteilen. Die versehentliche Beantragung einer neuen (weiteren) Beschäftigtennummer für eine Person kann damit verhindert werden. Bislang sind die Leistungserbringer nicht gesetzlich verpflichtet, die Beschäftigtennummer an die jeweilige beschäftigte Person weiterzugeben. Auch die Beschäftigten sind bislang nicht gesetzlich verpflichtet, ihre Be-

beschäftigtennummer bei einem Arbeitgeberwechsel dem neuen Arbeitgeber mitzuteilen. Des Weiteren muss bei einem Arbeitgeberwechsel der neue Arbeitgeber das Recht erhalten, die im BeVaP hinterlegten Daten der beschäftigten Person einsehen zu können, damit die Qualifikationen nicht mehrfach erfasst werden müssen.

Änderungsvorschlag

§ 293 Absatz 8 Satz 4 SGB V wird wie folgt gefasst:

„Das Verzeichnis nach Satz 1 enthält für die Personen nach Satz 1 Nummer 2 und für die Pflegekräfte nach Satz 1 Nummer 3 folgende Angaben:

die Beschäftigtennummer (unverschlüsselt),

1. den Vornamen und den Namen,
2. das Geburtsdatum,
3. die Identifikationsnummer nach § 139b der Abgabenordnung (AO)
4. die Bezeichnung der abgeschlossenen Berufsausbildungen und das Datum des jeweiligen Abschlusses sowie
5. die Bezeichnung abgeschlossener Zusatzqualifikationen und das Datum des jeweiligen Abschlusses.“

§ 293 Absatz 8 Satz 7 SGB V wird wie folgt gefasst:

„Die in Satz 1 Nummer 1 genannten Leistungserbringer und die in Satz 1 Nummer 3 genannten Pflegekräfte sind verpflichtet, dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte die Angaben nach Satz 4 Nummer 2 bis 6 und den Sätzen 5 und 6 zu übermitteln sowie unverzüglich jede Veränderung dieser Angaben mitzuteilen.“

In § 293 Absatz 8 SGB V wird nach Satz 7 folgender Satz eingefügt:

„Die Angaben nach Satz 4 Nummer 5 und 6 sind durch geeignete Maßnahmen zu verifizieren. Die verzeichnisführende Stelle legt hierzu die Einzelheiten im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen fest.“

§ 293 Absatz 8 Satz 9 (alt) SGB V wird wie folgt gefasst:

„Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte übermittelt den Kranken- und Pflegekassen und deren Landesverbänden sowie den Ersatzkassen die Daten nach Satz 4 Nummer 1, 4 und 5 sowie nach Satz 5 zur Erfüllung ihrer in § 284 Absatz 1 Satz 1 Nummer 4, 8 und 9 und in § 94 Absatz 1 Nummer 5 und 6 des Elften Buches genannten Aufgaben sowie für den Abschluss der Verträge nach §§ 132a Absatz 4, 132d Absatz 1 Satz 6 oder 132l Absatz 5 bzw. für den Abschluss von Versorgungsverträgen nach § 72 Absatz 3 des Elften Buches über den Spitzenverband

Bund der Krankenkassen und den Spitzenverband Bund der Pflegekassen im Wege der elektronischen Datenübertragung als pseudonymisierten Gesamtdatensatz.“

In § 293 Absatz 8 SGB V werden nach Satz 12 (alt) folgende Sätze eingefügt:

„Die in Satz 1 Nummer 1 genannten Leistungserbringer sind verpflichtet, den Personen nach Satz 1 Nummer 2 ihre jeweilige Beschäftigtennummer zur Verfügung zu stellen. Bei einem Arbeitgeberwechsel haben die Personen nach Satz 1 Nummer 2 ihre jeweilige Beschäftigtennummer dem neuen Arbeitgeber, sofern es sich hierbei um einen in Satz 1 Nummer 1 genannten Leistungserbringer handelt, anzugeben. Der neue Arbeitgeber hat das Recht, die bereits hinterlegten Daten zu der Beschäftigtennummer einzusehen.“

§ 18 Absatz 3 SGB XI - Beauftragung unabhängiger Gutachterinnen und Gutachter

Sachstand

Die Pflegekassen sind verpflichtet, insbesondere in den Fällen drohender Fristüberschreitungen unabhängige Gutachter/innen zu beauftragen.

Änderungsbedarf und Begründung

Die Erfahrungen seit Einführung der Regelung mit dem Pflegeneuausrichtungsgesetz (2012) zeigen, dass die Beauftragung externer Gutachterinnen und Gutachtern nicht greift. Es gibt keine ausreichende Zahl von unabhängigen Gutachterinnen und Gutachtern, die von den Pflegekassen im Zusammenhang mit der Feststellung von Pflegebedürftigkeit beauftragt werden können. Dies wird auch nach den Angaben des Medizinischen Dienstes Bund bestätigt. Seit mehreren Jahren gibt es keine Gutachten von unabhängigen Gutachterinnen und Gutachtern, die in das Qualitätssicherungsverfahren der Medizinischen Dienste hätten einbezogen werden können (vgl. § 53a Abs. 2 Nr. 4 SGB XI i. V. m. Nr. 6 der UGu-Rili). Vor diesem Hintergrund ist die Regelung zu streichen.

Änderungsvorschlag

In § 18 wird Absatz 3 gestrichen.

In der Folge sind entsprechende Regelungen in anderen Paragraphen anzupassen (z. B. § 31). Die Absätze 4 und 5 bisher werden zu den Absätzen 3 und 4.

§ 89 SGB XI Grundsätze der Vergütungsregelung

Sachstand

In der ambulanten Pflege ist die Vereinbarung einer Pflegevergütung nach zeitlichem Aufwand bisher nicht als vorrangig anzuwendendes Vergütungsmodell gesetzlich normiert. Bisher besteht eine Gleichrangigkeit zwischen den beiden Vergütungsmodellen. In der Praxis werden aber fast ausschließlich unabhängig vom Zeitaufwand nach dem Leistungsinhalt des jeweiligen Pflegeeinsatzes Komplexleistungen vereinbart.

Änderungsbedarf und Begründung

Bei der Leistungsvergütung in der ambulanten Pflege wird deutlich, dass das Vergütungsmodell der Leistungskomplexsystematik (auch mit Zeithinterlegung) nicht die Umsetzung eines Person-zentrierten Pflegeverständnisses unterstützt. Um den Fokus auf die pflegerischen Aufgaben zu legen, ist es nicht mehr sinnvoll, die zu erbringenden Hilfen als Einzelmaßnahmen aufzugliedern. Eine Vergütungsform, die sich nach dem realen Zeitaufwand oder nach Art der pflegerischen Hilfen ausrichtet, unterstützt vielmehr eine ressourcenorientierte Sichtweise auf den zu pflegenden Menschen.

Folglich kann in der ambulanten Pflege vielmehr eine Zeitvergütung dazu beitragen, eine flexible, passgenaue und individuell bedarfsgerechte Versorgung zu erreichen. Gleichzeitig können mit diesem Vergütungsmodell die anderen Formen pflegerischer Hilfen besser abgebildet werden. Aus diesen Gründen ist nun auch gesetzlich die Vorrangigkeit zur Vereinbarung einer ambulanten Pflegevergütung nach zeitlichem Aufwand klarzustellen.

Änderungsvorschlag

In Absatz 3 wird Satz 1 wie folgt formuliert:

„Die Vergütungen sind je nach Versorgungsziel der pflegerischen Aufgaben zur Unterstützung in den in § 14 Absatz 2 genannten Bereichen nach Zeitaufwand oder nach Art der pflegerischen Hilfen im jeweiligen Pflegeeinsatz und nur in Ausnahmefällen nach Komplexleistungen oder nach Einzelleistungen zu bemessen; sonstige pflegerische Hilfen, die der Unterstützung in den § 18 Absatz 5a Satz 3 Nummer 1 und 2 genannten Bereichen dienen oder Fahrkosten können auch mit Pauschalen vergütet werden.“

§ 120 SGB XI Pflegevertrag bei häuslicher Pflege

Sachstand

In dem Pflegevertrag bei häuslicher Pflege sind mindestens Art, Inhalt und Umfang der Leistungen einschließlich der dafür vereinbarten Vergütungen für jede Leistung oder jeden Leistungskomplex einschließlich ergänzender Unterstützungsleistungen bei der Nutzung von digitalen Pflegeanwendungen gesondert zu beschreiben.

Änderungsbedarf und Begründung

Aufgrund des geltenden Pflegebedürftigkeitsbegriffs und des damit verbundenen Person-zentrierten Pflegeverständnisses ist es notwendig, auch im Pflegevertrag die Versorgungsziele pflegerischen Handelns vereinbaren zu können. Aufgrund der aktuellen gesetzlichen Bestimmungen werden aber in der ambulanten Pflege nur tätigkeits- bzw. verrichtungsbezogene Leistungen vertraglich vereinbart. Dies gilt es nun zu beseitigen.

Änderungsvorschlag

In Absatz 3 wird Satz 1 wie folgt formuliert:

„In dem Pflegevertrag sind mindestens die pflegerischen Hilfen einschließlich der dafür mit den Kostenträgern nach § 89 vereinbarten Vergütungen einschließlich ergänzender Unterstützungsleistungen bei der Nutzung von digitalen Pflegeanwendungen zu vereinbaren.“

§ 42b SGB XI und § 40 Absatz 3a SGB V - Versorgung Pflegebedürftiger bei Inanspruchnahme von Vorsorge- oder Rehabilitationsleistungen durch die Pflegeperson

Änderungsbedarf und Begründung

Die aktuellen Regelungen zur Mitaufnahme pflegebedürftiger Angehörige bei stationärer Rehabilitation sind unbefriedigend und teilweise widersprüchlich.

§ 42 b Satz 1 SGB XI sieht einen Anspruch für Pflegebedürftige in zugelassenen Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen vor, wenn dort gleichzeitig Leistungen zur medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation einschließlich der erforderlichen Unterkunft und Verpflegung nach § 23 Absatz 4 Satz 1 des Fünften Buches, nach § 40 Absatz 2 Satz 1 des Fünften Buches oder nach § 15 Absatz 2 des Sechsten Buches oder eine vergleichbare stationäre Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme von einer Pflegeperson des Pflegebedürftigen in Anspruch genommen werden.

Der Anspruch setzt nach § 42 b Abs. 2 SGB XI voraus, dass die pflegerische Versorgung der Pflegebedürftigen in der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung für die Dauer der Leistungen zur stationären Vorsorge oder zur medizinischen Rehabilitation sichergestellt ist. Der Umfang der Leistungen ist in § 42 b Abs. 3 SGB XI beschrieben.

Ausgeschlossen ist der Anspruch des Pflegebedürftigen allerdings, wenn die Pflegeperson selbst einen Anspruch auf Versorgung des Pflegebedürftigen in der stationären Rehabilitationseinrichtung zu Lasten der Krankenversicherung nach § 40 Abs. 3a Satz 1 SGB V hat.

Mit diesem Ausschluss kommt es zu unterschiedlichen Versorgungen für Pflegebedürftige: Der Umfang der zu erbringenden Leistungen hängt davon ab, welcher Reha-Träger für die stationäre Rehabilitation zuständig ist. Die Ansprüche der Pflegepersonen nach § 40 Abs. 3a SGB V auf Versorgung der Pflegebedürftigen sind nicht identisch mit den in § 42 b Abs. 3 SGB XI beschriebenen Leistungen. Diese Unterscheidung ist nicht sachgerecht. Es ist nicht ersichtlich, warum die zu erbringenden pflegerischen Leistungen von dem Umstand abhängen sollen, ob die Pflegeperson eine stationäre Rehabilitation zu Lasten der GKV, der DRV oder von einem anderen Träger oder als Privatleistungen erbracht werden. Weder aus Versichertenperspektive, noch aus Träger- oder Leistungserbringersicht, ist diese Unterscheidung sachlich begründbar. Vielmehr erscheint es sinnvoll, die pflegerischen Leistungen unabhängig vom Träger der stationären Rehabilitation unter den gleichen Voraussetzungen als Leistung der SPV zu erbringen.

Auch die unterschiedliche Behandlung von Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen kann nicht überzeugen. Lediglich für den Fall einer stationären Rehabilitation hat nach der geltenden Rechtslage die Pflegeperson einen Anspruch auf Versorgung der

pflegbedürftigen Person in derselben Einrichtung, eine gleichlautende Vorschrift für die stationäre Versorgung im SGB V gibt es nicht.

Änderungsvorschlag

Die gesetzlichen Vorschriften sind dahingehend anzupassen, die dargestellten Ungleichbehandlungen und Verwerfungen der geltenden Rechtslage zu vermeiden. Folgende gesetzliche Änderungen sind erforderlich:

1. § 42 b Abs. 1 Satz 2 SGB XI wird gestrichen.
2. § 40 Abs. 3a Satz 1 SGB V wird gestrichen.
3. In § 42 b Abs. 6 Satz 1 sind die Wörter „oder § 40 Absatz 3a Satz 1 des Fünften Buches“ zu streichen.

§ 45f SGB XI - Anspruch auf Umwandlung des ambulanten Sachleistungsbetrags

Sachstand

Die Umwandlungsanspruch ist bisher in § 45a Absatz 4 geregelt. Der maximale Betrag für die Umwandlung beträgt bisher 40 % des jeweiligen Höchstleistungsbetrags nach § 36 und kann im Rahmen des Umwandlungsanspruchs als Teil des Leistungsbetrags, der für den jeweiligen Pflegegrad in § 36 für den Bezug von ambulanten Pflegesachleistungen vorgesehen ist, in einen Kostenerstattungsanspruch zugunsten von Leistungen von nach Landesrecht anerkannten Angeboten zur Unterstützung im Alltag umgewandelt werden.

Änderungsbedarf und Begründung

Um die Regelung zu vereinfachen und die Möglichkeiten zum zielgerichteten Bezug niedrigschwelliger Unterstützungsleistungen im Alltag auszubauen, wird die Regelung neu strukturiert. Der maximale Betrag für die Umwandlung wird von bisher 40 % auf 50 % des jeweiligen Höchstleistungsbetrags nach § 36 erhöht. Durch die damit verbundene höhere Flexibilität der Nutzung der Leistungsbeträge auch für passgenaue niedrigschwellige Alltagsangebote und die Transparenz über den noch zur Verfügung stehenden Sachleistungsanspruch unterstützen pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen bei einer passgenauen und stabilen Gestaltung des Versorgungssettings.

Pflegeeinrichtungen, die Leistungen nach § 36 abrechnen, werden zudem verpflichtet, auf Wunsch der Pflegebedürftigen unverzüglich nach Erstellung der Abrechnung in Textform eine Mitteilung über die Höhe der zur Abrechnung eingereichten Leistungen und den Monat, auf den sich die Abrechnung bezieht, auszuhändigen oder zu übermitteln. Hiermit wird die Transparenz und Nachvollziehbarkeit erhöht.

Im Zusammenhang mit der Neuregelung des Anspruchs auf Umwandlung des teilstationären Sachleistungsbetrags gemäß § 45g wird klargestellt, dass beide Ansprüche nebeneinander und ohne gegenseitige Anrechnung genutzt werden können, jedoch nicht für dasselbe Unterstützungsangebot.

Änderungsvorschlag

Der bisherige § 45f verschiebt sich entsprechend. Es wird ein neuer § 45f wie folgt gefasst:

§ 45f SGB XI - Anspruch auf Umwandlung des ambulanten Sachleistungsbetrags

(1) Beziehen Pflegebedürftige mit mindestens Pflegegrad 2, die häuslich gepflegt werden, Leistungen eines nach Landesrecht anerkannten Angebots zur Unterstützung im Alltag, können sie für den Kalendermonat, in dem sie die Leistungen des Angebots bezogen haben, für die dafür angefallenen Aufwendungen eine Kostenerstattung unter Anrechnung auf ihren Anspruch nach § 36 erhalten (Umwandlungsanspruch). Die Umwandlung des ambulanten Sachleistungsanspruchs in einen Kostenerstattungsanspruch nach Satz 1 ist möglich, soweit in dem jeweiligen Kalendermonat für den Leistungsbetrag nach § 36 keine ambulanten Pflegesachleistungen bezogen worden sind. Der je Kalendermonat für die Kostenerstattung nach Satz 1 verwendete Betrag darf 50 % des für den jeweiligen Pflegegrad vorgesehenen Höchstleistungsbetrags nach § 36 nicht überschreiten. Im Rahmen der Kombinationsleistung nach § 38 gilt die Erstattung der Aufwendungen nach Satz 1 als Inanspruchnahme der dem Anspruchsberechtigten nach § 36 Absatz 3 zustehenden Sachleistung. Ist vor der Auszahlung der Kostenerstattung nach Satz 1 für den jeweiligen Kalendermonat bereits mehr Pflegegeld oder anteiliges Pflegegeld an den Pflegebedürftigen ausgezahlt worden, als er nach Berücksichtigung des Betrags der zu erstattenden Aufwendungen beanspruchen kann, wird der Kostenerstattungsbetrag insoweit mit dem bereits ausgezahlten Pflegegeldbetrag verrechnet. Beziehen Anspruchsberechtigte die Leistung nach Satz 1, findet § 37 Absatz 3 bis 5 und 7 bis 9 Anwendung; § 37 Absatz 6 findet mit der Maßgabe entsprechende Anwendung, dass eine Kürzung oder Entziehung in Bezug auf die Kostenerstattung nach Satz 1 erfolgt.

(2) Zur Inanspruchnahme des Umwandlungsanspruchs nach Absatz 1 bedarf es keiner vorherigen Antragstellung. Die Anspruchsberechtigten erhalten die Kostenerstattung nach Absatz 1 von der zuständigen Pflegekasse oder dem zuständigen privaten Versicherungsunternehmen sowie im Fall der Beihilfeberechtigung anteilig von der Beihilfefestsetzungsstelle bei Beantragung der dafür erforderlichen finanziellen Mittel gegen Vorlage entsprechend aussagekräftiger Belege über die Aufwendungen, die ihnen für die Leistungen des Angebots zur Unterstützung im Alltag entstanden sind. Die Vergütungen für ambulante Pflegesachleistungen nach § 36 sind vorrangig abzurechnen. Pflegeeinrichtungen, die Leistungen nach § 36 abrechnen, haben den Pflegebedürftigen auf deren Wunsch unverzüglich nach Erstellung der Abrechnung in Textform eine Mitteilung über die Höhe der zur Abrechnung eingereichten Leistungen und den Monat, auf den sich die Abrechnung bezieht, auszuhändigen oder zu übermitteln. Dies gilt, bis die Pflegebedürftigen den Wunsch nach Mitteilung der Informationen widerrufen. Eine Umwandlung des ambulanten Sachleistungsbetrags nach Absatz 1 für die Erbringung von Leistungen durch Pflegeeinrichtungen, die entsprechende Leistungen auch als Sachleistungen erbringen oder erbringen könnten, ist ausgeschlossen.

(3) Eine Umwandlung des ambulanten Sachleistungsbetrags nach Absatz 1 und des teilstationären Sachleistungsbetrags nach § 45g für eine Leistungserbringung

durch dasselbe Angebot zur Unterstützung im Alltag ist ausgeschlossen. Die Inanspruchnahme des Umwandlungsanspruchs nach Absatz 1 und die Inanspruchnahme des Entlastungsbetrags nach § 45b erfolgen unabhängig voneinander.

§ 45g SGB XI - Anspruch auf Umwandlung des teilstationären Sachleistungsbetrags

Sachstand

Eine Umwandlung des teilstationären Sachleistungsbetrages für Leistungen eines nach Landesrecht anerkannten Angebots zur Unterstützung im Alltag ist bisher nicht geregelt.

Änderungsbedarf und Begründung

Die Verfügbarkeit von Tagespflegeangeboten ist nicht in allen Regionen sichergestellt, mit der Folge, dass pflegebedürftige Menschen nicht immer ihren Leistungsanspruch auf Tagespflege einlösen können. Hier stellen nach Landesrecht anerkannte niedrigschwellige Gruppenangebote, die eine mehrstündige Betreuung anbieten, ein ergänzendes beziehungsweise ein alternatives Angebot dar. Um die Inanspruchnahme zu stärken und damit zu einer Entlastung der häuslichen Pflegesituation beizutragen, ist eine flexiblere Nutzung des Leistungsanspruchs zu schaffen. Nehmen Pflegebedürftige ab Pflegegrad 2, die häuslich gepflegt werden, Leistungen eines nach Landesrecht anerkannten Angebots zur Unterstützung in Anspruch, das eine regelmäßige mehrstündige Betreuung in Gruppen anbietet, können sie für die dafür angefallenen Aufwendungen bis zu 50 % des für den Pflegegrad vorgesehenen Höchstbetrags der teilstationären Pflege nach § 41 verwenden, soweit für diesen noch keine Tagespflegeleistungen in Anspruch genommen wurden. Eine vorherige Antragstellung ist nicht erforderlich. Dazu wird ergänzend geregelt, dass eine Umwandlung des teilstationären Sachleistungsbetrags für die Erbringung von Leistungen durch Tagespflegeeinrichtungen ausgeschlossen ist.

Der Entlastungsbetrags nach § 45b kann unabhängig in Anspruch genommen werden.

Tagespflegeeinrichtungen werden zudem verpflichtet, auf Wunsch des pflegebedürftigen Menschen unverzüglich nach Erstellung der Abrechnung in Textform eine Mitteilung über die Höhe der zur Abrechnung eingereichten Leistungen und den Monat, auf den sich die Abrechnung bezieht, auszuhändigen oder zu übermitteln. Hiermit wird die Transparenz und Nachvollziehbarkeit erhöht.

Änderungsvorschlag

Der bisherige § 45g verschiebt sich entsprechend. Es wird ein neuer § 45g wie folgt gefasst:

(1) Beziehen Pflegebedürftige mit mindestens Pflegegrad 2, die häuslich gepflegt werden, Leistungen eines nach Landesrecht anerkannten Angebots zur Unterstützung im Alltag im Sinne des § 45a Absatz 1 Satz 2 Nummer 1, das eine regelmäßige

mehrstündige Betreuung in Gruppen anbietet, können die Pflegebedürftigen für den Kalendermonat, in dem sie die Leistungen des Angebots bezogen haben, für die dafür angefallenen Aufwendungen eine Kostenerstattung unter Anrechnung auf ihren Anspruch nach § 41 erhalten (Umwandlung für Tagesbetreuung). Die Umwandlung des teilstationären Sachleistungsanspruchs in einen Kostenerstattungsanspruch nach Satz 1 ist möglich, soweit in dem jeweiligen Kalendermonat für den Leistungsbetrag nach § 41 keine teilstationären Sachleistungen der Tagespflege oder Nachtpflege bezogen worden sind. Der je Kalendermonat für die Kostenerstattung nach Satz 1 verwendete Betrag darf 50 % des für den jeweiligen Pflegegrad vorgesehenen Höchstleistungsbetrags nach § 41 Absatz 2 Satz 2 nicht überschreiten.

(2) Zur Inanspruchnahme der Umwandlung für Tagesbetreuung nach Absatz 1 bedarf es keiner vorherigen Antragstellung. Die Anspruchsberechtigten erhalten die Kostenerstattung nach Absatz 1 von der zuständigen Pflegekasse oder dem zuständigen privaten Versicherungsunternehmen sowie im Fall der Beihilfeberechtigung anteilig von der Beihilfefestsetzungsstelle bei Beantragung der dafür erforderlichen finanziellen Mittel gegen Vorlage entsprechend aussagekräftiger Belege über die Aufwendungen, die ihnen für die Leistungen des Angebots zur Unterstützung im Alltag entstanden sind. Die Vergütungen für teilstationäre Sachleistungen nach § 41 sind vorrangig abzurechnen. Pflegeeinrichtungen, die Leistungen nach § 41 abrechnen, haben den Pflegebedürftigen auf deren Wunsch unverzüglich nach Erstellung der Abrechnung in Textform eine Mitteilung über die Höhe der zur Abrechnung eingereichten Leistungen und den Monat, auf den sich die Abrechnung bezieht, auszuhändigen oder zu übermitteln. Dies gilt, bis die Pflegebedürftigen den Wunsch nach Mitteilung der Informationen widerrufen.

(3) § 45f Absatz 3 Satz 1 findet Anwendung. Die Inanspruchnahme der Umwandlung für Tagesbetreuung nach Absatz 1 und die Inanspruchnahme des Entlastungsbetrags nach § 45b erfolgen unabhängig voneinander.

§ 89 SGB XI Grundsätze der Vergütungsregelung

Sachstand

In der ambulanten Pflege ist die Vereinbarung einer Pflegevergütung nach zeitlichem Aufwand bisher nicht als vorrangig anzuwendendes Vergütungsmodell gesetzlich normiert. Bisher besteht eine Gleichrangigkeit zwischen den beiden Vergütungsmodellen. In der Praxis werden aber fast ausschließlich unabhängig vom Zeitaufwand nach dem Leistungsinhalt des jeweiligen Pflegeeinsatzes Komplexleistungen vereinbart.

Änderungsbedarf und Begründung

Bei der Leistungsvergütung in der ambulanten Pflege wird deutlich, dass das Vergütungsmodell der Leistungskomplexsystematik (auch mit Zeithinterlegung) nicht die Umsetzung eines Person-zentrierten Pflegeverständnisses unterstützt. Um den Fokus auf die pflegerischen Aufgaben zu legen, ist es nicht mehr sinnvoll, die zu erbringenden Hilfen als Einzelmaßnahmen aufzugliedern. Eine Vergütungsform, die sich nach dem realen Zeitaufwand oder nach Art der pflegerischen Hilfen ausrichtet, unterstützt vielmehr eine ressourcenorientierte Sichtweise auf den zu pflegenden Menschen.

Folglich kann in der ambulanten Pflege vielmehr eine Zeitvergütung dazu beitragen, eine flexible, passgenaue und individuell bedarfsgerechte Versorgung zu erreichen. Gleichzeitig können mit diesem Vergütungsmodell die anderen Formen pflegerischer Hilfen besser abgebildet werden. Aus diesen Gründen ist nun auch gesetzlich die Vorrangigkeit zur Vereinbarung einer ambulanten Pflegevergütung nach zeitlichem Aufwand klarzustellen.

Änderungsvorschlag

In Absatz 3 wird Satz 1 wie folgt formuliert:

„Die Vergütungen sind je nach Versorgungsziel der pflegerischen Aufgaben zur Unterstützung in den in § 14 Absatz 2 genannten Bereichen nach Zeitaufwand oder nach Art der pflegerischen Hilfen im jeweiligen Pflegeeinsatz und nur in Ausnahmefällen nach Komplexleistungen oder nach Einzelleistungen zu bemessen; sonstige pflegerische Hilfen, die der Unterstützung in den § 18 Absatz 5a Satz 3 Nummer 1 und 2 genannten Bereichen dienen oder Fahrkosten können auch mit Pauschalen vergütet werden.“

§ 120 SGB XI Pflegevertrag bei häuslicher Pflege

Sachstand

In dem Pflegevertrag bei häuslicher Pflege sind mindestens Art, Inhalt und Umfang der Leistungen einschließlich der dafür vereinbarten Vergütungen für jede Leistung oder jeden Leistungskomplex einschließlich ergänzender Unterstützungsleistungen bei der Nutzung von digitalen Pflegeanwendungen gesondert zu beschreiben.

Begründung und Änderungsbedarf

Aufgrund des geltenden Pflegebedürftigkeitsbegriffs und des damit verbundenen Person-zentrierten Pflegeverständnisses ist es notwendig, auch im Pflegevertrag die Versorgungsziele pflegerischen Handelns vereinbaren zu können. Aufgrund der aktuellen gesetzlichen Bestimmungen werden aber in der ambulanten Pflege nur tätigkeits- bzw. verrichtungsbezogene Leistungen vertraglich vereinbart. Dies gilt es nun zu beseitigen.

Änderungsvorschlag

In Absatz 3 wird Satz 1 wie folgt formuliert:

„In dem Pflegevertrag sind mindestens die pflegerischen Hilfen einschließlich der dafür mit den Kostenträgern nach § 89 vereinbarten Vergütungen einschließlich ergänzender Unterstützungsleistungen bei der Nutzung von digitalen Pflegeanwendungen zu vereinbaren.“

§ 124 SGB XI Wissenschaftliche Begleitung und Auswertung der gemeinsamen Modellvorhaben für Unterstützungsmaßnahmen und -strukturen vor Ort und im Quartier

Sachstand

Für jedes Modellvorhaben nach § 123 ist eine wissenschaftliche Begleitung und Auswertung vorzusehen.

Änderungsbedarf und Begründung

Im Austausch der Landesbehörden mit den Pflegekassen als auch der Länder untereinander sowie in der ersten Sitzung des vom Bundesministerium für Gesundheit initiierten Begleitgremiums Modellvorhaben §§ 123 f. SGB XI am 28.04.2025 wurde thematisiert, dass Möglichkeiten zur wissenschaftlichen Begleitung von mehreren Modellvorhaben gemeinsam, auch bundesländerübergreifend, eröffnet werden sollen. Hierzu wird eine Ergänzung des § 124 Wissenschaftliche Begleitung und Auswertung der gemeinsamen Modellvorhaben für Unterstützungsmaßnahmen und -strukturen vor Ort und im Quartier vorgeschlagen.

Änderungsvorschlag

Nach Absatz 1 Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:

„Für mehrere Modellvorhaben kann eine gemeinsame wissenschaftliche Begleitung vereinbart werden, insofern sich thematische oder regionale Zusammenhänge ergeben.“

§ 154 SGB XI Ergänzungshilfen für stationäre Pflegeeinrichtungen zum Ausgleich steigender Preise für Erdgas, Wärme und Strom

Sachstand

Um ökonomische Fehlanreize beim Einreichen der Jahresabrechnungen im Rahmen der Abwicklung der Ergänzungshilfen für stationäre Pflegeeinrichtungen zum Ausgleich steigender Preise für Erdgas, Wärme und Strom zu verhindern, wurde bisher gesetzlich eine Kürzung der an die Pflegeeinrichtungen ausgezahlten Ergänzungshilfen in Höhe von 20 % für den betreffenden Zeitraum vorgesehen. Die praktische Umsetzung zeigt nunmehr, dass einige Pflegeeinrichtungen, deren abschlägige Vorauszahlungen durch diese selbst oder durch den Versorger augenscheinlich deutlich zu hoch angesetzt wurden, trotz der gesetzlich vorgesehenen Kürzung der ausgezahlten Ergänzungshilfen in Höhe von 20 % keine Jahresabrechnung einreichen, weil sie mit dieser Vorgehensweise für den eigenen Betrieb ein wirtschaftlich besseres Ergebnis erreichen können.

Änderungsbedarf und Begründung

Um Wettbewerbsverzerrungen zwischen den Pflegeeinrichtungen zu verhindern und eine missbräuchliche Inanspruchnahme der aus Steuermitteln finanzierten Ergänzungshilfen zu unterbinden, ist statt einer bisher nur geringfügigen Kürzung in Höhe von 20 % eine vollständige Kürzung (100 %) der an die Pflegeeinrichtungen ausgezahlten Ergänzungshilfen angemessen und aus den genannten Gründen auch dringend erforderlich. Die Anhebung des Prozentsatzes der Kürzung ist darüber hinaus verhältnismäßig, weil sie auch noch nach Inkrafttreten der Neuregelung durch eine Einreichung der Jahresrechnung des Versorgers bis Ende 2025 vermieden werden kann.

Änderungsvorschlag

In § 154 Absatz 2 Satz 13 SGB XI wird die Angabe „20 %“ durch die Angabe „100 %“ ersetzt.

§ 275b SGB V Durchführung und Umfang von Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen bei Leistungen der häuslichen Krankenpflege und außerklinischen Intensivpflege durch den Medizinischen Dienst und Verordnungsermächtigung

Sachstand

Die Qualitätssicherung in der häuslichen Krankenpflege und der außerklinischen Intensivpflege ist ein wesentlicher Bestandteil der Versorgungssicherheit und des Schutzes der Patientinnen und Patienten. Derzeit sieht § 275b SGB V die Durchführung von Qualitätsprüfungen durch den Medizinischen Dienst vor, jedoch ohne eine Veröffentlichung der Prüfergebnisse. Die Veröffentlichung der Prüfergebnisse soll die Transparenz im Bereich der häuslichen Krankenpflege und der außerklinischen Intensivpflege erhöhen. Patientinnen und Patienten, An- und Zugehörige und interessierte Öffentlichkeit sollen durch die zugängliche Aufbereitung der Prüfberichte die Qualität von Leistungserbringern nachvollziehen und in ihre Entscheidungen einfließen lassen können.

Änderungsbedarf und Begründung

Eine Veröffentlichung der Prüfergebnisse würde den betroffenen Patientinnen und Patienten und ihren Angehörigen eine wertvolle Orientierungshilfe bieten. Sie könnten einfacher den passenden Pflegedienst auswählen und die Qualität der Pflege besser einschätzen. Die bereits im § 114a SGB XI praktizierte Veröffentlichung von Prüfergebnissen hat sich als sinnvolle Maßnahme für mehr Transparenz und Verbraucherschutz bewährt.

Um Gleichbehandlung und Konsistenz zu gewährleisten, wäre es sinnvoll, dieses Vorgehen auch auf die häusliche Krankenpflege und der außerklinischen Intensivpflege nach § 275b SGB V auszudehnen. So würde eine einheitliche Transparenz für alle Versorgungsbereiche geschaffen, und alle Beteiligten hätten eine vergleichbare Informationsgrundlage.

Zudem könnte die Veröffentlichung der Prüfergebnisse dazu beitragen, dass wiederkehrende Probleme und positive Entwicklungen nicht nur intern, sondern auch öffentlich diskutiert werden. Dies würde die Weiterentwicklung von Qualitätsstandards fördern. Pflegedienste könnten außerdem von den Erfahrungen anderer Einrichtungen lernen und gezielt Maßnahmen zur Verbesserung ihrer eigenen Versorgungsqualität umsetzen.

Änderungsvorschlag

Der § 275b SGB V Absatz 3 wird um folgenden Satz 4 ergänzt:

„Die Ergebnisse der Prüfungen nach den Absätzen 1 und 2 sind in anonymisierter Form in einem für die Öffentlichkeit zugänglichen Bericht zu veröffentlichen. Die

Prüfergebnisse müssen in einer leichtverständlichen Form dargestellt werden und sollen insbesondere Informationen über die Einhaltung der Qualitätsanforderungen, die festgestellten Mängel und die ergriffenen Maßnahmen zur Mängelbehebung enthalten. Bei der Veröffentlichung sind die Bestimmungen des Datenschutzes, insbesondere der Schutz personenbezogener Daten, zu beachten. § 114a Absatz 2 bis 4 des Elften Buches gilt entsprechend.“

Änderungsvorschlag zu einer Begriffsbestimmung „komplexer Pflegesituationen“ im Pflegeberufegesetz (PflBG)

Sachstand

Das Pflegeberufegesetz (PflBG) verwendet an zentralen Stellen den Begriff der „komplexen Pflegesituation“ – etwa im Zusammenhang mit den vorbehaltenen Aufgaben (§ 4 PflBG) – sowie den Begriff der „hochkomplexen Pflegesituation“ im Kontext der hochschulischen Pflegeausbildung (§ 37 Abs. 3 PflBG) und der praktischen Abschlussprüfung (§ 18 Abs. 2 PflAPrV). Beide Begriffe sind jedoch gesetzlich nicht definiert.

Diese begriffliche Unschärfe führt in der beruflichen Praxis, in Ausbildung und Prüfung sowie im Rahmen rechtlicher Zuständigkeiten zu erheblichen Umsetzungsproblemen. Pflegewissenschaftlich existieren zwar verschiedene Konzepte zur Beschreibung von Komplexität in der Pflege, eine einheitliche, operationalisierte Definition der Begriffe „komplex“ und „hochkomplex“ liegt jedoch nicht vor. Der Begriff „hochkomplex“ wird im fachlichen Diskurs lediglich als qualitative Steigerung verstanden. Die Unterscheidung ist in der Praxis kaum trennscharf möglich.

Rechtlich gesehen handelt es sich um einen klassischen Fall normativer Unschärfe: Der Grad der Komplexität einer Pflegesituation ist entscheidend dafür, ob eine Aufgabe einer Pflegefachperson vorbehalten ist (§ 4 Abs. 2 PflBG) oder delegiert werden kann. Ohne klare Begriffsbestimmung ist eine rechtssichere Anwendung des Gesetzes erschwert.

Änderungsbedarf und Begründung

Aus fachlicher, rechtlicher und praktischer Sicht ist eine gesetzliche Begriffsbestimmung dringend erforderlich. Die Einschätzung des Komplexitätsgrads muss eindeutig der pflegefachlichen Verantwortung zugewiesen werden, da sie Grundlage für die Aufgabenverteilung und die Sicherstellung der Versorgungsqualität ist – insbesondere in multiprofessionellen Teams mit unterschiedlichen Qualifikationsniveaus. Die vorgeschlagene Anpassung stellt sicher, dass die Entscheidungsverantwortung dort verortet ist, wo das notwendige Prozesswissen liegt – bei der Pflegefachperson. Sie schafft Klarheit in der Anwendung des Gesetzes, stärkt die berufliche Rolle der Pflegefachpersonen und fördert eine verlässliche interprofessionelle Zusammenarbeit.

Änderungsvorschlag

Im Pflegeberufegesetz (PflBG) wird § 37 Absatz 3 wie folgt geändert:
Das Wort „hochkomplexer“ wird durch das Wort „komplexer“ ersetzt.

In der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Pflegeberufe (PflAPrV) wird § 18 Absatz 2 wie folgt geändert:

In Satz 1 wird das Wort „hochkomplexen“ durch das Wort „komplexen“ ersetzt.

In Satz 2 wird das Wort „hochkomplexe“ durch das Wort „komplexe“ ersetzt.

Stellungnahme des Deutschen Pflegerates e. V. (DPR) zum Gesetzentwurf der Bundesregierung Entwurf eines Gesetzes zur Befugnisenerweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege

Stand des Gesetzentwurfs: 08.09.2025

Der Deutsche Pflegerat (DPR) vertritt als Dachverband auf Bundesebene die Interessen von 22 maßgeblichen Berufsverbänden aus der Pflege, dem Hebammenwesen und der Pflegewissenschaft. Seit 27 Jahren ist er primärer Ansprechpartner für die Politik. Wir bedanken uns für die Gelegenheit, zum Entwurf des Gesetzes zur Befugnisenerweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege Stellung nehmen zu können.

Der DPR begrüßt ausdrücklich das Bestreben des Gesetzgebers mit dem Gesetzentwurf, Weichen für eine stärkere, eigenverantwortliche Einbindung von Pflegefachpersonen in der Gesundheitsversorgung zu stellen, damit ihre Kompetenzen im Sinne einer qualitätsgesicherten, bedarfsgerechten und zukunftsfesten Gesundheitsversorgung genutzt werden können. Die Initiative zur Erweiterung der Aufgabenbereiche von Pflegefachpersonen, insbesondere der stärkeren Berücksichtigung der Pflegeprozessverantwortung sowie einer eigenverantwortlichen Erbringung von Leistungen, wird als wichtiger Schritt hin zu einer modernen und professionsübergreifenden Versorgungsstruktur verstanden.

Zugleich macht der DPR darauf aufmerksam, dass die nachhaltige Umsetzung der angestrebten Reformziele eine konsequente Einbindung pflegefachlicher und pflegewissenschaftlicher Expertise sowie die strukturelle Stärkung der Interessensvertretung der Pflegeberufe voraussetzt. Eine im vorliegenden Entwurf zu begrüßende verstärkte Beteiligung der maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene darf jedoch nicht nur punktuell erfolgen, sondern muss vor allem bei entscheidenden Umsetzungs- und Regelungsprozessen eine mitgestaltende Rolle einnehmen.

Eine zukunftsfähige Konkretisierung von Aufgaben, Leistungen und Verantwortlichkeiten der Pflegefachpersonen müssen auf einer systematisch entwickelten, pflegewissenschaftlich fundierten Grundlage erfolgen. In diesem Zusammenhang betont der DPR die zentrale Bedeutung bestehender pflegewissenschaftlicher Konzepte, insbesondere die Arbeiten des BAPID-Projekts (Bildungsarchitektur Pflege in Deutschland des Deutschen Pflegerates). Diese Grundlagen sind unter Bezugnahme internationaler Standards und somit einer internationalen Anschlussfähigkeit in einen Muster-Scope-of-Practice zu überführen, der nicht auf eine bloße Sammlung von Tätigkeiten reduziert werden darf, sondern eine professionsbezogene Aufgabenbeschreibung auf Basis von Pflegeprozessverantwortung, Beratung und Prävention beinhalten muss. Daher begrüßt der DPR die Aufnahme dieser Ausarbeitungen und Literatur im Rahmen des gesetzlichen Beschreibungstextes.

Der DPR weist darauf hin, dass pflegefachliche Leistungen nicht auf Maßnahmen reduziert werden dürfen, die lediglich aus ärztlichen Diagnosen abgeleitet sind. Vielmehr müssen sie

umfassender verstanden werden, da sich pflegerisches Handeln an den individuellen Zuständen sowie pflegerischen Phänomenen der Patient:innen orientiert.

Die Erarbeitung von Leistungskatalogen kann daher nur als ein weiterer Schritt in Richtung pflegerischer Heilkundenausübung verstanden werden. Besonders für künftige Gesetzesinitiativen, die beispielsweise den Einsatz von Advanced Practice Nursing (APN) und Community Health Nursing (CHN) regeln sollen, bedarf es einer Weiterentwicklung hin zu eigenverantwortlicher heilkundlicher Ausübung durch Pflegefachpersonen.

Schließlich ist die Etablierung einer leistungsfähigen, hauptamtlich strukturierten Interessensvertretung der beruflich Pflegenden auf Bundesebene unerlässlich. Der DPR steht als etablierte Dachorganisation zur Verfügung und appelliert an den Gesetzgeber, die institutionellen Voraussetzungen für eine starke Stimme der Pflege und Hebammen in der Gesundheitsversorgung verbindlich zu schaffen, damit die angestrebten Ziele des Gesetzes zur Befugnisenerweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege und weiterer Gesetzgebungsverfahren zur Stärkung der Profession Pflege erreicht werden können.

Pflegekompetenz entfaltet ihre volle Wirkung, wenn sie auch digital umgesetzt wird. Der Gesetzentwurf strebt eine Erweiterung der pflegerischen Verantwortungsbereiche an. Diese müssen durch angemessene digitale IT- und KI-Strukturen sowie technische Assistenzsysteme unterstützt werden, die pflegerisches Handeln in Echtzeit, sektorenübergreifend und entlang der Versorgungsprozesse fördern.

Denn pflegerische Kompetenz zeigt sich nicht nur in fachlicher Expertise, sondern auch in der sicheren Anwendung digitaler und technologischer Systeme. Pflege folgt dabei einer eigenen professionellen Versorgungslogik mit spezifischen digitalen und technologischen Anforderungen. Pflegedokumentation, Pflegeprozesse, Kommunikation, Planung und Beziehungsgestaltung benötigen eigene Standards und Qualitätsanforderungen. Diese Standards machen Pflege als eigenständige Profession sichtbar, anschlussfähig und handlungsfähig. Sie machen die evidenzbasierte Versorgung von Betroffenen sowie ihren An- und Zugehörigen sicherer.

Ohne bedarfsorientierte und anwenderbezogene digitale und technologische (Weiter)Entwicklung bleiben pflegerische Kompetenzen ungenutzt und können nicht zukunftsfähig weiterentwickelt werden. Pflege ohne Digitalisierung und Technologisierung ist im 21. Jahrhundert undenkbar. Deshalb braucht es eine eigenständige Initiative für digitale Anwendungen und technologische Assistenzsysteme, die digitale Pflegekompetenz stärkt, systematisch verankert und in alle Digitalstrategien des Gesundheitswesens integriert.

Für den gezielten Einsatz pflegerischer Kompetenzen benötigen wir zudem eine einheitliche, sektorenübergreifende Datengrundlage auf HL7-FHIR- und SNOMED/ICNP-Basis mit einem einheitlichen Kerndatensatz zu pflegerischen Daten (Nursing Minimum Datenset). Ein eigenes Datenzentrum der Pflege kann so pflegerische Interventionen bewerten, die Wirksamkeit der Heilkundenausübung belegen und die Forschung stärken (siehe auch Pflege-Informatik-Initiative).

Zudem weist der DPR darauf hin, dass die Umsetzung der Digitalisierungs- und Sicherheitsanforderungen nicht zu Lasten der jeweiligen Pflegeeinrichtungen gehen darf. Im akutstationären Bereich wurden durch das Krankenhauszukunftsgesetz (KHZG) und dem Transformationsfonds Förderinstrumente etabliert. Für Pflegeeinrichtungen ist eine vergleichbare Finanzierungslösung im Rahmen des SGB XI dringend erforderlich. Nur so können Infrastruktur, Lizenzen, Zertifizierungen, Schulungen und IT-Sicherheitsmaßnahmen in die Regelversorgung überführt und nachhaltig finanziert werden.

Zusammenfassung

Der DPR begrüßt insbesondere

- die Regelungen in § 5 SGB XI, wonach Präventionsleistungen auch Pflegebedürftigen in der häuslichen Pflege zugutekommen und Pflegefachpersonen hierzu einen

entscheidenden Beitrag leisten. Dabei müssen pflegewissenschaftliche Erkenntnisse maßgeblich eingebunden werden.

- die angestrebte Erarbeitung eines Muster-Scope-of-Practice im Rahmen des § 8 Absatz 3c SGB XI. Dabei müssen pflegetheoretische Konzepte die Grundlage für die Ausarbeitungen bilden; zudem sind bestehende pflegewissenschaftliche Konzepte und Qualitätskriterien systematisch einzubeziehen. Eine strukturierte Beteiligung der maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene ist dabei entscheidend, um die Entwicklung eines fachlich fundierten Scope-of-Practice sicherzustellen. Die aktuell vorgesehene Einbindung dieser Organisationen bleibt bisher unzureichend. Darüber hinaus dürfen pflegerische Aufgaben nicht ausschließlich im Anschluss an ärztliche Maßnahmen gedacht und abgebildet werden. Professionelles Pflegehandeln beruht auf einem eigenen Pflegeverständnis und spezifischen Handlungsanlässen. Diese Grundlage ist bei der konzeptionellen und gesetzlichen Weiterentwicklung zu berücksichtigen.
- in § 118a SGB XI die Beteiligungsrechte für die Wahrnehmung der Interessen der Pflegeberufe auf Bundesebene. Dafür braucht es eine hauptamtlich strukturierte und dauerhaft finanzierte Organisation, die auf der Kompetenz und Infrastruktur des DPR aufbaut.
- die Regelung in § 15a SGB V, wonach Leistungen der ärztlichen Behandlung, die Pflegefachpersonen unter bestimmten Voraussetzungen erbringen können, ins SGB V aufgenommen werden sollen. Mit der ebenfalls geregelten Pflegeprozessverantwortung ist ein wichtiger Schritt zur Anerkennung pflegerischer Fachkompetenz und der Berücksichtigung dieser im Leistungsrecht getan. Der § 15a bleibt jedoch zu stark an ärztlicher Diagnostik orientiert und verankert keine eigenständige heilkundliche Ausübung durch Pflegefachpersonen. Eine Stärkung pflegeautonomer Leistungen, auch für APN- und CHN-Profile und deren Aufgaben bzw. Handlungsfelder in den verschiedenen Settings pflegerischer Versorgung, ist dringend erforderlich.
- die in § 113d SGB XI geplante Geschäftsstelle für die Begleitung der Personal- und Organisationsentwicklung. Die gleichzeitige Berücksichtigung der Personalbemessungsinstrumente im Krankenhaus ist aus Sicht des DPR zwingend erforderlich.

Analog zu Pflegefachpersonen sollte auch Hebammen die Möglichkeit eingeräumt werden, bestimmte Hilfsmittel, Heilmittel oder Präventionsleistungen eigenverantwortlich zu empfehlen oder zu verordnen. Auch im stationären Sektor ist es sinnvoll, die aktuelle Aufgabenverteilung zu evaluieren und im Sinne einer erfolgreichen und effizienten interdisziplinären Zusammenarbeit zu überprüfen. Konzepte wie der Hebammenkreißsaal sollten ausgebaut und weiter gefördert werden. Im Bereich der Medikamentenverordnung wäre es wichtig zu prüfen, in welchen Bereichen Hebammen eigenständig auf Grundlage ihrer im Studium erworbenen Kompetenzen arbeiten könnten.

In diesem Sinne sollten auch Modellprojekte analog § 64d SGB V angestrebt und gefördert werden, die die Erweiterung der Hebammenkompetenzen in regionalen Versorgungsstrukturen oder im klinischen Setting erproben und mit wissenschaftlicher Begleitung durch Hebammen evaluiert und weiterentwickelt werden.

Bei der Entwicklung und Umsetzung regionaler Versorgungsnetzwerke, digitaler Infrastruktur (§§ 317, 373, 374 SGB V) und Präventionsangeboten sowie der Weiterentwicklung von Qualitätsstandards sollte eine systematische Einbindung der maßgeblichen Hebammenverbände an den für sie relevanten Stellen angestrebt werden.

Im Folgenden kommentiert der DPR ausgewählte Gesetzesänderungen und unterbreitet folgende Änderungsvorschläge.

Artikel 1 Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch

Zu Nummer 2 Buchstabe b)

§ 5 Prävention in Pflegeeinrichtungen und in der häuslichen Pflege, Vorrang von Prävention und medizinischer Rehabilitation, Absatz 1a

Der DPR begrüßt, dass mit dem neuen Absatz 1a der Zugang zur verhaltensbezogenen Prävention für Pflegebedürftige in häuslicher Pflege ermöglicht wird. Der Gesetzgeber regelt damit den präventiven Auftrag der Pflegeprofession und adressiert einen konkreten Beratungsauftrag. Pflegefachpersonen wird damit ermöglicht, im Rahmen der Beratung nach den §§ 7a, 7c und 37 Absatz 3 oder bei der Leistungserbringung nach § 36 eine Empfehlung für Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention nach § 20 Absatz 4 SGB V auszusprechen.

Der DPR weist darauf hin, dass Prävention jedoch grundsätzlich früher anzusetzen ist, und zwar bevor eine Pflegebedürftigkeit eintritt. Andernfalls wird dem Begriff Prävention nicht ausreichend Rechnung getragen. Angesichts der prognostizierten Zunahme von Pflegebedürftigkeit in den kommenden Jahren, fordert der DPR dringend die Entwicklung und Umsetzung von entsprechenden Konzepten und Gesetzesinitiativen. Insbesondere die bundesweite Einführung und Etablierung des Berufsbildes der Community Health Nurse kann die Umsetzung einer frühzeitigen präventiven Intervention ermöglichen. Der DPR appelliert an den Gesetzgeber zeitnah Regelungen für dieses und das Berufsbild der APN festzulegen.

Darüber hinaus sollte eine Präventionsempfehlung perspektivisch den Status einer Verordnung erhalten und damit direkt mit dem Leistungsrecht verknüpft sein.

Die Berücksichtigung pflegewissenschaftlicher Erkenntnisse bei Festsetzung von Kriterien für die Verfahren nach den § 5 Absatz 1a Satz 1 bis 3 ist unerlässlich.

Änderungsvorschlag zu Satz 1 und Satz 6

(1a) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen legt unter Einbeziehung ~~unabhängigen~~ **und pflegewissenschaftlichen** Sachverständes die Kriterien für die Verfahren nach den Sätzen 1 bis 3 fest, insbesondere hinsichtlich des Inhalts, der Methodik, der Qualität, wissenschaftlicher Evaluation und der Messung der Erreichung der mit den Maßnahmen verfolgten Ziele.

Zu Nummer 3 Buchstabe b)

§ 7a Pflegeberatung, Absatz 3

Die Auswahl des vorgesehenen Beratungspersonals ist kritisch zu hinterfragen. Der Einsatz von Versicherungsfachangestellten wirft berechtigte Zweifel an deren pflegefachlicher Kompetenz auf.

Es entsteht der Eindruck, die Pflegekassen sollten Verfahren und Personalschlüssel entwickeln, um die notwendige Zahl qualifizierter Beratungspersonen festzulegen. Ein solches Vorhaben könnte an der pflegerischen Realität vorbeigehen.

Zudem besteht die Sorge, dass parallele Strukturen zu bestehenden Beratungsangeboten von Pflegediensten, Pflegestützpunkten und Krankenhaussozialdiensten aufgebaut werden.

Der Hinweise zur Beachtung vorbehaltlicher Aufgaben (Pflegeprozessverantwortung) gemäß § 4 PflBG ist erneut aufzunehmen.

Änderungsvorschlag Absatz 3 Satz 4

(...) **§ 4 des Pflegeberufgesetzes ist zu beachten.**

§ 8 Gemeinsame Verantwortung, Absatz 3c

Der DPR begrüßt die Initiativen zur Ausgestaltung und Weiterentwicklung der Inhalte von Leistungen, die durch Pflegefachpersonen entsprechend ihrer Kompetenzen erbracht werden können. Eine solche Ausgestaltung erfordert jedoch einer Auseinandersetzung mit pflegetheoretischen Konzepten, um auf einer pflegefachlich und pflegewissenschaftlich fundierten Grundlage kompetenz- und qualifikationsbezogene Aufgaben der Pflege systematisch entwickeln zu können. Der zeitnahe Einbezug pflegewissenschaftlicher Expertisen ist eine Grundvoraussetzung für die Erarbeitung einer systematischen und umfassenden, kompetenz- bzw. qualifikationsbezogenen Darstellung pflegerischer Aufgaben. Positiv hervorzuheben ist, dass der Gesetzentwurf die Erstellung eines sektorenübergreifenden Aufgabenkatalogs vorsieht und dabei ausdrücklich einschlägige nationale und internationale Referenzen berücksichtigt, darunter insbesondere die Ergebnisse zu Aufgaben- und Rollenprofilen des BAPID II-Projektes sowie den ICN-Ethikkodex und internationale Standards (z. B. „Nursing: Scope and Standards of Practice“ der American Nursing Association). Begrüßenswert ist ferner, dass Profile wie Community Health Nursing (CHN) und Advanced Practice Nursing (APN) in den Blick genommen werden.

Der Einbezug dieser Ausarbeitungen und vorhandener Literatur ersetzt jedoch nicht die pflegewissenschaftliche Zusammenführung theoretischer und praxisrelevanter Inhalte mit Blick auf das Leistungsrecht.

Hinsichtlich der Einbindung der maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene bei der Erarbeitung von Aspekten zur Dauer, den Inhalten und Näherem zur Durchführung der wissenschaftlichen Expertisen, reicht lediglich eine Anhörung keinesfalls aus. Die maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe müssen gemäß § 118a Absatz 1 als Interessensvertretung der beruflich Pflegenden aktiv in die Erarbeitung eingebunden und gestaltend beteiligt werden. Vom Gesetzgeber benötigt es zudem eine Konkretisierung der Einbindung der maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene. Die Organisationen in „geeigneter Art und Weise“ einzubeziehen, lässt Auftraggebenden zu viel Interpretationsspielraum und birgt die Gefahr einseitiger Einflussnahme.

Ökonomische Interessenslagen der Kostenträger gemäß dem Wirtschaftlichkeitsgebot einzelne Maßnahmen zur besseren Vergleichbarkeit und Kostensteuerung abbildbar zu machen, darf keinesfalls Ausgangsbasis bei der Erarbeitung von Leistungen sein, die von Pflegefachpersonen mit entsprechenden Kompetenzen erbracht werden können. Dies darf nicht im Mittelpunkt der Ausarbeitungen eines sog. Scope-of-Practice stehen.

Die Notwendigkeit, eine „Übersetzungshilfe“ für Kostenträger und Leistungserbringer zu schaffen, ist wichtig, muss jedoch der zweite Schritt sein.

Bei der Erarbeitung eines Muster-Scope-of-Practice betreffend des § 73d darf der Fokus nicht nur auf die vertragsärztliche Versorgung gerichtet sein, sondern bedarf zunächst der Darlegung bedarfsgerechter pflegefachlicher Leistungen über ärztliche Diagnosestellung oder medizinischer Behandlung hinaus und mit Blick auf alle Versorgungsstrukturen.

Pflegerische Aufgaben im Sinne der Pflegeprozessverantwortung betreffen die Erhebung und Feststellung des Pflegebedarfes anhand des pflegediagnostischen Prozesses mit Durchführung einer Pflegeanamnese und der Nutzung von Assessmentinstrumenten sowie der Formulierung von daraus resultierenden Pflegeproblemen und Ressourcen und der Evaluation der Wirksamkeit der erbrachten Leistungen. Zudem zählen zu pflegefachlichen Aufgaben unter anderem die intra- und interprofessionelle Koordination, Ableitung von evidenzbasierten Pflegekonzepten auf Basis pflegerischer Problemlagen, Gesundheitsförderung und Prävention sowie Beratung und Befähigung zum Umgang mit Erkrankung/Behinderung im Alltag (Alltagsbewältigung).

Der Gesetzentwurf erkennt an, dass pflegerische Aufgaben international durch berufsständige Organisationen unter Berücksichtigung beruflicher, hochschulischer oder in Fort- und Weiterbildung erworbener Kompetenzen, definiert werden. Umso wichtiger ist die Einbindung maßgeblicher Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene, wie im Gesetz vorgesehen. Damit die Ziele der Gesetzgebungsbestrebung mittel- und langfristig erreicht und das volle Potenzial pflegfachlicher Eigenverantwortung im Sinne einer gesicherten und nachhaltigen Gesundheitsversorgung der Bevölkerung ausgeschöpft werden kann, ist die genannte Einbindung konkret und mit Beteiligung auszugestalten und verbindlich abzusichern.

Diese Eigenverantwortlichkeit darf nicht alleinig unter dem Fokus eines ärztlichen Leistungsspektrums betrachtet werden, sondern muss auf einer pflegfachlichen Aufgabenstruktur basieren.

Änderungsvorschlag zu § 8 Absatz 3c Satz 1- 5

(3c) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen fördert gemeinsam mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen **pflegewissenschaftliche** ~~wissenschaftliche~~ Expertisen zur konkreten Ausgestaltung und Weiterentwicklung der Inhalte von Leistungen nach diesem und nach dem Fünften Buch, die durch Pflegefachpersonen jeweils abhängig von ihren Kompetenzen erbracht werden können. **Grundlage der Expertisen soll die Auseinandersetzung mit pflegetheoretischen Konzepten und pflegewissenschaftlichen Modellen bilden, um eine qualifikations- und kompetenzbezogene Systematisierung der Aufgaben der Pflege sicherzustellen (Muster Scope-of-Practice). Die Ausarbeitungen des BAPID-Projektes sind miteinzubeziehen.** Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen bestimmen im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit und unter Beteiligung des Bundesministeriums für Bildung, Familie, Senioren, Frauen und Jugend ~~nach Anhörung~~ **und** der maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene die Dauer, Inhalte und das Nähere zur Durchführung von **pflegewissenschaftlichen** ~~wissenschaftlichen~~ Expertisen nach Satz 1. Die Beauftragung der Erstellung **pflegewissenschaftlicher** ~~wissenschaftlicher~~ Expertisen erfolgt im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit unter Beteiligung des Bundesministeriums für Bildung, Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Bei der Beauftragung der Erstellung **pflegewissenschaftlicher** ~~wissenschaftlicher~~ Expertisen sowie bei ihrer Durchführung **hat der Auftragnehmer die maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe mitbestimmend an der inhaltlichen Ausgestaltung zu beteiligen.** ~~ist sicherzustellen, dass die Auftragnehmer die fachliche Expertise der maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene in geeigneter Art und Weise einbeziehen.~~ Weitere relevante Fachexpertinnen und Fachexperten sowie Fachorganisationen sollen an der Erstellung der Expertisen beteiligt werden.

Zu Nummer 6 Buchstabe c)

§ 8 Gemeinsame Verantwortung, Absatz 7 Satz 4 Nummer 8

Die in § 8 Abs. 7 Satz 4 SGB XI neu eingefügte Nummer 8 erleichtert den Pflegeeinrichtungen die Konzeption und Umsetzung eines betrieblichen Integrationsmanagements für internationales Pflege- und Betreuungspersonal. Der DPR begrüßt, dass nun auch Maßnahmen zur betrieblichen Integration von internationalem Personal förderfähig sind. Praxisberichte und Studien zeigen, dass solche Maßnahmen entscheidend dazu beitragen, dass die Integration gelingt und internationale Pflegenden dauerhaft in Deutschland und in der Pflege tätig bleiben.

Kritisch merkt der DPR jedoch an, dass der Gesetzgeber sich hierbei ausschließlich auf die Versorgungsstruktur im SGB XI konzentriert und vergleichbare Regelungen im SGB V unberücksichtigt lässt.

Die Aufzählung sollte um Anreizsysteme für ungünstige Arbeitszeiten ergänzt werden. Diese Anreize müssen so gestaltet sein, dass sie die Attraktivität solcher Arbeitszeiten für die Mitarbeitenden spürbar erhöhen. Ob dies durch finanzielle, steuerliche oder andere Anreize erfolgt, bleibt offen. Modellprojekte könnten erprobt und über Fördermittel unterstützt werden. Ziel ist die Förderung einer ausgewogenen Work-Life-Balance.

Zu Nummer 8

§ 9 Aufgaben der Länder, Satz 2 ff

Der DPR begrüßt das Anschließen von regionalen Pflegestrukturplanungen unter Einbezug von Community Health Nurses. Sie bilden eine notwendige Grundlage, um bedarfsgerechte kommunale Versorgungsnetze aufzubauen.

Zu Nummer 10 Buchstabe a) und b)

§ 11 Rechte und Pflichten der Pflegeeinrichtungen, Absatz 1 und 1a

Der DPR begrüßt die Ergänzungen zum Absatz 1 zur Verdeutlichung der Pflegeprozessverantwortung von Pflegefachpersonen zwischen den bisherigen Sätzen 1 und 2.

Der DPR bittet, die bisherige Formulierung des Satz 1 klarstellend dahingehend zu ändern, dass die Pflegeeinrichtungen nicht pflegen, sondern die Pflege sicherstellen.

Änderungsvorschlag zu § 11 Absatz 1

(1) Die Pflegeeinrichtungen ~~pflegen, versorgen und betreuen~~ **stellen für** die Pflegebedürftigen, die ihre Leistungen in Anspruch nehmen, **eine pflegerische Versorgung und Betreuung** entsprechend dem allgemeinen Stand der medizinisch-pflegerischen Erkenntnisse **sicher**.

Der DPR begrüßt darüber hinaus die ausdrückliche Verpflichtung der Einrichtungen gemäß § 11 Absatz 1a, Mitarbeiter:innen sowie betriebliche Interessenvertretungen in die Entwicklung von einrichtungsspezifischen Konzepten zur Delegation von Leistungen von Pflegefachpersonen auf Pflegefachassistentenpersonen, Pflegehilfskräfte und anderes Personal einzubeziehen, das Leistungen der Pflege oder Betreuung von Pflegebedürftigen erbringt. Begrüßt wird auch die Verpflichtung zur Information und Schulungen im Bedarfsfall.

Es darf jedoch nicht zu einer zusätzlichen Nomenklatur führen, die bei Prüfungen abgefragt und nachgewiesen werden muss. Das würde bürokratische Hürden schaffen und den ursprünglichen Zweck, die Förderung von Einbeziehung, verfehlen.

Zu Nummer 12

§ 15 Ermittlung des Grades der Pflegebedürftigkeit, Begutachtungsinstrument, Absatz 7

Es ist nachvollziehbar, dass der 2017 eingeführte Pflegebedürftigkeitsbegriff mit seiner Bewertungssystematik hinsichtlich seiner Wirksamkeit und Vollständigkeit zur Ermittlung des Grades der Pflegebedürftigkeit einschließlich sich daraus ggf. ergebender Weiterentwicklungsnotwendigkeiten nach nun acht Jahren überprüft werden soll. Eine gesetzlich festgelegte Regelung zu Zeiträumen und Finanzierung der Überprüfung und ggf. evidenzbasierten Weiterentwicklung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs und seiner Bewertungssystematik wird von Seiten des DPR begrüßt.

Der im neuen Absatz 8 des § 15 SGB XI beauftragte und bis 30.06.2026 vorzulegende Bericht des Spitzenverbands Bund der Pflegekassen kann dem, auch unter unabhängiger

wissenschaftlicher Begleitung, allerdings aus mehreren Gründen nicht sachgerecht nachkommen.

In den Erläuterungen zu Nummer 12 des vorliegenden Gesetzentwurfes - B. Besonderer Teil (S. 100) - wird einerseits auf die positiven Bewertungen in den Ergebnissen der 2017 bis 2019 begleitend zur Umsetzung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs durchgeführten Evaluation hingewiesen, andererseits auf sich ergebende Fragestellungen zum anhaltenden überproportionalen Anstieg der Pflegebedürftigkeit. Diese beiden Punkte sind aus Sicht des DPR zu trennen und in zwei getrennten Studien durchzuführen.

Für die Überprüfung und die daraus ggf. folgenden Schritte zur Weiterentwicklung ergeben sich u. a. aus den beiden benannten Aspekten im Teil B. des Gesetzentwurfes

- unterschiedliche noch genauer zu definierende Fragestellungen, unter Einbeziehung pflegewissenschaftlicher Expertise als Grundlage für die Ausschreibung und Beauftragung zur Durchführung der Überprüfung,
- ist der bis 30.06.2026 gesetzte Zeitraum zur Beantwortung der erforderlichen Fragestellungen zu kurz,
- halten wir die einseitige Beauftragung des Spitzenverbands Bund der Pflegekassen nicht für zielführend.

Der DPR empfiehlt, die Überprüfung und evidenzbasierte Weiterentwicklung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs per gesetzlicher Festlegung dem Qualitätsausschuss Pflege nach § 113b zu übertragen.

Zu Nummer 14

§ 17a Richtlinien zur Empfehlung von Pflegehilfsmitteln und Hilfsmitteln nach § 40 Absatz 6, Absatz 1

Der DPR begrüßt, dass mit diesem neu eingefügten Satz die Befugnisse der Pflegefachpersonen durch eine Richtlinie erweitert werden. Damit besteht die Möglichkeit, die derzeit noch eingeschränkten Produktgruppen auf alle pflegerelevanten Pflegehilfsmittel und Hilfsmittel auszuweiten. Dieses Vorgehen entlastet die Pflege und schont Ressourcen.

Kritisch anzumerken ist, dass der Spitzenverband Bund der Pflegekassen bei den Festlegungen der Richtlinie über das jeweils erforderliche Qualifikationsniveau der empfehlenden Pflegefachpersonen entscheidet. Die maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene nach § 118a sind aktiv an der Entwicklung der Richtlinie zu beteiligen und nicht nur über ein Stimmrecht einzubeziehen und nicht nur anzuhören.

Änderungsvorschlag zu § 17a Absatz 1 Nummer 2:

(1) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen legt bis zum 31. Dezember 2026 in Richtlinien Folgendes fest:

[...]

Dabei ist [...]. **Die Festlegung der entsprechenden Qualifikationsniveaus erfolgt unter Mitbestimmung der maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene nach § 118a.**

Zu Nummer 17 Buchstabe b)

§ 18e Weiterentwicklung des Verfahrens zur Pflegebegutachtung durch Modellvorhaben, Studien und wissenschaftliche Expertisen Absatz 6

Der DPR begrüßt die Absicht, Pflegefachpersonen, die in der unmittelbaren pflegerischen Versorgung der zu begutachtenden Pflegebedürftigen tätig sind, die Feststellung der

Pflegebedürftigkeit nach § 18 SGB XI zu ermöglichen und entsprechende Modellprojekte durchzuführen.

Bereits heute verfügen Pflegeeinrichtungen über ein Pflegegradmanagement mit einem systematischen Abgleich zwischen dem sich individuell veränderndem Pflegebedarf der Pflegebedürftigen und ihrem aktuellen Pflegegrad. Die damit befassten Pflegefachpersonen können auf der Grundlage dieser Einschätzungen im Bedarfsfall statt einer Antragstellung zur Begutachtung durch den Medizinischen Dienst (MD), die entsprechenden Gutachten auch selbst erstellen.

Um die Regelung in der Praxis über die Modellprojekte hinaus zügig umsetzen zu können, empfiehlt der DPR, den Projektzeitraum auf den 31.12.2027 zu verkürzen.

Zu Nummer 22 Buchstabe b)

§ 37 Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen

Der DPR bekräftigt erneut, dass digitale Möglichkeiten konsequent ausgeschöpft werden müssen. Beratungsbesuche können durch Videotechnik ergänzt werden. Dennoch ist mindestens ein persönlicher Besuch pro Jahr oder alle 18 Monate erforderlich.

Zudem fordert der DPR eine frühzeitige Einbeziehung regionaler Strukturen der Hospiz- und Palliativversorgung. Bei der Möglichkeit gemäß § 37 Absatz 3 eine Beratungsleistung in Anspruch zu nehmen, sind auch den Belangen von schwerstkranken und sterbenden Menschen Rechnung zu tragen. Da insbesondere die Palliativversorgung von nicht onkologisch erkrankten Patient:innen, wie z. B. Menschen mit Demenz, keine hinreichende Beachtung findet, ist eine besondere Benennung vorzunehmen, um die Entscheidungs- und Handlungskompetenz beispielsweise im Rahmen von gesundheitlicher Versorgungsplanung zu stärken, so wie es in der Nationalen Strategie zur Umsetzung der Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland in Leitsatz 2 gefordert wird (DGP, DHPV, BÄK, 2020¹).

Zu Nummer 25 Buchstabe d)

§ 40 Pflegehilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen, Absatz 6

Die Antragstellung sollte auch digital möglich sein. Die ausschließliche Schriftform ist nicht mehr zeitgemäß.

Zu Nummer 26 Buchstabe a)

§ 40a Digitale Pflegeanwendungen, Absatz 1a Satz 1

Der DPR begrüßt das Bemühen des Gesetzgebers, durch digitale Pflegeanwendungen den Versorgungsprozess für die Versicherten, ihre An- und Zugehörigen und professionell Pflegenden zu unterstützen. Bisher hat die Komplexität des Anerkennungsverfahrens verhindert, dass Digitale Pflegeanwendungen (DiPA) in das Verzeichnis für digitale Pflegeanwendungen aufgenommen werden konnten. Zudem war bisher der Nutzen unmittelbar auf die Versicherten beschränkt. Neu ist nun ein erweiterter Nutzen, der DiPA für pflegende Angehörige, wenn sie eine entlastende Wirkung für die Pflegeperson oder eine stabilisierende Wirkung für die Versorgung in der Häuslichkeit haben, ohne dass eine direkte Pflegebedürftigkeit vorausgesetzt wird. Die begleitenden Wirksamkeitsstudien können in der Erprobung der Software durchgeführt werden. Ob dies, auch in Verbindung mit dem

¹ Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland (2020), https://www.charta-zur-betreuung-sterbender.de/files/dokumente/2020_Charta%20Broschuere_Stand_Jan2020.pdf

geänderten einheitlichen Leistungsbeitrag in § 40b Absatz 1 SGB XI über 40 Euro/Monat und der Vergütung für eine temporäre Unterstützung über 30 Euro/Monat, ein ausreichender Anreiz für die Industrie sein wird, die prospektive Entwicklung und Investition in DiPA Software durch eine hinreichende Marktgängigkeit zu amortisieren, bleibt abzuwarten.

Zu Nummer 26 Buchstabe bb)

§ 40a Digitale Pflegeanwendungen, Absatz 2 Satz 5

Eine unbefristete Bewilligung sollte im Fall veränderter Voraussetzungen widerrufbar sein. Sie dient der Entbürokratisierung, darf aber nicht zu dauerhaftem Leistungsanspruch führen, wenn die Notwendigkeit entfällt.

Zu Nummer 35

§ 45d Förderung der Selbsthilfe in der Pflege, Verordnungsermächtigung, Absatz 1

Es wird empfohlen, eine Dynamisierung vorzusehen. Eine feste Pauschale von 21 Cent ist nicht angemessen. Eine flexible Regelung zur dynamischen Anpassung sollte gesetzlich verankert werden.

Zu Nummer 55, Absatz 1, Nummer 3 und 6

§ 92c Verträge zur pflegerischen Versorgung in gemeinschaftlichen Wohnformen

Es darf keine Vermischung und Spiegelung von Leistungen aus SGB V (§ 37) und SGB XI (§ 87a) geben. Die häusliche Krankenpflege gehört ausschließlich zum Leistungsspektrum des SGB V. Das sogenannte Basispaket in der Versorgung von Wohngemeinschaften muss von der häuslichen Krankenpflege klar abgegrenzt bleiben. Ein Einbezug dieser ist abzulehnen.

Es ist sicherzustellen, dass das sogenannte Basispaket im Gesetzentwurf konsistent im Kontext der Betreuung in Wohngemeinschaften gesehen wird und nicht die Leistungen der häuslichen Krankenpflege pauschaliert einbezieht. Im Leistungsrecht gibt es ausschließlich nur die häusliche Krankenpflege nach SGB V beziehungsweise Leistungen gemäß § 36 oder Vergütungen nach § 87a nach dem SGB XI.

Zu Nummer 61

§ 113 Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität, Absatz 1

Neben pflegewissenschaftlichem Fortschritt sollte auch technischer Fortschritt berücksichtigt werden. Digitale Anwendungen wie diktierbare Pflegedokumentationen, KI-gestützte Pflegeberichte und automatisierte Prozesse wie auch generell der Einsatz von KI und technologischen Assistenzsystemen müssen ermöglicht und integriert werden.

Zu Nummer 63 Buchstabe a)

§ 113c Personalbemessung in vollstationären Pflegeeinrichtungen, Absatz 2

Der DPR begrüßt, dass mit den Änderungen des § 113c SGB XI in Absatz 2 Satz 2 Nummer 3 für vollstationäre Pflegeeinrichtungen die Möglichkeit geschaffen wird, hochschulisch qualifizierte Pflegefachpersonen, die überwiegend Leistungen der unmittelbar bewohnerbezogenen Pflege und Betreuung von Pflegebedürftigen erbringen, bei der Personalbemessung zusätzlich zu verhandeln. Analog § 37 Absatz 3 PflBG ist dies insbesondere hinsichtlich hochkomplexer Pflegesituationen ein wichtiger Schritt zur Sicherstellung der Pflege nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinisch-

pflegerischen Erkenntnisse, sowohl durch die praxisnahe Vermittlung von fallorientierten, vorliegenden Erkenntnissen, als auch des Anstoßens von erforderlicher Forschung zu relevanten und pflegebezogenen Fragestellungen aus der Praxis heraus.

Wir bitten allerdings, die neue Nummer 3 in Absatz 2 Satz 2 zu ergänzen um die Geltung auch für die über bisherige duale Pflegestudiengänge akademisch ausgebildeten Pflegefachpersonen und für diejenigen, die nach einer abgeschlossenen Pflegeausbildung berufsbegleitend Pflege studiert haben oder aktuell und zukünftig studieren.

Diese akademisch qualifizierten Pflegefachpersonen sind in den „Empfehlungen der Arbeitsgruppe der Ausbildungsoffensive Pflege – Aufgabenprofile akademisch qualifizierter Pflegefachpersonen“ ausdrücklich auch benannt (Seite 5: 1. Einleitung, zweiter Absatz.)². Dies muss im letzten Absatz der Begründung zu Nummer 63 (113c), Buchstabe a auf Seite 137 dieses Gesetzentwurfs auch ergänzend ausgesagt werden.

Änderungsvorschlag zu Absatz 2 Satz 2 Nummer 3

3. die Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung nach § 1 Satz 2 des Pflegeberufgesetzes **oder die Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung und einen akademischen Grad aus einem dualen oder berufsbegleitenden Pflegestudium** hat und überwiegend Leistungen der unmittelbar bewohnerbezogenen Pflege und Betreuung von Pflegebedürftigen erbringt.

Zu Nummer 63 Buchstabe b)

§ 113c Personalbemessung in vollstationären Pflegeeinrichtungen, Absatz 3

Die vorgesehene gesetzliche Festlegung der Modellprojektergebnisse nach § 8 Abs. 3b SGB XI als fachlicher Maßstab für alle Einrichtungen mit der Begründung, dass eine Abweichung von den Ergebnissen des Modellprojekts nur in begründeten Ausnahmefällen zulässig sein soll und dass die Konzepte einer Art Eignungsprüfung im Hinblick auf die Projektergebnisse unterliegen sollen, ist aus fachlicher wie rechtssystematischer Sicht abzulehnen.

Die Ergebnisse des Modellprogramms liegen noch nicht abschließend vor – weder in validierter wissenschaftlicher Form noch mit einem abschließenden Evaluationsbericht. Eine verbindliche Orientierung an Konzepten, die noch in der Erprobung sind und sich bislang nur in zehn Einrichtungen mit erheblichem Ressourceneinsatz testen lassen, widerspricht dem Grundsatz evidenzbasierter Gesetzgebung anhand repräsentativer Ergebnisse.

Die vermeintlich eröffnete Möglichkeit zur Umsetzung trägerindividueller Konzepte ist faktisch eingeschränkt: Die Gesetzesbegründung formuliert einen Anpassungszwang an die Ziele und Strukturen des Modellprogramms. Träger müssten sich einer Eignungsprüfung unterziehen, was einer faktischen Gleichschaltung gleichkommt. Dies ignoriert die Vielfalt an Organisationsformen, Fachkonzepten und Versorgungsrealitäten in über 16.000 stationären und teilstationären Pflegeeinrichtungen. Die Modellprojekte zeichnen sich nicht durch Repräsentativität aus, sondern dienen der explorativen Erprobung. Sie dürfen daher nicht zur normativen Grundlage gemacht werden.

Statt einer vorschnellen gesetzgeberischen Festlegung sollte das Verfahren abgewartet und nach Vorlage der Evaluationsberichte im Diskurs mit Praxis, Trägern und Fachöffentlichkeit bewertet werden. Eine verpflichtende Orientierung an nicht validierten Ergebnissen gefährdet die Akzeptanz und Praxistauglichkeit der Reform.

² Arbeitsgruppe der Ausbildungsoffensive Pflege (2023),
https://www.pflegeausbildung.net/fileadmin/content/user_upload/231010_Empfehlungen_AQP_final.pdf

Änderungsvorschlag zu Absatz 3, Nummer 1

[...] **kann soll** die Pflegeeinrichtung geeignete Maßnahmen der Personal- und Organisationsentwicklung durchführen, die einen personenzentrierten und kompetenzorientierten Personaleinsatz im Sinne der Ziele dieser Vorschrift gewährleisten; ~~diese sollen sich an den fachlichen Zielen und der Konzeption der Maßnahmen, die nach § 8 Absatz 3b entwickelt und erprobt wurden, orientieren,~~

Zu Nummer 63 Buchstabe c)

§ 113c Personalbemessung in vollstationären Pflegeeinrichtungen Absatz 5

Die Einbeziehung neben Pflegefachpersonen auch anderer Fachpersonen aus dem Gesundheits- und Sozialbereich in den Personalmix im Sinne einer interprofessionellen Zusammenarbeit ist grundsätzlich zu begrüßen. Die Fachpersonen aus den genannten Berufen können aber in keinem Fall die den Pflegefachpersonen gemäß § 4 PflBG vorbehaltenen Aufgaben (Pflegeprozessverantwortung) übernehmen.

Der DPR merkt deshalb an, dass diese Einbeziehung von Fachpersonen aus den genannten Berufen nach aktuellem Umsetzungsstand des entwickelten Personalbemessungsverfahrens PeBeM auch nicht teilweise Stellenanteile nach Absatz 1 und 3 ersetzen können.

Zu Nummer 64:

§ 113d Geschäftsstelle zur Begleitung und Unterstützung der fachlich fundierten Personal- und Organisationsentwicklung von Pflegeeinrichtungen

Für eine erfolgreiche Umsetzung der Pflegepersonalbemessungsinstrumente im Krankenhaus (PPR 2.0) und in der stationären Langzeitpflege (PeBeM) braucht es auch aus Sicht des DPR eine verlässliche Institution auf Bundesebene, die eine lückenlose und adäquate fachliche Begleitung zur Weiterentwicklung und Sicherstellung der fachlich erforderlichen Pflege ermöglicht.

Der DPR begrüßt die in Satz 2 unter Nummer 1 bis Nummer 5 definierten Maßnahmen der geplanten Geschäftsstelle und die nachfolgend in Satz 3 unter Nummer 1 und Nummer 2 beschriebenen Unterstützungsmaßnahmen.

Vor diesem Hintergrund fordert der DPR bei der geplanten Geschäftsstelle auch die Personal- und Organisationsentwicklung im Krankenhaus einzubeziehen und die Geschäftsstelle über das Jahr 2031 hinaus, zu verstetigen.

Ergänzung zu weiteren erforderlichen Regelungen

§ 113c Personalbemessung in vollstationären Pflegeeinrichtungen

Der DPR sieht die aktuelle Personalsituation in der Langzeitpflege mit großer Sorge.

Aufgrund fachlich unzureichender Personalausstattungen kam und kommt es, neben einer Gefährdung der Versorgungsqualität, vielfach zu überhöhten Arbeitsbelastungen sowie zu überdurchschnittlichen Krankheitsquoten der Pflegepersonen und nachfolgend zu weiteren Berufsausstiegen. Ohne eine zeitnah verbesserte, den fachlichen Erfordernissen entsprechende bundeseinheitlich verbindlich geltende Personalbemessung, werden sich die genannten Probleme im Sinne einer Abwärtsspirale zu Lasten der Sicherstellung der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung weiter verstärken.

Zwei Jahre nach Inkrafttreten des § 113c SGB XI ist eine Personalausstattung nach Absatz 1 immer noch nicht in allen Bundesländern rahmenvertraglich nach § 75 SGB XI als selbstverständlich möglich und von den Leistungsträgern empfohlen geregelt.

Mit einer Personalausstattung nach den aktuellen Zielwerten gemäß § 113c Absatz 8, für eine bundeseinheitliche mindestens zu vereinbarende personelle Ausstattung, ist die Sicherstellung der fachlich erforderlichen Pflege nach § 11 SGB XI nicht möglich. Der DPR verweist hier auf seine dementsprechenden Stellungnahmen zum Verfahren im Jahr 2024.

Der DPR merkt an, dass die Regelungen des Absatzes 1 in § 113c SGB XI darüber hinaus nur als erster Schritt eine Teilumsetzung des wissenschaftlich entwickelten Personalbemessungsverfahrens PeBeM sind.

Der DPR drängt darauf, die vollständige Umsetzung des PeBeM weiter zu beschleunigen.

Zu Nummer 66 Buchstabe a)

§ 114a Durchführung der Qualitätsprüfungen

Der DPR begrüßt, dass der Gesetzentwurf vorsieht Prüfungen nun grundsätzlich zwei Arbeitstage im Voraus anzukündigen.

Zu Nummer 67 Buchstabe a)

§ 114c Richtlinien zur Verlängerung des Prüfrhythmus in vollstationären, teilstationären und ambulanten Einrichtungen bei guter Qualität und zur Veranlassung unangemeldeter Prüfungen; Berichtspflicht, Absatz 1

Der DPR begrüßt, dass unauffällige Einrichtungen, die in hohes Qualitätsniveau erreicht haben, ab dem 01. Januar 2027 eine Verlängerung der Prüffrequenz auf zwei Jahre umgesetzt wird.

Zu Nummer 71

§ 118a Maßgebliche Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene, Verordnungsermächtigung

Der DPR begrüßt außerordentlich, dass der Gesetzgeber mit dem Absatz 1 die Mitwirkung der für die Interessen der Pflegeberufe maßgeblichen Organisationen auf Bundesebene verankert und die Beteiligung weiterer Organisationen der Pflegeberufe, auch auf Landesebene regelt. Angesichts der Vielzahl von Berufsverbänden ist die Etablierung einer solchen Institution notwendig, um die Beteiligung der Pflegeberufe an Regelungen, die die professionelle Pflege betreffen, effektiv zu beteiligen.

Um eine solche Beteiligung nachhaltig zu sichern, bedarf es einer hauptamtlichen und strukturell langfristig finanziell abgesicherten Institution mit einer transparenten organisatorischen Infrastruktur, um die Interessen der Pflegeberufe auf Bundesebene gesammelt und zentral zu vertreten und zu stärken.

Der DPR, als etablierte Vertretung von 22 maßgeblichen Berufsverbänden der Pflege, der Hebammen und der Pflegewissenschaft, ist als Institution der beruflich Pflegenden auf Bundesebene in hohem Maße geeignet. Zur Einbeziehung anderer Organisationen, etwa auf Landesebene, wurden bereits Regelungen in der Satzung des DPR umgesetzt. Angesichts der zahlreichen Aufgaben, die im vorliegenden Gesetzentwurf für die maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene vorgesehen sind, bedarf es allerdings einer deutlichen Stärkung der Ressourcen im Hauptamt, um eine gelingende Vertretung zu ermöglichen.

Der DPR erhält eine finanzielle Förderung des Bundesgesundheitsministeriums, aufgrund eines Beschlusses des Deutschen Bundestages. Eine Weiterführung des Auf- und Ausbaus des DPR mit einer verstetigten institutionellen Förderung, die den Anforderungen des vorliegenden Gesetzentwurfs entspricht, ist zur Stärkung der Profession Pflege notwendig.

Weiter begrüßt der DPR den Absatz 2, wonach pflegefachliche Expert:innen, die für unterschiedliche Entscheidungsprozesse in ehrenamtlicher Tätigkeit zur Verfügung stehen, einen Anspruch auf Erstattung von Reisekosten und Verdienstausfall erhalten. Allerdings muss hier in Betracht gezogen werden, dass für die im Gesetzentwurf genannten Aufgaben, die von den maßgeblichen Organisationen auf Bundesebene erfüllt werden sollen, Vor- und Nacharbeiten zu leisten sein werden, die gleichfalls refinanziert werden müssen. Einzig nur die Ehrenamtlichkeit zu finanzieren, ist unzureichend und zementiert die seit Jahren bestehende strukturelle Ungleichheit im Pflege- und Gesundheitsbereich.

Der Bund und die Länder müssen der Profession Pflege in unserem Gesundheitssystem eine Struktur und damit Stimme geben, damit die Kompetenzen der beruflich Pflegenden in das System einfließen und Wirkung erzielen können. Eine zentrale, hauptamtlich geführte Organisation der Profession Pflege ist notwendig, um die Pflegeberufe zu stärken und ihre politische Wirksamkeit, ähnlich wie bei den erfolgreichen Vertretungen der Ärzt:innenschaft, zu sichern. Eine solche Organisation der Profession Pflege ist gleichzusetzen mit einer Gesundheitsversorgungssicherung des Bundes für seine Bevölkerung. Sie ist daher unverzichtbar.

Darüber hinaus sind für die inhaltliche Arbeit beim geplanten, erweiterten Beteiligungsrecht beim Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) (Koalitionsvertrag, Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz – GVSG), institutionalisierte Strukturen erforderlich.

Artikel 3 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Zu Nummer 1

§ 15 – Ärztliche Behandlung, elektronische Gesundheitskarte

Der DPR begrüßt außerordentlich, dass klargestellt wird, dass die pflegerischen Vorbehaltsaufgaben gemäß § 4 Pflegeberufegesetz aus dem Arztvorbehalt ausgenommen sind.

Zu Nummer 2

§ 15a – Behandlung durch Pflegefachpersonen, Pflegeprozessverantwortung

Gemäß § 15a ist geplant, eine Behandlung durch Pflegefachpersonen (Absatz 1) zu ermöglichen sowie auch die Pflegeprozessverantwortung (Absatz 2) gemäß der vorbehaltlichen Aufgaben nach § 4 PflBG zu regeln. Entsprechend ihrer erforderlichen Kompetenzen können Leistungen der ärztlichen Behandlung im Rahmen der Leistungserbringung unter bestimmten Voraussetzungen eigenverantwortlich von Pflegefachpersonen erbracht werden.

Das Ziel des Gesetzes zur Befugnisenerweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege ist es, die vielfältigen Kompetenzen von Pflegefachpersonen für die Versorgung stärker als bislang zu nutzen. Sie sollen neben Ärzt:innen vorbehaltene Leistungen eigenverantwortlich erbringen dürfen. Dabei soll es sich um Leistungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung, der häuslichen Krankenpflege und der Krankenhausbehandlung handeln. Eine Konkretisierung der Leistungen soll im Rahmenvertrag gemäß § 73d SGB V und § 112a SGB V unter Beachtung des nach § 8 Absatz 3c SGB XI festgelegten Rahmens erfolgen.

Der DPR begrüßt, dass durch die rechtliche Verankerung von Leistungen im SGB V, die durch Pflegefachpersonen erbracht werden können, ein wesentlicher Schritt zur Stärkung der pflegerischen Kompetenz und zur gleichberechtigten Einbindung der Pflegeberufe in die gesundheitliche Versorgung erfolgt.

Jedoch muss deutlich darauf hingewiesen werden, dass sich Aufgaben von Pflegefachpersonen nicht ausschließlich auf solche beziehen, die sich aus einer oder im Rahmen einer medizinischen Diagnosestellung ergeben. Pflegefachpersonen muss es ermöglicht werden, entsprechend ihren erworbenen Kompetenzen pflegefachliche Leistungen neben medizinischen Versorgungsbedarfen und -leistungen zu erbringen. Obwohl der Leistungsanspruch der Versicherten formal gleichbleibt, erfordert die gesetzliche Verankerung pflegefachlicher Leistungen eine entsprechende Reaktion in der praktischen Umsetzung.

Die Erarbeitung eines Muster-Scope-of-Practice, wie es § 8 Absatz 3c SGB XI vorsieht, wird unter Voraussetzung der oben erläuterten Aspekte zeigen, dass es sich bei pflegefachlichen Aufgaben um deutlich mehr handelt als nur um an medizinischer Diagnostik und ärztlicher Leistung angrenzende Tätigkeiten. Dahingehend erscheint es nur folgerichtig auf Begrifflichkeiten, wie „Leistungen ärztlicher Behandlung“ oder „ärztlicher Tätigkeit“ im Gesetz zu verzichten, da diese Formulierung suggeriert, dass es genuin ärztliche Leistungen gäbe, die nun auch von Pflegefachpersonen erbracht werden dürften. Tatsächlich handelt es sich jedoch um heilkundliche Aufgabenfelder, deren rechtliche Zuordnung zu einer Leistungserbringerguppe nicht zwangsläufig ist und die der Gesetzgeber ändern kann. Die aktuelle Formulierung legt eine Delegationslogik nahe, die der Regelungsabsicht des Gesetzes zuwiderläuft. Mit dem Gesetz zur Befugnisserweiterung soll eben kein neuer Delegationsmechanismus etabliert werden, sondern eine Ausweitung der eigenständig durch Pflegefachpersonen zu erbringenden heilkundlichen Aufgaben.

Es ist elementar, dass durch § 15a eine Grundlage für die Erbringung von pflegerischen, heilkundlichen Aufgabenfelder geschaffen wird, die auch über die Erbringung ärztlicher Leistungen hinausgeht. Insbesondere auch bei Berufsbildern wie APN oder CHN bedarf es pflegefachliche Autonomie und Heilkundenausübung, damit entsprechende Leistungen im Sinne der Zielsetzung der Berufsbilder auch erbracht werden können und der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung zugutekommen.

Aus Sicht des DPR ergibt sich aus der aktuellen Formulierung des § 15a keine überzeugende Kompetenzerweiterung der Pflegefachpersonen, insbesondere mit Blick auf die erwähnten Berufsbilder, sondern eine Fokussierung auf ärztliche Diagnose- und Indikationsstellungen entlang eines definierten Aufgabenkataloges.

Bereits im Referentenentwurf vom 03.09.2024 war im Rahmen des § 73d vorgesehen, dass vertragsärztliche Leistungen nur nach ärztlicher Diagnose und Indikationsstellung erfolgen können. Das erscheint im Sinne der erwähnten Leistungen im § 73d als folgerichtig. Da nun diese Voraussetzung in § 15a grundlegend verankert wird, werden zukünftige Bestrebungen zur Stärkung einer pflegerischen Autonomie erschwert. Pflegefachpersonen übernehmen demnach medizinische Teilbereiche, jedoch nicht die Gesamtverantwortung für die pflegespezifischen Bedarfe und Bedürfnisse der Betroffenen sowie ihrer An- und Zugehörigen.

Der DPR fordert daher eine Anpassung des § 15a, um einen stärkeren Bezug zu einer autonomen Heilkundenausübung von Pflegefachpersonen im Versorgungsprozess der verschiedenen pflegerischen Settings herzustellen. Denn nur dann kann der Pflegeberuf an Attraktivität gewinnen, aktuell nicht im Vordergrund stehende Potenziale in der Gesundheitsversorgung künftig genutzt und schlussendlich die Versorgungsqualität der Patient:innen bzw. pflegebedürftigen Personen sowie ihrer An- und Zugehörigen nachhaltig gesichert und verbessert werden.

Darüber hinaus ist aus Sicht des DPR eine rein auf Länderkompetenzfeststellung basierende Regelung nicht zielführend, da ein solches Vorgehen bundeseinheitliche Standards unterläuft und die Sicherung der Patient:innenversorgung nicht hinreichend berücksichtigt. Entscheidend ist vielmehr, dass Kompetenzen im Rahmen eines bundeseinheitlichen, durchlässigen Bildungssystems (BAPID-Projekt) vermittelt werden, das sowohl die berufliche als auch die hochschulische Pflegebildung sowie unterschiedliche Weiterbildungsqualifikationen integriert. Nur so können die für besondere Versorgungssituationen erforderlichen Kompetenzen

verlässlich erworben werden. Dieses Bildungsverständnis stellt sicher, dass Pflegefachpersonen über ein Kompetenzniveau verfügen, das eine sichere und qualitativ hochwertige Versorgung im Sinne der Patient:innensicherheit ermöglicht.

Änderungsvorschlag zu § 15a

Behandlung durch Pflegefachpersonen, Pflegeprozessverantwortung

~~(1) Pflegefachpersonen, die über die erforderlichen Kompetenzen aufgrund einer nach dem Pflegeberufegesetz vorgeschriebenen beruflichen oder hochschulischen Ausbildung, aufgrund einer staatlich anerkannten, bundesweit einheitlichen Weiterbildung oder aufgrund einer solchen Weiterbildung entsprechenden Berufserfahrung, die durch eine staatliche Kompetenzfeststellung der Länder nachgewiesen wurde, verfügen, können insbesondere die folgenden Leistungen der ärztlichen Behandlung im Rahmen der Leistungserbringung nach diesem Buch unter den folgenden Voraussetzungen eigenverantwortlich erbringen. Heilkundliche Leistungen nach diesem und dem Elften Buch Sozialgesetzbuch werden durch Pflegefachpersonen erbracht. Pflegerische Leistungen dürfen nur unter Beachtung der Pflegeprozessverantwortung von Pflegefachpersonen nach § 4 des Pflegeberufegesetzes gemäß Nummer 1 erbracht werden. Heilkundliche Leistungen können im Rahmen der jeweils erworbenen Kompetenzen auch von Pflegefachpersonen mit einer Erlaubnis nach § 1 Satz 2 des Pflegeberufegesetzes in der Fassung vom 1. Januar 2025 oder von Pflegefachpersonen mit einer anderen, hinsichtlich der Erbringung von heilkundlichen Leistungen bei besonderen Versorgungsbedarfen gleichwertigen Qualifikation erbracht werden.~~

Auf Basis der Ausarbeitungen gemäß § 8 Absatz 3c unter Berücksichtigung pflegetheoretischer Konzepte und pflegewissenschaftlicher Modelle, die unter Einbezug pflegewissenschaftlicher Expertisen erarbeitet werden, können folgende Aufgabenfelder von Pflegefachpersonen eigenverantwortlich erbracht werden

1. die Pflegeprozessverantwortung im Sinne des § 4 Absatz 1 Satz 1 des Pflegeberufegesetzes

~~2.1. nach ärztlicher Diagnose und Indikationsstellung~~ die in den nach § 73d Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und § 112a Absatz 1 vereinbarten Katalogen genannten Leistungen

~~2.3.~~ nach einer erstmaligen ärztlichen Verordnung die Verordnung der in dem nach § 73d Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 vereinbarten Katalog genannten Leistungen der häuslichen Krankenpflege, einschließlich der Verordnung der in diesem Katalog als für diese Leistungen benötigt genannten Hilfsmittel nach § 33, und

~~3.4.~~ bis zum Abschluss des Vertrags nach § 73d Absatz 1 Satz 1 die in Anlage 1 des nach § 64d Absatz 1 Satz 4 geschlossenen Rahmenvertrags genannten Leistungen der ärztlichen Behandlung.

~~(2) Pflegefachpersonen nehmen im Rahmen der Leistungserbringung nach diesem Buch die Pflegeprozessverantwortung im Sinne des § 4 Absatz 1 Satz 1 des Pflegeberufegesetzes wahr.~~

~~(3)~~(2) Pflegefachpersonen im Sinne dieses Buches sind Personen, die über eine Erlaubnis nach § 1 des Pflegeberufegesetzes verfügen.

Insbesondere ist aus Sicht des DPR auf Basis der folgenden Begründung die Anpassung des § 28 SGB V erforderlich, der aktuell die ärztliche, zahnärztliche und psychotherapeutische Behandlung regelt.

§ 15 SGB V bildet die grundsätzliche Rechtsgrundlage für die Krankenbehandlung in der gesetzlichen Krankenversicherung ab. Er zählt die verschiedenen Leistungsformen auf, die unter die Krankenbehandlung fallen, darunter die ärztliche, zahnärztliche und psychotherapeutische Behandlung. § 28 SGB V konkretisiert diese Leistungsformen und regelt darüber hinaus, dass auch andere Personen ärztlich veranlasste Leistungen erbringen dürfen, sofern diese unter ärztlicher Anordnung und Verantwortung stehen.

Im Sinne einer Kompetenzerweiterung von Pflegefachpersonen, wie es das Gesetz in seiner grundsätzlichen Zielsetzung vorsieht, benötigt es auch an dieser Stelle eine kongruente Anpassung. Die derzeitige Ausrichtung des § 28 SGB V bedeutet jedoch eine rechtliche Begrenzung. Pflegefachpersonen dürfen entsprechend § 28 SGB V nur dann heilkundlich tätig werden, soweit es durch eine ärztliche Anordnung gedeckt ist. Eine eigenständige Erbringung heilkundlicher Leistungen durch Pflegefachpersonen ist somit auch im § 28 SGB V zu verankern.

Änderungsvorschlag § 28 Absatz 4 (Neu)

§ 28 Ärztliche, ~~und~~ zahnärztliche **und pflegerische** Behandlung

(4) Die heilkundliche Behandlung kann durch Pflegefachpersonen erfolgen, soweit dies im Rahmen der definierten Vorbehaltsaufgaben nach § 4 des Pflegeberufgesetzes sowie gemäß den Bestimmungen des § 15a erfolgt.

Im Referentenentwurf vom 23.06.2025 erfolgte mit Änderung des § 39 Absatz 1 Satz 3 die Klarstellung, dass die medizinische Versorgung im Rahmen der Krankenhausbehandlung neben § 28 Absatz 1 auch Leistungen gemäß § 15a Absatz 1 SGB V umfasst. Aus Sicht des DPR ist es mit Blick auf die vorausgegangenen Ausführungen erforderlich, diese Änderung wieder aufzunehmen.

Änderungsvorschlag § 39 Absatz 1 Satz 3 SGB V

Die Krankenhausbehandlung umfaßt im Rahmen des Versorgungsauftrags des Krankenhauses alle Leistungen, die im Einzelfall nach Art und Schwere der Krankheit für die medizinische Versorgung der Versicherten im Krankenhaus notwendig sind, insbesondere ärztliche Behandlung (§ 28 Abs. 1, **Abs. 4 und § 15a Absatz 1**), Krankenpflege, Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, Unterkunft und Verpflegung; die akutstationäre Behandlung umfasst auch die im Einzelfall erforderlichen und zum frühestmöglichen Zeitpunkt einsetzenden Leistungen zur Frührehabilitation.

Zu Nummer 3

§ 20 Primäre Prävention und Gesundheitsförderung, Absatz 5

Der DPR begrüßt, dass Pflegefachpersonen mit dieser Gesetzesänderung die Möglichkeit und Aufgabe erhalten, im Rahmen ihrer Beratungstätigkeit nach §§ 7a, 7c und 37 Absatz 3 SGB XI sowie im Rahmen der Leistungserbringung nach § 36 SGB XI Empfehlungen zur verhaltensbezogenen Primärprävention nach § 20 Absatz 5 SGB V auszusprechen.

Darüber hinaus ist zu begrüßen, dass die Krankenkassen verpflichtet werden, bei der Entscheidung über eine Leistung zur verhaltensbezogenen Prävention auch die Feststellungen zur Prävention im Rahmen der Pflegebegutachtung nach § 18b Absatz 2 SGB XI zu berücksichtigen.

Zu Nummer 5

§ 33 Hilfsmittel, Absatz 5a

Der DPR begrüßt, dass Pflegefachpersonen in Verbindung mit dem Rahmenvertrag nach § 73d SGB V die Möglichkeit erhalten, Versicherten bestimmte Hilfsmittel mittels Folgeverordnung zu verordnen und diese einer vertragsärztlichen Verordnung gleichgestellt wird. Gleichzeitig weisen wir darauf hin, dass perspektivisch eine Erstverordnung von Pflegehilfsmitteln und Hilfsmitteln im Rahmen entsprechend erforderlichen Handlungskompetenzen durch Pflegefachpersonen ermöglicht werden muss.

Zu Nummer 6 Buchstabe b)

§ 37 Häusliche Krankenpflege, Absatz 2b

Der DPR begrüßt, dass Leistungen der häuslichen Krankenpflege, die bisher der ärztlichen Behandlung zugeordnet sind, in den Katalog nach § 73d Absatz 1 Nummer 1 gemäß § 15a aufgenommen werden und durch Pflegefachpersonen erbracht werden können, wenn sie über die erforderlichen Kompetenzen verfügen.

Darüber hinaus ist die getroffene Regelung gemäß § 15a SGB V dahingehend sachlogisch widersprüchlich, da die Verordnung häuslicher Krankenpflege die Feststellung eines Pflegebedarfs voraussetzt. Diese Feststellung ist jedoch nach § 4 PflBG und § 15 Absatz 1 Satz 2 (neu) SGB V Pflegefachpersonen vorbehalten. Der Vorbehalt einer ärztlichen Verordnung muss an dieser Stelle also zwingend entfallen.

Zu Nummer 13

§ 64d Verpflichtende Durchführung von Modellvorhaben zur Übertragung ärztlicher Tätigkeiten, Absatz 1 und 2

Der DPR begrüßt, dass die Änderungen auch auf die Überführung von Modellvorhaben in die Regelversorgung abzielen. Diese sollten im Einklang mit den vom DPR vorgeschlagenen Änderungen zur Kompetenzerweiterung von Pflegefachpersonen in § 15a SGB V stehen.

Zu Nummer 15

§ 70 Qualität, Humanität und Wirtschaftlichkeit, Absatz 1 Satz 1

Der DPR begrüßt, dass Krankenkassen und Leistungserbringer nunmehr eine bedarfsgerechte und gleichmäßige, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen und **pflegewissenschaftlichen** Erkenntnisse entsprechende Versorgung der Versicherten zu gewährleisten haben.

Zu Nummer 16

§ 73d Eigenverantwortliche Erbringung von Leistungen durch Pflegefachpersonen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung; eigenverantwortliche Verordnung häuslicher Krankenpflege durch Pflegefachpersonen, Evaluation

Gemäß § 73d soll es Pflegefachpersonen mit entsprechenden Qualifikationen ermöglicht werden, bisher ausschließlich von Ärzt:innen erbrachte Leistungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung eigenverantwortlich zu übernehmen.

Hierzu soll ein Katalog an Leistungen der ärztlichen Behandlung, die durch Pflegefachpersonen nach § 15a eigenverantwortlich erbracht werden können, sowie ein Katalog an Leistungen im Rahmen der häuslichen Krankenpflege nach § 37, einschließlich der für diese Leistungen benötigten Hilfsmittel nach § 33, erstellt werden. Insbesondere sollen

Rahmenvorgaben zur interprofessionellen Zusammenarbeit zwischen Pflegefachpersonen und Ärzt:innen zur Erbringung der Leistungen entwickelt werden.

Der DPR hat bereits in den Ausführungen zu § 15a auf die Notwendigkeit hingewiesen, die Voraussetzung einer ärztlichen Diagnose und Indikationsstellung dort zu verankern, wo sie den spezifischen Leistungen entspricht, und verweist an dieser Stelle auf die vorangegangenen Ausführungen.

Grundsätzlich möchte der DPR auch darauf hinweisen, dass die Leistungen in einen konzeptionellen Rahmen überführt werden müssen, der wiederum Grundlage der Regelungen des § 8 Absatz 3c SGB XI zur Erarbeitung eines Muster-Scope of Practice ist. Aus Sicht des DPR lassen sich die Aufgabenfelder mit den jeweiligen Leistungen, die Pflegefachpersonen eigenverantwortlich übernehmen sollen, nur durch deren Einbindung sachgerecht ausgestalten und weiterentwickeln.

Der Aufbau der geplanten Kataloge könnte sich darüber hinaus an der „Strukturierung und Beschreibung pflegerischer Aufgaben auf der Grundlage des Pflegebedürftigkeitsbegriffs“ von Wingefeld & Büscher (2017) orientieren, die in der Begründung zu diesem Gesetzentwurf erwähnt wird. Bei den Überlegungen dazu wird entscheidend sein, neben juristischer vor allem pflegewissenschaftliche Expertise einzubeziehen.

Die Entwicklung eines konzeptionellen Rahmens ist herausfordernd, denn ärztliche Behandlungen, etwa aus der Häuslichen Krankenpflege-Richtlinie, die Pflegefachpersonen unter bestimmten Voraussetzungen ausführen, umfassen einzelne Tätigkeiten, aber keine Aufgabe. Da sich medizinische Tätigkeiten naturgemäß an medizinischen Diagnosen und pflegerische Aufgaben an dem individuellen Zustand der Personen, den erforderlichen Bedarfen und der daraus resultierenden Pflegebedürftigkeit orientieren, erfordert eine Zusammenführung einen intensiven Austausch zwischen den Zielen und Aufgaben der jeweiligen Professionen. Dabei darf das pflegerische Handeln, wie es das SGB XI vorsieht, nicht im Kontext der Verrichtung von einzelnen Tätigkeiten und mit dem Kontext der Produktivität im ökonomischen Sinne verstanden werden. Professionelles pflegerisches Handeln setzt sich aus dem zugrunde liegenden Pflegeverständnis, theoretischer Fundierung und daraus resultierenden Handlungslogiken zusammen, die v.a. auf sozialen Kontexten, Versorgungssituationen und personenbezogenen Zuständen beruhen und auch eine professionelle Beziehungsgestaltung und Interaktion beinhaltet. Dieses Grundverständnis gilt es in den Ausarbeitungen zu berücksichtigen.

Der DPR stellt positiv fest, dass die maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene im Sinne des § 118a SGB XI gemäß § 73d Absatz 2 neben der Möglichkeit der Stellungnahme auch an den Sitzungen der genannten Vertragspartner teilnehmen können und die Stellungnahmen bei Entscheidungsprozessen zur Festlegung der Kompetenzen, die für die eigenverantwortliche Erbringung der Aufgabenfelder notwendig sind, berücksichtigt werden.

Außerdem begrüßt der DPR es ausdrücklich, dass gemäß § 73d Absatz 5 die maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene mit dem Bundesministerium für Gesundheit und dem Bundesministerium für Bildung, Familie, Senioren, Frauen und Jugend an der Bewertung der Ergebnisse der Evaluationen nach § 73d Absatz 4 und § 112a Absatz 4 beteiligt ist.

Jedoch ersetzt dies aus Sicht des DPR nicht, dass nur mit einer kontinuierlichen aktiven Beteiligung als maßgebliche Organisation der Pflegeberufe auf Bundesebene ein wirkungsvolle und eine der pflegefachlichen Eigenlogik entsprechende Erarbeitung der jeweiligen Kataloge möglich ist.

Es ist von entscheidender Bedeutung, dass bei Regelungen, die eine sektorenübergreifende Kompetenz- und damit verbundene Leistungserbringung festlegen, von vornherein eine sektorenübergreifende Perspektive eingenommen wird. Dies bekräftigt die Notwendigkeit, dass der DPR als maßgebliche Organisation der Pflegeberufe frühzeitig eingebunden wird und

deren pflegefachliche und pflegewissenschaftliche Perspektive einen größeren Raum einnimmt als bisher vorgesehen.

Im Sinne der Ausgestaltung des § 112a, der die eigenverantwortliche Erbringung von Leistungen durch Pflegefachpersonen im Rahmen der Krankenhausbehandlung regelt, ist eine Prüfung der Leistungskataloge nach § 73d darauf geachtet werden, welche Inhalte übernommen werden können. Der DPR befürwortet ausdrücklich die Festlegung von Kompetenzen zur Erbringung der Aufgabenfelder, die über die Sektorengrenzen hinauswirken.

Dem DPR erschließt sich im Hinblick auf die Evaluation der Regelungen gemäß § 73d Absatz 4 nicht, warum entgegen den zu begrüßenden Ausführungen des § 112a Absatz 4 nur die Prüfung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung im Fokus steht, nicht aber die Evaluation des effizienten Einsatzes der Pflegefachpersonen mit unterschiedlichen Qualifikationen und deren Auswirkungen nicht nur auf die pflegerische Versorgung der Betroffenen sowie ihrer An- und Zugehörigen sondern auch auf das Berufsbild der Pflegefachpersonen.

Zeitnah bedarf es zudem einer leistungsrechtlichen Ableitung für die Berufsbilder der APN und der CHN.

Änderungsvorschlag § 73d Absatz 2 und Absatz 4

(2) Die in Absatz 1 Satz 2 genannten Vertragspartner haben unter Beachtung der Vorgaben von § 15a Absatz 1 in dem Vertrag nach Absatz 1 Satz 1 auch festzulegen, auf der Grundlage welcher Kompetenzen Pflegefachpersonen die nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und 2 vereinbarten Leistungen und Hilfsmittel jeweils eigenverantwortlich erbringen oder verordnen können. Pflegefachpersonen können nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und 2 vereinbarten Leistungen und Hilfsmittel bei an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringern und bei den Leistungserbringern erbringen oder verordnen, mit denen Verträge nach § 123a Absatz 4 Satz 1 abgeschlossen werden. **Den maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene im Sinne des § 118a Absatz 1 Satz 1 des Elften Buches sind frühzeitig und kontinuierlich in die Erarbeitung und Fortschreibung der Regelungen nach § 73d Absatz 1 und Absatz 2 Satz 1 und 2 einzubinden. Insbesondere werden** ~~Den~~ **den maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene im Sinne des § 118a Absatz 1 Satz 1 des Elften Buches, der Bundesärztekammer und der Deutschen Krankenhausgesellschaft** ~~ist~~ **gegeben zu geben**; sie haben das Recht, an den Sitzungen der in Absatz 1 Satz 1 genannten Vertragspartner teilzunehmen. Die Stellungnahmen sind beim Entscheidungsprozess der in Absatz 1 Satz 1 genannten Vertragspartner zu berücksichtigen. **Die maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene werden gleichberechtigt an den Verhandlungen zur Festlegung der Aufgabenfelder mit den jeweiligen Leistungen und Kompetenzanforderungen mitbestimmend beteiligt.** Wissenschaftliche Expertisen, die nach § 8 Absatz 3c Satz 1 des Elften Buches gefördert wurden, sollen bei der Vereinbarung der Leistungen und Hilfsmittel nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und 2 berücksichtigt werden.

(3) (...)

(4) Die in Absatz 1 Satz 1 genannten Vertragspartner evaluieren die Auswirkungen der eigenverantwortlichen Erbringung von Leistungen der ärztlichen Behandlung durch Pflegefachpersonen in der vertragsärztlichen Versorgung und durch Pflegefachpersonen, die in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen beschäftigt sind, im Hinblick auf die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung, **den effizienten Einsatz der Pflegefachpersonen mit unterschiedlichen Qualifikationen und die Auswirkungen auf die Versorgungsqualität und das Berufsbild der Pflegefachpersonen.** Die Evaluation erfolgt im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit. Das Bundesministerium

für Gesundheit beteiligt das Bundesministerium für Bildung, Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Die in Absatz 1 Satz 1 genannten Vertragspartner legen dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 31. Dezember 2030 einen Bericht über das Ergebnis der Evaluation vor.

Zu Nummer 21

§ 112a Eigenverantwortliche Erbringung von Leistungen durch Pflegefachpersonen im Rahmen der Krankenhausbehandlung

Gemäß § 112a soll es Pflegefachpersonen mit entsprechenden Qualifikationen ermöglicht werden, bisher ausschließlich von Ärzt:innen erbrachte Leistungen im Rahmen der Krankenhausbehandlung zu übernehmen.

Der DPR begrüßt, dass, entgegen dem Referentenentwurf vom 03.09.2024, der noch keine verlässliche Regelung für den Bereich der Krankenhausbehandlung vorsah, nun eine Regelung im vorliegenden Entwurf Eingang gefunden hat.

Analog den Ausführungen zum § 73d bedarf es bei Festlegung von Leistungen der ärztlichen Behandlung, die Pflegefachpersonen erbringen können, sowie bei der Erarbeitung von Rahmenvorgaben zur interprofessionellen Zusammenarbeit und der Kompetenzfestlegung, unbedingt eine frühzeitige und substanzielle Einbindung der maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene.

Der DPR begrüßt es ausdrücklich, dass sich die Evaluation, neben der Prüfung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung, auch auf den effizienten Einsatz der Pflegefachpersonen mit unterschiedlichen Qualifikationen und die Auswirkungen auf das Berufsbild der Pflegefachpersonen bezieht.

Zu Nummer 23 Buchstabe a)

§ 132a Versorgung mit häuslicher Krankenpflege, Absatz 1

Der DPR begrüßt, dass in den Rahmenvereinbarungen nach § 132a SGB XI die Ressourcen für die Aufwendung für die Pflegeprozessesteuerung gemäß § 4 Absatz 2 PflBG in der ambulanten Versorgung zukünftig berücksichtigt werden müssen und damit die Maßnahmen der Steuerung des Pflegeprozesses sowie erforderliche interdisziplinäre Fallbesprechungen im Rahmen der Leistungserbringung vergütet werden.

Der DPR begrüßt weiterhin, dass Grundsätze der Vergütung von Verordnungen von in dem nach § 73d vereinbarten Katalog genannten Leistungen geregelt werden sollen.

In Absatz 1 Satz 4, Nummer 5 sind für längere Wegezeiten, insbesondere im ländlichen Raum, Zuschläge vorzusehen. Ergänzend sollten auch Ballungsgebiete berücksichtigt werden. Möglich wäre es, Wegepauschalen und Zuschläge bei kombinierten Leistungen aus Pflegeversicherung und Krankenversicherung über die häusliche Krankenpflege (SGB V) abzurechnen, um das Budget der Pflegeversicherung zu entlasten.

Ein weitergehender Vorschlag zu einem § 132x SGB V

Kooperationen zur Sicherstellung der Versorgung

Der vom Gesetzgeber intendierte Ausbau der ambulanten Versorgung wird durch den Mangel an qualifizierten Pflegefachpersonen behindert. Vor diesem Hintergrund gilt es, flexiblere Rahmenbedingungen zu schaffen und es den Leistungserbringern zu ermöglichen, die Versorgung auch durch Einbindung von Kooperationspartnern zu organisieren und gleichzeitig den Versorgungsanforderungen gemäß §§ 37-37c SGB V gerecht zu werden.

Da die Rahmenverträge mit den Einrichtungen geschlossen werden und die Ausübung der Pflgetätigkeit (Leistungserbringung) an die Mitarbeitenden der Einrichtung gebunden ist, ist aktuell eine Übertragung an Dritte (einem Pflegedienst, die anderer geeigneter

Leistungserbringer oder selbstständige Pflegefachpersonen) nicht möglich. Die obenstehende Regelung würde erlauben, Dritte bei der Versorgung der von ihnen betreuten Patient:innen einzubinden. Damit können benötigte Versorgungsstrukturen erhalten und die wohnortnahe Versorgung sichergestellt werden.

Änderungsvorschlag zu § 132x

(1) Leistungserbringer für Leistungen nach § 132a, 132d oder 132l SGB V können bei entsprechendem Bedarf mit sonstigen Leistungserbringern nach diesem Gesetzbuch, bei denen für die Versorgung geeignete Pflegefachpersonen beschäftigt sind oder mit geeigneten Pflegepersonen Kooperationsvereinbarungen, die der Sicherstellung der Versorgung dienen, schließen. Das Recht auf freie Wahl des Leistungserbringers sowie die Regelungen des § 128 SGB V bleiben unberührt.

(2) Der GKV-Spitzenverband sowie die Spitzenverbände der sonstigen Leistungserbringer nach diesem Gesetzbuch vereinbaren unter Beachtung der Vorgaben der Rahmenempfehlungen nach § 132a, 132d, 132l SGB V zur Sicherung der Qualität bis zum xx.xx.xxxx Anforderungen an eine kooperative und koordinierte Versorgung nach dieser Vorschrift. In der Vereinbarung sind Inhalt und Umfang der Kooperation nach Abs. 1 zu regeln.

(3) Im Fall der Nichteinigung wird der Vertragsinhalt durch eine von den Vertragspartnern zu bestimmende Stelle unabhängige Schiedsperson festgelegt. Einigen sich die Vertragspartner nicht auf eine Schiedsperson, so wird diese von der für den GKV-Spitzenverband zuständigen Aufsichtsbehörde innerhalb eines Monats nach Vorliegen der für die Bestimmung der Schiedsperson notwendigen Informationen bestimmt. Die Kosten des Schiedsverfahrens tragen die Vertragspartner zu gleichen Teilen.

Zu Nummer 34

§ 340a Sicherer Umgang mit Komponenten zur Authentifizierung von Leistungserbringerinstitutionen

Die Einführung digitaler Identitäten für Leistungserbringerinstitutionen und die Klarstellung zum sicheren Umgang mit Authentifizierungskomponenten sind ausdrücklich zu begrüßen. Damit wird ein zentraler Schritt hin zu einer durchgängigen und sicheren Authentifizierung im Gesundheitswesen vollzogen. Für die Profession Pflege ist entscheidend, dass alle pflegerischen Settings und Use-Cases (ambulant, stationär, teilstationär) berücksichtigt werden. Die Umsetzung muss flächendeckend und praxistauglich erfolgen und vorgesehene Zeitpläne verbindlich eingehalten werden, damit Versorgungssicherheit und Verlässlichkeit gewährleistet sind. Digitale Identitäten sind auch für Leistungserbringer wie die Pflege unbedingt notwendig und daher zu begrüßen. Dies schafft eine durchgängige und sichere Authentifizierung schaffen.

Zu Nummer 35

§ 342 Angebot und Nutzen der elektronischen Patientenakte

Die gesetzlich vorgesehene strikte Verankerung von syntaktischer und semantischer Interoperabilität ist längst überfällig und wird vom DPR ausdrücklich begrüßt. Sie ist notwendig, weil Pflegefachpersonen Medikationspläne in der Praxis nicht nur anwenden, sondern häufig auch fortschreiben und überprüfen. Es ist zudem sicherzustellen, dass professionell Pflegende und auch Hebammen beim Zugriff auf Medikationspläne gleichrangig berücksichtigt werden. Neben den Medikationsplänen müssen auch weitere pflegerische Informationsobjekte (PIOs) interoperabel eingebunden werden, etwa vorliegende Assessments, Pflegeverlaufsberichte, der Überleitungsbogen, die Dokumentation chronischer Wunden und weiteren. Nur ein Zugang zu vorliegenden validen Daten, deren Austausch und eine umfassende Interoperabilität der

jeweiligen Datensätze bzw. Systeme sichert eine interprofessionelle Kommunikation und Kooperation, verhindert Versorgungsbrüche und stärkt die Patient:innensicherheit.

Zu Nummer 44 Buchstabe a)

§ 393 Cloud-Einsatz im Gesundheitswesen, Verordnungsermächtigung, Absatz 4 Satz 2

Die gesetzliche Einführung eines C5-Testats für Cloudlösungen ist ein notwendiger Schritt, um die Sicherheit informationstechnischer Systeme zu gewährleisten. Aus Sicht des DPR braucht es für die Pflege eine verbindliche Regulierung lokaler Systeme, die mit sensiblen Daten arbeiten, außer sie nutzen externe Cloud-Dienste. Zudem benötigt es branchenspezifische Standards für die Pflege, die den besonderen Bedingungen der Einrichtungen Rechnung tragen. IT-Hersteller müssen verpflichtet werden, ihre Produkte nach klaren und überprüfbaren Mindeststandards zertifizieren zu lassen.

Das Expert:innenpapier Cybersicherheit der Fachkommission Pflege (DPR, 2025³) zeigt deutlich, dass Pflegeeinrichtungen ohne verbindliche Rahmenbedingungen einem hohen Risiko ausgesetzt sind. Daher ist eine gesetzliche Klarstellung erforderlich, die die Empfehlungen aus diesem Papier aufgreift.

Artikel 4 Änderung des Pflegezeitgesetzes

§ 2 Kurzzeitige Arbeitsverhinderung, Absatz 2

Der DPR begrüßt die Gleichstellung von Pflegefachpersonen mit Ärzt:innen beim Ausstellen einer Bescheinigung über die Pflegebedürftigkeit eines Angehörigen und das Fernbleiben bei der Arbeit wegen einer akut aufgetretenen Pflegesituation. Diese erweiterte Befugnis stellt eine Erleichterung für pflegende An- und Zugehörige dar und kann zur Stabilisierung instabiler Pflegesituationen beitragen.

Artikel 5 Änderung des Pflegeberufgesetzes

Zu Nummer 3 Buchstabe a) Buchstabe b)

§ 4 Vorbehaltende Aufgaben

Der DPR begrüßt ausdrücklich, dass die Prozessverantwortung und die Planung der Pflege in die Auflistung der Vorbehaltsaufgaben eingefügt werden.

Zu Nummer 4

§ 4a Eigenverantwortliche Heilkundenausübung

Der DPR begrüßt ausdrücklich die Klarstellung in § 4a PflBG, dass Pflegefachpersonen eigenverantwortlich Heilkunde ausüben können, wenn sie entsprechende Kompetenzen erworben haben.

Aus der Begründung geht hervor, dass ein Teil der Kompetenzen, die Pflegefachpersonen im Rahmen ihrer beruflichen oder hochschulischen Ausbildung erwerben, bereits zur eigenverantwortlichen Ausübung von Aufgaben qualifiziert, die als heilkundlich zu bezeichnen sind, bisher aber als „pflegerisch“ bezeichnet wurden. Zum anderen umfasst der Heilkundebegriff in § 4a Aufgaben, die bisher allein Ärzt:innen vorbehalten waren und für die

³ DPR (2025), https://deutscher-pflegerat.de/download/20250618_dpr_expert_innenpapier_cybersicherheit.pdf

in § 15a des Fünften Buches ausdrücklich für die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung normiert ist, dass bestimmte Aufgaben der ärztlichen Behandlung auch durch Pflegefachpersonen mit den erforderlichen fachlichen, also heilkundlichen Kompetenzen erbracht werden können.

Demnach regelt der § 4a PflBG die Heilkunde für Pflegefachpersonen insbesondere in Bezug auf § 37 PflBG, während in § 15a SGB V klargestellt wird, dass heilkundliche Aufgaben von Pflegefachpersonen durchgeführt werden können, diese aber nicht ausdrücklich als „Heilkunde“ bezeichnet werden. Zwar werden diese Aufgaben von Pflegefachpersonen eigenverantwortlich erbracht, allerdings nur nach ärztlicher Diagnose und Indikation.

Der DPR begrüßt die Regelung der Heilkunde in § 4a PflBG. Im § 15a SGB V wird eine sozialrechtliche Regelung vorgenommen, die die erweiterten Aufgaben von Pflegefachpersonen in die Regelversorgung überführt, was langjährigen Forderungen entspricht.

Allerdings wird die Heilkunde in diesem Paragraphen auf Aufgaben begrenzt, die eng an die ärztliche Behandlung angelehnt sind.

Ein erweiterter Aufgabenzuschnitt sowie mehr Autonomie der Pflegefachpersonen zur zukünftigen Sicherung der Versorgung müssen zeitnah folgen, damit eine Konsistenz zwischen berufsrechtlichen Regelungen und der damit einhergehenden Notwendigkeit einer leistungsrechtlichen Verankerung hergestellt wird.

Zu Nummer 5

Standardisierte Module für erweiterte heilkundliche Aufgaben

§ 14a Standardisierte Module für erweiterte heilkundliche Aufgaben PflBG

Der DPR unterstützt, dass die Fachkommission nach § 53 PflBG standardisierte Module zur eigenverantwortlichen Ausübung von heilkundlichen Aufgaben mit empfehlender Wirkung entwickeln kann. Für die Entwicklung der Kompetenzprofile für die Ausübung heilkundlicher Aufgaben kann das vom DPR in Auftrag gegebene BAPID II wichtige Hinweise liefern ⁴.

Zu Nummer 9

§ 66e Übergangsvorschrift für Personen, die bereits über eine Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung nach § 1 Satz 2 verfügen

Die Regelung zur Übergangsvorschrift gemäß § 66e bedarf es dringend einer Änderung, da sie sich prohibitiv auf die Nachqualifizierung von Personen auswirkt, die das Studium bereits abgeschlossen haben. Sie läuft dem eigentlich beabsichtigten Ziel, Nachqualifizierung zu ermöglichen, entgegen.

Die Vorgabe, dass alle Regelungen des PflBG auch für die Teilnehmenden an diesem zusätzlichen Studienangebot gelten müssen, führt dazu, dass die Teilnehmenden ihren Status als Arbeitnehmer:innen aufgeben und sich wieder in den Status einer dualen Student:in zurückversetzen lassen müssen. Dies hat erhebliche finanzielle und sozialrechtliche Auswirkungen für die Studierenden. Darüber hinaus ist der bürokratische Aufwand für Arbeitgebende bzw. Träger der praktischen hochschulischen Pflegeausbildung enorm, weil umfangreiche vertragliche Regelungen geschlossen und organisatorische Maßnahmen ergriffen werden müssen. Daher fordert der DPR dringend, den gesonderten Erwerb auch im

⁴ BAPID II Rollenprofile und Berufsbilder (2025), https://deutscher-pflegerat.de/download/05_21.2025_bapid_ii_rolleprofile_und_berufsbilder.pdf

Rahmen einer hochschulischen Weiterbildung zu ermöglichen, die berufsbegleitend absolviert werden kann.

Darüber hinaus sind Absolvent:innen früherer Studiengänge in der Pflege vom nachträglichen Erwerb der erweiterten heilkundlichen Kompetenzen ausgeschlossen. Dies betrifft eine erhebliche Anzahl von Pflegefachpersonen, die in der Vergangenheit insbesondere in dualen Studiengängen ihren Berufs- bzw. pflegerischen Hochschulabschluss erworben haben, etwa im Rahmen der früher bestehenden Modellklauseln. Hier besteht erhebliches Potenzial, kurzfristig den Kreis der Pflegefachpersonen mit erweiterter Berufszulassung deutlich zu vergrößern.

Änderungsvorschlag § 66e

(1) Personen, die über eine Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung nach § 1 Satz 2 verfügen, können die Kompetenzen nach § 37 Absatz 2 Satz 2 ebenfalls erwerben.

~~(2) Für den gesonderten Erwerb der Kompetenzen nach § 37 Absatz 2 Satz 2 finden die Vorschriften von Teil 3 dieses Gesetzes in der geltenden Fassung entsprechende Anwendung. Abweichend von den Vorschriften des Teil 3 können die Kompetenzen nach Absatz 1 auch im Rahmen einer hochschulischen Weiterbildung erworben werden, die berufsbegleitend absolviert werden kann. Auf diese Weiterbildungsangebote finden die Vorschriften von Teil 3 dieses Gesetzes in der geltenden Fassung entsprechende Anwendung, soweit nicht durch hochschulrechtliche Regelungen Abweichendes bestimmt ist. Die erworbenen Kompetenzen sind durch eine staatliche Prüfung nachzuweisen. Die gesondert erworbenen Kompetenzen werden zum Ende des Studienangebots staatlich geprüft.~~

(3) Absatz 1 gilt entsprechend für Personen, die einen pflegebezogenen Hochschulabschluss nach Maßgabe der bis zum Inkrafttreten des Gesetzes bestehenden Modellklauseln oder in Form eines dualen Studiums erworben haben.

Artikel 9 Änderung des Pflegeberufe-Ausbildungs- und -Prüfungsverordnung

Zu Nummer 1

§ 33 Prüfungsausschuss Absatz 1 Satz 5

Der weist auf die Notwendigkeit der Anpassung der Vorgaben zur hochschulischen berufszulassenden Prüfung hin. Es bleibt im aktuellen Gesetzentwurf die Regelung bestehen, dass je eine zusätzliche schriftliche, mündliche und praktische Prüfung unter Beteiligung eines ärztlichen Prüfers vorgesehen ist.

Handlungslogisch werden in der Berufspraxis alle pflegerischen Aufgaben, einschließlich der erweiterten heilkundlichen Aufgaben, integriert. Das meint die Erbringung von Aufgaben in unmittelbarem zeitlichem und inhaltlichem Zusammenhang. Sie sollten daher auch integriert gelehrt und geprüft werden. Die Aufteilung auf mehrere Prüfungen ergibt insbesondere für den praktischen Teil der berufszulassenden Prüfungen keinen Sinn, sondern widerspricht einer kompetenzorientierten Prüfungsgestaltung. Darüber hinaus ist der Umsetzungsaufwand für die zusätzlichen Prüfungen für die Hochschulen sehr hoch und übersteigt in vielen Fällen die zur Verfügung stehenden Ressourcen. Insbesondere die zwingend ärztliche Beteiligung ist oft nur schwer zu gewährleisten, v. a. bei der praktischen Prüfung in Settings außerhalb des Krankenhauses. Gleichmaßen gestaltet es sich schwierig, geeignete Patient:innen bzw. Pflegebedürftige für die Prüfung der erweiterten heilkundlichen Kompetenzen zu gewinnen, gerade in kleineren Gesundheitseinrichtungen.

Der DPR spricht sich daher für die Integration der bisherigen berufszulassenden Prüfungen und der erweiterten heilkundlichen Prüfungen aus. Insbesondere soll nur noch eine praktische berufszulassende Prüfung erfolgen, die alle Kompetenzen umfasst. Dies soll den Hochschulen ermöglichen, die praktische Prüfung in Form einer Parcours-Prüfung bzw. einer Structured Clinical Examination (OSCE) durchzuführen. Somit können die erweiterten Kompetenzen gezielt geprüft werden, was in der Praxis nicht immer in dieser Form möglich ist. Zudem muss es den Hochschulen möglich sein, die Prüfungen durch entsprechend qualifizierte Pflegefachpersonen durchführen zu lassen. Die Pflicht zur ärztlichen Beteiligung muss bei entsprechenden Kompetenzen der prüfenden Pflegefachpersonen entfallen.

Änderungsvorschlag § 33 Absatz 1 Satz 5

Für die Prüfung der Kompetenzen zur eigenverantwortlichen Wahrnehmung heilkundlicher Aufgaben nach § 37 Absatz 2 Satz 2 des Pflegeberufgesetzes durch hochschulisch ausgebildete Pflegefachpersonen müssen dem Prüfungsausschuss zusätzlich zu den in Satz 2 Nummer 1 bis 4 genannten Personen zwei **Fachprüferinnen und Fachprüfer mit entsprechender fachlicher Qualifikation** ~~ärztliche Fachprüferinnen oder Fachprüfer angehören; die Fachprüferinnen und Fachprüfer ärztlichen Fachprüferinnen und Prüfer~~ **sollen die studierenden Personen in den Kompetenzen für die eigenverantwortliche Wahrnehmung dieser heilkundlichen Aufgabenfelder unterrichtet haben, die Gegenstand der staatlichen Prüfung sind. Die Fachprüferinnen und Fachprüfer müssen über eine hochschulisch erworbene pflegefachliche Qualifikation verfügen, die sie zur Abnahme der erweiterten heilkundlichen Prüfung befähigt. Ärztliche Fachprüferinnen oder Fachprüfer sind nur dann hinzuzuziehen, wenn der Prüfungsgegenstand ärztliche Fachkompetenz erfordert. Die Prüfungen können in integrierter Form, insbesondere als strukturierte klinische Prüfung (OSCE), durchgeführt werden.**

Berlin, 06.10.2025

Deutscher Pflegerat e.V. – DPR
Alt- Moabit 91
10559 Berlin
Tel.: + 49 30 / 398 77 303
E-Mail: info@deutscher-pflegerat.de
www.deutscher-pflegerat.de

Deutscher Bundestag

Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache

21(14)22(8)

gel. VB zur öffent. Anh. am

08.10.2025 - Pflege

06.10.2025



Stellungnahme

Gesetz zur Befugniserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege

Gesetzentwurf der Bundesregierung (BT-Drs. 21/1511)

02.10.2025

Inhaltsverzeichnis

1	Allgemeine Bewertung	3
2	Zu den Regelungsvorschlägen zur Befugniserweiterung in der Pflege	5
2.1	Präventionsempfehlungen auch durch Psychotherapeut*innen ermöglichen	5
2.2	Psychosoziale Beratung von häuslich Pflegenden (§ 37 Absatz 3a SGB XI).....	6
2.3	Diagnostik und Indikationsstellung durch Psychotherapeut*innen ergänzen (§ 15a SGB V)	8
2.4	Stellungnahmerecht der BPtK (§ 73d SGB V).....	9
2.5	Bescheinigung der Pflegebedürftigkeit auch durch Psychotherapeut*innen (§ 2 Absatz 2 Pflegezeitgesetz)	12
3	Zu den Regelungsvorschlägen im Hinblick auf die elektronische Patientenakte	13
3.1	Zeitpunkt des Inkrafttretens der Ausnahmeregelungen zur Befüllungspflicht der ePA (Artikel 14 des Gesetzentwurfs).....	13
3.2	Datenschutz für Kinder und Jugendliche bei elektronischer Patientenakte sicherstellen (§ 350 SGB V)	13
3.3	Zugriff auf Abrechnungsdaten nur mit aktiver Zustimmung von Patient*innen (§ 342 SGB V)	16
3.4	Differenziertes Berechtigungsmanagement (§ 342 SGB V).....	18

1 Allgemeine Bewertung

Die Akut- und Langzeitpflege steht vor großen Herausforderungen. Die steigende Nachfrage nach Pflegeleistungen in allen Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen und -diensten steht in zunehmendem Missverhältnis zum Angebot an Pflegefachpersonen und Pflegeassistentenpersonen. Um die Zahl an Pflegefachpersonen und Pflegeassistentenpersonen zu steigern, plant die Bundesregierung, den Pflegeberuf attraktiver zu machen.

Mit dem Gesetzentwurf zur Befugniserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege sollen die Qualifikationen und Kompetenzen von Pflegefachpersonen gestärkt werden. Weitgehende Leistungen dieser Berufsgruppe sollen eigenverantwortlich erbracht werden können. Darüber hinaus sollen die Strukturen für pflegende Angehörige gestärkt und Anreize für innovative Versorgungsformen im Quartier gesetzt werden.

Die BPtK begrüßt das Ziel des Gesetzesvorhabens. Gleichzeitig muss die psychische Gesundheit stärker berücksichtigt werden. Denn die Stärkung und Erweiterung der Befugnisse von Pflegefachpersonen betreffen auch die Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen und die Leistungen von Psychotherapeut*innen. Die BPtK schlägt daher Folgendes vor:

- Neben Haus- und Fachärzt*innen sowie Pflegefachpersonen sollen auch Psychotherapeut*innen **Empfehlungen für Präventionsleistungen** geben dürfen. Damit werden die Kompetenzen von Psychotherapeut*innen genutzt und Ärzt*innen entlastet.
- Pflegende Angehörige sollen im Rahmen der pflegerischen Beratungs- und Hilfsangebote auch **Hinweise zu psychosozialen Unterstützungsangeboten** erhalten. Damit kann einer psychischen Überlastung vorgebeugt und die Pflegefähigkeit der An- und Zugehörigen erhalten werden.
- **Psychotherapeut*innen** sollen bei der **Festlegung der Voraussetzungen**, unter denen vertragsärztliche Leistungen auf Pflegefachpersonen übertragen werden können, **berücksichtigt werden**. In der vertragsärztlichen Versorgung sind Psychotherapeut*innen den Ärzt*innen gleichgestellt. Die Übertragung vertragsärztlicher Leistungen auf Pflegefachpersonen schließt damit Leistungen ein, die von Ärzt*innen oder Psychotherapeut*innen erbracht werden. Die Diagnostik und Indikationsstellung durch Psychotherapeut*innen ist deshalb zu berücksichtigen.
- Neben der Bundesärztekammer und den maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe soll auch der BPtK ein **Stellungnahmerecht** gegeben werden, wenn durch die Kompetenzerweiterung von Pflegefachpersonen die Leistungen von Psychotherapeut*innen berührt sind.

- Neben Pflegefachpersonen sollen auch Psychotherapeut*innen eine **Bescheinigung der Pflegebedürftigkeit** ausstellen können.

Darüber hinaus sind im Gesetzentwurf **Ausnahmeregelungen zur Befüllungspflicht der elektronischen Patientenakte (ePA)** für Leistungserbringer*innen, Krankenhäuser und weitere Zugriffsberechtigte vorgesehen. Die BPtK begrüßt diese vorgesehenen Ausnahmeregelungen ausdrücklich, da sie maßgeblich dazu beitragen werden, Patient*innen zu schützen.

Gleichzeitig sind weitere gesetzliche Regelungen dringend erforderlich, um den Datenschutz in der elektronischen Patientenakte zu verbessern und das **Recht auf informationelle Selbstbestimmung von Jugendlichen** vollumfänglich zu gewährleisten. Die BPtK schlägt hierzu Folgendes vor:

- Die **Abrechnungsdaten von Kindern und Jugendlichen sollen erst dann in die ePA eingestellt werden, wenn diese selbst über ein entsprechendes ePA-Frontend verfügen** und damit selbst über die Weitergabe beziehungsweise das Teilen ihrer sensiblen Daten entscheiden können. Dies dient dem Recht auf informationelle Selbstbestimmung und dem Schutz von Kindern und Jugendlichen.
- Die **Ausnahmeregelungen zur Befüllungspflicht** für Leistungserbringende, Krankenhäuser und weitere Zugriffsberechtigte sollen **rückwirkend zum 1. Oktober 2025 in Kraft** treten. Dies soll Rechtssicherheit herstellen und eine ordnungsgemäße Umsetzung ermöglichen.
- Die von den Krankenkassen eingestellten **Abrechnungsdaten sollen standardmäßig verborgen in die ePA eingestellt werden**. Versicherte sollen die aktive Entscheidung treffen, die Beschränkung der Datenverarbeitung aufzuheben, um Leistungserbringer*innen den Zugriff auf in der ePA vorliegende Daten zu gewähren, die verborgen in die ePA eingestellt wurden. Dies dient der Wahrung der Patientensouveränität und informationellen Selbstbestimmung.
- Ein **differenziertes Berechtigungsmanagement** soll Versicherten ermöglichen, Zugriffsberechtigungen individuell für jede Leistungserbringer*in jeweils auf Dokumentenebene zu erteilen.

2 Zu den Regelungsvorschlägen zur Befugnisserweiterung in der Pflege

2.1 Präventionsempfehlungen auch durch Psychotherapeut*innen ermöglichen

Die BPtK begrüßt, dass die Aufgabe der Gesundheitsförderung und Prävention auf verschiedene Heilberufe übertragen werden soll. Ein wichtiges Instrument sind Präventionsempfehlungen. Mit dem Gesetzentwurf ist geplant, Präventionsempfehlungen durch Pflegefachpersonen oder durch qualifizierte Pflegeberater*innen zu ermöglichen (§ 5 Absatz 1 SGB XI). Versicherte erhalten damit gezielte Maßnahmen, die ihre körperliche oder psychische Gesundheit fördern oder erhalten.

Aus Sicht der BPtK sollte auch das Leistungsspektrum der Psychotherapeut*innen um Empfehlungen für Präventionsleistungen erweitert werden. Indem Psychotherapeut*innen die Befugnis zur Vergabe von Präventionsempfehlungen erhalten, werden die Kompetenzen dieses Heilberufs gezielt für die Vorbeugung von Erkrankungen genutzt. Psychotherapeut*innen erkennen Belastungen und Risiken für die psychische Gesundheit. Sie können im Rahmen der psychotherapeutischen Sprechstunde zur Teilnahme an Präventionskursen motivieren, etwa zur Stressbewältigung oder zur Verringerung des Suchtmittelkonsums (insbesondere Tabak und Alkohol), bevor dieser zu Erkrankungen führt oder selbst zu einer krankheitswertigen Störung geworden ist. Als Expert*innen für Verhaltensänderungen wirken sie zudem selbst – etwa in der Rehabilitation – an der Etablierung eines gesünderen Lebensstils mit, so auch in Bezug auf Ernährung und Bewegung.

Änderungsvorschlag zu § 25 Absatz 1 Sätze 1 und 3 SGB V sowie § 26 Absatz 1 Sätze 3 und 4 SGB V

Die BPtK empfiehlt, in **§ 25 Absatz 1 Sätze 1 und 3 SGB V** und **§ 26 Absatz 1 Sätze 3 und 4 SGB V** zu ergänzen, dass Gesundheitsuntersuchungen und Präventionsempfehlungen bei Erwachsenen, Kindern und Jugendlichen von Psychotherapeut*innen vorgenommen werden können:

„§ 25 Gesundheitsuntersuchungen

*(1) Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, haben Anspruch auf alters-, geschlechter- und zielgruppengerechte ärztliche **und psychotherapeutische** Gesundheitsuntersuchungen zur Erfassung und Bewertung gesundheitlicher Risiken und Belastungen, zur Früherkennung von bevölkerungsmedizinisch bedeutsamen Krankheiten und eine darauf abgestimmte präventionsorientierte **ärztliche oder psychotherapeutische** Beratung, einschließlich einer Überprüfung des Impfstatus im Hinblick auf die Empfehlungen der Ständigen*

Impfkommission nach § 20 Absatz 2 des Infektionsschutzgesetzes. Die Untersuchungen umfassen, sofern medizinisch angezeigt, eine Präventionsempfehlung für Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention nach § 20 Absatz 5. Die Präventionsempfehlung wird in Form einer ~~ärztlichen~~ Bescheinigung erteilt. (...)

(2) (...)

§ 26 Gesundheitsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche

*(1) Versicherte Kinder und Jugendliche haben bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres Anspruch auf Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten, die ihre körperliche, geistige oder psycho-soziale Entwicklung in nicht geringfügigem Maße gefährden. Die Untersuchungen beinhalten auch eine Erfassung und Bewertung gesundheitlicher Risiken einschließlich einer Überprüfung der Vollständigkeit des Impfstatus sowie eine darauf abgestimmte präventionsorientierte Beratung einschließlich Informationen zu regionalen Unterstützungsangeboten für Eltern und Kind. **Die Untersuchungen zur Früherkennung und ihre Folgeuntersuchungen** umfassen, sofern medizinisch angezeigt, eine Präventionsempfehlung für Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention nach § 20 Absatz 5, die sich altersentsprechend an das Kind, den Jugendlichen oder die Eltern oder andere Sorgeberechtigte richten können. Die Präventionsempfehlung wird in Form einer ~~ärztlichen~~ Bescheinigung erteilt. (...)*

2.2 Psychosoziale Beratung von häuslich Pflegenden (§ 37 Absatz 3a SGB XI)

Die häusliche Pflege ist neben körperlichen auch mit emotionalen und psychischen Belastungen verbunden. Angehörige können Pflege nur dann über einen längeren Zeitraum leisten, wenn sie dabei unterstützt werden, auch ihre eigene psychische Gesundheit zu erhalten. Der Gesetzentwurf sieht eine verpflichtend in Anspruch zu nehmende Beratung der häuslich Pflegenden vor (§ 37 Absatz 3 und 3a SGB XI). Dies dient der Sicherung der Qualität der Pflege, aber auch der Unterstützung der häuslich Pflegenden. Die Prävention psychischer Überlastungen steht in den Angeboten der Pflegeberatung jedoch häufig nicht im Vordergrund.

Um einer psychischen Überlastung vorzubeugen und die Pflegefähigkeit der An- und Zugehörigen langfristig zu erhalten, sind neben Informationen zu pflegerischen Beratungs-

und Hilfsangeboten deshalb insbesondere auch Hinweise zu psychosozialen Unterstützungsangeboten von Bedeutung.

Änderungsvorschlag zu Artikel 1 Nummer 22 (§ 37 Absatz 3a SGB XI)

Die BPtK schlägt vor, psychosoziale Unterstützungsangebote explizit in **§ 37 Absatz 3a SGB XI** zu benennen:

Artikel 1

22. § 37 wird wie folgt geändert:

a) (...)

b) (...)

c) Absatz 3a wird durch den folgenden Absatz 3a ersetzt:

„(3a) Die Beratung nach Absatz 3 dient der Sicherung der Qualität der häuslichen Pflege sowie der regelmäßigen Hilfestellung und der praktischen pflegefachlichen Unterstützung der häuslich Pflegenden. Wird im Rahmen der Beratung festgestellt, dass zur Stärkung der Selbständigkeit oder zur Sicherstellung der Versorgung des Pflegebedürftigen oder zur Entlastung der häuslich Pflegenden aus pflegefachlicher Sicht weitere Maßnahmen erforderlich oder zweckdienlich sind, so sind der Pflegebedürftige und die häuslich Pflegenden im Sinne einer planvollen Unterstützung unter Berücksichtigung der jeweiligen Pflegesituation und zur Vermeidung schwieriger Pflegesituationen insbesondere hinzuweisen auf

- 1. die Auskunfts-, Beratungs- und Unterstützungsangebote des für sie zuständigen Pflegestützpunktes,*
- 2. die Pflegeberatung nach § 7a einschließlich der Möglichkeit der Erstellung eines Versorgungsplans,*
- 3. die Möglichkeit der Inanspruchnahme von Pflegekursen nach § 45, auch in der häuslichen Umgebung des Pflegebedürftigen, und*
- 4. sonstige geeignete Beratungs- oder Hilfsangebote, **einschließlich geeigneter psychosozialer Unterstützungsangebote.***

Die Beratungsperson soll (...).“

2.3 Diagnostik und Indikationsstellung durch Psychotherapeut*innen ergänzen (§ 15a SGB V)

In § 15a SGB V des Gesetzentwurfs wird präzisiert, unter welchen Voraussetzungen Pflegefachpersonen die in dem Katalog nach § 73d SGB V enthaltenen heilkundlichen Leistungen selbstständig erbringen können – nämlich nur nach ärztlicher Diagnostik, Indikationsstellung und Verordnung. Die Übertragung heilkundlicher Leistungen auf Pflegefachpersonen in der vertragsärztlichen Versorgung schließt per Definition auch die Leistungen von Psychotherapeut*innen ein. Psychotherapeut*innen sind den Ärzt*innen gleichgestellt und verfügen über Befugnisse zur Diagnostik und Indikationsstellung bei psychischen Erkrankungen sowie zur Verordnung von Leistungen, unter anderem der häuslichen psychiatrischen Krankenpflege. Selbstständige heilkundliche Leistungen durch Pflegefachpersonen zur Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen, die zum Leistungsspektrum von Psychotherapeut*innen gehören, erfordern deshalb vorab eine ärztliche oder psychotherapeutische Diagnostik, Indikationsstellung und Verordnung.

Änderungsvorschlag zu Artikel 3 Nummer 2 (§ 15a SGB V)

Die BPtK fordert, die psychotherapeutische Diagnostik, Indikationsstellung und Verordnung von Leistungen in Artikel 3 Nummer 2 (**§ 15a SGB V**) zu ergänzen:

Artikel 3

2. Nach § 15 wird der folgende § 15a eingefügt:

„§ 15a Behandlung durch Pflegefachpersonen, Pflegeprozessverantwortung

*(1) Pflegefachpersonen, die über die erforderlichen fachlichen Kompetenzen aufgrund einer nach dem Pflegeberufegesetz vorgeschriebenen beruflichen oder hochschulischen Ausbildung, aufgrund einer staatlich anerkannten, bundesweit einheitlichen Weiterbildung oder aufgrund einer solchen Weiterbildung entsprechenden Berufserfahrung, die durch eine staatliche Kompetenzfeststellung der Länder nachgewiesen wurde, verfügen, können insbesondere die folgenden Leistungen der ärztlichen **oder psychotherapeutischen** Behandlung im Rahmen der Leistungserbringung nach diesem Buch unter den folgenden Voraussetzungen eigenverantwortlich erbringen:*

- 1. nach ärztlicher **oder psychotherapeutischer** Diagnose und Indikationsstellung die in dem nach § 73d Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und § 112a Absatz 1 vereinbarten Katalogen genannten Leistungen,*
- 2. nach einer erstmaligen ärztlichen **oder psychotherapeutischen** Verordnung die Verordnung der in dem nach § 73d Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 vereinbarten*

*Katalog genannten Leistungen der häuslichen Krankenpflege, einschließlich der Verordnung der für diese Leistungen benötigten Hilfsmittel nach § 33, und 3. bis zum Abschluss des Vertrags nach § 73d Absatz 1 Satz 1 die in Anlage 1 des nach § 64d Absatz 1 Satz 4 geschlossenen Rahmenvertrags genannten Leistungen der ärztlichen **oder psychotherapeutischen** Behandlung.*

(...)"

2.4 Stellungnahmerecht der BPtK (§ 73d SGB V)

Die selbstständige Erbringung von Leistungen in der vertragsärztlichen Versorgung durch Pflegefachberufe sowie die Verordnung häuslicher Krankenpflege werden auch die Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen – insbesondere chronischen Erkrankungen, die mit einem erhöhten Unterstützungsbedarf im Alltag einhergehen – betreffen. Psychotherapeut*innen spielen eine maßgebliche Rolle in der ambulanten und stationären Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen. In der ambulanten Versorgung sind sie den Vertragsärzt*innen gleichgestellt und verfügen über umfangreiche Befugnisse, einschließlich der Verordnung häuslicher psychiatrischer Krankenpflege.

Die Übertragung selbstständiger heilkundlicher Tätigkeiten auf Pflegefachpersonen in der vertragsärztlichen Versorgung betrifft daher auch die Berufsgruppe der Psychotherapeut*innen. Der BPtK ist deshalb – neben der Bundesärztekammer und den maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe – Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben, sofern es beim Abschluss von Modellvorhaben sowie von Rahmenverträgen zur Übernahme selbstständiger heilkundlicher Tätigkeiten in der vertragsärztlichen Versorgung um Leistungen geht, die auch von Psychotherapeut*innen erbracht werden. Entsprechend sollte die BPtK auch bei der Festlegung der erforderlichen Kompetenzen von Pflegefachpersonen zur Erbringung heilkundlicher Leistungen im Bereich Psychotherapie beteiligt werden. Zudem sollte die Erbringung heilkundlicher Leistungen im Bereich Psychotherapie durch Pflegefachpersonen bei der Evaluation durch das Bundesministerium für Gesundheit berücksichtigt werden.

Änderungsvorschlag zu Artikel 3 Nummer 16 (§ 73d SGB V)

Die BPtK schlägt eine Änderung in Artikel 3 Nummer 16 (**§ 73d SGB V**) vor, sodass die BPtK als stellungnahmeberechtigte Organisation aufgeführt wird, sofern psychotherapeutische Leistungen betroffen sind:

Artikel 3

16. Nach § 73c wird der folgende § 73d eingefügt:

„§ 73d Eigenverantwortliche Erbringung von Leistungen durch Pflegefachpersonen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung; eigenverantwortliche Verordnung häuslicher Krankenpflege durch Pflegefachpersonen, Evaluation

(1) Die Kassenärztliche Bundesvereinigung, der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die für die Wahrnehmung der Interessen von Pflegediensten maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene und die Vereinigungen der Träger von Pflegeheimen im Sinne des § 71 Absatz 2 des Elften Buches vereinbaren bis zum 31. Juli 2027 in einem Vertrag

*1. einen Katalog an Leistungen der ärztlichen **und psychotherapeutischen** Behandlung, die Pflegefachpersonen nach § 15a Absatz 1 Nummer 1 eigenverantwortlich erbringen können,*

2. einen Katalog an Leistungen im Rahmen der häuslichen Krankenpflege nach § 37, einschließlich der für diese Leistungen benötigten Hilfsmittel nach § 33, die Pflegefachpersonen nach § 15a Absatz 1 Nummer 2 eigenverantwortlich verordnen können, sowie das Nähere zum Verfahren und zu der Ausgestaltung der Verordnungen,

*3. Rahmenvorgaben zur interprofessionellen Zusammenarbeit zwischen Pflegefachpersonen und Ärzten **oder Psychotherapeuten** bei der Erbringung der nach den Nummern 1 und 2 vereinbarten Leistungen.*

*Bis zum 31. Dezember 2026 haben die in Satz 1 genannten Vertragspartner zu prüfen, ob Anpassungen des nach § 64d Absatz 1 Satz 4 geschlossenen Rahmenvertrags erforderlich sind, damit die in Anlage 1 des Rahmenvertrags genannten Leistungen der ärztlichen **und psychotherapeutischen** Behandlung durch Pflegefachpersonen auch in der Regelversorgung erbracht werden können.*

(2) Die in Absatz 1 genannten Vertragspartner haben unter Beachtung der Vorgaben von § 15a Absatz 1 in dem Vertrag auch festzulegen, auf der Grundlage welcher Kompetenzen Pflegefachpersonen die nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und 2 vereinbarten Leistungen und Hilfsmittel jeweils eigenverantwortlich erbringen oder verordnen können. Pflegefachpersonen können die nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und 2 vereinbarten Leistungen und Hilfsmittel bei an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringern und bei Leistungserbringern nach § 132a Absatz 4 erbringen oder verordnen, mit de-

nen Verträge nach § 132a Absatz 4 Satz 1 abgeschlossen werden. Den maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene im Sinne des § 118a Absatz 1 Satz 1 des Elften Buches und der Bundesärztekammer und der Deutschen Krankenhausgesellschaft ist vor Abschluss des Vertrags Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; sie haben das Recht, an den Sitzungen der in Absatz 1 Satz 1 genannten Vertragspartner teilzunehmen. **Der Bundespsychotherapeutenkammer ist vor Abschluss des Rahmenvertrags Gelegenheit zur Stellungnahme sowie die Möglichkeit zur Teilnahme an Sitzungen der in Absatz 1 Satz 1 genannten Vertragspartner zu geben, sofern Leistungen der psychotherapeutischen Behandlung betroffen sind.** Die Stellungnahmen sind beim Entscheidungsprozess der in Absatz 1 genannten Vertragspartner zu berücksichtigen. Wissenschaftliche Expertisen, die nach § 8 Absatz 3c Satz 1 des Elften Buches gefördert wurden, sollen hinsichtlich der Kompetenzanforderungen und dazugehörigen Aufgaben bei der Vereinbarung der Leistungen nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und 2 berücksichtigt werden.

(...)

(5) Das Bundesministerium für Gesundheit evaluiert unter Beteiligung des Bundesministeriums für Bildung, Familie, Senioren, Frauen und Jugend die Entwicklung und Umsetzung der eigenverantwortlichen Erbringung von Leistungen der ärztlichen **oder psychotherapeutischen** Behandlung durch Pflegefachpersonen in der Versorgung, auch in Krankenhäusern und in Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen sowie in Pflegeeinrichtungen, soweit die eigenverantwortliche Erbringung dieser Leistungen nicht bereits Gegenstand der Evaluation nach Absatz 4 oder nach § 112a Absatz 4 war. Die Ergebnisse der Evaluation nach Absatz 4 und § 112a Absatz 4 sind zu berücksichtigen. Nach Abschluss der Evaluation nach Satz 1 prüft das Bundesministerium für Gesundheit unter Beteiligung des Bundesministeriums für Bildung, Familie, Senioren, Frauen und Jugend sowie der maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene im Sinne des § 118a Absatz 1 Satz 1 des Elften Buches, ob und inwieweit die Erbringung von Leistungen der ärztlichen **oder psychotherapeutischen** Behandlung durch Pflegefachpersonen in der Versorgung umgesetzt wurden und ob die bestehenden leistungsrechtlichen Regelungen zur eigenverantwortlichen Erbringung von Leistungen der ärztlichen **oder psychotherapeutischen** Behandlung durch Pflegefachpersonen angepasst werden müssten oder erweitert werden können. Bei der Prüfung sind wissenschaftli-

che Expertisen, die nach § 8 Absatz 3c Satz 1 des Elften Buches gefördert wurden, zu berücksichtigen. Das Bundesministerium für Gesundheit berichtet den gesetzgebenden Körperschaften des Bundes unter Beteiligung des Bundesministeriums für Bildung, Familie, Senioren, Frauen und Jugend ein Jahr nach Vorlage der Berichte nach Absatz 4 und § 112a Absatz 4 über das Ergebnis dieser Prüfung.“

2.5 Bescheinigung der Pflegebedürftigkeit auch durch Psychotherapeut*innen (§ 2 Absatz 2 Pflegezeitgesetz)

In § 2 Absatz 2 Pflegezeitgesetz soll es Pflegefachpersonen zukünftig auch ermöglicht werden, eine Bescheinigung der Pflegebedürftigkeit eines Angehörigen als Grund für eine kurzzeitige Arbeitsverhinderung auszustellen.

Eine Pflegebedürftigkeit kann gemäß § 14 SGB XI auch aufgrund von psychischen Erkrankungen, wie etwa einer Depression, eintreten. In diesem Fall sollte die Bescheinigung der Pflegebedürftigkeit auch durch Psychotherapeut*innen ausgestellt werden können. Psychotherapeut*innen sind Fachleute für die Diagnostik und Behandlung von psychischen Erkrankungen und können die Auswirkungen psychischer Erkrankungen auf die pflegerelevanten Bereiche, wie zum Beispiel Selbstversorgung, kognitive und kommunikative Fähigkeiten oder den Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen beurteilen.

Änderungsvorschlag zu Artikel 4 (§ 2 Absatz 2 Pflegezeitgesetz)

Die BPtK fordert eine Ergänzung in § 2 Absatz 2 Pflegezeitgesetz, sodass Psychotherapeut*innen ebenfalls die Ausstellung einer Bescheinigung der Pflegebedürftigkeit ermöglicht wird:

Artikel 4

*In § 2 Absatz 2 Satz 2 wird nach der Angabe „ärztliche Bescheinigung“ die Angabe „**psychotherapeutische Bescheinigung**“ oder eine Bescheinigung einer Pflegefachperson“ eingefügt.*

3 Zu den Regelungsvorschlägen im Hinblick auf die elektronische Patientenakte

3.1 Zeitpunkt des Inkrafttretens der Ausnahmeregelungen zur Befüllungspflicht der ePA (Artikel 14 des Gesetzentwurfs)

Der Gesetzentwurf enthält eine Ausnahmeklausel zur Befüllungspflicht der ePA für Leistungserbringende (Änderung in §§ 347 ff. SGB V). Die BPtK unterstützt diese Ausnahmeregelung vollumfänglich. Denn es ist fundamental wichtig, dass die ePA nicht mit sensiblen Daten befüllt wird, wenn dem erhebliche therapeutische Gründe oder Rechte Dritter entgegenstehen oder wenn gewichtige Anhaltspunkte für die Gefährdung des Wohles eines Kindes oder einer Jugendlichen* unter 15 Jahren vorliegen. Die BPtK spricht sich daher ausdrücklich für diese Regelung aus.

Es wird empfohlen, die Ausnahmeregelungen zur Befüllungspflicht für Leistungserbringende, Krankenhäuser und weitere Zugriffsberechtigte rückwirkend zum 1. Oktober 2025 in Kraft treten zu lassen. Ab diesem Zeitpunkt sind die genannten Akteur*innen zur Übermittlung und Speicherung von Daten verpflichtet.

Bislang fehlt es an einer entsprechenden gesetzlichen Ausnahmeregelung. Zwar existiert eine Richtlinie seitens der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), die in enger Abstimmung mit dem Bundesgesundheitsministerium entwickelt wurde und eine ähnliche Ausnahmeregelung vorsieht. Jedoch führt die derzeitige parallele Geltung der generellen Befüllungspflicht des SGB V und der Richtlinie der KBV zu Rechtsunsicherheiten. Eine zeitnahe Regelung ist erforderlich, um Rechtssicherheit herzustellen und eine ordnungsgemäße Umsetzung zu gewährleisten.

3.2 Datenschutz für Kinder und Jugendliche bei elektronischer Patientenakte sicherstellen (§ 350 SGB V)

Die BPtK begrüßt die im Gesetzentwurf getroffenen Ausnahmeregelungen zur Befüllungspflicht der elektronischen Patientenakte für Leistungserbringende, Krankenhäuser und weitere Zugriffsberechtigte, wenn erhebliche therapeutische Gründe, Rechte Dritter oder gewichtige Anhaltspunkte für die Gefährdung des Kindeswohls vorliegen und die Befüllung den Schutz des Kindes infrage stellen würde (Änderung in §§ 347 ff. SGB V).

Um jedoch den hinter diesen Regelungen stehenden Schutzzweck vollumfänglich zu gewährleisten, bedarf es aus Sicht der BPtK einer weiteren Regelung: So sollen die Abrechnungsdaten erst dann in die ePA von Kindern und Jugendlichen eingestellt werden, wenn

diese selbst über ein entsprechendes ePA-Frontend verfügen und damit selbst über die Weitergabe beziehungsweise das Teilen ihrer sensiblen Daten verfügen können.

Derzeit können Versicherte ab einem Alter von 15 Jahren ihre Versicherten- und Widerspruchsrechte für die ePA ausüben (gemäß § 341 Absatz 1 Satz 4 SGB V). Daraus folgt, dass Sorgeberechtigte Einsicht in Gesundheitsdaten einschließlich der Abrechnungsdaten nehmen können, die in der ePA ihrer Kinder unter 15 Jahren enthalten sind.

Dass Sorgeberechtigte über den Gesundheitszustand ihres Kindes informiert sind und damit auch Einsicht in die ePA haben, ist in der Regel sinnvoll – verstößt aber, bei einsichts- und einwilligungsfähigen Jugendlichen gegen deren Recht auf informationelle Selbstbestimmung. Einzelne Abrechnungsdaten lassen unmittelbare Rückschlüsse auf die Inanspruchnahme und Art einer psychotherapeutischen Behandlung zu. Beispielsweise könnte eine (einsichts- und einwilligungsfähige) 14-Jährige – ohne Wissen der Eltern – psychotherapeutische Leistungen beispielsweise aufgrund von Essattacken oder Panikattacken in Anspruch nehmen. Dieses informationelle Selbstbestimmungsrecht von einsichts- und einwilligungsfähigen Jugendlichen in Bezug auf ihre Gesundheit ist berechtigt. Allerdings geben Abrechnungsdaten in der ePA den Eltern über diesen Sachverhalt entgegen dem Wunsch der Jugendlichen Aufschluss über die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen. Das kann die Gefahr familiärer Konflikte steigern. Die Information kann im Widerspruch zur Schweigepflicht der Leistungserbringenden den Sorgeberechtigten gegenüberstehen und stellt dann einen Verstoß gegen das grundgesetzlich geschützte Recht auf informationelle Selbstbestimmung der einsichts- und einwilligungsfähigen Patient*in dar. Für einwilligungsfähige Kinder muss der Schutzraum Psychotherapie erhalten bleiben. Wenn Kinder befürchten, dass ihre sensiblen Daten, die sie mit ihren Eltern nicht teilen wollen, doch an die Eltern gelangen, sehen sie womöglich davon ab, sich Hilfe zu suchen oder für die Behandlung wichtige Informationen mitzuteilen.

Es kann in Fällen von nicht einsichts- und einwilligungsfähigen Kindern und Jugendlichen, in denen Sorgeberechtigte fraglicherweise selbst an einer Kindeswohlgefährdung beteiligt sind, nicht ausgeschlossen werden, dass die automatisch in die ePA eingestellten Abrechnungsdaten Sorgeberechtigten wesentliche Informationen liefern, die dazu führen können, dass sich die Situation von Kindern und Jugendlichen verschlimmert. Die Abrechnungsdaten können beispielsweise Informationen zur Beteiligung des medizinisch/psychotherapeutischen Hilfesystems an Fallkonferenzen zur Gefährdungseinschätzung mit dem Jugendamt preisgeben, die zum Schutz des Kindes nicht mit den Sorgeberechtigten geteilt wurden. Dies würde die durch die Ausnahmeregelungen vorgesehene Schutzwirkung bei der Befüllungspflicht der ePA für Leistungserbringer*innen faktisch aushebeln.

Das Vertrauen des Kindes beziehungsweise der Jugendlichen* in das Hilfesystem kann dadurch fundamental erschüttert werden.

Sensible Informationen sind über die ePA – die man zu Hause leicht auslesen kann – zudem wesentlich leichter zugänglich als bisher in der analogen Welt. Bisher ist dafür ein Praxis- oder Klinikbesuch eines Sorgeberechtigten oder die spezifische Abfrage der Daten bei der Krankenkasse erforderlich. Hinzu kommt, dass der Zugang zu den Daten dadurch nicht mehr wie bislang durch die Psychotherapeut*in oder Ärzt*in erläutert und eingeordnet werden kann. Das kann Missverständnisse und in kritischen Fällen Eskalationen begünstigen.

Nur durch die Einführung einer Altersgrenze, die sich an dem Alter orientiert, ab dem Patient*innen eigenständig ihre Versicherungs- und Widerspruchsrechte ausüben können, kann das besondere Schutzbedürfnis der Kinder und Jugendlichen gewährleistet werden.

Aus Sicht der BPtK muss daher sichergestellt werden, dass die Abrechnungsdaten erst dann in die ePA von Kindern und Jugendlichen eingestellt werden, wenn diese selbst über ein entsprechendes ePA-Frontend verfügen und damit selbst über die Weitergabe beziehungsweise das Teilen ihrer sensiblen Daten verfügen können.

Änderungsvorschlag zu § 350 SGB V

Die BPtK schlägt eine Änderung in **§ 350 SGB V** vor, nach der die Abrechnungsdaten durch die Krankenkassen dann in die ePA übermittelt werden, wenn das 15. Lebensjahr erreicht wird:

„§ 350 Übertragung von bei der Krankenkasse gespeicherten Daten in die elektronische Patientenakte

*(1) Hat der Versicherte nach vorheriger Information gemäß § 343 der Übermittlung und Speicherung seiner Daten nach § 341 Absatz 2 Nummer 8 gegenüber der Krankenkasse nicht widersprochen, hat die Krankenkasse Daten über die bei ihr in Anspruch genommenen Leistungen über den Anbieter der elektronischen Patientenakte in die elektronische Patientenakte zu übermitteln und zu speichern. Die Versicherten können der Übermittlung und Speicherung von Daten in der Folge jederzeit widersprechen. Der Widerspruch kann gegenüber der Krankenkasse oder über eine Benutzeroberfläche eines geeigneten Endgeräts erklärt werden. **Eine Übermittlung und Speicherung von Daten nach Satz 1 durch die Krankenkasse erfolgt nicht vor Vollendung des 15. Lebensjahres.***

(2) (...)“

3.3 Zugriff auf Abrechnungsdaten nur mit aktiver Zustimmung von Patient*innen (§ 342 SGB V)

Nur wenn Versicherte transparent, wirksam und jederzeit Kontrolle über die Verarbeitung ihrer Gesundheitsdaten behalten, kann Vertrauen in die digitale Infrastruktur des Gesundheitswesens entstehen. Dieses Vertrauen ist entscheidend, um die Akzeptanz der ePA zu erhöhen und ihr Potenzial als Instrument zur Verbesserung der Versorgung tatsächlich zu entfalten. Um die Patientensouveränität und informationelle Selbstbestimmung zu wahren, braucht es daher umfassende Rechte der Versicherten in Bezug auf die Verarbeitung ihrer Daten.

Die BPtK empfiehlt, dass dazu die von den Krankenkassen eingestellten Abrechnungsdaten standardmäßig verborgen in die ePA eingestellt werden. Dies ermöglicht Versicherten, eine informierte Entscheidung darüber zu treffen, welche Leistungserbringende* Zugriff auf sensible und persönliche Gesundheitsinformationen in der ePA erhält. Um Leistungserbringer*innen den Zugriff auf in der ePA vorliegende Daten zu gewähren, die verborgen in die ePA eingestellt wurden oder deren Verarbeitung nachträglich von den Versicherten beschränkt wurde, müssen Versicherte einmalig die aktive Entscheidung treffen, die Beschränkung der Datenverarbeitung aufzuheben.

Durch das Verbergen von Daten bleiben diese für die Versicherten in der ePA sichtbar und können jederzeit für Leistungserbringer*innen zur Verfügung gestellt werden. Dadurch wird die informationelle Selbstbestimmung der Versicherten gestärkt.

Änderungsvorschlag zu § 342 Absatz 2 Nummer 1 SGB V

Die BPtK schlägt die Einfügung eines neuen Buchstaben g in **§ 342 Absatz 2 Nummer 1 SGB V** vor, durch den technisch sichergestellt werden soll, dass standardmäßig Versicherte auf Daten der Krankenkassen in ihrer ePA Zugriff haben und den Leistungserbringer*innen der Zugriff erteilt werden kann:

„§ 342 Angebot und Nutzung der elektronischen Patientenakte

(...)

(2) Die elektronische Patientenakte muss technisch insbesondere gewährleisten, dass

1. mit der Bereitstellung nach Maßgabe des Absatzes 1 Satz 1 oder Satz 2

(...)

g) durch eine entsprechende technische Voreinstellung auf die Daten nach § 341 Absatz 2 Nr. 8 standardmäßig nur die Versicherten selbst Zugriff haben und Zugriffberechtigten nach § 352 Zugriff erteilen können;“

Daneben wird eine Ergänzung in **§ 339 SGB V** sowie die Ergänzung eines **neuen § 353a SGB V** notwendig, um zu regeln, dass der Zugriff von Leistungserbringer*innen von der Einwilligung der Versicherten abhängt:

„§ 339 Voraussetzungen für den Zugriff von Leistungserbringern und anderen zugriffsberechtigten Personen

*(1) Zugriffsberechtigte nach § 352 Satz 1 Nummer 1 bis 15 und 19, auch in Verbindung mit Satz 2, dürfen für Zwecke der Gesundheitsvorsorge oder der Arbeitsmedizin, für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit des Beschäftigten, für die medizinische Diagnostik, die Versorgung oder Behandlung im Gesundheits- oder Sozialbereich oder für die Verwaltung von Systemen und Diensten im Gesundheits- oder Sozialbereich nach Maßgabe der §§ 352 und 359 im zeitlichen Zusammenhang mit der Behandlung auf personenbezogene Daten, insbesondere auf Gesundheitsdaten der Versicherten in einer Anwendung nach § 334 Absatz 1 Satz 2 Nummer 1, 4, 5 und 7 zugreifen, soweit die Versicherten dem nicht widersprochen haben; dies gilt nicht für Daten in Anwendungen nach § 334 Absatz 1 Satz 2 Nummer 4 und 5, soweit diese auf der elektronischen Gesundheitskarte gespeichert sind. Der Zugriff auf Daten des Versicherten in einer Anwendung nach § 334 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 bis 5 und auf Daten nach § 341 Absatz 2 Nummer 7 Buchstabe a und b und Nummer 16 ist nach Maßgabe der §§ 356, 357 und 359 zulässig; dies gilt für Daten in Anwendungen nach § 334 Absatz 1 Satz 2 Nummer 4 und 5 nur, soweit diese auf der elektronischen Gesundheitskarte gespeichert sind. **Der Zugriff auf Daten des Versicherten nach § 334 Absatz 1 Satz 2 Nummer 1 darf, soweit es sich um Daten nach § 341 Absatz 2 Nummer 8 handelt, nur nach Einwilligung des Versicherten erfolgen.** Der Nachweis des zeitlichen Zusammenhangs mit der Behandlung erfolgt mittels der elektronischen Gesundheitskarte oder der digitalen Identität der Versicherten nach § 291 Absatz 8 Satz 1.*

(...)

(neu) § 353a Zugriff auf bei den Krankenkassen gespeicherte Daten über die in Anspruch genommenen Leistungen des Versicherten

Der Zugriff auf bei den Krankenkassen gespeicherte Daten über die in Anspruch genommenen Leistungen des Versicherten nach § 341 Absatz 2 Nummer 8 ist für zugriffsberechtigte Personen nach § 352 nur mit Einwilligung des Versicherten zulässig.“

In diesem Zusammenhang wird zudem eine Anpassung des **§ 343 SGB V** (Informationspflichten der Krankenkassen) als notwendig erachtet.

3.4 Differenziertes Berechtigungsmanagement (§ 342 SGB V)

Um eine hohe Akzeptanz der ePA bei Patient*innen zu gewährleisten und damit die Voraussetzung dafür zu schaffen, dass die ePA zu einer relevanten Verbesserung der Versorgung beitragen kann, muss die Patientensouveränität bei der Nutzung der ePA im Vordergrund stehen und die informationelle Selbstbestimmung gewahrt werden. Dazu gehört insbesondere, dass alle Patient*innen die Möglichkeit haben, bestimmte in der ePA gespeicherte Informationen beziehungsweise Dokumente gezielt mit von ihnen ausgewählten Leistungserbringer*innen zu teilen beziehungsweise deren Zugriff einzuschränken. Dafür braucht es ein differenziertes Berechtigungsmanagement auf Einzeldokumentenebene.

Versicherte müssen die Möglichkeit haben, Zugriffsberechtigungen individuell für jede Leistungserbringer*in jeweils auf Dokumentenebene zu erteilen. Wenn die Freigabe nur als Ganzes erteilt werden kann, werden gegebenenfalls nicht nur die für die jeweilige Leistungserbringer*in relevanten medizinischen Daten geteilt, sondern auch nicht einschlägige, für die Versicherte jedoch besonders sensible Daten, zum Beispiel über eine psychische Erkrankung.

Änderungsvorschlag zu § 342 Absatz 2 SGB V sowie § 353 SGB V

Die BPtK fordert die Einführung eines differenzierten Berechtigungsmanagements durch entsprechende Ergänzungen in **§ 342 Absatz 2 SGB V** und **§ 353 SGB V**.

„§ 342 Angebot und Nutzung der elektronischen Patientenakte

(...)

(2) Die elektronische Patientenakte muss technisch insbesondere gewährleisten, dass

(...)

1. mit der Bereitstellung nach Maßgabe des Absatzes 1 Satz 1 oder Satz 2

(...)

*c) die Versicherten über die Benutzeroberfläche eines geeigneten Endgeräts eine Einwilligung gegenüber **einzelnen** Zugriffsberechtigten nach § 352 in den Zugriff sowohl auf spezifische Dokumente und Datensätze als auch auf Gruppen von Dokumenten und Datensätzen der elektronischen Patientenakte barrierefrei erteilen können;*

(...)

*h) die Versicherten über die Benutzeroberfläche eines geeigneten Endgeräts gegenüber **einzelnen** Zugriffsberechtigten nach § 352 Satz 1 Nummer 1 bis 15*

*und 19, auch in Verbindung mit Satz 2, dem Zugriff auf Daten der elektronischen Patientenakte barrierefrei widersprechen können; der Widerspruch muss sowohl auf alle Daten der elektronischen Patientenakte insgesamt als auch lediglich **auf spezifische Dokumente sowie** auf Datensätze und Informationsobjekte, die gesamthaft und zusammenhängend gemäß den Absätzen 2a, 2b oder 2c in der elektronischen Patientenakte verarbeitet werden (Anwendungsfälle der elektronischen Patientenakte), beschränkt werden können;*

§ 353 Erklärung des Widerspruchs; Erteilung der Einwilligung

(...)

*(2) Versicherte können dem Zugriff auf Daten der elektronischen Patientenakte insgesamt **sowie auf spezifische Daten** durch einzelne Zugriffsberechtigte nach § 352 Satz 1 Nummer 1 bis 15 und 19, auch in Verbindung mit Satz 2, widersprechen. (...)“*

Deutscher Bundestag

Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache

21(14)22(9)

gel. VB zur öffent. Anh. am

08.10.2025 - Pflege

06.10.2025

DEUTSCHE
KRANKENHAUS
GESELLSCHAFT



Stellungnahme

zum Gesetzentwurf

der Bundesregierung

für ein

**Gesetz zur Befugnisenerweiterung und
Entbürokratisierung in der Pflege**



Dem Ausschuss ist das vorliegende Dokument
in nicht barrierefreier Form zugeleitet worden.

Diskutieren, entscheiden, handeln.

Zusammenfassung

Das Gesetz zur Befugnisserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege (ehem. Pflegekompetenzgesetz) hat zum Ziel, die Pflegefachpersonen in ihren vielfältigen Kompetenzen zu stärken, um ihre Eigenständigkeit in der interprofessionellen Zusammenarbeit in der Gesundheitsversorgung zu fördern. Außerdem werden Maßnahmen zum Bürokratieabbau im Geltungsbereich des SGB XI gesetzlich verankert.

Die Krankenhäuser begrüßen den Gesetzentwurf der Bundesregierung und die schnelle Umsetzung des Vorhabens nach der entsprechenden Ankündigung im Koalitionsvertrag. Das Gesetz wertet die pflegerische Berufsausübung durch die Möglichkeit der eigenverantwortlichen Heilkundeausübung von Pflegefachpersonen im vertragsärztlichen Bereich sowie im Krankenhaus auf. Darüber hinaus werden in dem Gesetzentwurf verschiedene Aspekte im Leistungsrecht des SGB XI adressiert, die u. a. eine Umsetzung und Erweiterung der Pflegepersonalbemessung in Pflegeeinrichtungen, Regelungen zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und Anreize für innovative quartiersnahe Wohnformen sowie verschiedene Regelungen und Maßnahmen zur Entlastung und Rückgewinnung von Pflegefachpersonen definieren. Zudem werden verschiedene Maßnahmen zum Bürokratieabbau in der Pflege im Wirkungsbereich des SGB XI vorgesehen. Für den Krankenhausbereich sind hingegen keine Maßnahmen zum Bürokratieabbau enthalten, obwohl diese auch hier zwingend erforderlich sind. Pflegefachpersonen sind aufgrund überbordender Dokumentationsverpflichtungen durchschnittlich drei Stunden pro Tag mit patientenfernen, administrativen Tätigkeiten gebunden. Die Reduktion von nur einer Stunde dieser Dokumentationszeit hat das Potenzial, 47.000 Pflegefachpersonen in Vollzeit für die direkte Patientenversorgung freizusetzen. Insbesondere vor dem Hintergrund des Fachkräftemangels und der demographischen Entwicklung in Deutschland sind Maßnahmen zur Bürokratieentlastung unbedingt für alle Versorgungsbereiche umzusetzen.

Zur Erweiterung der Befugnisse von Pflegefachpersonen ist in der stationären Krankenhausversorgung insbesondere der § 112a SGB V relevant. Dieser sieht einen Katalog an Leistungen der ärztlichen Behandlung vor, welche zukünftig durch Pflegefachpersonen erbracht werden können. Da dieser Katalog auf den Vereinbarungen des vertragsärztlichen Bereiches gemäß § 73d SGB V basiert, ist es zwingend erforderlich, dass die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) im Regelungsbereich des § 73d SGB V als Vertragspartei mit aufgenommen wird. Die DKG begrüßt, dass sie nun im Gesetzentwurf neben der Bundesärztekammer und den maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe ein Stellungnahmerecht sowie das Recht zur Teilnahme an den Sitzungen erhält, jedoch ist dies nicht ausreichend. Die DKG sollte den Katalog als Vertragspartei mitentwickeln dürfen. Nichtsdestotrotz begrüßen die Krankenhäuser, dass die Umsetzung im SGB V klare Regelungen für die Leistungserbringung von Pflegefachpersonen auf gesetzlicher Grundlage definieren und damit Klarheit für eine prozessuale Umsetzung der Ausübung von Pflegekompetenzen bzw. der Befugnisserweiterung bringen.

Grundlegende Bewertung

Der vorliegende Regierungsentwurf des Gesetzes zur Befugnisserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege hat das Ziel, die Aufgabengebiete von beruflich und hochschulisch ausgebildeten Pflegefachpersonen zu erweitern und um eigenverantwortliche heilkundliche Tätigkeiten zu ergänzen. Die Kompetenzen der Fachkräfte sind eine essenzielle Voraussetzung für die qualitativ hochwertige medizinische und pflegerische Versorgung der deutschen Krankenhäuser. Eine Stärkung der Befugnisse sowohl in der stationären Krankenhausversorgung als auch im vertragsärztlichen bzw. ambulanten Bereich wird von den Krankenhäusern ausdrücklich begrüßt. Wie der DKG-Fachkräftemonitor aufzeigt, gilt die Berufsgruppe der Pflege mit 41 Prozent als größte Berufsgruppe in den deutschen Krankenhäusern. Rund 528.000 Pflegefachpersonen versorgen 17 Millionen Patientinnen und Patienten jährlich¹. Auch in der ambulanten Pflege sind 442.900 Personen beschäftigt, in stationären Pflegeeinrichtungen sind es 814.000². Der demographische Wandel stellt die Berufsgruppe hinsichtlich der Fachkräftesicherung und Gesundheitsversorgung der Bevölkerung vor große Herausforderungen. Zum einen resultieren daraus eine steigende Anzahl an Krankenhausfällen und eine prognostizierte Zunahme der Pflegebedürftigen von aktuell fünf Millionen Menschen auf 6,8 Millionen Menschen im Jahr 2055. Zum anderen sinkt durch die Renteneintritte der geburtsstarken Jahrgänge in Folge des demographischen Wandels das Arbeitskraftpotenzial in der Pflegeberufsgruppe. Schon jetzt haben laut dem DKG-Fachkräftemonitor 72 Prozent der Krankenhäuser Probleme in der Stellenbesetzung von Pflegefachpersonen.

Vor dem Hintergrund der genannten Zahlen ist die Fachkräftesicherung in Bezug auf die Berufsgruppe der Pflege und zur Aufrechterhaltung einer flächendeckenden Gesundheitsversorgung der Bevölkerung ein zentrales Thema. Die Stärkung der Befugnisse und der Verantwortung sowohl in der stationären Krankenhausversorgung als auch im vertragsärztlichen Bereich bietet die Chance der Attraktivitätssteigerung im Pflegeberuf. Diese Aufwertung der pflegerischen Berufsausübung kann dazu führen, mehr Pflegefachpersonen in der Versorgung zu halten. Neben diversen anderen Maßnahmen hat sich die DKG in ihrem Positionspapier „Attraktivitätssteigerung der Pflegeberufe“³ für eine Stärkung der beruflichen Kompetenzen und Befugnisse auf Grundlage umfassender klarer gesetzlicher Regelungen ausgesprochen. Durch den ebenfalls vorliegenden Gesetzentwurf zum Pflegefachassistenteneinführungsgesetz und das geplante Vorhaben, ein Gesetz für Pflegefachpersonen mit Masterqualifizierung auf den Weg zu bringen, ergeben sich im Pflegeberuf neue Karrierewege, die eine weitreichende Perspektive für Pflegefachpersonen bieten. Das Gesetz zur Befugnisserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege ist somit als eine zentrale Maßnahme gegen den Fachkräftemangel zu werten und wird von den Krankenhäusern begrüßt. Bei der Umsetzung aller Regelungen ist hervorzuheben, dass eine möglichst bürokratiearme Gestaltung erforderlich ist. Im vorliegenden Gesetzentwurf sind für den Krankenhausbereich keine zusätzlichen Maßnahmen zur

¹ Statista (2024): Fallzahlen in deutschen Krankenhäusern in den Jahren 1998 bis 2023. Online verfügbar unter: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/157058/umfrage/fallzahlen-in-deutschen-krankenhaeusern-seit-1998/> [zuletzt abgerufen am 05.09.2025]

² Destatis (2023): Zahl der Beschäftigten in ambulanten Pflegediensten binnen 20 Jahren mehr als verdoppelt. Online verfügbar unter: https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2023/05/PD23_N029_23.html [zuletzt abgerufen am 05.09.2025]

³ Online verfügbar unter: [DKG | Positionspapier | Attraktivitätssteigerung Pflegeberufe 04-2025_RZ_Web_klein.pdf](#) [zuletzt abgerufen am 05.09.2025]

Entlastung von unnötiger Bürokratie vorgesehen – diese beziehen sich bislang ausschließlich auf das SGB XI. Dabei ist eine spürbare Entbürokratisierung auch in den Krankenhäusern längst überfällig. Sie schafft mehr Zeit für die direkte Patientenversorgung, steigert die Attraktivität der Arbeitsplätze und wirkt damit zugleich dem Fachkräftemangel entgegen.

Die DKG fordert daher nachdrücklich, auch für die Krankenhäuser verbindliche Regelungen zur spürbaren Entbürokratisierung zu verankern, um die Versorgung und Behandlung der Patientinnen und Patienten nachhaltig sicherzustellen. Entsprechende Vorschläge hat die DKG bereits im Positionspapier „*Weniger Bürokratie – Mehr Ressourcen für Patientinnen und Patienten*“⁴ veröffentlicht.

Krankenhäuser stärker an der Ausgestaltung der Rahmenbedingungen zur eigenverantwortlichen Heilkundenausübung beteiligen

Die Krankenhäuser begrüßen den vorgesehenen § 112a SGB V, welcher explizit eine Regelung für die von Pflegefachpersonen eigenverantwortlich zu erbringenden heilkundlichen Leistungen der ärztlichen Behandlung in der Krankenhausversorgung vorsieht. Damit wird der Kritik der Krankenhäuser am Gesetzentwurf der letzten Bundesregierung Rechnung getragen, indem nunmehr eine Regelung für den Krankenhausbereich geschaffen werden soll.

Im § 112a SGB V wird die eigenverantwortliche Erbringung von Leistungen durch Pflegefachpersonen im Rahmen der Krankenhausbehandlung definiert. Die Vertragsparteien nach § 9 KHEntgG sollen bis zum 31.07.2028 einen Katalog an Leistungen der ärztlichen Behandlung vereinbaren, die Pflegefachpersonen eigenverantwortlich in den Krankenhäusern erbringen können. Zusätzlich sollen Rahmenbedingungen der interprofessionellen Zusammenarbeit zwischen Pflegefachpersonen und Ärzten vereinbart werden. Allerdings ist als Vorlage für den Katalog, der für den Krankenhausbereich vereinbart werden soll, der entsprechende Katalog zu den Leistungen und Kompetenzen nach § 73d Abs. 2 SGB V zu übernehmen, sofern keine sachlichen Gründe für eine Abweichung bestehen. Der in § 73d SGB V beschriebene Katalog ist in der vorliegenden Form ausschließlich im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung sowie der häuslichen Krankenpflege zu vereinbaren. Die Krankenhäuser begrüßen, dass der DKG im Rahmen von § 73d Abs. 2 SGB V neben der Bundesärztekammer und den maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe ein Stellungnahmerecht eingeräumt wird und die DKG an den Sitzungen der Vertragspartner teilnehmen darf. Die DKG kann sich somit zwar frühzeitig äußern, jedoch hat der Katalog aus § 73d SGB V maßgebliche Auswirkungen auf den Katalog der Krankenhausbehandlung (§ 112a SGB V), sodass die DKG eine noch stärkere Einbindung mit Handlungsoptionen und Entscheidungsmöglichkeiten fordert. Folglich ist die DKG zwingend als Vertragspartner in § 73d SGB V einzubinden, um bei der Vereinbarung mitzuwirken und die Expertise der Krankenhäuser einzubringen. Damit kann eine möglichst sektorenübergreifende, einheitliche Regelung geschaffen werden und die Vereinbarung für den Krankenhausbereich effizient abgeschlossen werden.

Die vorgesehene Vereinbarung von Rahmenvorgaben zur interprofessionellen Zusammenarbeit zwischen Pflegefachpersonen und Ärztinnen und Ärzten (§ 73d Abs. 1 Nr. 3 SGB V) erscheint im vertragsärztlichen Bereich der Versorgung zweckmäßig, da hier eine neue Form der Zusammenarbeit etabliert wird. Im Krankenhausbereich hingegen ist die Interprofessionalität bereits gelebte Praxis und

⁴ Online verfügbar unter: [04_DKG-Positionspapier_Buerokratieabbau.pdf](#) [zuletzt abgerufen am 05.09.2025]

bedarf keiner verbindlichen Vereinbarung von Rahmenbedingungen auf Selbstverwaltungsebene (§ 112a Abs. 1 Nr. 2 SGB V). Dies sollte grundsätzlich in der Organisationshoheit der Krankenhäuser verbleiben, weshalb eine Regelung zu den Rahmenvorgaben für den Krankenhaussektor, sofern daran festgehalten wird, nur Empfehlungscharakter haben darf.

Kritisch wird von den Krankenhäusern die Evaluation der Vertragspartner in Bezug auf die eigenverantwortliche Leistungserbringung, insbesondere hinsichtlich der Qualität der Versorgung und der Auswirkungen auf das Berufsbild der Pflegefachpersonen gesehen (§ 112a Abs. 4 SGB V). Es ist nicht die originäre Aufgabe der Selbstverwaltung, die Entwicklungen des Berufsbildes der Pflege zu bewerten bzw. zu evaluieren. Zudem übersteigt der Umfang der geplanten Evaluation im Krankenhausbereich deutlich den des vertragsärztlichen Bereiches aus § 73d Abs. 4 SGB V. Die DKG mahnt eine Gleichbehandlung der beiden Evaluationen aus dem vertragsärztlichen Bereich sowie dem Krankenhausbereich an. Die Krankenhäuser weisen außerdem darauf hin, dass sie bereits adäquate und hochaufwendige Qualitätssicherung betreiben. Zusätzliche Evaluationen oder sogar Nachweispflichten haben das Potenzial, weitere bürokratische Hürden zu schaffen, ohne dass ein spürbarer Mehrwert für die Versorgungsqualität resultiert.

Die Krankenhäuser betonen, dass das Gesetz keine Implikationen für eine Bewertung der Leistungen in der Krankenhausversorgung nach sich ziehen darf. Der in Zukunft vorliegende Katalog möglicher Leistungen der heilkundlichen Leistungserbringung von Pflegefachpersonen wird in den Krankenhäusern vor dem Hintergrund unterschiedlicher Teamstrukturen der einzelnen Abteilungen sowie der Begrenzung entsprechend qualifizierter Fachkräfte individuell umgesetzt. Aufgrund der genannten perspektivisch differenten Umsetzung der heilkundlichen Leistungserbringung sind keine Konsequenzen für übergeordnete Vergütungsregelungen abzuleiten. Die jetzige Finanzierungs- und Organisationssystematik im Krankenhaus ist in der Lage, die neuen heilkundlichen Befähigungen der Pflege ohne zusätzliche Ergänzung aufzunehmen.

Maßnahmen zum Bürokratieabbau zwingend auch im Krankenhaussektor gesetzlich verankern

Während im Gesetzentwurf zwar verschiedene Maßnahmen zur Entbürokratisierung in der Pflege angekündigt werden, welche unter anderem Qualitätsprüfungen oder die Pflegedokumentation im Geltungsbereich des SGB XI betreffen, fehlen Maßnahmen im Krankenhausbereich hingegen vollständig. Daher fordern die Krankenhäuser, wie es im Koalitionsvertrag angekündigt wurde, die Verringerung der Dokumentationspflichten und Kontrollen im Rahmen eines Bürokratieentlastungsgesetzes sowie die Etablierung der im Koalitionsvertrag als Ziel benannten Vertrauenskultur.⁵ Diese Ankündigung wurde von den Krankenhäusern in ihrer Stellungnahme zum Koalitionsvertrag ausdrücklich begrüßt, da die Etablierung einer Vertrauenskultur sowie die Stärkung von Eigenständigkeit und Eigenverantwortung die entscheidenden Hebel sind, um eine spürbare Entbürokratisierung zu erreichen. Die aktuell bestehende Misstrauenskultur führt zu einem ineffizienten und teuren Gesundheitssystem.

Angesichts der bereits überbordenden Dokumentationsverpflichtungen, die Pflegefachpersonen bereits täglich durchschnittlich drei Stunden mit patientenfernem Aufwand binden, ist eine Regelung

⁵ CDU, CSU, SPD (2025): Verantwortung für Deutschland – Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD – 21. Legislaturperiode, Z. 3493-3496

für den Krankenhausbereich und eine bürokratiearme Umsetzung des Gesetzes ohne zusätzliche, überzogene, kleinteilige Dokumentations-, Nachweis- und Meldeverpflichtungen von enormer Bedeutung. Maßnahmen zur Entbürokratisierung können erhebliche personelle Kapazitäten freisetzen. Eine Reduktion der Dokumentationszeiten von nur einer Stunde hat das Potenzial, rechnerisch 47.000 Pflegekräfte in Vollzeit freizusetzen.⁶ Dieses Potenzial muss zwingend genutzt werden. Der Fachkräftemangel ist der limitierende Faktor der Versorgung, was in Kombination mit hoher bürokratischer Belastung zu gravierenden Versorgungseinschränkungen, wie beispielsweise das Absagen elektiver Eingriffe, Bettensperrungen und Abteilungsschließungen, führen kann. Zudem steigert eine spürbare Entbürokratisierung die Attraktivität der Berufsbilder und wirkt somit dem Fachkräftemangel entgegen. Die Krankenhäuser betonen, dass die im Koalitionsvertrag angekündigte Überprüfung aller Gesetze, insbesondere im SGB XI, hinsichtlich der Berichts- und Dokumentationsverpflichtungen⁷ zwingend auch für den hochreglementierten Bereich der Krankenhäuser umgesetzt werden müssen. In ihrem 2024 veröffentlichten Positionspapier „*Weniger Bürokratie – Mehr Ressourcen für Patientinnen und Patienten*“ (s. o.) hat die DKG bereits umfassende und konkrete Vorschläge zur Bürokratieentlastung für die Krankenhäuser formuliert, wie beispielsweise das Aussetzen der Pflegepersonaluntergrenzenverordnung (PpUGV) mit der Einführung der Pflegepersonalregelung 2.0 (PPR 2.0). Seitdem die PPR 2.0 zur Pflegepersonalbemessung in den Krankenhäusern dokumentiert wird, erfolgt eine Doppelerfassung für denselben Zielparameter. Außerdem kann die Förderung von effizienten Softwarelösungen beispielhaft als entlastende Maßnahme für die Krankenhäuser und das Personal benannt werden, da anwenderfreundliche und interoperable Systeme erhebliche Zeitersparnisse bedingen können. Die DKG steht mit ihrer weitreichenden Expertise im Bereich der Bürokratieentlastung in den Krankenhäusern zur Verfügung.

Maßnahmen zur Entbürokratisierung sind auch im Krankenhaus mitzudenken – auch um den im Gesetzestitel im Vergleich zum Referentenentwurf neu eingeführten Terminus der Entbürokratisierung in allen Regelungsbereichen der Pflege Rechnung tragen zu können. Es ist die klare Erwartung der Krankenhäuser, spürbare Entbürokratisierungsmaßnahmen auch für die Pflege im Krankenhaus umzusetzen. Ansonsten entfaltet der Titel eine irreführende Wirkung, da dieser eine inhaltliche Ausrichtung vorgibt, die nicht den tatsächlichen Inhalten entspricht.

Eigenverantwortliche Heilkundenausübung im Pflegeberufgesetz schafft mehr Rechtssicherheit

Die Krankenhäuser begrüßen die Einführung des neuen § 4a im Pflegeberufgesetz (PflBG), da dieser Personen mit einer Erlaubnis nach § 1 PflBG zur eigenverantwortlichen Heilkundenausübung befugt. Somit werden auch beruflich ausgebildete Pflegefachpersonen in diesem Gesetz mitgedacht. Damit werden die Leistung und Kompetenzen der dreijährig examinierten Pflegefachpersonen anerkannt und wertgeschätzt, die die Versorgung bisher auf hohem Niveau sicherstellen. Eine ausschließliche Fokussierung auf hochschulisch ausgebildete Pflegefachpersonen könnte zwar möglicherweise einen Anreiz für die Ausweitung der Akademisierung geben, hätte in der aktuellen Versorgungssituation aber

⁶ Deutsches Krankenhausinstitut (DKI) (2024): Aktuelle Bürokratiebelastung in den Krankenhäusern – Blitzumfrage Juli 2024. Online verfügbar unter: [2024-07-31 Blitzumfrage - Aktuelle Bürokratiebelastung - finale Fassung.pdf](#) [zuletzt abgerufen am 05.09.2025]

⁷ CDU, CSU, SPD (2025): Verantwortung für Deutschland – Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD – 21. Legislaturperiode, Z. 3496-3502.

kaum einen spürbaren Effekt, da die Akademisierungsquote laut dem DKG-Fachkräftemonitor aktuell bundesweit bei nur 0,6 Prozent liegt. Die Leistungen, die von beruflich oder hochschulisch ausgebildeten Pflegefachpersonen in der Krankenhausbehandlung heilkundlich erbracht werden dürfen, werden mit § 15a SGB V und § 112a SGB V hinreichend konkretisiert. Die Krankenhäuser bewerten den wichtigen Zugewinn von Rechtssicherheit bezüglich der Befugnisserweiterung positiv. Außerdem erkennen die Krankenhäuser die Verankerung der Pflegeprozessverantwortung im Pflegeberufegesetz (§ 4 PflBG) an und werten diesen Zusatz zu den vorbehaltenen Aufgaben als positive Entwicklung, da damit die vorbehaltenen Aufgaben der Pflegeberufe deutlich von anderen medizinischen Berufen abgegrenzt werden. Die Krankenhäuser begrüßen darüber hinaus, dass die Fachkommission nach § 53 PflBG mit empfehlender Wirkung standardisierte Beschreibungen für die erforderlichen fachlichen und personellen Kompetenzen zur eigenverantwortlichen Ausübung von heilkundlichen Aufgaben im Regelungsbereich der Ausbildungsziele der hochschulischen Pflegeausbildung (§ 37 PflBG) entwickeln soll.

Regelungen für die Weiterbildungen nach DKG-Empfehlung etablieren

Die Krankenhäuser begrüßen die Einführung des neuen § 15a SGB V, welcher festlegt, dass Pflegefachpersonen, die über eine nach dem Pflegeberufegesetz vorgeschriebenen beruflichen oder hochschulischen Ausbildung oder aufgrund einer staatlich anerkannten, bundesweit einheitlichen Weiterbildung bzw. aufgrund einer solchen Weiterbildung entsprechenden Berufserfahrung verfügen, die Leistungen der ärztlichen Behandlung nach ärztlicher Diagnose und Indikationsstellung gemäß der Kataloge aus §§ 73d und 112a SGB V eigenverantwortlich erbringen dürfen. Hierbei ist nicht ganz klar, um welche Weiterbildungen es sich konkret handeln soll. Die Rolle der bewährten pflegerischen Weiterbildungen nach DKG-Empfehlungen bleibt in diesem Kontext offen und ist dringend und explizit mit zu erwähnen und einzubeziehen. Die DKG-Weiterbildungsempfehlungen für elf verschiedene Fachbereiche bestehen bereits seit zum Teil über 50 Jahren und dienen vielfach als „Goldstandard“ im Bereich der Weiterbildungsverordnungen. Zudem wird in verschiedenen Qualitätssicherungs-Richtlinien des G-BA eine fachliche Qualifizierung des Pflegepersonals nach DKG-Empfehlung oder nach einer gleichwertigen landesrechtlichen Regelung gefordert. Aktuell wird in 15 Bundesländern mindestens eine pflegerische Weiterbildung nach DKG-Empfehlung angewendet. Vor diesem Hintergrund ist die pflegerische Weiterbildung nach den DKG-Empfehlungen zwingend mitzudenken, da hier bereits eine bundesweit einheitliche Empfehlung sowie Curricula-Vorgaben bestehen. Die DKG ist zudem aufgrund der dargelegten und weitreichenden Expertise im Bereich der pflegerischen Weiterbildungen unbedingt in die geplante Bund-Länder-Arbeitsgruppe für die Umsetzung bundesweit einheitlicher, staatlich anerkannter Weiterbildungen einzubeziehen.

DKG bei der Entwicklung von Muster-Scope of Practice beteiligen

Die Krankenhäuser begrüßen, dass wissenschaftliche Expertise für eine sektorenübergreifende, systematische und umfassende Beschreibung der Aufgaben von Pflegefachpersonen, einschließlich heilkundlicher Aufgaben (§ 8 Abs. 3c SGB XI), beauftragt wird. Das Ziel ist die Zuordnung von heilkundlichen Tätigkeiten zu dem jeweiligen Kompetenzniveau. Zudem befürworten die Krankenhäuser das Inkludieren der Pflegefachassistenz in dem Scope of Practice, sodass eine ganzheitliche Betrachtung aller Pflegeberufsgruppen gewährleistet wird. Die Krankenhäuser bewerten positiv, dass entsprechende Finanzmittel hierbei zur Verfügung gestellt werden. Allerdings wird die DKG aktuell nicht als zu beteiligende Organisation im Gesetzentwurf berücksichtigt. Für eine

sektorenübergreifende, ganzheitliche Betrachtung ist die Expertise der DKG neben den maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe ebenfalls zu beteiligen.

Als Ausgangspunkt für die Weiterentwicklung der medizinisch-pflegerischen Versorgung ist der Scope of Practice auch auf die psychiatrischen und psychosomatischen Versorgungsstrukturen anzuwenden. Durch ihre multiprofessionelle Ausrichtung und das spezielle Setting entstehen andere Anforderungsbereiche für Pflegenden in der Psychiatrie und Psychosomatik als im somatischen Bereich. Ohne die zunehmend professionsübergreifende Arbeit von Pflegefachpersonen und Pflegefachassistenten ist die Versorgung psychisch erkrankter Menschen nicht aufrechtzuerhalten. Die DKG sieht durch akademisierte Pflegefachpersonen Potenzial zur Verbesserung der Patientenversorgung und Entlastung des Gesundheitssystems.

Präventionsmaßnahmen fördern – Gesundheitskompetenz stärken

Vor dem Gesamtkontext der demographischen Herausforderungen begrüßen die Krankenhäuser, dass die Prävention im Rahmen des SGB XI ausgebaut wird. Eine alternde Gesellschaft sowie der Anstieg an Pflegebedürftigkeit resultiert auch in einer erhöhten Prävalenz im Bereich diverser chronischer Erkrankungen, welche je nach Ausprägung das Risiko für Komplikationen und vermehrter Krankenhauseinweisungen aufweisen können. Daher begrüßen die Krankenhäuser die Ausweitung von Prävention und Beratung von Pflegefachpersonen im vorliegenden Entwurf, wodurch konkrete Präventionsmaßnahmen von Pflegefachpersonen empfohlen werden können.

Außerdem befürworten die Krankenhäuser die Anpassung und Weiterführung der Modellvorhaben im Rahmen von § 65d SGB V bis 2027, da ein wichtiger Beitrag zur Prävention von sexualisierter Gewalt bzw. sexuellem Kindesmissbrauch sowie der Nutzung von Abbildungen und Videos von Genanntem hiermit geleistet wird. Das Diagnostik- und Therapieangebot ist kostenlos und kann unter Wahrung der Anonymität in Anspruch genommen werden. Ein dauerhaftes Angebot dieser präventiven Maßnahme in die Regelfinanzierung ist wünschenswert.

Verpflichtende KVNR für privat Versicherte etablieren

Im Zusammenhang mit Unternehmen der privaten Krankenversicherung (PKV), die ihren Versicherten eine elektronische Patientenakte (ePA) anbieten, erfolgen Änderungen zu dem Sofortnachrichtendienst TI-M in § 362 SGB V. Unabhängig von diesen Änderungen sind unbedingt weitere Änderungen hinsichtlich der Möglichkeit der Unternehmen der PKV vorzunehmen, den unveränderbaren Teil der Krankenversichertennummer nach § 290 Abs. 1 S. 2 SGB V (KVNR) für sämtliche ihrer Versicherten generell einholen zu dürfen.

Die Verwendung der KVNR ist für gesetzlich Versicherte und für gesetzliche Krankenkassen vorgeschrieben. Im Gegensatz dazu darf und muss die PKV die KVNR ausschließlich in gesetzlich geregelten Fällen verarbeiten. Andere Beantragungen und Verarbeitungen sind nur auf der Grundlage von Einwilligungen der jeweiligen Versicherten möglich. Da sich die Einholung der Einwilligung sämtlicher privat Versicherter schleppend gestaltet, was nicht zuletzt in der Komplexität der Materie begründet sein dürfte, liegt bislang nur für wenige privat Versicherte die KVNR vor.

Die Krankenhäuser benötigen diese Nummer jedoch in einzelnen Bereichen zwingend, um ihren gesetzlichen Verpflichtungen nachkommen zu können und keine Vergütungsminderungen hinnehmen zu müssen (§ 35 IRegG i.V.m. § 23a IRegBV). Die aktuell erforderliche Umsetzung der Beantragung der

KVNR für die privat Versicherten verursacht ein nicht nachvollziehbares Maß an Bürokratie, führt zu enormen Arbeitsaufwänden auf allen Seiten sowie anhaltend zu Umsetzungsproblemen in der Praxis und verschärft zudem die Liquiditätsengpässe der Krankenhäuser.

Findet sich ein privat Versicherter Patient ohne KVNR im Krankenhaus ein und wird die KVNR für die gesetzlich vorgeschriebene Meldung eines implantatbezogenen Eingriffes benötigt, erfordert deren ersatzweise Anforderung über das Datenaustauschverfahren nach § 17c Abs. 5 KHG i.V.m. § 301 SGB V mehrere Nachfragen bezüglich der benötigten Geburtsdaten seitens der Krankenhäuser bei den Patientinnen und Patienten, für die die Abfrage nicht nachvollziehbar ist. Das Aufnahme-procedere, welches ohnehin insgesamt eine hohe bürokratische Hürde und damit auch eine Belastung für die Patientinnen und Patienten bedeutet, erweitert sich um diese Abfragen erheblich.

Hinzu kommt der zeitliche Aspekt, dass die KVNR den Krankenhäusern aufgrund des Beantragungsverfahrens unter Einbeziehung der DRV in den meisten Fällen nicht rechtzeitig zurückgemeldet werden kann, um den Abrechnungsdatensatz mit Meldebestätigung zeitnah an die PKV übermitteln zu können. Hier müssen die betreffenden Fälle „offen“ gehalten und überwacht werden, um bei Eingang der KVNR nachträglich an das Implantateregister zu melden und mit der Meldebestätigung den Fall mit erheblichem zeitlichem Verzug abrechnen zu können. Da verschiedene Abteilungen im Krankenhaus involviert sind, kann dies nicht automatisiert erfolgen und bedarf weiterer interner Kommunikation. Aufgrund von Liquiditätsproblemen der Krankenhäuser besteht keinesfalls die Möglichkeit, dass diese – ggf. mehrere Wochen oder gar Monate – abwarten, bis die KVNR vorliegt, um sodann die implantatbezogenen Meldungen vorzunehmen und die daraufhin erhaltene Meldebestätigung dem Abrechnungsdatensatz an die PKV beizufügen.

Eine kleine gesetzliche Regelung, etwa in Form einer Ergänzung von § 362 SGB V oder § 290 SGB V, wonach auch für privat Versicherte die KVNR zur Pflicht wird und zu verwenden ist, könnte dem Abhilfe schaffen.

Die Krankenhäuser bitten nachdrücklich darum, diese unnötigen Hürden in Form einer Anpassung im SGB V in Gänze zu beseitigen. Dürften oder müssten die Unternehmen der PKV die KVNR für alle ihre Versicherten beantragen, würden sämtliche diesbezüglichen Probleme, die mittlerweile seit Jahren bestehen, in Gänze entfallen.

Angemessene Fristen für die Umsetzung des digital gestützten Medikationsprozesses

Die Krankenhäuser bitten, die in § 342 Abs. 2a Nr. 1 vorgeschlagene Terminänderung zur Umsetzung des digital gestützten Medikationsprozesses an die derzeit in Abstimmung befindlichen Umsetzungszeitpläne anzupassen, sobald diese finalisiert sind. In jedem Fall wäre die Befüllung entsprechender Daten auf Grundlage von § 348 Abs. 1 SGB V zum hier vorgesehenen Datum (31.03.2026) für die Leistungserbringer aufgrund der Latenz zwischen der Umsetzung in den Aktensystemen und den darauf aufbauenden Umsetzungen in den Primärsystemen nicht realisierbar.

Bürokratiearme ePA-Befüllung

Die Krankenhäuser begrüßen die geplanten Änderungen in § 348 SGB V, nach denen die Verpflichtung zur Befüllung der ePA in bestimmten Fällen nicht besteht, wenn Anhaltspunkte für eine Kindeswohlgefährdung vorliegen, erhebliche Rechte Dritter der Befüllung entgegenstehen oder erhebliche therapeutische Gründe gegen die Befüllung sprechen, ausdrücklich.

Gemäß § 348 Abs. 3 Satz 7 SGB V in Verbindung mit § 347 Abs. 1 Satz 3 hat die Befüllung der ePA mit Ergebnissen genetischer Untersuchungen und Analysen durch die verantwortliche ärztliche Person zu erfolgen. Während die verantwortliche ärztliche Person gemäß den gesetzlichen Regelungen des Gendiagnostikgesetzes (GenDG) zwar eine genetische Beratung, die Aufklärung über eine genetische Untersuchung, eine diagnostische genetische Untersuchung usw. selbst durchzuführen hat, legt das GenDG dem Arzt nicht die Verpflichtung auf, Dokumente eigenhändig zu speichern, zu übermitteln, zu kopieren, einzuscannen usw.. Das GenDG verpflichtet den Arzt nicht zur Durchführung solcher technischen, administrativen Tätigkeiten, die im Zusammenhang mit der primären Behandlungsdokumentation des Krankenhauses stehen. Die ePA-bezogenen Regelungen in § 348 Abs. 3 Satz 7 SGB V in Verbindung mit § 347 Abs. 1 Satz 3, die den Arzt persönlich zur Befüllung der ePA verpflichten, gehen insofern über die Vorgaben des GenDG hinaus, was für den Arztalltag eine weitere Bürokratisierung und erhebliche Belastung bedeuten würde. Die Krankenhäuser bitten daher um die Streichung der Wörter „nur durch die verantwortliche ärztliche Person“ in § 347 Abs. 1 Satz 3.

Anlage – Übersicht der Änderungsvorschläge der DKG zum Gesetzentwurf der Bundesregierung für ein Gesetz zur Befugniserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege

Nr.	Bezug	Regelungstext/ Inhalt	Anmerkung	Konkreter Änderungsvorschlag
1	§ 73d SGB V	Eigenverantwortliche Erbringung von Leistungen durch Pflegefachpersonen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung; eigenverantwortliche Verordnung häuslicher Krankenpflege durch Pflegefachpersonen	Die Krankenhäuser begrüßen die gesetzliche Regelung von eigenverantwortlicher Leistungserbringung durch Pflegefachpersonen in der vertragsärztlichen Versorgung sowie in der häuslichen Krankenpflege. Nichtsdestotrotz bedarf es bei dieser Regelung Anpassungen. Die Krankenhäuser sind in die Katalogerstellung nach Abs. 1 Nr. 1 und 2 dringend als Vertragspartner einzubinden, da dieser Katalog als Grundlage für den Katalog in der stationären Krankenhausversorgung nach § 112a SGB V gilt. [s. auch Grundlegende Bewertung.]	Abs. 1 wird wie folgt ergänzt: „Die Kassenärztliche Bundesvereinigung, der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die für die Wahrnehmung der Interessen von Pflegediensten maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene, die Vereinigung der Träger von Pflegeheimen im Sinne des § 71 Abs. 2 des Elfen Buches <u>und die Deutsche Krankenhausgesellschaft</u> vereinbaren <u>[alternativ: im Einvernehmen mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft]</u> bis zum 31. Juli 2027 in einem Vertrag [...].“
2	§ 112 Abs. 1 SGB V	Eigenverantwortliche Erbringung von Leistungen durch Pflegefachpersonen im Rahmen der Krankenhausbehandlung	Die Krankenhäuser begrüßen ausdrücklich eine Regelung für den Bereich der Krankenhausversorgung. Es bedarf allerdings keiner verbindlichen Rahmenvorgaben zur Interprofessionalität. Diese sollten gestrichen werden oder dürfen ausschließlich einen Empfehlungscharakter besitzen. [s. auch Grundlegende Bewertung.]	Abs. 1 Nr. 2 wird ersatzlos gestrichen Alternativ: Abs. 1 Nr. 2 wird wie folgt gefasst: „ <u>Empfehlungen für die interprofessionelle Zusammenarbeit im Krankenhaus zwischen Pflegefachpersonen und Ärzten bei der Erbringung der nach Nummer 1 vereinbarten Leistungen.</u> “

3	§ 112a Abs. 4 SGB V	Eigenverantwortliche Erbringung von Leistungen durch Pflegefachpersonen im Rahmen der Krankenhausbehandlung	Die Krankenhäuser sehen eine Evaluation durch die DKG und den GKV-SV der eigenverantwortlichen Leistungserbringung durch Pflegefachpersonen hinsichtlich Wirtschaftlichkeit und Qualität sowie der Auswirkungen auf die Berufsgruppe kritisch. [s. auch Grundlegende Bewertung.]	Abs. 4 wird ersatzlos gestrichen Eine Evaluation der eigenverantwortlichen Leistungserbringung kann gemäß oder analog einer Regelung des § 73d Abs. 5 SGB V durch das Bundesministerium für Gesundheit geschehen.
4	§ 15a SGB V	Behandlung durch Pflegefachpersonen, Pflegeprozessverantwortung	Die Krankenhäuser begrüßen grundsätzlich die Einführung von § 15a SGB V. Allerdings besteht hier keine Konkretisierung, welche Weiterbildungen adressiert werden. Die Rolle der DKG-Weiterbildungsempfehlung bleibt offen. Dies ist im Gesetzestext zu adressieren. [s. auch Grundlegende Bewertung.]	Abs. 1 wird wie folgt ergänzt: „ <i>Pflegefachpersonen, die über die erforderlichen fachlichen Kompetenzen aufgrund einer nach dem Pflegeberufegesetz vorgeschriebenen beruflichen oder hochschulischen Ausbildung, aufgrund einer staatlich anerkannten, bundesweit einheitlichen Weiterbildung, <u>einer Weiterbildung nach DKG-Empfehlung</u> oder aufgrund einer solchen Weiterbildung entsprechenden Berufserfahrung, [...].“</i>
5	§ 15a SGB V	Behandlung durch Pflegefachpersonen, Pflegeprozessverantwortung Gesetzesbegründung, S. 151	Die Krankenhäuser werden in der Gesetzesbegründung nicht als Beteiligte bei der geplanten Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Umsetzung bundesweit einheitlicher, staatlich anerkannter Weiterbildungen benannt. Die langjährige, weitreichende DKG- Expertise ist dringend mit einzubeziehen. [s. auch Grundlegende Bewertung.]	Ergänzung der DKG als Beteiligte bei der Bund-Länder-Arbeitsgruppen in der Gesetzesbegründung.

6	§ 8 Abs. 3c SGB XI	Ausgestaltung und Weiterentwicklung der Inhalte von Leistungen nach SGB V und SGB XI	Die Krankenhäuser begrüßen die Konzeption und Ausgestaltung eines Muster-Scope of Practice. In dem vorliegenden Gesetzentwurf werden die Krankenhäuser nicht mit einbezogen. Die Krankenhäuser fordern, dass die fachliche Expertise der DKG analog der maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe mitbeteiligt wird. Alternativ ist auch eine spätere Einbindung als Fachorganisation möglich.	Abs. 3c Satz 2 wird wie folgt ergänzt: „Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen bestimmen im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit und unter Beteiligung des Bundesministeriums für Bildung, Familie, Senioren, Frauen und Jugend nach Anhörung der maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe Bundesebene sowie der Deutschen Krankenhausgesellschaft auf die Dauer, Inhalte und das Nähere zur Durchführung von wissenschaftlicher Expertise nach Satz 1.“
7	§ 362 SGB V	Nutzung von elektronischen Gesundheitskarten oder digitalen Identitäten für Versicherte von Unternehmen der privaten Krankenversicherung, der Postbeamtenkrankenkasse, der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten, für Polizeivollzugsbeamte, für sonstige heilfürsorgeberechtigte Beamte oder für Soldaten der Bundeswehr	Die Krankenhäuser fordern eine verpflichtende KVNR für Privatversicherte. Aktuell besteht eine Verpflichtung nur für gesetzlich Versicherte. Die Krankenhäuser benötigen die KVNR bei allen Versicherten unabhängig von der privaten oder gesetzlichen Krankenversicherung, um ihren gesetzlichen Verpflichtungen nachkommen zu können. [s. auch Grundlegende Bewertung.]	Abs. 2 wird wie folgt ergänzt: „Für den Einsatz elektronischer Gesundheitskarten oder digitaler Identitäten nach Abs. 1 können Unternehmen der privaten Krankenversicherung, der Postbeamtenkrankenkasse, der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten, die Bundespolizei, die Landespolizeien, die Bundeswehr oder die Träger der freien Heilfürsorge als Versichertennummer den unveränderbaren Teil der Krankenversichertennummer nach § 290 Abs. 1 Satz 2 nutzen. § 290 Abs. 1 Satz 4 bis 7 ist entsprechend anzuwenden. Unternehmen der privaten Krankenversicherung verwenden entsprechend § 290 Abs. 1 Satz 1 für jeden Versicherten eine Krankenversichertennummer. Die Vergabe der Versichertennummer erfolgt durch die Vertrauensstelle nach § 290 Abs. 2 Satz 2 und hat den Vorgaben der Richtlinien nach § 290 Abs. 2 Satz 1 für den unveränderbaren Teil der Krankenversichertennummer zu entsprechen. Die Vertrauensstelle hat die vergebenen Versichertennummern in das von ihr nach § 290 Abs. 3 geführte Verzeichnis der Krankenversichertennummern aufzunehmen.“

8	§ 348 Abs. 3 Satz 7 SGB V i.V.m. § 347 Abs. 1 Satz 3 SGB V	Befüllung der elektronischen Patientenakte (ePA)	Die ePA-bezogenen Regelungen in § 348 Abs. 3 Satz 7 SGB V in Verbindung mit § 347 Abs. 1 Satz 3, die den Arzt persönlich zur Befüllung der ePA verpflichten, gehen über die Vorgaben des GenDG hinaus, was für den Arztalltag eine weitere Bürokratisierung und erhebliche Belastung bedeuten würde. [s. auch Grundlegende Bewertung.]	In § 347 Abs. 1 Satz 3 werden die Wörter „ <i>nur durch die verantwortliche ärztliche Person</i> “ ersatzlos gestrichen.

Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG)

Bundesverband der Krankenhausträger
in der Bundesrepublik Deutschland

Wegelystraße 3
10623 Berlin

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



DEUTSCHE
KRANKENHAUS
GESELLSCHAFT



Berlin, 06.10.2025

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
21(14)22(10)
gel. VB zur öffent. Anh. am
08.10.2025 - Pflege
06.10.2025



Bundesverband für Bildung
im Rettungswesen

Bildung. Gemeinsam. Retten.

Stellungnahme

des Bundesverbandes für Bildung im Rettungswesen:

Zum Gesetzentwurf

„Befugniserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege“

(Bundestagsdrucksache 21/1511)

1. Grundsätzliche Bewertung

Der Bundesverband für Bildung im Rettungswesen begrüßt die Zielrichtung des Gesetzes, heilkundliche Befugnisse in der Pflege zu erweitern und pflegerische Kompetenzen stärker in die Versorgung einzubinden. Der Ansatz, pflegerische und ärztliche Aufgaben klarer zu definieren und sektorenübergreifend zu gestalten, kann **auch für den Rettungsdienst** richtungsweisend sein.

Allerdings bleibt der Gesetzentwurf hinter den Erfordernissen einer modernen, interprofessionellen Notfallversorgung zurück, da die Qualifikationen und heilkundlichen Kompetenzen von Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitätern nicht ausdrücklich berücksichtigt werden.

Neben vital bedrohlichen Notfällen treten im Rettungsdienst, mit einem Anteil von bis zu 40% am Gesamteinsatzvolumen, nichtdringliche Hilfeersuchen bzw. niedrigprioritäre Einsatzindikationen auf.

Diese sind zwar keine Notfallpatienten im eigentlichen Sinne, erfordern jedoch erweiterte diagnostische und medizinische Fähig- und Fertigkeiten zur fallabschließenden Bearbeitung (vergl. auch Projekte, wie z. B. der **Gemeindenotfallsanitäter**, ein Pilotprojekt der Landkreise Ammerland, Cloppenburg, Vechta und der Stadt Oldenburg). Darüber hinaus sind Notfallsanitäter in der Lage in weiteren außerklinischen Versorgungsformen, etwa im Fahrdienst der Kassenärztlichen Vereinigungen, tätig zu werden.

Dem Ausschuss ist das vorliegende Dokument
in nicht barrierefreier Form zugeleitet worden.

Diese Einsätze erfordern eigenständige heilkundliche Entscheidungen, um sowohl das System der rettungsdienstlichen Versorgung, aber auch der ambulanten und stationären Versorgung, zu entlasten. Der Gesetzentwurf sollte daher klarstellen, dass §15b SGB V auch für diese **nicht-vitalen Akutsituationen** in außerklinischen aufsuchenden Dienst gilt.

2. Heilkundeausübung in der Akut- und Notfallversorgung

Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter verfügen bereits heute über ein hohes Maß an fachlicher und rechtlich fundierter Kompetenz, um heilkundliche Maßnahmen eigenverantwortlich durchzuführen – insbesondere in vital bedrohlichen Situationen.

Diese Kompetenzen sind durch das NotSanG, die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung sowie durch Rechtsprechung (z. B. OLG Karlsruhe, 2022) klar umrissen. Eine gesetzliche Verankerung heilkundlicher Kompetenzen analog zu §15a SGB V (Pflegefachpersonen) ist auch für Notfallsanitäter überfällig.

Der Verweis auf ärztliche Anordnung oder nachträgliche Genehmigung führt in der Praxis zu Rechtsunsicherheiten und behindert eine patientensichere Versorgung.

Der BVBRW unterstützt ausdrücklich die Einführung einer rechtlichen Grundlage zur eigenverantwortlichen Heilkundeausübung in definierten Notfall- und Akutsituationen durch qualifizierte Pflegefachpersonen und Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter.

Diese Regelung würde Rechtssicherheit schaffen, die Patientensicherheit erhöhen und die ärztlichen Ressourcen in der Akutversorgung gezielt entlasten.

3. Bedeutung für Bildung und Professionalisierung

Die Umsetzung heilkundlicher Kompetenzen setzt voraus, dass Ausbildung und berufliche Fortbildung im Rettungswesen systematisch angepasst werden.

Der BVBRW betont:

- die Notwendigkeit bundeseinheitlicher curricularer Standards und ein darauf fußendes klar definiertes Kompetenzspektrum, das über eine einschlägige akademische, in der Übergangszeit auch berufliche Weiterbildung, erworben wird. Bei der Entwicklung des Curriculums sind die einschlägigen Fachgesellschaften des Rettungsdienstes, der Pflege sowie der Ärzteschaft zu beteiligen,

- eine Integration heilkundlicher Entscheidungsprozesse in die berufliche Bildung,
- sowie die Verzahnung von Pflege-, Rettungs- und ärztlichen Ausbildungsinhalten in einem interprofessionellen Kompetenzrahmen.

Diese Entwicklung würde den Beruf der Notfallsanitäterin/des Notfallsanitäters stärken, die Attraktivität des Berufs erhöhen und die Versorgung im ländlichen Raum nachhaltig sichern.

4. Erforderliche Ergänzungen zum Gesetzentwurf

Der BVBRW schlägt vor:

1. Im Rahmen von § 15a SGB V ausdrücklich auch Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter mit entsprechender Qualifikation aufzunehmen.
2. Einen neuen § 15b SGB V („Heilkunde in Notfallsituationen“) einzuführen, der die eigenverantwortliche Durchführung heilkundlicher Maßnahmen durch NotSan ermöglicht. Diese sollte nicht auf „Notfallsituationen“ im engeren, vital bedrohlichen Sinn beschränkt sein, sondern auch die **außerklinische Akutversorgung in aufsuchenden Diensten** miteinschließen.
3. Eine Beteiligung der Rettungsdienstorganisationen und Bildungsinstitutionen bei der Entwicklung des „Scope of Practice“ sicherzustellen.
4. Die Berufsbildung im Rettungswesen in das Bundespflegekompetenzgesetz bzw. Folgeprojekte einzubinden, um den europäischen Qualifikationsrahmen konsequent abzubilden.

Außerdem braucht es eine klare Finanzierungs- und Vergütungsregelung für die erweiterte Qualifizierung und Leistungserbringung.

5. Fazit

Der vorliegende Gesetzentwurf ist ein wichtiger Schritt zur Aufwertung der Pflegeberufe und zur Stärkung der Heilkundekompetenzen der Gesundheitsfachberufe, bleibt aber für die Notfallversorgung unvollständig.

Die Einbeziehung der Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter – insbesondere in **aufsuchenden** Diensten der geplanten Akutversorgung – in die geplanten heilkundlichen Befugnisse ist notwendig, um Versorgungslücken zu schließen, Patientensicherheit zu gewährleisten und die ärztlichen Ressourcen nachhaltig zu entlasten.

Der BVBRW appelliert daher an den Gesetzgeber, den Handlungsspielraum der Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter im SGB V klar zu verankern und Bildungsstandards verbindlich festzulegen. Im Interesse der Patientensicherheit, der Effizienz und der interprofessionellen Zusammenarbeit.

VdPB | Prinzregentenstraße 24 | 80538 München

Deutscher Bundestag
Ausschuss für Gesundheit
Platz der Republik 1
11011 Berlin

per E-Mail: anhoerungen-
gesundheitsausschuss@bundestag.de

Entwurf eines Gesetzes zur Befugnisenerweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege (BT-Drucksache 21/1511)

Stellungnahme der VdPB

06.10.2025

Sehr geehrte Damen und Herren,

mit Bezug auf Ihre Schreiben vom 24.09.2025 geben wir für die Anhörung im Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestags gerne nachfolgend unsere Einschätzungen zum Entwurf der Bundesregierung zum Gesetz zur Befugnisenerweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege (BEEPG) vom 08.09.2025 ab.

Die zeitnahe Wiederaufnahme des Gesetzgebungsverfahrens begrüßen wir ausdrücklich, wenngleich die Namensänderung des Gesetzes u.E. weder notwendig noch sinnvoll ist. Die VdPB war als Selbstverwaltungskörperschaft der beruflich Pflegenden in Bayern von Beginn in die Diskussionen und Entwicklungen einbezogen und hat die Zielsetzung der Stärkung des professionellen Berufsprofils der Pflege stets unterstützt sowie durch konstruktive Kritik und Vorschläge mitgetragen. Die Weiterentwicklung der beruflichen Handlungskompetenzen – in Angleichung an internationale Standards – und deren leistungsrechtliche Abbildung sind auch für uns die zentralen Ansatzpunkte

Dem Ausschuss ist das vorliegende Dokument
in nicht barrierefreier Form zugeleitet worden.

der Professionsentwicklung. Das „können“ auszubauen und das „dürfen“ dem anzupassen entspricht vollständig auch unseren Zielsetzungen.

Ein zentraler Kritikpunkt war für uns daher von Beginn an die Verortung der Regelungen in den Sozialgesetzbüchern SGB V und SGB XI. Aus rechtsdogmatischen Gründen spricht sehr viel dafür, das dem Berufsrecht in prägender Weise der Vorrang vor den sozialleistungsrechtlichen Regelungen zum indirekten Berufsrecht gegeben wird. Die VdPB würdigt durchaus das ernsthafte und in mancher Hinsicht erfolgreiche Bemühen des Gesetzgebers, die dringend erwarteten sozialleistungsrechtlichen Korrespondenzregelungen zum Berufsrecht im BEEPG zu schaffen.

Gleichwohl sehen wir das Risiko eines nicht klar konturierten Kompetenzprofils, das eine Vielzahl interpretationsfähiger bzw. -bedürftiger Regelungen induziert. Für die spätere praktische Realisierung des erweiterten pflegerischen Kompetenzprofils werden dadurch unnötige Hürden und Unsicherheiten geschaffen. Das mit dem PflBG – aus guten Gründen – generalistisch angelegte Berufsbild in seiner Weiterentwicklung wiederum an bestehenden Strukturen des SGB auszurichten, birgt u.E. das Risiko, die richtigen und wichtigen Zielsetzungen des generalistischen Berufsprofils zu konterkarieren: Die vielfach zutreffend skizzierten Optimierungspotenziale in Versorgung und interprofessioneller Aufgabenverteilung können so gerade nicht aktiviert werden. Auch die im Verlauf vorgenommene Abkopplung der Regelungen für das Berufsprofil einer „Advanced Nursing Practice“ (ANP), um diese nachgelagert separat vorzunehmen, ist aus dieser Perspektive wenig sinnvoll. Ein weiterentwickeltes professionelles Berufsbild der Pflege sollte unmittelbar vollumfänglich ausgeformt werden.

Dieses fachlich wie rechtlich komplexe Vorhaben erfordert stringente und konsistente Regelungen im Berufsrecht und hier alle Qualifikationsniveaus systematisch integrierend. Nur dann können auch die Qualifizierungswege – insbesondere vor dem Hintergrund der heterogenen primären beruflichen Bildungsstruktur – zielführend und praktikabel strukturiert und ausgestaltet werden.

Ergänzend zu diesen grundlegenden Überlegungen weisen wir nachfolgend thematisch gegliedert auf die aus unserer Sicht wichtigsten Aspekte des Gesetzentwurfs hin, die insbesondere unseren Aufgaben und der Perspektive als Organ der beruflichen Selbstverwaltung der Pflege entsprechen.

1. Vorbehaltsaufgaben und Pflegeprozessverantwortung

- a) Die mit Art. 5 Nr. 2 – 3 erfolgenden Präzisierungen zu den Vorbehaltsaufgaben im PflBG begrüßen wir ausdrücklich; sie bilden die Ergebnisse der von der VdPB mitinitiierten diesbezüglichen klärenden Fachdiskussion sachgerecht ab (TT VA & DGP 2024).
- b) Die mit Art. 1 Nr. 61 vorgesehene Neufassung des § 113 Abs. 1 SGB XI sehen wir hinsichtlich der Bestimmungen des Satzes 3 ambivalent. Die dort in den Maßstäben und Grundsätzen für die Qualität vorgesehene Konkretisierung der Voraussetzungen für die Wahrnehmung der Pflegeprozessverantwortung sind u.E. obsolet, da der pflegfachlichen Prozesslogik immanent. Die aus dem Begründungsteil (S. 135) zu entnehmende Intention einer leistungsrechtlichen Klarstellung sowie Ermöglichung und Unterstützung der Wahrnehmung der Pflegeprozessverantwortung durch die PFP findet hingegen unsere volle Unterstützung, wenn hierdurch die

Träger bzw. Arbeitgeber verstärkt in die Pflicht genommen werden, adäquate Arbeitsstrukturen und -bedingungen zu schaffen. Ebenso begrüßen wir die im Begründungsteil aufgeführten Hinweise zur Vergütungsrelevanz der Aufwände für die Wahrnehmung der Pflegeprozessverantwortung. Daher tragen wir die vorgesehene Neufassung gerne mit. Im Rahmen unserer Beteiligungsmöglichkeiten werden wir gerne dazu beitragen, dass diese gesetzgeberischen Intentionen bei der Neuformulierung der MuG auch realisiert und nicht ins Gegenteil verkehrt werden.

- c) Die in Art. 3 Nr. 1b) vorgesehene Klarstellung in § 15 Abs. 1 Satz 3 SGB V, dass die Pflegeprozessverantwortung nicht Teil der (zahn-)ärztlichen Behandlung ist, begrüßen wir als leistungrechtliche Abbildung der berufsrechtlichen Regelungen des PflBG ausdrücklich.
- d) Die mit Art. 3 Nr. 2 erfolgende Einfügung des § 15a SGB V begrüßen wir hinsichtlich der Bestimmung des Absatzes 2, demzufolge die durch PFP wahrgenommene Pflegeprozessverantwortung integraler Bestandteil aller Leistungen des SGB V sind, ebenfalls ausdrücklich.

2. Behandlung durch Pflegefachpersonen als Ausübung von Heilkunde

- a) Die mit Art. 5 Nr. 4 erfolgende Einfügung des neuen § 4a PflBG begrüßen wir ausdrücklich. Die Modernisierung des Heilkundeverständnisses ist lange überfällig und die Stellung des § 4a PflBG als Lex specialis-Regelung gegenüber dem Heilpraktikergesetz sinnvoll und zweckmäßig.
- b) Für sinnvoll erachten wir ebenfalls die semantische und damit auch inhaltliche Klarstellung, dass es in diesem Themenkomplex um die eigenverantwortliche Erbringung von Leistungen der ärztlichen Behandlung geht.
- c) Die über die Änderungen der §§ 15a, 64d, 73d und 112a SGB V erfolgende Kompetenzzuweisung zur eigenverantwortlichen Erbringung von Leistungen der ärztlichen Behandlung erachten wir jedoch als viel zu komplex und in der Praxis kaum handhabbar. Unser Vorschlag ist, § 64d SGB V komplett zu streichen und nur über einen umfassend ausgestalteten § 73d SGB V die Leistungserbringung durch PFP in allen Versorgungssettings (d.h. für ambulante Pflegedienste, in stationären Pflegeeinrichtungen und Krankenhäusern sowie Vorsorge- und Rehaeinrichtungen) zu ermöglichen. Dies würde nachhaltig der Normenklarheit und Umsetzbarkeit dienen.
- d) Mit Art. 3 Nr. 2 über den neuen § 15a Abs. 1 SGB V die Behandlung durch Pflegefachpersonen als Grundsatznorm im SGB V zu hinterlegen ist im Grundsatz richtig. Sehr kritisch sehen wir hier jedoch, dass es gem. Abs. 1 Nr. 1 immer der initialen ärztlichen Diagnose und Indikationsstellung bedarf und die Leistungen weiterhin durch den Katalog gem. § 73d SGB V beschränkt werden sollen (s.u.). Dieser Modus der ärztlichen Einzelfallsubstitution für die Leistungserbringung ist vor dem Hintergrund der vorgesehenen umfangreichen Regelungen zu Leistungen und Qualifikationen weder notwendig noch angemessen und daher zu streichen.
- e) Die mit Art. 3 Nr. 16 im § 73d Abs. 1 Nr. 1 SGB V vorgesehene Entwicklung eines Leistungskatalogs und die damit einhergehende Begrenzung der Befugnisse sehen wir ebenfalls kritisch. Die in diesem Zusammenhang im Begründungsteil (S. 166ff) aufgeführten möglichen Leistungen erscheinen als eine rein diagnosebezogene und tätigkeitsorientierte Aufzählung. Dies wird in der Versorgungspraxis niemals den realen Bedarfslagen entsprechen und weiterhin zu vielfältigen

Koordinations- und Versorgungsproblemen führen. Gerade bei der Versorgung von chronisch erkrankten und multimorbiden Menschen sowie bei „Bagatellerkrankungen“ werden somit wichtige Synergien und Einsparpotenziale gerade nicht gehoben.

Ausdrücklich widersprechen wir zudem der im Begründungsteil (S. 166) enthaltenen Darstellung, die bisherigen Modellvorhaben nach § 64d SGB V seien an der Motivation der Pflegefachpersonen gescheitert. Dies ist falsch! Die VdPB war im Jahr 2023 intensiv in die Ausgestaltung der entsprechenden bayerischen Ausschreibung eingebunden und wir wissen von vielen interessierten und motivierten Kolleg*innen und Einrichtungen, die sehr gerne MV umgesetzt hätten. Gescheitert ist dies einzig an den unerfüllbaren Vorgaben und Anforderungen der Krankenkassen, völlig inadäquaten Vergütungen und fehlenden bzw. untauglichen bundesrechtlichen Regelungen zur Qualifizierung.

-
- f) Die Begrenzung der Leistungen und Qualifizierung auf die Indikationsbereiche Diabetes mellitus, Demenz und chronische Wunden sehen wir äußerst kritisch. Dies führt zu einer hochproblematischen Verengung des Verständnisses von Heilkundenausübung. Die Profession Pflege wird in der künftigen gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung gerade mit ihren erweiterten Heilkundekompetenzen eine Schlüsselrolle einnehmen (müssen) und darf perspektivisch nicht in ihrer internationalen Anschlussfähigkeit behindert werden. Die heilkundlichen Basismodule dürfen nur als beispielhafte Qualifikation gewertet werden, mit der Offenheit für weitere Qualifikationen in den besonderen Qualifikations- und Spezialisierungsfeldern der beruflichen Pflege. Wir empfehlen daher dringend, in jedem Fall eine Öffnungsklausel vorzusehen und die drei genannten Bereiche lediglich als exemplarische Felder zu beschreiben, in denen die Ausübung weiterer Heilkunde von Pflegefachpersonen vorbereitet wird. In jedem Fall wäre in der Begründung ein Hinweis darauf zu geben, dass weitere Bereiche nach Vorliegen entsprechender Empfehlungen als Felder weiterer Heilkundenausübung zu qualifizieren sind.
-

3. Qualifizierung zur eigenständigen Behandlung

-
- a) Die Ausweitung der Qualifikationswege zur Leistungserbringung im neuen § 15a SGB V begrüßen wir im Grundsatz. Allerdings sehen wir die vorgezeichneten, sehr heterogenen Qualifizierungswege hochgradig kritisch bzw. auch hier als nicht realisierbar an.
- b) Die bereits mit dem PflStudStG implementierte Qualifizierung für drei heilkundliche Module in die hochschulische Primärqualifizierung stellt die Hochschulen nach unserem Kenntnisstand vor erhebliche Umsetzungsprobleme (Gestaltung des Curriculums, Studiendauer und -umfang, Lehrpersonen etc.) und wird in sehr unterschiedlichen Varianten umgesetzt. Im Ergebnis werden ab 2029 Absolventinnen in den Arbeitsmarkt eintreten, die formal gut qualifiziert sein werden, jedoch nur über ausbildungsbezogene Praxiserfahrung verfügen und dennoch unmittelbar eigenverantwortlich Leistungen der ärztlichen Behandlung ausüben dürfen.
- c) Absolventinnen der hochschulischen Primärqualifikation, die bis 2024 das Studium begonnen und zwischenzeitlich relevante Berufserfahrung erworben haben, müssen mutmaßlich über hochschulische Nachqualifizierungsangebote die fehlenden Kompetenzen erwerben – ohne dass es bislang dafür schlüssige und realisierbare Angebote gibt.

- d) Für die große Zahl beruflich qualifizierter und mit viel relevanter Berufserfahrung ausgestatteten PFP müssen bundeseinheitliche Weiterbildungen bzw. Kompetenzfeststellungsverfahren entwickelt werden – bei sehr heterogener Zuständigkeit für entsprechende Bildungsangebote. Gleichzeitig sollen – vor diesem Hintergrund völlig unverständlich – die Ausarbeitungen der Fachkommission nur empfehlende Wirkung haben und die Beauftragung des BIBB zur Entwicklung des Kompetenzfeststellungsverfahrens ist gänzlich entfallen. Um diese für die Versorgung und Wirkung der Regelungen enorm wichtige Personengruppe der beruflich qualifizierten Kolleg*innen zu aktivieren, müssen zwingend Zuständigkeiten gebündelt werden. Fachkommission, BIBB und die maßgeblichen Organisationen gem. § 118a SGB XI sollten mit der Erarbeitung verbindlicher Weiterbildungen und Verfahren beauftragt werden, die in den Ländern unverändert umzusetzen sind.

4. Maßgebliche Organisationen der Pflege

- a) Mit Art. 1 Nr. 71 wird ein neuer § 118a SGB XI eingeführt, mit dem die „maßgeblichen Organisationen der Pflege auf Bundesebene“ als regelhaft zu beteiligende Akteure angelegt werden. Dies begrüßen wir im Grundsatz.
- b) Sehr kritisch sehen wir zum einen jedoch deren in Kernthemen absolut unzureichenden Mitwirkungsrechte. Insbesondere die Ausgestaltung der Beteiligungsrechte bei der Erstellung der wissenschaftlichen Expertise gem. § 8 Abs. 3c SGB XI (neu) sowie bei der Erarbeitung des Katalogs gem. § 73d Abs. 1 Nr. 1 und 2 SGB V (neu) halten wir für inadäquat. Mit der Beschreibung des „Scope of Practice“ und des Leistungsumfangs von beruflicher Pflege den Kern des Berufsbildes auszugestalten, ohne der Berufsgruppe ein maßgebliches aktives Mitwirkungsrecht zuzugestehen, sondern lediglich „in geeigneter Art und Weise“ einzubeziehen ist nicht akzeptabel.
- c) Zu dem bereits vorgelegten Entwurf einer Pflegeberufbeteiligungsverordnung nehmen wir gesondert ausführlich Stellung, sehen aber insbesondere die aufgestellten Kriterien der „Maßgeblichkeit“ kritisch.

5. Vorbehaltsaufgaben und Sachverständigenrollen in gerichtlichen Verfahren

Korrespondierend zu den Veröffentlichungen des Think Tanks Vorbehaltsaufgaben möchten wir erneut darauf hinweisen, dass die berufsrechtlich geregelten Vorbehaltsaufgaben auch in den verfahrensrechtlichen Vorschriften des FamFG (§§ 163, 282, 321 FamFG) wie auch in § 109 Abs. 1 SGG zu berücksichtigen sind. Gerichte und Pflegesachverständige berichten zunehmend von einer Verunsicherung der zuständigen Gerichte hinsichtlich der Bestellung von Sachverständigen in den genannten Verfahren (vgl. Büscher/Klie 2025).

Soweit unsere Stellungnahme zu den Kernaspekten der pflegefachlichen und berufsrechtlichen Themenfelder. Für Rückfragen und die weitere Diskussion stehen wir selbstverständlich gerne zur Verfügung.

Mit herzlichen Grüßen

gez. Präsidium der VdPB

Quellen:

- Büscher A, Jendrzej B, Krautz B, Weiß T (2023): Pflegeprozesse selbstbewusst verantworten. In: Die Schwester/ Der Pfleger, 4/2023: 19-24. Bibliomed, Melsungen.
- Büscher A, Klie T (2025): Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Pflegekompetenz (Pflegekompetenzgesetz – PKG), Referentenentwurf vom 23.06.2025. Im BMG vorliegend,
- Think Tank Vorbehaltsaufgaben (TT VA) & Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft e. V. (DGP) (2024) Vorbehaltsaufgaben der Pflege – Pflegewissenschaftliche und pflegerechtliche Grundlegung und Einordnung. Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft (Hrsg.), Duisburg.



STELLUNGNAHME

des Verbandes der Universitätsklinika
Deutschlands (**VUD**)

und des Medizinischen Fakultätenta-
ges (MFT) gemeinsam als Deutsche
Hochschulmedizin (DHM)

und des Verbands der Pflegedirekto-
rinnen und Pflegedirektoren der Uni-
versitätskliniken und Medizinischen
Hochschulen Deutschlands (VPU)

**zum Entwurf eines Gesetzes zur
Befugniserweiterung und Entbüro-
kratisierung in der Pflege**

Oktober 2025

Forschen. Lehren. Heilen.

Dem Ausschuss ist das vorliegende Dokument
in nicht barrierefreier Form zugeleitet worden.

© Deutsche Hochschulmedizin (DHM), 2025

Kontakt

Verband der Universitätsklinika
Deutschlands e.V. (VUD)
Jens Bussmann
Alt-Moabit 96
10559 Berlin
info@uniklinika.de
www.uniklinika.de
Tel. +49 (0)30 3940517-0

VPU e.V.

Kontakt

Verband der Pflegedirektorinnen und Pflegedirektoren der Universitätskliniken und Medizinischen Hochschulen Deutschlands (VPU) e.V.
Dipl.-Kfm. Torsten Rantzs, MBA
Vorstandsvorsitzender des VPU e.V.
Alt-Moabit 96
10559 Berlin
info@vpu-online.de
www.vpuonline.de
Tel. +49 (0)30 13895761

Inhalt

I. Vorbemerkung	4
II. Zu den Regelungen im Einzelnen	5
Zu Artikel 1 - Änderung des Elften Buches	
Sozialgesetzbuch (SGB XI)	5
§ 40a Digitale Pflegeanwendungen	5
§ 118a SGB XI Maßgebliche Organisationen der Pflegeberufe auf Bundeebene, Verordnungsermächtigung.....	6
Zu Artikel 3 - Änderung des Fünften Buches	
Sozialgesetzbuch (SGB V)	7
§ 15 SGB V Ärztliche Behandlung, elektronische Gesundheitskarte.....	7
§ 15a SGB V Behandlung durch Pflegefachpersonen, Pflegeprozessverantwortung.....	7
§ 33 SGB V Hilfsmittel.....	9
§ 112a SGB V Eigenverantwortliche Erbringung von Leistungen durch Pflegefachpersonen im Rahmen der Krankenhausbehandlung.....	9
§ 348 SGB V Übertragung von Behandlungen in die elektronische Patientenakte durch zugelassene Krankenhäuser.....	10
Zu Artikel 5 - Änderung des Pflegeberufegesetzes	11
§ 4a PflBG: Eigenverantwortliche Heilkundenausübung	11

III. Weiterer Regelungsbedarf.....	11

I. Vorbemerkung

Die Deutsche Hochschulmedizin – bestehend aus Universitätsklinika und Medizinischen Fakultäten – sowie der Verband der Pflegedirektorinnen und Pflegedirektoren der Universitätskliniken und Medizinischen Hochschulen Deutschlands (VPU) befürworten das Anliegen des Gesetzentwurfs, die vielfältigen Kompetenzen von Pflegefachpersonen¹ in der Versorgung stärker als bislang zu nutzen.

Die Standorte der Universitätsmedizin haben als professionsübergreifende Arbeitgeber, Träger von fachschulischer und universitärer Ausbildung sowie von Gesundheitsforschung in all ihren Bereichen eine zentrale Rolle bei der Weiterentwicklung der Gesundheitsfachberufe. Diese ist zusammengefasst in einem Impulspapier der Deutschen Hochschulmedizin zur Akademisierung der Gesundheitsfachberufe (https://medizinische-fakultaeten.de/wp-content/uploads/2023/10/Impulspapier_Akademisierung-der-Gesundheitsfachberufe.pdf).

In der folgenden Stellungnahme werden die zentralen Regelungen des Gesetzentwurfs zur Befugnisenerweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege bewertet. Dabei wird deutlich: In dem Entwurf werden wichtige Anliegen aufgegriffen, dennoch weist er an einigen Stellen Optimierungsbedarf auf.

Ein Übermaß an Bürokratie und Dokumentationspflichten wird in den Krankenhäusern von allen Beteiligten seit Jahren beklagt. Es gilt als zentraler Treiber für ineffiziente Abläufe, Arbeitsunzufriedenheit durch Mehrfacherhebungen und fehlende Zeit für die unmittelbare Patientenversorgung. Angesichts des sich weiter zuspitzenden Fachkräftemangels wird diese Problematik zu einer akuten Gefährdung der Versorgungssicherheit. Zahlreiche Verbände haben mit klaren Zahlen belegt, wie viele Stunden wertvoller Arbeitszeit in den verschiedenen Berufsgruppen in bürokratische Aufgaben gebunden sind. Die fortlaufenden Weiterentwicklungen in Bereichen wie Datenschutz, Patientensicherheit, Qualitätssicherung, Kostenermittlung, Vergütung, Haftungsrecht oder Diskriminierungsschutz haben zwar ihre Berechtigung, sie dürfen aber nicht länger ungebremst in immer neuen Dokumentations- und Meldepflichten münden. Die Erwartung an ein Gesetz zur Entbürokratisierung muss sein, dass es spürbare Freiräume schafft, statt den Status quo zu verwalten. Ohne weitergehende Regelungen bleibt die Entlastung von Pflege, Ärzteschaft und weiteren Gesundheitsfachberufen Stückwerk und die Chance, Zeit für die eigentliche Versorgung der Patientinnen und Patienten zurückzugewinnen, wird vertan.

Die Digitalisierung des Gesundheitswesens und der Pflege kommt in den Krankenhäusern nur schleppend voran. Damit bleibt viel von ihrem dringend benötigten Potenzial ungenutzt, um Versorgung effizienter, qualitativ hochwertiger und patientenzentrierter zu gestalten. Es gilt daher, die Digitalisierung endlich konsequent voranzutreiben und spürbar zu beschleunigen.

¹ Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird in der Stellungnahme das generische Maskulinum verwendet. Weibliche und anderweitige Geschlechteridentitäten werden dabei ausdrücklich mitgemeint.

Entscheidend ist jedoch, dass Digitalisierung nicht mit einem weiteren Anstieg von Dokumentations- und Meldepflichten verwechselt wird. Jede digitale Innovation muss die direkte Patientenversorgung entlasten, nicht zusätzliche bürokratische Hürden schaffen.

Digitale Systeme müssen so gestaltet und eingesetzt werden, dass sie den Anforderungen der Menschen im Gesundheitssystem gerecht werden. Das bedeutet, die digitale Transformation muss für Patientinnen und Patienten, Pflegebedürftige, Ärztinnen und Ärzte sowie Pflegefachpersonen spürbaren Nutzen bringen. Nur so werden Möglichkeiten wie die elektronische Patientenakte (ePA) aktiv genutzt und führen zu einer effizienteren Versorgung. Zu den grundlegenden Voraussetzungen für die Nutzung digitaler Anwendungen zählen Sicherheit und Nutzerfreundlichkeit. Es werden Technologien benötigt, die vertrauensvoll eingesetzt werden können und gleichzeitig niedrigschwellig bedienbar sind. Stets mit dem Ziel, Versorgungsprozesse sektoren- und professionsübergreifend zu vernetzen sowie hochwertige Daten sinnvoll für Versorgung und Forschung nutzbar zu machen.

Die geplante Entwicklung eines Muster-Scope of Practice bietet die Chance, die bislang unscharfen Kompetenzgrenzen zwischen ärztlichen und pflegerischen Tätigkeiten – auch für den Krankenhausbereich klarer zu definieren und international übliche Standards der Rollenbeschreibung einzuführen. Positiv ist die verbindliche Einbindung der Pflegeorganisationen auf Bundesebene. Damit wird erstmals anerkannt, dass die Profession selbst maßgeblich an der Definition ihres Aufgaben- und Kompetenzprofils beteiligt werden muss. Für die Krankenhausversorgung ist entscheidend, dass das Muster-Scope of Practice nicht nur eine Auflistung von Tätigkeiten darstellt, sondern eine systematische Beschreibung pflegerischen Handelns im Kontext von Vorbehaltsaufgaben und heilkundlichen Kompetenzen (abgestuft nach Qualifikationsniveau) beinhaltet. Entscheidend wird sein, die Ergebnisse konsequent in leistungs- und berufsrechtliche Regelungen zu überführen, um im Klinikalltag Wirkung zu entfalten.

II. Zu den Regelungen im Einzelnen

Zu Artikel 1 - Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XI)

§ 40a Digitale Pflegeanwendungen

Sachverhalt:

Pflegebedürftige haben Anspruch auf digitale Pflegeanwendungen, die zur Minderung von Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit beitragen oder deren Verschlimmerung verhindern. Anwendungen müssen von den Pflegebedürftigen oder ihren Betreuern genutzt werden; Ausnahmen gelten für die allgemeine Lebensführung, Arbeitsorganisation, Wissensvermittlung, Informations- oder Beratungsangebote zu Sozialleistungen.

Nur digitale Pflegeanwendungen, die medizinprodukte-rechtlich als solche gelten und im Verzeichnis der digitalen Pflegeanwendungen des BfArM aufgeführt sind, zählen.

Digitale Pflegeanwendungen können Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen dabei helfen, ihren pflegerischen Alltag besser zu bewältigen und zu organisieren. Unter den Leistungsanspruch fallen auch digitale Produkte, die zur Bewältigung besonderer pflegerischer Situationen, etwa im Bereich der Erhaltung der Mobilität oder bei Demenz, eingesetzt werden können.

Bewertung:

§ 40a regelt vorrangig den Einsatz digitaler Pflegeanwendungen im ambulanten Bereich, mit teilweiser Übertragung in die Langzeitversorgung, jedoch ohne Bezug zur stationären Versorgung im Krankenhaus. Gerade dort sind digitale Anwendungen im Sinne der Technologisierung jedoch von erheblicher Bedeutung, da sie sowohl präventive als auch unterstützende Versorgungsangebote ermöglichen. Eine Erweiterung und gezielte Förderung solcher Anwendungen im Krankenhaussektor sollte im Rahmen von Modellvorhaben erprobt werden.

§ 118a SGB XI Maßgebliche Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene, Verordnungsermächtigung

Sachverhalt:

Organisationen, die auf Bundesebene die Interessen der Pflegeberufe vertreten, sollen bei Aufgaben nach dem Fünften und Elften Buch Sozialgesetzbuch im Rahmen der jeweils vorgesehenen Beteiligungsformen mitwirken. Dabei sind diese Bundesorganisationen angehalten, auch weitere Pflegeorganisationen, insbesondere solche auf Landesebene, in die Beteiligungsprozesse einzubeziehen. Das Bundesministerium für Gesundheit ist ermächtigt, im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Bildung, Familie, Senioren, Frauen und Jugend eine Rechtsverordnung zu erlassen.

Bewertung:

Mit dem Gesetzentwurf einer Verordnung über die Beteiligung der maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene (Pflegeberufebeteiligungsverordnung – PflBerBeteilgV) von Anfang September 2025 erfolgt die Vereinheitlichung der Anforderungen an die maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe und die Verfahren für die gesetzlich vorgesehenen Beteiligungen nach dem Fünften und Elften Buch des Sozialgesetzbuchs. Mit der geplanten Verordnung werden die Interessenvertretungen der Pflegeberufe auf Bundesebene gestärkt sowie in Entscheidungsprozesse eingebunden. Vor allem die Benennung des Deutschen Pflegerats (DPR e.V.) als maßgebliche Organisation der Pflegeberufe auf Bundesebene würdigt die langjährige Arbeit und das Engagement aller Beteiligten. Die Finanzierung der maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene muss sichergestellt sein.

Zu Artikel 3 - Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V)

§ 15 SGB V Ärztliche Behandlung, elektronische Gesundheitskarte

Sachverhalt:

Im § 15 SGB V wird im Absatz 1 nach Satz 2 der folgende Satz eingefügt: „Die Pflegeprozessverantwortung im Sinne von § 4 Absatz 1 Satz 1 des Pflegeberufgesetzes ist nicht Teil der ärztlichen oder zahnärztlichen Behandlung.“

Bewertung:

Mit dieser Änderung wird formuliert, dass die Verantwortung für den Pflegeprozess ausschließlich Pflegefachpersonen aus berufsrechtlichen Gründen vorbehalten ist. Dies stärkt die Eigenständigkeit der Pflege und schafft Rechtssicherheit in interprofessionellen Teams. Zudem eröffnet die Regelung die Chance, pflegerische Leistungen künftig auch in der elektronischen Gesundheitskarte sichtbar und eigenständig abzubilden.

§ 15a SGB V Behandlung durch Pflegefachpersonen, Pflegeprozessverantwortung

Sachverhalt:

§ 15a des SGB V regelt die Behandlung durch Pflegefachpersonen im Rahmen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch. Pflegefachpersonen, die über die erforderlichen fachlichen Kompetenzen aufgrund einer nach dem Pflegeberufgesetz vorgeschriebenen beruflichen oder hochschulischen Ausbildung, aufgrund einer staatlich anerkannten, bundesweit einheitlichen Weiterbildung oder aufgrund einer solchen Weiterbildung entsprechenden Berufserfahrung, die durch eine staatliche Kompetenzfeststellung der Länder nachgewiesen wurde, verfügen, sollen künftig ausgewählte Leistungen der ärztlichen Behandlung unter Voraussetzungen eigenverantwortlich erbringen:

1. nach ärztlicher Diagnose und Indikationsstellung die in dem nach § 73d Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und § 112a Absatz 1 vereinbarten Katalogen genannten Leistungen,
2. nach einer erstmaligen ärztlichen Verordnung die Verordnung der in dem nach § 73d Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 vereinbarten Katalog genannten Leistungen der häuslichen Krankenpflege, einschließlich der Verordnung der für diese Leistungen benötigten Hilfsmittel nach § 33, und
3. bis zum Abschluss des Vertrags nach § 73d Absatz 1 Satz 1 die in Anlage 1 des nach § 64d Absatz 1 Satz 4 geschlossenen Rahmenvertrags genannten Leistungen der ärztlichen Behandlung.

Zudem nehmen Pflegefachpersonen im Rahmen der Leistungserbringung nach diesem Buch die Pflegeprozessverantwortung im Sinne des § 4 Absatz 1 Satz 1 des Pflegeberufgesetzes wahr.

Bewertung:

Der Entwurf zur Einführung des § 15a SGB V stellt einen bedeutsamen Schritt für die rechtliche Absicherung der pflegerischen Eigenverantwortung im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung dar. Er berücksichtigt sowohl die Pflegeprozessverantwortung nach § 4 Pflegeberufegesetz als auch die Möglichkeit der eigenverantwortlichen Erbringung bestimmter Leistungen der ärztlichen Behandlung durch qualifizierte Pflegefachpersonen. Damit wird die pflegerische Fachlichkeit sozialrechtlich gestärkt und die Überführung bisheriger Modellvorhaben in die Regelversorgung vollzogen.

Positiv hervorzuheben ist, dass der Gesetzgeber explizit festhält, dass es sich nicht um eine Delegation ärztlicher Leistungen handelt, sondern um eine eigenverantwortliche Ausübung heilkundlicher Aufgaben durch Pflegefachpersonen mit entsprechenden Qualifikationen. Die geplante bundeseinheitliche Weiterbildung und Kompetenzfeststellung stärkt die Patientensicherheit und schafft eine transparente Grundlage für die Übernahme spezifischer heilkundlicher Aufgaben. Dabei sollte die Entwicklung von Aufgabenprofilen sowie von Kompetenz- und Qualifikationsstufen orientierten Profilen stets sektorenübergreifend erfolgen. Hierfür ist die Einbindung von Fachexpert:innen aus allen Versorgungsbereichen notwendig, Gleichwohl können abweichende Regelungen für bestimmte Versorgungssektoren in begründeten Fällen zweckmäßig sein, da sie den institutionellen Gegebenheiten und der Komplexität der Versorgung gerecht werden.

Ebenfalls bedeutsam ist die gesetzliche Klarstellung, dass die Pflegeprozessverantwortung untrennbar zur Leistungserbringung gehört und anderen Berufsgruppen nicht übertragen werden kann.

Gleichzeitig zeigen sich jedoch weiterhin strukturelle Grenzen, die einer vollständigen Professionalisierung der Pflege im Sinne eines eigenständigen Heilberufs entgegenstehen. Der Gesetzgeber verwendet weiterhin den Begriff „Leistungen der ärztlichen Behandlung“ und verzichtet bewusst auf eine eigenständige Leistungsdefinition der Pflege im Bereich heilkundlicher Tätigkeiten. Diese Begriffswahl festigt die Systematik des SGB V, in der ärztliche Leistungen normgebend bleiben, und riskiert, die pflegerische Rolle auf ausführende Tätigkeiten zu begrenzen, trotz vorhandener fachlicher Kompetenzen.

Darüber hinaus bleibt die ärztliche Erstverordnung durchgängig Voraussetzung für die pflegerische Leistungserbringung, selbst in Versorgungskontexten wie der chronischen Wundversorgung, der Diabetesversorgung oder bei Patienten mit Demenz in denen qualifizierte Pflegefachpersonen bereits heute über die nötige Expertise verfügen. Die fehlende Differenzierung möglicher Ausnahmefälle erschwert die praxisnahe Umsetzung und bleibt hinter internationalen Entwicklungen wie der Rolle der Advanced Practice Nursing (APN) zurück.

§ 33 SGB V Hilfsmittel

Sachverhalt:

In § 33 Absatz 5a wird geregelt, dass eine Verordnung durch eine Vertragsärztin oder einen Vertragsarzt für die Beantragung der Leistungen gemäß den Absätzen 1 bis 4 nur dann erforderlich ist, wenn eine ärztliche Erst- oder Folge-Diagnose oder eine Therapieentscheidung medizinisch notwendig ist. Liegt eine Verordnung durch eine Pflegefachperson gemäß § 15a Absatz 1 Nummer 2 vor, ist keine ärztliche Verordnung erforderlich. Abweichend davon können die Krankenkassen jedoch eine ärztliche oder pflegerische Verordnung verlangen, wenn sie auf ein eigenes Genehmigungsverfahren bei der Hilfsmittelversorgung verzichten. Dabei sind die Regelungen in § 18b Absatz 3 und § 40 Absatz 6 SGB XI zu berücksichtigen.

Bewertung:

Die Erweiterung des § 33 Absatz 5a SGB V stellt weiterhin eine bedeutende Reform dar, die das Potenzial hat, die Pflegeberufe strukturell zu stärken und das Gesundheitssystem nachhaltig zu entlasten. Mit der neuen Regelung können qualifizierte Pflegefachpersonen bestimmte Hilfsmittel künftig eigenständig verordnen. Damit wird die im neuen § 15a Absatz 1 Nummer 2 SGB V vorgesehene Verordnungskompetenz konsequent umgesetzt und in die Regelversorgung überführt. Die Anpassung schafft Rechtssicherheit, harmonisiert die bisherigen Modellvorhaben nach § 64d SGB V mit der Regelversorgung und ist ein wichtiger Schritt in Richtung Professionalisierung und eigenständiger Verantwortung der Pflege innerhalb des Gesundheitssystems.

§ 112a SGB V Eigenverantwortliche Erbringung von Leistungen durch Pflegefachpersonen im Rahmen der Krankenhausbehandlung

Sachverhalt:

Der neue § 112a im SGB V regelt, dass die Vertragsparteien auf Bundesebene nach § 9 Absatz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes bis zum 31. Juli 2028 in einem Katalog Leistungen der ärztlichen Behandlung zu definieren, die durch Pflegefachpersonen im Krankenhaus eigenverantwortlich erbracht werden können. Zudem sollen Rahmenvorgaben zur interprofessionellen Zusammenarbeit zwischen Pflegefachpersonen und Ärzten im Krankenhaus bei der Erbringung dieser im Katalog definierten Leistungen festgelegt werden. Die Regelung knüpft in ihrer Struktur an den neuen § 73d an, welcher die Vertragsgrundlage für den ambulanten Bereich vorsieht. Die Vertragspartner sollen von Festlegungen des Vertrags nach § 73d abweichen können, wenn Besonderheiten im Krankenhausbereich dies erfordern. Ziel der Regelung ist, dass grundsätzlich unabhängig von dem jeweiligen Tätigkeitsbereich einer Pflegekraft klar ist, welche Qualifikation zur Erbringung welcher Leistung befähigt.

Bewertung:

Mit § 112a SGB V wird gesetzlich geregelt, dass auch in zugelassenen Krankenhäusern Pflegefachpersonen bestimmte Leistungen der ärztlichen Behandlung eigenverantwortlich erbringen können, analog zur bereits im ersten Gesetzentwurf vorgesehenen Regelung für andere Gesundheitseinrichtungen. Diese Entwicklung wird ausdrücklich begrüßt.

Die Vertragsparteien auf Bundesebene werden dazu verpflichtet, die Möglichkeiten der eigenverantwortlichen Erbringung von Leistungen der ärztlichen Behandlung durch Pflegefachpersonen zu definieren. Die unterschiedlichen Qualifikationsniveaus werden in diesem Prozess berücksichtigt.

Zudem wird begrüßt, dass gleichzeitig in diesem Vertrag Rahmenvorgaben zur interprofessionellen Zusammenarbeit definiert werden und u.a. die maßgeblichen Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene sowie die Bundesärztekammer in diesen Prozess mit einbezogen werden sollen.

Zu begrüßen ist auch, dass der Einsatz von akademisch ausgebildeten Pflegefachpersonen (Bachelor- und Master-Abschluss) im Gesetz anerkannt wird und in die Evaluierung einfließen soll (zu Nummer 21 (§ 112a) Absatz 4) – Gesetzesentwurf). Das stärkt die wissenschaftliche Fundierung der Evaluation und schafft eine Grundlage, pflegewissenschaftliche Erkenntnisse systematisch in die Weiterentwicklung der Krankenhausversorgung einzubinden. Es unterstreicht zudem die Bedeutung von hochschulischer Qualifikation für die Weiterentwicklung des Berufsbildes und für die Qualitätssicherung.

§ 348 SGB V Übertragung von Behandlungen in die elektronische Patientenakte durch zugelassene Krankenhäuser

Sachverhalt:

Der neu hinzugefügte Absatz 6 sieht Ausnahmen zur Befüllung der elektronischen Patientenakte vor, wenn die Übermittlung oder Speicherung in der elektronischen Patientenakte aus erheblichen therapeutischen Gründen oder wegen erheblicher Rechte Dritter abzulehnen ist bzw. wenn gewichtige Anhaltspunkte für eine Gefährdung des Wohls eines Kindes/Jugendlichen bis zur Vollendung des 15. Lebensjahres bestehen und die Befüllung der Akte den Schutz des Kindes/Jugendlichen gefährden würde. Die Gründe für die Ablehnung müssen vom Leistungserbringer nachvollziehbar in der Behandlungsdokumentation protokolliert werden.

Bewertung:

Mit dieser Regelung wird der Tatsache Rechnung getragen, dass in bestimmten Fällen die Kenntnisnahme konkreter Gesundheitsdaten nachteilig für Patientinnen und Patienten oder Dritte sein kann. Zum Schutz der Patientinnen und Patienten werden deshalb Ausnahmen von der Befüllungsverpflichtung der elektronischen Patientenakte geschaffen. Für Krankenhäuser bringt dies Rechtssicherheit und trägt dazu bei, dass Datenschutz nicht in Konflikt mit medizinischer und pflegerischer Verantwortung gerät. Dies ist ebenfalls zu begrüßen.

Zu Artikel 5 - Änderung des Pflegeberufgesetzes

§ 4a PflBG: Eigenverantwortliche Heilkundenausübung

Sachverhalt:

Im neuen § 4a des Pflegeberufgesetzes sind Personen mit einer Erlaubnis nach § 1 zur eigenverantwortlichen Heilkundenausübung im Rahmen der nach diesem Gesetz erworbenen heilkundlichen Kompetenzen befugt.

Bewertung:

Die Ersetzung der Angabe zu § 4a PflBG ist ein wichtiger Schritt zur Stärkung der Eigenverantwortlichkeit von Pflegefachpersonen und zur rechtlichen Klarstellung ihres heilkundlichen Aufgabenspektrums. Es ist positiv zu bewerten, dass § 4 (Vorbehaltsaufgaben) des PflBG im gesamten Gesetzentwurf konsequent hervorgehoben und substantiell gestärkt wird.

Eine erfolgreiche Umsetzung dieser neuen Befugnisse setzt jedoch voraus, dass die interprofessionelle Zusammenarbeit nicht nur abstrakt gefordert, sondern durch verbindliche Strukturen und standardisierte Prozesse abgesichert wird. Die gesetzliche Begründung verweist zwar auf die Einbindung wissenschaftlicher Expertise nach § 8 Abs. 3c SGB XI zur weiteren Konkretisierung heilkundlicher Aufgaben. Damit dies aber nachhaltig wirkt, muss die Pflegewissenschaft systematisch gefördert und mit der Praxis eng verzahnt werden. Die gezielte Verknüpfung von Ausbildung, Forschung und Praxis ist unerlässlich, um den Anspruch eines eigenständigen pflegerischen Heilberufs zu untermauern und die Qualität der Versorgung nachhaltig zu verbessern.

Bislang wird im Rahmen der akademischen Qualifikation nicht zwischen Bachelor- und Masterabschluss differenziert; beide Abschlüsse werden in den Aufgabenprofilen gleichermaßen aufgeführt. Zukünftig ist jedoch eine klare Unterscheidung erforderlich, wobei für Pflegefachpersonen mit Masterabschluss zusätzliche, erweiterte Aufgaben definiert werden müssen.

III. Weiterer Regelungsbedarf

Interprofessionelle Zusammenarbeit

Die geplanten gesetzlichen Änderungen greifen an mehreren Stellen die Notwendigkeit der interprofessionellen Zusammenarbeit auf, etwa in § 64d (Standards für Zusammenarbeit in Modellvorhaben) und in § 73d (Rahmenvorgaben zur Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Pflegefachpersonen) sowie in § 112a (Eigenverantwortliche Erbringung von Leistungen durch Pflegefachpersonen im Rahmen der Krankenhausbehandlung). Damit ist zwar die interprofessionelle Kooperation gesetzlich verankert, jedoch beschränken sich die Vorgaben auf prozessuale Anforderungen. Es braucht konkrete Handlungsrichtlinien für die praktische Zusammenarbeit (wie Entscheidungsbefugnisse, Abgrenzung von Verantwortlichkeiten, verbindliche Kooperationsstrukturen usw.) insbesondere für die Versorgung von komplexen medizinischen Fällen. Die wirksame Umsetzung der Reform ist demnach davon abhängig, dass die in §§ 64d, 73d und 112a SGB V vorgesehenen Vorgaben zur interprofessionellen Zusammenarbeit

konkret und unter Einbeziehung von Fachexpert:innen aus allen Versorgungsbereichen ausgestaltet werden. Andernfalls droht die neue Kompetenz der Pflege in der Praxis auf eine rein formale Erweiterung reduziert zu bleiben.

Ziel der Reform muss es sein, eine einheitliche Definition und Umsetzung der erweiterten Kompetenzen für Pflegefachpersonen in allen Sektoren zu gewährleisten. Nur so kann eine sektorenübergreifende und interdisziplinäre Zusammenarbeit, unter anderem mit weiteren Gesundheitsfachberufen, nachhaltig sichergestellt werden. Neben der Festlegung von erweiterten Kompetenzen in der Pflege braucht es einheitliche Ausbildungen, einen definierten rechtlichen Rahmen und eine angemessene refinanzierte Vergütung.

Ebenso muss anhand der Kompetenzerweiterung in der Pflege ein bedarfsgerechter Qualifikationsmix entwickelt werden. Zudem muss die Anrechnung im Anwendungsbereich der Personalbemessungsinstrumente überprüft und ebenso die Auswirkung der Umverteilung von bislang ärztlichen Aufgaben auf die nach G-BA Vorgaben oder Leitlinien erforderliche Anzahl der Fachärzte analysiert werden.

Akademisierung

Für die Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen pflegerischen Versorgung sind alle Pflegeberufe und ihre Aufgaben und Befugnisse auf allen Qualifikationsniveaus – von der Pflegefachassistenzperson bis zur Pflegefachperson mit Masterabschluss zu betrachten. Die Ausweitung von Kompetenzen, einhergehend mit dem Auf- und Ausbau akademischer Qualifizierungsmöglichkeiten ist ein Schritt zur Sicherstellung der Versorgung in Zeiten des demografischen Wandels. Neben dem Umsetzen innovativer Versorgungskonzepte sollen die akademisierten Pflegefachpersonen befähigt werden, aus der Berufspraxis heraus neue Forschungsfragen ableiten zu können. Hier übernehmen die deutschen Universitätsklinika gemeinsam mit den Medizinischen Fakultäten aufgrund ihrer Verbindung von Forschung, Lehre und Krankenversorgung eine besondere Funktion.

Daher ist es zwingend notwendig, neben dem Gesetz zur Befugnisserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege in einem weiteren Gesetzgebungsverfahren die Etablierung neuer Berufsbilder zu regeln. Die Entwicklung eines Pflege- und Gesundheitsexperten-Einführungsgesetzes zur bundeseinheitlichen Einführung eines Pflegeberufs auf Masterniveau einschließlich der Regelungen seiner heilkundlichen Befugnisse wurde mit der Vorhabenplanung des BMG angekündigt und wird durch die DHM und den VPU ausdrücklich begrüßt.

Unterzeichnende Verbände

Der Medizinische Fakultätentag (MFT) und der Verband der Universitätsklinika Deutschlands (VUD) vertreten die Interessen der 39 Medizinischen Fakultäten sowie der 37 Universitätsklinika in Deutschland – Dachverband ist die Deutsche Hochschulmedizin (DHM). Gemeinsam stehen VUD und MFT für Spitzenmedizin, erstklassige Forschung sowie die international angesehene Mediziner Ausbildung und -weiterbildung. <https://www.deutsche-hochschulmedizin.de>

Der Verband der Pflegedirektorinnen und Pflegedirektoren der Universitätskliniken und Medizinischen Hochschulen Deutschlands (VPU e.V.) vertritt als Managementverband die Interessen seiner Mitglieder auf fachlicher und berufspolitischer Ebene und setzt sich für die Positionierung und Weiterentwicklung der professionellen Pflege in den Universitätskliniken sowie für einen Dialog mit Politik und Gesellschaft ein. [Verband der Pflegedirektorinnen und Pflegedirektoren der Universitätskliniken und Medizinischen Hochschulen Deutschlands e.V. - Startseite \(vpuonline.de\)](http://www.vpuonline.de)

**Stellungnahme
der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV)
zu den Änderungsanträgen der Fraktionen CDU, CSU und SPD
zum Gesetzentwurf der Bundesregierung für ein Gesetz
zur Befugnisenerweiterung und Entbürokratisierung
in der Pflege**

Die KZBV nimmt zu den Änderungsanträgen der Fraktionen CDU, CSU und SPD zum Gesetzentwurf der Bundesregierung für ein Gesetz zur Befugnisenerweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege (im Folgenden kurz: PBEEG) (Ausschussdrucksache 21(14)25 vom 07.10.2025 des Ausschusses für Gesundheit des Deutschen Bundestages) nur insoweit Stellung, als hierdurch vertragszahnärztliche Interessen unmittelbar betroffen sind.

Vorausgehend wird darauf hingewiesen, dass die äußerst kurzfristige Ergänzung zahlreicher wesentlicher neuer Regelungsinhalte über Änderungsanträge eine adäquate inhaltliche Bewertung der Anträge bzw. der mit ihnen verbundenen Änderungen erheblich erschwert.

Dies vorausschickend, nimmt die KZBV zum **Änderungsantrag Nr. 9** wie folgt Stellung:

Zu Änderungsantrag Nr. 9 (Zu Artikel 3 Nummer 18 / § 87 SGB V, Buchstabe a)

Der Änderungsantrag Nr. 9 sieht unter Nummer 18. Buchstabe a) eine Ergänzung des § 87 Abs. 2 SGB V durch einen neuen Satz 9 dahingehend vor, dass der Einheitliche Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen (BEMA-Z) daraufhin zu überprüfen ist, ob er den besonderen Erfordernissen der Versorgung von Menschen mit Behinderungen angemessen Rechnung trägt, wobei ggf. erforderliche Anpassungen punktschummenneutral umzusetzen sind.

Die KZBV und die deutsche Zahnärzteschaft unterstützen das Ziel, die gesundheitliche und hierbei insbesondere die vertragszahnärztliche Versorgung von Menschen mit Behinderung zu erleichtern. Bereits seit 2010 ist von der KZBV das "Konzept Mundgesundheit trotz Handicaps und hohem Alter" zur verbesserten und passgenauen zahnmedizinischen Versorgung von Menschen hohen Alters, pflegebedürftigen Menschen und Menschen mit Behinderungen entwickelt und mit Hilfe des Gesetzgebers konkret umgesetzt worden. Das Konzept wird weiterhin beständig weiterentwickelt und ausgebaut.

Die im Änderungsantrag Nr. 9 bzw. im dortigen § 87 Abs. 2 Satz 9 SGB V-E vorgeschriebene Punktsommenneutralität eventueller Anpassungen des BEMA wird seitens der KZBV allerdings für nicht sachgerecht erachtet und daher abgelehnt.

Bei der Ermöglichung einer gleichberechtigten Teilhabe von Menschen mit Einschränkungen handelt es sich um eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, die nicht allein aus dem bisherigen Vergütungsvolumen der Leistungserbringer zu finanzieren ist. Vielmehr müssen die hierfür erforderlichen Mittel gesondert bereitgestellt werden.

Die intendierte punktsommenneutrale und damit kostenneutrale Umrelationierung zum Zwecke der Mittelgenerierung für die Versorgung von Patienten mit Einschränkungen geht hingegen denklingsch zulasten der übrigen, nicht weniger wichtigen Versorgungsleistungen, die insoweit abgewertet werden müssten. Dies ist sachlich nicht zu rechtfertigen.

Für sich gesehen sinnvolle Zuschläge, gesonderte Vergütungen, neue Leistungen oder andere Maßnahmen, die den tatsächlichen Mehraufwand (zeitlich, personell, apparativ) bei der Behandlung von Menschen mit Behinderungen adäquat abbilden, dürfen nicht durch Umrelationierungen zu Lasten anderer Versorgungsleistungen in den BEMA integriert werden, da Letztere dann nicht mehr adäquat erbracht werden könnten. Vielmehr muss der mit der Behandlung von Menschen mit Behinderungen ggf. verbundene Mehraufwand für die Praxen auch gesondert und insgesamt kostendeckend und nicht auf Kosten der Praxen vergütet werden.

Sachgemäß und zielführend wäre insoweit statt der in Änderungsantrag Nr. 9 vorgesehenen punktsommenneutralen BEMA-Umrelationierungen eine gesetzliche Regelung, die eine adäquate Zuschlagsposition für Behandlungen der betreffenden Patientengruppe vorsieht.

Sinnvoll zur Verbesserung der Versorgung von Menschen mit Einschränkungen wäre zudem, dass die aktuell gemäß § 119b SGB V bestehende Möglichkeit zum Abschluss von Kooperationsverträgen zwischen Zahnärzten und Pflegeheimen auch auf Einrichtungen der Eingliederungshilfe resp. Behinderteneinrichtungen ausgedehnt wird. Denn dies wäre ein sinnvoller Vorstoß zu einer zielgerichteten und bedarfsorientierten Versorgungsverbesserung von Menschen mit Behinderungen, da durch ein strukturiertes Erreichen dieser Patientengruppe deren weiterer Behandlungsbedarf frühzeitig zugeordnet und präventiv reduziert werden kann.

**Stellungnahme
der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV)
zum Regierungsentwurf eines Gesetzes
zur Befugniserweiterung und Entbürokratisierung
in der Pflege (PBEEG)**

Die KZBV nimmt zum Regierungsentwurf eines Gesetzes zur Befugniserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege (im Folgenden kurz: PBEEG bzw. PBEEG-RegE) nur insoweit Stellung, als hierdurch vertragszahnärztliche Interessen unmittelbar betroffen sind.

Vorausgehend wird indes darauf hingewiesen, dass die Ergänzung wesentlicher neuer Regelungsinhalte im Regierungsentwurf ohne vorherige Durchführung einer Verbändeanhörung insoweit als unglücklich empfunden wird, als erforderliche Korrekturen kaum noch bzw. nur unter immensem Aufwand möglich sind.

Die Stellungnahme bezieht sich auf die folgenden vorgesehenen Regierungsentwürfe:

- Neuregelungen zum vertragszahnärztlichen Notdienst (§ 81 Abs. 6, § 95 Abs. 3a SGB V-E),
- Neuregelungen zur elektronischen Ersatzbescheinigung (§ 291 Abs. 9 SGB V-E),
- Neuregelungen zum Umgang mit Authentifizierungskomponenten für Leistungserbringerinstitutionen (§ 340a, § 399 SGB V-E)
- Einführungsfrist für den elektronischen Medikationsplan (§ 342 Abs. 2a Nr. 1 SGB V-E).

Ziel dieser Stellungnahme ist es, bestehende Inkonsistenzen und potenzielle Fehlentwicklungen aufzuzeigen – auch dort, wo sie die Versorgungssicherheit der Bevölkerung berühren – und hierzu, soweit möglich, Anpassungsvorschläge zu unterbreiten.

Im Einzelnen nimmt die KZBV zu den Inhalten des PBEEG-RegE wie folgt Stellung:

I. Zum vertragszahnärztlichen Notdienst (Nr. 17 und 19 PBEEG-RegE, Einfügung § 81 Abs. 6 und § 95 Abs. 3a SGB V-E)

Der Gesetzentwurf enthält in § 81 Abs. 6 SGB V-E und § 95 Abs. 3 SGB V-E zwei Vorschläge zur Ergänzung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V), die ausdrücklich auf eine Verbesserung der rechtlichen Rahmenbedingungen im vertragsärztlichen bzw. vertragszahnärztlichen Notdienst abzielen sollen.

Damit soll - so die Gesetzesbegründung - insbesondere denjenigen, die diesen Notdienst organisieren oder leisten, Rechtssicherheit vermittelt werden, namentlich den Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen (K(Z)Ven), denen ein verlässlicher Handlungsspielraum zur Gestaltung des Notdienstes eröffnet werden soll, sowie den notdienstleistenden (Zahn-)Ärzten bzw. Vertrags(zahn)ärzten. Dies erfolgt vor dem Hintergrund der Entscheidung des 12. Senats des Bundessozialgerichts vom 24.10.2023 (Az. B 12 R 9/21 R), in welcher dieser entgegen den Vorinstanzen und der ursprünglichen Auffassung der Deutschen Rentenversicherung Bund geurteilt hatte, dass die Teilnahme eines sog. Pool-Zahnarztes an von einer Kassenzahnärztlichen Vereinigung (KZV) über von ihr betriebene Notdienstzentren organisierten vertragszahnärztlichen Notdienst nicht automatisch aufgrund der Teilnahme an der vertragszahnärztlichen Versorgung als selbständige Tätigkeit zu klassifizieren ist, sondern vielmehr nach Lage des jeweiligen Einzelfalles eine sozialversicherungspflichtige Beschäftigung darstellt bzw. darstellen kann. Die daraus für den Betrieb solcher Notdienstzentren der K(Z)Ven entstandenen Rechtsunsicherheiten und Zweifel an deren Weiterbetreibbarkeit waren Anlass u.a. für die KZBV, einen einheitlichen und rechtssicheren gesetzlichen Befreiungstatbestand für notdienstleistende Zahnärzte zu schaffen, vergleichbar dem § 23c Abs. 2 Satz 1 SGB IV für notärztliche Tätigkeiten im Rettungsdienst.

Die im vorliegenden Gesetzentwurf stattdessen vorgesehenen Regelungen in § 81 Abs. 6 und § 95 Abs. 3a SGB V-E sind zwar – der Intention nach – grundsätzlich ein begrüßenswerter Schritt in die richtige Richtung, insbesondere soweit sie darauf abzielen, den vertrags(zahn)ärztlichen Notdienst weiterhin auch unter Einbindung von Pool(zahn)ärzten/-innen auf Basis einer selbstständigen Tätigkeit organisieren zu können. Allerdings bestehen nach eingehender Analyse dieser vorgesehenen Neuregelungen unter Berücksichtigung der spezifischen Notdienststrukturen in den von der o.g. BSG-Entscheidung betroffenen KZV-Bereichen erhebliche Bedenken dahingehend, dass die intendierte Rechtssicherheit für den Erhalt der bestehenden Notdienststrukturen unter Einsatz insb. von Poolzahnärzten hiermit nicht in dem erforderlichen Maße zu erzielen sein wird.

Diese Einschätzung deckt sich im Wesentlichen mit den Bedenken in der Stellungnahme des Bundesrates vom 26.09.2025 zu den den Notdienst betreffenden Regelungsentwürfen (BR-Drucks. 365/25, zu Nr. 52, S. 21 f.), welcher insoweit beipflichtet wird.

Daher sind weitergehende Regelungen erforderlich, um diese gesetzgeberische Zielsetzung wirksam erfüllen und die bestehenden Notdienststrukturen in den betroffenen KZV-Bereichen erhalten zu können (siehe hierzu die Regelungsvorschläge am Ende der hiesigen Ausführungen zu I.).

Im Einzelnen:

Konkret sieht der Gesetzentwurf vor, § 81 SGB V um einen neuen Absatz 6 zu ergänzen, der klarstellt, dass die Satzungen der K(Z)Ven Regelungen zur Notdienstgestaltung und zur Zahlung von Sicherstellungspauschalen enthalten können.

Nach § 81 Abs. 5 SGB V soll folgender Absatz 6 eingefügt werden:

„(6) Die Satzungen der Kassenärztlichen Vereinigungen sollen Bestimmungen über die Sicherstellung des Notdienstes enthalten. Sofern dies zum Zwecke der Sicherstellung des Notdienstes in einer Region erforderlich ist, können die Kassenärztlichen Vereinigungen die Gewährung von Sicherstellungspauschalen an die teilnehmenden Ärzte festlegen.“

Darüber hinaus soll § 95 SGB V um einen neuen Absatz 3a ergänzt werden, in dem es heißt:

„Tätigkeiten im Notdienst, zu denen ein Vertragsarzt aufgrund seiner jeweiligen Zulassung verpflichtet ist, sind sozialversicherungsrechtlich entsprechend der sozialversicherungsrechtlichen Einordnung seiner Tätigkeit im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung zu bewerten.“

Dieser neue § 95 Abs. 3a SGB V-E soll nach der Gesetzesbegründung klarstellen, dass Vertragsärzte, soweit sie aufgrund ihrer Zulassung zur Teilnahme am Notdienst verpflichtet sind, diese Tätigkeit als bloßen Annex zur selbständigen Haupttätigkeit ausüben. Damit wäre die sozialversicherungsrechtliche Bewertung der Notdiensttätigkeit akzessorietätsgleich an die Haupttätigkeit gekoppelt, also typischerweise als selbständige Tätigkeit einzuordnen.

1. *Bewertung der geplanten Änderungen in § 81 Abs. 6 SGB V-E*

Der geplante § 81 Abs. 6 SGB V-E beinhaltet im Wesentlichen zwei Regelungsgegenstände:

- Einerseits stellt die Regelung klar, dass die K(Z)Ven berechtigt sind, die Organisation des Notdienstes durch einfaches Satzungsrecht zu bestimmen.
- Andererseits wird klargestellt, dass den im Notdienst tätigen Zahnärzten – neben der ohnehin geschuldeten Vergütung – eine sog. Sicherstellungspauschale gezahlt werden kann, um den Notdienst (gerade in strukturschwachen Gebieten) attraktiver zu machen.

Die auf Basis des § 81 Abs. 6 SGB V-E erlassenen Organisationsregelungen und/oder Regelungen zur Sicherstellungspauschale gelten sowohl für Vertrags(zahn)ärzte als auch für diejenigen Ärzte, die mangels Zulassung zur Teilnahme an der vertrags(zahn)ärztlichen Versorgung und somit auch am Notdienst, verpflichtet sind.

1.1 Organisationsermessen

Ausweislich der Gesetzesbegründung ist es den K(Z)Ven „schon nach aktueller Rechtslage möglich“, den zahnärztlichen Notdienst „über einfaches Satzungsrecht“ auszugestalten. In rechtlicher Hinsicht schlägt sich der Gebrauch des Organisationsermessens beispielsweise in der Notfalldienstordnung der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg (KZV BW) nieder. Insofern bleibt festzuhalten, dass der Verweis auf die Organisationshoheit der K(Z)Ven letztlich keine Neuerung oder Erweiterung der Befugnisse mit sich bringt.

1.2 Sicherstellungspauschale

Das Gleiche gilt auch für den deklaratorischen Hinweis, wonach an Zahnärzte, die sich zur Erbringung von Tätigkeiten im Notdienst bereithalten (neben der Vergütung) eine Sicherstellungspauschale gezahlt werden kann. Bereits aus der Gesetzesbegründung ergibt sich, dass auch diese Regelung „ebenfalls klarstellend“ ist.

1.3 Erwerbsstatus der Zahnärzte

Die in § 81 Abs. 6 SGB V-E beinhalteten Regelungsgegenstände weisen keinen unmittelbaren Bezug zum Erwerbsstatus der im Notdienst tätigen Zahnärzte auf. Sie lassen sich – wenn überhaupt – nur mittelbar, aber auch dann ohne konstituierende, Rechtssicherheit schaffende Lösungsansätze auf die bekannte Statusproblematik der Zahnärzte übertragen:

- Der Hinweis auf die **Organisationsverantwortung** der K(Z)Ven lässt sich – im Lichte des Urteils des Bundessozialgerichts vom 24.10.2023 (Az. B 12 R 9/21 R, Rn. 12) – auch dahin verstehen, dass diese verpflichtet sind, eine Notdienststruktur zu wählen, die von vornherein klare sozialversicherungsrechtliche Statusverhältnisse schafft. Das Bundessozialgericht betonte ausdrücklich, dass seine Entscheidung nur die konkret praktizierte Organisationsform betreffe und bei abweichenden Modellen eine andere Statusbeurteilung möglich sei. Daraus ließ sich folgern, dass das Urteil keine grundsätzliche Wertung enthält, sondern die Tür für alternative Organisationsformen offenlässt – allerdings ohne konkret aufzuzeigen, wie diese rechtssicher auszugestalten wären.

- Die **Sicherstellungspauschale** soll dazu dienen, den Notdienst attraktiver zu machen, und kann ausweislich der Normbegründung für die Zahnärztinnen

und Zahnärzte unabhängig von der Vergütung der geleisteten Dienste für einen bestimmten Zeitraum gewährt werden, in dem sich diese zur Teilnahme an der Sicherstellung des vertragszahnärztlichen Notdienstes der KZV bereithalten. Ob die Gewährung einer Sicherstellungspauschale maßgebliche Auswirkungen auf den sozialversicherungsrechtlichen Status mit sich bringt, unter dem die Zahnärzte ihre Tätigkeiten in Notdienstzentren erbringen, lässt sich indes nicht mit der nötigen Rechtssicherheit konstatieren. Die reine Höhe der finanziellen Zuwendungen war bislang in keiner bekannten Entscheidung der Sozialgerichtsbarkeit entscheidend für den Status des jeweiligen „Pool(zahn)arztes“. In der von den Sozialgerichten vorgenommenen Einzelfallprüfungen standen vielmehr lediglich die Abrechnungsmodalitäten – also das „wie“ der Vergütungsauszahlung – im Fokus. Insofern bringt der deklaratorische Hinweis auf die Möglichkeit der Zahlung einer Sicherstellungspauschale vor allem auch mit Blick auf die Sozialgerichte nicht die gewünschte rechtssichere Erleichterung hinsichtlich der verbindlichen, ggf. gerichtlichen Einordnung des sozialversicherungsrechtlichen Status von Poolzahnärzten mit sich.

Auch der Bundesrat hat in seiner o.g. Stellungnahme insoweit festgestellt, dass auf Grundlage der intendierten Neuregelungen nicht eindeutig sei, wie bei (Zahn-)Ärzten, die nicht K(Z)V-Mitglieder sind (zum Beispiel "Rentner" bzw. Ruheständler, "Freelancer", sonstige Pool(zahn)ärzte), sich deren sozialversicherungsrechtlicher Status darstellt (BR-Drucks. 365/25, zu Nr. 25, S. 21 f.).

2. *Bewertung der geplanten Änderung in § 95 Abs. 3a SGB V-E*

Zwar ist der grundsätzliche Ansatz, mit dem bestehende Rechtsunsicherheiten beseitigt werden sollen, zu begrüßen. Allerdings ist festzustellen, dass nach Einschätzung der konkret betroffenen KZVen die verbleibenden Rechtsunsicherheiten dazu führen, dass die im vertragszahnärztlichen Bereich betriebenen Notdienstzentren so nicht (mehr) fortgeführt werden können. Bei näherer Betrachtung zeigt sich nämlich, dass der Gesetzentwurf zentrale Fragen offenlässt und damit das Ziel, umfassende Rechtssicherheit zu schaffen, zu verfehlen droht. Es wird von den betroffenen KZVen die Gefahr gesehen, dass neue Probleme und zusätzliche Bürokratie geschaffen werden, die es so bislang nicht gegeben hat.

2.1 *Fehlende Abgrenzung der zulassungsrechtlichen Verpflichtung als Anknüpfungspunkt*

Eine erste Unschärfe der geplanten Regelung ergibt sich bereits aus der Formulierung des § 95 Abs. 3a SGB V-E. Danach erfasst die Norm lediglich:

„Tätigkeiten im Notdienst, zu denen ein Vertragsarzt aufgrund seiner jeweiligen Zulassung verpflichtet ist, [...]“.

In dem Gesetzesentwurf wird in diesem Zusammenhang auf Seite 207 zwischen Tätigkeiten unterschieden,

„[...] die von Vertragsärztinnen und Vertragsärzten außerhalb der aus ihrer Zulassung folgenden Verpflichtung oder von anderen Ärztinnen und Ärzten erbracht werden [...]“.

Diese Formulierung zieht eine Trennlinie zwischen Tätigkeiten, die „innerhalb“ und „außerhalb“ der aus der Zulassung folgenden Verpflichtungen erbracht werden. Es ist zwar naheliegend an die vertrags(zahn)ärztlichen Verpflichtungen anzuknüpfen, da so der Bezug zum konkreten Versorgungsauftrag hergestellt wird. Dieser ist allerdings auch räumlich und ggf. zeitlich begrenzt, etwa durch den Ort der Zulassung und deren konkreten Umfang. Der Regelungsentwurf definiert aber gerade nicht, was den beiden Bereichen („innerhalb“ und „außerhalb“) zuzurechnen ist.

Die Regelung bedarf daher in diesem Punkt der Auslegung, was erneut zu Rechtsunsicherheiten führt. Zudem erzeugt sie einen erheblichen Verwaltungsaufwand, der in der Praxis kaum zu bewältigen ist.

2.1.1 Zeitlich überschießende Notdiensteinsätze und Fragmentierungsrisiko

Unklarheiten entstehen zunächst durch einen zeitlich begrenzten Umfang der Verpflichtung zur Teilnahme am Notdienst.

Auszugehen ist dabei zunächst davon, dass unter Berücksichtigung von Art. 3 GG eine gleichmäßige Belastung bei Heranziehung zum Notdienst erfolgen muss (vgl. BSG, Urteil vom 06.02.2008, Az.: B 6 KA 13/06 R). Der konkrete Umfang des Versorgungsauftrags muss also stets beachtet werden (vgl. LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 26.11.2014, Az.: L 5 KA 3306/12 bzgl. einer Zweigpraxis). Dies führt in jedem Einzelfall zu einer individuellen zeitlichen Begrenzung der Notdienstverpflichtung.

Sollte der sozialversicherungsrechtliche Regelungsgehalt des § 95 Abs. 3a SGB V-E ausschließlich für jene Notdiensttätigkeit gelten, die unmittelbar aus der zulassungsrechtlichen Verpflichtung von Vertrags(zahn)ärzten resultiert, wäre nicht ausgeschlossen, dass sich im Umkehrschluss jede darüberhinausgehende Tätigkeit - sei es freiwillig oder infolge einer „überschießenden“ Einteilung durch die Kassenzahnärztliche Vereinigung – als potentiell sozialversicherungspflichtig erweisen kann.

Dies hätte nicht nur erhebliche praktische Konsequenzen für die Dienstplangestaltung, sondern würde auch das sozialversicherungsrechtliche Risiko für

die betroffenen Leistungserbringer und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen selbst in kaum kalkulierbarer Weise erhöhen. Letztlich wird dadurch das Ziel des Gesetzgebers, durch § 95 Abs. 3a SGB V-E für Rechtsklarheit und administrative Entlastung zu sorgen, konterkariert.

Es müsste also bei der Notdienstorganisation - unter Berücksichtigung des vorstehend dargelegten rechtlichen Rahmens - zunächst bestimmt werden, in welchem Umfang die betreffende Person notdienstverpflichtet ist. Konkrete Grenzen für den zeitlichen Umfang einer zulassungsrechtlich verpflichtenden Notdiensttätigkeit – etwa in Form einer bestimmten Stundenanzahl pro Monat – bestehen bislang nicht. Angesichts der stark variierenden regionalen Versorgungsstrukturen lassen sich solche Grenzen auch normativ kaum einheitlich definieren. Schon angesichts dessen werden erhebliche Rechtsunsicherheiten in der praktischen Anwendung der Norm befürchtet.

Hinzu kommt, dass in der Einzelfallbetrachtung weder die Freiwilligkeit noch die Veranlassung durch die Kassenzahnärztliche Vereinigungen zuverlässig dokumentiert oder abgegrenzt werden kann - etwa bei kurzfristigen Tauschanfragen der Leistungserbringer oder Dienstplanverschiebungen. Die Folge wäre eine faktische Einzelfallprüfung jedes Notdiensteinsatzes im Hinblick auf seine sozialversicherungsrechtliche Einordnung - ein Verfahren, das weder verwaltungspraktisch noch rechtsstaatlich tragfähig erscheint.

Im Ergebnis wird aufseiten der betroffenen KZVen die Gefahr gesehen, dass die einheitliche notdienstliche Tätigkeit ein und derselben Person in zwei unterschiedliche sozialversicherungsrechtliche Abschnitte aufgespalten wird: In einen versicherungsfreien Teil, soweit die Tätigkeit noch von der zulassungsrechtlichen Verpflichtung gedeckt ist, und in einen beitragspflichtigen Teil, sobald ein solcher – gesetzlich nicht näher definierter – Umfang überschritten wird. Eine derartige Fragmentierung einheitlicher Dienstverhältnisse führt auch zu erheblichen praktischen Umsetzungsschwierigkeiten.

Auch der Bundesrat hat in seiner o.g. Stellungnahme insoweit festgestellt, dass der Regelung des § 95 Abs. 3a SGB V unterstellt werden könnte, dass alle Tätigkeiten im Not-/Bereitschaftsdienst, die freiwillig übernommen oder freiwillig über eine bestehende Pflicht hinaus zusätzlich übernommen werden, der Sozialversicherungspflicht unterlägen; zudem wird auf den entstehenden Verwaltungsmehraufwand hingewiesen (BR-Drucks. 365/25, zu Nr. 25, S. 21 f.).

2.1.2 Räumlich übergreifende Dienstzuteilungen

Ebenso erhebliche Rechtsunsicherheiten entstehen in Konstellationen, in denen Vertragszahnärzte für Notdienste außerhalb des Bereichs eingeteilt werden, der ihrem konkreten Versorgungsauftrag aus der Zulassung entspricht. Solche Fälle treten insbesondere im Rahmen überregionaler Organisationsmodelle auf - etwa bei zentralen Notdienstzentren, die einen größeren „Einzugsbereich“ haben. Wird ein Vertragszahnarzt dort zur Dienstleistung herangezogen, obwohl seine originäre Verpflichtung auf einen anderen räumlichen Bereich beschränkt ist, stellt sich die Frage, ob die geleistete Tätigkeit noch vom sozialversicherungsrechtlichen Regelungsgehalt des § 95 Abs. 3a SGB V-E erfasst ist.

2.1.3 Statusrechtliche Unsicherheit bei freiwilliger Dienstübernahme

Ebenfalls ist nicht klar, ob der Gesetzgeber mit der Formulierung des § 95 Absatz 3a SGB V lediglich solche Einsätze klarstellend erfassen wollte, zu denen Ärzte bzw. Zahnärzte durch Einteilung (mittels Verwaltungsakt) herangezogen werden, oder ob auch zusätzliche freiwillige Einsätze, etwa im Rahmen von Vertretungen oder Diensttausch, unter die Regelung fallen sollen. Auch in diesem Fall bleibt unklar, woran sich die Abgrenzung zwischen „innerhalb“ und „außerhalb“ der zulassungsrechtlichen Verpflichtung konkret orientieren soll – mit der Folge erheblicher Rechtsunsicherheit für alle Beteiligten.

Daher ist auch unklar, wie in Bezug auf freiwillige Einsätze in einem Notdienstzentrum zu verfahren ist. Trotz einer grundsätzlich bestehenden Pflicht zur Teilnahme am Notdienst können die konkreten Dienste schließlich auch auf freiwilliger Basis organisiert werden.

In der Praxis wird in den betreffenden KZV-Bereichen bspw. quartalsweise der potenzielle Teilnehmerkreis abgefragt und um Mitteilung gebeten, ob und ggf. welche Dienste im kommenden Quartal übernommen werden können. Dies stellt rechtlich betrachtet eine bloße Aufforderung zur Abgabe eines verbindlichen Angebots dar (invitatio ad offerendum), nicht aber eine verpflichtende Heranziehung zum Notdienst im engeren Sinne.

Angesichts dessen stellt sich die Frage, wie bei Notdiensteinsätzen, die auf eigenverantwortlicher Meldung beruhen, zu verfahren ist.

Auch der Bundesrat hat in seiner o.g. Stellungnahme insoweit festgestellt, dass die Einordnung aller Tätigkeiten im Bereitschafts-/Notdienst unklar ist, die freiwillig übernommen werden (BR-Drucks. 365/25, zu Nr. 25, S. 21 f.).

2.2 Ausschluss nicht zugelassener Zahnärzte - Risiken für Versorgung und Organisation

Zugleich bleibt der Gesetzentwurf seinem Wortlaut nach auf Vertrags(zahn)ärzte beschränkt und verkennt damit die tatsächlichen Gegebenheiten der Notdienstversorgung in den betroffenen KZV-Bereichen. In der Versorgungspraxis wird der zahnärztliche Notdienst nämlich nicht allein durch niedergelassene Vertragszahnärzte erbracht, sondern je nach KZV-Bereich in erheblicherem Umfang auch durch weitere Personengruppen, die nach o.g. Lesart der Norm nicht vom sozialversicherungsrechtlichen Regelungsgehalt des § 95 Abs. 3a SGB V-E erfasst wären.

Dies betrifft insbesondere angestellte Zahnärzte im Sinne des § 32b der Zahnärzte-Zulassungsverordnung, zahnärztliche Vorbereitungsassistenten sowie nicht zuletzt auch ehemalige Vertragszahnärzte im Ruhestand, die bislang in den vorhandenen vertragszahnärztlichen Notdienstzentren der KZVen freiwillig Notdienste übernommen haben. Für sämtliche dieser Personengruppen bietet der Gesetzentwurf nicht die erforderliche Rechtssicherheit, um zuverlässig davon ausgehen zu können, dass ihre Mitwirkung am KZV-seitig organisierten Notdienst künftig gesichert bzw. verbindlich als sozialversicherungsfreie Tätigkeit im Sinne des § 95 Absatz 3a SGB V-E anerkannt wird. Der Gesetzentwurf stellt allein auf die aus der vertragszahnärztlichen Zulassung resultierende Verpflichtung ab und lässt damit alle Personen außen vor, die keine eigene Zulassung innehaben.

Dies kann in erheblichem Maße die Folge nach sich ziehen, dass angestellte Zahnärzte, Assistenten und Ruheständler faktisch für den KZV-seitig organisierten Notdienst ausgeschlossen würden bzw. nicht mehr zur Verfügung stehen - sei es präventiv durch die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen zur Vermeidung statusrechtlicher Risiken, sei es durch die Betroffenen selbst aus Sorge vor möglichen Beitragsnachforderungen oder unklarer sozialversicherungsrechtlicher Einordnung.

Die damit verbundenen Risiken betreffen nicht nur die unmittelbar Mitwirkenden, sondern insbesondere auch die Sicherstellung des Notdienstes, soweit Kassenzahnärztliche Vereinigungen in der Praxis seit Jahren flächendeckend auf die aktive Mitwirkung dieser Gruppen angewiesen sind - etwa zur Abdeckung von Urlaubszeiten, Wochenenddiensten oder zur Überbrückung struktureller Versorgungslücken. Damit könnte die Versorgung der Patientinnen und Patienten zu den sprechstundenfreien Zeiten ernstlich gefährdet werden. Insoweit sollte der Gesetzgeber die vorstehend dargelegten Hinweise auch unter dem Aspekt der Patientenversorgung während der sprechstundenfreien Zeiten würdigen und berücksichtigen.

3. *Forderung nach gesetzgeberischer Klarstellung und alternativer Regelungsvorschlag*

Deutlich rechtssicherer, den Zielsetzungen des Gesetzesentwurfs angemessener und daher gegenüber den vorgesehenen Regelungen in § 81 Abs. 6 und § 95 Abs. 3a SGB V-E vorzugswürdig wäre eine Überarbeitung dahin, dass sämtliche im Rahmen der von den K(Z)Ven satzungsmäßig organisierten Notdienste ausgeübten Tätigkeiten ausdrücklich von der Sozialversicherungspflicht ausgenommen werden.

Dies kann entweder durch eine erweiterte Fassung des § 95 SGB V oder durch eine **ergänzende Regelung im Vierten Buch Sozialgesetzbuch (SGB IV; dort etwa in § 23c Abs. 2, zusammen mit entsprechenden Begleitregelungen wie in § 2 Abs. 1 SGB VII)** hinsichtlich der nicht zur vertrags(zahn)ärztlichen Versorgung zugelassenen Ärzte und Zahnärzte erfolgen.

Ein Regelungsvorschlag im SGB V für eine **erweiterte Fassung des § 95 Abs. 3a SGB V-E** könnte - unter Rückgriff auf § 81 Abs. 6 SGB V-E – wie folgt lauten:

„(3a) Ärztliche Tätigkeiten im Notdienst, die durch die Kassenärztlichen Vereinigungen nach § 81 Absatz 6 Satz 1 SGB V organisiert und bestimmt werden, gelten sozialversicherungsrechtlich als Ausübung des ärztlichen Berufs in freier Praxis. Sie sind insoweit so zu behandeln, als würden sie im Rahmen einer selbstständigen vertragsärztlichen Tätigkeit erbracht.“

Ohne eine entsprechende Erweiterung besteht die Gefahr, dass sich die bestehende Rechtsunsicherheit verfestigt und sogar neue Risiken entstehen - nicht nur für die Zahnärzte, sondern auch für die betroffenen Kassenzahnärztlichen Vereinigungen, die gezwungen wären, Dienstpläne, Vergütungsregelungen und Satzungen unter einem erhöhten Haftungs- und Prüfungsdruck zu gestalten. Vor allem aber wäre in den betroffenen KZV-Bereichen die flächendeckende Sicherstellung des zahnärztlichen Notdienstes - auch im ländlichen Raum - ernsthaft gefährdet. Es ist sicherlich nicht im Sinne der Patientinnen und Patienten, wenn die bestehenden und bewährten Notdienststrukturen durch rechtliche Unklarheiten geschwächt oder gar in ihrer Funktionsfähigkeit infrage gestellt werden, anstatt sie durch eine eindeutige gesetzliche Regelung dauerhaft zu stabilisieren und zu sichern. Der eingebrachte Regelungsvorschlag dient letztlich dem Bevölkerungsschutz, indem eine verlässliche ärztliche bzw. zahnärztliche Versorgung auch außerhalb der regulären Sprechzeiten gewährleistet bleibt.

Es wird daher um Berücksichtigung der vorstehenden Hinweise sowie Regelungsvorschläge im weiteren Gesetzgebungsverfahren gebeten.

II. Zur elektronischen Ersatzbescheinigung (Nr. 31 PBEEG-RegE, Neufassung § 291 Abs. 9 SGB V-E)

Die KZBV bewertet die in § 291 Abs. 9 Satz 2 ff. SGB V-E vorgesehene Schaffung einer Rechtsgrundlage für die Anforderung einer elektronischen Ersatzbescheinigung (eEB) durch die Praxen als sinnvoll. Das darin normierte Verfahren ist dem Grunde nach geeignet, zur Entlastung der Praxen beizutragen, aber auch die Patienten bei der Anforderung der eEB im Bedarfsfall, insb. wenn diese zur Durchführung des Verfahrens nach Satz 1 nicht in der Lage sein sollten, unterstützen zu können.

Um dieser auch seitens des Gesetzgebers verfolgten Intention bestmöglich nachzukommen, wäre es nach dem Dafürhalten der KZBV sinnvoll, das Verfahren nach Satz 2 nicht auf wenige Ausnahmefälle zu beschränken, sondern stattdessen den Praxen grundsätzlich zu ermöglichen, im Bedarfsfall eine eEB anfordern zu können.

Dies würde voraussetzen, dass das Verfahren auch allen Patienten zur Verfügung gestellt und nicht lediglich auf solche Versicherte beschränkt wird, die „in der jeweiligen Leistungserbringerinstitution bekannt“ sind.

Zudem wird das Merkmal des Bekanntseins auch für ungeeignet erachtet, einen potentiellen Missbrauch des Verfahrens nach Satz 2 effektiv zu verhindern. Vielmehr droht das Verfahren nach Satz 2 durch eine solche Einschränkung eines erheblichen Potentials beraubt und eine Vielzahl von praxisrelevanten Anwendungsfällen von vornherein ausgeschlossen zu werden, in denen die Möglichkeit zur Anforderung einer eEB höchst sinnvoll wäre. Dies betrifft insb. Fallkonstellationen, in denen Urlauber oder Dienstreisende fernab ihres Wohnorts unerwartet eine fremde Praxis aufsuchen müssen bzw. Patienten im Notdienst vorstellig werden und dabei jeweils ihre eGK nicht mitführen. Vor diesem Hintergrund empfiehlt die KZBV die Streichung von Satz 4.

Auch wenn aus Sicht der KZBV das Verfahren nach Satz 1 – da für die Praxen aufwandsärmer – grundsätzlich vorzugswürdig ist, sollte das Verfahren nach Satz 2 ff. wie eingangs dargelegt nicht auf Ausnahmefälle beschränkt werden, sondern den Praxen grundsätzlich ermöglicht werden, im Bedarfsfall eine eEB anfordern zu können, ohne dass ein entsprechender Anspruch der Versicherten hierauf begründet würde, wie dies insoweit im Entwurf bereits vorgesehen ist. Insoweit regt die KZBV die Streichung von Satz 5 an.

Um zudem eine für die Praxen alltagstaugliche Umsetzung zu gewährleisten und die Akzeptanz des Verfahrens nach Satz 2 sicherzustellen, ist es zwingend erforderlich, die Regelung „des Weiteren“ im Sinne des Satzes 6 einschließlich des etwaig für sinnvoll erachteten Ausschlusses bestimmter Fallkonstellationen und

der Vorsehung von Verfahren zur Vorbeugung von Missbrauch den Bundesmantelvertragspartnern zu überantworten (lediglich hilfsweise wird insoweit gefordert, die in Satz 6 vorgesehene Benennungsherstellung mit den Verbänden der Leistungserbringer durch eine Einvernehmensherstellung mit den Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigungen zu ersetzen). Zur Sicherstellung eines hinreichenden Schutzes der Versichertendaten sollte zudem die Einbeziehung der oder des Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (BfDI) verpflichtend vorgesehen werden (gleichfalls: Einvernehmensherstellung).

Eine verpflichtende Einbeziehung der BfDI ist nach dem Dafürhalten der KZBV überdies insoweit angezeigt, als durch das Verfahren nach Satz 2 Versichertendaten auf Zuruf von den Krankenkassen übermittelt werden sollen, ohne dass sich die Versicherten wie im Falle der aktiven Anforderung einer eEB nach Satz 1 vor der Übermittlung der eEB gegenüber ihrer Krankenkasse authentifizieren.

Letztlich muss zumindest in der Gesetzesbegründung klargestellt werden, dass im Rahmen „der Regelung des Weiteren zur Durchführung des Verfahrens nach Satz 2“ auszuschließen ist, dass Krankenkassen Honorare zurückfordern, wenn Praxen eine eEB aufgrund einer patientenseitig vorgetäuschten „falschen“ Identität anfordern und im Vertrauen auf die Personenidentität von Patient und Versicherten, für den die eEB angefordert und ausgestellt wurde, Leistungen erbringen.

Vor dem Hintergrund der vorstehenden Ausführungen fordert die KZBV daher, § 291 Abs. 9 SGB V-E wie folgt zu fassen (Änderungen gegenüber dem vorgelegten Regierungsentwurf wurden durch Streichung / Fettschrift kenntlich gemacht):

(9) „¹Die Versicherten können von ihrer Krankenkasse über eine von ihrer Krankenkasse angebotene Benutzeroberfläche einen Nachweis der Berechtigung zur Inanspruchnahme von Leistungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung für die Vorlage bei einem Leistungserbringer anfordern, der unmittelbar von der Krankenkasse über ein sicheres Übermittlungsverfahren nach § 311 Absatz 6 an den Leistungserbringer übermittelt wird. ~~2Mit Einwilligung des Versicherten kann ein~~ **Der** Leistungserbringer **kann** den in Satz 1 genannten Nachweis auch unmittelbar über das sichere Übermittlungsverfahren nach § 311 Absatz 6 anfordern, **soweit der Versicherte in diese Anforderung eingewilligt hat.** ³Der Leistungserbringer hat die Einwilligung des Versicherten **in seiner Behandlungsdokumentation** zu protokollieren. ~~4Voraussetzung für die Nutzung des Verfahrens nach Satz 2 ist, dass der Versicherte in der jeweiligen Leistungserbringerinstitution bekannt ist.~~ ⁵~~Das Verfahren nach den Sätzen 2 bis 4 soll nur in Ausnahmefällen genutzt werden.~~ ⁶~~Das Weiter zur Durchführung des Verfahrens nach den Sätzen 2 bis 4 regelt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und 3 regeln die Partner der Bundesmantelverträge im Benehmen mit den Verbänden der Leistungserbringer~~ **Einvernehmen mit der oder dem Bundesbeauftragten für**

den Datenschutz und die Informationsfreiheit ⁷Für die Mitteilung der durchgeführten Prüfung des Nachweises nach Satz 1 durch den Leistungserbringer gilt § 291b Absatz 3 entsprechend.“

III. Zum sicheren Umgang mit Komponenten zur Authentifizierung von LEI (Nrn. 34 u.45 a) bb) PBEEG-RegE, Einfügung von § 340a SGB V-RegE u. Ergänzung von § 399 Abs. 1 SGB V-RegE)

Die KZBV begrüßt die mit dem in § 340a SGB V-RegE enthaltenen Regelungsvorschlag intendierte Verankerung von Regelungen zum sicheren Umgang mit Komponenten zur Authentifizierung von Leistungserbringerinstitutionen (im Folgenden: LEI-Authentifizierungskomponente) dem Grunde nach und unterstützt das mit dieser Regelung verfolgte Ziel, eine unbefugte missbräuchliche Nutzung der LEI-Authentifizierungskomponenten zu verhindern. Die Implementierung derartiger Regelungen im Gesetz sind grundsätzlich geeignet, um den bereits jetzt auf der Ebene der Selbstverwaltung existierenden Regelungen mehr Gewicht und Verbindlichkeit zu verleihen und einen Beitrag zur Sensibilisierung der für die LEI-Authentifizierungskomponenten Verantwortlichen im Umgang mit diesen Komponenten zu leisten.

Dem konkret in § 340a SGB V-RegE vorgesehenen Regelungsvorschlag steht die KZBV jedoch sehr kritisch gegenüber und regt daher an, die Regelungsinhalte unter Berücksichtigung der nachfolgenden Ausführungen zu modifizieren.

Der Gesetzgeber scheint die aus § 340a Abs. 1 SGB V-RegE resultierende Pflicht an eine natürliche Person anknüpfen zu wollen. Dies folgt aus der Verwendung der Formulierung „demjenigen / derjenigen, an den eine Komponente zur Authentifizierung von Leistungserbringerorganisationen ausgegeben wurde“ und der vorgesehenen Strafbewehrung in § 399 SGB V-RefE in Form einer Freiheits- bzw. Geldstrafe, welche naturgemäß nur durch natürliche Personen verwirkt werden kann.

Vom Gesetzgeber unberücksichtigt bleibt allerdings, dass die LEI-Authentifizierungskomponenten nicht dem beantragenden Leistungserbringer (= natürlichen Person), sondern der LEI (= insb. Einzelpraxis, BAG, MVZ u.a.) zugeordnet werden, weil die LEI-Authentifizierungskomponente die LEI und nicht den einzelnen Leistungserbringer gegenüber der eGK und gegenüber der Telematikinfrastruktur authentifiziert. Inhaber des elektronischen Praxisausweises ist damit die LEI und nicht der in dieser tätige Zahnarzt, der die Komponente in Vertretung der LEI für diese bestellt. Die LEI-Authentifizierungskomponente wird demgemäß formal an die LEI (und nicht an eine natürliche Person) ausgegeben, welche für den bestimmungsgemäßen Gebrauch dieser Komponente verantwortlich ist (s. auch Gemeinsame Zertifizierungsrichtlinie für Teilnehmer der gematik- TSL).

Sofern der Gesetzgeber beabsichtigt hat, die Pflicht zur Einhaltung des Weitergabeverbotes und zur Sperrung der Komponente einem in der LEI tätigen Leistungserbringer aufzuerlegen, gibt die KZBV zu bedenken, dass innerhalb einer LEI - insbesondere dann, wenn es sich bei dieser um eine BAG oder ein MVZ handelt - mehrere natürliche Personen auf die Komponente zugreifen können und imstande wären, diese unbefugt weiterzugeben.

Dieser Aspekt wird weder in § 340a noch in § 399 Abs. 1 Nr. 3 und 4 SGB V-RegE berücksichtigt. Die Regelungen sind insoweit nicht hinreichend bestimmt. Nach dem Dafürhalten der KZBV muss gesetzlich zumindest ausgeschlossen sein, dass sich ein Angehöriger einer LEI strafbar macht, falls eine unbefugte und eigenmächtige Weitergabe von Komponenten durch andere Angehörige derselben LEI erfolgt. Eine zivil- oder strafrechtliche Zurechnung erscheint insoweit unbillig.

Nicht nachvollziehbar ist auch die beabsichtigte Einbeziehung eines Praxisnachfolgers in den Prozess zur Sperrung einer für ihn fremden LEI-Authentifizierungskomponente. Wie eingangs ausgeführt, wird die LEI-Authentifizierungskomponente an die jeweilige die Ausgabe der Komponente beantragende LEI ausgegeben. Bei Aufgabe der LEI erlischt die Nutzungsberechtigung. Die Sperrung der Komponente wird entweder durch die LEI, vertreten durch deren Inhaber, veranlasst und spätestens mit Wirksamkeit dessen Zulassungsverzichts bzw. Bestandkraft der Entscheidung des Zulassungsausschusses durch die KZV vollzogen. Für den Fall einer Mehrzahl von Leistungserbringern innerhalb einer LEI besteht diese, soweit sie nicht gänzlich aufgelöst wird bzw. alle zugehörigen Leistungserbringer ausscheiden, fort.

Die mit der Regelung einhergehende Einbeziehung des Praxisnachfolgers in den „Pflichtenkreis“ des Vorgängers ist insoweit ungeeignet, das gesetzgeberische Ziel zu erreichen. Im Falle einer Einzelpraxis besteht für den Nachfolger keine Möglichkeit zur Sperrung der Komponenten. Im Falle einer Mehrzahl von Leistungserbringern führt eine partielle Nachfolge bzw. die Fortsetzung der LEI durch die verbleibenden Leistungserbringer im Falle einer unterbleibenden Nachfolge für einen ausscheidenden Leistungserbringer nicht zu einer die Sperrpflicht auflösenden Aufgabe der LEI (da diese im Ergebnis fortgeführt wird).

Die vorstehenden Ausführungen zugrunde legend, regt die KZBV an, bei der finalen Abfassung des § 340a SGB V-RegE folgende Punkte einzubeziehen:

- Klarstellung, dass die LEI-Authentifizierungskomponenten an die LEI ausgegeben werden;
- Herausnahme der Praxisnachfolger aus der Verantwortung, die Sperrung einer „fremden“ LEI-Authentifizierungskomponente veranlassen zu müssen (da unmöglich).

Des Weiteren erachtet die KZBV die in § 399 Abs. 1 Nr. 3 und 4 SGB V-RegE vorgesehene Strafbewehrung als überzogen und lehnt die Sanktionierung ab. Der Gesetzgeber wird aufgefordert, die Regelung zu streichen, zumindest aber auf deren Verhältnismäßigkeit zu überprüfen und in dem Zusammenhang zu berücksichtigen, dass eine zum bestimmungsgemäßen Gebrauch der Komponente und zur Einhaltung der Pflichten aus § 340a SGB V-RegE verpflichtete LEI, bei der es sich um eine „juristische“ Einheit handelt, strafrechtlich nicht belangt werden kann. Nicht möglich ist schon die Verhängung einer Freiheitsstrafe. Die mit § 399 SGB V-RegE verfolgte Sanktionierung ist bei juristischen Einheiten / Personen nur nach dem Ordnungswidrigkeitenrecht möglich.

IV. Zur Einführungsfrist für den eMP (Nr. 35 b) PBEEG-RegE, Neufassung von § 342 Abs. 2a Nr. 1 SGB V-RegE)

Die KZBV hat wiederholt auf die Notwendigkeit hingewiesen, gesetzliche Umsetzungsfristen, insb. soweit sie für die Zahnärzte mit Umsetzungspflichten und ggf. negativen Folgen im Falle der nicht rechtzeitigen Umsetzung einhergehen (können), in zeitlicher Hinsicht sachgerecht auszugestalten. Insoweit ist darauf hinzuweisen, dass bereits die ursprüngliche in Absatz 2a Satz 1 vorgegebene Frist – *„spätestens ab dem Zeitpunkt, zu dem die elektronische Patientenakte gemäß Absatz 1 Satz 2 zur Verfügung steht“* – nicht eingehalten werden konnte und auch die nunmehr vorgesehene Frist „31. März 2026“ als erneut zu ambitioniert erachtet wird. Insoweit fordert die KZBV, gesetzlich eine realistische Frist für die Einführung des eMP als ePA-MIO vorzusehen.

Köln, 06.10.2025

- Stellungnahme -

Entwurf der Bundesregierung zu einem Gesetz zur Befugnis- erweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege

Der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) bedankt sich für die Möglichkeit der Stellungnahme zum Entwurf der Bundesregierung zu einem Gesetz zur Befugnis-erweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege vom 08. September 2025.

Wir begrüßen außerordentlich, dass das Bundesgesundheitsministerium den Entwurf des Gesetzes zur Stärkung der Pflegekompetenz nach Regierungsbildung und Neubesetzung der Ämter im Bundesministerium für Gesundheit zügig wieder aufgegriffen hat und nunmehr die Bundesregierung das parlamentarische Verfahren zum Gesetz zur Befugnis-erweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege durchführt. Dieses Gesetz enthält entscheidende Weichenstellungen, den großen Herausforderungen in der Gesundheits- und Pflegeversorgung zu begegnen.

Für unsere grundsätzliche Position für den Bedarf an einem Gesetz und zu dessen Zielsetzung verweisen wir auf unsere ausführliche Stellungnahme zum Gesetzesentwurf zur Stärkung der Pflegekompetenz 2024. Auch an der in 2024 formulierten grundsätzlichen, positiven und kritischen Kommentierung halten wir fest¹.

Aus Sicht des DBfK enthält der Gesetzesentwurf in der vorliegenden Fassung begrüßenswerte Verbesserungen, jedoch auch teils kritisch zu kommentierenden Änderungen:

- Positiv erscheint, dass der neue Gesetzentwurf gestrafft und an etlichen Stellen sprachliche und inhaltliche Präzisierungen erfahren hat.
- Ebenfalls positiv hervorzuheben ist die Berücksichtigung von Pflegefachpersonen mit Berufserfahrung und Kompetenzen aus Fort- und Weiterbildungen.
- Kritisch anzumerken sind vor allem vier wesentliche Aspekte in der angedachten Kompetenzzuschreibung für Pflegefachpersonen:
 - 1) Bei den Präventionsleistungen ist es erneut nur einer Empfehlung (statt Verordnung) durch die Pflegefachperson geblieben;
 - 2) Pflegeberatung ist nicht eindeutig an die Befähigung nach § 1 PflBG gebunden;
 - 3) der Begriff "Leistungen ärztlicher Behandlung" ist nicht zielführend, verlagert die Delegation nur auf eine andere Ebene und zementiert Professionsgrenzen
 - 4) die Erstverordnung wird – trotz festgelegter pflegerischer Vorbehaltsaufgabe – nicht an die fachlich zuständige Profession Pflege übertragen.
- Bedauerlich erscheint die komplette Streichung der 2024 gesetzlichen Verankerung einer Pflegebevollmächtigten. Der DBfK spricht sich nach wie vor aus für eine Beauftragte für Pflege der Bundesregierung nach dem internationalen Vorbild einer Chief Government Nurse.
- Das ist umso bedauerlicher, da das geplante Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz (GVSG) eine deutliche Stärkung der Interessenvertretung der Pflegeberufe vorgesehen hatte. Nichtsdestotrotz begrüßt der DBfK die im Gesetz vorgesehene Beteiligung der maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe an diversen Stellen der Gestaltung von Maßgaben,

¹ https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/Stellungnahmen_WP20/PKG/DBfK_Stellungnahme_Pflegekompetenzgesetz_RefE.pdf

Richtlinien und Modellvorhaben, wenngleich wir uns hier stellenweise eine noch viel deutlichere bzw. zeitigere Beteiligung vorstellen.

Die großen Anteile an der Weiterentwicklung der Langzeitpflegestrukturen fallen aus unserer Sicht nicht notwendigerweise in ein Gesetz, das auf die Stärkung der Kompetenz der Pflegeberufe abzielt. Dennoch kann auch dazu kritisch-konstruktiv kommentiert werden.

- Positiv sehen wir den Willen, eine regionale Pflegebedarfsplanung sowie regionale Netze aufzubauen. Die Bedarfsplanung sollte so gestaltet sein, dass sie Vergleichbarkeit ermöglicht, aber dennoch Freiräume lässt. Regionale Netze müssen so gestaltet werden, dass sie eine Verknüpfung von informeller und professioneller Pflege beinhalten. Informelle Pflege braucht Unterstützung durch professionelle Pflege, um sicher zu sein und um dauerhaft zu funktionieren. Die Einführung von Community Health Nurses, die gezielt und evidenzbasiert tätig sind, auch, bevor eine Pflegebedürftigkeit einsetzt, ist uns angesichts der demografischen Lage extrem wichtig.
- Positiv sehen wir die in dieser Fassung freiere Gestaltung der Rahmenbedingungen von Wohngemeinschaften und die Flexibilisierung stationärer Einrichtungen mit einer Öffnung zu ambulanter Versorgung und mehr Beteiligung von An- und Zugehörigen. Gleichwohl muss bei diesen Entwicklungen sorgsam darüber nachgedacht werden, wie den damit einhergehenden Risiken des Qualitätsverlusts in der Versorgung und der Deprofessionalisierung des Pflegeberufs begegnet werden kann.

Das Gesetz zur Befugniserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege sieht eine Vielzahl an wissenschaftlichen Studien vor und macht keine Vorgaben für eine spezifische Fachlichkeit. Der DBfK fordert die Vergabe von Studien an Institute mit nachweislicher pflegewissenschaftlicher Expertise. Der Gesetzentwurf macht deutlich, wie sehr Pflegewissenschaft benötigt wird – der Wissenschaftsrat empfahl 2023 die Disziplinbildung. Der DBfK fordert den Ausbau der Pflegewissenschaft und kritisiert, dass bisher etliche Studien vergeben worden sind, die die notwendige Expertise des Auftragnehmers vermissen lassen. Die Anwendung pflegetheoretischer Modelle kommt nicht zum Zuge; eine Weiterentwicklung des professionellen Handelns wird damit empfindlich eingeschränkt.

Im Folgenden nimmt der DBfK zu den einzelnen Themen des Gesetzentwurfs Stellung, anschließend zu einzelnen Regelungen. Der DBfK fordert die Überarbeitung bzw. Ausräumung der kritischen Punkte und begleitet diesen Prozess konstruktiv.

Stellungnahme zu einzelnen Regelungen:

ARTIKEL 1, Nummer 2, b § 5 SGB XI, Absatz 1a

Der DBfK begrüßt im Sinne der Kompetenzerweiterung die vorgesehene Regelung, dass Pflegefachpersonen Präventionsempfehlungen abgeben. Dieser Schritt muss noch erweitert werden, denn wenn Prävention „frühestmöglich“ erfolgen und ihrem Präfix entsprechen soll, muss sie vor Eintreten der Pflegebedürftigkeit stattfinden. Der Pflegebedarf, also auch der Bedarf an Leistungen zur Prävention, setzt somit deutlich früher ein und ist durch geeignete Pflegeberatungs- und Primärversorgungsstrukturen sicherzustellen.

Die Primärversorgung wird in Deutschland noch immer über die hausärztliche Versorgung organisiert. Diese Herangehensweise entspricht nicht dem Verständnis der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und greift zu kurz: Zum einen setzt sie zu spät an, da sie die Menschen in aller Regel erst erreicht, wenn sie erkrankt sind, zum anderen blendet sie die umfänglichen pflegerischen Bedarfe als Teil der Grundversorgung aus. Eine Primärversorgungsstruktur, die Gesundheitsförderung und Prävention zur Grundlage hat, erreicht die Menschen früher und kann daher die Krankheitslast und die Pflegebedürftigkeit reduzieren.

Es wären Regelungen erforderlich, die das Populationsmanagement vor Ort und in der Region ermöglichen, außerdem die Einführung des Berufsbilds „Community Health Nurse“, die in Zusammenarbeit mit relevanten Akteuren geeignete Maßnahmen umsetzt. Die an anderer Stelle vorgesehenen regionalen Netzwerke zur pflegerischen Versorgung können einen guten Rahmen bilden und als Teil der Primärversorgung angesehen werden.

Bedarfserhebung und Durchführung präventiver Maßnahmen sowie Beratung und Anleitung zum Erhalt der Gesundheit und der selbständigen Lebensführung sind laut § 5 PflBG Kernaufgaben von Pflegefachpersonen. Entsprechend sollten die maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe beteiligt werden. Das ist gleichzeitig eine zusätzliche Maßnahme, dem kritischen Umstand der mangelnden Unabhängigkeit auszugleichen. Ebenfalls mit Blick auf die pflegerische Vorbehaltsaufgabe muss aus Sicht des DBfK die Pflegeberatung zwingend von einer Pflegefachperson ausgeübt werden.

„(1a) (...) Teil der Umsetzung soll sein:

1. die fachliche Beratung zur Information und Sensibilisierung der Versicherten und ihrer Angehörigen sowie ihrer Pflegepersonen bezüglich der Möglichkeiten, die mittels Gesundheitsförderung und Prävention zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation und zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten bestehen, sowie
2. eine Präventionsempfehlung durch Pflegefachpersonen ~~oder durch gemäß § 7a Absatz 3 Satz 2 qualifizierte Pflegeberaterinnen und Pflegeberater~~. (...) Die Pflichten der Pflegeeinrichtungen nach § 11 Absatz 1 bleiben unberührt. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen legt ~~zusammen mit den maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe und~~ unter Einbeziehung unabhängigen Sachverständigen ~~aus der Pflegewissenschaft~~ die Kriterien für die Verfahren nach Satz 1 bis 3 fest, insbesondere hinsichtlich Inhalt, Methodik, Qualität, wissenschaftlicher Evaluation und der Messung der Erreichung der mit den Maßnahmen verfolgten Ziele.“

ARTIKEL 1, Nummer 3, b § 7a SGB XI, Absatz 3

Pflegeberatung ist kaum trennbar von der in § 4 PflBG zuerkannten (exklusiven) Vorbehaltsaufgabe von Pflegefachpersonen, da sie immer mit den Bedarfen der zu pflegenden Person befasst ist. Entsprechend muss Pflegeberatung ausschließlich von Pflegefachpersonen wahrgenommen werden.

„(3) (...) Die Pflegekassen setzen für die persönliche Beratung und Betreuung durch Pflegeberater und Pflegeberaterinnen ~~entsprechend qualifiziertes Personal ein, insbesondere ausschließlich~~ Pflegefachpersonen, ~~Sozialversicherungsfachangestellte oder Sozialarbeiter~~ mit der jeweils erforderlichen Zusatzqualifikation. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen gibt unter Beteiligung der in § 17 Absatz 1a Satz 2 genannten Parteien Empfehlungen zur erforderlichen Anzahl, Qualifikation und Fortbildung von Pflegeberaterinnen und Pflegeberatern ab.“

ARTIKEL 1, Nummer 6, a
§ 8 SGB XI, Absätze 3b und 3c

Der DBfK begrüßt die Initiative, die häuslich-ambulante pflegerische Versorgung mit wissenschaftlicher Evidenz weiterzuentwickeln. Darin drückt sich die Anerkennung am Bedarf pflegerischer Wissensbestände und damit Wertschätzung für die Tätigkeit der Berufsgruppe Pflege aus. Es wird damit auch auf die Forderung des DBfK eingegangen, die Prävention von Pflegebedürftigkeit zu stärken, ein wesentlicher Hebel, um die Pflegelast insgesamt zu mildern. Auch für die Verhinderung von Pflegebedürftigkeit ist die gesamte Kette von Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention relevant. Der Gesetzesentwurf beschränkt sich jedoch wesentlich auf die Tertiärprävention. Der DBfK fordert, die pflegerischen Wissensbestände auch in den Bereichen Primär- und Sekundärprävention verstärkt zu fördern. Der DBfK begrüßt die Maßnahmen zur Konkretisierung, welche Leistungen kompetenzabhängig von Pflegefachpersonen erbracht werden können.

Der DBfK kritisiert scharf, dass in den Formulierungen nur allgemein von wissenschaftlicher Weiterentwicklung und Expertisen gesprochen wird. Der Gegenstand könnte nicht besser begründen, wozu Pflegewissenschaft als Disziplin benötigt wird. Der Wissenschaftsrat hat sich 2023 dahingehend eindeutig geäußert und ihren weiteren Auf- und Ausbau auch hin zur Disziplinbildung empfohlen; weitere Begründungen sind in unserem themenbezogenen Teil der Stellungnahme enthalten. Der DBfK fordert, dass

- Studien aufgrund dieses Paragraphen ausschließlich an pflegewissenschaftliche Institute und Fakultäten vergeben werden;
- die maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe zwingend in die Erstellung der Ausschreibungen miteingebunden werden, damit fachlich korrekte Fragestellungen formuliert werden.

„(3b) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen stellt durch die Finanzierung von Studien, Modellprojekten und pflegewissenschaftlichen Expertisen die pflegewissenschaftlich gestützte Begleitung der Einführung und Weiterentwicklung des pflegewissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen nach qualitativen und quantitativen Maßstäben, das nach § 113c Satz 1 in der am 1. Januar 2016 geltenden Fassung für vollstationäre Pflegeeinrichtungen entwickelt und erprobt wurde, und die pflegewissenschaftlich gestützte Weiterentwicklung der Versorgung sicher. Die pflegewissenschaftlich gestützte Weiterentwicklung der Versorgung nach Satz 1 umfasst die Erhebung der derzeitigen und zukünftigen Rahmenbedingungen der ambulant-häuslichen und stationären Versorgung sowie auf Grundlage der Ergebnisse der Erhebung die Erarbeitung von Szenarien für eine zukünftige Sicherstellung der Versorgung, auch im Rahmen von sektorübergreifenden Versorgungsansätzen, und die Durchführung von Modellvorhaben zur strukturellen Weiterentwicklung der pflegerischen Versorgung. (...) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen bestimmt im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit, dem Bundesministerium für Bildung, Familie, Senioren, Frauen und Jugend und den maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe sowie nach Anhörung des Begleitgremiums Ziele, Dauer, Inhalte und Durchführung der Maßnahmen nach Satz 1. (...)“

„(3c) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen fördert gemeinsam mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen pflegewissenschaftliche Expertisen zur konkreten Ausgestaltung und Weiterentwicklung der Inhalte von Leistungen nach diesem und nach dem Fünften Buch, die durch Pflegefachpersonen jeweils abhängig von ihren Kompetenzen erbracht werden können. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen bestimmen im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit und unter Beteiligung des Bundesministeriums für Bildung, Familie, Senioren, Frauen und Jugend sowie den nach Anhörung der maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene die Dauer, Inhalte und das Nähere zur Durchführung von pflegewissenschaftlichen Expertisen nach Satz 1. Die Beauftragung der Erstellung pflegewissenschaftlicher Expertisen erfolgt im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit unter Beteiligung des Bundesministeriums für Bildung, Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Bei der Beauftragung der Erstellung pflegewissenschaftlicher Expertisen sowie bei ihrer Durchführung ist sicherzustellen, dass die Auftragnehmer die fachliche Expertise der maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene in geeigneter Art und Weise einbeziehen. Weitere relevante Fachexpertinnen

und Fachexperten sowie Fachorganisationen sollen an der Erstellung der Expertisen beteiligt werden. (...).“

ARTIKEL 1, Nummer 6, c
§ 8 SGB XI, Absatz 7

Der DBfK begrüßt die Ergänzung um Maßnahmen der Integration für internationales Pflegepersonal, außerdem die Maßnahmen zur Stärkung eines Personalkonzepts, das die Pflegeprozessverantwortung und daraus abzuleitenden Konsequenzen in den Mittelpunkt stellt.

ARTIKEL 1, Nummer 9
§ 10a SGB XI, Absatz 1

Der DBfK kritisiert die Festlegung der Berichterstattung zur Pflegeversicherung auf das Jahr 2029, also nach dem voraussichtlich nächsten Bundestagswahlkampf. Der DBfK fordert – auch angesichts der Dringlichkeit um Reformierung der Pflegeversicherung – die Festlegung auf das Jahr 2028.

ARTIKEL 1, Nummer 10, a
§ 11 SGB XI, Absatz 1

Der DBfK begrüßt außerordentlich die Einfügung des ergänzenden Satzes zur Stärkung des Pflegeprozesses und der Pflegeprozessverantwortung durch Pflegefachpersonen.

ARTIKEL 1, Nummer 10, b
§ 11 SGB XI, neuer Absatz 1a

Der DBfK lehnt es ab, so detailliert ins Management der Pflegeeinrichtungen einzugreifen und warnt vor der Ausweitung von Bürokratie sowie entsprechend schleppenden Prozessveränderungen in der Praxis. Der DBfK fordert die Streichung von Absatz 1a.

ARTIKEL 1, Nummer 11, b
§ 12 SGB XI, neuer Absatz 2

Der DBfK begrüßt die Einfügung des neuen Absatzes 2. Damit wird eine wichtige Grundlage geschaffen, die pflegerische Versorgung sicherzustellen und perspektivisch die allgemeine pflegerische Versorgungsqualität weiterzuentwickeln. Der DBfK regt an, die Vorgaben deutlich verbindlicher zu gestalten, damit eine bessere regionale Vergleichbarkeit und damit insgesamt Weiterentwicklung ermöglicht werden kann.

ARTIKEL 1, Nummer 12
§ 15 SGB XI, neuer Absatz 8

Der DBfK unterstützt das Ansinnen, die bisherigen Erfahrungen mit dem Begutachtungsinstrument zu analysieren. Der DBfK fordert auch an dieser Stelle angesichts des Gegenstands, dass die Analyse zwingend durch ein pflegewissenschaftliches Institut oder Fakultät begleitet werden muss.

„(8) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen legt dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 30. Juni 2026 unter Beteiligung des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. und des Medizinischen Dienstes Bund einen Bericht vor. Der Bericht ist auf unabhängiger pflegewissenschaftlicher Grundlage zu erstellen und hat Folgendes zu umfassen:

- 1. die Darstellung der Erfahrungen der Pflegekassen und der Medizinischen Dienste mit dem Begutachtungsinstrument nach den Absätzen 1 bis 7, einschließlich der Beurteilung der Wirkung der zur Ermittlung des Grades der Pflegebedürftigkeit zu verwendenden Bewertungssystematik und von Vorschlägen zu deren möglicher Weiterentwicklung,*
- 2. eine auf pflegewissenschaftlicher Grundlage durchzuführende Untersuchung der Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen seit 2017 unter Berücksichtigung insbesondere von (...).“*

ARTIKEL 1, Nummer 14
§ 17 SGB XI, neuer §17a

Der DBfK begrüßt, dass Pflegefachpersonen erweiterte Befugnisse in der Verordnung von Pflegehilfsmitteln und Hilfsmitteln erhalten sollen und sieht darin eine positive Stärkung der Kompetenz der Pflegefachpersonen. Der DBfK fordert, dass der anerkannten Kompetenz mit dem Begriff „Verordnung“ Folge geleistet und nicht durch „Empfehlung“ geschwächt wird. Der Begriff „Empfehlung“ entspricht sprachlich nicht einer eigenständigen Befugnis. In Konsequenz würden die Notwendigkeit und Erforderlichkeit nicht mehr „vermutet“, sondern als festgestellt angesehen. Das Verfahren mit „Empfehlung“ und „Vermutung“ ist abzulehnen, weil es in der Praxis einer Misstrauenskultur Vorschub leistet, zu kleinteiligen Prüfverfahren und damit erheblichen bürokratischen Aufwänden führen könnte. Der DBfK fordert, die Formulierungen entsprechend zu ändern, auch in dem betreffenden § 40 und ggf. an anderen vergleichbaren Stellen in den Gesetzestexten von SGB XI und SGB V.

„(1) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen legt bis zum 31. Dezember 2026 in Richtlinien Folgendes fest:

- 1. in welchen Fällen und für welche Pflegehilfsmittel und Hilfsmittel, die den Zielen von § 40 Absatz 1 Satz 1 dienen, ~~die Notwendigkeit oder Erforderlichkeit der Versorgung mit Pflegehilfsmitteln oder Hilfsmitteln, die von Pflegefachpersonen, gestaffelt nach Qualifikationsniveau, empfohlen werden, nach § 40 Absatz 6 Satz 2 vermutet wird~~ Pflegefachpersonen, gestaffelt nach Qualifikationsniveau, eine Verordnung nach § 40 Absatz 6 Satz 2 vornehmen können sowie*
 - 2. das Nähere zum Verfahren der Empfehlung gemäß § 40 Absatz 6 durch die Pflegefachperson bei der Antragstellung.*
- (...).“*

ARTIKEL 1, Nummer 17, b
§ 18e SGB XI, Absatz 6

Der DBfK begrüßt, die Handhabung der Pflegegutachtung über den Medizinischen Dienst zu überdenken; das entspricht den Vorschlägen des DBfK, das Verfahren zugunsten der Versorgungsqualität der pflegebedürftigen Personen und ihrer An- und Zugehörigen sowie zur Reduktion von prinzipiell redundanten Prozessen zu ändern. Der DBfK lehnt hingegen den Weg der Umsetzung über die Durchführung eines Modellprojekts ab, sowohl aus inhaltlichen Gründen als auch aus Gründen der nicht gegebenen Unabhängigkeit in der Auftragsvergabe. Wir sehen darin keine Maßnahme, die Aussicht auf Erfolg hat und befürchten, dass das Vorhaben einen ähnlichen Verlauf nähme, wie die (gescheiterten) Modellprojekte § 63 3c und § 64d SGB V.

Zur inhaltlichen Begründung:

- 1) Aus pflegefachlicher Sicht weist das Begutachtungsverfahren eine Redundanz zum Pflegeassessment als Bestandteil der pflegerischen Vorbehaltsaufgabe nach § 4 PflBG auf, da in beiden Prozessen Pflegebedarfe bzw. Pflegebedürftigkeit erhoben werden. Die Feststellung des Pflegebedarfs im Rahmen des Pflegeassessments könnte ebenfalls genutzt werden, um den Anspruch auf Leistungen zu begründen. Dies würde der Arbeitsweise der ärztlichen Profession entsprechen, die eine Diagnose stellt und Therapiemaßnahmen verordnet bzw. durchführt, die als Leistungen durch die GKV/PKV aufgrund gegebener Regularien vergütet werden. Aus Sicht des DBfK wäre der richtige Schritt, eine pflegewissenschaftliche Studie zu vergeben mit dem Ziel, das Pflegeassessment so weiterzuentwickeln, dass es auch die Anforderungen an eine Leistungsvergabe erfüllt. Analog der ärztlichen Profession käme hier zum Beispiel in Frage, Pflegediagnosen zu integrieren, daraus pflegerische Maßnahmen abzuleiten und diese mit einem Leistungssystem zu verbinden. Dadurch könnte in nennenswertem Maße Bürokratie reduziert werden (Einsparung eines Doppelprozesses), der heutzutage bereits in erheblichem Ausmaß Pflegefachpersonal bindet, das in der Versorgung der Patient:innen dringend fehlt.
- 2) Dieser Weg ist aus unserer Sicht ebenfalls verbunden mit einer verbesserten Versorgungsqualität für die Pflegebedürftigen und ihren pflegenden An- und Zugehörigen. Denn damit würde das Verfahren in die Hände und die Verantwortung der betreuenden Pflegefachpersonen gelegt werden und stünde leicht zugänglich vor Ort zur Verfügung. Pflegende Angehörige könnten das Pflegeassessment über ambulante Pflegedienste in ihrem Umfeld erhalten, wo sie sich auch im

weiteren Verlauf mit Fragen zur Pflegepraxis hinwenden könnten. Der Prozess wäre damit für alle Beteiligten weniger fragmentiert, ganzheitlicher und auf die tatsächlichen Bedarfe ausgerichtet. Er böte auch eine gute Grundlage für die an anderer Stelle vom DBfK geforderte pflegfachliche Begleitung pflegender Familien.

- 3) Außerdem ist bereits heute im Zuge des Verfahrens zur Qualitätsdarstellungsvereinbarung im Leistungsrecht geregelt, dass in der Versorgung tätige Pflegefachpersonen die Ergebnisqualität erheben - fußend auf den Kriterien, die dem Pflegebedürftigkeitsbegriff unterliegen. Das ist im Grunde nach zu vergleichen mit einer Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit. Das Qualitätsdarstellungsverfahren ist für die stationäre Pflege in der Regelversorgung verpflichtend eingeführt und bedeutet eine quasi Pflegebegutachtung durch Pflegefachpersonen. Auch aus diesem Grund halten wir das Modellprojekt in der Form für nicht sinnvoll.

Der DBfK fordert, dass das Bundesministerium für Gesundheit unter Einbeziehung der maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe und des Medizinischen Dienstes Bund eine pflegewissenschaftliche Studie in Auftrag gibt mit dem Ziel, das Pflegeassessment und die Pflegeplanung als Bestandteile der pflegerischen Vorbehaltsaufgabe weiterzuentwickeln – zum Beispiel mit der Integration von Pflegediagnosen und auf Grundlagen der pflegerischen Expertenstandards des DNQP –, so dass eine Leistungsbegründung abgeleitet werden kann. Die Studie sollte eine anschließende Erprobungsphase beinhalten.

Neben den erwartbaren Verbesserungen für das Verfahren und die Versorgungsqualität sieht der DBfK darin die konsequente Entfaltung der pflegerischen Vorbehaltsaufgabe nach §4 PflBG und damit verbunden die echte Anerkennung der Pflege als Profession mit eigenen Wissensbeständen und Handlungsfreiheit. Der DBfK sieht darin außerdem eine Stärkung des Medizinischen Dienstes Bund in seiner Kontrollfunktion auf übergeordneter Ebene.

ARTIKEL 1, Nummer 18, c **§ 28 SGB XI, neuer Absatz 5**

Der DBfK begrüßt die in dem neuen Absatz enthaltene Einschließung pflegerischer Leistungen, die mit dem Gesetzesvorhaben neu definiert werden.

ARTIKEL 1, Nummer 22, a **§ 37 SGB XI, Absatz 3**

Der DBfK merkt kritisch an, dass die Beratung an bürokratische Intervallvorgaben anstatt an den Bedarfen der zu pflegenden Personen gebunden ist. Alternativ und perspektivisch wäre ein Verfahren wünschenswert, dass die Verantwortung zur Beratung bei lokal erreichbaren Pflegeberaterinnen und Pflegeberatern bzw. ambulanten Pflegediensten ansiedelt und über eine zu definierende Beratungspauschale mehr Flexibilität in den Intervallen zugunsten von Beratung im Bedarfsfall ermöglicht. Der DBfK sieht in der jetzigen Fassung das Risiko, dass insbesondere in stark belasteten Pflegesettings und -situationen (Pflegegrad 4 und 5) wichtige Kontaktpunkte entfallen.

ARTIKEL 1, Nummer 25 b **§ 40 SGB XI, Absatz 6**

Der DBfK begrüßt, dass Pflegefachpersonen erweiterte Befugnisse in der Verordnung von Pflegehilfsmitteln und Hilfsmitteln erhalten sollen und sieht darin eine positive Stärkung der Kompetenz der Pflegefachpersonen, wenn sich daraus echte Entscheidungsbefugnis ableitet; siehe dazu ausführlicher unsere Anmerkungen zum vorgesehenen § 17a SGB XI.

Der DBfK fordert zudem, die Verordnung als eigenständige vergütungsfähige Leistung einzustufen, damit die Regelung nicht ins Leere läuft.

*„(6) Pflegefachpersonen können im Rahmen ihrer Leistungserbringung nach § 36, nach den §§ 37 und 37c des Fünften Buches sowie der Beratungseinsätze nach § 37 Absatz 3 konkrete **Empfehlungen** **Verordnungen** zur Hilfsmittel- und Pflegehilfsmittelversorgung abgeben **unter den in den Richtlinien nach § 17a festgelegten Voraussetzungen vornehmen**. ~~Wird ein Pflegehilfsmittel oder ein~~*

~~Hilfsmittel, das den Zielen von Absatz 1 Satz 1 dient, von einer Pflegefachperson bei der Antragstellung empfohlen, werden unter den in den Richtlinien nach § 17a festgelegten Voraussetzungen die Notwendigkeit der Versorgung nach Absatz 1 Satz 2 und die Erforderlichkeit der Versorgung nach § 33 Absatz 1 des Fünften Buches vermutet. Die Empfehlung Verordnung der Pflegefachperson darf bei der Antragstellung nicht älter als zwei Wochen sein. Einer ärztlichen Verordnung gemäß § 33 Absatz 5a des Fünften Buches oder einer Verordnung einer Pflegefachperson nach § 15a Absatz 1 Nummer 2 des Fünften Buches bedarf es bei Vorliegen einer Empfehlung nach Satz 1 nicht. Die Empfehlung Verordnung der Pflegefachperson für ein Pflegehilfsmittel oder ein Hilfsmittel, das den Zielen des Absatz 1 Satz 1 dient, ist der Kranken- oder Pflegekasse zusammen mit dem Antrag des Versicherten in Textform zu übermitteln. In welchen Fällen und für welche Pflegehilfsmittel und Hilfsmittel je nach Qualifikationsniveau die Pflegefachperson eine Verordnung vornehmen kann, Notwendigkeit oder Erforderlichkeit der Versorgung nach Satz 2 vermutet wird sowie das Nähere zum Verfahren der Empfehlung durch die Pflegefachperson bei Antragstellung, bestimmt sich nach den Festlegungen in den Richtlinien des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen gemäß § 17a.“~~

ARTIKEL 1, Nummer 34, b **§ 45c SGB XI, Absatz 5**

Der DBfK fordert angesichts des pflegespezifischen Gegenstands eine ausdrückliche pflegewissenschaftliche Begleitung und Auswertung.

„(5) (...) Für die Modellvorhaben sind eine pflegewissenschaftliche Begleitung und Auswertung vorzusehen. (...)“

ARTIKEL 1, Nummer 35 **§ 45e SGB XI**

Auch hier fordert der DBfK angesichts des pflegespezifischen Gegenstands eine ausdrückliche pflegewissenschaftliche Begleitung und Auswertung.

„(1) (...) Folgende Summen an Fördermitteln können für die Finanzierung einer Geschäftsstelle sowie für die pflegewissenschaftliche Begleitung und Auswertung nach Absatz 5 verwendet werden (...)“

„(5) Die in Absatz 1 Satz 4 genannten Mittel werden in den Jahren 2026 bis 2031 für die Finanzierung einer Geschäftsstelle zur Unterstützung von Netzwerkgründungen, der flächendeckenden Etablierung von Netzwerken, der qualitativen Weiterentwicklung regionaler Netzwerke sowie für eine pflegewissenschaftliche Begleitung und Auswertung im Hinblick auf die Erreichung der Ziele der Geschäftsstelle verwendet. (...) Die Errichtung bedarf der Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen hat zudem eine pflegewissenschaftliche Begleitung und Auswertung im Hinblick auf die Erreichung der Ziele der Geschäftsstelle nach allgemeinen pflegewissenschaftlichen Standards zu veranlassen. (...)“

ARTIKEL 1, Nummer 36 **§ 45h SGB XI, Absatz 2**

Der DBfK kritisiert, dass in diesem Absatz Pflege bürokratisch fragmentiert wird und die Engführung auf „körperbezogene Pflegemaßnahmen“ nicht einem professionellen Pflegeverständnis entspricht.

(2) Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 haben zudem je Kalendermonat Anspruch auf körperbezogene Pflegemaßnahmen, pflegerische Betreuungsmaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung als Sachleistung gemäß § 36 (...)“

ARTIKEL 1, Nummer 42, a
§ 72 SGB XI, Absatz 1a

Der DBfK begrüßt grundsätzlich das Anliegen einer besseren regionalen Versorgungssteuerung. Die neue Regelung birgt jedoch das Risiko, dass Neugründungen und Angebotsentwicklungen in der Pflegepraxis erschwert werden.

*„(1a) Vor Abschluss des Versorgungsvertrages sind die Empfehlungen der Ausschüsse nach § 8a Absatz 1 und, soweit diese in den Ländern bestehen, der Ausschüsse nach § 8a Absatz 2 und 3 zu beachten. Sofern vorhanden, sind auch die Empfehlungen und Zielsetzungen für die pflegerische Versorgung zu beachten, die im Rahmen der jeweiligen nach landesrechtlichen Vorgaben durchgeführten kommunalen Pflegestrukturplanung vorliegen. **Abweichungen sind zu begründen.**“*

ARTIKEL 1, Nummer 43
neuer § 73a SGB XI

Der DBfK begrüßt die Einfügung des neuen Paragraphen hinsichtlich der Klärung und Krisenbewältigung in der Beeinträchtigung von Versorgungsverträgen. Entscheidend wird jedoch sein, das Verfahren praxistauglich, handhabbar und rechtsklar auszugestalten. Die Abweichungsmöglichkeiten bei temporären Krisen sind grundsätzlich richtig, erfordern aber ein verbindliches, zügiges Kooperationsverfahren mit klarer Dokumentation. Der Zeitraum der Abweichung sollte zeitlich begrenzt werden, um „nicht vorübergehend“ zu definieren. Die Berichtspflichten des GKV-Spitzenverbands müssen sachlich, ausgewogen und unter Beteiligung der Leistungserbringer sowie einer neutralen Instanz erfolgen.

ARTIKEL 1, Nummer 47, e
§ 78a SGB XI, neuer Absatz 6a

Auch hier fordert der DBfK angesichts des pflegespezifischen Gegenstands eine ausdrückliche pflegewissenschaftliche Evaluation.

„(6a) (...)

*3. ein von einer herstellerunabhängigen Institution erstelltes **pflegewissenschaftliches Evaluationskonzept zum Nachweis des pflegerischen Nutzens oder der Geeignetheit nach § 40a Absatz 1a Satz 1.**“*

ARTIKEL 1, Nummer 51
neuer § 86a SGB XI

Der DBfK begrüßt ausdrücklich die Zielsetzung von § 86a SGB XI, die Vergütungsverfahren zu vereinfachen und zu standardisieren. Das sollte jedoch nicht zu einer Einschränkung individueller Verhandlungsspielräume führen, denn insbesondere in Regionen mit besonderen Strukturen, tarifgebundenen Trägern oder differenzierten Leistungsprofilen muss weiterhin eine sachgerechte, aufwandsgerechte Vergütung möglich sein. Eine Vereinfachung darf nicht auf Kosten der Bedarfsdeckung oder der Träervielfalt erfolgen.

ARTIKEL 1, Nummer 55
neuer § 92c SGB XI

Der DBfK begrüßt die Förderung neuer Versorgungsmodelle wie Wohngemeinschaften von pflegebedürftigen Menschen. Die professionelle Pflege muss dort jedoch konsistent zu Verfahren und Leistungen anderer Settings sein und eine individuelle Pflege nach Pflegeprozess ermöglichen. Der DBfK fordert daher die Streichung des Wortes „körperbezogen“ in Absatz 1 und, dass Pflegeleistungen über individuelle Pflegeassessments und Maßnahmenpläne erbracht werden anstatt über „Basispakete“, weil eine derartige Engführung nicht dem professionellen Pflegeverständnis entspricht. In Absatz 5 sind die maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe zu beteiligen.

*„(5) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen, der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, **und die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene und die maßgeblichen***

Organisationen der Pflegeberufe beschließen unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes Bund und des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e. V. gemeinsam mit der Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände und der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe (...).

~~Die die Empfehlungen beschließenden Parteien arbeiten mit den maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene eng zusammen; die~~ Die auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen wirken nach Maßgabe von § 118 mit. (...)“

ARTIKEL 1, Nummer 61

§ 113 SGB XI, Absatz 1

Für die bessere Sicherung der Pflegequalität regt der DBfK an, die Arbeit nach dem Pflegeprozess in der Regelung verbindlich zu machen.

*„(1) (...) In den Vereinbarungen sind insbesondere auch die Voraussetzungen für **eine verbindliche Arbeit nach dem Pflegeprozess, eine fachgerechte Pflegeprozessverantwortung und Anforderungen an eine praxistaugliche, den Pflegeprozess unterstützende und die Pflegequalität fördernde Pflegedokumentation** zu regeln. (...)“*

ARTIKEL 1, Nummer 63, a

§ 113c SGB XI, Absatz 2, neue Nummer 3

Der DBfK begrüßt, dass mit den Änderungen für vollstationäre Pflegeeinrichtungen die Möglichkeit geschaffen wird, hochschulisch qualifizierte Pflegefachpersonen, die überwiegend Leistungen der unmittelbar bewohnerbezogenen Pflege und Betreuung von Pflegebedürftigen erbringen, bei der Personalbemessung zusätzlich zu verhandeln. Jedoch sollten auch die über bisherige duale Pflegestudiengänge akademisch ausgebildeten Pflegefachpersonen und für diejenigen, die nach einer abgeschlossenen Pflegeausbildung berufsbegleitend Pflege studiert haben oder aktuell und zukünftig studieren, berücksichtigt werden.

„(...) 3. die Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung nach § 1 Satz 2 des Pflegeberufgesetzes oder die Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung und einen akademischen Grad aus einem dualen oder berufsbegleitenden Pflegestudium hat und überwiegend Leistungen der unmittelbar bewohnerbezogenen Pflege oder Betreuung von Pflegebedürftigen erbringt.“

Zu Nummer 63, b

§ 113 c SGB XI, Absatz 3 Satz 1

Die vorgesehene gesetzliche Festlegung der Modellprojektergebnisse nach § 8 Abs. 3b SGB XI als fachlicher Maßstab für alle Einrichtungen mit der Begründung, dass eine Abweichung von den Ergebnissen des Modellprojekts nur in begründeten Ausnahmefällen zulässig sein soll und dass die Konzepte einer Art Eignungsprüfung im Hinblick auf die Projektergebnisse unterliegen sollen, ist aus fachlicher wie rechtssystematischer Sicht abzulehnen.

Die Ergebnisse des Modellprogramms liegen noch nicht abschließend vor – weder in validierter wissenschaftlicher Form noch mit einem abschließenden Evaluationsbericht. Eine verbindliche Orientierung an Konzepten, die noch in der Erprobung sind und sich bislang nur in zehn Einrichtungen mit erheblichem Ressourceneinsatz testen lassen, widerspricht dem Grundsatz evidenzbasierter Gesetzgebung.

Die vermeintlich eröffnete Möglichkeit zur Umsetzung trägerindividueller Konzepte ist faktisch eingeschränkt: Die Gesetzesbegründung formuliert einen Anpassungszwang an die Ziele und Strukturen des Modellprogramms. Träger müssten sich einer Eignungsprüfung unterziehen, was einer faktischen Gleichschaltung gleichkommt. Dies ignoriert die Vielfalt an Organisationsformen, Fachkonzepten und Versorgungsrealitäten in über 16.000 stationären und teilstationären Pflegeeinrichtungen. Die Modellprojekte zeichnen sich nicht durch Repräsentativität aus, sondern dienen der explorativen Erprobung

– sie dürfen daher nicht zur normativen Grundlage gemacht werden. Darüber hinaus liefert die Gesetzesbegründung keinen Anhaltspunkt, welche Institution mit welchem Aufwand an Bürokratie für Anträge auf und Durchführung von Eignungsprüfungen nach welchen zu entwickelnden Kriterien durchführt und bescheidet (sowie ggf. auf Umsetzung evaluiert).

Statt einer vorschnellen gesetzgeberischen Festlegung sollte das Verfahren abgewartet und nach Vorlage der Evaluationsberichte im Diskurs mit Praxis, Trägern und Fachöffentlichkeit bewertet werden. Eine verpflichtende Orientierung an nicht validierten Ergebnissen gefährdet die Akzeptanz und Praxistauglichkeit der Reform. Wir sprechen uns daher nachdrücklich für eine „Kann-Regelung“ und gegen eine „Soll-Regelung“ aus und plädieren für die Streichung des Passus in § 113 Absatz 3 Satz 1 nach dem Semikolon: ~~... diese sollen sich an den fachlichen Zielen und der Konzeption der Maßnahmen, die nach § 8 Absatz 3b entwickelt und erprobt wurden, orientieren, ...~~

Zu Nummer 63, c **§ 113 c SGB XI, Absatz 5**

Neben Pflegefachpersonen auch Fachkräfte aus dem Gesundheits- und Sozialbereich in den Personalmix im Sinne einer interprofessionellen Zusammenarbeit einzubeziehen, ist grundsätzlich zu begrüßen. Die Fachkräfte aus den genannten Berufen können aber in keinem Fall die den Pflegefachpersonen gemäß § 4 PflBG vorbehaltenen Aufgaben übernehmen. Der DBfK weist darauf hin, dass die Einbeziehung von Fachkräften aus den genannten Berufen nach aktuellem Umsetzungsstand des entwickelten Personalbemessungsverfahrens PeBeM auch nicht teilweise Stellenanteile nach Absatz 1, 3. ersetzen kann.

ARTIKEL 1, Nummer 58, e **Neuer § 113d SGB XI**

Der DBfK begrüßt die beabsichtigte Stärkung und Umsetzung der pflegerischen Vorbehaltsaufgabe nach § 4 PflBG und dem auch in der Personal- und Organisationsentwicklung Rechnung zu tragen. Dies ist wesentlich für die Sicherung der zukünftigen Pflegequalität und -versorgung, um eine sachgerechte Verteilung von Aufgaben in Pflegeteams mit unterschiedlichen Qualifikationsniveaus zu gewährleisten. Die Einrichtung einer unabhängigen, qualifizierten Geschäftsstelle zur Begleitung und Unterstützung einer fachlich fundierten Personal- und Organisationsentwicklung von Pflegeeinrichtungen wird unter Beteiligung pflegewissenschaftlicher Expertise begrüßt. Daher sollte Nummer 4 geändert werden in:

„Pflegeeinrichtungen bei der Umsetzung pflegerischer Aufgaben auf der Grundlage der pflegewissenschaftlichen Expertisen nach § 8 Absatz 3c sowie bei der Entwicklung und Umsetzung von Führungs- und Delegationskonzepten und (...)“

ARTIKEL 1, Nummer 71 **neuer § 118a SGB XI**

Der DBfK begrüßt, dass die Beteiligung der Berufsgruppe Pflege an der Gestaltung der Gesundheits- und Pflegeversorgung sowohl grundsätzlich rechtlich als auch praktisch durch Aufwandsentschädigung gestärkt werden soll in einer Rechtsverordnung zu „maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe“. Aus Sicht des DBfK sollten „maßgebliche Organisationen“ unabhängig sein sowie die gesamte Berufsgruppe bundesweit und in fachlichen Belangen vertreten. Der DBfK ist der größte unabhängige Berufsverband der Pflegeberufe. Er vertritt die gesamte Berufsgruppe und ist mit seinen vier Regionalverbänden in allen Bundesländern aktiv. Er sieht sich als maßgebliche Organisation der Pflegeberufe. Die finanzielle Unterstützung der maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe sollte sich auch auf die ggf. fällig werdenden anteiligen Aufwände für die Schiedsstelle erstrecken.

ARTIKEL 1, Nummer 74
§ 125a SGB XI

Der DBfK begrüßt die Initiative zur Erprobung von Telepflege. Da der Gegenstand das Handlungsfeld der Pflege betrifft, sollte die wissenschaftliche Arbeit ausdrücklich von pflegewissenschaftlichen Instituten oder Fakultäten übernommen werden.

„(1) Für eine pflegewissenschaftlich gestützte Erprobung von Telepflege zur Verbesserung der pflegerischen Versorgung von Pflegebedürftigen werden aus Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung 5 Millionen Euro im Zeitraum von 2022 bis 2025 zur Verfügung gestellt.

(...)

(3) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen erarbeitet im Benehmen mit den Verbänden der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene, mit geeigneten Verbänden der Digitalwirtschaft und mit der Gesellschaft für Telematik sowie unter Beteiligung der maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene, den auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen nach § 118 und der oder des Bevollmächtigten der Bundesregierung für Pflege bis zum 31. Dezember 2027 Empfehlungen zur Umsetzung der Ergebnisse der pflegewissenschaftlich gestützten Erprobung von Telepflege zur Verbesserung der pflegerischen Versorgung in der ambulanten und in der stationären Langzeitpflege.“

ARTIKEL 1, Nummer 75
§ 125c SGB XI

Der DBfK begrüßt die neue Regelung zur Durchführung von Modellvorhaben die Möglichkeiten der digitalen Unterstützung von Verhandlungen zur Pflegevergütung zu erproben. Der DBfK spricht sich dafür aus, die Leistungserbringer in die Zieldefinition, Ausgestaltung und Evaluation der Modelle einzubinden, um Wirksamkeit und Akzeptanz zu steigern.

„(...) Für die Modellvorhaben ist eine pflegewissenschaftliche Begleitung und Auswertung vorzusehen.“

ARTIKEL 1, Nummer 75
§ 125d SGB XI

Der DBfK begrüßt, dass nach kreativen Lösungen gesucht wird, den steigenden Pflegebedarfen zu begegnen. Insbesondere die Öffnung zur Erbringung auch ambulanter Leistungen im Umfeld einer stationären Versorgungseinrichtung erscheint sinnvoll und längst überfällig. Angesichts erster Modellprojekte, die An- und Zugehörige in die stationäre Langzeitpflege einbinden, erscheint es plausibel, entsprechende Modellvorhaben auf den Weg zu bringen. Jedoch hat der DBfK große Sorge, dass damit die Deprofessionalisierung des Pflegeberufs weiter vorangetrieben wird zu Lasten der Versorgungsqualität der pflegebedürftigen Menschen. Der DBfK fordert, dass die Modellvorhaben u. a. zum Gegenstand haben, wie die Qualität bei Abwahl professioneller Pflegeleistungen gesichert werden und welche Mechanismen greifen, wenn die pflegenden Angehörigen akut oder langfristig ihre vertragliche Leistung nicht erfüllen können. In den Modellvorhaben muss zwingend die Zusammenarbeit zwischen informeller und professioneller Pflege geklärt werden.

„(...) Für die Modellvorhaben ist eine pflegewissenschaftliche Begleitung und Auswertung vorzusehen.“

ARTIKEL 3, Nummer 1, b
§ 15 SGB V

Der DBfK begrüßt ausdrücklich die Formulierung, dass die Pflegeprozessverantwortung nicht Teil der ärztlichen oder zahnärztlichen Behandlung ist.

ARTIKEL 3, Nummer 2

§ 15a SGB V

Der DBfK begrüßt die Einfügung des Absatzes 15a. Sie bildet einen wesentlichen Kern in dem Gesetzesvorhaben zur Stärkung der Kompetenz von Pflegefachpersonen. Der DBfK begrüßt darüber hinaus ganz besonders, dass im jetzigen Entwurf auch die Kompetenzen von Pflegefachpersonen Berücksichtigung finden, die über Berufserfahrung und/oder Fort- und Weiterbildungen erlangt werden. Der DBfK kritisiert jedoch scharf, dass im Gegensatz zu einer Formulierung, die die heilkundliche Kompetenzerweiterung vorsah, nunmehr die Übernahme von „Leistungen ärztlicher Behandlung“ vorgesehen sein soll. Das läuft einer grundsätzlichen Absicht des Gesetzes, nämlich die Attraktivität des Pflegeberufs zu steigern, eindeutig zuwider. Pflegefachpersonen werden lediglich dazu berechtigt, bestimmte „ärztliche“ Tätigkeiten auszuführen, bleiben aber so letztlich in passiver Position. Es bedeutet faktisch, dass die bisherige Delegation nur auf eine Ebene höher verschoben wird. Es werden damit Aufgaben nicht nach Kompetenz und Bedarfslage zwischen den Berufsgruppen neu verteilt, sondern weiter Professionsgrenzen zementiert. Das ist einer interprofessionellen Versorgungsgestaltung und damit einer zukunftsfähigen Versorgung nicht zuträglich.

Der DBfK spricht sich außerdem scharf dagegen aus, dass die Verordnung der häuslichen Krankenpflege und zugehöriger Hilfsmittel weiter einer ärztlichen Erstverordnung unterliegen soll. Die exklusive Vorbehaltsaufgabe nach § 4 PflBG wird damit konterkariert. Es ist dringend erforderlich, hier einen mutigeren Schritt zu gehen, diese Aufgabe und Verantwortung vollumfänglich an die Pflegefachpersonen zu geben und entsprechende Regulierungen, darunter auch die HKP-Richtlinie, neu zu fassen.

Der DBfK fordert, hier und an den anderen Stellen die Formulierung „Leistungen der ärztlichen Behandlung“ in „(weitere) heilkundliche Leistungen“ zu ändern. Wir fordern außerdem das Recht auf die Erstverordnung häuslicher Krankenpflege und zugehöriger Hilfsmittel.

*„(1) Pflegefachpersonen, die über die erforderlichen fachlichen Kompetenzen aufgrund einer nach dem Pflegeberufegesetz vorgeschriebenen beruflichen oder hochschulischen Ausbildung, aufgrund einer staatlich anerkannten, bundesweit einheitlichen Weiterbildung oder aufgrund einer solchen Weiterbildung entsprechenden Berufserfahrung, die durch eine staatliche Kompetenzfeststellung der Länder nachgewiesen wurde, verfügen, können insbesondere die folgenden **heilkundlichen Leistungen der ärztlichen Behandlung** im Rahmen der Leistungserbringung nach diesem Buch unter den folgenden Voraussetzungen eigenverantwortlich erbringen:*

- 1. nach ärztlicher Diagnose und Indikationsstellung die in dem nach § 73d Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und § 112a Absatz 1 vereinbarten Katalogen genannten Leistungen,*
- 2. ~~nach einer erstmaligen ärztlichen Verordnung~~ die Verordnung der in dem nach § 73d Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 vereinbarten Katalog genannten Leistungen der häuslichen Krankenpflege, einschließlich der Verordnung der für diese Leistungen benötigten Hilfsmittel nach § 33, und*
- 3. bis zum Abschluss des Vertrags nach § 73d Absatz 1 Satz 1 die in Anlage 1 des nach § 64d Absatz 1 Satz 4 geschlossenen Rahmenvertrags genannten **heilkundlichen Leistungen der ärztlichen Behandlung**.*

(2) Pflegefachpersonen nehmen im Rahmen der Leistungserbringung nach diesem Buch die Pflegeprozessverantwortung im Sinne des § 4 Absatz 1 Satz 1 des Pflegeberufegesetzes wahr.

(3) Pflegefachpersonen im Sinne dieses Buches sind Personen, die über eine Erlaubnis nach § 1 des Pflegeberufegesetzes verfügen.“

ARTIKEL 3, Nummer 3

§ 20 SGB V

Siehe unsere obigen Ausführungen zu Empfehlungen/Verordnungen von Präventionsleistungen. Bei einer Verordnung durch Pflegefachpersonen bräuchte es keinen „Berücksichtigungsprozess“ durch die Kassen mehr, hier liegt eine Möglichkeit, Bürokratie zu reduzieren.

ARTIKEL 3, Nummer 5
§ 33 SGB V, Absatz 5a

Der DBfK begrüßt außerordentlich, dass die Verordnung einer Pflegefachperson der vertragsärztlichen Versorgung gleichgestellt wird. Das ist ein wichtiger Schritt in der Nutzung pflegerischer Kompetenzen und für eine Erleichterung der Prozesse in der Praxis.

Der DBfK merkt an dieser Stelle, dass hier im Zusammenhang mit der Verordnung von Hilfsmitteln tatsächlich von pflegerischer *Verordnung* gesprochen wird und nicht wie bei vergleichbaren Befugnissen in SGB XI von „Empfehlung“, siehe unsere o.g. Kommentare zu den §§ 17a und 40 SGB XI. Dies unterstützt unsere Forderung, für die beabsichtigten Sachverhalte durchgehend von Verordnung zu sprechen.

ARTIKEL 3, Nummer 13, a
§ 64d SGB V

„(1) (...) Bis zum 31. März 2027 ist der Rahmenvertrag unter Berücksichtigung des Ergebnisses der Prüfung nach § 73d Absatz 1 Satz 2 so anzupassen, dass die in Anlage 1 des Rahmenvertrags genannten ~~heilkundlichen Leistungen der ärztlichen Behandlung~~ durch Pflegefachpersonen auch in der Regelversorgung erbracht werden können. (...)“

ARTIKEL 3, Nummer 16
neuer § 73d SGB V

Der DBfK begrüßt, dass Klärung herbeigeführt werden soll, welche heilkundlichen Leistungen Pflegefachpersonen eigenverantwortlich erbringen können und wie die interprofessionelle Zusammenarbeit zu gestalten ist. Die Gestaltung wirft jedoch Fragen auf. Zum einen erscheint wenig sinnvoll, berufliche Kompetenzen an ein bestimmtes Handlungsfeld zu knüpfen. Eine Pflegefachperson mit ausgewiesener Kompetenz sollte diese in allen Versorgungsbereichen anwenden dürfen – wie es auch für die ärztliche Profession üblich ist. Zum anderen erscheint fragwürdig, wie die Entwicklung eines solchen Kataloges von denjenigen Akteuren vorgenommen werden soll, die ein finanzielles Interesse haben – und nicht von Akteuren, die ausschließlich die Aufgabe und die Befähigung dazu im Blick haben. Wir würden für die Erstellung des Katalogs entsprechend eher die maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe und die Bundesärztekammer sehen. Wir bitten um Prüfung dieser Fragestellungen.

Es ist uns wichtig, an dieser Stelle darauf hinzuweisen, dass die Bezeichnung „häusliche Krankenpflege“ im Titel und den Inhalten von § 73d (und auch von §§ 37 und 132a SGB V) einem überkommenen Verständnis von professioneller Pflege und der interprofessionellen Zusammenarbeit zwischen Medizin und Pflege entsprechen. § 37 mit dem Titel „Häusliche Krankenpflege“ umfasst sowohl pflegerische als auch medizinische Maßnahmen (die traditionell von Pflegefachpersonen auf ärztliche Verordnung umgesetzt wurden). Problematisch ist, dass darin auch die genuin pflegerische Arbeit (was mit dem Pflegeprozess als pflegerische Vorbehaltsaufgabe nach § 4 PflBG bestätigt wird) enthalten ist und somit traditionelle Vorstellungen von Berufsausübung fortgeschrieben werden. Es ist fraglich, ob die Berücksichtigung der pflegerischen Vorbehaltsaufgabe hinreichend ist, das traditionelle Verständnis aufzubrechen. Sinnvoll erscheint vielmehr, beide Professionen – Medizin und Pflege – in ihren Beiträgen und Leistungen anzuerkennen und dann den Überlappungen im Handlungsfeld und in der Umsetzung in der Gesundheitsversorgung einen Rahmen zu geben. Die Konstruktionen und Formulierungen der relevanten Paragraphen sollten das entsprechend widerspiegeln. Der DBfK regt daher an, diesen und § 37 sowie weitere damit zusammenhängende Paragraphen wie § 132a insgesamt neu zu fassen, damit dem heutigen Berufsverständnis Rechnung zu tragen und die pflegerischen und medizinischen Tätigkeiten bzw. Leistungen inhaltlich voneinander zu entflechten. Im Weiteren ist dies auch zwingend für die HKP-Richtlinie in der Verantwortung des G-BA zu fordern.

Wir fordern, in allen Absätzen von § 73d SGB V die Formulierung von „Leistungen ärztlicher Behandlung“ in „heilkundliche Leistungen“ zu ändern.

ARTIKEL 3, Nummer 21 neuer § 112a SGB V

Der DBfK begrüßt den neu eingefügten Paragraphen aufgrund der Erweiterung der eigenverantwortlichen Leistungen, die den Pflegefachpersonen auch im Krankenhaussetting eröffnet werden soll. Wie bereits zu § 73d SGB V oben angemerkt, halten wir eine Kompetenzzuordnung anhand von Versorgungssettings für äußerst fragwürdig.

Ebenfalls kritisieren wir an dieser Stelle die Zusammensetzung der Vertragspartner. Wir sehen die Beteiligung der maßgeblichen Organisationen als zwingend an, um sachgerechte Lösungen zu erarbeiten.

„(1) Die Vertragsparteien auf Bundesebene nach § 9 Absatz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes vereinbaren **zusammen mit den maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe** bis zum 31. Juli 2028 1. einen Katalog an **heilkundlichen Leistungen der ärztlichen Behandlung**, die Pflegefachpersonen nach § 15a Absatz 1 Nummer 1 in nach § 108 zugelassenen Krankenhäusern eigenverantwortlich erbringen können,

(...)

(4) Die Vertragspartner nach Absatz 1 evaluieren die eigenverantwortliche Erbringung von **heilkundlichen Leistungen der ärztlichen Behandlung** durch Pflegefachpersonen in Krankenhäusern insbesondere im Hinblick auf

1. die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung,

2. den effizienten Einsatz der Pflegefachpersonen mit unterschiedlichen Qualifikationen und

3. die Auswirkungen auf das Berufsbild der Pflegefachpersonen.

(...).“

ARTIKEL 3, Nummer 23, a § 132a SGB V

Der DBfK begrüßt die Ergänzung der Anforderungen an eine fachgerechte Pflegeprozessessteuerung in Absatz 1, verweist aber gleichzeitig auf die zu § 73d geäußerte Anregung, eine Neuformulierung der Stellen im Gesetzestext vorzunehmen, die sich auf die überkommene Begrifflichkeit „Häusliche Krankenpflege“ beziehen.

ARTIKEL 4 PflegeZG

Der DBfK begrüßt, dass Pflegefachpersonen befugt werden, Bescheinigungen über die Pflegebedürftigkeit von Angehörigen zur kurzzeitigen Arbeitsverhinderung auszustellen und sieht darin eine Stärkung der Kompetenz von Pflegefachpersonen.

ARTIKEL 5, Nummer 3, b-c § 4 PflBG

Der DBfK begrüßt, dass mit der Ergänzung der „Planung der Pflege“ als Teil des Pflegeprozesses bzw. der pflegerischen Vorbehaltsaufgabe eine Lücke und die andauernde Debatte darüber geschlossen werden und die Vorbehaltsaufgabe nunmehr alle Elemente des Pflegeprozesses enthält.

ARTIKEL 5, Nummer 4 neuer § 4a PflBG

Der DBfK begrüßt die sprachliche Präzisierung, die mit dem Begriff „eigenverantwortliche Heilkundeausübung“ vorgenommen wird.

ARTIKEL 5, Nummer 6, a-b § 37 PflBG

Der DBfK begrüßt die sprachliche und inhaltliche Präzisierung.

ARTIKEL 5, Nummer 9
§ 66e PflBG

Der DBfK begrüßt außerordentlich die eingefügte Übergangsvorschrift, die es auch bereits qualifizierten Pflegefachpersonen erlaubt, zusätzliche heilkundliche Kompetenzen zu erwerben. Aus Sicht des DBfK wäre zudem wünschenswert, wenn auch Pflegefachpersonen nach § 1 Teil 2 PflBG die Möglichkeit eröffnet würde, sich einer hochschulischen Eignungsprüfung zu stellen und sich entsprechend zu qualifizieren.

Der DBfK mahnt außerdem an, zu prüfen, ob sich hier ein Widerspruch zum neuen § 15a SGB V und damit eine Inkonsistenz zwischen berufsrechtlicher und leistungsrechtlicher Regelung ergibt.

ARTIKEL 9, Nummern 1-5
Pflegeberufe-Ausbildungs- und -Prüfungsverordnung

Der DBfK begrüßt die sprachliche und inhaltliche Präzisierung.

Berlin, 06.10.2025

Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) - Bundesverband e. V.
Alt-Moabit 91 | 10559 Berlin | Telefon: +49 (0)30-2191570 | E-Mail: dbfk@dbfk.de | www.dbfk.de



Stellungnahme

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
21(14)22(16)
gel. VB zur öffent. Anh. am
08.10.2025 - Pflege
06.10.2025



**Verband der
Privaten Krankenversicherung e.V.**

Gustav-Heinemann-Ufer 74 c
50968 Köln

Telefon (0221) 99 87-0
verband@pkv.de
www.pkv.de

06. Oktober 2025

zum

Gesetzentwurf der Bundesregierung **zur Befugniserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege**

- Der PKV-Verband begrüßt die Ausweitung der pflegerischen Kompetenzen und die Bemühungen, die Arbeit in der Pflege attraktiver zu gestalten. Dies darf allerdings nicht mit einer zusätzlichen Belastung der Pflegefachpersonen durch weitere Aufgaben, insbesondere administrativer Art, und nicht mit einer Steigerung der Bürokratie einhergehen.
- Die Vermeidung und Verzögerung von Pflegebedürftigkeit sind dringend geboten und für die PKV ein zentrales Anliegen. Die häusliche Pflege bietet große Präventionspotenziale, die bislang nicht systematisch in die pflegerische Versorgung integriert sind. Eine umfassende Präventionsorientierung des Pflegesystems – im Sinne von Health in All Policies – kann dazu beitragen, die absehbar steigende Pflegelast in der alternden Gesellschaft abzumildern.
- Die finanzielle Lage der Pflegeversicherung lässt es nicht zu, dass Steigerungen der Leistungsausgaben herbeigeführt werden. Dennoch sind an einigen Stellen des Gesetzentwurfs Leistungsausweitungen und der Aufbau neuer, nicht erforderlicher Strukturen vorgesehen. Diese Regelungen lehnen wir ab.
- Im Gesetzentwurf wurden fachfremde Regelungen zur Telematikinfrastruktur (TI) aufgenommen. Eine Regelung zur zustimmungsfreien Anlage der Krankenversicherenummer (KVNR) in der PKV fehlt jedoch weiterhin. Es braucht schnellstmöglich eine gesetzliche Grundlage.

Dem Ausschuss ist das vorliegende Dokument
in nicht barrierefreier Form zugeleitet worden.

I. Allgemeine Anmerkung

In Deutschland sind immer mehr Menschen auf pflegerische Versorgung angewiesen. Dies stellt die Gesellschaft vor große Herausforderungen, denn der steigenden Zahl von Leistungsempfängern stehen immer weniger Beitragszahler gegenüber. Gleichzeitig trifft die Nachfrage nach ausgebildetem Pflegepersonal auf einen zunehmenden Fachkräftemangel. Allein bis 2030 werden in stationären Pflegeeinrichtungen und in der ambulanten Versorgung bundesweit voraussichtlich 130.000 Pflegekräfte zusätzlich benötigt. Das entspricht rund 99.000 Vollzeitstellen. Nur auf die Zuwanderung von Pflegekräften zu hoffen, reicht nicht aus. Die in Deutschland möglichen Potenziale müssen genutzt werden. Der PKV-Verband begrüßt daher gesetzliche Regelungen und andere Bemühungen, um den Pflegeberuf attraktiver zu gestalten. Dies darf allerdings nicht mit einer zusätzlichen Belastung der Pflegefachpersonen durch weitere Aufgaben, insbesondere administrativer Art, und nicht mit einer Steigerung der Bürokratie einhergehen.

Vor dem Hintergrund der steigenden Zahl Pflegebedürftiger und der zunehmenden Personalengpässe in der Pflege, ist die Vermeidung und Verzögerung von Pflegebedürftigkeit dringend geboten und für die PKV ein zentrales Anliegen. Die häusliche Pflege bietet dabei große Potenziale zur Förderung der Fähigkeiten und der Selbstständigkeit, insbesondere von Menschen mit beginnendem Pflegebedarf. Die Potenziale werden bislang nicht systematisch in die pflegerische Versorgung integriert. Es sollte daher geprüft werden, wie grundsätzlich eine umfassende Präventionsorientierung auch des Pflegesystems – im Sinne von Health in All Policies – sichergestellt werden kann.

Schließlich nimmt das Gesetz zur Befugnisserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege im Leistungsrecht des SGB XI Änderungen vor. Darüber hinaus soll die Förderung der Selbsthilfe in der Pflege erhöht werden und es wird bei der Förderung der Netzwerke eine neue Geschäftsstelle geschaffen, die ebenfalls von der Pflegeversicherung finanziert werden soll.

Die finanzielle Lage der Pflegeversicherung lässt es nicht zu, dass Steigerungen der Leistungsausgaben herbeigeführt werden. Die Annahme, dass es zu Minderausgaben kommen wird, beruht auf Vermutungen zur Entwicklung der Leistungsanspruchnahme des vorgeschlagenen neuen Leistungsbereichs der gemeinschaftlichen Wohnformen, der zwischen der häuslichen und vollstationären Versorgung angesiedelt ist. Es wurden verschiedene ähnliche Leistungsformen nur in Modellprojekten erprobt, und es bestehen keine Erfahrungen damit, wie die neu gestaltete Leistung in Anspruch genommen wird. Daher ist eine Annahme von so hohen Minderausgaben, die sämtliche Leistungsausweitungen und die Erhöhung der Fördersumme nicht nur aufwiegen, sondern insgesamt zu Minderausgaben führen, sehr gewagt. Diese Annahmen, deren Richtigkeit ungewiss ist, können zu einer weiteren finanziellen Überforderung der Pflegeversicherung führen, wenn die angenommene Entwicklung bezüglich der Ausgaben nicht eintritt.

In der Pflegebegutachtung sollten alle Möglichkeiten der Digitalisierung genutzt werden, um die Begutachtung so effektiv wie möglich zu gestalten. Eines Modellprojekts zur Übernahme

einiger Aufgaben oder der gesamten Pflegebegutachtung durch Pflegefachpersonen, die in Pflegeeinrichtungen arbeiten, bedarf es dafür nicht. Dieser Ansatz der Übertragung der Begutachtung von den Medizinischen Diensten auf Pflegefachpersonen der Pflegeeinrichtungen führt zu einer Verlagerung der Aufgaben. Es belastet die Pflegefachpersonen mit weiteren Aufgaben, u. a. administrativer Art, anstatt sie zu entlasten und ihnen mehr Zeit für die pflegerische Versorgung zu geben.

Der Entwurf des Gesetzes zur Befugniserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege sieht zudem vor, dass Pflegefachpersonen künftig bestimmte ärztliche Leistungen eigenverantwortlich erbringen dürfen. Der PKV-Verband unterstützt die Erweiterung der Kompetenzen von qualifizierten Pflegefachkräften mit dem Ziel, die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit chronischen Erkrankungen, insbesondere mit Demenz, chronischen Wunden oder Diabetes, zu verbessern. Nachvollziehbar sind auch die Erwägungen, dass die eigenverantwortliche Übernahme der Leistungen durch Pflegefachpersonen eine Entlastung der Ärzte und eine Verbesserung der Compliance bedeuten würde. Eine effiziente und verbesserte Patientenversorgung durch Stärkung der Kompetenzen der Pflegefachpersonen und die dadurch bewirkte Steigerung der Attraktivität des Pflegefachberufs wird seitens des PKV-Verbandes ausdrücklich begrüßt.

Nach dem Verständnis des PKV-Verbandes ändern indessen die im Rahmen des Gesetzes näher zu definierenden heilkundlichen Befugnisse der Pflegefachpersonen grundsätzlich nichts an der wirtschaftlichen und berufsrechtlichen Letztverantwortung des Arztes für die Tätigkeit der Pflegefachperson (ähnlich der Verantwortung des Praxisinhabers für einen bei ihm angestellten Arzt). Richtigerweise sieht der Gesetzesentwurf keine selbständige Abrechnung heilkundlicher Leistungen durch Pflegefachpersonen vor. Deren Leistungen sind – wie die von Medizinischen Fachangestellten oder Versorgungsassistenten in der Hausarztpraxis (VERAH) – der Arztpraxis zuzurechnen.

Für den Fall einer aus dem Gesetzesentwurf nicht herleitbaren Statuserweiterung, mit der nicht nur eine berufsrechtliche, sondern gleichzeitig eine wirtschaftliche Eigenständigkeit mit der Option einer von der Arztpraxis unabhängigen, eigenen Praxisführung zugestanden werden könnte, bedürfte es ergänzender, verbindlicher Regelungen über angemessene Vergütungen für die Behandlung privat versicherter Patienten.

In diesen Gesetzesentwurf wurden fachfremde Regelungen zur Telematikinfrastruktur (TI) aufgenommen. Eine Regelung zur zustimmungsfreien Anlage der Krankenversichertennummer (KVNR) in der PKV fehlt jedoch weiterhin. Die KVNR ist die Grundlage für die Gesundheits-ID und gleichzeitig zwingende Voraussetzung für die Bereitstellung und Nutzung der Elektronischen Patientenakte (ePA), des E-Rezepts und aller weiteren Anwendungen der TI. Das Nichtvorhandensein einer flächendeckenden KVNR für alle Privatversicherten erschwert zudem Prozesse im Gesundheitswesen erheblich, u. a. können erforderliche Meldungen der Krankenhäuser an das Implantateregister mangels KVNR für ihre privat- und beihilfeversicherten Patientinnen und Patienten nicht erfolgen.

Insofern ist eine gesetzliche Regelung zur regelhaften KVNR-Ausstattung für privat- und beihilfeversicherte Personenkreise überfällig. Sie sollte schon in der vergangenen Wahlperiode erfolgen. Es liegen seit geraumer Zeit mehrere gleichwertig tragfähige Vorschläge für eine gesetzlichen Regelung vor, die schnellstmöglich aufgegriffen und zur Umsetzung gebracht werden sollten.

II. Zu ausgewählten Regelungen des Gesetzentwurfs

Zu Art. 1 Nr. 12 (§ 15 SGB XI – Ermittlung des Grades der Pflegebedürftigkeit, Begutachtungsinstrument)

Vorgeschlagene Regelung

Bis zum 30. Juni 2026 legt der GKV-Spitzenverband dem BMG einen Bericht zu den Erfahrungen der Pflegekassen und der Medizinischen Dienste mit dem Begutachtungsinstrument und zu möglichen Weiterentwicklungen vor. Dabei ist auch die Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen zu berücksichtigen.

Bewertung

Die vorgesehenen Untersuchungen zu den Erfahrungen mit dem Begutachtungsinstrument, möglichen Weiterentwicklungen und zur Analyse der Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen ist sinnvoll und wichtig. Denn das Begutachtungsinstrument wurde als ein Instrument eingeführt, das auf der Grundlage der aktuellen wissenschaftlichen und pflegefachlichen Erkenntnisse ständig weiterentwickelt werden soll. Aufgrund der zu beobachtenden anhaltenden Zunahme an Pflegebedürftigen ist es auch für die weitere Entwicklung der Begutachtung und der Pflegeversicherung wichtig zu wissen, welche Entwicklungen in den einzelnen Pflegegraden stattfinden und was die Ursachen dafür sind.

In der privaten Pflegepflichtversicherung (PPV) und bei dem Medizinischen Dienst der privaten Pflegepflichtversicherung, der Medicproof GmbH, wird ebenfalls ein Anstieg der Pflegebedürftigen beobachtet, und aufgrund der bundesweit durchzuführenden Begutachtungen werden vielfältige Erkenntnisse zum Begutachtungsinstrument gesammelt. Diese werden auch genutzt, um Verbesserungsvorschläge zur Begutachtung und zur Durchführung der Begutachtung, z. B. per telefonischer Begutachtung oder Video-Begutachtung, einzubringen. Darüber hinaus hat Medicproof ein wissenschaftliches Dossier „Pflegegrad 1 in der Begutachtung - Datenanalyse und Gutachterbefragung“ ([Wissenschaftliches Dossier - Pflegegrad 1 in der Begutachtung.pdf \(medicproof.de\)](https://www.medicproof.de/Wissenschaftliches_Dossier_-_Pflegegrad_1_in_der_Begutachtung.pdf)) erstellt, das wichtige Erkenntnisse zu den Aspekten enthält, die von den Themen des Berichts nach § 15 Abs. 8 SGB XI umfasst wären.

Vorschlag

Der zu erstellende Bericht sollte durch den GKV-Spitzenverband gemeinsam mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. verfasst werden. In dem Bericht sollten nicht nur die Erfahrungen der Pflegekassen und der Medizinischen Dienste dargestellt werden, sondern auch der privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflegepflichtversicherung

betreiben, und des medizinischen Dienstes der privaten Pflegepflichtversicherung, der Mediproof GmbH. Dies würde den Erkenntnisgewinn steigern und zu einem umfassenden Bild führen.

Weiterführende Vorschläge

Es wird vorgeschlagen, die Begutachtungsformate zu flexibilisieren. In allen geeigneten Fällen sollten die telefonische oder Video-Begutachtung oder Aktenlagegutachten ermöglicht werden. Die Erkenntnisse von Mediproof in dem Wissenschaftlichen Dossier zu Pflegegrad 1 in der Begutachtung zeigen auf, dass es wichtig ist, nicht nur die Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen zu beobachten. Entscheidend ist es, bereits jetzt zu prüfen, ob die Leistungen der Pflegeversicherung richtig und gerecht verteilt sind. Ein Nachweis, dass Pflegegrad 1 seine ursprünglichen Ziele wie Prävention und Verzögerung der Pflegebedürftigkeit erreicht, liegt nicht vor.

Die Leistungen des Pflegegrades 1 sollten präventiv wirken und nur solche Leistungen umfassen. Dazu gehören Beratungsangebote, Pflegekurse, Hilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen (s. auch: [Der 10-Punkte-Plan der PKV für eine Pflegereform](#)).

Zu Art. 1 Nr. 17 (§ 18e SGB XI – Weiterentwicklung des Verfahrens der Pflegebegutachtung durch Modellvorhaben, Studien und wissenschaftliche Expertisen)

Vorgeschlagene Regelung

Nach § 18e Abs. 6 SGB XI beauftragt der Medizinische Dienst Bund bis zum 30. Juni 2026 die Durchführung eines Modellprojekts zur Prüfung der Möglichkeiten der Übernahme von Aufgaben im Rahmen des Begutachtungsverfahrens durch Pflegefachpersonen, die in der Versorgung nach dem SGB V oder SGB XI tätig sind.

Bewertung

Die Versicherten und Beitragszahler haben einen Anspruch auf eine unabhängige Begutachtung. Die Unabhängigkeit ist besonders wichtig, da die Maßstäbe der Begutachtung Ermessensspielräume lassen und eine Momentaufnahme abbilden. Dies ist in der Krankenbehandlung anders, wo es um medizinische Notwendigkeit geht.

Führen Pflegekräfte der Pflegeeinrichtungen bei von ihnen pflegerisch versorgten Pflegebedürftigen die Pflegebegutachtung durch, ist die Unabhängigkeit der Begutachtung nicht sichergestellt. Es entstehen Interessenkonflikte, weil die Pflegebedürftigen eine bestimmte Erwartungshaltung haben und sich durch die dauerhafte Pflege ein gewisses Näheverhältnis entwickelt hat. Wenn ein Leistungserbringer gleichzeitig bestimmen kann, welche Leistungen Versicherte von der Pflegeversicherung erhalten, entstehen durch diese Selbstzuweisung wirtschaftlich nachteilige Folgen für die Pflegeversicherung. Schließlich hat die Feststellung der Pflegebedürftigkeit in der Regel auch die dauerhafte Leistungsgewährung zur Folge. Dies ist nicht im Interesse der Versicherten und Beitragszahler.

Die Aufgaben der Medizinischen Dienste dürfen nicht zu deren Entlastung auf die Pflegeeinrichtungen bzw. die dort tätigen Pflegefachkräfte verlagert werden. Dies führt zu einer

Mehrbelastung der Pflegefachkräfte und erfordert den aufwändigen Aufbau neuer Strukturen. Die Pflegefachkräfte der Pflegeeinrichtungen mit zusätzlichen Aufgaben zu belasten, verschärft die aufgrund des Fachkräftemangels bestehenden Probleme.

Es gibt auch keinen Bedarf für eine Eigenbegutachtung: Die Pflegebegutachtung wird bereits seit langer Zeit sehr gut durch Pflegefachkräfte der Medizinischen Dienste durchgeführt. Durch Schulungen, Fortbildungen und ständige Qualitätssicherung gewährleistet Medicproof eine einheitliche, auf gleichen Maßstäben beruhende und damit gerechte Begutachtung. Dies ist wesentlich wirtschaftlicher, als wenn jede Pflegeeinrichtung Schulungen, Fortbildung, Qualitätssicherung, datenschutzrechtlich gesicherte elektronische Kommunikation mit Versicherten, Pflegekassen, Versicherungsunternehmen etc. durchführen muss.

Insgesamt sprechen diese Argumente gegen die Erfolgsaussichten eines solchen Modellprojekts und damit gegen die Durchführung.

Vorschlag

§ 18e Abs. 6 SGB XI sollte nicht eingeführt werden.

Sollte die Regelung dennoch eingeführt werden, sollten folgende Änderungen aufgenommen werden:

Da Medicproof für die gesamte private Pflegepflichtversicherung die Pflegegutachten erstellt, wäre Medicproof auch in das Modellprojekt einzubeziehen. Daher sollte Abs. 6 S. 3 wie folgt gefasst werden (Änderungen kursiv und unterstrichen):

„Die Medizinischen Dienste und der medizinische Dienst der privaten Pflegepflichtversicherung sind bei der Durchführung des Modellprojekts zu beteiligen.“

Zu Art. 1 Nr. 20 (§ 34 SGB XI – Ruhen der Leistungsansprüche)

Vorgeschlagene Regelung

Bei der Ausnahmeregelung vom Ruhen der Leistungen wird die Weiterzahlung des Pflegegeldes einheitlich auf acht Wochen erweitert. Bislang wurde es in verschiedenen Konstellationen vier, sechs oder acht Wochen weitergezahlt. Entsprechendes gilt für die Weiterzahlung der Leistungen zur sozialen Sicherung nach den §§ 44, 44a SGB XI.

Bewertung

Die Änderungen führen zu einem Anstieg der Leistungsausgaben, weil Pflegegeld und Leistungen zur sozialen Sicherung nach den §§ 44, 44a SGB XI länger als bislang, d. h. teilweise doppelt so lange, während des grundsätzlichen Ruhens weitergezahlt werden. Dass die Dauer des Weiterzahlens für die verschiedenen Konstellationen gleich sein soll, rechtfertigt nicht, dafür einen Anstieg der Leistungsausgaben hinzunehmen. Eine deutliche Vereinfachung des Leistungsrechts ist damit ebenfalls nicht verbunden.

Vorschlag

Die vorgeschlagenen Änderungen sollten nicht eingeführt werden.

Zu Art. 1 Nr. 22 (§ 37 SGB XI – Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen)

Vorgeschlagene Regelung

Nach § 37 Abs. 3 S. 1 SGB XI ist von Pflegegeldbeziehern ab Pflegegrad 2 der Beratungsbesuch einmal pro Halbjahr statt bislang bei Pflegegrad 4 und 5 einmal pro Quartal abzurufen. § 37 Abs. 3a SGB XI wird neu gefasst und um weitere Empfehlungen ergänzt. Der Nachweis über den Beratungsbesuch ist nach dem neuen § 37 Abs. 4 Satz 3 SGB XI durch Pflegedienste oder anerkannte Beratungsstellen im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern an die Pflegekasse, das private Versicherungsunternehmen oder die Beihilfefestsetzungsstelle zu übermitteln.

Bewertung

Die Reduzierung der verpflichtenden Beratungsbesuche nach § 37 Abs. 3 SGB XI ist sinnvoll und ein positiver Beitrag zur Entbürokratisierung. Dies schont zudem die wertvollen Ressourcen der Pflegefachkräfte.

Es ist sinnvoll, dass Pflegebedürftige gem. § 37 Abs. 3a SGB XI im Rahmen der Pflegeberatung nach § 37 Abs. 3 SGB XI zukünftig auch auf die Möglichkeit der Inanspruchnahme von Pflegekursen nach § 45 SGB XI sowie geeignete Beratungs- und Hilfeangebote hingewiesen werden sollen. Durch den Ansatz der integrierten Beratung stellt compass private pflegeberatung dies bereits regelhaft sicher.

Die Verpflichtung zur elektronischen Datenübertragung des Nachweisformulars der Beratungen nach § 37 Abs. 3 SGB XI ist eine positive Neuerung, die eine schnelle, bürokratiearme und moderne Übermittlung an die Pflegeversicherung ermöglicht. Compass nutzt diesen Übertragungsweg regelhaft seit mehreren Jahren und bestätigt den positiven Nutzen für alle Beteiligten.

Vorschlag

Die Möglichkeit, jeden zweiten Beratungsbesuch nach § 37 Abs. 3 SGB XI per Videokonferenz in Anspruch zu nehmen, sollte entfristet werden. Die Regelung hat sich in der Praxis bewährt und stellt eine moderne Unterstützung für alle Beteiligten dar.

Zu Art. 1 Nr. 27 (§ 40b SGB XI - Leistungsanspruch beim Einsatz von digitalen Pflegeanwendungen)

Vorgeschlagene Regelung

Der einheitliche Leistungsanspruch von 50 Euro pro Kalendermonat soll erhöht und aufgeteilt werden, so dass monatlich je 40 Euro für digitale Pflegeanwendungen nach § 40a SGB XI und 30 Euro für ergänzende Unterstützungsleistungen nach § 39a SGB XI zur Verfügung stehen.

Bewertung

Eine Erhöhung und Trennung des Leistungsbetrages ist nicht erforderlich. Mangels zugelassener digitaler Pflegeanwendungen fehlt es an Erfahrungen aus der Praxis, die eine Änderung der Regelung rechtfertigen würden. Es ist nicht ersichtlich, dass diese Änderung zu einer Vereinfachung der Handhabung in der Praxis führen würde. Vielmehr ist davon auszugehen, dass zwei getrennte Leistungsbeträge die Unübersichtlichkeit für die Versicherten erhöhen. Insbesondere ist mit der Änderung eine Erhöhung der Leistungsausgaben verbunden, die es zu vermeiden gilt.

Vorschlag

Die vorgeschlagene Änderung sollte nicht erfolgen.

Zu Art. 1 Nr. 35 (§ 45d SGB XI - Förderung der Selbsthilfe in der Pflege, Verordnungsermächtigung)

Vorgeschlagene Regelung

Die bestehenden Regelungen zur Förderung der Selbsthilfe werden neu gegliedert und transparenter gestaltet. Dies geht einher mit einer Anhebung der Fördermittel von bislang 0,15 Euro pro Versicherten auf 0,21 Euro. Ein Teil dieser Fördermittel im Umfang von 0,05 Euro pro Versicherten wird für die Förderung von bundesweiten Tätigkeiten und Strukturen von Selbsthilfegruppen und Gründungszuschüssen reserviert.

Bewertung

Angesichts der schwierigen finanziellen Situation der Pflegeversicherung stehen keine zusätzlichen finanziellen Mittel zur Verfügung. Daher ist eine Erhöhung der Fördermittel nicht angezeigt.

Vorschlag

Die vorgesehene Erhöhung der Förderung sollte nicht eingeführt werden.

Zu Art. 1 Nr. 35 (§ 45e SGB XI - Förderung der Zusammenarbeit in regionalen Netzwerken)

Vorgeschlagene Regelung

Die Regelungen zur Netzwerkförderung werden aus § 45c Abs. 9 SGB XI in eine eigenständige Regelung überführt. Der maximale Förderbetrag je Netzwerk wird von 25.000 Euro auf 30.000 Euro erhöht. Darüber hinaus werden in den Jahren 2026 bis 2031 Mittel zur Finanzierung einer Geschäftsstelle zur Unterstützung von Netzwerkgründungen und weiteren Tätigkeiten bereitgestellt.

Bewertung

Die Schaffung einer eigenständigen gesetzlichen Grundlage zur Netzwerkförderung dient der Transparenz und ist sinnvoll.

Die Notwendigkeit der Errichtung einer Geschäftsstelle für die Dauer von sechs Jahren mit einem Finanzierungsvolumen von bis zu 2,4 Mio. Euro erschließt sich jedoch nicht. In den Bundesländern bestehen bereits zahlreiche Strukturen, die diese Aufgaben weitgehend übernehmen. Netzwerke bestehen bereits und haben sich etabliert oder werden neu gegründet. Dazu ist keine Unterstützung durch eine Geschäftsstelle erforderlich. Es bedarf keiner Schaffung weiterer und neuer Strukturen. Im Bedarfsfall kann auf bereits bestehende Strukturen zurückgegriffen werden.

Vorschlag

Es sollte keine Errichtung und Finanzierung einer eigenen Geschäftsstelle vorgesehen werden.

Sollte dennoch eine Geschäftsstelle durch den GKV-Spitzenverband errichtet werden, ist angesichts der Finanzierungsbeteiligung der privaten Pflegepflichtversicherung vorzusehen, dass auch das Einvernehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. herzustellen ist.

Der Finanzierungsbeitrag der privaten Pflegepflichtversicherung für die Förderung der Zusammenarbeit in regionalen Netzwerken ist um den Beihilfeanteil zu bereinigen und von zehn auf sieben Prozent zu kürzen.

Zu Art. 1 Nr. 36, Nr. 55 (§ 45h SGB XI - Leistungen in gemeinschaftlichen Wohnformen mit Verträgen zur pflegerischen Versorgung gemäß § 92c SGB XI; § 92c SGB XI – Verträge zur pflegerischen Versorgung in gemeinschaftlichen Wohnformen)

Vorgeschlagene Regelung

Pflegebedürftige in gemeinschaftlichen Wohnformen mit Verträgen nach § 92c SGB XI sollen einen pauschalen Zuschuss zur Sicherstellung einer selbstbestimmten Pflege in Höhe von 450 Euro monatlich erhalten. Zudem besteht für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 ein Anspruch auf häusliche Pflegehilfe gem. § 36 SGB XI und gegebenenfalls anteiliges Pflegegeld. Daneben können auch bestimmte ambulante Leistungen in Anspruch genommen werden.

§ 92c Abs. 1 S. 2 Nr. 3 SGB XI sieht vor, dass eine Versorgung mit Leistungen der häuslichen Krankenpflege gem. § 37 SGB V Teil des Basispakets ist, das über den pauschalen Zuschuss abgedeckt wird.

Bewertung

Der Anspruch auf einen monatlichen pauschalen Zuschuss in Höhe von 450 Euro soll der Sicherstellung einer selbstbestimmten Pflege dienen. Gleichzeitig besteht aber – anders als beim Pflegegeld – zusätzlich ein Anspruch auf häusliche Pflegehilfe in voller Höhe, der bei nicht vollständiger Ausschöpfung mit anteiligem Pflegegeld kombiniert wird. Dadurch wird ein Anreiz gesetzt, auf jeden Fall Leistungen der häuslichen Pflegehilfe zusätzlich in Anspruch zu nehmen.

Es ist fraglich, ob die Beschränkung auf bestimmte ambulante Leistungen die Mehrausgaben durch einen pauschalen monatlichen Zuschuss in Höhe von 450 Euro tatsächlich aufwiegt bzw. sogar zu einer Reduzierung der Leistungsausgaben führt.

In der Begründung heißt es, der Sozialen Pflegeversicherung entstehen durch die neue gemeinschaftliche Wohnform mittelfristig Minderausgaben in Höhe von 309 Mio. Euro. Die Annahme, dass es zu Minderausgaben kommen wird, beruht auf Vermutungen. Die vorliegenden Erfahrungen stützen sich auf wenige Modellvorhaben und wenige Nutzer. Es liegen keine ausreichenden Erfahrungen mit der neu einzuführenden Art der Versorgung und somit auch mit der Entwicklung von Angebot und Nachfrage vor. Es wurden zwar verschiedene ähnliche Leistungsformen in Modellprojekten erprobt, jedoch bestehen dadurch keine Erfahrungen damit, wie die neu gestaltete Leistung der gemeinschaftlichen Wohnformen in Anspruch genommen werden würde.

Hinzu kommt, dass die neue Leistungsart in Pflegegrad 1 einen neuen Anspruch in Höhe von 450 Euro pro Monat vorsieht. Die Pflegebedürftigen mit Pflegegrad 1 sind die Gruppe, die den stärksten Zuwachs verzeichnet. Daher führt auch dieser neue Anspruch für den Pflegegrad 1 zu einem zusätzlichen Anstieg der Leistungsausgaben. Somit ist die Richtigkeit einer Annahme von so hohen Minderausgaben sehr ungewiss. Die Annahme, dass diese Minderausgaben sämtliche Leistungsausweitungen bzw. Erhöhung der Fördersumme, die der Gesetzentwurf vorsieht, nicht nur aufwiegen, sondern insgesamt zu Minderausgaben führen, ist sehr gewagt und kann zu einer weiteren finanziellen Überforderung der Pflegeversicherung führen, wenn die angenommene Entwicklung bezüglich der Ausgaben nicht eintritt.

Daneben wird das Leistungsrecht noch komplizierter gestaltet, weil ein neuer Leistungsbereich geschaffen wird, der weder zum häuslichen noch zum vollstationären Bereich gehört. Dies ist mit Sonderregelungen für die einzelnen Pflegegrade und die Kombination der Leistungen verbunden.

Für Pflegebedürftige mit Pflegegrad 1 einen neuen Anspruch, d. h. den pauschalen Zuschuss in Höhe von 450 Euro monatlich vorzusehen, ist nicht angezeigt. Denn für diesen Pflegegrad sollten konsequent nur Leistungen vorgesehen werden, die allein der Prävention dienen. Das ist bei dem Zuschuss nach § 45h Abs. 1 SGB XI nicht der Fall.

Richtig ist es hingegen, Qualitätsprüfungen bei gemeinschaftlichen Wohnformen vorzusehen, weil die Qualität der Leistungserbringung insbesondere auf struktureller Ebene aktuell nicht in den Prüfungen beurteilbar ist.

Vorschlag

Die neue Leistung nach § 45h SGB XI sollte nicht eingeführt werden. Stattdessen sollte eine Inanspruchnahme der dort beschriebenen gemeinschaftlichen Wohnformen im Rahmen der bereits bestehenden Leistung gem. § 45f SGB XI (neu) ermöglicht werden. In einem größer angelegten Modellprojekt sollten mehr Erfahrungen insbesondere hinsichtlich finanzieller Auswirkungen und des Umfangs des potenziellen Nutzerkreises gesammelt werden.

Falls es dennoch zu einer eigenständigen Regelung des § 45h SGB XI kommt, sollte kein pauschaler Zuschuss in Höhe von 450 Euro vorgesehen werden.

Sollte dennoch ein pauschaler Zuschuss eingeführt werden, ist dieser nicht für Pflegebedürftige mit Pflegegrad 1 vorzusehen. Zudem darf keine Finanzierung der häuslichen Krankenpflege über den pauschalen Zuschuss erfolgen. Dazu ist ein Ausschluss in die Regelung aufzunehmen und § 92c Abs. 1 S. 2 Nr. 3 SGB XI zu streichen oder entsprechend zu ändern.

Zu Art. 1 Nr. 62 b) (§ 113b SGB XI - Qualitätsausschuss)

Vorgeschlagene Regelung

Bis zu zweimal jährlich kann sich der erweiterte Qualitätsausschuss auf Initiative des unparteiischen Vorsitzenden mit Themen befassen, die über die gesetzlichen Aufträge nach § 113b Abs. 4 SGB XI hinausgehen, und hierzu Entscheidungen treffen. Mit einfacher Mehrheit kann der erweiterte Qualitätsausschuss zu diesen Themen Arbeitsgruppen unter Leitung des unparteiischen Vorsitzenden einrichten.

Bewertung

Die große Bedeutung des Qualitätsausschusses Pflege für die Qualitätsentwicklung in der Pflege ist unbestritten. Die Notwendigkeit einer Ausweitung der Tätigkeit in der vorgeschlagenen Art und Weise wird hingegen nicht gesehen. Die bisherigen Regelungen zur Unterbreitung von Vorschlägen und Themen zur wissenschaftlichen Bearbeitung durch das Bundesministerium für Gesundheit sowie das Bundesministerium für Bildung, Familie, Senioren, Frauen und Jugend in Abstimmung mit dem Bundesministerium für Gesundheit sind ausreichend.

Vorschlag

Die vorgeschlagene Regelung sollte nicht eingeführt werden.

Zu Art. 1 Nr. 65 a) (§ 114 SGB XI - Qualitätsprüfungen)

Vorgeschlagene Regelung

Ab dem 1. Januar 2028 sollen die Prüfaufträge für Qualitätsprüfungen digital an die Medizinischen Dienste und den Prüfdienst des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e. V. (Careproof) übermittelt werden. Zur Umsetzung soll eine digitale Daten- und Kommunikationsplattform für die Planung, Beauftragung und Durchführung von Qualitätsprüfungen errichtet werden. Darüber hinaus soll Transparenz über die Anzahl der in den Ländern und bundesweit durchgeführten Qualitätsprüfungen hergestellt werden. Die Errichtung soll durch den GKV-Spitzenverband im Einvernehmen mit dem Medizinischen Dienst Bund und dem Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. bis zum 31. Oktober 2027 erfolgen. Die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflegepflichtversicherung durchführen, sollen sich mit 10 Prozent an den Kosten für den Aufbau und den Betrieb beteiligen.

Bewertung

Die Nutzung der Vorteile der Digitalisierung für die Planung, Beauftragung und Durchführung von Qualitätsprüfungen durch alle Beteiligten ist sinnvoll und daher zu befürworten. Eine Verbesserung des Verfahrens ist auch nach den Erfahrungen von Careproof dringend angezeigt. So besteht bei der Datenqualität der Prüfaufträge der einzelnen Landesverbände der Pflegekassen Verbesserungsbedarf. Fehlerhafte Datensätze führen ggf. zur Nicht-Durchführbarkeit von Prüfungen. Es erfolgen z.B. Zuweisungen von unvollständigen Prüfaufträgen, bei denen sich oft erst am Tag der Prüfung herausstellt, dass die Einrichtung geschlossen ist oder bereits durch den Medizinischen Dienst geprüft wurde. Dadurch entstehen zusätzliche Aufwände für Careproof durch „Leerfahrten“, und eine Ersatzprüfung für diesen Tag ist meist kurzfristig nicht realisierbar.

Darüber hinaus enthalten die Prüfaufträge oftmals nicht die laut QPR festgelegten Inhalte, insbesondere Strukturdaten, und bereits erteilte Maßnahmenbescheide nach § 115 Abs. 2 SGB XI stehen mitunter zur Umsetzung des Prüfauftrages nicht zur Verfügung.

Die Erfüllung der Kriterien für eine unangemeldete Prüfung und für den verlängerten Prüfrhythmus durch die zu prüfende Pflegeeinrichtung sollten ohne Zeitverzug in der digitalen Daten- und Kommunikationsplattform abrufbar sein. Eine gesonderte Kommunikation zwischen den Landesverbänden der Pflegekassen und den Prüfdiensten sollte nicht erforderlich sein. Ein Abrufen dieser Informationen ist sinnvoll und würde die internen Prozesse von Careproof unterstützen. Hinsichtlich der unangemeldeten Prüfungen bzw. des verlängerten zweijährigen Prüfrhythmus war die Kommunikation bislang sehr intensiv.

Welche Änderungen hinsichtlich der Anbindung der Datenauswertungsstelle erfolgen sollen, ist unklar, weil bereits Schnittstellen zum Abrufen der Stichproben aus der Datenauswertungsstelle bestehen und diese von den Prüfdiensten genutzt werden.

Sollen bestehende Strukturen der Kommunikation und des Informationsaustauschs eingebunden werden, sollte dies nur erfolgen, wenn diese bereits einheitlich standardisiert sind und von allen Beteiligten genutzt werden können.

Vorschlag

Eine bundesweite digitale Daten- und Kommunikationsplattform sollte auch für die Kommunikation aller relevanter Akteure genutzt werden. Eine Weiterentwicklung um zusätzliche Schnittstellen und Funktionen sollte ermöglicht werden.

Der Finanzierungsanteil der privaten Pflegepflichtversicherung ist um den Beihilfeanteil zu bereinigen und von zehn auf sieben Prozent zu reduzieren.

Bei der statistischen Datenauswertung sollte auch erhoben werden, wie viele Pflegeeinrichtungen von den Medizinischen Diensten geprüft werden. Daher ist § 114 Abs. 1a S. 5 Nr. 2 SGB XI wie folgt zu ergänzen (Änderungen kursiv und unterstrichen):

„2. zur Prüfquote des Prüfdienstes des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. und zu den Prüfquoten der jeweiligen Medizinischen Dienste und“

Zu Art. 1 Nr. 66 d) (§ 114a SGB XI - Durchführung der Qualitätsprüfungen)

Vorgeschlagene Regelung

Die Feststellung einer Unterschreitung der Prüfquote des Prüfdienstes des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e. V. (Careproof) soll durch den GKV-Spitzenverband auf Basis der Berichterstattung nach § 114c Abs. 3 S. 3 SGB XI erfolgen. Bei Unterschreitung der Prüfquote werden die Daten an das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) übermittelt. Durch das BAS soll der in dem Fall zu zahlende Finanzierungsanteil festgesetzt werden.

Bewertung

Eine Unterschreitung der Prüfquote durch Careproof ist seit Beteiligung an der externen Qualitätssicherung nicht eingetreten. Vielmehr erfolgte eine Übererfüllung. Die Schaffung von Transparenz zum gesamten Prüfgeschehen durch die Berichterstattung nach § 114c Abs. 3 S. 3 SGB XI ist sehr zu befürworten und sollte auch die Prüfquoten der Medizinischen Dienste abbilden.

Vorschlag

Das BAS sollte weiterhin selbst feststellen, ob die Prüfquote erfüllt wurde. Dazu sollte die Berichterstattung nach § 114c Abs. 3 S. 3 SGB XI genutzt werden. Daher sollte auch weiterhin eine eingetretene Überschreitung der Prüfquote durch Careproof durch das BAS festgestellt werden.

Darüber hinaus sollte unter dem Gesichtspunkt der Gleichbehandlung auch für die Medizinischen Dienste eine Pflicht zur Ausgleichszahlung eingeführt werden, wenn sie ihre Prüfquote nicht erfüllen.

Zu Art. 1 Nr. 67 b) (§ 114c Richtlinien zur Verlängerung des Prüfrhythmus)

Vorgeschlagene Regelung

Die bereits bestehende Möglichkeit der Verlängerung des Prüfrhythmus auf zwei Jahre bei einem hohen Qualitätsniveau in vollstationären Pflegeeinrichtungen wird ab dem 1. Januar 2027 auf teilstationäre und ambulante Pflegeeinrichtungen ausgeweitet.

Bewertung

Das Ziel einer Reduzierung von Aufwand bei den Prüfdiensten und den Pflegeeinrichtungen ist grundsätzlich zu befürworten. Der ebenfalls vorgesehene Aspekt der Entbürokratisierung sollte sich jedoch auch auf das eigentliche Verfahren zur Feststellung der möglichen Verlängerung beziehen. Insofern ist eine intensive Nutzung der vorgesehenen Daten- und Kommunikationsplattform nach § 114 Abs. 1a SGB XI notwendig. Dies kann die Landesverbände der Pflegekassen entlasten, die Einheitlichkeit des Verfahrens durch Nutzung digitaler Entscheidungsprozesse sicherstellen und die Prüfdienste frühzeitig über die zu prüfenden bzw. nicht zu prüfenden Pflegeeinrichtungen informieren.

Im Gegensatz zu den vollstationären Pflegeeinrichtungen stehen für teilstationäre und ambulante Pflegeeinrichtungen jedoch keine Indikatoren zur Verfügung. Sollen die vorliegenden Abschlussberichte für die ambulante und stationäre Pflege sowie die Instrumente für die Prüfung der Qualität und die Qualitätsprüfungs-Richtlinien keine ausreichenden Kriterien beinhalten, ist weitere wissenschaftliche Expertise heranzuziehen.

Zu Art. 1 Nr. 69 (§ 117 SGB XI - Zusammenarbeit mit den nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörden)

Vorgeschlagene Regelung

Es wird für die Heimaufsichtsbehörden die Möglichkeit geschaffen, die Medizinischen Dienste mit der vollständigen Übernahme der Überprüfung nach heimrechtlichen Vorschriften zu beauftragen.

Bewertung

Das Anliegen, Doppelprüfungen zu vermeiden und den Aufwand, der für die Pflegeeinrichtungen durch die Prüfung durch mehrere Prüfinstanzen entsteht, zu reduzieren, befürworten wir. Daher steht auch Careproof, der Prüfdienst des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e. V., gerne zur Verfügung, ebenfalls die Überprüfung nach heimrechtlichen Vorschriften im Auftrag der Heimaufsichtsbehörden vollständig zu übernehmen. Dazu müsste in der vorgesehenen Regelung jedoch neben dem Medizinischen Dienst auch Careproof genannt werden. Diese Änderung sollte auch aus Gleichbehandlungsgesichtspunkten vorgesehen werden, weil Qualitätsprüfungen sowohl durch den Medizinischen Dienst als auch durch Careproof erbracht werden. Darüber hinaus würde der Sinn und Zweck der Regelung, die Einrichtungen zu entlasten und Doppelprüfungen zu vermeiden, verfehlt, wenn Careproof die Überprüfung nach heimrechtlichen Vorschriften nicht ebenfalls im Auftrag der Heimaufsichtsbehörden übernehmen dürfte.

Vorschlag

Daher sollte § 117 Abs. 1 S. 1 Nr. 2 SGB XI wie folgt gefasst werden (Änderungen kursiv und unterstrichen):

„2. Terminabsprachen für eine gemeinsame oder arbeitsteilige Überprüfung von Pflegeeinrichtungen einschließlich der vollständigen Übernahme der Überprüfung nach heimrechtlichen Vorschriften durch den Medizinischen Dienst oder durch den Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. im Auftrag der Heimaufsichtsbehörden und nach Maßgabe von dazu zwischen diesen getroffenen Vereinbarungen über Verfahrensweise und Kostentragung sowie“

Zu Art. 1 Nr. 77 (§ 150 SGB XI – Sicherstellung der pflegerischen Versorgung, Kostenerstattung für Pflegeeinrichtungen und Pflegebedürftige)

Vorgeschlagene Regelung

§ 150 Abs. 1 SGB XI wird wegen des Ablaufs der befristeten Geltung aufgehoben.

Bewertung

Die Aufhebung veralteter Regelungen ist zu befürworten.

Vorschlag

§ 150 SGB XI war befristet und ist eine auf die SARS-CoV-2-Pandemie bezogene Sonderregelung. Der Grund für die Sonderregelung ist entfallen, so dass die gesamte Regelung des § 150 SGB XI aufgehoben werden kann.

Zu Art. 3 Nr. 2 (§ 15a SGB V - Behandlung durch Pflegefachpersonen, Pflegeprozessverantwortung)

Vorgeschlagene Regelung

Die Regelung sieht vor, dass Pflegefachpersonen, die über eine nach dem Pflegeberufegesetz vorgeschriebene berufliche oder hochschulische Ausbildung, eine staatlich anerkannte, bundesweit einheitliche Weiterbildung oder über eine solcher Weiterbildung entsprechende Berufserfahrung verfügen, die durch eine staatliche Kompetenzfeststellung der Länder nachgewiesen wurde, bestimmte ärztliche Leistungen eigenverantwortlich erbringen dürfen. Es handelt sich um Leistungen, die bislang ausschließlich Ärzten vorbehalten waren. Erfasst sind insbesondere:

- Leistungen, die nach ärztlicher Diagnose aus festgelegten Leistungskatalogen erbracht werden (§ 73d Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V)
- die eigenständige Verordnung von häuslicher Krankenpflege einschließlich der notwendigen Hilfsmittel nach § 33 SGB V, nach einer erstmaligen ärztlichen Verordnung (§ 73d Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V),
- sowie Leistungen der ärztlichen Behandlung aus Anlage 1 des Rahmenvertrags nach § 64d Abs. 1 Satz 4 bis zum Abschluss eines Vertrages nach § 73d Abs. 1 Satz 1 SGB V.
- Pflegefachpersonen sollen nach ärztlicher Diagnose und Indikationsstellung heilkundliche Leistungen eigenverantwortlich erbringen dürfen. Ihnen obliegt die Verantwortung für die rechtzeitige und fachlich gebotene Einbeziehung von Ärzten. Zudem sollen sie eigenständig für eigene Behandlungsfehler haften. Die Regelung gilt sektorenübergreifend – also im ambulanten und stationären Bereich.

Bewertung

Die Ausweitung der pflegerischen Kompetenzen wird begrüßt – vorausgesetzt, dass sie einerseits zur Entlastung ärztlicher Ressourcen beiträgt und damit Freiräume für die originär ärztlichen Kernaufgaben schafft, und andererseits die qualitativ hochwertige und patientengerechte Versorgung durch entsprechend qualifizierte Pflegefachpersonen sichergestellt ist. Ausdrücklich zugestimmt wird der vorgesehenen Regelung, dass Pflegefachpersonen erst nach ärztlicher Diagnose und Indikationsstellung heilkundliche Leistungen eigenverantwortlich erbringen können sollen. Auf dieser Grundlage können berufsrechtlich weisungsfreie Entscheidungen über Art, Dauer und Häufigkeit der Behandlung getroffen werden.

Der Gesetzesentwurf setzt sich mit der Frage der Beschäftigungsform der Pflegefachpersonen nicht auseinander. Im Fokus steht allein die Frage, ob die Pflegefachperson die fachliche

Verantwortung eigenständig übernimmt. Diese erweiterten Kompetenzen können nach Verständnis des PKV-Verbandes nur in nichtselbständiger Beschäftigung in der Arztpraxis (ähnlich angestellten Ärzten) ausgeübt werden. Der Begriff „eigenverantwortlich“ ist in diesem Zusammenhang somit berufsrechtlich zu verstehen – als fachliche Unabhängigkeit in der Durchführung der Leistung, nicht als wirtschaftliche Selbstständigkeit. Die Kompetenz von Pflegefachpersonen in der Versorgung wird durch diese Regelung folglich ausschließlich berufsrechtlich erweitert; ihnen werden eigenständige Handlungsspielräume innerhalb des (vertrags-)ärztlichen Leistungsspektrums eingeräumt.

Fraglich erscheint jedoch, wie die Leistungen der Pflegefachpersonen in der PKV vergütet werden können. Deren Leistungen können dem Arzt gebührenrechtlich nur zugerechnet werden, wenn dies unter ärztlicher Aufsicht und nach fachlicher Weisung geschieht (§ 4 Abs. 2 Satz 1 [GOÄ](#)). Im Gesetzesentwurf wird die Eigenständigkeit dahingehend umschrieben, dass es sich bei den Tätigkeiten der Pflegefachperson „nicht mehr um eine (erweiterte) Delegation von Leistungen [handelt]“. Folglich könnten der Abrechnung heilkundlicher Leistungen der Pflegefachkraft durch die Arztpraxis oder das Medizinische Versorgungszentrum (MVZ) bei strenger Auslegung die Bestimmungen der GOÄ entgegenstehen.

Vorschlag

Um eine rechtssichere Abrechnung heilkundlicher Leistungen der Pflegefachpersonen durch die Arztpraxis zu ermöglichen, ist eine Anpassung der GOÄ erforderlich, damit das Ziel, bestimmte Leistungen durch entsprechend qualifizierte Pflegefachpersonen ausdrücklich zuzulassen und diese den Ärzten zuzurechnen, verwirklicht werden kann. Die durch Pflegefachpersonen erbrachten Leistungen sollten zur Abgrenzung gegenüber originär ärztlichen Leistungen nur zu einem niedrigeren Gebührensatz berechnungsfähig sein. Dafür erscheint der Einfachsatz der GOÄ (1,0-fache Gebührensatz) angemessen.

Wichtig ist, dass die jeweiligen Leistungen sowohl in der bestehenden als auch in der künftigen GOÄ in der Rechnung kenntlich gemacht werden, um Transparenz für die Abrechnung zu schaffen.

Zu Art. 3 Nr. 16 (§ 73d SGB V - Eigenverantwortliche Erbringung von Leistungen durch Pflegefachpersonen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung; eigenverantwortliche Verordnung häuslicher Krankenpflege durch Pflegefachpersonen, Evaluation)

Vorgeschlagene Regelung

Die Regelung sieht u. a. vor, dass die Kassenärztliche Bundesvereinigung, der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die für die Wahrnehmung der Interessen von Pflegediensten maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene und die Vereinigungen der Träger von Pflegeheimen bis zum 31. Juli 2027 in einem Vertrag einen Katalog an Leistungen der ärztlichen Behandlung regeln, die Pflegefachpersonen nach § 15a Abs. 1 Nr. 1 SGB V eigenverantwortlich erbringen können. Sie sollen zudem Rahmenvorgaben zur interprofessionellen Zusammenarbeit zwischen Pflegefachpersonen und Ärzten bei der Erbringung der nach den Nrn. 1 und 2

vereinbarten Leistungen machen. Die in dem Vertrag zu regelnden Leistungen setzen eine ärztliche Diagnose und Indikationsstellung voraus.

Bewertung

Dieser Paragraf stellt – analog zu § 112a SGB V, der den Krankenhausbereich betrifft – eine Regelung dar, nach der bis zum 31. Juli 2028 eine Vereinbarung zwischen den genannten Trägern getroffen werden soll. Im Unterschied zu § 112a SGB V ist die PKV jedoch nicht in das Verfahren einbezogen. Um die Belange der privat Versicherten und Beihilfeberechtigten bei den Festlegungen der auf Pflegefachpersonen zu übertragenden ärztlichen Leistungen berücksichtigen zu können, sind der PKV analog zu § 112a SGB V auch im Rahmen von § 73d SGB V entsprechenden Beteiligungsrechte am Verfahren einzuräumen.

Zu Art. 3 Nr. 21 (112a SGB V - Eigenverantwortliche Erbringung von Leistungen durch Pflegefachpersonen im Rahmen der Krankenhausbehandlung)

Vorgeschlagene Regelung

Die Regelung sieht eine eigenverantwortliche Erbringung von Leistungen durch Pflegefachpersonen im Rahmen der Krankenhausbehandlung vor. Hierzu vereinbaren die Vertragsparteien auf Bundesebene bis zum 31. Juli 2028 einen Katalog an Leistungen der ärztlichen Behandlung, die Pflegefachpersonen gem. § 15a SGB V-neu in zugelassenen Krankenhäusern eigenverantwortlich erbringen können, sowie Rahmenvorgaben zur interprofessionellen Zusammenarbeit zwischen Pflegefachpersonen und Ärzten im Krankenhaus.

Bewertung

Es sollte ausdrücklich klargestellt werden, dass die eigenverantwortliche Erbringung ärztlicher Behandlungen durch Pflegefachpersonen in zugelassenen Krankenhäusern nicht nur gegenüber gesetzlich Versicherten, sondern gegenüber allen Nutzern des Krankenhauses erfolgen kann.

Zudem sollte ein gesetzlicher Hinweis erfolgen, dass ärztliche Behandlungen durch Pflegefachpersonen nicht als eigene Leistungen eines Wahlarztes, die mit einem Wahlarztentgelt zusätzlich zur Vergütung der allgemeinen Krankenhausleistung abgerechnet werden, gelten können. Denn § 17 Abs. 1 Satz 2 KHEntgG begrenzt die Berechnung von Wahlleistungsentgelten auf die Leistungen von Ärzten bzw. im Bereich der Psychotherapie auf Psychotherapeuten, Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Demnach können Leistungen von Pflegefachpersonen nicht einer Wahlarztleistung zugeordnet werden.

Vorschlag:

In § 112a Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V werden hinter dem Wort „Krankenhäusern“ die Worte „für alle Benutzer“ eingefügt.

In § 112a Abs. 1 SGB V wird folgender Absatz 3 angefügt:

„Leistungen nach Satz 1 Nr. 1 gelten nicht als eigene Leistungen des Wahlarztes.“

Zu Art. 3 Nr. 35b (§ 342 Abs. 2a Nr. 1 SGB V - Sicherer Umgang mit Komponenten zur Authentifizierung von Leistungserbringerinstitutionen)

Vorgeschlagene Regelung

Mit der Regelung werden die zeitlichen Fristen zur Umsetzung der digitalen Unterstützung des Medikationsprozesses angepasst. Als spätester Zieltermin wird der 31. März 2026 genannt.

Bewertung

Aufgrund der Komplexität des digitalen Medikationsprozesses sind ausreichende Umsetzungsvorläufe für die beteiligten Hersteller wichtig, um fehlerfreie und nutzerfreundliche Umsetzungen zu erreichen. Deshalb begrüßen wir die Anpassung des Zieltermins. Dieser ist jedoch so knapp bemessen, dass sich nicht alle vorgesehenen Anforderungen bis zu diesem umsetzen lassen. Dieses betrifft unter anderem Ergänzungen durch Versicherte und die Berücksichtigung AMTS-relevanter Zusatzinformationen.

Zu Art. 3 Nr. 41 (§ 362 Abs. 1 SGB V - Sicherer Umgang mit Komponenten zur Authentifizierung von Leistungserbringerinstitutionen)

Vorgeschlagene Regelung

Mit der Änderung wird die Nutzung des TI-Messengers im Rahmen der ePA auch für privatversicherte Personen sowie für sonstige beihilfeberechtigte Personengruppen der Postbeamtenkrankenkasse, der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten, der Bundespolizei, der Landespolizeien, der Bundeswehr oder von Trägern der freien Heilfürsorge geregelt. Diesen Personengruppen muss bis zum 01. Januar 2028 ein entsprechender Zugang über elektronische Gesundheitskarten oder digitale Identitäten bereitgestellt werden.

Bewertung

Der Verband der Privaten Krankenversicherung begrüßt ausdrücklich den vorliegenden Gesetzesentwurf, der die Nutzung des TI-Messengers im Rahmen der ePA auch für privatversicherte Personen zur Kommunikation mit Leistungserbringern vorsieht. Wir bewerten die vorgesehene Fristverlängerung für die Bereitstellung des TI-Messengers innerhalb der ePA bis zum 1. Januar 2028 als sachgerecht und zielführend. Diese Fristverlängerung ermöglicht es den Privatversicherern, die notwendigen technischen und organisatorischen Voraussetzungen für eine reibungslose und sichere Integration des TI-Messengers zu schaffen. Dadurch wird die Qualität der Umsetzung gesichert und ein stabiler Betrieb von Anfang an gewährleistet.

III. Zu ausgewählten Änderungsanträgen

Zu Art. Nr. 3 (§ 6 SGB V)

Vorgeschlagene Regelung

Die Systemabgrenzung von GKV und PKV in § 6 SGB V wird in zwei Punkten angepasst. Damit soll eine Regelungslücke zur Rückkehr über 55-jähriger PKV-Versicherter in die GKV geschlossen werden.

1. Die einschränkenden Voraussetzungen für eine Aufnahme in die GKV nach Vollendung des 55. Lebensjahres kommen auch bei Personen, die nach einem Aufenthalt im Ausland nach Deutschland ziehen, wirkungsgleich zur Anwendung. Damit ein Aufenthalt im Ausland weder zu einer Benachteiligung noch zu einer Bevorzugung im Vergleich zu durchgängig im Inland Versicherten führt, sind die Voraussetzungen bei erstmaliger Wahl einer gesetzlichen Absicherung nach Vollendung des 55. Lebensjahrs zu prüfen, unabhängig davon, ob diese im Inland oder im Ausland erfolgt.
2. Der LSG-Rechtsprechung vom 19. April 2024 (Az. L 1 KR 441/21) zur Vorversicherungszeit wird Abhilfe geschaffen. Eine nach Vollendung des 55. Lebensjahres wegfallende Versicherungsfreiheit, Befreiung von der Versicherungspflicht oder hauptberufliche selbstständige Erwerbstätigkeit wirkt fort. Grundsätzlich haben sich diese Personen (weiterhin) in der PKV abzusichern. Für der PKV zugeordnete Personen besteht dabei Anspruch auf Aufnahme in den Basistarif.

Bewertung

Mit der GKV-Gesundheitsreform 2000 wurde mit Wirkung zum 1. Juli 2000 eingeführt, dass ab dem 55. Geburtstag ein Wechsel von der PKV zurück in die GKV grundsätzlich ausgeschlossen ist (§ 6 Abs. 3a SGB V). Privat krankenversicherte Personen können sich nicht mehr in der GKV versichern, wenn sie nach Vollendung des 55. Lebensjahres versicherungspflichtig werden und sie in den letzten fünf Jahren vor Eintritt der Versicherungspflicht nicht gesetzlich versichert waren. Durch diese Regelung wollte der Gesetzgeber eine klarere Abgrenzung zwischen GKV und PKV erreichen und die Solidargemeinschaft der gesetzlich Versicherten schützen (vgl. hierzu BT-Drs. 14/1245, S. 59 f.).

In der Praxis wird durch fingierte Auslandsarbeitsverhältnisse sowie eine LSG-Rechtsprechung zur Fristsetzung der Vorversicherungszeit die Intention des Gesetzgebers unterlaufen, der mit § 6 SGB V klare Alters- und Vorversicherungsgrenzen definiert hat. Die PKV begrüßt das Vorhaben, mit dem eine Regelungslücke zur Beschränkung der Rückkehr älterer Versicherter in die GKV wirksam geschlossen wird.

Zu Art. Nr. 10 (§ 10 SGB V)

Vorgeschlagene Regelungen

Mit der neuen Regelung wird der Zugang zur GKV über die beitragsfreie Familienversicherung für privat versicherte Rentnerinnen und Rentner ausgeschlossen, deren Vollrentenanspruch oberhalb der Gesamteinkommensgrenze der Familienversicherung liegt und die nur durch die Wahl einer Rente wegen Alters als Teilrente die Voraussetzungen für die Familienversicherung erfüllen. Mit der Regelung wird auf vermehrte Fälle reagiert, in denen privat krankenversicherte Rentnerinnen und Rentner durch ein gezieltes, temporäres Absenken ihres Rentenzahlungsbetrags Zugang zur GKV über ihre Ehegattin und Ehegatten erhalten. Mit der Regelung wird die Grundsatzentscheidung des Gesetzgebers bekräftigt, dass Personen, die sich gegen die solidarische Beitragstragung in der GKV zu Zeiten ihres Erwerbslebens entschieden haben, nicht im Alter in die GKV zurückkehren sollen.

Bewertung

Die PKV begrüßt auch diese Regelung, die eine weitere Gesetzeslücke in der Systemabgrenzung zwischen GKV und PKV schließt.

IV. Weiterer gesetzlicher Änderungsbedarf

Regelhafte Ausstattung von Privatversicherten mit Krankenversichertennummern (KVNR)

Die Ausstattung mit einer KVNR stellt für Bürgerinnen und Bürger die Grundvoraussetzung für eine Teilhabe an der Digitalisierung im Gesundheitswesen dar. Die KVNR ist bereits jetzt für die Nutzung der Anwendungen der TI (elektronische Patientenakte, E-Rezept etc.), für Meldungen an das Implantateregister oder Krebsregister sowie für bestimmte Modellvorhaben (Genomsequenzierung) zwingend erforderlich.

In der PKV und bei den weiteren unter § 362 Abs. 2 SGB V aufgeführten Kostenträgern außerhalb der GKV wie die Bundes- und Landespolizeien, erfordert die Bildung der KVNR die aktive Mitwirkung der Versicherten. Nur in Einzelfällen wie bei Vorliegen einer implantatbezogenen Maßnahme, welche (anlassbezogene) gesetzliche Bereitstellungspflichten begründen können, kann die PKV zur entsprechenden Datenverarbeitung zur KVNR-Bildung ohne Einwilligung bzw. Mitwirkung der Versicherten befugt sein. Das führt in der Praxis zu einer unzureichenden Ausstattung der betroffenen Bürgerinnen und Bürger mit einer KVNR und damit insgesamt zu unbefriedigenden Ergebnissen in Bezug auf das Ziel der Digitalisierung des gesamten Gesundheitswesens. Um möglichst sämtliche Privatversicherte sowie Beihilfeberechtigte mit einer KVNR ausstatten zu können, muss die PKV zu deren regelhafter, einwilligungsfreier Bildung befugt werden. Hierbei handelt es sich um eine überfällige Regelung, die schon in der vergangenen Wahlperiode erfolgen sollte.

Zur Umsetzung der zustimmungsfreien KVNR in der PKV kann auf bereits weit gediehene Vorschläge zurückgegriffen werden. Zur Umsetzung erscheinen insbesondere folgende Varianten gleichwertig tragfähig:

Umsetzungsoption 1:

Eine systematisch tragfähige Lösung könnte die versicherungsvertragsrechtliche Regelung darstellen, wie sie im Änderungsantrag Nr. 14 zu dem Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune (BT-Drs. 20(14)235.1 v. 12.11.2024) vorgesehen war.

Umsetzungsoption 2:

Alternativ könnte die obligatorische – anlasslose – Bereitstellung und Nutzung der KVNR für alle Privatversicherten durch folgende kumulative Änderungen bzw. Ergänzungen des § 17 Abs. 4 IRegG, des § 2 Abs. 1 IRegBV und des § 362 Abs. 2 SGB V erreicht werden (vgl. u. a. die Stellungnahme des PKV-Verbandes zum GDAG-Kabinettsentwurf):

- Änderung des § 17 Abs. 4 S. 1 und 3 IRegG dahingehend, dass die KVNR künftig nicht nur anlassbezogen, sondern verpflichtend für alle Privatversicherten vergeben wird,
- Ergänzung des § 2 Abs. 1 IRegBV um eine hinreichende Frist zur Umsetzung der KVNR-Vergabe und
- Ergänzung des § 362 Abs. 2 SGB V insbesondere um die Verarbeitungsbefugnis einer bestehenden KVNR sowie der für deren Bildung und Clearing erforderlichen personenbezogenen Daten für die Bereitstellung und Nutzung einer eID sowie der Anwendungen der Telematikinfrastruktur nach § 334 Abs. 1 S. 2 SGB V.

Ausgearbeitete Formulierungsvorschläge liegen beim BMG und BMJ seit längerem vor, siehe u.a. Stellungnahme des PKV-Verbands zum Kabinettentwurf zum GDAG.

Ergänzender Regelungsbedarf für die Umsetzung der KVNR-Vergabe:

1. Zustimmungsfreie Abfrage bei Einwohnermeldeämtern

Ergänzend zu der datenschutzrechtlichen Befugnis für die einwilligungsfreie Bildung der KVNR (unter notwendiger Nutzung der Rentenversicherungsnummer (RVNR)) bedarf es einer Klarstellung dahingehend, dass die PKV-Unternehmen berechtigt sind, in Fällen unzureichender Mitwirkung der Versicherten fehlende Daten (z. B. Geburtsort) bei den Einwohnermeldeämtern abzufragen und dass hierfür sowie für den Gesamtprozess der Bildung der KVNR bzw. RVNR keine vorherige Schweigepflichtenbindung des Versicherten erforderlich ist (§ 203 StGB).

2. Einbeziehung in den GKV-Datenabgleich zur Verhinderung von Mehrfachvergaben

Wie im o. g. Änderungsantrag Nr. 14 zum GVSG vorgesehen, sollte aufgrund bestehender Unsicherheiten zudem – im Sinne sämtlicher Nutzer der TI – geregelt werden, dass die von den PKV-Unternehmen vergebenen KVNR im Verzeichnis nach § 290 Abs. 3 SGB V zu führen sind und der Datenabgleich (auch mit der GKV), um Mehrfachvergaben derselben KVNR auszuschließen oder zu korrigieren, innerhalb des von der Vertrauensstelle geführten Registers zu erfolgen hat. Hierzu wären in § 362 Abs. 2 S. 2 SGB V nach den Wörtern „§ 290 Absatz 1 Satz 4 bis 7“ die Wörter „und Absatz 3“ einzufügen.

Stellungnahme des Medizinischen Dienstes Bund

vom 06.10.2025

Zum

**Entwurf eines Gesetzes zur Befugnisserweiterung und Entbürokratisierung in der
Pflege**

BT-Drucksache 21/1511

Dem Ausschuss ist das vorliegende Dokument
in nicht barrierefreier Form zugeleitet worden.

Inhalt der Stellungnahme

<i>I Vorbemerkungen.....</i>	<i>3</i>
<i>II Stellungnahme zum Gesetzentwurf</i>	<i>6</i>
<i>Zu Artikel 1 Nr. 2 b), § 5 Absatz 1a neu SGB XI, Leistungen der Krankenkassen zur Prävention in der häuslichen Pflege in Verbindung mit Artikel 2, Nr. 3 Primäre Prävention und Gesundheitsförderung</i>	<i>6</i>
<i>Zu Artikel 1 Nr. 6 b), § 8 Absatz 3c (neu) SGB XI, Wissenschaftliche Expertisen zur konkreten Ausgestaltung der Inhalte von pflegerischen und heilkundlichen Leistungen</i>	<i>7</i>
<i>Zu Artikel 1 Nr. 12, § 15 Absatz 8 (neu) SGB XI, Ermittlung des Grades der Pflegebedürftigkeit, Begutachtungsinstrument</i>	<i>8</i>
<i>Zu Artikel 1 Nr. 14, § 17a (neu) SGB XI, Richtlinien zur Empfehlung von Pflegehilfsmitteln und Hilfsmitteln nach § 40 Absatz 6 in Verbindung mit Artikel 1 Nr. 25 b), § 40 Absatz 6 SGB XI, Pflegehilfsmittel und Wohnumfeld verbessernde Maßnahmen</i>	<i>10</i>
<i>Zu Artikel 1, Nr. 16, § 18c Absatz 5 Satz 1 und 4 SGB XI Entscheidung über den Antrag, Fristen</i>	<i>11</i>
<i>Zu Artikel 1 Nr. 17a), § 18e Absatz 1 SGB XI, Weiterentwicklung des Verfahrens zur Pflegebegutachtung durch Modellvorhaben, Studien und wissenschaftliche Expertisen</i>	<i>12</i>
<i>Zu Artikel 1 Nr. 14 b), § 18e Absatz 6 SGB XI, Weiterentwicklung des Verfahrens zur Pflegebegutachtung durch Modellvorhaben, Studien und wissenschaftliche Expertisen</i>	<i>14</i>
<i>Zu Artikel 1 Nr. 47 b) und d), § 78a Absatz 4 Satz 3 Nummer 3 und Absatz 6 Nummer 2 SGB XI, Verträge über digitale Pflegeanwendungen und Verzeichnis für digitale Pflegeanwendungen, Verordnungsermächtigung</i>	<i>16</i>
<i>Zu Artikel 1 Nr. 47 d), § 78a Absatz 6a (neu) SGB XI, Verträge über digitale Pflegeanwendungen und Verzeichnis für digitale Pflegeanwendungen</i>	<i>18</i>
<i>Zu Artikel 1 Nr. 55, § 92c SGB XI, Verträge, Empfehlungen zu Vertragsinhalten in Verbindung mit Nr. 61, § 113 SGB XI Maßstäbe und Grundsätze, Nr. 62 c) aa), § 113b Absatz 4 Nr. 6 SGB XI, Wissenschaftliches Instrument für Qualitätsprüfungen, Nr. 65, § 114a nach Absatz 1a, Durchführung der Qualitätsprüfungen, Nr. 66 e), § 114a Absatz 7 SGB XI Qualitätsprüfungsrichtlinien und Nr. 68 a), § 115 Absatz 1a SGB XI, Qualitätsdarstellung</i>	<i>20</i>
<i>Zu Artikel 1 Nr. 65 c), § 114 Absatz 2a SGB XI, Regelung zur Durchführbarkeit von Qualitätsprüfungen in längerfristigen Krisensituationen von nationaler oder regionaler Tragweite</i>	<i>23</i>
<i>Zu Artikel 1 Nr. 66 a), § 114a Absatz 1 SGB XI, Ankündigung der Prüfung</i>	<i>24</i>
<i>Zu Artikel 1 Nr. 67 a), § 114c Absatz 1 SGB XI, Verlängerung des Prüfrhythmus</i>	<i>25</i>
<i>Zu Artikel 1 Nr. 69 a), § 117 Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 SGB XI Durchführung von Heimaufsichtsprüfungen durch den MD ...</i>	<i>26</i>
<i>Zu Artikel 1 Nr. 72 a), § 122 (neu) SGB XI Kooperationsprojekt zu Erleichterungen in der Praxis bei der Beantragung von Leistungen der Pflegeversicherung</i>	<i>27</i>
<i>Zu Artikel 1, Nr. 18 Buchstabe c), § 28 neuer Absatz 5 SGB XI in Verbindung mit Artikel 3 Nr. 1 Buchstabe b), Pflegeprozessverantwortung, Nr. 2, § 15a - neu - SGB V; Behandlung durch Pflegefachpersonen, Pflegeprozessverantwortung; Artikel 5, Nr. 4, § 4a - (neu) - PflBRefG; Eigenverantwortliche Heilkundenausübung, Nr. 5, § 14a - (neu) - PflBRefG; Standardisierte Kompetenzbeschreibungen für heilkundliche Aufgaben und Artikel 3 Nr. 16, § 73d SGB V, Eigenverantwortliche Erbringung von Leistungen durch Pflegefachpersonen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung; eigenverantwortliche Verordnung häuslicher Krankenpflege durch Pflegefachpersonen, Evaluation</i>	<i>28</i>
<i>III Ergänzender Änderungsbedarf: Weiterentwicklung und Modernisierung der Pflegebegutachtung</i>	<i>30</i>

I Vorbemerkungen

Der Medizinische Dienst Bund unterstützt die Zielsetzung des vorliegenden Entwurfes, die pflegerische Versorgung durch eine Stärkung der Attraktivität des Pflegeberufes und eine Optimierung pflegerischer Versorgungsstrukturen zu verbessern. Der Medizinische Dienst Bund unterstützt zudem ausdrücklich die Kompetenzerweiterung bei Pflegefachpersonen. Seit Einführung der Pflegeversicherung hat der Medizinische Dienst mit der Pflegebegutachtung ein neues Tätigkeitsfeld für Pflegefachpersonen jenseits der praktischen Kranken- und Altenpflege etabliert und dafür die spezifische Qualifizierung zur Pflegegutachterin beziehungsweise zum Pflegegutachter entwickelt. Diese spezifische Qualifikation wird bis heute vom Medizinischen Dienst getragen und ist für seine Pflegegutachterinnen und Pflegegutachter verpflichtend.

Neben qualifizierten, kontinuierlich in der Begutachtung weitergebildeten Gutachterinnen und Gutachtern benötigt die Soziale Pflegeversicherung auch ein funktionierendes System der Begutachtung, das die Einheitlichkeit der Begutachtung, die Qualitätssicherung, Beschwerdeverfahren, Widersprüche und die kontinuierliche Weiterentwicklung der Begutachtung konzeptionell, organisatorisch und finanziell garantiert, um den Ansprüchen der Versicherten gerecht zu werden. Somit ist es wesentlich, dass die Einstufung in Pflegegrade in der Verantwortung des unabhängigen Medizinischen Dienstes bleibt. So können sich die Versicherten darauf verlassen, dass ihre Begutachtung frei von Interessenkonflikten und mit hoher gutachterlicher Expertise erfolgt. Mit dem MDK-Reformgesetz wurde die Unabhängigkeit der Begutachtung durch die Medizinischen Dienste vom Gesetzgeber gestärkt. Diese unabhängige und von Interessen freie Begutachtung der Medizinischen Dienste sollte durch den vorliegenden Entwurf nicht in Frage gestellt werden.

Die Chance des Gesetzes zur Befugniserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege liegt nach Auffassung des Medizinischen Dienstes Bund somit vielmehr darin, das fachliche Zusammenspiel zwischen Gutachterinnen und Gutachtern des Medizinischen Dienstes und den Pflegenden zu optimieren und zu intensivieren, um eine bedarfsgerechte und zeitnahe Pflegebegutachtung wirkungsvoll zu unterstützen. Der Medizinische Dienst Bund spricht sich in diesem Sinne auch ausdrücklich dafür aus, in Teilen des Pflegebegutachtungsprozesses das Zusammenspiel von professionell Pflegenden und Begutachtenden zur Effizienzsteigerung zu optimieren. Um hierfür fundierte Vorschläge erarbeiten zu können, können auch Modellprojekte hilfreich sein. In diesem Zusammenhang sind auch Vorschläge zur Weiterentwicklung der Pflegebegutachtung im informellen Bereich zu erarbeiten und zu erproben: Gerade wenn keine professionelle Pflege involviert ist, ist die Pflegebegutachtung immer auch eine erste zugehende und niedrigschwellige Beratungs- und Unterstützungsmöglichkeit – nicht nur für den pflegebedürftigen Menschen selbst, sondern auch für seine pflegenden An- und Zugehörigen.

Das Vorhaben, auf der Grundlage unabhängiger wissenschaftlicher Expertise die Wirkungen des Pflegebedürftigkeitsbegriffs und des Begutachtungsinstruments zu untersuchen und daraus Weiterentwicklungsbedarfe für das Begutachtungsverfahren insgesamt abzuleiten, wird ausdrücklich begrüßt. Der vorgesehene Einbezug des Medizinischen Dienstes Bund von Beginn an wird befürwortet und ist unerlässlich, da dieser die Begutachtungserfahrungen der Medizinischen Dienste bündelt.

Der Medizinische Dienst Bund befürwortet, dass auch die Beratung pflegebedürftiger Menschen gestärkt werden soll – sowohl im Hinblick auf die Stärkung informeller Pflegearrangements als auch im Sinne der Förderung präventiver Potentiale. Der Medizinische Dienst stellt hier umfangreiche Expertise zur Verfügung: Die Gutachterinnen und Gutachter des Medizinischen Dienstes sind in der Regel die ersten professionellen Ansprechpersonen, wenn Pflegebedürftigkeit eingetreten ist und es darum geht, die neue Situation zu bewältigen und Hilfen und Unterstützung für den pflegebedürftigen Menschen anzubahnen. Sie stellen nicht nur fest, ob die

Anspruchsvoraussetzungen eines Menschen auf Leistungen der Pflegeversicherung gegeben sind, sondern liefern mit ihrer umfassenden interessenunabhängigen Begutachtung und ihren Empfehlungen zur Prävention, Rehabilitation, Hilfsmitteln, Heilmitteln und zur Verbesserung der Pflegesituation eine Grundlage für weitere Entscheidungsprozesse anderer professioneller Akteure, wie Pflegekassen, Pflegeeinrichtungen, Kommunen. Wenn die antragstellenden Personen noch vergleichsweise selbständig ihren Lebensalltag bewältigen, kommen den Empfehlungen zur Prävention und Gesundheitsförderung eine besonders wichtige Rolle zu. Auch hierzu können die Gutachterinnen und Gutachter auf der Grundlage ihrer Expertise beraten, sensibilisieren und auf die Inanspruchnahme entsprechender Angebote hinwirken. Deshalb sind grundsätzlich bei der Stärkung der Beratung pflegebedürftiger Menschen und der Prävention vor und bei Pflegebedürftigkeit bestehende Strukturen und Aufgaben zu berücksichtigen und auszubauen bzw. die Zusammenarbeit aller beteiligten Akteure zu verbessern. Eine stärkere Ausrichtung der Pflegebegutachtung an den individuellen Versorgungsrealitäten bzw. Pflegesettings bietet die Möglichkeit, die gutachterlichen Ressourcen auch in diesem Sinne zielgerichteter einsetzen zu können: In den professionellen Versorgungssettings (ambulante, teil-, vollstationäre Pflege) können durch einen stärkeren Einbezug professioneller Pflegekräfte Synergien bei der Erhebung versorgungsrelevanter Informationen für die Pflegebegutachtung geschaffen werden. Damit können gutachterliche Ressourcen effizienter als bislang speziell für Erstbegutachtungen in informellen Pflegearrangements genutzt werden, um z. B. auf Beratungs-, Reha- und Präventionsbedarfe eingehen und um im Sinne eines anstoßenden initialen Fallmanagements Impulse für das Anschlusshandeln weiterer Akteure, wie Pflegekassen und regionalen Pflegeberatungen, geben zu können.

Mit dem Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz (PUEG) wurde eine Regelung eingeführt, nach der, wenn ein Verzögerungsgrund vorliegt, den die Pflegekasse nicht zu vertreten hat, die Begutachtungsfrist bis zur Beseitigung der Verzögerung unterbrochen wird. Danach läuft die Frist bislang weiter. Mit dem vorliegenden Entwurf wird die bestehende Regelung nun derart angepasst, indem sie für die Fälle, in denen eine erneute Terminierung der Begutachtung erforderlich wird, eine zusätzliche Fristenhemmung von 15 Arbeitstagen vorsieht. Dies ist ausdrücklich zu begrüßen und wichtig, um den Begutachtungsprozess auch tatsächlich praktikabel erneut organisieren und koordinieren zu können.

Dass mit dem vorliegenden Entwurf die Vorgabe des Koalitionsvertrages umgesetzt wird, die Aufgaben der Kontrollinstanzen in der Pflege zu verschränken, wird ausdrücklich unterstützt. So wird die Zusammenarbeit zwischen den heimrechtlichen Aufsichtsbehörden der Länder und dem Medizinischen Dienst um die Option ergänzt, Überprüfungen nach heimrechtlichen Vorschriften ganz oder in Teilen durch den Medizinischen Dienst im Auftrag der Heimaufsichtsbehörden durchzuführen. Der Medizinische Dienst wird dadurch in die Lage versetzt, zeitgleich mit der Qualitätsprüfung in einem einzigen Termin alle durch die Heimaufsichtsbehörden in ihrem Prüfauftrag näher bezeichneten Fragen zu klären. Die gewonnenen Erkenntnisse können somit aus einer Hand und ohne Reibungsverluste durch ein arbeitsteiliges Zusammenwirken weitergegeben werden. Der Medizinische Dienst Bund unterstützt grundsätzlich die Etablierung von aufwandsarmen Prozessen und befürwortet daher die vorgeschlagene Regelung, da sie Aufwände reduziert, ohne dass die Gefahr eines Qualitätsverlustes in der Versorgung besteht.

Im Sinne einer Reduzierung von Aufwand soll mit dem Entwurf zudem die bisher nur für vollstationäre Pflegeeinrichtungen bestehende Möglichkeit, bei guter Qualität der Pflege den Prüfrhythmus auf zwei Jahre zu verlängern, auf ambulante Pflegedienste und Tagespflegeeinrichtungen ausgedehnt werden. Auch diese Regelung ist im Sinne einer Aufwandsreduzierung und Anreizen für eine beständig gute Qualität der Versorgung zu befürworten. Es erschließt sich jedoch nicht, warum Kurzzeitpflegeeinrichtungen von der Regelung weiterhin ausgenommen bleiben sollen. Dies ist noch entsprechend anzupassen.

Insbesondere in den folgenden Punkten besteht nach Auffassung des Medizinischen Dienstes Bund Änderungsbedarf:

- Der Medizinische Dienst gewährleistet als unabhängige Prüfinstitution eine interessenfreie Begutachtung. Zudem verfügt er über eine umfangreiche Qualitätssicherung im eigenen System und evaluiert fortwährend die Qualität der Begutachtung. Eine Verlagerung von Begutachtungsaufgaben, wie sie das im vorliegenden Entwurf enthaltene Modellprojekt vorsieht, würde unnötige bürokratische Aufwände und eine Schaffung von Doppelstrukturen bedeuten. Die Sicherungsinstrumente, die zusätzlich erforderlich wären, um Unabhängigkeit und Qualitätssicherung zu gewährleisten, würden weitere Aufwände bedeuten, die wiederum eine zusätzliche Belastung der professionellen Pflege und zusätzliche Kosten darstellten. Das vorgesehene Modellprojekt wird daher abgelehnt, die zugehörige Regelung ist zu streichen. Vielmehr sollte die Zusammenarbeit zwischen Medizinischen Dienst, den Kranken- und Pflegekassen sowie der professionellen Pflege weiter gestärkt werden.
- Die fachliche Expertise des Medizinischen Dienstes sollte bei der Erarbeitung einer Empfehlung zu einer systematischen und umfassenden Beschreibung der Aufgaben von Pflegefachpersonen, einschließlich erweiterter heilkundlicher Aufgaben, sowie bei der neuen Richtlinie gemäß § 17a SGB XI, in der festgelegt wird, über welches Qualifikationsniveau bei der Empfehlung von Hilfsmitteln und Pflegehilfsmitteln die empfehlende Pflegefachperson verfügen soll, zwingend einbezogen werden.
- Dies gilt auch für das neu einzusetzende Gremium zur Kooperation hinsichtlich der Reduktion, Vereinfachung und Vereinheitlichung von Formularen, die Angaben von antragstellenden Personen enthalten, oder anderen formalen Vorgaben, die von Pflegekassen im Rahmen der Beantragung von Leistungen der Pflegeversicherung eingesetzt werden. Nur so kann es gelingen, den Antragsprozess tatsächlich effektiver, verständlicher und reibungsärmer zu gestalten.
- Es ist klarzustellen, dass für Digitale Pflegeanwendungen (DiPA), die vornehmlich oder ausschließlich der Entlastung von pflegenden Angehörigen oder sonstigen ehrenamtlich Pflegenden dienen, auch eine Erhebung des pflegerischen Nutzens aus der Perspektive der Pflegebedürftigen bzw. des Gesundheitsstatus der Pflegebedürftigen unbedingt erforderlich ist.
- Von der Einführung einer Erprobungsphase und dem damit einhergehenden breiten Einsatz von DiPA, für die eine Prüfung von Nutzen und Schaden noch aussteht, ist grundsätzlich abzusehen. Angesichts der hohen Vulnerabilität der primären Zielpopulation der pflegebedürftigen Personen sollten Nutzen und Schaden bereits vor Einführung einer DiPA in die Versorgung evaluiert werden.

Ergänzend wird vorgeschlagen, im Rahmen des Gesetzes zur Befugnisenerweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege den folgenden Sachverhalt zu regeln:

- Mit seiner Fachexpertise und in seiner Funktion als Körperschaft des öffentlichen Rechts, sollten Regelungen zu einer versichertenorientierten, zeitnahen und ressourcenschonenden Begutachtung nach neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen künftig durch den Medizinischen Dienst Bund angepasst werden können. Regelungen zu Art, Inhalt und Umfang des Begutachtungsverfahrens sollten nicht mehr gesetzlich vorgegeben, sondern in den Begutachtungs-Richtlinien festgelegt werden, um Anpassungsbedarfe im Sinne der Versicherten bürokratiearm umzusetzen.

II Stellungnahme zum Gesetzentwurf

Zu Artikel 1 Nr. 2 b), § 5 Absatz 1a neu SGB XI, Leistungen der Krankenkassen zur Prävention in der häuslichen Pflege in Verbindung mit Artikel 2, Nr. 3 Primäre Prävention und Gesundheitsförderung

Die Pflegekassen sollen den Zugang zu Leistungen der Krankenkassen zur Prävention nach § 20 Absatz 5 SGB V für in der sozialen Pflegeversicherung versicherte Pflegebedürftige in häuslicher Pflege unterstützen, indem sie unter Beteiligung der Pflegebedürftigen sowie, falls diese im Einzelfall an der Versorgung beteiligt sind, unter Beteiligung von ambulanten Pflegeeinrichtungen Vorschläge zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation und zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten entwickeln sowie deren Umsetzung unterstützen. Dies umfasst neben einer Bedarfserhebung präventiver und gesundheitsfördernder Maßnahmen und der fachlichen Beratung zur Information und Sensibilisierung der Versicherten und ihrer Angehörigen sowie Pflegepersonen bezüglich der Möglichkeiten, die mittels Gesundheitsförderung und Prävention zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation und zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten bestehen, auch eine Präventionsempfehlung durch Pflegefachpersonen. Bedarfserhebung, Beratung und Empfehlung sollen frühestmöglich nach Feststellung der Pflegebedürftigkeit unter Berücksichtigung der Empfehlungen nach § 18b und auch während fortbestehender Pflegebedürftigkeit erfolgen.

Zudem wird durch eine Ergänzung in § 20 SGB V sichergestellt, dass die oben genannten Empfehlungen durch die Krankenkassen bei ihrer Entscheidung über eine Leistung zur verhaltensbezogenen Prävention berücksichtigt werden.

Bewertung:

Die Regelung wird begrüßt, weil damit nun auch die Beratung, Aufklärung und Inanspruchnahme von präventiven Leistungen durch pflegebedürftige Menschen, die informell oder durch ambulante Pflegeeinrichtungen versorgt werden, gefördert wird. Teilweise sind dies Menschen, die noch vergleichsweise selbständig ihren Alltag bewältigen können und somit in einem besonderen Maße von präventiven Leistungen mit dem Ziel der Vermeidung oder Verzögerung des Eintritts von Pflegebedürftigkeit profitieren können. Die Pflegebegutachtung liefert für die Initiierung und Umsetzung präventiver Maßnahmen eine wichtige Grundlage. Um den Ansatz der Prävention noch besser unterstützen zu können, wollen die Medizinischen Dienste die Pflegebegutachtung künftig Setting-orientiert, d. h. an den konkreten Lebens- und Versorgungssituationen ausgerichtet, ausgestalten, damit insbesondere Pflegearrangements ohne professionelle Pflege gestärkt werden können - auch im Sinne der Gesundheitsförderung. In vielen Fällen von Pflegebedürftigkeit sind die Gutachterinnen und Gutachter des Medizinischen Dienstes die ersten Personen, die die Situation vor Ort kennenlernen. Damit nehmen sie eine wichtige Schlüsselposition ein, um individuelle Bedarfe zur Prävention und Gesundheitsförderung zu erheben und können auf dieser Grundlage beraten, sensibilisieren und Impulse für das Anschluss-handeln weiterer Akteure geben bzw. bereits auf die Inanspruchnahme entsprechender Angebote hinwirken. Deshalb sind bei der Umsetzung dieser Regelung bestehende Strukturen und Aufgaben zu berücksichtigen.

Um insgesamt Pflegebedürftigkeit zu reduzieren, sind jedoch auch die präventiven und rehabilitativen Potenziale alt werdender Menschen, die noch nicht pflegebedürftig sind, weiter zu fördern.

Die Ergänzung in § 20 Absatz 5 Satz 2 SGB V wird ebenso ausdrücklich begrüßt, da damit die Umsetzung ausgesprochener Präventionsempfehlungen gefördert wird.

Zu Artikel 1 Nr. 6 b), § 8 Absatz 3c (neu) SGB XI, Wissenschaftliche Expertisen zur konkreten Ausgestaltung der Inhalte von pflegerischen und heilkundlichen Leistungen

Auf der Grundlage einer umfassenderen fachlichen Klärung der Aufgaben von Pflegefachpersonen in der Versorgung soll geprüft werden, ob über die Regelungen des Gesetzes zur Befugnisserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege hinaus perspektivisch weitergehende gesetzliche Änderungen zur Klarstellung und ggf. Erweiterung der Aufgaben von Pflegefachpersonen in der Versorgung sinnvoll und möglich sind. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen wird gemeinsam mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen verpflichtet, wissenschaftliche Expertisen zu beauftragen, deren Ergebnis ein sektorenübergreifender Katalog der Aufgaben von Pflegefachpersonen auf Grundlage vorhandener Qualifikationen ist.

Bewertung:

Bei der Erarbeitung einer Empfehlung zu einer systematischen und umfassenden Beschreibung der Aufgaben von Pflegefachpersonen, einschließlich erweiterter heilkundlicher Aufgaben (sog. Muster-Scope of Practice), ist auch die Expertise des Medizinischen Dienstes Bund einzubeziehen, um die Praxiserfahrungen der Gutachterinnen und Gutachter der Medizinischen Dienste zur Stärkung der Pflegekompetenz und Versichertenorientierung zu nutzen

Änderungsvorschlag:

§ 8 Absatz 3c – neu – SGB XI wird wie folgt gefasst:

„(3c) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen fördert gemeinsam mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen wissenschaftliche Expertisen zur konkreten Ausgestaltung und Weiterentwicklung der Inhalte von Leistungen nach diesem und nach dem Fünften Buch, die durch Pflegefachpersonen jeweils abhängig von ihren Kompetenzen erbracht werden können. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen bestimmen im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit und unter Beteiligung des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend nach Anhörung der maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene die Dauer, Inhalte das Nähere zur Durchführung von wissenschaftlichen Expertisen nach Satz 1. Die Beauftragung der Erstellung wissenschaftlicher Expertisen erfolgt im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit unter Beteiligung des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Bei der Beauftragung der Erstellung wissenschaftlicher Expertisen sowie bei ihrer Durchführung ist sicherzustellen, dass die Auftragnehmer die fachliche Expertise der maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene und des Medizinischen Dienstes Bund in geeigneter Art und Weise einbeziehen. Weitere relevante Fachexpertinnen und Fachexperten sowie Fachorganisationen sollen an der Erstellung der Expertisen beteiligt werden. Für die Umsetzung der Aufgaben nach den Sätzen 1 bis 4 werden dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen aus dem Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung für die Jahre 2025 bis 2030 Fördermittel von insgesamt zehn Millionen Euro bereitgestellt. Die gesetzlichen Krankenkassen tragen an den Ausgaben für die Fördermittel einen Anteil von 50 Prozent; § 150 Absatz 4 Satz 3 und 4 gilt entsprechend. Das Nähere über das Verfahren zur Auszahlung der Mittel regeln der Spitzenverband Bund der Pflegekassen sowie der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und das Bundesamt für Soziale Sicherung durch Vereinbarung.“

Zu Artikel 1 Nr. 12, § 15 Absatz 8 (neu) SGB XI, Ermittlung des Grades der Pflegebedürftigkeit, Begutachtungsinstrument

Mit dem geplanten Absatz 8 wird der Spitzenverband Bund der Pflegekassen verpflichtet, dem Bundesministerium für Gesundheit zum 30. Juni 2026 einen Bericht zu Erfahrungen und Wirkungsweisen des Begutachtungsinstruments nach dem geltenden Pflegebedürftigkeitsbegriff sowie zu Gründen und Ursachen des seit 2017 zu beobachtenden Anstiegs der Zahl der Pflegebedürftigen vorzulegen.

Bewertung:

Die Erfahrungen der Medizinischen Dienste zeigen, dass das Begutachtungsinstrument grundsätzlich funktioniert, denn es bildet eins-zu-eins den auf einem breiten Konsens 2017 in die Pflegeversicherung eingeführten Pflegebedürftigkeitsbegriff ab. Die Einführung 2017 war für alle Beteiligten ein Kraftakt. Wir befinden uns in einer Situation, in der die Folgen tiefgreifender Krisen deutlich werden. Zuvorderst ist hier der demografische Wandel zu nennen, der in den nächsten Jahren kaum einen anderen Bereich so hart treffen wird, wie die pflegerische Langzeitversorgung.

Vor diesem Hintergrund sind Maßnahmen notwendig, die auch mittel- und langfristig eine qualitativ hochwertige und fristgerechte Begutachtungspraxis der Medizinischen Dienste sicherstellen. Der Medizinische Dienst Bund begrüßt das Vorhaben des Gesetzgebers, auf der Grundlage unabhängiger wissenschaftlicher Expertise die Wirkungen des Pflegebedürftigkeitsbegriffs und des Begutachtungsinstruments zu untersuchen und daraus Weiterentwicklungsbedarfe für das Begutachtungsverfahren insgesamt abzuleiten.

Mit Blick auf eine Analyse des Anstiegs der Zahl pflegebedürftiger Menschen seit Einführung des Begutachtungsinstruments ist es notwendig, pflegebiographische Verläufe genauer zu untersuchen und insbesondere das Thema Antragsverhalten in den Blick zu nehmen. Analysen des Medizinischen Dienstes haben gezeigt, dass allein auf der Grundlage der demografischen Vorausberechnungen die Entwicklung der Antragszahlen und des Begutachtungsaufkommens nicht sicher prognostiziert werden können und hier mehrere Ursachen eine Rolle spielen, die es insbesondere auch in ihrem Zusammenspiel näher zu analysieren gilt. Die Expertise und Vorarbeiten des Medizinischen Dienstes Bund sollten im Rahmen der geplanten Evaluation miteinbezogen werden. Das ist insbesondere vor dem Hintergrund des gemäß § 18e durchzuführenden Modellprojekts sinnvoll.

Mit der Evaluation sollen auch grundlegende Aspekte der Bewertungssystematik des Begutachtungsinstruments angesprochen werden, wie etwa die Festlegung der Schwellenwerte je Pflegegrad. Wie auch in vorangegangenen Projekten sollte ein Beirat eingerichtet werden, der die Arbeiten im Evaluationsprojekt begleitet – insbesondere vor dem Hintergrund möglicher leistungsrechtlicher bzw. sozialpolitischer Implikationen, die mit dem Evaluationsprojekt verbunden sein werden.

Die Pflegebegutachtung sollte zu einem anstoßenden, initialen Fallmanagement ausgebaut werden, um damit eine intensivere Vernetzung zwischen den Medizinischen Diensten, den Pflegekassen und regionalen Pflegeberatungen zu ermöglichen. Das gilt insbesondere für Erstbegutachtungen in Pflegearrangements, die ohne professionelle pflegefachliche Begleitung die Pflege organisieren. Die Gutachterinnen und Gutachter der Medizinischen Dienste sind in der Regel der erste professionelle pflegefachliche Kontakt im Haushalt pflegebedürftiger Personen. Sie können mit ihrem Fachwissen, ihrer Unabhängigkeit und Neutralität präventive Potentiale erkennen und die Inanspruchnahme entsprechender Leistungen für die beteiligten Personen fördern. Bereits heute gehen die Gutachterinnen und Gutachter bei der Pflegebegutachtung auf Präventionspotentiale

ein. Durch den Aufbau eines initialen Fallmanagements könnte ein weiterer Beitrag zur Verzögerung des Eintritts von Pflegebedürftigkeit oder zu deren Vermeidung geleistet sowie eine Verbesserung der Pflegesituation erreicht werden.

Änderungsvorschlag:

„(8) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen legt gemeinsam mit dem Medizinischen Dienst Bund dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 30. Juni 2026 unter Beteiligung des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. einen unter unabhängiger wissenschaftlicher Begleitung zu erstellenden Bericht zu den Erfahrungen der Pflegekassen und der Medizinischen Dienste mit dem Begutachtungsinstrument nach den Absätzen 1 bis 7 einschließlich der Wirkungsweisen zur Ermittlung des Grades der Pflegebedürftigkeit hinterlegten Bewertungssystematik und zu möglichen Weiterentwicklungen vor. In dem Bericht ist auch die Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen seit 2017 unter Berücksichtigung insbesondere von medizinisch-pflegerischen Aspekten, demographischen Faktoren und sozioökonomischen Einflüssen auf wissenschaftlicher Grundlage zu untersuchen. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen kann hierfür Mittel nach § 8 Absatz 3 einsetzen.“

Zu Artikel 1 Nr. 14, § 17a (neu) SGB XI, Richtlinien zur Empfehlung von Pflegehilfsmitteln und Hilfsmitteln nach § 40 Absatz 6 in Verbindung mit Artikel 1 Nr. 25 b), § 40 Absatz 6 SGB XI, Pflegehilfsmittel und Wohnumfeld verbessernde Maßnahmen

Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen wird beauftragt, seine Richtlinien nach § 17a (bisher § 40 Absatz 6 Satz 6) bis zum 31. Dezember 2026 inhaltlich zu überarbeiten. Bei der Prüfung des Katalogs an Pflegehilfsmitteln und Hilfsmitteln, die von einer Empfehlung durch Pflegefachpersonen umfasst sein können, sollen zukünftig insbesondere die unterschiedlichen Qualifikationsniveaus der empfehlenden Pflegefachpersonen Berücksichtigung finden.

Ergänzend wird die in § 40 Absatz 6 SGB XI vorgesehene Möglichkeit, dass bei vorliegender Empfehlung einer Pflegefachperson für ein Pflegehilfsmittel und Hilfsmittel die Notwendigkeit der Versorgung vermutet wird, ausgeweitet, so dass auch für weitere Bereiche der Entscheidung der Pflegefachperson (vorbehaltlich der Prüfung der Wirtschaftlichkeit) eine fachliche Letztverbindlichkeit zugesprochen wird.

Bewertung:

Es ist ausdrücklich zu begrüßen, dass in der Richtlinie gemäß § 17a SGB XI zukünftig festgelegt wird, über welches Qualifikationsniveau bei der Empfehlung von Hilfsmitteln und Pflegehilfsmitteln die empfehlende Pflegefachperson verfügen soll. Insbesondere vor dem Hintergrund, dass dieser Empfehlung eine fachliche Letztverbindlichkeit zukommt.

Der Medizinische Dienst Bund bündelt sowohl technische Expertise als auch Expertise im Kontext der Pflegebegutachtung und der Empfehlung von Hilfsmitteln sowie Pflegehilfsmitteln. Diese Kompetenzen sind nicht nur bei der Evaluation nach § 40 Absatz 6 SGB XI, sondern auch bei der Prüfung des Katalogs an Pflegehilfsmitteln und Hilfsmitteln, die von einer Empfehlung durch Pflegefachpersonen umfasst sein können und bei der Festlegung der erforderlichen Qualifikationsniveaus / Kompetenzen der Pflegefachpersonen, zu berücksichtigen.

Änderungsvorschlag:

§ 17a - neu – Absatz 1 SGB XI wird wie folgt gefasst:

„(1) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen legt bis zum 31. Dezember 2026 unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes Bund in Richtlinien fest,

1. in welchen Fällen und für welche Pflegehilfsmittel und Hilfsmittel, die den Zielen von § 40 Absatz 1 Satz 1 dienen, die Notwendigkeit oder Erforderlichkeit der Versorgung mit Pflegehilfsmitteln oder Hilfsmitteln, die von Pflegefachpersonen gestaffelt nach Qualifikationsniveau, empfohlen werden, nach § 40 Absatz 6 Satz 2 vermutet wird, sowie

2. das Nähere zum Verfahren der Empfehlung gemäß § 40 Absatz 6 durch die Pflegefachperson bei der Antragstellung.

Dabei ist, soweit entsprechende Qualifikationsniveaus und Hilfsmittel betroffen sind, der Inhalt des Vertrags nach § 73d Absatz 1 des Fünften Buches zu beachten. Den maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene ist unter Übermittlung der hierfür erforderlichen Informationen innerhalb einer angemessenen Frist vor der Entscheidung über die Inhalte der Richtlinien Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen.“

Zu Artikel 1, Nr. 16, § 18c Absatz 5 Satz 1 und 4 SGB XI Entscheidung über den Antrag, Fristen

Mit dem Pflegeunterstützungs- und –entlastungsgesetz (PUEG) wurde eine Regelung eingeführt, nach der, wenn ein Verzögerungsgrund vorliegt, den die Pflegekasse nicht zu vertreten hat, die Begutachtungsfrist bis zur Beseitigung der Verzögerung unterbrochen wird. Danach läuft die Frist weiter. Die Zeit der Unterbrechung wird nicht auf die Frist angerechnet. Die Neufassung ergänzt nun die bestehende Regelung, indem sie für die Fälle, in denen eine erneute Terminierung der Begutachtung erforderlich wird, eine zusätzliche Fristenhemmung von 15 Arbeitstagen vorsieht, die für die Durchführung der noch ausstehenden Begutachtung genutzt werden kann.

Bewertung:

Im Vorfeld einer Begutachtung müssen der Einsatz der Gutachterinnen und Gutachter sowie ihre Routen wirtschaftlich geplant und die Versicherten per Post über den Termin in Kenntnis gesetzt werden. Zudem ist sicherzustellen, dass die Versicherten zu dem Begutachtungstermin ihre An- und Zugehörigen sowie den ggf. beauftragten Pflegedienst hinzuziehen können.

Wird der vorgesehene Begutachtungstermin dann abgesagt, muss der beschriebene Prozess neu beginnen und lässt sich in den verbleibenden Tagen der 25-Arbeitstage Frist oftmals nicht mehr vollständig umsetzen. Auch mit Hintergrund der verlängerten Postzustellung nach Inkrafttreten des neuen Postgesetzes sowie für die Planungen bei Versicherten, ihren An- und Zugehörigen sowie ggf. dem beauftragten Pflegedienst, ist eine Verlängerung der Frist zur Vorbereitung auf den neuen Begutachtungstermin wesentlich, um den Begutachtungsprozess für alle Beteiligten praktikabel erneut organisieren und koordinieren zu können.

Es ist ausdrücklich zu begrüßen, dass der Entwurf nun eine gesetzliche Anpassung vorsieht, nach der in den Fällen, in denen ein durch die Pflegekasse nicht zu vertretender Verzögerungsgrund (Hemmnisgrund) vorliegt, die 25-Arbeitstage Frist nach Beendigung des Hemmnisses für weitere 15 Arbeitstage gehemmt wird und im Anschluss weiterläuft.

Die beabsichtigte Regelung in § 18c Abs. 5 SGB XI geht in die richtige Richtung. Um bürokratische Aufwände für Versicherte und Pflegekassen zu reduzieren, ist der Zeitpunkt der Zusatzzahlung auf den Zeitpunkt des Abschlusses des Verfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit festzulegen.

Änderungsvorschlag:

In § 18c Absatz 5 Satz 1 SGB XI ist das Wort „Fristablauf“ zu streichen und durch die Wörter „Abschluss des Verfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit“ zu ersetzen.

Zu Artikel 1 Nr. 17a), § 18e Absatz 1 SGB XI, Weiterentwicklung des Verfahrens zur Pflegebegutachtung durch Modellvorhaben, Studien und wissenschaftliche Expertisen

Redaktionelle Klarstellung, die es dem Medizinischen Dienst Bund und den Medizinischen Diensten ermöglicht, Durchführungsvereinbarungen zu Modellvorhaben, Studien und wissenschaftlichen Expertisen zur Weiterentwicklung der ihnen nach den §§ 18 bis 18b zugewiesenen Aufgaben rechtssicher auch mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen abschließen zu können.

Bewertung:

Die Klarstellung wird begrüßt.

Der Entwurf enthält zudem bereits wichtige Schritte zur Weiterentwicklung des Begutachtungsverfahrens und der damit verbundenen Prozesse. Vor dem Hintergrund der aktuellen Herausforderungen, dem wachsenden Fachkräftemangel bei gleichzeitig steigender Zahl an Pflegebedürftigen, sind hier jedoch zusätzliche Regelungen erforderlich.

Hierbei sollte die Rolle des Medizinischen Dienstes Bund als unabhängige Organisation von Fachexpertinnen und -experten weiter gestärkt werden. Das Abschließen einer Vereinbarung mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen sollte daher bei Modellprojekten, die ausschließlich die Aufgaben der Medizinischen Dienste im Rahmen der Pflegebegutachtung betreffen, nicht erforderlich sein. Eine gute Zusammenarbeit mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen und den Pflegekassen ist hier auch weiterhin wesentlich.

Darüber hinaus wird insbesondere die Einbindung und Nutzung digitaler und technischer Möglichkeiten (einschließlich KI-Anwendungen) in der Pflegebegutachtung zu verfolgen sein. Hierfür ist aufgrund der hohen Spezifität des Themas eine gute Vorbereitung potenzieller Modellvorhaben und -projekte notwendig. Auch in diesen Fällen sollte es ermöglicht werden, dass der Medizinische Dienst Bund unabhängige wissenschaftliche Expertise beauftragen kann, ohne eine Vereinbarung mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen zu schließen.

Darüber hinaus wird angeregt, Fördermittel, die im jeweiligen Kalenderjahr nicht in Anspruch genommen worden sind, in das jeweilige Folgejahr zu übertragen.

Änderungsvorschlag:

§ 18e Absatz 1 SGB XI wird wie folgt gefasst:

„(1) Der Medizinische Dienst Bund und die Medizinischen Dienste können Modellvorhaben, Studien und wissenschaftliche Expertisen zur Weiterentwicklung der den Medizinischen Diensten nach den §§ 18 bis 18b zugewiesenen Aufgaben durchführen. Für die Durchführung ist eine Vereinbarung mit den Pflegekassen erforderlich. Satz 2 findet keine Anwendung bei Modellprojekten, die ausschließlich die Aufgaben der Medizinischen Dienste im Rahmen der Pflegebegutachtung betreffen.“

In § 18e SGB XI wird nach Absatz 1 ein neuer Absatz 1a eingefügt:

„(1a) Sofern wissenschaftliche Grundlagen, zum Beispiel in Form von Gutachten und wissenschaftlichen Expertisen, zur Vorbereitung der in Absatz 1 genannten Vorhaben zur Weiterentwicklung der den Medizinischen Diensten nach den §§ 18 bis 18b zugewiesenen Aufgaben notwendig sind, kann der Medizinische Dienst Bund hierfür Mittel gemäß Absatz 3 verwenden. Absatz 1 Satz 2 findet keine Anwendung.“

§ 18 e Absatz 3 SGB XI wird wie folgt gefasst:

„(3) Für die Beauftragung und Durchführung der Modellvorhaben, der Studien und der wissenschaftlichen Expertisen kann der Medizinische Dienst Bund aus Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung bis zu 500 000 Euro im Kalenderjahr nutzen. Das Nähere über das Verfahren zur Auszahlung der aus dem Ausgleichsfonds zu finanzierenden Fördermitteln regeln der Medizinische Dienst Bund und das Bundesamt für Soziale Sicherung durch Vereinbarung. Die Fördermittel, die im jeweiligen Kalenderjahr nicht in Anspruch genommen worden sind, erhöhen das Fördervolumen im Folgejahr.“

Zu Artikel 1 Nr. 14 b), § 18e Absatz 6 SGB XI, Weiterentwicklung des Verfahrens zur Pflegebegutachtung durch Modellvorhaben, Studien und wissenschaftliche Expertisen

Der Medizinische Dienst Bund soll bis zum 30. Juni 2026 fachlich unabhängige wissenschaftliche Einrichtungen oder Sachverständige mit der Durchführung eines Modellprojekts beauftragen; bis spätestens 30. Juni 2028 soll der Abschlussbericht dem Bundesministerium für Gesundheit vorgelegt werden. In dem Projekt sollen neben der Übernahme von Aufgaben im Rahmen des Pflegebegutachtungsverfahrens durch in der Versorgung tätige Pflegefachpersonen und möglichen Formen der Zusammenarbeit von Pflegefachpersonen und Medizinischem Dienst ebenfalls geprüft werden, welche Voraussetzungen für eine solche Zusammenarbeit ggf. bestehen.

Bewertung:

Der Medizinische Dienst gewährleistet als unabhängige Prüfinstitution eine interessenfreie Begutachtung. Zudem verfügt er über eine umfangreiche Qualitätssicherung im eigenen System und evaluiert fortwährend die Qualität der Begutachtung. Eine Verlagerung von Begutachtungsaufgaben, wie sie das beabsichtigte Modellprojekt vorsieht, würde unnötige bürokratische Aufwände und eine Schaffung von Doppelstrukturen bedeuten. Die Sicherungsinstrumente, die zusätzlich erforderlich wären, um Unabhängigkeit und Qualitätssicherung zu gewährleisten, würden weitere Aufwände bedeuten, die wiederum eine Belastung der professionellen Pflege und zusätzliche Kosten darstellten. Das vorgesehene Modellprojekt wird daher abgelehnt, die zugehörige Regelung ist zu streichen.

Sollte der Gesetzgeber an dem Modellprojekt dennoch festhalten wollen, so ist sicherzustellen, dass auch in formellen Versorgungssettings die Pflegegradempfehlung weiter in der Verantwortung des unabhängigen Medizinischen Dienstes bleiben muss. Wie eine wirksame Verzahnung zwischen objektiver und unabhängiger Begutachtung individueller Leistungsansprüche durch den Medizinischen Dienst und professioneller Versorgungsverantwortung im Sinne einer bedarfsorientierten Versorgungsplanung pflegebedürftiger Menschen gelingen kann, kann auch im Rahmen eines wissenschaftlichen Modellprojekts zunächst konzeptionell festgelegt und in einem zweiten Schritt evaluiert werden. Dabei sollten jedoch auf jeden Fall die Erkenntnisse aus abgeschlossenen oder bereits laufenden Modellprojekten berücksichtigt werden können, um unnötige Doppelarbeiten zu vermeiden.

Der Medizinische Dienst Bund entwickelt hierzu bereits gemeinsam mit den Medizinischen Diensten und unter Einbezug unabhängiger wissenschaftlicher Expertise und in Abstimmung mit dem GKV-Spitzenverband ein Studienkonzept für ein Modellprojekt. Das Modellprojekt greift nicht nur die Absicht des Gesetzgebers auf, professionelle Pflege stärker in die Pflegebegutachtung einzubinden. Vorgesehen ist auch, die Pflegebegutachtung für informelle Pflegearrangements weiterzuentwickeln, z. B. im Hinblick auf den Umgang mit den Empfehlungen der MD zum Erhalt und zur Förderung der Selbständigkeit u. hier sind Synergien zwischen den beteiligten Akteuren zu schaffen, damit auch ohne professionelle Pflege eine gute Versorgung pflegebedürftiger Menschen gelingt.

Änderungsvorschlag:

§ 18e Absatz 6 SGB XI wird gestrichen.

Alternativ:

§ 18e Absatz 6 SGB XI wird wie folgt gefasst:

„(6) Der Medizinische Dienst Bund beauftragt bis zum 30. Juni 2026 fachlich unabhängige wissenschaftliche Einrichtungen oder Sachverständige mit der Durchführung eines Modellprojekts nach den Absätzen 1 bis 5. In dem Modellprojekt ist zu prüfen,

1. unter welchen Voraussetzungen und in welchem Umfang Pflegefachpersonen, die Leistungen nach diesem oder nach dem Fünften Buch erbringen, hinsichtlich der von ihnen versorgten Personen nach § 18 mit der Übernahme von Aufgaben im Rahmen des Begutachtungsverfahrens nach den §§ 18a, 18b und 142a beauftragt werden können,

2. ob und inwieweit sich die Feststellungen und Empfehlungen im Rahmen der Begutachtung zum Pflegegrad der in der Versorgung tätigen Pflegefachpersonen bezogen auf vergleichbare Gruppen von Pflegebedürftigen von den gutachterlichen Feststellungen und Empfehlungen des Medizinischen Dienstes, ~~insbesondere hinsichtlich des festzustellenden Pflegegrads~~, unterscheiden und

3. ob die Einbindung von Pflegefachpersonen, die Leistungen nach diesem oder nach dem Fünften Buch erbringen, zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit und die Empfehlung eines Pflegegrads zum Pflegebedarf sowie weitere Feststellungen und Empfehlungen durch Pflegefachpersonen zukünftig regelhaft erfolgen sollen und wie die regelhafte Durchführung von Feststellungen und Empfehlungen zur Pflegebedürftigkeit durch in der Versorgung tätige Pflegefachpersonen zukünftig ~~umgesetzt werden kann~~, insbesondere in die Feststellung des Pflegegrades durch die Medizinischen Dienste eingebunden werden, insbesondere

a) für welche Antrags- und Versorgungssituationen eine Übernahme von Aufgaben im Sinne von Nummer 1 in Betracht käme,

b) welche nach § 18b zu treffenden Feststellungen und Empfehlungen für welche Gruppen von Pflegebedürftigen durch in der Versorgung tätige Pflegefachpersonen getroffen werden könnten und

c) welche Veränderungen im Verfahren der Begutachtung unter Bezugnahme auf die Richtlinien nach § 17 Absatz 1 Satz 1 dafür erforderlich wären; es ist gesondert darauf einzugehen, wie die Begutachtung neutral und unabhängig erfolgen kann.

Die Erkenntnisse aus abgeschlossenen oder bereits begonnenen Modellprojekten können im Benehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit auf das Modellprojekt nach den vorgenannten Nummern anerkannt werden.

Die Medizinischen Dienste sind bei der Durchführung des Modellprojekts zu beteiligen. Der Medizinische Dienst Bund hat einen Projektbericht und einen Abschlussbericht zu verfassen. Der Projektbericht und etwaige Zwischenberichte sind dem Bundesministerium für Gesundheit jeweils innerhalb eines Monats nach Fertigstellung vorzulegen. Der Abschlussbericht hat eine abschließende und begründete Empfehlung zu beinhalten und ist dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 30. Juni 2028 vorzulegen.

Zu Artikel 1 Nr. 47 b) und d), § 78a Absatz 4 Satz 3 Nummer 3 und Absatz 6 Nummer 2 SGB XI, Verträge über digitale Pflegeanwendungen und Verzeichnis für digitale Pflegeanwendungen, Verordnungsermächtigung

Die Ergänzung in § 78a Absatz 4 Satz 3 Nummer 3 sieht vor, dass der Hersteller für die Aufnahme einer digitalen Pflegeanwendung (DiPA) in das Verzeichnis für DiPA nach § 78a Absatz 3 Nachweise eines pflegerischen Nutzens im Sinne des § 40a Absatz 1 oder 1a erbringen muss. Nach § 40a Absatz 1a Satz 1 sind DiPA auch solche Anwendungen, die pflegende Angehörige oder sonstige ehrenamtlich Pflegende unterstützen und entweder die häusliche Versorgungssituation des Pflegebedürftigen stabilisieren oder pflegende Angehörige oder sonstige ehrenamtlich Pflegende entlasten.

Die Ergänzung in § 78a Absatz 6 Nummer 2 sieht entsprechend vor, dass durch Rechtsverordnung das Nähere zum pflegerischen Nutzen der DiPA im Sinne von § 40a Absatz 1 oder 1a geregelt wird.

Zur Klarstellung des pflegerischen Nutzens wird in der Begründung zu § 40a Absatz 1a Satz 1 ausgeführt, dass davon auszugehen ist, dass eine Entlastung der Pflegepersonen sich positiv auf die Pflegebedürftigen auswirkt und ihnen damit auch zugutekommt. Die Entlastung der Pflegepersonen stelle damit auch einen pflegerischen Nutzen dar.

Bewertung:

Es ist grundsätzlich zu begrüßen, DiPA entsprechend den ergänzenden Regelungen in § 40a SGB XI auf solche Anwendungen zu erweitern, die primär auf die Entlastung von pflegenden Angehörigen und ehrenamtlich Pflegenden ausgerichtet sind. In der Folge sind auch die Ergänzungen in § 78a Absatz 4 Satz 3 Nummer 3 und Absatz 6 Nummer 2 SGB XI grundsätzlich nachvollziehbar. Es stellt sich jedoch die Frage, ob die leistungsrechtliche Zuordnung im SGB XI, sofern die Regelung ausschließlich auf Nutzen für Pflegepersonen zielt, sachgerecht ist und hier nicht vielmehr eine Leistungspflicht im SGB V zu verorten wäre. Darüber hinaus ist die Annahme, dass eine Entlastung der Pflegepersonen automatisch mit positiven Wirkungen für die Pflegebedürftigen verbunden ist und eine Entlastung der Pflegepersonen damit einen pflegerischen Nutzen darstellt, nicht zwangsläufig richtig. So gibt es bereits jetzt digitale Möglichkeiten, die eine dauerhafte Überwachung pflegebedürftiger Menschen ermöglichen. Diese können zwar mit einer erheblichen Entlastung der Pflegepersonen einhergehen, gleichzeitig kann das aber zu einem Verlust von direkter Ansprache und Zuwendung führen, der sich wiederum negativ auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität der Pflegebedürftigen auswirken kann. Zudem besteht beim Einsatz solcher Systeme das Risiko, die Privatsphäre und Persönlichkeitsrechte der zu pflegenden Personen unverhältnismäßig einzuschränken.

Sofern eine leistungsrechtliche Zuordnung im SGB XI als sachgerecht eingestuft werden kann, ist bei DiPA, die vornehmlich oder ausschließlich der Entlastung von pflegenden Angehörigen oder sonstigen ehrenamtlich Pflegenden dienen, anhand geeigneter Daten sicherzustellen, dass eine Entlastung von pflegenden Angehörigen oder sonstigen ehrenamtlich Pflegenden nicht mit einem pflegerischen bzw. gesundheitlichen Nachteil für die Pflegebedürftigen einhergeht. Ein alleiniger Nutznachweis aus der Perspektive der Pflegepersonen ist daher nicht ausreichend. Es ist unbedingt erforderlich, im Rahmen von Studien zur Entlastung von Pflegepersonen durch eine DiPA den pflegerischen Nutzen aus der Perspektive der Pflegebedürftigen bzw. im Hinblick auf den Gesundheitsstatus der Pflegebedürftigen mitzuerheben.

Die Anforderungen an Studien zu DiPA, die ausschließlich die Entlastung für pflegende Angehörige und ehrenamtlich Pflegende adressieren, sollten den gleichen Anforderungen unterliegen, die für Studien zum Nachweis eines pflegerischen Nutzens gemäß § 11 Digitale Pflegeanwendungen-Verordnung (DiPAV) gelten.

Änderungsvorschlag:

Es ist eingehend zu prüfen, ob eine Regelung, die ausschließlich auf Pflegepersonen zielt, leistungsrechtlich dem SGB XI sachgerecht zuzuordnen ist. Gegebenenfalls ist der § 40a Absatz 1a Satz 1 SGB XI entsprechend anzupassen.

Es ist klarzustellen, dass sich ein pflegerischer Nutzen nicht alleine durch einen Nutznachweis aus der Perspektive der Pflegepersonen ergibt. Damit einhergehend ist klarzustellen, dass für Digitale Pflegeanwendungen (DiPA), die vornehmlich oder ausschließlich der Entlastung von pflegenden Angehörigen oder sonstigen ehrenamtlich Pflegenden dienen, auch eine Erhebung des pflegerischen Nutzens aus der Perspektive der Pflegebedürftigen bzw. des Gesundheitsstatus der Pflegebedürftigen unbedingt erforderlich ist.

Zu Artikel 1 Nr. 47 d), § 78a Absatz 6a (neu) SGB XI, Verträge über digitale Pflegeanwendungen und Verzeichnis für digitale Pflegeanwendungen

Die Regelung im neu eingefügten Absatz 6a sieht vor, dass der Hersteller nach § 78a Absatz 4 für die digitale Pflegeanwendung (DiPA) eine Erprobung für bis zu 12 Monate beantragen kann, wenn der Nachweis eines pflegerischen Nutzens im Sinne von § 40a Absatz 1 oder 1a noch nicht möglich ist.

Der Hersteller hat dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte spätestens nach Ablauf des Erprobungszeitraums den Nachweis des pflegerischen Nutzens vorzulegen.

In der Begründung wird ausgeführt, dass die neue Regelung der entsprechenden Erprobungsvorschrift für digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) in § 139e Absatz 4 SGB V nachgebildet ist. Die Preisfindung soll auch für den Zeitraum der Erprobung durch Verhandlungen mit den Kostenträgern erfolgen.

Die Vergütungsvereinbarungen sollen gemäß § 78 Absatz 1 Satz 2 und § 40a Absatz 2 Satz 1 ab dem vereinbarten Zeitpunkt gelten.

Bewertung:

Der Einsatz einer DiPA, die primär oder auch die Zielgruppe pflegebedürftiger Personen adressiert, ist im Rahmen einer Erprobungsphase, in der Nachweise für einen Nutzen oder auch Hinweise auf einen Schaden (noch) nicht vorliegen, als sehr kritisch anzusehen. Es handelt sich bei der betroffenen Zielgruppe der pflegebedürftigen Personen um einen besonders vulnerablen Personenkreis. Es besteht die Gefahr einer pflegerischen Unter- oder Fehlversorgung durch die Anwendung einer DiPA, deren Nutzen nach Abschluss der Erprobungsphase nicht gezeigt wird. Zudem ist auch das Auftreten von Risiken und unerwünschten Ereignissen nicht auszuschließen, die während der Erprobungsphase noch nicht absehbar, sondern erst mit Generierung der Evidenz zur dauerhaften Aufnahme der DiPA sichtbar werden. Dies beträfe einen nicht unerheblichen Teil an versicherten pflegebedürftigen Personen. Im vorliegenden Gesetzesentwurf werden Pflegebedürftige adressiert, die zu Hause von pflegenden Angehörigen oder sonstigen ehrenamtlich Pflegenden unterstützt werden. Insgesamt gibt es ungefähr 5,7 Millionen Pflegebedürftige in Deutschland, davon werden etwa 67 % zu Hause von Angehörigen oder sonstigen ehrenamtlich Pflegenden versorgt¹. Die Zielgruppe erscheint im Vergleich zu den Zielgruppen der meisten gelisteten DiGA deutlich größer.

Aus dem Bereich der DiGA ist darüber hinaus bekannt, dass von den 59 derzeit endgültig beschiedenen Produkten nur 45 dauerhaft in das DiGA-Verzeichnis aufgenommen wurden und ein relevanter Anteil, nämlich 14 DiGA, dauerhaft gestrichen wurden. Die gestrichenen DiGA erfüllten, trotz positiver Prüfung auf vorläufige Aufnahme in das DiGA-Verzeichnis, nicht den erwarteten positiven Versorgungseffekt nach Abschluss der Erprobungsphase oder Hersteller veranlassten ohne Nennung von Gründen die Streichung der DiGA aus dem Verzeichnis. Dies verdeutlicht, dass fast jede vierte DiGA, zu der ein endgültiger Bescheid vorliegt, den Anforderungen des BfArM am Ende der Erprobungszeit nicht genügt. Personen, die die DiGA während der Erprobung verwendeten, nutzten ein Medizinprodukt, welches keinen positiven Versorgungseffekt besitzt. Eine Über- Unter- und Fehlversorgung ist in diesen Fällen nicht auszuschließen.

¹<https://www.destatis.de/DE/Themen/Querschnitt/Demografischer-Wandel/Hintergruende-Auswirkungen/demografie-pflege.html>

Von der Einführung einer Erprobungsphase und dem damit einhergehenden breiten Einsatz von DiPA mit der Zielgruppe pflegebedürftiger Personen, für die eine Prüfung von Nutzen und Schaden noch aussteht, ist daher grundsätzlich abzuraten.

Darüber hinaus ist es nicht nachvollziehbar, wie eine Preisfindung bereits für den Erprobungszeitraum erfolgen kann, ohne dass evidenzbasierte Nachweise zum Nutzen vorliegen. Evidenzbasierte Nutzen- und Schadensabwägungen sind elementare Bestandteile einer Vergütung durch die Versichertengemeinschaft. Liegen solche Nachweise noch nicht vor, da sich das betreffende Produkt noch in der Erprobungsphase befindet, so können in die Verhandlung zu Erstattungsbeträgen keine evidenzbasierten Aussagen zur betreffenden DiPA einbezogen werden. Dies steht den allgemeinen Grundsätzen einer evidenzbasierten bzw. gemäß § 12 Absatz 1 SGB V ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung entgegen.

Das vorgeschlagene Vorgehen würde auch den Regelungen zu DiGA entgegenstehen. So wird bei der Vereinbarung des Vergütungsbetrages einer DiGA gemäß § 134e Absatz 4 und 5 SGBV berücksichtigt, ob und inwieweit ein positiver Versorgungseffekt während der Erprobungsphase oder bereits zur Antragstellung auf finale Aufnahme der DiGA erbracht ist.

Es ist grundsätzlich zu begrüßen, dass Hersteller von DiPA keine freie Preiswahl im Falle der Durchführung einer Erprobungsphase haben. Dennoch geht die Finanzierung der DiPA während der Erprobungsphase bei unklarem Nutzen und Schaden zulasten der Versichertengemeinschaft.

Änderungsvorschlag:

§ 78 Absatz 6a –neu – SGB XI wird gestrichen, ebenso wie die entsprechenden Verweise auf Absatz 6a in § 78a Absatz 5 Satz 3 und Absatz 6 Nummer 7 (neu) SGB XI.

Zu Artikel 1 Nr. 55, § 92c SGB XI, Verträge, Empfehlungen zu Vertragsinhalten in Verbindung mit Nr. 61, § 113 SGB XI Maßstäbe und Grundsätze, Nr. 62 c) aa), § 113b Absatz 4 Nr. 6 SGB XI, Wissenschaftliches Instrument für Qualitätsprüfungen, Nr. 65, § 114a nach Absatz 1a, Durchführung der Qualitätsprüfungen, Nr. 66 e), § 114a Absatz 7 SGB XI Qualitätsprüfungsrichtlinien und Nr. 68 a), § 115 Absatz 1a SGB XI, Qualitätsdarstellung

Artikel 1 Nr. 55, § 92c SGB XI

Mit der Regelung des § 92c SGB XI wird eine Option für zugelassene ambulante Pflegeeinrichtungen ergänzt, Verträge für die Leistungserbringung in gemeinschaftlichen Wohnformen zu schließen. Die zugelassenen ambulanten Pflegedienste sollen in diesen gemeinschaftlichen Wohnformen ein Basispaket mit Leistungen körperbezogener Pflegemaßnahmen, pflegerischer Betreuungsmaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung entsprechend § 36 sowie eine Versorgung mit Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V als Teil des Basispaketes zur gemeinsamen und individuellen Leistungsanspruchnahme der Pflegebedürftigen sicherstellen. Darüber hinaus sollen weitere Leistungen, die über dieses Basispaket hinaus gehen, gesondert angeboten werden.

Gemäß § 92c Absatz 5 sind die Vertragsinhalte für gemeinschaftliche Wohnformen spätestens neun Monate nach Inkrafttreten des Gesetzes durch Empfehlungen des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen, des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, der Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes Bund und unter Einbeziehung weiterer Akteure näher auszugestalten.

Artikel 1 Nr. 61, § 113 SGB XI

In einem Zeitraum von sechs Monaten nach Vorliegen der Empfehlungen nach § 92c sind die entsprechenden Maßstäbe und Grundsätze zur Qualität nach § 113 SGB XI um Regelungen für die gemeinschaftlichen Wohnformen mit Verträgen zur pflegerischen Versorgung gemäß § 92c zu ergänzen.

Artikel 1 Nr. 62 c) aa), § 113b Absatz 4 Nr. 6 SGB XI:

Die Vertragsparteien werden verpflichtet, einen wissenschaftlichen Auftrag zu vergeben, der die Vorlage eines Abschlussberichts bis zwei Jahre nach Inkrafttreten des Gesetzes umfasst, in dem dargelegt wird, wie spezifische Regelungen für die Prüfung der Qualität der Leistungen von ambulanten Pflegediensten und ihren Kooperationspartnern in gemeinschaftlichen Wohnformen nach § 92c und für die Qualitätsberichterstattung gestaltet werden können.

Artikel 1 Nr. 65, § 114a nach Absatz 1a

Die Schaffung einer Daten- und Kommunikationsplattform ist zu begrüßen. Dabei sollten bereits bestehende digitale Datenaustauschverfahren für die Qualitätsprüfungen, welche auf dem Verfahren für die Einzelfallbegutachtung basieren und die digitale Übermittlung und Planung von Prüfaufträgen schon heute ermöglichen, berücksichtigt werden. Diese sollten dahingehend ausgebaut bzw. erweitert werden, so dass die Nutzung für alle Beteiligten verpflichtend wird.

Artikel 1 Nr. 66 e), § 114a Absatz 7 SGB XI:

Der Medizinische Dienst Bund wird in § 114a Absatz 7 SGB XI verpflichtet, innerhalb von sechs Monaten nach Ergänzung der Vereinbarungen nach § 113 Richtlinien für die Qualitätsprüfungen (QPR) in gemeinschaftlichen Wohnformen mit Verträgen zur pflegerischen Versorgung gemäß § 92c auf der Grundlage der Bundesempfehlungen nach § 92c Absatz 2 und der Regelungen für gemeinschaftliche Wohnformen in den Maßstäben und Grundsätze nach § 113 zu beschließen. Dies kann gegebenenfalls auch durch Anpassung und Ergänzung der Richtlinien für die ambulante Pflege erfolgen. Sobald die wissenschaftlichen Ergebnisse des Auftrags nach § 113b Absatz 2 Satz 2 Nummer 6 vorliegen, hat der Medizinische Dienst Bund darüber hinaus die im Abschlussbericht vorgeschlagenen Anpassungen und Ergänzungen unverzüglich umzusetzen.

Artikel 1 Nr. 68 a): § 115 Absatz 1a SGB XI:

Die Qualitätsdarstellungsvereinbarungen für gemeinschaftliche Wohnformen mit Verträgen zur pflegerischen Versorgung gemäß § 92c sind nach § 115 Absatz 1a SGB XI von den Vereinbarungspartnern unverzüglich nach Inkrafttreten der Richtlinien zu Qualitätsprüfungen in gemeinschaftlichen Wohnformen nach § 114a Absatz 7 unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes Bund, des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. und der Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene zu schließen.

Bewertung:

Es sollen gemeinschaftliche Wohnformen als neue Versorgungsform ermöglicht werden. Für die damit im Zusammenhang stehenden Umsetzungsschritte werden folgende Fristen und wird folgende Reihenfolge vorgegeben:

- Bundesempfehlung nach § 92c Absatz 5 SGB XI: neun Monate nach Inkrafttreten des Gesetzes
- Maßstäbe und Grundsätze nach § 113 SGB XI: sechs Monate nach Vorliegen der Empfehlungen nach § 92c
- Qualitätsprüfungsrichtlinien nach § 114a Absatz 7 SGB XI: sechs Monate nach Vorliegen der Vereinbarungen nach § 113
- Qualitätsdarstellungsvereinbarung nach § 115 Absatz 1a SGB XI: unverzüglich nach Inkrafttreten der QPR
- Wissenschaftliches Prüfkonzert nach § 113b Absatz 4 Nr. 6. SGB XI: zwei Jahre nach Inkrafttreten des Gesetzes
- Anpassung der QPR: unverzüglich nach Vorlage des wissenschaftlichen Prüfkonzertes.

Zu beachten ist bei diesem Regelungskomplex, dass eine Versorgungsform etabliert werden soll, bei der neue Zuständigkeiten und auch neue Leistungszuordnungen geschaffen werden sollen. Einer fundierten Entwicklung von Empfehlungen für die Ausgestaltung dieser neuen gemeinschaftlichen Wohnform sowie der Vereinbarung von Qualitätsanforderungen für diese Versorgungsform muss ein angemessener Zeitrahmen eingeräumt werden. Dies ist mit den vorgesehenen Fristen bei weitem nicht gewährleistet. Zudem sind die Abstände zwischen den einzelnen Prozessschritten (z.B. zwischen Bundesempfehlung und Maßstäben und Grundsätzen – sechs Monate; zwischen Maßstäben und Grundsätzen und QPR – sechs Monate) erheblich zu kurz und berücksichtigen in keiner Weise die gesetzlich vorgesehenen Abstimmungs-, Beteiligungs-, Genehmigungs- und Umsetzungsschritte.

Weiterhin ist zu berücksichtigen, dass Verträge nach § 92c SGB XI erst sinnvoll geschlossen werden können, wenn die Rahmenempfehlungen nach § 92c Absatz 2 SGB XI vorliegen. Auch für diese Vertragsverhandlungen ist ein angemessener Zeitrahmen einzuplanen. Somit werden voraussichtlich 21 Monate nach Inkrafttreten des Gesetzes Leistungserbringer noch gar nicht in nennenswertem Umfang Leistungen nach § 92c SGB XI anbieten und zugelassen sein. Zudem muss den neu gegründeten Leistungserbringern ein gewisser Zeitraum für

den Aufbau der Organisation sowie die Gestaltung der Prozesse gewährt werden, bevor bei diesen Qualitätsprüfungen durchgeführt und Prüfergebnisse veröffentlicht werden. So ist auch bei der Einführung der Pflegeversicherung vorgegangen worden. Zunächst wurden Rahmenempfehlungen und Anforderungen an die Qualität der Leistungserbringer definiert und erst anschließend sukzessive Konzepte für die Qualitätsprüfung entwickelt und anschließend umgesetzt. Vergleichbare Regelungen wie für gemeinschaftliche Wohnformen waren auch im Zusammenhang mit der Qualitätssicherung ambulanter Betreuungsdienste vorgesehen. Obwohl es nach Angaben des statistischen Bundesamtes Ende 2021 bundesweit weniger als 70 Betreuungsdienste gegeben hat, wurde hier mit enormem Aufwand ein umfangreiches Qualitätssicherungssystem und eine gesonderte Qualitätsprüfungsrichtlinie etabliert, auf deren Grundlage lediglich eine Hand voll Qualitätsprüfungen in Auftrag gegeben worden sind. Hier stellt sich sehr deutlich die Frage nach dem Verhältnis von Aufwand und Nutzen für die versorgten Versicherten.

Vor diesem Hintergrund ist es nicht sinnvoll, für einen kurzen Interimszeitraum bis zur Vorlage eines wissenschaftlich entwickelten Prüfkonzeptes eine Qualitätsprüfungsrichtlinie für gemeinschaftliche Wohnformen zu erstellen und diese nach Vorlage des wissenschaftlich entwickelten Prüfkonzeptes bereits wieder anzupassen. Das wissenschaftlich entwickelte Prüfkonzept soll nur drei Monate nach der Erstfassung der QPR vorliegen!

Mit Blick auf einen angemessenen Ressourceneinsatz und eine möglichst aufwandsarme Umsetzung der vorgesehenen Prozessschritte, fordert der Medizinische Dienst Bund daher, die Fristen für die einzelnen Prozessschritte zu verlängern und eine Qualitätsprüfung erst dann umzusetzen, wenn ein im Auftrag des Qualitätsausschuss Pflege wissenschaftlich entwickeltes Prüfinstrument vorliegt. Der Medizinische Dienst Bund unterbreitet hierzu insbesondere folgenden Änderungsvorschlag.

Änderungsvorschlag:

In § 114a Absatz 7 SGB XI wird Satz 4 – neu – wie folgt gefasst:

„[...]Die Richtlinien für gemeinschaftliche Wohnformen mit Verträgen zur pflegerischen Versorgung gemäß § 92c sind auf der Grundlage der Bundesempfehlungen nach § 92c Absatz 2, der Maßstäbe und Grundsätze nach § 113 sowie des nach § 113b Absatz 4 Satz 2 Nr. 6 entwickelten Prüfkonzeptes, zwölf Monate nach Vorlage des Konzeptes nach § 113b Absatz 4 Satz 2 Nr. 6 bis zum [...] [15 Monate nach Inkrafttreten] zu beschließen.“

Hilfsweise:

In § 114a Absatz 7 SGB XI werden folgende Sätze 4 und 5 eingefügt:

„Bis zur Vorlage einer wissenschaftlich entwickelten Konzeption für Qualitätsprüfungen in gemeinschaftlichen Wohnformen nach § 113b Absatz 4 Nr. 6. SGB XI ist bei den Prüfungen von ambulanten Pflegediensten, die in gemeinschaftlichen Wohnformen Pflegebedürftige versorgen, eine dieser Pflegebedürftigen in die Prüfung einzubeziehen. Das Nähere ist für die Übergangsphase in den Qualitätsprüfungs-Richtlinien innerhalb von zwölf Monaten nach Vereinbarung der Maßstäbe und Grundsätze zur Qualität für gemeinschaftliche Wohnformen nach § 113 für ambulante Pflegedienste zu regeln.“

Der oben genannte Satz 4 – neu - ist als Satz 6 einzufügen.

Zu Artikel 1 Nr. 65 c), § 114 Absatz 2a SGB XI, Regelung zur Durchführbarkeit von Qualitätsprüfungen in längerfristigen Krisensituationen von nationaler oder regionaler Tragweite

Die bisherige ausschließlich auf die Coronavirus SARS-CoV-2-Pandemie bezogene Regelung soll jetzt generalisiert auf weitere Krisensituationen übertragen werden. Die neue Regelung soll bis zum 1. Juni 2026 getroffen werden. Hierbei soll die Anwendbarkeit auf verschiedene potenzielle Krisensituationen wie z. B. auf erneute pandemische Notlagen, extreme Naturereignisse mit katastrophalem Ausmaß oder auf Großschadenslagen ausgeweitet werden. Der reguläre Abstand der Prüfung kann in solchen Situationen um bis zu ein Jahr verlängert werden. Zudem wird die primäre Zuständigkeit für die Regelung auf den Medizinischen Dienst Bund übertragen.

Bewertung:

Die Erweiterung der Regelung sowie die Übertragung der primären Zuständigkeit für die Regelung auf den Medizinischen Dienst Bund ist sachgerecht und wird begrüßt.

Zu Artikel 1 Nr. 66 a), § 114a Absatz 1 SGB XI, Ankündigung der Prüfung

Mit dem Ziel einer grundsätzlichen Entbürokratisierung in der Langzeitpflege wird die Frist zur Ankündigung der Regelprüfungen auf zwei Arbeitstage vor der Prüfung ausgedehnt. Bei einer etwas weniger kurzfristigen, vorherigen Bekanntgabe des Prüftermins bestehe die Aussicht auf einen besseren Organisationsablauf während der Prüfungen. Ferner sei die Gefahr von Manipulationen gering. Es überwiegen die Vorzüge einer besseren Planbarkeit des Personaleinsatzes mit dadurch verbesserten Prüfabläufen und optimierten Auskunftsmöglichkeiten. Die Anpassung sei zudem Ausdruck einer gesteigerten Vertrauenskultur und Wertschätzung gegenüber den beruflich Pflegenden.

Bewertung:

Bei der Entwicklung eines neuen Prüfverfahrens für ambulante Pflege- und Betreuungsdienste wurde die bisherige gesetzliche Grundlage der Ankündigung der Regelprüfungen am Tag zuvor kritisch diskutiert. Die vom Qualitätsausschuss Pflege beauftragten Wissenschaftler haben empfohlen Regelprüfungen zwei „Werktage“ (nicht „Arbeitstage“) vor der Prüfung anzukündigen (Büscher A., Wingenfeld K. (2023): „Anpassung der Instrumente und Verfahren für Qualitätsprüfungen nach §§ 114 ff. SGB XI und die Qualitätsdarstellung nach § 115 Abs. 1a SGB XI in der ambulanten Pflege“, Abschlussbericht, Osnabrück, Bielefeld). Der Terminus „Werktage“ (Montag bis Samstag, außer Sonn- und Feiertage) wurde dabei bewusst gewählt, um eine klare Orientierung zu haben, wie bei der Ankündigung mit Sonn- und Feiertagen umgegangen werden soll. Der Terminus „Arbeitstage“ ist nicht einheitlich definiert und ermöglicht Interpretationsspielräume.

Ausgehend von der Verwendung des Begriffs „Werktag“ bedeutet die neue Regelung für eine Prüfung am Montag, dass die Prüfung am Freitag der Vorwoche anzukündigen ist. Eine Prüfung am Dienstag wäre am Samstag der Vorwoche anzukündigen. Eine längere Vorbereitungszeit erhöht das Risiko, dass durch eine Prüfung des Medizinischen Dienstes nicht die tatsächliche Versorgungsqualität festgestellt werden kann. Somit sollte es bei einer eintägigen Frist bleiben.

Änderungsvorschlag:

§ 114a Absatz 1 Satz 2 SGB XI wird durch den folgenden Satz ersetzt:

„Die Prüfungen sind grundsätzlich ~~zwei Arbeitstage~~ einen Werktag zuvor anzukündigen; Anlassprüfungen sollen unangemeldet erfolgen.“

Zu Artikel 1 Nr. 67 a), § 114c Absatz 1 SGB XI, Verlängerung des Prüfrhythmus

Bisher bestand für vollstationäre Pflegeeinrichtungen die Möglichkeit, bei guter Qualität der Pflege den Prüfrhythmus auf zwei Jahre zu verlängern. Diese Regelung soll nun auf ambulante Pflegedienste und Tagespflegeeinrichtungen ausgedehnt werden. Kurzzeitpflegeeinrichtungen sollen aufgrund der besonderen Anforderungen an dieses Setting von der Regelung weiterhin ausgenommen bleiben.

Die Regelung verfolgt das Ziel einer Aufwandreduzierung für Prüfdienste und Pflegeeinrichtungen und soll ein erreichtes gutes Qualitätsniveau mit einem Vertrauensvorschuss für die Zukunft honorieren. Die daraus folgende Reduktion der Kontrolldichte führe zu Entbürokratisierung und setze zugleich Anreize für weiterhin gute Qualität.

Bewertung:

Die Regelung wird begrüßt. Warum Kurzzeitpflegeeinrichtungen von der Regelung ausgeschlossen bleiben sollen, erschließt sich hingegen nicht.

Während für vollstationäre Pflegeeinrichtungen und Tagespflegeeinrichtungen bereits empirische Erkenntnisse zur Verteilung der Ergebnisse bei Qualitätsprüfungen vorliegen, ist dies für das neue Prüfkonzert für die ambulante Pflege nicht der Fall. Die neue Qualitätsprüfungs-Richtlinie für die ambulante Pflege tritt am 1. Juli 2026 in Kraft. Eine auf empirischen Erkenntnissen basierende Regelung für die Verlängerung des Prüfrhythmus bei ambulanten Pflegediensten kann somit frühestens zum 1. Januar 2028 greifen. Um eine Wellenbewegung bei den Qualitätsprüfungen insgesamt zu vermeiden (z.B. 2026: 80-90 Prozent aller Pflegeeinrichtungen prüfen, 2027: alle Pflegeeinrichtungen prüfen, 2028: 80-90 Prozent aller Pflegeeinrichtungen prüfen...), wäre es zudem sehr hilfreich, wenn die Regelung für die verschiedenen Einrichtungsarten gestaffelt in Kraft treten würde.

Änderungsvorschlag:

§ 114c Absatz 1 Satz 1 ist wie folgt zu fassen:

„Abweichend von § 114 Absatz 2 soll eine Prüfung in einer zugelassenen vollstationären Pflegeeinrichtung ab dem 1. Januar 2023, in einer zugelassenen teilstationären Pflegeeinrichtung oder Kurzzeitpflegeeinrichtung ab dem 1. Januar 2027 und in einem ambulanten Pflege- und Betreuungsdienst ab dem 1. Januar 2028 regelmäßig im Abstand von höchstens zwei Jahren stattfinden, wenn durch die jeweilige Einrichtung ein hohes Qualitätsniveau erreicht worden ist.“

Zu Artikel 1 Nr. 69 a), § 117 Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 SGB XI Durchführung von Heimaufsichtsprüfungen durch den MD

Die Zusammenarbeit zwischen den heimrechtlichen Aufsichtsbehörden der Länder und dem Medizinischen Dienst wird um die Option ergänzt, Überprüfung nach heimrechtlichen Vorschriften ganz oder in Teilen durch den Medizinischen Dienst im Auftrag der Heimaufsichtsbehörden durchzuführen. Die zuständigen Landesbehörden sollen bei Bedarf den Medizinischen Dienst mit der Prüfung der in ihrem Zuständigkeitsbereich liegenden Sachfragen beauftragen dürfen, wenn zugleich eine Vereinbarung über die diesem dadurch entstehenden Kosten und das genaue Prozedere erreicht werden kann. Der Medizinische Dienst wird dadurch in die Lage versetzt, zeitgleich mit der Qualitätsprüfung die durch die Heimaufsichtsbehörden in ihrem Prüfauftrag näher bezeichneten Fragen ganz oder in Teilen zu klären. Die bereits bestehenden Abstimmungspflichten beider Prüfungen mit unterschiedlichem Rechtsrahmen verdichten sich dann zu einer Vereinbarung über die genauen Bedingungen und Abläufe der beauftragen Prüfung. Bezweckt wird eine Entlastung der Leistungserbringer und der zu Pflegenden.

Bewertung:

Die Regelung wird begrüßt, da hierdurch Aufwände auf Seiten der Leistungserbringer reduziert werden können, ohne dass Qualitätsstandards, die Pflegebedürftige schützen, abgebaut werden. Die Wirksamkeit der Regelung ist von der konkreten Umsetzung durch die Landesregierungen abhängig. Es ist zu empfehlen die Definition von Prüfinhalten auf der Landesebene im Rahmen von Projekten zu definieren.

Zu Artikel 1 Nr. 72 a), § 122 (neu) SGB XI Kooperationsprojekt zu Erleichterungen in der Praxis bei der Beantragung von Leistungen der Pflegeversicherung

Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen wird verpflichtet, gemeinsam mit den Pflegekassen, unter Einbeziehung der Verbände der Pflegekassen auf Bundesebene, vom 1. April 2026 bis zum 31. Juli 2030 ein Gremium zur Kooperation hinsichtlich der Reduktion, Vereinfachung und Vereinheitlichung von Formularen, die Angaben von antragstellenden Personen enthalten, oder anderen formalen Vorgaben, die von Pflegekassen im Rahmen der Beantragung von Leistungen der Pflegeversicherung eingesetzt werden, einzurichten.

Bewertung:

Die Regelung wird begrüßt. Sie kann dazu dienen, den Antragsprozess effektiver, verständlicher und reibungsärmer zu gestalten. Um die erhofften positiven Effekte für alle beteiligten Akteure gewinnbringend auszugestalten, sollte der Medizinische Dienst Bund obligatorisch und nicht nur fakultativ (§ 122 Abs. 3 SGB XI) an dem Gremium beteiligt werden.

Änderungsvorschlag:

§ 122 Absatz 1 Satz 1 SGB XI wird wie folgt gefasst:

„Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen bildet gemeinsam mit den Pflegekassen, unter Einbeziehung der Verbände der Pflegekassen auf Bundesebene und unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes Bund, vom 1. April 2026 bis zum 31. Juli 2030 ein Gremium zur Kooperation hinsichtlich der Reduktion, Vereinfachung und Vereinheitlichung von Formularen oder anderen formalen Vorgaben, die von Pflegekassen im Rahmen der Beantragung von Leistungen der Pflegeversicherung eingesetzt werden.“

§ 122 Absatz 3 Satz 3 SGB XI wird wie folgt gefasst:

“Das Gremium kann eine Einbeziehung weiterer Beteiligter, ~~insbesondere beispielsweise des Medizinischen Dienstes Bund und der Gesellschaft für Telematik nach § 310 des Fünften Buches, vorsehen.~~“

Zu Artikel 1, Nr. 18 Buchstabe c), § 28 neuer Absatz 5 SGB XI in Verbindung mit Artikel 3 Nr. 1 Buchstabe b), Pflegeprozessverantwortung, Nr. 2, § 15a - neu – SGB V; Behandlung durch Pflegefachpersonen, Pflegeprozessverantwortung; Artikel 5, Nr. 4, § 4a – (neu) – PflBRefG; Eigenverantwortliche Heilkundenausübung, Nr. 5, § 14a – (neu) – PflBRefG; Standardisierte Kompetenzbeschreibungen für heilkundliche Aufgaben und Artikel 3 Nr. 16, § 73d SGB V, Eigenverantwortliche Erbringung von Leistungen durch Pflegefachpersonen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung; eigenverantwortliche Verordnung häuslicher Krankenpflege durch Pflegefachpersonen, Evaluation

Es wird geregelt, dass die Pflegeprozessverantwortung grundsätzlich bei Pflegefachpersonen und nicht bei Ärzten liegt. Zudem wird grundsätzlich geregelt, dass die Erbringung bestimmter Leistungen der ärztlichen Behandlung auch durch Pflegefachpersonen, die über die erforderlichen Kompetenzen verfügen, erfolgen kann.

Welche Leistungen im Rahmen der ambulanten ärztlichen Versorgung durch Pflegefachpersonen erbracht und zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung abgerechnet werden können, wird in einem Rahmenvertrag auf Grundlage von § 73d konkretisiert, mit dem auch die bisherigen Modellvorhaben nach § 63 Absatz 3b, 3c und § 64d SGB V in die Regelversorgung überführt werden sollen.

Daneben wird eine Legaldefinition des Begriffs der Pflegefachperson für die Zwecke des Fünften und Elften Buches geschaffen. Damit wird die Bezeichnung für Personen, die eine Erlaubnis nach § 1 des Pflegeberufgesetzes haben, an die aktuelle berufsrechtliche Bezeichnung der Pflegefachperson angepasst.

Bewertung:

Die hier vorgesehenen Regelungen bilden die Grundlagen und Voraussetzungen für eine Kompetenzerweiterung von Pflegefachpersonen in unterschiedlichen Settings und werden begrüßt.

Bei der Erarbeitung des Rahmenvertrages nach § 73 d SGB V sollte der Medizinische Dienst Bund mit seiner pflegerischen und (sozial)-medizinischen Expertise eingebunden werden.

Für die selbständige heilkundliche und erweiterte heilkundliche Tätigkeit durch Pflegefachpersonen ist eine teambasierte, interprofessionelle Zusammenarbeit zukünftig unabdingbar. Damit diese gelingt, sollte man sich auf eine einheitliche professionsübergreifende und international anerkannte Sprache einigen. Hier würde sich die ICF (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit) anbieten. Mit dem der ICF zugrundeliegenden bio-psycho-sozialen Modell können Krankheitsauswirkungen auf den verschiedenen Ebenen der Funktionsfähigkeit (Körperfunktionen und –strukturen, Aktivitäten und Teilhabe) unter Berücksichtigung von Kontextfaktoren betrachtet werden. Pflegebedürftigkeit resultiert nicht aus einer Krankheits-Diagnose (ICD-10) sondern ist eine Folge der Krankheitsauswirkungen und deren Wechselwirkungen mit umwelt- und personenbezogenen Faktoren. Gleiches gilt für die Ableitungen von Empfehlungen zu Prävention, Rehabilitation, Hilfsmitteln etc. Es wird daher angeregt, dies bei der Beschreibung und Konkretisierung der interprofessionellen Zusammenarbeit bzgl. der Rahmenvorgaben zu den Nummern 1 und 2 zu berücksichtigen.

Änderungsvorschlag:

In § 73d Absatz 1 SGB V wird Satz 1 wie folgt gefasst:

„Die Kassenärztliche Bundesvereinigung, der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die für die Wahrnehmung der Interessen von Pflegediensten maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene und die Vereinigungen der Träger von Pflegeheimen im Sinne des § 71 Absatz 2 des Elften Buches vereinbaren unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes Bund bis zum 31. Juli 2027 in einem Vertrag [...].“

III Ergänzender Änderungsbedarf: Weiterentwicklung und Modernisierung der Pflegebegutachtung

Der Medizinische Dienst begrüßt die im Entwurf zum Gesetz zur Befugnisserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege beabsichtigten Maßnahmen zur Weiterentwicklung und Modernisierung der Pflegebegutachtung gemäß der §§ 15 Absatz 8, 17a, 18e Absatz 6. Über diese Maßnahmen hinaus sind weitere gesetzliche Änderungen erforderlich, damit die Pflegebegutachtung zukunftsfest ausgestaltet werden kann und sich die versicherten Menschen auf eine zeitnahe Begutachtung mit hoher gutachterlicher Expertise verlassen können.

Die Erfahrungen mit dem strukturierten Telefoninterview und der videobasierten Begutachtung zeigen, dass auch mit neuen digitalen ortsungebundenen Begutachtungsformaten, die für eine Begutachtung erforderliche Interaktion mit der antragstellenden Person möglich ist und alle für die Begutachtung notwendigen Informationen erhoben werden können. Die digitalen Begutachtungsformate werden auch von den antragstellenden Personen akzeptiert: Es kommt auf die jeweilige Fallkonstellation und die damit verbundenen Informationsbedarfe an und darauf, wie die Gutachterin bzw. der Gutachter die Interaktion entsprechend der jeweiligen kommunikativen Erfordernisse ausgestaltet. Und das gelingt bei kontinuierlichem Training kommunikativer Kompetenzen auch per Telefon und per Videotelefonie – wie die Ergebnisse aus der wissenschaftlichen Evaluation zeigen.

Werden pflegebedürftige Menschen begutachtet, die professionell versorgt werden, können bereits vorliegende Informationen u. a. der Pflegeeinrichtung durch Telefoninterviews oder Videotelefonie sinnvoll ergänzt und für die gutachterlichen Empfehlungen genutzt werden. Wie sich die Informationslage in der Begutachtungspraxis darstellt, ist von Fall zu Fall unterschiedlich. Hier spielen u. a. die zugrundeliegenden Gesundheitsprobleme der antragstellenden Person eine Rolle, der Versorgungskontext sowie die von anderen Akteuren beigebrachten Unterlagen. Aufgabe der Gutachterin und des Gutachters ist es, für seinen jeweiligen spezifischen Begutachtungsauftrag zu entscheiden, welche Informationen für sein Gutachten erforderlich sind und auf welche Weise er diese Informationen einholt.

Wenn beispielsweise Pflegebedürftige an langjährigen chronischen Erkrankungen, fortgeschrittenen Krebserkrankungen oder an einer Demenz leiden und sich eine rasche Verschlechterung des Grads der Selbstständigkeit prognostizieren lässt, sollten zügige Begutachtungen ohne Belastung für die Betroffenen möglich sein. Bei der Pflegebegutachtung sollte daher analog zum sozialmedizinischen Begutachtungsbereiches im SGB V der Medizinischen Dienste keine Vorgaben zur Begutachtungsart haben.

Deshalb ist es sachgerecht, den Umfang der für die Begutachtung einzuholenden Informationen sowie das Begutachtungsformat auf Grundlage der jeweiligen individuellen Fallkonstellation zu definieren. Zu Beginn der Pflegebedürftigkeit wird dies in vielen Fällen die persönliche Untersuchung in der eigenen Häuslichkeit sein. Es kann jedoch auch Fälle geben, in denen hierfür andere Formate, beispielsweise eine Videobegutachtung, angemessen ist, z. B. wenn anhand vorliegender Unterlagen deutlich wird, dass nur ein geringer Unterstützungsbedarf bei der Bewältigung des Alltags besteht. Daneben kann die persönliche Begutachtung in der Häuslichkeit auch im Rahmen von Folgebegutachtungen angezeigt sein, beispielsweise, wenn keine professionelle Pflege in die Versorgung involviert ist.

Die fachliche Einschätzung, welche Begutachtungsart in welchem Fall einzusetzen ist, steigert gleichwohl die Wertschätzung gegenüber Gutachterinnen und Gutachter und bringt ihre Pflegeexpertise zum Ausdruck, was sich wiederum auf die Attraktivität des Pflegeberufs auswirkt.

Die hierfür notwendige fachliche Festlegung nachvollziehbarer Kriterien ist über eine Anpassung der Begutachtungs-Richtlinien zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit vorzunehmen und nicht wie bislang durch Vorgaben gemäß § 18a SGB XI bzw. § 142a SGB XI. Auf diese Weise ist es auch möglich, unbürokratisch und auf der Grundlage fachlicher und wissenschaftlicher Erkenntnisse Anpassungsbedarfe des Begutachtungsverfahrens vorzunehmen, ohne dass hierfür gesetzliche Veränderungen notwendig werden. In jedem Fall soll das Recht des Antragsstellenden auf Wunsch nach einem Hausbesuch weiterhin gesetzlich geregelt bleiben.

Änderungsvorschlag:

§ 142a Absatz 4 Satz 3 SGB XI sowie Hinweise zur Durchführung von Videotelefonie aus Absatz 4 sind in § 18a Absatz 2 SGB XI zu integrieren, § 142a Absatz 1,2,3, 5 SGB XI sind dann zu streichen.

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

„Der Versicherte ist ~~in seinem Wohnbereich~~ zur Feststellung der Voraussetzungen nach Absatz 1 zu begutachten. Erteilt der Versicherte dazu nicht sein Einverständnis, kann die Pflegekasse die beantragten Leistungen verweigern. Hinsichtlich der Grenzen der Mitwirkung des Versicherten und der Folgen fehlender Mitwirkung gelten die §§ 65 und 66 des Ersten Buches. Die Untersuchung ist in angemessenen Zeitabständen zu wiederholen.

Abweichend von Satz 1 kann die Begutachtung ausnahmsweise auch ohne Untersuchung des Versicherten in seinem Wohnbereich erfolgen, wenn

*1. auf Grund einer eindeutigen Aktenlage das Ergebnis der medizinischen Untersuchung bereits feststeht oder
2. bei einer Krisensituation von nationaler Tragweite oder, bezogen auf den Aufenthaltsort des Versicherten, von regionaler Tragweite der Antrag auf Pflegeleistungen während der Krisensituation gestellt wird oder ein Untersuchungstermin, der bereits vereinbart war, in den Zeitraum einer Krisensituation fällt.*

Eine Begutachtung nach Satz 5 Nummer 2 setzt voraus, dass die Krisensituation einer Untersuchung des Versicherten in seinem Wohnbereich entgegensteht; ~~d~~ Der Wunsch des Versicherten, persönlich in seinem Wohnbereich untersucht zu werden, ist zu berücksichtigen; der Antragsteller ist über sein Wahlrecht durch den Medizinischen Dienst in geeigneter Weise zu informieren und die Entscheidung des Antragstellers ist im Begutachtungsformular zu dokumentieren.

Grundlage für eine Begutachtung nach Satz 5 Nummer 2 bilden die zum Versicherten zur Verfügung stehenden Unterlagen sowie die Angaben und Auskünfte, die beim Versicherten, seinen Angehörigen und sonstigen zur Auskunft fähigen Personen einzuholen sind. Das Nähere zu den Voraussetzungen und die weiteren, insbesondere inhaltlichen und organisatorischen Einzelheiten für eine Begutachtung nach Satz 5 Nummer 2 konkretisiert der Medizinische Dienst Bund im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen bis spätestens 31. Oktober 2023 in den Richtlinien nach § 17 Absatz 1. Bei der Durchführung der Begutachtung per Videotelefonie sind die nach § 365 Absatz 1 Satz 1 des Fünften Buches vereinbarten Anforderungen an die technischen Verfahren zu Videosprechstunden einzuhalten.

Das Nähere zu den inhaltlichen und organisatorischen Einzelheiten für eine Begutachtung nach Absatz 1 ist vom Medizinischen Dienst Bund im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen in den Richtlinien nach § 17 Absatz 1 zu konkretisieren.“

Stellungnahme des Sozialverbands VdK Deutschland e. V.

zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Befugniserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege

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

Telefon: 030 9210580-300
Telefax: 030 9210580-310
E-Mail: sozialpolitik@vdk.de

Berlin, 06.10.2025

Dem Ausschuss ist das vorliegende Dokument
in nicht barrierefreier Form zugeleitet worden.

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

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

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

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

1.1. Ziele und Maßnahmen des Gesetzentwurfs

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

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

Bewertung des Sozialverbands VdK

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

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

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

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

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

2. Zu den Regelungen im Einzelnen

2.1. Stärkung der Pflegefachpersonen & Kompetenzerweiterung

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Bewertung des Sozialverbands VdK

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Bewertung des Sozialverbands VdK

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

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

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

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

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

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

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

Bewertung des Sozialverbands VdK

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

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

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

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

2.2. Stärkung der Beratung, Prävention & Rehabilitation

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

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

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

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

Bewertung des Sozialverbands VdK

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

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

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

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

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

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

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

Bewertung des Sozialverbands VdK

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

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

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

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

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

Bewertung des Sozialverbands VdK

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

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

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

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

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

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

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

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

Bewertung des Sozialverbands VdK

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

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

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

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

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

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

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

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

Bewertung des Sozialverbands VdK

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Bewertung des Sozialverbands VdK

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

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

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

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

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

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

2.5. Kommunale Verantwortung und Sicherstellung

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

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

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

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

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

Bewertung des Sozialverbands VdK

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

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

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

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

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

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

Bewertung des Sozialverbands VdK

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

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

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

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

2.5.3. § 12 SGB XI – Verpflichtende Evaluierung der Versorgungssituation

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

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

Bewertung des Sozialverbands VdK

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Bewertung des Sozialverbands VdK

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

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

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

2.6. Begutachtung

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

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

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

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

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

Bewertung des Sozialverbands VdK

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

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

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

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

Bewertung des Sozialverbands VdK

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

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

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

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

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

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

Bewertung des Sozialverbands VdK

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

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

2.6.4. § 37 SGB XI – Beratungseinsätze

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

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

Bewertung des Sozialverbands VdK

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

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

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

Bewertung des Sozialverbands VdK

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

3. Fehlende Regelungen

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

3.1. § 10a SGB XI – Pflegebevollmächtigte/r

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

Bewertung des Sozialverbands VdK

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

3.2. § 45a SGB XI – Stärkung niedrigschwelliger Unterstützungsangebote

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

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

Bewertung des Sozialverbands VdK

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

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

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

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

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

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

Bewertung des Sozialverbands VdK

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

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

**Bundesverband privater Anbieter
sozialer Dienste e.V. (bpa)**

Stellungnahme

zum

**Entwurf
der Bundesregierung**

**für ein Gesetz zur Befugnisenerweiterung und Entbürokratisierung in
der Pflege (BEEP)**

Bundestags-Drucksache 21/1511,

**zu den Änderungsanträgen der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN
Ausschuss-Drucksache 21(14)21 und**

**zum Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN
„Priorität für Pflege – Jetzt Sofortmaßnahmen ergreifen“
Bundestags-Drucksache 21/583**

Berlin, 06. Oktober 2025

Inhaltsverzeichnis

I.) Stellungnahme zum Gesetzentwurf

Vorbemerkung	6
Zusammenfassung	6
 Zu den Vorschriften im Einzelnen:	
Prävention in der häuslichen Pflege – § 5 SGB XI	14
Wissenschaftliche Expertisen zur Ausgestaltung heilkundlicher Leistungen durch Pflegefachpersonen – § 8 Abs. 3c SGB XI	16
Maßnahmen zur betrieblichen Integration von Pflege- und Betreuungskräften aus dem Ausland – § 8 Abs. 7 Satz 4 Nr. 8 SGB XI	19
Drohende Bedarfssteuerung auf Grundlage kommunaler Pflegestrukturplanung	20
• Kommunale Pflegestrukturplanung – § 9 SGB XI • Verpflichtende Berücksichtigung von Empfehlungen der Landespflegeausschüsse beim Abschluss von Vergütungsvereinbarungen – § 8a SGB XI • Versorgungsdaten für die kommunale Pflegestrukturplanung – § 12 SGB XI • Verpflichtung für die Pflegekassen zur Berücksichtigung der Empfehlungen der Landespflegeausschüsse – § 69 SGB XI • Berücksichtigung der kommunalen Pflegestrukturplanung beim Abschluss von Versorgungsverträgen – § 72 Abs. 1a SGB XI	
Steuerung des Pflegeprozesses; Vorhaltung von Delegationskonzepten – § 11 SGB XI	26
Erfahrungsbericht zum Begutachtungsinstrument – § 15 Abs. 8 SGB XI	29
Hilfsmittel	30
• Empfehlung von Hilfsmitteln durch Pflegefachpersonen – § 40 Abs. 6 SGB XI • Richtlinien zur Empfehlung von Hilfsmitteln – § 17a SGB XI	
Modellprojekt zur Begutachtung durch Pflegefachpersonen – § 18e Abs. 6 SGB XI	33
Leistungen der ärztlichen Behandlung als Bestandteil der Pflege nach SGB XI – § 28 SGB XI	35
Kooperationen mit Anbietern haushaltsnaher Dienstleistungen – § 36 Abs. 4 SGB XI	38

Beratungseinsätze bei Pflegegeldempfängern – § 37 Abs. 3a SGB XI	39
Digitale Pflegeanwendungen – § 40a SGB XI	41
Verträge über digitale Pflegeanwendungen – § 78a SGB XI	
Leistungsanspruch für Digitale Pflegeanwendungen – § 40b SGB XI	43
Leistungen in gemeinschaftlichen Wohnformen – § 45h SGB XI	45
Frist für die Anpassung der tariflichen Entlohnung – § 72 Abs. 3b SGB XI	49
Verfahren zu Beeinträchtigungen bei Versorgungsverträgen – § 73a SGB XI	52
Effiziente Anforderungen in Rahmenverträgen – § 75 SGB XI	54
Externer Vergleich unter Berücksichtigung der Entlohnung – § 84 Abs. 2 SGB XI	56
Pflegesatzverfahren – § 85 SGB XI	59
Verfahrensleitlinien für Pflegesatzverhandlungen und -vereinbarungen – § 86a SGB XI	61
Gemeinschaftliche Wohnformen	65
• Verträge zur pflegerischen Versorgung in gemeinschaftlichen Wohnformen – § 92c SGB XI • Prüfungsregelungen für die Qualität der Leistungen in gemeinschaftlichen Wohnformen – § 113b Abs. 4 SGB XI	
Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität – § 113 SGB XI	72
Erweiterter Qualitätsausschuss – § 113b SGB XI	74
Personalbemessung in vollstationären Pflegeeinrichtungen: akademische Pflegefachkräfte – § 113c SGB XI	76
Personalbemessung in vollstationären Pflegeeinrichtungen: Organisationsentwicklung und Einbeziehung weiterer Berufsabschlüsse – § 113c Abs. 3 SGB XI	80
Geschäftsstelle zur Personal- und Organisationsentwicklung – § 113d SGB XI	84
Digitale Prüfaufträge – § 114 SGB XI	85
Prüfrhythmus – § 114 Abs. 2 SGB XI	86
Ankündigung der Qualitätsprüfungen – § 114a SGB XI	87
Anforderungen Pflegedokumentation – § 114a SGB XI	89
Richtlinien für die Qualitätsprüfungen in gemeinschaftlichen Wohnformen – § 114a SGB XI	90
Richtlinien zur Verlängerung des Prüfrhythmus in vollstationären, teilstationären und ambulanten Einrichtungen bei guter Qualität – § 114c SGB XI	91

Ergebnisse von Qualitätsprüfungen, Qualitätsdarstellung, Vergütungskürzung – § 115 SGB XI	94
Modellvorhaben zur Erprobung von Telepflege – § 125a SGB XI	96
Modellvorhaben zur Erprobung digitaler Verhandlungen der Pflegevergütung – § 125c SGB XI	98
Modellvorhaben zur Erprobung der Flexibilisierung der Leistungserbringung stationärer Pflegeeinrichtungen – § 125d SGB XI	100
Ergänzungshilfen für stationäre Pflegeeinrichtungen zum Ausgleich steigender Preise für Erdgas, Wärme und Strom – 154 SGB XI	103
Erbringung von Leistungen der ärztlichen Behandlung durch Pflegefachpersonen – § 15a SGB V	105
Modellvorhaben zur Übertragung ärztlicher Tätigkeiten – § 64d SGB	108
Eigenverantwortliche Erbringung von Leistungen durch Pflegefachpersonen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung – § 73d SGB V	110
Versorgung mit häuslicher Krankenpflege – § 132a SGB V	117
Sicherer Umgang mit Komponenten zur Authentifizierung von Leistungserbringereinrichtungen – § 340 a SGB V	118
Selbständige Heilkundenausübung – § 4a PflBG	116
Standardisierte Module für heilkundliche Aufgaben – § 14a PflBG	121
II.) Weitere Änderungsvorschläge des bpa	122
1.) Klare Regelung der wirtschaftlichen Angemessenheit von Personalaufwendungen für Mitarbeitende außerhalb von Pflege und Betreuung	122
2.) Berücksichtigung der Auslastungsquote als wesentliche Geschäftsgrundlage	124
3.) Berücksichtigung einer anlaufbedingt eingeschränkten Belegungsquote	125
4.) Erweiterung der Kompetenzen der Pflegesatzkommissionen zur Verfahrensbeschleunigung	126
5.) Häusliche Krankenpflege und außerklinische Intensivpflege: Gleichklang der wirtschaftlichen Angemessenheit von Personalaufwendungen in SGB V und SGB XI sowie klare Regelung von Zahlungsfristen und Verzugsfolgen für Kostenträger	128
6.) Sozialhilfe: Klare Regelung von Zahlungsfristen, Verzugsfolgen und Zahlungsansprüchen für erbrachte Leistungen vor Bescheiderteilung	130
7.) Kompetenzvermutung: Vereinfachung der Anerkennung der Berufsqualifikation für internationale Fachkräfte	132

8.)	Regelung zur Aufteilung des Finanzierungsbedarfs für Tagespflegen modifizieren	133
9.)	Evaluierung des Pflegeberufegesetzes	134
III.)	Stellungnahme zu den Änderungsanträgen der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN	136
1.)	Amt der Pflegebeauftragten – § 10a SGB XI	136
2.)	Streichung der Zuordnung von heilkundlichen Leistungen durch Pflegefachpersonen zur medizinischen Behandlungspflege – § 28 SGB XI	137
3.)	Streichung der längeren Ankündigungsfrist für Qualitätsprüfungen – § 114a SGB XI	139
4.)	Heilkundeübertragung an Pflegefachpersonen – § 15a SGB V	140
9.)	Stärkung der Organisationen der Pflegeberufe im Gemeinsamen Bundesausschuss – § 92 SGB V	141
10.)	Authentifizierung von Pflegepersonal – § 340a SGB V	142
IV.)	Stellungnahme zum Antrag „Priorität für Pflege – Jetzt Sofortmaßnahmen ergreifen“ der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN	144

I.) Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Befugniserweiterung und Entbürokratisierung der Pflege

Vorbemerkung

Der Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. (bpa) bildet mit mehr als 14.000 aktiven Mitgliedseinrichtungen die größte Interessenvertretung privater Anbieter sozialer Dienstleistungen in Deutschland. Einrichtungen der ambulanten und (teil-)stationären Pflege, der Behindertenhilfe sowie der Kinder- und Jugendhilfe in privater Trägerschaft sind systemrelevanter Teil der Daseinsvorsorge. Als gutes Beispiel für Public-private-Partnership tragen die Mitglieder des bpa die Verantwortung für rund 465.000 Arbeitsplätze und circa 23.000 Ausbildungsplätze. Die Investitionen in die pflegerische Infrastruktur liegen bei etwa 31 Milliarden Euro. Mit rund 7.400 Pflegediensten, die circa 420.000 Patienten betreuen, und 6.700 stationären Pflegeeinrichtungen mit etwa 390.000 Plätzen vertritt der bpa mehr als jede dritte Pflegeeinrichtung bundesweit. Vor diesem Hintergrund nimmt der bpa wie folgt Stellung.

Zusammenfassung

Der Gesetzentwurf bleibt deutlich hinter seinen Möglichkeiten zurück. Der Handlungsdruck in der Pflege ist riesengroß, aber die Chancen zur Verbesserung der Versorgung werden bei weitem nicht genutzt. Das ist besonders bedauerlich, weil nach der ersten Vorlage des Gesetzentwurfs in der letzten Legislaturperiode genügend Zeit war, die Verbesserungsvorschläge zu prüfen und zu berücksichtigen. Jetzt gibt es einen neuen Namen, aber der Gesetzentwurf wird dem nicht gerecht:

Die Entbürokratisierung findet sich zwar im Titel, aber anstatt konkrete, für die Praxis relevante Maßnahmen zu verankern, finden sich an vielen Stellen lediglich Prüfaufträge. Dieses Gesetz beseitigt keine einzige Doppelprüfung und spart keine Minute Dokumentationsaufwand. Im Gegenteil: Es ist geplant, einen dritten Versorgungssektor zu schaffen, der Verwirrung fördert, die bestehenden ambulanten Wohngruppen bedroht und den Versorgungsalltag verkompliziert. Die im Gesetzentwurf angelegte kommunale Bedarfssteuerung ist nicht nur aus der Zeit gefallen, sondern geradezu ein Bürokratieturbo, der jede Investition in den Ausbau der Versorgungsstrukturen erschwert. Die schon unzureichenden Ansätze zur Sicherung der pflegerischen Versorgung aus der letzten Legislaturperiode sind heute nur noch ein Hohn für die Einrichtungen, die tagtäglich

um die Versorgung pflegebedürftiger Menschen kämpfen. Die wirtschaftliche Absicherung der Pflegeeinrichtungen wird nicht nachhaltig angegangen, Impulse zur Personalsicherung fehlen gänzlich. Zudem überzeugt die Befugnisserweiterung nicht. Bestimmte Leistungen der ärztlichen Behandlung sollen bei stationärer Pflege nach dem SGB XI unter Missachtung der Finanzierungszuständigkeit der Krankenkassen für derartige Leistungen Teil der medizinischen Behandlungspflege sein. Es fehlen Entlastungen der Pflegeeinrichtungen und Pflegekräfte, die die Erbringung zusätzlicher Leistungen überhaupt zeitlich möglich machen.

In der Begründung heißt es: „Der Pflegeberuf ist ein Heilberuf mit eigenen beruflichen Kompetenzen.“ Auf diesen Satz haben Tausende von Pflegekräften in Deutschland lange gewartet. Damit kommt die Bundesregierung grundsätzlich dem nach, was ein Gesetz zur Befugnisserweiterung in der Pflege vermuten lässt. Die Kompetenzen der Pflegekräfte werden anerkannt und leistungsrechtlich verankert. Das begrüßt der bpa ebenso wie die Möglichkeit, dass Pflegefachpersonen künftig Leistungen, die bisher Ärzten vorbehalten sind, erbringen dürfen. Allerdings besteht aus Sicht des bpa bei diesen Leistungen eine zu weit gehende Steuerung durch den Arzt und es besteht die Gefahr, dass sie zulasten der Pflegebedürftigen in die Pflegeversicherung verschoben werden. Hier besteht dringender Korrekturbedarf, wenn die Ziele des Gesetzes hinsichtlich einer echten Befugnisserweiterung erreicht werden sollen.

Darüber hinaus beinhaltet das Gesetz zur Befugnisserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege Ansätze struktureller Veränderungen im SGB XI, die zum Teil erhebliche Auswirkungen auf bestehende Versorgungsangebote bis hin zur Existenzgefährdung bewährter Pflegeangebote mit sich bringen. Dies betrifft vor allem den Bereich der ambulanten Wohngemeinschaften – eine wichtige Versorgungsform, die sich vor allem in den letzten zehn Jahren dynamisch entwickelt und zur Absicherung der ambulanten pflegerischen Infrastruktur beigetragen hat. Die geplante Einführung eines dritten Sektors mit neuen leistungsrechtlichen und vertraglichen Anforderungen (gemeinschaftliche Wohnformen mit Verträgen gemäß § 92c SGB XI) gefährdet ohne erkennbaren Grund und Nutzen tausende Anbieter professioneller Pflegeangebote existenziell. Die politisch seit längerer Zeit in Aussicht gestellten und so wichtigen Regelungen zur wirtschaftlichen Absicherung der über 32.000 Pflegeeinrichtungen in Deutschland bleiben weit hinter den Erwartungen und Notwendigkeiten zurück – hier besteht weiterer dringender Handlungsbedarf.

Mit einem Federstrich bestehende Angebote in der Langzeitpflege in ihrer Existenz zu gefährden und gleichzeitig nicht alle politischen Anstrengungen zu unternehmen, hoch engagierte Träger von Pflegeeinrichtungen, die erhebliche wirtschaftliche Risiken tragen und einen hohen Beitrag zur nachhaltigen Versorgungssicherheit in der Pflege leisten, bei ihrer Personalsicherung zu

unterstützen, z.B. mit dem Instrument der Kompetenzvermutung (internationale Pflegefachkräfte mit Sprachkenntnis endlich als Fachkräfte arbeiten zu lassen, s. Seite 132), ist völlig unverständlich und nicht akzeptabel.

Der bpa macht seit langem sehr konkrete Vorschläge, wie dem enormen Pflegekräftebedarf im Hinblick auf die Absicherung von Ausbildungsstrukturen, Integration internationaler Pflegekräfte, Hebung inländischen Beschäftigungspotentials und Weiterentwicklung der Arbeitsbedingungen politisch begegnet werden muss, um eine zukunfts- und demografiefeste Absicherung der Langzeitpflege zu befördern, und stößt im Wesentlichen auf politisch taube Ohren. Dürften gut ausgebildete internationale Pflegefachkräfte mit entsprechenden Deutschkenntnissen sofort auch als Pflegefachkräfte in Deutschland arbeiten, könnten viele tausend pflegebedürftige Menschen zusätzlich versorgt werden und ihre Angehörigen eine spürbare Entlastung finden. Von heute auf morgen wäre dies der Fall, denn nach Berechnungen des bpa arbeiten knapp 11.000 internationale Pflegefachkräfte derzeit als Hilfskräfte in der Langzeitpflege. Deutschland begrenzt dadurch seit Jahren „künstlich“ Versorgungskapazitäten in der ambulanten und stationären Versorgung. Hier den politischen Mut und Gestaltungswillen aufzubringen, an dieser unzumutbaren Situation mit folgeschweren Wirkungen auf die Versorgungssicherheit in der Pflege endlich etwas zu ändern – das erwarten die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen und nicht zuletzt viele Pflegeeinrichtungen und ihre Mitarbeitenden von der Bundesregierung. Hierzu liefert der vorliegende Gesetzentwurf bedauerlicherweise keinerlei Antworten.

Wirtschaftlichkeit der Pflegeeinrichtungen

Der vorliegende Entwurf des Gesetzes zur Befugnisenerweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege reicht bei weitem nicht aus, um die aktuelle Krisensituation in der Pflege wirksam zu entschärfen. Damit nachhaltige Verbesserungen im Hinblick auf die wirtschaftliche Absicherung bestehender Pflegeangebote erzielt werden, muss es umfangreiche Änderungen geben. Wirksame Maßnahmen zur Stärkung der Pflegeeinrichtungen sind dringend notwendig. Dass sie monatelang auf Pflegesatzvereinbarungen oder Zahlungen von Kostenträgern warten müssen, ist ein Teil der Ursache für die fortschreitende Angebotskrise, unter der Pflegebedürftige und ihre Familien massiv leiden. Der Entwurf bemüht sich sichtbar, einige Probleme zu lösen, bleibt aber bei ersten kleinen Schritten.

Hinsichtlich der notwendigen Maßnahmen gibt es einen großen Konsens. Im Rahmen der letzten Koalitionsverhandlungen haben sich der bpa und alle anderen Verbände der Leistungserbringer gemeinsam an die Verhandlungsgruppe gewendet und einen abgestimmten [Forderungskatalog](#) vorgelegt. Auch dem Bundesministerium für Gesundheit ist dieser bekannt. Dennoch findet sich von den vorgeschlagenen Maßnahmen nur ein Bruchteil im vorgelegten Gesetzentwurf wieder. Das stößt beim bpa auf Unverständnis.

Der weitere Rückbau der pflegerischen Versorgungsstruktur muss verhindert werden.

Auch die Kostenträger sehen akuten Handlungsbedarf, denn auch die Pflegekassen werden durch bürokratische Anforderungen belastet:

„Sie können sich gar nicht vorstellen, welcher Arbeitsaufwand auf beiden Seiten heute drin steckt in diesen Pflegesatzverhandlungen, weil sie aufgeladen sind mit bürokratischen Vorschriften, die wir einhalten müssen, Nachweispflichten. Das kann man deutlich entschlacken.“

Oliver Blatt, Vorstandsvorsitzender, GKV-Spitzenverband, bei GKV Live am 11. Juli 2025

Quelle: https://www.gkv-spitzenverband.de/gkv_spitzenverband/presse/veranstaltungen/veranstaltungen.jsp

Die Maßnahmen dafür liegen auf dem Tisch und sollten mit dem Gesetz zur Befugnisserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege umgesetzt werden. Die vorgesehene längere Umsetzungsfrist der Tariftreue (drei statt zwei Monate) verändert bei Wartezeiten auf Abschlüsse von teils neun Monaten und mehr wenig. Die Schiedsstelle darf künftig von den Parteien gemeinsam auch schon vor Ablauf der Sechs-Wochen-Frist angerufen werden. Wichtiger wären aber effizientere Schiedsstellenverfahren. Hilfreicher ist der Auftrag an die Kostenträger, bei Verhandlungen eine verbindliche Ansprechperson zu benennen, die auch die schriftliche Vertragserklärung für alle Kostenträger abgeben kann. Die größte Wirkung können die Bundesempfehlungen für effiziente und bürokratiearme Vergütungsverfahren entfalten. Hier soll die Selbstverwaltung u. a. Empfehlungen abgeben für Vorgaben zur Darlegung und Nachweisführung der prospektiven Sach- und Personalaufwendungen.

Mit der Aufnahme der Entlohnung als Vergleichskriterium für einen externen Vergleich der Pflegesätze würde zudem ein bereits heute bestehendes Problem vervielfacht: Pflegesätze, die aufgrund als wirtschaftlich anzuerkennender höherer Personalaufwendungen höher als andere Pflegesätze in der Vergleichsgruppe sind, führen in der Praxis dazu, dass die Vergütung des Unternehmerrisikos beschnitten wird. Die Beibehaltung des externen Vergleichs auf der Grundlage der gesamten, im Wesentlichen durch die Personalkosten bestimmten Pflegesätze und seine Durchführung in nach Entlohnung zu bildenden Vergleichsgruppen übertrüge dieses Problem in jede Vergleichsgruppe und gefährdete eine angemessene Vergütung des Unternehmerrisikos zusätzlich. **Hier bedarf es dringend Veränderungen!**

Insgesamt sind die im Gesetzentwurf vorgesehenen Maßnahmen zur Stärkung der Wirtschaftlichkeit der Pflegeeinrichtungen bei Weitem nicht ausreichend.

Der bpa hat deswegen weitere Vorschläge zur wirtschaftlichen Absicherung von Pflegeeinrichtungen unterbreitet (s. Ziffer 2, Seite 122 ff).

Gemeinschaftliche Wohnformen

Der bpa lehnt die vorgesehene Schaffung dieses neuen Versorgungssektors entschieden ab. **Die Regelung muss gestrichen werden – allein schon deswegen, weil der Koalitionsvertrag vorsieht, dass die am 7. Juli 2025 eingesetzte Bund-Länder AG zur großen Pflegereform genau eine solche Versorgungsform prüfen soll. Das BEEP darf dem nicht vorgreifen! Das sieht der Bundesrat übrigens ebenso (s. [Bundesrats-Drucksache 365/25 \(Beschluss\)](#)).**

Diese neue Versorgungsform zwischen ambulant und stationär wirft vor allem Fragen auf und birgt große existenzielle Gefahren für bestehende Wohngemeinschaftsangebote. Für wen außer die Kostenträger soll die Leistung attraktiv sein? Bei prognostizierten 14.000 Euro Einsparung pro Pflegebedürftigen im Jahr für die Pflegeversicherung gegenüber der WG-Versorgung ist absehbar, dass die Kostenträger darauf drängen werden, möglichst viele Menschen so zu versorgen. Wie sollen bestehende Wohngemeinschaftsangebote daneben existieren können und wie kann die Wahlfreiheit der Pflegebedürftigen sichergestellt werden? Es bleiben zudem Fragen zur konkreten Organisationsform, der Kombination verschiedener Angebote und der Vereinbarung von Leistungen offen. Eine wirtschaftlich verlässliche Planung erscheint nicht möglich. Es ist sogar stark zu befürchten, dass mit der Neuregelung und Schaffung eines neuen Sektors mit entsprechend neu ausgerichteten Interessenlagen der Kostenträger die bisherigen WG-Strukturen, die sich in den letzten Jahren deutlich weiterentwickelt und zu einer wichtigen Säule der ambulanten Pflegeinfrastruktur geworden sind, existenziell gefährdet werden. Das würde die ambulante Versorgung nicht stärken, sondern empfindlich schwächen. Das ist der falsche Weg!

Anstatt die bestehenden Versorgungsangebote in der Pflege abzusichern, sollen mit erheblichem bürokratischem Mehraufwand neue privilegierte Angebote geschaffen werden. Statt einer Stärkung der Selbstbestimmung und der Versorgungssicherheit der Pflegebedürftigen würde so einzig eine Kostenersparnis gesetzlich vorangebracht werden. Für die seit Jahren von der Politik befürwortete WG-Versorgung ist dies im Gegenzug existenzbedrohend. Strukturen, die über viele Jahre geschaffen wurden, sowohl durch Leistungserbringer wie auch in der Selbstverantwortung der Pflegebedürftigen, werden absehbar verschwinden. Dies widerspricht der vermeintlich gewünschten Stärkung der Selbstbestimmung der Pflegebedürftigen. Nicht ohne Grund haben sich Wohngruppen in den vergangenen Jahren als eine bei den Pflegebedürftigen sehr beliebte

Versorgungsform etabliert. Der neue Versorgungssektor des § 92c SGB XI wird diese Strukturen mittelfristig zerschlagen.

Dabei gibt es gemeinschaftliche Wohnformen bereits im Rahmen der Pflegeversicherung: das sind ambulant betreute Wohngemeinschaften gem. § 38a SGB XI (bzw. § 45f SGB XI in der Fassung des Gesetzentwurfs). Diese gilt es abzusichern und zu stärken. Eine neue Versorgungsform mit einem neuen Sektor leistet keinen Beitrag zur Absicherung der pflegerischen Versorgung.

Kommunale Pflegestrukturplanung

Der bpa lehnt die im Entwurf angelegte Bedarfssteuerung auf der Grundlage der kommunalen Pflegestrukturplanungen mit aller Entschiedenheit ab!

Aus Sicht des bpa ist die der kommunalen Pflegestrukturplanung im Zusammenhang mit dem Abschluss von Versorgungsverträgen und Vergütungsvereinbarungen neu zugeordnete Rolle ein Einfallstor für eine Bedarfssteuerung auf kommunaler Ebene und auf Landesebene. Die derzeit gewährleistete flächendeckende pflegerische Versorgung darf nicht gefährdet werden. Eine Verpflichtung zur Beachtung kommunaler Pflegestrukturplanungen vor Abschluss der Verträge wäre der erste Schritt dahin, dass Pflegekassen und Kommunen das Recht bekommen, Versorgungsverträge in der Pflege zu verhindern und damit den freien Wettbewerb einzuschränken. Die verpflichtende Berücksichtigung der kommunalen Pflegestrukturplanung beim Abschluss von Versorgungsverträgen bedeutet perspektivisch eine Aufweichung des Kontrahierungszwangs. Eine Einschränkung der Handlungsspielräume durch eine zwingend anzuwendende Bedarfsplanung würde angesichts der zunehmenden Zahl der Pflegebedürftigen dringend notwendige Neugründungen massiv gefährden und die Entwicklung moderner und bedarfsgerechter Pflegekonzepte stoppen.

Anstatt eine Pflegestrukturplanung beim Abschluss von Versorgungsverträgen zum „Prüfstein“ zu erheben, sollten die Kommunen endlich ihre Verantwortung für die Altenhilfe gem. § 71 SGB XII wahrnehmen: „Die Altenhilfe soll dazu beitragen, Schwierigkeiten, die durch das Alter entstehen, zu verhüten, zu überwinden oder zu mildern und alten Menschen die Möglichkeit zu erhalten, selbstbestimmt am Leben in der Gemeinschaft teilzunehmen und ihre Fähigkeit zur Selbsthilfe zu stärken.“ Kommunen könnten auf dieser Grundlage Maßnahmen ergreifen, um Pflegebedürftigkeit zu verhindern oder zu verzögern. Die wenigsten Kommunen machen davon aber Gebrauch. Der bpa fordert die Kommunen auf, die Altenhilfe gem. SGB XII umzusetzen und entsprechende Planungen aufzustellen.

Ärztliche Leistungen durch Pflegefachpersonen als Pflege nach dem SGB XI

Ein Kernelement des Gesetzes sind die Leistungen der ärztlichen Behandlung, die künftig durch Pflegefachpersonen erbracht werden können. Diese ärztlichen Leistungen werden aber in § 28 SGB XI der Pflegeversicherung zugeordnet, sofern sie in Pflegeheimen erbracht werden. Der bpa sieht keinerlei Notwendigkeit für eine solche Regelung und befürchtet, dass weitere, klar der Krankenversicherung zuzuordnende Leistungen in die Pflegeversicherung verschoben werden sollen. Es darf nicht zu einem weiteren Verschiebeparkplatz kommen, der letztlich finanziell zu Lasten der Pflegebedürftigen geht. Es besteht aus Sicht des bpa auch keine Notwendigkeit, im SGB XI die Leistungserbringung ärztlicher Leistungen der Krankenversicherung zu regeln.

Ärztliche Leistungen durch Pflegefachpersonen

Besonders wichtig ist es, dass ärztliche Leistungen nicht nur von studierten Pflegefachpersonen, sondern auch von solchen mit einer beruflichen Ausbildung erbracht werden dürfen. Das ist ein wichtiges Signal an die Mehrheit der Pflegekräfte in Deutschland, die eine berufliche Ausbildung hat. Deswegen ist die Einbeziehung der Pflegekräfte mit beruflicher Ausbildung ein wesentlicher Faktor, der zum Gelingen oder Scheitern des Gesetzes beitragen kann.

Die entscheidende Frage des Gesetzes zur Befugnisserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege lautet:

Welche Leistungen der ärztlichen Behandlung dürfen Pflegefachpersonen künftig selbständig erbringen?

Der Rahmenvertrag gem. § 73d SGB V soll diese festlegen. Der bpa begrüßt, dass dabei auch ausdrücklich eine einschlägige Berufserfahrung berücksichtigt werden kann. Damit wird den Pflegefachpersonen mit beruflicher Ausbildung eine wichtige Perspektive eröffnet, die zur Attraktivität des Pflegeberufs und zum Berufsverbleib beitragen kann. Das unterstützt der bpa.

Sehr kritisch bewertet der bpa die Durchführung von ärztlichen Tätigkeiten durch Pflegefachpersonen bei Vertragsärzten. Damit würde ein Konstruktionsfehler der Regelung von § 64d SGB V fortgeführt werden. Der Gesetzgeber muss sich fragen lassen, warum er das Gesetz zur Befugnisserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege umsetzt – geht es um eine Attraktivitätssteigerung der Pflegeberufe als einen wichtigen Baustein

gegen den Fachkräftemangel in der Pflege? Oder geht es um die Entlastung der Ärzte? Der bpa fordert daher eine Klarstellung im Gesetz, dass ärztliche Leistungen von Pflegefachpersonen nicht bei Vertragsärzten erbracht werden dürfen.

Auf scharfe Kritik des bpa stößt auch der faktische Ausschluss u.a. von Pflegeheimen aus dem Regelungsbereich des § 73d SGB V. Pflegefachpersonen sollen ärztliche Leistungen nur in Pflegeheimen erbringen können, wenn sie als Angestellte eines Pflegedienstes dort Hausbesuche machen oder im Rahmen einer Kooperationsvereinbarung nach § 119b SGB V. Es ist völlig unverständlich, warum u.a. die rund 245.000 Pflegefachpersonen, die in Pflegeheimen arbeiten, von einer Kernregelung des Gesetzes ausgeschlossen werden sollen. Auch die Pflegefachpersonen u.a. in den Pflegeheimen benötigen ein klares Signal der Bundesregierung, dass mit diesem Gesetz auch ihre Potenziale gehoben und ihre Kompetenzen stärker gewürdigt werden. Das Ziel des Gesetzes ist es, den Beruf noch attraktiver zu machen. Das erfordert dringend die Einbeziehung der Pflegefachpersonen in allen Einrichtungen der Langzeitpflege in den regulären Anwendungsbereich von § 73d SGB V.

Geschäftsstelle zur Begleitung und Unterstützung einer fachlich fundierten Personal- und Organisationsentwicklung

Völlig falsch ist die im Gesetzentwurf vorgesehene unabhängige qualifizierte Geschäftsstelle zur Begleitung und Unterstützung einer fachlich fundierten Personal- und Organisationsentwicklung. Diese soll u.a. bei der Wahrnehmung der Pflegeprozessverantwortung, bei der Umsetzung von Pflegedokumentationskonzepten sowie ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen bei der Umsetzung von bewohner- und kompetenzorientierten Personal- und Organisationsentwicklungsmaßnahmen unterstützen. Der bpa spricht sich entschieden gegen die Schaffung dieser neuen Institution aus. Die Pflegeeinrichtungen benötigen keine zusätzlichen Beratungen und keinen weiteren Wissenstransfer von außen, sondern eigene Ressourcen, um die Organisationsentwicklung von innen heraus entwickeln zu können. Die neue Geschäftsstelle trägt aber gerade nicht zur Ressourcenstärkung in den Einrichtungen bei, sondern würde zusätzliche Kapazitäten binden.

Zu den Vorschriften im Einzelnen

Artikel 1, Nr. 2b

§ 5 SGB XI – Prävention in der häuslichen Pflege

Vorgeschlagene Neuregelung

Die Pflegekassen sollen unter Beteiligung von ambulanten Pflegediensten Präventionsleistungen nach § 20 Abs. 4 Nr. 1 SGB V künftig auch für in der sozialen Pflegeversicherung versicherte Pflegebedürftige in häuslicher Pflege unterstützen.

Stellungnahme

Der bpa begrüßt diese Regelung grundsätzlich. Präventionsmaßnahmen tragen dazu bei, die Lebensqualität von Pflegebedürftigen zu verbessern und gesundheitliche Komplikationen zu vermeiden. Durch gezielte Maßnahmen können Krankheiten frühzeitig erkannt und behandelt werden. Damit wird das Wohlbefinden der Pflegebedürftigen gesteigert und auch die Belastung für Pflegekräfte und Angehörige reduziert. Es ist zielführend, dass u.a. im Rahmen der Leistungserbringung nach § 36 SGB XI und bei den Beratungseinsätzen nach § 37 Abs. 3 SGB XI sowie bei einer individuellen Pflegeberatung nach § 45 SGB XI entsprechende Empfehlungen ausgesprochen werden können. Damit besteht die Möglichkeit, dass viele Pflegebedürftige von den Präventionsleistungen profitieren können, wenn sie von den Pflegekassen entsprechend ausgestaltet werden.

Die Regelung trägt dazu bei, dass die Beratungsangebote für Pflegebedürftige und ihre An- und Zugehörigen ausgebaut werden, damit der Anspruch auf individuelle Beratung in der Häuslichkeit von allen Pflegebedürftigen in Anspruch genommen werden kann. Beratungsangebote sind als Basis unverzichtbar, um darin auch Empfehlungen für präventive Maßnahmen zu verankern bzw. die Beratung um die Komponente Prävention zu ergänzen.

Grundsätzlich weist der bpa darauf hin, dass die Kommunen im Rahmen der Altenhilfe einen entscheidenden Beitrag zur Prävention von Pflegebedürftigkeit leisten können. Denn die kommunale Altenhilfe soll dazu beitragen, „Schwierigkeiten, die durch das Alter entstehen, zu verhüten“ (so § 71 SGB XII). Dazu wird auf die Ausführungen auf Seite 21 verwiesen.

Es fehlt bei der Umsetzung der Neuregelung eine Regelung zur Vergütung der Beteiligung für die ambulanten Pflegedienste.

Änderungsvorschläge

§ 5 Abs. 1a SGB XI wird wie folgt gefasst:

(1a) Die Pflegekassen sollen den Zugang zu den in § 20 Absatz 4 Nummer 1 des Fünften Buches genannten Leistungen der Krankenkassen zur verhaltensbezogenen Prävention für in der sozialen Pflegeversicherung versicherte Pflegebedürftige in häuslicher Pflege unterstützen, indem sie unter Beteiligung der Pflegebedürftigen sowie, falls sie im Einzelfall an der Versorgung beteiligt sind, unter Beteiligung von ambulanten Pflegeeinrichtungen Vorschläge zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation und zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten der Pflegebedürftigen entwickeln sowie die Umsetzung dieser Vorschläge unterstützen. Dies umfasst eine Bedarfserhebung hinsichtlich präventiver und gesundheitsfördernder Maßnahmen, die fachliche Beratung zur Information und Sensibilisierung der Versicherten und ihrer Angehörigen sowie Pflegepersonen bezüglich der Möglichkeiten, die mittels Gesundheitsförderung und Prävention zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation und zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten bestehen, sowie eine Präventionsempfehlung durch Pflegefachpersonen oder durch gemäß § 7a Absatz 3 Satz 2 qualifizierte Pflegeberaterinnen und Pflegeberater. Im Zusammenhang mit einer Beratung nach den §§ 7a und 7c **oder 45**, mit einer Leistungserbringung nach § 36 oder mit einem Beratungsbesuch nach § 37 Absatz 3 kann eine Empfehlung für die in § 20 Absatz 4 Nummer 1 des Fünften Buches genannten Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention ausgesprochen werden. Die Bedarfserhebung, die Beratung und die Präventionsempfehlung sollen frühestmöglich nach Feststellung der Pflegebedürftigkeit unter Berücksichtigung der Empfehlungen nach § 18b und auch während fortbestehender Pflegebedürftigkeit erfolgen. Die Pflichten der Pflegeeinrichtungen nach § 11 Absatz 1 bleiben unberührt. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen legt unter Einbeziehung unabhängigen Sachverständigen die Kriterien für die Verfahren nach den Sätzen 1 bis 3 fest, insbesondere hinsichtlich des Inhalts, der Methodik, der Qualität, der wissenschaftlichen Evaluation und der Messung der Erreichung der mit den Maßnahmen verfolgten Ziele. **Die Vergütung für die Empfehlung der ambulanten Pflegeeinrichtung ist von der zuständigen Pflegekasse, bei privat Pflegeversicherten von dem zuständigen privaten Versicherungsunternehmen zu tragen, im Fall der Beihilfeberechtigung anteilig von dem zuständigen Beihilfeträger. Die Höhe der Vergütung für die Empfehlung durch einen zugelassenen Pflegedienst vereinbaren die Pflegekassen oder deren Arbeitsgemeinschaften in entsprechender Anwendung des § 89 Absatz 1 und 3 mit dem Träger des zugelassenen Pflegedienstes.**

Artikel 1, Nr. 6a**§ 8 Abs. 3c SGB XI – wissenschaftliche Expertisen zur Ausgestaltung und Weiterentwicklung heilkundlicher Leistungen durch Pflegefachpersonen****Vorgeschlagene Neuregelung**

Der GKV-Spitzenverband soll wissenschaftliche Expertisen zur konkreten Ausgestaltung und Weiterentwicklung der Inhalte von Leistungen nach dem SGB V und SGB XI, die durch Pflegefachpersonen jeweils abhängig von ihren Kompetenzen erbracht werden, fördern. Damit sollen insbesondere heilkundliche Leistungen beschrieben werden, die über die Regularien des Gesetzes zur Befugniserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege hinausgehen.

Stellungnahme

Der erste Satz der Begründung ist maßgeblich für den Titel des Gesetzentwurfs: „Die Kompetenzen von Pflegefachpersonen in der Versorgung werden aktuell noch nicht in dem Maße eingesetzt, wie es aus fachlicher Sicht möglich wäre.“ Diese Einschätzung teilt der bpa ausdrücklich. Pflegekräfte können mehr, als sie aktuell dürfen, und es trägt zur Attraktivität des Pflegeberufs bei, wenn Pflegekräfte künftig auch heilkundliche, bisher Ärzten vorbehaltene Aufgaben übernehmen können.

Der bpa begrüßt es insbesondere, dass bei der Beschreibung pflegerischer Aufgaben ausdrücklich auch „Pflegefachpersonen mit einer beruflichen Ausbildung“, so die Begründung, mit einbezogen werden. Die Mehrheit der Pflegekräfte in Deutschland hat eine berufliche und (noch) keine hochschulische Ausbildung. Deswegen ist die Einbeziehung der Pflegekräfte mit beruflicher Ausbildung ein wesentlicher Faktor, der zum Gelingen oder Scheitern des Gesetzes beitragen kann. Es darf nicht dazu führen, dass es nur wenige akademisch qualifizierte Pflegekräfte geben wird, die weitergehende heilkundliche Tätigkeiten durchführen können, während die Masse der Pflegefachkräfte keine Chance dazu erhält. Das Verhältnis verdeutlicht die nachfolgende Übersicht:

Berufsabschlüsse der Pflegefachkräfte in Pflegeheimen und Pflegediensten

Pflegefachkräfte mit beruflicher Ausbildung	427.343
Pflegekräfte mit pflegewissenschaftlichem Abschluss	4.397
Gesamt	431.740
Anteil der Pflegekräfte mit wiss. Abschluss	1 %

Quelle: Pflegestatistik 2023 des Statistischen Bundesamtes (als Pflegefachkräfte wurden Altenpflegekräfte, Gesundheits- und Krankenpflegerinnen, Kinderkrankenschwestern und Pflegefachfrauen zusammengezählt)

Der bpa begrüßt die geplanten Expertisen. Da diese weitreichende Auswirkungen auch auf die Pflegeeinrichtungen haben werden, ist es erforderlich, nicht nur die maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene, sondern auch die maßgeblichen Organisationen der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene einzubeziehen. Die Qualifikationen der Pflegekräfte und die darauf beruhenden Kompetenzen spielen eine zentrale Rolle bei der Vertragsgestaltung zwischen Pflege- und Krankenkassen auf der einen Seite und den Leistungserbringern der Pflege auf der anderen Seite. Pflegekräfte agieren auch bei der Übernahme heilkundlicher Tätigkeiten immer als Angestellte von Pflegeheimen und Pflegediensten – anders als Ärzte, die in der Regel freiberuflich tätig sind. Deswegen ist die Einbindung der Leistungserbringer entsprechend zu berücksichtigen.

Die Finanzierung der wissenschaftlichen Expertisen sollen mit 10 Millionen Euro aus dem Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung finanziert werden. Dafür sollen die noch nicht verausgabten Mittel für das Modellprogramm nach §125a SGB XI gekürzt werden. Das lehnt der bpa ab. Die Modellvorhaben zur Erprobung von Telepflege nach § 125a SGB XI sind ein wichtiger Baustein, um die Digitalisierung in der Pflege zu fördern. Die Telepflege hat das Potenzial Effizienzreserven zu heben und somit mehr professionelle Versorgung zu ermöglichen. Darüber hinaus kann der Pflegeberuf aufgewertet, flexible Arbeitsmodelle geschaffen und das dringend benötigte Fachkräfteangebot erweitert werden. So können ausgeschiedene Mitarbeitende – etwa während des Mutterschutzes oder im Ruhestand – durch spezialisierte digitale Rollen zurückgewonnen werden. Die Digitalisierung in der Pflege und die Übertragung von Heilkunde auf Pflegekräfte sollten nicht gegeneinander ausgespielt werden. Im Rahmen des Modellvorhabens Telepflege wurden verschiedene gute Bewerbungen nicht angenommen, andere Technologien waren in der Planungsphase noch nicht vorhanden. Da die erste Welle der Erprobungen kurz vor dem Abschluss steht, sollte eine weitere Förderwelle ermöglicht werden mit Projekten und Technologien, die bisher nicht den Schwerpunkt gebildet haben. Gleichzeitig können die im Modellvorhaben erzielten Mehrwerte nur dann nachhaltig wirken, wenn frühzeitig eine Anschlussfinanzierung über das Projektende hinaus geplant wird.

Laut Begründung ist vorgesehen, dass auch „Empfehlungen für Mindestinhalte von Weiterbildungen entwickelt werden“. Dabei sollen auch bestehende Weiterbildungen in den Blick genommen werden. Der bpa begrüßt diese Offenheit. Im Pflegebereich gibt es eine Vielzahl an Fort- und Weiterbildungen und alle Pflegeeinrichtungen kümmern sich um entsprechende Angebote für ihre Pflegekräfte. Unter anderem bietet der bpa

seinen Mitgliedern dafür jährlich in jedem Bundesland ein umfassendes Fort- und Weiterbildungsprogramm. Es ist wichtig, bei den zu formulierenden Empfehlungen von Mindestinhalten von Weiterbildungen die bestehenden Angebote und den damit verbundenen Kompetenzerwerb zu berücksichtigen.

Änderungsvorschlag

§ 8 Abs. 3c SGB XI wird wie folgt gefasst:

(3c) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen fördert gemeinsam mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen wissenschaftliche Expertisen zur konkreten Ausgestaltung und Weiterentwicklung der Inhalte von Leistungen nach diesem und nach dem Fünften Buch, die durch Pflegefachpersonen jeweils abhängig von ihren Kompetenzen erbracht werden können. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen bestimmen im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit und unter Beteiligung des Bundesministeriums für Bildung, Familie, Senioren, Frauen und Jugend nach Anhörung der maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene **und der maßgeblichen Organisationen der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene** die Dauer, Inhalte und das Nähere zur Durchführung von wissenschaftlichen Expertisen nach Satz 1. Die Beauftragung der Erstellung wissenschaftlicher Expertisen erfolgt im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit unter Beteiligung des Bundesministeriums für Bildung, Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Bei der Beauftragung der Erstellung wissenschaftlicher Expertisen sowie bei ihrer Durchführung ist sicherzustellen, dass die Auftragnehmer die fachliche Expertise der maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene **sowie die der maßgeblichen Organisationen der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene** in geeigneter Art und Weise einbeziehen. Weitere relevante Fachexpertinnen und Fachexperten sowie Fachorganisationen sollen an der Erstellung der Expertisen beteiligt werden. Für die Umsetzung der Aufgaben nach den Sätzen 1 bis 4 werden dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen aus dem Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung für die Jahre 2026 bis 2031 Fördermittel von insgesamt 10 Millionen Euro bereitgestellt. Die gesetzlichen Krankenkassen tragen an den Ausgaben für die Fördermittel einen Anteil von 50 Prozent; § 150 Absatz 4 Satz 3 und 4 gilt entsprechend. Das Nähere über das Verfahren zur Auszahlung der Mittel regeln der Spitzenverband Bund der Pflegekassen sowie der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und das Bundesamt für Soziale Sicherung durch Vereinbarung.

Artikel 1, Nr. 6c)

§ 8 Abs. 7 Satz 4 Nr. 8 SGB XI – Maßnahmen zur betrieblichen Integration von Pflege- und Betreuungskräften aus dem Ausland

Vorgeschlagene Neuregelung

Aus den Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung werden auch Maßnahmen zur betrieblichen Integration von Pflege- und Betreuungspersonal aus dem Ausland gefördert.

Stellungnahme

Der bpa begrüßt dieses Vorhaben ausdrücklich. Der bpa teilt dazu auch die Einschätzung aus der Begründung: „Das Pflege- und Betreuungspersonal aus dem Ausland leistet einen wichtigen Beitrag zur Sicherung der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung in Deutschland. Der Bedarf an Pflegepersonal aus dem Ausland steigt stetig. Die gezielte Anwerbung von Pflege- und Betreuungspersonal aus dem Ausland ist eine notwendige Ergänzung der Maßnahmen zur Fachkräftesicherung im Inland, um die Pflegequalität und Versorgungssicherheit aufrecht zu erhalten.“

Die Bedeutung der ausländischen Pflegekräfte ist durch Zahlen des [Statistischen Bundesamtes](#) eindrucksvoll dargestellt worden: Im Jahr 2023 sind 27.300 Anerkennungsverfahren in den Pflegeberufen positiv beschieden wurden – zum Vergleich: im gleichen Zeitraum (2023) wurden 33.500 Abschlüsse in der generalistischen Pflegeausbildung erlangt. Und das [Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung \(IAB\)](#) hat im Oktober 2024 festgestellt: „Das Beschäftigungswachstum in der Pflege wird inzwischen ausschließlich von ausländischen Beschäftigten getragen.“ Das verdeutlicht den großen Stellenwert, den ausländische Pflegekräfte mittlerweile in Deutschland bei der Sicherstellung der Versorgung haben. Deswegen ist es richtig, Integrationsmaßnahmen zu unterstützen.

Änderungsvorschläge

Keine.

Drohende Bedarfssteuerung auf Grundlage kommunaler Pflegestrukturplanung

Artikel 1, Nr. 7

§ 8a SGB XI – Verpflichtende Berücksichtigung von Empfehlungen der Landespflegeausschüsse beim Abschluss von Versorgungs- und Rahmenverträgen sowie Vergütungsvereinbarungen

Artikel 1 Nr. 8

§ 9 SGB XI – Kommunale Pflegestrukturplanung

Artikel 1, Nr. 11b)

§ 12 SGB XI – Versorgungsdaten für die kommunale Pflegestrukturplanung

Artikel 1, Nr. 40

§ 69 SGB XI – Verpflichtung für die Pflegekassen zur Berücksichtigung der Empfehlungen der Landespflegeausschüsse

Artikel 1, Nr. 42

§ 72 Abs. 1a SGB XI – Berücksichtigung der kommunalen Pflegestrukturplanung beim Abschluss von Versorgungsverträgen

Vorgeschlagene Neuregelung

An verschiedenen Stellen des SGB XI soll eine kommunale Pflegestrukturplanung verankert werden. Pflegekassen sollen Daten zur regionalen Versorgungssituation erheben und u.a. den Kommunen für ihre Pflegestrukturplanung zur Verfügung stellen. Vor dem Abschluss eines Versorgungsvertrags sind die Empfehlungen der Landespflegeausschüsse und die Vorgaben der kommunalen Pflegestrukturplanung zu "beachten".

Stellungnahme

Der bpa lehnt die faktische Bedarfssteuerung, die mit der vorgesehenen Regelung verbunden ist, entschieden ab!

Aus Sicht des bpa ist eine kommunale Pflegestrukturplanung, die beim Abschluss von Versorgungsverträgen Berücksichtigung finden soll, das Einfallstor für eine Bedarfssteuerung auf kommunaler Ebene und steht im Widerspruch zur bewährten wettbewerblichen Ausrichtung der Pflegeversicherung. Die derzeit gewährleistete flächendeckende pflegerische Versorgung darf nicht gefährdet werden.

In diesem Zusammenhang hat der heutige Gesundheitsminister des Landes Nordrhein-Westfalen, **Karl-Josef Laumann**, bereits 2016 festgestellt:

"Eine wichtige kommunalpolitische Aufgabe ist es, eine ausreichende Zahl an altersgerechtem Wohnraum bereitzustellen. Aber es kann nicht die Aufgabe der Kommune sein, eine verbindliche Pflegebedarfsplanung umzusetzen. Das habe ich massiv verhindert. **Nicht die Kommune, sondern die Vielfalt der Anbieter hat nach der Marköffnung in den letzten Jahren dazu beigetragen, dass neue bedarfsgerechte Angebote vor Ort entstanden sind.**" (Meldung von Care Invest vom 25. April 2016)

Aus Sicht des bpa ist die Rolle der Kommunen schon bisher ausreichend klar beschrieben. Sie sollen dafür sorgen, dass regional ein breit gefächertes pflegerisches Angebot bereitsteht und somit die pflegebedürftigen Menschen und ihre pflegenden Angehörigen das für sie passende Angebot tatsächlich auswählen können. Aufgabe der Kommunen darf dabei weder die Bedarfssteuerung der Angebote noch die Fallsteuerung der pflegebedürftigen Menschen sein. Es ist kein Risiko der Kommunen, wenn ein Dienstleister einen Pflegedienst, eine Tagespflege, eine Wohngemeinschaft oder ein Pflegeheim anbietet. Die Kommune ging und geht hier keine Auslastungsgarantie ein; das Risiko für ein bedarfsgerechtes Angebot war und bleibt beim Träger. Aufgabe der Kommunen muss es sein, Versorgungslücken zu erkennen und diese zum Wohle der Pflegebedürftigen zu schließen. Als Anbieter dieser fehlenden Leistungen müssen sie deshalb nicht auftreten. Die vergangenen Interventionen der Bundesländer und der Kommunen hatten häufig unerwünschte Nebenwirkungen – nämlich langanhaltende Wettbewerbsverzerrungen. **Die Kommunen sollten endlich ihre Verantwortung für die Altenhilfe gem. § 71 SGB XII wahrnehmen:** „Die Altenhilfe soll dazu beitragen, Schwierigkeiten, die durch das Alter entstehen, zu verhüten, zu überwinden oder zu mildern und alten Menschen die Möglichkeit zu erhalten, selbstbestimmt am Leben in der Gemeinschaft teilzunehmen und ihre Fähigkeit zur Selbsthilfe zu stärken.“ Kommunen könnten auf dieser Grundlage Maßnahmen ergreifen, um Pflegebedürftigkeit zu verhindern oder zu verzögern. Die wenigsten Kommunen machen davon aber Gebrauch. Der bpa fordert die Kommunen auf, die Altenhilfe gem. SGB XII umzusetzen und entsprechende Planungen aufzustellen.

Die der kommunalen Pflegestrukturplanung im Gesetzentwurf zugeordnete Rolle ist der erste Schritt dahin, dass Pflegekassen und Kommunen das Recht bekommen, Versorgungsverträge in der Pflege zu verhindern und damit den freien Wettbewerb einzuschränken. Es ist davon auszugehen, dass das Instrument genutzt wird, um bestehende kommunale Träger und Wohlfahrtseinrichtungen vor Wettbewerb zu schützen. Die Berücksichtigung der kommunalen Pflegestrukturplanung beim Abschluss von

Versorgungsverträgen bedeutet perspektivisch eine **Aufweichung des Kontrahierungszwangs**.

Ebenso wie der bpa setzt sich auch der Bundesrat in seiner Stellungnahme zum Gesetzentwurf dafür ein, dass die Berücksichtigung der kommunalen Pflegestrukturplanung beim Abschluss von Versorgungsverträgen gestrichen wird: „Es erschließt sich jedoch nicht, vor Abschluss eines Versorgungsvertrags unter anderem die kommunale Pflegestrukturplanung (soweit vorhanden) zu berücksichtigen, wenn weiterhin grundsätzlich Kontrahierungszwang gilt.“ (Bundesrats-Drucksache 365/25 (Beschluss))

Der Kontrahierungszwang muss weiterhin gelten. Er sichert allen Anbietern, die die grundlegenden Voraussetzungen erfüllen, den Zugang zum Markt, indem er den Pflegekassen vorschreibt, Versorgungsverträge abzuschließen. Dies hat maßgeblich dazu beigetragen, dass in Deutschland eine flächendeckende und qualitativ hochwertige Pflegeversorgung gewährleistet werden kann. Private Träger konnten dadurch in allen Regionen der Republik, von städtischen Ballungsräumen bis in die ländlichsten Gegenden, wichtige Versorgungsaufgaben übernehmen.

Eine faktische kommunale Bedarfssteuerung würde diese hart erkämpften Errungenschaften der letzten Jahrzehnte zunichtemachen und private Pflegeeinrichtungen massiv schwächen.

Sollte der Kontrahierungszwang tatsächlich weiter aufgeweicht werden, könnte dies weitreichende Konsequenzen für die Versorgungsqualität und -sicherheit haben. Besonders in ländlichen und strukturschwachen Regionen sind private Pflegeeinrichtungen oft unverzichtbar, um eine angemessene Versorgung sicherzustellen. Diese sind es, die mit innovativen Lösungen dringend notwendige Angebote geschaffen und die investiert haben, wo Kommunen und andere Träger dies nicht leisten konnten.

Private Anbieter stellen täglich unter Beweis, dass sie flexibel auf regionale Besonderheiten reagieren und individuelle Lösungen anbieten können. Eine Einschränkung ihrer Handlungsspielräume durch eine zwingend anzuwendende Bedarfsplanung würde angesichts der zunehmenden Zahl der Pflegebedürftigen dringend notwendige Neugründungen massiv gefährden und die Entwicklung moderner und bedarfsgerechter Pflegekonzepte stoppen.

Eine kommunale Bedarfsplanung scheitert regelmäßig bereits daran, den tatsächlichen Pflegebedarf in einer dynamischen und vielfältigen Gesellschaft präzise und zeitnah zu erfassen. Die Entwicklung der Pflegebedürftigkeit zu bestimmen, ist mit erheblichen Herausforderungen verbunden – sie entwickelt sich individuell und nur schwer vorhersehbar, beeinflusst durch Faktoren wie demografische Veränderungen, individuelle

Krankheitsverläufe und regionale Unterschiede. Die Prognosen des Statistischen Bundesamts oder des Bundesministeriums für Gesundheit haben in den letzten Jahren stets Entwicklungen um teils hunderttausende Pflegebedürftige pro Jahr unterschätzt. Eine kommunale Bedarfsplanung würde dies keineswegs besser machen. Stattdessen würden starre, bürokratische Vorgaben gesetzt, die den realen Bedürfnissen der Menschen nicht gerecht werden. **Der Versuch, Pflegeangebote durch eine solche Planung zu steuern, würde daher in ineffizienten Strukturen münden, die den Zugang zu notwendigen Pflegeleistungen erschweren, anstatt ihn zu verbessern.**

Zudem führt eine faktische Bedarfssteuerung zu einem Verlust an Flexibilität und Innovationskraft, die für eine qualitativ hochwertige Pflegeversorgung unerlässlich sind. Private Pflegeeinrichtungen, die bisher auf die vielfältigen und sich ändernden Bedürfnisse der Pflegebedürftigen schnell und flexibel reagieren konnten, werden durch eine Planung in ihren Handlungsspielräumen eingeschränkt. Dies hemmt nicht nur die Entwicklung neuer Pflegekonzepte, sondern gefährdet auch die Anpassungsfähigkeit des Pflegesystems. Die Pflegeversorgung würde uniformer, weniger diversifiziert und weniger an den individuellen Bedürfnissen der Menschen ausgerichtet sein. Obendrein droht die Gefahr, dass sich die Bedarfsplanung stärker an kurzfristigen Kostenüberlegungen der Kostenträger orientiert als an den tatsächlichen Bedürfnissen der Pflegebedürftigen.

Kommunen, die es schon bisher in viel zu vielen Fällen nicht schaffen, die Hilfe zur Pflege rechtzeitig auszus zahlen und Träger von Pflegeeinrichtungen dadurch in erhebliche Liquiditätsprobleme bringen, sollten nicht noch zusätzliche Aufgaben übernehmen. Stattdessen sollten sie sich zunächst einmal mit der Absicherung ihrer aktuellen Aufgaben und der Übernahme ihrer **Verantwortung für die Altenhilfe gem. § 71 SGB XII befassen**. Damit würde ein wichtiger Beitrag zur Absicherung der Pflegeinfrastruktur geleistet.

Statt immer neuer Regularien braucht es Rahmenbedingungen für Pflegeeinrichtungen, die eine konsequente Entbürokratisierung in der Pflege ermöglichen. Statt einer Bedarfssteuerung, die private Anbieter an den Rand drängt, wird eine Politik benötigt, die den Wettbewerb fördert und die Vielfalt im Pflegemarkt bewahrt. So wird auch in Zukunft eine hochwertige Pflegeversorgung für alle Menschen in Deutschland sichergestellt.

Im Übrigen wird im Gesetzentwurf en passant § 9 Satz 2, zweiter Halbsatz als neuer Satz 3 im Hinblick auf die Befugnis der Länder, eine an der finanziellen Leistungsfähigkeit der Pflegebedürftigen orientierte finanzielle Unterstützung zur Förderung einer Pflegeeinrichtung zu erklären, umformuliert. Weshalb eine solche Umformulierung erforderlich sein sollte, erschließt sich nicht und wird im Entwurf auch nicht begründet. Die Änderung ist nicht nachvollziehbar und wird vom bpa abgelehnt.

Änderungsvorschläge

- 1.) § 8a Abs. 5 SGB XI wird nicht geändert und verbleibt in seiner bisherigen Fassung:

Empfehlungen der Ausschüsse nach den Absätzen 1 bis 3 zur Weiterentwicklung der Versorgung **sind sollen** von den Vertragsparteien nach dem Siebten Kapitel beim Abschluss der Versorgungs- und Rahmenverträge und von den Vertragsparteien nach dem Achten Kapitel beim Abschluss der Vergütungsverträge **einbezogen werden zu beachten**.

- 2.) § 9 SGB XI wird nicht geändert und verbleibt in seiner bisherigen Fassung:

Die Länder sind verantwortlich für die Vorhaltung einer leistungsfähigen, zahlenmäßig ausreichenden und wirtschaftlichen pflegerischen Versorgungsstruktur. Das Nähere zur Planung und zur Förderung der Pflegeeinrichtungen wird durch Landesrecht bestimmt; ~~Die Länder können durch Landesrecht bestimmen, ob eine kommunale Pflegestrukturplanung vorzusehen ist und inwieweit die Empfehlungen der Ausschüsse nach § 8a Absatz 3, soweit diese bestehen, als Bestandteil der kommunalen Pflegestrukturplanung anzusehen sind.~~ Durch ~~durch~~ Landesrecht kann auch bestimmt werden, ob und in welchem Umfang eine im Landesrecht vorgesehene und an der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit der Pflegebedürftigen orientierte finanzielle Unterstützung

1. der Pflegebedürftigen bei der Tragung der ihnen von den Pflegeeinrichtungen berechneten betriebsnotwendigen Investitionsaufwendungen oder **eine finanzielle Unterstützung**
2. der Pflegeeinrichtungen bei der Tragung ihrer betriebsnotwendigen Investitionsaufwendungen

als Förderung der Pflegeeinrichtungen gilt. Zur finanziellen Förderung der Investitionskosten der Pflegeeinrichtungen sollen Einsparungen eingesetzt werden, die den Trägern der Sozialhilfe durch die Einführung der Pflegeversicherung entstehen.

- 3.) § 69 Abs. 2 SGB XI wird gestrichen:

~~Bei ihren Aufgaben nach Absatz 1 Satz 1 und 2 haben die Pflegekassen insbesondere Erkenntnisse aus ihrer Evaluation der regionalen Versorgungssituation aus den Empfehlungen der Ausschüsse nach § 8a Absatz 1 und, soweit diese in den Ländern bestehen, der Ausschüsse nach § 8a Absatz 2 und 3 sowie Erkenntnisse aus Anzeigen von Pflegeeinrichtungen nach § 73a Absatz 1 zu berücksichtigen. Ist es zur Gewährleistung des Sicherstellungsauftrags erforderlich, haben die Pflegekassen Verträge mit Einzelpflegekräften gemäß § 77 Absatz 1 abzuschließen oder diese gemäß § 77 Absatz 2 selbst anzustellen.~~

4.) § 72 Abs. 1a SGB XI wird gestrichen:

~~Vor Abschluss des Versorgungsvertrages sind die Empfehlungen der Ausschüsse nach § 8a Absatz 1 und, soweit diese in den Ländern bestehen, der Ausschüsse nach § 8a Absatz 2 und 3 zu beachten. Sofern vorhanden, sind auch die Empfehlungen und Zielsetzungen für die pflegerische Versorgung zu beachten, die im Rahmen der jeweiligen nach landesrechtlichen Vorgaben durchgeführten kommunalen Pflegestrukturplanung vorliegen.~~

Artikel 1, Nr. 10**§ 11 SGB XI – Steuerung des Pflegeprozesses; Vorhaltung von Delegationskonzepten****Vorgeschlagene Neuregelung**

In Absatz 1 soll klargestellt werden, dass zur Pflege entsprechend dem allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse ebenso die Verpflichtung zur Steuerung des Pflegeprozesses durch Pflegefachpersonen gehört.

Es soll ein neuer Absatz 1a eingefügt werden, der die Pflegeeinrichtungen verpflichtet, die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie betriebliche Interessenvertretungen in die Entwicklung von einrichtungsspezifischen Konzepten zur Delegation von Aufgaben von Pflegefachpersonen auf Pflegeassistentenpersonen sowie auf Pflegehilfskräfte einzubeziehen. Die Mitarbeitenden sind über die Konzepte zu informieren und zu schulen.

Stellungnahme

Die Erweiterung in Absatz 1 wird abgelehnt. Die Organisation, Gestaltung und Steuerung des Pflegeprozesses durch Pflegefachpersonen ist mit Einführung der Vorbehaltsaufgaben durch Pflegefachpersonen gem. § 4 PflBG eindeutig geregelt. Eine Klarstellung zur Steuerung des Pflegeprozesses durch Pflegefachpersonen in § 11 Abs. 1 SGB XI ist damit obsolet.

Einer Verpflichtung zur Entwicklung von Delegationskonzepten im Leistungserbringungsrecht und der Einbeziehung der Mitarbeitenden bedarf es ebenso nicht. Die vorgeschlagene Regelung wird daher abgelehnt. Es existieren sowohl im Vertrags- und Ordnungsrecht wie auch im Bereich der Qualitätsvorgaben hinreichende Vorgaben zur Überprüfung und Sicherstellung, ob Pflegeeinrichtungen geeignete Kräfte entsprechend ihrer fachlichen wie materiellen Qualifikation bereitstellen und einsetzen, insbesondere mit dem Augenmerk auf behandlungspflegerische Leistungen. Eine doppelte Verortung im rechtlichen Rahmen ist im Sinne einer Entbürokratisierung der Pflege nicht angezeigt. Zudem steht es dem eigentlichen Gesetzesvorhaben, Pflegefachpersonen aufzuwerten, die Eigenständigkeit und Eigenverantwortung und damit die Professionalisierung der Pflege zu stärken, entgegen, da Delegationskonzepte letztlich die Möglichkeiten der Pflegeprozesssteuerung durch Pflegefachpersonen einschränken und damit kontraproduktiv wirken.

Die Regelung ist ein Ausdruck großen Misstrauens seitens des Gesetzgebers, sie ist bürokratisch, schafft Unsicherheit durch einen unbestimmten Rechtsbegriff und ist letztlich nicht sinnvoll.

In die Entwicklung der Delegationskonzepte sollen sowohl die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter als auch die betrieblichen Interessenvertretungen einbezogen werden. Wenn bereits die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter einbezogen werden müssen, ist die Verpflichtung zur Einbeziehung der betrieblichen Interessenvertretung überflüssig, weil diese auch aus Mitarbeitenden besteht, die ohnehin einbezogen werden sollen. Das ist eine unnötige Dopplung.

Die Mitarbeitenden sollen in die Entwicklung der Konzepte „einbezogen“ werden. Was heißt das? Durch diesen unbestimmten Rechtsbegriff sind Auseinandersetzungen hinsichtlich der Auslegung vorprogrammiert. Das bindet völlig unnötig wichtige Ressourcen der Einrichtungen, die dringender für die direkte Pflege benötigt werden.

Weiterhin besteht die Verpflichtung, die Mitarbeitenden über die Konzepte zu informieren – nachdem die Mitarbeitenden in die Entwicklung ohnehin einbezogen sind, soll nun noch einmal informiert und geschult werden. Auch das ist eine unnötige, doppelte und bürokratische Norm. Es stellt sich zudem die Frage, welches Bild der Gesetzgeber von den Pflegeeinrichtungen hat, wenn er meint, eine solche Vorschrift machen zu müssen. Wenn es Konzepte zur Delegation gibt, ist es selbstverständlich, dass die Einrichtung die betreffenden Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter darüber informiert. Das ist die Voraussetzung, um einen reibungslosen Ablauf der Pflegeprozesse zu gewährleisten und im originären Interesse eines jeden Einrichtungsträgers.

In der Begründung wird auf die Konzertierte Aktion verwiesen, in deren Rahmen Delegationskonzepte vereinbart wurden. Warum glaubt der Gesetzgeber, dass er nun diese Regelungen gesetzlich verankern muss? Hinweise darauf, dass es flächendeckend zu Problemen bei der Versorgung aufgrund fehlender Delegationskonzepte kommt, sind dem bpa nicht bekannt und werden auch nicht im Gesetzentwurf genannt.

Als besonders bedauerlich bewertet der bpa die grundsätzliche Einstellung des Gesetzgebers, die aus dieser Regelung spricht: kein Vertrauen in die Pflegeeinrichtungen, dass sie verantwortungsvoll die Prozesse in ihrer Einrichtung steuern. Der bpa hofft, dass die Worte des Bundeskanzlers aus seiner Regierungserklärung vom 14. Mai 2025 auch bei der weiteren Beratung des Gesetzes zur Befugnisweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege berücksichtigt werden:

„Aber diese einzelnen Fragen, über die ich spreche, und die Antworten, die wir darauf geben, sind Teil eines **neuen Grundverständnisses**, das wir in der Koalition miteinander vereinbaren konnten, nämlich des **Grundverständnisses, dass wir unseren Unternehmen und ihren Beschäftigten nicht mit Misstrauen und Kontrollansprüchen begegnen**,

sondern mit Vertrauen und eben mit Verantwortung. Denn auch die Unternehmen und die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, auch die Sozialpartner in den Betrieben genauso wie die Arbeitgeberorganisationen und die Gewerkschaften, sie alle tragen Verantwortung und **sie alle verdienen einen Vertrauensvorschuss, sie verdienen mehr Freiheit und Unterstützung, statt Misstrauen und immer mehr Vorschriften.**“

Auch der Koalitionsvertrag setzt sich an vielen Stellen für eine konsequente Entbürokratisierung ein. Unter anderem heißt es dazu:

„Die strukturellen Rahmenbedingungen für Unternehmen und Beschäftigte werden wir verbessern, Innovationen fördern, Bürokratie umfassend zurückbauen und Leistungsgerechtigkeit zu einem Leitprinzip machen.“

Änderungsvorschläge

§ 11 Abs. 1 SGB XI wird nicht geändert und verbleibt in seiner bisherigen Fassung:

Die Pflegeeinrichtungen pflegen, versorgen und betreuen die Pflegebedürftigen, die ihre Leistungen in Anspruch nehmen, entsprechend dem allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse. ~~Dies schließt die Pflegeprozessverantwortung von Pflegefachpersonen für die Erbringung von Leistungen nach diesem Buch ein. Pflegefachpersonen im Sinne dieses Gesetzes sind Personen, die über eine Erlaubnis nach § 1 des Pflegeberufgesetzes verfügen.~~ Inhalt und Organisation der Leistungen haben eine humane und aktivierende Pflege unter Achtung der Menschenwürde zu gewährleisten.

§ 11 Abs. 1a SGB XI wird gestrichen:

~~Die Pflegeeinrichtungen sind verpflichtet, die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie betriebliche Interessenvertretungen in die Entwicklung von einrichtungs-spezifischen Konzepten zur Delegation von Leistungen von Pflegefachpersonen auf Pflegefachassistenzpersonen sowie auf Pflegehilfskräfte und anderes Personal, das Leistungen der Pflege oder Betreuung von Pflegebedürftigen erbringt, einzubeziehen. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind über vorhandene Konzepte zu informieren und im Bedarfsfall zu schulen.~~

Artikel 1, Nr. 12

§ 15 Abs. 8 SGB XI – Erfahrungsbericht zum Begutachtungsinstrument

Vorgeschlagene Neuregelung

Der GKV-Spitzenverband soll bis zum 30. Juni 2026 einen Bericht zu den Erfahrungen der Pflegekassen und der Medizinischen Dienste mit dem Begutachtungsinstrument einschließlich der Bewertungssystematik und zu möglichen Weiterentwicklungen vorlegen. In dem Bericht ist auch die Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen seit 2017 unter Berücksichtigung insbesondere von medizinisch-pflegerischen Aspekten, demographischen Faktoren und sozioökonomischen Einflüssen auf wissenschaftlicher Grundlage zu untersuchen.

Stellungnahme

Der bpa begrüßt diese Regelung. Eine wissenschaftliche Überprüfung des Begutachtungsinstruments und eine Untersuchung zur Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen kann wichtige Impulse für die Weiterentwicklung der Pflegeversicherung hervorbringen. Der bpa empfiehlt, eine unabhängige Institution mit dem Bericht zu beauftragen, z.B. den Qualitätsausschuss Pflege.

Änderungsvorschläge

Keine.

Hilfsmittel

Artikel 1, Nr. 14

§ 17a SGB XI – Richtlinien zur Empfehlung von Hilfsmitteln

Artikel 1, Nr. 25

§ 40 Abs. 6 SGB XI – Empfehlung von Hilfsmitteln durch Pflegefachpersonen

Vorgeschlagene Neuregelung

Der Katalog der Hilfsmittel, der von Pflegefachpersonen empfohlen werden kann, soll erweitert werden. Die Richtlinien zu diesen Empfehlungen, bisher in § 40 Abs. 6 SGB XI, werden neu in § 17a SGB XI normiert.

Stellungnahme

Der bpa begrüßt die Erweiterung des Katalogs der Hilfsmittel, die von Pflegefachpersonen empfohlen werden können. Grundsätzlich ist das ein richtiges Signal, die Kompetenzen der Pflegefachkräfte bei der Auswahl der Hilfsmittel anzuerkennen. Anders als Ärzte sind die Pflegekräfte täglich oder mehrmals in der Woche bei den Pflegebedürftigen und können die Pflegesituation und die Bedarfe sehr gut einschätzen. In der bisherigen Umsetzung hat sich allerdings gezeigt, dass die auch jetzt schon im Gesetz vorgesehene Empfehlung kaum ausgesprochen wird. Nach Einschätzung des bpa liegt dieses vor allen Dingen daran, dass im Gesetz keine Vergütung für die Empfehlungen von Hilfsmitteln durch Pflegekräfte vorgesehen ist. Eine entsprechende Ergänzung sollte daher eingefügt werden. Zudem ist klarzustellen, dass nicht nur die maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene eine Gelegenheit zur Stellungnahme zu den Richtlinien erhalten dürfen, sondern auch die maßgeblichen Organisationen der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene. Die Pflegefachkräfte, die Hilfsmittel empfehlen, sind – anders als Ärzte – nicht freiberuflich tätig, sondern Angestellte der Pflegeeinrichtungen. Das in den Richtlinien auszugestaltende Verfahren zur Empfehlung berührt daher die Arbeitszeit und den Umfang der Tätigkeiten der Pflegekräfte, die in Pflegeeinrichtungen beschäftigt sind. Um Umsetzungsschwierigkeiten zu vermeiden und sicherzustellen, dass die vom Gesetzgeber gewollten Empfehlungen in der Praxis auch tatsächlich umgesetzt werden, ist die Beteiligung der Pflegeeinrichtungen an den Richtlinien zielführend.

Änderungsvorschläge

§ 17a Abs. 1 SGB XI wird wie folgt gefasst:

Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen legt bis zum 31. Dezember 2026 in Richtlinien Folgendes fest:

1. in welchen Fällen und für welche Pflegehilfsmittel und Hilfsmittel, die den Zielen von § 40 Absatz 1 Satz 1 dienen, die Notwendigkeit oder Erforderlichkeit der Versorgung mit Pflegehilfsmitteln oder Hilfsmitteln, die von Pflegefachpersonen gestaffelt nach Qualifikationsniveau, empfohlen werden, nach § 40 Absatz 6 Satz 2 vermutet wird sowie
2. das Nähere zum Verfahren der Empfehlung gemäß § 40 Absatz 6 durch die Pflegefachperson bei der Antragstellung.

Dabei ist, soweit entsprechende Qualifikationsniveaus und Hilfsmittel betroffen sind, der Inhalt des Vertrags nach § 73d Absatz 1 des Fünften Buches zu beachten. Den maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene **sowie den maßgeblichen Organisationen der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene** ist unter Übermittlung der hierfür erforderlichen Informationen innerhalb einer angemessenen Frist vor der Entscheidung über die Inhalte der Richtlinien Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen.

§ 40 Abs. 6 SGB XI wird wie folgt gefasst:

Pflegefachpersonen können im Rahmen ihrer Leistungserbringung nach § 36, nach den §§ 37 und 37c des Fünften Buches sowie der Beratungseinsätze nach § 37 Absatz 3 konkrete Empfehlungen zur Hilfsmittel- und Pflegehilfsmittelversorgung abgeben. Wird ein Pflegehilfsmittel oder ein Hilfsmittel, das den Zielen von Absatz 1 Satz 1 dient, von einer Pflegefachperson bei der Antragstellung empfohlen, werden unter den in den Richtlinien nach § 17a festgelegten Voraussetzungen die Notwendigkeit der Versorgung nach Absatz 1 Satz 2 und die Erforderlichkeit der Versorgung nach § 33 Absatz 1 des Fünften Buches vermutet. Die Empfehlung der Pflegefachperson darf bei der Antragstellung nicht älter als zwei Wochen sein. Einer ärztlichen Verordnung gemäß § 33 Absatz 5a des Fünften Buches oder einer Verordnung einer Pflegefachperson nach § 15a Absatz 1 Nummer 2 des Fünften Buches bedarf es bei Vorliegen einer Empfehlung nach Satz 1 nicht. Die Empfehlung der Pflegefachperson für ein Pflegehilfsmittel oder ein Hilfsmittel, das den Zielen des Absatz 1 Satz 1 dient, ist der Kranken- oder Pflegekasse zusammen mit dem Antrag des Versicherten in Textform zu übermitteln. In welchen Fällen und für welche Pflegehilfsmittel und Hilfsmittel je Qualifikationsniveau die Notwendigkeit oder Erforderlichkeit der Versorgung nach Satz 2 vermutet wird sowie das Nähere zum Verfahren der Empfehlung durch die Pflegefachperson bei Antragstellung bestimmt sich nach den Festlegungen in den Richtlinien des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen gemäß § 17a. **Die Höhe der**

Vergütung für die Empfehlung durch eine Pflegefachperson vereinbaren die Pflegekassen oder deren Arbeitsgemeinschaften in entsprechender Anwendung des § 89 mit dem Träger der zugelassenen Pflegeeinrichtung.

Artikel 1, Nr. 17**§ 18e Abs. 6 SGB XI – Modellprojekt zur Begutachtung durch Pflegefachpersonen****Vorgeschlagene Neuregelung**

Ein Modellprojekt soll klären, inwieweit Pflegefachpersonen, die in der Versorgung nach SGB V oder SGB XI tätig sind, Aufgaben bei der Begutachtung von Pflegebedürftigen übernehmen können.

Stellungnahme

Die vorgeschlagene Neuregelung verwundert.

Zum einen stellt sich für den bpa die Frage, warum es eines Modellvorhabens bedarf, um festzustellen, dass Pflegefachkräfte Aufgaben bei der Pflegebegutachtung übernehmen können. Bereits jetzt übernehmen in Pflegeheimen Pflegekräfte solche Aufgaben, wenn zum Beispiel die Bezugspflegefachkraft im Rahmen einer Pflegevisite bei einer Verschlechterung des Allgemeinzustandes auch das Begutachtungsassessment hinzuzieht, um zu prüfen, ob eine Erhöhung des Pflegegrades erforderlich ist. In diversen Bundesländern übersendet der Medizinische Dienst bei Höherstufungen im vollstationären Setting zudem nur noch schriftliche Abfragen an die Pflegeheime, die durch diese auszufüllen sind – eine persönliche Begutachtung findet immer seltener statt. Außerdem steht sogar in der Begründung des Gesetzentwurfs, dass es bei den Medizinischen Diensten vorrangig Pflegefachpersonen sind, die die Begutachtung durchführen. Es erschließt sich daher nicht, warum es eines Modellprojekts bedarf, um eine Frage zu klären, deren Antwort bereits vorliegt: Pflegefachpersonen können die Pflegebegutachtung durchführen. Auf Seite 2 des Gesetzentwurfs heißt es: „Die vielfältigen Kompetenzen von Pflegefachpersonen sollen daher für die Versorgung stärker als bislang genutzt werden.“ Dieses Ziel der Bundesregierung kann bei der Begutachtung ohne ein Modellprojekt erreicht werden.

Zum anderen wird im jetzigen Regelungsvorschlag der fehlende Praxisbezug deutlich. Es reicht nicht festzustellen, ob eine Pflegefachkraft Aufgaben der Begutachtung übernehmen kann. Der Gesetzgeber hat sich offenbar keine Gedanken zur praktischen Umsetzung gemacht. Wie bereits mehrfach in dieser Stellungnahme ausgeführt, sind Pflegefachpersonen in Pflegeeinrichtungen nicht freiberuflich tätig, sondern Angestellte. Deswegen ist die Einbindung der Pflegeeinrichtungen hier zwingend. Es kann keine Übertragung von zusätzlichen Aufgaben auf angestellte Pflegefachpersonen ohne Zustimmung des Arbeitgebers geben. Deswegen muss klargestellt werden, dass für die Übernahme der Begutachtung eine Beauftragung der Pflegeeinrichtung erfolgt. Zudem muss in diesem

Zusammenhang auch eine entsprechende Vergütungsregelung erfolgen. Es kann nicht sein, dass die Pflegeeinrichtungen den Medizinischen Dienst entlasten, ohne eine entsprechende Kompensation zu erhalten. Langfristig ist vorstellbar, dass die Begutachtungen grundsätzlich durch die Pflegefachpersonen der Pflegeeinrichtungen erfolgen und die bisher bei den Medizinischen Diensten beschäftigten Pflegefachpersonen zu den Pflegeeinrichtungen wechseln.

Änderungsvorschläge

§ 18e Abs. 6 SGB XI wird gestrichen.

§ 18a Abs. 10 SGB XI wird wie folgt gefasst:

Die Aufgaben des Medizinischen Dienstes werden durch **Pflegefachkräfte Pflegefachpersonen** oder Ärztinnen und Ärzte in enger Zusammenarbeit mit anderen geeigneten Fachkräften wahrgenommen. **Sie können auch von Pflegefachpersonen, die in zugelassen Pflegeeinrichtungen nach § 72 beschäftigt sind, übernommen werden. Über die Beauftragung und Vergütung schließt der Medizinische Dienst eine Vereinbarung mit der jeweiligen Pflegeeinrichtung; landesweite Vereinbarungen im Rahmen der Pflegesatzkommission nach § 86 sind zulässig. Eine Verpflichtung zum Abschluss einer entsprechenden Vereinbarung besteht für die Pflegeeinrichtung nicht.** Die Prüfung der Pflegebedürftigkeit von Kindern ist in der Regel durch besonders geschulte Gutachterinnen und Gutachter mit einer Qualifikation als Pflegefachfrau oder Pflegefachmann, als Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin oder Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger oder als Kinderärztin oder Kinderarzt vorzunehmen. Der Medizinische Dienst ist befugt, den Pflegefachkräften oder sonstigen geeigneten Fachkräften, die nicht dem Medizinischen Dienst angehören, die für deren jeweilige Beteiligung erforderlichen personenbezogenen Daten zu übermitteln.

Artikel 1, Nr. 18**§ 28 SGB XI – Leistungen der ärztlichen Behandlung in Pflegeheimen als Bestandteil der Pflege nach SGB XI****Vorgeschlagene Neuregelung**

Es wird festgelegt, dass in stationären Pflegeeinrichtungen auch die Leistungen der ärztlichen Behandlung durch Pflegefachpersonen gem. § 15a SGB V zur medizinischen Behandlungspflege gehören, soweit die Leistungen nicht im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung nach dem SGB V erbracht werden.

Stellungnahme

Aus Sicht des bpa besteht die Gefahr, dass eine weitere, klar der Krankenversicherung zuzuordnende Leistung in die Pflegeversicherung verschoben werden soll und sich so die Leistungen nach dem SGB XI für Pflegebedürftige weiter verteuern. Der bpa sieht hierin zudem eine deutliche Steuerung durch den Arzt – was im Gegensatz zur beabsichtigten Befugnisweiterung für die Pflegefachpersonen steht.

Ausweitung versicherungsfremder Leistungen

Laut Begründung soll durch diese Regelung sichergestellt werden, dass Pflegefachpersonen die Leistungen der **ärztlichen** Behandlung in stationären Pflegeeinrichtungen als medizinische Behandlungspflege erbringen. Da die medizinische Behandlungspflege in Pflegeheimen nach § 43 Abs. 2 SGB XI Bestandteil der stationären Pflegeleistungen ist, bedeutet diese Regelung, dass die ärztlichen Leistungen, die von Pflegefachpersonen erbracht werden, der Pflegeversicherung zugeordnet werden.

Bei den neuen Leistungen, die entsprechend qualifizierte Pflegefachpersonen übernehmen können, handelt es sich nach § 15a Abs. 1 SGB V ausdrücklich um „Leistungen der ärztlichen Behandlung“. Leistungen der ärztlichen Behandlung sind ausschließlich Bestandteil der gesetzlichen Krankenversicherung (SGB V) und nicht Bestandteil der sozialen Pflegeversicherung (SGB XI). Auch wenn Ärzte ihre pflegebedürftigen Patienten in Pflegeheimen mit ärztlichen Leistungen versorgen, sind diese ärztlichen Leistungen unstrittig der Krankenversicherung zugeordnet. Durch den Wohnort des Versicherten ändert sich nichts an der leistungsrechtlichen Systematik. In § 28 SGB XI soll aber nun festgelegt werden, dass diese **ärztlichen** Leistungen (SGB V) **in Pflegeheimen** im Rahmen der **Pflegesachleistungen** erbracht werden. Ärztliche Leistungen der

Pflegefachpersonen werden durch die Zuordnung zur medizinischen Behandlungspflege damit zu SGB XI-Leistungen. Als Pflegesachleistungen wären diese ärztlichen Leistungen dann nach SGB XI zu vergüten.

Aus Sicht des bpa droht durch die im Gesetzentwurf vorgesehene Neuregelung ein weiterer „Verschiebepbahnhof“, der letztlich finanziell zu Lasten der Pflegebedürftigen gehen würde. Diese systemwidrige Zuordnung lehnt der bpa ab. Durch die vorgesehene Neuregelung werden angesichts unveränderter Sachleistungsbeträge die Eigenanteile in der stationären Pflege weiter ansteigen. Bereits seit vielen Jahren sind – systemwidrig – die Kosten der medizinischen Behandlungspflege der Pflegeversicherung zugeordnet (s. § 43 Abs. 2 SGB XI). Vielmehr muss es darum gehen, die medizinische Behandlungspflege wieder der gesetzlichen Krankenversicherung zuzuordnen. Dafür setzt sich auch der Bundesrat in seiner Stellungnahme zum BEEP ein:

„Der Bundesrat bittet, im weiteren Gesetzgebungsverfahren zu prüfen, wie eine vollumfängliche Wahrnehmung der Finanzierungsverantwortung für die medizinische Behandlungspflege in vollstationären Einrichtungen durch die Gesetzliche Krankenversicherung erreicht und bürokratiearm umgesetzt werden kann.“ (Bundesrats-Drucksache 365/25 (Beschluss))

Anstatt gegenzusteuern und die versicherungsfremden systemkonform zu finanzieren, sollen die versicherungsfremden Leistungen jetzt noch ausgeweitet. Es dürfen nicht auch noch die neuen ärztlichen Leistungen der Pflegefachpersonen in die Finanzierungszuständigkeit der Pflegekassen verlagert werden. Das lehnt der bpa entschieden ab.

Steuerung durch den Arzt

Sehr kritisch bewertet der bpa auch die in der Regelung angelegte Steuerung der Leistungen durch den Arzt. Die ärztlichen Leistungen werden den Sachleistungen des SGB XI zugeordnet, „soweit die Leistungen nicht im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung nach dem Fünften Buch erbracht werden.“ Wann dieselben Leistungen nach § 15a Abs. 1 SGB V als Teil der Pflegesachleistung oder als Teil der vertragsärztlichen Versorgung nach dem SGB V erbracht werden, bleibt vollkommen unklar. Aus Sicht des bpa wird es bei diesen neuen Leistungen für die Pflegefachpersonen zu einem Arztvorbehalt neuer Art führen: Der Arzt entscheidet zunächst, ob er die Leistungen selbst erbringen möchte (oder sie durch eine bei sich angestellte Pflegefachperson erbringen lässt). Erst wenn er selbst für sich und seine Angestellten ausschließt, die Leistungen selbst zu erbringen, öffnet sich das „Tor“ für die Leistungserbringung durch Pflegefachpersonen der Pflegeeinrichtungen. Das steht im Gegensatz zum Vorhaben des Gesetzentwurfs, der die Kompetenzen der Pflegefachpersonen stärker würdigen will und betont, dass Pflegefachpersonen

eigenverantwortlich Leistungen übernehmen sollen, die bisher Ärzten vorbehalten waren. Die Eigenständigkeit bei der Durchführung der Leistungen wäre zwar in der Theorie gegeben, aber ob überhaupt die Leistung von einer Pflegefachperson durchgeführt werden darf, würde dann weiter bei den Ärzten liegen. Das konterkariert die Zielsetzung des Gesetzentwurfs und wäre eine große Enttäuschung für alle Pflegefachpersonen, da die faktische Abhängigkeit von den Ärzten weiterhin bestehen bliebe (ergänzend zu der Vorgabe, dass für diese Leistungen eine vorherige ärztliche Diagnose und Indikationsstellung erforderlich ist). Wenn der Gesetzgeber es ernst meint mit einer echten Befugnisserweiterung für Pflegefachpersonen, dann muss klar sein, dass nicht der Arzt über die neuen Leistungen entscheidet, sondern die qualifizierte Pflegefachperson.

Zugleich wird deutlich, dass die Leistungen der ärztlichen Behandlung noch konkreter durch den Gesetzgeber ausgestaltet werden müssen. Zum einen muss noch geregelt werden, wie die Leistungen ausgelöst werden können, zum anderen fehlt eine Regelung zur Finanzierung für die ambulante Pflege. Es bedarf einer Regelung zur Vergütung, die in § 73d SGB V eingefügt werden sollte (s. Seite 110).

Der Gesetzgeber zielt mit der Einführung von § 15a SGB V auf eine Befugnisserweiterung für Pflegefachpersonen, indem er ihnen „Leistungen der ärztlichen Behandlung“ überantwortet. Es geht also um ärztliche Leistungen – warum sollen diese ein Teil der Pflege nach dem SGB XI werden? Zu Ende gedacht könnte man dann auch die Frage stellen, ob ärztliche Leistungen, die von Ärzten in Pflegeeinrichtungen erbracht werden, auch als Teil der Pflege nach dem SGB XI zu gelten hätten.

Da die Regelung widersprüchlich ist, die Ziele des Gesetzentwurfs konterkariert, es keine sachliche Notwendigkeit für diese Regelung gibt und ein weiterer finanzpolitischer Verschiebeparkplatz zu Lasten der Pflegeversicherung und der Pflegebedürftigen droht, ist sie zu streichen. Gleichzeitig ist durch Regelungen im SGB V sicherzustellen, dass die Leistungen der ärztlichen Behandlung durch Pflegefachpersonen in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen als durch die gesetzliche Krankenversicherung zu finanzierende Leistungen regelhaft und ohne ärztliche Leistungssteuerungsfunktion Ärzte erbracht werden können.

Änderungsvorschlag

§ 28 Abs. 5 SGB XI wird nicht eingefügt.

Artikel 1, Nr. 21

§ 36 Abs. 4 SGB XI – Kooperationen mit Anbietern haushaltsnaher Dienstleistungen

Vorgeschlagene Neuregelung

Im Rahmen der häuslichen Pflegehilfe ist für den Bereich der Hilfen bei der Haushaltsführung eine Kooperation zwischen einer ambulanten Pflegeeinrichtung und einem Dienstleistungsunternehmen, das keine Zulassung nach § 72 besitzt, möglich.

Stellungnahme

Der bpa erachtet diese Regelung für überflüssig und entbehrlich. Die Erbringung haushaltsnaher Dienstleistungen wurde bislang fast ausschließlich durch die Pflegedienste selbst sichergestellt. Es besteht also keine Notwendigkeit für Kooperationen zur Sicherstellung dieser Leistungen. Die Versorgung aus einer Hand ist organisationsgerichtet für den verantwortlichen Pflegedienst deutlich einfacher sicherzustellen und für den Versicherten transparenter. Auch dürfte es im Interesse der Pflegekassen und den Versicherten sein, die Erbringung haushaltsnaher Dienstleistungen durchgehend von zugelassenen Pflegediensten, die einem eindeutigen Qualitätssicherungssystem unterliegen, vornehmen zu lassen.

Änderungsvorschläge

§ 36 Abs. 4 Satz 3 SGB XI wird gestrichen.

Artikel 1, Nr. 22**§ 37 Abs. 3, 3a und 4 SGB XI – Beratungseinsätze bei Pflegegeldempfängern****Vorgeschlagene Neuregelung**

Die Hinweise zur Beratung werden präzisiert. Es soll auf die Beratung durch Pflegestützpunkte, auf die Beratung nach § 7a SGB XI, auf die Möglichkeit von Pflegekursen sowie auf sonstige Beratungs- und Hilfsangebote hingewiesen werden. Die Beratungsperson soll der jeweiligen Pflegesituation entsprechende Empfehlungen zur Inanspruchnahme der Unterstützungsangebote aussprechen. Weiterhin soll die Verpflichtung für Pflegebedürftige mit Pflegegrad 4 und 5 zu einem vierteljährlichen Abruf der Beratung entfallen. Auch sie sollen den Beratungseinsatz zukünftig lediglich alle sechs Monate verpflichtend abrufen müssen. Der Anspruch auf eine vierteljährliche Beratung soll für diese Gruppe aber erhalten bleiben.

Die Übermittlung des Nachweisformulars soll künftig im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern erfolgen.

Stellungnahme

Der bpa begrüßt die Präzisierungen, denn der Beratungsbedarf von Pflegebedürftigen und ihren An- und Zugehörigen ist sehr groß. Insbesondere Pflegekurse für Angehörige und praxisnahe individuelle Schulungen in der Häuslichkeit sind wichtige Bausteine zur Verbesserung der Lebensqualität der Betroffenen und sie tragen zur Prävention vor einer weiteren Verschlechterung des Gesundheitszustandes der Pflegebedürftigen bei. Zudem wird einer möglichen Überforderung von Pflegepersonen frühzeitig begegnet und das Risiko verringert, selbst zu erkranken.

Die Begründung dafür, dass die Pflicht zu einem vierteljährlichen Abruf des Beratungseinsatzes in einen Anspruch auf vierteljährliche Beratung umgewandelt werden soll, ist nicht schlüssig. Die Betroffenen können nicht gleichzeitig als unbedingt unterstützenswert bewertet werden und mit derselben Begründung durch den Wegfall der Verpflichtung zur vierteljährlichen Beratung entlastet werden. Die Praxis zeigt, dass pflegende Angehörige regelhaft dazu neigen, über die eigenen physischen und emotionalen Kräfte hinaus zu gehen und ihre Gesundheit zu gefährden. Dies gilt umso mehr, je höher der Pflegegrad der zu versorgenden Person ist. Gerade bei den höheren Pflegegraden 4 und 5 kommt der vierteljährlichen Verpflichtung zur Beratung eine wichtige präventive Bedeutung zu, die unbedingt erhalten werden muss.

Eine Erweiterung hin zu flächendeckenden Beratungsangeboten durch den Abschluss von Rahmenverträgen mit allen bestehenden Pflegekassen zur Pflegeberatung nach § 45 SGB XI ist wünschenswert und durch wirtschaftlich tragfähige Refinanzierungsbedingungen sicherzustellen.

Die Übermittlung des Nachweisformulars im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern wird vom bpa begrüßt. Angesichts der knappen personellen Ressourcen ist es notwendig, alle Möglichkeiten zur Digitalisierung auszuschöpfen. Aus Sicht des bpa sollte sämtliche Kommunikation und Datenübermittlung in der Pflegeversicherung grundsätzlich digital erfolgen.

Änderungsvorschläge

§ 37 Abs. 3 SGB XI bleibt unverändert. Auch bei den Pflegegraden 4 und 5 muss damit weiterhin vierteljährlich einmal eine Beratung in der eigenen Häuslichkeit in Anspruch genommen werden.

Artikel 1, Nr. 26**§ 40a SGB XI – Digitale Pflegeanwendungen****Artikel 1, Nr. 47****§ 78a SGB XI – Verträge über digitale Pflegeanwendungen****Vorgeschlagene Neuregelung**

Die Neuregelung nach § 40a SGB XI zielt darauf ab, dass digitale Pflegeanwendungen nicht nur Pflegebedürftigen zugutekommen sollen, sondern auch eine Entlastung Angehöriger und ehrenamtlich Pflegenden durch digitale Pflegeanwendungen erwünscht ist.

Die Vergütungsverhandlungen zwischen Herstellern von digitalen Pflegeanwendungen und Kostenträgern sollen mit der Neuregelung nach § 78a SGB XI zeitgleich mit der Listung jeglicher digitaler Pflegeanwendungen im Verzeichnis für digitale Pflegeanwendungen stattfinden. Dies soll einen schnelleren Vertragsabschluss fördern. Weiterhin sollen Zulassungsverfahren für digitale Pflegeanwendungen vereinfacht werden.

Stellungnahme

Der Anspruch von Versicherten auf digitale Pflegeanwendungen ist ein positiver Beitrag zu einer modernen Versorgung. Schon heute benutzen viele pflegebedürftige Menschen Apps, die die Erkennung, Überwachung, Behandlung oder Linderung von Krankheiten unterstützen. Bereits bei der Einführung der digitalen Gesundheitsanwendungen im Digitale-Versorgung-Gesetz hat der bpa eine entsprechende Regelung auch für Anwendungen mit einem pflegerischen Schwerpunkt gefordert. Die Entlastung pflegender Angehöriger und ehrenamtlich Pflegenden ist zu begrüßen.

Darüber hinaus erschließt sich dem bpa allerdings nicht, warum stationär versorgte Pflegebedürftige weiterhin keinen Anspruch auf digitale Pflegeanwendungen haben sollten. Laut Argumentation des Bundesgesundheitsministeriums sollen digitale Pflegeanwendungen dazu beitragen, Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten von Versicherten zu mindern und einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit entgegenzuwirken. Es gibt bereits digitale Produkte, die zur Bewältigung besonderer pflegerischer Situationen, etwa im Bereich der Erhaltung der Mobilität oder bei Demenz, eingesetzt werden können. Für den bpa ist es vollkommen unverständlich, warum die oben aufgezählten positiven Aspekte Pflegebedürftigen in stationärer Versorgung nicht zustehen sollten. Es müsste für eine gesamte Entlastung des Gesundheitssystems wünschenswert sein, dass auch Pflegebedürftige in stationären Einrichtungen länger ihre Selbständigkeit bewahren. Zudem tragen mehr Selbständigkeit und Mobilität bei Pflegebedürftigen zur Entlastung des Pflegepersonals bei. Es ist auch systematisch nicht vermittelbar, wenn ein

Pflegebedürftiger in der Häuslichkeit eine DiPA nutzen kann, dann in einer Kurzzeitpflegeeinrichtung kommt und für die Dauer der Versorgung wiederum die DiPA mit den dazugehörigen Unterstützungsleistungen nicht in Anspruch nehmen kann.

§ 78a SGB XI wird vom bpa begrüßt. Schnelle Vertragsabschlüsse sowie vereinfachte Zulassungsverfahren, damit Pflegebedürftige schneller auf digitale Pflegeanwendungen zugreifen dürfen, führen zu einer schnelleren Entlastung von Pflegebedürftigen und informell Pflegenden.

Änderungsvorschläge

Eine gesetzliche Verankerung des Anspruchs auf digitale Pflegeanwendungen ist unabhängig von der Versorgungssituation erforderlich. §§ 42, 43 und 85 SGB XI werden wie folgt geändert.

§ 42 wird um folgenden Absatz 4 ergänzt:

(4) Pflegebedürftige, die Kurzzeitpflege in Anspruch nehmen, haben Anspruch auf Versorgung mit digitalen Pflegeanwendungen und ergänzenden Unterstützungsleistungen stationärer Pflegeeinrichtungen. §§ 39a, 40a und 40b gelten entsprechend.

§ 43 wird um folgenden Absatz 2a ergänzt:

(2a) Pflegebedürftige in vollstationären Einrichtungen haben Anspruch auf Versorgung mit digitalen Pflegeanwendungen und ergänzenden Unterstützungsleistungen stationärer Pflegeeinrichtungen. §§ 39a, 40a und 40b gelten entsprechend.

§ 85 Absatz 1 erhält folgende Fassung:

(1) Art, Höhe und Laufzeit der Pflegesätze sowie die Vergütung der ergänzenden Unterstützungsleistungen bei der Nutzung von digitalen Pflegeanwendungen werden zwischen dem Träger des Pflegeheims und den Leistungsträgern nach Absatz 2 vereinbart.

Artikel 1, Nr. 27**§ 40b SGB XI – Leistungsanspruch für Digitale Pflegeanwendungen****Vorgeschlagene Neuregelung**

Die Leistungsbeträge für digitale Pflegeanwendungen werden geändert. Bisher wurden insgesamt 50 Euro bewilligt, zu deren Aufteilung sich Hersteller und Pflegedienst verständigen mussten. Künftig soll der Hersteller bis zu 40 Euro und der Pflegedienst für unterstützende Leistungen bis zu 30 Euro im Monat erhalten. Der Gesamtbetrag erhöht sich dadurch um 20 Euro auf 70 Euro.

Stellungnahme

Der bpa begrüßt die Änderung grundsätzlich. In der Begründung heißt es, dass durch die Entzerrung des Anspruchs die Vergütungsverhandlungen und insbesondere die Abrechnungsprozesse vereinfacht werden sollen. Das unterstützt der bpa ausdrücklich. Allerdings ist der für die Unterstützungsleistungen durch ambulante Pflegedienste vorgesehene Betrag von 30 Euro deutlich zu gering. In der Begründung wird dazu ausgeführt, dass die Unterstützungsleistung vor allem zu Beginn eines Einsatzes einer digitalen Pflegeanwendung benötigt wird. Das erkennt die notwendigen Vorarbeiten. Der Aufwand für den Pflegedienst entsteht nicht nur bei der direkten Unterstützung des Pflegebedürftigen, sondern auch im Vorfeld. Damit die Mitarbeiterin des Pflegedienstes dem Pflegebedürftigen eine digitale Pflegeanwendung erklären und empfehlen kann, muss sie vorher geschult werden und kann in der Zeit der Schulung selbst keine Versorgung übernehmen. Durch die Ausfallzeiten und die Schulungszeiten entsteht dem Pflegedienst ein erheblicher Zeitaufwand, der durch den jetzt vorgesehenen Betrag nicht finanziert werden kann. Der bpa plädiert daher für eine Erhöhung des Betrags für die Unterstützungsleistungen.

Änderungsvorschläge

§ 40 b Abs. 1 SGB XI wird wie folgt gefasst:

Bewilligt die Pflegekasse die Versorgung mit einer oder mehreren digitalen Pflegeanwendungen, so hat die pflegebedürftige Person Anspruch

1. auf die Erstattung von Aufwendungen für digitale Pflegeanwendungen nach § 40a bis zur Höhe von insgesamt 40 Euro im Kalendermonat sowie

2. auf ergänzende Unterstützungsleistungen durch ambulante Pflegeeinrichtungen nach § 39a bis zur Höhe von insgesamt **30 50** Euro im Kalendermonat.

Artikel 1, Nr. 36

§ 45h SGB XI – Leistungen in gemeinschaftlichen Wohnformen mit Verträgen zur pflegerischen Versorgung gemäß § 92c

Vorgeschlagene Neuregelung

Pflegebedürftige in gemeinschaftlichen Wohnformen mit Verträgen zur pflegerischen Versorgung gemäß § 92c SGB XI erhalten einen pauschalen Zuschuss in Höhe von 450 Euro je Kalendermonat zur Sicherstellung einer selbstbestimmten Pflege. Bei Pflegegrad 2 bis 5 werden zusätzlich noch die Sachleistungen nach § 36 SGB XI gewährt. Es bestehen keine Ansprüche auf den Entlastungsbetrag sowie auf die Verhinderungs- und die Tagespflege. Die Inanspruchnahme von Kurzzeitpflege ist nur nach einer stationären Krankenhausbehandlung möglich.

Stellungnahme

Der bpa lehnt die Regelung entschieden und sehr nachdrücklich ab. Im Zusammenspiel mit § 92c SGB XI (s. dazu die Ausführungen auf den Seiten 65 ff.) soll hier ein neuer Versorgungssektor in der Pflegeversicherung eingeführt werden, der insbesondere zu Lasten der ambulant betreuten Wohngemeinschaften geht. **Die Etablierung eines neuen Sektors in der Pflegeversicherung ist der falsche Weg!**

Die Regelung muss gestrichen werden – allein schon deswegen, weil der Koalitionsvertrag vorsieht, dass die am 7. Juli 2025 eingesetzte Bund-Länder AG zur großen Pflegereform genau eine solche Versorgungsform prüfen soll. Das BEEP darf dem nicht vorgreifen!

Der Bundesrat sieht es in seiner Stellungnahme ebenso:

„Der Bundesrat bittet jedoch im weiteren Gesetzgebungsverfahren darauf zu achten, dass keine Vorfestlegungen im Hinblick auf die Bund-Länder-AG zur Erarbeitung von Eckpunkten für eine große Pflegereform („Zukunftspakt Pflege“) erfolgen beziehungsweise Erkenntnisse aus Evaluationen und Modellprojekten in die dortigen Prozesse einfließen können. Dies betrifft unter anderem die Evaluation des Begutachtungsinstruments und insbesondere die beabsichtigten Regelungen zur Einführung neuer Versorgungsformen mit ihren etwaigen weitreichenden Auswirkungen. **Der Bundesrat schlägt daher vor, die gemeinschaftlichen Wohnformen aus dem aktuellen Gesetzentwurf herauszulösen und in der Bund-Länder-AG zu diskutieren, inwieweit statt weiterer bürokratischer Sonderregelungen im SGB XI – wie zum Beispiel zur Versorgung in gemeinschaftlichen Wohnformen – als Alternative eine bedarfsgerechte Versorgung unabhängig vom Ort der**

Leistungserbringung erfolgen kann.“ (Bundesrats-Drucksache 365/25 (Beschluss), Nr. 39b, Seite 35)

Anstatt die bestehenden pflegerischen Versorgungsangebote abzusichern und weiterzuentwickeln, sollen neue privilegierte Angebote geschaffen werden, die bewährte bestehende Pflegeangebote zerstören.

Seit mehreren Jahren weist der bpa auf die wirtschaftlichen Schwierigkeiten für bestehende Pflegeeinrichtungen hin. Die Kombination aus extremen personellen Engpässen und damit einhergehenden Erlöseinbrüchen, nicht bzw. nur unzureichend refinanzierten Mehrkosten aus der Tariftreue-erregung, einer fehlenden Vergütung des Unternehmerrisikos, steigenden Sachkosten und der ohnehin bestehenden massiven Belastung der Pflegeeinrichtungen hat zu einer toxischen Mischung geführt, die diese zunehmend in die Knie zwingt und in ihrer wirtschaftlichen Existenz gefährdet. Die Auswirkungen auf die pflegerische Infrastruktur sind offenkundig. Stationäre und ambulante Pflegeeinrichtungen müssen wegen fehlenden Personals ihre Angebote drastisch einschränken oder ihren Betrieb gänzlich einstellen. Die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen bekommen diese Situation zu spüren, weil sie immer größere Schwierigkeiten haben, einen Platz im Pflegeheim oder eine Versorgung durch einen ambulanten Pflegedienst zu erhalten. In dieser Situation ist das oberste Gebot die Absicherung der bestehenden Versorgung durch konkret wirksame Sofortmaßnahmen zur wirtschaftlichen Absicherung und Personalsicherung – der Gesetzentwurf geht einen anderen Weg und will einen neuen Sektor zu Lasten der bewährten und gut ausgebauten Pflegeinfrastruktur schaffen.

Das lehnt der bpa entschieden ab. Wenn es eines Belegs dafür bedarf, dass ein solcher Vorschlag und neuer Sektor kontraproduktiv und sogar schädlich für die pflegerische Versorgung ist, dann sind dieses die öffentlichen Reaktionen der Anbieter von bestehenden Wohngemeinschaften und ihrer Organisationen und vieler namhafter Expertinnen und Experten aus der Wissenschaft. Sie alle wenden sich nachdrücklich gegen einen neuen Sektor in der Pflege und verweisen auf die dramatischen existenziellen Folgen für bestehende Angebote in Wohngemeinschaften. Gemeinschaftliche Wohnformen gibt es bereits im Rahmen der Pflegeversicherung: das sind ambulant betreute Wohngruppen gem. § 38a SGB XI (bzw. § 45f SGB XI in der Fassung des Gesetzentwurfs). Es gilt, diese zu stärken, aber ganz sicher nicht in ihrer Existenz zu gefährden! In dieser Forderung ist sich der bpa einig mit diversen anderen Verbänden und Institutionen in ihren Stellungnahmen, z.B.:

- **GKV-Spitzenverband:** "Der Mehrwert dieser Versorgungsform für den pflegebedürftigen Menschen im Vergleich zur Versorgung in einer ambulant betreuten Wohngruppe nach geltendem Recht erschließt sich nicht. ... Weder der im Referentenentwurf

dargestellte Erfüllungsaufwand der neuen Regelung noch die prognostizierte Anzahl der Pflegebedürftigen, die diese Versorgungsform wählen werden, sind nachvollziehbar. ... Insofern sind die kalkulierten Minderausgaben in Höhe von 220 Millionen Euro durch Einführung der neuen Versorgungsform zu hinterfragen."

- **BAGFW:** "Der neue § 45h SGB XI i.V. mit § 92c SGB XI führt jedoch einen dritten Sektor ein, was wir ablehnen. Stattdessen sollten die bewährten, aber mittlerweile vielfach gefährdeten, ambulanten Wohngruppen (§ 38a SGB XI alt/jetzt § 45f SGB XI neu) besser gefördert werden durch Erhöhung des Wohngruppenzuschlags von den jetzt unzureichenden 224 Euro auf die hier für das gemeinschaftliche Wohnen angesetzte Pauschale von 450 Euro."
- **Deutsche Stiftung Patientenschutz:** "Die Schaffung einer zusätzlichen Wohnform sieht die Deutsche Stiftung Patientenschutz kritisch. Denn dadurch wird faktisch neben stationär und ambulant ein dritter Sektor geschaffen. Zudem bedeutet die Neueinführung einer weiteren Wohnform faktisch die Errichtung eines dritten Sektors. Dieser löst aber nicht die bereits vorhandenen Abgrenzungsschwierigkeiten zwischen stationär und ambulant, sondern verstärkt nur die Unsicherheiten der Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen. Zudem wird das unterschiedliche Angebot mit verschiedenen Leistungen für die Betroffenen immer undurchsichtiger."

Aus der Begründung (A VII. 3.) Nr. 2, Seite 78) wird deutlich, dass die gemeinschaftlichen Wohnformen ein Sparmodell sind, das der Pflegeversicherung 309 Millionen Euro Minderausgaben beschern soll. Die Bundesregierung erwartet, dass 45.000 Pflegebedürftige künftig die gemeinschaftlichen Wohnformen nutzen werden – 20 % davon würden zuvor in ambulant betreuten Wohnformen versorgt. Das heißt, dass sich die Bundesregierung der Steuerungswirkung sehr bewusst ist und dass sie einkalkuliert, dass 9.000 Pflegebedürftige aus ambulant betreuten Wohngemeinschaften in die neuen gemeinschaftlichen Wohnformen wechseln. Bei einer üblichen Größe von 12 Plätzen würde das einen Verlust von 750 ambulant betreuten Wohngemeinschaften bedeuten. **Hunderte von ambulant betreuten Wohngemeinschaften stünden also vor dem Aus, nur um die Pflegebedürftigen in einer anderen Wohnform günstiger zu versorgen.** Eine bewährte Versorgungsform würde vorsätzlich geschädigt, um eine neue aufzubauen, deren flächendeckende Funktionalität höchst fragwürdig ist und die nur in einem einzigen Modellprojekt erprobt wurde. Der bpa fordert die Bundesregierung entschieden auf, dieses Vorhaben zu stoppen und stattdessen die bestehenden ambulant betreuten Wohngemeinschaften zu stärken. Darüber hinaus ist es vor dem Hintergrund der großen personellen Herausforderungen und großen Bedarfe in der Pflege sinnvoll, Flexibilität und Gestaltungsräume in der

vollstationären Pflege zu schaffen, z.B. durch die Öffnung der Einrichtungen in Quartiere und Beförderung von Hausgemeinschaftsmodellen in den Einrichtungen, die z.B. über innovative Vertragskonstruktionen wie beispielsweise Gesamtversorgungsverträge unter Einschluss von ambulanten Leistungen der häuslichen Krankenpflege abgebildet werden können. Von daher sind die Modellvorhaben gem. § 125d SGB XI ein Schritt in die richtige Richtung (s. Seite 100).

Änderungsvorschläge

§ 45h SGB XI wird gestrichen. Der Leistungsbetrag für zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen gem. § 45f SGB XI (Gesetzentwurf) bzw. § 38a SGB XI (geltendes Gesetz) wird erhöht.

Artikel 1, Nr. 38b**§ 72 Abs. 3b SGB XI – Frist für die Anpassung der tariflichen Entlohnung****Artikel 1, Nr. 38c****§ 72 Abs. 3e SGB XI – Meldefrist für kollektivrechtlich gebundene Einrichtungen****Artikel 1 Nr. 48a****§ 82c Abs. 5 SGB XI – Frist für die Veröffentlichung der Übersichten zu den Entlohnungsniveaus und Zuschlägen sowie Tarifvertragswerken und kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen****Vorgeschlagene Neuregelung**

Die Fristen für die Meldung der an Tarifverträge oder kirchliche Arbeitsrechtsregelungen gebundene Einrichtungen und die Frist für die Veröffentlichung nach § 82c Abs. 5 SGB XI werden jeweils einen Monat vorgezogen. Mit einer Verlängerung der Umsetzungsfrist für Änderungen bei Tarifverträgen bzw. AVR und der regional üblichen Entlohnungsniveaus von zwei auf drei Monate jeweils zum 1. Januar soll Pflegeeinrichtungen wie Kostenträgern eine angemessenere Zeitspanne für den Abschluss angepasster Vergütungsvereinbarungen eingeräumt werden.

Stellungnahme

Die mit aktuell zwei Monaten für die Praxis viel zu knapp bemessene Frist zur Umsetzung von Tarifierhöhungen und Erhöhungen des regional üblichen Entlohnungsniveaus führt zu einer Vielzahl von Vergütungsverhandlungen innerhalb eines kurzen Zeitraums, die aufgrund vielfältig bedingter Verfahrensverzögerungen nicht innerhalb der gewünschten Frist abgeschlossen werden können. Diese Situation erzwingt für den Fall der Nichteinigung eine vorsorgliche Antragstellung bei der Schiedsstelle zum gesetzlich vorgesehenen Umsetzungstermin, um die Möglichkeit des Inkrafttretens der Vergütungsvereinbarung zu diesem Termin zu erhalten. Gleichzeitig besteht die gesetzliche Verpflichtung zur höheren Entlohnung ungeachtet des Vorliegens einer Vergütungsvereinbarung zu deren Refinanzierung; die Pflegeeinrichtungen geraten so unverschuldet in die Situation, die höheren Personalaufwendungen mitunter mehrere Monate vorfinanzieren zu müssen, was bei ohnehin angespannter wirtschaftlicher Lage existenzgefährdende Wirkungen hat.

Die Verlängerung der Umsetzungsfrist auf drei Monate begrüßt der bpa daher als einen Schritt zur Absicherung der Wirtschaftlichkeit der Einrichtungen. Dabei wird durch Beibehaltung des Umsetzungstermins jeweils zum 1. Januar eines Jahres auch vermieden, dass für Änderungen von Pflegevergütungen und Entgelten einerseits und Ausbildungsumlagen

andererseits zusätzlicher bürokratischer Aufwand für die Umsetzung im Vertragsverhältnis mit den Pflegebedürftigen anfällt. Dennoch hält der bpa die Regelung für nicht ausreichend und eine Verlängerung auf vier Monate für unabdingbar, da nur hierdurch eine spürbare Entzerrung der Verhandlungsverfahren erreicht werden kann. Dies kann erreicht werden, indem die Fristen für Meldung und Veröffentlichung jeweils einen weiteren Monat vorgezogen werden.

Änderungsvorschläge

§ 72 Abs. 3e Satz 1 und 2 SGB XI wird wie folgt geändert:

Pflegeeinrichtungen, die im Sinne von Absatz 3a an Tarifverträge oder an kirchliche Arbeitsrechtsregelungen gebunden sind, haben dem jeweiligen Landesverband der Pflegekassen bis zum Ablauf des ~~31. Juli~~ **30. Juni** jeden Jahres Folgendes mitzuteilen:

1. an welchen Tarifvertrag oder an welche kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen sie gebunden sind,
2. Angaben über die sich aus diesen Tarifverträgen oder kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen ergebende am 1. ~~Juli~~ **Juni** des Jahres gezahlte Entlohnung der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, die Leistungen der Pflege oder Betreuung von Pflegebedürftigen erbringen, soweit diese Angaben zur Feststellung des Vorliegens der Voraussetzungen nach den Absätzen 3a und 3b oder zur Ermittlung des oder der regional üblichen Entlohnungsniveaus sowie der regional üblichen Niveaus der pflegetypischen Zuschläge nach § 82c Absatz 2 Satz 2 erforderlich sind; zur Meldung der hierfür erforderlichen Angaben können die Pflegeeinrichtungen auch entsprechende, elektronisch verfügbare Daten aus ihrer Lohnbuchhaltung nutzen.

Der Mitteilung ist die jeweils am ~~1. Juli~~ **1. Juni** des Jahres geltende durchgeschriebene Fassung des mitgeteilten Tarifwerks oder der mitgeteilten kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen beizufügen.

§ 82c Absatz 5 Satz 1 SGB XI wird wie folgt geändert:

Zur Information der Pflegeeinrichtungen veröffentlicht jeder Landesverband der Pflegekassen unter Beteiligung des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e. V. im Land und der Träger der Sozialhilfe auf Landesebene jährlich unverzüglich, jedoch spätestens bis zum ~~30. September~~ **31. August** des Jahres, für das jeweilige Land

1. eine Liste der Tarifverträge und kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen, die eine Entlohnung vorsehen, die nach Absatz 2 Satz 1 nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden kann,

2. alle weiteren Informationen, die erforderlich sind, um überprüfen zu können,
 - a) ob eine Pflegeeinrichtung die Voraussetzungen nach § 72 Absatz 3a oder Absatz 3b erfüllt und
 - b) ob bei einer Pflegeeinrichtung die Entlohnung nach Absatz 2 Satz 1 nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden kann.

§ 72 Absatz 3b Satz 6 erhält folgende Fassung:

Tritt im Fall von Satz 1 Nummer 1 bis 3 eine Änderung im Hinblick auf die in dem jeweiligen Tarifvertrag oder in den jeweiligen kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen vereinbarte Entlohnung ein, haben die in Satz 1 genannten Pflegeeinrichtungen die erforderlichen Anpassungen der von ihnen gezahlten Entlohnung spätestens innerhalb von **drei vier** Monaten vorzunehmen, nachdem die jeweilige Änderung nach § 82c Absatz 5 veröffentlicht wurde.

Artikel 1, Nr. 43**§ 73a SGB XI – Verfahren zu Beeinträchtigungen bei Versorgungsverträgen****Vorgeschlagene Neuregelung**

Die auf die COVID-19-Pandemie konzentrierte und für deren Dauer befristete Regelung in § 150 Absatz 1 SGB XI wird in generalisierter Form ins Dauerrecht übertragen. Diese beinhaltet eine Anzeigepflicht für Pflegeeinrichtungen von wesentlichen Beeinträchtigungen der Leistungserbringung zur Umsetzung von Maßnahmen zur Sicherstellung der pflegerischen Versorgung auch durch vorübergehende Abweichung von den gesetzlichen und vertraglichen Vorgaben. Mit der neuen Regelung in § 73a SGB XI soll in absehbaren oder bereits eingetroffenen Krisensituationen die Versorgung der Pflegebedürftigen besser gewährleistet werden können. Flankiert wird dies durch eine regelmäßige Berichtspflicht des GKV-Spitzenverbandes an das Bundesministerium für Gesundheit zu den Entwicklungen in den pflegerischen Versorgungsstrukturen.

Stellungnahme

Das Aufgreifen bewährter Instrumentarien aus der Pandemiebewältigung und ein Verstetigen in regulärer Gesetzgebung ist zielführend. Die Regelung wird vom bpa deshalb grundsätzlich begrüßt.

Wichtig ist es, die Zielrichtung der ursprünglichen Regelung nun ebenso deutlich beizubehalten und dies durch entsprechende Ergänzungen im Gesetzestext klarzustellen. Pflegeeinrichtungen, die sich unverschuldet in Krisensituationen befanden, sollte unbürokratisch und schnell Hilfe zu Teil werden. Insbesondere der Hinweis auf ein unbürokratisches Agieren, welcher sich derzeit noch in § 150 Abs. 1 SGB XI findet, fehlt in der vorgesehenen Neuregelung.

Ein unbürokratisches Agieren sollte zudem nicht nur in den Maßnahmen nach Absatz 2 berücksichtigt werden, sondern ab dem Zeitpunkt der Meldung. Bereits hier kann für Einrichtungen in Krisensituationen ein konkreter Mehrwert geschaffen werden, indem die Meldung an den jeweiligen Landesverband der Pflegekassen die regelmäßig aus dem landesrechtlichen Ordnungsrecht erforderliche Meldung an die Heimaufsicht ersetzt. Der Landesverband der Pflegekassen, der die Meldung entgegennimmt, sollte nicht nur wie gesetzlich bereits vorgesehen die am Vertrag beteiligten Pflegekassen und den Sozialhilfeträger informieren, sondern auch die Heimaufsicht. So würde für die Pflegeeinrichtungen zumindest eine geringfügige Bürokratieentlastung erzielt.

Die Berichtspflicht des GKV-Spitzenverbandes nach Absatz 3 ist ebenfalls zielführend. So wird der zuletzt durch das Bundesministerium für Gesundheit gegenüber den Landesverbänden der Pflegekassen erbetene einmalige Bericht über die Entwicklung der Versorgungskapazitäten zwischen dem 1. Juli 2022 und dem 1. September 2023 verstetigt. Die Daten aus diesem Monitoring sind essenziell für die Gestaltung der pflegerischen Versorgung. In diesem einmaligen Monitoring hat sich u.a. gezeigt, dass rund 18.000 vollstationäre Plätze verloren gegangen sind – bei gleichzeitigem Anstieg des Bedarfs.

Änderungsvorschläge

§ 73a Abs. 1 SGB XI wird wie folgt ergänzt:

Im Fall einer absehbaren oder bereits eingetretenen wesentlichen Beeinträchtigung der Leistungserbringung ist der Träger einer nach § 72 zugelassenen Pflegeeinrichtung verpflichtet, diese Beeinträchtigung umgehend gegenüber den Pflegekassen als seinen Vertragspartnern anzuzeigen. Es genügt die Anzeige an einen als Partei des Versorgungsvertrages beteiligten Landesverband der Pflegekassen. **Der Landesverband der Pflegekassen nach Satz 2 informiert die nach Landesrecht zu beteiligten Stellen.** Die von der Pflegeeinrichtungen versorgten Pflegebedürftigen sind hierüber zu informieren.

Artikel 1, Nr. 45**§ 75 SGB XI – Effiziente Anforderungen in Rahmenverträgen****Vorgeschlagene Neuregelung**

Bei Verhandlungen haben die Vereinbarungspartner der Landesrahmenverträge zu prüfen, inwieweit Anforderungen effizient ausgestaltet werden können. Versorgungsprozesse sollen so beschleunigt, digitalisiert, automatisiert sowie mögliche Doppelstrukturen vermieden werden. Eine Reduzierung unnötiger bürokratischer Anforderungen soll dabei auch Servicequalität für Versicherte verbessern.

Stellungnahme

Die Regelung ist wirkungslos. Sie schadet nicht, trägt aber nicht zur Erreichung der in der Begründung genannten Ziele bei.

Die offene Formulierung ist aus Sicht des Bundesgesetzgebers nachvollziehbar. In der Praxis wird es jedoch dazu führen, dass keine Wirkung in den Verhandlungen entfaltet wird. Die Kostenträger werden stets darauf beharren, dass andere gesetzliche Vorgaben oder aus ihrer Sicht notwendige Nachweise im konkreten Verhandlungsfall Vorrang haben.

Bereits die Aufträge des Pflegeunterstützungs- und Entlastungsgesetzes zur Vereinbarung von betrieblichen Ausfallkonzepten (Springerdienste) und zur Refinanzierung von Anwerbung aus dem Ausland werden systematisch sabotiert – obwohl der gesetzliche Auftrag sehr deutlich ist. Pflegekassen und Sozialhilfeträger verweigern die Kosten zu refinanzieren. Bei der Anwerbungsfinanzierung wird beispielsweise darauf verwiesen, dass es sich um gesamtgesellschaftliche Kosten handele, die nicht durch den Pflegesatz abgebildet werden könnten. Bei den Springerdiensten wird durch kleinteilige Nachweisregelungen, die Forderung der Begrenzung auf einzelne Einrichtungen, die Verweigerung der Refinanzierung von Springerzuschlägen (trotz Verweis in der Gesetzesbegründung) oder angebotenen Personalschlüsseln von 1:150 eine Umsetzung verhindert. Mehr als zwei Jahre nach Inkrafttreten hat nur Schleswig-Holstein ein ausformuliertes Verfahren für die Anwerbungsfinanzierung. Bei den Springerdiensten konnte ebenfalls nur in Schleswig-Holstein ein Verfahren vereinbart werden. In Baden-Württemberg, dem einzigen anderen Land mit grundlegenden Vorgaben im Rahmenvertrag, muss nun die Schiedsstelle angerufen werden, um weitere Details im Rahmenvertrag regeln zu können.

Eine Lösung über Rahmenverträge bedeutet auch losgelöst von diesen konkreten Beispielen erhebliche zeitliche Verzögerungen. Im Land Berlin wird beispielhaft der ambulante SGB XI-Rahmenvertrag seit 2015

verhandelt, der vollstationäre seit 2016 – bisher jeweils ohne Abschluss. Im Bereich der Tages- und Kurzzeitpflege sind die Zeiträume in den Ländern teils noch länger.

Es sei darüber hinaus auf ein weiteres Problem hingewiesen. Ebenfalls im Land Berlin gibt es die Zielstellung Pflegesatzverfahren so digital wie möglich aufzustellen. Daher soll im Rahmenvertrag geregelt werden, dass die Aufforderung zu Pflegesatzverfahren ebenfalls digital erfolgen kann. Dem steht jedoch § 85 Abs. 5 SGB XI gegenüber. Demnach wird die Schiedsstelle sechs Wochen nach schriftlicher Aufforderung zu Pflegesatzverhandlungen tätig. Nun könnten zwar die Rahmenvertragsparteien vereinbaren, dass sie einen digitalen Antrag gleichstellen, doch spätestens eine Schiedsstelle oder ein Gericht könnte hier eine Nichteinhaltung der formellen gesetzlichen Anforderungen annehmen. Hier scheitert also der gesetzliche Auftrag an unklaren gesetzlichen Regelungen.

Änderungsvorschläge

Keiner.

Artikel 1, Nr. 49**§ 84 Abs. 2 SGB XI – Externer Vergleich unter Berücksichtigung der Entlohnung****Vorgeschlagene Neuregelung**

Die Gleichartigkeit der Pflegeeinrichtungen beim sog. externen Vergleich soll die Entlohnung der Mitarbeitenden mitumfassen. Vergleichsdaten sollen dabei transparent darzustellen sein.

Stellungnahme

Der bpa begrüßt die Ergänzung zur transparenten Darstellung der Vergleichsdaten, lehnt die Regelung in der vorgesehenen Form im Übrigen jedoch ab und hält Änderungen für dringend erforderlich.

Mit der Aufnahme der Entlohnung als Vergleichskriterium für einen externen Vergleich der Pflegesätze soll unter Aufgreifen der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) die Position derjenigen Pflegeeinrichtungen gestärkt werden, die aufgrund ihrer Personalaufwendungen höhere Gesteungskosten und damit insgesamt auch höhere Pflegesätze aufweisen. Damit wird zwar gesetzlich die Einführung der Tariftreueregelung im Ansatz auch in § 84 Absatz 2 nachvollzogen, die Regelung reicht aber nicht aus, eine angemessene Vergütung des Unternehmerrisikos sicherzustellen. Sie vervielfacht das bereits heute bestehende Problem, dass im Vergleich höhere Pflegesätze aufgrund als wirtschaftlich anzuerkennender höherer Personalaufwendungen zu einer Beschneidung der Vergütung des Unternehmerrisikos führen, indem der externe Vergleich auf der Grundlage der gesamten Pflegesätze beibehalten und nun in nach Entlohnung zu bildenden Vergleichsgruppen durchgeführt werden soll. In jeder dieser Gruppen wird es personalaufwandsbedingt Einrichtungen mit Pflegesätzen am obersten Rand geben; das Problem, das gelöst werden soll, vervielfältigt sich durch die vorgegebene Gruppenbildung nach Entlohnung, wenn weiterhin Pflegesätze unter Berücksichtigung als wirtschaftlich anzuerkennender Personalaufwendungen verglichen werden.

Auf Basis der aktuellen gesetzlichen Regelungen verlangt das BSG, die Pflegesätze und Entgelte, die sich aus den als wirtschaftlich anzuerkennenden Gesteungskosten und einschließlich einer angemessenen Gewinnchance ergeben, abschließend einem externen Vergleich zu unterziehen. Was zu Zeiten der Marktpreisurteile des BSG und der nur geringen Relevanz von tatsächlichen Gesteungskosten zur Einordnung in das „Marktgefüge“ sachgerecht gewesen sein mag, gefährdet heute unter den neuen Rahmenbedingungen die Wirtschaftlichkeit derjenigen Einrichtungen, die der gesetzgeberisch vorgegebenen Zielsetzung, in der Pflege eine angemessene Entlohnung zu zahlen, mit einer Entlohnung am oberen Rand der in ihrer

Vergleichsgruppe als wirtschaftlich anzuerkennenden Personalaufwendungen nachkommen.

Der Gesetzgeber hat die Koordinaten der Pflegeversicherung für den wesentlichen Teil der vergütungserheblichen Aufwendungen, nämlich die Personalkosten, deutlich hin zu einem Selbstkostensystem verschoben. Die den Tariftreueregelungen folgende Bezahlung der Gehälter und Entlohnungen ist einzuhalten, gilt ohne weiteres als wirtschaftlich und kann insofern auch nicht einer Kürzung im Wege des externen Marktvergleichs unterliegen.

Unter diesen Umständen ist es unabhängig von der im Sinne von § 72 Absatz 3a und 3b SGB XI gewählten Entlohnung und etwaig zu bildenden entsprechenden Vergleichsgruppen vollkommen unangemessen, einen externen Vergleich auf der Grundlage der gesamten Pflegesätze und Entgelte durchzuführen, die sich vor allem aus Personalkosten zusammensetzen. Im Wege des externen Vergleichs kommt damit im Wesentlichen nur eine Kapung der an sich für angemessen befundenen Vergütung des Unternehmerrisikos in Betracht. In der Folge verblieben ausgerechnet denjenigen Trägern, die in ihrer entlohnungsbezogenen Vergleichsgruppe deshalb die höchsten Personalkosten und damit Pflegesätze und Entgelte haben, weil sie die Intention des Gesetzgebers, eine angemessene Entlohnung sicherzustellen, besonders engagiert realisieren, die geringsten oder keine Gewinnchancen. Insofern ist aus Sicht des bpa dringend eine Klarstellung geboten, dass sich die Wirtschaftlichkeitsprüfung durch externen Vergleich auf die „weiteren“ pflegesatzerheblichen Aufwendungen jenseits der Personalkosten beschränken muss, um eine angemessene Vergütung des Unternehmerrisikos realisieren zu können.

In der Praxis kommt hinzu, dass vielfach die in der Betriebswirtschaftslehre absolut grundlegende Unterscheidung zwischen dem allgemeinen Unternehmerisiko und konkreten betrieblich-spezifischen Einzelrisiken, die im Rahmen der Gestehungskosten zu plausibilisieren und zu berücksichtigen sind, bestritten wird. In der Folge wird ein Zuschlag nur für einrichtungsspezifische, substantiiert dargelegte und quantifizierbare Risiken zuerkannt, nicht aber eine Vergütung für das allgemeine Unternehmerisiko. Auch hier ist eine entsprechende gesetzliche Klarstellung erforderlich.

Die Aufhebung der Informationsasymmetrie hinsichtlich der Vergleichsdaten zu Lasten der Pflegeeinrichtungen wird begrüßt; klarzustellen ist aber, dass die Darlegungslast bei den Kostenträgern liegt, die allein über entsprechende Vergleichsdaten verfügen.

Änderungsvorschläge:

§ 84 Absatz 2 wird wie folgt geändert:

(2) Die Pflegesätze müssen leistungsgerecht sein. Sie sind nach dem Versorgungsaufwand, den der Pflegebedürftige nach Art und Schwere seiner Pflegebedürftigkeit benötigt, entsprechend den fünf Pflegegraden einzuteilen. Davon ausgehend sind bei vollstationärer Pflege nach § 43 für die Pflegegrade 2 bis 5 einrichtungseinheitliche Eigenanteile zu ermitteln; dies gilt auch bei Änderungen der Leistungsbeträge. Die Pflegesätze müssen ~~einem dem jeweiligen Pflegeheim bei wirtschaftlicher Betriebsführung ermöglichen, unter Berücksichtigung auch der betrieblich-spezifischen Einzelwagnisse~~ seine Aufwendungen **nach § 82c Absatz 1 bis 3 und seine bei wirtschaftlicher Betriebsführung entstehenden weiteren pflegesatzerheblichen Aufwendungen** zu finanzieren, ~~und~~ seinen Versorgungsauftrag zu erfüllen **und eine angemessene Vergütung seines allgemeinen Unternehmerrisikos zu erzielen** ~~unter Berücksichtigung einer angemessenen Vergütung ihres Unternehmerrisikos~~. **Bei der Bemessung der Vergütung des allgemeinen Unternehmerrisikos sind Ergebnisse wissenschaftlicher Studien angemessen zu berücksichtigen.** Überschüsse verbleiben dem Pflegeheim; Verluste sind von ihm zu tragen. ~~Der Grundsatz der Beitragssatzstabilität ist zu beachten.~~ Bei der Bemessung der Pflegesätze einer Pflegeeinrichtung können die **weiteren pflegesatzerheblichen Aufwendungen nach Satz 4** Pflegesätze derjenigen Pflegeeinrichtungen, die nach Art und Größe ~~und Entlohnung der Mitarbeitenden~~ sowie hinsichtlich der in Absatz 5 genannten Leistungs- und Qualitätsmerkmale im Wesentlichen gleichartig sind, angemessen berücksichtigt werden; **die Kostenträger haben die Vergleichsdaten** ~~sind~~ transparent darzustellen.

§ 89 Absatz 1 SGB XI wird wie folgt geändert:

(1) Die Vergütung der ambulanten Leistungen der häuslichen Pflegehilfe und der ergänzenden Unterstützungsleistungen bei der Nutzung von digitalen Pflegeanwendungen wird, soweit nicht die Gebührenordnung nach § 90 Anwendung findet, zwischen dem Träger des Pflegedienstes und den Leistungsträgern nach Absatz 2 für alle Pflegebedürftigen nach einheitlichen Grundsätzen vereinbart. Sie muss leistungsgerecht sein. Die Vergütung muss ~~einem dem jeweiligen Pflegedienst bei wirtschaftlicher Betriebsführung ermöglichen, unter Berücksichtigung auch der betrieblich-spezifischen Einzelwagnisse~~ seine Aufwendungen **nach § 82c Absatz 1 bis 3 und seine bei wirtschaftlicher Betriebsführung entstehenden weiteren pflegesatzerheblichen Aufwendungen** zu finanzieren, ~~und~~ seinen Versorgungsauftrag zu erfüllen **und eine angemessene Vergütung seines allgemeinen Unternehmerrisikos zu erzielen**. **Bei der Bemessung der Vergütung des allgemeinen Unternehmerrisikos sind Ergebnisse wissenschaftlicher Studien angemessen zu berücksichtigen.** Eine Differenzierung in der Vergütung nach Kostenträgern ist unzulässig.

Artikel 1, Nr. 50

§ 85 SGB XI – Pflegesatzverfahren

Vorgeschlagene Neuregelung

Mit der Änderung in § 85 Abs. 5 SGB XI soll die Option eingeräumt werden, die Schiedsstelle bereits vor Ablauf von sechs Wochen nach Verhandlungsaufforderung anzurufen, sofern die Vertragsparteien dies gemeinsam tun.

Stellungnahme

Wenn bei allen Vertragspartnern nach § 85 Abs. 2 SGB XI Einigkeit besteht, dass Pflegesatz- bzw. Vergütungsverhandlungen endgültig gescheitert sind, wäre es reiner Formalismus, die grundsätzlich vorgesehene Frist von sechs Wochen nach Verhandlungsaufforderung abwarten zu müssen, bevor die Schiedsstelle angerufen werden kann. Insofern kann die vorgesehene Änderung in § 85 Abs. 5 SGB XI begrüßt werden. Allerdings wird zum einen nur in absoluten Ausnahmefällen eine frühzeitige Einigkeit hinsichtlich des Scheiterns der Verhandlungen bestehen, zum anderen dürfte sich in Fällen der Nichteinigung das Interesse der Kostenträger, in Zeiten des Kostendrucks einen früheren Laufzeitbeginn von Vereinbarungen mit entsprechender Vergütungsverpflichtung herbeizuführen, in Grenzen halten. Einen wirkungsvollen Beitrag zur dringend erforderlichen Beschleunigung der Vergütungsfindung wird diese Regelung daher nicht leisten können.

In § 85 Abs. 5 SGB XI sollte hingegen im Sinne der Rechtsklarheit die Schriftform für die Aufforderung zu Pflegesatzverhandlungen gestrichen werden. Eine Festsetzung der Pflegesätze durch die Schiedsstelle setzt nach dieser Regelung voraus, dass innerhalb einer 6-Wochen-Frist nach schriftlicher Verhandlungsaufforderung keine Pflegesatzvereinbarung zustande gekommen ist. Die Formulierung „schriftlich“ führt zu Auslegungsspielräumen, die mit der gelebten Praxis nicht im Einklang stehen. In der tatsächlichen Verhandlungspraxis erfolgt die Verhandlungsaufforderung im Interesse sämtlicher Beteiligter regelmäßig auf elektronischem Weg. Um hier Unsicherheiten auszuräumen und die Verfahren verlässlich zu beschleunigen, sollte zur Klarstellung das Wort „schriftlich“ in § 85 Abs. 5 S. 1 SGB XI entfallen.

Änderungsvorschläge

§ 85 Absatz 5 Satz 1 erhält folgende Fassung:

(5) Kommt eine Pflegesatzvereinbarung innerhalb von sechs Wochen nicht zustande, nachdem eine Vertragspartei **schriftlich** zu Pflegesatzverhandlungen aufgefordert hat, setzt die Schiedsstelle nach § 76 auf Antrag einer Vertragspartei die Pflegesätze unverzüglich, in der Regel binnen drei Monaten, fest; der Antrag kann auch gemeinsam von den Vertragsparteien vor Ablauf der sechs Wochen gestellt werden.

Artikel 1, Nr. 47**§ 86a SGB XI – Verfahrensleitlinien für Vergütungsverhandlungen und -vereinbarungen****Vorgeschlagene Neuregelung**

Es soll klargestellt werden, dass Aufforderungen zu Pflegesatzverhandlungen rechtzeitig vor Beginn des Pflegesatzzeitraumes eingereicht werden sollen. Seitens der Kostenträger ist eine verbindliche Ansprechperson zu benennen, die befugt werden kann, die schriftliche Vertragserklärung mit Wirkung für und gegen die beteiligten Kostenträger abzugeben. Nachweisforderungen zur Darlegung der prospektiven Aufwendungen sind zeitnah zu stellen und zu bedienen.

Pflegesatzkommissionen oder vergleichbaren Gremien soll die Möglichkeit eröffnet werden, Empfehlungen für vereinfachte Anpassungsverfahren für die Vergütungen abzugeben. In den Pflegesatzvereinbarungen nach § 85 SGB XI sind die maßgeblichen Annahmen so zu hinterlegen, dass sie künftigen Anpassungsverfahren leichter zugänglich sind.

Die Bundesebene wird beauftragt, Empfehlungen zu Vergütungsverfahren und zum Abschluss von Vereinbarungen spätestens 9 Monate nach Inkrafttreten abzugeben.

Kommen die Empfehlungen innerhalb der Frist nicht zustande, bestellen die Vertragsparteien eine Schiedsperson.

Empfehlungen können auch in Teilen abgegeben und unverbindlich angewendet werden.

Stellungnahme

Im Hinblick auf den Zeitpunkt der Einreichung der Aufforderung zu Pflegesatzverhandlungen haben sich in der Praxis Verfahren entwickelt, die sich bewährt haben. Dabei bildet die in § 85 Abs. 5 SGB XI verankerte Frist die Grundlage. In der Regel werden die Verhandlungsaufforderungen daher spätestens sechs Wochen vor dem gewünschten Vereinbarungstermin eingereicht, um einen – auch im Falle eines notwendigen Schiedsstellenverfahrens – an den Ablauf der laufenden Vereinbarung übergangslos anschließenden Laufzeitbeginn sicherzustellen.

Mit der unbestimmten Formulierung, dass Aufforderungen zu Pflegesatzverhandlungen rechtzeitig vor Beginn des angestrebten Pflegesatzzeitraumes einzureichen sind, sind Auseinandersetzungen über die Frage der Rechtzeitigkeit zwischen den Vertragsparteien vorprogrammiert. Die damit verbundenen Verzögerungen belasten das Verhandlungsgeschehen

zusätzlich und stehen dem Ziel der Beschleunigung der Verfahren zur Vergütungsfindung entgegen. Störfaktoren dieser Art sollten vermieden werden. Die Regelung ist daher zu streichen.

Die zur Beschleunigung des Verhandlungsgeschehens vorgesehene Bestimmung einer verbindlichen Ansprechperson seitens der Kostenträger begrüßt der bpa. Ein wesentlicher Faktor für die Verzögerung einer Umsetzung und Anerkennung von Verhandlungsergebnissen ist allerdings auch die Dauer des Unterschriftenverfahrens. Die im Entwurf vorgesehene bloße Möglichkeit, die Ansprechperson zu „befugen“, die schriftliche Vertragserklärung mit Wirkung für und gegen die beteiligten Kostenträger unverzüglich nach Einigung abzugeben, besteht im Grundsatz heute schon und wird schlicht nicht genutzt. Dass die Erwähnung dieser Möglichkeit im Gesetz etwas daran ändern wird, ist nicht zu erwarten. Die dringend erforderliche Beschleunigung des Unterschriftenverfahrens kann nur mit einer verpflichtenden Bevollmächtigung der Ansprechperson zur unverzüglichen Abgabe der Vertragserklärung nach Einigung erreicht werden.

Viele Pflegeeinrichtungen lassen sich darüber hinaus bei den Verhandlungen von externen Dritten vertreten, die gemäß § 85 Abs. 4 SGB XI bevollmächtigt sind. Zur Sicherstellung eines reibungslosen Ablaufs der Verhandlungen und des weiteren Verfahrens sollten in § 86 Abs. 1 SGB XI auch die zur Vertretung der Pflegeeinrichtungen bevollmächtigten Personen als Adressaten der Mitteilung der Kostenträger hinsichtlich der verbindlichen Ansprechperson aufgenommen werden.

Die in § 86 Abs. 2 SGB XI neu aufgenommene Option von vereinfachten Anpassungsverfahren begrüßt der bpa ausdrücklich, wird damit doch einer in einigen Bundesländern bereits gelebten Vereinbarungspraxis Rechnung getragen. Die Ausgestaltung der vereinfachten Verfahren ist in den Ländern sehr unterschiedlich und beruht nicht in jedem Fall auf individuellen Festlegungen in den Vereinbarungen nach § 85 SGB XI. Um eine bewährte Praxis nicht zu gefährden, sollte ermöglicht werden, dass auch auf Landesebene oder auf Ebene von Trägergruppen vereinbarte Kalkulationsparameter z.B. anhand einer durchschnittlichen Pflegeeinrichtung Grundlage von vereinfachten Verfahren werden können. Andernfalls entsteht ein erheblicher bürokratischer Aufwand, wenn bisherige Verfahren umgestellt und auf die vorgesehene Regelung angepasst werden müssen. Dies würde dem beschriebenen Ziel der Vereinfachung von Verfahren entgegenstehen.

Auch die neu aufgenommene Verpflichtung der Bundesebene zur Abgabe einer Empfehlung zur Unterstützung effizienter und bürokratiearmer Verfahren begrüßt der bpa. Sie ist ein Beitrag zur Beschleunigung von Vergütungsverfahren und reduziert das Konfliktpotential in Verhandlungen. Wichtig ist aus Sicht des bpa, dass bei der Entwicklung der Empfehlungen

bewährte Verfahren in den Bundesländern berücksichtigt werden, damit die Umsetzung nicht zu neuem Bürokratieaufwand führt.

Soweit Absatz 3 Satz 4 vorsieht, dass die Vertragspartner nach § 75 Absatz 1 von Satz 2 abweichende Vorgaben in den Landesrahmenverträgen vereinbaren können, die Empfehlungen im Übrigen „für die Vertragspartner“ unmittelbar verbindlich seien, sollte die Formulierung zur Vermeidung unnötiger Diskussionen über die Verbindlichkeit angepasst werden. Sprachlich bezieht sich „die Vertragspartner“ im zweiten Halbsatz auf „die Vertragspartner nach § 75 Absatz 1“ im ersten Halbsatz. Sinnvollerweise und auch der Entwurfsbegründung nach sind Adressaten der Verbindlichkeit aber die in an den Pflegesatz- und Vergütungsverhandlungen beteiligten Parteien. Dies sollte in der Formulierung entsprechend klargestellt werden.

Änderungsvorschläge

§ 86a Absatz 1 erhält folgende Fassung:

(1) ~~Pflegesatzanträge sollen rechtzeitig vor Beginn des angestrebten Pflegesatzraumes bei den Kostenträgern nach § 85 Absatz 2 Satz 1 eingereicht werden.~~ Diese ~~Kostenträger nach § 85 Absatz 2~~ bestimmen ~~nach Eingang eines Pflegesatzantrages~~ umgehend eine **bevollmächtigte Person als** verbindliche Ansprechperson und teilen diese unverzüglich dem Träger der Pflegeeinrichtung **sowie einem nach § 85 Absatz 4 Satz 2 Bevollmächtigten** mit. Nachweisforderungen gemäß § 85 Absatz 3 zur Darlegung der prospektiven Aufwendungen sind zeitnah nach Antragseingang zu stellen und zu bedienen. **Die bevollmächtigte Person nach Satz 2 gibt die schriftliche Vertragserklärung mit Wirkung für und gegen die beteiligten Kostenträger unverzüglich nach der Einigung ab.**

§ 86a Absatz 2 wird wie folgt ergänzt:

(2) Die der Pflegesatzvereinbarung nach § 85 zugrunde gelegten, maßgeblichen Annahmen und Werte sind derart zu hinterlegen oder auszuweisen, dass diese künftigen Anpassungen, auch in vereinfachten Verfahren, für die Parteien leicht zugänglich sind. **Maßgebliche Annahmen und Werte im Sinne von Satz 1 können auch durch Pflegesatzkommissionen oder vergleichbare Gremien im Land vereinbarte Kalkulationsparameter, insbesondere auch unter Zugrundelegung einer durchschnittlichen Pflegeeinrichtung, sein.** Die Pflegesatzkommissionen oder vergleichbare Gremien im Land sowie die Vertragsparteien nach § 85 Absatz 2 können entsprechende Empfehlungen für pauschale Anpassungsverfahren für die Pflegevergütung beschließen.

§ 86a Absatz 3 wird wie folgt geändert:

(3) Zur Unterstützung effizienter und bürokratiearmer Verfahren mit dem Ziel des Abschlusses weitsichtiger Pflegesatz- und Pflegevergütungsvereinbarungen sind auf Bundesebene Empfehlungen nach dem Verfahren gemäß § 75 Absatz 6 bis zum [einsetzen: Datum neun Monate nach Inkrafttreten gemäß Artikel 7] abzugeben. Die Empfehlungen betreffen insbesondere:

1. die Anforderungen an die nach § 85 Absatz 3 geeigneten Nachweise zur Darlegung der voraussichtlichen Personal- und Sachaufwendungen einschließlich entsprechender Formulare zur Aufbereitung der Daten,
2. geeignete Formen zur Hinterlegung oder zum Ausweis der der Pflegesatz- oder Vergütungsvereinbarung zugrunde gelegten Personal- und Sachaufwendungen und Ausgangswerte **unter Berücksichtigung möglicher Kalkulationsparameter nach Absatz 2 Satz 2**, die bei Anschlussvereinbarungen einer Anpassung leichter zugänglich sind,
3. Methoden für vereinfachte Anpassungsverfahren bezogen auf Einzel- und Gruppenverfahren einschließlich geeigneter Parameter und Orientierungswerte bei der Vereinbarung von Pauschalen und
4. Handreichungen zum Umgang mit aktuellen Herausforderungen bei den Vereinbarungsverfahren.

In den Empfehlungen ist zu berücksichtigen, dass vereinbarte Pauschalen in Einzel- und Gruppenverfahren für jede Pflegeeinrichtung in einem angemessenen Verhältnis zur tatsächlichen Höhe von Personal- und Sachaufwendungen sowie von weiteren relevanten Positionen stehen müssen. Die Vertragspartner nach § 75 Absatz 1 in den Ländern können davon abweichende Vorgaben in ihren Rahmenverträgen vereinbaren, im Übrigen sind die Empfehlungen für die ~~Vertragspartner~~ **Vertragsparteien nach § 85 Absatz 2** unmittelbar verbindlich.

Artikel 1, Nr. 55**§ 92c SGB XI – Verträge zur pflegerischen Versorgung in gemeinschaftlichen Wohnformen****Artikel 1, Nr. 62 c****§ 113b Abs. 4 SGB XI – Prüfungsregelungen für die Qualität der Leistungen in gemeinschaftlichen Wohnformen****Vorgeschlagene Neuregelung**

Zur pflegerischen Versorgung in gemeinschaftlichen Wohnformen können ambulante Pflegeeinrichtungen mit den Kassen Verträge schließen, die ein „Basispaket“ (für Pflege, Betreuung, Hauswirtschaft und einzelne SGB V-Leistungen) und darüberhinausgehende Leistungen regeln. Es müssen mehr als zwei Pflegebedürftige zur gemeinschaftlich organisierten pflegerischen Versorgung zusammenleben. Der GKV-SV und die Verbände der Pflegeeinrichtungen sollen Empfehlungen u.a. zu den Inhalten der Verträge beschließen.

Stellungnahme

Der bpa lehnt die hier vorgesehene Schaffung eines neuen Versorgungssektors entschieden ab. Die Regelung muss gestrichen werden – allein schon deswegen, weil der Koalitionsvertrag vorsieht, dass die am 7. Juli 2025 eingesetzte Bund-Länder AG zur großen Pflegereform genau eine solche Versorgungsform prüfen soll. Das BEEP darf dem nicht vorgreifen!

Der Bundesrat sieht es in seiner Stellungnahme ebenso:

„Der Bundesrat bittet jedoch im weiteren Gesetzgebungsverfahren darauf zu achten, dass keine Vorfestlegungen im Hinblick auf die Bund-Länder-AG zur Erarbeitung von Eckpunkten für eine große Pflegereform („Zukunftspakt Pflege“) erfolgen beziehungsweise Erkenntnisse aus Evaluationen und Modellprojekten in die dortigen Prozesse einfließen können. Dies betrifft unter anderem die Evaluation des Begutachtungsinstruments und insbesondere die beabsichtigten Regelungen zur Einführung neuer Versorgungsformen mit ihren etwaigen weitreichenden Auswirkungen. **Der Bundesrat schlägt daher vor, die gemeinschaftlichen Wohnformen aus dem aktuellen Gesetzentwurf herauszulösen und in der Bund-Länder-AG zu diskutieren, inwieweit statt weiterer bürokratischer Sonderregelungen im SGB XI – wie zum Beispiel zur Versorgung in gemeinschaftlichen Wohnformen – als Alternative eine bedarfsgerechte Versorgung unabhängig vom Ort der Leistungserbringung erfolgen kann.“** ([Bundesrats-Drucksache 365/25 \(Beschluss\)](#), Nr. 39b, Seite 35)

Die im Entwurf formulierten Ziele vermag die Regelung überwiegend nicht zu erfüllen. Vielmehr konterkarieren die Vorgaben sogar die Errungenschaften der letzten Jahre. Es muss daher angenommen werden, dass statt einer Stärkung der Selbstbestimmung und der Versorgungssicherheit der Pflegebedürftigen einzig eine Kostenersparnis gesetzlich vorangebracht werden soll. Überdies wird ein erheblicher bürokratischer Mehraufwand produziert. Es müssen u.a. neue Verträge vereinbart werden – bei Kostenträgern, Leistungserbringern und Pflegebedürftigen – Qualitätssysteme entwickelt, ordnungsrechtliche Änderungen umgesetzt, Rahmenverträge neu geschrieben sowie Leistungs- und Vergütungsvereinbarungen neu geschlossen werden. Welcher versorgungspolitische Mehrwert dadurch geschaffen werden soll, bleibt unklar. Alle Ziele des Gesetzes – mit Ausnahme der vermeintlichen Kostenersparnis – können bereits mit den geltenden Möglichkeiten erreicht werden. Dies zeigt sich in der Vielzahl von Angeboten sogenannter neuer Wohnformen, sei es in Wohngemeinschaften, betreutem Wohnen oder anderen Ausgestaltungen. Diese durch den hier vorgesehenen Regelungskatalog infrage zu stellen, wirkt sich negativ auf die Versorgung aus.

Unklare Regelungsinhalte

Die Vereinbarung nach § 92c Abs. 1 SGB XI soll auch eine über das Basispaket hinausgehende Versorgung der Pflegebedürftigen mit körperbezogenen Pflegemaßnahmen, pflegerischen Betreuungsmaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung gemäß § 36 beinhalten, die zwar über die ambulante Pflegeeinrichtung zu gewährleisten ist, deren Leistungen allerdings auf Wunsch des Pflegebedürftigen auch durch Angehörige, Pflegepersonen und ehrenamtlich Tätige oder Dritte erbracht werden können. Der Gesetzgeber lässt offen, wie das praktisch umgesetzt werden kann. Bislang gibt es eine klare gesetzliche Trennung der Aufgabenzuweisung und damit einhergehender Verantwortlichkeit, soweit eine Versorgung selbstständig durch den Versicherten wahrgenommen bzw. organisiert wird. Die ambulante Pflegeeinrichtung kann Angehörige oder Ehrenamtler nicht in die Arbeitsabläufe des eigenen Betriebsgeschehens einbinden. Es besteht weder Weisungsbefugnis noch Direktionsrecht. Wie soll also die Pflegeeinrichtung unter Einbeziehung „Dritter“ die Gesamtverantwortung für die Leistungserbringung gewährleisten?

Der Gesetzgeber stellt fest, dass HKP-Leistungen als Teil des Basispakets keiner ärztlichen Verordnung bedürfen. Alle behandlungspflegerischen Leistungen der häuslichen Krankenpflege sind delegierte ärztliche Leistung. Allein der Arzt kann die medizinische Notwendigkeit solcher Leistungen feststellen und anordnen. Selbst wenn auf eine Verordnung gemäß der HKP-Richtlinie verzichtet wird und die Partner der

Empfehlungen nach Abs. 5 die Behandlungspflegeleistungen für das Basispaket festlegen, entbehrt das nicht der ärztlichen Verantwortungshoheit. Auf welche Weise soll das hier und außerhalb des Regelungskanons das SGB V sichergestellt werden? Damit verbunden sind eine ganze Reihe haftungsrechtlicher Fragen sowohl für den Arzt als auch für die ambulante Pflegeeinrichtung. Diese aber liegen weit außerhalb der Regelungshoheit der Vereinbarungspartner nach § 92c SGB XI. Darüber hinaus ist die praktische Umsetzung durch den Arzt innerhalb seines Verantwortungsbereichs nicht beschrieben. Es ist realitätsfern anzunehmen, dass die Ärzte abhängig davon, welche Leistungen im Basispaket verankert sind bzw. darüber hinausgehen, danach differenzieren, ob die Behandlungspflegerische Leistung zu verordnen ist oder eine Anordnung ausreicht. Auch an dieser Stelle führt das Geschehen zu zusätzlichem unverhältnismäßigen administrativen Aufwand, der auf massive Ablehnung in der Ärzteschaft treffen wird.

Der Gesetzentwurf lässt konkrete Aussagen zu den Grenzen der neuen Versorgungsform vermissen und schafft erhebliche Unsicherheiten über die gewünschte Ausgestaltung. Besonders exemplarisch wird dies hinsichtlich der in den Voraussetzungen des Vertragsabschlusses normierten zu versorgenden Gruppengröße. Der Gesetzestext spricht von mehr als zwei pflegebedürftigen Personen und lässt eine Obergrenze offen. Die Gesetzesbegründung spezifiziert hingegen einen „überschaubaren Kreis an Pflegebedürftigen“, damit eine individualisierte Versorgung möglich ist. Eine individualisierte Versorgung ist stets unabhängig der Gruppengröße möglich, soweit die Refinanzierung des Angebots gesichert ist. Die Bindung an den überschaubaren Personenkreis geht hingegen mit erheblichen Interpretationsproblemen einher. Wie soll eine solche Größe definiert werden? Erfolgt eine Orientierung an den Wohngemeinschaften mit bis zu 12 Plätzen? Soll in Abgrenzung dazu eine doppelt so große Zahl mit 24 versorgt werden? Erfolgt eine stärkere Anlehnung an das Modellprogramm, welches der Regelung in Teilen als Grundlage dient? Dieses hatte 56 Plätze in vier räumlich, personell, organisatorisch und wirtschaftlich miteinander verbundenen Hausgemeinschaften. Aussagen zu derlei Verbindungen trifft der Gesetzentwurf nicht. Es muss daher davon ausgegangen werden, dass stets eine solitäre vertragliche Ausgestaltung gewünscht ist. Zwar ist vorgesehen, dass die Selbstverwaltung u.a. Empfehlungen zur maximalen Personengruppengröße abgeben soll, doch ist bei derlei Grundlagen absehbar, dass kaum eine Einigungsfähigkeit möglich sein wird.

Hinsichtlich der vorgesehenen Vorgabe, komplexe Prüfkriterien zu entwickeln und diese unmittelbar nach Vorliegen erneut grundlegend zu überarbeiten, verweist der bpa auf die Ausführungen zu [§§ 114a](#) und [115 SGB XI](#). Es ist weder im Sinne einer Entbürokratisierung der Pflege noch einer qualitätsgesicherten Leistungserbringung angezeigt, neue Qualitätsvorgaben für diese Versorgungsform zu entwickeln. Sollte der Gesetzgeber

an der Einführung gemeinschaftlicher Wohnformen festhalten wollen, ist ausschließlich die bisherige Prüflogik fortzusetzen.

Ausführungen zu den ordnungsrechtlichen Auswirkungen bzw. der Vereinbarkeit mit den dortigen Regelungen trifft der Gesetzentwurf nicht. Es muss jedoch das Bewusstsein dafür geschärft werden, dass diesbezüglich in 16 Bundesländern auf Grundlage der hier vorgesehenen Veränderungen Gesetz- und Verordnungsgebungsverfahren folgen müssen.

Bürokratischer Mehraufwand ohne Zusatznutzen

Unabhängig davon, ob HKP-Leistungen innerhalb des Basispakets oder darüber hinaus im Rahmen der Vereinbarung nach § 92c Abs. 1 SGB XI geregelt werden sollen, stellt sich die Frage nach der Notwendigkeit, dies hier zusätzlich zu bestimmen. Für die Versorgung der Versicherten mit Leistungen der häuslichen Krankenpflege hat der Gesetzgeber ein ausdifferenziertes Regelungssystem innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung geschaffen. So wird in den Gesetzesmaterialien zumindest in Bezug auf die HKP-Leistungen außerhalb des Basispaketes systematisch zutreffend auf die Vorgaben der Rahmenempfehlungen nach § 132a Abs. 1 SGB V hingewiesen, die nach dem Willen des Gesetzgebers auch hier zu beachten sind. Diese Rahmenempfehlungen münden in Versorgungsverträge (§ 132a Abs. 4 SGB V), die auf Grundlage eben dieser Rahmenempfehlungen auch alle personellen und sächlichen Voraussetzungen zur Erbringung sämtlicher HKP-Leistungen regeln. Denklogisch kann im Ergebnis also in den Vereinbarungen nach § 92c Abs. 1 SGB XI nichts anderes bestimmt werden, als die Versorgungsverträge nach § 132a Abs. 4 SGB V bereits regeln. Wozu also eine zusätzliche Regelungsebene, in der unter Beachtung der Rahmenempfehlungen nach § 132a Abs. 1 SGB V nichts anderes stehen kann? Der Gesetzgeber schafft damit lediglich Parallelstrukturen für Leistungsinhalte, die längst hinreichend geregelt sind. Das verursacht lediglich weiteren Verwaltungsaufwand auf allen Seiten ohne zusätzlichen Mehrwert und läuft evident dem gesetzlich geforderten Bürokratieabbau regelrecht zuwider.

Zerschlagung bestehender Strukturen

Der Gesetzentwurf kündigt im Rahmen der Berechnung des Erfüllungsaufwandes erhebliche Einsparungen für die soziale Pflegeversicherung an. Mittelfristig wird von 309 Mio. Euro jährlich ausgegangen. Im Vergleich zur WG-Versorgung sollen pro Pflegebedürftigen pro Jahr 14.000 Euro weniger an Kosten entstehen.

Wie diese Kostenschätzungen zustande kommen, bleibt insgesamt unklar. Es überrascht zudem, dass keine Minderausgaben für die

gesetzliche Krankenversicherung dargelegt werden, obwohl durch die Basispakete absehbar Einsparungen bei den Leistungen der häuslichen Krankenpflege erfolgen sollen.

Aufgrund dieser Darlegungen ist absehbar, dass es eine erhebliche Steuerungswirkung der Kostenträger in diese Versorgungsform geben wird. Für die seit Jahren von der Politik befürwortete WG-Versorgung ist dies im Gegenzug existenzbedrohend. Strukturen, die über viele Jahre geschaffen wurden, sowohl durch Leistungserbringer wie auch in der Selbstverantwortung der Pflegebedürftigen, werden absehbar verschwinden. Dies widerspricht der vermeintlich gewünschten Stärkung der Selbstbestimmung der Pflegebedürftigen. Nicht ohne Grund haben sich Wohngruppen in den vergangenen Jahren als eine bei den Pflegebedürftigen sehr beliebte Versorgungsform etabliert. Der neue Versorgungssektor des § 92c SGB XI wird diese Strukturen mittelfristig zerschlagen. Der Auftrag des Koalitionsvertrages, das Sozialgesetzbuch XI um innovative quartiernahe Wohnformen zu ergänzen, wird klar verfehlt.

Bundesempfehlungen zum Scheitern verurteilt

Die in Absatz 5 vorgesehenen Bundesempfehlungen sind ihrer derzeitigen Ausgestaltung nicht zielführend.

Empfehlungen über vorzuhaltendes Personal sind allenfalls dann möglich, wenn sehr genaue Vorgaben zur Ausgestaltung des Leistungsangebots vorgenommen werden. Dies wiederum widerspricht dem Grundgedanken einer besonders individualisierten Versorgungsform. Gleiches gilt für konkrete Aussagen zur Vergütung und Abrechnung.

Mit der Vereinbarung über die möglichen Leistungen der häuslichen Krankenpflege als Teil des Basispakets werden die Krankenkassen versuchen, erhebliche Kosteneinsparungen ihrerseits umzusetzen. Für die Leistungserbringer gibt es hingegen kaum Anreize, derlei Leistungen im Basispaket zu verorten. Wie soll auf dieser Grundlage ein Interessenausgleich stattfinden?

Die Erfahrungen aus vergleichbaren Bundesempfehlungen wie der zu § 88a SGB XI zeigen, dass eine unmittelbare Bindungswirkung zwar pragmatisch gedacht ist, die Landespflegekassen und insbesondere die Sozialhilfeträger sich an eine solche jedoch regelmäßig nicht gebunden fühlen. Letztere verneinen regelmäßig die Bindungswirkung von Bundesempfehlungen für sich. Beispielhaft sei darauf verwiesen, dass die Bundesempfehlungen nach § 88a SGB XI zwar ausdrückliche Regelungen zu dem Auslastungsgrad der Investitionskosten treffen, diese aber flächendeckend seitens der Sozialhilfeträger nicht akzeptiert werden, mit dem Verweis auf mangelnde Beteiligung und eine vermeintliche Nichtzuständigkeit

der Selbstverwaltung im Bund. Es gibt keine Grundlage anzunehmen, dass es bezüglich dieser Bundesempfehlungen anders wäre.

Die Frist von neun Monaten ist vor dem Hintergrund dieser Problemstellungen in keinem Fall zu halten. In der Konsequenz werden auch die weiteren Regelungsinhalte, die auf der Bundesempfehlung aufbauen sollen, nicht fristgerecht vorliegen können.

Flexibilisierung vollstationärer Versorgung

Statt neue Versorgungssektoren zu schaffen und damit bewährte abgesicherte Versorgungsstrukturen zu gefährden, sollte eine Flexibilisierung der Leistungserbringung für die bestehenden Strukturen erfolgen. Für die Stärkung der WG-Versorgung verweist der bpa auf die Ausführungen zu § 45h SGB XI (siehe S. 45). Viele der vorgesehenen Maßnahmen lassen sich auf die vollstationäre Versorgung übertragen. Dieses hochregulierte Angebot muss in Anbetracht der dreifachen Herausforderungen in Form einer erheblich steigenden Nachfrage, eines geringeren Beschäftigtenpotentials und einer immer prekäreren Finanzlage Erleichterungen erfahren.

Insbesondere die personellen Anforderungen sind bereits heute flächendeckend kaum noch zu erfüllen. Der Gesetzgeber hat dies insofern bereits anerkannt, als dass vom wissenschaftlich vorgeschlagenen Mehrpersonalbedarf lediglich maximal 40 Prozent umgesetzt werden können. Die ganz überwiegende Mehrheit der Pflegeheime ist zudem von diesem Maximalwert deutlich entfernt. Immer komplexere Regulierungen des Personaleinsatzes in der Kombination aus dem Recht des Bundes und dem Ordnungsrecht der Länder führen in der Konsequenz aktuell zu einem Angebotsabbau. 18.000 vollstationäre Pflegeplätze sind im Jahr 2023 verloren gegangen – bei gleichzeitigem Nachfrageanstieg.

Der Personaleinsatz ist unmittelbar mit dem spezifischen Leistungsangebot verbunden. In den vergangenen Jahren wurden diverse Projekte erprobt, die die Möglichkeit des zielgerichteten Personaleinsatzes vorgesehen haben. Viele dieser haben sich bewährt, können aber aufgrund der bundes- und landesrechtlichen Vorgaben nicht in der Regelversorgung angewandt werden. Um den Personaleinsatz endlich effizienter, orientiert an den individuellen Gegebenheiten und zukunftsfest aufzustellen, dürfen sich die Vorgaben künftig allein aus dem Vertragsrecht ergeben. So wird eine flexible und sachgerechte Personalplanung möglich.

Im Rahmen einer Flexibilisierung der Leistungen hin zu einer noch umfangreicheren Versorgungskette für Pflegebedürftige, die in der eigenen Häuslichkeit versorgt werden, sowie einer Erweiterung der Personaleinsatzmöglichkeiten – sowohl hinsichtlich der Aufgaben wie auch der

Einsatzzeiten – sollte das Mittel der Gesamtversorgungsverträge weiter gestärkt werden.

Die Kombination von ambulanten mit teil- und vollstationären Leistungen stellt eine viel effizientere Sicherstellung der Versorgung dar, als es im neuen § 92c SGB XI angestrebt wird. Pflegeheime könnten in ihrer unmittelbaren Umgebung ambulante Leistungen anbieten, eine Tagespflege vorhalten und für diejenigen Klienten, die darüber hinaus eine umfassendere Versorgung benötigen, schließlich das vollstationäre Angebot absichern. Das ist gelebte Quartiersversorgung. Die im Gesetz geplanten Modellvorhaben nach § 125d SGB XI sind dabei ein Schritt in die richtige Richtung, aber viel zu zögerlich (s. Seite 100).

Zudem können so zusätzliche Optionen für Beschäftigte eröffnet werden. Eine größere Angebotsvielfalt bietet auch mehr Chancen für den wunschgerechten Einsatz; sei es in zeitlicher Perspektive oder in Bezug auf mehr Abwechslung im Arbeitsalltag. Das trägt dazu bei, den Teilzeitanteil zu reduzieren und einen Berufsverbleib bis zum Renteneintritt – ggf. auch darüber hinaus – zu erleichtern.

Damit das möglich ist, muss das Konstrukt des Gesamtversorgungsvertrags weiter gestärkt werden und eine Öffnung in den Leistungskatalog des SGB V erfolgen. Damit würden Gestaltungsräume eröffnet mit flexibleren Personaleinsatzmöglichkeiten für vollstationäre Pflegeeinrichtungen. Dem Bundesministerium für Gesundheit sind die vielfältigen Probleme in der Gestaltung von Gesamtversorgungsverträgen bekannt. Der ministerielle Workshop „Umsetzung der Regelung des Gesamtversorgungsvertrages – aus der Praxis für die Praxis“ hat bereits 2019 gezeigt, dass die viel zu wenigen Lösungen, die es in der Praxis tatsächlich gibt, in der Regel nur deshalb bestehen, weil in langen Prozessen sehr individuelle Einzelwege verhandelt wurden. So funktioniert aber keine flächendeckende Versorgung. Es muss daher gesetzlich eine erhebliche Entbürokratisierung erfolgen.

Änderungsvorschlag

§ 92c SGB XI wird gestrichen.

Artikel 1, Nr. 61**§ 113 SGB XI – Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität****Vorgeschlagene Neuregelung**

Die Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität sollen auf der Grundlage der Bundesempfehlungen nach § 92c Abs. 2 SGB XI um Regelungen für die gemeinschaftlichen Wohnformen nach § 92c SGB XI angepasst und ergänzt werden – bis spätestens sechs Monate nach Vorliegen der Empfehlungen nach § 92c Abs. 5 SGB XI.

Stellungnahme

Zur grundsätzlichen Bewertung der gemeinschaftlichen Wohnformen verweist der bpa auf die Ausführungen zu § 92c SGB XI (S. 65).

Als Teil der Selbstverwaltung wird der bpa an der Entwicklung der Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität nach § 113 SGB XI konstruktiv mitwirken. Irritierend ist jedoch die vom Gesetzgeber angedachte zeitliche Vorgehensweise. Es ist bereits jetzt offenkundig, dass der Zeitplan nicht einzuhalten sein wird. Grundlage sowohl für die Maßstäbe und Grundsätze nach § 113 SGB XI als auch die Qualitätsprüfungsrichtlinien nach § 114 SGB XI sind die Bundesempfehlungen nach § 92c Abs. 5 SGB XI. Diese sollen spätestens neun Monate nach Inkrafttreten des Gesetz zur Befugniserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege vorliegen. Erfahrungen aus anderen Gesetzgebungsverfahren, die die Entwicklung von Bundesempfehlungen vorsahen, haben gezeigt, dass die Verfahren – sofern man diese inhaltlich seriös und für Leistungserbringer und Kostenträger gleichermaßen handlungsleitend gestalten möchte – zeitintensiv sind. Es ist daher nicht davon auszugehen, dass die Bundesempfehlungen bereits zum gesetzlich gewünschten Zeitpunkt vorliegen. Auch für die Maßstäbe und Grundsätze muss ausreichend Zeit für die Vereinbarungspartner vorgesehen werden, die Beratungen durchzuführen und abzuschließen. Bestandteil eines solchen Prozesses unter Federführung des Qualitätsausschusses Pflege ist auch ein Beteiligungsverfahren von externen Sachverständigen. Diesen muss ebenfalls ausreichend Zeit eingeräumt werden, um die vorgesehenen Regelungen zu prüfen. Die Vereinbarungspartner müssen im Anschluss wiederum die Stellungnahmen der Sachverständigen auswerten und prüfen, ob sich daraus gegebenenfalls ein Änderungsbedarf ableiten lässt. Daran schließt sich das (schriftliche) Beschlussverfahren des Qualitätsausschusses an. Nach Vorliegen des Beschlusses muss das Bundesministerium für Gesundheit die geänderten Maßstäbe und Grundsätze nach § 113 SGB XI genehmigen, wofür ebenfalls eine gewisse Zeit berücksichtigt werden

muss. Der gesetzlich vorgesehene Zeitrahmen ist deswegen zu eng bemessen.

Sofern dem Gesetzgeber an prüfbaren Regelungen gelegen ist, die den Ansprüchen an eine hochwertige pflegerische Qualität in den gemeinschaftlichen Wohnformen genügen, muss den Vereinbarungspartnern deutlich mehr Zeit für die Beratungen eingeräumt werden.

Das angedachte Vorgehen bzw. die zeitliche Planung bezüglich des wissenschaftlichen Gutachtens (§ 113b Abs. 4 SGB XI) lässt ebenfalls große Zweifel erwachsen. Insbesondere aus den Erfahrungen bei der Entwicklung von Instrumenten zur Prüfung der Qualität und für die Qualitätsberichterstattung in der ambulanten Pflege gem. § 113b Abs. 4 S. 2 Nr. 3 SGB XI dürften dem Gesetzgeber die Herausforderungen und Schwierigkeiten bekannt sein.

Änderungsvorschläge

Der nach § 113 Abs. 1 Satz 1 SGB XI eingefügte Satz wird wie folgt gefasst:

„~~Bis zum ... [einsetzen: Datum zwölf Monate nach Inkrafttreten gemäß Artikel 7]~~ ~~müssen~~ Die Vereinbarungen nach Satz 1 **müssen sollen** auf der Grundlage der ~~Bundes~~Empfehlungen nach § 92c Absatz 5 innerhalb von ~~sechs neun~~ Monaten nach deren Vorliegen um Regelungen für die gemeinschaftlichen Wohnformen mit Verträgen zur pflegerischen Versorgung gemäß § 92c ergänzt werden.“

Artikel 1, Nr. 62b**§ 113b SGB XI – Erweiterter Qualitätsausschuss****Vorgeschlagene Neuregelung**

Die Rolle des unparteiischen Vorsitzenden des erweiterten Qualitätsausschusses soll gestärkt werden. Auf seine Initiative kann sich der erweiterte Qualitätsausschuss bis zu zweimal im Kalenderjahr mit Themen zur Qualität, Qualitätssicherung und Qualitätsdarstellung befassen, die über die konkreten gesetzlichen Aufträge hinausgehen, und hierzu Entscheidungen treffen. Der erweiterte Qualitätsausschuss soll außerdem mit einfacher Mehrheit über die Einrichtung von Arbeitsgruppen unter Leitung des unparteiischen Vorsitzenden entscheiden.

Stellungnahme

Der Qualitätsausschuss hat bisher präzise formulierte Aufgaben. Neben der Verpflichtung zur Auftragsvergabe an fachlich unabhängige wissenschaftliche Institutionen zur Sicherstellung der Wissenschaftlichkeit bei der Aufgabenwahrnehmung sind dem Qualitätsausschuss klar definierte Entscheidungen zugewiesen, die die Vertragsparteien in der Pflegeselbstverwaltung konsensual zu treffen haben. Ausdrücklich treffen die Vertragsparteien die ihnen im Einzelnen zugewiesenen Vereinbarungen, Beschlüsse und Entscheidungen durch den Qualitätsausschuss. Insofern ist dieser als ein Organ der Vertragspartner verfasst, das Entscheidungen mit Bindungswirkung auch für zugelassene Pflegeeinrichtungen trifft.

Der erweiterte Qualitätsausschuss mit einem unparteiischen Vorsitzenden hat hierbei ausschließlich die Funktion, bei fehlendem Konsens zwischen den Vertragsparteien für einzelne Entscheidungen eine Konfliktlösung mit einem Ausgleich der divergierenden Interessen zu finden und in diesem Sinne eine Schlichtung durchzuführen.

Bereits mit der Regelung des § 113b Abs. 3 S. 4 SGB XI, nach welcher der unparteiische Vorsitzende vom Bundesministerium für Gesundheit und nicht von den Vertragsparteien benannt wird, wird in den Qualitätsausschuss politischer Einfluss von außen eingebracht, der den Strukturen der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen fremd ist (vgl. Planholz/Bachem in LPK-SGB XI, § 113b Rn. 23). Nun soll das vorsitzende Mitglied „Themen zur Qualität, Qualitätssicherung und Qualitätsdarstellung“ vorgeben, „die über die konkreten gesetzlichen Aufträge hinausgehen“, und zu denen „Entscheidungen“ getroffen werden können. Mit dieser Kompetenzerweiterung, nach eigenem Gutdünken qualitätsbezogene Regelungsgegenstände des erweiterten Qualitätsausschusses zu bestimmen und Entscheidungen unklarer rechtlicher Relevanz herbeizuführen, würde nicht nur gegen das Prinzip der vorrangigen Gestaltungsbefugnis durch

die Vertragspartner in der Selbstverwaltung verstoßen, sondern verließ das vorsitzende Mitglied die Rolle des unparteiischen Schlichters hin zur Sicherung der exekutiven Einflussnahme auf vertragspartnerschaftliche Gestaltungen der Selbstverwaltung.

Eine inhaltlich tragfähige Begründung für diese Regelung gibt die Entwurfsbegründung nicht; „Themen der Pflegequalität“, die einen konkreten Regelungsauftrag für die Vertragsparteien sinnvoll machen, konnten bisher offensichtlich nicht identifiziert werden. Auch eine Begründung für eine Befugnis des erweiterten Qualitätsausschusses zur Entscheidung über die Einrichtung von Arbeitsgruppen unter Leitung des unparteiischen Vorsitzenden fehlt. Tatsächlich wird seit Jahren in nach der bestehenden Geschäftsordnung eingerichteten Arbeitsgruppen kontinuierlich und zielorientiert gearbeitet.

Nicht zuletzt wird mit dieser Regelung ein Ungleichgewicht geschaffen, indem einer einzelnen, eigentlich unparteiischen Person exklusive Rechte eingeräumt werden sollen, wohingegen alle anderen Mitglieder der Gremien lediglich ein Antragsrecht haben und für ihre Vorhaben Mehrheiten gewinnen müssen. Hiermit würden die Ausgewogenheit in der Selbstverwaltung, die Gleichbehandlung der Selbstverwaltungspartner/innen und damit die Grundlage der erfolgreichen Zusammenarbeit gefährdet.

Zutreffend wird in der Entwurfsbegründung darauf hingewiesen, dass die Vertragsparteien im Qualitätsausschuss seit vielen Jahren konstruktiv und fachlich orientiert zusammenarbeiten, so dass der erweiterte Qualitätsausschuss seit 2016 erst zweimal einberufen wurde. Auch die bisherige Klarheit der Aufgabenzuweisung liegt dem zugrunde. Eine Aufweichung hin zu unbestimmten „Themen der Pflegequalität“ und der Rolle des unparteiischen Vorsitzenden wird ohne jede sachliche Rechtfertigung zu bisher nicht eingetretenen Auseinandersetzungen führen.

Änderungsvorschläge

Die § 113b Abs. 3 SGB XI angefügten Sätze werden gestrichen.

Artikel 1, Nr. 63a und b)**§ 113c Abs. 2 SGB XI, Abs. 4 Satz 2 und 3 SGB XI – Personalbemessung in vollstationären Pflegeeinrichtungen; akademische Pflegefachkräfte****Vorgeschlagene Neuregelung**

Das Beschäftigen von akademischen Pflegefachkräften, die überwiegend Leistungen der direkten Pflege oder Betreuung von Pflegebedürftigen erbringen, wird als sachlicher Grund für das Überschreiten der Personalschlüssel nach § 113c Abs. 1 SGB XI gesetzlich benannt.

In der Bundesempfehlung nach § 113c Abs. 4 SGB XI sollen Aufgabengebiete akademisch qualifizierter Pflegefachkräfte definiert werden.

Stellungnahme

Vor dem Hintergrund einer vermeintlich nicht ausreichenden Berücksichtigung akademisch qualifizierter Pflegefachkräfte im Rahmen der wissenschaftlichen Erarbeitung des Personalbemessungsverfahrens in vollstationären Pflegeeinrichtungen sollen zusätzliche Anreize zur Beschäftigung dieses Personals geschaffen werden.

Die Vorstellungen des Gesetzgebers zur Steigerung der Pflegequalität durch einen vermehrten Theorie-Praxis-Transfer evidenzbasierter Pflege durch den Einsatz akademischer Pflegefachkräfte sind nachvollziehbar. Die Ausführungen der Gesetzesbegründung lassen jedoch nicht den Grund für die geringe Zahl der eingesetzten akademischen Pflegefachkräfte erkennen: Weder gibt es diese in annähernd ausreichender Anzahl auf dem Arbeitsmarkt noch sind die diesbezüglichen Ausbildungszahlen auf einem Niveau, dass absehbar eine flächendeckende Beschäftigung in jeder vollstationären Pflegeeinrichtung möglich wäre.

Vor diesem Hintergrund können zusätzliche Anreize geschaffen werden entsprechendes Personal einzustellen, doch die strukturellen Voraussetzungen für eine umfassende Umsetzung liegen schlicht nicht vor.

Überdies muss infrage gestellt werden, inwieweit eine zunehmende Erweiterung der Möglichkeiten zur Überschreitung der Personalanhaltswerte nach § 113c Abs. 1 SGB XI versorgungspolitisch noch zu verantworten ist. Der bpa beobachtet derzeit in den Bundesländern ein erhebliches Auseinanderdriften der Personalschlüssel. Einrichtungen, die bereits das Personal nach § 113c Abs. 1 SGB XI vorhalten, versuchen über die sachlichen Gründe noch darüber hinaus zusätzliches Personal zu vereinbaren. In Anbetracht der allgemein bekannten Beschäftigungssituation führt dies verstärkt zu einem Abwandern von Personal aus Einrichtungen mit niedrigeren Personalschlüsseln hin zu solchen mit höheren

Schlüsseln. Aus Sicht der Beschäftigten ist dies nachvollziehbar. Versorgungspolitisch ist es jedoch dramatisch. Der Gesetzgeber befördert somit ein zunehmendes Absinken der vollstationären Kapazitäten, da immer mehr Pflegeheime die Mindestpersonalschlüssel nicht erfüllen können. Die Korridorsystematik des § 113c SGB XI ist grundsätzlich zu begrüßen, da es einrichtungsindividuelle Lösungen ermöglicht. Es bedarf jedoch eines verlässlichen Personaldeckels nach unten und oben. Wenn eine Einrichtung akademisches Fachpersonal beschäftigen möchte, ist dies im Rahmen der bestehenden Personalschlüssel auch heute schon möglich. Eine Ausweitung der sachlichen Gründe um die Möglichkeit, dass vollstationäre Pflegeeinrichtungen über die geltenden Personalanhaltswerte für Pflegefachpersonen hinaus Stellen für Pflegefachpersonen mit hochschulischer Qualifikation nach § 1 Satz 2 des Pflegeberufgesetzes verhandeln können, lehnt der bpa jedoch aus den dargelegten Gründen ab.

Nicht nachvollziehbar ist zudem der Auftrag zur Definition von Aufgabebereichen für akademische Pflegefachkräfte in der Bundesempfehlung nach § 113c Abs. 4 SGB XI. Als Pflegefachkräfte werden sie qualifikationsgerecht entsprechend den jeweiligen Aufgaben und ihren individuellen Kompetenzen eingesetzt. Es ist nicht zielführend, den Eindruck zu erwecken, dass nur aufgrund einer akademischen Ausbildung ein grundsätzliches anderes Aufgabenspektrum als bei beruflich qualifizierten Pflegefachkräften anfällt. Dies wäre nicht sachgerecht im Hinblick auf die Qualifikationen und Praxiserfahrungen beruflich qualifizierter Pflegefachkräfte. Zudem muss die Frage gestellt werden, wie Aufgaben, die vermeintlich (nur) von akademischen Pflegefachkräften absolviert werden sollen, in den Pflegeeinrichtungen umgesetzt werden, in denen kein akademisches Personal eingesetzt wird.

Vor diesem Hintergrund kann es auch keinen Bezug zu den Empfehlungen der Arbeitsgruppe der Ausbildungsinitiative Pflege zu Aufgabenprofilen akademisch qualifizierter Pflegefachpersonen geben. Diese sprechen u.a. davon, dass „hochkomplexe“ Pflegefälle von akademischen Pflegefachkräften zu versorgen seien. Nicht nur fehlt eine klare Definition, wie sich solche Fälle gestalten, sondern auch jeder Hinweis, wie derlei Sachverhalte – die geübte Praxis darstellen – mit dem statistisch unbestreitbaren Fehlen akademischer Pflegefachkräfte vereinbart werden können. Es ist nicht vermittelbar politisch festzulegen, Versorgungskonstellationen bevorzugt für ein Qualifikationsniveau zu definieren, wenn eine flächendeckende praktische Umsetzung ausgeschlossen ist. Dies könnte weder den versorgten Personen und ihren An- und Zugehörigen erklärt werden noch den beruflichen qualifizierten Pflegefachkräften, die diese Aufgaben seit jeher in hoher Qualität übernommen haben.

Änderungsvorschläge

§ 113c Absatz 2 wird wie folgt geändert:

(2) Abweichend von Absatz 1 kann ab dem 1. Juli 2023 eine höhere personelle Ausstattung mit Pflege- und Betreuungspersonal vereinbart werden, wenn

1. in der bestehenden Pflegesatzvereinbarung gemäß § 84 Absatz 5 Satz 2 Nummer 2 bereits eine personelle Ausstattung vereinbart ist, die über die personelle Ausstattung nach Absatz 1 hinausgeht und diese personelle Ausstattung von der Pflegeeinrichtung vorgehalten wird, oder
2. in dem am 30. Juni 2023 geltenden Rahmenvertrag nach § 75 Absatz 1 eine höhere personelle Ausstattung für Fachkraftpersonal geregelt ist, als nach Absatz 1 Nummer 3 vereinbart werden kann, oder
3. die Pflegeeinrichtung sachliche Gründe für die Überschreitung der personellen Ausstattung nach Absatz 1 darlegen kann.

Als sachlicher Grund nach Satz 1 Nummer 3 gilt unter anderem die Vereinbarung einer personellen Ausstattung mit Pflege- und Betreuungspersonal, das

1. auf Grundlage eines entsprechenden betrieblichen Konzepts ganz oder teilweise in Personalpools oder im Rahmen vergleichbarer betrieblicher Ausfallkonzepte tätig ist, mit denen die vertragliche vereinbarte Personalausstattung bei kurzfristigen Personalausfällen oder vorübergehend nicht besetzbaren Stellen sichergestellt wird, oder
2. für die Zwecke des Modellvorhabens nach § 8 Absatz 3b beschäftigt wurde. ~~oder~~
- ~~3. die Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung nach § 1 Satz 2 des Pflegeberufgesetzes hat und überwiegend Leistungen der unmittelbar bewohnerbezogenen Pflege oder Betreuung von Pflegebedürftigen erbringt.~~

Absatz 4 wird wie folgt geändert:

(4) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene geben bis zum 30. Juni 2022 unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes Bund, des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. sowie unabhängiger Sachverständiger gemeinsam mit der Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände und der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und der Eingliederungshilfe gemeinsame Empfehlungen zu den Inhalten der Verträge nach Absatz 5 ab. ~~Die gemeinsamen Empfehlungen nach Satz 1 umfassen auch Empfehlungen zu den Aufgabebereichen für Personal nach Absatz 2 Satz 2 Nummer 3; wissenschaftliche Expertisen, die nach § 8 Absatz 3c erarbeitet wurden, sind dabei zu berücksichtigen.~~ Die Parteien nach Satz 1 arbeiten mit den maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene

sowie den auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen eng zusammen. Kommen die gemeinsamen Empfehlungen nach Satz 1 nicht zustande, wird auf Antrag einer Partei nach Satz 1 ein Schiedsgremium aus drei unparteiischen und unabhängigen Schiedspersonen gebildet. Der unparteiische Vorsitzende des Schiedsgremiums und die zwei weiteren unparteiischen Mitglieder führen ihr Amt als Ehrenamt. Sie werden vom Spitzenverband Bund der Pflegekassen und den Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene benannt. Kommt eine Einigung über ihre Benennung nicht innerhalb einer vom Bundesministerium für Gesundheit gesetzten Frist zustande, erfolgt die Benennung durch das Bundesministerium für Gesundheit im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales. Das Schiedsgremium setzt mit der Mehrheit seiner Mitglieder spätestens bis zum Ablauf von zwei Monaten nach seiner Bestellung die gemeinsamen Empfehlungen fest. Die Kosten des Schiedsverfahrens tragen der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und die Vereinigungen zu gleichen Teilen.

Artikel 1, Nr. 63b) und c)**§ 113c Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 und 2 SGB XI, § 113c Abs. 5 Satz 1 Nr. 3 SGB XI – Personalbemessung in vollstationären Pflegeeinrichtungen; Organisationsentwicklung und Einbeziehung weiterer Berufsabschlüsse****Vorgeschlagene Neuregelung**

Die Pflegeeinrichtungen sollen geeignete Maßnahmen der Personal- und Organisationsentwicklung durchführen, die sich an den Ergebnissen der Modellprojekte nach § 8 Absatz 3b orientieren.

Als QN-3-Pflegepersonal kann oberhalb des vorzuhaltenden Mindestpersonalschlüssels – zunächst befristet bis zum 31. Dezember 2026 – auch solches mit mindestens einjährigen Berufsabschlüssen außerhalb der Pflege für administrative oder pflegerische Aufgaben zur Entlastung des Fachkraftpersonals, entsprechend der jeweiligen Qualifikation, eingesetzt werden. Diese Stellenanteile können ab dem 1. Januar 2027 zusätzlich vereinbart werden.

Es wird klargestellt, dass in den Landesrahmenverträgen neben Pflegefachkräften auch andere Fachkräfte aus dem Gesundheits- und Sozialbereich (insbesondere staatlich anerkannte Hauswirtschaftler, Ergotherapeuten, Logopäden, medizinische Fachangestellte und Physiotherapeuten sowie konzeptabhängig Heilerziehungspfleger) anerkannt werden können.

Stellungnahme

Die alleinige Orientierung an den fachlichen Zielen und der Konzeption der Maßnahmen, die nach § 8 Abs. 3 entwickelt werden, lehnt der bpa ab.

Die Modellprojekte sind aus verschiedenen Gründen nicht 1:1 auf die Gesamtheit der Pflegeeinrichtungen übertragbar. So werden diese mit einem erheblich höheren Personalkörper sowie mit wissenschaftlicher und organisationstheoretischer Begleitung durchgeführt. Zudem sind deutschlandweit nur zehn Einrichtungen beteiligt. Die Voraussetzungen in den Pflegeheimen in der Fläche unterscheiden sich zum Teil erheblich von den Modelleinrichtungen. Eine Bindung an dort entwickelte Maßnahmen ist somit nicht zielführend.

Es besteht außerdem die Gefahr, dass im Zuge der noch bevorstehenden Evaluation des Modellprogramms Pflegeheime, die unterdessen ihren Personalkörper angepasst oder Umstellungen in der Einsatz- und Personalplanung vorgenommen haben oder diese nun angehen wollen, erneut Änderungen an ihren eingeführten Konzepten vornehmen müssen.

Zwar sind laut Gesetzesbegründung auch trägereigene Konzepte möglich. Aber auch diese sollen sich wiederum an den Ergebnissen der Modellprojekte nach § 8 Abs. 3c orientieren. Abweichungen sind zwar möglich, müssen aber begründet werden. Es ist somit absehbar, dass für die Pflegeeinrichtungen ein enormer Aufwand entsteht, wenn sie eigene Maßnahmen umsetzen möchten. Im Verlauf des Modellprojekts gab es erhebliche pflegefachliche Kritik an diesem. In der Konsequenz mussten die Konzepte seitens der Auftragnehmer mehrfach überarbeitet werden. Nichtsdestotrotz vermögen sie weiterhin nicht die Vielfalt der Pflege in Deutschland wiederzugeben. Überdies liegt bisher nicht einmal der Abschlussbericht des Modellprojekts vor. Die Bindung an eine Blackbox ist unverantwortlich, das Abwerten trägereigener Konzepte unter einem Vorbehalt widerspricht dem Ziel der Wertschätzung und Stärkung der Kompetenzen von Pflegefachpersonen und Einrichtungen.

Positiv ist die Klarstellung in der Begründung, dass Konzepte und Instrumentarien aus dem Modellprogramm oder der Entwicklung des Personalbemessungsinstruments weder für die Durchführung und Ahndung ordnungsrechtlicher Maßnahmen noch für die Durchführung von Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen geeignet sind. Auch der Hinweis, dass der Interventionskatalog keine isolierte, schematisch anzuwendende Grundlage für Maßnahmen der Personal- und Organisationsentwicklung darstellt, wird von bpa ausdrücklich begrüßt. Zum besseren Verständnis regt der bpa jedoch an, die Sätze inhaltlich miteinander zu verbinden.

Völlig ausgeblendet hat der Gesetzgeber leider eine strukturelle Refinanzierung der Organisationsentwicklungsmaßnahmen. Angesichts der zahlreichen wirtschaftlichen Belastungen bedarf es hierzu dringend einer gesetzlichen Regelung. Möglich wäre beispielsweise eine entsprechende Berücksichtigung im Personal- oder Verwaltungsschlüssel der Einrichtungen.

Die Ausweitungen bzw. Klarstellungen zu berücksichtigungsfähigen Berufsabschlüssen im QN 3 und 4 werden vom bpa ebenfalls ausdrücklich begrüßt. Es sei jedoch sehr deutlich darauf hingewiesen, dass Regelungen über anererkennungsfähige Abschlüsse regelhaft im Ordnungsrecht der Länder verortet sind. Ohne eine dortige Anpassung laufen die hier vorgesehenen Erleichterungen somit ins Leere. Die Formulierung der Begründung „Darüber hinaus ist zu berücksichtigen, dass es sich ausschließlich um eine leistungsrechtliche, nicht um eine ordnungsrechtliche Anrechenbarkeit handelt.“ offenbart die sehr eingeschränkte Wirkung der Regelungen.

Der Bund ist gefordert, gegenüber den Ländern sehr deutlich die Notwendigkeit einer Anpassung der ordnungsrechtlichen Regelungen nahe zu bringen. Über zwei Jahre nach Inkrafttreten der neuen Systematik des § 113c SGB XI haben viele Bundesländer noch keinerlei Angleichung des Personalverordnungen oder vergleichbarer Vorgaben an das Personalbemessungsinstrument vorgenommen. Teils wird nur per Erlass oder

sonstiger Vereinbarung sichergestellt, dass die Regelungen des § 113c SGB XI überhaupt trotz noch geltender Fachkraftquote umgesetzt werden können. Andere Länder haben zwar damit begonnen, ihr Landesrecht anzupassen, sind aber nicht bereit, der Logik des wissenschaftlichen Personalbemessungsinstruments oder der Zielsetzung des Bundesrechts in § 113c SGB XI zu folgen und halten beispielsweise an den wissenschaftlich nie begründeten gesonderten Fachkraftquoten fest.

Änderungsvorschläge

§ 113c Absatz 3, Ziffer 1 SGB XI wird wie folgt geändert:

(3) Sofern ab dem 1. Juli 2023 eine personelle Ausstattung mit Pflege- und Betreuungspersonal vereinbart wird, die über die mindestens zu vereinbarenden personelle Ausstattung im Sinne von Absatz 5 Nummer 1 hinausgeht,

1. soll die Pflegeeinrichtung geeignete Maßnahmen der Personal- und Organisationsentwicklung durchführen, die einen personenzentrierten und kompetenz-orientierten Personaleinsatz im Sinne der Ziele dieser Vorschrift gewährleisten, ~~diese sollen sich an den fachlichen Zielen und der Konzeption der Maßnahmen, die nach § 8 Absatz 3b entwickelt und erprobt wurden, orientieren,~~

Die Begründung zu Art. 1, Nr. 63 Buchstabe b wird wie folgt geändert:

Die wissenschaftlich gestützte Begleitung der Einführung und Weiterentwicklung des wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in vollstationären Pflegeeinrichtungen nach qualitativen und quantitativen Maßstäben nach § 8 Absatz 3b SGB XI verfolgt das Ziel, die Personalsituation in den Einrichtungen nachhaltig zu verbessern.

Bereits vor dem Abschluss des Modellprojekts nach § 8 Absatz 3b SGB XI werden durch den Spitzenverband Bund der Pflegekassen Informationen zur Verfügung gestellt, die der Vorbereitung von Maßnahmen der Personal- und Organisationsentwicklung dienen. Diese Nutzung dieser Informationen durch die Pflegeeinrichtungen ist freiwillig. Die den Informationen zugrundeliegenden Konzepte werden im Rahmen des Modellprojekts begleitend evaluiert. Sie sind weder für die Durchführung und Ahndung ordnungsrechtlicher Maßnahmen noch für die Durchführung von Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen geeignet. **Dies umfasst auch den sogenannten Interventionskatalog des Projekts zur Entwicklung und Erprobung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Personalbedarfsbemessung, da dieser keine isolierte, schematisch**

anzuwendende Grundlage für Maßnahmen der Personal- und Organisationsentwicklung darstellt.

Neben einer Mehrpersonalisierung soll die Personalsituation flankierend durch Personal- und Organisationsentwicklungsmaßnahmen gestärkt werden, mit denen – unter Berücksichtigung des Grundsatzes der Personzentrierung – ein kompetenzorientierter Personaleinsatz umgesetzt wird. Entsprechende Maßnahmen sollen umgesetzt werden, wenn eine Mehrpersonalisierung auf der Grundlage von § 113c Absatz 1 erfolgt.

Mit der Änderung wird klargestellt, dass hierfür nicht nur die im Rahmen des Modellprogramms nach § 8 Absatz 3b bis zum Sommer 2025 zu entwickelnden und zu evaluierenden Maßnahmen, sondern auch Maßnahmen auf Grundlage trügereigener fachlicher Konzepte verwendet werden können, die die Ziele des § 113c in vergleichbarer Weise umsetzen. ~~Diese trügereigenen Konzepte sollen sich an den Zielen und der Konzeption der Maßnahmen, die nach § 8 Absatz 3b entwickelt und erprobt wurden, orientieren. Das bedeutet, dass sie sich an der Zielsetzung einer qualifikations- und kompetenzorientierten Bezugspflege orientieren sollen. Begründete Abweichungen sind konzeptabhängig möglich.~~ Perspektivisch sind hierbei auch die Ergebnisse der wissenschaftlichen Expertisen nach § 8 Absatz 3c zu berücksichtigen. ~~Der sog. Interventionskatalog des Modellprojekts nach § 8 Abs. 3b stellt hingegen keine isolierte, schematisch anzuwendende Grundlage für Maßnahmen der Personal- und Organisationsentwicklung dar.~~

~~Die konkrete Eignung der Konzepte beinhaltet, dass a~~ Abhängig vom Umfang der Mehrpersonalisierung **können** auch abgestufte Konzepte umgesetzt werden können. Dies ist auch ein Beitrag zur Entbürokratisierung, da nicht bereits bei einer nur geringen Mehrpersonalisierung ein umfassender Personal- und Organisationsentwicklungsprozess durchgeführt werden muss, sondern schrittweise abhängig vom Personalaufbau vorgegangen werden kann. Zudem werden durch die Regelung die Umsetzung des Personalbemessungsverfahrens und seiner Wirkungen auf die Arbeitsbedingungen der beruflich Pflegenden weiter beschleunigt.

Artikel 1, Nr. 64**§ 113d Abs. 9 SGB XI – Geschäftsstelle zur Personal- und Organisationsentwicklung****Vorgeschlagene Neuregelung**

Die maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene sollen gemeinsam mit den Vertragsparteien nach § 113 Abs. 1 Satz 1 SGB XI eine unabhängige qualifizierte Geschäftsstelle zur Begleitung und Unterstützung einer fachlich fundierten Personal- und Organisationsentwicklung beauftragen. Diese soll u.a. bei der bei der fachgerechten Wahrnehmung der Pflegeprozessverantwortung, bei der Umsetzung von Pflegedokumentationskonzepten sowie ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen bei der Umsetzung von bewohner- und kompetenzorientierten Personal- und Organisationsentwicklungsmaßnahmen unterstützen.

Stellungnahme

Der bpa lehnt die Einführung dieser neu zu schaffenden Geschäftsstelle strikt ab. Als Begründungen werden u.a. eine bessere Unterstützung bei der Pflegepersonalbemessung und mehr Unterstützung für Pflegefachpersonen bei der Aufgabenverteilung genannt. Dafür bedarf es keiner neuen bürokratischen Institution, die unnötige Ressourcen binden wird. Die Pflegeeinrichtungen benötigen keine zusätzlichen Beratungen und keinen weiteren Wissenstransfer von außen, sondern eigene Ressourcen, um die Organisationsentwicklung von innen heraus entwickeln zu können. Wirksam sind Maßnahmen nur, wenn die notwendige Struktur in den Einrichtungen für die notwendigen Prozesse besteht. Die neue Institution trägt aber gerade nicht zur Ressourcenstärkung in den Einrichtungen bei, sondern würde zusätzliche Kapazitäten binden.

Das Gleiche gilt für die Umsetzung von Pflegedokumentationskonzepten. Mit der Umsetzung des sog. Strukturmodells ([EinStep](#)) sind diverse Maßnahmen zur Begleitung und Unterstützung der Pflegeeinrichtungen erfolgreich etabliert worden. Dafür bedarf es keiner neuen Institution. Der bpa fordert daher die Streichung von § 113c Abs. 9 SGB XI. Soweit der Gesetzgeber eine institutionelle Absicherung des EinSTEP-Modells wünscht, sollte dieses an die Geschäftsstelle des Qualitätsausschusses angebunden werden. Hier finden sich bestehende Strukturen, die die anfallenden Aufgaben unmittelbar umsetzen können.

Änderungsvorschläge

§ 113d SGB XI wird gestrichen.

Artikel 1, Nr. 65

§ 114 SGB XI – Digitale Prüfaufträge

Vorgeschlagene Neuregelung

Aufträge für Qualitätsprüfungen nach § 114 SGB XI sollen ab dem 1. Januar 2028 auf digitalem Wege erteilt werden.

Stellungnahme

§ 114 SGB XI wird vom bpa als sinnvolle Maßnahme erachtet. Der bpa begrüßt jegliche Digitalisierungsmaßnahmen, die zu einer effizienten und qualitativ guten Versorgung im Gesundheitswesen und in der Pflege beitragen. Die mit dieser Regelung beabsichtigte Effizienzsteigerung und Steigerung der Transparenz ist ebenfalls im Sinne des bpa.

Änderungsvorschläge

Keine.

NEU**Art. 1, Nr. 65****§ 114 Abs. 2 Satz 1 SGB XI – Prüfrhythmus****Bisherige Regelung**

Qualitätsprüfungen finden als Regelprüfungen mindestens einmal jährlich statt.

Vom bpa vorgeschlagene Neuregelung

Der Prüfrhythmus für die Regelprüfungen wird auf zwei Jahre verlängert.

Stellungnahme

Jede Prüfung bedeutet für die Pflegeeinrichtung einen erheblichen organisatorischen Aufwand – angefangen bei der Aufbereitung der Dokumente über die interne Abstimmung bis hin zur Begleitung der Prüfinstanz. In einem ohnehin angespannten Arbeitsumfeld mit gravierendem Fachkräftemangel führt dies zu einer erheblichen Belastung für Pflegekräfte und Leitungspersonal. Weniger häufige Prüfungen ermöglichen eine spürbare Entlastung und ermöglichen die Konzentration auf die direkte Versorgung und Zuwendung für die pflegebedürftigen Menschen. Auch der Medizinische Dienst arbeitet bereits an der Grenze seiner Kapazitäten. Die Ressourcen für eine flächendeckende jährliche Prüfung sind nicht vorhanden. Das zeigt sich nicht zuletzt daran, dass 2023 lediglich in 8.123 stationären Einrichtungen Regelprüfungen stattgefunden haben (siehe 8. Qualitätsbericht des Medizinischen Dienstes Bund nach § 114a Absatz 6 SGB XI, S. 24). Unter Berücksichtigung der wenigen Einrichtungen (475), die aufgrund eines verlängerten Prüfrhythmus nicht kontrolliert wurden, ergibt sich eine erschreckend niedrige Prüfquote von 68 Prozent. Ein zweijährlicher Prüfturnus schafft die Möglichkeit, die Kapazitäten der Prüfinstanzen für die gezielte Beratung einzusetzen und sich auf Einrichtungen mit Schwächen und Auffälligkeiten in der pflegerischen Versorgung im Rahmen von Anlassprüfungen zu konzentrieren.

Änderungsvorschlag

§ 114 Abs. 2 Satz 1 wird wie folgt gefasst:

Die Landesverbände der Pflegekassen veranlassen in zugelassenen Pflegeeinrichtungen ~~bis zum 31. Dezember 2010 mindestens einmal und ab dem Jahre 2014~~ regelmäßig im Abstand von ~~höchstens einem Jahr zwei Jahren~~ eine Prüfung durch den Medizinischen Dienst, den Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. oder durch von ihnen bestellte Sachverständige (Regelprüfung).

Art. 1, Nr. 66**§ 114a Abs. 1 Satz 2 SGB XI - Ankündigung der Qualitätsprüfungen****Vorgeschlagene Neuregelung:**

Qualitätsprüfungen sollen künftig zwei Tage zuvor angekündigt werden. Bisher müssen sie einen Tag vorher angekündigt werden.

Stellungnahme:

Der bpa begrüßt die vorgesehene Verlängerung der Ankündigungsfrist als Schritt in die richtige Richtung, setzt sich aber darüber hinaus dafür ein, dass Prüfungen grundsätzlich **mindestens 7 Tage** zuvor anzukündigen sind.

Bereits 2018 wurde im Abschlussbericht zur neuen QPR stationär durch die Verfasser die Empfehlung an den Qualitätsausschuss ausgesprochen, auf eine Verlängerung der Ankündigungsfrist durch eine Veränderung der gesetzlichen Bestimmung des § 114a SGB XI hinzuwirken.

Insbesondere vor dem Hintergrund, dass eine wünschenswerte Präsenz von Mitarbeiterenden von Pflegeeinrichtungen bei der Qualitätsprüfung aufgrund der zunehmenden Bedeutsamkeit des Fachgesprächs erforderlich ist sowie der Notwendigkeit der Zusammenstellung relevanter Unterlagen für die Qualitätsprüfung, sollte die Ankündigungsfrist mehr Vorlauf erhalten. Die oftmals als Begründung für eine kurzfristigere Ankündigung genannte Möglichkeit, Unterlagen zu manipulieren, verliert in den neuen Prüfverfahren sowohl ambulant als auch stationär aufgrund der reduzierten Bedeutung einer vorwiegend dokumentationsorientierten Prüfung an Bedeutung.

Der bpa appelliert an den Gesetzgeber, den Pflegeeinrichtungen das Vertrauen entgegenzubringen, das der **Bundeskanzler** in seiner Regierungserklärung am 14. Mai 2025 für die gesamte Bundesregierung angekündigt hat:

„Aber diese einzelnen Fragen, über die ich spreche, und die Antworten, die wir darauf geben, sind Teil eines **neuen Grundverständnisses**, das wir in der Koalition miteinander vereinbaren konnten, nämlich des **Grundverständnisses, dass wir unseren Unternehmen und ihren Beschäftigten nicht mit Misstrauen und Kontrollansprüchen begegnen, sondern mit Vertrauen und eben mit Verantwortung**. Denn auch die Unternehmen und die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, auch die Sozialpartner in den Betrieben genauso wie die Arbeitgeberorganisationen und die Gewerkschaften, sie alle tragen Verantwortung und **sie alle verdienen**

einen Vertrauensvorschuss, sie verdienen mehr Freiheit und Unterstützung, statt Misstrauen und immer mehr Vorschriften.“

Änderungsvorschlag

§ 114a Abs. 1 Satz 2 wird wie folgt gefasst:

Die Prüfungen sind grundsätzlich **zwei sieben Arbeits**Tage zuvor anzukündigen.

Artikel 1, Nr. 66**§ 114a Abs. 3 SGB XI – Anforderungen Pflegedokumentation****Vorgeschlagene Neuregelung**

Es soll konkretisiert werden, dass an die Pflegedokumentation nur die in den Maßstäben und Grundsätzen nach § 113 Absatz 1 Satz 2 festgelegten Anforderungen gestellt werden dürfen.

Stellungnahme

Die geplante vermeintliche Klarstellung zum Umgang mit der im Rahmen von Qualitätsprüfungen zu berücksichtigenden Pflegedokumentation durch eine unmittelbare Bezugnahme auf die in den Maßstäben und Grundsätzen nach § 113 Absatz 1 Satz 2 SGB XI festgelegten Anforderungen erscheint auf den ersten Blick sinnvoll. In der Praxis jedoch droht dieser Ansatz zu einer reinen Leerformel zu verkommen, die weder eine spürbare Entlastung für die Pflegeeinrichtungen mit sich bringt noch zu mehr Rechtssicherheit führt.

Auch wenn sich die Anforderungen formal auf die Maßstäbe und Grundsätze (MuG) beziehen sollen, verbleibt dem Medizinischen Dienst (MD) faktisch ein weiter Interpretationsspielraum. Im Zweifel wird er weiterhin zusätzliche Anforderungen damit rechtfertigen, dass sie erforderlich seien, um Sinn und Zweck der MuG-Vorgaben zu erfüllen. Damit bliebe das Problem bestehen, dass die Praxis der MD-Prüfungen nach wie vor in vielen Fällen zu überzogenen Dokumentationsanforderungen führt, die deutlich über das hinausgehen, was für die pflegerische Versorgung notwendig ist. Solange nicht eindeutig geregelt ist, dass der MD keine Anforderungen über den verbindlich festgelegten Wortlaut hinausstellen darf, bleibt die Rechtsunsicherheit bestehen. Einrichtungen stehen dann weiterhin in einem asymmetrischen Verhältnis, bei dem der MD faktisch frei definieren kann, was er für prüfrelevant hält.

Änderungsvorschläge

Keine

Artikel 1, Nr. 66**§ 114a Abs. 7 SGB XI – Richtlinien für die Qualitätsprüfungen in gemeinschaftlichen Wohnformen****Vorgeschlagene Neuregelung**

Der Medizinische Dienst Bund wird verpflichtet, Richtlinien für die Qualitätsprüfungen in gemeinschaftlichen Wohnformen mit Verträgen zur pflegerischen Versorgung gemäß § 92c SGB XI zu beschließen. Diese müssen sechs Monate nach dem Zeitpunkt vorliegen, an dem die Maßstäbe und Grundsätze nach § 113 SGB XI um Regelungen für die gemeinschaftlichen Wohnformen ergänzt wurden.

Stellungnahme

Zu den Qualitätsprüfungs-Richtlinien wird auf die Ausführungen zu [§ 113 SGB XI](#) verwiesen. Wie bei den Maßstäben und Grundsätzen zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität erscheint auch der vorgesehene Zeitplan für die Erarbeitung bzw. Anpassung der Qualitätsprüfungs-Richtlinien als zu knapp bemessen. Laut Begründung sollen die Bundesempfehlungen nach § 92c Abs. 2 SGB XI und die Maßstäbe und Grundsätze nach § 113 SGB XI als Grundlage dienen. Im Vergleich zum Referentenentwurf wurden die verschiedenen Fristen hinsichtlich der Empfehlungen nach § 92c SGB XI, den Maßstäben und Grundsätzen nach § 113 SGB XI zwar harmonisiert, offen ist aber weiterhin, welche Auswirkungen eventuelle Verzögerungen bei den Beratungen zur Bundesempfehlung auf den Prozess haben.

Änderungsvorschläge

§ 114a Abs. 7 Satz 3 SGB XI wird wie folgt gefasst:

„Die Richtlinien für gemeinschaftliche Wohnformen mit Verträgen zur pflegerischen Versorgung gemäß § 92c sind auf der Grundlage der Empfehlungen nach § 92c Absatz 5 innerhalb von ~~sechs~~ **neun** Monaten nach der Ergänzung der Vereinbarungen gem. § 113 Abs. 1 Satz 2 zu beschließen.“

Artikel 1, Nr. 67**§ 114c SGB XI – Richtlinien zur Verlängerung des Prüfrhythmus in vollstationären, teilstationären und ambulanten Einrichtungen bei guter Qualität****Vorgeschlagene Neuregelung**

Mit der Änderung soll die Beteiligung der Pflegeberufe an Entscheidungsprozessen anhand der Vorgaben des § 118a SGB XI einheitlich gestaltet und gestärkt werden. Die Möglichkeit des verlängerten Prüfzeitraums auf zwei Jahre bei Vorliegen eines hohen Qualitätsniveaus soll auch auf ambulante und teilstationäre Einrichtungen ausgeweitet werden.

Stellungnahme

Der bpa begrüßt die Erweiterung der Möglichkeit des verlängerten Prüfrhythmus auch auf die ambulanten und teilstationären Pflegeeinrichtungen. Eine Beschränkung der Regelung nur auf die vollstationäre Pflege wäre nicht nachvollziehbar. Leider hat der Gesetzgeber versäumt, die Kriterien, die bisher für das „hohe Qualitätsniveau“ zu Grunde gelegt werden, zu überarbeiten, so dass zu erwarten ist, dass die Anzahl der Einrichtungen und Dienste, welche die Anforderungen erfüllen, auch künftig verschwindend gering sein wird.

Im Frühjahr 2024 hat die Daten-Clearing-Stelle (DCS) eine erste Auswertung für das Kalenderjahr 2023 zur Anzahl der Einrichtungen, welche die Kriterien für die Verlängerung des Prüfrhythmus erfüllen, vorgelegt. Das Ergebnis war ernüchternd. Lediglich 961 und somit 7,9 Prozent der bei der Datenclearingstelle (DCS) registrierten Pflegeeinrichtungen (12.222) konnten ein hohes Qualitätsniveau nach den Vorgaben der PruP-RiLi aufweisen. Bezogen auf alle vollstationären Pflegeeinrichtungen, bei denen im Jahr 2023 eine Qualitätsprüfung erfolgt ist, betrug der Anteil der Einrichtungen mit einem hohen Qualitätsniveau 12,1 Prozent. Damit bestätigt sich die Auffassung des bpa, dass die durch den Medizinischen Dienst definierten Kriterien deutlich zu restriktiv und kaum zu erfüllen sind. Ein relevanter Einrichtungskreis wird nicht erreicht. Das Ziel einer Entlastung qualitativ gut arbeitender Träger wird nicht erfüllt. Deswegen schlägt der bpa vor, in § 114 SGB XI den Prüfrhythmus auf zwei Jahre zu verlängern (s. Seite 86) und durch eine Änderung in § 114c SGB XI bei guter Qualität einen Prüfrhythmus von drei Jahren vorzusehen. In jedem Fall müssen die weiteren, hier unterbreiteten Vorschläge zur Änderung der Richtlinien umgesetzt werden.

Der Gesetzgeber sollte daher klarstellend tätig werden und Aspekte der zu berücksichtigenden Kriterien gesetzlich festschreiben. Insbesondere die bei vollstationären Einrichtungen vorgenommene Kumulation der

Anforderungen aus Ergebniserfassung und Qualitätsprüfung durch den Medizinischen Dienst sollte dabei in den Blick genommen werden. Die Anforderung, dass vollstationäre Einrichtungen immer in beiden Bereichen, also sowohl bei der Indikatorenerhebung als auch der Qualitätsprüfung, außerordentlich gute Ergebnisse vorweisen müssen, ist in der Praxis nur schwer zu erreichen, was auch die Zahlen der DCS belegen. Eine Qualitätsprüfung ist die Qualitätseinschätzung an einem Tag, die immer nur einen kleinen Ausschnitt darstellen kann und zudem durch subjektive Einschätzungen und Wahrnehmungen leicht beeinflussbar ist. Die Ergebniserfassung umfasst längere Zeitabschnitte und ist objektiver. Insofern sollten auch sehr gute Ergebnisse bei der Indikatorenerfassung ausreichen, um längere Prüfzyklen erreichen zu können. Außerdem sollten auch Einrichtungen, die vom Indikatorenverfahren ausgeschlossen sind, vom verlängerten Prüfrhythmus profitieren können, wenn sie die entsprechenden Kriterien für die Qualitätsprüfungen erfüllen. Ansonsten läge außerdem eine Ungleichbehandlung gegenüber den teilstationären und ambulanten Einrichtungen vor, bei denen das Indikatorenverfahren ebenfalls nicht zur Anwendung kommt.

Überdies sollte eine Klarstellung erfolgen, dass der verlängerte Prüfrhythmus nicht nur für die Prüfungen des Medizinischen Dienstes gilt, sondern auch für die der Heimaufsicht. Es ist nicht vermittelbar, wieso die eine Prüfung nur alle 24, die andere aber alle zwölf Monate nötig sein sollte.

Änderungsvorschläge

§ 114c Abs. 1 SGB XI wird wie folgt gefasst:

Abweichend von § 114 Absatz 2 soll eine Prüfung in einer zugelassenen vollstationären Pflegeeinrichtung ab dem 1. Januar 2023 und in einer zugelassenen teilstationären oder ambulanten Pflegeeinrichtung ab dem 1. Januar 2027 regelmäßig im Abstand von höchstens zwei Jahren stattfinden, wenn durch die jeweilige Einrichtung ein hohes Qualitätsniveau erreicht worden ist. **Dies gilt auch für Einrichtungen, die gemäß Anlage 3 der Maßstäbe und Grundsätze für die vollstationäre Pflege vom Indikatorenverfahren ausgeschlossen sind.** Die Landesverbände der Pflegekassen informieren die betroffenen Einrichtungen entsprechend den Maßgaben eines vom Spitzenverband Bund der Pflegekassen festgelegten bundeseinheitlichen Informationsverfahrens über die Verlängerung des Prüfrhythmus. Der Medizinische Dienst Bund legt im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen und unter Beteiligung des Prüfdienstes des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. in Richtlinien Kriterien zur Feststellung eines hohen Qualitätsniveaus sowie Kriterien für die Veranlassung unangemeldeter Prüfungen nach § 114a Absatz 1 Satz 3 fest. Bei der Erstellung der Richtlinien sind für

vollstationäre und teilstationäre Einrichtungen die Empfehlungen heranzuziehen, die in dem Abschlussbericht des wissenschaftlichen Verfahrens zur Entwicklung der Instrumente und Verfahren für Qualitätsprüfungen nach den §§ 114 bis 114b und die Qualitätsdarstellung nach § 115 Absatz 1a in der stationären Pflege „Darstellung der Konzeption für das neue Prüfverfahren und die Qualitätsdarstellung“ in der vom Qualitätsausschuss Pflege am 17. September 2018 abgenommenen Fassung zum indikatorengestützten Verfahren dargelegt wurden. Dabei sind die Besonderheiten der teilstationären Pflege zu berücksichtigen. Die Feststellung, ob ein hohes Qualitätsniveau durch eine vollstationäre Einrichtung erreicht worden ist, soll von den Landesverbänden der Pflegekassen auf der Grundlage der durch die Datenauswertungsstelle nach § 113 Absatz 1b Satz 3 übermittelten Daten und der Ergebnisse der nach § 114 durchgeführten Qualitätsprüfungen erfolgen. **Für vollstationäre Pflegeeinrichtungen sind die Ergebnisse der Indikatorenerhebung maßgeblich.** ~~Die Ergebnisse der Qualitätsprüfungen sind hierbei für teilstationäre Pflegeeinrichtungen allein maßgeblich.~~ Für ambulante Pflegeeinrichtungen sollen mit ihrem Wirksamwerden die Instrumente für die Prüfung der Qualität nach § 113b Absatz 4 Satz 2 Nummer 3 sowie die Ergebnisse der nach § 114 durchgeführten Qualitätsprüfungen für die Feststellung sowie für die Erstellung der Richtlinien im Übrigen maßgeblich sein. Die auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen wirken nach Maßgabe von § 118 an der Erstellung und Änderung der Richtlinien mit. Der Medizinische Dienst Bund hat die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene, die maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene, den Verband der privaten Krankenversicherung e. V., die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und der Eingliederungshilfe und die kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene zu beteiligen. Ihnen ist unter Übermittlung der hierfür erforderlichen Informationen innerhalb einer angemessenen Frist vor der Entscheidung Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen. Die Kriterien nach Satz 3 sind auf der Basis der empirischen Erkenntnisse der Datenauswertungsstelle nach § 113 Absatz 1b zur Messung und Bewertung der Qualität der Pflege in den Einrichtungen sowie des allgemein anerkannten Standes der medizinisch-pflegerischen Erkenntnisse regelmäßig, erstmals nach zwei Jahren, zu überprüfen.

Artikel 1, Nr. 68**§ 115 Abs. 1a SGB XI – Ergebnisse von Qualitätsprüfungen, Qualitätsdarstellung, Vergütungskürzung****Vorgeschlagene Neuregelung**

Mit den Ergänzungen sollen bei gemeinschaftlichen Wohnformen mit Verträgen zur pflegerischen Versorgung gemäß § 92c SGB XI die Transparenz der Qualitätsdarstellung geregelt und sogenannte Qualitätsdarstellungsvereinbarungen (QDV) beschlossen werden, welche die Form der Darstellung einschließlich einer Bewertungssystematik festlegen.

Stellungnahme

Es ist nachvollziehbar, dass der Gesetzgeber im Umgang mit den Ergebnissen von Qualitätsprüfungen und der Qualitätsdarstellung möglichst einheitliche Regelungen für alle Versorgungsformen erlassen möchte.

Wie aber bereits zu den §§ 45h und 92c SGB XI ausgeführt, gibt es nach Ansicht des bpa kein Erfordernis einen neuen Leistungssektor einzuführen, der ohne echte Verbesserung des Leistungsumfangs und -inhalts in erster Linie vor allem deutlich mehr administrativen Aufwand schafft. Das gilt gleichermaßen für den Regelungskreis des § 115a SGB XI.

Auch und gerade im Hinblick auf mögliche Qualitätsprüfungen zeigt sich sehr deutlich, dass die gemeinschaftliche Wohnform gem. § 45h SGB XI eine gänzliche neue Versorgungsform wäre, denn es würden weder die stationären noch die ambulanten Prüfrichtlinien passen. Es müssten somit neue Richtlinien erarbeitet werden. In der Folge würde neben der ambulanten und der stationären somit eine weitere Versorgungsform eingeführt, die erheblichen zusätzlichen bürokratischen Aufwand erzeugen würde:

- spezielle Rahmenverträge mit eigenen Qualitätsanforderungen
- separate Vergütungsvereinbarungen inkl. Abrechnungsmodalitäten
- ein eigenes separates Qualitätsprüfungs- und Qualitätsdarstellungssystem.

Dies wäre genau das Gegenteil der angekündigten und notwendigen Entbürokratisierung der pflegerischen Versorgung in Deutschland. Dazu heißt es im Koalitionsvertrag:

„Wir verringern Dokumentationspflichten und Kontrolllichten durch ein Bürokratieentlastungsgesetz im Gesundheitswesen massiv, etablieren eine Vertrauenskultur und **stärken die Eigenständigkeit und**

Eigenverantwortlichkeit der Professionen, statt sie mit Bürokratie aus Gesetzgebung und Selbstverwaltung zu lähmen.“

Änderungsvorschläge

Zusammen mit § 45h SGB XI und § 92c SGB XI sind auch die in § 115 SGB XI eingefügten Hinweise auf eine Qualitätsdarstellungsvereinbarung für gemeinschaftliche Wohnformen mit Verträgen nach § 92 c SGB XI ersatzlos zu streichen.

Artikel 1, Nr. 74**§ 125a SGB XI – Modellvorhaben zur Erprobung von Telepflege****Vorgeschlagene Neuregelung**

Für eine wissenschaftlich gestützte Erprobung von Telepflege zur Verbesserung der pflegerischen Versorgung von Pflegebedürftigen werden aus Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung fünf Millionen Euro im Zeitraum von 2022 bis 2025 zur Verfügung gestellt. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen erarbeitet im Benehmen mit den Verbänden der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene, geeigneten Verbänden der Digitalwirtschaft sowie der Gesellschaft für Telematik und unter Beteiligung der maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene und den maßgeblichen Selbsthilfeverbänden (oder der Pflegebevollmächtigten) bis zum 31. Dezember 2027 Empfehlungen zur Umsetzung der Ergebnisse der wissenschaftlich gestützten Erprobung von Telepflege zur Verbesserung der pflegerischen Versorgung in der ambulanten und stationären Langzeitpflege.

Stellungnahme

Das Modellvorhaben nach § 125a SGB XI umfasst gerade einmal zwölf Projekte, sodass insgesamt die Themenauswahl sehr beschränkt ist. Auf dieser Basis können Empfehlungen zur Telepflege nicht sinnvoll erstellt werden. Der bpa schlägt deswegen vor, dass die Empfehlungen zur Telepflege unabhängig vom Modellvorhaben erfolgen. Die Erfahrungen aus dem Modellvorhaben können dort mit einfließen, sie sollten aber nicht ausschließliche Grundlage für die Empfehlungen sein. Zugleich müssen die Empfehlungen auch zwingend Aussagen über die künftige Finanzierung der Telepflege enthalten, um die Umsetzung zu beschleunigen.

Änderungsvorschläge

§ 125a Abs. 3 SGB XI wird wie folgt gefasst:

Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen erarbeitet im Benehmen mit den Verbänden der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene, geeigneten Verbänden der Digitalwirtschaft und mit der Gesellschaft für Telematik sowie unter Beteiligung der maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene, den auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen nach § 118 und der oder des Bevollmächtigten der Bundesregierung für Pflege bis zum 31. Dezember 2027 Empfehlungen zur Umsetzung ~~der Ergebnisse der wissenschaftlich gestützten Erprobung von~~ Telepflege zur Verbesserung der

pflegerischen Versorgung in der ambulanten und in der stationären Langzeitpflege **sowie deren Finanzierung.**

Artikel 1, Nr. 75**§ 125c SGB XI – Modellvorhaben zur****Erprobung digitaler Verhandlungen der Pflegevergütung****Vorgeschlagene Neuregelung**

Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen soll aus Mitteln des Ausgleichsfonds Modellvorhaben zur Erprobung digitaler Verhandlungen der Pflegevergütung durchführen, mit dem Ziel dadurch künftig Verhandlungen effizient und zügig zum Abschluss bringen zu können.

Stellungnahme

Der bpa bewertet dieses Vorhaben aus zwei Gründen kritisch. Zum einen liegt die alleinige Planungsverantwortung für die Modellvorhaben beim Spitzenverband Bund der Pflegekassen, was die Befürchtung zulässt, dass nicht alle entscheidenden Stellschrauben im Vergütungsverfahren gleichermaßen berücksichtigt werden. Zum anderen gibt es vielerorts bereits heute eine bewährte Praxis von digitalisierten Verhandlungsverfahren, die keiner Erprobung mehr bedürfen.

Anstelle von Modellvorhaben ist die Vereinfachung von Kalkulationsunterlagen mit der Möglichkeit, Daten einfacher in die Verhandlungsdateien der Vertragsparteien zu exportieren, ein effektiver Beitrag zur Beschleunigung von Verfahren, der bereits in Praxis Anwendung findet. Daher sollte die Etablierung digitaler Verfahren in die Regelungsinhalte der nach § 86a Abs. 3 SGB XI vorgesehenen Bundesempfehlungen aufgenommen werden. Weit weniger digital sind die Schiedsstellenverfahren, bei denen nach wie vor Schriftsätze in mehrfacher Ausfertigung in Papierform versendet werden müssen. Die Verordnungsermächtigung bezüglich der Ausgestaltung der Schiedsstellen liegt bei den Ländern. Diese Ermächtigung sollte um den Auftrag, die Möglichkeiten der Digitalisierung zur Verfahrensbeschleunigung in der Schiedsstelle zu nutzen, ergänzt werden. Anstelle kostenintensiver Modellprojekte, die die Mittel des Ausgleichsfonds weiter schmälern, aber nicht in absehbarer Zeit zu spürbaren Entlastungen im Verhandlungsgeschehen führen werden, sollten bereits erkannte Entlastungspotentiale so genutzt werden, dass sie flächendeckend zur Verfahrensvereinfachung beitragen können. Mit einem entsprechenden Auftrag an die Partner der Bundesempfehlungen nach § 86a SGB XI und die Landesregierungen zur Vereinfachung der Schiedsstellenverfahren kann effektiv zur Verfahrensbeschleunigung beigetragen werden.

Änderungsvorschläge

§ 86a Absatz 3 wird wie folgt ergänzt:

(3) Zur Unterstützung effizienter und bürokratiearmer Verfahren mit dem Ziel des Abschlusses weitsichtiger Pflegesatz- und Pflegevergütungsvereinbarungen sind auf Bundesebene Empfehlungen nach dem Verfahren gemäß § 75 Absatz 6 bis zum [einsetzen: Datum neun Monate nach Inkrafttreten gemäß Artikel 7] abzugeben. Die Empfehlungen betreffen **unter Berücksichtigung digitaler Verfahren** insbesondere:

1. die Anforderungen an die nach § 85 Absatz 3 geeigneten Nachweise zur Darlegung der voraussichtlichen Personal- und Sachaufwendungen einschließlich entsprechender Formulare zur Aufbereitung der Daten,
2. geeignete Formen zur Hinterlegung oder zum Ausweis der der Pflegesatz- oder Vergütungsvereinbarung zugrunde gelegten Personal- und Sachaufwendungen und Ausgangswerte **unter Berücksichtigung möglicher Kalkulationsparameter nach Absatz 2 Satz 2**, die bei Anschlussvereinbarungen einer Anpassung leicht zugänglich sind,
3. Methoden für vereinfachte Anpassungsverfahren bezogen auf Einzel- und Gruppenverfahren einschließlich geeigneter Parameter und Orientierungswerte bei der Vereinbarung von Pauschalen und
4. Handreichungen zum Umgang mit aktuellen Herausforderungen bei den Vereinbarungsverfahren.

In den Empfehlungen ist zu berücksichtigen, dass vereinbarte Pauschalen in Einzel- und Gruppenverfahren für jede Pflegeeinrichtung in einem angemessenen Verhältnis zur tatsächlichen Höhe von Personal- und Sachaufwendungen sowie von weiteren relevanten Positionen stehen müssen. Die Vertragspartner nach § 75 Absatz 1 in den Ländern können davon abweichende Vorgaben in ihren Rahmenverträgen vereinbaren, im Übrigen sind die Empfehlungen für die ~~Vertragspartner~~ **Vertragsparteien nach § 85 Absatz 2** unmittelbar verbindlich.

§ 76 Abs. 5 wird wie folgt ergänzt:

(5) Die Landesregierungen werden ermächtigt, durch Rechtsverordnung das Nähere über die Zahl, die Bestellung, die Amtsdauer und die Amtsführung, die Erstattung der baren Auslagen und die Entschädigung für Zeitaufwand der Mitglieder der Schiedsstelle, die Geschäftsführung, das Verfahren, die Erhebung und die Höhe der Gebühren sowie über die Verteilung der Kosten zu bestimmen. **Die Regelungen haben insbesondere die Möglichkeiten zur Sicherstellung eines effizienten und bürokratiearmen Verfahrensablaufs durch digitale Anwendungen zu berücksichtigen.**

Artikel 1, Nr. 75**§ 125d SGB XI – Modellvorhaben zur Erprobung der Flexibilisierung der Leistungserbringung stationärer Pflegeeinrichtungen****Vorgeschlagene Neuregelung**

Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen kann aus Mitteln nach § 8 Abs. 3 SGB XI Modellvorhaben zur Erprobung der Flexibilisierung stationärer Pflegeeinrichtungen vereinbaren. Gegenstand der Erprobung sind der dauerhafte Einbezug von An- und Zugehörigen in die vollstationäre pflegerische Versorgung und dadurch die Abwahlmöglichkeit professionell erbrachter Leistungen nach § 43 sowie die Erbringung von Leistungen häuslicher Pflegehilfe (§ 36 SGB XI) und die Versorgung mit häuslicher Krankenpflege (§ 37 SGB V) durch voll- und teilstationäre Pflegeeinrichtungen für Versicherte außerhalb der Pflegeeinrichtung.

Stellungnahme

Der bpa bewertet dieses Vorhaben in der Zielrichtung positiv. Gleichwohl ist die konkrete Ausgestaltung noch dringend verbesserungswürdig.

Dem GKV-Spitzenverband wird es freigestellt entsprechende Modellvorhaben umzusetzen („kann...vereinbaren“). Dieses optionale Vorgehen ist nicht sachlogisch. Die Option zum Durchführen besteht bereits nach der geltenden Rechtslage über die Modellvorhaben des § 8 Abs. 3 SGB XI. Die Forschungsstelle des GKV-Spitzenverbands könnte das jederzeit umsetzen. Es braucht daher die Verpflichtung zur Erfüllung des Auftrags. Leider fehlt es an einer gesonderten finanziellen Ausstattung hierfür. Das Modellprojekt nach § 8 Abs. 3b SGB XI zur PeBeM-Erprobung und Weiterentwicklung litt erheblich unter der zu geringen finanziellen Ausstattung. Eine Erprobung in lediglich 10 Pflegeheimen deutschlandweit hat von Beginn an der Legitimität und Akzeptanz geschadet. Dies wird hier absehbar umso stärker der Fall sein, da eine erhebliche umfangreichere Bandbreite an Möglichkeiten erprobt und wissenschaftlich begleitet werden sollte. Die Gestaltungsspielräume zur Flexibilisierung der Leistungserbringung in der teil- und vollstationären Versorgung sind enorm – zumal die Erprobung einer Maßnahme in lediglich ein oder zwei Fällen keine umfassende Aussagekraft mit sich bringt. Die Begründung zu Absatz 2 spricht davon, dass maximal 3 Einrichtungen pro Bundesland an der Erprobung beteiligt werden sollen. Soweit tatsächlich sichergestellt ist, dass 48 Einrichtungen sich am Modellprojekt beteiligen können, wäre dies eine gute Größe. Ohne entsprechende Mittelzuweisung scheint dies jedoch nicht vorstellbar.

Die Aufzählung an denkbaren Flexibilisierungen ist viel zu kurz gedacht. **Es geht um die Absicherung der Versorgung im stationären Setting.** Wieso werden die Weiterentwicklungen dabei auf zwei Bereiche beschränkt – zumal einer dieser mit der Einbindung der Angehörigen bereits in verschiedenen anderen Projekten betrachtet wurde und sich die Bereitschaft in der Regel sehr in Grenzen hielt? Vielmehr wäre eine Abwahl von Leistungen doch auch denkbar, wenn der Pflegebedürftige diese selbstbestimmt nicht nutzen möchte. Das gleiche gilt im Übrigen auch für eine Zuwahl von Leistungen, beispielsweise in Form einer anderen Verpflegung. Wenn Pflegebedürftige und Pflegeeinrichtungen freiwillig ihre vertraglich vereinbarten Leistungen anpassen wollen, muss ihnen diese Gestaltungsfreiheit freistehen. **In einem mutigen Modellprojekt muss ein offenes Denken und Handeln möglich sein.** Nur so kann identifiziert werden, welche Grenzen das derzeitige Leistungs- und Ordnungsrecht setzen, die eine bessere Leistungserbringung im Weg stehen. Der Katalog der zu erprobenden Leistungen darf nicht von vornherein beschränkt werden.

Es verwundert überdies, dass die am Modellprojekt teilnehmenden Einrichtungen einem insgesamt weiter sehr engen Korsett an Vorgaben unterliegen – welches vielfach hinter den Möglichkeiten des § 92c SGB XI, also neuer Regelversorgung, zurückbleibt. Vielmehr sollte doch in diesem kontrollierten Umfeld ein Abweichen vom Status Quo befördert werden.

Vollkommen unklar ist, wieso die Laufzeit der Übergangsregelung zur Flexibilisierung der Leistungen nach dem Ende des Modellprogramms an das Vorliegen der Bundesempfehlungen nach § 92c Absatz 4 SGB gekoppelt sein soll. Diese richten sich an ambulante Pflegedienste, nicht vollstationäre Pflegeeinrichtungen. Soweit die Bundesempfehlungen spätestens Ende 2027 vorliegen würden, gäbe es zudem für ein Ende 2028 auslaufendes Modellprogramm überhaupt keine Übergangsfrist. Dies scheint dem Ziel dieser Regelung offenkundig zu widersprechen.

Änderungsvorschläge

§ 125d Abs. 1 SGB XI wird wie folgt geändert:

Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen ~~kann~~ **führt** in den Jahren 2026 bis 2028 aus den Mitteln nach § 8 Absatz 3 Modellvorhaben zur Erprobung der Flexibilisierung der Leistungserbringung von zugelassenen stationären Pflegeeinrichtungen nach Satz 2 ~~vereinbaren~~ **durch**. Gegenstand der Erprobung ~~sind~~ **können sein**

1. der dauerhafte Einbezug von An- und Zugehörigen in die vollstationäre pflegerische Versorgung ~~und dadurch~~
2. die Ab- **und** Zuwahlmöglichkeit professionell erbrachter Leistungen nach § 43 ~~sowie~~
3. die Erbringung von Leistungen im Sinne des § 36 dieses Buches und die Versorgung mit häuslicher Krankenpflege gemäß § 37 des Fünften Buches durch voll- und teilstationäre Pflegeeinrichtungen für Versicherte außerhalb der Pflegeeinrichtung sowie
4. **weitere Maßnahmen zur Flexibilisierung des bestehenden Leistungsangebots.**

§ 125d Abs. 3 Satz 5 wird wie folgt geändert:

Die Flexibilisierung der Leistungserbringung der teilnehmenden Pflegeeinrichtungen zur Versorgung kann bis zu zwei Jahre nach dem Ende des Modellvorhabens ~~und bis zu zwölf Monate nach dem Vorliegen der Bundesempfehlungen nach § 92c Absatz 4~~ gültig bleiben.

Artikel 1, Nr. 78**§ 154 SGB XI – Ergänzungshilfen für stationäre Pflegeeinrichtungen zum Ausgleich steigender Preise für Erdgas, Wärme und Strom****Vorgeschlagene Neuregelung**

Soweit eine Pflegeeinrichtung, die Ergänzungshilfen nach § 154 SGB XI erhalten hat, keine Jahresabrechnung gegenüber der zuständigen Pflegekassen vorlegt, sollen die erhaltenen Ergänzungshilfen nicht mehr um 20 Prozent, sondern stattdessen um 100 Prozent gekürzt werden

Stellungnahme

Die vorliegende Neuregelung ist weder nachvollziehbar noch sachgerecht. Die Regelung ist Ausdruck der wiederholt gezeigten Misstrauenskultur, die der Gesetzgeber und die Kostenträger gegenüber den Pflegeeinrichtungen leben. Statt Unterstützung und Entlastung werden die bürokratischen Belastungen durch immer neue Vorgaben und Sanktionierungen permanent verschärft. Die Regelung zeigt überdies, wie die Ankündigung des Koalitionsvertrages zur Etablierung einer „Vertrauenskultur“ (Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD, S. 78) gelebt wird: Im ersten Pflegegesetz der Koalition wird das Gegenteil umgesetzt.

Der Gesetzgeber behauptet, dass Pflegeeinrichtungen Jahresabrechnungen nicht vorlegen würden, weil diese vermeintlich selbst bei einer Rückzahlungsverpflichtung von 20 Prozent der erhaltenen Ergänzungshilfen ein wirtschaftlich besseres Ergebnis erzielen könnten. Wie es zu dieser Einschätzung kommt, bleibt unklar. Zahlen über die Auswirkungen der Spitzabrechnung im Rahmen der Jahresabrechnungen liegen öffentlich nicht vor. Der Gesetzgeber, dem seitens des GKV-Spitzenverbandes hierzu Bericht erstattet wird, veröffentlicht ebenfalls keine Zahlen. Sollte die in der Begründung postulierte Annahme stimmen, sollte es entsprechende statistische Anzeichen geben. Es ist jedoch bekannt, dass die Inanspruchnahme der Ergänzungshilfen erheblich niedriger war, als zunächst erwartet. Die Pflegeeinrichtungen haben insbesondere durch ihre Bemühungen zum Energiesparen dazu beigetragen, dass der vorgesehene Haushaltsansatz nicht ansatzweise ausgenutzt wurde.

Nichtsdestotrotz will der Gesetzgeber nun die Sanktionierung drastisch verschärfen, um „Wettbewerbsverzerrungen“ zu verhindern. Diese Wettbewerbsverzerrungen wurden gleichwohl ursprünglich billigend in Kauf genommen, indem die Pflegeeinrichtungen, die kein leitungsgebundenes Erdgas oder keine leitungsgebundene Fernwärme nutzten, keine Ergänzungshilfen in Anspruch nehmen durften.

Dass Pflegeeinrichtungen teilweise gegebenenfalls keine Abgabe der Jahresabrechnungen vorgenommen haben, ist fast ausnahmslos mit deren Überlastung zu erklären. Immer neue Vorgaben führen dazu, dass sich Pflegeeinrichtungen kaum noch auf ihr Kerngeschäft einer qualitativ hochwertigen pflegerischen Versorgung konzentrieren können. Immer neue Nachweise, Dokumentation, Konzeptnotwendigkeiten, Hygiene- und Personalverordnungen und so weiter führen zu einer Stärkung der Arbeit am Papier und einer Schwächung der Arbeit am Menschen. Gleichzeitig muss in verschiedenen Ländern beobachtet werden, dass seitens der Kostenträger die Personalschlüssel für Verwaltungsanteile sogar noch weiter reduziert werden sollen – obwohl die Anforderungen immer weiter steigen und Erhebungen zeigen, dass Pflegeeinrichtungen bereits erheblich mehr Personal für die Verwaltung einsetzen müssen, als sie refinanziert bekommen.

Änderungsvorschläge

Die Neuregelung wird gestrichen.

Artikel 3, Nr. 2**§ 15a SGB V – Erbringung von Leistungen der ärztlichen Behandlung durch Pflegefachpersonen****Vorgeschlagene Neuregelung**

Pflegefachpersonen mit den erforderlichen Kompetenzen können bestimmte Leistungen der ärztlichen Behandlung erbringen.

Stellungnahme

Diese Regelung ist die zentrale Stellschraube, um die Kompetenzen von Pflegefachpersonen im Leistungsrecht zu verankern. Damit wird eine wirksame und rechtsverbindliche Verankerung im Leistungsrecht vorgenommen. Das begrüßt der bpa. Besonders hervorzuheben ist der erste Satz in der Begründung:

„Der Pflegeberuf ist ein Heilberuf mit eigenen beruflichen Kompetenzen.“

Auf diesen Satz haben Tausende von Pflegekräften in Deutschland lange gewartet. Damit kommt die Bundesregierung grundsätzlich dem nach, was ein Gesetz zur Befugnisserweiterung in der Pflege vermuten lässt. Die Kompetenzen der Pflegekräfte werden anerkannt und leistungsrechtlich verankert. Der bpa begrüßt, dass Pflegefachpersonen künftig auch heilkundliche Leistungen – die bisher Ärzten vorbehalten sind – erbringen dürfen.

In der Begründung heißt es weiter: „Zur Eigenverantwortlichkeit gehören die berufsrechtlich weisungsfreie Entscheidung über die Art, Dauer und Häufigkeit der Behandlung. ... Eine eigenverantwortliche Erbringung von bestimmten Leistungen der ärztlichen Behandlung bedeutet, dass die Pflegefachperson auf Grundlage ihrer vorhandenen fachlichen Kompetenzen einen eigenen fachlichen Entscheidungsbereich hat, der nicht täglich oder im Einzelfall neu festgelegt wird, sondern grundsätzlich besteht.“

Diese Sätze sind eine wichtige Botschaft an die Pflegefachpersonen. Wenn das, was dort beschrieben wird, tatsächlich in der Praxis ankommt, bedeutet das eine Abkehr von der Abhängigkeit von Ärzten und kann zu einer echten Aufwertung des Pflegeberufes führen.

Zur Wahrheit gehört allerdings auch, dass es bis zur tatsächlichen Umsetzung dessen in der Praxis noch ein langer Weg ist (s. dazu u.a. die Ausführungen zu § 73d SGB V, Seite 120).

Welche ärztlichen Leistungen von Pflegefachpersonen künftig erbracht werden können, ergibt sich u.a. aus einem noch zu schließenden Vertrag nach § 73d SGB V auf Bundesebene. Dieser soll einerseits einen Katalog entsprechender Leistungen enthalten und einen Katalog an Leistungen der häuslichen Krankenpflege, die Pflegefachpersonen eigenverantwortlich verordnen können. Bis dieser Vertrag geschlossen ist, können die Leistungen aus der Anlage des Rahmenvertrags zu den Modellvorhaben nach § 64d SGB V erbracht werden (s. dazu Seite 108).

Der bpa begrüßt, dass die Verweise auf den noch zu schließenden Vertrag nach § 73d SGB V und die Anlage zum Rahmenvertrag nach § 64d SGB V nicht abschließend sind, sondern diese nur „insbesondere“ Beispiele sind.

Besonders wichtig ist es, dass die Leistungen der ärztlichen Behandlung nicht nur von studierten Pflegefachpersonen erbracht werden dürfen, sondern auch von solchen mit einer beruflichen Ausbildung oder mit einer staatlich anerkannten, bundesweit einheitlichen Weiterbildung oder aufgrund einer solchen Weiterbildung entsprechenden Berufserfahrung, die durch eine Kompetenzfeststellung der Länder nachgewiesen wurde.

Das ist ein wichtiges Signal an die Mehrheit der Pflegekräfte in Deutschland, die eine berufliche Ausbildung hat. Deswegen ist die Einbeziehung der Pflegekräfte mit beruflicher Ausbildung ein wesentlicher Faktor, der zum Gelingen oder Scheitern des Gesetzes beitragen kann. Es darf nicht dazu führen, dass es nur wenige akademisch qualifizierte Pflegekräfte geben wird, die Leistungen der ärztlichen Behandlung durchführen können, während die Masse der Pflegefachkräfte keine Chance dazu erhält (Zahlen zum Verhältnis von beruflich qualifizierten Pflegekräften und wissenschaftlich qualifizierten Kräften siehe Seite 16).

Der bpa unterstützt auch ausdrücklich die Möglichkeit, dass Pflegefachpersonen mit einer Weiterbildung oder mit Berufserfahrung und einer Kompetenzfeststellung ärztliche Leistungen erbringen können sollen. Da die Weiterbildung in die Hoheit der Länder fällt, ist eine Anerkennung über zuständige Landesbehörden wohl unvermeidlich, auch wenn sich der bpa hier bundeseinheitliche Standards wünschen würde. Geplant ist hierzu vom Bundesministerium für Gesundheit die Initiierung einer Bund-Länder-Arbeitsgruppe – das ist ein erster Schritt in die richtige Richtung, aber es sollte zumindest geprüft werden, ob nicht gleich weitergehende Maßnahmen wie eine zentrale Stelle auf Bundesebene oder zumindest eine gemeinsame Website mit entsprechenden Übersichten möglich sind. Eine bundeseinheitliche Anerkennung der entsprechenden Weiterbildungen ist nicht nur ein wichtiges Signal für die Pflegefachpersonen, sondern aus Gründen des Patientenschutzes erforderlich, wie die Gesetzesbegründung richtigerweise feststellt. Durch die Vorschrift werden auch die

Vorbehaltstätigkeiten nach § 4 PflBG im Leistungsrecht verankert, wodurch andere Berufsgruppen diese nicht erbringen dürfen.

Außerdem wird klargestellt, dass die zu den Pflegeleistungen auch die Pflegeprozessverantwortung gehört. Hierzu wird auf die Ausführungen zu § 11 SGB XI Steuerung des Pflegeprozesses; Vorhaltung von Delegationskonzepten (s. Seite 26) verwiesen.

Änderungsvorschläge

Keine.

Artikel 3, Nr. 13**§ 64d SGB V – Modellvorhaben zur Übertragung ärztlicher Tätigkeiten****Vorgeschlagene Neuregelung**

Während die Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3b und 3c SGB V – bis auf eine Bestandsschutzregelung – gestrichen werden, bleiben die Modellvorhaben nach § 64d SGB V bestehen und werden in die Regelversorgung überführt.

Stellungnahme

Die Regelungen zur Gültigkeit der Modellvorhaben nach § 64 SGB V bedürfen der Klarstellung.

Durch § 15a Abs. 1 Nr. 3 SGB V werden die Leistungen der Anlage 1 des Rahmenvertrags nach § 64d in die Regelversorgung überführt. Das bedeutet, dass diese nach Inkrafttreten des Gesetzes am 1. Januar 2026 erbracht werden könnten. Das bestätigt auch die Begründung, in der es heißt, dass diese Leistungen „unmittelbar“ in die Regelversorgung übernommen werden. Die Gültigkeit dieser Regelung ist begrenzt „bis zum Abschluss des Vertrags nach § 73d Absatz 1 Satz 1 SGB V. Da der Vertrag nach § 73d SGB V bis zum 31. Juli 2027 zu schließen ist, würde demnach gelten, dass zwischen 1. Januar 2026 und 31. Juli 2027 die Leistungen der Anlage 1 des Rahmenvertrags nach § 64 d SGB V als Regelleistungen durch Pflegefachpersonen erbracht werden können.

In der Begründung zu § 73d Abs. 1 SGB V wird darauf verwiesen, dass möglicherweise sich noch die Notwendigkeit einer Anpassung des bisherigen Rahmenvertrags nach § 64d SGB V ergeben könnte, weil die selbständige Erbringung heilkundlicher Tätigkeiten über ein Modellprogramm erfolgt und nicht als Regelleistung. Da es nach Kenntnis des bpa kein Modellprogramm gibt, können die entsprechenden Vorschriften in § 64d SGB V und 73d SGB V zur Anpassung des Rahmenvertrags gestrichen werden.

Die Überführung der Modellvorhaben in die Regelversorgung begrüßt der bpa. Die Regelungen zu § 63 Abs. 3b und 3c SGB V sowie zu § 64d SGB V sollten gestrichen werden. Seit 2008 sollten Modellvorhaben Erkenntnisse zur selbständigen Ausübung von Heilkunde durch Pflegefachkräfte liefern. Das Verfahren wurde verzögert, es sind kaum Modellvorhaben umgesetzt worden. Aus Sicht des bpa sind die Modellvorhaben gescheitert. Deswegen ist es richtig, die entsprechenden Regelungen so bald als möglich zu streichen und die Modelle in die Regelversorgung zu überführen.

Änderungsvorschläge

§ 63 Abs. 3b SGB V und § 63 Abs. 3c SGB V werden gestrichen. § 64d SGB V wird mit Wirkung zum 1. August 2027 gestrichen.

Hilfsweise: In § 64d Abs. 1 SGB V wird die Einfügung des folgenden Satzes gestrichen: „Bis zum 31. März 2027 ist der Rahmenvertrag unter Berücksichtigung des Ergebnisses der Prüfung nach § 73d Absatz 1 Satz 2 so anzupassen, dass die in Anlage 1 des Rahmenvertrags genannten Leistungen der ärztlichen Behandlung durch Pflegefachpersonen auch in der Regelversorgung erbracht werden können.“

In § 73d Satz 2 SGB V wird gestrichen: „Bis zum 31. Dezember 2026 haben die in Satz 1 genannten Vertragspartner zu prüfen, ob Anpassungen des nach § 64d Absatz 1 Satz 4 geschlossenen Rahmenvertrags erforderlich sind, damit die in Anlage 1 des Rahmenvertrags genannten Leistungen der ärztlichen Behandlung durch Pflegefachpersonen auch in der Regelversorgung erbracht werden können.“

Artikel 3, Nr. 16**§ 73d SGB V – Eigenverantwortliche Erbringung von Leistungen durch Pflegefachpersonen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung****Vorgeschlagene Neuregelung**

Welche ärztlichen Leistungen durch Pflegefachpersonen selbständig erbracht und welche Leistungen der häuslichen Krankenpflege (und der dafür benötigten Hilfsmittel) durch Pflegefachpersonen eigenständig verordnet und zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung abgerechnet werden können, wird bis 31. Juli 2027 in einem Vertrag zwischen den Verbänden der Pflegeeinrichtungen, dem GKV-SV sowie der KBV vereinbart. Zudem sind Rahmenvorgaben zur interprofessionellen Zusammenarbeit zwischen Pflegepersonen und Ärzten zu vereinbaren.

Stellungnahme

Die entscheidende Frage des Gesetzes zur Befugniserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege lautet:

Welche Leistungen der ärztlichen Behandlung dürfen Pflegefachpersonen künftig selbständig erbringen?

Da der Gesetzgeber von einer eigenen Festlegung abgesehen hat, sollen die Antworten durch die Regelungen von § 73d SGB V erfolgen. Der bpa begrüßt diese Konstruktion grundsätzlich.

Der Vertrag soll festlegen, welche Leistungen der ärztlichen Behandlung durch Pflegefachpersonen erbracht werden können und welche Qualifikationen dafür erforderlich sind.

Vorgesehen ist, dass in den Vertrag nur Leistungen aufgenommen werden, die nicht heute bereits zu pflegerischen Aufgaben gehören. Das ist aus Sicht des bpa der richtige Ansatz, da es sich um neue, bisher Ärzten vorbehaltenen Leistungen handelt und nicht um die bisherigen pflegerische Regelleistungen.

Der bpa begrüßt, dass dabei auch ausdrücklich eine einschlägige Berufserfahrung berücksichtigt werden kann. Damit wird den Pflegefachpersonen mit beruflicher Ausbildung eine wichtige Perspektive eröffnet, die zur Attraktivität des Pflegeberufs und zum Berufsverbleib beitragen kann. Das unterstützt der bpa. Positiv ist, dass auch staatlich anerkannte Weiterbildungen als Grundlage für die Übernahme ärztlicher Leistungen anerkannt werden. Der Gesetzgeber sieht vor, dass der auf der Grundlage von § 64d

SGB V geschlossene Rahmenvertrag als vereinbart gilt, um möglichst schnell eine Umsetzung zu ermöglichen.

Obwohl im Gesetzentwurf grundsätzlich davon abgesehen wird, die heilkundlichen Tätigkeiten, die Pflegefachpersonen erbringen können, festzulegen, finden sich teilweise sehr detaillierte Hinweise dazu. Genannt werden u.a. die Anlage eines Venenverweilkatheters/einer subkutanen Kanüle und die Gabe einer physiologischen Infusionslösung bei Exsikkose, die Entscheidung über die Anlage eines transurethralen Blasenkatheters bei einem Harnverhalt sowie über dessen Entfernung. Dass Anpassungen von Insulindosen bei Blutzucker-Abweichungen, kapilläre und venöse Blutentnahmen oder eine Uringewinnung zur Routinediagnostik und Verlaufskontrolle bei Diabetes mellitus Typ 1 und 2 ausschließlich Pflegefachpersonen mit hochschulischer Ausbildung zugeordnet werden, ist aus Sicht des bpa nicht sachgerecht. Der Gesetzgeber sollte hier dem zu schließenden Vertrag nicht vorgreifen und auf Beispiele für die ärztlichen Tätigkeiten, die durch Pflegefachpersonen erbracht werden können, verzichten. Denn der Gesetzgeber hat mit der Regelung des Vertrags nach § 73d SGB V ganz bewusst davon Abstand genommen, die ärztlichen Leistungen abschließend selbst zu definieren. Der Gesetzgeber hätte anstelle der Vertragslösung auch selbst einen Katalog gesetzlich verankern können – solange er diese Aufgabe an die Vertragspartner delegiert, sollte er deren Gestaltungsspielraum auch respektieren.

Sehr kritisch bewertet der bpa die Durchführung von Leistungen der ärztlichen Behandlung durch Pflegefachpersonen bei an einem an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer. Damit würde ein Konstruktionsfehler der Regelung von § 64d SGB V fortgeführt werden. Der Gesetzgeber muss sich fragen lassen, warum er das Gesetz zur Befugnisenerweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege umsetzt – geht es um eine Attraktivitätssteigerung der Pflegeberufe als einen wichtigen Baustein gegen den Fachkräftemangel in der Pflege? Oder geht es um die Entlastung der Ärzte, die zu ganz anderen Bedingungen Pflegefachpersonen beschäftigen könnten als Pflegeeinrichtungen und damit den Personalmangel in der Langzeitpflege verschärfen würden?

Das Gesetz zur Befugnisenerweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege sollte ein Gesetz zur Stärkung der Pflegekräfte in der Pflege sein. Es besteht kein Mangel an Pflegekräften bei Ärzten, sondern in der Langzeitpflege. Die Aktion „[Bei Anruf sorry](#)“ des bpa hat im Sommer 2024 gezeigt, dass jede Pflegeeinrichtung täglich durchschnittlich dreimal „Sorry“ sagen und Versorgungsanfragen ablehnen musste. Der Grund dafür sind die fehlenden Pflegekräfte. Erinnert sei auch an die Konzertierte Aktion für Pflege. Im [Zweiten Umsetzungsbericht](#) wird ausdrücklich „eine Aufwertung der Fachkompetenz von Pflegefachpersonen, indem ihnen künftig mehr Befugnisse in der Versorgung von pflegebedürftigen Menschen eingeräumt werden“, als Ziel genannt. Es geht um die Versorgung

von pflegebedürftigen Menschen – und nicht um die Stärkung der Arztpraxen.

Die Berücksichtigung von Pflegefachpersonen, die bei Vertragsärzten angestellt sind, ist ein dramatisches Einfallstor, um den Mangel der besonders qualifizierten Pflegekräfte in der Langzeitpflege zu verschärfen. Es wird für Ärzte sehr einfach, die Pflegefachpersonen zu „Neben-Ärzten“ in ihrer Praxis zu machen. Dann dient das Gesetz zur Befugnisenerweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege in erster Linie nicht der Pflege, sondern zur Entlastung der Ärzte, die in der Regel auch noch ganz andere Rahmenbedingungen bieten können als Pflegeeinrichtungen. Es steht damit zu erwarten, dass sich eine beträchtliche Anzahl der für erweiterte heilkundliche Tätigkeiten qualifizierte Pflegefachpersonen für eine Beschäftigung in der Arztpraxis entscheiden werden und in der Langzeitpflege zusätzlich fehlen. Der Gesetzgeber muss sich entscheiden, ob er mit dem Gesetz zur Befugnisenerweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege Verbesserungen für die Pflegebedürftigen erreichen will oder Arztpraxen entlasten will. Erinnerung sei auch an die Begründung des Gesetzentwurfs (Seite 65):

„Vor dem Hintergrund des demografischen Wandels ist die Zahl der pflegebedürftigen Menschen in den letzten Jahren weiter angestiegen. ... Dies führt einerseits zu einer kontinuierlich steigenden Nachfrage nach Pflegeleistungen und andererseits **zu einem steigenden Bedarf an Pflegekräften, um eine personenzentrierte und qualitativ hochwertige Pflege für die wachsende Zahl pflegebedürftiger Menschen und für Patientinnen und Patienten zu ermöglichen.** Auch wenn die Langzeitpflege in den vergangenen Jahren zu den besonders stark wachsenden Dienstleistungsbranchen gehörte, bedarf es weiterer bundesgesetzlicher Regelungen zur Verbesserung der Rahmenbedingungen in der Pflege, um die an der Pflege beteiligten Akteure zu unterstützen, ihren gesetzlichen Auftrag einer leistungsfähigen, regional gegliederten, ortsnahe und aufeinander abgestimmten **pflegerischen Versorgung der Bevölkerung zu erfüllen.**“

Der bpa fordert daher eine Klarstellung im Gesetz, dass die Erbringung von ärztlichen Leistungen durch Pflegefachpersonen nicht bei zugelassenen Vertragsärzten möglich ist.

Auf scharfe Kritik des bpa stößt auch der faktische Ausschluss von Pflegeeinrichtungen nach § 71 Abs. 1 und 2 SGB XI aus dem Regelungsbereich von § 73d SGB V. Pflegefachpersonen sollen ärztliche Leistungen der Begründung nach nur in Pflegeheimen erbringen können, wenn sie als Angestellte eines Arztes dort Hausbesuche machen oder im Rahmen einer Kooperationsvereinbarung nach § 119b SGB V oder wenn Pflegeheime zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung ermächtigt sind.

Es ist völlig unverständlich, warum u.a. die rund 245.000 Pflegefachpersonen, die in Pflegeheimen arbeiten, von der Kernregelung des Gesetzes ausgeschlossen werden sollen. Eine Begründung dafür fehlt und ist auch nicht ersichtlich. Bei den bisherigen Modellvorhaben nach § 64d SGB V waren die Pflegeheime einbezogen, ebenso im Referentenentwurf für das Pflegekompetenzgesetz aus der letzten Legislaturperiode.

Auch die Pflegefachpersonen in den zugelassenen Einrichtungen der Langzeitpflege nach dem SGB XI benötigen ein klares Signal der Bundesregierung, dass mit diesem Gesetz auch ihre Potenziale gehoben und ihre Kompetenzen stärker gewürdigt werden. Das Ziel des Gesetzes ist es, den Beruf noch attraktiver zu machen. Das erfordert dringend die Einbeziehung der Pflegefachpersonen in zugelassenen Pflegeeinrichtungen in den regulären Anwendungsbereich von § 73d SGB V. Die in § 28 Abs. 5 SGB XI vorgesehene Regelung ist hierfür keine adäquate Lösung (s. Seite 35). Die Regelung ist widersprüchlich, konterkariert die Ziele des Gesetzentwurfs und es droht ein weiterer finanzpolitischer Verschiebeparkplatz zu Lasten der Pflegeversicherung und der Pflegebedürftigen. Stattdessen ist durch Regelungen im SGB V sicherzustellen, dass die Leistungen der ärztlichen Behandlung durch Pflegefachpersonen in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen als durch die gesetzliche Krankenversicherung zu finanzierende Leistungen regelhaft und ohne ärztliche Leistungssteuerungsfunktion Ärzte erbracht werden können.

Durch den Vertrag soll festgelegt werden, für welche Leistungen der häuslichen Krankenpflege (und dafür benötigte Hilfsmittel) Pflegefachpersonen Verordnungen und Folgeverordnungen ausstellen können. Die Begründung verweist auf die jetzt bereits möglichen Blanko-Verordnungen und nennt als darüberhinausgehende Beispiele Folgeverordnungen für Sondennahrung über eine Magensonde oder Blutzuckermessung. Der bpa nimmt diese Ausführungen zur Kenntnis. Der Gesetzgeber sollte dem Vertrag nicht vorgehen.

Für den Bereich der häuslichen Krankenpflege (HKP) gibt es ein Regelungsregime über die Erlangung der Leistung mittels Verordnung des Arztes und Genehmigung der Leistung durch die Krankenkasse gemäß HKP-Richtlinie. Hier bleibt offen, auf welcher Grundlage für die Katalogleistungen nach Nr. 1 die Pflegefachperson nach ärztlicher Diagnose und Indikationsstellung zur eigenverantwortlichen Leistungserbringung übergehen kann. Auch dieses Verfahren ist im Vertrag zu regeln.

Bereits bei den Verhandlungen zum Rahmenvertrag nach § 64d SGB V spielte die Frage der Vergütung eine Rolle. Auf Drängen des bpa wurden entsprechende Hinweise aufgenommen. Der Gesetzgeber sollte daher im neuen Vertrag nach § 73d SGB V festlegen, dass auch Rahmenvorgaben

zur Vergütung vereinbart werden müssen. Entsprechende Regelungen finden sich auch in anderen Rahmenverträgen, etwa in § 132a Abs. 1 SGB V. Wenn qualifizierte Pflegefachpersonen mit Studium und/oder entsprechender Qualifizierung ärztliche Leistungen erbringen, bedarf es gesonderter Vereinbarungen für deren Vergütung.

Änderungsvorschläge

§ 73d SGB V wird wie folgt gefasst:

(1) Die Kassenärztliche Bundesvereinigung, der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die für die Wahrnehmung der Interessen von Pflegediensten maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene und die Vereinigungen der Träger von Pflegeheimen im Sinne des § 71 Absatz 2 des Elften Buches vereinbaren bis zum 31. Juli 2027 in einem Vertrag

1. einen Katalog an Leistungen der ärztlichen Behandlung, die Pflegefachpersonen nach § 15a Absatz 1 Nummer 1 eigenverantwortlich erbringen können,
2. einen Katalog an Leistungen im Rahmen der häuslichen Krankenpflege nach § 37, einschließlich der für diese Leistungen benötigten Hilfsmittel nach § 33, die Pflegefachpersonen jeweils nach § 15a Absatz 1 Nummer 2 eigenverantwortlich verordnen können, sowie das Nähere zum Verfahren und zu der Ausgestaltung der Verordnungen,
3. Rahmenvorgaben zur interprofessionellen Zusammenarbeit zwischen Pflegefachpersonen und Ärzten bei der Erbringung der nach den Nummern 1 und 2 vereinbarten Leistungen.
4. **Rahmenvorgaben zur Übernahme der Leistung durch die Pflegefachperson und zur Leistungspflicht der Krankenkassen und**
5. **Rahmenvorgaben zur Vergütung der Leistungen nach Absatz 1 und Absatz 2.**

~~Bis zum 31. Dezember 2026 haben die in Satz 1 genannten Vertragspartner zu prüfen, ob Anpassungen des nach § 64d Absatz 1 Satz 4 geschlossenen Rahmenvertrags erforderlich sind, damit die in Anlage 1 des Rahmenvertrags genannten Leistungen der ärztlichen Behandlung durch Pflegefachpersonen auch in der Regelversorgung erbracht werden können.~~

(2) Die in Absatz 1 genannten Vertragspartner haben unter Beachtung der Vorgaben von § 15a Absatz 1 in dem Vertrag nach Absatz 1 Satz 1 auch festzulegen, auf der Grundlage welcher Kompetenzen Pflegefachpersonen die nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und 2 vereinbarten Leistungen

und Hilfsmittel jeweils eigenverantwortlich erbringen oder verordnen können. Pflegefachpersonen können die nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und 2 vereinbarten Leistungen und Hilfsmittel ~~bei an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringern und~~ bei den Leistungserbringern **nach § 132a Absatz 4 sowie nach § 132l, bei ambulanten Pflegediensten gemäß § 71 Absatz 1 des Elften Buches und in stationären Pflegeeinrichtungen gemäß § 71 Absatz 2 des Elften Buches** erbringen oder verordnen, ~~mit denen Verträge nach § 132a Absatz 4 Satz 1 abgeschlossen werden.~~ Den maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene im Sinne des § 118a Absatz 1 Satz 1 des Elften Buches und der Bundesärztekammer und der Deutschen Krankenhausgesellschaft ist vor Abschluss des Vertrags Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; ~~sie haben das Recht, an den Sitzungen der in Absatz 1 Satz 1 genannten Vertragspartner teilzunehmen.~~ Die Stellungnahmen sind beim Entscheidungsprozess der in Absatz 1 Satz 1 genannten Vertragspartner zu berücksichtigen. Wissenschaftliche Expertisen, die nach § 8 Absatz 3c Satz 1 des Elften Buches gefördert wurden, sollen bei der Vereinbarung der Leistungen und Hilfsmittel nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und 2 berücksichtigt werden.

(3) Kommt der Vertrag nach Absatz 1 Satz 1 nicht innerhalb der in Absatz 1 Satz 1 genannten Frist zustande, wird der Inhalt des Vertrags auf Antrag eines der in Absatz 1 Satz 1 genannten Vertragspartner oder des Bundesministeriums für Gesundheit durch eine von den in Absatz 1 Satz 1 genannten Vertragspartnern innerhalb eines Monats nach Antragstellung zu bestimmende unabhängige Schiedsperson innerhalb von drei Monaten nach ihrer Bestimmung festgelegt. Einigen sich die Vertragspartner nicht fristgerecht auf eine Schiedsperson, so wird diese vom Bundesamt für Soziale Sicherung bestimmt. Die Kosten des Schiedsverfahrens tragen die Vertragspartner zu gleichen Teilen. Klagen gegen die Bestimmung der Schiedsperson haben keine aufschiebende Wirkung. Ein Vorverfahren findet nicht statt. Klagen gegen die Festlegung des Vertragsinhalts sind gegen den Vertragspartner zu richten. Der von der Schiedsperson festgelegte Vertragsinhalt gilt bis zur gerichtlichen Feststellung der Unbilligkeit weiter.

(4) Die in Absatz 1 Satz 1 genannten Vertragspartner evaluieren die Auswirkungen der eigenverantwortlichen Erbringung von Leistungen der ärztlichen Behandlung ~~durch Pflegefachpersonen in der vertragsärztlichen Versorgung,~~ und durch Pflegefachpersonen, die in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen beschäftigt sind, im Hinblick auf die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung. Die Evaluation erfolgt im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit. Das Bundesministerium für Gesundheit beteiligt das Bundesministerium für Bildung, Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Die in Absatz 1 Satz 1 genannten Vertragspartner legen dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 31. Dezember 20230 einen Bericht über das Ergebnis der Evaluation vor.

(5) Das Bundesministerium für Gesundheit evaluiert unter Beteiligung des Bundesministeriums für Bildung, Familie, Senioren, Frauen und Jugend die Entwicklung und Umsetzung der eigenverantwortlichen Erbringung von Leistungen der ärztlichen Behandlung durch Pflegefachpersonen in der Versorgung, auch in Krankenhäusern und in Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen sowie in Pflegeeinrichtungen, soweit die eigenverantwortliche Erbringung dieser Leistungen nicht bereits Gegenstand der Evaluation nach Absatz 4 oder der Evaluation nach § 112a Absatz 4 war. Die Ergebnisse der Evaluationen nach Absatz 4 und § 112a Absatz 4 sind zu berücksichtigen. Nach Abschluss der Evaluation nach Satz 1 prüft das Bundesministerium für Gesundheit unter Beteiligung des Bundesministeriums für Bildung, Familie, Senioren, Frauen und Jugend sowie der maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene im Sinne des § 118a Absatz 1 Satz 1 des Elften Buches, ob und inwieweit die Vorgaben für die Erbringung von Leistungen der ärztlichen Behandlung durch Pflegefachpersonen in der Versorgung umgesetzt wurden und ob die bestehenden leistungsrechtlichen Regelungen zur eigenverantwortlichen Erbringung von Leistungen der ärztlichen Behandlung durch Pflegefachpersonen angepasst werden müssten oder erweitert werden können. Bei der Prüfung sind wissenschaftliche Expertisen, die nach § 8 Absatz 3c Satz 1 des Elften Buches gefördert wurden, zu berücksichtigen. Das Bundesministerium für Gesundheit berichtet den gesetzgebenden Körperschaften des Bundes unter Beteiligung des Bundesministeriums für Bildung, Familie, Senioren, Frauen und Jugend ein Jahr nachdem ihm beide Berichte nach Absatz 4 und § 112a Absatz 4 vorgelegt wurden, über das Ergebnis dieser Prüfung.

Artikel 3, Nr. 23**§ 132a SGB V – Versorgung mit häuslicher Krankenpflege****Vorgeschlagene Neuregelung**

Im Absatz 1 wird aufgenommen, dass sich die von den Rahmenempfehlungspartnern nach § 132a SGB V zu regelnden Empfehlungen zu Maßnahmen der Qualitätssicherung der Leistungserbringung auch auf die Pflegeprozessesteuerung beziehen. Mit Absatz 5 wird vorgesehen, dass Leistungen der häuslichen Krankenpflege, die von dem sogenannten Basispaket nach § 92c Absatz 1 Satz 2 Nummer 1 SGB XI umfasst sind, auf Grundlage der Verträge nach § 92c Absatz 1 des Elften Buches erbracht werden.

Stellungnahme

Die Ergänzung ist in ihrer Detailtiefe ungeeignet, um für die Rahmenvertragspartner die grundlegenden Vorgaben bundesrechtlich zu gestalten. Auf die Ausführungen zu Artikel 1, Nr. 10 zur Steuerung des Pflegeprozesses wird verwiesen (s. Seite 26).

Durch die vorgeschlagene Streichung der §§ 45h und 92c SGB XI entfällt die Anforderung des § 132a Absatz 5 SGB V an die Rahmenempfehlungspartnern entsprechend.

Darüber hinaus ist es systemwidrig, wenn der Gesetzgeber in der Gesetzesbegründung erklärt, dass die Anspruchsnorm für die HKP-Leistungen, welche im Vertrag nach § 92c SGB XI zu regeln sind, unverändert § 37 SGB V bleibt, die Vergütung dieser HKP-Leistungen sich über § 92c SGB XI aber aus der Pflegeversicherung speisen soll und damit auch das Budget der Versicherten zusätzlich schmälert.

Änderungsvorschläge

In § 132a Abs. 1 SGB V wird Nr. 2a nicht eingefügt.

In § 132a SGB V wird Abs. 5 nicht angefügt.

Artikel 3, Nr. 34**§ 340a SGB V – Sicherer Umgang mit Komponenten zur Authentifizierung von Leistungserbringerinstitutionen****Vorgeschlagene Neuregelung**

Die Komponente zur Authentifizierung von Leistungserbringerinstitutionen (z. B. die SMC-B) darf nicht unbefugt an Dritte weitergegeben werden und muss bei Aufgabe der Einrichtung unverzüglich gesperrt werden. Die Einrichtungsleitung einer ambulanten oder stationären Pflegeeinrichtung ist für die Einhaltung dieser Vorgaben verantwortlich und soll zudem sicherstellen, dass die Pflegedienstleitung oder eine andere beschäftigte Person über einen gültigen elektronischen Heilberufsausweis (eHBA) oder eine digitale Identität nach § 340 Abs. 6 SGB V verfügt.

Stellungnahme

Anders als bei Ärztinnen und Ärzten, die den eHBA regelmäßig für qualifizierte elektronische Signaturen nutzen, beschränkt sich sein Einsatz in der Pflege ausschließlich darauf, die Institutionskarte (SMC-B) für die Einrichtung zu beantragen. Ist der eHBA einmal ausgestellt, erfüllt er im Pflegealltag keine eigenständige Funktion mehr und verbleibt nicht dauerhaft in den Konnektoren, sondern bei den Karteninhaberinnen/Karteninhabern. Ein weiterer Unterschied zur Ärzteschaft besteht darin, dass in Pflegeeinrichtungen regelmäßig abhängig Beschäftigte den eHBA vorhalten, aber nicht zwingend die Inhaber der Einrichtung selbst. Eine dauerhafte Pflicht zur Vorhaltung eines eHBA in jeder Einrichtung ist aus den genannten Gründen weder sachgerecht noch praktikabel.

Bereits heute haben rund 72 % der Pflegeeinrichtungen eine SMC-B-Karte beantragt. Dabei lag nicht in jeder Einrichtung ein eigener eHBA vor. Vielmehr haben beispielsweise Geschäftsführende, die mehrere Pflegeeinrichtungen betreiben und zugleich über eine heilberufliche Qualifikation verfügen, ihren eigenen eHBA genutzt, um die SMC-B-Karten für sämtliche ihrer Einrichtungen zu beantragen. Dieses Vorgehen wurde ausdrücklich auch offiziell so kommuniziert und unterstützt. Mit der vorgesehenen Neuregelung würde ein bislang zwar wenig intuitives, aber funktionierendes Verfahren unnötig verkompliziert und durch zusätzliche Hürden belastet, ohne dass ein erkennbarer Mehrwert entsteht.

Hinzu kommt der Kostenfaktor: Ein eHBA verursacht Ausgaben von rund 500 € pro Stück. Hochgerechnet auf die bundesweit rund 32.000 Pflegeeinrichtungen entstehen allein für die Erstbeschaffung zusätzliche Kosten von etwa 16 Mio. €, die über die TI-Zuschlagspauschale des GKV-SV refinanziert werden müssten – für eine Komponente, die in der Pflege praktisch keine relevante Funktion erfüllt.

Darüber hinaus zeigt die bpa-TI-Umfrage, dass allein die Lieferung eines eHBA im Schnitt 8,3 Wochen dauert. In Kombination mit der SMC-B verlängert sich der Gesamtprozess auf rund 14 Wochen – also über drei Monate. Wenn nun alle Einrichtungen zusätzlich einen eigenen eHBA nachbeantragen müssten, würde dies nicht nur die Kosten in Millionenhöhe weiter erhöhen, sondern auch zu erheblichen zeitlichen Verzögerungen in der aktiven Nutzung der Telematikinfrastruktur führen. Diese Zeit, die im Versorgungsalltag dringend benötigt wird, würde in langwierige und unnötige Antragsverfahren gebunden. Das steht in deutlichem Widerspruch zu den Zielen des vorliegenden Entbürokratisierungsgesetzes, das hier faktisch das Gegenteil erreicht: Statt Verwaltungsaufwand zu reduzieren, wird er massiv erhöht.

Änderungsvorschläge

§ 340a SGB V wird wie folgt geändert:

(2) Die Einrichtungsleitung einer ambulanten oder stationären Pflegeeinrichtung nach dem Elften Buch ist für die Einhaltung der Vorgaben nach Absatz 1 verantwortlich. ~~Die Einrichtungsleitung hat darüber hinaus dafür Sorge zu tragen, dass die Pflegedienstleitung oder eine andere beschäftigte Person über einen gültigen elektronischen Heilberufsausweis oder eine digitale Identität für das Gesundheitswesen nach § 340 Absatz 6 verfügt.~~

Artikel 5, Nr. 4

§ 4a PflBG – Selbständige Heilkundenausübung

Vorgeschlagene Neuregelung

Pflegefachfrauen, Pflegefachmänner und Pflegefachpersonen nach § 1 PflBG sind zur selbständigen Heilkundenausübung im Rahmen der nach dem PflBG erworbenen Kompetenzen befugt.

Stellungnahme

Mit der Regelung werden die erweiterten heilkundlichen Aufgaben im Pflegeberufegesetz verankert. Das begrüßt der bpa. Es fehlen allerdings die Altenpflege- und die Kinderkrankenpflegekräfte. Diese sollten entsprechend noch ergänzt werden.

Änderungsvorschläge

§ 4a PflBG wird wie folgt gefasst:

Personen mit einer Erlaubnis nach § 1, **§ 58 oder § 64a** sind zur eigenverantwortlichen Heilkundenausübung im Rahmen der nach diesem Gesetz dazu erworbenen Kompetenzen befugt

Artikel 5, Nr. 5

§ 14a PflBG – Standardisierte Module für heilkundliche Aufgaben

Vorgeschlagene Neuregelung

Die Fachkommission nach § 53 PflBG kann mit empfehlender Wirkung standardisierte Module für die zur selbständigen Ausübung von erweiterten heilkundlichen Aufgaben erforderlichen fachlichen und personalen Kompetenzen entwickeln.

Stellungnahme

Im Gesetzestext heißt es, dass sich die standardisierten Beschreibungen „insbesondere“ auf Kompetenzen nach § 37 PflBG und damit auf die hochschulische Pflegeausbildung beziehen. Es fehlen in diesem Kompetenzkatalog die beruflich ausgebildeten Pflegefachpersonen mit Zusatzqualifikationen. Diese sollten hier noch ergänzt werden.

In der Begründung wird außerdem ausgeführt: „Die standardisierten Module sind insbesondere für die Länder nicht verbindlich, können aber als fachliche Grundlage zur Entwicklung von Lehrplänen und Curricula, auch für Weiterbildungen, genutzt werden. Von dieser Möglichkeit wurde in der Vergangenheit durch die Länder und Hochschulen regelmäßig Gebrauch gemacht.“

Der bpa hat Bedenken, dass durch neue Module der Fachkommission neue Vorfestlegungen für die selbständige Ausübung von ärztlichen Aufgaben entstehen könnten, wenn die Länder davon Gebrauch machen, wie es die Begründung vorsieht. Die Module können eine Hilfestellung bei der Umsetzung sein, sollten tatsächlich aber nur eine Orientierung sein und nicht – mit Umweg über die Länder – den Handlungsspielraum des Vertrags nach § 73d SGB V einschränken.

Änderungsvorschläge

Der bpa bittet die vorgetragenen Bedenken zu prüfen.

II.) Weitere Änderungsvorschläge des bpa

1.) Klare Regelung der wirtschaftlichen Angemessenheit von Personalaufwendungen für Mitarbeitende außerhalb von Pflege und Betreuung

In der Verhandlungspraxis kommt es bei Einrichtungen, die ihre Mitarbeitenden in Pflege- und Betreuung nach dem regional üblichen Entgeltniveau entlohnen, immer wieder zu Diskussionen, auf welcher Grundlage die Mitarbeitenden in den Sekundärbereichen (Hauswirtschaft, Verwaltung, Haustechnik usw.) vergütet werden können. Die Anlehnung an einen für den Pflegebereich einschlägigen Tarifvertrag oder eine kirchliche Arbeitsrechtsregelung wird oftmals von den Kostenträgern abgelehnt und es wird auf für diese Bereiche einschlägige Branchentarifverträge verwiesen. Da sich die Einrichtungen auch hier im Wettbewerb um Mitarbeitende befinden, ist es notwendig, den Einrichtungen die Möglichkeit zu eröffnen, die Mitarbeitenden in den o.g. Bereichen in Anlehnung an eine/n – in die Veröffentlichung nach § 82 c Absatz 5 SGB XI aufgenommene/n und damit als wirtschaftlich geltende/n – kirchliche Arbeitsrechtsregelung bzw. Tarifvertrag bezahlen zu können.

Änderungsvorschlag:

§ 82c Absatz 2a SGB XI erhält folgende Fassung:

Bei Pflegeeinrichtungen, die ihre Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, die Leistungen der Pflege oder Betreuung von Pflegebedürftigen erbringen, nach § 72 Absatz 3b Satz 1 Nummer 1, Nummer 2 oder Nummer 3 entlohnen, kann eine Bezahlung von Gehältern der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, die keine Leistungen der Pflege oder Betreuung von Pflegebedürftigen erbringen, bis zur Höhe des Tarifvertrags nach § 72 Absatz 3b Satz 1 Nummer 1 oder Nummer 2 oder der kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen nach § 72 Absatz 3b Satz 1 Nummer 3 nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden. Ist für die Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, die keine Leistungen der Pflege oder Betreuung von Pflegebedürftigen erbringen, ein anderer Tarifvertrag oder eine andere kirchliche Arbeitsrechtsregelung als nach Satz 1 zeitlich, räumlich, fachlich oder persönlich anwendbar, so können ihre Gehälter bis zur Höhe der in diesem Tarifvertrag oder dieser kirchlichen Arbeitsrechtsregelung vereinbarten Gehälter nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden. Bei Pflegeeinrichtungen, die ihre Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, die Leistungen der Pflege oder Betreuung von Pflegebedürftigen erbringen, nach § 72 Absatz 3b Satz 1 Nummer 4 entlohnen, **kann eine Bezahlung von Gehältern der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, die keine Leistungen**

der Pflege oder Betreuung von Pflegebedürftigen erbringen, bis zur Höhe eines in die Veröffentlichung nach § 82c Absatz 5 aufgenommenen Tarifvertrages oder einer in die Veröffentlichung nach § 82c Absatz 5 aufgenommenen kirchlichen Arbeitsrechtsregelung nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden ~~gelten hinsichtlich der Bezahlung von Gehältern der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, die keine Leistungen der Pflege oder Betreuung von Pflegebedürftigen erbringen, die allgemeinen Bemessungsgrundsätze nach den §§ 84 und 89.~~

2.) Berücksichtigung der Auslastungsquote als wesentliche Geschäftsgrundlage

Die Belegungssituation in den teil- und vollstationären Einrichtungen ist von unterschiedlichen Faktoren abhängig und aufgrund der mehr als angespannten Personalsituation kaum noch steuerbar. Nicht selten kommt es zu unvorhersehbaren längerfristigen Personalausfällen, die dazu führen, dass stationäre Pflegeeinrichtungen zunehmend gezwungen sind, auf die Belegung vorhandener Plätze zu verzichten. Die Auslastung der Einrichtungen sinkt zum Teil dramatisch, ohne dass hier kurzfristig wirksam gegengesteuert werden kann. Insofern stellt die Auslastung für die Pflegeeinrichtungen eine wesentliche Geschäftsgrundlage dar, die durch unvorhersehbare Veränderungen bei der personellen Besetzung zu massiven wirtschaftlichen Auswirkungen führt. Die Möglichkeit, darauf mit einer Neuverhandlung der Pflegesätze während des laufenden Pflegesatzzeitraums gem. § 85 Abs. 7 SGB XI reagieren zu können, ist für die wirtschaftliche Absicherung der stationären Pflegeeinrichtungen unabdingbar.

Änderungsvorschlag:

§ 85 Absatz 7 wird wie folgt ergänzt:

Bei unvorhersehbaren wesentlichen Veränderungen der Annahmen, die der Vereinbarung oder Festsetzung der Pflegesätze zugrunde lagen, sind die Pflegesätze auf Verlangen einer Vertragspartei für den laufenden Pflegesatzzeitraum neu zu verhandeln. Unvorhersehbare wesentliche Veränderungen der Annahmen im Sinne des Satzes 1 liegen insbesondere bei einer erheblichen Abweichung der tatsächlichen Bewohnerstruktur, **bei einer erheblichen Abweichung der tatsächlichen Belegungsquote** sowie bei einer erheblichen Änderung der Energieaufwendungen vor. Die Absätze 3 bis 6 gelten entsprechend. Abweichend von Satz 3 in Verbindung mit Absatz 5 Satz 1 kann eine Festsetzung der Pflegesätze durch die Schiedsstelle bereits nach einem Monat beantragt werden, die binnen eines Monats erfolgen soll.

3.) Berücksichtigung einer anlaufbedingt eingeschränkten Belegungsquote

Die kalkulatorische Belegungsquote ist insbesondere bei neu in Betrieb gehenden Einrichtungen ein wichtiger Faktor bei der Ermittlung der Entgelte und somit für die Finanzierung der Einrichtung. Durch die angespannte Personalsituation dauert die vollständige Belegung einer Einrichtung aktuell deutlich länger als in der Vergangenheit. Diesem Umstand kann durch die Vereinbarung einer dem Belegungsprozess angepassten Belegungsquote im Bereich der Investitionskosten Rechnung getragen werden und Anlaufverluste werden abgemildert

Änderungsvorschlag:

§ 82 Abs. 3 SGB XI wird wie folgt ergänzt:

Soweit betriebsnotwendige Investitionsaufwendungen nach Absatz 2 Nr. 1 oder Aufwendungen für Miete, Pacht, Erbbauzins, Nutzung oder Mitbenutzung von Gebäuden oder sonstige abschreibungsfähige Anlagegüter nach Absatz 2 Nr. 3 durch öffentliche Förderung gemäß § 9 nicht vollständig gedeckt sind, kann die Pflegeeinrichtung diesen Teil der Aufwendungen den Pflegebedürftigen **unter Berücksichtigung auch einer anlaufbedingt eingeschränkten Belegungsquote** gesondert berechnen.

4.) Erweiterung der Kompetenzen der Pflegesatzkommissionen zur Verfahrensbeschleunigung

Den in den Gesetzentwurf aufgenommen Ansatz der vereinfachten Vergütungsverfahren und der Verfahrensleitlinien für die Vergütungsverhandlungen begrüßt der bpa ausdrücklich. Ein weiterer Baustein für die Beschleunigung von Verfahren ist die Erweiterung der Kompetenzen der Pflegesatzkommissionen. Durch die Regelungen zur Tariffreue sind insbesondere die Personalkosten für Pflege und Betreuung zum maßgeblichen Faktor für die Vergütungsfindungen und damit konkrete Gruppen von Einrichtungen abgrenzbar geworden (Zahlung nach Tarif, in Anlehnung an einen Tarif, Zahlung nach dem regional üblichen Entlohnungsniveau). Insofern können auch Empfehlungen für gruppenspezifische einheitliche Entgelte auf Landesebene die Zahl der Einzelverhandlungen erheblich reduzieren. Hier kann unter anderem die Stärkung der Rolle der Landespflegesatzkommissionen mit einer Sicherstellung der Ergebnisorientierung ihrer Verhandlungen mittels Schiedsstellenfähigkeit einen wesentlichen Beitrag leisten. Unabhängig davon bleibt der einzelnen Einrichtung das Recht, eine individuelle Verhandlung zu führen unbenommen.

Änderungsvorschläge:

In § 86 SGB XI wird folgender Absatz 2a eingefügt:

Die Pflegesatzkommission kann für einen zukünftigen Zeitraum (Pflegesatzzeitraum) pauschale Veränderungen vereinbarter Pflegesätze in angemessener Höhe oder einheitliche Kalkulationsgrundlagen empfehlen. Für Pflegeheime in einer Region im Sinne von § 82c Absatz 2, für die derselbe Tarifvertrag oder dieselbe kirchliche Arbeitsrechtsregelung nach § 72 Absatz 3a oder 3b Satz 1 Nr. 1 bis 3 bindend oder maßgebend oder für die die veröffentlichte Höhe der regional üblichen Entlohnungsniveaus und der regional üblichen Niveaus der pflegetypischen Zuschläge nach § 72 Absatz 3b Satz 1 Nr. 4 maßgebend ist, empfiehlt die Pflegesatzkommission auf Antrag einer beteiligten Organisation nach Absatz 1 Satz 1 einheitliche Pflegesätze. Die Empfehlungen erfolgen gemeinsam und einheitlich mit Zustimmung der Mehrheit der beteiligten Kostenträger. § 85 Absatz 5 gilt entsprechend.

In § 85 SGB XI wird folgender Absatz 3a eingefügt:

Abweichend von Absatz 3 Satz 2 bis 5 sind auf Verlangen des Pflegeheims die von der Pflegesatzkommission nach § 86 Absatz 2a Satz 1 empfohlenen pauschalen Veränderungen oder die nach § 86 Absatz 2a Satz 2 empfohlenen Pflegesätze zu vereinbaren oder Pflegesatzvereinbarungen auf der Grundlage der von der

Pflegesatzkommission empfohlenen Kalkulationsgrundlagen und Rahmenempfehlungen nach § 86 Absatz 2a Satz 2 und Absatz 3 zu treffen. Die Verpflichtung des Pflegeheims zur Vorlage der schriftlichen Stellungnahme der nach heimrechtlichen Vorschriften vorgesehenen Interessenvertretung der Bewohnerinnen und Bewohner bleibt unberührt.

In § 89 SGB XI wird folgender Absatz 3a eingefügt:

Abweichend von Absatz 2 Satz 2 kann die Vergütung oder eine Vergütungserhöhung mit Zustimmung der betroffenen Pflegedienste einheitlich für Pflegedienste in einer Region im Sinne von § 82c Absatz 2, für die derselbe Tarifvertrag oder dieselbe kirchliche Arbeitsrechtsregelung nach § 72 Absatz 3a oder 3d bindend oder maßgebend oder für die die veröffentlichte Höhe der regional üblichen Entlohnungsniveaus und der regional üblichen Niveaus der pflegetypischen Zuschläge nach § 72 Absatz 3b Satz 1 Nr. 4 maßgebend ist, zwischen einer vertretungsberechtigten Vereinigung gleicher Träger und den Kostenträgern nach Absatz 2 vereinbart werden. Absatz 3 Sätze 1 bis 3 erster Halbsatz, § 84 Absatz 4 Satz 2 und Absatz 7, § 85 Absatz 3 Satz 1 und Absatz 4 bis 7 gelten entsprechend. § 85 Absatz 3a und § 86 bleiben unberührt.

5.) Häusliche Krankenpflege und außerklinische Intensivpflege: Gleichklang der wirtschaftlichen Angemessenheit von Personal- aufwendungen in SGB V und SGB XI sowie klare Regelung von Zahlungsfristen und Verzugsfolgen für Kostenträger

Gerade in der ambulanten Pflege, einem Bereich, in dem mit Kostenträgern nach dem SGB XI und mit Kostenträgern nach SGB V über die gleichen Personal- und Sachkosten für die Leistungserbringung verhandelt wird, muss sichergestellt sein, dass die einer Vergütungsvereinbarung nach § 89 SGB XI zugrunde gelegten Personal- und Sachkosten und Kostensteigerungen auch für den Bereich des SGB V anzuerkennen sind und nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden können. Mit entsprechenden Ergänzungen der §§ 132a Abs. 4 und 132l Abs. 5 SGB V ist dies klarzustellen.

Darüber hinaus müssen angemessene Zahlungsfristen für die Kostenträger geregelt werden, die berücksichtigen, dass die Abrechnung der Leistungen mittlerweile automatisiert auf elektronischem Wege erfolgt und längere Zahlungsfristen nicht mehr erfordert. Die Aufnahme klarer und angemessener Zahlungsziele und die Verpflichtung zu einer häufig in Abrede gestellten Verzinsung entsprechend §§ 286, 288 BGB verhindert rechtliche Auseinandersetzungen und sichert die Wirtschaftlichkeit der Einrichtungen weiter ab.

Änderungsvorschläge:

§ 132a Abs. 4 SGB V wird wie folgt ergänzt:

Über die Einzelheiten der Versorgung mit häuslicher Krankenpflege, über die Preise und deren Abrechnung und die Verpflichtung der Leistungserbringer zur Fortbildung schließen die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich Verträge mit den Leistungserbringern. **Die erbrachten Leistungen werden vom Pflegedienst jeweils für einen Kalendermonat in Rechnung gestellt und sind von den Krankenkassen spätestens am 5. Werktag nach Rechnungstellung zu zahlen. §§ 286, 288 des Bürgerlichen Gesetzbuches finden Anwendung.** (...). Die Bezahlung von Gehältern bis zur Höhe tarifvertraglich vereinbarter Vergütungen sowie entsprechender Vergütungen nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen kann dabei nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden; insoweit gilt § 71 nicht. Bei nicht tarifgebundenen oder nicht an kirchliche Arbeitsrechtsregelungen gebundenen Leistungserbringern gilt § 82c Absatz 2 Satz 1 des Elften Buches entsprechend. Eine Bezahlung von Gehältern, die ihrer Höhe nach über die Höhe hinausgeht, die nach Satz 7 oder Satz 8 in Verbindung mit § 82c Absatz 2 Satz 1 des Elften Buches nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden kann, kann nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden, wenn für sie ein sachlicher Grund besteht. Der Leistungserbringer ist verpflichtet, die entsprechende Bezahlung der Beschäftigten nach Satz 7 oder Satz 8 jederzeit

einzuhalten und sie auf Verlangen einer Vertragspartei nachzuweisen. **Die einer mit dem Leistungserbringer geschlossenen Vergütungsvereinbarung nach § 89 des Elften Buches zugrunde gelegten Personal- und Sachkosten sowie Kostensteigerungen können nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden.** Im Fall der Nichteinigung wird der Vertragsinhalt durch eine von den Vertragspartnern zu bestimmende unabhängige Schiedsperson innerhalb von drei Monaten festgelegt.

§ 132I Absatz 5 SGB V wird wie folgt ergänzt:

Über die außerklinische Intensivpflege einschließlich deren Vergütung und Abrechnung schließen die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich Verträge mit zuverlässigen Leistungserbringern, die

1. eine Wohneinheit für mindestens zwei Versicherte betreiben, die Leistungen nach § 37c in Anspruch nehmen,
2. Leistungen nach § 43 des Elften Buches erbringen,
3. Leistungen nach § 103 Absatz 1 des Neunten Buches in Einrichtungen oder Räumlichkeiten im Sinne des § 43a des Elften Buches in Verbindung mit § 71 Absatz 4 des Elften Buches erbringen oder
4. außerklinische Intensivpflege an den in § 37c Absatz 2 Satz 1 Nummer 4 genannten Orten erbringen.

Die erbrachten Leistungen werden vom Pflegedienst jeweils für einen Kalendermonat in Rechnung gestellt und sind von den Krankenkassen spätestens am 5. Werktag nach Rechnungstellung zu zahlen. §§ 286, 288 des Bürgerlichen Gesetzbuches finden Anwendung. § 132a Absatz 4a gilt entsprechend. Die Bezahlung von Gehältern bis zur Höhe tarifvertraglich vereinbarter Vergütungen sowie entsprechender Vergütungen nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen kann dabei nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden. Auf Verlangen der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen oder einer Krankenkasse ist die Zahlung dieser Vergütungen nachzuweisen. **Die einer mit einem Pflegedienst getroffenen Vergütungsvereinbarung nach § 89 des Elften Buches zugrunde gelegten Personal- und Sachkosten sowie Kostensteigerungen können nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden.** Die Leistungserbringer sind verpflichtet, ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement durchzuführen, das den Anforderungen des Absatzes 2 Nummer 4 entspricht, und an Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen nach § 275b teilzunehmen; § 114 Absatz 2 des Elften Buches bleibt unberührt.

6.) Sozialhilfe: Klare Regelung von Zahlungsfristen, Verzugsfolgen und Zahlungsansprüchen für erbrachte Leistungen vor Bescheiderteilung

Bundesweit sind stationäre wie ambulante Pflegeeinrichtungen mit erheblichen Zahlungsrückständen der Kostenträger konfrontiert. In besonderem Maße betrifft dies den Bereich der Sozialhilfe.

Die aktuelle Praxis der Sozialhilfeträger, für einen Antragsteller die Kosten einer notwendigen Versorgung erst nach abschließender Feststellung der Sozialhilfebedürftigkeit zu übernehmen, führt bei den Einrichtungen zu erheblichen Vorfinanzierungsbeträgen, insbesondere weil die Prüfung der Einkommensverhältnisse nicht selten viele Monate in Anspruch nimmt. Aber auch bei festgestelltem sozialhilferechtlichen Hilfebedarf sind bundesweit erhebliche Zahlungsrückstände der Sozialhilfeträger zu beklagen. Auch hier liegen vielfältige Ursachen zugrunde, die allerdings eines gemeinsam haben: Sie liegen nicht im Einflussbereich der versorgenden Einrichtungen, die aber unter den aktuellen Rahmenbedingungen dennoch allein die hieraus resultierenden Lasten und finanziellen Risiken tragen müssen. Sachlich ist dies nicht gerechtfertigt und gefährdet die wirtschaftliche Stabilität der Einrichtungen und damit auch der pflegerischen Versorgung.

Durch die Klarstellung, dass bereits mit Kenntnisnahme des Hilfebedarfs der Anspruch der Einrichtung auf Vergütung erbrachter Leistungen besteht, kann diese Situation behoben werden. Es ist nicht einzusehen, dass Pflegeeinrichtungen in Vorleistung treten und ggf. nach Abschluss häufig langwieriger Prüfungen der Einkommens- und Vermögensverhältnisse durch den Sozialhilfeträger das Risiko tragen, eventuelle Zahlungsansprüche gegenüber den Pflegebedürftigen durchsetzen zu können. Die Aufnahme klarer und angemessener Zahlungsziele und die Verpflichtung zu einer häufig in Abrede gestellten Verzinsung entsprechend §§ 286, 288 BGB verhindert rechtliche Auseinandersetzungen und sichert die Wirtschaftlichkeit der Einrichtungen weiter ab.

Darüber hinaus muss die Möglichkeit des § 19 Abs. 6 SGB XII, im Fall des Todes eines versorgten Hilfeempfängers vor Bescheiderteilung die Vergütung für die erbrachten Leistungen vom Sozialhilfeträger zu fordern, auch ambulanten Diensten eingeräumt werden. § 19 Abs. 6 SGB XII begrenzt diese Möglichkeit mit der Formulierung „Leistungen für Einrichtungen“ nach Lesart des Bundessozialgerichts ausschließlich auf stationäre Leistungserbringer. Diese unterschiedliche Behandlung ambulanter und stationärer Einrichtungen wird dabei mit einer höheren Schutzwürdigkeit stationärer Einrichtungen begründet; nur im Einzelfall würden die Kosten einer ambulanten Pflege den Umfang der Kosten stationärer Pflege erreichen. Diese Grundannahme ist, zumal nach Angleichung der ambulanten und stationären Leistungsbeträge im SGB XI, falsch. Zwischen ambulanten und stationären Einrichtungen bestehen im Falle des Todes eines gepflegten Menschen keine Unterschiede, die eine ungleiche Behandlung hinsichtlich eines

Zahlungsanspruches gegen den Sozialhilfeträger rechtfertigen. § 19 Abs. 6 SGB XII ist daher entsprechend anzupassen.

Änderungsvorschläge:

§§ 19, 76 und 77a SGB XII werden wie folgt ergänzt:

§ 77a Abs. 1 SGB XII:

Mit der Zahlung der vereinbarten Vergütung gelten alle während des Vereinbarungszeitraums entstandenen Ansprüche des Leistungserbringers auf Vergütung der Leistung als abgegolten. Die im Einzelfall zu zahlende Vergütung bestimmt sich **bis zur Bekanntgabe der Entscheidung des Trägers der Sozialhilfe** auf der Grundlage der jeweiligen Vereinbarung **nach den erbrachten Leistungen und ab Bekanntgabe der Entscheidung des Trägers der Sozialhilfe auf der Grundlage der jeweiligen Vereinbarung** nach dem Betrag, der dem Leistungsberechtigten vom zuständigen Träger der Sozialhilfe bewilligt worden ist. Sind Leistungspauschalen nach Gruppen von Leistungsberechtigten kalkuliert (§ 76 Absatz 3 Satz richtet sich die zu zahlende Vergütung nach der Gruppe, die dem Leistungsberechtigten vom zuständigen Träger der Sozialhilfe bewilligt wurde. **Die erbrachten Leistungen werden vom Leistungserbringer jeweils für einen Kalendermonat in Rechnung gestellt und sind vom Träger der Sozialhilfe spätestens am 10. Werktag nach Rechnungstellung zu zahlen. §§ 286, 288 des Bürgerlichen Gesetzbuches finden Anwendung.**

§ 75 Abs. 6 SGB XII

Der Leistungserbringer hat gegen den Träger der Sozialhilfe einen Anspruch auf Vergütung der gegenüber dem Leistungsberechtigten erbrachten Leistungen. **Dies gilt auch, wenn Leistungen nach diesem Buch erst beantragt sind oder der Träger der Sozialhilfe sonstige Kenntnis vom Hilfebedarf nach § 18 hat.**

§ 19 Abs. 6 SGB XII:

Der Anspruch der Berechtigten auf Leistungen für **stationäre Einrichtungen oder ambulante Pflegedienste** oder auf Pflegegeld steht, soweit die Leistung den Berechtigten erbracht worden wäre, nach ihrem Tode demjenigen zu, der die Leistung erbracht oder die Pflege geleistet hat.

7.) Kompetenzvermutung: Vereinfachung der Anerkennung der Berufsqualifikation für internationale Fachkräfte durch Kompetenzvermutung

Die behördlichen Berufsanererkennungsverfahren sind für den Einsatz von in Drittstaaten ausgebildete Pflegefachkräften immer noch die größte Hürde. Für dreijährig beruflich oder hochschulisch ausgebildete Fachkräfte mit den erforderlichen deutschen Sprachkenntnissen sollte eine Kompetenzvermutung greifen, die einen sofortigen Einsatz als Fachkraft erlaubt. Der Ausgleich von im Wege von Mustergutachten ggf. bereits festgestellten wesentlichen Unterschieden im Ausbildungsstand kann in diesen Fällen auch berufsbegleitend erfolgen und den betroffenen Personen im Wege der Auflage aufgegeben werden. Dies ist ein wesentlicher Schritt zur Sicherstellung funktionierender Versorgungsstrukturen. Mit dieser Maßnahme würden auf einen Schlag viele tausend Pflegekräfte tausende pflegebedürftige Menschen zusätzlich in Pflegeeinrichtungen versorgen und Angehörige in der häuslichen Versorgung entlastet werden können. Denn ohne den Fachkraftstatus können Pflegeheime aktuell aufgrund der personellen Anforderungen ihre Pflegeplätze nicht vollständig belegen und ambulante Pflegedienste müssen Kunden mit besonderem behandlungspflegerischem Aufwand absagen. Die Kompetenzvermutung trägt also wirksam zur Absicherung der pflegerischen Versorgung bei und bewirkt damit spürbar etwas im Versorgungsalltag der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen.

Änderungsvorschlag:

In § 40 PflBG wird folgender Abs. 2a eingefügt:

Die Gleichwertigkeit des Ausbildungsstandes ist als gegeben anzusehen, wenn die antragstellende Person eine mindestens dreijährige Berufsausbildung in der Pflege oder ein mindestens dreijähriges Hochschulstudium in der Pflege erfolgreich abgeschlossen hat und damit im Ausbildungsstaat zur unmittelbaren Berufsausübung in der Pflege berechtigt ist (Kompetenzvermutung). Dies gilt nicht, soweit bereits ein Mustergutachten der Gutachtenstelle für Gesundheitsberufe besteht, in dem wesentliche Unterschiede nach Absatz 2 Satz 2 festgestellt wurden. In diesem Fall bereits festgestellter wesentlicher Unterschiede erfolgen die gesonderte Feststellung der Gleichwertigkeit der Berufsqualifikation im Sinne von § 43 und bei Vorliegen der Voraussetzungen nach § 2 Nummer 2 bis 4 die Erteilung der Berufserlaubnis mit der Auflage, dass die antragstellende Person eine Kenntnisprüfung oder einen Anpassungslehrgang zu absolvieren hat. Kenntnisprüfung und Anpassungslehrgang können dabei auch berufsbegleitend erfolgen. Absatz 3 Satz 2 und 3 gilt entsprechend.

8.) Regelung zur Aufteilung des Finanzierungsbedarfs für Tagespflegen modifizieren

Das Gesetz zur Befugnisenerweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege sollte dazu genutzt werden, eine aktuelle, durch das Pflegestudiumstärkungsgesetz vom 18.11.2023 eingeführte negative Auswirkung auf die Finanzierung der teilstationären Tagespflegeeinrichtungen zu beheben. Denn mit dem Pflegestudiumstärkungsgesetz wurde auch eine Änderung der Berechnung der Ausbildungsumlage für die stationären Pflegeeinrichtungen in § 11 Abs. 3 bzw. § 12 Abs. 2 PflAFinV vorgenommen, um die Ausbildungsumlage der stationären Träger zu vereinheitlichen, was grundsätzlich sehr zu begrüßen ist.

Allerdings ist dadurch eine unverhältnismäßige Mehrbelastung der teilstationären Pflegeeinrichtungen hinzugekommen, da die vorgenannten Vorschriften aufgrund des stationären Einrichtungsbegriffs (§ 71 Abs. 2 SGB XI) auch auf diese Einrichtungen der Tages- und Nachtpflege Anwendung finden. Diese Einrichtungen haben weitaus geringere Leistungsumfänge, da sie nicht 24 Stunden versorgen, sondern in der Regel 8 Stunden am Tag. Ein Belegungstag in einer vollstationären Einrichtung bedeutet 24 Stunden Leistungen, ein Belegungstag in einer Tagespflege 8 Stunden Leistungen. Hinzu kommt, dass die Mehrzahl der Tagespflegegäste in ihrer Häuslichkeit ambulant versorgt wird, so dass die Pflegebedürftigen letztlich eine höhere Belastung erfahren als vollstationär versorgte Pflegebedürftige, obgleich sie keine 24-stündige Versorgung erfahren. Dies führt häufig zu einer Reduzierung der Inanspruchnahme von Tagespflegeleistungen, was zu einer weiteren Belastung und Benachteiligung der Tagespflegen führt.

Der Vorschlag des bpa für eine Änderung des § 12 Abs. 2 PflAFinV lautet daher:

Der auf die einzelne stationäre Einrichtung entfallende Anteil an dem nach Absatz 1 für den stationären Sektor ermittelten Betrag bemisst sich nach dem Verhältnis ihrer Belegungstage nach der Vergütungsvereinbarung zur Gesamtzahl der Belegungstage **aller Vergütungsvereinbarungen in diesem Sektor. Dabei wird bei teilstationären Pflegeeinrichtungen die Zahl der Belegungstage mit dem Faktor 0,50 multipliziert.**

9.) Evaluierung des Pflegeberufegesetzes

Der bpa fordert eine ideologiefreie Evaluierung des gesamten Pflegeberufereformgesetzes (PflBG) auf wissenschaftlicher Grundlage. Dabei müssen insbesondere die Auswirkungen auf die Ausbildungszahlen im Bereich der Altenpflege und die pflegerische Versorgungssicherheit in Deutschland in den Blick genommen werden. Aus Sicht des bpa haben sich die in das Pflegeberufereformgesetz gesetzten Hoffnungen und die Erwartungen an die eingeführte generalistische Pflegeausbildung nicht erfüllt. Untermauert wird dies u.a. durch die vom Statistischen Bundesamt veröffentlichten [Statistiken zur Pflegeausbildung](#):

- Zwar ist die Anzahl der **neu abgeschlossenen Ausbildungsverträge** zwischen 2023 und 2024 um 8,5 % gestiegen. Das darf aber nicht darüber hinwegtäuschen, dass die Entwicklung in den Jahren seit 2020 insgesamt beinahe stagniert. So gab es im Jahr 2022 ein Minus von 7,9 % bei den neu abgeschlossenen Ausbildungsverträgen. Insgesamt gibt es zwischen 2020 und 2024 lediglich ein Plus von rund 5.800 neu abgeschlossenen Ausbildungsverträgen. Das ist viel zu wenig!
- Besonders erschreckend ist, dass sich **die Gesamtzahl der in der beruflichen Pflegeausbildung** befindlichen Personen zwischen 2023 und 2024 um rund 200 verringert hat. Notwendig wäre es, dass diese Zahl jedes Jahr stark steigt, damit die Pflegeausbildung ihren Beitrag leisten kann, um die pflegerische Versorgung in Deutschland abzusichern.
- Die Quote derjenigen, die ihre **Ausbildung ohne Abschluss beenden**, ist mit 33,4 % (2024) ebenfalls ein Indiz für dringenden Handlungsbedarf.
- Auch das sich von insgesamt 37.400 Absolventen gerade einmal 78 Menschen für einen vertieften Abschluss in der Altenpflege entschieden haben, zeigt, welcher Irrweg die Generalistik ist.

Die eigenständige Altenpflegeausbildung hat vorher zehn Jahre lang unter Beweis gestellt, dass sie einen Zuwachs von insgesamt mehr als 60 Prozent produzieren konnte. Das fehlt seit Inkrafttreten der generalistischen Ausbildung schmerzlich.

Es bedarf einer grundsätzlichen Überprüfung des gesamten PflBG und nicht nur der in § 59 Abs. 2 und 3 PflBG enthaltenen Wahlregelungen für die unterschiedlichen Berufsbilder der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege und Altenpflege, wie es in § 62 PflBG mit dem Bericht des BMFSFJ und BMG an den Deutschen Bundestag bis zum 31. Dezember 2025 aktuell vorgesehen ist. Der bpa schlägt dafür die folgende Gesetzesänderung vor.

§ 68 PflBG wird um einen neuen Absatz 5 wie folgt ergänzt:

Das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und das Bundesministerium für Gesundheit evaluieren bis zum 31. Dezember 2025 die Wirkungen des Pflegeberufgesetzes insbesondere auf die Entwicklung der Ausbildungszahlen in den drei verschiedenen Berufsbildern nach § 1 sowie § 58, auf den Erwerb ausreichender Kompetenzen in diesen, auf die Ausbildungszeiten beim Träger der praktischen Ausbildungsträger und auf die pflegerische Versorgungssicherheit in Deutschland auf wissenschaftlicher Grundlage.

III.) Stellungnahme zu den Änderungsanträgen der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Änderungsantrag Nr. 1 Zu Artikel 1, neue Nr. 9a (§10a SGB XI) Pflegebeauftragte

Vorgeschlagene Neuregelung

Das Amt der oder des Beauftragten der Bundesregierung für die Pflege soll gesetzlich verankert werden.

Stellungnahme

Der bpa begrüßt diesen Antrag. Er hat sich bereits in seiner Stellungnahme zum Pflegekompetenzgesetz in der letzten Legislaturperiode für die gesetzliche Verankerung der Pflegebeauftragten ausgesprochen.

Durch die gesetzliche Normierung wird die Position der/des Pflegebeauftragten gestärkt und deren/dessen Empfehlungen und Maßnahmen erhalten mehr Bedeutung. Eine gesetzlich verankerte Pflegebeauftragte oder Pflegebevollmächtigte kann sich wirksamer für die Interessen von Pflegebedürftigen, Pflegekräften und pflegenden Angehörigen einsetzen und somit zur Verbesserung der Pflegebedingungen beitragen. Für eine umfassende Interessenwahrnehmung und Beachtung der Interessen der Pflege ist dabei eine Berücksichtigung von Pflegeeinrichtungen unabdingbar, die in § 10a Abs. 2 SGB XI noch aufgenommen werden müssen. Pflegeeinrichtungen, Pflegekräfte und pflegende Angehörige arbeiten eng zusammen. Eine koordinierte Unterstützung aller Beteiligten fördert ein effektives Pflegesystem. Durch die Einbindung der Pflegeeinrichtungen wird sichergestellt, dass die Pflegepolitik umfassend und praxisorientiert gestaltet wird, was den Pflegebedürftigen, pflegenden Angehörigen und den beruflich Pflegenden zugutekommt. Insbesondere die beabsichtigte Qualitätssicherung der pflegerischen Versorgung kann mit Einbeziehen der Pflegeeinrichtungen besser und zielgerichteter erfolgen.

Änderungsvorschlag

§ 10a Abs. 2 Satz 1 SGB XI wird wie folgt gefasst:

Aufgabe der oder des Beauftragten für Pflege ist es, darauf hinzuwirken, dass die Anliegen pflegebedürftiger Menschen, ihrer An- und Zugehörigen, **und** der beruflich Pflegenden **und der Pflegeeinrichtungen** im Pflege- und Gesundheitssystem wahrgenommen und beachtet werden.

Änderungsantrag Nr. 2**Zu Artikel 1 Nummer 18 (§ 28 SGB XI)****Streichung der Zuordnung von heilkundlichen Leistungen durch Pflegefachpersonen zur medizinischen Behandlungspflege****Vorgeschlagene Neuregelung**

Durch den Gesetzentwurf werden ärztliche Leistungen, die künftig von Pflegefachpersonen in Pflegeheimen erbracht werden, der medizinischen Behandlungspflege zugeordnet. Da die medizinische Behandlungspflege in stationären Pflegeeinrichtungen Teil der stationären Pflege nach § 43 SGB XI ist, werden die ärztlichen Leistungen von Pflegefachpersonen damit der Pflegeversicherung zugeordnet. Der Änderungsantrag wendet sich gegen diese Zuordnung zur medizinischen Behandlungspflege und schlägt eine geänderte Fassung von § 28 Abs. 5 SGB XI vor.

Stellungnahme

Der bpa begrüßt die Argumentation dieses Änderungsantrags. Ebenso wie die Fraktion von BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN lehnt auch der bpa die Zuordnung der ärztlichen Leistungen von Pflegefachpersonen in Pflegeheimen zur medizinischen Behandlungspflege entschieden ab. Der Änderungsantrag verweist darauf, dass dadurch die Eigenanteile in den betroffenen Pflegeheimen steigen würden. Das ist aber nur ein Effekt. Darüber hinaus bedeutet eine solche Regelung eine weitere systemwidrige Ausweitung der versicherungsfremden Leistungen in der Pflegeversicherung und eine Steuerung durch den Arzt, die der eigentlichen Intention des Gesetzes, einer Stärkung der Kompetenzen der Pflegefachpersonen, zuwiderläuft. Zu den Einzelheiten wird zu den Ausführungen zu § 28 SGB XI auf Seite 35 ff. verwiesen.

Die im Änderungsantrag vorgelegte Formulierung für § 28 Abs. 5 SGB XI ist aus Sicht des bpa allerdings nicht geeignet, das Ziel des Änderungsantrags zu erreichen: Die Pflege nach SGB XI soll auch die ärztlichen Leistungen nach § 15a SGB V von Pflegefachpersonen, die in ambulanten oder stationären Pflegeeinrichtungen beschäftigt sind, einschließen. Damit entfällt zwar die Zuordnung zur medizinischen Behandlungspflege, aber die ärztlichen Leistungen werden damit Bestandteil der Pflegeversicherung. Das ist aber genau der falsche Ansatz. Es handelt sich um ärztliche Leistungen, die künftig auch von Pflegefachpersonen erbracht werden können. Ärztliche Leistungen sind Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung – es darf keinen Unterschied geben, ob diese „ärztlichen“ Leistungen von Ärzten oder künftig von Pflegefachpersonen erbracht werden. Sie sind Bestandteil der Krankenversicherung. Einer Zuordnung zur Pflegeversicherung bedarf es nicht. Die Regelung sollte daher gestrichen werden.

Änderungsvorschlag

§ 28 Abs. 5 SGB XI wird gestrichen.

Änderungsantrag Nr. 3

Zu Artikel 1 Nummer 66 (§ 114a SGB XI)

Streichung der längeren Ankündigungsfrist für Qualitätsprüfungen

Vorgeschlagene Neuregelung

Der Änderungsantrag sieht vor, die neue Ankündigungsfrist von zwei Tagen für Qualitätsprüfungen zu streichen und die bestehende gesetzliche Regelung von einem Tag unverändert zu lassen.

Stellungnahme

Der bpa lehnt diesen Änderungsantrag ab. Es wird auf die Ausführungen oben zu § 114a SGB XI verwiesen (s. Seite 87).

Änderungsvorschläge

Der Änderungsantrag wird gestrichen.

Änderungsantrag Nr. 4
Zu Artikel 3 Nummer 2 (§ 15a SGB XI)
Heilkundeübertragung an Pflegefachpersonen

Vorgeschlagene Neuregelung

In § 15a SGB V soll der Begriff „Leistungen der ärztlichen Behandlung“ ersetzt werden durch „heilkundliche Leistungen“. Für diese Leistungen soll die Erfordernisse einer ärztlichen Diagnose und Indikationsstellung entfallen. Pflegefachpersonen sollen ohne vorherige Verordnung durch Ärztinnen und Ärzte Erstverordnung von häuslicher Krankenpflege ausstellen können.

Stellungnahme

Der bpa begrüßt diese Vorschläge. Sie betonen die Eigenständigkeit und die Eigenverantwortlichkeit des Pflegeberufes und sind eine sinnvolle Ergänzung, um die Kompetenzen von Pflegefachpersonen zu stärken.

Es wird auf die weiteren Ausführungen des bpa zu § 15a SGB V verwiesen (s. Seite 105).

Änderungsvorschläge

Keine.

Änderungsantrag Nr. 9

Zu Artikel 3, neue Nummer 18a (§ 92 SGB XI)

Stärkung der Organisationen der Pflegeberufe im Gemeinsamen Bundesausschuss

Vorgeschlagene Neuregelung

Die maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene sollen u.a. bei den Richtlinien zur Verordnung von häuslicher Krankenpflege und außerklinischer Intensivpflege ein Antrags- und Mitberatungsrecht im Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) erhalten. Das soll auch das Recht umfassen, Beratungsgegenstände auf die Tagesordnung setzen zu lassen.

Stellungnahme

Der Antrag begründet die Neuregelung damit, dass bei diesen Richtlinien die Berufsausübung der Pflegeberufe betroffen sei. Was sich in dem Änderungsantrag nicht findet, ist die Forderung, zumindest auch den maßgeblichen Verbänden der Pflegeeinrichtungen ein Antrags- und Mitberatungsrecht im Gemeinsamen Bundesausschuss einzuräumen. Anders als bei den selbständigen Ärzten ist bei Leistungen wie der häuslichen Krankenpflege oder der außerklinischen Intensivpflege nicht die einzelne Pflegefachperson der Leistungserbringer, sondern der ambulante Pflegedienst, bei dem die Pflegefachperson angestellt ist. Die Richtlinien zur häuslichen Krankenpflege und zur außerklinischen Intensivpflege sind vorrangig Ausgestaltungen des Leistungsrechts. Deswegen ist es erforderlich, diejenigen, die die Leistungen erbringen, gleichberechtigt im GBA zu berücksichtigen.

Änderungsvorschläge

Den maßgeblichen Organisationen der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene wird ein Antrags- und Mitberatungsrecht im GBA bei den Richtlinien eingeräumt, die die Leistungen ausgestalten, die von Pflegeeinrichtungen erbracht werden.

Änderungsantrag Nr. 10**Zu Artikel 3 Nummer 34 (§ 340a Fünftes Buch Sozialgesetzbuch)****Authentifizierung von Pflegepersonal****Vorgeschlagene Neuregelung**

§ 340a Abs. 2 SGB V soll insofern angepasst werden, dass nicht nur ein eHBA in jeder Einrichtung verfügbar sein soll, sondern dass „alle beschäftigten Personen“ über einen gültigen elektronischen Heilberufsausweis oder eine digitale Identität nach § 340 Absatz 6 SGB V verfügen müssen.

Stellungnahme

Die Forderung, dass „alle in die Versorgung einbezogenen Beschäftigten“ über einen eHBA oder eine digitale Identität verfügen sollen, ist fachlich falsch, rechtlich nicht haltbar und praktisch nicht umsetzbar. Schon die Formulierung umfasst Personen wie Hauswirtschaftskräfte, Assistenzpersonal oder Pflegehelfer*innen, die überhaupt keinen Anspruch auf einen eHBA haben. Gemäß dem Wortlaut des Änderungsantrags wären sogar Verwaltungs- und technischer Mitarbeiter umfasst.

Darüber hinaus wird der eHBA in der Pflege faktisch nicht wie in der Ärzteschaft für die tägliche Arbeit genutzt. Sein einziger Zweck besteht darin, die SMC-B-Karte für eine Einrichtung zu beantragen. Die Annahme, über eHBAs müsse jede pflegerische Handlung oder jeder Datenzugriff authentifiziert werden, verkennt die Realität in den Pflegeeinrichtungen. Die Sicherheit und Nachvollziehbarkeit ist bereits heute durch die SMC-B Karten gewährleistet, die eindeutig an die versorgenden Einrichtungen gebunden sind.

Die vorgeschlagene Regelung würde ein funktionierendes Verfahren ohne Not zerstören und durch ein bürokratisches Konstrukt ersetzen, das keinerlei Mehrwert bringt. Statt die Versorgung zu verbessern, würde es Millionen kosten (1,2 Mio. Beschäftigte × 500 € Anschaffungskosten = 600 Mio. €; selbst bei reiner Beschränkung auf Fachkräfte noch ca. 225 Mio. €) und Prozesse massiv verzögern.

Kurz gesagt: Der Antrag basiert auf einem grundlegenden Missverständnis und würde die Pflegeeinrichtungen mit enormem Aufwand und Kosten belasten – ohne dass Patient*innendaten dadurch besser geschützt wären.

Änderungsvorschläge

Wie bereits auf Seite 118 beschrieben soll § 340a SGB V wie folgt geändert werden:

(2) Die Einrichtungsleitung einer ambulanten oder stationären Pflegeeinrichtung nach dem Elften Buch ist für die Einhaltung der Vorgaben nach Absatz 1 verantwortlich. ~~Die Einrichtungsleitung hat darüber hinaus dafür Sorge zu tragen, dass die Pflegedienstleitung oder eine andere beschäftigte Person über einen~~

~~gültigen elektronischen Heilberufsausweis oder eine digitale Identität für das Gesundheitswesen nach § 340 Absatz 6 verfügt.~~

IV.) Stellungnahme zum Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN „Priorität für Pflege – Jetzt Sofortmaßnahmen ergreifen“ Bundestags-Drucksache 21/583

Vorgesehene Neuregelungen

Der Antrag fordert, dass u.a. die von der Pflegeversicherung getragenen Corona-Mehrkosten ebenso aus Steuermitteln zu erstatten sind wie die Rentenbeiträge für pflegende Angehörige.

Es sollen Maßnahmen ergriffen werden, um die steigenden Zahlen von Insolvenzen unter den Pflegeanbietern zu stoppen.

Unter anderem sollen die Pflegeanbieter an der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Erarbeitung einer Pflegereform beteiligt werden.

Stellungnahme

Der bpa unterstützt die genannten Forderungen.

Schon seit vielen Jahren setzt sich der bpa dafür ein, dass die versicherungsfremden Leistungen in der Pflegeversicherung systemkonform zugeordnet werden. Die Pflegeversicherung würde dadurch dringend benötigten finanziellen Spielraum gewinnen und die Pflegebedürftigen könnten von niedrigeren Eigenanteilen profitieren. Zu den versicherungsfremden Leistungen gehören nicht nur die im Antrag genannten Corona-Mehrkosten und die Rentenbeiträge für pflegende Angehörige, sondern auch die medizinische Behandlungspflege in stationären Pflegeeinrichtungen, Förderbeträge u.a. für Maßnahmen zur Vereinbarkeit von Pflege und Beruf und die Herausnahme der Ausbildungskosten aus den Eigenanteilen der Pflegebedürftigen. Der bpa verweist dazu auf sein [Positionspapier zur Zukunft der Pflegeversicherung](#).

Der begrüßt es sehr, dass sich die Fraktion von BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN der schwierigen wirtschaftlichen Situation der Pflegeeinrichtungen annimmt und entsprechende Maßnahmen einfordert. In dem Antrag wird die Umfrage-Aktion des bpa „[Bei Anruf sorry](#)“ erwähnt, die ergeben hat, dass jede Einrichtung durchschnittlich am Tag drei Absagen erteilen muss, weil Personal fehlt oder die Refinanzierung ungesichert ist.

Der bpa hat dazu gemeinsam mit anderen Verbänden ein umfassendes [Maßnahmenbündel](#) vorgelegt, um die Wirtschaftlichkeit der Pflegeeinrichtungen abzusichern. Zudem hat der bpa in der vorliegenden Stellungnahme konkrete Maßnahmen vorgeschlagen, die unmittelbar zur Stabilisierung der pflegerischen Versorgung beitragen (s. Ziffer II, Seiten 122ff.). Die Bundesregierung ist jetzt aufgefordert, diese umzusetzen.

Die Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Pflegereform hat ihre Arbeit aufgenommen und soll nach Medienberichten bis Mitte Oktober erste Ergebnisse vorlegen. Mitglieder der Arbeitsgruppe sind Bundesministerien, Landesministerien und die kommunalen Spitzenverbände. Die Leistungserbringer in der Pflege sind ebenso wie die Pflegekassen nicht permanente Mitglieder, sondern werden nur zu ausgewählten Workshops mit vorgegebenen Themen und Fragen eingeladen. Insofern findet zwar eine Beteiligung u.a. der Pflegeanbieter statt, aber hier wäre eine intensivere Einbindung wünschenswert, um eine erfolgreiche Umsetzung in der Praxis abzusichern und die Möglichkeit zur direkten Einbringung von Lösungsvorschlägen zu verankern.

bvitg-Stellungnahme

zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Pflegekompetenz (Pflegekompetenzgesetz – PKG)

Neu: Entwurf eines Gesetzes zur Befugniserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege



Der Bundesverband Gesundheits-IT – bvitg e. V. begrüßt die Veröffentlichung des Entwurfs eines Gesetzes zur Stärkung der Pflegekompetenz (Pflegekompetenzgesetz – PKG Neu: Entwurf eines Gesetzes zur Befugniserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege). Die Weiterentwicklung der Kompetenz der Pflegekräfte stellt einen richtigen und notwendigen Schritt zur Förderung des beruflichen Selbstverständnisses der Pflege dar und stärkt die Versorgung in Deutschland.

Allgemein

Der Bundesverband Gesundheits-IT – bvitg e. V. bedankt sich für die Möglichkeit zur Kommentierung und nimmt wie folgt Stellung zum Referentenentwurf. Zusätzlich möchten wir auf unserer Kommentierung zum ersten Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Pflegekompetenz (Pflegekompetenzgesetz – PKG) vom September 2024 verweisen. Mit dem vorliegenden Referentenentwurf reagiert die Bundesregierung auf die zunehmenden Herausforderungen, eine qualitative medizinische und pflegerische Versorgung in Deutschland für die nachfolgenden Generationen aufrechtzuerhalten.

Der Bundesverband Gesundheits-IT – bvitg e. V. begrüßt ausdrücklich die Entscheidung der Bundesregierung, zu den Befugnissen zur Heilkundenausübung durch Pflegefachpersonen, den Pflegeberuf als Heilberuf mit eigenen beruflichen Kompetenzen auszustatten. Das ist ein wesentlicher Schritt, um die Kompetenzen der Pflege in die interdisziplinäre Versorgung einzubeziehen und stärkt zudem das berufliche Selbstverständnis der Pflege. Bereits mit dem Pflegeberufereformgesetz erhielt die Pflege erstmals Vorbehaltstätigkeiten, die nun durch die Weiterentwicklung der pflegerischen Kompetenzen untermauert werden und die medizinische Versorgung langfristig entlasten wird.

Auch die Erweiterung der Anwendungsfelder des § 40a SGB XI Digitale Pflegeanwendungen um „Anwendungen, die pflegende Angehörige oder sonstige ehrenamtlich Pflegende unterstützen und dadurch geeignet sind, die häusliche Versorgungssituation des Pflegebedürftigen zu stabilisieren oder pflegende Angehörige oder sonstige ehrenamtlich Pflegende zu entlasten“ begrüßen wir. Das ist eine wichtige Maßnahme, um die Entwicklung Digitaler Pflegeanwendungen voranzutreiben.

Des Weiteren empfiehlt der Bundesverband Gesundheits-IT – bvitg e. V. mit dem Entwurf eines Gesetzes zur Befugniserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege auch die Förderung einer Initiative für die Pflegeinformatik, um somit auch die digitalen Kompetenzen der Pflegefachpersonen voranzutreiben.

Eine „Pflegeinformatik-Initiative“ ist als eigenständiges Pendant zur Medizininformatik-Initiative notwendig, da die vielschichtigen, langfristigen und personenzentrierten Prozesse der Pflege und dabei erfassten narrativen Informationen nicht in ein medizinisches Add-on-Datenset passen. Nur ein pflegespezifischer Kerndatensatz auf HL7-FHIR- und SNOMED/ICNP-Basis, verankert in eigenen Pflege-Datenintegrationszentren, erlaubt die strukturierte Erfassung routinemäßiger Pflegeinformationen in allen Versorgungssektoren. Damit entsteht ein erweiterter pflegerischer Wissenskorpus, der vorhandene Terminologien,

Expertenstandards und Leitlinien mit validen Routinedaten anreichert und für Forschung wie Qualitätssicherung zugänglich macht.

Diese Datenbasis ist Voraussetzung, um pflegerische Interventionen evidenzbasiert zu evaluieren, die Wirksamkeit der Heilkundeübertragung zu belegen und den Rückstand Deutschlands in der internationalen Pflegeforschung aufzuholen. Gleichzeitig ermöglicht sie die sekundäre Nutzung für Outcome-Forschung, KI-gestützte Risikoprognosen und Benchmarking im Europäischen Gesundheitsdatenraum.

Ein Bundesförderprogramm „Pflegeinformatik 2030“, flankiert von einem Pflege-Datengesetz, gematik-Spezifikationen und verpflichtenden Dateneinspeisungen, schafft dafür Finanzierung, Governance und Interoperabilität. Pay-for-Reporting-Modelle und öffentlich zugängliche Qualitäts- und Transparenzberichte machen die Pflege erstmals politisch sichtbar und steuerbar.

Schließlich sichern spezialisierte Masterprogramme, strukturierte Doktorand:innenkollegs und ein Professur:innen-Paket den notwendigen wissenschaftlichen Nachwuchs und verankern Pflegeinformatik dauerhaft in Forschung und Lehre.

Im Nachfolgenden nimmt der bvitg e. V. zu einzelnen Paragraphen Stellung.

Zu den einzelnen Paragraphen:

Zu § 5 (1a) SGB XI

Fassung nach Referentenentwurf	Vorschlag bvitg e. V.
§ 5 „(1a) [...] Dies umfasst eine Bedarfserhebung hinsichtlich präventiver und gesundheitsfördernder Maßnahmen, die fachliche Beratung zur Information und Sensibilisierung der Versicherten und ihrer Angehörigen sowie Pflegepersonen bezüglich der Möglichkeiten, die mittels Gesundheitsförderung und Prävention zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation und zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten bestehen, sowie eine Präventionsempfehlung durch Pflegefachpersonen oder durch gemäß § 7a Absatz 3 Satz 2 qualifizierte Pflegeberaterinnen und Pflegeberater [...]“	§ 5 „(1a) [...] Dies umfasst eine Bedarfserhebung hinsichtlich präventiver, digital gestützter und gesundheitsfördernder Maßnahmen, die fachliche Beratung zur Information und Sensibilisierung der Versicherten und ihrer Angehörigen sowie Pflegepersonen bezüglich der Möglichkeiten, die mittels Gesundheitsförderung und Prävention zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation und zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten bestehen, sowie eine Präventionsempfehlung durch Pflegefachpersonen oder durch gemäß § 7a Absatz 3 Satz 2 qualifizierte Pflegeberaterinnen und Pflegeberater [...]“

Hintergrund

Die Präventionsmaßnahmen in Pflegeeinrichtungen und in der häuslichen Pflege sollten auch hinsichtlich digitaler Gesundheitsförderungen betrachtet werden. Telemedizinische und Telepflegerische Anwendungen können gerade in ländlichen Regionen mit geringen Präventionsangeboten eine Unterstützung bieten.

Zu § 8 Abs. 8 SGB XI

Alte Fassung	Vorschlag bvitg e. V.
§ 8 Abs. 8 SGB XI (8) ~~Aus den Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung wird in den Jahren 2019 bis 2030 ein einmaliger Zuschuss~~ für jede ambulante und stationäre Pflegeeinrichtung bereitgestellt, um digitale Anwendungen, insbesondere zur Entlastung der Pflegekräfte, zur Verbesserung der pflegerischen Versorgung sowie für eine stärkere Beteiligung der Pflegebedürftigen zu fördern. Förderfähig sind Anschaffungen von digitaler oder technischer Ausrüstung sowie damit verbundene Schulungen, die beispielsweise Investitionen in die IT- und Cybersicherheit, das interne Qualitätsmanagement, die Erhebung von Qualitätsindikatoren, verbesserte Arbeitsabläufe und Organisation bei der Pflege und die Zusammenarbeit zwischen Ärzten und stationären Pflegeeinrichtungen unterstützen. Förderfähig sind auch die Aus-, Fort- und Weiterbildungen sowie Schulungen zu digitalen Kompetenzen von Pflegebedürftigen und Pflegekräften in der Langzeitpflege. ~~Gefördert werden bis zu 40 Prozent der durch die Pflegeeinrichtung verausgabten Mittel. Pro Pflegeeinrichtung ist höchstens ein einmaliger Zuschuss in Höhe von 12 000 Euro möglich.~~ Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen beschließt im Einvernehmen mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. nach Anhörung der Verbände der Leistungserbringer auf Bundesebene bis zum ~~31. Oktober 2023~~	(8) Aus den Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung wird in den Jahren 2026 bis 2035 eine jährliche Förderung über 3 Jahre für jede ambulante und stationäre Pflegeeinrichtung bereitgestellt, um digitale Anwendungen, insbesondere zur Entlastung der Pflegekräfte, zur Verbesserung der pflegerischen Versorgung sowie für eine stärkere Beteiligung der Pflegebedürftigen zu fördern. Förderfähig sind Anschaffungen von digitaler oder technischer Ausrüstung sowie damit verbundene Schulungen, die beispielsweise Investitionen in die IT- und Cybersicherheit, das interne Qualitätsmanagement, die Erhebung von Qualitätsindikatoren, verbesserte Arbeitsabläufe und Organisation bei der Pflege und die Zusammenarbeit zwischen Ärzten und stationären Pflegeeinrichtungen unterstützen. Förderfähig sind auch die Aus-, Fort- und Weiterbildungen sowie Schulungen zu digitalen Kompetenzen von Pflegebedürftigen und Pflegekräften in der Langzeitpflege. Gefördert werden die durch die Pflegeeinrichtung verausgabten und nachgewiesenen Mittel. Pro Pflegeeinrichtung sind jährlich eine Förderung in Höhe von 10 000 Euro bis zu 3 Jahre möglich. § 106b dieses Buches bleibt unberührt. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen beschließt im Einvernehmen mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. nach

Richtlinien über das Nähere der Voraussetzungen und zu dem Verfahren der Gewährung ~~des Zuschusses~~ , der durch eine Pflegekasse ausgezahlt wird. [...]	Anhörung der Verbände der Leistungserbringer auf Bundesebene bis zum 01. Januar 2026 aktuelle Richtlinien über das Nähere der Voraussetzungen und zu dem Verfahren der Gewährung der Förderung , der durch eine Pflegekasse ausgezahlt wird. [...]

Hintergrund

Mit dem Gesetz zur Unterstützung und Entlastung in der Pflege (Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz — PUEG) wurden die Mittel aus dem Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung bis 2030 verlängert und neue Tatbestände, wie z. B. die IT- und Cybersicherheit, mitaufgenommen. Die digitale Umstellung von IT gebundenen Arbeitsabläufen und Organisation sowie die elektronisch geführte interdisziplinäre Kommunikation benötigen einen aufwendigen Changemanagement Prozess, der fachlich begleitet werden muss und aus der Regelfinanzierung nicht gedeckt wird. Die Förderung ist auf maximal 3 Jahre begrenzt. Eine Anrechnung auf die TI-Pauschale nach § 106b SGB XI erfolgt nicht.

§ 8 Absatz 3b wird durch den folgenden Absatz 3b ersetzt:

Fassung nach Referentenentwurf	Vorschlag bvitg e. V.
„(3b) [...] Die wissenschaftlich gestützte Weiterentwicklung der Versorgung nach Satz 1 umfasst die Erhebung der derzeitigen und zukünftigen Rahmenbedingungen der ambulant-häuslichen und stationären Versorgung sowie auf Grundlage der Ergebnisse der Erhebung die Erarbeitung von Szenarien für eine zukünftige Sicherstellung der Versorgung, auch im Rahmen von sektorenübergreifenden Versorgungsansätzen, und die Durchführung von Modellvorhaben zur strukturellen Weiterentwicklung der pflegerischen Versorgung. Von den Regelungen des Zweiten, Siebten und Achten Kapitels sowie von den §§ 36 bis 45h dieses Buches und von § 37 des Fünften Buches sowie den Rahmenvereinbarungen nach § 132a Absatz 1 und den Vorgaben des Absatzes 4 des Fünften Buches kann im Einzelfall für die Zwecke der Durchführung von Modellvorhaben nach Satz 2 im Einvernehmen mit dem	„(3b) [...] Die wissenschaftlich gestützte Weiterentwicklung der Versorgung nach Satz 1 umfasst die digital-gestützte Erhebung der derzeitigen und zukünftigen Rahmenbedingungen der ambulant-häuslichen und stationären Versorgung sowie auf Grundlage der Ergebnisse der Erhebung die Erarbeitung von Szenarien für eine zukünftige Sicherstellung der Versorgung, auch im Rahmen von sektorenübergreifenden Versorgungsansätzen, und die Durchführung von Modellvorhaben zur strukturellen Weiterentwicklung der pflegerischen Versorgung. Von den Regelungen des Zweiten, Siebten und Achten Kapitels sowie von den §§ 36 bis 45h dieses Buches und von § 37 des Fünften Buches sowie den Rahmenvereinbarungen nach § 132a Absatz 1 und den Vorgaben des Absatzes 4 des Fünften Buches kann im Einzelfall für die Zwecke der Durchführung von Modellvorhaben nach

Bundesministerium für Gesundheit abgewichen werden. Das Bundesministerium für Gesundheit setzt dazu ein Begleitgremium ein. Aufgabe des Begleitgremiums ist es, den Spitzenverband Bund der Pflegekassen, das Bundesministerium für Gesundheit und das Bundesministerium für Bildung, Familie, Senioren, Frauen und Jugend bei einer Umsetzung des Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs für vollstationäre Pflegeeinrichtungen sowie bei der Weiterentwicklung der Versorgung fachlich zu beraten und zu unterstützen. [...]	Satz 2 im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit abgewichen werden. Das Bundesministerium für Gesundheit setzt dazu ein Begleitgremium ein. Aufgabe des Begleitgremiums ist es, den Spitzenverband Bund der Pflegekassen, das Bundesministerium für Gesundheit und das Bundesministerium für Bildung, Familie, Senioren, Frauen und Jugend bei einer digital-gestützten Umsetzung des Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs für vollstationäre Pflegeeinrichtungen sowie bei der Weiterentwicklung der Versorgung fachlich zu beraten und zu unterstützen. [...]

Hintergrund:

Eine digital-gestützte Erhebung der Daten und Umsetzung des gesamten Verfahrens erleichtert für alle Beteiligten die Teilnahme an der Weiterentwicklung der Versorgung nach Satz 1 und ermöglicht nicht nur eine strukturierte Datenerhebung, sondern auch Auswertung und Ableitung von Maßnahmen. Es muss verhindert werden, dass Einrichtungen die Daten zeitaufwendig über papierbasierte Verfahren erheben; Gleiches gilt für Medienbrüche. Daten, die ausschließlich zum Zwecke der Personalbemessung erhoben werden, müssen in den Pflegedokumentationssystemen erstellt und mittels standardisierten und strukturierten interoperablen Verfahrens an den Spitzenverband Bund der Pflegekassen übermittelt werden. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen muss zudem die Datenannahme über digitale und interoperable Verfahren ermöglichen.

Zu § 78a SGB XI Verträge über digitale Pflegeanwendungen und Verzeichnis für digitale Pflegeanwendungen, Verordnungsermächtigung

Der Bundesverband Gesundheits-IT – bvitg e. V. empfiehlt mit dem Entwurf eines Gesetzes zur Befugnisserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege den § 78a Abs. 4 Satz 3. SGB XI wie folgt anzupassen.

Fassung nach Referentenentwurf	Vorschlag bvitg e. V.
§ 78a Abs. 4 Satz 3. im Sinne der Rechtsverordnung nach Absatz 6 Nummer 2 einen pflegerischen Nutzen aufweist §40a Abs 1a Satz 1.	§ 78a Abs. 4 Satz 3. im Sinne der Rechtsverordnung nach Absatz 6 Nummer 2 einen pflegerischen Nutzen aufweist oder nach § 40a Absatz 1a Satz 1 oder nach Festlegung in den Richtlinien des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen gemäß §17b geeignet ist. “

Der Bundesverband Gesundheits-IT – bvitg e. V. regt zudem an, nach der neuen Angabe § 17a SGB XI Richtlinien zur Empfehlung von Pflegehilfsmitteln und Hilfsmitteln nach § 40 Absatz 6, folgende neue Angabe § 17b zu ergänzen:

Neu: § 17b „Richtlinien zur Empfehlung von Digitalen Pflegeanwendungen nach §78a Absatz 4“

(1) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen legt bis zum 31. Dezember 2026 in Richtlinien Folgendes fest:

in welchen Anwendungsfällen für eine Digitale Pflegeanwendung ein Nutzen grundsätzlich vorliegt, die einem Ziel von §40a Absatz 1a Satz 1 entspricht sowie

welcher Nachweis vom Hersteller der digitalen Pflegeanwendung für diesen Anwendungsfall zu erbringen ist.

(2) Die Richtlinien werden erst wirksam, wenn das Bundesministerium für Gesundheit sie genehmigt. Die Genehmigung gilt als erteilt, wenn die Richtlinien nicht innerhalb eines Monats, nachdem sie dem Bundesministerium für Gesundheit vorgelegt worden sind, beanstandet werden. Beanstandungen des Bundesministeriums für Gesundheit sind innerhalb der von ihm gesetzten Frist zu beheben. Die Richtlinien sind alle drei Jahre zu überprüfen und in geeigneten Zeitabständen an den allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse anzupassen; für diese Verfahren gilt Absatz 1 Satz 3 entsprechend.

(3) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen evaluiert die in den Richtlinien festgelegten Anwendungsfälle in fachlicher und wirtschaftlicher Hinsicht, insbesondere hinsichtlich der Auswirkungen auf die in §40a Absatz 1a Satz 1 aufgeführten Kriterien, unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes Bund sowie der maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene. Ein Bericht über die Ergebnisse der Evaluation ist dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 31. Juli 2029 vorzulegen.

Hintergrund:

Auch nach der geplanten Änderung zu den Digitalen Pflegeanwendungen wird das wirtschaftliche Risiko der Entwicklung und evidenzbasierte Evaluation des Nutzens an die Wirtschaft übertragen. Mit dem neuen §17b wird ermöglicht, Anwendungsfälle von Digitalen Pflegeanwendungen, die einen anerkannten Nutzen haben, vorab zu definieren und somit das Investitionsrisiko in der Wirtschaft zu reduzieren.

Zu § 132I Versorgung mit außerklinischer Intensivpflege, Verordnungsermächtigung

Der Bundesverband Gesundheits-IT – bvitg e. V. empfiehlt mit dem Entwurf eines Gesetzes zur Befugniserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege, den § 132I Abs.5 Satz 2 wie folgt anzupassen:

Alte Fassung	Vorschlag bvitg e. V.
§ 132l Abs.5 Satz 2 Die Bezahlung von Gehältern bis zur Höhe tarifvertraglich vereinbarter Vergütungen sowie entsprechender Vergütungen nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen kann dabei nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden. Bei nicht tarifgebundenen oder nicht an kirchliche Arbeitsrechtsregelungen gebundenen Leistungserbringern gilt § 82c Absatz 2 Satz 1 des Elften Buches entsprechend. Eine Bezahlung von Gehältern, die ihrer Höhe nach über die Höhe hinausgehen, die nach Satz 2 oder Satz 3 in Verbindung mit § 82c Absatz 2 Satz 1 des Elften Buches nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden kann, kann nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden, wenn für sie ein sachlicher Grund besteht. Auf Verlangen der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen oder einer Krankenkasse ist die Zahlung der Vergütungen nach Satz 2 oder Satz 3 nachzuweisen. Die Leistungserbringer sind verpflichtet, ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement durchzuführen, das den Anforderungen des Absatzes 2 Nummer 4 entspricht, und an Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen nach § 275b teilzunehmen; § 114 Absatz 2 des Elften Buches bleibt unberührt. [...]	§ 132l Abs.5 Satz 2 Die Bezahlung von Gehältern bis zur Höhe tarifvertraglich vereinbarter Vergütungen sowie entsprechender Vergütungen nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen kann dabei nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden. Bei nicht tarifgebundenen oder nicht an kirchliche Arbeitsrechtsregelungen gebundenen Leistungserbringern gilt § 82c Absatz 2 Satz 1 des Elften Buches entsprechend. Eine Bezahlung von Gehältern, die ihrer Höhe nach über die Höhe hinausgehen, die nach Satz 2 oder Satz 3 in Verbindung mit § 82c Absatz 2 Satz 1 des Elften Buches nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden kann, kann nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden, wenn für sie ein sachlicher Grund besteht. Auf Verlangen der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen oder einer Krankenkasse ist die Zahlung der Vergütungen nach Satz 2 oder Satz 3 nachzuweisen. Für Leistungserbringer, die die Grundsätze der Vergütungen nach Absatz 2, Satz sieben, also auch das regional übliche Entgelt anwenden, sind die Vergütungssätze, auch außerhalb der regulären Vergütungsverhandlungen, in Höhe der jährlichen, prozentuellen Steigerungen der Personalkosten gemäß der von den Landesverbänden der Pflegekassen ausgegeben Steigerungsraten automatisch zu Beginn des maßgeblichen Jahres anzupassen. Sie gelten als Interimssätze und werden nach Abschluss der Vergütungsverhandlungen festgelegt. Die Leistungserbringer sind verpflichtet, ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement durchzuführen, das den Anforderungen des Absatzes 2 Nummer 4 entspricht, und an Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen nach § 275b teilzunehmen; § 114 Absatz 2 des Elften Buches bleibt unberührt. [...]

Hintergrund

Es besteht derzeit ein großes und flächendeckendes Problem mit Insolvenzen von Pflegeeinrichtungen, insbesondere in der ambulanten Intensivpflege. Grund dafür ist eine nicht zeitgerechte Kostenerstattung der Personalkosten durch die Kassen. Nach Tariftreuegesetz können Anbieter nur dann von den Kassen vergütet werden, wenn sie den Mitarbeitern in der Pflege mindestens den gültigen Tarif zahlen. Die Kassen sind im Gegenzug verpflichtet diese Kosten zu erstatten. Tarifierhöhungen werden in der Regel zum 01.01. eines Jahres wirksam. Die Verhandlungen über zu erstattende Vergütungssätze ziehen sich jedoch regelmäßig bis in den Spätsommer. Viele Anbieter sind nicht in der Lage, diesen Zeitraum aus eigenen Mitteln zu überbrücken und gehen entweder in die Insolvenz oder geben ihr Geschäft auf. Der Änderungsantrag schafft Abhilfe zu Insolvenzgründen in der Pflege unter Achtung aller gesetzlichen Vorgaben sowie der Verhandlungsautonomie von Kassen und Anbietern.

§ 339 Voraussetzungen für den Zugriff von Leistungserbringern und anderen zugriffsberechtigten Personen

Der bvitg e. V. empfiehlt folgende Änderung des § 339

§ 339 Abs. 3 alt	§ 339 Abs 3 neue Fassung
1Auf Daten in einer Anwendung nach § 334 Absatz 1 Satz 2 Nummer 1 bis 5 und 7 dürfen zugriffsberechtigte Leistungserbringer nach den §§ 352, 356 Absatz 1, § 357 Absatz 1 und § 359 Absatz 1 mittels der elektronischen Gesundheitskarte oder der digitalen Identität der Versicherten nach § 291 Absatz 8 Satz 1 nur mit einem ihrer Berufszugehörigkeit entsprechenden elektronischen Heilberufsausweis oder mit einer digitalen Identität nach § 340 Absatz 6 in Verbindung mit einer Komponente zur Authentifizierung von Leistungserbringerinstitutionen zugreifen. Es ist nachprüfbar elektronisch zu protokollieren, wer auf die Daten zugegriffen hat und auf welche Daten zugegriffen wurde.	1Auf Daten in einer Anwendung nach § 334 Absatz 1 Satz 2 Nummer 1 bis 5 und 7 dürfen zugriffsberechtigte Leistungserbringer nach den §§ 352 Absatz 1 Nummern 1-8 und 13-19 , 356 Absatz 1, § 357 Absatz 1 und § 359 Absatz 1 mittels der elektronischen Gesundheitskarte oder der digitalen Identität der Versicherten nach § 291 Absatz 8 Satz 1 nur mit einem ihrer Berufszugehörigkeit entsprechenden elektronischen Heilberufsausweis oder mit einer digitalen Identität nach § 340 Absatz 6 in Verbindung mit einer Komponente zur Authentifizierung von Leistungserbringerinstitutionen zugreifen. 2Es ist nachprüfbar elektronisch zu protokollieren, wer auf die Daten zugegriffen hat und auf welche Daten zugegriffen wurde.

Der bvitg e. V. empfiehlt zusätzlich einen neuen Paragraphen 339 Absatz 3a einzufügen

§ 339 Absatz 3a (neu):

1Auf Daten in einer Anwendung nach § 334 Absatz 1 Satz 2 Nummer 1 bis 5 und 7 dürfen zugriffsberechtigte Leistungserbringer nach den § 352 Absätze 9-12 mittels der elektronischen Gesundheitskarte oder der digitalen Identität der Versicherten nach § 291 Absatz 8 Satz 1 nur in Verbindung mit einer Komponente zur Authentifizierung von Leistungserbringerinstitutionen zugreifen. 2Es ist nachprüfbar elektronisch zu protokollieren, wer auf die Daten zugegriffen hat und auf welche Daten zugegriffen wurde.

Sowie ergänzend zur Neufassung des § 339 Abs 3 a. Wird eine Verschieben der geplanten Neufassung des § 340 a Absatz 2 Satz 2 (neu) bis zu dem Zeitpunkt, ab dem Pflegefachpersonen Verordnungen ausstellen oder Einträge in der ePA signieren können empfohlen.

Hintergrund:

Mit der im Gesetzentwurf nochmals untermauerte Regelung, einen eHBA pro Einrichtung vorzuhalten, besteht für Einrichtungen, deren zugeordnete Person (z. B. Regionalleitungen) mit einem eHBA mehrere SMC-Bs für verschiedene Einrichtungen beantragt haben, nun der Fall erneut eHBAs für jede Einrichtung zu beantragen. Dies führt zu einer erneuten Verzögerung bei der Anbindung der Pflege an die Telematikinfrastruktur. Zusätzlich besteht für Pflegefachpersonen, ohne Kompetenzerweiterung und der Möglichkeit selbst Heil und Hilfsmittel zu verordnen, keinen Nutzen einen eHBA vorzuhalten, der eine qualifizierte Signatur (QES) zur Unterzeichnung von Verordnungen ermöglicht.

§ 362 Absatz 1 und 2.

„342 Absatz 2 Nummer 2 ist entsprechend anwendbar mit der Maßgabe, dass die Verpflichtung ab dem 1. Januar 2028 gilt.“

Der bvitg e. V. empfiehlt die ursprüngliche Frist zum Juli 2025 beizubehalten.

Hintergrund:

Der Erfolg der elektronischen Patientenakte hängt maßgeblich vom Nutzererlebnis der Versicherten ab. Mit dem Telematikinfrastruktur-Messenger (TI-M) steht ein Instrument zur Verfügung, welches unmittelbar erlebbaren Nutzen stiftet. Dies gilt umso mehr, solange die Daten in der ePA nicht voll strukturiert, sondern in einer Übergangsphase als Datensammlung ausgestaltet ist. Für den TI-M werden von der Industrie bereits heute vollfunktionsfähige und nutzbare Lösungen bereitgestellt. Eine Verschiebung der Frist auf den 1. Januar 2028 wäre insofern eine deutliche Verschlechterung der Leistungserbringer-bzw. Kassen-Patientenkommunikation und würde die von allen gewünschte Nutzung der elektronischen Patientenakte eher verlangsamen.

Sonstiges

Neben der pflegfachlichen Kompetenz ist zudem zu empfehlen, dass auch die digitale Kompetenz für Pflegefachpersonen als fester Bestandteil in Ausbildung und Studium integriert wird. In erster Linie werden Pflegefachpersonen die digitale Transformation der Pflegeversorgung und damit ihre Arbeitswelt gestalten. Aus diesem Grund müssen Grundkompetenzen zum Umgang mit IT-Infrastruktur, mit pflegespezifischen Anwendungen und zur erfolgreichen Gestaltung von Changemanagement-Prozessen stärker als bisher in die pflegerischen Ausbildungs- und Studien-Curricula eingebunden werden.

Es ist weiter anzuraten, dass auch die zuständigen Lehrkräfte in der Pflegeausbildung entsprechende Weiterbildungen nachweisen. Dabei gilt es, die Digitalisierung als Querschnittskompetenz in alle Ausbildungsbereiche einzubauen.

Der bvitg empfiehlt daher folgende Änderungen des Pflegeberufgesetzes – PflBG in den Entwurf eines Gesetzes zur Befugniserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege aufzunehmen:

§ 5 PflBG wird wie folgt geändert:

Im § 5 Absatz 3 wird Nummer 4 neu eingefügt:

„4. die Möglichkeiten digitale Anwendungen in der Pflege zu beurteilen und diese kompetent anzuwenden sowie zu schulen und anzuleiten.“

§ 53 PflBG wird wie folgt geändert:

In Abs.3 Satz 1 wird nach dem Wort „Experten“ „, sowie Expertinnen und Experten der digitalen Pädagogik.“ ergänzt.

Zusätzlich empfehlen wir die Bereitstellung der Verordnungsdaten im eVO-Fachdienst zu erweitern. Der eVO-Fachdienst, welcher auch die eVO Häusliche Krankenpflege ab Juli 2027 bespielen wird, soll somit Mehrwerte nutzen dürfen, welche auch im Prozess erhoben werden.

Derzeit besteht das Problem, dass z. B. die Verordnungsdaten der elektronischen Verordnung der Hauskrankenpflege (eVO HKP) nach 100 Tagen gelöscht werden, inkl. die von den Kassen am Ende des Prozesses bereitgestellten Daten der Gebührenpositionsnummer (GPOS) zu einer Verordnung.

Ziel ist es, die für die Versorgung und Abrechnung notwendigen GPOS-Daten zu Verordnungen eines Kostenträgers dauerhaft speichern zu dürfen, um am Anfang des Prozesses die Daten der eVO mit passenden GPOS-Daten der ambulanten Pflege vorschlagen zu können. Dies hätte zum einen den Vorteil, dass eine Entlastung von Pflegefachkräften im Versorgungsprozess entsteht, da eine Reduzierung von Fehlern in der Leistungserfassung & -abrechnung ermöglicht wird. Und zum anderen, die Möglichkeit der Dunkelverarbeitung von HKP-Antragsdaten bei Kostenträgern, durch vollständige und korrekte Anträge ermöglicht.

Des Weiteren empfehlen wir ein „Pflegezukunftsgesetz“ vergleichbar zum Krankenhauszukunftsgesetz (KHZG). Es bedarf dringend einer beteiligungsfreien finanzielle Grundlage zur Finanzierung der Digitalisierung in der ambulanten, teil- und vollstationären Langzeitpflege. Bisher sind sämtliche Fördermöglichkeiten an Selbstbeteiligungen geknüpft und belasten somit die zu Pflegenden. Zudem bedarf es für neue Technologien wie z. B. Künstlicher Intelligenz (KI) in der Pflege, eine Berücksichtigung in den Pflegesatzverhandlungen. KI führt zu einer Entlastung von Pflegenden z.B. bei der sprachgebundenen Dokumentation. KI ersetzt Arbeitszeit der Pflegekraft durch Transaktionskosten für Rechenoperationen. Für diese Transaktionskosten sollte ein Äquivalent in die Pflegesatzverhandlungen eingeführt werden.

Der vorliegende Entwurf eines Gesetzes zur Befugniserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege ist ein richtiger Schritt die Profession Pflege in Deutschland zu stärken und die Pflegefachpersonen auf Grundlage wissenschaftlich fundierter Erkenntnisse mit geeigneten Kompetenzen auszustatten. Dennoch müssen die Verfahren zur Kompetenzentwicklung oder die Datenerhebungen in den Einrichtungen zur Weiterentwicklung einer Personalbemessung in der Langzeitpflege von Beginn an digital gedacht werden. Auch die Möglichkeiten, telemedizinische und telepflegerische Anwendungen zur Gesundheitsförderung in ländlichen Gebieten zu nutzen, müssen künftig verstärkt Berücksichtigung in der Gesetzgebung finden. Unabdingbar ist zudem die Fortführung resp. Anpassung eines geeigneten finanziellen Rahmens, um digitale Anwendungen zur Entlastung der Pflegekräfte, zur Verbesserung der pflegerischen Versorgung, sowie eine stärkere Beteiligung der Pflegebedürftigen zur ermöglichen.

Stellungnahme der Aktion Psychisch Kranke e. V.

zum Entwurf des Bundesministeriums für Gesundheit für ein Gesetz zur Befugnisserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege

Wir danken für die Möglichkeit der Stellungnahme zum vorliegenden Referentenentwurf.

Die Aktion Psychisch Kranke e. V. (APK) begrüßt die Anliegen des Entwurfes die Rahmenbedingungen für die professionell Pflegenden zu verbessern und die Pflegestrukturen und niedrigschwelligen Angebote vor Ort zu stärken und mehr Anreize für innovative Versorgungsformen im Quartier zu setzen.

Auf Grund unseres satzungsgemäßen Auftrages fokussieren wir unsere Stellungnahme auf die Belange von zu pflegenden Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen.

Diesbezüglich begrüßen wir von der grundsätzlichen Ausrichtung und Umsetzung her

- die Ausweitung der niedrigschwelligen Unterstützung von Pflegebedürftigen und Entlastung von Pflegepersonen,
- das Anliegen die Präventionsberatung zu stärken und individueller auszurichten,
- die Ansätze bei den Regelungen zu gemeinschaftlichen Wohnformen in Bezug auf sektorübergreifende Leistungen und die eigenständige gesetzliche Verankerung der gemeinschaftlichen Wohnformen,
- das im Gesetz verankerte Vorhaben der Befugnis zur (erweiterten) Heilkundeausübung durch Pflegefachpersonen und die sozial-rechtliche Geltung der Vorbehaltsaufgaben,
- die Stärkung der Vertretung der Pflegeberufe auf Bundesebene,
- die Beauftragung einer Evaluation der Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen und Erfahrungen und Wirkungsweisen des seit 2017 geltenden Begutachtungsinstruments,
- die Stärkung der Rolle der Kommunen, Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen Pflegekassen und Kommunen und Sicherstellung der Versorgung.

Die entsprechenden Kommentierungen und Anregungen der APK – differenziert nach den gesetzlichen Regelungen im Entwurf – werden im Folgenden angeführt.

Zugleich werden im vorliegenden Entwurf bestimmte Anteile des ersten Referentenentwurfes aus der letzten Legislatur vermisst, auf deren Notwendigkeit im Anschluss zu der Stellungnahme zum aktuellen Referentenentwurf hingewiesen wird.

Zu dem Referentenentwurf im Einzelnen:

Zu Artikel 1 Nr. 2

§ 5 SGB XI Prävention in Pflegeeinrichtungen und in der häuslichen Pflege, Vorrang von Prävention und medizinischer Rehabilitation

Zu unterstützen ist ausdrücklich, dass auch in anderen Zusammenhängen als der Pflegebegutachtung und auch während fortbestehender Pflegebedürftigkeit Maßnahmen zur verhaltensbezogenen Prävention empfohlen werden können. Die Empfehlung durch die Pflegefachperson oder die Pflegeberatung sollte sehr auf die individuelle Lebenssituation und Möglichkeiten der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen ausgerichtet sein und keinesfalls standardisiert erfolgen. Im Gesetz wäre es insofern hilfreich von einer individuellen Bedarfserhebung und individuellen Zielformulierung zu sprechen.

In Bezug auf Prävention in Pflegeeinrichtungen sollten zudem die Vorschläge zur Verankerung einer Präventionspflege im § 42 SGB V erwogen werden. In dem Projekt SGB-Reha gefördert durch den Innovationsfond sind hier positive Ergebnisse zu verzeichnen.

Zu Artikel 1 Nr. 3

§ 7a SGB XI Pflegeberatung

Die Zielrichtung einer kassenartübergreifenden Organisation der Pflegeberatung wird positiv bewertet und auch die Möglichkeit, dass die Pflegekassen sich an der Finanzierung und arbeitsteiligen Organisation von Beratungsaufgaben anderer Träger beteiligen können. Wir sehen für pflegebedürftige Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen hier die Option, integrierte Hilfen für die Betroffenen wie aus einer Hand zu organisieren. Die Beratung sollte sich dann auch in einer gemeinsamen Planung fortsetzen.

Allerdings sollte nicht nur die Neutralität und Unabhängigkeit der Pflegeberatung, sondern auch die Zugänglichkeit gewährleistet werden. Noch viel zu wenig Betroffene nutzen die Pflegeberatung in ihren umfänglichen Möglichkeiten. Sie muss bekannter, offensiver und letztendlich in diesem Sinne barrierefreier werden. Insofern sollte das Kriterium der barrierefreien Zugänglichkeit in den Gewährleistungskriterien aufgenommen werden. Barrieren bei Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen liegen insbesondere auch in den krankheitsbedingten Schwellen die Pflegeberatung aufzusuchen. Hier sind zugehende und aufsuchende Optionen geboten.

Zu Artikel 1 Nr. 11

§ 12 SGB XI Aufgaben der Pflegekassen

Die regelmäßige Evaluation der Pflegekassen zur regionalen Pflegesituation wird begrüßt, zum einen für die kommunale Strukturplanung, zum anderen auch für die regionale einzel-fallbezogene Hilfeplanung bzw. integrierte Hilfeplanung. Oft scheitern Hilfeplanungen nach Aufstellung an fehlenden Angeboten oder dem Nichtwissen über den tatsächlichen Versorgungsstand.

Die Sicherstellung der Hilfen ist in gut funktionierenden Netzwerk- und Verbundstrukturen eine regelhafte Austauschthematik; hier kann aber bisher nicht auf fundierte Versorgungsdaten zurückgegriffen werden.

Zu Artikel 1 Nr. 35

§ 45d Förderung der Selbsthilfe in der Pflege, Verordnungsermächtigung

Wir sehen die geplante Erhöhung der Fördermittel um 0,06 € pro Versicherten für geboten. Die vorgesehenen Regelungen beinhalten Verbesserungen auf regionaler, Landes- und auf Bundesebene.

Bezüglich Absatz 4 dargelegte Bewilligung von Fördermitteln für drei bis maximal fünf Jahre wird die alte Regelung bevorzugt. Zu beachten ist, dass die Selbsthilfe bei pflegebedürftigen Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen über die Demenz hinaus bisher nur ungenügend aufgestellt ist. Hier müsste zunächst die Aufbauarbeit explizit gefördert werden.

Zu Artikel 1 Nr. 35

§ 45e SGB XI Förderung der Zusammenarbeit in regionalen Netzwerken

Wir begrüßen die Aufnahme des § 45 e SGB XI und die Erhöhung der Förderung von regionalen Netzwerken auf 30.000 € pro Netzwerk ausdrücklich. Auch die vorgesehene Förderdauer von bis zu drei Jahren sowie die Möglichkeit der wiederholten Förderung ist positiv. Die gebildeten Netzwerkstrukturen sollten sich bezüglich der Schnittstellen zu andere Leistungsbereichen insbesondere zur Behandlung und zur Eingliederungshilfe in regionale Verbundstrukturen einbringen.

Zu Artikel 1 Nr. 55

§ 92c Verträge zur pflegerischen Versorgung in gemeinschaftlichen Wohnformen

§ 92c schafft eine weitere Möglichkeit, gemeinschaftliches Wohnen zu organisieren. Allerdings erfolgt dies rein trägerorientiert und -organisiert.

Grundsätzlich in Richtung einer integrierten Versorgung weitere Schritte zu gehen und damit

leistungsträgerübergreifende Versorgungsansätze zu stärken, wird von der APK begrüßt, wobei ein Nebeneinander von Pflege- und Behandlungsleistungen auch bereits aktuell möglich ist. In den Wohngruppen die trägerübergreifenden Leistungen vertraglich zu regeln, verhindert langwierige Zuständigkeitsklärungen.

Unklar bleibt die Beteiligung der Eingliederungshilfe auf den Vertragsebenen (dort erwähnt) und der Leistungsgestaltungen in den Wohngruppen. Zugleich sind Leistungen zur sozialen Teilhabe ein gebotener Bestandteil integrierter Hilfen.

Zu Artikel 3 Nummer 2, 16 und 21

- a) § 15a Behandlung durch Pflegefachpersonen, Pflegeprozessverantwortung*
- b) § 73d Eigenverantwortliche Erbringung von Leistungen durch Pflegefachpersonen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung; eigenverantwortliche Verordnung häuslicher Krankenpflege durch Pflegefachpersonen, Evaluation*
- c) § 112a Eigenverantwortliche Erbringung von Leistungen durch Pflegefachpersonen im Rahmen der Krankenhausbehandlung*

Begrüßt werden aus Sicht der APK die im Gesetzentwurf enthaltenen Regelungen, die ermöglichen, dass bestimmte Leistungen der ärztlichen Behandlung im klinischen und ambulanten Sektor von Pflegefachpersonen mit der erforderlichen fachlichen Kompetenz eigenverantwortlich übernommen werden können. Die Erarbeitung konkret definierter Leistungsbereiche unter Einbezug wissenschaftlicher Expertise ist eine grundsätzliche Voraussetzung.

Die besonderen Belange bei der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen gilt es im Leistungskatalog für beide Sektor zu beachten. Die ambulante psychiatrische Pflege und die psychiatrische Krankenhausbehandlung sollten jeweils gesondert berücksichtigt werden. Hier sollte entsprechende fachliche und wissenschaftliche Expertise hinzugezogen werden.

Noch aufzunehmende Aspekte:

- *Amt der oder des Beauftragten der Bundesregierung für Pflege*

Die gesetzliche Verankerung des Amtes der bzw. des Pflegebeauftragten der Bundesregierung im SGB XI war in den bisherigen Reformüberlegungen impliziert und sollte aus Sicht der APK auch im Referentenentwurf verankert werden. Mit der Verankerung wird die bzw. der Pflegebeauftragte auch mit den Beauftragungen der Bundesregierung für die Patientinnen und Patienten und Menschen mit Behinderung gesetzlich gleichgestellt. In Zeiten des demographischen Wandels steigt die ohnehin schon hohe Zahl an Pflegebedürftigen, die Versorgung in ihrer Qualität und Finanzierung steht vor riesigen Herausforderungen. Eine Beauftragtenfunktion an den Schnittstellen zwischen den Betroffenen und der fachlichen, ministeriellen Ebene und der

Verwaltungsebene kann wesentliche fachliche Impulse setzen, Reformbedarfe identifizieren, die Selbsthilfe stärken und Versorgungweiterentwicklungen mitgestalten.

Wir haben zudem in der Fortführung des Dialogprozesses zur Weiterentwicklung der Hilfen für psychisch erkrankte Menschen in Einbezug der drei Beauftragten erfahren können, wie bedeutsam die Pflegebeauftragte bzw. der Pflegebeauftragte auch gerade an den Schnittstellen Behandlung, Teilhabe und Pflege ist.

Auch die diskutierte Einrichtung eines Beirates zur Wahrnehmung der Interessen der Pflegebedürftigen und ihrer An- und Zugehörigen durch den oder die Pflegebeauftragte, sollte wieder mit aufgenommen werden.

- *Ansprüche auf Umwandlung der ambulanten Sachleistungsbeträge*

Eine Erhöhung der Umwandlungsmöglichkeit des Sachleistungsbetrags von 40 % auf 50 % ermöglicht pflegebedürftigen Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen den höheren Betreuungsaufwand abzudecken. Eine entsprechende Aufnahme im Gesetz wird von der APK empfohlen.

Zudem sollte die Möglichkeit geschaffen werden, nicht verwendete Sachleistungsbeträge bzw. deren Umwandlung auf den jeweiligen Folgemonat zu übertragen, damit das Budget für die Angebote zur Unterstützung im Alltag für die Pflegebedürftigen bedarfsgerechter planbar wird.

- *Anspruch auf Umwandlung des teilstationären Sachleistungsbetrags*

Die Möglichkeit 50 % des teilstationären Sachleistungsbetrags für die Nutzung von Betreuungsgruppen umwandeln zu können, kann für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen und deren Angehörigen eine Öffnung für flexiblere und wohnortnähere Angebote sein. So kann auch in diesen Fällen der Leistungsanspruch zumindest in Teilen umgesetzt werden. Denn Betreuungsgruppen bieten i. d. R. kürzere Betreuungszeiträume an und können auch in kleinen Gemeinden oder Ortsteilen etabliert werden. Insofern sollte es möglich sein auch hier, den Sachleistungsbetrag für häusliche Betreuung umwandeln zu können. Denn es gibt nicht wenige Menschen mit Pflegebedarf und psychischen Beeinträchtigungen, die weder eine Tagespflege noch eine Betreuungsgruppe aufsuchen können. Hier darf es zu keiner Ungleichbehandlung zwischen den Pflegebedürftigen kommen. Insgesamt nähern wir uns damit einer Lösung eines Pflegebudgets, das flexibel einsetzbar ist.

Die Angebote sollten jedoch nicht die Tagespflegeangebote ersetzen, die in Qualität und Umfang erhalten bleiben müssen und teilhabeorientiert und aktivierend ausgerichtet sind. Deshalb sind weiterhin Bemühungen um einen bedarfsgerechten Ausbau der Tagespflegeangebote erforderlich.

Abschließende Bemerkungen

Die APK unterstützt den Referentenentwurf in seiner Grundausrichtung und den angeführten Aspekten. Gleichwohl bestehen über die im Gesetz verankerten Reformabsichten aus Sicht der APK weitgehendere Reformbedarfe und Aufgabenstellungen auch in Bezug auf grundsätzliche Systemfragen, sei es

- eine Entbürokratisierung, mehr Transparenz der Ansprüche und weitere Stärkung der niedrigschwelligen Zugänge für die Pflegebedürftigen und deren Angehörigen.
- die umsetzungsorientierte Stärkung des Grundsatzes „Reha vor Pflege“. Vorschläge zur Verankerung einer Präventionspflege im § 42 SGB V wären hier ein weiterer Ansatzpunkt.
- die Stärkung und Gleichstellung der ambulanten Pflegeleistungen mit einem umfassenden, flexibel nutzbarem Entlastungsbudget und insgesamt mehr Forcierung von Budgetoptionen.
- die damit verknüpfte Entkoppelung von Leistungen zum Lebensunterhalt und Wohnen von Pflege- und Betreuungsleistungen mit einer stärkeren Personenzentrierung.
- die Parallelität des Ausbaus niedrigschwelliger Unterstützungsangebote, der Förderung des bürgerschaftlichen bzw. ehrenamtlichen Engagement und der Pflegeregelleistungen mit dem entsprechenden Fachkräftestandard (Hilfemix).
- das Zusammenwirken von Eingliederungshilfe und Pflege zur Schließung von Versorgungslücken.
- die insgesamt damit verbundene zukunftsfähige finanzielle Absicherung der Pflegeversicherung und die Vermeidung und Minderung der immer weiter steigenden Belastung der Versicherten.

Bonn, den 06.10.2025



Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
21(14)22(22.1)
gel. VB zur öffent. Anh. am
08.10.2025 - Pflege
07.10.2025

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 07.10.2025

zum Antrag der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen „Priorität für Pflege – Jetzt Sofortmaßnahmen ergreifen“ (Bundestagsdrucksache 21/583)

GKV-Spitzenverband
Reinhardtstraße 28
10117 Berlin
Telefon 030 206288-0
politik@gkv-spitzenverband.de
www.gkv-spitzenverband.de

Dem Ausschuss ist das vorliegende Dokument
in nicht barrierefreier Form zugeleitet worden.

Stellungnahme

In ihrem Antrag sieht die Fraktion Bündnis 90/Die Grünen dringenden Handlungsbedarf in der sozialen Pflegeversicherung (SPV). Im Grundsatz teilt der GKV-Spitzenverband die Auffassung, dass es kurzfristiger Maßnahmen bedarf, um die SPV nachhaltig zu stabilisieren. Zu den Sofortmaßnahmen nimmt der GKV-Spitzenverband wie folgt Stellung:

Refinanzierung gesamtgesellschaftlicher Aufgaben

Der GKV-Spitzenverband unterstützt die Forderung, die SPV durch Übernahme der Corona-Mehrkosten zu stabilisieren. Die Rentenbeiträge für pflegende An- und Zugehörige wiederum sollten direkt vom Bund an die Rentenversicherung gezahlt werden.

Die Finanzierung dieser gesamtgesellschaftlichen Aufgaben durch den Bund ist nicht nur aus ordnungspolitischen Gründen erforderlich, sondern angesichts der aktuellen Finanzlage der SPV dringend notwendig: Nach den Rechnungsergebnissen hat die SPV im Jahr 2024 ein Defizit von 1,54 Mrd. Euro erzielt.

Trotz der erneuten, durch Rechtsverordnung erfolgten Anhebung des Beitragssatzes zum 1. Januar 2025 von 3,4 % auf 3,6 % und trotz der deutlichen Reduzierung der Zuführungen in den Pflegevorsorgefonds wird sich die Finanzentwicklung absehbar nicht entspannen: Spätestens im 3. Quartal 2026 benötigt die SPV laut aktueller Prognose weitere Finanzmittel, um die Zahlungsfähigkeit gewährleisten zu können.

Berechnungen des GKV-Spitzenverbandes zufolge ergibt sich zur Stabilisierung ein weiterer – das heißt zusätzlich zu den im Haushaltsgesetz vorgesehenen Darlehen – Finanzierungsbedarf von rund 4,5 Mrd. Euro bis Ende 2026. Durch die geplanten Darlehen der Bundesregierung kann voraussichtlich nur für das laufende Jahr ein Hilfebedarf weiterer Pflegekassen verhindert werden. Ohne weitere Maßnahmen würden 2026 zunächst weitere Pflegekassen Finanzhilfen benötigen. Ohne eine erneute, kritische Verschiebung von Mitteln der Pflegekassen zum Ausgleichsfonds wäre die Leistungsfähigkeit des Ausgleichsfonds nicht mehr gegeben. Insgesamt führen die vorgesehenen Darlehen nur zu einer kurzfristigen Stabilisierung der Liquiditätslage. Das hat auch ein aktueller Bericht des Bundesrechnungshofes problematisiert.

Strukturelle Reformen sind zur langfristigen Stabilisierung der SPV notwendig. Aber die SPV benötigt eine finanzielle Atempause, bis diese Reformen erarbeitet werden und wirken können. Die Einnahmen für die SPV müssen in relevanter Größenordnung erhöht werden, damit die dritte Anhebung des Pflegebeitragssatzes in kurzer Folge vermieden werden kann.

Das können die im Antrag aufgeführten Zahlungen leisten: Die lange überfällige Refinanzierung der von den Pflegekassen finanzierten Corona-Maßnahmen durch den Bund würden 5,2 Mrd. Euro Einnahmen bedeuten. Wenn der Staat die Finanzierung für versicherungsfremde Leistungen der Pflegekassen sachgerecht übernimmt und dauerhaft Rentenversicherungsbeiträge für pflegende Angehörige trägt,

ergibt sich eine Entlastung für 2026 von mittlerweile über 5 Mrd. Euro. Abhängig von der Entwicklung der Leistungsbeziehenden und der Bemessungsgrößen der Rentenversicherung, wächst die Belastung der Pflegekassen durch Beitragszahlungen für pflegende Angehörige zudem jährlich weiter an.

Entwicklung des Pflegeangebots

Der GKV-Spitzenverband berichtet dem Bundesministerium der Gesundheit regelmäßig über die Entwicklung der Anzahl der mit Pflegeeinrichtungen geschlossenen Versorgungsverträge nach § 72 SGB XI.

Insgesamt sind mit Stand 1. März 2025 bundesweit in allen Versorgungsbereichen geringfügige Veränderungen in der Anzahl der Versorgungsverträge gegenüber dem letzten Berichtszeitpunkt (1. September 2024) zu verzeichnen, das heißt Schließungen von Einrichtungen stehen Neugründungen gegenüber. Der ambulante Versorgungsbereich weist in diesem Zeitraum ein leichtes Plus von 0,8 Prozent auf. Ebenfalls geringe Steigerungen gab es im teilstationären Versorgungsbereich (0,7 Prozent). Im vollstationären Bereich war die Situation mit einer Veränderung von -0,1 Prozent annähernd konstant. Hinsichtlich der Entwicklung der Platzzahlen zeigen sich Unterschiede zwischen den Versorgungssettings. Die Anzahl der Plätze im teilstationären Versorgungsbereich stieg bundesweit das dritte Mal in Folge leicht um 1,4 Prozent. Im vollstationären Bereich hat sich die Reduzierung der Platzzahlen gegenüber dem letzten Berichtszeitpunkt deutlich verlangsamt. Die Reduzierung ist zumeist auf eine Absenkung der Platzzahlen aufgrund von Personalmangel durch die Anpassung der Versorgungsverträge zurückzuführen, da ansonsten die Personalvorgaben nicht eingehalten werden können.

Zu Insolvenzverfahren erhalten die Pflegekassen in den meisten Ländern nur wenige Informationen. Es existieren aber in allen Bundesländern Maßnahmen und Absprachen unter den beteiligten Akteuren zum Umgang mit Angebotsreduzierungen und Kündigungen von Pflegeverträgen, so dass aus Sicht der Pflegekassen die Sicherstellung der pflegerischen Versorgung durch eine Weiterversorgung der Pflegebedürftigen weiterhin gegeben ist.

Als Gründe für Insolvenzverfahren und Schließungen von Pflegeeinrichtungen werden vielfach wirtschaftliche Probleme, Personalmangel und fehlerhaftes Management genannt. Eine mangelnde Zahlungsmoral der Pflegekassen kann nicht bestätigt werden. Allerdings haben Vergütungsverhandlungen zwischen Kostenträgern und Leistungserbringern infolge der gesetzlichen Regelungen zur tariflichen Entlohnung in der Pflege in ihrer Komplexität zugenommen. Dadurch konzentrieren sich die Verhandlungsaufforderungen der Pflegeeinrichtungen oft nur noch auf wenige Zeitkorridore im Kalenderjahr. Durch diese für alle Beteiligten herausfordernde Situation kann es zu Zeitverzögerungen bei Verhandlungsabschlüssen kommen, die jedoch nicht zu einem Zahlungsstopp durch die Pflegekassen führen. In einigen Bundesländern werden inzwischen Verfahren zur Vereinfachung und Beschleunigung von Vergütungsverhandlungen und damit zeitnahe Anpassungen der Vergütung umgesetzt.

Neuverhandlungen von Pflegesätzen für den laufenden Pflegesatzzeitraum, wie im vorliegenden Antrag vorgeschlagen, sind bereits jetzt möglich, sofern unvorhersehbare wesentliche Veränderungen der Annahmen, die der Vereinbarung oder Festsetzung der Pflegesätze zugrunde lagen, vorliegen.



Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
21(14)22(22)
gel. VB zur öffentl. Anh. am
08.10.2025 - Pflege
08.10.2025

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 06.10.2025

zum Entwurf eines Gesetzes zur Befugniserweiterung und
Entbürokratisierung in der Pflege (BEEP)

GKV-Spitzenverband
Reinhardtstraße 28
10117 Berlin
Telefon 030 206288-0
politik@gkv-spitzenverband.de
www.gkv-spitzenverband.de

Dem Ausschuss ist das vorliegende Dokument
in nicht barrierefreier Form zugeleitet worden.

Inhaltsverzeichnis

I. Vorbemerkung	7
II. Stellungnahme	11
Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)	11
Nr. 2 a) – § 5	11
Nr. 2 b) – § 5 neuer Abs. 1a	12
Nr. 2 c) – § 5 Abs. 2, 3 und 4	14
Nr. 2 e) – § 5 Abs. 7	15
Nr. 3 a) – § 7a Absatz 1 Satz 8	16
Nr. 3 b) – § 7a Absatz 3	17
Nr. 3 c) – § 7a Absatz 7 Satz 4	18
Nr. 3 d) – § 7a Absatz 8	19
Nr. 4 – § 7b Absatz 1 Satz 1	20
Nr. 5 – § 7c Absatz 2 Satz 6	21
Nr. 6 a) – § 8 Absatz 3c	22
Nr. 6 c) – § 8 Absatz 7	24
Nr. 7 – § 8a Absatz 5	25
Nr. 8 – § 9 Satz 2	26
Nr. 9 – § 10 Absatz 1	27
Nr. 10 b) – § 11 Abs. 1a	28
Nr. 11 a) – § 12 Absatz 1 Satz 3	29
Nr. 11 b) – § 12 Absatz 2	30
Nr. 12 – § 15 Absatz 8	32
Nr. 13 – § 17	33
Nr. 14 – § 17a	34
Nr. 15 – § 18a Absatz 10 Sätze 1 und 3	39
Nr. 16 a) – § 18c Absatz 1 Satz 2	40
Nr. 16 b) aa) – § 18c Absatz 5 Satz 1	41
Nr. 16 b) bb) – § 18c Absatz 5 Satz 4	44
Nr. 17 a) – § 18e Absatz 1 Satz 2	45
Nr. 17 b) – § 18e Absatz 6	46
Nr. 18 c) – § 28 Abs. 5	48
Nr. 20 – § 34	49
Nr. 21 – § 36	50
Nr. 22 – § 37	51
Nr. 23 – § 38a	53
Nr. 24 – § 39a	54
Nr. 25 – § 40	56
Nr. 26 a) – § 40a Absatz 1a Satz 1	58

Nr. 26 b) Buchstabe aa) – § 40a Absatz 2 Satz 1	59
Nr. 26 b) Buchstabe bb) – § 40a Absatz 2 Satz 5	60
Nr. 27 – § 40b Absatz 1	61
Nr. 28 – § 41	62
Nr. 29 – § 43	63
Nr. 30 – § 43a	64
Nr. 31 – § 44a Absatz 1	65
Nr. 33 – § 45b	66
Nr. 34 – § 45c	67
Nr. 35 – § 45d	69
Nr. 35 – § 45e	73
Nr. 36 – § 45f	75
Nr. 36 – § 45g	76
Nr. 36 – § 45h	77
Nr. 37 – § 47b	79
Nr. 39 – § 55 Absätze 3a und 3b	80
Nr. 40 – § 69 Absatz 2	81
Nr. 42 – § 72 Absatz 1a	83
Nr. 42 – § 72 Absatz 3b	84
Nr. 42 – § 72 Absatz 3e	85
Nr. 42 – § 72 Absatz 3f	86
Nr. 43 – § 73a	87
Nr. 45 – § 75	89
Nr. 46 – § 78	90
Nr. 47 a) – § 78a Absatz 1 Satz 2	91
Nr. 47 b) – § 78a Absatz 4 Satz 3	92
Nr. 47 c) aa) – § 78a Absatz 5 Satz 3	93
Nr. 47 c) bb) – § 78a Absatz 5 Satz 6	94
Nr. 47 d) – § 78a Absatz 6	95
Nr. 47 d) – § 78a Absatz 6a (NEU)	96
Nr. 48 a) – § 82c Absatz 5 Satz 1	98
Nr. 48 b) – § 82c Absatz 9 Satz 9	99
Nr. 49 – § 84 Absatz 2 Satz 7	100
Nr. 50 – § 85 Absatz 5 Satz 1	101
Nr. 51 – § 86a	102
Nr. 52 – § 87a	104
Nr. 55 – § 92c	105
Nr. 56 – § 97	109
Nr. 58 b) – § 109 Absatz 6	110
Nr. 60 – § 112a Abs. 3 Satz 1	111
Nr. 61 – § 113 Absatz 1 Satz 2 (neu)	112
Nr. 61 – § 113 Absatz 1	113
Nr. 62 a) – § 113b Absatz 2 Satz 5 und 6	115
Nr. 62 b) – § 113b Absatz 3 Satz 8	116
Nr. 62 c) aa) – § 113b Absatz 4 Satz 2 Nummer 6	117

Nr. 62 c) bb) – § 113b Absatz 4 Sätze 3 und 4	118
Nr. 63 a) – § 113c Absatz 2 Satz 2	119
Nr. 63 b) – § 113c Absatz 3	120
Nr. 63 b) – § 113c Absatz 4	121
Nr. 63 c) – § 113c Absatz 5 Satz 1	122
Nr. 64 – § 113d	123
Nr. 65 – § 114 Absatz 1a (neu)	124
Nr. 66 a) – § 114a Absatz 1 Satz 2	126
Nr. 66 b) – § 114a Absatz 2 Sätze 2 bis 4	127
Nr. 66 c) – § 114a Absatz 3 Satz 3	128
Nr. 66 d) – § 114a Absatz 5 Sätze 2 bis 4	129
Nr. 66 e) – § 114a Absatz 7	130
Nr. 67 b) – § 114c Absatz 1	131
Nr. 67 c) – § 114c Absatz 3	132
Nr. 68 a) – § 115 Absatz 1a	133
Nr. 68 b) aa) – § 115 Absatz 5 Satz 1	134
Nr. 68 b) bb) – § 115 Absatz 5 Satz 2	135
Nr. 68 c) – § 115 Absatz 6 Satz 1	136
Nr. 69 – § 117 Absatz 1 Satz 1	137
Nr. 70 – § 118 Absatz 1 Satz 1	138
Nr. 71 – § 118a (neu)	139
Nr. 72 – § 122	140
Nr. 73 – § 123 Absatz 1	142
Nr. 73 – § 123 Absatz 2	143
Nr. 73 – § 123 Absatz 5	144
Nr. 73 – § 123 Absatz 5	145
Nr. 74 – § 125a	146
Nr. 75 – § 125c	148
Nr. 75 – § 125d	149
Nr. 76 – § 146a	150
Nr. 78 – § 154	151
Artikel 3 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)	152
Nr. 2 – § 15a	152
Nr. 3 – § 20 Absatz 5	154
Nr. 4 – § 24i	155
Nr. 5 – § 33 Absatz 5a	156
Nr. 6 – § 37	157
Nr. 9 – § 44a	158
Nr. 10 – § 45	159
Nr. 11 – § 47	161
Nr. 13 – § 64d	162
Nr. 14 – § 65d	163
Nr. 15 – § 70	164
Nr. 16 – § 73d	165
Nr. 17 – § 81	169

Nr. 18 – § 87 Absatz 2a Satz 9	170
Nr. 20 – § 105	171
Nr. 21 – 112a (neu)	172
Nr. 23 – § 132a	174
Nr. 26 – § 197b	176
Nr. 31 – § 291	177
Nr. 33 – § 340	178
Nr. 34 – § 340a	179
Nr. 35 – § 342	180
Nr. 36 – § 347	182
Nr. 37 – § 348	183
Nr. 38 – § 349	184
Nr. 39 – § 360	185
Nr. 40 a) und b) – § 361	187
Nr. 41 – § 362	188
Nr. 44 – § 393	189
Nr. 45 – § 399	190
Artikel 5 (Änderung des Pflegeberufgesetzes)	191
Nr. 3 – § 4	191
Nr. 4 – § 4a	192
Artikel 6 (Änderung des Dritten Buches Sozialgesetzbuch)	193
§ 421d	193
Artikel 7 (Änderung des Siebten Buches Sozialgesetzbuch)	194
§ 47	194
Artikel 8 (Änderung des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch)	195
§ 64k	195
Artikel 11 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)	196
Nr. 1 – § 14b Satz 3	196
Nr. 2 – § 14b Satz 4	197
Artikel 13 (Änderung des Mutterschutzgesetzes)	198
§ 20	198
III. Ergänztender Änderungsbedarf	199
Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)	199
§ 8 Absatz 3b	199
§ 18 Absatz 3	200
§ 40 und § 78	201
§ 40a Absatz 2 Satz 3 bis 5	204
§ 42b	205
§ 43c	207
Nr. 42 – § 72 Absatz 3c	208
Nr. 42 - § 72 Absatz 3e	209
Nr. 68 – § 115 Absätze 3 und 3a	211
Artikel 3 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)	212
§§ 279 und 282	212

§ 290 Absatz 3 SGB V	214
§ 291a	215
§ 291b	216
§ 293 Absatz 8	217
§ 342a	220
§ 352	221
§ 362c	222
Änderung des Pflegeberufgesetzes sowie Änderung der Pflegeberufe- Ausbildungsfinanzierungsverordnung	223
§ 30 Absatz 4 PflBG sowie § 5 Absatz 3 PflAFinV	223

I. Vorbemerkung

Die soziale Pflegeversicherung ist in besonderem Maße von den Auswirkungen der demografischen Veränderungsprozesse in Deutschland betroffen. Die wachsende und absehbar weiter steigende Pflegeprävalenz sowie ein gleichzeitig im Verhältnis zum Bedarf stagnierendes Versorgungsangebot für pflegebedürftige Menschen treffen in zunehmender Weise auf einen Fachkräftemangel, der nicht allein durch ein Mehr an finanziellen Mitteln behoben werden kann. Gleichzeitig benötigt die soziale Pflegeversicherung dringend finanzielle Stabilität.

Der GKV-Spitzenverband begrüßt die Intention des Bundesministeriums für Gesundheit, auf verschiedenen Ebenen die Rahmenbedingungen dafür zu schaffen, die Kompetenzen der Pflege besser für die Versorgung zu nutzen und damit die Attraktivität des Berufsbildes weiter zu stärken. Insbesondere im Zusammenspiel mit anderen pflegeberuflichen Gesetzesvorhaben – namentlich dem Pflegefachassistenteneinführungsgesetz und dem geplanten Pflege- und Gesundheitsexperten-Einführungsgesetz zur bundeseinheitlichen Einführung eines Pflegeberufs auf Masterniveau – ist dies ein weiterer wichtiger Schritt für eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen und der Durchlässigkeit der verschiedenen Berufe in der Pflege. Der GKV-Spitzenverband erhofft sich davon schlussendlich und insbesondere eine Verbesserung der pflegerischen Versorgung der Pflegebedürftigen.

Adressiert werden mit dem Gesetzesvorhaben darüber hinaus weitere zentrale Handlungsfelder, wie die Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention für pflegebedürftige Versicherte, die Schaffung eines breiten Spektrums an innovativen Wohnformen für Pflegebedürftige, die Verbesserungen der Zusammenarbeit von Kommunen und Pflegekassen und die Einbeziehung von Pflegefachpersonen in die ambulante Versorgung. Die gesetzliche Verankerung, nun Pflegefachpersonen regelhaft heilkundliche Aufgaben zuzuschreiben und ihre heilkundlichen Kompetenzen in die Regelversorgung zu integrieren, wird ausdrücklich begrüßt. Sie wird als wichtiger erster Schritt zur Anerkennung des Pflegeberufs gewertet. Gerade für die geplante Reform zur Primärversorgung braucht es die Kompetenzen von Pflegefachpersonen. In der Gesamtschau muss aber angemerkt werden, dass die Vielzahl an Regelungen des vorliegenden Gesetzentwurfs hinsichtlich des Ausmaßes ihrer Folgewirkungen und ihrer Implikationen für die konkrete Umsetzung in der Praxis teilweise einer Präzisierung sowie Prüfung ihrer inhaltlichen Kohärenz bedürfen. Andernfalls bestünde die Gefahr, dass richtige Gestaltungsansätze in der Praxis nicht umsetzbar sind.

Pflegekompetenz

Der vorgelegte Entwurf eines Gesetzes zur Befugnisserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege (BEEP) adressiert nachvollziehbarerweise die Frage, wie die vielfältigen Kompetenzen von Pflegefachpersonen so gestaltet werden können, dass sie für die Versorgung zielgerichteter und effizienter als bisher eingesetzt werden können. Eine aufgewertete und eigenverantwortlichere Rolle der Pflegeberufe in der Versorgung ist zeitgemäß, um das vorhandene Fachkräftepotenzial kompetenz-

und bedarfsorientiert zielgenauer als bislang einzusetzen und die Versorgung nachhaltig sicherzustellen.

Der vorgelegte Gesetzentwurf ist nach dem Pflegestudiumstärkungsgesetz gemeinsam mit dem Pflegefachassistenteneinführungsgesetz und dem geplanten Pflege- und Gesundheitsexperten-Einführungsgesetz ein weiterer Baustein der Neuausrichtung der Profession Pflege und der Erweiterung der Kompetenzen für Pflegefachpersonen. Hierzu gilt es, stabile rechtliche Voraussetzungen und Rahmenbedingungen zu schaffen. Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes sind dahingehend für die eigenverantwortliche Erbringung von Leistungen der bisher ärztlichen Behandlung durch Pflegefachpersonen dringend bundeseinheitlich gesetzlich geregelte Mindestanforderungen an die jeweiligen (Fach-) Weiterbildungen und die Kompetenzfeststellungsverfahren zu schaffen. Nur so kann eine transparente und rechtssichere Struktur für die Erlaubnis zur Durchführung dieser Tätigkeiten gelingen. Darüber hinaus ist es von besonderer Bedeutung, Transparenz, Klarheit und die notwendige Abgrenzung zwischen den verschiedenen heilkundlichen Leistungsarten zu schaffen. Die hierzu gewählte Rechtskonstruktion, diese Leistungen in einem Vertrag festzulegen, wirft allerdings Fragen auf. Dies betrifft insbesondere das Verhältnis dieses Vertrages zur gesetzlichen Normenhierarchie und zum Gemeinsamen Bundesausschuss.

Innovative Versorgungsformen

Um die Versorgung pflegebedürftiger Menschen besser an deren Bedürfnisse anzupassen, sieht der Gesetzentwurf eine neue, kombinierte Wohnform aus ambulanter und stationärer pflegerischer Versorgung vor. Dazu soll es ambulanten Pflegeeinrichtungen ermöglicht werden, im Rahmen sektorenübergreifender Verträge mit den Landesverbänden der Pflege- und Krankenkassen sowie dem jeweils zuständigen Sozialhilfeträger die pflegerische Versorgung für gemeinschaftliche Wohnformen zu übernehmen. Der GKV-Spitzenverband begrüßt Ansätze, die den individuellen Bedürfnissen und selbstbestimmten Vorstellungen Pflegebedürftiger noch besser Rechnung trägt. Jedoch ist fraglich, inwieweit sich mit den im Gesetzentwurf vorgelegten Regelungen zur Schaffung eines neuen pflegerischen Angebots in gemeinschaftlichen Wohnformen die beabsichtigte Wirkung in der Praxis entfalten kann. Die leistungsrechtlichen und vertraglichen Vorgaben für diese neue Versorgungsform sind nur so rudimentär beschrieben, dass sie zu komplexen Umsetzungsfragen und Interpretationsspielräumen führen. Angesichts der Vielzahl der noch offenen Fragen ist eine Umsetzung auf Basis der jetzigen Regelungen des Gesetzentwurfs nicht sachgerecht.

Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen Kommunen und Pflegekassen

Der Gesetzentwurf sieht vor, dass Kommunen mehr Mitgestaltungsmöglichkeiten bei der pflegerischen Versorgung vor Ort erhalten. In diesem Zusammenhang sollen die Länder nun durch Landesrecht bestimmen können, ob bzw. wie eine kommunale Pflegestrukturplanung vorzusehen ist. Auf der anderen Seite haben die Pflegekassen aber im Falle einer durch Landesrecht bestimmten kommunalen Pflegestrukturplanung kein verbindliches Mitwirkungsrecht. Das ist nicht sachgerecht. Die Umsetzung des Ziels des Gesetzgebers, die Zusammenarbeit zwischen Pflegekassen und Kommunen zu verbessern, wird damit einseitig von den Ländern definiert. Zudem sehen die gesetzlichen Neuregelungen vor, dass Pflegekassen künftig die Empfehlungen der regionalen Ausschüsse nach § 8a Absatz 3 SGB XI verbindlich bei der Zulassung von Pflegeeinrichtungen beachten müssen. Unklar bleibt

dabei, wie dies umgesetzt werden soll und wer letztlich die Verantwortung für die damit verbundenen Entscheidungen trägt.

Gesundheitsförderung und Prävention

Aufgrund der demografischen Entwicklung und damit im Zusammenhang stehender Herausforderungen (z. B. sozialräumlicher Infrastrukturmängel) wird der Zielgruppe „ältere/alte Menschen“ in der Prävention und Gesundheitsförderung bereits heute verstärkt Beachtung geschenkt. Der GKV-Spitzenverband unterstützt daher das Anliegen, Gesundheit, Lebensqualität, Selbstbestimmung, Mobilität und Selbstständigkeit möglichst bis ins hohe Alter zu erhalten und die Entstehung von Krankheit und Pflegebedürftigkeit zu vermeiden beziehungsweise hinauszuzögern.

In diesem Sinne ist der Intention des Gesetzentwurfs, die Prävention im Rahmen des SGB XI weiter auszubauen, grundsätzlich zuzustimmen. Dies soll über verbesserte Zugänge für pflegebedürftige Versicherte zu den individuellen Präventionsangeboten der Krankenkassen nach § 20 Abs. 5 SGB V und deren bessere Ausrichtung auf die Präventionsbedarfe pflegebedürftiger Menschen erfolgen. Es ist grundsätzlich sinnvoll, an bereits etablierte Beratungsstrukturen des SGB XI anzuknüpfen und keine neuen Beratungsstrukturen und -angebote für die Gesundheitsförderung und Prävention in der Pflegeversicherung zu schaffen.

GKV-Finanzierung

Die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) steht im Jahr 2026 vor finanziellen Herausforderungen. Die erheblichen Erhöhungen der Zusatzbeiträge durch die Krankenkassen zu Beginn dieses Jahres konnten die strukturelle Diskrepanz zwischen Einnahmen und Ausgaben nicht ausgleichen. Aufgrund der hohen Ausgabendynamik im Jahr 2024 und im ersten Halbjahr 2025 von rund acht Prozent wird sich die Finanzsituation weiter verschärfen. Auch für das Jahr 2026 werden in der GKV stark steigende Leistungsausgaben erwartet.

Um weitere Steigerungen des Zusatzbeitragssatzes zu Beginn des kommenden Jahres zu vermeiden und die Finanzsituation der GKV kurzfristig zu stabilisieren, sind Maßnahmen erforderlich, die bereits im Jahr 2026 Wirkung entfalten können. Vor dem Hintergrund der großen Dringlichkeit des Handlungsbedarfs spricht sich der GKV-Spitzenverband dafür aus, entsprechende Kurzfristmaßnahmen im Rahmen des vorliegenden Gesetzentwurfs zu regeln. Angesichts der gemeinsamen Verantwortung aller Vertragspartner und Leistungsanbieter im Gesundheitswesen sollten möglichst alle Leistungsbereiche einen Beitrag leisten.

Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes und der gesetzlichen Krankenkassen sind darüber hinaus grundlegende Reformen zwingend erforderlich. Diese sollten einerseits die gesamtgesellschaftliche Verantwortung des Bundes für die Stabilität der GKV berücksichtigen und andererseits auf eine einnahmenorientierte Ausgabenpolitik abzielen. So muss der Bund ausgabendeckende Beiträge für Bürgergeldbeziehende an die GKV leisten und die Bundesbeteiligung für versicherungsfremde Leistungen dynamisieren. Zudem sollte der in § 71 SGB V verankerte Grundsatz der Beitragssatzstabilität gesetzlich konkretisiert und verbindlicher ausgestaltet werden. Dadurch würde sichergestellt, dass die Krankenkassen nicht mehr ausgeben, als sie mit dem aktuellen

Beitragssatzniveau einnehmen. Preis- und Honoraranstiege müssten sich künftig an der Einnahmesituation orientieren.

Langfristig sollten diese Maßnahmen durch Strukturreformen begleitet werden, um die Finanzlage der GKV dauerhaft zu sichern und gleichzeitig eine qualitativ hochwertige Versorgung aller Versicherten zu gewährleisten.

Zu den vorgesehenen Regelungen nimmt der GKV-Spitzenverband im Einzelnen wie folgt Stellung.

II. Stellungnahme

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 2 a) – § 5

A) Beabsichtigte Neuregelung

In der Neufassung der Überschrift wird durch die Einfügung „und in der häuslichen Pflege“ der Intention des Gesetzgebers entsprochen, pflegebedürftige Menschen, die in der häuslichen Pflege von An- und Zugehörigen und /oder einem Pflegedienst versorgt werden, zielgenauer den Zugang zu den Präventionsleistungen der Krankenkassen nach § 20 Abs. 4 Nummer 1 des SGB V zu ermöglichen.

B) Stellungnahme

Die Überschrift verdeutlicht die Intention des Gesetzgebers und bedeutet eine redaktionelle Folgeänderung aufgrund der Einfügung des neuen Absatzes 1a.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 2 b) – § 5 neuer Abs. 1a

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Einführung des neuen Absatzes 1a wird beabsichtigt, den Zugang zu Präventionsleistungen für Pflegebedürftige in der häuslichen Pflege zu verbessern, indem diese eine zielgenaue Präventionsberatung durch die Pflegekassen erhalten. Damit will der Gesetzgeber erreichen, dass der Zugang von pflegebedürftigen Menschen – ob mit oder ohne ambulanten Pflegedienst versorgt – zu den Präventionsleistungen der Krankenkassen unterstützt wird. Den Pflegebedürftigen soll eine Bedarfserhebung, eine Beratung und die Empfehlung einer konkreten Maßnahme der Prävention (Präventionsempfehlung) durch die Pflegekassen ermöglicht werden. Dies kann durch eine Pflegefachperson oder durch gemäß § 7a Abs. 3 Satz 2 SGB XI qualifizierte Pflegeberaterinnen und Pflegeberater über die Leistungserbringung nach § 36 SGB XI, die Pflegeberatung nach § 7a und c SGB XI und die Beratungsbesuche nach § 37 Abs. 3 SGB XI erfolgen. Die Bedarfserhebung, Beratung und Empfehlung sollen frühestmöglich nach Feststellung der Pflegebedürftigkeit unter Berücksichtigung der Empfehlungen nach § 18b SGB XI und auch während der fortschreitenden Pflegebedürftigkeit umgesetzt werden. Die Krankenkassen sollen die Präventionsempfehlung der Pflegekassen nach § 5 Abs. 1a Satz 3 Nummer 2 und Satz 5 und 6 des SGB XI und § 18b Abs. 2 Satz 1 SGB XI aufgreifen und bei einer Entscheidung über eine verhaltensbezogene Präventionsmaßnahme nach § 20 Abs. 5 SGB V berücksichtigen.

Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen soll unter Einbeziehung unabhängigen Sachverständes die Kriterien für die Verfahren nach dem neuen Absatz Satz 1 bis 3 festlegen, insbesondere hinsichtlich des Inhalts, der Methodik, der Qualität, der wissenschaftlichen Evaluation und der Messung der Erreichung der mit den Maßnahmen verfolgten Ziele. Im SPV-Leitfaden sollen die Voraussetzungen und Ziele der individuellen Bedarfserhebungen und Beratung von Pflegebedürftigen zur Nutzung präventiver Angebote festgelegt werden. Entsprechend den Erläuterungen zur beabsichtigten Neureglung im § 5 SGB XI soll der GKV-Spitzenverband den GKV-Leitfaden Prävention weiterentwickeln und spezifische Handlungsfelder und Kriterien für Leistungen zur primären Prävention für Pflegebedürftige in häuslicher Pflege nach § 20 Absatz 2 SGB V definieren (vgl. B. Besonderer Teil, zu Artikel 1, Nummer 2 (§ 5), zu Buchstabe b).

B) Stellungnahme

Der Intention des Gesetzgebers, die Prävention im Rahmen des SGB XI weiter auszubauen, ist grundsätzlich zuzustimmen. Dies soll über verbesserte Zugänge für pflegebedürftige Versicherte zu den individuellen Präventionsangeboten der Krankenkassen nach § 20 Abs. 4 Nr. 1 SGB V erfolgen. Für die Pflegekassen würde dies bedeuten, dass die bestehenden genannten Beratungsstrukturen dahingehend geprüft werden, ob und wie die Möglichkeit einer Präventionsempfehlung als Beratungsinhalt ggf. weiter zu präzisieren bzw. zu stärken ist und welche Prozesse hierfür ggf. von den Kranken- und Pflegekassen an den Schnittstellen anzupassen sind.

Leistungen der Primärprävention und Gesundheitsförderung nach §§ 20, 20a SGB V können auch für ältere Menschen, die pflegebedürftig sind und zu Hause von Angehörigen oder durch ambulante

Pflegedienste versorgt werden, sinnvoll sein und helfen, gesundheitliche Risiken zu reduzieren und Ressourcen zu stärken. Um die individuellen verhaltensbezogenen Leistungen der GKV noch passgenauer auf die Prävention vor und in der Pflege zu gestalten, kann eine Ergänzung von spezifischen Handlungsfeldern und Kriterien für diese Zielgruppe im GKV-Leitfaden Prävention sinnvoll sein. Ob die Weiterentwicklung dieser Angebote der individuellen verhaltensbezogenen Primärprävention und Gesundheitsförderung tatsächlich ausreichend ist, um pflegebedürftige Menschen in häuslicher Pflege bedarfsgerecht zu erreichen und zu unterstützen, oder ob zusätzliche Angebote außerhalb des SGB V erforderlich sind, muss sich jedoch erst noch zeigen.

Im Jahr 2024 förderten die Krankenkassen rund 1,96 Mio. Teilnahmen an Präventionskursen. Sowohl der zur Verfügung stehende Betrag je Versicherten für Leistungen der individuellen verhaltensbezogenen Prävention in Höhe von 2,67 Euro als auch der Ausgabenrichtwert gemäß § 20 Abs. 6 Satz 1 SGB V für die Summe aller Leistungsausgaben zur Gesundheitsförderung und Prävention im Jahr 2024 in Höhe von 9,04 Euro je Versicherten wurden mit 9,20 Euro je Versicherten bereits deutlich überschritten.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 2 c) – § 5 Abs. 2, 3 und 4

A) Beabsichtigte Neuregelung

Durch die Neufassung will der Gesetzgeber erreichen, dass die Ausgaben und das Verfahren zur Umverteilung sowie das Hinwirken auf frühzeitige Interventionen, die eine Pflegebedürftigkeit vermeiden helfen, auch für die Vorhaben nach § 5 Abs. 1a gelten.

B) Stellungnahme

Wenn der Intention des neuen Abs. 1a gefolgt wird, dann ist das folgerichtig.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 2 e) – § 5 Abs. 7

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Absatz 7 wird gestrichen.

B) Stellungnahme

Die Änderung ist sachgerecht, da die hier aufgeführten Regelungen befristete pandemiebedingte Sonderregelungen betreffen und nicht mehr aktuell sind.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 3 a) – § 7a Absatz 1 Satz 8

A) Beabsichtigte Neuregelung

In § 7a Absatz 1 soll Satz 8 gestrichen und in dem neu gefassten Absatz 8 Satz 4 verortet werden. Der Satz regelt inhaltlich unverändert, dass Pflegekassen ihnen obliegende Aufgaben der Pflegeberatung ganz oder teilweise auf Dritte übertragen können und § 80 SGB X (Verarbeitung von Sozialdaten im Auftrag) unberührt bleibt.

B) Stellungnahme

Die Verortung des Satzes 8 in Absatz 8 Satz 4 stellt eine redaktionelle Folgeänderung dar. Die Regelung bleibt dem Inhalt nach bestehen.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 3 b) – § 7a Absatz 3

A) Beabsichtigte Neuregelung

In § 7a Absatz 3 Satz 2 soll im Rahmen der Aufzählung des die Pflegeberatung durchführenden qualifizierten Personals der Begriff „Pflegefachkräfte“ durch „Pflegefachpersonen“ ersetzt werden. In Satz 3 soll die Fristangabe „bis zum 31. Juli 2018“ zur Abgabe der Empfehlungen zur erforderlichen Anzahl, Qualifikation und Fortbildung von Pflegeberaterinnen und Pflegeberatern gestrichen werden.

B) Stellungnahme

Die Anpassung des Begriffs „Pflegefachkraft“ erfolgt auf der Grundlage der in § 15a Absatz 3 SGB V geregelten Legaldefinition der Pflegefachperson und ist daher sachgerecht. Die Anpassung des Begriffs erfordert zu gegebener Zeit eine entsprechende Anpassung der Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes nach § 7a Absatz 3 Satz 3 SGB XI zur erforderlichen Anzahl, Qualifikation und Fortbildung von Pflegeberaterinnen und Pflegeberatern.

Die Streichung der Frist stellt eine redaktionelle Änderung dar, da die Empfehlungen bereits in Kraft getreten sind.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 3 c) – § 7a Absatz 7 Satz 4

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Verweis auf die Modellvorhaben nach § 123 Absatz 1 (ALT) soll gestrichen werden.

B) Stellungnahme

§ 123 SGB XI wurde mit dem Gesetz zur Unterstützung und Entlastung in der Pflege (Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz – PUEG) novelliert. Folglich ist die Streichung sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 3 d) – § 7a Absatz 8

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der neu gefassten Absatz 8 regelt weiterhin unverändert, dass sich die Pflegekassen zur Wahrnehmung ihrer Beratungsaufgaben aus ihren Verwaltungsmitteln an der Finanzierung und arbeitsteiligen Organisation von Beratungsaufgaben anderer Träger beteiligen können und dabei Neutralität und Unabhängigkeit der Beratung zu gewährleisten sind (als neuer Satz 3 in Absatz 8). Der neue Satz 1 regelt, dass die Pflegekassen eine angemessene Beratung ihrer Versicherten sicherstellen. In einem neuen Satz 2 wird ergänzt, dass die Pflegekassen zur Sicherstellung der Beratung der Versicherten im Land einheitlich und gemeinsam Vereinbarungen zur kassenartenübergreifenden Organisation der Pflegeberatung im Land und zur Abstimmung und Zuordnung der Beratungsstrukturen zu bestimmten räumlichen Einzugsbereichen treffen und diese Aufgabe auch an die Landesverbände der Pflegekassen übertragen können. Die mögliche Übertragung der Beratungsaufgaben von den Pflegekassen auf Dritte (derzeit Absatz 1 Satz 8) soll als Satz 4 angefügt werden.

B) Stellungnahme

Mit dem neuen Satz 1 wird der Auftrag der Pflegekassen, die Pflegeberatung für die Versicherten sicherzustellen, gesetzlich verankert. Die Neuerung in Satz 2, dass Pflegekassen zur Sicherstellung der Beratung einheitlich und gemeinsam Vereinbarungen zur kassenartenübergreifenden Organisation der Pflegeberatung im Land und zur Abstimmung und Zuordnung der Beratungsstrukturen zu bestimmten räumlichen Einzugsbereichen treffen können, kann unter anderem dazu beitragen, den Zugang zur Pflegeberatung und/oder zu spezifischen Beratungsangeboten für bestimmte Bedarfe zu schaffen bzw. zu verbessern. Die Evaluation der Pflegeberatung und Pflegeberatungsstrukturen gemäß der gesetzlichen Berichtspflicht nach § 7a Abs. 9 SGB XI zeigt auf, dass insbesondere Lücken bei spezifischen Beratungsangeboten geschlossen werden sollten. Im Rahmen des Evaluationsberichtes wird darauf hingewiesen, dass es nicht realistisch sei, dass alle Pflegeberaterinnen und -berater für die Bedarfe aller Zielgruppen fortgebildet sind, so dass praktikable Lösungen zur Einbindung der notwendigen Expertise gefunden werden sollten. Die Neufassung des Absatzes 8 wird daher begrüßt.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 4 – § 7b Absatz 1 Satz 1

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Änderungen in Absatz 1 Satz 1 betreffen redaktionelle Folgeänderungen. So wird § 38a (§ 45f - NEU) durch § 38 (Kombinationsleistung) sowie die Angabe § 45e (NEU: Förderung der Zusammenarbeit in regionalen Netzwerken) durch die Angabe § 45f bis § 45h (Zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen / Anschubfinanzierung zur Gründung von ambulant betreuten Wohngruppen / Leistungen in gemeinschaftlichen Wohnformen mit Verträgen zur pflegerischen Versorgung) ersetzt.

B) Stellungnahme

Die redaktionellen Folgeänderungen sind sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 5 - § 7c Absatz 2 Satz 6

A) Beabsichtigte Neuregelung

Gemäß Absatz 2 Satz 6 Nummer 1 sollen die Träger Pflegefachkräfte in die Tätigkeit der Pflegestützpunkte einbinden. Das Wort "Pflegefachkräfte" soll durch "Pflegefachpersonen" ersetzt werden.

B) Stellungnahme

Mit der Änderung wird der Begriff an die Legaldefinition "Pflegefachkraft" angepasst. Die Änderung ist sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 6 a) – § 8 Absatz 3c

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der § 8 soll um einen neuen Absatz 3c ergänzt werden. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen soll gemäß der beabsichtigten Neuregelung in den Jahren 2026 bis 2031 gemeinsam mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen wissenschaftliche Expertisen zur konkreten Ausgestaltung und Weiterentwicklung der Inhalte von Leistungen nach diesem und nach dem Fünften Buch, die durch Pflegefachpersonen jeweils abhängig von ihren Kompetenzen erbracht werden können, fördern. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen bestimmen im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit und unter Beteiligung des Bundesministeriums für Bildung, Familie, Senioren, Frauen und Jugend nach Anhörung der maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene Dauer, Inhalte und Durchführung. Zur Finanzierung stehen dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen zehn Millionen Euro aus dem Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung zur Verfügung; an den Ausgaben für die Fördermittel trägt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen 50 Prozent. Die im Modellprogramm nach § 125a zur Verfügung gestellten zehn Millionen Euro aus dem Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung werden zugleich um fünf Millionen Euro gekürzt (vgl. Nr. 66).

B) Stellungnahme

Die Einrichtung des neuen Förderprogramms gem. § 8 Absatz 3c wird begrüßt. Eine Verwendung der gekürzten Mittel aus dem Modellprogramm gemäß § 125a für die wissenschaftlichen Expertisen ist grundsätzlich sachgerecht.

Die beabsichtigte Neuregelung steht in enger Verbindung mit der beabsichtigten Neuregelung nach Artikel 3 Nr. 8 zur Schaffung eines neuen § 73d SGB V. Gemäß dieser beabsichtigten Neuregelung vereinbaren bis zum 31. Dezember 2025 die Spitzenorganisationen nach § 132a Absatz 1 Satz 1 SGB V und die Kassenärztliche Bundesvereinigung unter Beteiligung der Vereinigungen der Träger von stationären Pflegeeinrichtungen nach § 71 Absatz 2 SGB XI einen Rahmenvertrag. Das Bundesministerium für Gesundheit wird zudem bis zum 31. Dezember 2027 eine Evaluation der Entwicklung und Umsetzung der selbständigen Erbringung heilkundlicher Aufgaben durch Pflegefachpersonen in anderen Versorgungsbereichen, insbesondere im Bereich der Krankenhäuser und Vorsorge- und Rehabilitationsreinrichtungen vorlegen. Diese soll auch die im Bereich des § 8 Absatz 3c SGB XI entwickelten Empfehlungen einbeziehen. Vor diesem Hintergrund und mit Blick auf die zeitliche Überschneidung zum § 8 Absatz 3c SGB XI muss sichergestellt werden, dass auch bereits vorliegende Zwischenergebnisse in die Bewertung des Umsetzungsstands und die Identifizierung möglichen Anpassungsbedarfs einfließen.

Vor dem Hintergrund, dass es sich bei dem Auftrag gemäß der beabsichtigten Neuregelung um eine systemische Weiterentwicklung von grundsätzlicher Bedeutung für die Versorgung von Pflegebedürftigen handelt, sollte sich die Private Pflegeversicherung entsprechend der Regelung nach § 8 Absatz 9 SGB XI an den Kosten beteiligen.

C) Änderungsvorschlag

§ 8 Abs. 9 S. 1 SGB XI wird wie folgt neu gefasst: „Die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, beteiligen sich mit einem Anteil von 7 Prozent an den Kosten, die sich gemäß den Absätzen 3c, 5, 7 und 8 jeweils ergeben“.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 6 c) – § 8 Absatz 7

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die in § 8 Absatz 7 SGB XI genannten Fördermaßen sollen um die Fördermaßnahme zur betrieblichen Integration von Pflege- und Betreuungspersonal aus dem Ausland erweitert werden. Des Weiteren soll die bereits förderfähige Maßnahme zur kompetenzorientierten Personalentwicklung dahingehend ergänzt werden, dass sich die Personalentwicklung auch an den Bedarfen pflegebedürftiger Personen orientiert. Die Maßnahmen zur Personalentwicklung sollen dahingehend konkretisiert werden, dass auch die fachgerechte Wahrnehmung der Pflegeprozessverantwortung durch Pflegefachpersonen sowie Maßnahmen zu ihrer sachgerechten Umsetzung einschließlich der Durchführung von Schulungen umfasst sind. Dies soll in gleicher Weise für die Entwicklung und Umsetzung einschließlich der Durchführung von Delegationskonzepten gelten, die nach § 11 SGB XI zu entwickeln sind.

B) Stellungnahme

Die Erweiterung der Inhalte, die zu einer Personalentwicklung zählen, tragen der mit dem diesem Gesetz vorgesehenen Intention der kompetenz- und bedarfsorientierten Versorgung Rechnung. Auch Maßnahmen zur betrieblichen Integration von ausländischen Pflege- und Betreuungskräften sind sicherlich sinnvoll. Eine Förderung nach § 8 Absatz 7 SGB XI mit dem Ziel der Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf ist jedoch nicht nachvollziehbar. Es handelt sich bei den vorgesehenen erweiterten förderfähigen Maßnahmen um betriebliche Maßnahmen sowie um allgemeine Arbeitgeberpflichten, bei denen das originäre Förderziel des § 8 Absatz 7 SGB XI nicht erkennbar ist und die teilweise bereits anderweitig vergütet werden. Schon durch vergangene Gesetzgebungsverfahren hat sich das Förderprogramm zu einer Ansammlung verschiedener förderfähiger Maßnahmen ohne Bezug zur Verbesserung der Vereinbarkeit entwickelt.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 7 – § 8a Absatz 5

A) Beabsichtigte Neuregelung

Kommunale Pflegestrukturplanungen sowie die Empfehlungen der Landespflegeausschüsse und der regionalen Pflegeausschüsse nach § 8 Absätze 1 bis 3 müssen künftig beim Abschluss von Versorgungs-, Rahmen- und Vergütungsverträgen von den Vertragsparteien nach dem Siebten und Achten Kapitel beachtet werden. Die bisherige Soll-Regelung wird damit zu einer Muss-Regelung.

B) Stellungnahme

Unklar ist, wie die Regelung „Empfehlungen [...] sind [...] beim Abschluss der Versorgungs- und Rahmenverträge und [...] der Vergütungsverträge zu beachten“ konkret umgesetzt werden soll. Nicht benannt ist insbesondere, nach welchen Kriterien eine Ablehnung von Versorgungsverträgen (Nicht-Zulassung von Einrichtungen) erfolgen soll, selbst wenn alle vertraglichen Voraussetzungen erfüllt werden. Die Verantwortung hierfür sollte nicht allein den Landesverbänden der Pflegekassen übertragen werden. Diese hätten dann ggf. im Rahmen von gerichtlichen Verfahren Entscheidungen zu vertreten, an deren Grundlagen (kommunale Pflegestrukturplanung) sie im Zweifel nicht beteiligt waren. Ebenso ist unklar, wie Empfehlungen der Ausschüsse die Vergütungsfindung beeinflussen können sollen, ohne den Bemessungsgrundsatz einer leistungsgerechten Vergütung nach §§ 84 und 89 SGB XI zu verletzen.

Siehe auch Stellungnahme zu Nr. 40 - § 69 Absatz 2 und zu Nr. 42 - § 72 Absatz 1a.

C) Änderungsvorschlag

Die beabsichtigte Neuregelung ist zu streichen.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 8 – § 9 Satz 2

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Länder können durch Landesrecht bestimmen, ob eine kommunale Pflegestrukturplanung vorzusehen ist und inwieweit die Empfehlungen der regionalen Ausschüsse nach § 8a Absatz 3, soweit diese bestehen, als Bestandteil der kommunalen Pflegestrukturplanung anzusehen sind.

B) Stellungnahme

Ob und wie kommunale Pflegestrukturplanung durchgeführt wird, bleibt Ländern und Landesrecht überlassen. Im Falle einer kommunalen Pflegestrukturplanung besteht keine Gewähr, dass die Pflegekassen an der Planung beteiligt werden. Zudem können die Länder einseitig entscheiden, ob Empfehlungen im Rahmen der Planung verbindlich von den Pflegekassen zu beachten sind. Die Umsetzung des Ziels des Gesetzgebers, die Zusammenarbeit zwischen Pflegekassen und Kommunen zu verbessern, wird damit einseitig von den Ländern bestimmt.

Nach § 8a Absatz 5 müssen aber die Pflegekassen die jeweilige (regionale) Pflegestrukturplanung bei Abschluss der Versorgungsverträge beachten (§§ 69 und 72) und übernehmen damit die Verantwortung für Entscheidungen, an denen sie ggf. nicht mitgewirkt haben. Eine kommunale Pflegestrukturplanung sowie ein Mitbestimmungsrecht der Pflegekassen bei dieser Planung sind gesetzlich vorzusehen. Es bedarf ferner einer Verzahnung mit den nach § 12 Absatz 2 getroffenen gemeinsamen Empfehlungen zur Evaluation der Versorgungssituation (Siehe hierzu entsprechend § 12).

C) Änderungsvorschlag

Der neu einzufügende Satz 3 ist wie folgt zu fassen:

„Die Länder führen in Abstimmung mit den Landesverbänden der Pflegekassen eine kommunale Pflegestrukturplanung durch. Die Empfehlungen nach § 12 Absatz 2 sind zu berücksichtigen; Näheres zur Planung wird durch Landesrecht bestimmt.“

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 9 – § 10 Absatz 1

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der vierjährige Rhythmus für die Erstellung des Berichts der Bundesregierung über die Entwicklung der Pflegeversicherung und den Stand der pflegerischen Versorgung in Deutschland soll für den neunten Pflegebericht einmalig um ein Jahr, auf das Jahr 2029 verschoben werden. Mit dieser Verschiebung soll erreicht werden, dass die Pflegestatistik 2027, die voraussichtlich erst im Dezember 2028 veröffentlicht wird, im neunten Pflegebericht der Bundesregierung berücksichtigt werden kann. Für die Berichterstattung der nachfolgenden Pflegeberichte soll der bisherige Vierjahresrhythmus grundsätzlich eingehalten werden.

B) Stellungnahme

Die einmalige Verschiebung der Pflegeberichterstattung der Bundesregierung ist vor dem Hintergrund der Einbindung der Pflegestatistik 2027 nachvollziehbar.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 10 b) – § 11 Abs. 1a

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Pflegeeinrichtungen sollen einrichtungsbezogen Delegationskonzepte für pflegerische Aufgaben von Pflegefachpersonen auf Pflegeassistenzpersonen und -hilfspersonen entwickeln.

B) Stellungnahme

Die Delegation von pflegerischen Aufgaben im Rahmen des Pflegeprozesses an Pflegeassistenzpersonen sollte von der jeweiligen Einrichtung individuell geprüft werden. Da derzeit noch vielfältige Ausbildungen im Rahmen der Pflegeassistenz und Pflegehilfe mit sehr unterschiedlichen Inhalten und vermittelten Kompetenzen existieren, muss die Fähigkeit zur Durchführung von Aufgaben - vor allem im Bereich der Behandlungspflege - individuell überprüft werden.

Für die zukünftige bundeseinheitliche Pflegefachassistentenausbildung sollten allerdings die Kompetenzen im Rahmen der weiteren Rahmenverträge und Evaluationen, die aus dem Gesetz zur Befugniserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege hervorgehen, bundeseinheitlich und sektorenunabhängig festgeschrieben werden.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 11 a) – § 12 Absatz 1 Satz 3

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die bestehende Regelung, dass die Pflegekassen zur Durchführung der ihnen gesetzlich übertragenen Aufgaben örtliche und regionale Arbeitsgemeinschaften bilden sollen, wird zu einer verbindlichen Vorgabe.

B) Stellungnahme

Es bedarf keiner verpflichtenden Vorgabe zur Bildung von örtlichen und regionalen Arbeitsgemeinschaften durch die Pflegekassen. Das derzeitige Verfahren zur Bildung von Arbeitsgemeinschaften ist etabliert und soll weiterhin auf Länderebene geregelt werden.

C) Änderungsvorschlag

Die beabsichtigte Neuregelung ist zu streichen.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 11 b) – § 12 Absatz 2

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Pflegekassen bzw. ihre Landesverbände werden verpflichtet, die ihnen zur Verfügung stehenden Versorgungsdaten zur Entwicklung der regionalen pflegerischen Versorgungssituation regelmäßig den zuständigen Gebietskörperschaften zur Unterstützung bei ihren Aufgaben nach § 9 bereitzustellen. Hierzu sind auch relevante Daten der Krankenkassen zu berücksichtigen. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und die Kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene vereinbaren unter Beteiligung der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und der Eingliederungshilfe Empfehlungen zu Umfang, Struktur, Turnus und möglichen Indikatoren der entsprechenden Datensätze.

B) Stellungnahme

Mit Blick auf den sich abzeichnenden Fachkräftemangel ist die Etablierung eines regelmäßigen Monitorings zur Entwicklung der Versorgungsangebote in den Ländern nachvollziehbar. Hierfür sollen laut Gesetzesbegründung auf regionaler Ebene geeignete strukturierte Daten zur bestehenden Versorgungssituation sowie zur voraussichtlichen Bedarfsentwicklung erhoben und bewertet werden. Die Landesverbände haben einen Überblick über die Anzahl der im Land abgeschlossenen Versorgungsverträge ambulanter und stationärer Pflegeeinrichtungen sowie über die mit stationären Pflegeeinrichtungen vereinbarten Platzzahlen. Diese können die (kommunale) Pflegestrukturplanung unterstützen. Die Pflegekassen bzw. ihre Landesverbände haben hierzu entsprechende Daten bereitzustellen. Eine Bewertung (Evaluation) durch die Pflegekasse bzw. einen Landesverband ist nicht vorgesehen. Da die zu treffenden Empfehlungen „Indikatoren“ enthalten sollen – und solche qua Definition das Erreichen von Zielen operationalisieren – ist davon auszugehen, dass eine Bewertung der Versorgungssituation gewünscht ist. Was Bedarf und damit Bedarfsgerechtigkeit in der pflegerischen Versorgung ausmacht, ist aber bisher weder wissenschaftlich noch fachpolitisch normativ diskutiert. Die heute bestehenden erheblichen regionalen Unterschiede in der pflegerischen Versorgungssituation geben einen Ausblick, wie herausfordernd die Diskussion um solche Bedarfsindikatoren werden wird. Die Empfehlung relevanter Indikatoren zur Evaluation der Entwicklung pflegerischer Versorgungssituationen unter Berücksichtigung/Hinzunahme von Daten der Krankenkassen bedarf insofern einer dezierten Fundierung. Diese muss zunächst im Rahmen einer wissenschaftlichen Studie erarbeitet werden.

Zu korrigieren ist zwingend, dass die Pflegestrukturplanung der Länder und deren Verantwortung für die Vorhaltung einer leistungsfähigen, zahlenmäßig ausreichenden und wirtschaftlichen pflegerischen Versorgungsstruktur im Sinne des § 9 SGB XI mit den hier entwickelten Empfehlungen zur Bewertung der Versorgungssituation sowie der Bedarfsentwicklung zu verschränken sind. Die über die Empfehlungen konsentierten Bewertung der Versorgungslage mittels Indikatoren muss in der Pflegestrukturplanung berücksichtigt werden.

Laut Gesetzesbegründung sind die in den Empfehlungen bestehenden Berichtspflichten und bereits etablierte Mechanismen zum Datenaustausch sowie zur Datenaufbereitung zu berücksichtigen, um

einem etwaigen Aufbau von Doppelstrukturen vorzubeugen, Synergien in Bezug auf regional verfügbare Daten aus anderen Versorgungsbereichen zu nutzen und effiziente Planungen zu ermöglichen. Die Berichtspflicht nach §73a Absatz 3 ist insofern in den §12 zu integrieren (siehe Änderungsvorschlag dort). Um weitere bereits routinemäßig erzeugte Datensätze wie beispielsweise die PG 5 für den hiesigen Zweck nutzen zu können, braucht es jedoch einer gesetzlichen Regelung.

C) Änderungsvorschlag

Nach Satz 4 wird folgender Satz eingefügt: „Zur Empfehlung geeigneter Indikatoren können die unter Satz 4 genannten Parteien eine Studie beauftragen.“ Die Frist zur Festlegung der Empfehlungen ist bis zum 31.12.2027 zu verlängern.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 12 – § 15 Absatz 8

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit dem neuen Absatz 8 wird der Spitzenverband Bund der Pflegekassen verpflichtet, dem Bundesministerium für Gesundheit zum 30. Juni 2026 einen Bericht zu Erfahrungen und Wirkungen des Begutachtungsinstruments (§ 15) sowie zur Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen seit 2017 vorzulegen. Die Erstellung des Berichts soll auf unabhängiger wissenschaftlicher Grundlage erfolgen. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen kann hierfür Mittel nach § 8 Absatz 3 einsetzen.

B) Stellungnahme

Die wissenschaftliche Evaluation der Erfahrungen mit dem Pflegebegutachtungsinstrument und die Erarbeitung möglicher Weiterentwicklungen wird begrüßt. Der GKV-Spitzenverband führt derzeit bereits in Abstimmung mit dem Bundesministerium für Gesundheit und unter Einbeziehung des Medizinischen Dienst Bund bereits eine entsprechende Studie zu Erklärungsfaktoren für die Entwicklung der Pflegeprävalenzen seit 2017 sowie eine Bestandsaufnahme zu möglichen Weiterentwicklungsbedarfen des Begutachtungsinstruments durch.

Anzumerken ist ferner, dass auch dieser geplante gesetzliche Auftrag aus Mitteln des Modellprogramms nach § 8 Absatz 3 finanziert werden soll. In Ansehung der Tatsache, dass insgesamt vier geplante gesetzliche Aufträge bzw. Modellprogramme (§ 15 Abs. 8, §§ 122, 125c, 125d) aus diesen Mitteln finanziert werden sollen, sollten bis zum Abschluss der genannten Programme keine weiteren gesetzlichen Finanzierungsbezüge auf diese Mittel geplant werden, um die Finanzierbarkeit der Modellvorhaben nach § 8 Absatz 3 weiterhin zu gewährleisten.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 13 – § 17

A) Beabsichtigte Neuregelung

In Absatz 1 Satz 2 und Absatz 1a Satz 3 wird die Angabe „Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene“ durch die Angabe „maßgebliche Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene“ ersetzt.

B) Stellungnahme

Die Etablierung „maßgeblicher Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene“ soll die Beteiligung der Pflegeberufe an Entscheidungsprozessen stärken und mit Bezug zu den Vorgaben des § 118a einheitlich gestalten. Dies wird begrüßt.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 14 – § 17a

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der GKV-Spitzenverband hat gemäß § 40 Absatz 6 Satz 6 des Elften Buches Sozialgesetzbuch mit Wirkung zum 01.01.2022 Richtlinien zur Empfehlung von Hilfsmitteln und Pflegehilfsmitteln durch Pflegefachkräfte erlassen. In den Richtlinien ist geregelt, in welchen Fällen und für welche Pflegehilfsmittel oder Hilfsmittel nach § 40 Absatz 5 des Elften Buches Sozialgesetzbuch (doppelfunktionale Hilfsmittel) Pflegefachkräfte Empfehlungen aussprechen können mit der Folge, dass die Erforderlichkeit bzw. Notwendigkeit der Versorgung vermutet wird. In den Richtlinien ist weiterhin festgelegt, welche Eignungsvoraussetzungen die empfehlende Pflegefachkraft erfüllen muss und welches Verfahren bei der Antragstellung durch die bzw. den Pflegebedürftigen einzuhalten ist. Die Bundespflegekammer und die Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene wurden gemäß § 40 Absatz 6 Satz 8 des Elften Buches Sozialgesetzbuch an der Erstellung der Richtlinien beteiligt.

In dem vorgesehenen neuen § 17a des Elften Buches Sozialgesetzbuch werden die Vorgaben zum Inhalt und Verfahren zum Erlass der vorgenannten Richtlinien erweitert und aktualisiert. Der Begriff Pflegefachkraft soll zur Anpassung an die geänderte Legaldefinition in dem neuen § 15a Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch durch den Begriff Pflegefachperson ersetzt werden. Der GKV-Spitzenverband soll seine Richtlinien nach § 40 Absatz 6 Satz 6 des Elften Buches Sozialgesetzbuch bis zum 31.12.2026 inhaltlich überarbeiten; ausweislich der Gesetzesbegründung soll diese Überarbeitung nur die Befugnisse von Pflegefachpersonen mit einer Erlaubnis nach § 1 Satz 1 des Pflegeberufegesetzes betreffen. Für Pflegefachpersonen mit zusätzlichen Qualifikationen sind die Richtlinien erst dann zu überarbeiten, wenn der Vertrag nach § 73d Absatz 1 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vereinbart ist. Bei der Prüfung des Katalogs an Pflegehilfsmitteln und Hilfsmitteln, die von einer Empfehlung durch Pflegefachpersonen umfasst sein können, sollen zukünftig insbesondere die unterschiedlichen Qualifikationsniveaus der empfehlenden Pflegefachpersonen berücksichtigt werden. In diesem Zusammenhang wird das Beteiligungsrecht der maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene nach § 118a des Elften Buches Sozialgesetzbuch gestärkt und ein verbindliches Stellungnahmerecht etabliert. Darüber hinaus unterliegen die Richtlinien zukünftig der Genehmigungspflicht des Bundesministeriums für Gesundheit.

Damit eine dynamische Weiterentwicklung der Richtlinien nach aktuellen medizinischen und pflegerischen Standards gewährleistet ist, sollen die Richtlinien außerdem alle drei Jahre auf ihre Aktualität geprüft und angepasst werden.

Um zukünftig aussagekräftige Ergebnisse zu generieren, die eine umfassende Bewertung des festgelegten Verfahrens, der finanziellen Auswirkungen und Folgen für die Versorgung ermöglichen, werden der Umfang und die Zielrichtung der Evaluation konkretisiert. Bei der Evaluierung sind die maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene nach § 118a des Elften Buches Sozialgesetzbuch und der Medizinische Dienst Bund zu beteiligen. Der mit der Neuregelung bis zum 31. Dezember 2030 festgelegte Evaluationszeitraum soll insbesondere der notwendigen Überarbeitung der Richtlinie und der inhaltlichen Konkretisierung des Evaluationsverfahrens Rechnung tragen.

B) Stellungnahme

Gegen die Neufassung der gesetzlichen Regelungen zur Empfehlung von Hilfsmitteln und Pflegehilfsmitteln durch Pflegefachpersonen und den Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes hierzu in den §§ 17a, 40 Absatz 6 des Elften Buches Sozialgesetzbuch bestehen im Grundsatz keine Bedenken.

Im neuen § 17a Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch wird hervorgehoben, dass in den Richtlinien auch Festlegungen und Differenzierungen nach dem unterschiedlichen Qualifikationsniveau der empfehlenden Pflegefachpersonen erfolgen sollen.

Gleichzeitig sollen mit dem Gesetzentwurf im Fünften Buch Sozialgesetzbuch auch Regelungen eingeführt werden, die Pflegefachpersonen unter bestimmten Voraussetzungen und bei Vorliegen bestimmter Qualifikationen das Ausstellen von Verordnungen für Hilfsmittel ermöglichen, wobei diese Verordnungen dann gemäß der Neuregelung in § 33 a Absatz 5a Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ärztlichen Verordnungen gleichgestellt werden. Das Nähere hierzu soll im Rahmenvertrag nach § 73d des Fünften Buches Sozialgesetzbuch geregelt werden.

Dies führt künftig zu einem Nebeneinander zweier Regelungsansätze für den gleichen Personenkreis, um diesem mehr Kompetenzen bei der Versorgung mit Hilfs- und Pflegehilfsmitteln einzuräumen: zum einen die Zuerkennung einer Verordnungsbefugnis für Hilfsmittel und zum anderen die Einräumung der Möglichkeit, Empfehlungen für Pflegehilfsmittel und Hilfsmitteln nach § 40 Absatz 6 des Elften Buches Sozialgesetzbuch auszusprechen. Es ist grundsätzlich nachvollziehbar, die fachlichen Kompetenzen und Potenziale von Pflegefachpersonen in der Versorgung durch ein erweitertes Aufgabenspektrum nutzen zu wollen. Es besteht aber aufgrund der verschiedenen Regelungsstränge mit ähnlicher Zielsetzung die Gefahr von Überschneidungen und Doppelungen in den Anwendungsbereichen und – insbesondere für die Pflegefachpersonen, die dann beide Instrumente anwenden können - die Notwendigkeit einer klaren Abgrenzung beider Regelungsbereiche, zumal hiermit jeweils unterschiedliche Voraussetzungen und Folgen einschließlich Haftungsfragen verbunden sind.

Die Kompetenzerweiterung auf die Verordnung von Hilfsmitteln auch durch Pflegefachpersonen steht im Kontext der Übertragung heilkundlicher Tätigkeiten auf diesen Personenkreis und soll nach der Gesetzesbegründung nur für Folgeverordnungen von Hilfsmitteln im Rahmen der häuslichen Krankenpflege gelten. Um rechtliche Auseinandersetzungen zu vermeiden und reibungslose Abläufe zu garantieren, muss gegebenenfalls in einem späteren Schritt der legaldefinierte Hilfsmittelbegriff insofern konkretisiert werden, damit rechtlich klar ist, ob Produkte im Rahmen der häuslichen Krankenpflege auch dann Hilfsmittel sind, wenn sie unter keinen Umständen für die Laienanwendung vorgesehen sind. Die Ausstellung einer Verordnung lässt die Prüfmöglichkeiten der Krankenkassen unberührt. Die Empfehlung von pflegenahen Hilfsmitteln nach § 40 Absatz 6 des Elften Buches Sozialgesetzbuch darf demgegenüber nicht in ärztliche Therapieentscheidungen eingreifen, ist aber nicht nur auf Folgeverordnungen beschränkt und hat die Wirkung, dass die Notwendigkeit bzw. Erforderlichkeit der Versorgung vermutet wird und die weiteren Prüfmöglichkeiten der Krankenkassen beschränkt sind.

Es ist daher wichtig sicherzustellen, dass Überschneidungen und widersprüchliche Regelungen auf den beiden Regelungsebenen vermieden werden. In dem Gesetzentwurf wird insofern auf diese

Problematik eingegangen, als § 17a Absatz 1 Satz 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch eine folgerichtige Regelung enthält, wonach bei Festlegungen in den Richtlinien der Inhalt des Vertrages nach § 73d des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zu beachten ist. Während für die vertragliche Vereinbarung nach § 73d des Fünften Buches Sozialgesetzbuch im Gesetzentwurf eine Frist bis zum 31. Juli 2027 vorgesehen ist, sind die Festlegungen in den Richtlinien nach § 17a Absatz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch bereits bis zum 31. Dezember 2026 zu treffen. Die im Gesetzentwurf vorgesehene Aktualisierung der Richtlinien nach § 40 Absatz 6 (alt) beziehungsweise § 17a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (neu) kann aber insgesamt sinnvoll erst erfolgen, wenn die Festlegungen zu den Verordnungsbefugnissen von Pflegefachpersonen im Rahmenvertrag nach § 73d des Fünften Buches Sozialgesetzbuch wirksam getroffen wurden und bekannt sind. Nur auf Grundlage dieser Regelungen kann beurteilt werden, inwieweit darüber hinaus noch Regelungen zu Empfehlungen für Hilfs- und Pflegehilfsmittel in den Richtlinien nach § 17a des Elften Buches Sozialgesetzbuch unter Berücksichtigung des unterschiedlichen Qualifizierungsniveaus von Pflegefachpersonen notwendig und möglich sind. Daran ändert auch der Hinweis in der Gesetzesbegründung nichts, wonach die erste Überarbeitung der Richtlinien nur die Befugnisse von Pflegefachpersonen mit einer Erlaubnis nach § 1 Satz 1 des Pflegeberufgesetzes betreffen soll, da zwischen den verschiedenen Regelungskreisen Wechselbeziehungen bestehen.

Wie sich aus der Gesetzesbegründung ergibt, wird mit der Neufassung der gesetzlichen Regelung in den §§ 17a, 40 Absatz 6 des Elften Buches Sozialgesetzbuch das Ziel einer Erweiterung der Empfehlungsbefugnis von Pflegefachpersonen insbesondere auf Inkontinenz- und Adaptionshilfen, auf Hilfsmittel bei Tracheostoma und Dekubitus sowie auf Stomaartikel verfolgt. Gerade bei Hilfsmitteln bei Dekubitus und Tracheostoma sowie Inkontinenzhilfen kann es aber zu Überschneidungen mit der ebenfalls in dem vorliegenden Gesetzentwurf geregelten Befugnis von Pflegepersonen, zukünftig in bestimmten Fällen auch Hilfsmittelverordnungen ausstellen zu können (vgl. §§ 15 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2, 33 Absatz 5a, 73d Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch), kommen. Da es sich hierbei um die Übertragung von bisher ärztlichen Tätigkeiten handelt, die eine selbständige und eigenverantwortliche Ausübung von Heilkunde beinhalten, ist diese Verordnungsbefugnis auf Folgeverordnungen beschränkt. Die Empfehlungsbefugnis nach § 40 Absatz 6 des Elften Buches Sozialgesetzbuch ist demgegenüber nicht auf Folgeversorgungen begrenzt; gleichzeitig dürfen die entsprechenden Hilfs- und Pflegehilfsmittelversorgungen nach der Gesetzesbegründung aber nicht mit sich darauf beziehenden ärztlichen Maßnahmen oder Therapieentscheidungen verbunden sein. Die unter Beteiligung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung in dem Vertrag zu treffenden Festlegungen, welche Hilfsmittel der Verordnungsbefugnis unterfallen, ist daher in jedem Fall sowohl in inhaltlicher als auch in zeitlicher Hinsicht als vorgreiflich für mögliche Regelungen in den Richtlinien nach § 17a des Elften Buches Sozialgesetzbuch anzusehen. Eine zweimalige kurzfristig aufeinanderfolgende Überarbeitung und Erweiterung der Richtlinien mit thematischen Überlappungen würde zu einer unverhältnismäßigen Bürokratie ohne relevanten Mehrnutzen führen.

Aus diesem Grund sollte die in § 17a Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch vorgesehene Frist für die Aktualisierung der Richtlinien verschoben werden oder es sollte durch eine Anpassung der Formulierung in § 17a Absatz 1 Satz 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch klargestellt werden, dass die Festlegungen in den Richtlinien innerhalb von 18 Monaten zu treffen sind, nachdem

der Rahmenvertrag nach § 73d Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch in Kraft getreten ist; eine nach dem Kalender bestimmte Frist wäre dann entbehrlich.

Eine ausreichend lange Frist für die Aktualisierung der Richtlinien ist auch deshalb erforderlich, weil mit dem Gesetzentwurf das Beteiligungsrecht der maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene beim Erlass der Richtlinien gestärkt und ein verbindliches Stellungnahmeverfahren eingeführt werden soll, ein solches Verfahren aber mit größeren Aufwänden verbunden ist und längere Zeiträume erfordert als andere Formen der Beteiligung.

Während in der bisherigen Gesetzesfassung eine Evaluierung der in den Richtlinien festgelegten Verfahren in fachlicher und wirtschaftlicher Hinsicht geregelt ist, wird diese Formulierung in der neuen Fassung in § 17a Absatz 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch dahingehend erweitert, dass eine Evaluierung insbesondere hinsichtlich der Auswirkungen auf die Qualität und Sicherheit der Versorgung und Wirtschaftlichkeitsaspekte erfolgen soll. Unklar ist, welche Erwartungen an diese Evaluierung gestellt werden.

Sofern neben quantitativen Erhebungen zu den Empfehlungen und das mit ihrer Abgabe verbundene Verfahren sowie zu Wirtschaftlichkeitsaspekten auch die Qualität und Sicherheit der Hilfsmittelversorgung Gegenstand der Evaluation sein soll, ist zu berücksichtigen, dass diese Aspekte maßgeblich vom nichtärztlichen Leistungserbringer mitgestaltet und beeinflusst werden, der das konkrete Einzelprodukt auswählt und die Beratung und Einweisung des Versicherten durchführt. Die Verordnung kann insoweit kaum isoliert bewertet werden. Soweit mit der Qualität und Sicherheit der Versorgung nicht allein die Hilfsmittelversorgung selbst, sondern deren Einbettung in die Gesamtversorgung und die Entwicklung des gesundheitlichen und pflegerischen Gesamtzustandes des Versicherten gemeint sein sollte, ginge eine solche Zielsetzung weit über die Möglichkeiten einer Evaluierung durch den GKV-Spitzenverband hinaus und es wäre vielmehr das weite Feld der Versorgungsforschung angesprochen. Dem GKV-Spitzenverband fehlen für eine solche in den Bereich der Versorgungsforschung hineinreichende Evaluation die erforderlichen Daten; es ist – nicht zuletzt aus datenschutzrechtlichen Gründen - auch fraglich, ob er die hierfür benötigten Daten von den Kranken- bzw. Pflegekassen erhalten könnte (siehe unten). Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes sollte daher zur Vermeidung von Missverständnissen die ursprüngliche gesetzliche Formulierung zu dem Gegenstand der Evaluation beibehalten werden.

Die in den Richtlinien getroffenen Regelungen bedürfen erst der Umsetzung in der Versorgungspraxis und müssen dort zunächst allgemein Anwendung finden, bevor verlässliche Daten und Erkenntnisse zu ihnen und ihren Auswirkungen erhoben werden können. Die mit dem Gesetzentwurf voraussichtlich einhergehende Ausweitung des Kreises der Hilfsmittel, die empfohlen werden können, und die stärkere Berücksichtigung der unterschiedlichen Qualifikationsniveaus der Pflegefachpersonen erhöhen darüber hinaus den Umfang und die Komplexität der Evaluierung. Daher wäre auch die Frist für die Evaluierung erneut zu verlängern. Um Versorgung auf Grundlage der Empfehlungen nach § 40 Absatz 6 des Elften Buches Sozialgesetzbuch datentechnisch selektieren und auswerten zu können, wird die Angabe der Beschäftigtennummer in den Empfehlungen benötigt. Ohne die Möglichkeit einer datentechnischen Auswertung wäre die gesetzlich vorgesehene Evaluierung nicht durchführbar. Es sollte daher eine Klarstellung im Gesetz erfolgen, dass auf der Empfehlung nach § 40 Absatz 6 des Elften Buches Sozialgesetzbuch zusätzlich die Beschäftigtennummer anzugeben ist. Allein die Angabe

der Beschäftigtennummer ohne Bezug zu den jeweiligen Versorgungsfällen würde nicht ausreichen, um sinnvolle Rückschlüsse aus der Evaluierung für die Versorgungspraxis ziehen zu können. Auf die Kommentierung und den entsprechenden Änderungsvorschlag zu § 40 Absatz 6 des Elften Buches Sozialgesetzbuch wird an dieser Stelle verwiesen.

C) Änderungsvorschlag

§ 17a Absatz 1 Satz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch wird wie folgt geändert:

„(1) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen legt innerhalb von 18 Monaten nach Inkrafttreten des Rahmenvertrags nach § 73d Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch in Richtlinien fest, ...“

Der Wortlaut von § 17a Absatz 3 Satz 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch wird wie folgt geändert:

„Ein Bericht über die Ergebnisse der Evaluation ist dem Bundesministerium für Gesundheit innerhalb von 30 Monaten nach Genehmigung der Richtlinien nach Absatz 1 Satz 1 vorzulegen.“

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 15 – § 18a Absatz 10 Sätze 1 und 3

A) Beabsichtigte Neuregelung

Gemäß Absatz 10 Satz 1 wird geregelt, dass die Aufgaben der Medizinischen Dienste im Rahmen des Verfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit unter anderem durch Pflegefachpersonen wahrgenommen werden können. In Satz 3 wird geregelt, dass der Medizinische Dienst an Pflegefachpersonen, die nicht dem Medizinischen Dienst angehören, bei einer Beteiligung die erforderlichen personenbezogenen Daten übermitteln darf. In beiden Sätzen soll jeweils das Wort "Pflegefachkräfte" durch "Pflegefachpersonen" ersetzt werden.

B) Stellungnahme

Mit der Änderung wird der Begriff an die Legaldefinition "Pflegefachperson" angepasst. Die Änderung ist sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 16 a) – § 18c Absatz 1 Satz 2

A) Beabsichtigte Neuregelung

Gemäß § 18a Absatz 5 SGB XI hat eine Begutachtung innerhalb von fünf Arbeitstagen nach Eingang eines Antrages auf Feststellung der Pflegebedürftigkeit zu erfolgen, wenn sich die antragstellende Person im Krankenhaus, in einer stationären Rehabilitationseinrichtung oder in einem Hospiz befindet oder palliativ versorgt wird und die Weiterversorgung nicht sichergestellt ist. Die schriftliche Entscheidung der Pflegekasse gegenüber der antragstellenden Person hat unverzüglich nach Eingang des Gutachtens zu erfolgen.

Die beabsichtigte Regelung sieht vor, dass die Pflegekasse ihre Entscheidung – soweit die Übermittlung rechtlich zulässig ist (zum Beispiel bezüglich Einhaltung des Datenschutzes) - nicht nur der antragstellenden Person unverzüglich nach Gutachteneingang zusenden soll, sondern in gesicherter elektronischer Form auch dem Krankenhaus, der stationären Rehabilitationseinrichtung oder dem Hospiz.

B) Stellungnahme

Die Regelung zielt darauf ab, die für eine Weiterversorgung wichtige Information über die Feststellung der Pflegebedürftigkeit den oben genannten Einrichtungen möglichst schnell und aufwandsarm zur Verfügung zu stellen. Der Ansatz für diese Regelung ist durchaus zu begrüßen, allerdings führt sie zu Mehraufwänden bzw. zu einem unnötigen zeitlichen Verzug. Insbesondere würde diese Regelung etablierte landesrechtliche Regelungen konterkarieren, in denen es dem Medizinischen Dienst obliegt, nicht nur die Pflegekasse, sondern – soweit eine Einwilligung der versicherten Person vorliegt – auch das Krankenhaus umgehend über die Feststellung der Pflegebedürftigkeit zu informieren (vgl. § 6 Abs. 3 der Vereinbarung zu § 5 Alten- und Pflegegesetz Nordrhein-Westfalen). Der Umweg über die Pflegekasse wird dadurch erspart und führt zu einer im Vergleich zur angedachten Regelung beschleunigten Information des Krankenhauses, der Rehabilitationseinrichtung oder des Hospizes. Die Information des Medizinischen Dienstes über die in der Regel vorläufige Einschätzung der Pflegebedürftigkeit ersetzt nicht die schriftliche Entscheidung der Pflegekasse. Jedoch zeigt die Praxis, dass die vorläufigen gutachterlichen Einschätzungen von den Pflegekassen grundsätzlich nicht in Frage gestellt werden, da in den Fällen des § 18a Absatz 5 SGB XI ohnehin eine abschließende Begutachtung nachzuholen ist (vgl. § 18a Absatz 7 Satz 2 SGB XI).

C) Änderungsvorschlag

In § 18c Absatz 1 SGB XI ist eine Regelung aufzunehmen die es den Medizinischen Diensten erlaubt, in den Fällen des § 18a Absatz 5 SGB XI das Krankenhaus, die stationäre Rehabilitationseinrichtung oder das Hospiz über die Feststellung bzw. die vorläufige Einschätzung der Pflegebedürftigkeit unverzüglich und in gesicherter elektronischer Form zu informieren.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 16 b) aa) – § 18c Absatz 5 Satz 1

A) Beabsichtigte Neuregelung

Gemäß der bisherigen Regelung in § 18c Absatz 5 Satz 1 SGB XI hat die Pflegekasse nach Fristablauf für jede begonnene Woche der Fristüberschreitung unverzüglich 70 Euro an den Antragsteller zu zahlen, soweit über den Antrag auf Feststellung der Pflegebedürftigkeit nicht innerhalb von 25 Arbeitstagen nach Eingang des Antrags schriftlich entschieden oder eine der in § 18a Absatz 5 und 6 SGB XI genannten verkürzten Fristen nicht eingehalten wird. Dies gilt gemäß Satz 2 dieser Regelung nicht, wenn die Pflegekasse die Verzögerung nicht zu vertreten hat oder wenn sich die antragstellende Person in vollstationärer Pflege befindet und bei ihr bereits mindestens der Pflegegrad 2 festgestellt wurde.

Mit der beabsichtigten Neuregelung soll den Pflegekassen nach Fristablauf noch eine Zeit von 15 Arbeitstagen zur Verfügung stehen, innerhalb derer das Verwaltungsverfahren abgeschlossen und den Gründen für die Verzögerung nachgegangen werden kann. Der Anspruch der Antragstellenden auf die pauschale Zusatzzahlung von 70 Euro je begonnene Woche der Fristüberschreitung soll zwar weiterhin unmittelbar mit Fristablauf bestehen, allerdings habe die Auszahlung erst innerhalb von 15 Arbeitstagen zu erfolgen.

B) Stellungnahme

Die Aufsichtsbehörden des Bundes vertreten nach aktueller Gesetzeslage die Auffassung, dass die Zusatzzahlung von 70 Euro unverzüglich nach dem Überschreiten der jeweiligen Frist an die antragstellende Person ausbezahlen ist. Und zwar unabhängig davon, ob zu diesem Zeitpunkt geklärt ist, ob die Fristüberschreitung von der antragstellenden Person oder von der Pflegekasse zu vertreten ist. Mit der unverzüglichen Zahlung von 70 Euro je angefangener Woche der Fristüberschreitung soll Druck auf die Pflegekasse ausgeübt werden, der antragstellenden Person schnellstmöglich eine Entscheidung zukommen zu lassen. Darüber hinaus soll die antragstellende Person mit der wöchentlichen Zahlung von 70 Euro soll bis zu einer Entscheidung über die Leistungen wirtschaftlich unterstützt werden.

Die Pflegekassen lehnen die Umsetzung der von den Aufsichtsbehörden vertretenen Auffassung ab, da diese für die meisten betroffenen Versicherten mehr Nach- als Vorteile bringt und für die Pflegekassen ein unverhältnismäßig hoher Verwaltungsaufwand entsteht. Mit einer wöchentlichen Auszahlung der Zusatzzahlung ab Fristablauf würden bei den Pflegekassen seit Jahren etablierte, automatisierte Prozesse unterbrochen. Unabhängig davon würde eine unverzügliche wöchentliche Zusatzzahlung mit zusätzlichen Kosten von ca. 70 bis 100 Mio. Euro einhergehen (Berechnungen des GKV-Spitzenverbandes). Diese Kosten würden entstehen, wenn die Pflegekassen nicht nur für die von ihnen zu vertreten Fristverzögerungen einzustehen haben, sondern (zunächst) auch für diejenigen, für die die antragstellenden Personen verantwortlich wären (z. B. Krankenhausaufenthalt, Urlaub). Sofern die Pflegekassen erst mit der Übermittlung des Gutachtens des Medizinischen Dienstes, nach Ablauf der in § 18c Absatz 5 SGB XI genannten Fristen, von einer Verzögerung erfahren, welche die Pflegekassen nicht zu vertreten haben, müssten die Versicherten mit hohen Verwaltungsaufwänden zur Rückzahlung

der Verzögerungsgebühr aufgefordert werden. Die Rückforderungen würden den ohnehin schon sensiblen Personenkreis zusätzlich belasten und überfordern sowie Beschwerden, Widersprüche und Klagen provozieren.

Ob die Pflegekasse die Überschreitung der in § 18c Absatz 1 Satz 1 SGB XI genannten Frist zu vertreten hat, lässt sich in der Regel erst mit Vorlage des Gutachtens des Medizinischen Dienstes als Grundlage der Bescheiderteilung, also beim Abschluss des Verfahrens mit der notwendigen Sicherheit feststellen (so auch LSG BaWü im Urteil vom 25.02.2022 – L 4 P3924/20). Denn in der Regel liegen der Pflegekasse erst zu diesem Zeitpunkt alle zur Entscheidung notwendigen Informationen vor. Dazu gehört insbesondere das Gutachten des Medizinischen Dienstes, in dem die von Versicherten bedingten Verzögerungen dokumentiert sind. Insoweit zahlen die Pflegekassen – soweit sie die Fristüberschreitung zu vertreten haben – die Zusatzzahlung zum Zeitpunkt der Bescheiderteilung. Diese verwaltungsarme Praxis üben die Pflegekassen seit in Kraft treten der Regelung zu den Zusatzzahlungen im Jahr 2013 aus. Einen Nachteil erleiden die antragstellenden Personen dadurch nicht, da die Zusatzzahlungen rückwirkend ab dem Zeitpunkt der Fristüberschreitung gewährt werden.

Im Rahmen seiner Stellungnahme zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Pflegekompetenz (Pflegekompetenzgesetz – PKG) vom 23.06.2025 hat der GKV-Spitzenverband einen Änderungsvorschlag zu § 18c Abs. 5 SGB XI eingebracht, der die Zahlung der Verzögerungsgebühr zum Zeitpunkt des Abschlusses des Verfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit vorsah. Ggf. könne auch eine Streichung der Zusatzzahlung erwogen werden.

Darauf hat der Gesetzgeber im aktuellen Entwurf eines Gesetzes zur Befugnisserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege reagiert, in dem den Pflegekassen nunmehr noch eine Zeit von bis zu 15 Arbeitstagen nach Fristablauf eingeräumt werden soll, bevor die Zuzahlung von 70 Euro je angefangene Woche zu zahlen ist.

Die beabsichtigte Regelung in § 18c Abs. 5 SGB XI geht in die richtige Richtung. Es ist davon auszugehen, dass in einer großen Zahl von Fällen Zwischenzahlungen und aufwändige Rückforderungen durch Pflegekassen entfallen werden. Davon profitieren Versicherte und Pflegekassen gleichermaßen. Allerdings wird es durch den zeitlichen Puffer von 15 Arbeitstagen nach Fristablauf weiterhin Fälle geben, in denen Pflegekassen mit unberechtigten Zahlungen und Versicherte mit einhergehenden Rückerstattungsverfahren konfrontiert wären. Dies zu vermeiden ist nach wie vor Ziel der Pflegekassen. Insoweit wird an der bisherigen Forderung festgehalten, den Zeitpunkt der Zusatzzahlung auf den Zeitpunkt des Abschlusses des Verfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit festzulegen.

Alternativ könnte §18c Absatz 5 SGB XI auch gänzlich gestrichen werden. Denn es besteht bei den Pflegekassen auch ohne Zusatzzahlung eine hohe Motivation, die Versicherten in ihrer herausfordernden Situation schnell, kompetent und verlässlich zu beraten und zu unterstützen. Dazu gehört auch, über den Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung zeitnah zu entscheiden. Durch die Streichung der o. g. Norm könnten jährlich in etwa 63 Mio. Euro gespart werden. Diesen Betrag haben die Pflegekassen 2024 für die Zusatzzahlungen verausgabt.

C) Änderungsvorschlag

Absatz 5 ist zu streichen.

Alternativ ist in Absatz 5 Satz 1 ist das Wort „Fristablauf“ zu streichen und durch die Wörter „Abschluss des Verfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit“ zu ersetzen.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 16 b) bb) – § 18c Absatz 5 Satz 4

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit dem Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz (PUEG) vom 19.06.2023 wurde in § 18c Abs. 5 SGB XI eine Regelung eingeführt, nach der Fälle, in denen die Verzögerung in der Bearbeitung eines Antrages auf Feststellung der Pflegebedürftigkeit nicht von der Pflegekasse zu vertreten ist, wie beispielsweise aufgrund eines Aufenthalts der antragstellenden Person im Krankenhaus oder in einer stationären Rehabilitationseinrichtung, den Lauf der Fristen nach Absatz 1 hemmt. Während der Hemmung läuft die jeweilige Frist nicht weiter, sondern wird nach ihrer Beendigung fortgesetzt. In den Fällen, in denen es aufgrund von Hemmungsgründen zu keiner Begutachtung gekommen ist, kann es problematisch sein, die Fristen einzuhalten, wenn bis zum Fristende nur noch wenige Tage für die Begutachtung bzw. Bescheidung verbleiben. Diesem Umstand soll die Neuregelung Rechnung tragen, in dem sie für Fälle, in denen eine erneute Terminierung der Begutachtung erforderlich wird, eine zusätzliche Fristhemmung von bis zu 15 Arbeitstagen vorsieht.

B) Stellungnahme

Die vorgesehene Regelung entspricht weitgehend der bisherigen Auslegung des GKV-Spitzenverbandes und der Verbände der Pflegekassen auf Bundesebene im "Gemeinsamen Rundschreiben zu den leistungrechtlichen Regelungen des SGB XI" und wird insoweit begrüßt.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 17 a) – § 18e Absatz 1 Satz 2

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es soll klargestellt werden, dass der Medizinische Dienst Bund und die Medizinischen Dienste Vereinbarungen zur Durchführung von Modellvorhaben, Studien und wissenschaftliche Expertisen zur Weiterentwicklung der den Medizinischen Diensten nach §§ 18 bis 18b SGB XI zugewiesenen Aufgaben nicht nur mit den Pflegekassen, sondern auch mit dem Spitzenverband der Pflegekassen abschließen können.

B) Stellungnahme

Die mit der Änderung beabsichtigte Klarstellung ist grundsätzlich zu begrüßen.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 17 b) – § 18e Absatz 6

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Medizinische Dienst Bund soll bis spätestens 30. Juni 2026 fachlich unabhängige wissenschaftliche Einrichtungen oder Sachverständige mit der Durchführung eines Modellprojektes beauftragen, in dem geprüft werden soll, inwieweit, unter welchen Voraussetzungen und in welchem Umfang anstelle der Gutachterinnen und Gutachter der Medizinischen Dienste oder von der Pflegekasse beauftragte andere Gutachterinnen und Gutachter auch in der pflegerischen Versorgung tätige Pflegefachpersonen Aufgaben im Rahmen des Begutachtungsverfahrens nach den §§ 18a, 18b und § 142a SGB XI übernehmen können. Neben der Übernahme von Aufgaben soll in dem Modellprojekt auch geprüft werden, welche Voraussetzungen für eine Zusammenarbeit von Pflegefachpersonen und Medizinischen Diensten bestehen und wie die Kompetenzen von in der Versorgung tätigen Pflegefachpersonen und Effizienzpotentiale in der Zusammenarbeit mit dem Medizinischen Dienst besser genutzt werden können. Konkret geprüft werden soll, ob die Ergebnisse von durch Pflegefachpersonen in der Versorgung durchgeführte Begutachtungen und den daraus resultierenden Feststellungen und Empfehlungen nach § 18b SGB XI vergleichbar mit denen des Medizinischen Dienstes oder beauftragter Gutachterinnen und Gutachter sind, insbesondere hinsichtlich des festzustellenden Pflegegrads. Der Abschlussbericht soll dem BMG bis zum 30.06.2028 vorgelegt werden.

B) Stellungnahme

Es bedarf Maßnahmen, die zur Entlastung der Medizinischen Dienste bei der Feststellung von Pflegebedürftigkeit führen. Die anhaltend hohen Antragszahlen auf Feststellung der Pflegebedürftigkeit bzw. die Rekordzahlen bei Anträgen auf Zuerkennung eines höheren Pflegegrades führen zu einer immer stärker wachsenden Zahl von Begutachtungsaufträgen durch die Pflegekassen. Insoweit ist die im Rahmen eines Modellprojektes beabsichtigte Prüfung, ob und inwieweit eine Feststellung der Pflegebedürftigkeit durch Pflegefachpersonen im Rahmen der pflegerischen Versorgung zu gleichwertigen Begutachtungsergebnissen sowie zu einer Entlastung der Medizinischen Dienste führen, grundsätzlich zu begrüßen. Allerdings ist zweifelhaft, ob die erforderliche gutachterliche Unabhängigkeit und damit die gebotene Neutralität in der Feststellung von Pflegebedürftigkeit insbesondere bei Pflegefachpersonen in Pflegeeinrichtungen gegeben ist. Eine solche Unabhängigkeit ist grundsätzlich nicht gegeben, wenn die Pflegefachperson organisatorisch, wirtschaftlich oder personell mit ihrem Arbeitgeber verflochten ist. Vor diesem Hintergrund wird die Feststellung von Pflegebedürftigkeit durch Pflegefachpersonen in Pflegeeinrichtungen kritisch gesehen. Sofern ein Modellprogramm durchgeführt werden soll, muss die Frage, wie die Unabhängigkeit der mit der Begutachtung beauftragten Pflegefachperson sichergestellt werden kann, zentraler Bestandteil der wissenschaftlichen Betrachtung sein.

C) Änderungsvorschlag

In Absatz 6 ist nach Satz 2 Nr. 3 Buchstabe b) unter einem neuen Buchstaben c) folgender Halbsatz einzufügen:

„wie die erforderliche gutachterliche Unabhängigkeit der mit der Begutachtung beauftragten Pflegefachperson sichergestellt werden kann,“

Der bisher vorgesehene Aufzählungspunkt unter Buchstabe „c)“ ist in „d)“ zu ändern.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 18 c) – § 28 Abs. 5

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es soll geregelt werden, dass auch die Erbringung von bestimmten Leistungen nach § 15a Abs. 1 SGB V durch in den stationären Pflegeeinrichtungen beschäftigte Pflegefachpersonen von den Leistungen des SGB XI umfasst ist.

B) Stellungnahme

Mit der vorgesehenen Regelung soll qualifizierten Pflegefachpersonen auch im Bereich der stationären Langzeitpflege ein erweiterter Handlungsspielraum im Hinblick auf die Erbringung der medizinischen Behandlungspflege nach § 15a Abs.1 Nr. 1 und 3 SGB V eröffnet werden. Dies soll für Pflegefachpersonen gelten, die diese Leistungen im Rahmen der Beschäftigung bei der Pflegeeinrichtung erbringen. Es wird explizit klargestellt, dass dies nicht für Pflegefachpersonen gilt, die im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung tätig werden.

Die Regelungen sind sachgerecht und führen mit der expliziten Abgrenzung einer Leistungserbringung durch in den stationären Pflegeeinrichtungen beschäftigte Pflegefachpersonen einerseits und Leistungserbringungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung, z. B. durch in der Arztpraxis beschäftigte Pflegefachpersonen, andererseits zur notwendigen Rechtsklarheit hinsichtlich der Zuständigkeitsabgrenzung zwischen Kranken- und Pflegeversicherung. Diese Abgrenzung ist erforderlich, da die Leistungen nach dem SGB XI in stationären Pflegeeinrichtungen auch die Leistungen der medizinischen Behandlungspflege umfassen; an dieser Zuständigkeit wird durch die beabsichtigte Erweiterung der Kompetenzen von entsprechend qualifizierten Pflegefachpersonen nichts geändert.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 20 - § 34

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Fristen, ab denen die Leistungen in den in § 34 Absatz 1 bis Absatz 3 SGB XI genannten Tatbeständen ruhen, sollen künftig von sechs auf acht Wochen ausgeweitet und damit zugleich vereinheitlicht werden. Dies gilt sowohl für die Pflegeleistungen als auch für die Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegeperson.

B) Stellungnahme

Zur Vereinheitlichung der Ruhenszeiträume ist die vorgesehene Regelung nicht nachvollziehbar und nicht sachgerecht. Inwieweit die vorgesehene Regelung tatsächlich der Entbürokratisierung Rechnung trägt, ist fraglich. Die Laufzeiten der jeweiligen Fristen sind auch nach der Änderung nicht einheitlich. Einerseits gelten die Fristen je Kalenderjahr und andererseits je Aufenthalt bei Krankenhausbehandlung oder Rehabilitations- und Vorsorgemaßnahmen. Insofern liegt keine Vereinheitlichung vor. Zudem ist auch wie bisher eine Überprüfung der Ruhenszeiträume erforderlich, so dass diese Prüfung zum Zwecke der Entbürokratisierung nicht entfällt.

Auch erschließt sich nicht die Notwendigkeit, die Definition eines „vorübergehenden Auslandsaufenthaltes“ von 6 Wochen auf 8 Wochen im Kalenderjahr zu verlängern. Ein Auslandsaufenthalt sollte gerade mit Blick auf die pflegerische Versorgung die Ausnahme sein. Daher ist die Verlängerung auf 8 Wochen im Kalenderjahr abzulehnen.

Zudem würde durch die Ausweitung der Zeiträume zum Eintritt des Ruhens der Leistungen diese künftig länger als bisher gewährt, so dass mit den vorgesehenen Regelungen eine Kostensteigerung einhergehen würde.

C) Änderungsvorschlag

Die Änderungen sind zu streichen.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 21 – § 36

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Leistungsbeträge sollen an die seit 01. Januar 2025 geltende Leistungshöhe angepasst werden.

Für zugelassene ambulante Pflegeeinrichtungen soll es möglich sein, Kooperationen mit Anbietern haushaltsnaher Dienstleistungen abzuschließen.

B) Stellungnahme

Die vorgesehene Anpassung der Leistungsbeträge an die durch die „Bekanntmachung der ab dem 1. Januar 2025 geltenden benannten Leistungsbeträge der Pflegeversicherung sowie weiterer Beträge nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch“ vom 14. November 2024 (Banz AT 12.12.2024 B7) wird begrüßt.

Die vorgesehene Möglichkeit zur Kooperation mit haushaltsnahen Dienstleistungen ist sachgerecht, um das Leistungsangebot ambulanter Pflegedienste zu erweitern. Dies auch vor dem Hintergrund, dass bereits jetzt schon Kooperationen der ambulanten Pflegeeinrichtungen mit anderen Leistungserbringern, die neben pflegerischen Leistungen auch Hilfen bei der Haushaltsführung anbieten, untergesetzlich in den Maßstäben und Grundsätzen nach § 113 SGB XI verbindlich geregelt sind. Aus Transparenzgründen sollte jedoch zusätzlich geregelt werden, dass die entsprechenden Kooperationsverträge den Pflegekassen anzuzeigen sind.

C) Änderungsvorschlag

Der nach § 36 Absatz 4 Satz 2 einzufügende Satz wird wie folgt ergänzt:

„Dabei sind auch Kooperationen mit Anbietern haushaltsnaher Dienstleistungen möglich; **die Kooperationsverträge sind den Parteien des Versorgungsvertrags anzuzeigen.**“

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 22 – § 37

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Leistungsbeträge sollen an die seit 01. Januar 2025 geltende Leistungshöhe angepasst werden.

Die Intervalle zur verpflichtenden Durchführung der Beratungsbesuche sollen vereinheitlicht werden. Pflegebedürftige der Pflegegrade 4 und 5 müssen nicht mehr wie bisher einen Beratungsbesuch einmal vierteljährlich, sondern wie Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 und 3 künftig nur noch einmal halbjährlich nachweisen. Darüber hinaus besteht für Pflegebedürftige der Pflegegrade 4 und 5 ein Anspruch auf einen Beratungsbesuch auch vierteljährlich.

Die Beratungsinhalte sollen künftig gesetzlich konkretisiert werden. Zudem ist die Verpflichtung der Pflegekassen vorgesehen, die pflegebedürftigen Personen und die sie häuslich pflegenden Personen bei der Inanspruchnahme der in der Beratung empfohlenen Maßnahmen zeitnah zu unterstützen.

Das Formular zum Nachweis eines Beratungsbesuchs soll zukünftig im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern übermittelt werden. Das Nähere zum Verfahren der Übermittlung sollen der GKV-Spitzenverband und der Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. im Einvernehmen mit den Verbänden der Leistungserbringer regeln. Durch die in Absatz 3a vorgesehene Regelung zur Unterstützung der pflegebedürftigen Personen zur Umsetzung der im Beratungsbesuch festgehaltenen Empfehlungen durch die Pflegekassen sind die Richtlinien zur Aufbereitung, Bewertung und standardisierten Dokumentation einschließlich der Erkenntnisse zu der Umsetzung der Empfehlungen entsprechend anzupassen.

In Absatz 3 Satz 1 soll klargestellt werden, dass die Vergütung für die Beratungsbesuche auch die betriebsnotwendigen Investitionsaufwendungen umfasst.

B) Stellungnahme

Die vorgesehene Anpassung der Leistungsbeträge an die durch die „Bekanntmachung der ab dem 1. Januar 2025 geltenden benannten Leistungsbeträge der Pflegeversicherung sowie weiterer Beträge nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch“ vom 14. November 2024 (Banz AT 12.12.2024 B7) ist sachgerecht.

Die Vereinheitlichung und damit die Reduzierung der Beratungsintervalle für Pflegebedürftige der Pflegegrade 4 und 5 ist sachgerecht. Bei diesem Personenkreis liegt in der Regel schon seit mehreren Jahren eine Pflegebedürftigkeit vor. Der Beratungsbedarf, wie er in der Regel zu Beginn des Vorliegens der Pflegebedürftigkeit besteht, ist bei diesem Personenkreis meist nicht gegeben. Dies zeigen auch Berichte aus der Praxis, sowohl von pflegebedürftigen Personen als auch von Beratungspersonen. Durch den vorgesehenen Anspruch eines vierteljährlichen Beratungsbesuchs nach § 37 SGB XI für die Pflegegrade 4 und 5 bleibt jedoch auch weiterhin gewährleistet, dass Beratungsbesuche bei Bedarf in den bisherigen Intervallen durchgeführt werden können. Zugleich werden durch die Reduzierung der Intervalle insbesondere ambulante Pflegedienste entlastet, da davon auszugehen ist, dass nicht alle

pflegebedürftigen Personen der Pflegegrade 4 und 5 die Beratungsbesuche im bisherigen Zeitintervall in Anspruch nehmen werden.

Die gesetzliche Konkretisierung der Beratungsinhalte ist sachgerecht. Bei den vorgesehenen Beratungsinhalten handelt es sich um solche, die jetzt schon Gegenstand der Beratung sind. Damit wird ein einheitliches Verständnis über die inhaltliche Ausgestaltung der Beratung gesetzlich festgelegt. Die Verpflichtung der Pflegekassen, die pflegebedürftige Person und die sie pflegende Person bei der Inanspruchnahme der empfohlenen Maßnahmen zu unterstützen, ist im Verständnis der Beratung schon vorgesehen. Dabei ist jedoch zu berücksichtigen, dass den Pflegekassen eine Unterstützung nur insofern möglich ist, als sie Kenntnis von den empfohlenen Maßnahmen erhalten. Dies hängt von der Einwilligung der pflegebedürftigen Person ab. Erteilt sie nicht die Einwilligung zur Weiterleitung der empfohlenen Maßnahme an die Pflegekasse, so kann die Pflegekasse nicht bei der Inanspruchnahme der empfohlenen Maßnahmen unterstützen.

Die Regelung zur Übermittlung des Formulars zum Nachweis eines Beratungsbesuchs im Wege elektronischer Datenübermittlung oder maschinell verwertbaren Datenträger durch die Beratungspersonen an die Pflegekasse wird begrüßt. Damit wird die in der Stellungnahme zum PKG vom 30.09.2024 vom GKV-Spitzenverband aufgestellte Forderung einer entsprechenden Regelung aufgegriffen. Die vorgesehene Regelung schafft die vom GKV-Spitzenverband geforderte und für erforderlich gehaltenen Rechtsgrundlage zur Verpflichtung der elektronischen Übermittlung des Beratungsformulars und trägt somit zu einer Entbürokratisierung sowohl auf Seiten der Pflegekassen als auch auf Seiten der die Beratungsbesuche durchführenden Leistungserbringenden bei.

Die Ergänzung zu den von den Pflegekassen zu tragenden Investitionskosten wird abgelehnt. Der GKV-Spitzenverband vertritt die Rechtsauffassung, dass die Vergütung für einen Beratungsbesuch nach § 37 Absatz 3 SGB XI, der durch einen Pflegedienst erbracht wird, der Vergütung einer allgemeinen Pflegeleistung (Pflegevergütung) entspricht. Dies ergibt sich aus dem gesetzlichen Verweis auf § 89 Absatz 1 und 3 SGB XI in entsprechender Anwendung. Die Regelungen zur Pflegevergütung für zugelassene Pflegeeinrichtungen im 8. Kapitel des SGB XI finden unmittelbare Anwendung, so dass § 82 Absatz 1 und 2 SGB XI einschlägig ist. Danach dürfen betriebsnotwendige Investitionsaufwendungen gerade nicht Bestandteil der Pflegevergütung sein. Investitionsaufwendungen werden entweder durch das Land (mittels Förderung) getragen oder werden pflegebedürftigen Personen (gegebenenfalls anteilig nach Zustimmung durch die Landesbehörde) in Rechnung gestellt. Die nach § 82 Absatz 3 und 4 gesondert berechenbaren betriebsnotwendigen Investitionsaufwendungen werden im Übrigen nicht mit den Pflegekassen vereinbart. Es ist somit nicht sachgerecht, dass Pflegekassen Vergütungsbestandteile zu tragen haben, die entweder zwischen der zuständigen Landesbehörde und der Pflegeeinrichtung oder einseitig von der Pflegeeinrichtung festgesetzt wurden.

C) Änderungsvorschlag

Absatz 3a Satz 4 ist wie folgt zu fassen: „Die Pflegekassen sind verpflichtet, die Pflegebedürftigen und die sie häuslich Pflegenden bei der Inanspruchnahme zeitnah zu unterstützen, sofern den Pflegekassen die Einwilligung der pflegebedürftigen Person oder der gesetzlich betreuenden oder vertretenden Person zur Übermittlung der empfohlenen Maßnahmen vorliegt.“

Absatz 3c Satz 1 neu ist zu streichen.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 23 – § 38a

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelung des § 38a wird aufgehoben und findet sich in der neuen Vorschrift des § 45g wieder.

B) Stellungnahme

Keine.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 24 – § 39a

A) Beabsichtigte Neuregelung

Gemäß § 39a SGB XI haben Pflegebedürftige bei der Nutzung digitaler Pflegeanwendungen (DiPA) Anspruch auf ergänzende Unterstützungsleistungen (eUL) durch ambulante Pflegedienste. Gemäß dem Gesetzentwurf soll die derzeit gesetzlich geregelte Feststellung der Erforderlichkeit von eUL zu der jeweiligen DiPA durch das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) nach § 78a Absatz 6 entfallen.

B) Stellungnahme

Dass die gesonderte Feststellung der Erforderlichkeit einer ergänzenden Unterstützungsleistung (eUL) durch das BfArM entfallen soll, wird abgelehnt. Im Rahmen der Gesetzesbegründung wird die vorgesehene Streichung der gesonderten Feststellung der Erforderlichkeit einer eUL durch das BfArM damit begründet, dass eUL nicht nur funktions- oder konstruktionsbezogen zulässig sind, sondern generell, so dass diese auch in Anspruch genommen werden können, wenn die pflegebedürftige Person eine Bedienungshilfe benötigt. Dies soll unabhängig davon gelten, ob die Konstruktion/Konfiguration der DiPA zwingend eine Einbindung Dritter erfordert.

Die Begründung führt zu einem anderen Verständnis der bislang verwendeten Definition von eUL. Gemäß dem aktuellen DiPA-Leitfaden (Stand: 11.10.2023) handelt es sich z. B. nicht um eine eUL, wenn die pflegebedürftige Person Hilfe mit der Bedienung/Ersteinrichtung/Initialisierung benötigt. Zur Begründung wird in dem Leitfaden angeführt, dass eine geführte und durch die pflegebedürftige Person umsetzbare Einrichtung der APP grundsätzlich im Lieferumfang enthalten sein muss. So heißt es auch in § 6 Absatz 5 der Verordnung zur Prüfung der Erstattungsfähigkeit digitaler Pflegeanwendungen nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch (Digitale Pflegeanwendungen-Verordnung - DiPAV) zu der Anforderung an die Qualität einer DiPA, dass DiPA so zu gestalten sind, dass sie einer altersgerechten Nutzbarkeit Rechnung tragen. Pflegebedürftige und sonstige Nutzer müssen die DiPA leicht und intuitiv bedienen können. Sofern nun auch eine reine Bedienungshilfe eine eUL sein soll, die von ambulanten Pflegediensten durchgeführt werden muss, ist insbesondere fraglich, ob z. B. Bedienungshilfen in den originären Aufgabenbereich von ambulanten Pflegediensten fallen können/sollen.

Zudem ist fraglich, in welchem Zusammenhang die im Gesetzentwurf beschriebene neue Auslegung von eUL mit der Feststellung der Erforderlichkeit durch das BfArM steht. Es ist davon auszugehen, dass auch DiPA in das Verzeichnis aufgenommen werden, die ihren pflegerischen Nutzen nur in Verbindung mit einer eUL entfalten. Die Beurteilung hinsichtlich der Entfaltung des pflegerischen Nutzens einer DiPA in Verbindung mit einer eUL sollte unabhängig von der Einschätzung der Hersteller geprüft werden. Insofern ist auch an der gesonderten Feststellung der Erforderlichkeit einer ergänzenden Unterstützungsleistung (eUL) durch das BfArM festzuhalten.

C) Änderungsvorschlag

§ 39a SGB XI bleibt in der bisherigen Fassung bestehen, so dass „deren Erforderlichkeit das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte nach § 78a Absatz 5 Satz 6 festgestellt hat“ nicht gestrichen wird.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 25 - § 40

A) Beabsichtigte Neuregelung

In Absatz 2 wird als Folge der mit Wirkung zum 1. Januar 2025 nach § 30 des Elften Buches Sozialgesetzbuch dynamisierten Beträge für die Leistungen der Pflegeversicherung der von den Pflegekassen zu leistende monatliche Höchstbetrag für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel von 40 Euro auf 42 Euro angehoben. Ergänzend zu der beabsichtigten Neuregelung in § 17a des Elften Buches Sozialgesetzbuch zu den Richtlinien zur Empfehlung von Hilfsmitteln und Pflegehilfsmitteln (vergleiche Nummer 14) wird die in § 40 Absatz 6 des Elften Buches Sozialgesetzbuch vorgesehene Möglichkeit, wonach bei vorliegender Empfehlung einer Pflegefachperson für ein Hilfsmittel bzw. Pflegehilfsmittel die Notwendigkeit der Versorgung vermutet wird, ausgeweitet, sodass der Entscheidung der Pflegefachperson vorbehaltlich der Wirtschaftlichkeitsprüfung durch die jeweilige Pflegekasse auch für weitere Bereiche eine fachliche Letztverbindlichkeit zugesprochen wird. Insbesondere soll der Katalog der von einer Empfehlung durch Pflegefachpersonen umfassten Hilfsmittel der GKV auf für die pflegerische Versorgungspraxis notwendige und sinnvolle Hilfsmittel erweitert werden, bei denen Pflegefachpersonen aufgrund ihrer Nähe zu den Versicherten und ihrer fachlichen Expertise und Qualifikation den Bedarf feststellen können. Darunter fallen ausweislich der Gesetzesbegründung insbesondere Inkontinenz- und Adaptionshilfen sowie Hilfsmittel bei Tracheostoma und Dekubitus sowie Stomaartikel. Es wird nach wie vor klargestellt, dass es in diesen Fällen keiner weiteren vertragsärztlichen Verordnung bedarf. Mit der Hilfsmittel- oder Pflegehilfsmittelversorgung, für die die Vermutungswirkung der Erforderlichkeit oder Notwendigkeit im Sinne der Richtlinien ausgelöst werden kann, dürfen jedoch weiterhin keine sich darauf beziehenden ärztlichen Maßnahmen oder Therapieentscheidungen verbunden sein. Das Wort Pflegefachkraft wird auch hier durch das Wort Pflegefachperson ersetzt, um die Terminologie an die Legaldefinition in dem neu vorgesehenen § 15a Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch anzupassen.

B) Stellungnahme

Bei der Anhebung des monatlichen Höchstbetrags für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel handelt es sich um eine Folgeänderung zur Dynamisierung nach § 30 des Elften Buches Sozialgesetzbuch, die hier offenbar der Klarheit dienen soll.

Die Neufassung des § 40 Absatz 6 des Elften Buches Sozialgesetzbuch ist verbunden mit der Überführung der Regelungen zu den Richtlinien zur Empfehlung von Pflegehilfsmitteln und Hilfsmitteln in eine eigenständige Vorschrift. Es wird daher zunächst auf die Stellungnahme zu dem neu vorgesehenen § 17a des Elften Buches Sozialgesetzbuch verwiesen, in dem das Nähere zu diesen Richtlinien künftig geregelt ist. Wie dort bereits angemerkt wurde, ist es grundsätzlich nachvollziehbar, dass die Kompetenz von Pflegefachpersonen in der Versorgung durch ein erweitertes Aufgabenspektrum genutzt werden soll. Es besteht aber aufgrund der in dem Gesetzentwurf vorgesehenen zwei verschiedenen Regelungskreise mit ähnlicher Zielsetzung für den gleichen Personenkreis (Verordnung von Hilfsmitteln und Empfehlung von Hilfs- und Pflegehilfsmitteln durch Pflegefachpersonen) die Notwendigkeit einer klaren Abgrenzung, so dass die Frist für die Konkretisierung der Vorgaben des § 40 Absatz 6 des Elften Buches Sozialgesetzbuch in den Richtlinien

nach § 17 a des Elften Buches Sozialgesetzbuch verschoben werden sollte, damit die Festlegungen im Rahmenvertrag nach § 73d des Fünften Buches Sozialgesetzbuch hierbei Berücksichtigung finden können.

Sowohl bei den Verordnungen durch Pflegefachpersonen nach §§ 33 Absatz 5a, 73d des Fünften Buches Sozialgesetzbuch als auch den Empfehlungen nach §§ 17a, 40 Absatz 6 des Elften Buches Sozialgesetzbuch ist es zudem wichtig, ihre Einbindung in die zunehmend auch digitalisierten Versorgungsprozesse sicherzustellen. Bei dem neuartigen Instrument der Empfehlung nach § 40 Absatz 6 des Elften Buches Sozialgesetzbuch gestaltet sich diese Integration in die weiteren Prozessabläufe wesentlich schwieriger als bei der Ausstellung von Verordnungen für Hilfsmittel. Auch dieser Umstand spricht daher dafür, dass vorrangig zunächst die Regelungen zur Verordnung von Hilfsmitteln nach § 73d des Fünften Buches Sozialgesetzbuch getroffen werden und die Fristen für die Richtlinien nach § 17a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch verschoben werden, damit auf dieser Grundlage beurteilt werden kann, welcher Anwendungsbereich sich für die Empfehlungen nach § 40 Absatz 6 des Elften Buches Sozialgesetzbuch noch ergibt.

Um Versorgungen auf Grundlage der Empfehlungen nach § 40 Absatz 6 des Elften Buches Sozialgesetzbuch datentechnisch selektieren und auswerten zu können, wird die Angabe der Beschäftigtennummer in den Empfehlungen benötigt. Ohne die Möglichkeit einer datentechnischen Auswertung wäre auch die gesetzlich vorgesehene Evaluierung nicht durchführbar. Es sollte daher auch eine Klarstellung im Gesetz erfolgen, dass auf der Empfehlung nach § 40 Absatz 6 des Elften Buches Sozialgesetzbuch auch die Beschäftigtennummer anzugeben ist und vom GKV-Spitzenverband zu Evaluierungszwecken genutzt werden darf. Weitere Ausführungen enthält die Stellungnahme unter Nummer 14 zu § 17a.

C) Änderungsvorschlag

In § 40 Absatz 6 des Elften Buches Sozialgesetzbuch in der Fassung des vorliegenden Gesetzentwurfs wird hinter Satz 5 folgender Satz ergänzt:

“In der Empfehlung ist die Beschäftigtennummer der die Empfehlung abgebenden Pflegefachperson anzugeben, soweit für sie eine solche Nummer vergeben ist. Die Beschäftigtennummer darf vom Spitzenverband Bund der Kranken- und Pflegekassen zu Evaluierungszwecken genutzt werden.”

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 26 a) – § 40a Absatz 1a Satz 1

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die bisherige Regelung in Absatz 1a Satz 1 wird inhaltlich insofern übernommen, als digitale Pflegeanwendungen (DiPA) auch auf die Unterstützung Angehöriger und sonstiger ehrenamtlich Pflegenden ausgerichtet sein können. Nach der geltenden Regelung sind DiPA in diesem Fall nur zulässig, wenn sie die pflegenden Angehörigen oder sonstigen ehrenamtlichen Pflegepersonen bei ihren pflegerischen Aufgaben oder Hilfen bezogen auf die in § 14 Absatz 2 SGB XI genannten Bereiche oder bei der Haushaltsführung unterstützen. Die wesentliche Änderung in Absatz 1a Satz 1 SGB XI zielt darauf ab, dass der Bezug zu den in § 14 Absatz 2 SGB XI genannten Bereichen entfällt und somit die Verknüpfung mit den Kriterien für das Vorliegen von Pflegebedürftigkeit nicht mehr erforderlich ist. DiPA für pflegende Angehörige oder sonstige ehrenamtlichen Pflegepersonen sollen gemäß der Neuregelung nunmehr zulässig sein, wenn sie eine entlastende Wirkung für die Pflegepersonen oder einen stabilisierenden Effekt für die häusliche Versorgungssituation der pflegebedürftigen Person haben.

B) Stellungnahme

Es wird weiterhin begrüßt, dass digitale Pflegeanwendungen zulässig sind, die auf die Unterstützung Angehöriger oder sonstiger ehrenamtlich Pflegenden ausgerichtet sind. Die vorgesehene Entkopplung für DiPA für pflegende Angehörige oder sonstige ehrenamtliche Pflegepersonen von den Kriterien zur Pflegebedürftigkeit nach den in § 14 Absatz 2 SGB XI genannten Bereichen lässt für die Hersteller einen größeren Spielraum bei der Entwicklung von DiPA zu. Da auch für diejenigen DiPA, die sich an pflegende Angehörige und sonstige ehrenamtlich Pflegenden richten und eine entlastende Wirkung für die Pflegepersonen oder einen stabilisierenden Effekt für die häusliche Versorgungssituation der pflegebedürftigen Person aufweisen müssen, ein pflegerischer Nutzen nachzuweisen ist (siehe § 78a Absatz 4 Satz 3 Nummer 3 SGB XI), bestehen gegen die Änderung keine Einwände.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 26 b) Buchstabe aa) – § 40a Absatz 2 Satz 1

A) Beabsichtigte Neuregelung

Bislang regelt Absatz 2, dass der Anspruch solche DiPA erfasst, die vom BfArM in das Verzeichnis für DiPA aufgenommen sind. Der Anspruch entsteht somit ab Listung im DiPA-Verzeichnis. Dies soll nun mit der entsprechenden Ergänzung dahingehend geändert werden, dass die Wirksamkeit des Anspruchs ab dem von den Vertragsparteien nach § 78a Absatz 1 Satz 2 SGB XI vereinbarten Zeitpunkt für die Geltung der Vergütungsvereinbarung gilt.

B) Stellungnahme

Gemäß der geltenden Rechtslage hat die pflegebedürftige Person einen Anspruch auf DiPA ab Listung im DiPA-Verzeichnis des BfArM. Der Vergütungsbetrag für DiPA wird jedoch de lege lata innerhalb von drei Monaten nach Aufnahme der DiPA in das Verzeichnis verhandelt. Dies führt dazu, dass es zu Ausgleichsansprüchen kommen kann, wenn der verhandelte Vergütungsbetrag niedriger/höher als der zum Zeitpunkt der Anspruchsentstehung gelistete Abgabepreis des Herstellers ist. Mit der Änderung sollen gemäß der Begründung zum Gesetzentwurf die Zeitpunkte dadurch parallelisiert werden, indem die Vertragspartner den Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Vergütungsvereinbarung festlegen und die Entstehung des Anspruchs an diesen Zeitpunkt geknüpft wird. Dieses Ziel ist zu begrüßen, um eine etwaige Rückabwicklung zu vermeiden. In der Folge ist die Rahmenvereinbarung zwischen dem GKV-Spitzenverband und den Herstellerverbänden nach § 78a Absatz 2 SGB XI (§ 13 Ausgleichsansprüche) anzupassen.

Zu Absatz 2 wird ergänzend darauf hingewiesen, dass die Befristungsregelung in den Sätzen 3 bis 5 nicht sachgerecht ist, siehe auch Stellungnahme unter „Ergänzender Änderungsbedarf“ zu Artikel 1 §40a. Eine unbefristete Bewilligung ohne weitere Prüfung, ob die DiPA genutzt und die Zwecksetzung erreicht wird, führt voraussichtlich zu zusätzlichen Kosten für die Pflegeversicherung. Unbefristete Bewilligungen von DiPA können dazu führen, dass der Leistungsanspruch fortführend in Anspruch genommen wird, ohne dass die DiPA genutzt wird. Insbesondere und erst recht vor dem Hintergrund des durch den Gesetzentwurf geregelten Erprobungsjahres, das abgelehnt wird (siehe hierzu Stellungnahme zu § 78a SGB XI), müssen erneute Prüfungen und stets befristete Bewilligungen sowohl im Sinne der Wirtschaftlichkeit als auch zum Schutz der vulnerablen Nutzergruppe geregelt werden.

C) Änderungsvorschlag

In Absatz 2 Satz 3 wird das Wort „erstmalig“ gestrichen.

In Absatz 2 Satz 4 wird nach dem Wort „darf“ das Wort „jeweils“ eingefügt.

In Absatz 2 Satz 5 wird das Wort „unbefristete“ ersetzt durch „nochmalige“.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 26 b) Buchstabe bb) – § 40a Absatz 2 Satz 5

A) Beabsichtigte Neuregelung

Ein Verweis auf Absatz 1a wird eingefügt, der bei Einführung des Absatzes 1a unterblieben war.

B) Stellungnahme

Es handelt sich um eine erforderliche Folgeänderung.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 27 – § 40b Absatz 1

A) Beabsichtigte Neuregelung

In Absatz 1 wird mit der Neufassung klargestellt, dass der Leistungsbetrag monatlich insgesamt für die Nutzung einer digitalen Pflegeanwendung oder mehrerer digitaler Pflegeanwendungen (DiPA) zur Verfügung steht. Darüber hinaus soll der Leistungsbetrag für DiPA und ergänzende Unterstützungsleistungen (eUL) aufgeteilt werden. Demnach steht gemäß der vorgesehenen Neuregelung für DiPA ein Leistungsbetrag bis zur Höhe von 40 Euro monatlich und für eUL ein Leistungsbetrag bis zur Höhe von 30 Euro monatlich zur Verfügung. Damit übersteigt der nunmehr insgesamt zur Verfügung stehende Betrag für DiPA (neu 40 Euro) und der für eUL zur Verfügung stehende Betrag (neu 30 Euro) den bisher gesetzlich insgesamt zur Verfügung stehenden Betrag (50 Euro insgesamt für DiPA und eUL) um 20 Euro.

B) Stellungnahme

Die gesetzliche Klarstellung, dass die Ansprüche einmalig je Monat und unabhängig von der Anzahl der in Anspruch genommenen DiPA/eUL bestehen, wird begrüßt.

Die Aufteilung des Leistungsbetrages in je einen Betrag für DiPA und eUL wird ebenfalls begrüßt. So werden für die Vereinbarungspartner der Vergütungsverhandlungen der DiPA sowie für die Leistungserbringer hinsichtlich der eUL die maximal erstattungsfähigen Kosten jeweils für DiPA und eUL klarer.

Insgesamt wurde der Leistungsbetrag um 20 Euro (40 Euro DiPA und 30 Euro eUL; vormals 50 Euro insgesamt) angehoben. Eine Ausweitung des Gesamtbudgets von 50 Euro auf 70 Euro wird abgelehnt, da dies zu einer größeren Kostenbelastung für die Pflegeversicherung führt, ohne, dass Gründe für die Erhöhung der Beträge zum jetzigen Zeitpunkt ersichtlich sind.

Die Änderungen haben Anpassungen der Rahmenvereinbarung nach § 78a Absatz 2 SGB XI zur Folge.

C) Änderungsvorschlag

§ 40b Absatz 1 wird wie folgt gefasst:

„(1) Bewilligt die Pflegekasse die Versorgung mit einer oder mehreren digitalen Pflegeanwendungen, hat die pflegebedürftige Person Anspruch:

1. auf die Erstattung von Aufwendungen für digitale Pflegeanwendungen nach § 40a bis zur Höhe von insgesamt 30 Euro im Kalendermonat sowie
2. auf ergänzende Unterstützungsleistungen durch ambulante Pflegeeinrichtungen nach § 39a bis zur Höhe von insgesamt 20 Euro im Kalendermonat.“

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 28 – § 41

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Leistungsbeträge sollen an die seit 01. Januar 2025 geltende Leistungshöhe angepasst werden.

B) Stellungnahme

Die vorgesehene Anpassung der Leistungsbeträge an die durch die „Bekanntmachung der ab dem 1. Januar 2025 geltenden benannten Leistungsbeträge der Pflegeversicherung sowie weiterer Beträge nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch“ vom 14. November 2024 (Banz AT 12.12.2024 B7) ist sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 29 – § 43

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Leistungsbeträge sollen an die seit 01. Januar 2025 geltende Leistungshöhe angepasst werden.

B) Stellungnahme

Die vorgesehene Anpassung der Leistungsbeträge an die durch die „Bekanntmachung der ab dem 1. Januar 2025 geltenden benannten Leistungsbeträge der Pflegeversicherung sowie weiterer Beträge nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch“ vom 14. November 2024 (Banz AT 12.12.2024 B7) ist sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 30 – § 43a

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Leistungsbeträge sollen an die seit 01. Januar 2025 geltende Leistungshöhe angepasst werden.

B) Stellungnahme

Die vorgesehene Anpassung der Leistungsbeträge an die durch die „Bekanntmachung der ab dem 1. Januar 2025 geltenden benannten Leistungsbeträge der Pflegeversicherung sowie weiterer Beträge nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch“ vom 14. November 2024 (Banz AT 12.12.2024 B7) ist sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 31 – § 44a Absatz 1

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Ergänzung des § 44a Absatz 1 SGB XI zielt auf die Sachverhalte ab, in denen die pflegebedürftige Person während der ursprünglich zwischen dem pflegenden Angehörigen und dessen Arbeitgeber vereinbarten Pflegezeit nach dem Pflegezeitgesetz (PflegeZG) verstirbt. In diesen Fällen erlöschen mit dem Tod des Pflegebedürftigen die Ansprüche auf Leistungen und damit grundsätzlich auch der Anspruch des (bislang) pflegenden Angehörigen auf den Zuschuss zu den Beiträgen zur Kranken- und Pflegeversicherung. Sofern eine vorzeitige Beendigung der mit dem Arbeitgeber vereinbarten Pflegezeit nach dem PflegeZG nicht möglich ist und diese in der Konsequenz erst nach Ablauf von vier Wochen nach dem Tod des Pflegebedürftigen endet, soll künftig auch der Zuschuss bis zum Ablauf der Pflegezeit weitergezahlt werden. Die Weiterzahlung des Zuschusses soll sicherstellen, dass der Beschäftigte, sofern der Arbeitgeber einer vorzeitigen Rückkehr aus der Pflegezeit nicht zustimmt, seinen Beitrag zur Kranken- und Pflegeversicherung in den vier Wochen der weiterhin andauernden Pflegezeit nicht in voller Höhe selbst zu tragen hat.

B) Stellungnahme

Gegen die Ergänzung des § 44a Absatz 1 SGB XI bestehen keine Einwände. Die Regelung stellt eine einheitliche Herangehensweise der Pflegekassen sicher und stärkt die Bemühungen, die Pflegebereitschaft naher Angehöriger aufrechtzuerhalten und zu unterstützen.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 33 – § 45b

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Leistungsbeträge sollen an die seit 01. Januar 2025 geltende Leistungshöhe angepasst werden.

B) Stellungnahme

Die vorgesehene Anpassung der Leistungsbeträge an die durch die „Bekanntmachung der ab dem 1. Januar 2025 geltenden benannten Leistungsbeträge der Pflegeversicherung sowie weiterer Beträge nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch“ vom 14. November 2024 (Banz AT 12.12.2024 B7) ist sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 34 – § 45c

A) Beabsichtigte Neuregelung

Im Rahmen der Modellförderung sollen auch Möglichkeiten einer wirksamen Vernetzung erforderlicher Hilfen für pflegebedürftige Personen an ihrem Lebensende in den Blick genommen werden. Zudem sollen zu den bisherigen in Absatz 5 genannten Modellvorhaben nunmehr explizit Modellvorhaben gefördert werden können, die insbesondere Möglichkeiten einer Versorgung von Pflegebedürftigen über Nacht weiterentwickeln und erproben sollen. Die in der Förderung bereits berücksichtigten digitalen Anwendungen sollen künftig auch um eine Förderung zur Herstellung oder Verbesserung der Barrierefreiheit der digitalen Anwendung erweitert werden.

In Absatz 8 ist vorgesehen, dass der GKV-Spitzenverband im Einvernehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. und im Benehmen mit dem Bundesamt für Soziale Sicherung sowie dem Bundesministerium für Gesundheit Festlegungen für das Verfahren zur Abwicklung der Förderung beschließen. Das soll insbesondere das Verfahren zur Erteilung der Förderzusagen, zur Aufhebung von Förderentscheidungen und zur Rückforderung von Fördermitteln zugunsten des Ausgleichsfonds der Sozialen Pflegeversicherung betreffen. Die Länder sollen vor dem Beschluss der Festlegungen angehört werden und ihr Vorbringen ist beim Beschluss der Festlegungen zu berücksichtigen. Soweit Belange von Fördermittelempfängenden betroffen sind, sind die Verbände der Menschen mit Behinderungen, der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen und vergleichbar Nahestehenden auf Bundesebene vor dem Beschluss anzuhören.

Die Förderung der Zusammenarbeit in regionalen Netzwerken wird in den neuen § 45e überführt.

B) Stellungnahme

Die Erweiterung der Förderung zur Erprobung insbesondere von Möglichkeiten einer Versorgung von pflegebedürftigen Personen über Nacht ist zu begrüßen. Zwar besteht mit § 41 SGB XI bereits das Versorgungsangebot der Nachtpflege, diese wird jedoch bisher nur in geringem Umfang angeboten. Die Versorgung pflegebedürftiger Personen auch nachts ist ein wichtiger Beitrag zur Entlastung pflegender Angehöriger und zur Vereinbarkeit von Pflege und Beruf. Durch die vorgesehene Förderung entsprechender Modellvorhaben kann ein Impuls zur Entwicklung entsprechender Versorgungsstrukturen geschaffen werden. Ebenso ist die Erweiterung der Förderung von Modellvorhaben, die pflegebedürftige Personen am Lebensende in den Blick nehmen, sowie die ergänzende Förderung zur Herstellung der Barrierefreiheit der digitalen Anwendungen sachdienlich.

Die in Absatz 8 vorgesehene Festlegung für das Verfahren zur Abwicklung der Förderung wird begrüßt. Im Rahmen der Förderung nach § 45c treten immer wieder Unklarheiten über den Bestand der Förderung aus Mitteln der Sozialen Pflegeversicherung in Abhängigkeit der Förderung durch die zuständigen Stellen im Lande auf. Während die dort zuständigen Stellen – vom Einvernehmen der Verbände der Pflegeversicherung getragen – grundsätzlich auch über den Förderanteil aus Mitteln der Sozialen Pflegeversicherung bestimmen, verweigern manche der zuständigen Stellen im Falle von Rücknahme- und Widerrufsentscheidungen und damit einhergehenden Rückforderungen die

Bestimmung auch über den Förderanteil der Sozialen Pflegeversicherung, mitunter unter Verweis auf das SGB X. Das Bundesamt für Soziale Sicherung fungiert jedoch lediglich als Zahlstelle, ohne Förderrechtsverhältnis gegenüber den Fördermittelempfängern. Somit bedarf es klarstellender Regelungen. Über die Vereinbarung nach § 45c Absatz 8 Satz 2 lässt sich eine vergleichbare Bindungswirkung nicht erzeugen. Verfahrensdefizite bestehen auch dahingehend, dass einige Länder die auszahlungsbegründenden Mittelabrufe bzw. Nachweise ungleichzeitig und von verschiedenen Stellen aus übermitteln, zuweilen auch Mittelabrufe auf Basis des zugesagten, noch nicht erteilten Einvernehmens vorlegen.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 35 – § 45d

A) Beabsichtigte Neuregelung

Inhaltlich betreffen die Änderungen des § 45d SGB XI insbesondere eine Erhöhung der zur Verfügung stehenden Fördermittel, die Trennung des Fördermittelbestandes für den GKV-Spitzenverband von dem der Länder, die inhaltliche/zeitliche Neuausrichtung bzw. Erweiterung der Förderungen sowie die Ermächtigung des GKV-Spitzenverbandes, zur sachgerechten Verteilung der Fördermittel gemeinsam mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. Kriterien zur Vergabe der Fördermittel beschließen zu können.

Zu der Erhöhung der Fördermittel und zum separaten Fördermitteltatbestand für die Förderung beim GKV-Spitzenverband: Pro Kalenderjahr sollen zum Auf- und Ausbau von Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen und zur Unterstützung von Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen nunmehr Fördermittel im Umfang von 0,21 Euro pro in der sozialen Pflegeversicherung und der privaten Pflege-Pflichtversicherung Versichertem zur Verfügung gestellt werden. Damit wird der zur Verfügung stehende Betrag aus dem Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung um 0,06 Euro erhöht. Gemäß dem neuen Absatz 3 werden von den jährlich verfügbaren 0,21 Euro je Versichertem 0,16 Euro für die ko-finanzierte Förderung durch Länder oder kommunale Gebietskörperschaften sowie die soziale Pflegeversicherung und private Pflege-Pflichtversicherung zur Verfügung gestellt und nach dem Königsteiner Schlüssel auf die Länder aufgeteilt. Die Fördermittel erhöhen sich dadurch von 0,15 Euro auf 0,16 Euro je Versicherten. Hinsichtlich der Förderung durch den GKV-Spitzenverband (siehe Absatz 4 NEU) ist neu, dass die hierfür verfügbaren Fördermittel zu einem Mittelbestand zusammengefasst werden, der sich nicht mehr aus verteilten oder bei der Übertragung ausgenommenen Mitteln zusammensetzt. Zudem werden die Fördermittel von jeweils 0,01 Euro je Versicherten zugleich auf insgesamt 0,05 Euro je Versicherten und Kalenderjahr erhöht, die je nach eingehenden Anträgen für beide Zwecke verwendet werden können.

Zu der inhaltlichen und zeitlichen Ausrichtung der Förderungen: Inhaltlich ist neu, dass der GKV-Spitzenverband neben der Gründungsförderung und der Förderung bundesweiter Tätigkeiten auch für die Förderung von bundesweit ausgelegten Strukturen von Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen zuständig ist. Gesetzlich wird zudem klargestellt, dass sowohl die Länder/Kommunen als auch der GKV-Spitzenverband für die Förderung von Gründungszuschüssen von Selbsthilfegruppen, -kontaktstellen und -organisationen zuständig sind. Dies ergibt sich aus Absatz 4 (NEU), der in Satz 1 die bundesweiten Tätigkeiten und Strukturen und Gründungszuschüsse durch den GKV-Spitzenverband regelt und im zweiten Halbsatz auf „die Gewährung insbesondere von Gründungszuschüssen im Rahmen einer Förderung nach Absatz 3 [...]“ (Förderung auf Landesebene) verweist. In der bisherigen Bewilligungspraxis erfolgten Förderzusagen des GKV-Spitzenverbandes für bundesweite Tätigkeiten für ein Kalenderjahr, da die Berechnung der zur Verfügung stehenden Fördermittel aufgrund von übertragenden Mitteln im Voraus nur für ein Kalenderjahr möglich war. Durch die neue Regelung des separaten Mittelbestandes soll eine Förderung sowohl für Gründungszuschüsse als auch für bundesweite Selbsthilfetätigkeiten bzw. -strukturen durch den GKV-

Spitzenverband mindestens für drei Jahre und in der Regel für fünf Jahre bewilligt werden, es sei denn, aus dem Antrag oder den Besonderheiten des Einzelfalls ergibt sich ein kürzerer Förderzeitraum.

Kriterien zur Vergabe der Fördermittel: Gemäß Absatz 4 wird der GKV-Spitzenverband ermächtigt, zur sachgerechten Verteilung der Fördermittel gemeinsam mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. Kriterien zur Vergabe der Fördermittel beschließen zu können. Im Rahmen der Entwicklung der Kriterien sind die in der Selbsthilfe tätigen Verbände der Menschen mit Behinderungen, der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen und vergleichbar Nahestehenden zu beteiligen. Der Beschluss der Kriterien bedarf der Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit.

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband misst der Selbsthilfeförderung einen großen Stellenwert bei und setzt sich für die Förderung der Selbsthilfestrukturen ein. Die Konzipierung eines eigenen Mittelbestandes für Förderverfahren, die in die Zuständigkeit des GKV-Spitzenverbands fallen, wird begrüßt. Die inhaltliche Neuausrichtung wird jedoch nicht als zielführend angesehen. Dadurch ergeben sich für alle Beteiligten Unklarheiten hinsichtlich der Zuständigkeiten, der Förderinhalte und des Förderzeitraums sowie der Umsetzung einer schlüssigen und sinnvollen Förderpraxis.

Zu den Zuständigkeiten: Die Zuständigkeiten müssen klar abgegrenzt und definiert werden. In Bezug auf die Gründungsförderung ist fraglich, in welchem Verhältnis die Länder/Kommunen und der GKV-Spitzenverband fördern sollen. Gemäß der Gesetzesbegründung ist anzunehmen, dass der GKV-Spitzenverband vorrangig für die Förderung von Gründungen zuständig sein soll.

Zu den Förderinhalten und dem Förderzeitraum: Absatz 4 (NEU) regelt, dass eine Bewilligung der Fördermittel in der Regel jeweils für einen Zeitraum von fünf Jahren, mindestens aber für einen Zeitraum von drei Jahren erfolgen soll, es sei denn, dass sich aus dem Antrag oder den Besonderheiten des Einzelfalls ein kürzerer Förderzeitraum ergibt. Gemäß der Gesetzesbegründung gilt dies sowohl für Gründungszuschüsse als auch für die bundesweiten Tätigkeiten und Strukturen. Dass eine Gründungsförderung, die als Anschubfinanzierung definiert wird (siehe BTDRs. 19/5593) in der Regel über fünf Jahre, mindestens aber über drei erfolgen soll, ist nicht schlüssig. Sofern der Antrag auf eine Gründungsförderung (Aufbau) gerichtet ist, ist vielmehr eine Förderung als Starthilfe für ein Jahr sachgerecht. Für den Ausbau wäre sodann die Landesförderung zu nutzen.

In diesem Zusammenhang wird auch darauf hingewiesen, dass die Förderung von Selbsthilfegruppen für bundesweite Tätigkeiten bereits im derzeit geltenden Recht nicht schlüssig ist. Gruppen, die in der Region tätig sind, sind grundsätzlich nicht bundesweit aktiv. Die bundesweite Förderung kann sich demnach nur auf Selbsthilfeorganisationen und Selbsthilfekontaktstellen auf der Bundesebene beziehen.

Zu der Umsetzung: Die neu konzipierte Regelung schafft Unklarheiten hinsichtlich der Förderpraxis. Sind bundesweite Tätigkeiten im Sinne von Projekten abgrenzbar u. a. hinsichtlich des Projekt-/Förderzeitraums und der Fördersumme aufgrund eines Kostenplanes und eines anschließenden Verwendungsnachweises, umfassen allgemeine bundesweite „strukturelle Förderungen“ nunmehr eine Gesamtförderung der bundesweit ausgerichteten Selbsthilfegruppen, -organisationen oder

- kontaktstellen. Die Ergänzung einer strukturellen Förderung hebt die Anforderungen an die Projektförderung insofern aus, als alle Maßnahmen, die nicht die Kriterien einer Projektförderung erfüllen, unter „strukturelle Maßnahmen“ fallen können und somit förderfähig wären. Die Fördersummen würden dann nach entsprechendem Antrag in der Höhe, wie beantragt, ausgezahlt, bis die zur Verfügung stehenden Mittel für das Förderjahr aufgebraucht wären.

Nach der bisherigen Förderpraxis wurde die Antragsfrist für bundesweite Tätigkeiten im Sinne einer Projektförderung auf den 31.03. eines Jahres gesetzt, um allen Interessenten die Möglichkeit zur Antragstellung und Förderung zu gewähren. Da mit der Formulierung „bundesweite Tätigkeiten und Strukturen“ im Zusammenhang mit der Gesetzesbegründung voraussichtlich alle bundesweiten Vorhaben der Selbsthilfe von Selbsthilfekontaktstellen, -organisationen und -gruppen förderfähig sein werden, würde die Förderung nach dem Zufallsprinzip erfolgen. Antragsteller, die zuerst ihre Anträge einreichen, würden gefördert. Der Vielfältigkeit der Anträge, die sich im derzeitigen Förderverfahren beim GKV-Spitzenverband abbilden, wird die Neuregelung nicht gerecht.

Zu den Kriterien zur Vergabe der Fördermittel: Grundsätzlich ist die Beteiligung von einschlägigen Interessenvertretungen im Rahmen der Entwicklung der Kriterien zur Vergabe der Fördermittel sachgerecht. Jedoch gibt es eine Vielzahl von „in der Selbsthilfe tätigen Verbänden der Menschen mit Behinderungen, der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen und vergleichbar Nahestehenden“ wie z. B. zahlreiche Dach- und Landesverbände. Damit ist unklar, welche konkreten Verbände von Seiten des GKV-Spitzenverbandes einzubinden sind. Im Sinne eines klar definierten Prozesses sind daher die **auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen nach § 118 Absatz 1 Satz 1 SGB XI** zu beteiligen statt die „in der Selbsthilfe tätigen Verbände der Menschen mit Behinderungen, der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen und vergleichbar Nahestehenden“.

C) Änderungsvorschlag

Die Regelung zur Selbsthilfeförderung nach § 45d SGB XI bedarf einer grundlegenden Überarbeitung. Absatz 3 und 4 werden in der neuen Fassung abgelehnt. Hilfsweise wird die Fassung der Absätze 3 und 4, Satz 1 und Satz 6 wie folgt angeregt:

“(3) Von den in Absatz 1 Satz 1 genannten Fördermitteln werden Mittel im Umfang von 0,16 Euro pro Versichertem nach dem Königsteiner Schlüssel auf die Länder **zur Förderung des Auf- und Ausbaus von Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen** aufgeteilt, um Zuschüsse zu finanzieren, die eine Förderung durch das jeweilige Land oder die jeweilige kommunale Gebietskörperschaft ergänzen. Der Zuschuss aus den Mitteln der sozialen Pflegeversicherung und der privaten Pflege-Pflichtversicherung wird dabei jeweils in Höhe von 75 Prozent der Fördermittel gewährt, die für die einzelne Fördermaßnahme insgesamt geleistet werden. (4, Satz 1) Von den in Absatz 1 Satz 1 genannten Fördermitteln werden Mittel im Umfang von 0,05 Euro pro Versicherten zur Verfügung gestellt, um bundesweite Tätigkeiten **in Form einer Projektförderung von Selbsthilfeorganisationen und -kontaktstellen auf Bundesebene** zu fördern sowie um Gründungszuschüsse **für den Aufbau** für neue Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen zu gewähren, ohne dass es einer Mitfinanzierung durch ein Land oder durch eine kommunale Gebietskörperschaft bedarf.”

Absatz 4, Satz 6: „Im Rahmen der Entwicklung der Kriterien sind die auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen nach § 118 Absatz 1 Satz 1 SGB XI zu beteiligen.“

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 35 – § 45e

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die bisher in § 45c Absatz 9 geregelte Förderung der Zusammenarbeit in regionalen Netzwerken soll nunmehr in einem eigenständigen neuen § 45e geregelt werden.

Die inhaltliche Ausgestaltung der Förderung und der regionalen Netzwerke soll weitgehend unverändert bleiben. Jedoch ist eine Erhöhung der Fördermittel dahingehend vorgesehen, dass anders als bisher in einem Kalenderjahr nicht verwendete Fördermittel im nächsten Kalenderjahr das Fördervolumen regionaler Netzwerke erhöhen. Zugleich soll die Fördersumme je Netzwerk von bisher 25.000 auf 30.000 Euro erhöht werden. Bei einer Neugründung von regionalen Netzwerken ist eine Förderung für drei Kalenderjahre vorgesehen.

Zur Unterstützung von Netzwerkgründungen und zur qualitativen Weiterentwicklung regionaler Netzwerke soll der GKV-Spitzenverband neun Monate nach Inkrafttreten des Gesetzes zur Befugnisserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege eine Geschäftsstelle für die Dauer von fünf Jahren errichten. Die Geschäftsstelle soll im Hinblick auf die Erreichung ihrer Ziele nach allgemeinen wissenschaftlichen Standards begleitet und evaluiert werden. Dafür sollen in den Jahren 2025 bis 2031 jährlich gestaffelt insgesamt 2,4 Mio. Euro zur Verfügung stehen. Die Geschäftsstelle soll bundesweit agieren und der Unterstützung von Netzwerkgründungen, der flächendeckenden Etablierung von Netzwerken und der qualitativen Weiterentwicklung von regionalen Netzwerken dienen. Beispielhaft wird die Vermittlung an weitere bestehende Netzwerke im Rahmen einer kollegialen Beratung genannt. Im Rahmen der qualitativen Weiterentwicklung regionaler Netzwerke sollen die Faktoren eruiert werden, die für eine Gründung hinderlich sind. Die Ergebnisse sollen u. a. mit Vertretern von Ländern, Kommunen und Pflegekassen diskutiert werden.

Das Nähere zum Verfahren zur Durchführung und Abwicklung der Geschäftsstelle sollen das Bundesamt für Soziale Sicherung, der GKV-Spitzenverband und der Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. in einer Vereinbarung regeln.

B) Stellungnahme

Die Förderung regionaler Netzwerke in einer eigenständigen Regelung ist sachgerecht. Durch die Neuregelung zur Übertragung nicht verausgabter Mittel in das Folgejahr und damit der Erhöhung des Fördervolumens wird die Förderung der Zusammenarbeit in regionalen Netzwerken gestärkt. Nicht nachvollziehbar ist die Errichtung einer bundesweit agierenden Geschäftsstelle, da die Gründung und Förderung von regionalen Netzwerken richtigerweise auf regionaler Ebene erfolgt. Synergieeffekte sind nicht zu erwarten und es wird bezweifelt, dass das Ziel einer flächendeckenden Etablierung von Netzwerken über eine zentrale Geschäftsstelle ohne regionale Kenntnisse erreicht werden kann. Die Aufgaben der Geschäftsstelle werden bereits heute von den Pflegekassen bzw. den Landesverbänden der Pflegekassen übernommen. Die Pflegekassen sind erste Ansprechpartnerin und unterstützen bei Netzwerkgründungen und der flächendeckenden Etablierung von Netzwerken. Die Landesverbände der Pflegekassen erstellen zudem die Übersicht über die geförderten regionalen Netzwerke,

aktualisieren diese mindestens einmal jährlich und veröffentlichen sie auf den eigenen Internetseiten. Nicht nachvollziehbar ist zudem, weshalb eine wissenschaftliche Begleitung und Auswertung im Hinblick auf die Erreichung der Ziele der Geschäftsstelle nach allgemeinen wissenschaftlichen Standards erforderlich wird. Das ist ein nicht sachgerechter Einsatz von finanziellen Mitteln der Beitragszahlenden, die nicht mehr für die Förderung von Netzwerken genutzt werden können.

C) Änderungsvorschlag

In Absatz 1 neu wird Satz 4 gestrichen.

Absatz 4 wird wie folgt gefasst:

„(4) Die Landesverbände der Pflegekassen erstellen jährlich bis zum 30. November für das Folgejahr eine Übersicht über die in ihrem Zuständigkeitsbereich geförderten regionalen Netzwerke und veröffentlichen sie auf einer eigenen Internetseite.“

Absatz 5 ist zu streichen.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 36 – § 45f

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der bisherige § 38a SGB XI soll nunmehr in dem neuen § 45f SGB XI geregelt werden. Die inhaltliche Ausgestaltung soll unverändert bleiben.

B) Stellungnahme

Keine.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 36 – § 45g

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der bisherige § 45e SGB XI soll nunmehr in dem neuen § 45g SGB XI geregelt werden. Die inhaltliche Ausgestaltung soll unverändert bleiben.

B) Stellungnahme

Keine.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 36 – § 45h

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der vorgesehenen Regelung des § 45h soll eine neue Leistung für Pflegebedürftige in gemeinschaftlichen Wohnformen mit Verträgen zur pflegerischen Versorgung gemäß § 92c eingeführt werden. Demnach erhalten Pflegebedürftige in dieser Wohnform einen pauschalen Zuschuss in Höhe von 450 Euro je Kalendermonat zur Sicherstellung einer selbstbestimmten Pflege. Zudem erhalten Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 einen Anspruch auf körperbezogene Pflegemaßnahmen, pflegerische Betreuungsmaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung als Sachleistung entsprechend § 36. Sofern der Sachleistungsanspruch nur teilweise in Anspruch genommen wird, besteht ein Anspruch auf anteiliges Pflegegeld. Der alleinige Bezug von Pflegegeld nach § 37 ist gesetzlich nicht vorgesehen.

Des Weiteren haben Pflegebedürftige und ihre An- und Zugehörigen Anspruch auf entsprechende Leistungen einer Pflegeberatung, Pflegehilfsmittel, digitale Pflegeanwendungen einschließlich ergänzender Unterstützungsleistungen bei Nutzung digitaler Pflegeanwendungen und zusätzliche Leistungen bei Pflegezeit und kurzzeitiger Arbeitsverhinderung sowie Pflegekurse. Bei Pflegebedürftigen der Pflegegrade 2 bis 5 besteht darüber hinaus ein Anspruch auf Leistungen der sozialen Sicherung der Pflegeperson sowie auf Leistungen der Kurzzeitpflege ausschließlich für eine Übergangszeit im Anschluss an eine stationäre Krankenhausbehandlung. Ebenso sollen Pflegebedürftige Leistungen der Häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V in Anspruch nehmen können.

B) Stellungnahme

Mit der in § 45h und § 92c vorgesehenen Versorgungsform soll offensichtlich das Modellvorhaben „Benevit“ (stambulant) in die Regelversorgung als neue Versorgungsform übertragen werden. Mit der in § 45h beabsichtigten Neueinführung eines Zuschusses für gemeinschaftliche Wohnformen mit Verträgen gemäß § 92c wird der Einführung der in § 92c neu geregelten Versorgungsform leistungrechtlich Rechnung getragen. Da die neue Versorgungsform in der in § 92c vorgesehenen Fassung grundsätzlich in Frage gestellt wird, ist auch der damit zusammenhängende Leistungsanspruch kritisch zu hinterfragen. Es wird auf die Stellungnahme zu Nr. 55 - § 92c verwiesen. Sollte der Gesetzgeber dennoch an der Umsetzung der neuen Versorgungsform festhalten, so ist zu konkretisieren, für welche der in § 92c beschriebenen Leistungen die Leistungsansprüche nach § 45h eingesetzt werden können. Unklar ist, ob die Leistungsansprüche nach § 45h gleichermaßen für das Basispaket nach § 92c Absatz 1 Satz 2 Nummern 1 und 3 sowie für die darüberhinausgehende Versorgung nach § 92c Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 eingesetzt werden können. Eine Klarstellung ist insbesondere in Bezug auf die häusliche Krankenpflege nach § 37 SGB V erforderlich. Für welche konkreten Leistungen der pauschale Zuschuss nach Absatz 1 letztendlich eingesetzt werden kann, wird von der Ausgestaltung der Verträge nach § 92c abhängen. Die Höhe des Zuschusses kann daher an dieser Stelle nicht bewertet werden.

Zu den vertragsrechtlichen Ausführungen zur Neueinführung gemeinschaftlicher Wohnformen wird auf die Stellungnahme zu Nr. 55 - § 92c verwiesen.

C) Änderungsvorschlag

Die beabsichtigte Neuregelung ist zu streichen.

Hilfsweise:

Es ist klarzustellen, für welche der in § 92c beschriebenen Leistungen die Leistungsansprüche nach § 45h eingesetzt werden können.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 37 – § 47b

A) Beabsichtigte Neuregelung

Pflegekassen können die ihnen obliegenden Aufgaben durch Arbeitsgemeinschaften oder durch Dritte mit deren Zustimmung wahrnehmen lassen.

B) Stellungnahme

Die gesetzliche Änderung wird seitens des GKV-Spitzenverbandes begrüßt.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 39 – § 55 Absätze 3a und 3b

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Neufassung des § 55 Absatz 3a SGB XI beschreibt, gegenüber wem der Nachweis der Elterneigenschaft und der Anzahl der Kinder unter 25 Jahren zu führen ist und von welchem Zeitpunkt an der Nachweis Wirkung hinsichtlich der Berücksichtigung bei der Beitragsbemessung (Stichwort: Beitragszuschlag und Beitragsabschläge) entfaltet.

Die Elterneigenschaft und die Anzahl der Kinder unter 25 Jahren müssen gegenüber der beitragsabführenden Stelle, bei Selbstzahlern gegenüber der Pflegekasse, nachgewiesen werden, sofern diesen die Angaben nicht bereits bekannt sind. Insoweit bleibt die Rechtslage unverändert. Bei der Wirkung des Nachweises wird künftig differenziert: Der Nachweis für Kinder, der über das automatisierte Übermittlungsverfahren erfolgt, entfaltet stets Wirkung, die auf das maßgebende Ereignis zurückgeht (z. B. auf den Monatsbeginn der Geburt eines Kindes). Der Nachweis für Kinder, der außerhalb des automatisierten Übermittlungsverfahrens erfolgt, entfaltet ebenfalls eine auf das Ereignis ausstrahlende Rückwirkung, allerdings nur dann, wenn er innerhalb eines Zeitraums von sechs Monaten erbracht wird, ansonsten zukunftsbezogen.

B) Stellungnahme

Gegen die Neufassung des § 55 Absatz 3a SGB XI zum 01.01.2026 bestehen keine Einwände. Schon nach gegenwärtiger Rechtslage war vorgesehen, dass die im automatisierten Übermittlungsverfahren erzeugten Nachweise für Kinder regelmäßig auf den Beginn des Monats der Geburt zurückgehen, unabhängig davon, wann sie durch das Bundeszentralamt für Steuern übermittelt werden. Für Nachweise, die ab dem Jahr 2026 außerhalb des automatisierten Übermittlungsverfahrens erbracht werden, halten wir den vorgesehenen Sechs-Monats-Zeitraum zur Vorlage bei der beitragsabführenden Stelle oder der Pflegekasse für angemessen, sofern damit eine Rückwirkung auf das jeweilige Ereignis einhergehen soll. Aus Gründen der Rechtssicherheit begrüßen wir ausdrücklich auch die aus dem bisherigen § 55 Absatz 3a übernommene Berechtigung für die beitragsabführenden Stellen und die Pflegekassen, Nachweise zur Elterneigenschaft und der Anzahl der Kinder, die nicht über das automatisierte Übermittlungsverfahren erbracht werden können, anzufordern, was auch im Zuge vorausplanenden Handelns, also beispielsweise bei Beschäftigungsbeginn, erfolgen kann.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 40 – § 69 Absatz 2

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit dem neu eingefügten Absatz 2 werden die Pflegekassen verpflichtet, zur Umsetzung ihres Sicherstellungsauftrages die aus ihrer Evaluation der regionalen Versorgungssituation stammenden Erkenntnisse nach § 12, die Empfehlungen der Ausschüsse nach § 8a Abs. 1 bis 3 sowie Erkenntnisse aus Anzeigen nach § 73a Abs. 1 zu berücksichtigen. Zudem werden sie verpflichtet, zur Gewährleistung ihres Sicherstellungsauftrages auch Verträge mit Einzelpflegefachpersonen gemäß § 77 abzuschließen oder diese selbst anzustellen.

B) Stellungnahme

Der Sicherstellungsauftrag der Pflegekassen besteht darin, die pflegerische Versorgung ihrer Versicherten zu gewährleisten. Der Auftrag wird dadurch erfüllt, dass die Pflegekassen bzw. ihre Landesverbände Versorgungsverträge und Vergütungsvereinbarungen mit Leistungserbringern abschließen. Die neue Vorgabe, dass Pflegekassen im Rahmen ihres Sicherstellungsauftrags auch die Anzeigen der Pflegeeinrichtungen nach § 73a Absatz 1 bei vorliegender wesentlicher Beeinträchtigung der Leistungserbringung zu berücksichtigen haben, ist sachgerecht und dient der Sicherstellung der pflegerischen Versorgung der jeweiligen von der Leistungsbeeinträchtigung betroffenen Versicherten.

Auch der Abschluss von Einzelverträgen nach § 77 dient der Sicherstellung der individuellen Versorgungssituation der Pflegebedürftigen einer Pflegekasse und trägt dazu bei, den pflegebedürftigen Menschen ein selbstbestimmtes Leben zu ermöglichen. Mit der bestehenden gesetzlichen Grundlage des § 77 ist der Gewährleistung der Sicherstellung der Pflege bereits ausreichend Genüge getan. Einer zusätzlichen Regelung zur Verpflichtung zum Abschluss von Einzelverträgen nach § 77 bedarf es nicht.

Die Pflegekassen sollen nun im Rahmen ihres Sicherstellungsauftrags aber auch verpflichtet werden, Empfehlungen der Landespflegeausschüsse und weiterer regionaler Gremien in Verantwortung der Länder beim Abschluss von Versorgungsverträgen umzusetzen. Damit wird die Verantwortung der Länder zur Vorhaltung einer ausreichenden Pflegeinfrastruktur auf die Pflegekassen ausgeweitet. Und dies, obwohl die Pflegekassen nicht verbindlich an der Bedarfsplanung des Landes bzw. der Kommune und damit an der Feststellung einer Unter- oder Fehlversorgung zu beteiligen sind.

Bislang sind allein die Länder verantwortlich für die Sicherstellung der Pflegeinfrastruktur (§ 9). Falls das Land Defizite bei der Versorgung (Unterversorgung) im Rahmen seiner Landespflegeplanung feststellt, hat das Land durch eigene kommunale Angebote die pflegerische Versorgung sicherzustellen.

Mit der beabsichtigten Neuregelung erfolgt eine Vermischung der Verantwortung der jeweiligen Pflegekasse zur Sicherstellung der pflegerischen Versorgung ihrer Versicherten mit der Verantwortung für die zahlenmäßig ausreichende Versorgungsstruktur (Pflegeinfrastruktur) im Land. Es ist klarzustellen, dass der infrastrukturelle Sicherstellungsauftrag weiterhin bei den Ländern liegt und sich

der Sicherstellungsauftrag der Pflegekassen auf die Sicherstellung der pflegerischen Versorgung ihrer Versicherten im Einzelfall bezieht.

Die Änderung Nr. 11 zu § 12 Abs. 2 SGB XI sieht keine Evaluation der Versorgungsdaten durch die Pflegekassen (mehr) vor, sondern ausschließlich eine Bereitstellung von Versorgungsdaten. Die Neuregelung des § 69 Abs. 2 SGB XI ist daher nicht sachlogisch.

Siehe auch Stellungnahme zu Nr. 7 - § 8a Absatz 5 und zu Nr. 42 - § 72 Absatz 1a.

C) Änderungsvorschlag

Absatz 2 ist wie folgt zu fassen:

„Bei ihren Aufgaben nach Absatz 1 Satz 1 und 2 haben die Pflegekassen auch Erkenntnisse aus Anzeigen von Pflegeeinrichtungen nach § 73a Absatz 1 zu berücksichtigen.“

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 42 – § 72 Absatz 1a

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Landesverbände der Pflegekassen werden verpflichtet, vor Abschluss von Versorgungsverträgen die Empfehlungen der Ausschüsse nach § 8a Absatz 1 und, soweit diese in den Ländern bestehen, der Ausschüsse nach § 8a Absätze 2 und 3 zu beachten. Sofern vorhanden, sind auch die Empfehlungen und Zielsetzungen für die pflegerische Versorgung zu beachten, die im Rahmen der jeweiligen, nach landesrechtlichen Vorgaben durchgeführten kommunalen Pflegestrukturplanung vorliegen.

B) Stellungnahme

Siehe Stellungnahme zu Nr. 7 - § 8a Absatz 5 und zu Nr. 40 - § 69 Absatz 2.

C) Änderungsvorschlag

Die beabsichtigte Neuregelung ist zu streichen.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 42 – § 72 Absatz 3b

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Regelung erhalten Pflegeeinrichtungen, die sich an Tarifverträge oder kirchlichen Arbeitsvertragsrichtlinien anlehnen, bei deren Änderungen drei statt bislang zwei Monate Zeit, eine Änderung nach ihrer Veröffentlichung umzusetzen.

B) Stellungnahme

Die beabsichtigte Neuregelung kann dazu beitragen, die Verfahren zum Abschluss von Vergütungsvereinbarungen zeitlich zu entzerren.

Es ist darauf hinzuweisen, dass in der Synopse darüber hinaus auch die Umsetzungsfrist für Änderungen des regional üblichen Entlohnungsniveaus nach § 82c Absatz 2 Satz 2 Nummer 2 oder der regional üblichen Niveaus der pflegetypischen Zuschläge nach § 82c Absatz 2 Satz 2 Nummer 2 vom 1. Januar auf den 1. Februar des auf die Veröffentlichung folgenden Jahres verlängert wurde. Sofern dies vom Gesetzgeber gewollt ist, müsste im Gesetzentwurf noch eine Angleichung erfolgen.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 42 – § 72 Absatz 3e

A) Beabsichtigte Neuregelung

Pflegeeinrichtungen, die im Sinne von Absatz 3a an Tarifverträge oder kirchliche Arbeitsrechtsregelungen gebunden sind, werden verpflichtet, Mitteilungen nach § 72 Absatz 3e SGB XI bereits bis zum Ablauf des 31. Juli jeden Jahres abzugeben, anstatt diese bis zum Ablauf des 31. August jeden Jahres abzugeben. Einhergehend ist damit die Anpassung des Stichtages für Entlohnungsangaben aus Tarifverträgen vom 1. August des Jahres auf den 1. Juli des Jahres.

B) Stellungnahme

Die beabsichtigte Neuregelung des Fristzeitpunkts 31. Juli jeden Jahres sowie die Verwendung der Entlohnungsangaben aus Tarifverträgen zum Stichtag 1. Juli des Jahres ist Teil der Anpassung des Zeitplans des Gesamtverfahrens zur Ermittlung des regional üblichen Entlohnungsniveaus sowie der Umsetzungsfristen der Ergebnisse der Ermittlung. Die Neuregelung zur Abgabefrist ist im Gesamtkontext nachvollziehbar. Damit verbunden wäre aber eine Verschiebung des Stichtags zur Meldung der Tarifinformationen auf Grundlage des Personalbestands auf den 1. Juni. In der Begründung wird als Erhebungsstart der 1. Mai genannt. Eine verlässliche Angabe zum Personalbestand kann aber erst frühestens zum 1. Juni erfolgen.

Es wird begrüßt, dass der Argumentation des GKV-Spitzenverbandes zur Streichung des folgenden Teilsatzes „zur Meldung der hierfür erforderlichen Angaben können die Pflegeeinrichtungen auch entsprechende, elektronisch verfügbare Daten aus ihrer Lohnbuchhaltung nutzen, die zu diesem Zweck zu pseudonymisieren sind.“ gefolgt wurde. Vielmehr wurde nun im § 82c SGB XI geregelt, dass die Geschäftsstelle Tarifliche Entlohnung in der Langzeitpflege prüfen soll, unter welchen technischen Voraussetzungen zukünftig Daten aus der Lohnbuchhaltung genutzt werden können.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 42 – § 72 Absatz 3f

A) Beabsichtigte Neuregelung

Im Zusammenhang mit dem bereits bestehenden Evaluationsauftrag zur Prüfung der Wirkungen des § 72 Abs. 3a und 3b SGB XI soll zusätzlich bis spätestens zum 30. Juni 2026 geprüft werden, inwiefern das Verfahren und die Methode zur Ermittlung der regional üblichen Entlohnungsniveaus vereinfacht werden können.

B) Stellungnahme

Die Erweiterung der Evaluationsinhalte ist zu begrüßen und der dafür vorgegebene Zeitrahmen ist nachvollziehbar. Diese bezieht sich jedoch nur ausschließlich darauf, ob es ein Verfahren zur Vereinfachung geben kann, lässt aber offen, bis wann eine geprüfte Darstellung/Beschreibung einer Alternativmethodik vorliegen und umgesetzt werden soll.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 43 – § 73a

A) Beabsichtigte Neuregelung

Pflegeeinrichtungen werden mit dem neu einzufügenden § 73a (Absatz 1) verpflichtet, im Falle einer wesentlichen Beeinträchtigung der Leistungserbringung diese gegenüber den Pflegekassen anzuzeigen. Dabei genügt die Anzeige an einen als Partei des Versorgungsvertrages beteiligten Landesverband der Pflegekassen. Bei der Art und Ursache der Beeinträchtigung kann es sich um Naturkatastrophen wie Hochwasser oder Extremwetterereignisse, schwerwiegende Ausbrüche von Infektionen oder auch um interne Gegebenheiten beim Träger wie wirtschaftliche Schwierigkeiten handeln, die den weiteren Betrieb der Pflegeeinrichtung in der vertraglich vereinbarten Form gefährden.

Die Anzeige verpflichtet die Pflegekassen, zusammen mit der Pflegeeinrichtung und den ggf. weiteren Beteiligten an der pflegerischen Versorgung vor Ort die Notwendigkeit von Maßnahmen zur Sicherstellung der pflegerischen Versorgung für die Pflegebedürftigen zu prüfen (Absatz 2). Dabei können auch kurzfristige Abweichungen von zulassungsrechtlichen Vorgaben sowie den vereinbarten Leistungs- und Qualitätsmerkmalen einschließlich der Personalausstattung gewährt werden.

Mit Absatz 3 wird ein Monitoring der pflegerischen Versorgungsstrukturen durch den GKV-Spitzenverband einschließlich einer fortlaufenden Berichterstattung gegenüber dem Bundesministerium für Gesundheit gesetzlich verankert. Der GKV-Spitzenverband soll erstmalig zum 1. März 2026 und danach halbjährlich Angaben zu den Stichtagen 1. März und 1. September zur Anzahl der abgeschlossenen Versorgungsverträge in der vollstationären, teilstationären und ambulanten pflegerischen Versorgung sowie zur Anzahl der vertraglich vereinbarten Pflegeplätze in den einzelnen Versorgungsbereichen berichten. Dabei ist eine Differenzierung nach Bundesländern vorzusehen. Neben diesen quantitativen Angaben soll der Bericht Bewertungen der Pflegekassenverbände zur Versorgungssituation in den einzelnen Ländern enthalten. Der Bericht ist vom GKV-Spitzenverband zu veröffentlichen. Mit dem Bericht soll eine weitere Grundlage zur Überprüfung auf gesetzgeberischen Handlungsbedarf geschaffen werden.

B) Stellungnahme

Die beabsichtigte Neuregelung bezogen auf die Absätze 1 und 2 entspricht der Meldeverpflichtung der Pflegeeinrichtungen bei Beeinträchtigung ihrer Leistungserbringung sowie den damit zusammenhängenden Reaktionsmöglichkeiten der Pflegekassen und weiterer Beteiligten während der Corona-Pandemie. Damit soll in absehbaren oder bereits eingetroffenen erheblichen Krisensituationen die Versorgung der Pflegebedürftigen besser gewährleistet werden. Diese Regelung trägt dazu bei, dass die Pflegekassen ihrem Sicherstellungsauftrag gemäß § 69 nach aktueller Rechtslage umfassend gerecht werden können. Da es sich jedoch bei den Vertragspartnern der Versorgungsverträge nach § 72 Abs. 2 um die Landesverbände der Pflegekassen – und nicht um die einzelnen Pflegekassen – handelt, ist die Meldung entsprechend an die betroffenen Landesverbände zu richten.

Neben der Notwendigkeit, Maßnahmen zur Sicherstellung der pflegerischen Versorgung für die Pflegebedürftigen gemeinsam mit allen daran vor Ort beteiligten Akteuren zu prüfen, wird mit dieser

Regelung den Landesverbänden der Pflegekassen zusätzlich ein erweiterter Handlungsspielraum eröffnet. Damit können diese den Pflegeeinrichtungen kurzfristige Abweichungen von zulassungsrechtlichen Vorgaben sowie den vereinbarten Leistungs- und Qualitätsmerkmalen einschließlich der Personalausstattung gewähren. Diese gesetzliche Neuregelung bietet den Landesverbänden der Pflegekassen gewisse Vertragsspielräume bei besonders herausfordernden Situationen von Pflegeeinrichtungen und ermöglicht zudem vorübergehend von bestehenden gesetzlichen Regelungen zur Sicherstellung der pflegerischen Versorgung abzuweichen. Vor dem Hintergrund der Vertragspartnerschaft der Landesverbände der Pflegekassen (§ 72 Absatz 2 Satz 1 SGB XI) sind diesen durchgängig die Aufgaben und Befugnisse dafür zu erteilen. Auch ist sicherzustellen, dass bei Bedarf, wie in der Gesetzesbegründung dargelegt, Verwaltungsakte erlassen werden können.

C) Änderungsvorschlag

Die in Absatz 3 geregelte Berichtspflicht des GKV-Spitzenverbandes über die Entwicklung der Versorgungsverträge in den Ländern bezieht sich auf die Sicherstellung der Pflegeinfrastruktur und nicht auf den Sicherstellungsauftrag der einzelnen Pflegekasse zur pflegerischen Versorgung ihrer jeweiligen Versicherten (siehe auch Stellungnahme zu Nr. 40 – § 69 Abs. 2).

Absatz 1 ist wie folgt zu fassen: „Im Fall einer absehbaren oder bereits eingetretenen wesentlichen Beeinträchtigung der Leistungserbringung ist der Träger einer nach § 72 zugelassenen Pflegeeinrichtung verpflichtet, diese umgehend gegenüber den Landesverbänden der Pflegekassen als seinen Vertragspartnern anzuzeigen. Die von der Pflegeeinrichtungen versorgten Pflegebedürftigen sind hierüber zu informieren.“

In Absatz 2 Satz 1 werden vor dem Wort „Pflegekassen“ die Wörter „Landesverbände der“ eingefügt.

In Absatz 2 Satz 3 werden vor dem Wort „Pflegekassen“ die Wörter „durch die Landesverbände der“ eingefügt sowie das Wort „hingenommen“ gestrichen und dafür das Wort „gewährt“ eingefügt.

Absatz 3 ist zu streichen und in die Verpflichtung zur Datenlieferung nach § 12 zu integrieren.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 45 – § 75

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit dem neu eingefügten Absatz 1a sollen die Vereinbarungspartner der Landesrahmenverträge verpflichtet werden zu prüfen, ob Versorgungsprozesse in den Verträgen effizienter geregelt werden und bürokratische Anforderungen reduziert werden können.

B) Stellungnahme

Die Vorgabe, Versorgungsprozesse möglichst effizient zu gestalten, entspricht dem Grundsatz, alle Regelungen im Hinblick auf eine mögliche Bürokratieentlastung zu prüfen.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 46 – § 78

A) Beabsichtigte Neuregelung

In Absatz 2 Satz 8 wird der Kreis der Stellungnahmeberechtigten bei der Erstellung und Fortschreibung des Pflegehilfsmittelverzeichnisses dahingehend geändert, dass nunmehr die maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene und die Verbände der behinderten Menschen vor Erstellung und Fortschreibung des Verzeichnisses anzuhören sind.

B) Stellungnahme

Die Klarstellung, dass es sich bei den Vertretungen der Pflegeberufe um die maßgeblichen Organisationen auf der Bundesebene handelt, ist sachgerecht und steht in Einklang mit § 118a des Elften Buches Sozialgesetzbuch. Die Änderung wird begrüßt.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Zu weiteren Änderungserfordernissen des § 78 des Elften Buches Sozialgesetzbuch wird auf den ergänzenden Regelungsvorschlag zu § 78 des Elften Buches Sozialgesetzbuch in Verbindung mit § 40 des Elften Buches Sozialgesetzbuch verwiesen.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 47 a) – § 78a Absatz 1 Satz 2

A) Beabsichtigte Neuregelung

Gemäß der bestehenden Regelung entsteht der Anspruch auf eine DiPA mit der Listung im DiPA-Verzeichnis. Allerdings beginnen die Vergütungsverhandlungen auch erst ab diesem Zeitpunkt. Innerhalb von drei Monaten nach der Aufnahme einer DiPA in das Verzeichnis ist der Vergütungsbetrag zu verhandeln. Dies führt dazu, dass der Vergütungsbetrag erst nach Anspruchsentstehung feststeht. Der Vergütungsbetrag gilt dann ab dem Zeitpunkt der Aufnahme in das Verzeichnis. Mit der Umformulierung in Absatz 1 Satz 2 sollen die Vereinbarungen zum Vergütungsbetrag nicht mehr rückwirkend ab dem Zeitpunkt der Aufnahme in das Verzeichnis für digitale Pflegeanwendungen (DiPA) gelten, sondern ab dem in den Vereinbarungen vereinbarten Zeitpunkt.

B) Stellungnahme

Sinn und Zweck der Umformulierung ist gemäß der Begründung zum Gesetzentwurf die Parallelisierung von Zeitpunkten (Anspruchsentstehung / Feststehen des endgültigen Preises der DiPA). Mit der Änderung sollen die Vereinbarungspartner den Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Vergütungsvereinbarung festlegen, sodass die Entstehung des Anspruchs auf DiPA daran geknüpft ist. Um Ausgleichsansprüche zu vermeiden, ist die Änderung zu begrüßen.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 47 b) – § 78a Absatz 4 Satz 3

A) Beabsichtigte Neuregelung

In Absatz 4 Satz 3 Nummer 3 wird der Bezug des pflegerischen Nutzens zu DiPA nach § 40a Absatz 1 und Absatz 1a SGB XI konkretisiert. Danach hat der Hersteller dem Antrag Nachweise darüber beizufügen, dass die DiPA im Sinne der Rechtsverordnung einen pflegerischen Nutzen für DiPA nach § 40a Absatz 1 (Definition DiPA) oder 1a (DiPA für pflegende Angehörige oder sonstige ehrenamtlich Pflegende) aufweist.

B) Stellungnahme

Mit der Ergänzung des Verweises auf DiPA nach § 40a Absatz 1 und Absatz 1a SGB XI wird der Bezug des pflegerischen Nutzens konkretisiert. Es handelt sich um eine Klarstellung, dass ein pflegerischer Nutzen für DiPA nach § 40a Absatz 1 und DiPA nach § 40a Absatz 1a SGB XI nachzuweisen ist. Die Klarstellung wird begrüßt.

C) Änderungsvorschlag

Keiner. Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 47 c) aa) – § 78a Absatz 5 Satz 3

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die derzeit geltende Regelung, dass der Antrag auf Aufnahme der DiPA in das Verzeichnis abzulehnen ist, sofern keine vollständigen Antragsunterlagen vorliegen, soll in Absatz 5 Satz 3 dahingehend ergänzt werden, dass der Hersteller auch keine Erprobung nach Absatz 6a (NEU) beantragt hat.

B) Stellungnahme

Die Folgeänderung zu Absatz 6a (Erprobungsregelung) wird abgelehnt, da die Einführung eines Erprobungszeitraumes abgelehnt wird, siehe zur Ablehnung einer Aufnahme zur Erprobung die entsprechende Stellungnahme zu Absatz 6a.

C) Änderungsvorschlag

Die Ergänzung in Absatz 5 Satz 3 wird abgelehnt.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 47 c) bb) – § 78a Absatz 5 Satz 6

A) Beabsichtigte Neuregelung

Aufgrund der in § 39a SGB XI vorgesehenen Änderung, dass das BfArM die Erforderlichkeit einer ergänzenden Unterstützung nicht mehr feststellen soll, soll Satz 6 in Absatz 5 in der Folge diesbezüglich geändert werden. Dieser regelt bislang, dass das BfArM feststellt, welche eUL für die Nutzung der DIPA erforderlich sind und die Vertragsparteien nach § 75 Absatz 1 SGB XI, die an Rahmenverträgen über ambulante Pflege beteiligt sind, hierüber mit der Aufnahme der DIPA in das Verzeichnis informiert.

B) Stellungnahme

Da die Feststellung der Erforderlichkeit durch das BfArM bestehen bleiben sollte (siehe Stellungnahme zu § 39a SGB XI) wird die Folgeänderung abgelehnt. Dass zumindest die Informationspflicht des BfArM an die Vertragsparteien nach § 75 Absatz 1, die an den Rahmenverträgen über die ambulante Pflege beteiligt sind und u. a. den Inhalt der eUL festlegen, bestehen bleibt, ist sachgerecht. So ist sichergestellt, dass die Vertragsparteien über die Aufnahme einer DIPA + eUL informiert werden, um in der Folge entsprechende Festlegungen zu treffen.

C) Änderungsvorschlag

Satz 6 bleibt unverändert bestehen.

.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 47 d) – § 78a Absatz 6

A) Beabsichtigte Neuregelung

Gemäß dem derzeit geltenden Absatz 6 wird das Bundesministerium für Gesundheit ermächtigt, durch Rechtsverordnung im Benehmen mit dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales das Nähere unter anderem zu dem pflegerischen Nutzen zu regeln, siehe Absatz 6 Satz 1 Nummer 2. Die vorgesehene Ergänzung in Absatz 6 ist eine Klarstellung dahingehend, dass sich der pflegerische Nutzen auf DiPA nach § 40a Absatz 1 (Definition DiPA) oder DiPA nach § 40a Absatz 1a (DiPA für pflegende Angehörige oder sonstige ehrenamtlich Pflegende) bezieht.

Die Ergänzung der Nummer 7 in Absatz 6 steht im Zusammenhang mit der vorgesehenen Regelung zu dem Erprobungszeitraum (Absatz 6a NEU). Durch die neue Nummer 7 soll die Ermächtigungsgrundlage für die Digitale Pflegeanwendungen-Verordnung (DiPAV) im Hinblick auf die Einführung der Erprobungsregelung nach dem neuen Absatz 6a erweitert werden. In der Verordnung können nähere Vorgaben über die nach Absatz 6a Satz 2 (NEU) vom Hersteller beizufügenden Unterlagen getroffen werden.

B) Stellungnahme

Die in Absatz 6 Satz 1 Nummer 2 ergänzte Klarstellung hinsichtlich des pflegerischen Nutzens ist sachgerecht. Die Erweiterung (Absatz 6, Nr. 7 (NEU)) der Ermächtigungsgrundlage für die Digitale Pflegeanwendungen-Verordnung im Hinblick auf die Einführung der Erprobungsregelung wird abgelehnt, da die Einführung eines Erprobungsjahres abgelehnt wird, siehe Stellungnahme zu Absatz 6a (NEU).

C) Änderungsvorschlag

Absatz 6 Satz 1 Nummer 7 wird gestrichen.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch

Nr. 47 d) – § 78a Absatz 6a (NEU)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der neue Absatz 6a regelt die Aufnahme einer DiPA in das DiPA-Verzeichnis für einen Erprobungszeitraum von bis zu zwölf Monaten, sofern dem Hersteller das Erbringen der erforderlichen Nachweise nach Absatz 4 Satz 3 Nummer 3 noch nicht möglich ist. Statt der erforderlichen Nachweise hat der Hersteller eine plausible Begründung für den pflegerischen Nutzen einer DiPA und ein von einer herstellerunabhängigen Institution erstelltes wissenschaftliches Evaluationskonzept zum Nachweis des pflegerischen Nutzens beizufügen. Gemäß der Neuregelung sind die Erprobung und deren Dauer im DiPA-Verzeichnis kenntlich zu machen. Spätestens nach Ablauf des Erprobungszeitraumes soll der Hersteller dem BfArM den Nachweis des pflegerischen Nutzens der erprobten DiPA vorlegen. Das BfArM soll in der Folge über die endgültige Aufnahme der DiPA innerhalb von drei Monaten nach Eingang der vollständigen Nachweise bescheiden. Es ist die Möglichkeit einer Verlängerung des Erprobungszeitraums um bis zu zwölf Monate vorgesehen, sofern der pflegerische Nutzen zwar nicht hinreichend belegt ist, aber aufgrund der vorgelegten Erprobungsergebnisse eine überwiegende Wahrscheinlichkeit einer späteren Nachweisführung besteht. Im Falle einer Ablehnung der Aufnahme in das DiPA-Verzeichnis, hat das BfArM die zur Erprobung vorläufig aufgenommene DiPA aus dem Verzeichnis zu streichen. Eine erneute Antragstellung soll dann frühestens zwölf Monate nach dem ablehnenden Bescheid und auch nur dann zulässig sein, wenn neue Nachweise vorgelegt werden. Eine wiederholte vorläufige Aufnahme in das Verzeichnis zur Erprobung soll nicht zulässig sein.

B) Stellungnahme

Der neue Absatz 6a mit der Regelung eines Erprobungsjahres wird abgelehnt. Die Vulnerabilität der Zielgruppe der DiPA erfordert eine gesicherte Evidenzgüte der Studien und einen nachgewiesenen pflegerischen Nutzen zum Zeitpunkt der Listung und Anspruchsentstehung. Die in Absatz 6a geforderte „plausible Begründung“ sowie „ein von einer herstellerunabhängigen Institution erstelltes wissenschaftliches Evaluationskonzept“ sind hinsichtlich der Sicherheit und des Nutzens unklar. Zudem ist darauf hinzuweisen, dass der Erprobungszeitraum nicht zur Querfinanzierung der Studien aus Mitteln der Pflegeversicherung genutzt werden darf. Eine Wirtschaftsförderung zu Lasten der Beitragszahlenden wird abgelehnt. Die Aufnahme von DiPA zur Erprobung birgt darüber hinaus wirtschaftliche Risiken: Wie bei dem DiGA-Verfahren ist davon auszugehen, dass es für Ausgaben der SPV für DiPA im ersten Aufnahmejahr keine Rückzahlungsansprüche der SPV gibt. Wird eine zur Erprobung aufgenommene DiPA aus dem Verzeichnis gestrichen, weil kein pflegerischer Nutzen nachgewiesen werden konnte, hat die SPV Mittel aufgewendet, ohne dass die Versicherten davon profitieren konnten und ohne einen Rückzahlungsanspruch für die SPV. Ein vereinfachtes Zulassungsverfahren zu Gunsten der Hersteller und zu Lasten der potenziellen Nutzerinnen und Nutzer sowie der Pflegeversicherung wird abgelehnt. Ferner lässt die gesetzliche Regelung offen, wie in dem Zeitraum zwischen Ablauf des Erprobungszeitraums und der Entscheidung des BfArM über die endgültige Aufnahme der erprobten DiPA mit der Nutzung/Erstattung der Kosten für die DiPA umzugehen ist. Gemäß Absatz 6a entscheidet das BfArM über die endgültige Aufnahme innerhalb von drei Monaten nach Eingang der vollständigen Nachweise. Gleichzeitig regelt Absatz 6a, dass eine DiPA für bis zu zwölf Monate in das Verzeichnis zur Erprobung aufgenommen werden kann. Der Zeitraum,

den das BfArM zur Entscheidungsfindung nutzt, darf das Erprobungsjahr nicht unzulässig ausweiten und zu Lasten der Pflegekassen sowie der Versicherten gehen. Lediglich der Gesetzesbegründung ist hierzu zu entnehmen, dass in der Zeit zwischen dem Ablauf des Erprobungszeitraumes und der Bescheidung über die endgültige Aufnahme, die DiPA in dem Verzeichnis weiterhin gelistet bleibt und eine Streichung erst erfolgt, wenn das BfArM die endgültige Aufnahme abgelehnt hat. Im Ergebnis stehen das Gesetz („für bis zu zwölf Monate“) und die Gesetzesbegründung, die den Zeitraum ausweitet, nicht miteinander im Einklang. Die hier angeführte widersprüchliche Erläuterung in der Gesetzesbegründung zu einem längeren als im Gesetz geregelten Erprobungszeitraum ist abzulehnen.

C) Änderungsvorschlag

Der neue Absatz 6a wird nicht aufgenommen.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch

Nr. 48 a) – § 82c Absatz 5 Satz 1

A) Beabsichtigte Neuregelung

Jeder Landesverband der Pflegekassen bzw. in Verbindung mit § 82c Absatz 6 die von den Landesverbänden beauftragte Geschäftsstelle Tarifliche Entlohnung in der Langzeitpflege beim GKV-Spitzenverband ist verpflichtet, bis spätestens 30. September des Jahres anstatt der bisherigen Regelung bis spätestens 31. Oktober des Jahres eine Veröffentlichung nach § 82c Absatz 5 SGB XI bereitzustellen, die alle notwendigen Angaben zu den regional üblichen Niveaus und den festgestellten wirtschaftlichen Tarifverträgen je Bundesland enthält.

B) Stellungnahme

Die beabsichtigte Neuregelung des Fristzeitpunkts 30. September des Jahres ist Teil der Anpassung des Zeitplans des Gesamtverfahrens zur Ermittlung des regional üblichen Entlohnungsniveaus sowie der Umsetzungsfristen der Ergebnisse.

Die beabsichtigte Neuregelung kann dazu beitragen, die Verfahren zum Abschluss von Vergütungsvereinbarungen zeitlich zu entzerren.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch

Nr. 48 b) – § 82c Absatz 9 Satz 9

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Geschäftsstelle Tarifliche Entlohnung in der Landzeitpflege (GS-Tarife) soll prüfen, unter welchen technischen Voraussetzungen Pflegeeinrichtungen, die gemäß § 72 Abs. 3a SGB XI an Tarifverträge oder kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen gebunden sind, Daten ihrer Lohnbuchhaltung zur Abgabe der Meldungen nach § 72 Abs. 3e SGB XI elektronisch nutzen und übermitteln können. Über die Ergebnisse dieser Prüfung hat die GS-Tarife dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 28. Februar 2026 zu berichten.

B) Stellungnahme

Sofern es sich bei der elektronischen Übermittlung über die aktuell geltenden Erhebungsinhalte und nicht um „beliebige“ Daten (zum Beispiel Daten aus Gehaltsabrechnungen) handelt, ist der Auftrag zur Prüfung, ob Daten aus der Lohnbuchhaltung zur Abgabe der Meldungen nach § 72 Abs. 3e SGB XI genutzt werden können, nachvollziehbar.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 49 – § 84 Absatz 2 Satz 7

A) Beabsichtigte Neuregelung

Bei der Bemessung der Pflegesätze einer Pflegeeinrichtung können die Pflegesätze vergleichbarer Pflegeeinrichtungen berücksichtigt werden. Die bislang gesetzlich geregelten Kriterien werden um das Kriterium „Entlohnungsstruktur der Mitarbeitenden“ ergänzt. Darüber hinaus wird neu vorgegeben, dass die Vergleichsdaten transparent darzustellen sind.

B) Stellungnahme

Mit der Neuregelung wird klargestellt, dass die Gleichartigkeit der Pflegeeinrichtungen beim sogenannten externen Vergleich auch die angewandte Entlohnungsstruktur der Mitarbeitenden miteinschließt. Vor dem Hintergrund, dass die Höhe der Pflegesätze im Wesentlichen durch die Personalkosten bestimmt wird, ist diese Ergänzung sachgerecht.

Durch die Vorgabe, dass Vergleichsdaten nachvollziehbar darzustellen sind, soll die Transparenz beim Vergleich gleichartiger Pflegeeinrichtungen für die jeweils betroffene Pflegeeinrichtung erhöht werden. Diese Regelung ist einerseits nachvollziehbar, andererseits ist darauf hinzuweisen, dass Daten zur Entlohnungsstruktur der Mitarbeitenden anderer Pflegeeinrichtungen deren Betriebs- oder Geschäftsgeheimnisse betreffen können. Insofern sollte ergänzend eine Einschränkung der Transparenz geregelt werden.

C) Änderungsvorschlag

Der ergänzte Halbsatz in § 84 Absatz 2 Satz 7 wird wie folgt gefasst: „;Vergleichsdaten sind transparent darzustellen, **soweit keine Betriebs- oder Geschäftsgeheimnisse berührt sind**“.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 50 – § 85 Absatz 5 Satz 1

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Änderung wird den Vertragsparteien der Vergütungsvereinbarung die Option eingeräumt, auch bereits vor Ablauf der sechswöchigen Frist gemeinsam die Schiedsstelle nach § 76 anzurufen.

B) Stellungnahme

Die beabsichtigte Neuregelung kann dazu beitragen, dass bei Vergütungsverfahren der Konfliktlösungsmechanismus schneller greift und den Abschluss von Vergütungsvereinbarungen beschleunigt.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 51 – § 86a

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit dem neu eingeführten § 86a werden Regelungen zur Beschleunigung und Vereinfachung von Vergütungsverhandlungen und -vereinbarungen aufgenommen.

Gemäß Absatz 1 haben die Kostenträger nach Eingang des Pflegesatzantrages gemeinsam eine bevollmächtigte Ansprechperson zu bestimmen und diese umgehend gegenüber dem Träger der Pflegeeinrichtung zu benennen. Diese Person ist befugt, die schriftliche Vertragserklärung mit Wirkung für und gegen die beteiligten Kostenträger unverzüglich nach der Einigung abzugeben. Die Kostenträger werden zudem verpflichtet, etwaige Nachweisforderungen gemäß § 85 Abs. 3 zur Darlegung der prospektiven Aufwendungen zeitnah nach Antragseingang zu stellen. Der Träger der Pflegeeinrichtung hat diese Forderungen ebenfalls zeitnah zu bedienen.

Nach Absatz 2 sollen die maßgeblichen Annahmen und Werte, die dem Abschluss einer Pflegesatzvereinbarung nach § 85 zugrunde gelegt wurden, von den Vereinbarungsparteien hinterlegt oder in der Vereinbarung ausgewiesen werden, mit dem Ziel, dass diese bei Abschluss einer Folgevereinbarung einfacher angepasst werden können. Die Pflegesatzkommissionen oder vergleichbare Gremien in den Ländern sowie die Vertragsparteien nach § 85 Abs. 2 können entsprechende Empfehlungen für pauschale Anpassungsverfahren für die Pflegevergütung beschließen.

Zudem wird die Pflegeselbstverwaltung auf Bundesebene mit Absatz 3 verpflichtet, Empfehlungen zur Unterstützung effizienter und bürokratiearmer Vergütungsverfahren abzugeben. Die Empfehlungen sollen insbesondere die Nachweisdarlegung prospektiver Sach- und Personalaufwendungen, die Form der Hinterlegung von maßgeblichen Annahmen und Werten, die einer Vergütungsvereinbarung zugrunde gelegt wurden, sowie Methoden für vereinfachte Anpassungsverfahren betreffen. Kommen die Empfehlungen innerhalb von neun Monaten nach Inkrafttreten des Gesetzes nicht zustande, hat gemäß Absatz 4 die Pflegeselbstverwaltung auf Bundesebene eine unabhängige Schiedsperson zu bestellen, die die betreffenden Empfehlungsinhalte festsetzt.

B) Stellungnahme

Die vorgesehenen Regelungen können der Verfahrensbeschleunigung von Vergütungsverhandlungen und -vereinbarungen dienen. Verfahrensoptimierungen sind grundsätzlich zu begrüßen, um die Vergütungsverfahren effizient, einfacher und damit zügiger für alle beteiligten Vereinbarungsparteien zu gestalten. Mit der beabsichtigten Neuregelung werden zum Teil bereits etablierte Vorgehensweisen in der Praxis als neue Handlungsleitlinien gesetzlich festgelegt. Diese konnten bereits nach der aktuellen Rechtslage durch die jeweiligen Vereinbarungsparteien getroffen werden und erhalten durch die Neuregelung einen entsprechenden Rahmen. Bei der Erstellung der in Absatz 3 vorgesehenen Empfehlungen zur Unterstützung effizienter und bürokratiearmer Verfahren in den Ländern wird die Pflegeselbstverwaltung auf Bundesebene vor die Herausforderung gestellt, trotz bereits bestehender unterschiedlicher Vorgehensweisen in den Ländern, die das Ziel einer Vereinfachung von

Vergütungsverfahren verfolgen, allgemein anwendbare Verfahrensleitlinien zu entwickeln. Der vorgegebene Zeitrahmen für die Erstellung der Empfehlungen (neun Monate) ist angesichts der festzulegenden Inhalte und der einzubeziehenden Organisationen nicht realistisch. Bei dieser Zeitvorgabe ist bereits absehbar, dass die Empfehlungsparteien von der in Absatz 4 geregelten Konfliktlösung Gebrauch werden machen müssen.

C) Änderungsvorschlag

In Absatz 3 ist der Zeitrahmen für die Erstellung der Empfehlungen von neun auf mindestens zwölf Monate zu verlängern.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 52 – § 87a

A) Beabsichtigte Neuregelung

Pflegeeinrichtungen erhalten einen zusätzlichen Betrag von 3.085 Euro, wenn Pflegebedürftige durch die Durchführung aktivierender oder rehabilitativer Maßnahmen in einen niedrigeren Pflegegrad zurückgestuft werden.

B) Stellungnahme

Der zusätzliche Betrag wurde bereits per Bekanntmachung im Bundesanzeiger zum 01.01.2025 von 2.952 Euro auf 3.085 Euro erhöht. Die Änderung dient dazu, den aktuellen Betrag auch im Gesetz abzubilden. Die Änderung ist daher nachvollziehbar.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 55 – § 92c

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit Einführung des § 92c wird eine Option für zugelassene ambulante Pflegeeinrichtungen geschaffen, Verträge für die Leistungserbringung in gemeinschaftlichen Wohnformen zu schließen.

Die Verträge regeln auf der Grundlage von Empfehlungen der Selbstverwaltung auf Bundesebene:

1. Ein Basispaket mit körperbezogenen Pflegemaßnahmen, pflegerischen Betreuungsmaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung entsprechend § 36 sowie eine Versorgung mit Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V, deren Organisation eigens von der ambulanten Pflegeeinrichtung zur gemeinsamen und individuellen Leistungsanspruchnahme der Pflegebedürftigen übernommen und deren Erbringung insgesamt sichergestellt wird,
2. eine über das Basispaket in Nummer 1 nach Art und Inhalt hinausgehende Versorgung der Pflegebedürftigen mit körperbezogenen Pflegemaßnahmen, pflegerischen Betreuungsmaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung entsprechend § 36, die über die ambulante Pflegeeinrichtung gewährleistet wird; diese Leistungen können auf Wunsch des Pflegebedürftigen auch Angehörige, Pflegepersonen und ehrenamtlich Tätige oder Dritte erbringen,
3. die wesentlichen Leistungs- und Qualitätsmerkmale der ambulanten Pflegeeinrichtung zur Erbringung der Leistungen nach Nummer 1 und 2, insbesondere die Personalanhaltswerte für das im Basispaket einzusetzende Personal,
4. Maßnahmen zur Qualitätssicherung einschließlich eines Qualitätsmanagements sowie die Verpflichtung zur Mitwirkung an Maßnahmen nach den §§ 114 und 114a,
5. die Vergütung und Abrechnung der Leistungen nach Nummer 1 und 2.

Vertragsparteien sind die zugelassene ambulante Pflegeeinrichtung im Sinne des § 71 Absatz 1 und als Leistungsträger die Pflegekassen, die zuständigen Träger der Sozialhilfe sowie bezogen auf die Versorgung mit häuslicher Krankenpflege auch die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen.

Voraussetzung für den Vertragsabschluss ist, dass mehr als zwei pflegebedürftige Personen zur gemeinschaftlich organisierten pflegerischen Versorgung zusammenleben und die räumliche Gestaltung einer selbstbestimmten Versorgung entspricht. Zudem muss die pflegerische Versorgung für die Pflegebedürftigen auf Grundlage eines Versorgungskonzeptes qualitätsgesichert erfolgen sowie ein aufgaben- und kompetenzorientierter Personaleinsatz sichergestellt sein.

Mit Vertragsabschluss obliegt der ambulanten Pflegeeinrichtung die Verantwortung für die Qualität der Leistungen in der gemeinschaftlichen Wohnform, die von ihr selbst oder im Rahmen einer Kooperation von einem anderen Pflegedienst erbracht werden.

Zur (anteiligen) Finanzierung der vertraglich vereinbarten Leistungen haben die Pflegebedürftigen in der gemeinschaftlichen Wohnform einen Anspruch auf Leistungen gemäß § 45h.

Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen, der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene beschließen Empfehlungen zu den Vertragsinhalten unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes Bund und des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. gemeinsam mit der Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände und der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und der Eingliederungshilfe in Zusammenarbeit mit den Verbänden der Pflegeberufe sowie den auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen, spätestens bis zum Ablauf von neun Monaten nach Inkrafttreten des Gesetzes.

Die Empfehlungen beinhalten auch Aussagen über die erforderliche Anwesenheit und Erreichbarkeit von Personal in den gemeinschaftlichen Wohnformen und legen fest, welche Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V von dem Basispaket nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 1 umfasst sein können.

Kommen diese Empfehlungen innerhalb der neunmonatigen Frist ganz oder teilweise nicht zu Stande, bestellen die Parteien gemeinsam spätestens zum Fristablauf eine unabhängige Schiedsperson. Erfolgt die Verständigung auf eine Schiedsperson bis zum Ablauf von 28 Kalendertagen nach Feststellung der Nichteinigung nicht, erfolgt deren Bestellung durch das Bundesministerium für Gesundheit. Die Schiedsperson setzt den betreffenden Empfehlungsinhalt einschließlich der Kostentragung innerhalb von zwei Monaten nach Bestellung fest.

Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen hat dem Bundesministerium für Gesundheit einen unter wissenschaftlicher Begleitung zu erstellenden Bericht über den Stand der abgeschlossenen Verträge zur pflegerischen Versorgung in gemeinschaftlichen Wohnformen nach Ablauf von vier Jahren nach Inkrafttreten des Gesetzes vorzulegen. Der Schwerpunkt liegt insbesondere auf Zahl, Standort und Trägerschaft, Personalstruktur und Ausstattung sowie Vergütung, Leistungsausgaben und Eigenbeteiligung der Pflegebedürftigen sowie Qualität der Versorgung im Vergleich zur Versorgung in sonstiger ambulanter und in vollstationärer Pflege. Bei der Evaluation ist auch die Einbeziehung Angehöriger, sonstiger Pflegepersonen und ehrenamtlich Tätiger in die Versorgung zu berücksichtigen.

B) Stellungnahme

Innovative Versorgungskonzepte werden grundsätzlich begrüßt. Mit dem neuen pflegerischen Angebot in gemeinschaftlichen Wohnformen soll die ambulante Versorgung in der Häuslichkeit mit Elementen einer gebündelten Grundversorgung („Basispaket“) verbunden werden. Die damit verbundene Intention zielt offenbar auf die Verbesserung des Pflegesettings für pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen. Der Gesetzgeber schafft mit dieser neuen Versorgungsform einen dritten Sektor mit eigenen leistungsrechtlichen und vertraglichen Regelungen. Ob diese jedoch die beabsichtigte Wirkung in der Praxis entfalten können, ist angesichts der nur rudimentär beschriebenen Vorgaben im Gesetzentwurf fraglich.

Der Mehrwert dieser Versorgungsform für den pflegebedürftigen Menschen im Vergleich zur Versorgung in einer ambulant betreuten Wohngruppe nach geltendem Recht erschließt sich nicht. Aktuell gibt es mit dem Wohngruppenzuschlag nach § 38a SGB XI bereits eine alternative Wohnform im ambulanten Setting.

Ebenso ist fraglich, aufgrund welcher Anreize Leistungserbringer diese Versorgungsform wählen sollten. Schon heute können ambulante Pflegeeinrichtungen den Pflegebedürftigen individuelle Leistungen anbieten, die flexibel ausgestaltet und bei Bedarf durch andere Leistungen ergänzt werden können. Und dies ohne neu festzulegende Personalwerte oder Qualitätsmerkmale. Sollte der Gesetzgeber jedoch an einer Umsetzung der neuen Versorgungsform festhalten wollen, so besteht für die Pflegeselbstverwaltung auf Bundesebene die Herausforderung, die Vertragsinhalte, insbesondere die in das Basispaket einzubeziehenden Leistungen, deren Leistungsmerkmale wie die erforderliche Personalausstattung, die Vergütung und Abrechnung der einzelnen Leistungen in Form von Empfehlungen festzulegen. Die gesetzlich genannten Vorgaben hierfür sind rudimentär und führen zu komplexen Umsetzungsfragen und Interpretationsspielräumen. Dies umso mehr, da auch Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V in den Verträgen zu berücksichtigen sind.

So besteht beispielsweise Unklarheit, für welche Leistungen die in § 45h geregelten Leistungsansprüche eingesetzt werden können, insbesondere im Hinblick auf die Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V.

Zur Vermeidung langwieriger Aushandlungsprozesse sowohl zwischen den Empfehlungsparteien auf Bundesebene als auch zwischen den Vertragsparteien vor Ort, sollten die Vorgaben zur Festlegung der Leistungen im Basispaket nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 sowie deren Vergütung gesetzlich konkreter gefasst werden. Auch hinsichtlich der festzulegenden Personalanhaltswerte ist klarzustellen, an welchen Kriterien der Personaleinsatz zu bemessen ist. Auch in Bezug auf die Abrechnung der einzelnen Leistungen bestehen Umsetzungsfragen. Es sollte gesetzlich geregelt werden, welche Leistungen – ggf. über eine Abtretungserklärung – direkt zwischen dem Leistungserbringer bzw. einem kooperierenden Pflegedienst und den Pflege-/Krankenkassen abgerechnet werden und welche Leistungen die Pflegebedürftigen – ggf. mit Kostenerstattungsanspruch gegenüber ihrer Pflege- oder Krankenkasse – selbst tragen müssen.

Der gesetzlich festgelegte Zeitraum (neun Monate) zur Erstellung der Empfehlungen auf Bundesebene über die Vertragsinhalte ist angesichts der großen Verhandlungsspielräume unrealistisch und sollte – wie bereits im Referentenentwurf vorgesehen – auf mindestens zwölf Monate verlängert werden.

Damit zeitnah aktuelle Angaben über die Anzahl der in gemeinschaftlichen Wohnformen versorgten Personen sowie über die entsprechenden Leistungsausgaben der Pflege- und Krankenkassen zur Verfügung stehen, sind die entsprechenden Kontenrahmen der Pflege- und Krankenkassen durch Erlass des Bundesministeriums für Gesundheit anzupassen, um eine entsprechende Abbildung in der amtlichen Statistik sicherzustellen.

Weder der im Gesetzentwurf dargestellte Erfüllungsaufwand der neuen Regelung noch die prognostizierte Anzahl der Pflegebedürftigen, die diese Versorgungsform wählen werden, sind nachvollziehbar. Es ist nicht abzuschätzen, ob die Personen, die zukünftig diese Versorgungsform wählen, andernfalls in der eigenen Häuslichkeit mit Pflegegeld- oder Sachleistungsbezug oder in ambulant betreuten Wohngruppen oder in vollstationären Pflegeeinrichtungen versorgt würden. Insofern sind die kalkulierten Minderausgaben in Höhe von 220 Millionen Euro durch Einführung der neuen Versorgungsform zu hinterfragen.

C) Änderungsvorschlag

Die beabsichtigte Neuregelung ist zu streichen.

Hilfsweise:

In Absatz 1 sind die Vorgaben zur Festlegung der Leistungen und Vergütungen im Basispaket nach Satz 1 Nummer 1 im Zusammenspiel der Leistungen nach § 36 SGB XI und § 37 SGB V konkreter zu fassen. Zudem ist zu regeln, dass für die darüberhinausgehenden Leistungen nach § 36 SGB XI und § 37 SGB V die bestehenden Leistungs- und Vergütungsvereinbarungen nach § 89 SGB XI und § 132a Absatz 4 SGB V zugrunde zu legen sind, so dass keine weiteren Regelungen in den Empfehlungen auf Bundesebene erforderlich sind.

Hinsichtlich der festzulegenden Personalanhaltswerte ist klarzustellen, an welchen Kriterien der Personaleinsatz zu bemessen ist.

In Absatz 2 ist die Frist zur Erstellung der Empfehlungen von neun Monaten auf mindestens 12 Monate zu verlängern.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 56 – § 97

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Regelung wird klargestellt, dass der Medizinische Dienst personenbezogene Daten zur Erfüllung seiner Aufgaben im Zusammenhang mit ambulant betreuten Wohngruppen verarbeiten darf.

B) Stellungnahme

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung aufgrund der Neuverortung der Regelung für „Zusätzliche Leistungen in ambulant betreuten Wohngruppen und in gemeinschaftlichen Wohnformen“ vom § 38a (alt) zum § 45f (neu).

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 58 b) – § 109 Absatz 6

A) Beabsichtigte Neuregelung

Angaben der Pflegeeinrichtungen zu ihrer Art und den organisatorischen Einheiten sowie zu den Entgelten von stationären Pflegeeinrichtungen werden im Rahmen der Pflegestatistik grundsätzlich von der statistischen Geheimhaltungspflicht ausgenommen.

B) Stellungnahme

Der Regelungsgegenstand betrifft ausschließlich die Pflegeeinrichtungen und die statistischen Landesämter. Insofern besteht kein weiterer Kommentierungsbedarf.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 60 – § 112a Abs. 3 Satz 1

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es ist vorgesehen, die Beteiligung der Pflegeberufe an Entscheidungsprozessen zu stärken, indem die maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene nach § 118a einheitlich benannt werden.

B) Stellungnahme

Die gesetzliche Konkretisierung ist sachgerecht. Es handelt sich um eine klarstellende Änderung.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 61 – § 113 Absatz 1 Satz 2 (neu)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der neu einzufügende Satz regelt, dass die Maßstäbe und Grundsätze auf der Grundlage der Bundesempfehlungen nach § 92c Absatz 5 innerhalb von sechs Monaten nach deren Vorliegen um Regelungen für eine Qualitätssicherung gemeinschaftlicher Wohnformen mit Verträgen gemäß § 92c zu ergänzen sind.

Im Zusammenhang mit der Regelung zu gemeinschaftlichen Wohnformen gemäß § 92c erfolgt eine Klarstellung der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und der Eingliederungshilfe.

B) Stellungnahme

Die beabsichtigte Einführung einer Vereinbarung von Qualitätsanforderungen für gemeinschaftliche Wohnformen wird mit Verweis auf die Stellungnahme zu § 92c SGB XI abgelehnt.

Mit der Klarstellung wird die Beteiligung der Eingliederungshilfe einheitlich gestaltet und gestärkt.

C) Änderungsvorschlag

Die beabsichtigte Neuregelung ist zu streichen.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 61 – § 113 Absatz 1

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es ist vorgesehen, dass die Steuerung des Pflegeprozesses fachlich und bundeseinheitlich erfolgt. Die dadurch entstehenden Aufwände für die Steuerung des Pflegeprozesses sind bei den Vergütungen zu berücksichtigen. Eine Doppelvergütung derselben Maßnahmen der Steuerung des Pflegeprozesses aus Mitteln der sozialen Pflegeversicherung und der gesetzlichen Krankenversicherung sind nicht zulässig.

B) Stellungnahme

Die Aufnahme der Steuerung des Pflegeprozesses in den Maßstäben und Grundsätzen ist fachlich nachvollziehbar und wird begrüßt. Damit wird eine bundeseinheitliche Regelung geschaffen, die gewährleistet, dass die fachliche Pflegeprozessessteuerung verpflichtend in den Pflegeeinrichtungen umsetzen ist. Die verantwortliche Pflegefachperson hat die Aufgabe im Rahmen der Pflegeprozessessteuerung, die Mitarbeitenden entsprechend ihrer Kompetenz und Qualifikationen zur Durchführung der Pflege- und Betreuungsmaßnahmen einzusetzen. Damit wird eine qualitätsgesicherte Versorgung der pflegebedürftigen Menschen sichergestellt.

In der Begründung des Gesetzentwurfs wird Folgendes ausgeführt: „Zu den vergütungsrelevanten Aufwänden der Steuerung des Pflegeprozesses können insbesondere Erst- und Folgegespräche sowie Aufwände für komplexe Fallsteuerungen, beispielsweise interdisziplinäre Fallbesprechungen, die auf Wunsch des Versicherten auch unter Einbeziehung von An- und Zugehörigen erfolgen können, gehören. Eine Doppelvergütung derselben Maßnahmen der Steuerung des Pflegeprozesses aus den Mitteln der sozialen Pflegeversicherung und der gesetzlichen Krankenversicherung ist nicht zulässig.“

Pflegedienste haben in der Regel zwei Verträge – nach § 132a Abs. 4 SGB V im Rahmen der HKP und nach § 72 SGB XI im Rahmen der Pflegeversicherung. Die von den Pflegediensten versorgten Versicherten erhalten in der Regel sowohl Leistungen der HKP nach § 37 SGB V als auch Pflegesachleistungen nach § 36 SGB XI. Somit ist die Problematik des Ausschlusses einer „Doppelvergütung“ eine seit Jahren bestehende Anforderung, die grundsätzlich über die Abgrenzung der kalkulatorischen Aufwände für übergeordnete Leistungen (z. B. Anamnese, Prozesssteuerung, Fallbesprechungen) nach den jeweiligen Zuständigkeiten geregelt werden muss. Daher ist der explizite Hinweis in der Begründung, dass zu den vergütungsrelevanten Aufwänden der Steuerung des Pflegeprozesses insbesondere Erst- und Folgegespräche sowie Aufwände für komplexe Fallsteuerungen gehören können, nicht sachgerecht. Damit werden mögliche einzelne Vergütungspositionen herausgestellt, ohne den Kontext zur Vergütungssystematik insgesamt zu berücksichtigen. So sind im Bereich der HKP bestimmte Aufwände, z. B. für die Anamnese oder Fallbesprechungen, bereits in den heutigen leistungsbezogenen Vergütungspositionen in den Verträgen nach § 132a Abs. 4 SGB V kalkulatorisch berücksichtigt. Um hier Fehlinterpretationen zu vermeiden und einem Eindruck entgegenzutreten, dass losgelöst von der bisher zugrunde gelegten Vergütungssystematik zur Vermeidung von Doppelvergütungen „lediglich“ eine anteilige Kostenteilung zu bestimmten Vergütungspositionen vorzunehmen ist, sollte auf die Nennung solcher expliziter Vergütungspositionen in der Begründung verzichtet werden. Die Vorgabe des Ziels der Vermeidung von

Doppelvergütungen ist sachgerecht; der Weg zur Erreichung des Ziels muss den Vertragsparteien überlassen werden, um sachgerecht auch Bereinigungen bisheriger Vergütungsansätze vornehmen zu können.

C) Änderungsvorschlag

In der Begründung ist folgende Ausführung zu streichen: „Zu den vergütungsrelevanten Aufwänden der Steuerung des Pflegeprozesses können insbesondere Erst- und Folgegespräche sowie Aufwände für komplexe Fallsteuerungen, beispielsweise interdisziplinäre Fallbesprechungen, die auf Wunsch des Versicherten auch unter Einbeziehung von An- und Zugehörigen erfolgen können, gehören.“

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 62 a) – § 113b Absatz 2 Satz 5 und 6

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es ist vorgesehen, die Pflegeberufe am Entscheidungsprozess im Qualitätsausschuss Pflege zu stärken, indem sie einen Sitz im Qualitätsausschuss Pflege nach den Vorgaben des § 118a erhalten.

B) Stellungnahme

Bereits gegenwärtig werden die Verbände der Pflegeberufe im Qualitätsausschuss Pflege berücksichtigt. Sie verfügen über einen Sitz, der auf die Verbände der Leistungserbringer anzurechnen ist. Mit der Neuregelung in § 118a ändert sich an der Möglichkeit der Mitwirkung der Verbände der Pflegeberufe im Qualitätsausschuss Pflege nichts.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 62 b) – § 113b Absatz 3 Satz 8

A) Beabsichtigte Neuregelung

Auf Initiative des unparteiischen Vorsitzenden soll sich der erweiterte Qualitätsausschuss Pflege zweimal im Jahr mit inhaltlichen Themen befassen können, die über die gesetzlichen Aufträge hinausgehen. Zur Bearbeitung der Themen kann der erweiterte Qualitätsausschuss Pflege mit einfacher Mehrheit eine Arbeitsgruppe einrichten und vom unparteiischen Vorsitzenden geleitet wird.

B) Stellungnahme

Die Ausweitung der Aufgaben des erweiterten Qualitätsausschusses Pflege um inhaltliche Themen, die in keinem direkten Zusammenhang mit den gesetzlichen Aufgaben stehen, wird abgelehnt. Mit dieser Erweiterung der Aufgaben des unparteiischen Vorsitzenden wird seine Funktion als neutraler Konfliktlöser zwischen den Vertragsparteien in Frage gestellt. Unklar ist, welcher Konfliktlösungsmechanismus bei fehlendem Konsens der Vertragsparteien über die zu bearbeitenden Themen greifen soll.

C) Änderungsvorschlag

Die beabsichtigte Neuregelung ist zu streichen.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 62 c) aa) – § 113b Absatz 4 Satz 2 Nummer 6

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Neufassung der Nummer 6 in § 113 Absatz 4 Satz 2 soll sichergestellt werden, dass die Instrumente und Verfahren für Qualitätsprüfungen und für die Qualitätsberichterstattung gemeinschaftlicher Wohnformen wissenschaftlich entwickelt werden.

B) Stellungnahme

Die vorgesehene Regelung wird mit Verweis auf die Stellungnahme zu § 92c abgelehnt.

Sollte der Gesetzgeber an der Regelung festhalten, so ist die Einbeziehung wissenschaftlichen Sachverständes in die Entwicklung der Instrumente und Verfahren für die Qualitätsprüfungen sowie für die Qualitätsdarstellungsvereinbarung notwendig. Damit soll sichergestellt werden, dass ein inhaltlich und methodisch aufbauendes Prüfverfahren analog den anderen Settings entwickelt wird. Der gesetzliche Zeitrahmen sieht vor, dass die Vergabe des Auftrages zur Entwicklung eines wissenschaftlichen Prüfkongzeptes vierundzwanzig Monate nach Inkrafttreten des Gesetzes in Auftrag gegeben werden soll. Zur Beauftragung des Prüfkongzeptes, das im Anschluss in die Prüfpraxis überführt werden soll, ist die Vorlage der Bundesempfehlungen nach § 92c eine zwingende Voraussetzung. Der gesetzlich vorgesehene Zeitrahmen wird daher als unrealistisch eingeschätzt und sollte angepasst werden.

C) Änderungsvorschlag

Die beabsichtigte Neuregelung ist zu streichen.

Hilfsweise:

§113b Absatz 4 Satz 2 Nummer 6 sollte wie folgt gefasst werden:

Die spezifischen Regelungen für die Prüfung der Qualität der Leistungen von ambulanten Pflegediensten und ihren Kooperationspartnern in gemeinschaftlichen Wohnformen mit Verträgen zur pflegerischen Versorgung gemäß § 92c und für die Qualitätsberichterstattung sind vierundzwanzig Monate nach Vorlage der Bundeempfehlungen nach § 92c zu entwickeln und einen Abschlussbericht vorzulegen. Dabei ist auch zu prüfen, ob ein indikatorengestütztes Verfahren zur vergleichenden Messung und Darstellung von Ergebnisqualität in gemeinschaftlichen Wohnformen anwendbar ist. Sofern dies der Fall ist, sind diesbezügliche Vorschläge zur Umsetzung vorzulegen.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 62 c) bb) – § 113b Absatz 4 Sätze 3 und 4

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Ergänzung in Absatz 4 Satz 3 soll eine institutionelle Weiterentwicklung des Qualitätsausschusses Pflege durch die Stärkung der Rolle des unparteiischen Vorsitzenden erreicht werden. Er soll damit die Möglichkeit erhalten, mit inhaltlichen Vorschlägen und fachlichen Impulsen einen aktiven Beitrag zur Weiterentwicklung in der Pflegequalität zu erhalten. Er soll ermächtigt werden, dem Qualitätsausschuss Pflege Themen zur wissenschaftlichen Bearbeitung vorzuschlagen. Bisher war dies dem Bundesministerium für Gesundheit und dem Bundesministerium für Bildung, Familie, Senioren, Frauen und Jugend vorbehalten.

Mit der Ergänzung in Absatz 4 Satz 4 soll bei Ablehnung eines vorgeschlagenen Themas eine schriftliche Begründung erfolgen, die auf der Internetseite des Qualitätsausschusses Pflege zu veröffentlichen ist.

B) Stellungnahme

Die Aufnahme des unparteiischen Vorsitzenden in Absatz 4 Satz 3 wird abgelehnt. Eine Gleichstellung des unparteiischen Vorsitzenden mit den Ministerien beim Einbringen von Vorschlägen zur Weiterentwicklung der Pflegequalität von Pflegeeinrichtungen wird kritisch gesehen. Sofern durch den unparteiischen Vorsitzenden Themen eingebracht würden, zu den unter den Vertragsparteien kein Konsens herbeigeführt werden kann, würde der unparteiische Vorsitzende allein über die von ihm eingebrachten Themen entscheiden.

Sofern die in Satz 3 vorgesehene (abgelehnte) Regelung aufgenommen wird, ist die hier vorgesehene Regelung nachvollziehbar und sachgerecht. Damit wird ein weiterer Schritt in Richtung Transparenz über die Tätigkeit des Qualitätsausschusses Pflege geschaffen.

C) Änderungsvorschlag

Die beabsichtigte Neuregelung wird abgelehnt.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 63 a) – § 113c Absatz 2 Satz 2

A) Beabsichtigte Neuregelung

Als sachlicher Grund für die Vereinbarung einer abweichend von § 113c Absatz 1 höheren personellen Ausstattung wird in der beabsichtigten Neuregelung in Absatz 2 Satz 2 Nummer 2 die Vereinbarung einer personellen Ausstattung mit Pflege- und Betreuungspersonal, das „für die Zwecke des Modellprojekts nach § 8 Absatz 3b beschäftigt **wurde**“ angeführt.

Mit der Ergänzung in Absatz 2 Satz 2 Nummer 3 wird zudem die Möglichkeit geschaffen, in vollstationären Pflegeeinrichtungen hochschulisch qualifizierte Pflegefachpersonen, die zu mindestens 50 Prozent in der direkten Pflege und Betreuung tätig sind, als sachlichen Grund über die Personalthöchstwerte nach § 113c Absatz 1 hinaus zu vereinbaren.

B) Stellungnahme

Die Umsetzung des Modellprogramms nach § 8 Absatz 3b in den beteiligten Pflegeeinrichtungen ist mittlerweile formal abgeschlossen. Insofern wird begrüßt, dass der sachliche Grund über den aktiven Zeitraum des Modellprogramms hinausgeht und auch die Zeit nach dem Ausscheiden der Einrichtungen aus dem Modellprogramm abdeckt.

Sofern die Neuregelung in Absatz 2 Satz 2 Nummer 3 dazu beitragen kann, akademisch ausgebildete Pflegefachpersonen vermehrt in die pflegerische Versorgung zu bringen, ist sie zu begrüßen.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 63 b) – § 113c Absatz 3

A) Beabsichtigte Neuregelung

In Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 wird geregelt, welche Art von Maßnahmen der Personalentwicklung und Organisationsentwicklung Pflegeeinrichtungen durchführen sollen, die eine personelle Ausstattung vereinbaren, die über die Mindestausstattung gemäß § 113c Absatz 5 Nummer 1 hinausgeht. Diese Maßnahmen sollen sich an den fachlichen Zielen und den nach § 8 Absatz 3b entwickelten und erprobten Maßnahmen orientieren.

In Absatz 3 Satz 1 Nummer 2 wird ergänzt, dass eine Pflegeeinrichtung bis 31. Dezember 2026 für die Stellenanteile der personellen Ausstattung nach Absatz 1 Nummer 2, die über die mindestens zu vereinbarende personelle Ausstattung hinausgehen, auch Personal vorhalten kann, das über eine mindestens einjährige, medizinische, soziale, hauswirtschaftliche, kaufmännische oder betriebswirtschaftliche Qualifikation verfügt und entsprechend der Qualifikation administrative oder pflegerische Aufgaben zur Entlastung des Fachkraftpersonals nach Absatz 1 Nummer 3 übernimmt.

Diese Stellen können ab dem 1. Januar 2027 zusätzlich zu den verhandelten Stellenanteilen nach § 113c Absatz 1 Nummer 2 vereinbart werden.

B) Stellungnahme

Mit der beabsichtigten Neuregelung wird der Gestaltungsspielraum der Pflegeeinrichtungen hinsichtlich Personalentwicklungsmaßnahmen und Organisationsentwicklungsmaßnahmen bei höherer Personalausstattung präzisiert. Die geplante Orientierung an den Ergebnissen des Modellprogramms nach § 8 Absatz 3b wird begrüßt, sollte aber flexibler gestaltet werden.

Zudem werden weitere Substitutionsmöglichkeiten für Personal mit landesrechtlich geregelter Helfer- oder Assistenzausbildung in der Pflege geschaffen, soweit die Anforderungen an eine Mindestpersonalausstattung für diese Qualifikationsgruppe in der jeweiligen Pflegeeinrichtung erfüllt ist. Angesichts der aktuellen Ausbildungs- und Arbeitsmarktlage wird dies begrüßt.

C) Änderungsvorschlag

Absatz 3 Satz 1 Nr. 1 ist wie folgt zu fassen:

„soll die Pflegeeinrichtung geeignete Maßnahmen der Personal- und Organisationsentwicklung durchführen, die einen personenzentrierten und kompetenzorientierten Personaleinsatz im Sinne der Ziele dieser Vorschrift gewährleisten; diese können sich an den fachlichen Zielen und der Konzeption der Maßnahmen, die nach § 8 Abs. 3b entwickelt und erprobt wurden, orientieren.“

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 63 b) – § 113c Absatz 4

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Absatz 4 wird neu gefasst und in Satz 2 wird eingefügt, dass die gemeinsamen Empfehlungen nach Satz 1 auch Empfehlungen zu den Aufgabenbereichen für Personal nach Absatz 2 Satz 2 Nummer 3 umfassen. Wissenschaftliche Expertisen, die nach § 8 Absatz 3c erarbeitet wurden, sind dabei zu berücksichtigen.

B) Stellungnahme

Folgeänderung.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 63 c) – § 113c Absatz 5 Satz 1

A) Beabsichtigte Neuregelung

In Abs. 5 Satz 1 Nummer 3 wird der Begriff „Fachkräfte aus dem Gesundheits- und Sozialbereich“ durch die Aufzählung bestimmter Berufsgruppen konkretisiert.

B) Stellungnahme

Die Ergänzung wird begrüßt.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 64 – § 113d

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der neu einzufügende § 113d SGB XI sieht die Einrichtung einer Geschäftsstelle vor, um Pflegeeinrichtungen bei einer fachlich fundierten Personal- und Organisationsentwicklung zu begleiten und zu unterstützen. Die maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene nach § 118a beauftragen hierzu gemeinsam mit den Vertragsparteien nach § 113 bis zum 31. Juli 2026 eine unabhängige qualifizierte Institution. Die Geschäftsstelle hat folgende Aufgaben:

- Unterstützung von Pflegefachpersonen und Pflegeeinrichtungen bei der fachgerechten Wahrnehmung der Pflegeprozessverantwortung,
- Unterstützung von Pflegefachpersonen und Pflegeeinrichtungen bei der Umsetzung von Pflegedokumentationskonzepten, die den Anforderungen des § 113 Absatz 1 Satz 2 bis 4 entsprechen,
- Unterstützung von Pflegeeinrichtungen bei der Umsetzung von personenzentrierten und kompetenzorientierten Personal- und Organisationsentwicklungsmaßnahmen, für vollstationäre Pflegeeinrichtungen auch nach § 113c Absatz 3 Satz 1 Nummer 1.
- Unterstützung von Pflegeeinrichtungen bei der Umsetzung pflegerischer Aufgaben auf der Grundlage der wissenschaftlichen Expertisen nach § 8 Absatz 3c sowie bei der Entwicklung und Umsetzung von Führungs- und Delegationskonzepten und
- Unterstützung von Pflegefachpersonen und Pflegeeinrichtungen bei der Umsetzung eines ganzheitlichen, personenzentrierten Pflegeverständnisses, das die Stärkung der Selbständigkeit und der Fähigkeiten der pflegebedürftigen Menschen in den Mittelpunkt stellt.

Die neu einzurichtende Geschäftsstelle soll zur Adressierung der Unterstützungsbedarfe Schulungsmaßnahmen weiterentwickeln und koordinieren und vorrangig in Multiplikatorenschulungen vermitteln. Zudem sollen beispielsweise digitale Angebote wie Assessment-Instrumente zur Selbsteinschätzung und digitale Selbstlernkonzepte zur Verfügung gestellt werden. Die Geschäftsstelle ist bis zum 2030 befristet. Die Finanzierung der Geschäftsstelle erfolgt aus Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung.

B) Stellungnahme

Die zugrundeliegende Zielsetzung einer Stärkung der Pflegefachlichkeit, die mit den Aufgaben der Geschäftsstelle verbunden ist, wird unterstützt. Jedoch erscheint die Einrichtung einer Geschäftsstelle für die Umsetzung einer bewohner- und kompetenzorientierten Personal- und Organisationsentwicklung überdimensioniert und spricht beruflich Pflegenden Teile ihrer Fachkompetenz ab. Schon gar nicht bedarf es der Einrichtung einer Geschäftsstelle für die Umsetzung von Pflegedokumentationskonzepten und die Umsetzung eines seit 2017 geltenden ganzheitlichen, personenzentrierten Pflegeverständnisses.

C) Änderungsvorschlag

Die Regelung ist zu streichen.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 65 – § 114 Absatz 1a (neu)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Ab dem 1. Januar 2028 sollen Aufträge der Landesverbände der Pflegekassen für die Durchführung von Qualitätsprüfungen auf digitalem Weg erteilt werden. Der GKV-Spitzenverband wird verpflichtet, im Einvernehmen mit dem Medizinischen Dienst Bund und dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. bis zum 31. Oktober 2027 eine digitale Daten- und Kommunikationsplattform zur Planung und Auftragsvergabe zu errichten. Dabei sind durch die Landesverbände der Pflegekassen eingesetzte digitale Formate zur Übermittlung der Prüfaufträge und der Ergebnisse der Qualitätsprüfungen zu berücksichtigen. Die privaten Versicherungsunternehmen haben sich mit zehn Prozent an den Kosten für den Aufbau und den Betrieb zu beteiligen.

Die Plattform soll tagesaktuelle, einrichtungsbezogene Daten insbesondere zur Anzahl und Art durchgeführter Prüfungen, zur Prüfquote des PKV-Prüfdienstes sowie für den vollstationären Bereich ergänzend zur Anzahl unangemeldeter Prüfungen, zur Verlängerung des Prüfrhythmus sowie weitere Daten im Zusammenhang mit Qualitätsprüfungen enthalten.

B) Stellungnahme

Die Anforderung, Prüfaufträge ausschließlich auf digitalem Wege zu erteilen, wird begrüßt.

Die gegenwärtige Planung, Beauftragung und Durchführung von Qualitätsprüfungen und die hierfür erforderlichen Abstimmungen zwischen den Landesverbänden der Pflegekassen, der von den Landesverbänden der Pflegekassen beauftragten DatenClearingStelle Pflege (DCS), den Prüfinstitutionen sowie ggf. den auf Landesebene zuständigen Heimaufsichtsbehörden wird kontinuierlich – auch in digitaler Hinsicht – weiterentwickelt. Die Prozesse für die Verlängerung des Prüfrhythmus für vollstationäre Einrichtungen, bei denen ein hohes Qualitätsniveau festgestellt wurde, wurden gerade auf aktualisierter Grundlage (Prup-RiLi) überarbeitet und werden seit Anfang 2025 umgesetzt.

Die im Entwurf angenommenen einmaligen Kosten für die Sozialversicherung in Höhe von 28.000 Euro (Ausschreibung, Implementierung) und die jährlichen Erfüllungsaufwände von 9.260 Euro für den Betrieb erscheinen jedoch deutlich zu niedrig kalkuliert, die angenommenen Effizienzgewinne in Höhe von 26.600 Euro eher hoch veranschlagt zu sein. Nach vorläufiger Einschätzung des GKV-Spitzenverbandes werden sich die Kosten für die Entwicklung und Testung der Software - abhängig von der Frage der Integrierbarkeit bestehender Systeme der Landesverbände der Pflegekassen - im sechs-, ggf. siebenstelligen Bereich bewegen. Hinzu kämen Kosten in unbekannter Höhe für die Nutzer der Plattform für die Entwicklung jeweils geeigneter Schnittstellen.

Für die Entwicklung der Plattform muss aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes gesetzlich eindeutig geregelt sein, welche Institutionen zu welchem Zweck auf Daten der digitalen

Kommunikationsplattform zugreifen dürfen. Ferner sollten die Landesverbände der Pflegekassen bzw. die von diesen im Zusammenhang mit der Planung und Beauftragung von Prüfungen beauftragte Organisationen gesetzlich zur Kooperation mit dem GKV-Spitzenverband (oder einem von ihm eingesetzten Betreiber der Daten- und Kommunikationsplattform) sowie zur Berücksichtigung der beim GKV-Spitzenverband entwickelten Datendefinitionen verpflichtet werden.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 66 a) – § 114a Absatz 1 Satz 2

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Ankündigung von Qualitätsprüfungen soll nunmehr grundsätzlich zwei Arbeitstage vor der Durchführung erfolgen. Anlassprüfungen sollen weiterhin unangemeldet erfolgen.

B) Stellungnahme

Die Regelung wird befürwortet. Mit dieser Regelung wird der Empfehlung aus dem Abschlussbericht „Entwicklung der Verfahren und Instrumente für Qualitätsprüfung und Darstellung in der ambulanten Pflege“ (2023) entsprochen. Sie soll sicherstellen, dass die Qualitätsprüfungen vor allem in ambulanten Betreuungs- und Pflegediensten reibungslos verlaufen. Um den intendierten Zweck zu erreichen, sollte eine Klarstellung bezüglich des Begriffes „Arbeitstage“ erfolgen und auf die Begrifflichkeit wie in der gültigen Rechtsgrundlage „Werktage“ abgestellt werden.

C) Änderungsvorschlag

Absatz 1 Satz 2 sollten wie folgt gefasst werden: „Die Prüfungen sind grundsätzlich zwei Werktage zuvor anzukündigen, Anlassprüfungen sollen unangemeldet erfolgen.“

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 66 b) – § 114a Absatz 2 Sätze 2 bis 4

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es erfolgt eine Klarstellung, dass die Prüfinstitutionen berechtigt sind, Qualitätsprüfungen in gemeinschaftlichen Wohnformen nach § 92c sowohl in den Gemeinschaftsräumen als auch in den Wohnräumen der versorgten Personen durchführen zu können.

B) Stellungnahme

Die Klarstellung wird grundsätzlich begrüßt. Damit wird die Durchführung von Qualitätsprüfungen in gemeinschaftlichen Wohnformen sichergestellt.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 66 c) – § 114a Absatz 3 Satz 3

A) Beabsichtigte Neuregelung

In § 114a Absatz 3 wird neu geregelt, dass an die Pflegedokumentation nur die in den Maßstäben und Grundsätzen nach § 113 Absatz 1 Satz 2 festgelegten Anforderungen gestellt werden dürfen.

B) Stellungnahme

Die Regelung ist sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 66 d) – § 114a Absatz 5 Sätze 2 bis 4

A) Beabsichtigte Neuregelung

Anders als bisher soll der GKV-Spitzenverband dem Bundesamt für Soziale Sicherung die Prüfquote des Prüfdienstes des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. nur im Fall der Unterschreitung der Quote von zehn Prozent der in einem Jahr anfallenden Prüfaufträge übermitteln. Die Neuregelung dient der Entlastung des Bundesamtes für Soziale Sicherung.

B) Stellungnahme

Die Regelung ist sachgerecht.

Unter Bezugnahme auf die Begründung der Neuregelung sowie die Stellungnahme zu 65 (§ 114 Absatz 1a neu) sei ergänzend darauf hingewiesen, dass es für die Feststellung der Prüfquote nicht der Daten einer digitalen Daten- und Kommunikationsplattform bedarf. Die zur Feststellung der Prüfquote erforderlichen Informationen lagen dem GKV-Spitzenverband bereits in der Vergangenheit auf Grundlage existierender Statistiken vor.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 66 e) - § 114a Absatz 7

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Ergänzung in Absatz 7 Satz 4 soll der Medizinische Dienst Bund innerhalb von sechs Monaten nach der Ergänzung der Vereinbarung gemäß § 113 Richtlinien für die Qualitätsprüfungen in gemeinschaftlichen Wohnformen auf der Grundlage der Bundesempfehlungen und Verträge nach § 92c beschließen.

B) Stellungnahme

Die Erstellung von Richtlinien für Qualitätsprüfungen für gemeinschaftliche Wohnformen wird mit Verweis auf die Stellungnahme zu § 92c abgelehnt.

Der gesetzliche Zeitrahmen sieht nur sechs Monaten für die Erarbeitung der Qualitätsprüfungs-Richtlinien für gemeinschaftliche Wohnformen gemäß § 92c Absatz 5 vor. Das wird als zu kurz eingestuft. Bei der Erstellung der Qualitätsprüfungs-Richtlinien sind zudem die gesetzlich vorgesehenen Abstimmungs-, Beteiligungs- und Genehmigungsschritte zu berücksichtigen. Die gesetzlich festgelegten Fristen sollten angepasst werden.

C) Änderungsvorschlag

Die beabsichtigte Neuregelung ist zu streichen.

Hilfsweise:

§ 114a Absatz 7 nach Satz 3 wird folgender Satz 4 eingefügt:

Die Richtlinien für Qualitätsprüfungen für gemeinschaftliche Wohnformen mit Verträgen zur pflegerischen Versorgung gemäß § 92c sind auf der Grundlage der Bundesempfehlungen nach § 92c, den Maßstäben und Grundsätzen nach § 113 sowie des nach § 113b Absatz 4 Satz 2 Nummer 6 entwickelten Prüfkonzepthes zwölf Monate nach Vorlage dieses Konzeptes zu beschließen.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 67 b) – § 114c Absatz 1

A) Beabsichtigte Neuregelung

Ähnlich wie bereits gegenwärtig für den vollstationären Sektor sollen Regel-Qualitätsprüfungen in der ambulanten und in der Tagespflege ab 2027 höchstens alle zwei Jahre stattfinden, wenn durch die Pflegeeinrichtung ein hohes Qualitätsniveau erreicht worden ist. Die Kriterien hierfür hat der MD-Bund im Benehmen mit dem GKV-Spitzenverband festzulegen. Grundlage für die Bewertung des hohen Qualitätsniveaus sollen die Ergebnisse aus Qualitätsprüfungen sein.

B) Stellungnahme

Die Ausweitung der bisher nur für den vollstationären Bereich geltenden Regelung für eine Verlängerung des Prüfrhythmus auf den ambulanten und teilstationären Bereich ist grundsätzlich zu begrüßen. Vor dem Hintergrund, dass gegenwärtig bundesweit nur circa zwei Drittel aller Dienste und Einrichtungen jährlich geprüft werden, bietet diese Neuerung die Chance, in qualitativer Hinsicht gute Einrichtungen von Prüfungen zu entlasten und in der Vergangenheit in Qualitätsfragen auffällig gewordene Einrichtungen gezielt zu prüfen.

Da nur für die vollstationäre Pflege wissenschaftliche Hinweise für die Definition der Kriterien für eine Verlängerung des Prüfrhythmus vorliegen, werden die Kriterien für die anderen Settings auf Grundlage der Erfahrungen mit der Umsetzung der Qualitätsprüfungen entwickelt werden müssen. Dies ist aufgrund der bereits mehrjährigen Umsetzung des Prüfverfahrens für die Tagespflege zu Beginn des Jahres 2027 grundsätzlich möglich. Für die ambulante Pflege wäre ein Beginn der Umsetzung frühestens zu 2028 denkbar, da hier erst ab dem zweitem Quartal 2027 Erfahrungen mit der Umsetzung des neuen Prüfverfahrens und entsprechend empirische Daten zum sog. hohen Qualitätsniveau in diesem Setting gewonnen werden können.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 67 c) – § 114c Absatz 3

A) Beabsichtigte Neuregelung

Zusätzlich zur bisherigen Berichtspflicht des GKV-Spitzenverbandes gemäß § 114c Absatz 3 über die in vollstationären Pflegeeinrichtungen durchgeführten Qualitätsprüfungen ist auch über die erteilten Prüfaufträge und die durchgeführten Qualitätsprüfungen in ambulanten Pflegediensten, in teilstationären Einrichtungen und in gemeinschaftlichen Wohnformen mit Verträgen zur pflegerischen Versorgung gemäß § 92c zu berichten. Weiterhin ist für den vollstationären Bereich über die Anzahl der Verlängerungen des Prüfrhythmus und die unangemeldeten Prüfungen zu berichten. Diese entsprechenden Daten sind nach Ländern aufzuschlüsseln. Ferner ist über die Prüfquote des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e. V. zu berichten.

B) Stellungnahme

Die Erweiterung der Berichtspflicht über die vollstationären Pflegeeinrichtungen hinaus ist nachvollziehbar. Die Berichtspflicht für gemeinschaftliche Wohnformen mit Verträgen zur pflegerischen Versorgung gemäß § 92c wird mit Verweis auf die Stellungnahme zu § 92c abgelehnt.

C) Änderungsvorschlag

Nach Satz 2 wird der folgende Satz eingefügt:

„Der Bericht nach Satz 1 hat erstmals zum 31. März 2028 und danach jährlich jeweils eine statistische Datenauswertung gemäß § 114 Absatz 1a Satz 4 aufgeschlüsselt nach Ländern zum Stichtag 31. Dezember zu enthalten.“

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 68 a) – § 115 Absatz 1a

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Ergänzung im Absatz 1a Satz 2 sollen für gemeinschaftliche Wohnformen nach § 92c SGB XI hinsichtlich der Transparenz über die Qualität der Pflege die gleichen Grundsätze wie für die ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen gelten. Hierfür vereinbaren die Vertragsparteien nach § 113 SGB XI Absatz 1 unverzüglich nach Inkrafttreten der Qualitätsprüfungs-Richtlinien für diese Versorgungsform die Qualitätsdarstellungsvereinbarung.

Satz 10 ist eine Folgeänderung

B) Stellungnahme

Die Neuregelung wird mit Verweis auf die Stellungnahme zu § 92c abgelehnt.

C) Änderungsvorschlag

Die beabsichtigte Neuregelung ist zu streichen.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 68 b) aa) – § 115 Absatz 5 Satz 1

A) Beabsichtigte Neuregelung

Durch eine Ergänzung in Satz 1 soll sichergestellt werden, dass die zuständige Pflegekasse bei festgestellten schwerwiegenden Qualitätsmängeln bei der Versorgung in gemeinschaftlichen Wohnformen die weitere Versorgung der Pflegebedürftigen vorläufig untersagen darf.

B) Stellungnahme

Die Neuregelung ist mit Verweis auf die Stellungnahme zu § 92c zu streichen.

C) Änderungsvorschlag

Die beabsichtigte Neuregelung ist zu streichen.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 68 b) bb) – § 115 Absatz 5 Satz 2

A) Beabsichtigte Neuregelung

Durch eine Ergänzung in Satz 2 soll sichergestellt werden, dass die Pflegekasse dem Pflegebedürftigen bei festgestellten schwerwiegenden Qualitätsmängeln in der gemeinschaftlichen Wohnform einen anderen geeigneten Pflegedienst oder eine andere geeignete gemeinschaftliche Wohnform vermittelt.

B) Stellungnahme

Die Neuregelung wird mit Verweis auf die Stellungnahme zu § 92c abgelehnt.

Für den Fall, dass an der Neuregelung festgehalten werden sollte, ist die Übertragung der Regelungen, wie sie bereits für Fälle schwerwiegender Qualitätsmängel bei ambulanten Pflegediensten gelten, zwar nachvollziehbar. Im Fall einer Versorgung in einer gemeinschaftlichen Wohnform dürfte diese Regelung allerdings zumindest derzeit oft ins Leere laufen, da eine Versorgung in einer anderen gemeinschaftlichen Wohnform auf absehbare Zeit wegen eines geringen Angebots und fehlenden Kapazitäten in der Regel nicht realisierbar sein dürfte. Eine alternative Versorgung durch einen ambulanten Pflegedienst ist nicht ausreichend, da neben Pflegeleistungen eine Berücksichtigung der Unterbringung erforderlich ist.

C) Änderungsvorschlag

Die Neuregelung ist zu streichen.

Für den Fall, dass an der Neuregelung festgehalten werden soll, wird hilfsweise folgender Änderungsvorschlag unterbreitet:

Satz 2 bleibt unverändert.

Er wird ein neuer Absatz 6 eingefügt:

Bei Feststellung schwerwiegender, kurzfristig nicht behebbarer Mängel in einer gemeinschaftlichen Wohnform mit einem Vertrag zur pflegerischen Versorgung gemäß § 92c sind die Pflegekassen verpflichtet, den betroffenen Pflegebedürftigen eine andere geeignete Pflegeeinrichtung zu vermitteln, welche die Pflege nahtlos übernimmt.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 68 c) – § 115 Absatz 6 Satz 1

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es wird geregelt, dass gemeinschaftlichen Wohnformen gegenüber den Pflegebedürftigen und den Kostenträgern für die Kosten der Vermittlung in eine Versorgung haften, soweit die Mängel durch die gemeinschaftliche Wohnform zu vertreten sind.

B) Stellungnahme

Die Neuregelung ist mit Verweis auf die Stellungnahme zu § 92c zu streichen.

C) Änderungsvorschlag

Die Neuregelung ist zu streichen.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 69 – § 117 Absatz 1 Satz 1

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Neuregelung sieht vor, dass zum Zweck der Entlastung der Pflegeeinrichtungen zusätzlich zu bereits bestehenden Absprachen über die gemeinsame Durchführung von Prüfungen von Medizinischem Dienst und Heimaufsicht eine vollständige Übernahme der heimaufsichtsrechtlichen Prüfungen durch die Medizinischen Dienste erfolgen soll, sofern zuvor zwischen den Medizinischen Diensten und der Heimaufsicht eine Vereinbarung über die durch die Prüfung entstehenden Kosten und das Procedere der Prüfung erreicht werden kann.

B) Stellungnahme

Die Regelung wird aufgrund des damit intendierten Zwecks grundsätzlich begrüßt, da sie unter dem Vorbehalt einer entsprechenden Vereinbarung steht. Es wird darauf hingewiesen, dass seitens der Leistungsträger die Auffassung besteht, dass durch die Übernahme von heimaufsichtsrechtlichen Prüfungen die Qualitätsprüfungen nach § 114 SGB XI in Häufigkeit und Umfang nicht beeinträchtigt werden dürfen. Ferner ist neben der Feststellung über die entstehenden Kosten eine vollständige Kostenerstattung durch die Heimaufsichten erforderlich. In Absatz 5 ist eine Regelung über Verpflichtung zur Erstattung anfallender Kosten in voller Höhe aufzunehmen.

C) Änderungsvorschlag

Der Absatz 5 wird um folgenden Satz ergänzt: „Die Heimaufsicht erstattet die anfallenden Kosten durch die Übernahme der Prüfungen durch die Medizinischen Dienste.“

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 70 – § 118 Absatz 1 Satz 1

A) Beabsichtigte Neuregelung

Im Zusammenhang mit den Regelungen zu gemeinschaftlichen Wohnformen gemäß § 92c wird die Beteiligung der Verbände nach § 118 geregelt.

B) Stellungnahme

Die Neuregelung ist mit Verweis auf die Stellungnahme zu § 92c zu streichen.

C) Änderungsvorschlag

Die Neuregelung ist zu streichen.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 71 – § 118a (neu)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es werden die Beteiligung der maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe sowie das Verfahren zur Feststellung der Maßgeblichkeit geregelt.

B) Stellungnahme

Aufgrund des Fehlens einer bundesweiten Berufsorganisation oder Bundespflegekammer ist die maßgebliche Beteiligung von Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene als zentralem Ansprechpartner und Interessenvertretung vor dem Hintergrund der durch das Gesetz anstehenden Veränderungen und Kompetenzerweiterung nachvollziehbar.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 72 – § 122

A) Beabsichtigte Neuregelung

Im Rahmen eines neuen § 122 SGB XI soll ein befristetes Kooperationsprojekt zur Entbürokratisierung bei der Beantragung von Leistungen der Pflegeversicherung implementiert werden. Es soll auf Ebene des GKV-Spitzenverbandes unter Einbeziehung der Verbände der Pflegekassen auf Bundesebene ein Gremium gebildet werden, in dem die Pflegekassen im Rahmen der Selbstverwaltung zusammenkommen. Dieses Gremium soll sich für eine Reduktion, Vereinfachung und Vereinheitlichung von Formularen oder anderer formaler Vorgaben bei der Beantragung von Pflegeleistungen einsetzen. Zudem soll ein Blick darauf geworfen werden, welche Hilfestellungen bei der Antragstellung sinnvoll und adressatengerecht sein könnten. Pflegebedürftige, deren An- und Zugehörige sowie Versicherte sollen mit einbezogen werden. Das Gremium kann auch weitere Beteiligte, beispielsweise den Medizinischen Dienst Bund, mit einbeziehen. Die im Gremium erarbeiteten Ergebnisse sollen nicht erst nach Abschluss der Gremiumsarbeit umgesetzt werden, sondern fortlaufend durch die Pflegekassen im Rahmen der Selbstverwaltung, soweit eine Umsetzung möglich und sinnvoll ist. Es wird erwartet, dass sich das Gremium für eine sachgerechte Verankerung der mit dem Projekt verfolgten Ziele und Themen im Rahmen der Selbstverwaltung der Pflegekassen einsetzt. Zudem soll das Gremium auch einen Leitfaden für ein versichertengerechtes Vorgehen und eine empfehlenswerte Gestaltung von Hilfestellungen bei der Beantragung von Leistungen der Pflegeversicherung erstellen. Für das Kooperationsprojekt ist eine Laufzeit vom 01.04.2026 bis 31.07.2030 vorgesehen. Es soll im Ergebnis dazu beitragen, Bürokratie abzubauen und eine spätere Digitalisierung von Prozessen bei der Bearbeitung von Anträgen zu erleichtern. Der GKV-Spitzenverband soll bis zum 31.12.2030 dem Bundesministerium für Gesundheit einen Abschlussbericht zu dem Projekt vorlegen sowie über die absehbaren Umsetzungen und die weiteren geplanten Umsetzungen der in dem Gremium entwickelten Erkenntnisse durch die Pflegekassen berichten.

B) Stellungnahme

Das mit dieser Regelung verfolgte Ziel, die Beantragung von Leistungen der Pflegeversicherung zu vereinfachen und formale Vorgaben auf das erforderliche Maß zu reduzieren, ist grundsätzlich zu begrüßen. Allerdings ist fraglich, ob dazu ein Gremium in der vorgesehenen Größe bzw. Zusammensetzung benötigt wird bzw. ob es überhaupt einer gesetzlichen Regelung – was unzweifelhaft zunächst mit einem „Mehr“ an Bürokratie einhergeht – bedarf. Die bereits bestehenden gesetzlichen Grundlagen im SGB XI lassen in der Regel alle Formen und Möglichkeiten der Antragstellung zu. Es besteht dem Grunde nach „Formfreiheit“. So können die antragstellenden Personen in der Regel selbst entscheiden, ob sie Anträge mündlich, schriftlich oder digital stellen. Im Übrigen gehört es zu den laufenden Aufgaben einer Pflegekasse, ihre Prozesse zum Antragsgeschehen zu prüfen, wenn nötig anzupassen und auf gesetzliche Änderungen schnell zu reagieren.

Im Übrigen ist es ungewöhnlich, die Verbände der Pflegekassen auf Bundesebene im SGB zu adressieren.

Anzumerken ist ferner, dass auch dieser geplante gesetzliche Auftrag aus Mitteln des Modellprogramms nach § 8 Absatz 3 finanziert werden soll. In Ansehung der Tatsache, dass insgesamt vier geplante gesetzliche Aufträge bzw. Modellprogramme (§ 15 Abs. 8, §§ 122, 125c, 125d) aus diesen Mitteln finanziert werden sollen, sollten bis zum Abschluss der genannten Programme keine weiteren gesetzlichen Finanzierungsbezüge auf diese Mittel geplant werden, um die Finanzierbarkeit der Modellvorhaben nach § 8 Absatz 3 weiterhin zu gewährleisten.

C) Änderungsvorschlag

Die Regelung ist zu streichen.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 73 – § 123 Absatz 1

A) Beabsichtigte Neuregelung

Während sich die Durchführung von Modellvorhaben für Unterstützungsmaßnahmen und -strukturen vor Ort und im Quartier derzeit von 2025 bis 2028 erstreckt, wurde Absatz 1 Satz 1 dahingehend neu gefasst, dass der Zeitraum nun bis 2029 verlängert wurde. Satz 2, 2. Halbsatz regelt die Finanzierung und kostenneutrale Verlängerung des Förderzeitraumes. Wie bisher erfolgt die Förderung im Zeitraum von 2025 bis 2028 aus dem Ausgleichsfonds mit bis zu 30 Millionen Euro je Kalenderjahr. Fördermittel, die in einem Land im jeweiligen Kalender bis einschließlich 2028 nicht in Anspruch genommen worden sind, erhöhen im Folgejahr bis einschließlich 2029 das Fördervolumen des jeweiligen Landes (siehe auch § 123 Absatz 5 Satz 3 (NEU)).

B) Stellungnahme

Nach der Novellierung des § 123 SGB XI bedurfte es zunächst der Etablierung von Strukturen und der Festlegungen der Empfehlungen zur Umsetzung des § 123 SGB XI. Insofern ist es sachgerecht, den Zeitraum zur Durchführung der Modellvorhaben kostenneutral zu verlängern.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 73 - § 123 Absatz 2

A) Beabsichtigte Neuregelung

Absatz 2 regelt die finanzielle Beteiligung der privaten Versicherungsunternehmen. In Absatz 2 wird der Verweis auf den neuen Satz 2 zur Finanzierung aufgenommen.

B) Stellungnahme

Es handelt sich um eine schlüssige Folgeänderung.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 73 - § 123 Absatz 5

A) Beabsichtigte Neuregelung

Absatz 5 Satz 1, der die Verteilung der Fördermittel nach dem Königsteiner Schlüssel regelt, wird um den Verweis auf den die Finanzierung regelnden Absatz Satz 2 (NEU) ergänzt.

B) Stellungnahme

Die Ergänzung ist eine schlüssige Folgeänderung.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 73 - § 123 Absatz 5

A) Beabsichtigte Neuregelung

Absatz 5 Satz 3 wird insofern neu gefasst, als die kostenneutrale Verlängerung bis zum Jahr 2029 berücksichtigt wurde. Fördermittel, die in einem Land im jeweiligen Kalenderjahr bis einschließlich 2028 nicht in Anspruch genommen worden sind, erhöhen demnach im Folgejahr bis einschließlich 2029 das Fördervolumen des jeweiligen Landes.

B) Stellungnahme

Die kostenneutrale Verlängerung des Förderzeitraumes ist sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 74 – § 125a

A) Beabsichtigte Neuregelung

Im Modellprogramm nach § 125a werden derzeit verschiedene Ansätze der Telepflege erprobt und evaluiert. Unter Einbeziehung der dann vorliegenden wissenschaftlichen Evaluationsergebnisse soll der Spitzenverband Bund der Pflegekassen gemäß der beabsichtigten Neuregelung im Benehmen mit den Verbänden der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene, geeigneten Verbänden der Digitalwirtschaft sowie der Digitalagentur (ehemals Gesellschaft für Telematik) unter Beteiligung der maßgeblichen Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene nach § 118a, den auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen nach § 118 und der Bevollmächtigten der Bundesregierung für Pflege bis zum 31. Dezember 2027 Empfehlungen als Grundlage für bundesweite Vereinbarungen und Standards zum Einsatz von Telepflege in der pflegerischen Versorgung in der Langzeitpflege entwickeln und diese dem Bundesministerium für Gesundheit vorlegen. In den Empfehlungen sollen auch Vorschläge dazu gemacht werden, wie telepflegerische Leistungen in der ambulanten und stationären Langzeitpflege im Fünften und Elften Buch abgebildet werden können. Im Rahmen der wissenschaftlich gestützten Erprobung von Telepflege nach § 125a werden auch Anforderungen an die technische Ausstattung in den Pflegeeinrichtungen sowie Qualifikationsanforderungen an das Personal untersucht, die mit dem Einsatz telepflegerischer Lösungen verbunden sind. Die Ergebnisse sind mit einzubeziehen. Die Digitalagentur soll insbesondere mit Blick auf mögliche, aber nicht notwendige Schnittstellen zur Telematikinfrastruktur beteiligt werden. Bei der Auswahl der geeigneten Verbände der Digitalwirtschaft sind insbesondere solche Verbände zu beteiligen, die für die Wahrnehmung der Interessen der Industrie im Bereich der Informationstechnologie im Gesundheitswesen gebildet wurden und die dabei vorrangig die Interessen von Unternehmen vertreten, die im Bereich der Telemedizin etwa als Videodienstleister tätig sind.

Die Höhe der verfügbaren Mittel des laufenden Modellprogramms soll um 5 Millionen Euro reduziert werden, um die bislang nicht eingeplanten bzw. verausgabten Mittel im Rahmen des neu eingerichteten Modellprogramms nach § 8 Absatz 3c einzusetzen (vgl. Nr. 6 b).

B) Stellungnahme

Die vorgesehene Erarbeitung von Empfehlungen zur Umsetzung der Ergebnisse der wissenschaftlich gestützten Erprobung von Telepflege nach § 125a wird begrüßt. Der hierfür vorgesehene Zeitrahmen bis Ende 2027 für die Erstellung der Empfehlungen für bundesweite Vereinbarungen und Standards zum Einsatz von Telepflege in der pflegerischen Versorgung wird vor dem Hintergrund, dass das Modellprogramm erst Ende des Jahres 2025 abgeschlossen wird und angesichts der vorgesehenen umfangreichen Benehmensherstellungen und Beteiligungen der Verbände der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene, geeigneten Verbänden der Digitalwirtschaft sowie der Digitalagentur sowie der maßgeblichen Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene nach § 118a und der Bevollmächtigten der Bundesregierung für Pflege begrüßt.

Eine Verwendung der bislang nicht eingeplanten bzw. verausgabten Mittel aus dem Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung für die Zwecke des § 8 Absatz 3c ist sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 75 – § 125c

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der GKV-Spitzenverband wird gemäß der beabsichtigten Neuregelung mit der Durchführung von Modellvorhaben zur Erprobung digitaler Verhandlungen der Pflegevergütung beauftragt. Die Auswirkungen einer digitalen Verhandlung unter Nutzung der technisch und digital verfügbaren Möglichkeiten im Hinblick auf einen zeitnahen und effizienten Abschluss sollen mittels einer Vielzahl von teilnehmenden Pflegeeinrichtungen in unterschiedlichen Versorgungsumgebungen wissenschaftlich erforscht werden, um eine belastbare Grundlage für die Entscheidung über Anpassungen zum Vereinbarungsverfahren im Achten Kapitel des Elften Buches zu erhalten. Die Auswahl der teilnehmenden Pflegeeinrichtungen, Pflegekassen und Sozialhilfeträger soll dementsprechend möglichst heterogen die bestehende Versorgungslandschaft abbilden. Die Finanzierung erfolgt aus Mitteln nach § 8 Absatz 3. Der GKV-Spitzenverband bestimmt Ziele, Dauer, Inhalte und Durchführung der Modellvorhaben in Abstimmung mit dem Bundesministerium für Gesundheit und unter Beteiligung des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales.

B) Stellungnahme

Die Einrichtung von Modellvorhaben zur Erprobung digitaler Verhandlungen der Pflegevergütung wird begrüßt. Diese stehen im engen Zusammenhang mit dem gesetzlichen Auftrag nach § 86a Absatz 3, nach dem auf Bundesebene Empfehlungen zur Unterstützung effizienter und bürokratiearmer Verfahren für Pflegesatz- und Pflegevergütungsvereinbarungen abzugeben sind. Es wäre daher zielführend, die Erprobung digitaler Verhandlungen auf Grundlage der im Rahmen der Empfehlungen erarbeiteten Verfahrensleitlinien und Unterlagen aufzubauen. Die Modellvorhaben sollten daher nach Vorliegen der Empfehlungen nach § 86a Absatz 3 ab dem Jahr 2027 umgesetzt werden.

Für die Vorbereitung und Durchführung sollte aufgrund des Umfangs und der Heterogenität der einzubeziehenden Akteure und der Bedeutung der Modellvorhaben ein Zeitraum von mindestens drei Jahren vorgesehen werden.

Anzumerken ist ferner, dass auch dieser geplante gesetzliche Auftrag aus Mitteln des Modellprogramms nach § 8 Absatz 3 finanziert werden soll. In Ansehung der Tatsache, dass insgesamt vier geplante gesetzliche Aufträge bzw. Modellprogramme (§ 15 Abs. 8, §§ 122, 125c, 125d) aus diesen Mitteln finanziert werden sollen, sollten bis zum Abschluss der genannten Programme keine weiteren gesetzlichen Finanzierungsbezüge auf diese Mittel geplant werden, um die Finanzierbarkeit der Modellvorhaben nach § 8 Absatz 3 weiterhin zu gewährleisten.

C) Änderungsvorschlag

In Satz 1 wird die Angabe „2026 und 2027“ ersetzt durch die Angabe „2027 bis 2029“.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 75 – § 125d

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der GKV-Spitzenverband kann gemäß der beabsichtigten Neuregelung in den Jahren 2026 bis 2028 Modellvorhaben zur Erprobung der Flexibilisierung der Leistungserbringung von zugelassenen stationären Pflegeeinrichtungen vereinbaren. Gegenstand der Erprobung sind zum einen der dauerhafte Einbezug von An- und Zugehörigen in die vollstationäre pflegerische Versorgung und dadurch die Abwahlmöglichkeit professionell erbrachter Leistungen nach § 43 sowie zum anderen die Erbringung von Leistungen im Sinne des § 36 SGB XI und die Versorgung mit häuslicher Krankenpflege gemäß § 37 SGB V durch vollstationäre und teilstationäre Pflegeeinrichtungen für Versicherte außerhalb der Pflegeeinrichtung. Die Modellvorhaben sollen die Wirkungen auf die pflegerische Versorgung umfassend, insbesondere bezüglich Planbarkeit, Verlässlichkeit, Qualität, Wirtschaftlichkeit, Inhalt der erbrachten Leistungen, Kosteneffizienz, Auswirkungen auf den Personalbedarf und auf die von den Pflegebedürftigen zu tragenden Kosten untersuchen sowie die Akzeptanz bei den Pflegebedürftigen, den Pflegepersonen und den pflegenden Angehörigen und Zugehörigen einbeziehen. Die Modellvorhaben sind mit dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) abzustimmen. Die Finanzierung erfolgt aus Mitteln der Modellvorhaben nach § 8 Absatz 3 SGB XI.

B) Stellungnahme

Die Einrichtung von Modellvorhaben zur Erprobung der Flexibilisierung der Leistungserbringung wird grundsätzlich begrüßt. Jedoch scheint eine Verortung im Kontext der mit Digitalisierungsaspekten in der Pflege befassten §§ 125 bis 125c nicht sachlogisch. Durch die zusätzliche Einbeziehung des BMAS neben dem BMG werden die erforderlichen Abstimmungsprozesse voraussichtlich deutlich zeitintensiver und aufwändiger. Vor diesem Hintergrund und vor dem Hintergrund der Komplexität der Modellvorhaben, ihres sektorenübergreifenden Charakters und der damit verbundenen Abstimmungsnotwendigkeiten sollte die Laufzeit um mindestens ein Jahr verlängert werden.

Anzumerken ist ferner, dass auch dieser geplante gesetzliche Auftrag aus Mitteln des Modellprogramms nach § 8 Absatz 3 finanziert werden soll. In Ansehung der Tatsache, dass insgesamt vier geplante gesetzliche Aufträge bzw. Modellprogramme (§ 15 Abs. 8, §§ 122, 125c, 125d) aus diesen Mitteln finanziert werden sollen, sollten bis zum Abschluss der genannten Programme keine weiteren gesetzlichen Finanzierungsbezüge auf diese Mittel geplant werden, um die Finanzierbarkeit der Modellvorhaben nach § 8 Absatz 3 weiterhin zu gewährleisten.

C) Änderungsvorschlag

In Absatz 1 Satz 1 wird die Angabe „2028“ ersetzt durch die Angabe „2029“.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 76 – § 146a

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Regelung soll eine Übergangszeit bis zum 31.Dezember 2035 geschaffen werden, in der Ordenseinrichtungen eine Umstellung auf eine Versorgung ihrer pflegebedürftigen Mitglieder nach den Grundlagen des SGB XI vornehmen. Bis dahin sollen die Angehörigen christlicher Ordensgemeinschaften innerhalb des Klausurbereiches der jeweiligen Ordenseinrichtung weiterhin die Leistungsbeträge nach § 43 für die vollstationäre Pflege erhalten.

Der GKV-Spitzenverband für die Verbände der Pflegekassen auf Bundesebene und die Vereinigungen der Ordensgemeinschaften sollen gemeinsam ein Konzept zur langfristigen pflegerischen Versorgung der pflegebedürftigen Personen entwickeln und entsprechende Maßnahmen zur Umsetzung ergreifen.

B) Stellungnahme

Zwischen dem vdek und der Deutschen Ordensobernkonzferenz e.V. (DOK) besteht derzeit noch eine vertragliche Vereinbarung für die pflegerische Versorgung von Angehörigen christlicher Ordensgemeinschaften innerhalb des Klausurbereiches der jeweiligen Ordenseinrichtung (sogenannter „Kleiner Versorgungsvertrag“). Der Vertrag sieht die Leistungsgewährung der vollstationären Sachleistungsbeträge nach § 43 für die Ordensmitglieder vor. Der Vertrag wurde vom vdek zum 31.Dezember 2025 gekündigt, u.a. da dieser nicht den Vorgaben des SGB XI für eine vollstationäre Versorgung entspricht und eine nicht sachgerechte finanzielle Bevorzugung dieses Personenkreises zulasten der Beitragszahler vorsieht. Die Ordenseinrichtungen erfüllen in der Regel nicht die vertraglichen Voraussetzungen (z.B. hinsichtlich Personal, Qualifikationsanforderungen, Leistungsinhalten) für eine Zulassung zur vollstationären Pflege durch Versorgungsvertrag. Die Versorgung der Angehörigen in den Ordensgemeinschaften entspricht eher den Vorgaben für eine ambulante Versorgung, für welche das SGB XI vielfältige Gestaltungsmöglichkeiten vorsieht (u.a. Pflegegeld, Pflegesachleistungen). Es ist nicht nachvollziehbar, dass eine mit Beitragsmitteln finanzierte finanzielle Besserstellung der Angehörigen von Ordensgemeinschaften erfolgen soll.

Zudem haben bereits erfolgte Umstellungen einzelner Ordenseinrichtungen gezeigt, dass mit Unterstützung der Landesverbände der Pflegekassen und weiteren Akteuren vor Ort eine Umstellung ohne Einbußen bei der pflegerischen Versorgung gelingen kann. Die Regelung, dass der GKV-Spitzenverband gemeinsam mit den Ordensgemeinschaften ein gesondertes Konzept zur pflegerischen Versorgung der Mitglieder von Ordensgemeinschaften entwickelt, wird abgelehnt. Sofern der Gesetzgeber für diesen Personenkreis eine gesonderte Versorgung vorsieht, ist eine gesetzliche Regelung erforderlich.

Unabhängig davon ist der vorgesehene Übergangszeitraum von 10 Jahren zu großzügig bemessen.

C) Änderungsvorschlag

Die vorgesehene Regelung ist zu streichen.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 78 – § 154

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die bisher in § 154 Absatz 2 vorgesehene Frist zur Einreichung der Jahresabrechnungen über die Energieversorgung einer Pflegeeinrichtung soll vom 31. Dezember 2025 bis zum 30. Juni 2026 verlängert werden. Jahresabrechnungen, die bis zum 30. Juni 2026 nicht eingereicht werden, sollen nicht wie bisher geregelt zu einer Kürzung der bereits ausgezahlten Ergänzungshilfen um 20 Prozent, sondern um 100 Prozent für den betreffenden Zeitraum führen.

B) Stellungnahme

Die vorgesehene Regelung wird begrüßt. Der GKV-Spitzenverband sowie die Pflegekassen hatten bereits bei Einführung der Kürzungsregelung darauf hingewiesen, dass es für Pflegeeinrichtungen, deren abschlägige Vorauszahlungen zu hoch angesetzt wurden, trotz der gesetzlichen Kürzung von 20 Prozent keinen Anreiz gibt, die Jahresabrechnungen einzureichen, da sie mit der Kürzung immer noch ein für den Betrieb besseres wirtschaftliches Ergebnis erzielen können. Mit der vorgesehenen Regelung wird einer missbräuchlichen Inanspruchnahme der Ergänzungshilfen entgegnet.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 3 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 2 – § 15a

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es sollen die Grundlagen für eine eigenverantwortliche Erbringung von Leistungen der ärztlichen Behandlung durch Pflegefachpersonen geschaffen werden, welche auf Grund einer nach dem Pflegeberufegesetz vorgeschriebenen beruflichen oder hochschulischen Ausbildung, einer staatlich anerkannten, bundesweit einheitlichen Weiterbildung oder auf Grund einer solchen Weiterbildung entsprechende Berufserfahrung (Nachweis durch eine staatliche Kompetenzfeststellung der Länder) befähigt sind.

Die möglichen Leistungen der ärztlichen Behandlungen werden durch die Kataloge nach § 73 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und 2 SGB V festgeschrieben. Bis zum Abschluss des Vertrags nach § 73 Absatz 1 Satz 1 SGB V gilt die Anlage 1 des Rahmenvertrags nach § 64d SGB V als Grundlage in der Regelversorgung.

B) Stellungnahme

Die beabsichtigte Regelung soll es Pflegefachpersonen mit den vorgesehenen Qualifikationen ermöglichen, bestimmte Leistungen der ärztlichen Behandlung eigenverantwortlich zu erbringen. Zusätzlich zum Kompetenzerwerb über die berufliche oder hochschulische Ausbildung zur Erbringung solcher noch im Detail festzulegender Leistungen können ebenso staatlich anerkannte Weiterbildungen oder Kompetenzfeststellungen auf Grund von Berufserfahrung hierzu befähigen. Eine Anerkennung hat durch die Landesbehörden zu erfolgen. Derzeit sind die vielfältigen Weiterbildungsmöglichkeiten nicht gesetzlich geregelt und nicht bundeseinheitlich normiert. Laut der Begründung werden das Bundesministerium für Gesundheit und das Bundesministerium für Bildung, Familie, Senioren, Frauen und Jugend auf die Länder zugehen und das „Angebot einer Bund-Länder-Arbeitsgruppe unterbreiten“. Dies ist aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes nicht ausreichend. Es müssen zwingend bundeseinheitlich gesetzlich geregelte Mindestanforderungen an die jeweiligen (Fach-) Weiterbildungen und die Kompetenzfeststellungsverfahren geschaffen werden, um eine transparente und rechtssichere Struktur für die Erlaubnis zur Durchführung zu ermöglichen. Die vorgesehene Kompetenzzuordnung zu Leistungen, welche im Vertrag nach § 73d SGB V vorgesehen sind, bedarf einer vorherigen gesetzlichen Regelung der Zugangsmöglichkeiten in Form von Weiterbildungen.

Die Befähigung durch Weiterbildungen, wie sie von der Fachkommission nach § 53 Pflegeberufegesetz erarbeitet wurden, muss ebenso bundeseinheitlich festgeschrieben werden. Hierzu bedarf es der durch den Gesetzgeber geplanten Evaluation der Module nach § 14a Pflegeberufegesetz.

Ungeachtet dessen ist der Zugang zur Erbringung der Leistungen der ärztlichen Behandlung durch entsprechend genormte und einheitliche Weiterbildungen auf Grund der derzeit noch geringen Anzahl hochschulisch ausgebildeter Pflegefachpersonen sinnvoll und notwendig, um die Kompetenzerweiterung zukünftig umfassend in der Regelversorgung umsetzen zu können.

Hervorzuheben ist die vorgesehene, auch haftungsrechtlich relevante Klarstellung, dass sich die Pflegeprozessverantwortung auf bestimmte Leistungen der (ärztlichen) Behandlung erstreckt, sofern

sie von entsprechend qualifizierten Pflegefachpersonen erbracht wird. Somit liegt die haftungsrechtliche Verantwortung auch bei diesen Leistungen bei der durchführenden Pflegefachperson.

Grundsätzlich entspricht die Festlegung der pflegerischen Leistungen, auch im Rahmen der ärztlichen Behandlung, für die gesetzliche Krankenversicherung und die soziale Pflegeversicherung dem Pflegeberuf als Heilberuf mit eigenen beruflichen Kompetenzen. Die Leistungserbringung richtet sich nach den Qualifikationsvoraussetzungen der Pflegefachpersonen. Damit kann grundsätzlich die Attraktivität des Berufsfelds der Pflege gesteigert werden, was vom GKV-Spitzenverband ausdrücklich unterstützt wird.

C) Änderungsvorschlag

Ergänzende Fristen und eine gesetzlich verankerte Bund-Länder-Arbeitsgruppe für die Festlegung der Mindestanforderungen von Fachweiterbildungen sollten unter Beteiligung des GKV-Spitzenverbandes durch den Gesetzgeber bestimmt werden, bestenfalls vor Beginn der Verhandlungen zum Vertrag nach § 73d Absatz 1 SGB V.

Artikel 3 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 3 – § 20 Absatz 5

A) Beabsichtigte Neuregelung

Pflegefachpersonen, die Pflegebedürftige in der häuslichen Umgebung unterstützen, sollen Empfehlungen zur verhaltensbezogenen Primärprävention (Präventionsempfehlung) nach § 20 Absatz 5 SGB V geben können. Die Rolle der Pflegefachpersonen soll damit gestärkt und der Zugang Pflegebedürftiger zu Präventionsmaßnahmen verbessert werden. Zudem sollen die Krankenkassen bei ihrer Entscheidung über eine Leistung zur verhaltensbezogenen Prävention auch die Feststellungen zur Prävention im Rahmen der Pflegegutachtung berücksichtigen.

B) Stellungnahme

Die Rolle und Kompetenz der Pflegefachpersonen zu stärken, um einen bedarfs- und bedürfnisgerechten Zugang zu ermöglichen, wird begrüßt. In der Richtlinie des GKV-Spitzenverbandes zur einheitlichen Durchführung der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI vom 7. Mai 2018 ist bereits verankert, dass Pflegeberatende Anspruchsberechtigte sowie Angehörige oder weitere Personen zu Möglichkeiten beraten sollen, Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung in Anspruch zu nehmen. Die Pflegeberatenden sollen bei der Inanspruchnahme von Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung unterstützen, indem in Absprache mit der ratsuchenden Person Informationen zu geeigneten Angeboten zur Verfügung gestellt bzw. geeignete Hinweise gegeben oder Kontakte zu entsprechenden Leistungserbringern vermittelt werden.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 3 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 4 – § 24i

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es soll klargestellt werden, dass bei Versicherten mit Wohnsitz im Ausland, deren Ansässigkeitsstaat laut Doppelbesteuerungsabkommen das Besteuerungsrecht für Mutterschaftsgeld hat, die Berechnung des Mutterschaftsgeldes auf Basis des Bruttoarbeitsentgelts abzüglich der Sozialversicherungsbeiträge erfolgt. Wird das Mutterschaftsgeld im Ansässigkeitsstaat nicht besteuert, gelten die allgemeinen Berechnungsvorschriften.

B) Stellungnahme

Die geplante gesetzliche Änderung soll verhindern, dass es bei der üblichen Berechnung von Entgeltersatzleistungen – basierend auf dem Nettoarbeitsentgelt, welches sich aus dem Bruttoarbeitsentgelt abzüglich Steuern und Sozialversicherungsbeiträgen ergibt – zu einer doppelten steuerlichen Belastung kommt. Dies betrifft Versicherte mit Wohnsitz im Ausland, wenn der Wohnstaat nach einem Doppelbesteuerungsabkommen das Besteuerungsrecht für die Entgeltersatzleistung hat. Um dies zu vermeiden, soll die Entgeltersatzleistung in diesen Fällen auf Basis des um Sozialversicherungsbeiträge verminderten Bruttoarbeitsentgelts berechnet werden.

Die Änderung stärkt die Freizügigkeit innerhalb der EU und hat klarstellende Bedeutung. Sie entspricht der Praxis der Krankenkassen, die auf Grundlage entsprechender Schreiben des Bundesministeriums für Gesundheit bereits im Frühjahr 2023 – im Vorgriff auf eine gesetzliche Regelung – nach Verständigung mit der Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände sowie den weiteren Sozialversicherungsträgern umgestellt wurde.

Aus Gründen der Rechtssicherheit wird die Klarstellung zur Legitimation der aktuellen Praxis begrüßt.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 3 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 5 – § 33 Absatz 5a

A) Beabsichtigte Neuregelung

In Fällen, in denen entsprechend qualifizierte Pflegefachpersonen die zur Ausübung ihrer Tätigkeiten der häuslichen Krankenpflege erforderlichen Hilfsmittel selbstständig verordnen können, soll eine solche Verordnung der Pflegefachperson einer vertragsärztlichen Verordnung im Sinne des § 33 Absatz 5a Satz 1 SGB V gleichstehen, sodass eine gesonderte vertragsärztliche Verordnung für die Leistungserbringung und Abrechnung nicht notwendig ist.

Die neue Regelung in § 15a Absatz 1 Nr. 2 SGB V sieht in Verbindung mit dem zu verhandelnden Rahmenvertrag nach § 73d SGB V die selbstständige Entscheidung von Pflegefachpersonen über die Folgeversorgung Versicherter mit bestimmten Hilfsmitteln in Abhängigkeit von entsprechenden Qualifikationen und Weiterbildungen der Pflegefachpersonen vor. Die Änderung in § 33 Absatz 5a SGB V dient der leistungsrechtlichen Umsetzung der Wertungen aus dieser gesetzlichen Regelung und dem Rahmenvertrag.

B) Stellungnahme

Die vorgesehene Ergänzung steht in unmittelbarem Zusammenhang mit den neuen Regelungen in § 15a SGB V und § 73d SGB V und stellt klar, dass die Verordnung einer Pflegefachperson leistungsrechtlich einer vertragsärztlichen Verordnung gleichgestellt ist. Die Formulierung des Ergänzungssatzes in § 33 Absatz 5a SGB V verweist allgemein auf § 15a Absatz 1 Nr. 2 SGB V. Eine Kompetenzübertragung für Hilfsmittelverordnungen durch Pflegefachpersonen ist in § 15a Absatz 1 Nr. 2 SGB V im Kontext der Leistungen der häuslichen Krankenpflege vorgesehen. Diese Regelung bezieht sich ihrem Wortlaut nach auf Folgeverordnungen für Leistungen im Rahmen der häuslichen Krankenpflege. Im Weiteren ist dann in Bezug auf Hilfsmittel allerdings lediglich von „den für diese Maßnahmen benötigten Hilfsmitteln“ die Rede. Aus der Gesetzesbegründung ergibt sich, dass auch in Bezug auf die Verordnung von Hilfsmitteln nur Folgeversorgungen von der Regelung erfasst sein sollen. Die Intention des Gesetzgebers sollte in den gesetzlichen Regelungen klar zum Ausdruck kommen. Daher sollte in § 33 Absatz 5a SGB V klargestellt werden, dass sich die Regelung auf Folgeverordnungen von Hilfsmitteln beschränkt.

Soweit die Verordnungen einer Pflegefachperson leistungsrechtlich einer vertragsärztlichen Verordnung gleichgestellt werden, müssen erstgenannte auch in die (digitalen) Prozesse der Versorgung eingebunden werden können.

C) Änderungsvorschlag

Der in § 33 Absatz 5a SGB V vorgesehene Ergänzungssatz wird wie folgt gefasst:

„Eine vertragsärztlichen Verordnung bedarf es nicht, wenn nach einer erstmaligen ärztlichen Verordnung eine Pflegefachperson die Leistung nach § 15a Absatz 1 Nr. 2 verordnet hat.“

Artikel 3 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 6 – § 37

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Leistungsorte zur Erbringung der häuslichen Krankenpflege sollen um die gemeinschaftlichen Wohnformen mit Verträgen zur pflegerischen Versorgung nach § 92c SGB XI ergänzt werden.

Zudem soll ergänzt werden, dass Leistungen der ärztlichen Behandlung, die durch Pflegefachpersonen nach ärztlicher Diagnose und Indikationsstellung gemäß § 15a Absatz 1 Nummer 1 SGB V erbracht werden können, von den Leistungen der häuslichen Krankenpflege umfasst sind.

Außerdem soll geregelt werden, dass ein Anspruch auf häusliche Krankenpflege nicht besteht, wenn die Pflegekasse Leistungen nach §146a SGB XI (Regelung, wonach in einer Übergangszeit bis zum 31. Dezember 2035 christliche Ordenseinrichtungen eine Umstellung auf eine Versorgung ihrer pflegebedürftigen Mitglieder nach den Grundlagen des SGB XI vornehmen sollen) erbringt.

Darüber hinaus soll als redaktionelle Folgeänderung der Begriff Pflegefachperson eingefügt werden.

B) Stellungnahme

Ambulante Pflegeeinrichtungen sollen Verträge zur pflegerischen Versorgung in gemeinschaftlichen Wohnformen mit den Vertragsparteien nach § 89 Absatz 2 Satz 1 Nr.1 bis 3 SGB XI und den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich schließen können. Die Versorgung erfolgt dann zweiteilig – innerhalb und außerhalb eines Basispakets. Bestandteil des Basispakets sind u.a. auch Leistungen der Häuslichen Krankenpflege, sodass dieser Leistungsort in der Folge ergänzt werden soll. Zur ablehnenden Bewertung dieser vorgesehenen Regelungen siehe unsere Stellungnahme zu den §§ 92c und 45h SGB XI, Artikel 1 Nr. 55 und 36; vor diesem Hintergrund ist die vorgesehene Ergänzung eines Absatzes 1 Satz 1 in § 37 SGB V obsolet und sollte gestrichen werden.

Die Ergänzung des Leistungsumfanges der häuslichen Krankenpflege um Leistungen der ärztlichen Behandlung, die durch Pflegefachpersonen, abhängig von den jeweils erworbenen Kompetenzen, nach ärztlicher Diagnose und Indikationsstellung eigenverantwortlich erbracht werden können (§ 15a Abs. 1 Nummer 1 SGB V), ist sachgerecht. Dadurch wird erreicht, dass Leistungen, die in dem Katalog an Leistungen entsprechend des Vertrages nach § 73d Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V vereinbart sind, leistungsrechtlich von dem Anspruch auf häusliche Krankenpflege erfasst sind und vertragsrechtlich die Erbringung dieser Leistungen durch Pflegefachpersonen ermöglicht wird, die bei Leistungserbringern nach § 132a Abs. 4 SGB V angestellt sind.

Die Regelung in Absatz 3a als Folgeänderung zur Einführung des § 146a SGB XI ist sachgerecht, sofern an der Regelung des § 146a SGB XI festgehalten wird. Siehe Stellungnahme zu Artikel 1, Nr. 76.

C) Änderungsvorschlag

Artikel 3 Nr. 6 Buchstabe a) wird gestrichen.

Artikel 3 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 9 – § 44a

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es soll klargestellt werden, dass bei Versicherten mit Wohnsitz im Ausland, deren Ansässigkeitsstaat laut Doppelbesteuerungsabkommen das Besteuerungsrecht für das Krankengeld nach § 44a SGB V hat, die Berechnung dieses Krankengeldes auf Basis des Bruttoarbeitsentgelts abzüglich der Sozialversicherungsbeiträge erfolgt. Wird dieses Krankengeld im Ansässigkeitsstaat nicht besteuert, gelten die allgemeinen Berechnungsvorschriften.

B) Stellungnahme

Die geplante gesetzliche Änderung soll verhindern, dass es bei der üblichen Berechnung von Entgeltersatzleistungen – basierend auf dem Nettoarbeitsentgelt, welches sich aus dem Bruttoarbeitsentgelt abzüglich Steuern und Sozialversicherungsbeiträgen ergibt – zu einer doppelten steuerlichen Belastung kommt. Dies betrifft Versicherte mit Wohnsitz im Ausland, wenn der Wohnstaat nach einem Doppelbesteuerungsabkommen das Besteuerungsrecht für die Entgeltersatzleistung hat. Um dies zu vermeiden, soll die Entgeltersatzleistung in diesen Fällen auf Basis des um Sozialversicherungsbeiträge verminderten Bruttoarbeitsentgelts berechnet werden.

Die Änderung stärkt die Freizügigkeit innerhalb der EU und hat klarstellende Bedeutung. Sie entspricht der Praxis der Krankenkassen, die auf Grundlage entsprechender Schreiben des Bundesministeriums für Gesundheit bereits im Frühjahr 2023 - im Vorgriff auf eine gesetzliche Regelung - nach Verständigung mit der Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände sowie den weiteren Sozialversicherungsträgern umgestellt wurde.

Aus Gründen der Rechtssicherheit wird die Klarstellung zur Legitimation der aktuellen Praxis begrüßt.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 3 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 10 – § 45

A) Beabsichtigte Neuregelung

a) Es soll klargestellt werden, dass bei Versicherten mit Wohnsitz im Ausland, deren Ansässigkeitsstaat laut Doppelbesteuerungsabkommen das Besteuerungsrecht für das Kinderkrankengeld hat, die Berechnung des Kinderkrankengeldes auf Basis des Bruttoarbeitsentgelts abzüglich der Sozialversicherungsbeiträge erfolgt. Wird das Kinderkrankengeld im Ansässigkeitsstaat nicht besteuert, gelten die allgemeinen Berechnungsvorschriften.

b) Die verlängerte Anspruchsdauer für Kinderkrankengeld, die bereits für die Kalenderjahre 2024 und 2025 gilt, soll auch im Jahr 2026 fortgelten. Versicherte haben damit Anspruch für bis zu 15 Arbeitstage pro Kind und Elternteil (statt der Regeldauer von 10 Arbeitstagen) bzw. für bis zu 30 Arbeitstage für Alleinerziehende (statt der Regeldauer von 20 Arbeitstagen).

B) Stellungnahme

Zu a): Die geplante gesetzliche Änderung soll verhindern, dass es bei der üblichen Berechnung von Entgeltersatzleistungen – basierend auf dem Nettoarbeitsentgelt, welches sich aus dem Bruttoarbeitsentgelt abzüglich Steuern und Sozialversicherungsbeiträgen ergibt – zu einer doppelten steuerlichen Belastung kommt. Dies betrifft Versicherte mit Wohnsitz im Ausland, wenn der Wohnstaat nach einem Doppelbesteuerungsabkommen das Besteuerungsrecht für die Entgeltersatzleistung hat. Um dies zu vermeiden, soll die Entgeltersatzleistung in diesen Fällen auf Basis des um Sozialversicherungsbeiträge verminderten Bruttoarbeitsentgelts berechnet werden.

Die Änderung stärkt die Freizügigkeit innerhalb der EU und hat klarstellende Bedeutung. Sie entspricht der Praxis der Krankenkassen, die auf Grundlage entsprechender Schreiben des Bundesministeriums für Gesundheit bereits im Frühjahr 2023 - im Vorgriff auf eine gesetzliche Regelung - nach Verständigung mit der Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände sowie den weiteren Sozialversicherungsträgern umgestellt wurde.

Aus Gründen der Rechtssicherheit wird die Klarstellung zur Legitimation der aktuellen Praxis begrüßt.

Zu b): Die geplante gesetzliche Änderung des § 45 Abs. 2a SGB V führt die verlängerte Anspruchsdauer für Kinderkrankengeld befristet für das Jahr 2026 fort. Hintergrund ist ausweislich der Gesetzesbegründung, dass die Daten des Robert Koch-Instituts (RKI) für die für § 45 SGB V relevante Personengruppe der Kinder im Alter von bis zu vier Jahren bzw. von fünf bis 14 Jahren durchschnittlich deutlich erhöhte Inzidenzen von akuten respiratorischen Erkrankungen im Vergleich zu den vorpandemischen Jahren aufzeigen.

Da der Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD für die 21. Legislaturperiode die Einrichtung einer Kommission unter Beteiligung von Expertinnen und Experten und Sozialpartnern vorsieht, die Ansätze für eine Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung entwickeln und in diesem Rahmen auch die Leistungen der Krankenkassen auf ihre Zweckmäßigkeit untersuchen soll,

wird laut Gesetzesbegründung die Verlängerung der Regelung auf das Jahr 2026 begrenzt, um der Bewertung dieser Kommission zum Umfang des Kinderkrankengeldes nicht vorzugreifen. Dies kann nachvollzogen werden.

Grundsätzlich ist jedoch zu berücksichtigen, dass das Krankengeld bei Erkrankung des Kindes eine familienpolitische Leistung darstellt. Solche Leistungen gelten im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung als versicherungsfremd und unterliegen einer pauschalen Beteiligung des Bundes nach § 221 SGB V. Vor diesem Hintergrund sollte eine politisch gewollte Ausweitung entsprechender Ansprüche stets mit einer entsprechenden Kompensation einhergehen, um zusätzliche Belastungen der Beitragszahlenden der GKV für gesamtgesellschaftlich zu tragende Leistungen zu vermeiden.

C) Änderungsvorschlag

Es bedarf unbedingt einer Kompensation aus Steuermitteln für die befristet verlängerte Anspruchsdauer für Kinderkrankengeld.

Artikel 3 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 11 – § 47

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es soll klargestellt werden, dass bei Versicherten mit Wohnsitz im Ausland, deren Ansässigkeitsstaat laut Doppelbesteuerungsabkommen das Besteuerungsrecht für Krankengeld hat, die Berechnung des Krankengeldes auf Basis des Bruttoarbeitsentgelts abzüglich Sozialversicherungsbeiträge erfolgt. Wird das Krankengeld im Ansässigkeitsstaat nicht besteuert, gelten die allgemeinen Berechnungsvorschriften.

B) Stellungnahme

Die geplante gesetzliche Änderung soll verhindern, dass es bei der üblichen Berechnung von Entgeltersatzleistungen – basierend auf dem Nettoarbeitsentgelt, welches sich aus dem Bruttoarbeitsentgelt abzüglich Steuern und Sozialversicherungsbeiträgen ergibt – zu einer doppelten steuerlichen Belastung kommt. Dies betrifft Versicherte mit Wohnsitz im Ausland, wenn der Wohnstaat nach einem Doppelbesteuerungsabkommen das Besteuerungsrecht für die Entgeltersatzleistung hat. Um dies zu vermeiden, soll die Entgeltersatzleistung in diesen Fällen auf Basis des um Sozialversicherungsbeiträge verminderten Bruttoarbeitsentgelts berechnet werden.

Die Änderung stärkt die Freizügigkeit innerhalb der EU und hat klarstellende Bedeutung. Sie entspricht der Praxis der Krankenkassen, die auf Grundlage entsprechender Schreiben des Bundesministeriums für Gesundheit bereits im Frühjahr 2023 - im Vorgriff auf eine gesetzliche Regelung - nach Verständigung mit der Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände sowie den weiteren Sozialversicherungsträgern umgestellt wurde.

Aus Gründen der Rechtssicherheit wird die Klarstellung zur Legitimation der aktuellen Praxis begrüßt.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 3 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 13 – § 64d

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene und die Bundesärztekammer erhalten die Gelegenheit zur Stellungnahme vor Abschluss des Rahmenvertrages zur Heilkundeübertragung. Des Weiteren können bereits begonnene Modellvorhaben weitergeführt werden. Ab dem Tag der Verkündung des Gesetzes zur Befugniserweiterung und Bürokratieentlastung in der Pflege ist kein Beginn neuer Modellvorhaben mehr möglich.

Bis zum 31. März 2027 ist der bisherige Rahmenvertrag anzupassen, so dass die Leistungen der Anlage 1 auch in der Regelversorgung erbracht werden können.

B) Stellungnahme

Die Umsetzung der Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3c SGB V sowie die nach § 64d SGB V gestaltet sich in der Praxis schwierig, insbesondere im Hinblick auf die Qualifizierungsmaßnahmen in den Ländern. Aufgrund der Regelungen im Pflegestudiumstärkungsgesetz, dass ausschließlich akademisch ausgebildete Pflegefachpersonen erweiterte heilkundliche Tätigkeiten übernehmen dürfen, ist die weitere Umsetzung der Modellvorhaben unrealistisch.

Eine zwischenzeitliche Überführung der durchführbaren Leistungen aus der Anlage 1 des Rahmenvertrages § 64d SGB V in die Regelversorgung dient der zügigen Kompetenzerweiterung von Pflegefachpersonen bis zum Inkrafttreten des Vertrages nach § 73d Absatz 1 SGB V.

Allerdings findet sich im Gesetzentwurf keine festgesetzte Regelung, dass die Inhalte des § 64d in der Regelversorgung durch den Vertrag nach § 73d des Fünften Buches Sozialgesetzbuch abgelöst werden und somit eine zeitliche Befristung gegeben ist. Eine gesetzliche Regelung sollte in § 73d des Fünften Buches Sozialgesetzbuch festgeschrieben werden.

C) Änderungsvorschlag

Nach Absatz 1 Satz 2 wird der folgende Satz angefügt: „Die Inhalte des Rahmenvertrages nach § 64d Absatz 1 Satz 4 werden mit Ablauf von sechs Monaten nach Inkrafttreten des Vertrages gemäß § 73d Absatz 1 durch diesen ersetzt; der Rahmenvertrag tritt mit Ablauf dieser Frist außer Kraft.“

Artikel 3 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 14 – § 65d

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der GKV-Spitzenverband fördert gemäß § 65d SGB V Modellvorhaben zur anonymen Behandlung von Patienten mit pädophilen Sexualstörungen seit 2017 mit jährlich bis zu 5 Millionen Euro; die bisherige Förderung betrug insgesamt etwa 35 Millionen Euro. Dieses Modellvorhaben soll nun abweichend von § 63 Absatz 5 Satz 2 SGB V über die maximale Höchstdauer von Modellprojekten um weitere zwei Jahre und eine jährliche Höchstförderung von 5 Millionen Euro verlängert werden.

B) Stellungnahme

Eine erneute Verlängerung des Modellprojekts gemäß § 65d SGB V ist nicht zielführend. Der Abschluss der unabhängigen Evaluation der Modellvorhaben durch die Technische Universität Chemnitz ist nach einer im Jahr 2022 ausnahmsweise erfolgten ersten Verlängerung um drei Jahre für den 30. Juni 2026 terminiert. Dem bisherigen Ausgabenvolumen von etwa 35 Millionen Euro steht eine Auswertungsstichprobe von etwa 600 Patienten gegenüber. Durch eine Verlängerung der Modellvorhaben ist kein wesentlicher zusätzlicher Erkenntnisgewinn zu erwarten. Zudem ergeben sich aus den Zwischenberichten an den GKV-Spitzenverband keine Hinweise zur Notwendigkeit einer Doppelfinanzierung der Therapie neben der bestehenden Regelversorgung unter Schweigepflicht, z. B. spezialisierten Behandlungsangeboten an Hochschulambulanzen; vielmehr werden die Bedenken gegenüber einer anonymen Behandlung durch eine sehr hohe Rate von Therapieabbrüchen (32 %) bestärkt, d. h. fast jeder dritte Teilnehmer schließt die Behandlung nicht ab.

Das Gesamtangebot der Modellvorhaben wurde vor der Finanzierung durch die GKV von verschiedenen Einrichtungen u. a. dem Bundesjustizministerium mit der Zielsetzung der Kriminalprävention gefördert; ein anonymes und damit vom Versicherungsstatus unabhängiges sowie auf Kriminalprävention ausgerichtetes Versorgungsangebot ist – als versicherungsfremde Leistung – eindeutig nicht der gesetzlichen Krankenversicherung zuzuordnen.

C) Änderungsvorschlag

Streichung der Regelung.

Artikel 3 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 15 – § 70

A) Beabsichtigte Neuregelung

In dieser allgemeinen Grundnorm für die Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung soll zum Ausdruck gebracht werden, dass die Versorgung der Versicherten neben dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse auch dem allgemein anerkannten Stand der pflegewissenschaftlichen Erkenntnisse entsprechen muss.

B) Stellungnahme

Die Ergänzung ist folgerichtig und sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 3 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 16 – § 73d

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es soll die Grundlage für die Vereinbarung eines Vertrages bis zum 31. Juli 2027 zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, dem GKV-Spitzenverband, den für die Wahrnehmung der Interessen von Pflegediensten maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene und den Vereinigungen der Träger von stationären Pflegeeinrichtungen nach § 71 Absatz 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch geschaffen werden. Beabsichtigte Inhalte des Vertrages sind ein Katalog an Leistungen der ärztlichen Behandlung, die Pflegefachpersonen eigenverantwortlich erbringen können, ein Katalog an Leistungen im Rahmen der häuslichen Krankenpflege, die Pflegefachpersonen eigenverantwortlich verordnen können und Rahmenvorgaben zur interprofessionellen Zusammenarbeit zwischen Pflegefachpersonen und Ärzten. Aufbauend auf dem Vertrag soll bis Ende 2030 eine Überprüfung erfolgen.

Ebenso ist eine Prüfung des bisherigen Rahmenvertrages für das Modellvorhaben nach § 64d des Fünften Buches Sozialgesetzbuch bis zum 31. Dezember 2026 und eine gegebenenfalls notwendige Anpassung bis 31. März 2027 vorgesehen.

Für den Fall, dass eine Einigung der Vertragspartner nicht möglich ist, soll der Inhalt des Vertrages durch eine von den Vertragspartnern bestimmte unabhängige Schiedsperson festgelegt werden.

Des Weiteren ist eine Evaluierung der Entwicklung und Umsetzung weiterer Leistungen, die noch nicht Gegenstand des Vertrages nach § 73d Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und der vorgenannten Überprüfung waren, in sämtlichen Versorgungsbereichen durch das Bundesministerium für Gesundheit unter Beteiligung des Bundesministeriums für Bildung, Familie, Senioren, Frauen und Jugend vorgesehen.

B) Stellungnahme

Die vorgesehene Regelung zur eigenverantwortlichen Erbringung und Verordnung von Leistungen durch Pflegefachpersonen eröffnet grundsätzlich neue Perspektiven für eine kompetenzorientierte und teambasierte Gesundheitsversorgung. Die Möglichkeit, dass Pflegefachpersonen heilkundliche Tätigkeiten eigenverantwortlich und auf Grundlage ihrer Qualifikation in der ambulanten Versorgung ausüben, stellt einen bedeutenden Schritt zur Weiterentwicklung ihrer beruflichen Rolle dar. Die Überführung der bisherigen Modellvorhaben in die Regelversorgung wird daher ausdrücklich begrüßt. Diese muss interdisziplinär und teambasiert ausgerichtet werden, um die gesundheitliche und pflegerische Versorgung insgesamt bedarfsgerechter, patientenzentrierter und damit effizient gestalten zu können.

Eine präzise und eindeutige Definition der Leistungen der ärztlichen Behandlung, die von Pflegefachpersonen erbracht werden können, basierend auf § 15a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (neu), ist unerlässlich. Ein mit den jeweiligen Leistungserbringern ausgehandelter Vertrag kann eine geeignete Grundlage darstellen, um Transparenz, Klarheit, Akzeptanz und die

notwendige Abgrenzung zu schaffen. Damit der Vertrag auch das Entwicklungspotential der Pflegefachpersonen aufgreift und stets dem aktuellen Stand entspricht, sollte er in regelmäßigen Abständen durch die Vertragspartner überprüft und angepasst werden.

Die Rechtskonstruktion der Festlegung der Leistungskataloge durch den beschriebenen Vertrag wirft Fragen auf. Dies betrifft insbesondere das Verhältnis dieses Vertrages zur gesetzlichen Normenhierarchie im Verhältnis zum Gemeinsamen Bundesausschuss. In diesem Zusammenhang sollte die Konfliktlösung mittels „Schiedsperson“ im Hinblick auf die Frage überprüft werden, ob gegebenenfalls die Einrichtung einer Schiedsstelle zweckmäßiger wäre.

Darüber hinaus sollte aus der Begründung klarstellend hervorgehen, dass sich die Erbringung der entsprechenden Leistungen nach § 15a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch nur auf die Versicherten bezieht, die sich in der pflegerischen Versorgung durch die Pflegefachperson befinden.

Entsprechend der Begründung des Gesetzentwurfs können Gegenstand des Vertrages nach Absatz 1 auch Folgeverordnungen im Bereich „der Intensivversorgung und der psychiatrischen Versorgung“ sein. Im Bereich der Intensivversorgung würde diese Möglichkeit der Regelung in § 37c Absatz 1 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und der untergesetzlichen Konkretisierung durch die Außerklinische Intensivpflege-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (Verordnung durch eine besonders qualifizierte Ärztin oder einen besonders qualifizierten Arzt sowie der enge Austausch bezüglich Therapieziel mit dem Versicherten durch die Ärztin oder den Arzt et cetera) widersprechen. Insbesondere vor dem Hintergrund der Intention des IPReG, systematischen Versorgungsmängeln mit hoher fachärztlicher Expertise zu begegnen, ist eine entsprechende Übertragung dieser Tätigkeit auf die in § 73d des Fünften Buches Sozialgesetzbuch avisierten Pflegefachpersonen nicht sachgerecht. Auch in der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege hat der Gemeinsame Bundesausschuss nach intensiven fachlichen Beratungen aufgrund der hochkomplexen Fallkonstellationen die Verordnungsbefugnis grundsätzlich nur speziellen Facharzt- beziehungsweise Therapeutengruppen (Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und weitere) übertragen. Auch hier wäre die Übertragung auf die in § 73d des Fünften Buches Sozialgesetzbuch adressierten Pflegefachpersonen nicht sachgerecht. In der Begründung sollten daher die genannten Versorgungsbereiche gestrichen werden.

Im Zusammenhang mit den vorgesehenen Regelungen zur eigenständigen Verordnung häuslicher Krankenpflege nach § 37 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sowie der damit einhergehenden Versorgung mit Hilfsmitteln durch Pflegefachpersonen ist auf die bestehende Regelung des § 360 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch hinzuweisen. Diese sieht die verpflichtende Ausstellung elektronischer Verordnungen (eVerordnungen) für Leistungen der häuslichen Krankenpflege und Hilfsmittel vor. Vor diesem Hintergrund erscheint es notwendig, die Pflegefachpersonen ebenfalls ausdrücklich unter die Pflicht zur Ausstellung elektronischer Verordnungen zu fassen. Eine entsprechende gesetzliche Klarstellung oder Anpassung wäre sinnvoll, um Medienbrüche zu vermeiden, den digitalen Verordnungsprozess zu vereinheitlichen und die Versorgung effizient zu gestalten.

Im Rahmen der Begründung wird klargestellt, dass die Regelungen in § 73d Absatz 2 nicht über den in der „Häuslichen Krankenpflege-Richtlinie und den in der „Hilfsmittel-Richtlinie“ des Gemeinsamen

Bundesausschusses niedergelegten Umfang des Leistungsanspruchs hinaus gehen dürfen. Der Bezugspunkt dieser und weiterer Aussagen ist unklar. Sofern sich die Aussagen auf die Leistungen der ärztlichen Behandlung nach § 15a Absatz 1 Nummer 1 beziehen, die im Rahmenvertrag nach § 73d des Fünften Buches Sozialgesetzbuch festgelegt werden, hätte dies zur Konsequenz, dass der Gemeinsame Bundesausschuss das Leistungsverzeichnis der HKP-Richtlinie entsprechend anpassen müsste. Dies würde der genannten unveränderten Normsetzungskompetenz des Gemeinsamen Bundesausschusses widersprechen. Sollten sich die Ausführungen in der Begründung jedoch lediglich auf die vorgesehenen Regelungen zur eigenständigen Verordnung häuslicher Krankenpflege nach § 37 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sowie der damit einhergehenden Versorgung mit Hilfsmitteln durch Pflegefachpersonen (§ 15a Absatz 1 Nummer 2) beziehen, müsste dies in der Begründung zur Vermeidung von Missverständnissen klargestellt werden. Insgesamt bleibt damit unklar, wie das Verhältnis zwischen dem Rahmenvertrag nach § 73d des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und der HKP-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses mit Blick auf die Übernahme der Tätigkeiten der ärztlichen Behandlung durch Pflegefachpersonen ist.

Der vorliegende Gesetzentwurf zielt darauf ab und betont mehrfach, dass eine sektoren- und professionsübergreifende Versorgung mit sektorenübergreifenden Aufgabenbeschreibungen (§ 8 Absatz 3c des Elften Buches Sozialgesetzbuch) erreicht werden soll. Dies ist aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes mit der Differenzierung zwischen den Sektoren ambulante und stationäre Pflege sowie vertragsärztliche Versorgung auf der einen Seite (§ 73d des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) und dem Krankenhaussektor auf der anderen Seite (§ 112a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) nicht möglich. Die Leistungen der ärztlichen Behandlung im Krankenhaus, die durch Pflegefachpersonen erbracht werden können, müssen ebenso Bestandteil der Verträge nach § 73d Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sein, folglich sollte die Deutsche Krankenhausgesellschaft als zusätzlicher Verhandlungspartner benannt werden. Bezüglich weiterer Ausführungen hierzu wird auf die Stellungnahme zu Artikel 3 Nummer 21 verwiesen.

Zur weiteren Klarstellung sollte in der Gesetzesbegründung konkretisierend ausgeführt werden, dass zur Genehmigung der Erbringung und Abrechnung von Leistungen nach § 73d Absatz 1 Nummer 1 und Nummer 2 durch Pflegefachpersonen sowie zur Überprüfung der Abrechnung, die hierfür erforderlichen Qualifikationen entsprechend nachzuweisen sind und Mehrfachabrechnungen gleicher Leistungen für einen Patienten aus unterschiedlichen Vertragskonstellationen unzulässig sind. Pflegefachpersonen, welche bei einem an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer angestellt sind, sollten grundsätzlich ebenfalls in das Verzeichnis nach § 293 Absatz 8 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch aufgenommen werden, um eine entsprechende Zuordnung und Prüfung erbrachten Leistungen zu ermöglichen.

Mit der vorgesehenen Regelung sollen entsprechend qualifizierte Pflegefachpersonen in die Lage versetzt werden, vermehrt Leistungen der ärztlichen Behandlung zu erbringen. Insofern sollte diese Entwicklung gleichfalls Eingang in die Überprüfungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Anpassung und Weiterentwicklung der vertragsärztlichen Bedarfsplanung finden.

Die geplante doppelte Evaluation durch die Vertragspartner einerseits und das BMG andererseits ist kritisch zu sehen. Dies führt zu Doppelstrukturen, erschwert die Koordination und bindet Ressourcen. Eine einheitliche Evaluation unter der Federführung des BMG wäre ausreichend.

C) Änderungsvorschlag

Aufnahme der Vertragsparteien nach § 9 Absatz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes und Streichung des § 112a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.

Der bisherige Absatz 4 wird gestrichen. Der neue Absatz 5 wird wie folgt gefasst:

„(5) Das Bundesministerium für Gesundheit evaluiert unter Beteiligung des Bundesministeriums für Bildung, Familie, Senioren, Frauen und Jugend sowie unter Einbindung der Vertragspartner nach Absatz 1 die Umsetzung und Wirkungen der in Absatz 1 vereinbarten Leistungen. Die Evaluation erfolgt unter Berücksichtigung der wissenschaftlichen Expertisen nach § 8 Absatz 3c des Elften Buches und weiterer pflegewissenschaftlicher Erkenntnisse. Das Ergebnis der Evaluation ist den gesetzgebenden Körperschaften spätestens zwei Jahre nach Ablauf eines fünfjährigen Evaluationszeitraums vorzulegen.“

Artikel 3 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 17 – § 81

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Satzungen der Kassenärztlichen Vereinigungen sollen Bestimmungen über die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung im Notdienstes enthalten. Darüber hinaus können die Kassenärztlichen Vereinigungen bei Bedarf in ihren Satzungen Sicherstellungspauschalen für am Notdienst teilnehmende Ärzte festlegen.

B) Stellungnahme

Es handelt sich um eine gesetzliche Klarstellung. Die Regelung wird bereits vielfach von Kassenärztlichen Vereinigungen angewendet.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 3 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 18 – § 87 Absatz 2a Satz 9

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Bewertungsausschuss erhält den Auftrag den einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen (EBM) dahingehend zu überprüfen, in welchem Umfang delegationsfähige Leistungen nach § 28 Absatz 1 und vereinbarte Leistungen nach § 73d Absatz 1 SGB V Nummer 1 durch andere Personen qualifiziert erbracht und angemessen vergütet werden können. Auf dieser Grundlage ist eine Anpassung des EBM durch den Bewertungsausschuss zu beschließen.

B) Stellungnahme

Die Regelung ist grundsätzlich nachvollziehbar, da die selbstständige Heilkundenausübung von Pflegefachpersonen in der ambulanten Versorgung zahlreiche Änderungen an der Leistungsbeschreibung und -vergütung notwendig macht.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 3 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 20 – § 105

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Kassenärztliche Vereinigung (KV) kann künftig über die Aufbringung ihres Beitrags zum Strukturfonds zur Finanzierung von Fördermaßnahmen zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung selbst entscheiden. Die Höhe ihres Beitrags beträgt unverändert mindestens 0,1 Prozent und höchstens 0,2 Prozent der vereinbarten morbiditätsbedingten Gesamtvergütung.

B) Stellungnahme

Die Regelung wird grundsätzlich begrüßt. Sie stellt klar, dass die KV ihren Anteil der in den Strukturfonds einzuzahlenden Mittel auch nach der erfolgten Entbudgetierung von Leistungen der allgemeinen hausärztlichen Versorgung weiterhin in der bisherigen Höhe selbst aufzubringen hat. Des Weiteren wird ihr durch die gesetzliche Neuregelung ermöglicht, alternative Regelungen zur Aufbringung der benötigten Mittel für den Strukturfonds festzulegen. Ausweislich der Gesetzesbegründung kann die KV z. B. auch Honorare für extrabudgetär vergütete Leistungen heranziehen. Dies ermöglicht aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes grundsätzlich eine gleichmäßige Beteiligung aller an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringenden an der Finanzierung der für den Strukturfonds erforderlichen Mittel. Die Gesetzesbegründung sollte jedoch um eine Formulierung ergänzt werden, die eine möglichst einheitliche Aufbringung der Mittel ausdrücklich als Ziel benennt. Darüber hinaus sollte in der Gesetzesbegründung ergänzend ausgeführt werden, dass zur Aufbringung der Mittel auch die Erhebung von spezifischen, eigens für diesen Zweck zu erhebenden Verwaltungskostenbeiträgen nach § 81 SGB V durch die KV vorgesehen werden kann.

C) Änderungsvorschlag

Ergänzung der Gesetzesbegründung im o. g. Sinne.

Artikel 3 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 21 – 112a (neu)

A) Beabsichtigte Neuregelung

In § 112a (neu) wird laut Gesetzentwurf die eigenverantwortliche Erbringung von Leistungen durch Pflegefachpersonen im Rahmen der Krankenhausbehandlung geregelt. Der GKV-Spitzenverband, der PKV-Verband und die Deutsche Krankenhausgesellschaft haben bis zum 31. Juli 2028 einen Katalog zu vereinbaren, welcher ärztliche Leistungen umfasst, die Pflegefachpersonen mit den dafür erforderlichen Kompetenzen eigenverantwortlich erbringen können. Zudem haben die Vertragsparteien auf Bundesebene Rahmenvorgaben zur interprofessionellen Zusammenarbeit im Krankenhaus zwischen Pflegefachpersonen und ärztlichem Personal bei der Erbringung der im Katalog enthaltenen Leistungen zu vereinbaren. Dabei haben die Vertragsparteien die Festlegungen nach § 73d Absatz 2 Satz 1 zu übernehmen, sofern keine sachlich begründeten Abweichungen für die Krankenhausbehandlung vorliegen. Bis zum 31. Dezember 2030 haben die Vertragspartner dem BMG ein Abschlussbericht zur Evaluation des Vorhabens vorzulegen.

B) Stellungnahme

Neben den Regelungen zur Behandlung durch Pflegefachpersonen im Krankenhaus nach § 112a (neu) wird ein zeitlich vorgelagertes analoges Verfahren in § 73d geregelt, wobei der vertragsärztliche Versorgungsbereich sowie die häusliche Krankenpflege (insbesondere deren Verordnung) umfasst sind. Hierbei sind auf Bundesebene bis zum 31. Juli 2027 ebenso Leistungen der ärztlichen Behandlung und der häuslichen Krankenpflege zu vereinbaren und ein Vertrag mit Rahmenvorgaben zu schließen, sodass Pflegefachpersonen mit den erforderlichen Kompetenzen diese Leistungen eigenverantwortlich und in interprofessioneller Zusammenarbeit mit Ärztinnen und Ärzten erbringen können.

Mit dem Blickwinkel auf die erforderlichen Kompetenzen von Pflegefachpersonen in Verbindung mit den eigenverantwortlich zu erbringenden Behandlungsleistungen ist eine sektorenübergreifende, gleichlaufende Befassung erforderlich. Ziel sollte es sein, einen sektorenübergreifenden pflegerischen Leistungskatalog für die Heilkundenausübung durch Pflegefachpersonen zu erarbeiten, wobei mögliche Spezifika (z. B. Verordnung von häuslicher Krankenpflege, Entlassmanagement im Krankenhaus) sektorenunabhängig und orientiert am Versorgungsverlauf der Versicherten grundlegend mitgedacht werden. Dies ginge auch mit der gesetzgeberischen Absicht einher, dass mit dem Gesetz zur Kompetenzerweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege ein sektorenübergreifender Katalog der Aufgaben von Pflegefachpersonen (vgl. § 8 Absatz 3c SGB XI) erarbeitet werden soll.

Die sektorengeteilte und nachgelagerte Bearbeitung dieses gesetzlichen Auftrages entspricht nicht den Vorstellungen des GKV-Spitzenverbandes. Die Vertragsparteien auf Bundesebene für den Krankenhausbereich sollten in der Erarbeitung des Leistungskataloges nach § 73d unmittelbar einbezogen werden und nicht nachgelagert die in § 73d getroffenen Festlegungen lediglich nochmals prüfen und übernehmen bzw. sachlich begründet davon abweichen.

Das Evaluationsvorhaben zunächst durch die Vertragsparteien auf Bundesebene im Sinne des § 9 Absatz 1 KHG bis zum 31. Dezember 2030 und nochmals nachgelagert durch das Bundesministerium

für Gesundheit nach § 73d Absatz 5 durchzuführen, wird kritisch betrachtet. Zum einen wäre das eine doppelte zeitlich verlagerte Befassung mit denselben grundlegenden Fragestellungen und zum anderen greift die vorgesehene Frist für die Vorlage eines Ergebnisberichts für die Evaluation im Krankenhaus zum 31. Dezember 2030 zu kurz. Mit geschlossenem Vertrag zum 31. Juli 2028 – also Leistungsstart – und Beginn des Evaluationsvorhabens bei einer Berichtsvorlage zum 31. Dezember 2030 bleibt kaum Zeit für die Einführung und regelhafte Umsetzung von heilkundlichen Leistungen durch Pflegefachpersonen im Krankenhaus. Mit einer solchen Heilkundeübertragung auf Pflegefachpersonen sind auch kulturelle Aspekte in der Zusammenarbeit von ärztlichem und pflegerischem Personal berührt, die eine gewisse Umstellungszeit benötigen. Der Evaluationsbericht hätte ohne ausreichende Umstellungszeit voraussichtlich nur geringe Substanz.

C) Änderungsvorschlag

Die Inhalte der §§ 73d und 112a (neu) sind in einem Paragraphen zusammenzuführen, sodass eine sektorenübergreifende Erarbeitung eines Leistungskataloges sowie der Rahmenvorgaben für die interprofessionelle Zusammenarbeit erfolgen kann. Die Erarbeitungen haben sowohl Gemeinsamkeiten als auch Spezifika der heilkundlichen Leistungserbringung von Pflegefachpersonen in der interprofessionellen Zusammenarbeit mit dem ärztlichen Personal in den verschiedenen Versorgungsbereichen zu umfassen. Die Evaluation durch die Vertragsparteien auf Bundesebene im Sinne des § 9 Absatz 1 KHG in § 112a Absatz 4 ist zu streichen und in der Evaluation durch das Bundesministerium für Gesundheit nach § 73d Absatz 5 zu umfassen.

Artikel 3 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 23 – § 132a

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Rahmenempfehlungen nach § 132a Abs. 1 SGB V zur häuslichen Krankenpflege (HKP) sollen Anforderungen an eine fachgerechte Pflegeprozesssteuerung sowie Grundsätze der Vergütung von Verordnungen von in dem Vertrag nach § 73d Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V (neu) vereinbarten Leistungen enthalten.

Außerdem soll ergänzt werden, dass die Versorgung mit Leistungen der HKP in gemeinschaftlichen Wohnformen nach Maßgabe der Verträge nach § 92c Abs. 1 SGB XI (neu) erfolgen soll.

B) Stellungnahme

Pflegeprozesssteuerung: In den Rahmenempfehlungen sollen sich die Empfehlungen zu Maßnahmen der Qualitätssicherung der Leistungserbringung auch auf die Pflegeprozesssteuerung beziehen, die die Erhebung und Feststellung des individuellen Pflegebedarfs, die Planung der Pflege, die Organisation, Gestaltung und Steuerung des Pflegeprozesses sowie die Analyse, Evaluation, Sicherung und Entwicklung der Qualität der Pflege umfasst. Dies kann nachvollzogen werden. Dabei ist zu berücksichtigen, dass sich die pflegerische Versorgung nach § 37 SGB V von der Versorgung nach § 36 SGB XI derart unterscheidet, dass es sich bei der HKP nach § 37 SGB V insbesondere um Leistungen der medizinischen Behandlungspflege handelt, wohingegen die Pflegesachleistungen nach § 36 SGB XI körperbezogene Pflegemaßnahmen und pflegerische Betreuungsmaßnahmen sowie Hilfen bei der Haushaltsführung umfassen. Leistungen der medizinischen Behandlungspflege, soweit es sich nicht um solche nach § 73d Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V (neu) handelt, sind Bestandteil des ärztlichen Behandlungsplans, sodass die Indikationsstellung für den Bedarf entsprechender Leistungen auch dann weiterhin eine ärztliche Leistung bleibt. Von daher ist die vorgesehene Regelung in § 132a Abs. 1 Satz 4 Nr. 2a SGB V (neu), wonach die „Voraussetzungen für eine fachgerechte Wahrnehmung der Pflegeprozessverantwortung im Sinne des § 4 Absatz 1 Satz 1 des Pflegeberufgesetzes unter Berücksichtigung der ärztlichen Indikationsstellung für den Bedarf an Leistungen der medizinischen Behandlungspflege“ zu regeln sind, zu begrüßen.

Grundsätze der Vergütung für Verordnungen nach § 15 Abs. 1 Nummer 2 SGB V: Gemäß Art. 3 Nr. 16 des Gesetzentwurfs soll ein Vertrag nach § 73d geschlossen werden, in dem die Einzelheiten der ärztlichen Behandlung durch Pflegefachpersonen geregelt werden sollen (vgl. unsere diesbezügliche Stellungnahme).

§ 73d Abs. 2 Satz 2 SGB V (neu) regelt zur Leistungserbringung Folgendes: „Pflegefachpersonen können die nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und 2 vereinbarten Leistungen und Hilfsmittel bei an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringern und bei den Leistungserbringern erbringen oder verordnen, mit denen Verträge nach § 132a Absatz 4 Satz 1 abgeschlossen werden“

Somit ist erkennbar nicht die Schaffung eines neuen Leistungserbringertyps beabsichtigt. Vielmehr sollen die heutigen Leistungserbringerstrukturen, in denen Pflegefachpersonen beschäftigt sind, unter

bestimmten Voraussetzungen zu einem gewissen Teil ärztliche Behandlungen übernehmen können. Dies betrifft folglich auch die heutigen Pflegedienste mit einem Vertrag nach § 132a Abs. 4 SGB V. In dem vorgesehenen Konstrukt der Festlegung des Näheren der selbständigen Erbringung von Leistungen durch Pflegefachpersonen durch einen Vertrag nach § 73d SGB V (neu), ist die Ergänzung in § 132a Abs. 1 Satz 2 Nr. 8 (neu), dass in den Rahmenempfehlungen nach § 132a Abs. 1 SGB V mit Wirkung für die Verträge nach § 132a Abs. 4 SGB V die Grundsätze der Vergütung für das Ausstellen von Verordnungen zu regeln sind, folgerichtig.

Versorgung mit Leistungen der HKP in gemeinschaftlichen Wohnformen nach § 92c Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 SGB XI (neu): Ambulante Pflegeeinrichtungen sollen Verträge zur pflegerischen Versorgung in gemeinschaftlichen Wohnformen mit den Vertragsparteien nach § 89 Absatz 2 Satz 1 Nr.1 bis 3 SGB XI und den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich abschließen können. Die Versorgung erfolgt dann zweiteilig – innerhalb eines Basispakets und außerhalb eines Basispakets. Bestandteil des Basispakets sind u.a. auch Leistungen der HKP. Zur ablehnenden Bewertung dieser vorgesehenen Regelungen siehe unsere Stellungnahme zu den §§ 92c und 45h SGB XI, Artikel 1 Nr. 55 und 36; vor diesem Hintergrund ist die vorgesehene Ergänzung eines Absatzes 5 in § 132a SGB V obsolet und sollte gestrichen werden.

C) Änderungsvorschlag

Artikel 3 Nr. 23 Buchstabe b) wird gestrichen.

Artikel 3 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 26 – § 197b

A) Beabsichtigte Neuregelung

Zusätzlich zu den Aufgaben sollen auch die Interessen der Krankenkassen durch Arbeitsgemeinschaften oder durch Dritte mit deren Zustimmung wahrgenommen werden.

B) Stellungnahme

Die gesetzliche Änderung wird seitens des GKV-Spitzenverbandes begrüßt.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 3 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 31 – § 291

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die elektronische Ersatzbescheinigung zum Nachweis der Berechtigung zur Inanspruchnahme von Leistungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung kann nunmehr auch direkt durch die Praxen über die Telematikinfrastruktur bei der Krankenkasse angefordert werden. Der GKV-Spitzenverband soll hierzu das Verfahren im Benehmen mit den Verbänden der Leistungserbringer regeln.

B) Stellungnahme

Die Regelung wird begrüßt. Sie bildet im Wesentlichen die Inhalte eines Änderungsvorschlags des GKV-Spitzenverbandes ab. Die Anforderung der Versichertenstammdaten direkt durch die Praxen erweitert den Anwendungsbereich der elektronischen Ersatzbescheinigung wesentlich.

C) Änderungsvorschlag

Es sollte klargestellt werden, welche Leistungserbringer eine elektronische Ersatzbescheinigung anfordern können. Diese sind Ärzte, Zahnärzte und Krankenhäuser.

Artikel 3 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 33 – § 340

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Änderung des Absatzes 5 wird festgelegt, dass für Hilfsmittelerbringer das Vorliegen eines Heilberufs- oder Berufsausweises nicht mehr Voraussetzung für die Ausgabe einer Komponente zur Authentifizierung von Leistungserbringerinstitutionen ist.

In den Absätzen 6 und 7 werden die Fristen für die Bereitstellung von Digitalen Identitäten, die ergänzend zu den Heilberufs- und Berufsausweisen bzw. den Komponenten zur Authentifizierung von Leistungserbringerinstitutionen ausgegeben werden können, vom 01.01.2025 auf den 01.01.2028 verschoben.

B) Stellungnahme

Die im Absatz 5 neu aufgenommene Ausnahmeregelung für Hilfsmittelerbringer ist zu begrüßen, da diese aus technischer Sicht keine qualifizierte elektronische Signatur und damit keinen elektronischen Berufsausweis benötigen.

Die Anpassung der Fristen in den Absätzen 6 und 7 ist folgerichtig, da die bestehende Frist bereits abgelaufen ist. Die neue Frist korrespondiert mit der Fristvorgabe der neugefassten eIDAS-VO für die Bereitstellung von digitalen Identitäten und Wallets auf EU-Ebene.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 3 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 34 – § 340a

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Neuregelung des Absatzes 1 wird die unbefugte Weitergabe von Komponenten zur Authentifizierung von Leistungserbringerinstitutionen verboten und eine Sperrung bei der Aufgabe einer Leistungserbringerinstitution verpflichtend vorgegeben.

Der Absatz 2 verpflichtet die Einrichtungsleitung von Pflegeeinrichtungen dazu, sicherzustellen, dass die Regelungen des Absatzes 1 eingehalten werden und dass eine beschäftigte Person über einen Heilberufsausweis oder eine entsprechende digitale Identität verfügt.

B) Stellungnahme

Die Neuregelungen werden begrüßt.

Das neu aufgenommene Verbot und die Verpflichtung im Absatz 1 sind notwendig, um künftig Angriffe, wie sie auf dem 38. Chaos Communication Congress gezeigt wurden, zu verhindern. Hier spielten weitergegebene Komponenten zur Authentifizierung von Leistungserbringerinstitutionen, die nicht gesperrt waren, eine wesentliche Rolle.

Die neue Definition für die Verantwortlichkeiten in Pflegeeinrichtungen im Absatz 2 ist erforderlich, da bei Pflegeeinrichtungen die Verantwortlichkeiten für die Komponente zur Authentifizierung der Leistungserbringerinstitution und der Heilberufsausweis meist bei unterschiedlichen Personen liegen.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 3 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 35 – § 342

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Änderung in Buchstabe a sieht vor, dass die Datenbereitstellung aus der ePA zu Forschungszwecken spätestens zum 31. März 2026 zur Verfügung zu stehen hat. Die Änderung in Buchstabe b sieht vor, dass der digitale Medikationsprozess (dgMP) in der ePA genau wie die Datenbereitstellung der Forschungsdaten spätestens zum 31. März 2026 zur Verfügung zu stehen haben.

B) Stellungnahme

Die Anpassung der gesetzlichen Termine ist aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes erforderlich, um die Gesetzgebung an die planerischen Gegebenheiten der gematik anzupassen. Allerdings ist der im Gesetzesentwurf genannte Termin 31. März 2026 mittlerweile überholt, da das zugehörige ePA-Release (ePA 3.1.3) in zwei Teilen eingeführt wird. Der erste Teil umfasst dabei unter anderem den dgMP und muss von den Krankenkassen zum 30. Juni 2026 bereitgestellt werden. Der zweite Teil umfasst unter anderem die Bereitstellung von Daten aus der ePA zu Forschungszwecken und muss zum 30. Oktober 2026 bereitgestellt werden.

Da die Änderungen an der Release-Planung der gematik sehr kurzfristig sein können, ist es aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes nicht sinnvoll, die zeitliche Planung der ePA kleinteilig im Gesetz vorzugeben. Stattdessen sollte auf die von den Gesellschaftern der gematik beschlossene Release-Planung verwiesen werden.

Hinsichtlich der erstmaligen Ausleitung von Daten zu Forschungszwecken aus der ePA sei an dieser Stelle darauf hingewiesen, dass die Krankenkassen aufgrund der ggfs. bereits jetzt über die Ombudsstelle nach § 342a SGB V eingehenden Widersprüche Zeit benötigen, diese Widersprüche in die ePA einzupflegen. Dies setzt voraus, dass die Widersprüche technisch von der ePA verarbeitet werden können. Aus diesem Grund sieht die ursprüngliche Formulierung des § 342 Absatz 2 Nummer 4 die erste Ausleitung von Daten aus der ePA zu den Forschungszwecken erst sechs Woche nach der Bereitstellung der ePA vor. Dieser Pufferzeitraum ist auch in der Neuformulierung beizubehalten, um den Krankenkassen die datenschutzrechtlich konforme Ausleitung von Daten zu Forschungszwecken zu ermöglichen.

C) Änderungsvorschlag

Buchstabe a wird wie folgt gefasst:

„4. zusätzlich, sobald die hierfür erforderlichen Voraussetzungen vorliegen, spätestens jedoch **sechs Wochen nach dem von der Gesellschafterversammlung der gematik festgelegten Termin bis zum 31. März 2026**, die in der elektronischen Patientenakte gespeicherten Daten nach § 363 zu Forschungszwecken bereitgestellt werden können.“

Nummer 1 des Buchstaben b wird wie folgt gefasst:

„1. sobald die hierfür erforderlichen Voraussetzungen vorliegen, spätestens jedoch bis zu dem **31. März 2026 von der Gesellschafterversammlung der gematik festgelegten** Termin zur digitalen Unterstützung des Medikationsprozesses des Versicherten“

Artikel 3 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 36 – § 347

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der neu eingefügte Absatz 6 hebt für vertragsärztliche Leistungserbringende die Verpflichtung zur Datenspeicherung in der ePA auf, sofern der Übermittlung gewichtige Gründe wie z.B. die Gefährdung des Wohles eines Kindes oder Jugendlichen entgegenstehen würden. Die Gründe sind in der Behandlungsdokumentation der Leistungserbringenden zu dokumentieren.

B) Stellungnahme

Die Regelung ist aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes nachvollziehbar. Es ist allerdings zu bedenken, dass über die Bereitstellung der Daten zu in Anspruch genommenen Leistungen nach § 350 SGB V durch die Krankenkassen eine Überleitung der entsprechenden Leistungen in die ePA automatisiert erfolgt, sofern die Versicherten dem nicht widersprochen haben.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 3 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 37 – § 348

A) Beabsichtigte Neuregelung

Buchstabe a ändert den Verweis in Absatz 4 Satz 1 von den Absätzen 1 und 2 in Absätze 1 bis 3.

Buchstabe b fügt einen neuen Absatz 6 hinzu. Der neu eingefügte Absatz 6 hebt für in Krankenhäusern tätige Leistungserbringende die Verpflichtung zur Datenspeicherung in der ePA auf, sofern der Übermittlung gewichtige Gründe wie z. B. die Gefährdung des Wohles eines Kinder oder Jugendlichen entgegenstehen würden. Die Gründe sind in der Behandlungsdokumentation der Leistungserbringenden zu dokumentieren.

B) Stellungnahme

Die Änderung in Buchstabe a dient der redaktionellen Klarstellung. Die Bewertung der Änderung in Buchstabe b kann der Stellungnahme zu Artikel 3 Nummer 36 entnommen werden.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 3 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 38 – § 349

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der neu eingefügte Absatz 8 hebt für weitere Zugriffsberechtigte die Verpflichtung zur Datenspeicherung in der ePA auf, sofern der Übermittlung gewichtige Gründe wie z. B. die Gefährdung des Wohles eines Kindes oder Jugendlichen entgegenstehen würden. Die Gründe sind in der Behandlungsdokumentation der Leistungserbringenden zu dokumentieren.

B) Stellungnahme

Die Bewertung der Änderung kann der Stellungnahme zu Artikel 3 Nummer 36 entnommen werden.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 3 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 39 – § 360

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der neue Absatz 10 regelt zum einen, welche Akteure den Versicherten eine Komponente zum Zugriff auf die elektronische ärztliche Verordnung nach § 334 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 SGB V anbieten dürfen, zum anderen wird in diesem Absatz geregelt unter welchen Voraussetzungen diese Komponente zur Verfügung gestellt werden darf.

So darf die Bereitstellung durch die gematik, durch die Krankenkassen und durch die in § 362 Absatz 1 genannten Kostenträger erfolgen. Die Sicherheit der Komponente ist jeweils durch ein externes Sicherheitsgutachten nachzuweisen. Das externe Sicherheitsgutachten muss dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik zur Prüfung vorgelegt und durch dieses bestätigt werden.

B) Stellungnahme

Es ist folgerichtig, dass zukünftig neben den Krankenkassen nicht nur Unternehmen der privaten Krankenversicherung, sondern auch die übrigen in § 362 Absatz 1 genannten Kostenträger die E-Rezept-Funktionalität in ihrer ePA-App anbieten dürfen. Die bereits bestehende Verpflichtung der gematik, die Komponenten der Telematikinfrastruktur, die den Zugriff der Versicherten auf die elektronische ärztliche Verordnung nach § 334 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 ermöglichen, als Dienstleistung von allgemeinem wirtschaftlichem Interesse zu entwickeln und anzubieten, ist hingegen abzulehnen. Die Krankenkassen haben in ihren Apps das E-Rezept-Modul bereits integriert. Die Entwicklung und das Angebot durch die Gesellschaft für Telematik würde eine Doppelstruktur zementieren, die vollumfänglich durch die gesetzlich Krankenversicherten finanziert wird. Dies ist insbesondere vor dem Hintergrund der angespannten Finanzlage der Krankenkassen nicht mit dem Wirtschaftlichkeitsgebot vereinbar.

Es ist allerdings weiterhin geboten, dass alle Komponenten zum Zugriff auf die elektronische ärztliche Verordnung nach § 334 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 SGB V den gleichen sicherheitstechnischen Anforderungen unterliegen. Daher sind die Regeln, dass die Sicherheit der jeweiligen Komponente der Krankenkassen und weiteren Kostenträgern jeweils durch ein externes Sicherheitsgutachten nachzuweisen ist, grundsätzlich zu begrüßen. Eine Prüfung und Bestätigung des externen Sicherheitsgutachtens durch das Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik ist hingegen obsolet, wenn die Gesellschaft für Telematik nicht mehr verpflichtet wird, die Komponenten für den Zugriff der Versicherten auf die elektronische ärztliche Verordnung nach § 334 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 als Dienstleistung von allgemeinem wirtschaftlichem Interesse zu entwickeln und zur Verfügung zu stellen. Der Sinn und Zweck der Regelung, dass die gematik nicht die Sicherheit ihrer eigenen E-Rezept-App prüfen und bestätigen kann, entfällt. Für andere Anbieter ist eine doppelte Begutachtung durch die gematik und durch das Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik nicht erforderlich und daher entbehrlich.

C) Änderungsvorschlag

Der Absatz 10 wird wie folgt geändert:

Die Gesellschaft für Telematik ist verpflichtet, die Komponenten der Telematikinfrastruktur, die den Zugriff der Versicherten auf die elektronische ärztliche Verordnung nach § 334 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 ermöglichen, als Dienstleistung von allgemeinem wirtschaftlichen Interesse zu entwickeln und zur Verfügung zu stellen. Die Funktionsfähigkeit und Interoperabilität der Komponenten **der Telematikinfrastruktur, die den Zugriff der Versicherten auf die elektronische ärztliche Verordnung nach § 334 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 ermöglichen**, sind durch die Gesellschaft für Telematik sicherzustellen. Die Sicherheit der Komponenten des Systems zur Übermittlung ärztlicher Verordnungen einschließlich der Zugriffsmöglichkeiten für Versicherte ist durch ein externes Sicherheitsgutachten nachzuweisen. Dabei ist abgestuft im Verhältnis zum Gefährdungspotential nachzuweisen, dass die Verfügbarkeit, Integrität, Authentizität und Vertraulichkeit der Komponenten sichergestellt werden. Die Festlegung der Prüfverfahren und die Auswahl des Sicherheitsgutachters für das externe Sicherheitsgutachten erfolgt durch die Gesellschaft für Telematik im Benehmen mit dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik. Das externe Sicherheitsgutachten muss dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik zur Prüfung vorgelegt und durch dieses bestätigt werden. Erst mit der Bestätigung des externen Sicherheitsgutachtens durch das Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik dürfen die Komponenten durch die Gesellschaft für Telematik zur Verfügung gestellt werden. Komponenten nach diesem Absatz, für die ein externes Sicherheitsgutachten vorliegt, das gemäß Satz 6 durch das Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik bestätigt wurde, dürfen den Versicherten abweichend von Satz 7 auch durch die Krankenkassen und durch die in § 362 Absatz 1 genannten Kostenträger über die Benutzeroberfläche gemäß § 342 zur Verfügung gestellt werden. § 11 Absatz 1 und 1a des Apothekengesetzes sowie § 31 Absatz 1 Satz 5 bis 7 bleiben unberührt.

Artikel 3 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 40 a) und b) – § 361

A) Beabsichtigte Neuregelung

Zu a): Als technische Zugriffsvoraussetzung auf die elektronische Verordnung für die Leistungserbringer nach § 361 Absatz 1 SGB V wird das Vorhandensein einer Komponente zur Authentifizierung von Leistungserbringerinstitutionen oder einer entsprechenden digitalen Identität nach § 340 Absatz 7 festgelegt. Ein Heilberufs- oder Berufsausweis als weitere technische Zugriffsvoraussetzung ist damit nicht mehr für den Zugriff erforderlich. In der Leistungserbringerumgebung muss jedoch nachprüfbar elektronisch protokolliert werden, wer auf die Daten zugegriffen hat.

Zu b): Aufgrund der Ersetzung der Absätze 2 bis 4 durch den neuen Absatz 2 in a) erfolgt in Absatz 5 eine Anpassung der Referenz.

B) Stellungnahme

Zu a): Die technische Zugriffsvoraussetzung auf die elektronische Verordnung für die Leistungserbringer nach § 361 Absatz 1 SGB V von einem Heilberufs- oder Berufsausweis zu entkoppeln, wird aus Wirtschaftlichkeitsaspekten begrüßt.

Allerdings ist der Begriff in Nummer 1 „Komponente zur Authentifizierung von Leistungserbringerinstitutionen“ nicht legal definiert. Daher ist für einen Bezug und die Gewährleistung einheitlicher Regelungen eine Referenz auf die entsprechende Norm § 340 SGB V zu ergänzen, in der die Komponente zur Authentifizierung von Leistungserbringerinstitutionen und die digitale Entsprechung normiert werden.

Zu b): Die Anpassung der Referenz ist folgerichtig.

C) Änderungsvorschlag

Im neuen Absatz 2 Nummer 1 wird zur Klarstellung ergänzt:

“1. einer Komponente zur Authentifizierung von Leistungserbringerinstitutionen **nach § 340** oder”

Artikel 3 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 41 – § 362

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Ergänzung des Absatzes 1 soll der privaten Krankenversicherung und der Industrie mehr Zeit eingeräumt werden, um den TI-Messenger ihren Versicherten bereitzustellen. Dabei wird die Frist vom bereits abgelaufenen 15. Juli 2025 auf den 01. Januar 2028 verlegt.

Durch die Ergänzung des Absatzes 2 wird klargestellt, dass die von den Kostenträgern nach § 362 Absatz 2 vergebenen Krankenversichertennummern im Verzeichnis der Krankenversichertennummern nach § 290 Absatz 3 SGB V zu führen sind. Der Datenabgleich, um Mehrfachvergaben derselben Krankenversichertennummer auszuschließen oder zu korrigieren, erfolgt innerhalb des von der Vertrauensstelle nach § 290 Absatz 3 geführten Verzeichnisses.

B) Stellungnahme

Mit der beabsichtigten Neuregelung im 2. Absatz erfolgt eine folgerichtige Angleichung an das bestehende Verfahren.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 3 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 44 – § 393

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Änderung stellt eine Sonderregelung für solche informationstechnischen Systeme dar, die erstmals nach dem Stichtag nach Satz 1 in Verkehr gebracht werden. Die Regelung spiegelt die bisherigen Erfahrungswerte zur Dauer eines C5-Typ1 bzw. C5-Typ2-Testats wider, um innovativen Produkten den Markteintritt zu ermöglichen.

B) Stellungnahme

Die Änderung ist sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 3 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 45 – § 399

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Regelung wird strafbewehrt festgelegt, dass die Einrichtungsleitung einer ambulanten oder stationären Pflegeeinrichtung dafür organisatorisch verantwortlich ist, dass die Institutionskarte (SMC-B) zur Authentifizierung der Leistungserbringerinstitution nicht an Dritte weitergegeben wird, damit keine unberechtigten Personen einen Zugang zur Telematikinfrastruktur erhalten. Dies ist notwendig, da in Pflegeeinrichtungen – anders als in Arztpraxen – die organisatorisch verantwortliche Person der Leistungserbringerinstitution und die versorgende Person mit einem abgeschlossenen Heilberuf auseinanderfallen.

Zudem werden die Einrichtungsleitungen strafbewehrt verpflichtet, dafür zu sorgen, dass die Pflegedienstleitung oder eine andere in der Pflegeeinrichtung beschäftigte Person über einen gültigen elektronischen Heilberufsausweis oder eine digitale Identität des Gesundheitswesens nach § 340 Absatz 6 SGB verfügt. Hierdurch soll sichergestellt werden, dass jede ambulante oder stationäre Pflegeeinrichtung über eine verantwortliche Person mit dem für die pflegerische Versorgung erforderlichen Heilberuf verfügt und nur mit dem Heilberufsausweis entsprechende Zugriffe auf die Anwendungen der Telematikinfrastruktur erfolgen.

Für den Fall, dass der Täter in den Fällen des Absatzes 1 gegen Entgelt oder in der Absicht handelt, sich oder einen anderen zu bereichern, oder einen anderen zu schädigen, wird das Höchstmaß der Freiheitsstrafe von bis zu drei Jahre auf bis zu zwei Jahre abgesenkt.

B) Stellungnahme

Die Änderung ist sachgerecht, um den Datenschutz und die IT-Sicherheit beim Zugang zur Telematikinfrastruktur zu stärken. Die Absenkung des Höchstmaßes der Freiheitsstrafe steht in Einklang mit den Strafvorschriften der DSG-VO.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 5 (Änderung des Pflegeberufgesetzes)

Nr. 3 – § 4

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die vorbehaltenen Aufgaben werden um die Angaben der „Pflegeprozessverantwortung“ und „Planung der Pflege“ im Pflegeberufgesetz konkretisiert.

B) Stellungnahme

Die Konkretisierung und Präzisierung ist nachvollziehbar.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 5 (Änderung des Pflegeberufgesetzes)

Nr. 4 – § 4a

A) Beabsichtigte Neuregelung

Personen, die die Erlaubnis zum Tragen der Berufsbezeichnung „Pflegefachperson“ besitzen, sind zur selbständigen Ausübung von Heilkunde nach den jeweiligen Kompetenzen befugt.

B) Stellungnahme

Diese Änderung im Pflegeberufgesetz ist folgerichtig und nachvollziehbar.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 6 (Änderung des Dritten Buches Sozialgesetzbuch)

§ 421d

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die in § 45 Absatz 2a SGB V vorgesehene Verlängerung des erweiterten Anspruchs auf Kinderkrankengeld für das Jahr 2026 (siehe Artikel 3 Nr. 10) soll für die Leistungsfortzahlung des Arbeitslosengeldes in gleicher Weise gelten.

B) Stellungnahme

Es handelt sich um eine sachgerechte Folgeregelung.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 7 (Änderung des Siebten Buches Sozialgesetzbuch)

§ 47

A) Beabsichtigte Neuregelung

Durch einen veränderten Verweis auf das SGB V soll klargestellt werden, dass bei Versicherten mit Wohnsitz im Ausland, deren Ansässigkeitsstaat laut Doppelbesteuerungsabkommen das Besteuerungsrecht für das Verletztengeld hat, die Berechnung des Verletztengeldes auf Basis des Bruttoarbeitsentgelts abzüglich Sozialversicherungsbeiträge erfolgt. Wird das Verletztengeld im Ansässigkeitsstaat nicht besteuert, gelten die allgemeinen Berechnungsvorschriften.

B) Stellungnahme

§ 47 SGB VII verweist hinsichtlich der Höhe des Verletztengeldes auf die Berechnungsvorschriften des § 47 SGB V. Durch die vorgesehene Anpassung der Verweisregelung wird die durch Artikel 3 Nr. 11 vorgesehene Regelung zur Vermeidung einer steuerlichen Doppelbelastung in bestimmten Fallkonstellationen auch auf das Verletztengeld der gesetzlichen Unfallversicherung übertragen; dies ist sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 8 (Änderung des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 64k

A) Beabsichtigte Neuregelung

§ 64k regelt in der derzeit geltenden Fassung, wie auch § 39a SGB XI, dass Pflegebedürftige bei der Nutzung von DiPA einen Anspruch auf erforderliche ergänzende Unterstützungsleistungen (eUL) haben, die das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte festgelegt hat.

B) Stellungnahme

Die Streichung ist eine redaktionelle Folgeänderung aufgrund der in § 39a SGB XI sowie in § 78a Absatz 5 Satz 6 SGB XI vorgesehenen Streichung, dass die gesonderte Feststellung der Erforderlichkeit der eUL durch das BfArM entfallen soll. Mit Verweis auf die Stellungnahme zu § 39a SGB XI wird die Folgeänderung abgelehnt.

C) Änderungsvorschlag

Die vorgesehene Streichung wird abgelehnt.

Artikel 11 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

Nr. 1 – § 14b Satz 3

A) Beabsichtigte Neuregelung

Für die Evaluation des digitalen Reifegrades von Krankenhäusern gibt es verschiedene Messzeitpunkte, welche bisher auf den 30. Juni 2021 und den 30. Juni 2024 datiert sind. Mit der Änderung in § 14b KHG soll nun ein dritter Messzeitpunkt – 30. September 2025 - festgelegt werden, um Entwicklungen in der digitalen Reife noch weiter abbilden zu können.

B) Stellungnahme

Die Erhebung zu einem weiteren Zeitpunkt ist sinnvoll.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 11 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

Nr. 2 – § 14b Satz 4

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Gesetzgeber hatte sich die Option zur Festlegung eines weiteren Stichtags in § 14b Satz 4 vorbehalten.

B) Stellungnahme

Die Streichung des Satzes 4 bei Festlegung eines weiteren Evaluationszeitpunktes ist folgerichtig.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 13 (Änderung des Mutterschutzgesetzes)

§ 20

A) Beabsichtigte Neuregelung

Durch eine Ergänzung des Mutterschutzgesetzes soll geregelt werden, dass bei Versicherten mit Wohnsitz im Ausland, deren Ansässigkeitsstaat laut Doppelbesteuerungsabkommen das Besteuerungsrecht für den Zuschuss zum Mutterschutzgesetz hat, die Berechnung des Zuschusses auf Basis des Bruttoarbeitsentgelts abzüglich Sozialversicherungsbeiträge erfolgt. Wird der Zuschuss zum Mutterschaftsgeld im Ansässigkeitsstaat nicht besteuert, gelten die allgemeinen Berechnungsvorschriften.

B) Stellungnahme

Die Regelung steht im Kontext der Regelung zur Berechnung des Mutterschaftsgeldes nach § 24i SGB V (s. Artikel 3 Nr. 4) und ist sachgerecht, da sie sicherstellt, dass für den ggf. vom Arbeitgeber zu zahlenden Zuschuss zum Mutterschaftsgeld dieselben Berechnungsregelungen gelten wie für das Mutterschaftsgeld.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

III. Ergänzendes Änderungsbedarf

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 8 Absatz 3b

A) Neuregelungsbedarf

Die Bearbeitung des Modellprogramms zur wissenschaftlich gestützten Weiterentwicklung der Personalbemessung für die stationäre Pflege wird im Jahr 2026 abgeschlossen sein. Allerdings besteht daneben gemäß § 8 Absatz 3b ein gesetzlicher Auftrag, für die ambulante Pflege neue Modelle der Arbeitsorganisation für eine wohnortnahe ambulante pflegerische Versorgung mit einem veränderten, kompetenz- und qualifikationsorientierten Personalmix zu entwickeln und einzuführen. Ziel ist die wissenschaftlich gestützte Weiterentwicklung der ambulanten Pflege. Zwei Expertisen in diesem Zusammenhang sind gegenwärtig in der Umsetzung. Erst nach deren Abschluss und auf Grundlage ihrer Erkenntnisse kann anschließend über die konkrete weitere Ausgestaltung des Modellprogramms für die ambulante Pflege befunden werden. Dies wäre unter der derzeitigen Laufzeit bis Ende des Jahres 2026 nicht möglich. Insofern ist eine Verlängerung des Modellprogramms bis mindestens Ende 2028 dringend erforderlich, um dem gesetzlichen Auftrag in angemessener Weise Rechnung tragen zu können. Das beschriebene Vorgehen hat der GKV-Spitzenverband im Dezember 2023 mit dem BMG und dem BMBFSFJ abgestimmt.

B) Änderungsvorschlag

In § 8 Absatz 3b Satz 5 wird die Angabe „2026“ ersetzt durch die Angabe „2028“.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 18 Absatz 3

A) Neuregelungsbedarf

Die mit dem Pflegeneuausrichtungsgesetz (PNG) vom 30. Oktober 2012 in § 18 Abs. 3a SGB XI (ab 01. Dezember 2023 § 18 Abs. 3 SGB XI) eingeführte Beauftragung unabhängiger Gutachterinnen und Gutachter hat zum Ziel, den Pflegekassen bessere Möglichkeiten zu eröffnen, innerhalb der gesetzlich verankerten Fristen ihre Entscheidung über die Pflegebedürftigkeit zu treffen und der bzw. dem Betroffenen mitzuteilen. Insoweit sollen Gutachtaufträge durch die Pflegekassen, insbesondere in den Fällen drohender Fristüberschreitungen, nicht nur an den Medizinischen Dienst, sondern auch an andere unabhängige Gutachterinnen und Gutachter vergeben werden können. Soweit unabhängige Gutachterinnen und Gutachter mit der Prüfung beauftragt werden sollen oder wenn innerhalb von 20 Arbeitstagen ab Antragstellung keine Begutachtung erfolgt ist, erhält die Antragstellerin oder der Antragsteller durch die Pflegekasse das Angebot zur Auswahl einer anderen unabhängigen Gutachterin bzw. eines anderen unabhängigen Gutachters aus mindestens drei Vorschlägen.

Die mit der Regelung beabsichtigte Verfahrensbeschleunigung ist nicht eingetreten. Nach den praktischen Erfahrungen der Pflegekassen sind in den Fällen, in denen unabhängige Gutachterinnen und Gutachter mit der Feststellung von Pflegebedürftigkeit beauftragt wurden, keine gegenüber den Medizinischen Diensten bessere Laufzeiten zu beobachten. In den Fällen nach § 18 Abs. 3 Satz 1 Nr. 2 SGB XI ist in der Regel das Gegenteil der Fall.

Nach den von den Pflegekassen im Rahmen des achten Pflegeberichts der Bundesregierung erhobenen Daten wurden von den Pflegekassen in den Jahren 2020 bis 2023 im Jahresdurchschnitt lediglich 44 Begutachtungsaufträge an unabhängige Gutachterinnen und Gutachter erteilt. Dies zeigt, dass der Einsatz von unabhängigen Gutachterinnen und Gutachtern durch die Pflegekassen bei der Feststellung von Pflegebedürftigkeit de Facto keine Rolle spielt.

Eine Regelung, die nicht gelebt wird, läuft ins Leere. Insoweit ist die Regelung in § 18 Abs. 3 SGB XI zur Beauftragung unabhängiger Gutachterinnen und Gutachter zu streichen.

B) Änderungsvorschlag

Die Regelung in § 18 Absatz 3 SGB XI ist ersatzlos zu streichen. In der Folge sind entsprechende Regelungen in anderen Paragraphen, die Hinweise auf unabhängige Gutachterinnen und Gutachter enthalten, anzupassen. Der bisherige Absatz 4 wird zu Absatz 3.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 40 und § 78

A) Neuregelungsbedarf

Pflegebedürftige haben gemäß § 40 Absatz 1 Satz 1 SGB XI Anspruch auf Versorgung mit Pflegehilfsmitteln, die zur Erleichterung der Pflege oder zur Linderung der Beschwerden des Pflegebedürftigen beitragen oder ihm eine selbstständigere Lebensführung ermöglichen. Die Aufwendungen der Pflegekassen für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel dürfen monatlich den Betrag von 42 Euro nicht übersteigen. Der GKV-Spitzenverband schließt mit den Leistungserbringern oder deren Verbänden Verträge über die Versorgung der Versicherten mit zum Verbrauch bestimmten und anderen Pflegehilfsmitteln. Gemäß den einschlägigen Rechtsvorschriften hat jeder Leistungserbringer ein Verhandlungsrecht, wenn er einen Vertrag schließen oder einem Vertrag beitreten möchte. In Anbetracht der Vielzahl an Leistungserbringern in diesem Marktsegment (mehr als 20.000) führt dies sowohl bei dem GKV-Spitzenverband, den Leistungserbringern als auch bei den Pflegekassen zu einem unverhältnismäßigen bürokratischen Aufwand und ist für die Versicherten ohne Mehrwert. Zudem werden – auch bei den Verbraucherzentralen – immer häufiger Fälle bekannt, wonach die Versicherten Leistungen erhalten, die sie weder beantragt haben, noch benötigen. Vielfach wurden Versichertenunterschriften von Leistungserbringern gefälscht. Dies belastet die Solidargemeinschaft unnötig. Der Aufwand bei den zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln, der auf Basis der bestehenden Sachleistungsregelung mit dem Bewilligungs-, Abrechnungs- und dem Vertragsgeschäft verbunden ist, steht in keinem angemessenen Verhältnis zu einem etwaigen Nutzen dieser Regelung. Echte Steuerungsmöglichkeiten durch Verträge bestehen in diesem Bereich nicht. Die Regelungen führen häufig eher zu Überversorgungen, da die Produkte in vorkonfigurierten Pflegeboxen angeboten werden und der Bedarf nicht im Einzelnen überprüft werden kann.

Um dem Gebaren der Leistungserbringer entgegenzuwirken und den Versicherten einen einfachen Zugang zu den benötigten Leistungen ermöglichen, aber auch um Bürokratie abzubauen, wird erneut angeregt, die bisher als Sachleistung ausgestaltete Versorgung mit zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln durch die Auszahlung eines festen pauschalen Leistungsbetrags an die Leistungsberechtigten zu ersetzen. Da die grundsätzlichen Anspruchsvoraussetzungen unverändert bestehen bleiben, diese weiterhin zu Beginn der Versorgung geprüft werden und jeweils eine Bedarfsfeststellung erfolgt, werden Mehrausgaben infolge der neuen gesetzlichen Regelung nicht erwartet. Sofern hierfür die Erforderlichkeit gesehen wird, könnte die vorgeschlagene Neuregelung auch mit ergänzenden Prüfmöglichkeiten verbunden werden, die eine zweckgerechte Mittelverwendung sicherstellen.

Mit der Umstellung auf eine pauschale Geldleistung könnten gerade auch im Interesse der Versicherten, die sich verschiedentlich bereits mit dem Wunsch nach Ermöglichung flexiblerer Bezugsmöglichkeiten an die Pflegekassen gewandt haben, die Versorgungsprozesse ohne Qualitätsnachteile entbürokratisiert und beschleunigt sowie kostengünstigere und wirtschaftlichere Beschaffungswege im allgemeinen Fachhandel ermöglicht werden. Dies würde den Wettbewerb intensivieren und den gesetzlich vorgesehenen Leistungsbetrag dauerhaft und nachhaltig sichern, da die vom GKV-Spitzenverband erhobenen Daten zeigen, dass auf dem Erstattungsweg eine Versorgung

der Versicherten wirtschaftlicher ist als auf dem Sachleistungsweg. Angesichts der weiter ansteigenden Anzahl der Pflegebedürftigen, die ambulant versorgt werden, und der finanziellen Situation der Pflegekassen ist dies ebenfalls ein wichtiger Gesichtspunkt. Gleichzeitig liegen keinerlei Hinweise vor, wonach die Qualität der Versorgung auf dem Erstattungsweg beeinträchtigt wird. Es handelt sich überwiegend um Produkte, die auf dem Privatzahlermarkt bedenkenlos und günstig zur Verfügung gestellt werden.

Darüber hinaus regt der GKV-Spitzenverband die Angleichung der Zuzahlungsregelungen für Pflegehilfsmittel in § 40 Absatz 3 Satz 4 und 5 SGB XI an die entsprechenden Regelungen für Hilfsmittel im SGB V an. Die unterschiedlichen Zuzahlungsregelungen führen in der Versorgungspraxis zu einem bürokratischen Mehraufwand und insbesondere bei den doppel funktionalen Hilfsmitteln im Sinne von § 40 Absatz 5 SGB XI immer wieder zu Abgrenzungsfragen. Dies könnte vermieden werden, wenn für beide Leistungsbereiche einheitliche Zuzahlungsregelungen gelten.

Erklärtes Ziel in dem Problemaufriss des Gesetzentwurfes ist es, „auch wichtige Schritte zu unternehmen, um die pflegerischen Versorgungsstrukturen zu optimieren und Effizienzpotenziale zu heben“. Dazu würde die vorgeschlagene Regelung einen deutlichen Beitrag leisten.

B) Änderungsvorschlag

§ 40 Absatz 2 SGB XI wird wie folgt gefasst:

„Zur Erfüllung des Anspruchs auf Versorgung mit zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln erhalten Pflegebedürftige als Leistung zur häuslichen Pflege, wenn die Durchführung der Pflege zumindest teilweise durch eine Pflegeperson nach § 19 SGB XI erfolgt, ab dem 01. Januar 2027 einen pauschalen Betrag von höchstens 42 Euro monatlich für die Selbstbeschaffung der notwendigen Pflegehilfsmittel. Der Betrag wird von der Pflegekasse erstmalig auf Antrag und nach Bewilligung der Leistung monatlich im Voraus an die pflegebedürftige Person selbst gezahlt. Der Geldbetrag wird bis zum Ende des Kalendermonats geleistet, in dem der Leistungsanspruch endet. § 118 Absatz 3 und 4 des Sechsten Buches gelten entsprechend, wenn der Betrag für die Zeit nach dem Tod des Berechtigten gezahlt wurde.“

§ 40 Absatz 3 SGB XI wird wie folgt geändert:

Die Sätze 4 und 5 werden durch folgende Sätze ersetzt:

„Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, haben zu den Kosten der Pflegehilfsmittel mit Ausnahme der Pflegehilfsmittel nach Absatz 2 in entsprechender Anwendung des § 61 Satz 1 SGB V eine Zuzahlung an die abgebende Stelle zu leisten. Der Vergütungsanspruch des Leistungserbringers verringert sich um die Zuzahlung.

§ 78 Absatz 1 SGB XI wird um folgenden Satz 4 ergänzt, wobei es sich um eine Folgeänderung handelt:

„Die Sätze 1 bis 3 gelten ab dem 01. Januar 2027 nicht für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel gemäß § 40 Absatz 2.“

§ 78 Absatz 2 Sätze 1 und 2 SGB XI werden wie folgt geändert:

„Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen erstellt als Anlage zu dem Hilfsmittelverzeichnis nach § 139 des Fünften Buches ein systematisch strukturiertes Pflegehilfsmittelverzeichnis. Darin sind mit Ausnahme der zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmittel nach § 40 Absatz 2 die von der Leistungspflicht der Pflegeversicherung umfassten Pflegehilfsmittel aufzuführen, soweit diese nicht bereits im Hilfsmittelverzeichnis enthalten sind.“

Der konkrete Gesetzesvorschlag kann auch mit ergänzenden Prüfmöglichkeiten verbunden werden (s.o.).

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 40a Absatz 2 Satz 3 bis 5

A) Neuregelungsbedarf

Die Befristungs-Regelung im Absatz 2 Satz 3 bis 5 ist nicht sachgerecht und wird in der derzeit geltenden Fassung abgelehnt. Im Sinne der Wirtschaftlichkeit muss nicht nur die erstmalige Bewilligung befristet werden, sondern stets eine befristete Bewilligung nach entsprechender Prüfung erteilt werden. Eine unbefristete Bewilligung ohne weitere Prüfung, ob die DiPA genutzt und die Zwecksetzung erreicht wird, führt mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit zu unnötigen Kosten für die Pflegeversicherung. Dies lässt sich durch eine regelmäßige Prüfung und Befristung vermeiden. Insbesondere und erst recht vor dem Hintergrund des durch den Gesetzentwurf geregelten Erprobungsjahres, das abgelehnt wird (siehe hierzu Stellungnahme zu § 78a SGB XI), sollten erneute Prüfungen und stets befristete Bewilligungen auch zum Schutz der vulnerablen Nutzergruppe geregelt werden.

B) Änderungsvorschlag

In Absatz 2 Satz 3 wird das Wort „erstmalig“ gestrichen.

In Absatz 2 Satz 4 wird nach dem Wort „darf“ das Wort „jeweils“ eingefügt.

In Absatz 2 Satz 5 wird das Wort „unbefristete“ ersetzt durch „nochmalige“.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 42b

A) Neuregelungsbedarf

Durch das Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz wurde in § 42b SGB XI ein Anspruch auf Versorgung pflegebedürftiger Personen bei Aufenthalt der Pflegeperson in einer zugelassenen Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung eingeführt. Pflegebedürftige Personen haben demnach einen Anspruch auf Mitaufnahme in eine Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung, wenn die pflegerische Versorgung in der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung für die Dauer der Leistungen zur stationären Vorsorge oder zur medizinischen Rehabilitation der Pflegeperson sichergestellt ist. Leistungen nach dieser Vorschrift werden nur erbracht, wenn kein Anspruch auf Versorgung des Pflegebedürftigen nach § 40 Abs. 3a Satz 1 SGB V besteht. § 40 Abs. 3a Satz 1 SGB V regelt, dass Pflegepersonen bei einer stationären Rehabilitation auch Anspruch auf die Versorgung der Pflegebedürftigen haben, wenn diese in derselben Einrichtung aufgenommen werden. In diesen Fällen muss demnach die Krankenkasse der Pflegeperson im Rahmen der Rehabilitationsleistungen für die Pflegeperson auch die zusätzlichen Aufwendungen für die in dieselbe Rehabilitationseinrichtung mitaufgenommene pflegebedürftige Person tragen; ein Anspruch der pflegebedürftigen Person nach § 42b SGB XI besteht nicht.

Anders verhält es sich bei stationären medizinischen Vorsorgeleistungen der Krankenkasse und bei stationären medizinischen Rehabilitationsleistungen anderer Rehabilitationsträger, insbesondere der Rentenversicherung, für Pflegepersonen, wenn die pflegebedürftige Person in dieselbe Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung mitaufgenommen wird. In diesen Fallkonstellationen haben die pflegebedürftigen Personen bei Mitaufnahme Ansprüche nach § 42b SGB XI gegen ihre zuständige Pflegekasse oder das zuständige private Krankenversicherungsunternehmen.

Diese Differenzierung des Anspruchs auf Versorgung Pflegebedürftiger bei Inanspruchnahme von Rehabilitationsleistungen durch die Pflegeperson nach § 42b SGB XI je nach zuständigem Rehabilitationsträger ist weder systematisch konsistent noch im Interesse der Versorgung und Transparenz der Anspruchsgrundlagen sachgerecht. Sie führt auch aus der Perspektive der Rehabilitationseinrichtungen zu zusätzlichem Umsetzungsaufwand und unterschiedlichen Versorgungsgrundlagen, da sich die Anforderungen an die Versorgung der pflegebedürftigen Personen und deren Vergütung entweder aus den Regelungen des § 42b SGB XI oder den Verträgen nach § 111 SGB V ergeben.

Im Interesse konsistenter gesetzlicher Zuständigkeitszuordnungen für die Versorgung pflegebedürftiger Personen, einheitlicher und klarer Anforderungen an die Voraussetzungen und Inhalte der Versorgung durch die Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen sowie des Abbaus von Bürokratie insbesondere auf Seiten der Rehabilitationseinrichtungen durch einheitliche vertragliche Grundlagen wird vorgeschlagen, auch bei medizinischen Leistungen zur Rehabilitation für Pflegepersonen in Zuständigkeit der Krankenkassen den pflegebedürftigen Personen bei Mitaufnahme in derselben Einrichtung Ansprüche nach § 42b SGB XI einzuräumen.

B) Änderungsvorschlag

Änderungen im SGB XI:

§ 42b Abs. 1 Satz 2 wird gestrichen.

In § 42b Abs. 6 Satz 1 sind die Wörter „oder § 40 Absatz 3a Satz 1 des Fünften Buches“ zu streichen.

Änderungen im SGB V:

§ 40 Abs. 3a SGB V wird gestrichen.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 43c

A) Neuregelungsbedarf

Vor dem Hintergrund der Prüfung des Bundesrechnungshofes über das Abrechnungsverfahren zur Begrenzung des Eigenanteils an den pflegebedingten Aufwendungen soll ein automatisiertes Verfahren für die Berechnung und Zahlung der Leistungszuschläge ohne Rechnungslegung durch die Pflegeeinrichtung geregelt werden. Einer solchen Regelung steht jedoch der aktuelle Gesetzeswortlaut in § 43c SGB XI entgegen.

B) Änderungsvorschlag

§ 43c Satz 6 wird wie folgt gefasst:

„Die Pflegekasse berechnet den Leistungszuschlag auf Grundlage der von der vollstationären Pflegeeinrichtung, die den Pflegebedürftigen versorgt, übermittelten Informationen. Art und Umfang der zu übermittelnden Informationen werden im Rahmen der Festlegungen nach § 105 Absatz 2 Satz 1 bestimmt. Die Pflegekasse entrichtet den berechneten Leistungszuschlag gegenüber der Pflegeeinrichtung; die Pflegeeinrichtung stellt dem Pflegebedürftigen den verbleibenden Eigenanteil in Rechnung.“

§ 43c Satz 7 wird gestrichen.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 42 – § 72 Absatz 3c

A) Neuregelungsbedarf

Wenn eine Pflegeeinrichtung nicht nur vorübergehend die Zulassungsvoraussetzungen nach § 72 Absatz 3a oder Absatz 3b nicht erfüllt, ist als Sanktionsmöglichkeit derzeit nur eine Kündigung des Versorgungsvertrags vorgesehen (§ 74 Absatz 1). Vor dem Hintergrund des Grundprinzips der Verhältnismäßigkeit sollten ergänzend auch weniger weitreichende Sanktionsmöglichkeiten, wie sie auch für die Nichterfüllung der Meldepflichten gelten, gesetzlich vorgesehen werden (vgl. § 72 Absatz 3c Sätze 2 und 3 SGB XI).

B) Änderungsvorschlag

§ 72 Absatz 3c Satz 2 wird wie folgt gefasst:

“In den Richtlinien ist auch festzulegen, welche Folgen eintreten, wenn eine Pflegeeinrichtung **die Zulassungsvoraussetzung weder nach Absatz 3a noch nach Absatz 3b erfüllt oder** ihre Mitteilungspflicht nach Absatz 3d Satz 2 oder Absatz 3e nicht, nicht richtig, nicht vollständig oder nicht rechtzeitig erfüllt.”

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 42 - § 72 Absatz 3e

A) Neuregelungsbedarf

Die Mitteilungen gemäß § 72 Abs. 3e SGB XI, die tarif- oder an kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen gebundene Pflegeeinrichtungen einmal jährlich abgeben müssen, enthalten unter anderem Informationen über tatsächlich gezahlte Entlohnungen, differenziert nach gesetzlich vorgegebenen Entlohnungsbestandteilen (z. B. Tabellenentgelte, Jahressonderzahlungen und pflegetypische Zulagen).

Bei diesen Daten handelt es sich um sensible Sozialdaten, die Dritten einen Einblick in die wirtschaftliche Ausrichtung, die Kosten- und Personalstruktur sowie die Größe der Pflegeeinrichtung gewähren können. Daraus kann der Einfluss auf den Versorgungsmarkt jeder einzelnen Pflegeeinrichtung abgeleitet werden. Somit gilt es die Daten, die Aussagen zu den Betriebs- und Geschäftsgeheimnissen machen, besonders zu schützen.

Um diese sensiblen Sozialdaten schützen zu können, ist es aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes notwendig, diesen besonderen Datenschutz direkt im Gesetzestext aufzunehmen. Von der gesetzlichen Anpassung unberührt bleiben die Regelungen zur Berichtspflicht gegenüber dem Bundesministerium für Gesundheit gemäß § 82c Abs. 6 SGB XI.

B) Änderungsvorschlag

§ 72 Absatz 3e SGB XI wird wie folgt gefasst: „Pflegeeinrichtungen, die im Sinne von Absatz 3a an Tarifverträge oder an kirchliche Arbeitsrechtsregelungen gebunden sind, haben dem jeweiligen Landesverband der Pflegekassen bis zum Ablauf des 31. August jeden Jahres Folgendes mitzuteilen:

1. an welchen Tarifvertrag oder an welche kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen sie gebunden sind,
2. Angaben über die sich aus diesen Tarifverträgen oder kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen ergebende am 1. August des Jahres gezahlte Entlohnung der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, die Leistungen der Pflege oder Betreuung von Pflegebedürftigen erbringen, soweit diese Angaben zur Feststellung des Vorliegens der Voraussetzungen nach den Absätzen 3a und 3b oder zur Ermittlung des oder der regional üblichen Entlohnungsniveaus sowie der regional üblichen Niveaus der pflegetypischen Zuschläge nach § 82c des Elften Buches Sozialgesetzbuch erforderlich sind.

Der Mitteilung ist die jeweils am 1. August des Jahres geltende durchgeschriebene Fassung des mitgeteilten Tarifvertrags oder der mitgeteilten kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen beizufügen. Tritt nach der Mitteilung nach Satz 1 eine Änderung im Hinblick auf die Wirksamkeit oder den Inhalt des mitgeteilten Tarifvertrags oder der mitgeteilten kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen ein, haben die in Satz 1 genannten Pflegeeinrichtungen dem jeweiligen Landesverband der Pflegekassen diese Änderung unverzüglich mitzuteilen und dem jeweiligen Landesverband der Pflegekassen unverzüglich die

aktuelle, durchgeschriebene Fassung des geänderten Tarifvertrags oder der geänderten kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen zu übermitteln. **Die in den Sätzen 1 – 3 genannten Angaben werden vertraulich übermittelt und unterliegen der Vertraulichkeit. Die zugrunde liegenden Daten dürfen ausschließlich zu den in den §§ 72 und 82c ausdrücklich genannten Zwecken verarbeitet werden. Andere Verarbeitungen sind unzulässig.“**

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 68 – § 115 Absätze 3 und 3a

A) Neuregelungsbedarf

Das vorgegebene Verfahren der Vergütungskürzung bei Nichtbezahlung der der Vergütungsvereinbarung zugrunde gelegten Gehälter ist äußerst aufwändig. Sowohl die Vereinbarung eines Kürzungsbetrags als auch die Ermittlung und Erstattung der jeweiligen Rückzahlungsbeträge an die betroffenen Pflegebedürftigen oder ggf. ihrer Erben sind langwierig und binden erhebliche Ressourcen. Das Verfahren ist zu erleichtern und zudem sollten alternative Verrechnungsmöglichkeiten vorgesehen werden.

B) Änderungsvorschlag

§ 115 Absatz 3 Satz 1 wird wie folgt gefasst:

“Hält die Pflegeeinrichtung ihre gesetzlichen oder vertraglichen Verpflichtungen, insbesondere ihre Verpflichtungen zu einer qualitätsgerechten Leistungserbringung aus dem Versorgungsvertrag (§ 72) ganz oder teilweise nicht ein, sind die nach dem Achten Kapitel vereinbarten Pflegevergütungen für die Dauer der Pflichtverletzung durch die Pflegekassen entsprechend zu kürzen.”

In § 115 Absatz 3 sind die Sätze 2 bis 4 zu streichen.

In § 115 Absatz 3a wird Satz 3 wie folgt gefasst:

“Die Pflegekassen können nach Ermessen den Kürzungsbetrag gemäß Absatz 3 Satz 1 auch im Rahmen der folgenden Vergütungsvereinbarung verrechnen.”

Artikel 3 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

§§ 279 und 282

A) Neuregelungsbedarf

Die gesetzlichen Regelungen zur Wahrnehmung von Selbstverwaltungsmandaten im Medizinischen Dienst Bund sehen derzeit für kassenseitige Vertreterinnen und Vertreter in den Verwaltungsräten eine Begrenzung der Anzahl der Ehrenämter (nur ein weiteres Ehrenamt in der Sozialversicherung) sowie eine Begrenzung ihrer Tätigkeit auf maximal zwei Amtsperioden vor. Diese Regelungen gelten nicht für andere Mitglieder der Verwaltungsräte, wie etwa Patienten- oder Berufsvertreter. Diese Begrenzungen führen zu erheblichen Schwierigkeiten bei der Besetzung der Gremien, insbesondere mit ehrenamtlich engagierten Personen, und erweisen sich somit als wenig praxistauglich.

Vor diesem Hintergrund wird vorgeschlagen, die Begrenzungen der Anzahl der Ehrenämter sowie der Amtsperioden für kassenseitige Vertreterinnen und Vertreter in den Verwaltungsräten der Medizinischen Dienste aufzuheben oder zumindest zu flexibilisieren. Die entsprechenden Regelungen in § 279 Abs. 4 und 6 SGB V sollten gestrichen oder so angepasst werden, dass eine gleichberechtigte Amtsausübung aller Mitgliedergruppen in der Selbstverwaltung möglich ist.

Die Aufhebung dieser Begrenzungen würde die Besetzbarkeit der Gremien deutlich verbessern, da sie den Kreis potenzieller Kandidatinnen und Kandidaten erweitert und die Möglichkeit schafft, erfahrene und engagierte Mitglieder längerfristig einzubinden.

Zudem ermöglicht die Aufhebung der Mandatsbegrenzungen eine trägerübergreifende Perspektive, die für die inhaltliche Arbeit in der Selbstverwaltung von großem Wert ist. Die Möglichkeit, Erfahrungen aus verschiedenen Bereichen der Sozialversicherung einzubringen, fördert die Qualität der Entscheidungsfindung und trägt zur Weiterentwicklung des Gesundheitssystems bei. Schließlich würde die Gleichbehandlung aller Mitgliedergruppen innerhalb der Verwaltungsräte hergestellt, was aus rechts- und gleichstellungspolitischer Sicht geboten erscheint.

B) Änderungsvorschlag

Der bisherige § 279 Absatz 4 SGB V wird wie folgt angepasst:

„(4) 16 Vertreter werden von den Verwaltungsräten oder Vertreterversammlungen der Landesverbände der Orts-, Betriebs- und Innungskrankenkassen, der landwirtschaftlichen Krankenkasse, der Ersatzkassen und der BAHN-BKK gewählt. Die Krankenkassen haben sich über die Zahl der Vertreter, die auf die einzelne Kassenart entfällt, zu einigen. Kommt eine Einigung nicht zustande, entscheidet die für die Sozialversicherung zuständige oberste Verwaltungsbehörde des Landes. Als Vertreter nach Satz 1 sind je zur Hälfte Frauen und Männer zu wählen. Jeder Wahlberechtigte nach Satz 1 wählt auf der Grundlage der von der oder dem Vorsitzenden des Verwaltungsrates erstellten Bewerberliste eine Frau und einen Mann. Die acht Bewerberinnen und acht Bewerber mit den meisten Stimmen sind gewählt. Eine Wahl unter Verstoß gegen Satz 4 ist nichtig. Ist nach dem dritten Wahlgang die Vorgabe nach Satz 4 nicht erfüllt, gelten nur so viele Personen des Geschlechts, das nach dem Ergebnis der Wahl mehrheitlich vertreten ist, als gewählt, wie Personen des anderen Geschlechts gewählt wurden; die

Anzahl der Vertreter nach Absatz 4 reduziert sich entsprechend. Das Nähere zur Durchführung der Wahl regelt die Satzung. ~~Die Amtszeit der Vertreter nach Satz 1 darf zwei Amtsperioden nicht überschreiten. Personen, die am 1. Januar 2020 bereits Mitglieder im Verwaltungsrat eines Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung sind, können einmalig wiedergewählt werden.~~“

Der bisherige § 279 Absatz 6 SGB V wird wie folgt angepasst:

„(6) Beschäftigte des Medizinischen Dienstes, der Krankenkassen oder ihrer Verbände sind nicht wähl- oder benennbar. ~~Personen, die bereits mehr als ein Ehrenamt in einem Selbstverwaltungsorgan eines Versicherungsträgers, eines Verbandes der Versicherungsträger oder eines anderen Medizinischen Dienstes innehaben, können nicht gewählt oder benannt werden.~~ § 51 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 bis 4 und Absatz 6 Nummer 2 bis 6 des Vierten Buches gilt entsprechend. Rechtsbehelfe gegen die Benennung oder die Wahl der Mitglieder des Verwaltungsrates haben keine aufschiebende Wirkung. § 57 Absatz 5 bis 7 des Vierten Buches und § 131 Absatz 4 des Sozialgerichtsgesetzes gelten entsprechend.“

§ 282 Absatz 2 Satz 7 wird als Folgeänderung aufgrund der vorgeschlagenen Streichung in § 279 Absatz 4 wie folgt angepasst:

„(2) [...] Das Nähere, insbesondere zur Wahl der oder des Vorsitzenden und der Stellvertreterin oder des Stellvertreters, regelt die Satzung nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 1. § 40 Absatz 1 Satz 1 und 2, Absatz 2 und 3, die §§ 41, 42 Absatz 1 bis 3 des Vierten Buches, § 217b Absatz 1 Satz 3 und Absatz 1a bis 1e und **§ 279 Absatz 4 Satz 4 bis 9**, Absatz 5 Satz 5 und Absatz 6 gelten entsprechend [...].“

Artikel 3 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 290 Absatz 3 SGB V

A) Neuregelungsbedarf

Die derzeitigen Regelungen des § 290 Absatz 3 SGB V sehen in den Sätzen 4 und 5 vor, dass das Krankenversichertennummernverzeichnis ausschließlich zum Ausschluss und zur Korrektur von Mehrfachvergaben derselben Krankenversichertennummer genutzt werden darf. In diesem Zusammenhang ist auch die Richtung des Datenflusses zwischen dem Verzeichnis und den Krankenkassen bzw. den weiteren Kostenträgern nach § 362 SGB V abschließend geregelt.

Im Zusammenhang mit der Einführung der widerspruchsbasierten ePA hat sich gezeigt, dass zusätzlich zu den auf der gesetzlichen Grundlage etablierten Prozessen weitere Maßnahmen zur Sicherung der Konsistenz der Bestände zwischen dem Verzeichnis der Krankenversichertennummer und den Beständen der Kostenträger sachdienlich sind. Darüber hinaus wird deutlich, dass im Zusammenhang mit der Einführung von Diensten der TI, die Datenbestände mit der KVNR verknüpfen, das Verzeichnis der Krankenversichertennummern die entscheidende Rolle zur Sicherstellung der Eineindeutigkeit der KVNR in der TI spielt.

Die vorgeschlagenen Neuregelungen haben die Anpassung der bestehenden gesetzlichen Grundlage des Verzeichnisses an die sich aufgrund der Digitalisierung des Gesundheitswesens weiterentwickelnden Erfordernisse zum Ziel.

B) Änderungsvorschlag

§ 290 Absatz 3 wird wie folgt geändert:

In Satz 4 wird das Wort „ausschließlich“ durch das Wort „nur“ ersetzt und nach den Wörtern „Ausschluss und Korrektur von Mehrfachvergaben derselben Krankenversichertennummer“ die Wörter „sowie zur Sicherstellung der Eineindeutigkeit in der Telematikinfrastruktur“ hinzugefügt.

Nach Satz 5 wird folgender Satz hinzugefügt: „Darüber hinaus darf das Verzeichnis zur Konsolidierung mit den Beständen der Krankenkassen und der weiteren Kostenträgern nach § 362 Absatz 1 genutzt werden.“

Artikel 3 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 291a

A) Neuregelungsbedarf

In § 291a Absatz 2 Nummer 1 ist die Bezeichnung der ausstellenden Krankenkasse, einschließlich eines Kennzeichens für die Kassenärztliche Vereinigung, in deren Bezirk der Versicherte seinen Wohnsitz hat, geregelt.

Durch den direkten Online-Abruf der Versichertenstammdaten entfällt die Online-Aktualisierung der elektronischen Gesundheitskarte. Daher hatte der Gesetzgeber im Krankenhauspflegeentlastungsgesetz (KHPfLEG) vorgesehen, dass die Versichertenstammdaten auf der elektronischen Gesundheitskarte auf die Daten reduziert werden, die auch auf der elektronischen Gesundheitskarte aufgedruckt sind, um den Austausch der elektronischen Gesundheitskarte weitestgehend zu minimieren. Der § 291a Absatz 2 Nummer 1 regelt jedoch neben der Bezeichnung der ausstellenden Krankenkasse auch das Kennzeichen für die Kassenärztliche Vereinigung, in deren Bezirk der Versicherte seinen Wohnsitz hat. Dieses Kennzeichen („WOP“) unterliegt häufigen Änderungen, so dass die elektronische Gesundheitskarte immer dann ausgetauscht werden muss, wenn der Versicherte in einen anderen WOP-Bezirk umzieht. Da die Leistungserbringenden die Versichertenstammdaten zukünftig online abrufen, ist es insbesondere aus wirtschaftlichen Gründen sinnvoll, dass das WOP-Kennzeichen ebenfalls ausschließlich online abgerufen wird und damit ein Tausch der elektronischen Gesundheitskarte vermieden wird.

Dieser Neuregelungsbedarf war bereits im Gesetzentwurf der Bundesregierung eines Gesundheits-Digitalagentur-Gesetzes (GDAG) zur Umsetzung enthalten.

B) Änderungsvorschlag

§ 291a Absatz 2 Nummer 1 wird wie folgt gefasst:

„1. Die Bezeichnung der ausstellenden Krankenkasse,“

In § 291a Absatz 2 wird folgende neue Nummer 12 aufgenommen:

„12. das Kennzeichen für die Kassenärztliche Vereinigung, in deren Bezirk der Versicherte seinen Wohnsitz hat.“

Artikel 3 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 291b

A) Neuregelungsbedarf

Vertragsärzte haben aktuell nur bei der erstmaligen Inanspruchnahme ihrer Leistungen durch einen Versicherten im Quartal die Leistungspflicht der Krankenkasse durch die Nutzung der Dienste der Telematikinfrastruktur zu prüfen. Bei jeder weiteren Inanspruchnahme haben die Partner des Bundesmantelvertrages geregelt, dass der Versicherte verpflichtet ist, seine elektronische Gesundheitskarte dem Vertragsarzt vorzulegen, damit die Identität des Versicherten anhand des Lichtbildes überprüft werden kann. Der Vertragsarzt ist jedoch nicht verpflichtet, bei einem weiteren Besuch im selben Quartal eine erneute Prüfung der Leistungspflicht durch die Dienste der Telematikinfrastruktur vorzunehmen. Mit einer einmaligen Überprüfung der Leistungspflicht im Abrechnungsquartal ist die jeweilige Krankenkasse auch dann leistungspflichtig, wenn ihre Leistungspflicht innerhalb des jeweiligen Abrechnungsquartals beendet wird oder ruht. Diese Regelung ist vor dem Hintergrund der gemäß § 291b Absatz 2 Satz 3 SGB V ab dem 1. Januar 2026 zu erfolgenden Prüfung der Leistungspflicht durch einen elektronischen Abruf der bei der Krankenkasse vorliegenden Daten nach § 291a Absatz 2 und 3 SGB V (Versichertenstammdatenmanagement 2.0) nicht mehr sachgerecht.

Die Krankenkassen müssen nunmehr neben den Daten nach § 291a Absatz 2 SGB V auch die Daten nach § 291a Absatz 3 SGB V (bspw. Informationen zum Ruhen des Leistungsanspruchs, zum eingeschränkten Leistungsanspruch nach § 16 Absatz 3a SGB V) verpflichtend für den elektronischen Abruf zur Prüfung der Leistungspflicht bereitstellen. Diese Informationen müssen aus Sicht der Krankenkassen dem Arzt bei jeder Inanspruchnahme seiner Leistungen in aktueller Form vorliegen, da sie abrechnungsrelevant sind.

Mit der jeweils aktuellen elektronischen Verfügbarkeit der Informationen bspw. zum eingeschränkten Leistungsanspruch nach § 16 Absatz 3a SGB V könnten die Krankenkassen auf eine Einziehung oder Sperrung der eGK bzw. der digitalen Identität verzichten. Bei den Krankenkassen als auch den Arztpraxen kann auf diese Weise der bürokratische Aufwand reduziert werden, da zum einen die Krankenkasse bspw. keine neue eGK oder keinen papiergebundenen Nachweis zur Befreiung von Zuzahlungen nach § 62 SGB V ausstellen müssten und zum anderen der behandelnde Arzt seiner Verpflichtung nach § 347 Absatz 1 SGBV nachkommen könnte und keine Versichertendaten händisch erheben müsste.

B) Änderungsvorschlag

§ 291b Abs. 2 Satz 1 SGB V wird wie folgt geändert:

Die Wörter „der erstmaligen“ werden durch das Wort „jeder“ ersetzt.

Artikel 3 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 293 Absatz 8

A) Neuregelungsbedarf

Im Aufbauprozess des Beschäftigtenverzeichnisses für die ambulante Pflege (BeVaP) wurde folgender weiterer Entwicklungsbedarf festgestellt:

1. Zweckerweiterung

Mit dem Digital-Gesetz wurden die Zwecke, für die den Kranken- und Pflegekassen die pseudonymisierten Daten des BeVaP zur Verfügung gestellt werden sollen, konkretisiert. Die Kassen können die Daten des Verzeichnisses für die Zwecke der Abrechnung mit den Leistungserbringern, einschließlich der Prüfung der Rechtmäßigkeit und Plausibilität der Abrechnung, die Überwachung der Wirtschaftlichkeit und der Qualität der Leistungserbringung verwenden. Die Daten des Verzeichnisses dürfen dabei nur im Rahmen kassenindividueller Abrechnungsschritte Verwendung finden. Eine kassenübergreifende Überprüfung kann lediglich durch die Fehlverhaltensstellen der Kranken- und Pflegekassen vorgenommen werden. Um die Daten des BeVaP effizient nutzen zu können, sollte auch den Landesverbänden der Kranken- und Pflegekassen für den Zweck der Zulassung von Leistungserbringern zur pflegerischen Versorgung (§§ 132a Abs. 4, 132d Abs. 1 Satz 6 oder 132l Abs. 5 SGB V bzw. § 72 SGB XI) die pseudonymisierten Daten des BeVaP zur Verfügung stehen. Die für die Zulassung erforderlichen Qualifikationen, z. B. für die verantwortliche Pflegefachperson, könnten so ohne bürokratischen Aufwand anhand der Beschäftigtennummer durch die Landesverbände überprüft werden.

Mit dem vorliegenden Entwurf eines Gesetzes zur Befugniserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege ist mit Artikel 3 Nummer 2 (§ 15a Abs. 1 SGB V) vorgesehen, dass Pflegefachpersonen bestimmte Leistungen der ärztlichen Behandlung eigenverantwortlich durchführen können. Voraussetzung für eine eigenverantwortliche Erbringung von bestimmten Leistungen ist das Vorhandensein der erforderlichen fachlichen Kompetenzen. Ein Bestandteil der ärztlichen Behandlung durch Pflegefachpersonen soll gemäß § 15a Abs. 1 Nummer 2 SGB V auch das Ausstellen von Folgeverordnungen der Häuslichen Krankenpflege sowie Verordnungen der für diese Leistungen benötigten Hilfsmittel sein. Damit die Krankenkassen die Anforderungen an die Eignung der Pflegefachpersonen, die diese Tätigkeiten vornehmen, prüfen können, sind die pseudonymisierten Daten des BeVaP den Krankenkassen auch zu diesem Zweck (§ 284 Abs. 1 Nr. 4 SGB V) zur Verfügung zu stellen.

2. Verifizierung der Angaben

Die Qualifikationen der Beschäftigten bei ambulanten Diensten, die im BeVaP hinterlegt sind, beruhen derzeit ausschließlich auf Selbstangaben der Leistungserbringer. Die gemeldeten Daten müssen nicht mit Berufsurkunden oder Fort- und Weiterbildungsnachweisen belegt werden. Eine belastbare Verwendbarkeit der Daten erscheint somit fraglich und stellt den originären Zweck des Beschäftigtenverzeichnisses in Frage. Die Verifizierung der Daten im Beschäftigtenverzeichnis, z. B.

durch die verzeichnisführende Stelle (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte – BfArM) oder durch eine andere bestätigende Stelle, ist daher unabdingbar. Ein Konzept, in dem die Prozesse der Verifizierung, die Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten festgelegt werden, ist zwischen BfArM, dem Bundesministerium für Gesundheit und dem GKV-Spitzenverband abzustimmen und umzusetzen.

Eine zentrale (und einmalige) Verifizierung der im Beschäftigtenverzeichnis geführten Qualifikationen würde sowohl bei den Kranken- und Pflegekassen bzw. Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen als auch bei den Leistungserbringern zur Entbürokratisierung beitragen. Damit entfielen die derzeit erforderliche individuelle Überprüfung der Qualifikationen bei den Leistungserbringern durch unterschiedliche Kranken- und Pflegekassen bzw. Landesverbände der Kranken- und Pflegekassen und den Ersatzkassen.

3. Sicherung der Datenqualität

Als Voraussetzung dafür, dass die Beschäftigtennummern des BeVaP effizient für die gesetzlich bestimmten Zwecke genutzt werden können, sind Maßnahmen zur Vermeidung einer mehrfachen Vergabe von Beschäftigtennummern für eine Person vorzusehen. Zur eindeutigen Identifizierung einer Person ist daher zusätzlich die Angabe der persönlichen lebenslangen Identifikationsnummer gesetzlich zu regeln. Außerdem ist es zwingend erforderlich, dass die einzelnen Mitarbeitenden in einem Pflegedienst ihre jeweilige lebenslange Beschäftigtennummer kennen und diese bei einem Arbeitgeberwechsel dem neuen Arbeitgeber mitteilen. Die versehentliche Beantragung einer neuen (weiteren) Beschäftigtennummer für eine Person kann damit verhindert werden. Bislang sind die Leistungserbringer nicht gesetzlich verpflichtet, die Beschäftigtennummer an die jeweilige beschäftigte Person weiterzugeben. Auch die Beschäftigten sind bislang nicht gesetzlich verpflichtet, ihre Beschäftigtennummer bei einem Arbeitgeberwechsel dem neuen Arbeitgeber mitzuteilen. Des Weiteren muss bei einem Arbeitgeberwechsel der neue Arbeitgeber das Recht erhalten, die im BeVaP hinterlegten Daten der beschäftigten Person einsehen zu können, damit die Qualifikationen nicht mehrfach erfasst werden müssen.

B) Änderungsvorschlag

§ 293 Abs. 8 Satz 4 SGB V wird wie folgt gefasst:

“Das Verzeichnis nach Satz 1 enthält für die Personen nach Satz 1 Nummer 2 und für die Pflegepersonen nach Satz 1 Nummer 3 folgende Angaben:

1. die Beschäftigtennummer (unverschlüsselt),
2. den Vornamen und den Namen,
3. das Geburtsdatum,
4. **die Identifikationsnummer nach § 139b der Abgabenordnung (AO)**
5. die Bezeichnung der abgeschlossenen Berufsausbildungen und das Datum des jeweiligen Abschlusses sowie
6. die Bezeichnung abgeschlossener Zusatzqualifikationen und das Datum des jeweiligen Abschlusses.”

§ 293 Abs. 8 Satz 7 SGB V wird wie folgt gefasst:

„Die in Satz 1 Nummer 1 genannten Leistungserbringer und die in Satz 1 Nummer 3 genannten Pflegepersonen sind verpflichtet, dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte die Angaben nach Satz 4 Nummer 2 bis **6** und den Sätzen 5 und 6 zu übermitteln sowie unverzüglich jede Veränderung dieser Angaben mitzuteilen.“

In § 293 Abs. 8 SGB V wird nach Satz 7 folgender Satz eingefügt:

„Die Angaben nach Satz 4 Nummer 5 und 6 sind durch geeignete Maßnahmen zu verifizieren. Die verzeichnisführende Stelle legt hierzu die Einzelheiten im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen fest.“

§ 293 Abs. 8 Satz 9 (alt) SGB V wird wie folgt gefasst:

„Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte übermittelt den Kranken- und Pflegekassen **und deren Landesverbänden sowie den Ersatzkassen** die Daten nach Satz 4 Nummer 1, 4 und 5 sowie nach Satz 5 zur Erfüllung ihrer in § 284 Absatz 1 Satz 1 Nummer **4**, 8 und 9 und in § 94 Absatz 1 Nummer 5 und 6 des Elften Buches genannten Aufgaben sowie für den Abschluss der Verträge nach §§ 132a Absatz 4, 132d Absatz 1 Satz 6 oder 132l Absatz 5 bzw. **für den Abschluss von Versorgungsverträgen nach § 72 Absatz 3 des Elften Buches** über den Spitzenverband Bund der Krankenkassen und den Spitzenverband Bund der Pflegekassen im Wege der elektronischen Datenübertragung als pseudonymisierten Gesamtdatensatz.“

In § 293 Abs. 8 SGB V werden nach Satz 12 (alt) folgende Sätze eingefügt:

„Die in Satz 1 Nummer 1 genannten Leistungserbringer sind verpflichtet, den Personen nach Satz 1 Nummer 2 ihre jeweilige Beschäftigtennummer zur Verfügung zu stellen. Bei einem Arbeitgeberwechsel haben die Personen nach Satz 1 Nummer 2 ihre jeweilige Beschäftigtennummer dem neuen Arbeitgeber, sofern es sich hierbei um einen in Satz 1 Nummer 1 genannten Leistungserbringer handelt, anzugeben. Der neue Arbeitgeber hat das Recht, die bereits hinterlegten Daten zu der Beschäftigtennummer einzusehen.“

Artikel 3 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 342a

A) Neuregelungsbedarf

Die Ombudsstellen sollen befugt werden, zusätzlich zu ihren bisherigen Aufgaben, auf Antrag der Versicherten das Einrichten, Löschen oder Ändern von Vertretungsberechtigungen in der ePA zu übernehmen.

B) Änderungsvorschlag

§ 342a wird wie folgt geändert:

Folgender Absatz 1 wird neu hinzugefügt: „Die Ombudsstellen haben Anträge der Versicherten für das Einrichten, Ändern und Löschen von Vertretern gemäß § 342 Absatz 2 Nummer 1 Buchstabe p) für deren elektronische Patientenakte entgegenzunehmen und in diesen Fällen technisch zu gewährleisten, dass die Rechte der Versicherten in Vertretung nach § 342 Absatz 2 Nummer 1 Buchstabe p) durchgesetzt werden können.“

In Absatz 6 wird der Verweis auf Absatz 2 durch den Verweis auf Absatz 1a ersetzt.

In Absatz 7 wird der Verweis auf Absatz 2 durch den Verweis auf Absatz 1a ersetzt.

In Absatz 8 wird der Verweis auf Absatz 2 durch den Verweis auf Absatz 1a ersetzt.

Artikel 3 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 352

A) Neuregelungsbedarf

Die Krankenkassen können gemäß § 25b SGB V die datengestützte Erkennung individueller Gesundheitsrisiken durchführen. Gemäß § 352 Absatz 4 Satz 5 h SGB V haben die Krankenkassen Hinweise über etwaige Gesundheitsrisiken in die ePA einzustellen. Bislang können Leistungserbringer aufgrund fehlender gesetzlicher Regelungen in § 352 SGB V nicht auf diese Daten zugreifen. Der GKV-Spitzenverband schlägt daher vor, dass die Zugriffsberechtigungen in § 352 SGB V erweitert werden, um den in § 25b Absatz 4 Satz 2 genannten Leistungserbringern den Zugriff auf in die ePA eingestellte Hinweise der Krankenkassen zu ermöglichen.

B) Änderungsvorschlag

§ 352 SGB V wird wie folgt geändert:

In Nummer 1 wird nach der Angabe „Daten nach § 341 Absatz 2“ der folgende Teil ergänzt: „und Hinweisen nach § 25b Absatz 4 Satz 5“.

In Nummer 2 wird nach der Angabe „Daten nach § 341 Absatz 2“ der folgende Teil ergänzt: „und Hinweisen nach § 25b Absatz 4 Satz 5“.

In Nummer 7 wird nach der Angabe „Daten nach § 341 Absatz 2“ der folgende Teil ergänzt: „und Hinweisen nach § 25b Absatz 4 Satz 5“.

In Nummer 9 wird nach der Angabe „Daten nach § 341 Absatz 2 Nummer 1 bis 11 “ der folgende Teil ergänzt: „und Hinweisen nach § 25b Absatz 4 Satz 5“.

In Nummer 10 wird nach der Angabe „Daten nach § 341 Absatz 2 Nummer 1 bis 11 “ der folgende Teil ergänzt: „und Hinweisen nach § 25b Absatz 4 Satz 5“.

In Nummer 11 wird nach der Angabe „Daten nach § 341 Absatz 2 Nummer 1 bis 11 “ der folgende Teil ergänzt: „und Hinweisen nach § 25b Absatz 4 Satz 5“.

Artikel 3 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 362c

A) Neuregelungsbedarf

Bei vielen Verordnungen ist eine Einbindung der Krankenkasse im Abgabeprozess der Leistung vorgesehen. So bedürfen bspw. Leistungen der häuslichen Krankenpflege, der außerklinischen Intensivpflege und der Soziotherapie einer Genehmigung durch die Krankenkasse. Daneben existieren für diese und auch für andere Verordnungen gesetzliche Beratungsverpflichtungen der Krankenkassen zu den Leistungen und der Leistungsanspruchnahme. Für die Durchführung dieser Aufgaben ist eine Kenntnis der Verordnungen und deren Inhalts für die Krankenkassen erforderlich. Um die dafür notwendigen Zugriffe auf elektronische Verordnungen zu ermöglichen, ist die unten aufgeführte neue gesetzliche Regelung zu schaffen.

B) Änderungsvorschlag

Als neue Nummer 41 b) wird im Artikel 3 der nachfolgende neue § 362c SGB V aufgenommen.

§ 362c SGB V: Zugriff auf ärztliche Verordnungen in der Telematikinfrastruktur

(1) Krankenkassen, gesetzliche Unfallversicherung, Beihilfe sowie Kostenträger der Versicherten gemäß § 362 Abs. 1 SGB V dürfen zum Zwecke der Beratung, Leistungsentscheidung sowie Kostenerstattung elektronischer Verordnungen nach § 360 auf elektronische Verordnungen der Versicherten zugreifen.

(2) Im Rahmen des Zugriffs nach Absatz 1 darf nicht in die ärztliche Therapiefreiheit eingegriffen oder die Wahlfreiheit der Versicherten beschränkt werden.

Änderung des Pflegeberufgesetzes sowie Änderung der Pflegeberuf-Ausbildungsfinanzierungsverordnung

§ 30 Absatz 4 PflBG sowie § 5 Absatz 3 PflAFinV

A) Neuregelungsbedarf

Auszubildende in der Pflege werden gemäß ihrem Wertschöpfungsanteil auf den Stellenplan der Krankenhäuser angerechnet. Dementsprechend wird der anzurechnende Anteil der Ausbildungsvergütungen über das reguläre Budget der Krankenhäuser finanziert, das die Krankenhäuser mit den Krankenkassen nach § 11 KHEntgG vereinbaren. Der anzurechnende Anteil wird seit 2020 über das Pflegebudget nach § 6a KHEntgG finanziert. Die restlichen Mehrkosten werden über das Ausbildungsbudget nach § 29 PflBG finanziert, das durch den Ausgleichsfonds nach § 26 PflBG an die Krankenhäuser ausbezahlt wird. Dabei ermittelt der Fonds mit dem Anrechnungsschlüssel nach § 27 PflBG und den durchschnittlichen Kosten einer Vollkraft den Anteil der Mehrkosten der Ausbildungsvergütungen. Sofern beim Ausbildungsbudget und beim Pflegebudget dieselbe Höhe der durchschnittlichen Kosten einer Vollkraft angesetzt werden, erhält das Krankenhaus die vollständigen Kosten der Ausbildungsvergütungen. In der Praxis kann es jedoch dazu kommen, dass unterschiedliche Werte verwendet werden, was zu einer Über- oder Unterfinanzierung der Ausbildungsvergütungen führt. Die Krankenhäuser, die Träger der praktischen Ausbildung sind, sollten daher die durch den Fonds festgesetzten Mehrkosten an die Krankenkassen weiterleiten, um eine sachgerechte Finanzierung sicherzustellen. Die Informationen werden bereits von den Trägern der praktischen Ausbildung und Pflegeschulen regulär erhoben und der zuständigen Stelle mitgeteilt. Zeitgleich sind diese Informationen auch an die Krankenkassen zu übermitteln.

B) Änderungsvorschlag

§ 30 Absatz 4 PflBG wird folgender neuer Satz 5 angefügt:

„Krankenhäuser, die Träger der praktischen Ausbildung sind, übermitteln die Höhe der Ausbildungsvergütungen nach Satz 2, die Ausbildungszahlen nach Satz 3 sowie die im Ausbildungsbudget nach Satz 4 festgesetzten Mehrkosten der Ausbildungsvergütungen zeitgleich zu der Mitteilung an die zuständige Stelle nach Satz 1 an die Vertragsparteien nach § 11 des Krankenhausentgeltgesetzes.“

§ 5 Absatz 3 PflAFinV wird folgender neuer Satz 4 angefügt:

„Krankenhäuser, die Träger der praktischen Ausbildung sind, übermitteln die Aktualisierung nach Satz 1 und die Änderungen nach Satz 2 zeitgleich zu den Mitteilungen an die zuständige Stelle an die Vertragsparteien nach § 11 des Krankenhausentgeltgesetzes.“

Stellungnahme des Bundesverbandes Pflegemanagement zum Gesetzesentwurf der Bundesregierung Entwurf eines Gesetzes zur Befugniserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege Stand des Gesetzesentwurfs: 08.09.2025

Der Bundesverband Pflegemanagement e.V. ist eine Interessenvertretung der Profession Pflege und insbesondere des Pflegemanagements in Politik und Öffentlichkeit. Der Bundesverband Pflegemanagement ist Gründungsmitglied des Deutschen Pflegerates. Durch seine Managementkompetenz, sein starkes Netzwerk und eine klare Organisationsstruktur wird der Bundesverband Pflegemanagement heute als einer der Hauptansprechpartner unter den Pflegemanagement-Verbänden gehört.

A. Vorbemerkung und Zusammenfassung

Der Bundesverband Pflegemanagement bedankt sich für die Möglichkeit, zu dem Gesetzesentwurf der Bundesregierung Stellung nehmen zu dürfen. Der demografische Wandel und der steigende Pflegebedarf erfordern dringende Maßnahmen zur Sicherstellung einer guten und professionellen pflegerischen Versorgung. Der Bundesverband Pflegemanagement begrüßt, dass mit dem Gesetzesentwurf die Rolle, die Kompetenzen und die Verantwortung der Pflegeprofession in der Gesundheitsversorgung und im Gesundheitswesen gestärkt werden soll. Der von dem Gesetz ausgehende Impuls zur kurz-, mittel- und langfristigen Erweiterung der Aufgabenbereiche von Pflegefachpersonen, insbesondere der stärkeren Berücksichtigung der Pflegeprozessverantwortung sowie einer eigenverantwortlichen Erbringung von Leistungen, ist ein wichtiger Baustein bei der Gestaltung einer professionsübergreifenden und zukunftsfesten Versorgungsstruktur. **Hierfür ist es zwingend erforderlich, entsprechend qualifizierten Pflegefachpersonen ganze Aufgabenbereiche zur eigenständigen Ausübung im Sinne der Substitution zu übertragen. Die begrenzte Übertragung im Rahmen einer Delegation wird keine nachhaltige Verbesserung im Gesamtsystem der Versorgung bewirken. Hier greift der Gesetzesentwurf zu kurz. Der Bundesverband Pflegemanagement fordert hier zeitnah weitere Schritte.**

Pflegefachpersonen spielen eine unentbehrliche Rolle bei der Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen pflegerischen und gesundheitlichen Versorgung in Deutschland. Der Bundesverband Pflegemanagement unterstützt die avisierten Maßnahmen, die darauf abzielen, die vielfältigen Kompetenzen von Pflegefachpersonen besser zu nutzen und ihre Rolle in der Versorgung zu stärken. Die Pflegefachpersonen in Deutschland sind hoch qualifiziert und verfügen über umfassende Kompetenzen, die bisher nicht ausreichend genutzt werden.

Weiterentwicklung der Befugnisse und wissenschaftliche Fundierung

Insbesondere eine erhebliche Erweiterung der Befugnisse von Pflegefachpersonen kann dazu beitragen, die Pflegeberufe in Deutschland weiter zu professionalisieren und die Versorgung auch im Hinblick auf den demografischen Wandel zu sichern.

Eine zukunftsfähige Konkretisierung von Aufgaben, Leistungen und Verantwortlichkeiten der Pflegefachpersonen muss auf einer systematisch entwickelten, pflegewissenschaftlich fundierten Grundlage erfolgen. In diesem Zusammenhang betont der Bundesverband Pflegemanagement die zentrale Bedeutung bestehender pflegewissenschaftlicher Konzepte, insbesondere die Arbeiten des BAPID-Projekts. Diese Grundlagen sind unter Bezugnahme internationaler Standards und somit einer internationalen Anschlussfähigkeit in einen Muster-Scope-of-Practice zu überführen, der nicht auf eine bloße Sammlung von Tätigkeiten reduziert werden darf, sondern eine professionsbezogene Aufgabenbeschreibung auf Basis von Pflegeprozessverantwortung, Beratung und Prävention beinhalten muss.

Die in diesem Zusammenhang nach dem Gesetzesentwurf geplante Erarbeitung eines Muster-Scope-of-Practice gemäß § 8 Absatz 3c SGB XI ist daher ausdrücklich zu begrüßen. Pflege theoretische Konzepte müssen die Grundlage bilden, und bestehende pflegewissenschaftliche Konzepte und Dokumente systematisch einbezogen werden. Eine strukturierte Beteiligung der wichtigsten Pflegeorganisationen auf Bundesebene ist entscheidend für die Entwicklung eines fachlich fundierten Scope-of-Practice. Die derzeit vorgesehene Einbindung dieser Organisationen ist noch unzureichend. Pflegerische Aufgaben dürfen nicht ausschließlich als Folge ärztlicher Maßnahmen verstanden werden. Die Eigenlogik professionellen Pflegehandelns muss berücksichtigt und in den Mittelpunkt der konzeptionellen und gesetzlich anschlussfähigen Weiterentwicklung gestellt werden

Der Gesetzesentwurf ist aus Sicht des Bundesverbandes Pflegemanagement - auch durch die leistungsrechtliche Verknüpfung - ein wichtiger, kluger und „öffnender“ Schritt auf dem Weg zu einer eigenständigen pflegerischen Heilkundepraxis. Der § 15a SGB V-neu ist eine entscheidende Öffnungsklausel für alle Versorgungsbereiche. Er bleibt jedoch – will man weiter denken - noch zu stark an ärztlicher Diagnostik orientiert. Eine Stärkung pflegeautonomer Leistungen, auch für APN- und CHN-Profile, ist dringend erforderlich. Für zukünftige Gesetze, die etwa Advanced Practice Nursing (APN) und Community Health Nursing (CHN) regeln, ist eine weitere Fortentwicklung hin zu selbstständiger heilkundlicher Praxis durch Pflegekräfte notwendig.

Digitale Transformation der Pflege

Pflegerische Fachkompetenz kann nur dann vollständig wirksam werden, wenn sie digital unterstützt wird. Das Pflegekompetenzgesetz zielt auf eine Ausweitung der pflegerischen Verantwortungsbereiche ab, die durch moderne IT- und KI-Technologien gefördert werden müssen. Diese Technologien sollen pflegerisches Handeln in Realzeit, bereichsübergreifend und entlang der Versorgungsketten unterstützen.

Pflegerische Kompetenz zeigt sich sowohl in fachlicher Expertise als auch im sicheren Umgang mit digitalen Technologien. Die Pflege folgt einer eigenen professionellen Versorgungslogik mit besonderen digitalen Anforderungen. Pflegedokumentation, Pflegeprozesse, Kommunikation, Planung und Beziehungsaufbau benötigen spezifische digitale Standards. Diese Standards machen die Pflege als eigenständige Profession sichtbar, kompatibel und handlungsfähig und erhöhen die Versorgungsqualität.

Ohne gezielte digitale Weiterentwicklung bleiben pflegerische Kompetenzen ungenutzt und können nicht zukunftsorientiert ausgebaut werden. Pflege ohne Digitalisierung ist im 21. Jahrhundert nicht vorstellbar. Daher ist eine eigenständige Digitalinitiative erforderlich, die digitale Pflegekompetenz stärkt, systematisch verankert und in alle Digitalstrategien des Gesundheitswesens einbindet.

Präventionsleistungen in der häuslichen Pflege

Die Regelungen in § 5 SGB XI, die Präventionsleistungen auch Pflegebedürftigen in der häuslichen Pflege zugutekommen lassen und Pflegefachpersonen eine entscheidende Rolle dabei zuweisen. Pflegewissenschaftliche Erkenntnisse müssen dabei maßgeblich berücksichtigt werden.

Geschäftsstelle für Personal- und Organisationsentwicklung: Die geplante Geschäftsstelle für die Begleitung der Personal- und Organisationsentwicklung gemäß § 113d SGB XI ist ausdrücklich zu begrüßen.

Starke Interessenvertretung der Profession Pflege

Der Bundesverband Pflegemanagement unterstützt zudem weiterhin das Bestreben nach einer zentralen Vertretung der Profession Pflege auf Bundesebene und betont die Bedeutung einer geeigneten organisatorischen Infrastruktur mit entsprechend unterlegten Ressourcen für die Weiterentwicklung der Pflegeberufe in Deutschland. Dabei sollte - wie beabsichtigt - auf bestehenden Strukturen aufgesetzt und diese gestärkt werden. Dies wäre ein längst überfälliger Schritt, um den Pflegefachpersonen auch auf der politischen Ebene einen Stellenwert „auf Augenhöhe“ mit anderen Gesundheitsprofessionen und der Politik einzuräumen, den Sie in der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung längst schon eingenommen hat. Für eine zukunfts feste Mitgestaltung der Versorgung von morgen ist dies unabdingbar.

B. Stellungnahme des Bundesverbandes Pflegemanagement im Einzelnen

Der Bundesverband Pflegemanagement nimmt zum Gesetzesentwurf Entwurf eines Gesetzes zur Befugniserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege, im Folgenden „GE“ genannt zu ausgewählten Punkten zudem wie folgt Stellung.

Artikel 1 Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch

Zu Nummer 2 Buchstabe b)

§ 5 Prävention in Pflegeeinrichtungen und in der häuslichen Pflege, Vorrang von Prävention und medizinischer Rehabilitation, Absatz 1a

Der Bundesverband Pflegemanagement zeigt sich erfreut über die Einführung des neuen Absatzes 1a, durch den pflegebedürftige Personen in der häuslichen Versorgung erstmals Zugang zu verhaltensbezogener Prävention erhalten. Diese gesetzliche Neuregelung konkretisiert den Präventionsauftrag der Pflegeprofession und definiert einen spezifischen Beratungsauftrag für Pflegefachkräfte.

Pflegefachpersonen erhalten dadurch die Möglichkeit, während der Beratungstätigkeit gemäß den §§ 7a, 7c und 37 Absatz 3 oder bei der Erbringung von Leistungen nach § 36 gezielte Empfehlungen für präventive Maßnahmen im Bereich der Verhaltensänderung entsprechend § 20 Absatz 4 SGB V zu geben. Eine evidenzbasierte Herangehensweise unter Einbeziehung aktueller pflegewissenschaftlicher Forschungsergebnisse ist hierbei von grundlegender Bedeutung.

Zu Nummer 6 Buchstabe a)

§ 8 Gemeinsame Verantwortung, Absatz 3c

Der Bundesverband Pflegemanagement unterstützt die Bemühungen zur Weiterentwicklung und Ausgestaltung von Leistungen, die Pflegefachpersonen entsprechend ihrer Kompetenzen erbringen können. Eine fundierte Ausgestaltung setzt eine intensive Auseinandersetzung mit pflegetheoretischen Konzepten voraus. Nur so können kompetenz- und qualifikationsbezogene Aufgaben der Pflege auf pflegefachlich und pflegewissenschaftlich solider Basis systematisch entwickelt werden.

Die maßgebliche Einbindung pflegewissenschaftlicher Expertise ist unverzichtbar für die Erarbeitung einer systematischen und umfassenden, kompetenz- und qualifikationsbezogenen Darstellung pflegerischer Aufgaben. Es wird begrüßt, dass der GE vorsieht, bei der Erstellung eines sektorenübergreifenden Aufgabenkatalogs nationale und internationale Referenzen zu berücksichtigen. Jedoch bedarf es einer pflegewissenschaftlichen Zusammenführung theoretischer und praxisrelevanter Inhalte mit Blick auf das Leistungsrecht.

Die im GE vorgesehene bloße Anhörung der maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene bei der Erarbeitung von Aspekten zu Dauer, Inhalten und Durchführung der wissenschaftlichen Expertisen ist dabei weiterhin unzureichend. Als Interessensvertretung der beruflich Pflegenden müssen diese Organisationen gemäß § 118a Absatz 1 gestaltend in die Erarbeitung eingebunden werden. Der Gesetzgeber muss die Einbindung der maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene dabei konkretisieren. Die Formulierung, die Organisationen in "geeigneter Art und Weise" einzubeziehen, lässt den Auftraggebenden zu viel Interpretationsspielraum und birgt die Gefahr einseitiger Einflussnahme.

Ökonomische Interessenslagen der Kostenträger und das Wirtschaftlichkeitsgebot dürfen nicht die Ausgangsbasis und das Zentrum für die Erarbeitung von Leistungen bilden, die von Pflegefachpersonen mit entsprechenden Kompetenzen erbracht werden können.

Bei der Erarbeitung eines Muster-Scope-of-Practice nach § 73d sollte der Fokus nicht ausschließlich auf die vertragsärztliche Versorgung gerichtet werden. Zunächst müssen pflegefachliche Leistungen dargelegt werden, die weit über die alleinige ärztliche Diagnosestellung oder medizinische Behandlung hinausgehen.

Pflegerische Aufgaben im Rahmen der Pflegeprozessverantwortung umfassen:

- Erhebung und Feststellung des Pflegebedarfes durch Pflegeanamnese
- Nutzung von Assessmentinstrumenten
- Formulierung von Pflegeproblemen und Ressourcen
- Intra- und interprofessionelle Koordination
- Ableitung von Maßnahmen auf Basis pflegerischer Problemlagen
- Gesundheitsförderung und Prävention
- Beratung

Der GE erkennt an, dass pflegerische Aufgaben international durch berufsständische Organisationen unter Berücksichtigung beruflicher, hochschulischer oder in Fort- und Weiterbildung erworbener Kompetenzen definiert werden. Dies unterstreicht die Wichtigkeit einer stärkeren Einbindung der maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene.

Nur durch eine angemessene Beteiligung der Pflegeberufe-Organisationen können die Ziele der Gesetzgebungsbestrebungen mittel- und langfristig erreicht und das volle Potenzial pflegefachlicher Eigenverantwortung im Sinne einer nachhaltigen Gesundheitsversorgung ausgeschöpft werden. Diese Eigenverantwortlichkeit darf nicht ausschließlich unter dem Fokus

eines ärztlichen Leistungsspektrums betrachtet werden, sondern muss auf einer pflegefachlichen Aufgabenstruktur basieren.

Daher schlägt der Bundesverband Pflegemanagement folgende Änderung bei § 8 Absatz 3c Satz 1- 5 vor:

(3c) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen fördert gemeinsam mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen **pflegewissenschaftliche** ~~wissenschaftliche~~ Expertisen zur konkreten Ausgestaltung und Weiterentwicklung der Inhalte von Leistungen nach diesem und nach dem Fünften Buch, die durch Pflegefachpersonen jeweils abhängig von ihren Kompetenzen erbracht werden können. **Grundlage der Expertisen soll die Auseinandersetzung mit pflegetheoretischen Konzepten und pflegewissenschaftlichen Modellen bilden, um eine qualifikations- und kompetenzbezogene Systematisierung der Aufgaben der Pflege sicherzustellen (Muster Scope-of-Practice). Die Ausarbeitungen des BAPID-Projektes sind miteinzubeziehen.** Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen bestimmen im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit und unter Beteiligung des Bundesministeriums für Bildung, Familie, Senioren, Frauen und Jugend ~~nach Anhörung~~ **und** der maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene die Dauer, Inhalte und das Nähere zur Durchführung von ~~pflegewissenschaftlichen~~ ~~wissenschaftlichen~~ Expertisen nach Satz 1. Die Beauftragung der Erstellung ~~pflegewissenschaftlicher~~ ~~wissenschaftlicher~~ Expertisen erfolgt im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit unter Beteiligung des Bundesministeriums für Bildung, Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Bei der Beauftragung der Erstellung ~~pflegewissenschaftlicher~~ ~~wissenschaftlicher~~ Expertisen sowie bei ihrer Durchführung **hat der Auftragnehmer die maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe mitbestimmend an der inhaltlichen Ausgestaltung einzubeziehen zu beteiligen. ist sicherzustellen, dass die Auftragnehmer die fachliche Expertise der maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene in geeigneter Art und Weise einbeziehen.** Weitere relevante Fachexpertinnen und Fachexperten sowie Fachorganisationen sollen an der Erstellung der Expertisen beteiligt werden.

Zu Nummer 6 Buchstabe c)

§ 8 Gemeinsame Verantwortung, Absatz 7 Satz 4 Nummer 8

Mit der neuen Nummer 8 in § 8 Abs. 7 Satz 4 SGB XI erhalten Pflegeeinrichtungen Unterstützung beim Aufbau und bei der Implementierung eines betrieblichen Integrationsmanagements für internationales Pflege- und Betreuungspersonal. Der Bundesverband Pflegemanagement begrüßt diese Entwicklung, da betriebliche Integrationsmaßnahmen für internationales Personal nun förderungswürdig sind. Praktische Erfahrungen und wissenschaftliche Studien zeigen deutlich, dass solche Maßnahmen entscheidend für eine erfolgreiche Integration sind und dazu beitragen, internationale Pflegekräfte dauerhaft in Deutschland und im Pflegesektor zu halten. Für den SGB V-Bereich wären entsprechende Regelungen wünschenswert.

Zu Nummer 8

§ 9 Aufgaben der Länder, Satz 2 ff

Der Bundesverband Pflegemanagement begrüßt das Anschließen von regionalen Pflegestrukturplanungen unter Einbezug von Advanced Practice Nurses mit der Ausprägung Community Health Nurses. Sie bilden eine notwendige Grundlage, um bedarfsgerechte kommunale Versorgungsnetze aufzubauen. Hier sind entsprechende weiterführende rechtliche Grundlagen wichtig, um die bedarfsgerechten Versorgungsnetze aufzubauen und entstehen zu lassen (siehe auch oben).

Zu Nummer 10 Buchstabe a) und b)

§ 11 Rechte und Pflichten der Pflegeeinrichtungen, Absatz 1 und 1a

Der Bundesverband Pflegemanagement hält es für angezeigt, die bisherige Formulierung des Satz 1 klarstellend dahingehend zu ändern, dass die Pflegeeinrichtungen nicht pflegen, sondern die Pflege sicherstellen.

Der Bundesverband Pflegemanagement schlägt folgende Änderung bei § 11 Absatz 1 vor:

Änderungsvorschlag zu § 11 Absatz 1

(1) Die Pflegeeinrichtungen ~~pflegen, versorgen und betreuen~~ **stellen für** die Pflegebedürftigen, die ihre Leistungen in Anspruch nehmen, **eine pflegerische Versorgung und Betreuung** entsprechend dem allgemeinen Stand der medizinisch-pflegerischen Erkenntnisse **sicher**.

Der Bundesverband Pflegemanagement befürwortet die Ergänzungen zum Absatz 1 zur Verdeutlichung der Pflegeprozessverantwortung von Pflegefachpersonen zwischen den bisherigen Sätzen 1 und 2.

Zudem ist die ausdrückliche Verpflichtung der Einrichtungen gemäß § 11 Absatz 1a zu begrüßen, Mitarbeiter:innen sowie betriebliche Interessenvertretungen in die Entwicklung von einrichtungsspezifischen Konzepten zur Delegation von Leistungen von Pflegefachpersonen auf Pflegefachassistenzpersonen, Pflegehilfskräfte und anderes Personal einzubeziehen, das Leistungen der Pflege oder Betreuung von Pflegebedürftigen erbringt. Der Bundesverband Pflegemanagement bittet darum zu prüfen, ob im Sinne der sektorenübergreifenden Anschlussfähigkeit weitere gesetzübergreifende Anpassungen erfolgen können.

Zu Nummer 14

§ 17a Richtlinien zur Empfehlung von Pflegehilfsmitteln und Hilfsmitteln nach § 40 Absatz 6, Absatz 1

Der Bundesverband Pflegemanagement betrachtet die Erweiterung der Befugnisse von Pflegefachpersonen durch den neu eingefügten Satz als positiven Schritt. Diese Regelung ermöglicht es, die bisher beschränkten Produktgruppen auf sämtliche pflegerelevante Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel auszudehnen. Ein solcher Ansatz führt zu einer spürbaren Entlastung der Pflege und trägt zur Schonung von Ressourcen bei.

Als problematisch wird jedoch eingestuft, dass der Spitzenverband Bund der Pflegekassen allein über die Festlegung des erforderlichen Qualifikationsniveaus der empfehlenden Pflegefachpersonen in der Richtlinie bestimmt. Die maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene gemäß § 118a sollten nicht lediglich ein Stimmrecht erhalten, sondern aktiv in die Entwicklung der Richtlinie eingebunden werden.

Daher schlägt der Bundesverband Pflegemanagement folgende Änderung bei § 17a Absatz 1 Nummer 2 vor:

(1) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen legt bis zum 31. Dezember 2026 in Richtlinien Folgendes fest:

[...]

Dabei ist [...]. **Die Festlegung der entsprechenden Qualifikationsniveaus erfolgt unter Mitbestimmung der maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene nach § 118a.**

Zu Nummer 61

§ 113 Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität, Absatz 1

Neben pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen muss auch die Integration technologischer Innovationen vorangetrieben und ermöglicht werden. Dies umfasst digitale Lösungen wie sprachgesteuerte Pflegedokumentation, KI-unterstützte Berichtserstellung und automatisierte Arbeitsabläufe sowie den systematischen Einsatz von Künstlicher Intelligenz.

Zu Nummer 63 Buchstabe a)

§ 113c Personalbemessung in vollstationären Pflegeeinrichtungen, Absatz 2

Der Bundesverband Pflegemanagement begrüßt die Änderungen in § 113c SGB XI Absatz 2 Satz 2 Nummer 3, die es vollstationären Pflegeeinrichtungen ermöglichen, hochschulisch qualifizierte Pflegefachpersonen bei der Personalbemessung zusätzlich zu verhandeln – insbesondere jene, die überwiegend unmittelbar bewohnerbezogene Pflege und Betreuung von Pflegebedürftigen erbringen. Entsprechend § 37 Absatz 3 PflBG stellt dies besonders für hochkomplexe Pflegesituationen einen wichtigen Fortschritt dar, um die Pflege nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinisch-pflegerischen Erkenntnisse sicherzustellen – sowohl durch praxisnahe Vermittlung fallbezogener Erkenntnisse als auch durch die Initiierung notwendiger praxisbasierter Forschung.

Wir bitten jedoch darum, die neue Nummer 3 in Absatz 2 Satz 2 um die Geltung für weitere akademisch qualifizierte Pflegefachpersonen zu erweitern. Dies betrifft zum einen Fachkräfte, die über duale Pflegestudiengänge ausgebildet wurden, sowie zum anderen solche, die nach abgeschlossener Pflegeausbildung berufsbegleitend Pflege studiert haben oder dies aktuell beziehungsweise zukünftig tun.

Diese akademisch qualifizierten Pflegefachpersonen sind in den „Empfehlungen der Arbeitsgruppe der Ausbildungsinitiative Pflege – Aufgabenprofile akademisch qualifizierter Pflegefachpersonen“ ausdrücklich aufgeführt.

Daher schlägt der Bundesverband Pflegemanagement folgende Änderung bei Absatz 2 Satz 2 Nummer 3 vor:

3. die Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung nach § 1 Satz 2 des Pflegeberufgesetzes ***oder die Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung und einen akademischen Grad aus einem dualen oder berufsbegleitenden Pflegestudium*** hat und überwiegend Leistungen der unmittelbar bewohnerbezogenen Pflege und Betreuung von Pflegebedürftigen erbringt.

Zu Nummer 71

§ 118a Maßgebliche Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene, Verordnungsermächtigung

Der Bundesverband Pflegemanagement begrüßt die mit dem GE insgesamt vorgenommene Verankerung, Stärkung und Klarstellung von Beteiligungsrechten der maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene. Dies ist ein weiterer notwendiger Baustein, um die Rolle, die Kompetenzen und insbesondere die Verantwortung der Pflegeprofession zu Gunsten einer zukunftsfesten guten Gesundheitsversorgung zu stärken und weiter auszubauen.

Der Bundesverband Pflegemanagement hält es weiterhin für wichtig, an dem Ziel einer Stärkung der Vertretung der Pflegeberufe auf Bundesebene festzuhalten und dies langfristig finanziell abzusichern. Es braucht eine geeignete organisatorische Infrastruktur mit entsprechend unterlegten Ressourcen für die Weiterentwicklung der Pflegeberufe in Deutschland. Dabei sollte - wie bzgl. des Deutschen Pflegeverbandes e.V. beabsichtigt - auf bestehende vereinigende Strukturen auf Bundesebene aufgesetzt und diese gestärkt werden.

Die bisherigen Regelungen erscheinen diesbezüglich als noch nicht ganz hinreichend. Erforderlich ist eine weitere Stärkung und Förderung der Vertretung der beruflichen Pflege auf Bundesebene durch finanzielle Förderung. Entsprechendes gilt für die Finanzierung der Vertretung der Profession Pflege beim G-BA (im Rahmen des avisierten stimmberechtigten Sitzes) - analog der Patientenvertretung (Finanzierung Stabsstelle u.a.).

Artikel 3 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Zu Nummer 2

§ 15a – Behandlung durch Pflegefachpersonen, Pflegeprozessverantwortung

Der neue § 15a sieht vor, dass Pflegefachpersonen eigenverantwortlich Behandlungen durchführen können und die Pflegeprozessverantwortung gemäß den vorbehaltlichen Aufgaben nach § 4 PflBG übernehmen. Pflegefachpersonen sollen entsprechend ihrer Qualifikation unter definierten Bedingungen eigenständig ärztliche Behandlungsleistungen erbringen können.

Der GE zielt darauf ab, die vorhandenen Kompetenzen von Pflegefachpersonen in der Patientenversorgung besser zu nutzen. Neben Ärzten sollen sie eigenverantwortlich vorbehaltene Leistungen in der vertragsärztlichen Versorgung, häuslichen Krankenpflege und Krankenhausbehandlung erbringen. Die konkreten Leistungen werden durch Rahmenverträge nach § 73d SGB V und § 112a SGB V unter Berücksichtigung des Rahmens nach § 8 Absatz 3c SGB XI definiert.

Der Bundesverband Pflegemanagement begrüßt die rechtliche Verankerung von Pflegeleistungen im SGB V als wichtigen Schritt zur Stärkung pflegerischer Kompetenz und gleichberechtigten Integration der Pflegeberufe in die Gesundheitsversorgung.

Der Bundesverband Pflegemanagement betont jedoch, dass sich pflegerische Aufgaben nicht ausschließlich aus medizinischen Diagnosen ableiten lassen. Pflegefachpersonen müssen entsprechend ihrer Kompetenzen eigenständige pflegfachliche Leistungen neben medizinischen Versorgungsbedarfen erbringen können. Die Entwicklung eines Muster-Scope-of-Practice nach § 8 Absatz 3c SGB XI sollte verdeutlichen, dass pflegerische Aufgaben über medizinisch-diagnostische Tätigkeiten hinausgehen.

§ 15a sollte eine Grundlage für pflegerische Heilkundenausübung schaffen, die über die Erbringung ärztlicher Leistungen hinausgeht. Insbesondere für Advanced Practice Nurses (APN) und Community Health Nurses (CHN) ist pflegerische Autonomie und Heilkundenausübung erforderlich, um ihre Berufsbilder vollständig zu realisieren.

Die gegenwärtige Fassung des § 15a ist aus Sicht des Bundesverbandes Pflegemanagement ein erster öffnender und damit wichtiger Schritt. Er fokussiert aber noch zu stark ärztliche Diagnose- und Indikationsstellungen entlang eines festgelegten Aufgabenkatalogs. Auf den Regelungen des PKG aufbauend werden hier künftig weitere Schritte erfolgen müssen.

Der Bundesverband Pflegemanagement regt daher eine Weiterentwicklung des § 15a zur Stärkung der autonomen Heilkundenausübung von Pflegefachpersonen an. Durch erweiterte Autonomie kann der Pflegeberuf an Attraktivität gewinnen, ungenutztes Potenzial in der Gesundheitsversorgung wird erschlossen und die Versorgungsqualität für Patienten nachhaltig gesichert und verbessert. Die aktuelle Regelung lässt Pflegefachpersonen tendenziell lediglich medizinische Teilbereiche übernehmen, ohne ihnen die Gesamtverantwortung für pflegerische Bedarfe und Bedürfnisse zu übertragen.

Der Bundesverband Pflegemanagement sieht darüber hinaus Anpassungsbedarf bei § 28 SGB V, welcher gegenwärtig die Regelungen für ärztliche, zahnärztliche und psychotherapeutische Behandlung enthält.

Während § 15 SGB V als grundlegende Rechtsgrundlage für die Krankenbehandlung in der gesetzlichen Krankenversicherung fungiert und die verschiedenen Leistungsformen der Krankenbehandlung - einschließlich ärztlicher, zahnärztlicher und psychotherapeutischer Behandlung - auflistet, konkretisiert § 28 SGB V diese Leistungsformen. Zusätzlich regelt er, dass auch andere Personen ärztlich veranlasste Leistungen erbringen können, vorausgesetzt diese erfolgen unter ärztlicher Anordnung und Verantwortung.

Für die angestrebte Kompetenzerweiterung von Pflegefachpersonen, die das Gesetz in seiner grundlegenden Zielsetzung vorsieht, ist eine entsprechende Anpassung auch in diesem Bereich erforderlich. Die gegenwärtige Fassung des § 28 SGB V stellt jedoch eine rechtliche Beschränkung dar: Pflegefachpersonen können heilkundliche Tätigkeiten nur dann ausüben, wenn diese durch eine ärztliche Anordnung abgedeckt sind. Daher muss die eigenständige Erbringung heilkundlicher Leistungen durch Pflegefachpersonen ebenfalls in § 28 SGB V verankert werden.

Daher schlägt der Bundesverband Pflegemanagement folgende Anpassung bei § 28 Absatz 4-Neu vor:

§ 28 Ärztliche, ~~und~~-zahnärztliche **und pflegerische** Behandlung

(4) Die heilkundliche Behandlung kann durch Pflegefachpersonen erfolgen, soweit dies im Rahmen der definierten Vorbehaltsaufgaben nach § 4 des Pflegeberufgesetzes sowie gemäß den Bestimmungen des § 15a erfolgt.

Zu Nummer 16

§ 73d Eigenverantwortliche Erbringung von Leistungen durch Pflegefachpersonen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung; eigenverantwortliche Verordnung häuslicher Krankenpflege durch Pflegefachpersonen, Evaluation

Der § 73d SGB V eröffnet qualifizierten Pflegefachkräften die Möglichkeit, bestimmte Leistungen der vertragsärztlichen Versorgung eigenständig zu erbringen, die bisher ausschließlich Ärztinnen und Ärzten vorbehalten waren.

Zur Konkretisierung sollen zwei Kataloge entwickelt werden:

- Ein Katalog für ärztliche Behandlungsleistungen, die Pflegefachpersonen nach § 15a eigenverantwortlich übernehmen können
- Ein Katalog für Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 (einschließlich Hilfsmittel nach § 33)

Zusätzlich sind Rahmenvorgaben für die interprofessionelle Zusammenarbeit zwischen Pflegefachkräften und Ärztinnen/Ärzten vorgesehen.

Der Bundesverband Pflegemanagement begrüßt, dass die maßgeblichen Pflegeorganisationen auf Bundesebene gemäß § 118a SGB XI nicht nur Stellungnahmen abgeben können, sondern auch an den Sitzungen der Vertragspartner teilnehmen dürfen. Ihre Stellungnahmen werden bei der Festlegung der erforderlichen Kompetenzen berücksichtigt.

Der Bundesverband fordert eine intensivere und kontinuierliche Einbindung der Pflegeorganisationen in die Erarbeitung der Kataloge und Rahmenvorgaben zur interprofessionellen Zusammenarbeit.

Bei der Ausgestaltung des § 112a, der die eigenverantwortliche Leistungserbringung durch Pflegefachkräfte im Krankenhaus regelt, sollten die Leistungskataloge des § 73d auf übertragbare Inhalte geprüft werden. Eine sektorenübergreifende Kompetenzfestlegung wird ausdrücklich befürwortet, erfordert jedoch von Beginn an eine entsprechende Perspektive.

Die Evaluation nach § 73d Absatz 4 fokussiert sich lediglich auf Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung. Im Gegensatz zu § 112a Absatz 4 fehlt die Bewertung des effizienten Einsatzes unterschiedlich qualifizierter Pflegefachkräfte und deren Auswirkungen auf das Berufsbild.

Die Leistungen müssen in ein konzeptionelles Rahmenwerk eingebettet werden, das als Grundlage für die Regelungen des § 8 Absatz 3c SGB XI zur Entwicklung eines Muster-Scope of-Practice dient. **Eine sachgerechte Ausgestaltung ist nur durch direkte Einbindung der Vertretung der Pflegefachpersonen möglich.**

Langfristig ist eine leistungsrechtliche Ableitung für die Berufsbilder der Advanced Practice Nurses (APN) und Community Health Nurses (CHN) erforderlich.

Artikel 4 Änderung des Pflegeberufgesetzes

Zu Nummer 3 Buchstabe a) Buchstabe b)

§ 4 Vorbehaltene Aufgaben

Der Bundesverband Pflegemanagement begrüßt, dass die Prozessverantwortung und die Planung der Pflege in die Auflistung der Vorbehaltsaufgaben eingefügt werden.

Zu Nummer 4

§ 4a Eigenverantwortliche Heilkundenausübung

Der Bundesverband Pflegemanagement begrüßt ausdrücklich die Klarstellung in § 4a PflBG, dass Pflegefachpersonen eigenverantwortlich Heilkunde ausüben können, wenn sie entsprechende Kompetenzen erworben haben.

Im Übrigen wird auf die Stellungnahme des Deutschen Pflegerates verwiesen, der sich der Bundesverband Pflegemanagement vollumfänglich anschließt.

Berlin, 6. Oktober 2025

Bundesverband Pflegemanagement e.V.
Mitgliedsverband Deutscher Pflegerat e.V. (DPR)
Alt-Moabit 91
10559 Berlin
Tel. +49 (0)30 44 03 76 93
Fax +49 (0)30 44 03 76 96



Stellungnahme des IKK e.V.

zum

**Gesetzentwurf eines Gesetzes
zur Befugniserweiterung und
Entbürokratisierung in der Pflege**

vom 05.08.2025

06.10.2025

IKK e.V.
Hegelplatz 1
10117 Berlin
030/202491-0
info@ikkev.de

Inhalt

Grundsätzliche Anmerkungen.....	4
Kommentierung	8
Zu Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)	8
§ 5 Absatz 1a (neu): Prävention in Pflegeeinrichtungen und in der häuslichen Pflege	8
§ 9 Satz 2 (neu): Aufgaben der Länder	10
§ 12 Absatz 2 (neu): Aufgaben der Pflegekassen	11
§ 17a (neu): Richtlinien zur Empfehlung von Pflegehilfsmitteln und Hilfsmitteln nach	
§ 40 Absatz 6	12
§ 18c Absatz 1 Satz 3: Entscheidung über den Antrag, Fristen.....	14
§ 18c Absatz 5 Satz 1: Zusatzzahlungen	15
§ 37 Absatz 4 Satz 3: Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen	16
§ 40 Absatz 2 SGB XI: Pflegehilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen	17
§ 45h (neu): Leistungen in gemeinschaftlichen Wohnformen mit Verträgen zur	
pflegerischen Versorgung gemäß § 92c.....	19
§ 72 Absatz 1a (neu): Zulassung zur Pflege durch Versorgungsvertrag.....	21
§ 73a Absatz 1 und 3: Verfahren zu Beeinträchtigung bei Versorgungsverträgen.....	22
§ 86a Absatz 3 (neu): Verfahrensrichtlinien für die Vergütungsverhandlungen und -	
vereinbarungen	24
§ 92c Absatz 2 (neu): Verträge zur pflegerischen Versorgung in gemeinschaftlichen	
Wohnformen.....	25
§ 114 Absatz 1a (neu): Durchführung von Qualitätsprüfungen.....	27
Zu Artikel 3 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)	28
§ 15a SGB V (neu): Behandlung durch Pflegefachpersonen, Pflegeprozess-	
verantwortung	28
§ 273 Absatz 7 SGB V neu: Sicherung der Datengrundlagen für den	
Risikostrukturausgleich	29
Ergänzender Änderungsbedarf	31
§ 39 SGB XI Verhinderungspflege	31
§ 268 SGB V Abs. 1 und § 14 Abs. 2 Satz 2 RSAV: Risikostrukturausgleich	32

§§ 279 und 282 SGB V: Aufhebung der Mandatsbegrenzung für ehrenamtliche
Mitglieder des Medizinischen Dienstes 34

Grundsätzliche Anmerkungen

Die Innungskrankenkassen begrüßen die zeitnahe Wiederaufnahme der Gesetzgebung zur Befugniserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege, nachdem dieses, damals noch unter dem Namen Gesetzes zur Stärkung der Pflegekompetenz, in der letzten Legislaturperiode nicht mehr verabschiedet werden konnte. Denn der demografische Wandel sowie der sich zuspitzende Fachkräftemangel stellen alle Beteiligten in der Pflege vor immer größere Herausforderungen.

So ist auf der einen Seite der finanzielle Rahmen in der Sozialen Pflegeversicherung sicherzustellen. Auf der anderen Seite müssen ineinandergreifende Versorgungsstrukturen zugunsten der zu Pflegenden und ihrer Angehörigen ausgebaut werden, indem vorhandene Ressourcen genutzt, bestehenden Kompetenzen besser eingesetzt und die Arbeitsbedingungen der Pflegenden verbessert werden. Darüber hinaus ist die Stärkung von Prävention und Gesundheitsförderung zielführend.

Was die Regelung weiterer Maßnahmen zur Verbesserung der Pflege angeht – wie z. B. die vorgesehene Stärkung innovativer Wohnformen für Pflegebedürftige sowie die Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen Kommunen und Pflegekassen durch mehr Mitgestaltungsrechte der Kommunen – ist allerdings Augenmerk geboten. Denn schon jetzt ist absehbar, dass aufgrund der oft unbestimmten Formulierungen im Gesetzentwurf die Umsetzung in der Praxis mit Kompetenz- und Auslegungsfragen behaftet sein wird und damit einer zügigen Verbesserung der pflegerischen Versorgungsstrukturen im Wege stehen.

Im Einzelnen:

Klare Bestimmung der Pflegekompetenzzuweisung

Die Innungskrankenkassen begrüßen, dass die Rahmenbedingungen für die professionell Pflegenden verbessert und die Pflegefachpersonen nach ihren Kompetenzen eingesetzt werden sollen. Voraussetzung für eine nachhaltige Stärkung der pflegerischen Versorgung ist dabei, die geplante Kompetenzverteilung anhand bundeseinheitlicher Qualitäts- sowie klarer Abgrenzkriterien zwischen den jeweiligen Berufsgruppen festzulegen. Damit die Pflegefachpersonen effektiv – d. h. auch entsprechend ihrer Ausbildung, Fähig- und Fertigkeiten – eingesetzt werden können, ist eine genaue Ausgestaltung der Umsetzung und zudem eine Überprüfung der jeweiligen Leistungsbereiche vorzunehmen.

Ebenso unterstützen die Innungskrankenkassen die konsequente Weiterentwicklung und beabsichtigte Aufwertung des pflegerischen Berufsbildes im Geiste der handwerklichen Tradition, insbesondere im Hinblick auf die zunehmend selbständige Heilkundenausübung durch

professionell Pflegende. Letzteres erscheint im Rahmen des internationalen Vergleichs „gesundheitshandwerklicher“ Berufsbilder längst überfällig.

Innovative und quartiersnahe Wohnformen stärken - gemeinsame Gestaltungsmöglichkeiten von Kommunen und Pflegekassen schaffen

Die Innungskrankenkassen befürworten grundsätzlich, die pflegerische Versorgung in innovativen und quartiersnahen Wohnformen zu stärken, das Leistungsrecht im Bereich niedrigschwelliger Betreuungs- und Versorgungsangebote vor Ort zu vereinfachen und die Kommunen in ihrer Verantwortung hinsichtlich einer bedarfsgerechten und regional abgestimmten Versorgung von Menschen mit Pflegebedürftigkeit heranzuziehen.

Die Stärkung der pflegenden An- und Zugehörigen – als wichtige Säule bei der Versorgung – durch den Ausbau niedrigschwelliger Entlastungsangebote wird von den Innungskrankenkassen besonders unterstützt. Auch die Stärkung der Pflegestrukturen sowie niedrigschwelliger Angebote und innovativer Versorgungsformen im Quartier sind für die Innungskrankenkassen bedeutende Faktoren, um dem demografischen Wandel zu begegnen.

Bei der Planung der Pflegeinfrastruktur sehen die Innungskassen die Kommunen und die Bundesländer in der Verantwortung, um eine bedarfsgerechte Versorgung von Menschen mit einer Pflegebedürftigkeit zu gewährleisten und die pflegenden An- und Zugehörigen zu unterstützen. Denn es gehört zu den originären Aufgaben der Kommunen, sich in diesem Bereich zu engagieren. Dass dies allerdings nicht immer der Fall war und ist, zeigt sich z. B. daran, dass sich die Kommunen in bestimmten Regionen nur unzureichend an der Aufgabe der Weiterentwicklung der pflegerischen Versorgungsstrukturen beteiligen.

Nach dem nun vorliegenden Gesetzesentwurf sollen Kommunen künftig mehr Mitgestaltungsmöglichkeiten bei der pflegerischen Versorgung vor Ort erhalten; die Länder sollen landesrechtlich regeln können, ob bzw. wie eine kommunale Pflegestrukturplanung zu gestalten ist. Hier ist allerdings der im Koalitionsvertrag unter dem Stichwort „Verantwortungskonexität“ verankerte Grundsatz zu beachten: „Wer bestellt bezahlt“.

Im Übrigen ist aus Sicht der Innungskrankenkassen zu kritisieren, dass wieder einmal der Selbstverwaltung, hier den Pflegekassen, kein Mitbestimmungsrecht verbindlich eingeräumt wird, aber Aufgaben übertragen werden, wie zum Beispiel die Datenlieferung. Dabei haben in der Vergangenheit die Landesverbände der Pflegekassen diese Aufgaben verantwortungsbewusst gemeinsam mit den Kommunen und anderen Kassenarten wahrgenommen und werden dies zum Wohl der Pflegebedürftigen und ihrer An- sowie Zugehörigen weiter forcieren. Der Gesetzgeber ist insofern gefordert, den Gesetzesentwurf entsprechend nachzujustieren.

Prävention und Gesundheitsförderung

Im Hinblick auf die Gesunderhaltung im Alter und der damit verbundenen Entlastung in der Pflege müssen präventive und gesundheitsfördernde Maßnahmen im Zentrum unseres Bemühens stehen.

Dies gilt nicht nur für den stationären Bereich. Die Prävention deshalb auch im ambulanten Pflegebereich gesetzlich zu normieren, ist für die Innungskrankenkassen zielgerecht. Denn der möglichst lange Erhalt von Mobilität, weitestgehender Selbstbestimmung und die damit verbundene Lebensqualität ist die beste Voraussetzung, Pflegebedürftigkeit zu verzögern bzw. zu verhindern sowie Ressourcen im Pflegebereich zu schonen bzw. zielführend anderweitig einzusetzen.

Vor diesem Hintergrund befürworten die Innungskrankenkassen ausdrücklich das gesetzgeberische Ziel, die Prävention im Rahmen des SGB XI zu stärken. Die individuellen Präventionsangebote der Krankenkassen sollten dabei jedoch Berücksichtigung finden. Im Weiteren ist darauf zu achten, dass die Abgrenzung zur Prävention im Bereich des SGB V eindeutig und trennungsscharf gestaltet wird.

Fehlkalkulationen bei der Finanzierung vermeiden

Was die Angaben im Gesetzentwurf zu den Haushaltsausgaben der Sozialen Pflegeversicherung angeht, so sehen die Innungskrankenkassen diese kritisch. Die genaue Herleitung des Minderbedarfs durch gemeinschaftliches Wohnen muss hier detaillierter und nachvollziehbar dargestellt werden, um eine Fehlkalkulation bei der derzeit mehr als angespannten finanziellen Lage in der Sozialen Pflegeversicherung zu vermeiden.

Ergänzender Anmerkungsbedarf

RSA

Der Risikostrukturausgleich (RSA) ist das Fundament eines fairen Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung. Sein Ziel ist es, dass Krankenkassen mit vielen älteren, chronisch-kranken oder kostenintensiven Versicherten nicht benachteiligt werden. Gleichzeitig soll er sicherstellen, dass die Finanzmittel aus dem Gesundheitsfonds zielgenau verteilt werden und allen Versicherten, unabhängig von Alter, Einkommen oder Gesundheitszustand ein gleicher Zugang zur Versorgung ermöglicht wird. Die langjährige Praxis zeigt jedoch, dass die Zielgenauigkeit für bestimmte Versichertenkonstellationen nicht gegeben ist. Dies betrifft die hohe Überdeckung von gesunden Versicherten zu Lasten der kranken Versicherten und verstärkt sich, wenn unvollständige Versichertenzeiten in Verbindung mit einem

Risikopoolanspruch hinzukommen. Diese Fehlentwicklungen gefährden die angestrebte Chancengleichheit im Wettbewerb und erfordern gezielte Nachjustierungen.

Aufhebung der Mandatsbegrenzung für ehrenamtliche Mitglieder des Medizinischen Dienstes

Die gesetzlichen Regelungen zur Wahrnehmung von Selbstverwaltungsmandaten im Medizinischen Dienst und Medizinischen Dienst Bund sehen derzeit vor, dass kassenseitige Vertreterinnen und Vertreter in den Verwaltungsräten nur ein weiteres Ehrenamt in der Sozialversicherung ausüben dürfen sowie eine Begrenzung ihrer Tätigkeit auf maximal zwei Amtsperioden. Diese Regelungen gelten nicht für andere Mitglieder der Verwaltungsräte, wie etwa Patienten- oder Berufsvertreter. Ziel dieser Begrenzungen war es, eine ausgewogene Mandatsverteilung und eine Durchmischung der Gremien sicherzustellen.

In der Praxis führen diese Regelungen jedoch zu erheblichen Einschränkungen in der demokratischen Mitwirkung und zu Kompetenzverlusten in der Gremienarbeit. Die Begrenzung der Amtszeiten erschwert es, erfahrene und eingearbeitete Mitglieder langfristig einzubinden. Dies beeinträchtigt die Kontinuität und Qualität der Entscheidungsfindung und schwächt die Selbstverwaltung insgesamt. Die Regelung birgt zudem die Gefahr, dass es zukünftig zu personellen Engpässen bei der Besetzung kommen könnte, insbesondere, wenn erfahrene Mitglieder durch starre Begrenzungen ausscheiden müssen, obwohl sie weiterhin zur Verfügung stünden.

Vor dem Hintergrund der beschriebenen Herausforderungen wird vorgeschlagen, die Begrenzungen der Anzahl der Ehrenämter sowie der Amtsperioden für kassenseitige Vertreter in den Verwaltungsräten der Medizinischen Dienste aufzuheben. Die entsprechenden Regelungen in § 279 Abs. 4 und 6 SGB V sollten gestrichen oder so angepasst werden, dass eine gleichberechtigte Amtsausübung aller Mitgliedergruppen in der Selbstverwaltung möglich ist.

Der IKK e.V. nimmt im Folgenden Stellung zu einzelnen Aspekten des Gesetzentwurfes. Im Übrigen wird auf die detaillierte Stellungnahme des GKV-SV, deren Inhalt zuvor mit den Innungskrankenkassen abgestimmt wurde, verwiesen.

Kommentierung

Zu Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 2

§ 5 Absatz 1a (neu): Prävention in Pflegeeinrichtungen und in der häuslichen Pflege

Beabsichtigte Neuregelung

Die Pflegekassen sollen den Zugang zu den in § 20 Absatz 4 Nummer 1 SGB V genannten Leistungen der Krankenkassen zur verhaltensbezogenen Prävention für die in der sozialen Pflegeversicherung versicherte Pflegebedürftige in häuslicher Pflege unterstützen. Dies soll geschehen, indem sie unter Beteiligung der Pflegebedürftigen sowie – falls sie im Einzelfall an der Versorgung beteiligt sind – von ambulanten Pflegeeinrichtungen Vorschläge zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation und zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten der Pflegebedürftigen entwickeln sowie die Umsetzung dieser Vorschläge unterstützen.

Dies umfasst eine Bedarfserhebung hinsichtlich präventiver und gesundheitsfördernder Maßnahmen, die fachliche Beratung zur Information und Sensibilisierung der Versicherten und ihrer Angehörigen sowie von Pflegepersonen bezüglich der Möglichkeiten, die mittels Gesundheitsförderung und Prävention zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation und zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten bestehen, sowie eine Präventionsempfehlung durch Pflegefachpersonen oder durch gemäß § 7a Absatz 3 Satz 2 qualifizierte Pflegeberaterinnen und Pflegeberater.

Bewertung

Die Innungskrankenkassen begrüßen es, die Prävention in der häuslichen Pflege auszuweiten. Die Ergänzung, dass neben Pflegefachpersonen auch Pflegeberater im Zusammenhang mit einer Beratung nach den §§ 7a und 7c eine Empfehlung für Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention nach § 20 Absatz 5 des SGB V aussprechen können, wird vom IKK e.V. unterstützt. Die Einfügung des neuen Absatz 1a bedingt jedoch auf eine Änderung des § 5 Absatz 1 Satz 1 SGB XI.

Darüber hinaus sehen wir auch einen eigenen Anspruch auf Leistungen der ambulanten Prävention im Rahmen des § 5 SGB XI. Eine Abgrenzung zwischen SGB V und SGB XI

könnte durch eine aufgeteilte Finanzierung analog zu den duofunktionalen (Pflege-) Hilfsmitteln gemäß § 40 Abs. 5 SGB XI erfolgen.

Die Innungskrankenkassen befürworten des Weiteren das Angebot einer Präventionsberatung für alle Bürger ab dem 70. Lebensjahr.

Änderungsvorschlag

§ 5 Absatz 1 Satz 1 SGB XI wird als Folgeänderung wie folgt gefasst:

„Die Pflegekassen sollen Leistungen in der Häuslichkeit sowie in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 71 Absatz 2 für in der sozialen Pflegeversicherung Versicherte erbringen, indem sie unter Beteiligung der versicherten Pflegebedürftigen und der Pflegeeinrichtung Vorschläge zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation und zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten entwickeln sowie deren Umsetzung unterstützen.“

§ 20 SGB V wird folgender Absatz 1a hinzugefügt:

„Versicherte erhalten mit Vollendung des 70. Lebensjahr ein Präventionsangebot gemäß Absatz 1 sowie § 5 Abs. 1a SGB XI“

Zu Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 8

§ 9 Satz 2 (neu): Aufgaben der Länder

Beabsichtigte Neuregelung

Die Länder können durch Landesrecht bestimmen, ob eine kommunale Pflegestrukturplanung vorzusehen ist und inwieweit die Empfehlungen der Ausschüsse nach § 8a Absatz 3, soweit diese bestehen, als Bestandteil der kommunalen Pflegestrukturplanung anzusehen sind.

Bewertung

Die Aufgaben der Länder werden bei dieser Regelung von den Innungskrankenkassen als unzureichend betrachtet. Bereits heute sind die Länder verantwortlich für die Vorhaltung einer pflegerischen Versorgungsstruktur sowie zur Planung von Pflegeeinrichtungen. Eine kommunale Pflegestrukturplanung ist dabei für die Innungskrankenkassen ein notwendiges Mittel, um die pflegerische Versorgungsqualität zu gewährleisten.

Änderungsvorschlag

Änderung § 9 Satz 2 (neu):

„Die Länder ~~können~~ bestimmen durch Landesrecht ~~bestimmen~~, ~~ob~~ wie eine kommunale Pflegestrukturplanung vorzusehen ist und inwieweit die Empfehlungen der Ausschüsse nach § 8a Absatz 3, soweit diese bestehen, als Bestandteil der kommunalen Pflegestrukturplanung anzuwenden sind.“

Zu Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 11

§ 12 Absatz 2 (neu): Aufgaben der Pflegekassen

Beabsichtigte Neuregelung

Geplant ist: Die Pflegekassen evaluieren regelmäßig auf Basis der ihnen zur Verfügung stehenden Versorgungsdaten die Entwicklung der regionalen pflegerischen Versorgungssituation und informieren die an der Versorgung Beteiligten über ihre Erkenntnisse. Sie stellen den regionalen Gebietskörperschaften auf Anfrage zum Zwecke der kommunalen Pflegestrukturplanung regionale Versorgungsdaten zur Verfügung; die hierfür anfallenden Kosten sind ihnen zu erstatten. Die Aufgabe kann auch auf die Landesverbände der Pflegekassen übertragen werden. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und die kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene vereinbaren Empfehlungen zu Umfang, Struktur, Turnus und möglichen Indikatoren der entsprechenden Datensätze. Die Empfehlungen bedürfen der Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit. Sie sind dem Bundesministerium für Gesundheit bis [...] [9 Monate nach Inkrafttreten] vorzulegen.

Bewertung

Die Pflegekassen beziehungsweise Landesverbände der Pflegekassen sollen für die Pflegeinfrastrukturplanung regionale Versorgungsdaten bereitstellen. Kritisch ist hierbei, dass die Pflegekassen beziehungsweise Landesverbände der Pflegekassen bei der Infrastrukturplanung nicht beteiligt werden, aber Dritten – hier kommunale Gebietskörperschaften – Daten zur Verfügung stellen sollen. Eine Beteiligung der Pflegekassen beziehungsweise Landesverbände der Pflegekassen wäre jedoch Voraussetzung für die Übernahme der Bereitstellung von regionalen Versorgungsdaten.

Änderungsvorschlag

Siehe Bewertung.

Zu Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 14

§ 17a (neu): Richtlinien zur Empfehlung von Pflegehilfsmitteln und Hilfsmitteln nach § 40 Absatz 6

Beabsichtigte Neuregelung

In § 17a Absatz 1 wird geregelt, dass der Spitzenverband Bund der Pflegekassen Richtlinien zur Empfehlung von Pflegehilfsmitteln und Hilfsmitteln nach § 40 Absatz 6 bis zum 31. Dezember 2026 festlegen soll. Dabei soll hinsichtlich des Qualifikationsniveaus der Pflegefachpersonen und der empfehlungsfähigen Hilfsmittel der Inhalt des Vertrags nach § 73d Absatz 1 SGB V beachtet werden. Die Richtlinien unterliegen dem Genehmigungsvorbehalt durch das BMG.

Gemäß Absatz 3 evaluiert der Spitzenverband Bund der Pflegekassen die in den Richtlinien festgelegten Verfahren in fachlicher und wirtschaftlicher Hinsicht, insbesondere hinsichtlich der Auswirkungen auf die Qualität und Sicherheit der Versorgung und Wirtschaftlichkeitsaspekte, unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes Bund sowie der maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene. Ein Bericht über die Ergebnisse der Evaluation ist dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 31. Juli 2030 vorzulegen.

Bewertung

Die Innungskrankenkassen befürworten grundsätzlich die geplanten Regelungen, bewerten jedoch die vorgegebenen Zeitfenster kritisch. Für die Neufassung der Richtlinien hat das BMG eine Frist bis zum 31. Dezember 2026 vorgesehen. Da jedoch für die geforderte Berücksichtigung der Qualifikationen der empfehlenden Pflegefachpersonen zunächst die Verhandlungen zur Rahmenvereinbarung nach § 73d SGB V abgeschlossen sein müssen, die eine Frist bis zum 31. Juli 2027 und einen Konfliktlösungszeitraum via Schiedsverfahren für weitere drei Monate vorsehen, ist das vorgegebene Zeitfenster nicht einzuhalten. Vor diesem Hintergrund ist zwingend eine Fristverschiebung um mindestens zwei Jahre erforderlich. Dementsprechend benötigt es auch für die Evaluierung der Richtlinie eine Fristverschiebung um mindestens zwei Jahre.

Änderungsvorschlag

§ 17a Absatz 1 Satz 1 SGB XI wird wie folgt geändert:

„(1) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen legt bis zum 31. Dezember 2028 in Richtlinien fest (...).“

§ 17a Absatz 3 Satz 2 SGB XI wird wie folgt geändert:

„Ein Bericht über die Ergebnisse der Evaluation ist dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 31. Dezember 2032 vorzulegen.“

Zu Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch) Nr. 16 a)

§ 18c Absatz 1 Satz 3: Entscheidung über den Antrag, Fristen

Beabsichtige Neuregelung

Im vorliegenden Gesetzentwurf soll den Kassen nach einer Eilbegutachtung die Verpflichtung auferlegt werden, unverzüglich eine Mitteilung in elektronischer Form an die Einrichtung zu schicken, wenn dies zulässig ist.

Bewertung

Grundsätzlich ist es zu begrüßen, wenn die Einrichtung nach einer Eilbegutachtung auch schnell das Ergebnis der MD Prüfung erhält, damit weitere wichtige Dispositionen getroffen werden können. Unseres Erachtens nach sollte diese Verpflichtung allerdings auf den MD übertragen werden, da dieser das Ergebnis der Eilbegutachtung als Erster hat und es parallel zur Weiterleitung an die Pflegekasse auch direkt an die Einrichtung weiterleiten kann. Dadurch wird der Vorgang beschleunigt, da bei der Pflegekasse nicht erst die MD Mitteilung gesichtet werden muss. Restriktionen bestehen keine, da die Eilbegutachtung Eins zu Eins von den Pflegekassen übernommen werden und ein nur vorläufiger Bescheid erstellt wird, bis die reguläre Begutachtung erstellt wird.

Änderungsvorschlag

§ 18c Absatz 1 Satz 3 wird wie folgt geändert:

„Ist im Fall des § 18a Absatz 5 eine Mitteilung unmittelbar an das Krankenhaus, die stationäre Rehabilitationseinrichtung oder das Hospiz zulässig, hat diese durch den Medizinischen Dienst unverzüglich in gesicherter elektronischer Form zu erfolgen.“

Zu Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch) Nr. 16 b) aa)

§ 18c Absatz 5 Satz 1: Zusatzzahlungen

Beabsichtigte Neuregelung

Erteilt die Pflegekasse den schriftlichen Bescheid über den Antrag nicht innerhalb von 25 Arbeitstagen nach Eingang des Antrags oder wird eine der in § 18a Absatz 5 und 6 genannten verkürzten Begutachtungsfristen nicht eingehalten, so soll die Pflegekasse nach Fristablauf spätestens innerhalb von 15 Arbeitstagen für jede begonnene Woche der Fristüberschreitung 70 Euro und danach für jede weitere begonnene Woche der Fristüberschreitung unverzüglich 70 Euro an den Antragsteller zu zahlen.

Bewertung

Die Innungskrankenkassen begrüßen die Tatsache, dass der Gesetzgeber die Hinweise insoweit aufgenommen hat, dass die 70 Euro Zusatzzahlung erst nach Ablauf von 15 Arbeitstagen nach Fristablauf erfolgen soll. In der Praxis wird es allerdings weiterhin viele Fälle geben, bei denen die 15 Arbeitstage nicht ausreichend sind, um verlässlich zu beurteilen, wer die Fristüberschreitung zu verantworten hat. Insofern werden auch mit der Neuregelung gehäuft Situationen eintreten, in denen die Zusatzzahlung erst geleistet wird, aber dann wieder zurückgenommen und beim Versicherten zurückgefordert werden muss. Dies ist ein großer Bürokratieaufwand und stößt zusätzlich auf Unverständnis bei den betroffenen Versicherten. Eine abschließende und fehlerfreie Bewertung ist erst mit Abschluss des Verwaltungsverfahrens möglich.

Änderungsvorschlag

§ 18c Abs. 5 Satz 1 SGB XI:

In Absatz 5 Satz 1 ist „Fristablauf spätestens innerhalb von 15 Arbeitstagen“ zu streichen und durch die Wörter „Abschluss des Verwaltungsverfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit“ zu ersetzen.

Zu Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch) Nr. 22 f)

§ 37 Absatz 4 Satz 3: Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen

Beabsichtigte Neuregelung

Nach dem neu geplanten § 37 Absatz 4 Satz 3 ist die Einführung eines digitalen Nachweises für das Beratungsformular im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern vorgesehen.

Bewertung

Der digitale Beratungsnachweis wird begrüßt, da hierdurch eine effizientere und schnellere Bearbeitung bei den Pflegekassen möglich ist und somit auch entbürokratisierend wirkt. Der Zusatz „oder maschinell verwertbar auf Datenträgern“ sollte ersatzlos gestrichen werden. Eine Übermittlung auf Datenträgern entspricht nicht mehr den aktuellen Standards und wird in der Praxis auch nicht mehr genutzt.

Änderungsvorschlag

§ 37 Abs. 4 Satz 3 wird wie folgt geändert:

„Die Pflegedienste und die anerkannten Beratungsstellen sowie die beauftragten Pflegefachpersonen übermitteln den in Satz 1 genannten Stellen das Nachweisformular im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern; das Nähere zum Verfahren regeln der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und der Verband der privaten Krankenversicherung e. V. im Einvernehmen mit den Verbänden der Leistungserbringer.“

Zu Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 25 b)

§ 40 Absatz 2 SGB XI: Pflegehilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen

Beabsichtigte Neuregelung

In Absatz 2 wird der, von den Pflegekassen zu leistende, monatliche Höchstbetrag für zum Verbrauch bestimmter Pflegehilfsmittel von 40 Euro auf 42 Euro angehoben. Die Aufwendungen der Pflegekassen für zum Verbrauch bestimmter Pflegehilfsmittel dürfen monatlich den Betrag von 42 Euro nicht übersteigen. Dabei wurde die im PUEG beschlossene Dynamisierung der Pflegeleistungen nun im Gesetz verankert und der seit 1. Januar 2025 ohnehin geltende Betrag im SGB XI verankert.

Bewertung

Aus Sicht der Innungskrankenkassen ist ein Festhalten an der bisherigen Versorgungspraxis nicht mehr tragbar.

Für die Versorgung mit Pflegehilfsmitteln zum Verbrauch, wie z. B. Desinfektionsmittel und Schutzmasken, stehen dann Pflegebedürftigen, die von Angehörigen in ihrer Häuslichkeit gepflegt werden, im Monat 42 Euro zur Verfügung. Die benötigten Mittel werden derzeit in der Regel im Sachleistungsprinzip bereitgestellt. Hierfür ist ein Verfahren erforderlich, dass sowohl für die Versicherten als auch für die Pflegekassen sehr aufwendig ist. Die Antragsbearbeitung, die Prüfung der Anspruchsvoraussetzungen und die Abwicklung der Lieferungen erfordern umfangreiche Ressourcen.

Die Innungskrankenkassen fordern daher im Sinne der Pflegebedürftigen und mit Blick auf die Möglichkeit der Absenkung der Verwaltungskosten, eine Vereinfachung der Versorgung mit Pflegehilfsmitteln zum Verbrauch.

Es ist sinnvoll den Bedarf an Pflegehilfsmitteln zum Verbrauch im Rahmen der ohnehin stattfindenden Pflegebegutachtung durch den Medizinischen Dienst oder durch Pflegefachpersonen im Rahmen ihrer Leistungserbringung feststellen zu lassen und die Auszahlung als Nebenleistung mit dem Pflegegeld an die Pflegebedürftigen direkt auszuzahlen. Der Versicherte kann dann nach seinem individuellen Bedarf die benötigten Produkte in Apotheken, Sanitätshäusern und auf dem freien Markt nach eigenem Ermessen erwerben. Den Versicherten wird auf diesem Weg ermöglicht, ihre Kaufentscheidung anhand ihres tatsächlichen

Bedarfs unter eigenen Gesichtspunkten treffen zu können. Sie erhalten damit mehr Flexibilität, um die Auswahl der benötigten Produkte einem sich monatlich ändernden Bedarf anzupassen. Die Versorgungsprozesse könnten auf diese Weise ohne Qualitätsnachteile entbürokratisiert und beschleunigt werden. Zugleich könnten kostengünstigere und wirtschaftlichere Beschaffungswege ermöglicht werden, damit der Betrag auch langfristig auskömmlich bleibt.

Regelungsvorschlag

§ 40 Absatz 2 SGB XI wird wie folgt neu gefasst:

„Zur Erfüllung des Anspruchs auf Versorgung mit zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln erhalten Pflegebedürftige als Leistung zur häuslichen Pflege, wenn die Durchführung der Pflege zumindest teilweise durch eine Pflegeperson nach § 19 SGB XI erfolgt, einen pauschalen Betrag von 42 Euro monatlich für die Selbstbeschaffung der notwendigen Pflegehilfsmittel. Der Betrag wird von der Pflegekasse erstmalig auf Antrag und nach Bewilligung der Leistung monatlich im Voraus an die pflegebedürftige Person selbst gezahlt, wenn der Bedarf im Rahmen der Pflegebegutachtung nach § 15 SGB XI ff vom Medizinischen Dienst oder durch eine Pflegefachperson festgestellt wurde. Der Geldbetrag wird bis zum Ende des Kalendermonats geleistet, in dem der Leistungsanspruch endet. § 118 Absatz 3 und 4 des Sechsten Buches gelten entsprechend, wenn der Betrag für die Zeit nach dem Tod des Berechtigten gezahlt wurde.“

Zu Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 36

§ 45h (neu): Leistungen in gemeinschaftlichen Wohnformen mit Verträgen zur pflegerischen Versorgung gemäß § 92c

Beabsichtigte Neuregelung

Mit der vorgesehenen Neuregelung soll eine neue Leistung für Pflegebedürftige in gemeinschaftlichen Wohnformen mit Verträgen zur pflegerischen Versorgung gemäß § 92c eingeführt werden. § 45h Absatz 1 und 2 lauten wie folgt:

(1) Pflegebedürftige in gemeinschaftlichen Wohnformen mit Verträgen zur pflegerischen Versorgung gemäß § 92c erhalten einen pauschalen Zuschuss in Höhe von 450 Euro je Kalendermonat zur Sicherstellung einer selbstbestimmten Pflege.

(2) Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 haben zudem je Kalendermonat Anspruch auf körperbezogene Pflegemaßnahmen, pflegerische Betreuungsmaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung als Sachleistung gemäß § 36. Wenn der Sachleistungsanspruch nur teilweise in Anspruch genommen wird, besteht Anspruch auf anteiliges Pflegegeld gemäß § 38 Satz 1 und 2 in Verbindung mit § 37.

Bewertung

Die Förderung und der Ausbau von alternativen Wohnformen werden von den Innungskrankenkassen unterstützt. Allerdings wird die Querfinanzierung aus einzelnen ambulanten Leistungsbeträgen abgelehnt, da dies zum einen einen hohen Bürokratieaufwand erfordert und zum anderen nicht zielgerichtet ist.

Wir schlagen zur Umstrukturierung des bisherigen Finanzierungssystems vor, für den neuen § 45h SGB XI eine 3. Säule („stambulant“) neben ambulant und stationär einzuführen und mit einem eigenen Leistungsbetrag auszustatten. Bei Inanspruchnahme des „stambulanten“ Sektors können dann keine entsprechenden Leistungsbeträge aus dem ambulanten und stationären Sektor bezogen werden.

Sollte es beim bisherigen Entwurf bleiben, sollte vom Gesetzgeber konkretisiert werden, ob ein Anspruch auf Pflegegeld nach § 37 SGB XI besteht oder nicht. Die aktuelle Formulierung legt nahe, dass kein Anspruch besteht. Dies wäre aber nicht nachvollziehbar, da gemäß dem Gesetzestext ausdrücklich Anspruch auf anteiliges Pflegegeld besteht. Bei Verzicht auf den Bezug von Pflegesachleistungen wäre ein kompletter Verlust des Pflegegeldes inkonsistent zum Bezug des anteiligen Pflegegeldes.

Änderungsvorschlag

§ 45h Abs. 1 wird wie folgt neu gefasst:

(1) Pflegebedürftige in gemeinschaftlichen Wohnformen mit Verträgen zur pflegerischen Versorgung gemäß § 92c können folgende Leistungsbeträge in Anspruch nehmen:

PG1: 100 Prozent der Leistungen gemäß §§ 42a SGB XI und 45b SGB XI,

PG2: 100 Prozent der Leistungen gemäß §§ 42a SGB XI und 45b SGB XI, 75 Prozent der Leistung gemäß § 37 Abs. 1 Nr. 1 SGB XI und 25 Prozent der Leistung gemäß § 43 Abs. 2 Nr. 1 SGB XI

PG3: 100 Prozent der Leistungen gemäß §§ 42a SGB XI und 45b SGB XI, 75 Prozent der Leistung gemäß § 37 Abs. 1 Nr. 2 SGB XI und 25 Prozent der Leistung gemäß § 43 Abs. 2 Nr. 2 SGB XI

PG4: 100 Prozent der Leistungen gemäß §§ 42a SGB XI und 45b SGB XI, 75 Prozent der Leistung gemäß § 37 Abs. 1 Nr. 3 SGB XI und 25 Prozent der Leistung gemäß § 43 Abs. 2 Nr. 3 SGB XI

PG5: 100 Prozent der Leistungen gemäß §§ 42a SGB XI und 45b SGB XI, 75 Prozent der Leistung gemäß § 37 Abs. 1 Nr. 4 SGB XI und 25 Prozent der Leistung gemäß § 43 Abs. 2 Nr. 4 SGB XI

§ 45 h Absatz 2:

Streichung

Aus § 45 h Absatz 3 wird Absatz 2 und aus Absatz 4 wird Absatz 3.

Zu Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 42 a)

§ 72 Absatz 1a (neu): Zulassung zur Pflege durch Versorgungsvertrag

Beabsichtigte Neuregelung

Vor Abschluss des Versorgungsvertrages sind die Empfehlungen der Ausschüsse nach § 8a Absatz 1 und, soweit diese in den Ländern bestehen, der Ausschüsse nach § 8a Absätze 2 und 3 zu beachten. Sofern vorhanden, sind auch die Empfehlungen und Zielsetzungen für die pflegerische Versorgung zu beachten, die im Rahmen der jeweiligen nach landesrechtlichen Vorgaben durchgeführten kommunalen Pflegestrukturplanung vorliegen.

Bewertung

Die Pflegekassen und Landesverbände der Pflegekassen werden bei der Pflegestrukturplanung nicht beteiligt; insofern sollten diese auch keine Daten Dritten zur Verfügung stellen. Die Beachtung der benannten Empfehlungen vor Abschluss des Versorgungsvertrages kann zum Zeitverzug führen. Darüber hinaus sollte geprüft werden, ob der Kontrahierungszwang zur Zulassung der Pflegeeinrichtung noch Bestand hat.

Änderungsvorschlag

Streichung.

Zu Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 43

§ 73a Absatz 1 und 3: Verfahren zu Beeinträchtigung bei Versorgungsverträgen

Beabsichtigte Neuregelung

§ 73a Absatz 1 und 3 sehen vor:

Absatz 1: Im Fall einer absehbaren oder bereits eingetretenen wesentlichen Beeinträchtigung der Leistungserbringung ist der Träger einer nach § 72 zugelassenen Pflegeeinrichtung verpflichtet, diese umgehend gegenüber den Pflegekassen als seinen Vertragspartnern anzuzeigen. Es genügt die Anzeige an eine als Partei des Versorgungsvertrages beteiligte Pflegekasse. Die von der Pflegeeinrichtung versorgten Pflegebedürftigen sind hierüber zu informieren. (...)

Absatz 3: Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen berichtet dem Bundesministerium für Gesundheit erstmals zum Stichtag 1. März 2026 und danach halbjährlich über die Anzahl der abgeschlossenen Versorgungsverträge sowie über die Anzahl der Pflegeplätze in den einzelnen Versorgungsbereichen. Der Bericht ist nach Bundesländern zu differenzieren und spätestens sechs Wochen nach dem Stichtag vorzulegen. Dieser enthält neben den numerischen Angaben auch Bewertungen der Pflegekassenverbände zur Versorgungssituation in den einzelnen Ländern.

Bewertung

Eine Beeinträchtigung der Leistungserbringung soll gegenüber allen Vertragsparteien erfolgen, sofern nicht eine federführende Vertragspartei benannt ist. Hierbei soll die Informationsweitergabe gewährleistet werden.

Es ist vorgesehen, dass der Spitzenverband Bund der Pflegekassen dem Bundesministerium für Gesundheit halbjährlich über die Anzahl der abgeschlossenen Versorgungsverträge sowie der Pflegeplätze in den einzelnen Versorgungsbereichen berichten soll. Dabei soll er auf Daten zugreifen, die er jedoch nicht erheben kann. Die Pflegekassenverbände sollen in dem Zusammenhang Daten an Dritte weiterreichen. Dies stellt jedoch keine originäre Aufgabe der Pflegekassenverbände dar. Unabhängig davon, ist nicht nachvollziehbar, zu welchem konkreten Zweck die Berichterstattung erfolgen soll. Der administrative Aufwand steht dabei in keinem Verhältnis.

Änderungsvorschlag

Absatz 1 ist wie folgt zu fassen:

„Im Fall einer absehbaren oder bereits eingetretenen wesentlichen Beeinträchtigung der Leistungserbringung ist der Träger einer nach § 72 zugelassenen Pflegeeinrichtung verpflichtet, diese umgehend gegenüber den Pflegekassen als seinen Vertragspartnern anzuzeigen. ~~Es genügt die Anzeige an eine als Partei des Versorgungsvertrages beteiligte Pflegekasse.~~ Die Anzeige erfolgt gegenüber allen Vertragsparteien, solange nicht eine federführende Vertragspartei benannt ist. Die von der Pflegeeinrichtungen versorgten Pflegebedürftigen sind hierüber zu informieren.“

Streichung Absatz 3.

Zu Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 51

§ 86a Absatz 3 (neu): Verfahrensrichtlinien für die Vergütungsverhandlungen und -vereinbarungen

Beabsichtigte Neuregelung

Zur Unterstützung effizienter und bürokratiearmer Verfahren mit dem Ziel des Abschlusses weitsichtiger Pflegesatz- und Pflegevergütungsvereinbarungen sind auf Bundesebene Empfehlungen nach dem Verfahren gemäß § 75 Absatz 6 bis zum [zu ergänzen: neun Monate nach Inkrafttreten] abzugeben.

Bewertung

Die bundeseinheitlichen Verfahrensrichtlinien für die Vergütungsverhandlungen und -vereinbarungen werden begrüßt. Die Erstellung von einheitlichen Vorgaben für die Pflegesatzverhandlungen stellt jedoch aufgrund unterschiedlicher Strukturen auf Landesebene eine kaum zu bewältigende Herausforderung dar. Der Erstellungszeitraum von neun Monaten wird insofern als zu kurz angesehen. Die Innungskrankenkassen erachten daher einen Zeitraum von mindestens 12, zielführender 18 Monaten für erforderlich.

Änderungsvorschlag

§ 86a Absatz 3 (neu) wird wie folgt geändert:

„3) Zur Unterstützung effizienter und bürokratiearmer Verfahren mit dem Ziel des Abschlusses weitsichtiger Pflegesatz- und Pflegevergütungsvereinbarungen sind auf Bundesebene Empfehlungen nach dem Verfahren gemäß § 75 Absatz 6 bis zum [zu ergänzen: ~~neun~~achtzehn Monate nach Inkrafttreten] abzugeben.“

Zu Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 55

§ 92c Absatz 2 (neu): Verträge zur pflegerischen Versorgung in gemeinschaftlichen Wohnformen

Beabsichtigte Neuregelung

Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen, der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene beschließen unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes Bund und des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. gemeinsam mit der Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände und der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und der Eingliederungshilfe spätestens bis zum [einsetzen: Datum neun Monate nach Inkrafttreten gemäß Artikel 14, Absatz 1] Empfehlungen zu den Vertragsinhalten nach Absatz 1 und 2; die Erfahrungen auf Basis der bereits durchgeführten Modelle zur Weiterentwicklung neuer Wohnformen nach diesem Buch sowie die Vorgaben des Elften Kapitels zur Qualitätssicherung gemeinschaftlicher Wohnformen im Sinne des Absatzes 1 sind ebenso zu beachten wie jeweils vorliegende Erkenntnisse aus den Modellen nach § 8 Absätze 3a und 3b.

Bewertung

Die einheitlichen Empfehlungen zu den Vertragsinhalten in gemeinschaftlichen Wohnformen werden begrüßt. Da hierbei die Erfahrungen aus den Modellprogrammen und die Regelungen aus dem SGB XI und SGB V in Einklang gebracht werden sollen, wird die zeitliche Vorgabe von nur neun Monaten als zu kurz erachtet. Insbesondere müssen hierbei vertragsrechtliche, leistungsrechtliche sowie qualitative Anforderungen an die gemeinschaftliche Wohnform beachtet werden. Die Innungskrankenkassen halten daher einen Zeitraum von mindestens 18 Monaten für erforderlich.

Änderungsvorschlag

§ 92c Absatz 5 wird wie folgt geändert:

„Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen, der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene beschließen unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes Bund und des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. gemeinsam mit der Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände und der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe

und der Eingliederungshilfe spätestens bis zum [einsetzen: Datum ~~neun~~ achtzehn Monate nach Inkrafttreten gemäß Artikel 14 Absatz 1] Empfehlungen zu den Vertragsinhalten nach Absatz 1 und 2; (...).“

Zu Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 65 a)

§ 114 Absatz 1a (neu): Durchführung von Qualitätsprüfungen

Beabsichtigte Neuregelung

Die Prüfaufträge nach Absatz 1 sollen ab dem 1. Januar 2028 auf digitalem Wege erteilt werden. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen errichtet hierfür im Benehmen mit dem Medizinischen Dienst Bund und dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. zur Planung, zur Auftragsvergabe und zur Durchführung von Qualitätsprüfungen eine Daten- und Kommunikationsplattform.

Bewertung

Der finanzielle Aufwand für eine Daten- und Kommunikationsplattform wird vor dem Hintergrund der Nutzenbewertung als kritisch betrachtet. Eine bundeseinheitliche elektronische Übermittlung ist im Rahmen der Digitalisierung sinnvoll. Fraglich bleibt, ob es dafür einer neuen Plattform bedarf. Der prognostizierte finanzielle Aufwand wird vor dem Hintergrund von IT-Tagessätzen zur Programmierung kritisch gesehen, auch für den Fall, falls eine Angliederung an bestehende Systeme erfolgt. Darüber hinaus sind der Spitzenverband Bund und andere benannte Organisationen hier nicht Dateninhaber, sondern die Landesverbände der Pflegekassen, welche die Prüfungen in Auftrag geben.

Änderungsvorschlag

Streichung.

Zu Artikel 3 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 2

§ 15a SGB V (neu): Behandlung durch Pflegefachpersonen, Pflegeprozessverantwortung

Beabsichtigte Neuregelung

Pflegefachpersonen sollen künftig im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung selbstständig heilkundlich tätig werden dürfen. Die Kompetenzen für Pflegefachpersonen sollen u. a. dahingehend erweitert werden, dass die selbstständige Entscheidung über die Ausstellung von Folgeverordnungen bei einzelnen Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege und der für die Ausführung dieser Leistungen benötigten Hilfsmittel ermöglicht wird. Ein Katalog dieser Maßnahmen einschließlich der hierfür benötigten Hilfsmittel soll im Rahmenvertrag nach § 73d SGB V vereinbart werden.

Bewertung

Die in der Begründung explizite Beschränkung auf Folgeverordnungen von bereits durch ärztliche Therapieentscheidung veranlasste Erstversorgung wird im Gesetzeswortlaut nicht deutlich; die derzeit geplante gesetzliche Fassung wird insofern zu Missverständnissen und Konflikten in den Versorgungsprozessen führen.

Vor diesem Hintergrund bedarf es aus Sicht der Innungskrankenkassen zwingend einer Konkretisierung dahingehend, dass sich die Kompetenz der Pflegefachperson auf Folgeverordnungen von bereits vorhandenen Hilfsmitteln beschränkt, die für die Leistungserbringung der häuslichen Krankenpflege erforderlich sind und deren Einsatz keinen Eingriff in die Therapieentscheidung des Arztes darstellen. Die medizinische Notwendigkeit der Erstversorgung sollte weiterhin vom Arzt festgelegt werden.

Änderungsvorschlag

§ 15a Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V wird wie folgt geändert:

„[...] nach einer erstmaligen ärztlichen Verordnung die Verordnung der in dem nach § 73d Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 vereinbarten Katalog genannten Leistungen der häuslichen Krankenpflege, einschließlich der Folge~~V~~verordnung der für diese Leistungen benötigten Hilfsmittel nach § 33.“

Zu Artikel 3 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 28

§ 273 Absatz 7 SGB V neu: Sicherung der Datengrundlagen für den Risikostrukturausgleich

Beabsichtigte Neuregelung

Die Neuregelung sieht u.a. ein Ende der systematischen Auffälligkeitsprüfungen nach § 273 SGB V vor. Mit der neuen Regelung soll die Prüfpflicht des BAS für die systematischen Auffälligkeiten auf 15 Jahre begrenzt und die Aufbewahrungsfrist für die RSA-Datenmeldungen und deren Datengrundlagen entsprechend verlängert werden.

Bewertung

Das Verfahren wurde zuletzt durch das GKV-FKG angepasst, mit dem Ziel, die Prüfverfahren durch die Umkehr der Beweislast zu beschleunigen. Diese Erwartung hat sich bis heute nicht erfüllt. Die Regel-Prüfungen für das Berichtsjahr 2013 sind z. T. noch immer nicht abgeschlossen. Durch die Neu-Regelung in § 273 Abs. 7 SGB V i.V.m. § 7 Abs. 2 Satz 4 RSAV sollen die seit Jahren andauernden Prüfverfahren durch das BAS spätestens nach 15 Jahren zu einem Abschluss kommen.

Der Vorschlag ist grundsätzlich nachvollziehbar und begrüßenswert, da das BAS nunmehr in der Verpflichtung steht, die ausstehenden Verfahren zu beschleunigen und zu einem definierten Abschluss zu bringen. Dies darf allerdings nicht dazu führen, dass laufende Verfahren eingestellt oder wegen Fristablauf nicht fortgeführt werden. Es ist davon auszugehen, dass betroffene Krankenkassen alles daransetzen werden, die Verfahren über das Ende der Prüffrist hinauszuzögern.

Um die Prüfverfahren zu beschleunigen ist es zudem erforderlich den Verwaltungsaufwand zu reduzieren. Daher sollten die bisherigen Prüfungen und deren Ergebnisse eingehend analysiert und Maßnahmen zur Vereinfachung und Beschleunigung der Verfahren erarbeitet werden.

Änderungsbedarf

Die Innungskrankenkassen schlagen vor, nach Satz 2 folgenden Satz anzufügen:

„Das Bundesministerium für Gesundheit führt eine systematische Analyse der Prüfprozesse nach den Absätzen 2 bis 6 durch und legt bis zum 31. Dezember 2026 Vorschläge zur Vereinfachung und Beschleunigung der Verfahren vor.“

Ergänzender Änderungsbedarf

§ 39 SGB XI Verhinderungspflege

Die Regelungen zur Verhinderungspflege sind ein sinnvolles Instrument, um eine Überlastung der Pflegeperson entgegen zu wirken und hat sich seit Jahren in der pflegerischen Praxis bewährt. Auch der unbürokratische Zugang durch den Verzicht auf ein vorhergehendes Antragsverfahren ist sachgerecht und dient einer unbürokratischen Inanspruchnahme der Betroffenen.

Die Praxis zeigt aber leider auch, dass die bisher geltende Verjährungsregelung von vier Jahren nicht sachdienlich ist und in gehäufte Form bei allen Pflegekassen dazu führt, dass nachträglich für den kompletten Verjährungszeitraum Erstattungen beantragt werden. Der Missbrauch wird schon dadurch augenfällig, dass in allen Fällen eine Erstattung für stundenweise Verhinderungspflege beantragt wird, da dann das Pflegegeld nicht gekürzt wird. Bis auf wenige Ausnahmefälle, in denen der Betrug durch widersprüchliche Angaben oder Unterschriftenfälschungen offensichtlich ist, müssen die Pflegekassen hohe Summen zu Lasten der Versichertengemeinschaft auszahlen, ohne zu wissen, ob tatsächlich ein entsprechender Aufwand entstanden ist.

Die Situation wird in Zukunft durch die Höhe des gemeinsamen Jahresbeitrags noch verschärft, da dies den Anreiz auf Leistungsmissbrauch noch erhöht. So können hier rückwirkend für vier Jahre 14.000 € geltend gemacht werden.

Regelungsvorschlag

Nach § 39 Absatz 1 Satz 3 wird der folgende Satz 4 eingefügt:

„Abweichend von § 45 Absatz 1 des Ersten Buches verjährt der Anspruch nach Satz 1 in einem Jahr nach Ablauf des Kalenderjahres, in dem er entstanden ist.“

§ 268 SGB V Abs. 1 und § 14 Abs. 2 Satz 2 RSAV: Risikostrukturausgleich

Der Risikostrukturausgleich (RSA) ist das Fundament eines fairen Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung. Sein Ziel ist es, dass Krankenkassen mit vielen älteren, chronisch-kranken oder kostenintensiven Versicherten nicht benachteiligt werden. Gleichzeitig soll er sicherstellen, dass die Finanzmittel aus dem Gesundheitsfonds zielgenau verteilt werden und allen Versicherten unabhängig von Alter, Einkommen oder Gesundheitszustand ein gleicher Zugang zur Versorgung ermöglicht wird. Die langjährige Praxis zeigt jedoch, dass die Zielgenauigkeit für bestimmte Versichertenkonstellationen nicht gegeben ist. Dies betrifft die hohe Überdeckung von gesunden Versicherten zu Lasten der kranken Versicherten und verstärkt sich, wenn unvollständige Versichertenzeiten in Verbindung mit einem Risikopoolanspruch hinzukommen. Diese Fehlentwicklungen gefährden die angestrebte Chancengleichheit im Wettbewerb und erfordern gezielte Nachjustierungen.

Der Risikopool, welcher die Krankenkassen entlasten soll, wenn einzelne Versicherte hohe Kosten verursachen, die über einen bestimmten jahresbezogenen Schwellenwert (aktuell: 107.087 €) liegen, muss nachjustiert werden. Denn die Entlastung der Krankenkassen greift aktuell erst dann, wenn die Jahreskosten eines Versicherten über diesem Schwellenwert liegen. Dies führt zu Benachteiligung von Kassen, welche überproportional viele Versicherte haben, die im Laufe des Jahres versterben oder auch bei Neugeborenen, wenn diese einen hohen Behandlungsaufwand haben (z. B. Frühgeborene). Sie werden im Risikopool nicht angemessen berücksichtigt.

Regelungsvorschlag

Mit der Einführung eines kalendertäglichen Schwellenwerts würde die Ausgleichsgrenze nicht für ein ganzes Jahr gelten, sondern – wie im RSA Verfahren üblich – taggenau berechnet werden. So würden auch schwer erkrankte Versicherte mit kürzerer Versicherungszeit fair im RSA berücksichtigt. Im Ergebnis führt dies zu mehr Zielgenauigkeit, gerechterer Mittelverteilung und weniger Wettbewerbsverzerrungen zwischen den Krankenkassen. Mit einer Ergänzung wird klargestellt, dass der jährliche Schwellenwert für die Erstattung aus dem Risikopool bei Versicherten mit unterjähriger Versicherungsdauer anteilig zu berechnen ist. Hintergrund ist, dass bei diesen Versicherten – etwa bei Tod, Kassenwechsel oder anderen Gründen für einen unterjährigen Beginn bzw. ein unterjähriges Ende der Mitgliedschaft – die tatsächliche Dauer der Versicherung im Kalenderjahr kürzer ist als ein volles Jahr. Eine Anwendung des vollen jährlichen Schwellenwertes würde in diesen Fällen dazu führen, dass auch besonders kostenintensive Leistungsfälle nicht als erstattungsfähig gelten, obwohl sie bezogen auf die Versicherungsdauer sehr hohe Ausgaben verursachen.

Nach § 268 Abs. 1 SGB V Satz 3 wird der folgende Satz 4 eingefügt:

„Bei Versicherten mit unvollständiger Versicherungszeit ist der Schwellenwert anteilig auf die Anzahl der Versicherungstage anzuwenden.“

Nach § 14 Abs. 2 Satz 2 RSAV wird der folgende Satz 3 eingefügt:

„Bei Versicherten mit unvollständiger Versicherungszeit ist der Schwellenwert anteilig auf die Anzahl der Versicherungstage anzuwenden.“

§§ 279 und 282 SGB V: Aufhebung der Mandatsbegrenzung für ehrenamtliche Mitglieder des Medizinischen Dienstes

Die gesetzlichen Regelungen zur Wahrnehmung von Selbstverwaltungsmandaten im Medizinischen Dienst und Medizinischen Dienst Bund sehen derzeit vor, dass kassenseitige Vertreterinnen und Vertreter in den Verwaltungsräten nur ein weiteres Ehrenamt in der Sozialversicherung ausüben dürfen sowie eine Begrenzung ihrer Tätigkeit auf maximal zwei Amtsperioden. Diese Regelungen gelten nicht für andere Mitglieder der Verwaltungsräte, wie etwa Patienten- oder Berufsvertreter. Ziel dieser Begrenzungen war es, eine ausgewogene Mandatsverteilung und eine Durchmischung der Gremien sicherzustellen.

In der Praxis führen diese Regelungen jedoch zu erheblichen Einschränkungen in der demokratischen Mitwirkung und zu Kompetenzverlusten in der Gremienarbeit. Die Begrenzung der Amtszeiten erschwert es, erfahrene und eingearbeitete Mitglieder langfristig einzubinden. Dies beeinträchtigt die Kontinuität und Qualität der Entscheidungsfindung und schwächt die Selbstverwaltung insgesamt. Die Regelung birgt zudem die Gefahr, dass es zukünftig zu personellen Engpässen bei der Besetzung kommen könnte, insbesondere, wenn erfahrene Mitglieder durch starre Begrenzungen ausscheiden müssen, obwohl sie weiterhin zur Verfügung stünden.

Vor dem Hintergrund der beschriebenen Herausforderungen wird vorgeschlagen, die Begrenzungen der Anzahl der Ehrenämter sowie der Amtsperioden für kassenseitige Vertreter in den Verwaltungsräten der Medizinischen Dienste aufzuheben. Die entsprechenden Regelungen in § 279 Abs. 4 und 6 SGB V sollten gestrichen oder so angepasst werden, dass eine gleichberechtigte Amtsausübung aller Mitgliedergruppen in der Selbstverwaltung möglich ist.

Die Aufhebung dieser Begrenzungen würde die Besetzbarkeit der Gremien deutlich verbessern, da sie den Kreis potenzieller Kandidatinnen und Kandidaten erweitert und die Möglichkeit schafft, erfahrene und engagierte Mitglieder längerfristig einzubinden. Zudem ermöglicht die Aufhebung der Mandatsbegrenzungen eine trägerübergreifende Perspektive, die für die inhaltliche Arbeit in der Selbstverwaltung von großem Wert ist. Die Möglichkeit, Erfahrungen aus verschiedenen Bereichen der Sozialversicherung einzubringen, fördert die Qualität der Entscheidungsfindung und trägt zur Weiterentwicklung des Gesundheitssystems bei. Soweit aber die Ämterhäufung innerhalb der Gemeinschaft der Medizinischen Dienste in Rede stand, hätte diese Häufung aufgrund des inneren Zusammenhangs der gemeinsamen Aufgaben und Interessen nicht zu einem potenziellen Konflikt geführt. Schließlich würde die Gleichbehandlung aller Mitgliedergruppen innerhalb der Verwaltungsräte hergestellt, was aus rechts- und gleichstellungspolitischer Sicht geboten erscheint. Eine Aufhebung der Be-

grenzung auf zwei Amtszeiten entspräche im Übrigen der allgemeinen Regelung der Amtszeiten der Selbstverwaltungsorgane der Sozialversicherung gemäß § 58 SGB IV, die u. a. auch für den GKV-Spitzenverband (§ 217b Absatz 1 Satz 3 SGB V) gelten.

Im Rahmen einer nachhaltigen Weiterentwicklung der Verwaltungsräte ist es erforderlich, das Ehrenamt zu stärken und von bürokratischen Hürden zu befreien. Ein attraktiver, stabiler und leistungsfähiger Verwaltungsrat trägt entscheidend zur Unabhängigkeit der Medizinischen Dienste bei.

Bei der Änderung in § 282 Abs. 2 Satz 7 handelt es sich um eine notwendige Folgeänderung aufgrund der vorgeschlagenen Streichung des § 279 Abs. 4 Satz 10 und 11.

Regelungsvorschlag

Der bisherige § 279 Absatz 4 SGB V wird wie folgt angepasst:

„(4) 16 Vertreter werden von den Verwaltungsräten oder Vertreterversammlungen der Landesverbände der Orts-, Betriebs- und Innungskrankenkassen, der landwirtschaftlichen Krankenkasse, der Ersatzkassen und der BAHN-BKK gewählt. Die Krankenkassen haben sich über die Zahl der Vertreter, die auf die einzelne Kassenart entfällt, zu einigen. Kommt eine Einigung nicht zustande, entscheidet die für die Sozialversicherung zuständige oberste Verwaltungsbehörde des Landes. Als Vertreter nach Satz 1 sind je zur Hälfte Frauen und Männer zu wählen. Jeder Wahlberechtigte nach Satz 1 wählt auf der Grundlage der von der oder dem Vorsitzenden des Verwaltungsrates erstellten Bewerberliste eine Frau und einen Mann. Die acht Bewerberinnen und acht Bewerber mit den meisten Stimmen sind gewählt. Eine Wahl unter Verstoß gegen Satz 4 ist nichtig. Ist nach dem dritten Wahlgang die Vorgabe nach Satz 4 nicht erfüllt, gelten nur so viele Personen des Geschlechts, das nach dem Ergebnis der Wahl mehrheitlich vertreten ist, als gewählt, wie Personen des anderen Geschlechts gewählt wurden; die Anzahl der Vertreter nach Absatz 4 reduziert sich entsprechend. Das Nähere zur Durchführung der Wahl regelt die Satzung. Die Amtszeit der Vertreter nach Satz 1 darf zwei Amtsperioden nicht überschreiten. Personen, die am 1. Januar 2020 bereits Mitglieder im Verwaltungsrat eines Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung sind, können einmalig wiedergewählt werden.“

Der bisherige § 279 Absatz 6 SGB V wird wie folgt angepasst:

„(6) Beschäftigte des Medizinischen Dienstes, der Krankenkassen oder ihrer Verbände sind nicht wähl- oder benennbar. Personen, die bereits mehr als ein Ehrenamt in einem Selbstverwaltungsorgan eines Versicherungsträgers, eines Verbandes der Versicherungsträger oder eines anderen Medizinischen Dienstes innehaben, können nicht gewählt oder benannt werden. § 51 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 bis 4 und Absatz 6 Nummer 2 bis 6 des Vierten Buches gilt entsprechend. Rechtsbehelfe gegen die Benennung oder die Wahl der Mitglieder des Verwaltungsrates haben keine aufschiebende Wirkung. § 57 Absatz 5 bis 7 des Vierten Buches und § 131 Absatz 4 des Sozialgerichtsgesetzes gelten entsprechend.“

§ 282 Absatz 2 Satz 7 wird entsprechend der vorgeschlagenen Änderungen wie folgt angepasst:

„(2) [...] Das Nähere, insbesondere zur Wahl der oder des Vorsitzenden und der Stellvertreterin oder des Stellvertreters, regelt die Satzung nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 1. § 40 Absatz 1 Satz 1 und 2, Absatz 2 und 3, die §§ 41, 42 Absatz 1 bis 3 des Vierten Buches, § 217b Absatz 1 Satz 3 und Absatz 1a bis 1e und § 279 Absatz 4 Satz 4 bis 9, Absatz 5 Satz 5 und Absatz 6 gelten entsprechend. Die Vertreter nach Satz 2 Nummer 3 sind nicht stimmberechtigt. Personen, die Mitglieder des Verwaltungsrates des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen sind, können nicht gewählt werden.“



Stellungnahme der Bundesärztekammer

zum Entwurf eines Gesetzes zur Befugnisweiterung und
Entbürokratisierung in der Pflege
(BT-Drucksache: 21/1511)

vom 08.09.2025

Berlin, 06.10.2025

Korrespondenzadresse:

Bundesärztekammer
Herbert-Lewin-Platz 1
10623 Berlin

Inhaltsverzeichnis

1.	Grundlegende Bewertung des Gesetzesentwurfs	3
2.	Vorbemerkung.....	4
3.	Stellungnahme im Einzelnen	4
	Pflegerische Leistungen und heilkundliche Leistungen durch Pflegefachpersonen.....	4
	Artikel 3 Nummer 2 (§ 15a SGB V-E)	4
	Eigenverantwortliche Leistungserbringung im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung	6
	Artikel 3 Nummer 16 (§ 73d SGB V-E)	6
	Sozialversicherungsrechtliche Einordnung von Tätigkeiten im Notdienst.....	8
	Artikel 3 Nummer 19 (§ 95 Absatz 3a SGB V-E)	8
	Eigenverantwortliche Leistungserbringung im Rahmen von Krankenhausbehandlung	10
	Artikel 3 Nummer 21 (§ 112a SGB V-E)	10
	Berechtigungsnachweis mittels eines sicheren Übermittlungsverfahrens	
	Eigenverantwortliche Leistungserbringung im Rahmen von Krankenhausbehandlung	11
	Artikel 3 Nummer 21 (§ 291 Absatz 9 Satz 3 SGB V-E)	11
	Anpassung von Umsetzungsfristen für Funktionen der elektronischen Patientenakte.....	12
	Artikel 3 Nummer 35 (§ 342 Absatz 2 Nummer 4 SGB V-E und § 342 Absatz 2a Nummer 1 SGB V-E)	12
	Schutz insbesondere von Kindern und Jugendlichen bei der Befüllung der elektronischen Patientenakte.....	12
	Artikel 3 Nummer 36 (§ 347 Absätze 1 und 6 SGB V-E).....	12
	Erweiterung der Strafbewehrung bei unrechtmäßiger Weitergabe bzw. fehlender Sperrung von Authentifizierungskomponenten.....	16
	Artikel 3 Nummer 45 (§ 399 SGB V-E)	16
4.	Ergänzender Änderungsbedarf.....	16
	Abrechnungsdaten der Krankenkassen in der elektronischen Patientenakte: Freigabe durch Patientinnen und Patienten	16
	Abrechnungsdaten der Krankenkassen in der elektronischen Patientenakte: Übermittlung und Speicherung nicht vor Vollendung des 15. Lebensjahres	18

1. Grundlegende Bewertung des Gesetzesentwurfs

Um langfristig die Pflegestrukturen in Deutschland zu sichern, will der Gesetzesentwurf die Befugnisse für Pflegefachpersonen ausbauen und so den Beruf attraktiver gestalten. Der Entwurf eines Gesetzes zur Befugnisserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege setzt hier auf das Pflegestudium-Stärkungsgesetz auf, das die akademische Pflegeausbildung auf eine neue Grundlage gestellt hat. Von den neuen Regelungen sollen jedoch auch jene profitieren, die ihre Kenntnisse im Rahmen beruflicher Fort- und Weiterbildungen erworben haben.

Die Bundesärztekammer unterstützt grundsätzlich die Intention des Gesetzgebers, eine qualifikatorisch gestufte pflegerische Versorgung einzuführen und mit einer Weiterentwicklung von Pflegekompetenzen, u. a. dem Ausbau heilkundlicher Befugnisse für Pflegefachpersonen, die Attraktivität der Pflegeberufe zu steigern. Diese berufsrechtlich bestimmten und leistungsrechtlich zu berücksichtigenden Aspekte werden Auswirkungen auf das Haftungsrecht haben. Das betrifft auch die vorgesehene Förderung der Eigenständigkeit der Pflegefachpersonen ausgehend von den Vorbehaltsaufgaben bis hin zur selbstständigen Erbringung erweiterter heilkundlicher Leistungen (§ 73d SGB V-E). Die Befugnisserweiterung in der Pflege darf jedoch nicht die Grenze der ärztlichen Kernkompetenz überschreiten.

Die Bundesärztekammer unterstützt ausdrücklich die Vorbereitung einer wissenschaftlich fundierten, systematischen Entwicklung, Begründung und Beschreibung pflegerischer Aufgaben (Muster-Scope of Practice) und die grundsätzliche Zuschreibung von entsprechenden Kompetenzen zu Qualifikationsgraden (vgl. § 8 Absatz 3c SGB XI-E). Das ist ein wichtiger Schritt, um die Rolle und die Verantwortlichkeiten von Pflegefachpersonen klarer als bisher zu definieren. Hierbei ist es erforderlich, im Rahmen der interprofessionellen Zusammenarbeit die ärztliche Perspektive systematisch einzubeziehen.

Länder und Kommunen sollen stärker in den Auf- und Ausbau der Pflege-Infrastruktur eingebunden werden. Selbsthilfe und ehrenamtliches Engagement sollen gefördert werden, um vor allem pflegende An- und Zugehörige zu entlasten. Dazu zählt „insbesondere auch die Förderung von regionalen Netzwerken, damit Menschen so lange wie möglich in der gewohnten Umgebung versorgt werden können“. Die Bundesärztekammer befürwortet den weiteren Ausbau von regionalen Netzwerken (§ 45e SGB XI-E). Dies sollte jedoch im Hinblick auf die lokalen Formen der Zusammenarbeit auch unter der Einbeziehung von Ärztinnen und Ärzten geschehen.

Der Gesetzesentwurf enthält neben den Regelungen zur Pflege auch Regelungen zur ärztlichen Tätigkeit im Notdienst und zur elektronischen Patientenakte.

Hinsichtlich der Frage der sozialversicherungsrechtlichen Einordnung von Tätigkeiten im Notdienst sind die vorgesehenen Änderungen ein richtiger Schritt. Allerdings beschränkt sich der Entwurf nur auf einen Teilaspekt im Rahmen der Vertragsarztzulassung zum Notdienst. Er berücksichtigt dagegen nicht hinreichend den darüberhinausgehenden Einsatz von sog. Poolärztinnen und Poolärzten im Rahmen des ambulanten ärztlichen Notdienstes. Die Bundesärztekammer fordert, auch diese mit zu berücksichtigen. Außerdem hält die Bundesärztekammer vor dem Hintergrund aktueller Rechtsprechung gesetzliche Klarstellungen zur Sozialversicherungspflicht auch im Rahmen sektorenübergreifender Kooperationen für erforderlich.

Mit Blick auf die elektronische Patientenakte sieht der Gesetzesentwurf Ausnahmen von der Verpflichtung zur Befüllung vor, wenn erhebliche therapeutische Gründe oder Rechte Dritter entgegenstehen. Die Bundesärztekammer hält dies im Interesse der Betroffenen für

geboten. Dies gilt umso mehr, als nicht zu erklären wäre, warum Ärztinnen und Ärzte nach der derzeitigen Rechtslage ein entsprechendes Einsichtnahmebegehren in die Patientenakte beim Behandelnden in diesen Fällen zurückweisen dürfen (§ 630g Absatz 1 BGB) und ggf. auch müssen, gleichzeitig diese Daten aber über die elektronische Patientenakte zur Verfügung stellen müssen.

Die Bundesärztekammer spricht sich dafür aus, die Regelung zur Ausnahme von der Verpflichtung des Einstellens von Daten in die elektronische Patientenakte bei gewichtigen Anhaltspunkten für die Gefährdung des Wohls von Kindern und Jugendlichen zu ergänzen. So sollten alle einwilligungsfähigen Minderjährigen unabhängig vom Alter mindestens die Möglichkeit erhalten, der Befüllung der elektronischen Patientenakte mit ihren Behandlungsdaten zu widersprechen.

2. Vorbemerkung

Die Bundesärztekammer fokussiert sich in dieser Stellungnahme in Hinblick auf die Befugnisserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege insbesondere auf Aspekte, die unmittelbare Berührungspunkte mit der ärztlichen Tätigkeit haben.

3. Stellungnahme im Einzelnen

Pflegerische Leistungen und heilkundliche Leistungen durch Pflegefachpersonen

Artikel 3 Nummer 2 (§ 15a SGB V-E)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Pflegefachpersonen sollen bestimmte Aufgaben der ärztlichen Behandlung eigenverantwortlich im Rahmen der leistungsrechtlichen Vorschriften erbringen dürfen (ebenso in § 28 Absatz 5 SGB XI), wenn sie die nötige fachliche Kompetenz nachweisen können. Dieser Nachweis soll mit einer entsprechenden Ausbildung, Weiterbildung oder anerkannten Berufserfahrung erbracht werden können. Unter diesen Voraussetzungen sollen Pflegefachpersonen folgende Aufgaben der ärztlichen Behandlung eigenverantwortlich erbringen dürfen:

1. Leistungen nach ärztlicher Diagnose und Indikationsstellung gemäß den Leistungskatalogen, die nach § 73d Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 und § 112a Abs. 1 SGB V vereinbart wurden.
2. Verordnungen häuslicher Krankenpflegeleistungen (inkl. Verordnung erforderlicher Hilfsmittel nach § 33 SGB V), wenn zuvor eine ärztliche Erstverordnung vorliegt und die Leistungen in den nach § 73d Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V vereinbarten Katalogen enthalten sind.
3. Leistungen gemäß Anlage 1 des Rahmenvertrags nach § 64d Abs. 1 Satz 4 SGB V, bis zur Umsetzung des Vertrages nach § 73d Abs. 1 Satz 1 SGB V.

§ 15a Absatz 2 SGB V (neu) konkretisiert zugleich, dass Pflegefachpersonen im Rahmen der Leistungserbringung nach dem SGB V die Pflegeprozessverantwortung im Sinne des § 4 Abs. 1 Satz 1 des Pflegeberufgesetzes tragen. § 15a Absatz 3 SGB V (neu) stellt klar, dass Pflegefachpersonen im Sinne dieser Norm nur solche Personen sind, die über eine Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung nach § 1 Pflegeberufgesetz verfügen. Ergänzend wird für SGB V und SGB XI grundsätzlich klargestellt, dass die berufsrechtlich geregelten

Vorbehaltsaufgaben von Pflegefachpersonen nach § 4 des Pflegeberufgesetzes (Pflegeprozessverantwortung) bei der inhaltlichen Ausgestaltung der Leistungen und der Leistungserbringung zu berücksichtigen sind. Mit den gesetzlichen Regelungen im Pflegeberufgesetz zu den Vorbehaltsaufgaben soll der Pflegeprozess als „professionsspezifische Arbeitsmethode zur Gestaltung des Pflegearrangements“ aufgewertet werden. Zudem soll klargestellt werden, welche Qualifikationsvoraussetzungen für die Erbringung pflegerischer Leistungen im Rahmen der Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung und sozialen Pflegeversicherung bestehen.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Pflegefachpersonen wird künftig ermöglicht, ausgewählte heilkundliche Maßnahmen eigenverantwortlich und ohne ärztliche Delegation durchzuführen. Es besteht keine fachliche Weisungsbefugnis von Ärztinnen und Ärzten gegenüber Pflegefachpersonen, die in eigenverantwortlicher Zuständigkeit handeln. Dies bringt zusätzliche Schnittstellen und Abstimmungserfordernisse mit sich, kann jedoch bei sinnvoller Umsetzung die an den Versorgungserfordernissen orientierte interprofessionelle Zusammenarbeit zwischen den Berufsgruppen auch positiv befördern: Entscheidend ist dabei, dass Ärztinnen bzw. Ärzte und Pflegefachpersonen ihre Zusammenarbeit, insbesondere im Bereich klar definierter heilkundlicher Aufgaben, kompetenzorientiert und teambasiert im Sinne einer effizienten Patientenversorgung gestalten.

Unter dieser Voraussetzung könnte es zu einer spürbaren Entlastung von Ärztinnen und Ärzten kommen, insbesondere in Bereichen wie der Diabetesversorgung, dem Wundmanagement oder der Betreuung von Menschen mit Demenz. Pflegefachpersonen mit entsprechender Qualifikation dürfen diese Aufgaben in Zukunft eigenständig übernehmen, wodurch Ärztinnen und Ärzte ihre Kapazitäten verstärkt auf komplexe und originär ärztliche Tätigkeiten konzentrieren können.

In haftungsrechtlicher Hinsicht bedeutet dies, dass Ärztinnen und Ärzte nicht mehr für Leistungen verantwortlich gemacht werden können, die Pflegefachpersonen im Rahmen ihrer eigenständigen Zuständigkeit und auf Grundlage ihrer Qualifikation erbringen. Diese Klarstellung ist zu begrüßen. Die Verantwortlichkeit liegt in Zukunft bei der eigenständig handelnden Pflegefachperson.

Mit der Neuverteilung von Zuständigkeiten steigen zugleich die Anforderungen an die interprofessionelle Kommunikation und Dokumentation. Die teilweise Überlappung von Aufgabenbereichen erfordert eine klare Abgrenzung und Koordination, um Versorgungsbrüche oder Verantwortungsdiffusion zu vermeiden. Dokumentationspflichten sowie strukturierte Fallbesprechungen im Team gewinnen daher weiter an Bedeutung.

Darüber hinaus weist die Bundesärztekammer darauf hin, dass für die adäquate Umsetzung der Vorbehaltsaufgaben der notwendige fachliche Hintergrund erforderlich ist, um sowohl den Gesundheitsschutz von Patientinnen und Patienten zu sichern, als auch die interprofessionelle Zusammenarbeit in der Gesundheitsversorgung, insbesondere mit Ärztinnen und Ärzten, verlässlich zu handhaben. Aus fachlicher Sicht ist unklar, wie Pflegefachpersonen, die bislang heilkundliche Tätigkeiten nur im Wege der Delegation übernehmen durften, bereits die Kompetenz zur eigenverantwortlichen Anamnese oder Diagnostik erworben haben sollen. Die Vermittlung des notwendigen fachlichen Hintergrundes ist in der gegenwärtigen gesetzlichen Ausgestaltung nicht hinreichend gewährleistet.

In diesem Zusammenhang möchte die Bundesärztekammer auf verfassungsrechtliche Fragen hinweisen, die sich bezüglich der geplanten Regelung heilkundlicher Weiterbildungen für Pflegefachpersonen stellen. Nach Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 GG hat der Bund

die konkurrierende Gesetzgebungskompetenz für die Zulassung zu ärztlichen und anderen Heilberufen. Von dieser Kompetenz hat der Bund im Bereich der Gesundheitsberufe regelmäßig Gebrauch gemacht, so auch im PflBG. Die bundesweite Regelung zum jeweiligen Berufszugang erfolgt stets mit dem Ziel, einheitliche Standards bei Qualifikation, Qualitätssicherung und Patientensicherheit zu gewährleisten. Mit der nunmehr geplanten eigenständigen Übernahme heilkundlicher Tätigkeiten durch Pflegefachpersonen wird nicht lediglich die Ausübung eines Berufs geregelt, sondern der Zugang zu einem erweiterten Berufsfeld. Damit wird eindeutig die Schwelle zur eigenverantwortlichen Ausübung heilkundlicher Tätigkeiten überschritten, was eine ausdrückliche berufsrechtliche Erlaubnis voraussetzt. Eine solche Erlaubnis müsste bundeseinheitlich im PflBG verankert werden. Die vorgesehene Regelung über § 15a SGB V-E ist diesbezüglich unzureichend, da sie lediglich eine Zuordnung in das Leistungsrecht integriert, ohne die berufsrechtliche Tragweite zu berücksichtigen. Die aus der Berufsfreiheit (Art. 12 GG) und dem Grundrecht auf körperliche Unversehrtheit (Art. 2 Abs. 2 GG) erwachsene besondere Schutzpflicht des Staates kann nur durch eine rechtsstaatlich abgesicherte, formalisierte und transparente Zugangskontrolle erfüllt werden. Statt klarer gesetzlicher Regelungen im PflBG findet sich in § 15a SGB V-E eine unübersichtliche Verweisungskette auf Leistungskataloge, Modellvorhaben und Rahmenverträge, die wiederum teils dynamisch angepasst werden sollen.

Eigenverantwortliche Leistungserbringung im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung

Artikel 3 Nummer 16 (§ 73d SGB V-E)

A) Beabsichtigte Neuregelung

§ 73d SGB V (neu) regelt die vertragliche Grundlage dafür, dass Pflegefachpersonen bestimmte ärztliche Behandlungsleistungen sowie Leistungen der häuslichen Krankenpflege künftig eigenverantwortlich erbringen bzw. verordnen können. Hierzu haben die Kassenärztliche Bundesvereinigung, der GKV-Spitzenverband, maßgebliche Pflegeorganisationen und Trägervereinigungen von Pflegeheimen bis spätestens 31. Juli 2027 einen bundeseinheitlichen Vertrag zu schließen. Dieser Vertrag muss insbesondere drei Punkte regeln:

1. Einen Katalog ärztlicher Leistungen, die von Pflegefachpersonen eigenverantwortlich übernommen werden dürfen.
2. Einen Katalog häuslicher Krankenpflegeleistungen, die von Pflegefachpersonen eigenverantwortlich verordnet werden dürfen, einschließlich Verfahrensregelungen zur Verordnung.
3. Rahmenvorgaben für die interprofessionelle Zusammenarbeit zwischen Ärztinnen und Ärzten und Pflegefachpersonen.

Darüber hinaus ist in dem Vertrag nach § 73 d SGB V-E festzulegen, auf welcher Kompetenzgrundlage die Pflegefachpersonen die betreffenden Leistungen erbringen oder verordnen dürfen. Auch ist sicherzustellen, dass Pflegefachpersonen sowohl bei vertragsärztlichen Leistungserbringern als auch bei zugelassenen Pflegeeinrichtungen tätig werden können. Die maßgeblichen Bundesorganisationen der Pflegeberufe und die Bundesärztekammer erhalten ein Stimmrecht und Beteiligungsmöglichkeiten im Verfahren. Wissenschaftlich fundierte Kompetenzmodelle (z. B. aus Projekten nach § 8 Abs. 3c SGB XI) sollen berücksichtigt werden.

Bereits bis Ende 2026 ist zu prüfen, ob der bestehende Rahmenvertrag nach § 64d SGB V angepasst werden muss, um bestimmte Behandlungsleistungen auch regulär durch Pflegefachpersonen zu ermöglichen.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Die Übertragung von Heilkunde respektive ihre Verschränkung mit dem Verantwortungsbereich von Ärztinnen und Ärzten sollten bislang im Rahmen der Modellprogramme nach § 63 Absätze 3b und 3c sowie § 64d SGB V erprobt werden. Diese Möglichkeiten wurden in der Praxis jedoch nur unzureichend angenommen und umgesetzt. Die Bundesärztekammer bedauert, dass nicht zunächst die Durchführung von Modellprojekten nach § 64d SGB V und deren Evaluation abgewartet wurde, bevor eine neue gesetzliche Regelung geschaffen wird.

§ 73d SGB V entspricht weitgehend den Regelungen nach § 64d SGB V. Die vorgesehene Ausgestaltung der heilkundlichen Leistungen durch Erarbeitung eines entsprechenden Katalogs, unter Fortgeltung bereits vereinbarter Leistungen, soll in Rahmenverträgen geregelt werden.

Es bedarf aus Sicht der Bundesärztekammer einer dezidierten Prüfung der Regelungen zur Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Pflegeberufe und der darin enthaltenen Kompetenzanforderungen. Erst auf dieser Grundlage lässt sich substanziell entscheiden, welche Aufgaben und Leistungen tatsächlich unter welchen Bedingungen zukünftig von Pflegefachpersonen als Heilkunde ausgeübt werden können und sollen. Ausdrücklich positiv bewertet wird die Voraussetzung, dass Pflegefachpersonen erst nach ärztlicher Diagnose und Indikationsstellung erweiterte heilkundliche Leistungen selbstständig erbringen können sollen. Die vorgesehenen Regelungen nach § 73 d SGB V sollten bereits mit der Umsetzung begleitend evaluiert werden, dies auch mit Blick auf die finanziellen Auswirkungen.

Darüber hinaus bedeutet die eigenverantwortliche Ausübung heilkundlicher Tätigkeiten, dass hiermit gestiegene Haftungsrisiken einhergehen. Es ist sicherzustellen, dass Pflegefachpersonen über einen ausreichenden Versicherungsschutz verfügen, sei es über ihren jeweiligen Arbeitgeber oder eine individuelle Berufshaftpflichtversicherung. Dabei wäre zu prüfen, ob wie bei anderen Berufsgruppen im Gesundheitswesen (z. B. Ärzten, Hebammen) eine gesetzliche Pflicht zum Abschluss einer Berufshaftpflichtversicherung eingeführt wird.

In den §§ 64d und 73d SGB V ist geregelt, dass der Bundesärztekammer vor Abschluss der Leistungskataloge und der Rahmenvorgaben zur interprofessionellen Zusammenarbeit Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben ist.

Angesichts der erheblichen Interferenzen der zu treffenden Regelungen mit der ärztlichen Tätigkeit ist die Bundesärztekammer über eine Stellungnahmemöglichkeit hinaus in die Ausgestaltung der Rahmenverträge gemäß § 73d Abs. 1 SGB V durch Einräumung eines Teilnahme-, Antrags- und Mitberatungsrechtes aktiv einzubinden.

Im Hinblick auf die Erarbeitung von Rahmenvorgaben zur interprofessionellen Zusammenarbeit zwischen Pflegefachpersonen und Ärztinnen und Ärzten (§ 73d Abs. 1 Nr. 3 SGB V) schlägt die Bundesärztekammer vor, als orientierungsgebende Anknüpfungspunkte die „Positionen der Bundesärztekammer zu einer interdisziplinären und teamorientierten Patientenversorgung“ als eine Arbeitsgrundlage einzubeziehen.

C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer

§ 73d Absatz 2 Satz 3 SGB V wird wie folgt neu gefasst:

„Den maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene im Sinne des § 118a Absatz 1 Satz 1 des Elften Buches und der Bundesärztekammer ist vor Abschluss des Vertrags Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; sie haben das Recht, an den Sitzungen der in Absatz 1 Satz 1 genannten Vertragspartner teilzunehmen, Anträge zu stellen und mitzuberaten.“

Sozialversicherungsrechtliche Einordnung von Tätigkeiten im Notdienst

Artikel 3 Nummer 19 (§ 95 Absatz 3a SGB V-E)

A) Beabsichtigte Neuregelung

In einem neuen § 95 Absatz 3a SGB V-E soll geregelt werden, dass „Tätigkeiten im Notdienst, zu denen ein Vertragsarzt aufgrund seiner jeweiligen Zulassung verpflichtet ist“ [...], sozialversicherungsrechtlich entsprechend der sozialversicherungsrechtlichen Einordnung seiner Tätigkeit im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung zu bewerten“ sind. Soweit die vertragsärztliche Zulassung grundsätzlich auch die Teilnahme an dem von den Kassenärztlichen Vereinigungen organisierten vertragsärztlichen Notdienst umfasst, stellt die Neuregelung nach der Begründung klar, dass die Tätigkeit im vertragsärztlichen Notdienst, „einen bloßen Annex zur selbständigen Haupttätigkeit in der Arztpraxis bzw. im medizinischen Versorgungszentrum darstellt“ und deshalb in ihrer sozialversicherungsrechtlichen Bewertung auch dieser Haupttätigkeit folgt.

Tätigkeiten im vertragsärztlichen Notdienst außerhalb der Verpflichtung aus der vertragsärztlichen Zulassung (sog. „Poolärzte“) unterfallen der Regelung indes nicht.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Eine gesetzliche Befreiung der Ärztinnen und Ärzte im Notdienst, die im Rahmen ihrer Vertragsarztzulassung zum Notdienst verpflichtet sind, von der Sozialversicherungspflicht entsprechend der Regelung für Notärztinnen und Notärzte im Rettungsdienst ist sinnvoll.

I. „Poolärzte“

Für Ärztinnen und Ärzte, die keine eigene Praxis betreiben, sondern beispielsweise in Kliniken arbeiten oder bereits im Ruhestand sind, und den Not- bzw. Bereitschaftsdienst übernehmen, ist ebenfalls eine derartige Befreiung von der Sozialversicherungspflicht erforderlich.

Die Aufrechterhaltung des Not- bzw. Bereitschaftsdienstes der Kassenärztlichen Vereinigungen ist für die Versorgung in den sprechstundenfreien Zeiten essenziell. Um dies sicherzustellen, greifen die Kassenärztlichen Vereinigungen nicht nur auf die dazu verpflichteten Vertragsärztinnen und Vertragsärzte zurück, sondern bedienen sich auch anderer Ärztinnen und Ärzte (sog. Poolärztinnen und -ärzte). Diese sind häufig neben ihrer eigentlichen ärztlichen Haupttätigkeit im Not- bzw. Bereitschaftsdienst tätig. Mit Urteil vom 24.10.2023, Az.: B 12 R 9/21 R, hat das Bundessozialgericht die Sozialversicherungspflicht für die sog. Poolärztinnen und -ärzte angenommen. Dies bedeutet für die betroffenen Ärztinnen und Ärzte und für Kassenärztlichen Vereinigungen einen erheblichen finanziellen und verwaltungstechnischen Mehraufwand, der die Durchführung der Notdienste gefährdet.

Eine Sozialversicherungspflicht für die sog. Poolärztinnen und -ärzte ist sozialpolitisch nicht notwendig, da diese bereits über ihre reguläre ärztliche Tätigkeit z. B. in einer Klinik abgesichert sind. Bei einer ähnlichen Problemstellung für Notärztinnen und Notärzte im Rettungsdienst hat der Gesetzgeber bereits mit einer Regelung reagiert, die diese ausdrücklich von der Sozialversicherungspflicht ausnimmt (§ 23c Abs. 2 SGB IV). Es ist

daher notwendig, eine solche Regelung auch auf Ärztinnen und Ärzte im KV-Notdienst zu übertragen, die nicht im Rahmen ihrer Vertragsarztzulassung zum Notdienst verpflichtet sind.

Die Festlegungen auf der Grundlage des „Ergebnispapiers des Dialogprozesses zum Erwerbsstatus von Ärztinnen und Ärzten im vertragsärztlichen Notdienst“ zwischen den Bundesministerien für Gesundheit und Arbeit, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und den Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) für den KV-Notdienst waren als Übergangslösung hilfreich, sind aber nicht ausreichend. Die Handhabung ist mit Unsicherheiten und vor allem mit sehr viel bürokratischem Aufwand verbunden. Es muss jeweils geprüft werden, ob die Voraussetzungen im Detail vorliegen und die Sozialversicherung muss diese Einschätzung dann noch teilen.

Um auch solchen Ärztinnen und Ärzten im Bereitschaftsdienst die Selbstständigkeit in Bezug auf ihre (z. B. nebenberufliche) Tätigkeit im Notdienst zu ermöglichen, die keine vertragsärztliche Zulassung besitzen („Poolärzte“), ist eine gesetzliche Regelung notwendig.

II. Ärztliche Tätigkeiten im Rahmen sektorübergreifender Kooperationen

Darüber hinaus ist die Problematik der Sozialversicherungspflicht auch im Rahmen sektorübergreifender Kooperationen zwischen Kliniken und niedergelassenen Vertragsärzten praktisch relevant geworden. Die Deutsche Rentenversicherung stellte etwa fest, dass die Tätigkeit einer Ärztin einer Gemeinschaftspraxis, die auf Grundlage eines Kooperationsvertrags zwischen der Gemeinschaftspraxis und einem Krankenhaus tätig wird, im Rahmen eines abhängigen Beschäftigungsverhältnisses ausgeübt worden sein soll. Es wurde damit in Frage gestellt, dass die Leistungen im Rahmen einer selbstständigen Tätigkeit erbracht wurden. Der Raum für die Ausübung einer selbstständigen Tätigkeit im Gesundheitsbereich ist auch durch die Sozialgerichte zunehmend verengt worden.

Zwar hat das LSG München, Urteil vom 24.9.2024 – L 7 BA 42/22, entschieden, dass die Ärztin ihre Tätigkeit regelmäßig nicht als Beschäftigte des Krankenhauses ausübt. Die DRV hat gegen dieses Urteil Revision vor dem BSG eingelegt. Zudem sind gegenläufige Entscheidungen anderer LSG bekannt, zu denen ebenfalls Revisionsverfahren beim BSG anhängig sind.

Diese Problematik ist nicht auf Einzelfälle beschränkt, sondern betrifft viele der gesundheitspolitisch gewollten intersektoralen Versorgungsformen, etwa im Rahmen ambulanter Operationen (§ 115b SGB V), der sektorenübergreifenden Vergütung mittels Hybrid-DRGs (§ 115f SGB V), der spezialfachärztlichen Versorgung (§ 116b SGB V) oder der geplanten sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen (§ 115g SGB V). Diese Kooperationsformen sollten bei wirtschaftlich selbstständigen, niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten nicht durch eine Sozialversicherungspflicht belastet werden mit möglicherweise nachteiligen Folgen für eine flächendeckende Versorgung.

Um eine Sozialversicherungspflicht für solche Ärztinnen und Ärzten zu vermeiden, die auf der Grundlage von Kooperationsverträgen im Rahmen ihrer selbstständigen Haupttätigkeit für ein Krankenhaus tätig sind, ist eine gesetzliche Regelung ebenfalls erforderlich.

C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer

Die Bundesärztekammer fordert über § 95 Absatz 3a SGB V-E hinaus auch eine gesetzliche Regelung zu Sozialversicherungsbeitragsfreiheit der Tätigkeit von sog. Poolärzten. Eine gesetzliche Regelung auch für „Poolärzte“ würde mehr Sicherheit für Ärztinnen und Ärzte bringen als eine Handhabung nach dem Ergebnispapier des Dialogprozesses zum Erwerbsstatus von Ärztinnen und Ärzten im vertragsärztlichen Notdienst und auch

unabhängig von den dort festgelegten Voraussetzungen greifen. Eine gesetzliche Regelung wäre unbürokratisch und würde für alle Ärzte im Notdienst gleichermaßen gelten.

Dieselbe Notwendigkeit einer gesetzlichen Regelung ergibt sich hinsichtlich Ärztinnen und Ärzten, die auf der Grundlage von gesetzlich vorgesehenen Kooperationen nach dem SGB V im Rahmen ihrer selbständigen Haupttätigkeit für einen Kooperationspartner tätig sind.

Da eine solche Regelung aus systematischen Gründen nicht im Zusammenhang mit § 95 SGB V zu treffen ist, sollte eine dem § 23c Abs. 2 SGB IV entsprechende Regelung in § 23 SGB IV aufgenommen werden.

Dem § 23 SGB IV sind folgende Absätze 3 und 4 anzufügen:

„(3) Einnahmen aus Tätigkeiten als Ärztin oder Arzt im Notdienst der Kassenärztlichen Vereinigungen sind nicht beitragspflichtig, wenn diese Tätigkeiten neben

1. einer Beschäftigung mit einem Umfang von regelmäßig mindestens 15 Stunden wöchentlich außerhalb des Notdienstes der Kassenärztlichen Vereinigungen,

2. einer selbständigen Haupttätigkeit oder

3. nach Erreichen der Regelaltersgrenze

ausgeübt werden. Für Tätigkeiten, bei denen die Einnahmen nach Satz 1 nicht beitragspflichtig sind, bestehen keine Meldepflichten nach diesem Buch.

(4) Einnahmen aus Tätigkeiten als Ärztin oder Arzt im Rahmen von nach dem Fünften Buch vorgesehenen Kooperationen sind nicht beitragspflichtig, wenn diese Tätigkeiten im Rahmen einer selbstständigen Haupttätigkeit als Vertragsärztin oder Vertragsarzt auf der Grundlage eines Kooperationsvertrages ausgeübt werden. Für Tätigkeiten, bei denen die Einnahmen nach Satz 1 nicht beitragspflichtig sind, bestehen keine Meldepflichten nach diesem Buch.“

Eigenverantwortliche Leistungserbringung im Rahmen von Krankenhausbehandlung

Artikel 3 Nummer 21 (§ 112a SGB V-E)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Vertragsparteien auf Bundesebene nach § 9 Absatz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes – die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG), der Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-SV) und der Verband der Privaten Krankenversicherung (PKV-Verband) – sollen bis zum 31. Juli 2028 sowohl einen Katalog an Leistungen der ärztlichen Behandlung, die Pflegefachpersonen in zugelassenen Krankenhäusern eigenverantwortlich erbringen können, als auch Rahmenvorgaben zur interprofessionellen Zusammenarbeit im Krankenhaus zwischen Pflegefachpersonen und Ärztinnen und Ärzten bei der Erbringung dieser Leistungen vereinbaren. Den maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene und der Bundesärztekammer ist vor Abschluss des Vertrags Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; sie haben das Recht, an den Sitzungen der genannten Vertragspartner teilzunehmen. Die Vertragsparteien sollen die Festlegungen nach § 73d Absatz 2 Satz 1 SGB V übernehmen, soweit nicht aus sachlichen Gründen für die Krankenhausbehandlung Abweichungen geboten sind.

Bei den Festlegungen nach § 73d Absatz 2 Satz 1 SGB V handelt es sich um die eigenverantwortliche Erbringung von Leistungen durch Pflegefachpersonen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung und die eigenverantwortliche Verordnung häuslicher Krankenpflege. Hier sollen die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), der GKV-SV, die

für die Wahrnehmung der Interessen von Pflegediensten maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene und die Vereinigungen der Träger von Pflegeheimen bis zum 31. Juli 2027 einen Vertrag abschließen. Auch hier ist den maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene und der Bundesärztekammer vor Abschluss des Vertrags Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben und sie haben das Recht, an den Sitzungen der Vertragspartner teilzunehmen.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Auch mit Blick auf den stationären Bereich sollten die Auswirkungen auf die Versorgung und die finanziellen Effekte sorgfältig evaluiert werden.

Die Bundesärztekammer begrüßt die o. g. geplante Beteiligung der Bundesärztekammer und der maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene.

Wichtig wird es sein, Einheitlichkeit und Praxisnähe der beiden Verfahren zu gewährleisten. Vor dem Hintergrund der angestrebten Ambulantisierung und Stärkung sektorenübergreifender Versorgung einerseits und der Unterschiede der jeweiligen Leistungsspektren und Settings der beiden Sektoren andererseits muss gewährleistet sein, dass die beruflichen Vertretungen der am Patienten tätigen Berufsgruppen ein Antrags- und Mitberatungsrecht in den Sitzungen erhalten.

Ziel muss es sein, die für die Versorgung der Patientinnen und Patienten in beiden Sektoren besten Festlegungen zu treffen und für sektorenübergreifende Festlegungen ein gemeinsames Vorgehen zu etablieren. Die Bundesärztekammer kann hierbei als wichtige Schnittstelle zwischen den beiden Verfahren wirken und das Erfahrungswissen und den medizinisch-fachlichen Sachverstand sektorenübergreifend einbringen.

C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer

Siehe Änderungsvorschlag zu „§ 73d Absatz 2 Satz 3 SGB V“, der über den bereits im Referentenentwurf befindlichen § 112a Abs. 1 Satz 2 („§ 73d Absatz 2 Satz 3 bis 5 gilt entsprechend.“) auch für den Krankenhaussektor entsprechend Anwendung findet.

Berechtigungsnachweis mittels eines sicheren Übermittlungsverfahrens Eigenverantwortliche Leistungserbringung im Rahmen von Krankenhausbehandlung

Artikel 3 Nummer 21 (§ 291 Absatz 9 Satz 3 SGB V-E)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Neugestaltung des § 291 Absatz 9 SGB V eröffnet den Arztpraxen die Möglichkeit, in Ausnahmefällen einen Nachweis der Berechtigung zur Inanspruchnahme von Leistungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung auch über ein sicheres Übermittlungsverfahren nach § 311 Absatz 6 SGB V von der zuständigen Krankenkasse des Patienten zu erhalten.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Die Nutzung eines sicheren Übermittlungsverfahrens nach § 311 Absatz 6 SGB V und die unmittelbare Anforderungsoption durch Arztpraxen wird befürwortet, um den immer noch weit verbreiteten Kommunikationsweg per Fax abzulösen. Auf eine zusätzliche Protokollierung einer vorliegenden Einwilligung des Patienten in der Arztpraxis sollte allerdings im Interesse der Bürokratievermeidung verzichtet werden. Zudem erfolgt durch technische Maßnahmen der Telematikinfrastruktur eine Protokollierung und ein wirksamer Schutz vor unberechtigten Zugriffen.

Die Einführung weiterer bürokratischer Prozesse in Arztpraxen sollte vermieden werden.

C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer

Streichung des § 291 Absatz 9 Satz 3 SGB V

Anpassung von Umsetzungsfristen für Funktionen der elektronischen Patientenakte

Artikel 3 Nummer 35 (§ 342 Absatz 2 Nummer 4 SGB V-E und § 342 Absatz 2a Nummer 1 SGB V-E)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Frist für die Umsetzung der Ausleitung von Daten aus der elektronischen Patientenakte zu Forschungszwecken sowie zur digitalen Unterstützung des Medikationsprozesses des Versicherten wird auf den 31. März 2026 verschoben.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

In Anbetracht der nach wie vor bestehenden Unsicherheiten in den Umsetzungsplänen der gematik sollte auf eine gesetzliche Fixierung von Projektmeilensteinen verzichtet werden. Solche Festlegungen erfordern bei Änderungen oder Verschiebungen der Planungen regelhaft eine erneute Befassung des Deutschen Bundestages und machen gesetzliche Anpassungen erforderlich. Zielführender ist eine Beschlussfassung in der Gesellschafterversammlung der gematik und eine transparente Kommunikation hierzu.

Des Weiteren ist darauf hinzuweisen, dass die in der Neuregelung gesetzte Frist zum 31.03.2026 inkompatibel zu dem Beschluss der Gesellschafterversammlung vom 10.09.2025 ist, bei der durch die Stimmenmehrheit des Bundesministeriums für Gesundheit ein anderer Umsetzungszeitpunkt für die Datenausleitung (01.01.2027) und das digitale Medikationsmanagement (01.10.2026) bestimmt wurde.

C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer

Streichung der Einschübe in § 342 Absatz 2 Nummer 4 und Absatz 2a Nummer 1

„(...), spätestens jedoch bis zum 31. März 2026, (...)“

Schutz insbesondere von Kindern und Jugendlichen bei der Befüllung der elektronischen Patientenakte

Artikel 3 Nummer 36 (§ 347 Absätze 1 und 6 SGB V-E)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Verpflichtung zum Einstellen von Daten in die elektronische Patientenakte soll zukünftig nicht bestehen, soweit der Übermittlung und Speicherung von Daten in die elektronische Patientenakte erhebliche therapeutische Gründe oder sonstige erhebliche Rechte Dritter entgegenstehen oder soweit gewichtige Anhaltspunkte für die Gefährdung des Wohles eines Kindes oder eines Jugendlichen bis zur Vollendung des 15. Lebensjahres vorliegen und die Befüllung der elektronischen Patientenakte den wirksamen Schutz des Kindes oder Jugendlichen in Frage stellen würde.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

1. Synchronisierung mit des Ausnahmetatbeständen des § 630g BGB

Die Bundesärztekammer befürwortet die Ausnahmen von der Verpflichtung des Einstellens von Daten in die elektronische Patientenakte, wenn erhebliche therapeutische Gründe oder Rechte Dritter entgegenstehen. Das hatte schon der 129. Deutsche Ärztetag 2025 gefordert (Beschluss Ic-07, Ic-35). Eine Synchronisierung mit den Regelungen des Behandlungsvertragsrechts ist überfällig, da es nicht zu erklären ist, warum Ärztinnen und Ärzte nach der derzeitigen Rechtslage ein entsprechendes Einsichtnahmebegehren in die Patientenakte beim Behandelnden in diesen Fällen zurückwiesen dürfen (§ 630g Absatz 1 Satz 1 BGB) und ggf. auch müssen, gleichzeitig diese Daten aber über die elektronische Patientenakte zur Verfügung stellen müssen.

Sinnvoll wäre es in diesem Zusammenhang, aus Klarstellungsgründen auch § 347 Abs. 5 SGB V mit § 630g BGB zu synchronisieren und klarzustellen, dass die Einschränkungsgünde des § 630g Absatz 1 Satz 1 BGB¹ auch hinsichtlich der Übermittlung elektronischer Abschriften der Patientenakte² in die elektronische Patientenakte Anwendung finden können.

2. Entbindung von der Befüllungspflicht bei Kindeswohlgefährdung

Die Bundesärztekammer spricht sich zudem dafür aus, dass bei gewichtigen Anhaltspunkten für die Gefährdung des Wohls von Kindern und Jugendlichen auf die Befüllung der Patientenakte verzichtet werden kann. Dementsprechend hat schon der 129. Deutsche Ärztetag 2025 beschlossen, dass bei Kindern und Jugendlichen von der Befüllung der ePA abgesehen werden können muss, soweit erhebliche therapeutische Gründe oder eine dringende Gefährdung des Wohles eines Kindes oder eines Jugendlichen entgegenstehen (Beschluss Ic-07).

Zwar ist nach Verständnis der Bundesärztekammer eine erhebliche Gefährdung des Kindeswohls problemlos unter das Tatbestandsmerkmal der erheblichen therapeutischen Gründe gem. § 630g Absatz 1 Satz 1 BGB zu subsumieren, da eine solche gegeben ist, wenn das körperliche, geistige oder seelische Wohl des Kindes oder sein Vermögen gefährdet sind und die Eltern nicht gewillt oder nicht in der Lage sind, die Gefahr abzuwenden (§ 1666 Absatz 1 BGB). Schon mit der geplanten Synchronisierung mit § 630g BGB kann dieses Ziel daher weitestgehend erreicht werden. Aus Klarstellungsgründen ist eine Regelung gleichwohl nicht schädlich, die in Anlehnung an § 4 Absatz 1 KKG nochmals betont, dass die Verpflichtung zur Befüllung nicht besteht, soweit gewichtige Anhaltspunkte für die Gefährdung des Wohles eines Kindes oder eines Jugendlichen vorliegen und die Befüllung der elektronischen Patientenakte den wirksamen Schutz des Kindes oder Jugendlichen in Frage stellen würde. Die Begrenzung des verfassungsrechtlich geschützten Elterninformationsrecht (Art. 6 Absatz 2 Satz 1 GG) ist in diesen Fällen legitim, soweit die Gefahr von den Eltern bzw. Sorgeberechtigten ausgeht, welche die elektronische Patientenakte für den Minderjährigen verwalten.

Nach dem Verständnis der Bundesärztekammer bleiben die ansonsten üblichen Vorgehensweisen einer angemessenen Gesprächsführung mit den Betroffenen sowie der gesetzlich vorgesehenen und abgestuften Konfliktlösungsmöglichkeiten (z. B. § 4 KKG) oder

¹ Nach einem gegenwärtig laufenden separaten Gesetzgebungsvorhaben wohl künftig § 630g Absatz 2 BGB, s. Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Verbrauchervertrags- und des Versicherungsvertragsrechts sowie zur Änderung des Behandlungsvertragsrechts, abrufbar unter https://www.bmjv.de/SharedDocs/Downloads/DE/Gesetzgebung/RegE/RegE_GAendVVVR.pdf?__blob=publicationFile&v=2

² Nach einem gegenwärtig laufenden separaten Gesetzgebungsvorhaben (s. Fn. 1) künftig wohl „Behandlungsakte“.

der familiengerichtlichen Klärungen (z. B. im Rahmen von streitigen Auskunftsverlangen der Sorgeberechtigten gem. Art. 15 DSGVO, § 630g BGB, § 305 Absatz 2 SGB V) unberührt.

3. Starre Altersgrenze

Die Formulierung, dass die Kindeswohlgefährdung nur bei Personen „bis zur Vollendung des 15. Lebensjahres“ relevant sein soll, ist nicht schlüssig. Die geplante Regelung weist insoweit eine erhebliche Schwäche auf: Sie ermöglicht es nur, bei erheblichen Anhaltspunkten für eine Gefährdung des Wohls des Kindes oder Jugendlichen auf die Befüllung der elektronischen Patientenakte mit entsprechenden Daten zu verzichten. Unterhalb dieser Schwelle müssen sensible Patientendaten auch dann eingestellt werden, wenn jüngere, voll einsichts- und urteilsfähige Minderjährige dies nicht wünschen, weil es zum Beispiel zu Konflikten in der Familie führt, die noch keine erheblichen Anhaltspunkte für eine Gefährdung des Kindes oder Jugendlichen darstellen. Nicht jeder Konflikt und nicht jede Meinungsdivergenz stellen eine Gefährdung des Kindeswohls im Sinne des § 1666 BGB dar. Bestimmte Interessen des Minderjährigen verdienen unter Umständen aus persönlichkeitsrechtlichen Gründen und unter Berücksichtigung der wachsenden Fähigkeit und des wachsenden Bedürfnisses des Kindes zu selbständigem verantwortungsbewusstem Handeln (§ 1626 Absatz 2 BGB) aber dennoch Beachtung. Insoweit lässt die geplante Regelung – wie auch schon § 341 Abs. 1 S. 4 SGB V – unter Rückgriff auf eine starre Altersgrenze von 15. Jahren außer Acht, dass es Konstellationen gibt, in denen auch der unter 15-jährige bei hinreichender natürlicher Einsichts- und Urteilsfähigkeit entscheiden kann, welche Informationen gegenüber seinen Eltern bzw. Sorgeberechtigten offenbart werden und bei denen die Bewahrung des vertraulichen Arzt-Patienten-Geheimnisses (ärztliche Schweigepflicht) auch bei der Behandlung Minderjährigen geboten ist.

Es stellt zudem einen wesentlichen Wertungswiderspruch dar, wenn beispielsweise 14jährige, einwilligungsfähige Jugendliche – ungeachtet der sozialrechtlichen Handlungsfähigkeit gem. § 36 SGB I – aus zivil- und strafrechtlicher Sicht zwar allein darüber entscheiden können, ob und wie sie behandelt werden, aber nicht darüber, wer von der Behandlung und deren Ergebnissen erfährt. Diese Minderjährigen können das Einstellen ihrer personenbezogenen sensiblen Gesundheitsdaten in die elektronische Patientenakte, auf die ihre Eltern Zugriff haben, nicht verhindern. Unter 15-jährigen (einwilligungsfähigen) Jugendlichen bleibt dann unter Umständen nur die Möglichkeit, auf eine notwendige ärztliche Behandlung zu verzichten, wenn sie ausschließen möchten, dass ihre Eltern davon erfahren. Nach den Regelungen für die elektronische Patientenakte können Minderjährige, die noch nicht 15 Jahre alt sind, einer Übermittlung von Daten in die elektronische Patientenakte nicht wirksam widersprechen (§ 341 Absatz 1 Satz 4 SGB V). Der 129. Deutsche Ärztetag 2025 hat sich vor diesem Hintergrund für eine Opt-in-Lösung für Minderjährige bei der Befüllung der elektronischen Patientenakte (ePA) ausgesprochen (Beschlüsse Ic-37 und Ic-47).

Soll entgegen der Forderung des Deutschen Ärztetages bei Minderjährigen dennoch am opt-out-System festgehalten werden, müsste wenigstens das Widerspruchsrecht angepasst werden. Um den aufgezeigten Wertungswiderspruch zwischen Behandlungsvertragsrecht und der für § 347 Absätze 1 und 6 SGB V-E geplanten Regelung aufzulösen und dem geschilderten Problem eines fehlenden Widerspruchsrechts einsichts- und urteilsfähiger unter 15-jähriger zu begegnen, sollte das Widerspruchsrecht hinsichtlich der Befüllung der elektronischen Patientenakten mit Behandlungsdaten insgesamt von der *natürlichen Einsichts- und Urteilsfähigkeit (auch Einwilligungsfähigkeit)* der Patientinnen und Patienten und nicht von einer starren Altersgrenze abhängig gemacht werden. Dies entspricht nicht nur der vorzufindenden Rechtsprechung zum Minderjährigenrecht, sondern ist auch

praktikabel. Denn Ärztinnen und Ärzte müssen für die Frage, wer in die Behandlung einwilligen muss, ohnehin die Einwilligungsfähigkeit, also der Einsichts- und Urteilsfähigkeit, beurteilen. Das ist mit dem BGH der Fall, wenn der Betroffene die Bedeutung und Tragweite des Eingriffs zu erkennen und seinen Willen hiernach auszurichten kann. Zu dem Zeitpunkt, in dem sich die Frage der Befüllung der elektronischen Patientenakte mit Behandlungsdaten stellt, müssen Ärztinnen und Ärzte bereits geklärt haben, ob die beispielsweise 14-jährige Patientin oder der 14-jährige Patient einwilligungsfähig ist. Denn davon hängt die Frage ab, ob sie vor der Behandlung seine oder die Einwilligung der Sorgeberechtigten einholen mussten.

Demgegenüber erscheint es nachvollziehbar, dass für Abrechnungsdaten – wie nach dem u. g. Vorschlag der Bundesärztekammer (s. unter 4.) – eine feste Altersgrenze angewendet werden soll, da die Krankenkassen nicht beurteilen können, ob die Minderjährigen im konkreten Fall einwilligungsfähig sind oder noch nicht, bevor sie Abrechnungsdaten einstellen. Eine solche Regelung muss nicht zwischen einwilligungsfähigen Erwachsenen und einwilligungsfähigen Minderjährigen unterscheiden.

Die hier geplante Regelung weist noch eine weitere Schwäche auf: Sie lässt unberücksichtigt, dass eine Befüllung der elektronischen Patientenakte auch unterbleiben sollte, wenn eine erhebliche Gefährdung eines ggf. nicht einwilligungsfähigen Minderjährigen nach der Vollendung des 15. Lebensjahres in Rede steht, der sein Widerspruchsrecht nach § 344 SGB V nicht ausüben kann, insbesondere wenn kognitive Einschränkungen vorliegen. Entgegen der Begründung zu Nr. 36, 37 und 38 des Gesetzesentwurfs können Jugendliche nicht in jedem Fall ab Vollendung des 15. Lebensjahres ihre Rechte im Hinblick auf die elektronische Patientenakte selbst ausüben. Das entspricht nicht der Lebenswirklichkeit und zeigt, dass eine starre Altersgrenze als Bezugspunkt verfehlt ist.

Aus Sicht der Bundesärztekammer sollte auf eine starre Altersgrenze in der Regelung verzichtet werden. Die Notwendigkeit einer Ausnahme von der Verpflichtung zur Befüllung der elektronischen Patientenakte in Fällen von gewichtigen Anhaltspunkten für eine Gefährdung des Wohls des Kindes oder Jugendlichen ist im Übrigen zu begrüßen, da diese auch bei nicht einwilligungsfähigen Kindern und Jugendlichen greifen würde.

C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer

Nach Artikel 1 Nummer 34 wird die folgende Nr. 34a eingefügt:

34a. § 341 Absatz 1 Satz 4 SGB V wird wie folgt geändert:

Die Versicherten- und Widerspruchsrechte im Hinblick auf die elektronische Patientenakte nach Satz 1 können ausgeübt werden, soweit der Versicherte über die natürliche Einsichts- und Urteilsfähigkeit verfügt.

Artikel 1 Nummer 36 wird wie folgt neu gefasst:

36. § 347 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 5 werden die Worte „nach § 630g Absatz 2 Satz 1 des Bürgerlichen Gesetzbuchs“ durch die Worte „unter den Voraussetzungen des“ § 630g Absatz 2 Satz 1 des Bürgerlichen Gesetzbuchs“ ersetzt.*
- b) Nach Absatz 5 wird der folgende Absatz 6 eingefügt:*
„(6) Die Verpflichtungen nach Absatz 1 Satz 1, Absatz 2 Satz 1, Absatz 4 Satz 1 und Absatz 5 bestehen nicht, soweit der Übermittlung und Speicherung von Daten in die elektronische Patientenakte erhebliche therapeutische Gründe oder sonstige erhebliche Rechte Dritter entgegenstehen oder soweit gewichtige

Anhaltspunkte für die Gefährdung des Wohles eines Kindes oder eines Jugendlichen ~~bis zur Vollendung des 15. Lebensjahres~~ vorliegen und die Befüllung der elektronischen Patientenakte den wirksamen Schutz des Kindes oder Jugendlichen in Frage stellen würde. Die Gründe für die Ablehnung der Übermittlung und Speicherung nach Satz 1 haben Leistungserbringer nachprüfbar in ihrer Behandlungsdokumentation zu protokollieren.“

Hinsichtlich der geplanten §§ 348 Absatz 6, 349 Absatz. 8 SGB V-E gilt Vorstehendes entsprechend.

Erweiterung der Strafbewehrung bei unrechtmäßiger Weitergabe bzw. fehlender Sperrung von Authentifizierungskomponenten

Artikel 3 Nummer 45 (§ 399 SGB V-E)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Ergänzungen im § 399 SGB V sanktionieren die unrechtmäßige Weitergabe bzw. fehlende Sperrung von Komponenten zur Authentifizierung einer Leistungserbringerinstitution.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Die Begründung der Neuregelungen im § 399 SGB V zielt auf die Herausforderungen für ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen im Umgang mit einer Institutionskarte (SMC-B) zur Authentifizierung der Institution ab. Folgerichtig müssen sich die Einfügungen in §399 Absatz 1, Nummer 3 SGB V und 4 auf § 340a **Absatz 2** Satz 1 SGB V bzw. § 340 **Absatz 2** Satz 2 SGB V richten und nicht auf § 340a **Absatz 1** Satz 1 SGB V bzw. § 340 **Absatz 1** Satz 2 SGB V.

C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer

Anpassung des § 399 Absatz 1 Nummer 3 und 4 SGB V:

- „3. entgegen § 340a **Absatz 2** Satz 1 eine dort genannte Komponente weitergibt,
- 4. entgegen § 340a **Absatz 2** Satz 2 eine Sperrung nicht oder nicht rechtzeitig veranlasst oder“

4. Ergänzender Änderungsbedarf

Abrechnungsdaten der Krankenkassen in der elektronischen Patientenakte: Freigabe durch Patientinnen und Patienten

A) Begründung

Durch die derzeit bestehenden gesetzlichen Regelungen zur elektronischen Patientenakte im Sozialgesetzbuch V stellen die Krankenkassen die sogenannten Abrechnungsdaten der Patientinnen und Patienten in deren Patientenakten ein. Dies geschieht auch dann, wenn Patienten von ihrem Recht Gebrauch machen, dem Einstellen von Befunddokumenten, Arztbriefen etc. durch ihre Ärztin oder ihren Arzt zu widersprechen, weil sie durch diese Informationen in ihrer Akte eine potenzielle Stigmatisierung oder Diskriminierung befürchten.

Abrechnungsdaten können von allen am Behandlungsprozess Beteiligten eingesehen werden, ohne dass es einer expliziten Freigabe der Patienten bedarf. Es entsteht somit die Situation, dass das Entscheidungsrecht der Patienten, welche sensiblen Informationen letztlich in ihrer elektronischen Patientenakte abgelegt werden, durch die Einstellpflicht aller Informationen im Zuge der Abrechnungsdaten unterlaufen wird. Patientinnen und Patienten bliebe somit nur die Wahl, gänzlich dem Einstellen von Abrechnungsdaten durch die Krankenkasse zu widersprechen. Ein Eingrenzen des Widerspruchs gegen ein Einbringen von „sensiblen“ Abrechnungsdaten durch die Krankenkasse existiert nicht.

Aus Sicht der Bundesärztekammer sollten die Abrechnungsdaten daher zunächst nur für Patienten selbst in ihrer elektronischen Patientenakte sichtbar sein und nicht per se für alle an der Behandlung Beteiligten. Patienten sollten dann explizit in einem zweiten Schritt diese Daten für Weitere sichtbar machen können. Durch eine solche Vorgehensweise ließe sich Befürchtungen bezüglich einer ungewollten Preisgabe sensibler, medizinischer Daten entgegentreten.

B) Ergänzungsvorschlag

Die Bundesärztekammer schlägt die Einfügung eines neuen **Buchstaben g** in **§ 342 Absatz 2 Nummer 1 SGB V** vor, durch den technisch sichergestellt werden soll, dass standardmäßig zunächst nur Versicherte auf (Abrechnungs-)Daten der Krankenkassen in ihrer elektronischen Patientenakte Zugriff haben und der Zugriff für Leistungserbringende auf Wunsch durch den Versicherten erteilt werden kann.

„§ 342 Angebot und Nutzung der elektronischen Patientenakte

(...)

(2) Die elektronische Patientenakte muss technisch insbesondere gewährleisten, dass

1. mit der Bereitstellung nach Maßgabe des Absatzes 1 Satz 1 oder Satz 2

(...)

g) durch eine entsprechende technische Voreinstellung auf die Daten nach § 341 Absatz 2 Nr. 8 standardmäßig nur die Versicherten selbst Zugriff haben und Zugriffsberechtigten nach § 352 Zugriff erteilen können;“

Daneben wird eine Ergänzung in **§ 339 SGB V** sowie die Ergänzung eines **neuen § 353a SGB V** notwendig, um zu regeln, dass der Zugriff von Leistungserbringenden von der Einwilligung der Versicherten abhängt:

„§ 339 Voraussetzungen für den Zugriff von Leistungserbringern und anderen zugriffsberechtigten Personen

(1) Zugriffsberechtigte nach § 352 Satz 1 Nummer 1 bis 15 und 19, auch in Verbindung mit Satz 2, dürfen für Zwecke der Gesundheitsvorsorge oder der Arbeitsmedizin, für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit des Beschäftigten, für die medizinische Diagnostik, die Versorgung oder Behandlung im Gesundheits- oder Sozialbereich oder für die Verwaltung von Systemen und Diensten im Gesundheits- oder Sozialbereich nach Maßgabe der §§ 352 und 359 im zeitlichen Zusammenhang mit der Behandlung auf personenbezogene Daten, insbesondere auf Gesundheitsdaten der Versicherten in einer Anwendung nach § 334 Absatz 1 Satz 2 Nummer 1, 4, 5 und 7 zugreifen, soweit die Versicherten dem nicht widersprochen haben; dies gilt nicht für Daten in Anwendungen nach § 334 Absatz 1 Satz 2 Nummer 4 und 5, soweit diese

*auf der elektronischen Gesundheitskarte gespeichert sind. Der Zugriff auf Daten des Versicherten in einer Anwendung nach § 334 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 bis 5 und auf Daten nach § 341 Absatz 2 Nummer 7 Buchstabe a und b und Nummer 16 ist nach Maßgabe der §§ 356, 357 und 359 zulässig; dies gilt für Daten in Anwendungen nach § 334 Absatz 1 Satz 2 Nummer 4 und 5 nur, soweit diese auf der elektronischen Gesundheitskarte gespeichert sind. **Der Zugriff auf Daten des Versicherten nach § 334 Absatz 1 Satz 2 Nummer 1 darf, soweit es sich um Daten nach § 341 Absatz 2 Nummer 8 handelt, nur nach Einwilligung des Versicherten erfolgen.** Der Nachweis des zeitlichen Zusammenhangs mit der Behandlung erfolgt mittels der elektronischen Gesundheitskarte oder der digitalen Identität der Versicherten nach § 291 Absatz 8 Satz 1.*

(...)

(neu) § 353a Zugriff auf bei den Krankenkassen gespeicherte Daten über die in Anspruch genommenen Leistungen des Versicherten

Der Zugriff auf bei den Krankenkassen gespeicherte Daten über die in Anspruch genommenen Leistungen des Versicherten nach § 341 Absatz 2 Nummer 8 ist für zugriffsberechtigte Personen nach § 352 nur mit Einwilligung des Versicherten zulässig.“

In diesem Zusammenhang wird zudem eine Anpassung des **§ 343 SGB V** (Informationspflichten der Krankenkassen) als notwendig erachtet.

Abrechnungsdaten der Krankenkassen in der elektronischen Patientenakte: Übermittlung und Speicherung nicht vor Vollendung des 15. Lebensjahres

A) Begründung

Die Bundesärztekammer sieht einen gesetzlichen Anpassungsbedarf bei der Verpflichtung der Krankenkassen in § 350 Absatz 1 SGB V zur Übertragung von Abrechnungsdaten der Krankenkasse in die elektronische Patientenakte von Patientinnen und Patienten, die das 15. Lebensjahr noch nicht vollendet haben. In bestimmten Fällen kann es geboten sein, die Kenntnisnahme der Sorgeberechtigten von bestimmten Behandlungen (z. B. in psychotherapeutischen Kontexten) zur Abwendung einer erheblichen Gefährdung des Minderjährigen auszuschließen. Dies trägt dem Rechtsgedanken Rechnung, dass den Sorgeberechtigten im Einzelfall bestimmte Behandlungen vorenthalten werden sollten, da ansonsten der wirksame Schutz des Kindes oder des Jugendlichen in Frage steht (vgl. § 4 Abs. 1, Abs. 3, Abs. 4 KKG). Das Nichteinstellen der Abrechnungsdaten würde zudem die Schweigepflicht im Verhältnis des Behandelnden und dem Minderjährigen wahren. Da die Krankenkassen den Willen des Minderjährigen im Rahmen der Befüllung der elektronischen Patientenakte nicht ermitteln können und die Abrechnungsdaten aus medizinischen Gesichtspunkten und insoweit für die Wahrnehmung der elterlichen Personensorge nicht erforderlich sind, ist der Verzicht auf die Übermittlung und Speicherung von Daten vor Vollendung des 15. Lebensjahrs legitim.

B) Ergänzungsvorschlag

Die Bundesärztekammer schlägt eine entsprechende Ergänzung des § 350 SGB V vor:

„§ 350 Übertragung von bei der Krankenkasse gespeicherten Daten in die elektronische Patientenakte

- (1) Hat der Versicherte nach vorheriger Information gemäß § 343 der Übermittlung und Speicherung seiner Daten nach § 341 Absatz 2 Nummer 8 gegenüber der Krankenkasse nicht widersprochen, hat die Krankenkasse Daten über die bei ihr in Anspruch genommenen Leistungen über den Anbieter der elektronischen Patientenakte in die elektronische Patientenakte zu übermitteln und zu speichern. Die Versicherten können der Übermittlung und Speicherung von Daten in der Folge jederzeit widersprechen. Der Widerspruch kann gegenüber der Krankenkasse oder über eine Benutzeroberfläche eines geeigneten Endgeräts erklärt werden. **Eine Übermittlung und Speicherung von Daten nach Satz 1 durch die Krankenkasse erfolgt nicht vor Vollendung des 15. Lebensjahres.“**



Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
21(14)22(26)
gel. VB zur öffent. Anh. am
08.10.2025 - Pflege
07.10.2025

An den Ausschuss für Gesundheit
Deutscher Bundestag, 11011 Berlin

Per Mail an anhoerungen-gesundheitsausschuss@bundestag.de

Stellungnahme zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Befugniserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege (BT-Drucksache 21/1511)

Sehr geehrte Damen und Herren,

Wir begrüßen den vorliegenden Entwurf ausdrücklich als Schritt hin zu einer differenzierten und bedarfsorientierten Gesundheitsversorgung. Entscheidend ist, dass die Kompetenzen von Pflegefachpersonen in ihrer ganzen Breite anerkannt und genutzt werden. Die jüngst verabschiedete Neudefinition des International Council of Nurses (ICN, 2025) definiert Pflege als eigenständige Profession mit wissenschaftlicher Grundlage, ethischen Standards und einem klaren gesellschaftlichen Auftrag. Zu den international anerkannten Aufgaben der beruflichen Pflege zählen Gesundheitsförderung, Prävention, Begleitung in Krankheit und Krise, Linderung von Leiden und die Wahrung von Würde am Lebensende.

Mehr Verantwortung in der Pflege bedeutet daher nicht nur eine Stärkung des Berufsstandes, sondern auch eine spürbare qualitative Verbesserung des gesamten Versorgungssystems. Pflegefachpersonen verfügen über eine eigene Perspektive auf Gesundheit, Krankheit und Teilhabe, die bisher zu wenig in die Gestaltung der Versorgung einfließt. Gerade bei der Versorgung von Menschen mit chronischen Erkrankungen, in der Prävention und in der kontinuierlichen Begleitung von Patientinnen und Patienten, die in ihrer selbstständigen Lebensführung bedroht oder beeinträchtigt sind, leisten sie unverzichtbare Beiträge.

Unsere Stellungnahme zu einzelnen Aspekten

1. Begriffsrahmen: Pflegekompetenz statt Befugniserweiterung

Aus unserer Sicht war mit dem ursprünglichen Arbeitstitel „Pflegekompetenzgesetz“ ein positiver Fokus auf die Kompetenzen von Pflegefachpersonen im Versorgungssystem verbunden. Durch die aktuelle Bezeichnung „Befugniserweiterung“ reduziert sich der Entwurf jedoch auf die Übernahme ärztlicher Tätigkeiten. Dadurch wird die spezifische Fachlichkeit der Pflege

**Deutsche Fachgesellschaft
Psychiatrische Pflege e.V.**

Ulm, den 06.10.2025

Dorothea Sauter
Präsidentin
d.sauter@dfpp.de

Dr. Jacqueline Rixe
Vize-Präsidentin
j.rixe@dfpp.de

Uwe Genge
Vize-Präsident
u.genge@dfpp.de

Beiräte:

Dr. Michael Mayer
m.mayer@dfpp.de
Jacob Helbeck
j.helbeck@dfpp.de
Robert Zappe
r.zappe@dfpp.de

Postanschrift

Deutsche Fachgesellschaft
Psychiatrische Pflege e.V.
c/o Uwe Genge
Eichenhang 49
89075 Ulm

Bankverbindung

Sparkasse Ulm
BLZ 63050000
Konto 21188994

IBAN:
DE94 6305 0000 0021 1889 94
BIC:
SOLADES1ULM

AG Köln
VR 17301

ausgeblendet. Die Entwicklung einer starken Pflege im Versorgungssystem wird somit auf die Übernahme ärztlicher Tätigkeiten reduziert. In einer modernen Gesundheitsversorgung verfügen Pflegefachpersonen mit entsprechender Qualifizierung jedoch über eine eigene Kompetenz, die im deutschen Versorgungssystem bisher nicht ausreichend vorhanden ist.

2. Selbstständige Leistungen statt bloßer Delegation

Im früheren Referentenentwurf vom 23.06.2025 war die Rede von der „selbstständigen Ausübung erweiterter heilkundlicher Tätigkeiten“. Im aktuellen Entwurf heißt es nur noch „eigenverantwortliche Wahrnehmung heilkundlicher Aufgaben“. Diese sprachliche Verschiebung zementiert eine ärztlich zentrierte Versorgung, die sich bereits heute oft als Nadelöhr erweist. Wir fordern stattdessen, dass Pflegefachpersonen mit entsprechender Qualifizierung Leistungen selbstständig erbringen können. Auch hier gibt es international gute Beispiele, wie dies gelingen kann.

3. Konkretisierung durch differenzierte Scope of Practice-Modelle

Der Gesetzentwurf bleibt bewusst allgemein und spricht lediglich von einem Muster-Scope of Practice. Wir halten es jedoch für notwendig, diesen Rahmen frühzeitig zu konkretisieren. Pflegefachpersonen arbeiten in sehr unterschiedlichen Versorgungsfeldern – von der Akut- und Langzeitpflege über Pädiatrie, Onkologie und Geriatrie bis hin zur Psychiatrie. International gibt es eine Reihe von Beispielen, bei denen die „Scope of Practice“ von Pflegefachpersonen mit entsprechender Masterqualifikation neben der klinischen Einschätzung und Beurteilung sowie der Diagnose und medikamentösen Therapie auch das psychotherapeutische Arbeiten beinhaltet.

Die psychiatrische Versorgung in Deutschland ist noch sehr stark auf eine stationäre, medizinisch geprägte Akutversorgung ausgerichtet. Dabei zeigen Modellversuche mit regionalem Budget sowie die stationsäquivalente Versorgung bereits eindrucksvoll, dass durch eine alltagsnahe häusliche Versorgung ähnliche Behandlungsergebnisse bei höherer Zufriedenheit der Betroffenen und geringeren Kosten möglich sind. Für eine so ausgerichtete Versorgung, die zudem meist noch mit weniger Zwang verbunden ist, sind multiprofessionelle Teams unerlässlich. In diesen müssen die auch die Pflegefachpersonen selbstständig und flexibel handeln. Zudem könnten Pflegefachpersonen mit entsprechender Qualifikation auch Menschen mit schweren psychischen Herausforderungen, die oft einen eingeschränkten Zugang zu psychotherapeutischen Angeboten haben, besser erreichen.

4. Prävention und Quartiersarbeit konkretisieren

Der Entwurf setzt richtige Akzente auf Prävention und innovative Versorgungsformen. Allerdings bleibt unklar, wie dies in den einzelnen Versorgungsbereichen umgesetzt wird. Wir schlagen vor, die Prävention psychischer Erkrankungen und die Stärkung gemeindenaher psychiatrischer Pflege ausdrücklich in die Begründung aufzunehmen.

5. Digitalisierung für alle Versorgungsbereiche nutzbar machen

Digitale Pflegeanwendungen dürfen nicht auf körperliche Pflege reduziert werden. Gerade in der psychiatrischen Versorgung gibt es großes Potenzial: digitale Krisentagebücher, Apps für Symptom-Tracking, Peer-Support-Plattformen. Pflegefachpersonen müssen diese Anwendungen nicht nur einsetzen, sondern auch mitgestalten können.

6. Beziehungsgestaltung und Partizipation als Qualitätsziele

Der Entwurf betont Strukturen, Effizienz und Daten. In vielen pflegerischen Bereichen – insbesondere in der Psychiatrie – sind aber Beziehungskontinuität, Recovery-Orientierung und Teilhabe entscheidende Qualitätsfaktoren. Sie sollten in den vorgesehenen Qualitätsrichtlinien und Förderinstrumenten verbindlich berücksichtigt werden.

Fazit

Der vorliegende Gesetzentwurf ist ein wichtiger Schritt, reicht aber nicht aus, um die pflegerische Versorgung wirklich zukunftsfähig zu machen. Wir fordern daher:

- eine stärkere Betonung der pflegerischen Fachlichkeit im Gesetzestitel und -text,
- die Möglichkeit, dass Pflegefachpersonen Leistungen eigenständig erbringen,
- differenzierte Scope of Practice-Modelle für alle relevanten Versorgungsbereiche, unter Berücksichtigung klarer Kriterien,
- die Einbindung konkreter Anwendungsfelder – etwa aus der psychiatrischen Pflege – als Beispiele für eigenständige pflegerische Leistungen,
- sowie die ausdrückliche Verankerung von Prävention, Digitalisierung und Beziehungsgestaltung als Qualitätsziele.

Nur so kann das Gesetz zur nachhaltigen Stärkung der pflegerischen Versorgung beitragen und die Pflegeberufe in ihrer ganzen Breite wirksam stärken.

Mit freundlichen Grüßen

Dorothea Sauter
Präsidentin

(gez.)
Uwe Genge
Stellv. Präsident

(gez.)
Dr. Jacqueline Rixe
Stellv. Präsidentin

(gez.)
Jacob Helbeck
Beirat

(gez.)
Dr. Michael Mayer
Beirat

(gez.)
Robert Zappe
Beirat



Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von
Menschen mit Behinderung und chronischer
Erkrankung und ihren Angehörigen e.V.
BAG SELBSTHILFE
Kirchfeldstr. 149
40215 Düsseldorf
Tel. 0211/31006-0
Fax. 0211/31006-48

Stellungnahme der

**Bundesarbeitsgemeinschaft SELBSTHILFE
von Menschen mit Behinderung,
chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e.V.
(BAG SELBSTHILFE)**

zum

**Entwurf eines Gesetzes zur Befugnisenerweiterung und
Entbürokratisierung in der Pflege
(BEEP)**

**- Anhörung im Ausschuss Gesundheit des Deut-
schen Bundestages am 8. Oktober 2025 -**

Als Dachverband von 121 Bundesverbänden der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen und deren Angehörigen mit rund 1 Million Mitgliedern sowie von 13 Landesarbeitsgemeinschaften begrüßt die BAG SELBSTHILFE das Vorhaben, die Kompetenzen der Pflegefachkräfte zu stärken und die Entbürokratisierung voranzutreiben.

Gleichzeitig muss aus ihrer Sicht die wichtigste Maßgabe bei der Erweiterung der Kompetenzen der Pflege sein, dass die Patientensicherheit dadurch nicht gefährdet wird. In diesem Zusammenhang ist differenziert zu klären, wo der bisherige ärztliche Standard beizubehalten ist und an welcher Stelle eine Absenkung geeignet erscheinen kann. Eine solche Klärung sollte unter Mitwirkung der Patientenvertretung erfolgen; insoweit sollte es ein entsprechendes Mitberatungsrecht der Patientenvertretung am vorgesehenen Rahmenvertrag geben.

Sehr begrüßt wird hingegen die Erhöhung der Selbsthilfeförderung im Bereich der Pflege, die eine wichtige Maßnahme zur Sicherung des bürgerschaftlichen Engagements darstellt. Hier hätte die BAG SELBSTHILFE allerdings noch einige Ergänzungsbedarfe, die unten dargestellt werden.

Nach wie vor steht jedoch noch eine grundlegende Pflegereform aus, mit der die Pflegeversicherung nachhaltig und zukunftsfest ausgestaltet wird. In den letzten Jahren hat es seit der letzten großen Pflegereform - trotz der enormen Inflation und Kostensteigerungen aufgrund von Lohnerhöhungen - nur wenig Erleichterungen für Pflegebedürftige und ihre Angehörige gegeben. Vielmehr wurden tendenziell mit den Beitragserhöhungen überwiegend Verbesserungen für Leistungserbringer finanziert, auch wenn es einzelne Verbesserungen für Pflegebedürftige gab, die jedoch leider die Teuerung durch Inflation und tariflich bedingten Kostensteigerungen nicht aufwiegen konnten. Insoweit bedarf es nun wirklich einer zukunftsfesten Ausgestaltung der Pflege durch Maßnahmen für Betroffene und Angehörige, die unten dargestellt wurden. Für diese zukunfts feste Ausgestaltung der Pflegeversicherung durch eine Entlastung von pflegenden Angehörigen ist aus der Sicht der BAG SELBSTHILFE im Grundsatz auch genug Geld da. Denn zu Recht verweist der Vorschlag der Fraktion BÜNDNIS 90/ DIE GRÜNEN darauf, dass die Bundesregierung in der Pflicht ist, nun zeitnah die Aufwendungen aus der Corona-Pandemie und die Rentenbeiträge aus Steuermitteln zu erstatten. Auch dies dürfte eher zu einer zu einer zukunfts sicheren Ausgestaltung der Pflege beitragen als etwa die Abschaffung des Pflegegrades 1, dessen Leistungen ja genau zur Prävention eines Fortschreitens der Pflegebedürftigkeit gedacht waren.

Zu den Regelungen im Einzelnen:

1. Zugang zu Präventionsleistungen (§ 5 Abs. 1a SGB XI GesE)

Die beabsichtigte Stärkung des Zugangs von Pflegebedürftigen zur **Präventionsleistungen nach SGB V** durch eine sehr frühzeitige Bedarfserhebung, Beratung und Empfehlung in häuslicher Pflege ist grundsätzlich zu begrüßen, da dadurch die Pflegesituation entlastet werden könnte.

So sehr die BAG SELBSTHILFE die vorgesehenen Maßnahmen begrüßt, so hält sie die Umsetzung vor dem Hintergrund des Personalmangels und des praktischen Ablaufs der Begutachtung inklusive der Berücksichtigung des Zeitfaktors in der Praxis jedoch für fraglich. Schon jetzt fehlt es hier oftmals an der notwendigen Zeit im Rahmen der Begutachtung und der Beratung.

Präventiv könnte darüber hinaus wirken, wenn Pflegekurse/-schulungen gem. § 45 SGB XI sich neben Angehörigen auch an Betroffene richten und diese (analog zu § 45d) auch in § 45 ausdrücklich benannt werden. Nach Rückmeldung unseres Mitgliedsverbandes, der Deutschen Alzheimer Gesellschaft, haben nicht nur Angehörige, sondern auch Betroffene oft den Wunsch, an Pflegekursen teilzunehmen, wenn sie noch in einem frühen Stadium der Erkrankung sind. Da dies für den täglichen Aushandlungsprozess der Pflege hilfreich sein könnte, würde die BAG SELBSTHILFE es begrüßen, wenn auch Betroffene selbst Zugang zu solchen Pflegekursen erhalten könnten.

2. Pflegeberatung (§ 7a SGB XI GesE)

Die BAG SELBSTHILFE begrüßt die Möglichkeit, dass sich die Pflegekassen an der Finanzierung von Beratungsaufgaben anderer Träger beteiligen können. Nach wie vor ist die Beratungslandschaft für die Betroffenen in Deutschland unzureichend und regional sehr unterschiedlich. Die BAG SELBSTHILFE sieht in der Regelung die Chance, dass die wohnortnahe Angehörigenberatung gestärkt wird.

3. Richtlinien zur Empfehlung von Hilfsmitteln und Pflegehilfsmitteln nach § 40 Abs. 6 SGB XI (§ 17a SGB XI GesE)

Die Selbsthilfe verfügt über vielfältige Kompetenzen im Bereich der Hilfsmittel: Seit langem ist sie mitberatend beim GKV-Spitzenverband durch Anhörungen und Stellungnahmen an der Fortschreibung des Hilfsmittelverzeichnis einschließlich der Pflegehilfsmittel sowie im Gemeinsamen Bundesausschuss in der AG Veranlasste Leistungen an der Fortschreibung der Hilfsmittel-Richtlinie beteiligt und konnte hier wichtige Ergänzungen einbringen. Vor diesem Hintergrund sollte gesetzlich festgelegt werden, dass auch die Richtlinien zur Empfehlung von Hilfsmitteln/ Pflegehilfsmitteln unter Beteiligung der Patientenvertretung erstellt werden müssen.

4. Modellprojekt zur Überprüfung der Kompetenzen bzgl. der gutachterlichen Feststellungen durch Pflegefachkräfte (§ 18e SGB XI GesE)

Aus der Sicht der BAG SELBSTHILFE ist es im Grundsatz sinnvoll, dass zunächst ein Modellprojekt zu diesem Thema durchgeführt wird, da eine derartige Ausweitung der Kompetenzen erhebliche Beitragssteigerungen für Versicherte und Pflegebedürftige zur Folge haben kann. Insbesondere stellt sich die Frage, wie Zielkonflikten begegnet werden kann, die insbesondere dann bestehen, wenn die betreuende Pflegefachkraft vor Ort zugleich Begutachtende ist.

Gleichzeitig sieht sie aber auch, dass die Dauer bis zur Begutachtung in der Praxis – gerade im stationären Bereich – oft recht lang ist: insoweit kann sie im Grundsatz die Prüfung der Idee einer Begutachtung durch Pflegekräfte nachvollziehen. Ferner scheinen hier die Pflegekräfte schon jetzt ohnehin relativ stark in die Begutachtung einbezogen werden. Die Frage des Interessenkonfliktes ist damit allerdings nicht beantwortet, vor diesem Hintergrund ist der gewählte Weg eines Modellprojektes sicherlich sinnvoll.

5. Ruhen der Leistungsansprüche (§ 34 SGB XI GesE)

Eine Vereinheitlichung der Regelungen auf insgesamt acht Wochen (Weitergewährung von Pflegegeld bei vorübergehendem Auslandsaufenthalt, Erholungsurlaub der

Pflegeperson, vollstationärer Krankenhausbehandlung oder eine stationären Reha-
maßnahme/medizinischer Vorsorge nebst Leistungen zur sozialen Sicherung) wird
seitens der BAG SELBSTHILFE begrüßt. Durch die Vereinheitlichung wird die Trans-
parenz der Betroffenen über ihre Leistungsansprüche erhöht.

6. Beratungseinsätze (§ 37 Abs. 3a SGB XI GesE)

Die BAG SELBSTHILFE sieht zwar, dass die vorgesehene Änderung, wonach Men-
schen mit Pflegegrad 4 und 5 nur noch zur Inanspruchnahme von Beratungen halb-
jährlich verpflichtet werden, auch wenn sie diese dennoch weiterhin vierteljährlich
abrufen können, als Erweiterung des Handlungsspielraums der Betroffenen. Sie
sieht ihn aber dennoch kritisch: Denn nicht immer gelingt eine solche eigene Ein-
schätzung und nicht immer werden den Betroffenen ihre Möglichkeiten hinreichend
kommuniziert. Bei den hochgradig pflegebedürftigen Personen in den Pflegegraden
4 und 5 ändert sich der Pflegebedarf erfahrungsgemäß schnell. Mit der Verpflich-
tung zum vierteljährlichen Beratungsbesuch ist eine hinreichende Unterstützung
und Beratung aus der Sicht der BAG SELBSTHILFE - und unseres Mitgliedsverbandes
der Deutschen Alzheimer Gesellschaft - deutlich besser gewährleistet, was auch
einen Schutz für Pflegebedürftige und ihre Pflegepersonen bedeutet.

Insgesamt hält die BAG SELBSTHILFE es ebenfalls für sinnvoll, wenn der Abruf eines
vierteljährlichen Beratungseinsatz allen Pflegebedürftigen, unabhängig von der Hö-
he des Pflegegrades, offensteht.

Ferner ist sicherzustellen, dass die Betroffenen und ihre Angehörigen über diese
Möglichkeit vollumfänglich informiert werden. Nur eine frühzeitige und laienver-
ständliche Information kann dazu führen, dass bei Bedarf Beratungseinsätze recht-
zeitig abgerufen werden können. Dies muss zur Versorgungssicherheit wichtiger
Bestandteil der Änderung sein.

Hinsichtlich der aufgeführten Beratungspflichten in § 37 Abs. 3a Ziffer 1 bis 4 SGB
XI n.F. sollte klarstellend formuliert werden, dass etwaige Empfehlungen für den
Betroffenen nicht verpflichtend sind und diese in der Entscheidung weiter frei sind.

7. Empfehlungen zu Hilfsmitteln (§ 40 SGB XI GesE)

Im Grundsatz begrüßt die BAG SELBSTHILFE die vorgesehene Erweiterung in § 40 SGB XI hinsichtlich der Empfehlungen durch Pflegefachpersonen von Hilfsmitteln und der damit einhergehenden Vermutungswirkung hinsichtlich Notwendigkeit/Erforderlichkeit. Hier fordert die BAG SELBSTHILFE jedoch angesichts der inflationär bedingten Kostensteigerungen die umgehende Anhebung des Aufwendsbetrages (siehe dazu auch unten).

Ergänzend hält die BAG SELBSTHILFE eine deutliche - über den vorgesehenen Zuschuss in Abs. 4 hinausgehende - Anhebung des Maximalbetrages für Zuschüsse für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes nach § 40 Abs.4 SGB XI für dringend erforderlich. Es wird aufgrund der eklatant gestiegenen Kosten in sämtlichen Bereichen von Baumaßnahmen eine dynamische Erhöhung ab 2026 vorgeschlagen.

8. Digitale Pflegeanwendungen (§ 40a, b SGB XI GesE)

Die BAG SELBSTHILFE begrüßt die vorgesehene Erweiterung, wonach digitale Pflegeanwendungen für die pflegenden Angehörigen oder sonstigen ehrenamtlichen Pflegepersonen auch zulässig sein sollen, wenn sie sich auf eine entlastende Wirkung für die Pflegepersonen oder einen stabilisierenden Effekt für die häusliche Versorgungssituation der pflegebedürftigen Person beschränken, ohne dass im Einzelnen noch eine Verknüpfung zu den Modulen nach § 14 Absatz 2 verlangt wird; gleichzeitig bleibt unklar, auf welcher Grundlage die Beträge von 40 Euro (Nr.1) und 30 Euro (Nr. 2) berechnet wurden. Mit der Zulassung von DIPAs sollten diese zeitnah evaluiert werden, ob diese Beteiligung für die Betroffenen zu einer relevanten Entlastung in finanzieller Hinsicht führt. Denn die Ausweitung der digitalen Pflegeanwendungen zur Stabilisierung der häuslichen Pflegesituation kann ja durchaus dazu führen, dass andere Hilfesysteme entlastet werden; eine solche Entlastung sollte dann nicht überwiegend von den Betroffenen finanziert werden.

Insgesamt gilt zudem: Damit Pflegebedürftige und Angehörige davon profitieren können, müssen digitale Pflegeanwendungen auch verfügbar sein und die Betroffenen in geeigneter Weise darauf hingewiesen werden.

9. Weiterzahlung der Zuschüsse zur Kranken- und Pflegeversicherung (§ 44a SGB XI GesE)

Die vorgesehene Regelung zur Weiterzahlung der **Zuschüsse zur Kranken- und Pflegeversicherung nach § 44a SGB XI n.F.** wird seitens der BAG SELBSTHILFE begrüßt. Auf die darüber hinaus dringend erforderlichen weiteren Änderungen zur Absicherung der Pflegepersonen weist die BAG SELBSTHILFE in den Ausführungen im letzten Teil der Stellungnahme hin.

10. Förderung der Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen und des Ehrenamts (§ 45c SGB XI GesE)

Die BAG SELBSTHILFE begrüßt die vorgesehenen Weiterentwicklungen. Gleiches gilt für die in Absatz 8 festgelegte Verpflichtung der Anhörung von Verbänden der Menschen mit Behinderungen, der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen und vergleichbar Nahestehender auf Bundesebene, soweit Belange von Fördermittelempfängenden betroffen sind.

11. Selbsthilfeförderung im Bereich der Pflege (§ 45d SGB XI GesE)

Aus Sicht der BAG SELBSTHILFE sind die im Gesetzentwurf vorgesehenen Änderungen zur Weiterentwicklung der Selbsthilfeförderung für Selbsthilfegruppen und Selbsthilfeorganisationen pflegender Angehöriger sehr zu begrüßen.

Zu begrüßen ist insbesondere die geplante Erhöhung der Fördermittel nach Absatz 1 pro Versichertem zum Auf- und Ausbau und zur Unterstützung von Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen, die sich die Unterstützung von Pflegebedürftigen sowie von deren Angehörigen und vergleichbar Nahestehenden zum Ziel gesetzt haben. Gerade **auf der Bundesebene** müssen künftig Impulse zum Aufbau

von Strukturen und zur Weiterentwicklung der Selbsthilfearbeit gesetzt werden; hier wird eine stärkere Erhöhung als auf 0,05 € (mit Zusammenlegung der Gründungszuschüsse) für erforderlich gehalten, da diese Form der Förderung in der Vergangenheit gut angenommen wurde; so wäre etwa eine Erhöhung auf 0,07 € sinnvoll.

Im Grundsatz begrüßt wird auch die Zusammenlegung der Gründungszuschüsse auf Landes- oder kommunaler Ebene mit der bundesweiten Förderung, da dies hoffentlich mehr Flexibilität bringen kann; gleichzeitig sollte jedoch engmaschig beobachtet werden, ob dies nicht zu unerwünschten Ergebnissen führt. Die in Absatz 4 des Entwurfs vorgesehene Bewilligung von Fördermitteln für drei bis maximal fünf Jahre für bundesweite Tätigkeiten bedeutet in der Praxis mehr Planungssicherheit und ist ebenfalls positiv zu werten.

Zu begrüßen ist ferner, dass **Kriterien** für die Vergabe der Mittel entwickelt werden sollen - unter Beteiligung der Verbände der Menschen mit Behinderungen, der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen sowie vergleichbar Nahestehenden. Die Erfahrungen zu § 20h haben jedoch gezeigt, dass eine Beteiligung aller Verbände zu einem unverhältnismäßig großen Aufwand führen würden, weswegen eine mitberatende Beteiligung der Dachverbände der Selbsthilfe vorzugswürdig ist; zudem **umfasst die derzeitige Ausgestaltung der Beteiligung im Gesetzentwurf auch andere Verbände wie beispielsweise die Sozialverbände (Verbände der Pflegebedürftigen), die an der Selbsthilfeförderung gar nicht beteiligt sind oder sein sollen.**

Insoweit wird folgender Gesetzesvorschlag gemacht (Abs. 3 S. 6):

„Im Rahmen der Entwicklung der Kriterien sind die für die Wahrnehmung der Interessen der Selbsthilfe maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene zu beteiligen“.

Es soll zudem noch auf folgendes hingewiesen werden: Gerade für Selbsthilfegruppen und Selbsthilfeorganisationen auf der Landes- und Ortsebene stellt die gemeinschaftliche Förderung durch die Öffentliche Hand und die Pflegekassen eine massive Herausforderung dar. Aus Sicht der BAG SELBSTHILFE ist es zwar nachvollzieh-

bar, dass der Förderdualismus auch künftig erhalten bleiben soll. Es sollte aber die Transparenz der Zugangswege zur Förderung dringend verbessert und auch die Abstimmungsprozesse zur Umsetzung von Projekten sollten erleichtert werden. Gerade ehrenamtliche Strukturen ohnehin sehr belasteter Personengruppen werden sonst vielfach damit überfordert sein, alle Hürden auf dem Weg zur Förderung zu überwinden. In vielen Fällen führen diese komplexen Zugangswege dazu, dass die Fördergelder nicht komplett ausgeschöpft werden. Hier sollte sichergestellt werden, dass die Vergabe der Mittel auf Landes- und Ortsebene ähnlichen Kriterien wie auf der Bundesebene erfolgt und das Verfahren unbürokratisch ausgestaltet ist.

Positiv, besonders auch für Landesverbände mit großen Einzugsgebieten, ist zu bewerten, dass ausdrücklich auch digitale Anwendungen gefördert werden. Allerdings sollte klargestellt werden, dass solche Angebote von Selbsthilfegruppen oder Selbsthilfeorganisationen getragen sein müssen, damit nicht Agenturen ohne nachhaltigen Bezug zu pflegenden Angehörigen Fördergelder akquirieren können, ohne dass dies von der Selbsthilfe getragen wird.

Die in § 45 d vorgesehenen Förderbeträge pro Versicherte sollten schließlich analog § 20 h SGB V an die Bezugsgröße nach § 18 Absatz 1 SGB IV gekoppelt werden. Anderenfalls müsste die Vorschrift jährlich immer wieder gesetzlich angepasst werden, um das vorgesehene Fördervolumen zu erhalten.

12. Netzwerkförderung (§ 45e SGB XI GesE)

Auch die Netzwerkförderung wird positiv gesehen; hier ist allerdings die Frage, wo die Geschäftsstelle angesiedelt werden soll und was nun genau der Unterschied zu den lokalen Allianzen sein soll.

13. Pflegerische Versorgung in gemeinschaftlichen Wohnformen nach § 92c SGB XI (§ 45h SGB XI GesE)

Die BAG SELBSTHILFE sieht die vorgesehene Förderung von bestimmten gemeinschaftlichen Wohnformen sehr kritisch: Nach ihrer Einschätzung dürften vorgesehe-

nen die Regelungen zur Folge haben, dass durch den Fokus auf die trägerorientierten gemeinschaftlichen Wohnformen (und die Erhöhung der Förderung) alle anderen selbstorganisierten gemeinschaftlichen Wohnformen langfristig wegfallen könnten; einen wirklichen Grund für die Ungleichbehandlung in der Förderung gibt es dabei nicht. Insoweit wird gefordert, den Betrag von 214 € für alle gemeinschaftlichen Wohnformen entsprechend gleichmäßig zu erhöhen.

14. Heilkundeübertragung und wissenschaftliche Expertise zur heilkundlicher und pflegerischer Übertragung (§§ 73d SGB V, 33 Abs. 5a SGB V, 8 Abs. 3c SGB XI GesE)

Wie bereits eingangs dargestellt, wird die Änderung der **Rahmenbedingungen für professionell Pflegende** durch Schaffung von Möglichkeiten für Pflegefachpersonen, selbständig erweiterte heilkundliche Leistungen in der Versorgung erbringen zu können, zwar im Grundsatz positiv gesehen. Oberste Maßgabe der Heilkundeübertragung sollte jedoch die Qualität der Versorgung und die Sicherheit der pflegebedürftigen Person sein. Damit müssen die Pflegefachpersonen dann aber auch die entsprechenden Kenntnisse bzgl. der jeweiligen Erkrankungen haben bzw. ggf. - wie in vielen anderen Ländern üblich - über ein Studium erwerben. Dies gilt insbesondere vor dem Hintergrund, dass nach der Begründung von § 73d umfangreiche Verlagerungen von Aufgaben vorgesehen sind, die die Patientensicherheit in vielerlei Hinsicht berühren können. Hinzu kommt die Situation bei seltenen Erkrankungen, bei denen heilkundliche Vorbehaltsaufgaben nur dann auf Pflegefachkräfte übertragen werden sollten, wenn deren Aus-, Fort- und Weiterbildung spezifisch die Versorgung von Menschen mit seltenen Erkrankungen berücksichtigt. Wichtig ist, dass insbesondere bei der Medikamentengabe und bei der Umsetzung von weiteren Maßnahmen eine adäquate Umsetzung zur Sicherheit der Patienten und Pflegebedürftigen gewährleistet ist, so dass eine Expertise in Form einer Mindestausbildung immer sicherzustellen ist. Die Qualität der Patientenversorgung und die Einhaltung der Sicherheitsstandards müssen oberste Priorität haben. Dies ist zu jedem Zeitpunkt zu gewährleisten. An dem nach § 73d insoweit zu erarbeitenden Katalog der übertragbaren Leistungen sollte die Patienten- und Pflegebedürftigenvertretung deswegen dringend mitberatend beteiligt werden; bisher ist hier nur ein

Vertrag zwischen GKV-Spitzenverband, KBV und den Trägern der Pflegeheime vorgesehen.

Sofern vorgesehen ist (§ 8 Abs. 3c SGB XI n.F.), dass der Spitzenverband Bund der Pflegekassen gemeinsam mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen verpflichtet wird, wissenschaftliche Expertisen zu beauftragen, deren Ergebnis ein sektorenübergreifender Katalog der Aufgaben von Pflegefachpersonen auf Grundlage vorhandener Kompetenzen bzw. Qualifikationen ist und dabei eine enge fachliche Einbindung der maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene sicherzustellen ist, fordern die BAG SELBSTHILFE hier die frühzeitige Einbindung der Selbsthilfe. Die Patientenvertretung verfügt über langjährige indikationsspezifische Erfahrung dahingehend, in welchen Bereichen sich die Verordnungskompetenz übertragen lässt und in welchen Bereichen doch die medizinische Begleitung der Hilfsmittelversorgung durch einen Arzt sinnvoll und notwendig ist. Sie hat diese Expertise damals auch bereits im Gemeinsamen Bundesausschuss entsprechend eingebracht.

Jenseits dessen wird darauf hingewiesen, dass bei einer Heilkundeübertragung aus Sicht der BAG SELBSTHILFE wichtige Regelungen der Hilfsmittelversorgung aus der ärztlichen Versorgung wegfallen, die noch entsprechend für Pflegekräfte gesetzlich ergänzt werden sollten: So müsste bei einer Übertragung der Verordnungsmöglichkeit im Hilfsmittelbereich noch geregelt werden, dass etwa eine Zuweisung der Patient*innen zu einem bestimmten Hilfsmittelversorger unzulässig ist- entsprechend der Regelung für die ärztliche Verordnung (§ 128 SGB V). Gleiches gilt auch für die gleichzeitige Abgabe von Hilfsmitteln durch Pflegekräfte, also die Kombination zwischen Verordnungs- und Abgabemöglichkeit, die zu Kostensteigerungen führen dürfte und die zu Recht im vertragsärztlichen Bereich untersagt ist. Schließlich sollte auch die Verpflichtung für Pflegefachkräfte festgelegt werden, die Hilfsmittel-Richtlinie, die im GBA mit Patientenbeteiligung erstellt wurde und insoweit wichtige patientenorientierte Maßgaben für die ärztliche Verordnung von Hilfsmitteln enthält, entsprechend zu beachten.

15.Regelungen zum Qualitätsausschuss Pflege (§ 113b SGB XI GesE)

Das Initiativrecht der Unparteiischen und des BMG/ BMFSFJ wird seitens der BAG SELBSTHILFE begrüßt; gleichzeitig wird angeregt zu prüfen, ob nicht eine kontinuierlich tätige Unparteiische (über den erweiterten Ausschuss hinaus) und eine Teilnahme des BMG sinnvoll sein könnte, da dies dazu führt, dass die Unparteiische und das BMG vertieft in die Arbeit des Qualitätsausschusses einbezogen sind; genau dies könnte dann auch die Ausübung des Initiativrechtes der Unparteiischen und des BMG befördern. Im GBA wurden mit beidem gute Erfahrungen gemacht.

16. Modellvorhaben zur Flexibilisierung der Leistungserbringung in der stationären Pflege (§ 125d SGB XI GesE)

Im Grundsatz begrüßt die BAG SELBSTHILFE die Idee von derartigen Modellvorhaben, sieht es aber als dringender an, die Erkenntnisse aus bisherigen Modellvorhaben auszuwerten und in die Versorgung zu integrieren.

17. Weitere Anliegen über den Gesetzentwurf hinaus

Über die angesprochenen Punkte zum Gesetzentwurf hat die BAG SELBSTHILFE noch folgende Anliegen:

- Aus der Sicht der BAG SELBSTHILFE ist es bedauerlich, dass die in der letzten Legislaturperiode enthaltene gesetzliche Verankerung eines/einer Pflegebeauftragten nicht mehr im Gesetzentwurf enthalten ist. Da das Thema Pflege durchaus zeitweise bei schwierigen Diskussionen im Gesundheitsbereich in den Hintergrund gerät, wird ein*e solche*r Beauftragter/Beauftragte aus der Sicht der Betroffenen für sehr wichtig und sinnvoll erachtet. Insoweit wird um Aufnahme einer derartigen Regelung ins Gesetz gebeten.
- Ebenfalls nicht mehr ist der in der letzten Legislaturperiode ursprünglich geplante niedrigschwellige Zugang zu Angeboten zur Unterstützung im Alltag im vorgelegten Gesetzentwurf enthalten; auch wenn die BAG SELBSTHILFE die Figur des Ersthelfers noch etwas unkonturiert hielt, ist eine Vereinheitlichung der Anforderungen zu Angeboten zur Unterstützung des Alltags drin-

gend erforderlich- angesichts der teilweise sehr hohen Anforderungen in manchen Bundesländern.

- Auch sind notwendige Flexibilisierungen des Entlastungsbudgets und Regelungen zum Umwandlungsanspruch nicht mehr vorgesehen; es wird insoweit um Wiederaufnahme dieser Regelungen gebeten, da viele Angebote schlicht nicht existieren und von daher die Ansprüche aus tatsächlicher Sicht nicht wahrgenommen werden können.
- Die Anforderungen zur **sozialen Absicherung für Pflegepersonen** nach §§ 19 i.V.m. 44 SGB XI müssen dringend abgesenkt werden, so dass eine Anerkennung als Pflegeperson mit den entsprechenden Absicherungen (insb. im Hinblick auf die Rentenversicherung) auch dann erfolgt, wenn die Pflege Tätigkeit in geringerem Umfang durchgeführt wird.
- Es ist gesetzlich zu normieren, dass nach **Beendigung einer Pflege Tätigkeit** im häuslichen Umfeld die pflegende Person wieder ihre vorherige Stelle nahtlos besetzen kann - dies unabhängig davon, in welcher Weise die Pflege Tätigkeit durchgeführt worden ist.
- Aufgrund der gestiegenen Kosten in den Pflegeeinrichtungen sind die Leistungen für die **Kurzzeitpflege** etc. deutlich anzuheben. Es muss eine Pflege für mindestens 14 Tage tatsächlich abgedeckt werden können und eine Dynamisierung erfolgen. Ebenso muss die Leistung für **Verhinderungspflege** sowie der **Gemeinsame Jahresbetrag** angepasst und deutlich erhöht werden.
- Der Betrag für monatliche Aufwendungen der Pflegekassen für zum **Verbrauch bestimmter Pflegehilfsmittel** nach § 40 SGB XI muss auf mindestens 60 Euro mit regelhafter Anpassung, z.B. aufgrund der Inflation, angehoben werden. Alternativ käme eine Anlehnung an die Veränderungsraten nach § 71 Abs.3 SGB V in Betracht.

Düsseldorf/Berlin, 6. Oktober 2025



**Vereinte
Dienstleistungs-
gewerkschaft**

Stellungnahme der Vereinten Dienstleistungsgewerkschaft – ver.di

zum

Antrag Drucksache 21/583, Bündnis 90 / Die Grünen

Priorität für Pflege – Jetzt Sofortmaßnahmen ergreifen

Berlin, 6. Oktober 2025

ver.di – Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft
Bundesverwaltung – Fachbereich Gesundheit,
Soziale Dienste, Bildung und Wissenschaft
Bereich Berufspolitik/Jugend
Bereich Gesundheitswesen/Gesundheitspolitik
Paula-Thiede-Ufer 10, 10179 Berlin

Gesamteinschätzung

Es ist dringend geboten, die soziale Pflegeversicherung (SPV) durch konkrete Sofortmaßnahmen zu stabilisieren, und die Weichen dafür zu stellen sie mittel- und langfristig auf ein nachhaltiges Fundament zu stellen. Hier darf nicht weiter wertvolle Zeit vergeudet werden. Denn die Situation ist ähnlich wie bei Maßnahmen zur Bekämpfung des Klimawandels – je mehr Zeit ins Land geht ohne dass Maßnahmen ergriffen werden umso teurer kommen Staat und Gesellschaft die dann notwendigen teilweise drastischen Reformen zu stehen. Es stellt sich durchaus die Frage, wann auch in der Langzeitpflege Kipp-Punkte erreicht sind.

Die bedarfsgerechte Versorgung pflegebedürftiger Menschen ist ein zentrales Element der Daseinsvorsorge und letztlich auch ein Faktor, der es anderen Branchen ermöglicht dringend benötigte Fachkräfte im Berufsleben zu halten. Dies wird in aktuellen Debatten leider oft vergessen. Daher begrüßt und unterstützt ver.di die Initiative der Bundestagsfraktion Bündnis 90 / Die Grünen ausdrücklich. Es braucht mutige und grundlegende Weichenstellungen in der Langzeitpflege, die die Finanzierung solidarisch und zukunftsfest gestalten und eine bedarfsgerechte pflegerische Versorgung sicherstellen.

Zu den Regelungen im Einzelnen

Zu Nummer 1

ver.di unterstützt die Forderung, dass die versicherungsfremden Leistungen als gesamtgesellschaftliche Aufgabe aus Steuermitteln zu finanzieren sind. Zusammen mit der Erstattung der Corona-Mehrkosten (wie bei der GKV längst geschehen) kann die SPV kurzfristig stabilisiert werden und wird mittelfristig von Kosten befreit, die in der jetzigen Form vom Staat auf die Versicherten abgewälzt werden. Dies wäre ein erster wichtiger Schritt hin auf dem Weg die Gerechtigkeitslücke in der Pflegeversicherung zu verringern und zu der von ver.di geforderten Solidarischen Pflegegarantie, die alle pflegebedingten Kosten übernimmt und in die jede*r entsprechend des Einkommens einzahlt.

Zu Nummer 2

Die extreme Profitorientierung und die Finanzstrategien der Fonds führen regelmäßig zu einer Verschuldung und einer erhöhten Insolvenzgefahr der Unternehmen und sozialen Einrichtungen sowie zu einer Verschlechterung der Arbeitsbedingungen und Leistungen.

Daher fordert ver.di:

- Gemeinnützige und kommunale Träger müssen in die Lage versetzt werden, wieder verstärkt in die pflegerische Versorgung zu investieren (z.B. Förderung und direkte Investitionen, Genossenschaften, ...).
- Zentrale Überwachung und Kontrolle der Entwicklung des Pflegesektors, um weitere Fehlentwicklungen zu erkennen und gegensteuern zu können.
- Strengere Qualitätskontrollen und Prüfung, ob verpflichtende Whistle Blower Systeme nach Hinweisgeberschutzgesetz (HinSchG) eingeführt wurden.
- Kassen und Heimaufsicht sollten Transparenz der Finanzströme einfordern können. Ein pflegebedürftiger Mensch und die Solidargemeinschaft der Versicherten müssen, wissen, wohin ihr Geld fließt.
- Gewinne müssen in die pflegerische Versorgung reinvestiert werden. Daher muss der Versorgungsvertrag an die Gemeinnützigkeit gekoppelt werden.
- Geschäftsmodelle mit übersteigerten Renditezielen müssen reguliert werden, indem die Höhe der Gewinnausschüttung an die Eigentümer begrenzt wird. Die Obergrenze wird als Prozentsatz des Eigenkapitals bestimmt, nicht ausgeschüttete Gewinne sind separat zu verbuchen, sind im Unternehmen zu belassen und stehen damit für Reinvestitionen zur Verfügung.
- Eine Haftungspflicht für die Schulden der aufgekauften Unternehmen von Private Equity Firmen oder eine dauerhafte Unterbindung der Übertragung von Schulden auf gekaufte Unternehmen einführen, um das risikoreiche Geschäftsmodell einzugrenzen.

Nummer 3

Um die vielen Erwerbstätigen mit Pflegeverantwortung zu unterstützen und um Anreize für eine geschlechtergerechte Inanspruchnahme von Pflegezeiten zu schaffen, müssen die Maßnahmen aus Pflegezeitgesetz und Familienpflegezeitgesetz aufeinander abgestimmt und dann zusammengeführt werden. ver.di setzt sich ein für die Einführung einer Entgelt-Ersatzleistung für bis zu sechs Monate, flexible Arbeitszeitarangements und Arbeitsorte für die betroffenen Beschäftigten mit anschließendem Rückkehrrecht und eine angemessene Anrechnung auf die Rente.

Nummer 4

Die Einbindung ist erfolgt, doch ist hier grundsätzlich das sehr kurzfristig angelegte Verfahren zu kritisieren, das es kaum ermöglicht eine fundierte Debatte zu führen. Die strukturierte Beteiligung in Gesetzgebungsverfahren ist die eine Seite, doch sind die Herausforderungen in der Langzeitpflege höchst komplex. ver.di setzt sich daher für einen gemeinsamen Innovationsdiskurs ein - nicht nur vor dem Hintergrund von Gesetzen - sonst laufen wir Gefahr Fragmentierungen zu reproduzieren, statt zukunftsfähige und solidarische Lösungen zu erarbeiten.



**Vereinte
Dienstleistungs-
gewerkschaft**

Stellungnahme

der Vereinten Dienstleistungsgewerkschaft – ver.di

zum

Gesetzentwurf der Bundesregierung

Entwurf eines Gesetzes zur Befugnisserweiterung und Entbüro- kratisierung in der Pflege

Berlin, 6. Oktober 2025

ver.di – Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft
Bundesverwaltung – Fachbereich Gesundheit,
Soziale Dienste, Bildung und Wissenschaft
Bereich Berufspolitik/Jugend
Bereich Gesundheitswesen/Gesundheitspolitik
Paula-Thiede-Ufer 10, 10179 Berlin

Gesamteinschätzung

Es ist dringend geboten, die Kompetenzen der Pflegefachpersonen zu stärken. Pflegefachpersonen müssen ihre erworbenen Kompetenzen umfassend einsetzen dürfen und sie benötigen mehr eigenständige Entscheidungsbefugnisse. Zugleich sind die Kompetenzen ausgehend von den Anforderungen der pflegerischen Versorgung zu erweitern. Die Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di) begrüßt daher die Zielsetzung, die mit dem Gesetz zur Befugnisserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege verbunden ist. Entscheidend ist jedoch die konkrete Ausgestaltung der Regelungen. In ihrem Zusammenwirken müssen diese dazu beitragen, die Versorgungsqualität zu verbessern und die Berufszufriedenheit der Pflegefachpersonen zu erhöhen. Damit dies gelingt, ist der Gesetzentwurf an entscheidenden Stellen nachzubessern.

Eine wichtige Voraussetzung zur Stärkung der Pflegeberufe ist, dass heilkundliches Handeln aus der Grauzone von Delegationsverfahren herausgeführt wird. ver.di begrüßt daher die Klarstellung im Pflegeberufegesetz, dass die Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung „Pflegefachfrau“, „Pflegefachmann“ oder „Pflegefachperson“ auch die Befugnis zur Heilkundenausübung im jeweiligen Umfang, der in der beruflichen oder hochschulischen Pflegeausbildung erworbenen Kompetenzen umfasst. Zu bedenken ist allerdings, dass Heilkunde auch künftig nicht einheitlich definiert sein wird. Es muss sichergestellt werden, dass die Kompetenzen zur eigenverantwortlichen Ausübung der Heilkunde auch tatsächlich Gegenstand der Ausbildung sind. Zudem ist ergänzend zu regeln, dass die Befugnisse zur Heilkundenausübung auch die Kompetenzen im jeweiligen Umfang umfassen, die im Rahmen von Weiterbildungen erworben werden.

Es braucht ein gutes Miteinander beruflich und hochschulisch ausgebildeter Pflegefachpersonen und damit eine Aufwertung für alle. Es gibt keinen fachlichen und sachlichen Grund, weshalb der Erwerb von weiteren heilkundlichen Kompetenzen in den Bereichen diabetische Stoffwechselleistungen, chronische Wunden und Demenz seit 2025 allein für die hochschulische Ausbildung nach Pflegeberufegesetz regelhaft erfolgt. Ein vergleichbarer Kompetenzerwerb ist auch in der beruflichen Pflegeausbildung erforderlich, ggf. unter Anpassung der Ausbildungsdauer. Ebenso ist auch die Möglichkeit der Nachqualifizierung für beruflich ausgebildete Pflegefachpersonen zu eröffnen. Die Vorschriften nach Teil 2 des Pflegeberufegesetzes sind entsprechend anzuwenden. Damit würde für diesen Personenkreis eine regelhafte Zusatzqualifikation unter gesicherten Bedingungen etabliert. Der bisher vorgesehene Weg, dass Personen mit einer beruflichen Pflegeausbildung die erforderlichen fachlichen Kompetenzen durch eine staatlich anerkannte, bundesweit einheitliche Weiterbildung oder durch eine einer solchen Weiterbildung entsprechenden Berufserfahrung, die durch eine staatliche Kompetenzfeststellung der Länder nachgewiesen

wurde, erwerben können, greift zu kurz, nicht zuletzt, da die Voraussetzungen sowohl für die bundesweit einheitliche Weiterbildungen und die staatlichen Kompetenzfeststellungsverfahren noch geschaffen werden müssen.

Professionalisierung basiert in unserem Verständnis auf guter Aus-, Fort- und Weiterbildung verbunden mit Rahmenbedingungen, die eine professionelle Pflege ermöglichen. Das Ziel, staatlich anerkannte, bundesweit einheitliche Weiterbildungen zu etablieren, teilt ver.di ausdrücklich. Es braucht transparente und durchlässige berufliche Weiterentwicklungsmöglichkeiten. Derzeit ist die Weiterbildungslandschaft in der Pflege durch eine große Heterogenität gekennzeichnet. Bundesweit einheitliche Standards ließen sich am besten durch eine staatliche Regelung erreichen. Zumindest sollten die Länder gemeinsame Eckpunkte und zentrale Qualifizierungsanforderungen für Weiterbildungen der Pflegeberufe vereinbaren. Die Pflegeberufe sind an der Entwicklung insbesondere über die Berufsverbände und die maßgebliche Gewerkschaft zu beteiligen. Die Realität und Bandbreite beruflich Pflegenden jeglicher Qualifikation muss auch künftig abgebildet werden, wenn es um die Weiterentwicklung von berufsfachlichen Fragen geht.

Das Ziel, eine umfassende Beteiligung der Pflegeberufe an den Aufgaben des Fünften und Elften Buches Sozialgesetzbuch sicherzustellen, unterstützt ver.di. Als maßgebende Organisation der Pflegeberufe auf Bundesebene und repräsentative tarifzuständige Gewerkschaft im Bereich Pflege steht es außer Frage, dass ver.di hier eingebunden werden muss. ver.di ist die Organisation, in der sich mit Abstand die meisten Pflegepersonen freiwillig organisieren und die gemäß ihrer Satzung neben und auch im Rahmen der Tarifpolitik und der Gestaltung der Arbeits- und Wirtschaftsbedingungen auch die berufsspezifische/berufspolitische Interessenvertretung ihrer Mitglieder im Bereich Pflege umfänglich übernimmt.

Um eine hohe Versorgungsqualität sicherzustellen, braucht es gut ausgebildete Pflegefachpersonen, deren Anzahl sich an dem tatsächlichen pflegerischen Bedarf bemessen muss. Neue, zusätzliche Aufgaben im Bereich der Heilkundenausübung müssen sich in der Personalbemessung entsprechend niederschlagen. Zudem muss sichergestellt sein, dass die Beschäftigten durch eine Haftpflichtversicherung des Arbeitgebers umfänglich geschützt sind. Hierzu sind die Einrichtungen als Arbeitgeber der betroffenen Beschäftigten gesetzlich zu verpflichten.

Pflegerische Tätigkeit erfordert, den ganzen Menschen zu betrachten und sich an den Bedürfnissen der Patient*innen bzw. pflegebedürftigen Menschen zu orientieren. Mit großer Sorge betrachtet ver.di, dass insbesondere dem Personalbemessungsverfahren für die vollstationäre Pflege bisher ein stark verrichtungsbezogenes Verständnis pflegerischer Arbeit zu Grunde liegt.

In der Folge besteht die Gefahr, dass es unter den gegebenen ökonomischen Rahmenbedingungen zu einer fortschreitenden Taylorisierung und damit zu einer gegenläufigen Entwicklung zum angestrebten Ziel einer Bezugspflege kommt. Doch statt einer dringenden Nachbesserung sieht der Gesetzentwurf vor, die Standards bei den geltenden Personalanhaltswerten für vollstationäre Pflegeeinrichtungen weiter abzusenken. Das steht im starken Widerspruch zum Ziel einer Stärkung der Kompetenzen der Pflegeberufe. Es gilt stattdessen, an den Ursachen des Fachkräftemangels anzusetzen und die Weichen für eine qualitativ hochwertige Versorgung jetzt richtig zu stellen. Der Teufelskreis aus Personalnot, belastenden Arbeitsbedingungen und zu wenig Zeit für eine gute Pflege muss mit wirkungsvollen Maßnahmen durchbrochen werden. Hierzu sind die in § 113c SGB XI als Höchstwerte definierten Personalanhaltswerte in Mindestpersonalvorgaben auf dem von Prof. Rothgang berechneten Niveau umzuwandeln. Die Maßnahmen der Arbeits- und Organisationsentwicklung nach § 113c Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 SGB XI müssen zudem dahingehend gestaltet sein, dass sie eine weitere Taylorisierung der Pflege verhindern.

Parallel zum Gesetz zur Befugnisserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege ist das Ziel, eine sachgerechte Zuordnung der Pflegeberufe im DQR zu erreichen, über das Bundesministerium für Gesundheit und das Bundesministerium für Bildung, Familie, Senioren, Frauen und Jugend weiter zu verfolgen. Ziel muss entsprechend der Vereinbarung der Konzertierte Aktion Pflege sein, die Ausbildungen nach Pflegeberufegesetz dem Niveau 5 des DQR zuzuordnen. Die Fachweiterbildungen sind einem im Vergleich zur Pflegeberufsausbildung höheren Niveau zuzuordnen.

Die Stellungnahme beschränkt sich auf die aus Gewerkschaftssicht besonders relevanten Punkte.

Zu den Regelungen im Einzelnen

Zu Artikel 1 – Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch

Zu Nummer 2 (§ 5 – Prävention in Pflegeeinrichtungen und in der häuslichen Pflege, Vorrang von Prävention und medizinischer Rehabilitation)

ver.di teilt die Einschätzung, dass Prävention ein zentrales Element darstellt, um den Menschen so lange wie möglich ein Leben in der eigenen Häuslichkeit zu ermöglichen. Insofern ist es folgerichtig, Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung nicht auf die stationäre Langzeitpflege zu begrenzen, sondern bereits in der häuslichen Pflege anzusetzen. Somit begrüßt ver.di die Erweiterung des § 5 SGB XI auf die häusliche Pflege ausdrücklich. Allerdings greift es zu kurz, hier ausschließlich auf verhaltensbezogene Präventionskurse zu fokussieren. Wir regen an, hier sehr viel stärker auch Maßnahmen zur sozialen Teilhabe und Partizipation in den Blick zu nehmen, um neben der Gesundheitsförderung beispielsweise auch der Vereinsamung, die maßgeblichen Einfluss auf die psychische Gesundheit hat, entgegenzuwirken. Eine Bedarfserhebung zur Unterstützung der Umsetzung hinsichtlich präventiver und gesundheitsfördernder Maßnahmen erachtet ver.di als sinnvoll.

ver.di würde es begrüßen, wenn auch der Anspruch auf einen präventiven Hausbesuch gesetzlich verankert würde.

Zu Nummer 6 (§ 8 - Gemeinsame Verantwortung)

Zu Buchstabe a:

ver.di teilt die Einschätzung, dass die Kompetenzen der Pflegefachpersonen in der Versorgung aktuell noch nicht in dem Maße eingesetzt werden, wie es aus fachlicher Sicht möglich wäre. Ziel des Gesetzes zur Befugniserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege muss es daher sein, dass Pflegefachpersonen ihre erworbenen Kompetenzen umfassend einsetzen dürfen und mehr eigenständige Entscheidungsbefugnisse erhalten. Zugleich gilt es, die Kompetenzen der Pflegeberufe zu erweitern.

Der im Gesetzentwurf gewählte Weg, dass eine Empfehlung zu einer systematischen und umfassenden, kompetenz- bzw. qualifikationsbezogenen Darstellung der Aufgaben der Pflege, erarbeitet wird, greift allein zu kurz. Für eine systematische Klärung der Aufgaben von Pflegefachpersonen ist eine Verständigung notwendig, wie die pflegerische Versorgung gestaltet sein soll. Dazu gehört eine unmittelbare Beteiligung der Berufsangehörigen selbst. Die Anforderungen der pflegerischen Versorgung sind der Maßstab, um die Aufgaben der Pflegefachpersonen beschreiben zu können. In ver.di organisierte Pflegepersonen haben dazu eine intensive und breit angelegte Debatte geführt und auf dieser Grundlage 2025 aktualisiert zentrale Positionen im Papier „Unser berufliches Selbstverständnis: Ganzheitliche Pflege zukunftsicher gestalten“ dokumentiert. Ein zentrales Ergebnis: Gute Pflege funktioniert nur ganzheitlich und bezieht sich auf den gesamten Pflegeprozess. Eine klare Absage wird einer Funktionspflege erteilt. ver.di spricht sich daher dafür aus, in § 8 Abs. 3c Satz 1 SGB XI den zweiten Halbsatz dahingehend neu zu formulieren, dass die konkrete Ausgestaltung und Weiterentwicklung der Inhalte von Leistungen nach dem Elften Buch und nach dem Fünften Buch, die durch Pflegefachpersonen jeweils abhängig von ihren Kompetenzen erbracht werden können, eine „patient*innen- bzw. bewohner*innenorientierte Pflege (Bezugspflege)“ gewährleisten müssen.

Zugleich müssen Bildung und Versorgung gemeinsam gedacht und weiterentwickelt werden. Damit dies gelingt, sind im Rahmen des Gesetzes zur Befugnisserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege die diesbezügliche Berufsbildungsforschung zu verankern. Die sich verändernde Versorgungslandschaft und die Anforderungen an eine qualitativ hochwertige Versorgung erfordern, dass die Entwicklungstendenzen und Anpassungsbedarfe der Berufsbildung in den Pflegeberufen systematisch beobachtet werden. Es braucht daher eine Berufsbildungsforschung, die die notwendigen Erkenntnisse generiert, um die Weiterentwicklung der Pflegeberufe im Rahmen von Aus-, Fort- und Weiterbildung zu unterstützen. Dafür sind die Gesundheitsfachberufe insgesamt in die Regelförderung des Bundesinstituts für Berufsbildung (BIBB) einzubeziehen – unter Beteiligung der Sozialpartner.

Zudem sind einheitliche, zeitgemäße, transparente und durchlässige berufliche Weiterbildungsmöglichkeiten notwendig. Bei den Weiterbildungen in der Pflege besteht Handlungsbedarf. Die derzeitige Weiterbildungslandschaft in der Pflege zeichnet sich durch eine große Heterogenität aus, wie im Rahmen des vom BIBB beauftragten Projekts zu den Qualifizierungsanforderungen von Weiterbildungen (QUAWE) aufgezeigt wurde (vgl. [Bergmann u. a. Qualifizierungsanforderungen von Weiterbildungen_online \(3\).pdf](#)). Die Weiterbildungen sind daher stärker zu standardisieren, am besten bundeseinheitlich durch eine staatliche Regelung,

wie es derzeit im Bereich des Berufsbildungsgesetzes möglich ist. Zumindest sollten die Länder gemeinsame Eckpunkte und zentrale Qualifizierungsanforderungen für Weiterbildungen der Pflegeberufe vereinbaren. Die Pflegeberufe sind an der Entwicklung insbesondere über die Berufsverbände und die maßgebliche Gewerkschaft einzubeziehen. Die Realität und Bandbreite professionell Pflegenden – aus den verschiedenen Versorgungsbereichen und mit unterschiedlichen Qualifikationsniveaus – muss auch künftig abgebildet werden, wenn es um die Weiterentwicklung von berufsfachlichen Fragen geht. Zudem sind die Arbeitgeber zu verpflichten, die Beschäftigten unter Fortzahlung ihrer Vergütung freizustellen und die Weiterbildungskosten vollständig zu finanzieren.

Die vorgesehene Gewinnung wissenschaftlicher Expertise zielt insgesamt vorrangig auf ein gesamtgesellschaftlich relevantes Ziel, das allen Bürger*innen zugutekommen soll. Vor diesem Hintergrund erscheint eine Finanzierung aus öffentlichen Mitteln geboten.

Zu Buchstabe c

§ 8 Absatz 7 Satz 4 Nr. 8 SGB XI ist dahingehend auszuweiten, dass die Maßnahmen neben der betrieblichen auch die gesellschaftliche Integration von Pflege- und Betreuungspersonal aus dem Ausland umfassen. Die Maßnahmen dürfen dabei nicht nur auf die individuelle Unterstützung der Pflege- und Betreuungspersonen aus dem Ausland abzielen, sondern müssen ebenfalls die Sensibilisierung und Schulung der bestehenden Belegschaft (zum Beispiel durch interkulturelle Trainings) umfassen und strukturelle Gegebenheiten im Betrieb ins Auge fassen.

Zu Nummer 8 (§ 9 – Aufgaben der Länder)

ver.di fordert schon lange eine Stärkung der Kommunen in ihrer Rolle und Verantwortung bei der Gewährleistung eines bedarfsgerechten regionalen Settings in der Pflege, einem zentralen Element der staatlichen Daseinsvorsorge. So ist zu begrüßen, dass die Länder und Kommunen in dieser Frage gestärkt werden sollen. Dazu ist es unerlässlich, dass die Länder die Kommunen auch finanziell in die Lage versetzen, in diesem Bereich mehr Verantwortung zu übernehmen – auch und ganz besonders mithilfe des Instruments einer verbindlichen Pflegeinfrastrukturplanung. Dazu bedarf es einheitlicher wissenschaftlich fundierter Standards sowie einer engeren Zusammenarbeit aller Akteure. Von daher unterstützt ver.di das Vorhaben, die Mitwirkungsmöglichkeiten von Kommunen bei der Zulassung von Pflegeeinrichtungen zu stärken, sowie den

Vorschlag, die Berücksichtigung der Landespflegeausschüsse bzw. der regionalen Pflegeausschüsse verbindlich zu machen. ver.di setzt sich für eine verbindliche Pflegestrukturplanung ein.

Zu Nummer 10 (§ 11 – Rechte und Pflichten der Pflegeeinrichtungen)

Zu Buchstabe a

Ergänzend ist klarzustellen, dass Pflegefachpersonen im Sinne dieses Gesetzes auch Personen sind, die über eine Erlaubnis nach § 58 des Pflegeberufgesetzes verfügen.

Zu Buchstabe b

Die Regelung sieht vor, dass Pflegeeinrichtungen verpflichtet werden sollen, die Mitarbeiter*innen sowie betriebliche Interessenvertretungen in die Entwicklung von einrichtungsspezifischen Konzepten zur Delegation von Leistungen von Pflegefachpersonen auf Pflegeassistentenpersonen sowie auf Pflegehilfskräfte und anderes Personal, das Leistungen der Pflege oder Betreuung von pflegebedürftigen Menschen erbringt, einzubeziehen. Die Mitarbeiter*innen sind über vorhandene Konzepte zu informieren und im Bedarfsfall zu schulen. Positiv ist, dass die Mitarbeiter*innen und die betrieblichen Interessenvertretungen in die Entwicklung der genannten Konzepte einbezogen werden sollen. Zu bedenken ist, dass die in den jeweiligen Ausbildungen zu erwerbenden Kompetenzen den Rahmen dafür bilden, welche Aufgaben von Pflegefachpersonen bzw. Pflegeassistent*innen bzw. Pflegehelfer*innen in der Praxis ausgeübt werden. Die Berufsausübung ist im Wesentlichen durch die Länder zu regeln. Pflegefacharbeit („Aufgaben von Pflegefachpersonen“) sollte grundsätzlich auch von Pflegefachpersonen geleistet werden. Soweit es sich um originäre Aufgaben von Pflegeassistentenkräften handelt, müssen sie nicht „delegiert“ werden, sondern können selbständig und eigenverantwortlich durchgeführt werden. Eines „Delegationskonzepts“ bedarf es daher nicht.

Die Arbeitsorganisation obliegt der jeweiligen Einrichtung in eigener Verantwortung. Die Pflegeeinrichtungen benötigen jeweils umfassende Stellenbeschreibungen, aus denen die jeweiligen Aufgaben hervorgehen. Entscheidend für die Beschäftigten ist, dass sie bei der Berufsausübung haftungsrechtlich umfassend abgesichert sind und – wie vorgesehen – die betrieblichen Interessenvertretungen gemäß ihrer Aufgaben einbezogen werden.

Zu Nummer 14 (§ 17a – Richtlinien zur Empfehlung von Pflegehilfsmitteln und Hilfsmitteln nach § 40 Absatz 6)

Zu Absatz 1

Grundsätzlich ist es sinnvoll, dass der Spitzenverband Bund der Pflegekassen beauftragt wird, seine Richtlinien inhaltlich zu überarbeiten und den Katalog an Pflegehilfsmitteln und Hilfsmitteln, die von einer Empfehlung durch Pflegefachpersonen umfasst sein können, zu aktualisieren. Allerdings ist die Regelung in Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 nicht zielführend. Hier ist klarzustellen, dass es sich grundsätzlich um Pflegefachpersonen handeln muss. Eine weitere Ausdifferenzierung nach Qualifikationsniveaus ist nicht sinnvoll. Es bedarf weder einer Weiterbildung noch eines Studiums, um den Bedarf an Pflegehilfsmitteln zu erkennen und diese zu empfehlen. Die hierfür notwendigen Kompetenzen werden in der Ausbildung zur Pflegefachperson vermittelt.

Zu Nummer 17 (§ 18e – Weiterentwicklung des Verfahrens zur Pflegebegutachtung durch Modellvorhaben, Studien und wissenschaftliche Expertisen)

Zu Buchstabe b

Ein Modellvorhaben, in dem geprüft wird, unter welchen Voraussetzungen und in welchem Umfang in der Versorgung tätige Pflegefachpersonen Aufgaben des Pflegebegutachtungsverfahrens übernehmen können und wie die Zusammenarbeit von Pflegefachpersonen und Medizinischen Dienst gestaltet sein sollte, ist zu begrüßen. Im Mittelpunkt eines solchen Modellvorhabens muss die Stärkung der Kompetenzen der Pflegeberufe stehen, nicht die Entlastung des Medizinischen Dienstes. Die Unabhängigkeit der Begutachtung muss sichergestellt sein. Darüber hinaus bietet es sich an, auch die Integration der Begutachtung durch Pflegefachpersonen im Krankenhaus im Rahmen des Entlassmanagements in einem Modellvorhaben zu untersuchen. Dies könnte eine zügige Begutachtung und Anschlussversorgung von Patient*innen ermöglichen.

**Zu Nummer 21 (§ 36 – Pflegesachleistung),
zu Nummer 22 (§ 37 – Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen),
zu Nummer 25 (§ 40 – Pflegehilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen),
zu Nummer 28 (§ 41 Absatz 2 – Tagespflege und Nachtpflege) sowie
zu Nummer 29 (§ 43 – Vollstationäre Pflege – Inhalt der Leistung)**

Bereits mit dem Pflegeunterstützungs- und Entlastungsgesetz wurden zum 01.01.2025 die Geld- und Sachleistungen nach Kapitel 4 SGB XI um 4,5 Prozent erhöht. Außerdem werden zum 01.01.2028 die Geld- und Sachleistungen regelhaft in Anlehnung an die Preisentwicklung (Kerninflation) automatisch dynamisiert. Mit den in Nummer 21, Nummer 22, Nummer 25 sowie Nummer 28 und Nummer 29 vollzogenen Erhöhungen wurde im Gesetzestext nachvollzogen, was schon ohnehin mit Verkündung im Bundesanzeiger gilt. Die Erhöhung zum 01.01.2025 ist angesichts der gestiegenen und weiter steigenden Kosten und der in den Jahren zuvor ausgebliebenen Erhöhungen deutlich zu kurz gegriffen. Die geplante Dynamisierung zum 01.01.2028 kommt viel zu spät und lässt die pflegebedürftigen Menschen mit den Auswirkungen der massiv gestiegenen Kosten allein.

Zu Nummer 25 (§ 40 – Pflegehilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen)

Zu Buchstabe d

ver.di begrüßt, dass Pflegefachpersonen im Rahmen ihrer Leistungserbringung konkrete Empfehlungen zur Hilfsmittel- und Pflegehilfsmittelversorgung abgeben können. Diese Aufgabe können Pflegefachpersonen grundsätzlich übernehmen. Es ist nicht notwendig, hier eine weitere Ausdifferenzierung nach Qualifikationsniveau der empfehlenden Pflegefachperson vorzunehmen.

Zu Nummer 42 (§ 72 – Zulassung zur Pflege durch Versorgungsvertrag)

Pflegeeinrichtungen, die nicht an Tarifverträge oder kirchliche Arbeitsrechtsregelungen (AVR) für ihre Beschäftigten in Pflege oder Betreuung gebunden sind, können zur Erlangung eines Versorgungsvertrages eine Entlohnung zahlen, die die Höhe der Entlohnung eines wählbaren Tarifvertrags (oder einer AVR) (sofern räumlich, zeitlich, fachlich, persönlich und regional gültig) nicht unterschreitet. Dabei muss die gesamte Entgeltsystematik (Eingruppierung etc.) angewendet

werden. Bisher müssen die Tarifierhöhungen des gewählten TV/AVR innerhalb von zwei Monaten nachvollzogen werden. So ist sichergestellt, dass Tarifsteigerungen zeitnah nachvollzogen werden und die Pflege- und Betreuungskräfte mit wenig Verzug eine tarifgerechte Entlohnung erhalten. Sollte es zu Verzögerungen im Rahmen der Pflegesatzverhandlungen kommen, können die gestiegenen Gehälter durch entsprechende Nachzahlungen zumindest verzögert ausbezahlt werden. Durch die Erhöhung dieser Frist auf drei Monate entsteht den betroffenen Pflege- und Betreuungskräften nun ein zusätzlicher finanzieller Nachteil, da tarifliche Lohnerhöhungen nun erst mit einer Verzögerung von einem Vierteljahr nachvollzogen werden müssen. Strukturelle Probleme werden hier zu finanziellen Ungunsten der Pflege- und Betreuungskräfte kompensiert. ver.di lehnt dies ab.

Pflegeeinrichtungen, die im Sinne von § 72 Absatz 3a SGB XI an Tarifverträge oder an kirchliche Arbeitsrechtsregelungen gebunden sind, sind dazu verpflichtet, nun zum 1. Juli (statt wie bisher zum 1. August) die daraus gezahlte Entlohnung der Arbeitnehmer*innen zu melden, die Leistungen der Pflege oder Betreuung von Pflegebedürftigen erbringen.

Zu Nummer 43 (§ 73a – Beeinträchtigungen bei Versorgungsverträgen)

ver.di spricht sich ausdrücklich für eine ersatzlose Streichung des Satzes 3 in § 73a Absatz 2 aus. Auch kurzzeitige bzw. vorübergehende Abweichungen von zulassungsrechtlichen Vorgaben sowie den vereinbarten Leistungs- und Qualitätsmerkmalen einschließlich der Personalausstattung und deren gesetzlichen Bestimmungen sind ausdrücklich abzulehnen. Arbeitgeber sind stattdessen dahingehend zu verpflichten, alles in ihrer Macht Stehende zu tun, um die Arbeitsbedingungen zu verbessern – dazu gehört entsprechende Ausfallkonzepte zu entwickeln und anzuwenden sowie den Arbeits- und Gesundheitsschutz zu verbessern, indem bestehende Instrumente zur Gefährdungsbeurteilung regelhaft zum Einsatz kommen, damit sowohl die Vorgaben zur Qualität als auch zu Personalvorgaben eingehalten werden können. Nur so lässt sich eine durchgehend hohe Versorgungsqualität sicherstellen und die Überlastung von Beschäftigten vermeiden.

Zu Nummer 63 (§ 113c – Personalbemessung in vollstationären Pflegeeinrichtungen)

Zu Buchstabe a

Für das Modellprojekt nach § 8 Absatz 3b SGB XI konnten Pflegeeinrichtungen Personal aufbauen. Mit der Änderung in § 113c Absatz 2 Satz 2 Nummer 2 SGB XI wird die Möglichkeit eröffnet, dass auch zukünftig nach Abschluss des Modellprojektes dieses Personal durch eine höhere Personalausstattung refinanzierbar ist (sachlicher Grund). ver.di begrüßt dies.

Die geplante Regelung in § 113c Absatz 2 Satz 2 Nummer 3 kann ein guter Ansatz sein, um in der Langzeitpflege den Einsatz von Pflegefachpersonen mit hochschulischer Qualifikation in der unmittelbaren Versorgung zu befördern. Unberührt davon ist weiter zu beraten, welche Aufgaben von hochschulisch ausgebildeten Pflegepersonen eine sinnvolle Ergänzung zu den Tätigkeiten der hochqualifizierten Fachkräfte mit beruflicher Ausbildung sein können. Maßstab für die Entwicklung von Tätigkeitsprofilen sind für uns die Anforderungen, die sich aus der pflegerischen Versorgung ergeben. Die besonderen Qualifikationsmöglichkeiten der Hochschulen, wie zum Beispiel eine stärkere Wissenschaftsorientierung, sind dabei zu berücksichtigen. Darüber hinaus ist eine Überschreitung auch durch beruflich ausgebildete Pflegefachpersonen zuzulassen. In Absatz 2 Nummer 3 ist demnach klarzustellen, dass sich diese Regelung auf die Berufsbezeichnung nach § 1 des Pflegeberufgesetzes bezieht.

Zu Buchstabe b

Zu Nummer 1

ver.di hat stets das Ziel verfolgt, abseits der Ergebnisse des Modellprojektes nach § 8 Absatz 3 b SGB XI, stationärer Tourenplanung und anderer Modelle darauf hinzuwirken, dass für die Einrichtungen vor Ort die Flexibilität besteht, eigene Konzepte umzusetzen. Trotz entsprechenden Nachbesserungen im Gesetzestext macht die Gesetzesbegründung deutlich, dass eine Abweichung von den Ergebnissen des Modellprojektes nur in begründeten Ausnahmefällen zulässig sein soll und dass die Konzepte einer Art Eignungsprüfung im Hinblick auf die Projektergebnisse unterliegen sollen:

„Mit der Änderung wird klargestellt, dass hierfür nicht nur die im Rahmen des Modellprogramms nach § 8 Absatz 3b bis zum Sommer 2025 zu entwickelnden und zu evaluierenden Maßnahmen, sondern auch Maßnahmen auf Grundlage trügereigener fachlicher Konzepte ver-

wendet werden können, die die Ziele des § 113c in vergleichbarer Weise umsetzen. Diese trägereigenen Konzepte sollen sich an den Zielen und der Konzeption der Maßnahmen, die nach § 8 Absatz 3b entwickelt und erprobt wurden, orientieren. Das bedeutet, dass sie sich an der Zielsetzung einer qualifikations- und kompetenzorientierten Bezugspflege orientieren sollen. Begründete Abweichungen sind konzeptabhängig möglich. Perspektivisch sind hierbei auch die Ergebnisse der wissenschaftlichen Expertisen nach § 8 Absatz 3c zu berücksichtigen. Der sog. Interventionskatalog des Modellprojekts nach § 8 Abs. 3b stellt hingegen keine isolierte, schematisch anzuwendende Grundlage für Maßnahmen der Personal- und Organisationsentwicklung dar.

Die konkrete Eignung der Konzepte beinhaltet, dass abhängig vom Umfang der Mehrpersonalisierung auch abgestufte Konzepte umgesetzt werden können. Dies ist auch ein Beitrag zur Entbürokratisierung, da nicht bereits bei einer nur geringen Mehrpersonalisierung ein umfassender Personal- und Organisationsentwicklungsprozess durchgeführt werden muss, sondern schrittweise abhängig vom Personalaufbau vorgegangen werden kann. Zudem werden durch die Regelung die Umsetzung des Personalbemessungsverfahrens und seiner Wirkungen auf die Arbeitsbedingungen der beruflich Pflegenden weiter beschleunigt.“ (S. 166)

Die Projektergebnisse sollen also trotz der erheblichen Umsetzungsprobleme in den Projekteinrichtungen fachlicher Maßstab werden und Abweichungen müssen begründet werden. Dies lehnen wir ab und schlagen vor den Halbsatz oben zu streichen und entsprechend zu ersetzen:

Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 wird wie folgt geändert:

„1. soll die Pflegeeinrichtung geeignete Maßnahmen der Personal- und Organisationsentwicklung durchführen, die einen personenzentrierten Personaleinsatz im Sinne der Ziele des § 113c gewährleisten.“

Die Zielsetzung eines neuen Personalbemessungsinstruments in der stationären Langzeitpflege muss nach wie vor sein, eine bedarfsgerechte pflegerische Versorgung zu gewährleisten. Dazu bedarf es nach wie vor eines Aufwuchses an qualifiziertem Pflegepersonal. Bislang werden mit § 113c für Einrichtungen keinerlei Anreize gesetzt, die personelle Ausstattung und damit sowohl die Arbeitsbedingungen als auch die pflegerische Versorgung zu verbessern, da nur einseitig auf die Finanzierungslogik fokussiert wird. Um dem Ziel einer bedarfsgerechten Personalausstattung in Schritten näherzukommen ist es zwingend notwendig, zum einen schnellstmöglich zu bun-

desweit einheitlichen Pflegepersonaluntergrenzen zu kommen und gleichzeitig den Einrichtungen zu ermöglichen, einfacher mehr Personal einzustellen. Daher ist in § 113c Abs. 1 das Wort „höchstens“ zu streichen und Satz 1, erster Halbsatz wie folgt zu formulieren:

„Ab dem 1. Juli 2023 kann in den Pflegesatzvereinbarungen nach § 84 Absatz 5 Satz 2 Nummer 2 für vollstationäre Pflegeeinrichtungen die sich aus nachfolgenden Personalanhaltswerten ergebende personelle Ausstattung mit Pflege- und Betreuungspersonal vereinbart werden: ...“

Zu Nummer 2

Anstatt die Ursachen des Personalmangels in der Langzeitpflege konsequent anzugehen, soll mit dem Gesetzentwurf der Weg noch weiter forciert werden, die Standards in der vollstationären Langzeitpflege weiter abzusenken, statt diese zu erhöhen. Das steht im starken Widerspruch zum Ziel einer Stärkung der Kompetenzen der Pflegefachpersonen. Die geplante Regelung in Absatz 3 Nummer 2 wird daher abgelehnt, auch als befristete Regelung bis zum 31. Dezember 2026, zumal die Vorhaltung von Personal, das über eine mindestens einjährige medizinische, soziale, hauswirtschaftliche, kaufmännische oder betriebswirtschaftliche Qualifikation verfügt, alle „Türen“ öffnet. Wird an der Regelung festgehalten, ist zumindest festzuschreiben, dass es sich um einen zusätzlichen Einsatz weiteren Personals ausschließlich für administrative Aufgaben handelt. Zudem ist eine abschließende Regelung notwendig, um welche Qualifikationen es sich handeln kann.

Zu Nummer 3

Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene geben unter Beteiligung anderer Akteure Empfehlungen zu den Inhalten der Verträge mit Bezug auf Personalausstattung und Personaleinsatz ab. Diese Empfehlungen sind laut vorliegendem Entwurf in Zusammenarbeit mit den maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene zu erstellen. Da die Inhalte der Empfehlungen maßgeblichen Einfluß auf Arbeitsabläufe in den Einrichtungen und damit auch auf die Arbeitsbedingungen der Beschäftigten in der stationären Langzeitpflege haben, ist ver.di als maßgebliche Organisation auf Bundesebene hier zu beteiligen.

Zu Buchstabe c

Pflegebedürftige Menschen erwarten eine qualitativ hochwertige Versorgung, die sich an ihren individuellen Bedürfnissen ausrichtet. Gleichzeitig setzen die komplexen versorgungsbezogenen Anforderungen und die große Verantwortung eine hohe Fachlichkeit der Pflegepersonen voraus. Die Regelung, dass bei der personellen Ausstattung mit Fachkräften neben Pflegefachpersonen auch andere Fachkräfte aus dem Gesundheits- und Sozialbereich vorgehalten werden können, beinhaltet die Gefahr, dass die Qualität pflegerischer Versorgung leidet, insbesondere wenn es sich nicht um pflegerische Ausbildungen handelt. Der geplante Einsatz u. a. von Physiotherapeut*innen, Logopäd*innen, Ergotherapeut*innen berücksichtigt zum einen nicht, dass es sich hierbei um eigenständige Heilberufe handelt, die aufgrund ihres eigenen Berufsprofils nicht ersetzend, sondern ausschließlich zusätzlich zum Pflegepersonal und im Rahmen ihrer jeweiligen Aufgabenbereiche eingesetzt werden können. Zum anderen wird der bestehende vergleichbar hohe Fachkräftemangel in den Therapieberufen, aber auch zum Teil in den anderen aufgeführten Berufen, außer Acht gelassen. Notwendig wäre vielmehr, die Pflegeberufe und therapeutischen Berufe insgesamt zu stärken und ihre Kooperation im Sinne einer bestmöglichen Versorgung zu befördern. Welche Fachkräfte aus dem Gesundheitsbereich zusätzlich eingesetzt werden können, ist zudem abschließend festzulegen. Es muss sich dabei um staatlich geregelte Aus- und Weiterbildungen handeln.

Anstatt die Standards bei den geltenden Personalanhaltswerten für vollstationäre Pflegeeinrichtungen weiter abzusenken, gilt es, an den Ursachen des Fachkräftemangels anzusetzen. Alle verantwortlichen Akteur*innen sind dringend aufgefordert, alles zu unternehmen, um mit wirkungsvollen, nachhaltigen Maßnahmen den Teufelskreis aus Personalnot, schlechten Arbeitsbedingungen und zu wenig Zeit für eine gute Pflege zu durchbrechen. Dazu gehört auch, die Kommerzialisierung in der Altenpflege zu stoppen und umzukehren. Die Weichen für eine qualitativ hochwertige Versorgung sind jetzt richtig zu stellen.

Zu Nummer 64 (§ 113d - Geschäftsstelle zur Begleitung und Unterstützung der fachlich fundierten Personal- und Organisationsentwicklung von Pflegeeinrichtungen)

ver.di begrüßt grundsätzlich das Vorhaben, eine unabhängige qualifizierte Institution mit der Begleitung einer fachlich fundierten Personal- und Organisationsentwicklung von Pflegeeinrichtungen zu betrauen. Hierbei sind aus Sicht von ver.di auch der Pflegebedürftigkeitsbegriff nach § 14 SGB XI und das damit verbundene Pflegeverständnis einzubeziehen. Beides sollte außerdem Eingang in entsprechende Handlungsleitfäden finden. Positiv ist, dass Pflegefachpersonen

und Pflegeeinrichtungen bei der Umsetzung eines ganzheitlichen, personenzentrierten Pflegeverständnisses, das die Stärkung der Selbständigkeit und der Fähigkeiten der pflegebedürftigen Menschen in den Mittelpunkt stellt, unterstützt werden sollen. Damit die Praxisperspektive der Pflegepersonen Eingang findet, ist ver.di als größte Interessenvertretung der in der Pflege Beschäftigten an der Beauftragung zu beteiligen und soll auch vor dem Abschluss der Umsetzung der Maßnahmen die Gelegenheit zur Stellungnahme erhalten.

Zu Nummer 71 (§ 118a – Maßgebliche Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene, Verordnungsermächtigung)

Die Regelung in Absatz 1 soll die Beteiligung der maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe für die gesetzlich vorgesehenen Beteiligungen nach dem Fünften und Elften Buch Sozialgesetzbuch vereinheitlichen. Der Begriff der Organisationen soll dabei auch Verbände umfassen, deren satzungsmäßiger Zweck die Vertretung der berufspolitischen Interessen der Pflegeberufe ist. Das Ziel einer umfassenden Beteiligung der Pflegeberufe an den Aufgaben wird unterstützt.

Als maßgebliche Organisation der Pflegeberufe und repräsentative tarifzuständige Gewerkschaft im Bereich Pflege erwartet ver.di, auch als solche anerkannt und beteiligt zu werden. ver.di ist die Organisation bzw. Gewerkschaft, in der sich mit Abstand die meisten Pflegepersonen freiwillig organisieren und die gemäß ihrer Satzung neben und auch im Rahmen der Tarifpolitik und der Gestaltung der Arbeits- und Wirtschaftsbedingungen auch die berufsspezifische/berufspolitische Interessenvertretung ihrer Mitglieder im Bereich Pflege umfänglich übernimmt. Die Berufspolitik der Pflege hat für ver.di einen sehr hohen Stellenwert, was nicht zuletzt in dem breiten und intensiven Diskussionsprozess um das berufliche Selbstverständnis von in ver.di organisierten Pflegepersonen zum Ausdruck kommt. Notwendig ist daher eine entsprechende Klarstellung in der Gesetzesbegründung zum § 118a SGB XI dahingehend, dass ver.di eine maßgebliche Organisation der Pflegeberufe auf Bundesebene ist.

Zugleich ist der Gesetzeswortlaut des § 118 a SGB XI-E dergestalt anzupassen, dass im Bereich der Pflegebranche die repräsentativen tarifzuständigen (maßgeblichen) Gewerkschaften als maßgebliche Organisationen auf Bundesebene gelten.

Mindestens jedoch ist schon bereits im Gesetzeswortlaut des § 118a SGB XI-E zu gewährleisten, dass neben den maßgeblichen Organisationen und überall dort, wo diese auch an anderen Stellen des Gesetzentwurfes und der in § 118a Abs. 3 SGB XI-E genannten Verordnung erwähnt

werden, die für die Pflegebranche tarifzuständigen repräsentativen (maßgeblichen) Gewerkschaften gleichgestellt werden. Zusätzlich ist überall dort ausdrücklich die Begrifflichkeit der „tarifzuständigen repräsentativen (maßgebliche) Gewerkschaften“ zu nennen. Dieses Erfordernis ergibt sich bereits aus Art. 9 Abs.3 GG. Dieser schützt nicht nur den Abschluss von Tarifverträgen als klassisches Mittel zur Verbesserung der Arbeits- und Wirtschaftsbedingungen, sondern umfasst auch alle anderen koalitionspezifischen Betätigungsformen. Dazu zählen etwa die berufsspezifische/berufspolitische Interessenvertretung, die Mitwirkung an Gesetzgebungsverfahren, die Organisation von Protestaktionen, die Öffentlichkeitsarbeit sowie die Einflussnahme auf berufsbezogene Standards und Qualifikationen. Die Koalitionsfreiheit ist inhaltlich nicht auf tarifliche Aktivitäten beschränkt, sondern garantiert ein umfassendes Handlungsrecht zur Förderung der Arbeitsbedingungen – unabhängig von der konkreten Methode. Eine Anerkennung als maßgebliche Organisation und diesen Gleichgestellten darf daher nicht allein an tarifpolitischer Tätigkeit bemessen werden, sondern muss alle koalitionspezifischen Aktivitäten gleichwertig berücksichtigen. Ein Ausschluss aus dem Kreis der anerkannten Verbände bzw. eine Zurücksetzung repräsentativer und für den Bereich Pflegebranche tarifzuständiger Gewerkschaften würde die verfassungsrechtlich garantierte Koalitionsfreiheit der Gewerkschaften aus Art. 9 Abs. 3 GG verletzen und die legitime Mitwirkung unserer Gewerkschaft an der Gestaltung beruflicher Rahmenbedingungen unzulässig beschränken.

Die Ausführungen in der Begründung, dass eine Beteiligung der repräsentativen tarifzuständigen (maßgeblichen) Gewerkschaften im Gesetzentwurf nur dann und auch nur als „Sollvorschrift“ vorgesehen ist, wenn es um Fragen der Gestaltung von Arbeitsbedingungen geht, haben wir daher mit Unverständnis wahrgenommen. Zudem bleibt das auch hinter den Anforderungen aus Art. 9 Abs. 3 GG zurück, wonach die Koalitionsfreiheit der Gewerkschaften und damit jede koalitionspezifische Betätigung der Gewerkschaften den Bereich der Arbeits- und Wirtschaftsbedingungen umfasst und nicht nur der Arbeitsbedingungen. Die Zukunft der Pflegeberufe darf nicht ohne ver.di als die größte Mitgliederorganisation im Gesundheitswesen verhandelt werden.

Darüber hinaus bedarf es in § 118a SGB XI-E einer Klarstellung, dass die sich aus Art. 9 Abs. 3 GG ergebenden und über das vorliegende Gesetz deutlich hinausgehenden Beteiligungsrechte und Regelungsbefugnisse der Gewerkschaften auch im Rahmen dieses Gesetzes und der in § 118a SGB XI-E genannten Verordnung berücksichtigt werden und insgesamt unberührt bleiben, u.a. und insbesondere im Bereich Arbeitszeit, Arbeitsschutz, Entgelt, Ausbildung etc.

ver.di setzt sich für die Stärkung der Pflegeberufe ein. Entscheidend ist, dass gemeinsam die zentralen Probleme der Pflegeberufe angegangen und sie mit wirkungsvollen Maßnahmen deutlich gestärkt werden. Der in der Begründung enthaltene Bezug auf eine Bundespflegekammer sollte deshalb gestrichen werden. Entsprechend der Ausführung in der Begründung gibt es aktuell auf Bundesebene für die Pflegeberufe keine Bundespflegekammer, die durch flächendeckend eingerichtete Landespflegekammern gestützt wird. Dies erscheint auch vor dem Hintergrund, dass unter anderem infolge von Vollbefragungen die Landespflegekammern in Niedersachsen und Schleswig-Holstein aufgelöst wurden, sich die befragten Pflegefachpersonen in Hamburg und Hessen gegen die Errichtung einer Pflegekammer ausgesprochen haben und in Baden-Württemberg die Gründung einer Pflegekammer gestoppt wurde, absehbar auch nicht zu erwarten und dürfte von vielen Pflegefachpersonen zudem nicht erwünscht zu sein.

Bei der geplanten Vereinheitlichung der maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe sind darüber hinaus weitere Akteur*innen wie die Arbeitskammer des Saarlandes und die Arbeitnehmerkammer Bremen verbindlich mit einzubeziehen. Ebenso sollte in der Begründung bei den Organisationen auf Landesebene auch die Vereinigung der Pflegenden in Bayern beispielhaft mit aufgeführt werden.

Aufgrund der obigen Ausführung bestehen folgende, konkrete Änderungsbedarfe in § 118a: Maßgebliche Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene, Verordnungsermächtigung

§ 118a Abs. 1 ist wie folgt zu ändern:

„(1) Bei den Aufgaben nach diesem und dem Fünften Buch wirken die für die Wahrnehmung der Interessen der Pflegeberufe maßgeblichen Organisationen auf Bundesebene (maßgebliche Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene) [alternativ: und repräsentativen und tarifzuständigen (maßgeblichen) Gewerkschaften] im Rahmen der in der jeweiligen Regelung vorgesehenen Beteiligungsform mit. Die maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene beteiligen dabei weitere Organisationen der Pflegeberufe, auch auf Landesebene. Die sich aus Art. 9 Abs. 3 GG ergebenden Beteiligungsrechte und Regelungsbefugnisse der Gewerkschaften sind auch im Rahmen dieses Gesetzes und der Verordnung im Sinne des Absatzes 3 zu berücksichtigen und bleiben insgesamt unberührt.“

Zusätzlich ist folgender Satz zu ergänzen:

„Die in der Pflegebranche repräsentativen, tarifzuständigen (maßgeblichen) Gewerkschaften gelten als maßgebliche Organisation auf Bundesebene.“

Zu Artikel 3 – Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Zu Nummer 2 (§ 15a – Behandlung durch Pflegefachpersonen, Pflegeprozessverantwortung)

ver.di begrüßt ausdrücklich, dass mit § 15a SGB V erstmalig geregelt wird, dass Pflegefachpersonen bestimmte Leistungen der Behandlung der gesetzlichen Krankenversicherung, die bisher Ärzt*innen vorbehalten waren, eigenverantwortlich erbringen dürfen. Die Regelung, welche Qualifikationsvoraussetzungen dafür notwendig sind, ist grundsätzlich sinnvoll. Allerdings besteht bei der konkreten Ausgestaltung in Absatz 1 deutlicher Änderungsbedarf. Der für Personen mit einer beruflichen Pflegeausbildung vorgesehene Weg greift zu kurz. Nach der vorgesehenen Regelung können diese die erforderlichen fachlichen Kompetenzen durch eine staatlich anerkannte, bundesweit einheitliche Weiterbildung oder durch eine einer solchen Weiterbildung entsprechenden Berufserfahrung erwerben, die durch eine staatliche Kompetenzfeststellung der Länder nachgewiesen wurde. Bundesweit einheitliche Weiterbildungen sind ausdrücklich geboten. Doch derzeit zeichnet sich die Weiterbildungslandschaft durch eine große Heterogenität aus und es ist nicht absehbar, ob und in welcher zeitlichen Perspektive es zu einheitlichen Standards kommt. Ebenso sind die staatlichen Kompetenzfeststellungsverfahren durch die Länder inkl. der dafür notwendigen einheitlichen Kriterien noch nicht gegeben. Es braucht hier dringend Lösungen, damit beruflich ausgebildete Pflegefachpersonen die erforderlichen fachlichen Kompetenzen erwerben können. Nach Einschätzung von ver.di braucht es eine entsprechende Möglichkeit der Nachqualifizierung auch für beruflich qualifizierte Pflegefachpersonen, wie es in § 66e des Pflegeberufgesetzes für bereits hochschulisch qualifizierte Pflegefachpersonen nach Pflegeberufgesetz vorgesehen ist. Grundsätzlich spricht sich ver.di dafür aus, dass die heilkundlichen Kompetenzen in den Bereichen diabetische Stoffwechselerkrankungen, chronische Wunden und Demenz auch regelhaft in der beruflichen Ausbildung erworben werden, ggf. ist dafür die Ausbildungsdauer zu verlängern (siehe die Ausführungen zu Artikel 5).

Pflegefachpersonen im Sinne dieses Gesetzes sind auch Personen, die über eine Erlaubnis nach § 58 des Pflegeberufgesetzes verfügen. In § 15a Absatz 3 SGB V ist daher nach „§ 1“ die Angabe „und § 58“ einzufügen.

Damit die Ausübung von Heilkunde künftig in einem gesicherten Rahmen stattfindet, ist neben den Anpassungen im Berufs- und Leistungsrecht auch zu prüfen, wie zentrale Regelungen aus dem Heilpraktikergesetz zumindest neu und zeitgemäß gefasst werden können. Ziel muss sein, dass die Heilkundeausübung für alle Heilberufe im Rahmen ihrer jeweiligen Kompetenzen ermöglicht wird.

Zu Nummer 16 (§ 73d – Eigenverantwortliche Erbringung von Leistungen durch Pflegefachpersonen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung; eigenverantwortliche Verordnung von häuslicher Krankenpflege durch Pflegefachpersonen, Evaluation)

Zu Absatz 1

ver.di begrüßt, dass die Modelle zur Übertragung von ärztlichen Tätigkeiten auf Pflegefachpersonen in die Regelversorgung überführt und um zusätzliche Befugnisse im Rahmen der häuslichen Krankenpflege und der Hilfsmittelversorgung erweitert werden. Dieser Schritt ist überfällig, auch um entsprechend qualifizierten Pflegefachpersonen eine belastbare Perspektive für ein dauerhaftes Ausüben dieser Aufgaben in der gesetzlichen Krankenversicherung zu eröffnen. Gut ist, dass diese Perspektive für alle Pflegefachpersonen eröffnet wird. Allerdings erachtet es ver.di für geboten, dass – wie eingangs ausgeführt – der Erwerb weiterer heilkundlicher Kompetenzen in den Bereichen diabetische Stoffwechselerkrankungen, chronische Wunden und Demenz auch in der beruflichen Pflegeausbildung bzw. den entsprechenden Fachweiterbildungen bereits regelmäßig erfolgt. Insgesamt müssen die Regelungen dazu dienen, die Pflege in ihrem Kernauftrag zu stärken.

Grundsätzlich zu begrüßen ist, dass nach § 73d Abs. 1 S. 1 in dem zu schließenden Vertrag neben Modellvorhaben auch zusätzliche Möglichkeit zur Erbringung bestimmter Leistungen der ärztlichen Behandlung im Rahmen der häuslichen Krankenpflege und Hilfsmittelversorgung geschaffen werden sollen, die den gesamten Bereich der ärztlichen Behandlung einschließlich der ärztlichen rehabilitativen Leistungen berücksichtigen. Mit der Zielvorgabe einer Festlegung der vertraglichen Einzelheiten zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der Vereinigung der Träger von Pflegeheimen und den für die Wahrnehmung der Interessen von Pflegediensten maßgeblichen Spitzenorganisationen bis zum 31. Juli 2027 wird allerdings ein weit gefasster Rahmen gewählt. Angesichts des Erfordernisses einer schnellen Umsetzung der beabsichtigten Regelung zur eigenverantwortlichen Erbringung

von Leistungen durch Pflegefachpersonen fordert ver.di, einen entsprechenden Vertragsschluss bis zum 31. Dezember 2026 zu beauftragen.

Zu Nummer 10 b (§ 45 Abs. 2a – Festlegung der Bezugsdauer von Kinderkrankengeld für das Jahr 2026)

ver.di begrüßt grundsätzlich die Festlegung, dass die erweiterte Anspruchsdauer für Kinderkrankengeld für Versicherte auf 15 Arbeitstage pro Kind und Elternteil bzw. 30 Arbeitstage für Alleinerziehende auch für 2026 fortgeschrieben werden soll. Längstens ergeben sich bei mehr als einem Kind damit insgesamt 35 Arbeitstage pro Elternteil bzw. 70 Arbeitstage für Alleinerziehende. Dabei ist ausdrücklich festzustellen, dass die Verlängerung durch Sonderregelungen, die im Zuge der COVID-19-Pandemie beschlossen wurden, zwar eine Verbesserung gegenüber der vorpandemischen gesetzlichen Regelung von 10 Arbeitstagen pro Kind und Elternteil bzw. 25 Tagen bei mehreren Kindern darstellt. Jedoch ist auch diese erweiterte Bezugsdauer von Kinderkrankengeld weder sachgerecht noch realitätsbezogen und kann nicht zuverlässig die regelmäßig mögliche Erkrankungsdauer von Kindern, etwa aufgrund des hohen saisonalen Infektionsgeschehens in Kindertageseinrichtungen und Schulen insbesondere zwischen der 40. KW und der 20. KW des Folgejahres, abdecken. Für berufstätige Eltern führt diese zeitliche Limitierung des Kinderkrankengeldes neben der ständigen Ungewissheit, ob die zur Verfügung stehenden Kinderkrankentage pro Jahr mit der tatsächlich gegebenen Erkrankungsdauer korrelieren, im Zweifelsfall zur Notwendigkeit, Urlaubstage zur Betreuung erkrankter Kinder zu nehmen, sofern keine anderen Möglichkeiten zur Begleitung während der Genesung vorhanden sind. Sowohl im Sinne der Gewährleistung einer bedarfsgerechten Erholungsmöglichkeit erwerbstätiger Eltern wie auch der notwendigen Entlastung vom Druck, Kinder innerhalb des Kinderkrankengeldbezugszeitraumes wieder genesen zu lassen, fordert ver.di, dass die gesetzlich ermöglichte Bezugsdauer von Kinderkrankengeld sich am regelmäßig zu erwartenden tatsächlichen Infektionsgeschehen orientiert und insofern eine erweiterte Anspruchsdauer ermöglicht, die auch unvorhergesehene Erkrankungen von Kindern, etwa durch Unfälle oder nicht-saisonale Krankheitswellen, abdeckt.

Die für das Jahr 2022 getroffenen gesetzlichen Regelungen bieten eine geeignete Grundlage, um eine solche Erweiterung umzusetzen. ver.di fordert, § 45 Abs. 2 wie folgt neu zu fassen:

„Abweichend von Absatz 2 Satz 1 besteht der Anspruch auf Krankengeld nach Absatz 1 in dem Kalenderjahr 2026 für jedes Kind längstens für 30 Arbeitstage, für alleinerziehende Versicherte längstens für 60 Arbeitstage.“

Zu Nummer 21 (§ 112a – Eigenverantwortliche Erbringung von Leistungen durch Pflegefachpersonen im Rahmen der Krankenhausbehandlung)

Zu Absatz 1, 2 und 4

ver.di begrüßt die Zielsetzung, auch im Rahmen der Krankenhausbehandlung eine eigenverantwortliche Erbringung ärztlicher Leistungen durch Pflegefachpersonen auf Grundlage eines vereinbarten Leistungskatalogs vorzusehen. Es ist davon auszugehen, dass durch eine solche Veränderung für Pflegefachpersonen Auswirkungen auf die im Rahmen der durch die Pflegepersonalbemessungsverordnung PPBV verankerte gesetzliche Pflegepersonalbemessung entstehen, die sich etwa durch neue Tätigkeiten, zusätzliche Behandlungsschritte, aber auch Dokumentationspflichten etc. ergeben. Ziel der Pflegepersonalbemessungsverordnung ist die Sicherstellung einer bedarfsgerechten Pflegepersonalbemessung auf den bettenführenden Stationen der Somatik. Um dies auch unter den Voraussetzungen des § 112a zu erbringen, fordert ver.di, dass die Vertragspartner nach Absatz 1 eine Evaluation um den Gesichtspunkt der Auswirkung auf die Vorgaben der gesetzlichen Pflegepersonalbemessung erweitern und hieraus gegebenenfalls erforderliche Empfehlungen für eine Weiterentwicklung der PPR 2.0 nach § 137I SGB V im Rahmen der Erstellung eines Ergebnisberichtes der Evaluation wie im Auftrag vorgesehen.

Dazu ist Abs. 4 Satz 1 Nr. 4 neu einzufügen:

4. „Auswirkungen einer eigenverantwortlichen Leistungserbringung durch Pflegefachpersonen auf die Einhaltung von Vorgaben zur gesetzlichen Pflegepersonalbemessung.“

Die Evaluation der eigenverantwortlichen Erbringung von Leistungen der ärztlichen Behandlung durch Pflegefachpersonen in Krankenhäusern muss durch eine unabhängige Stelle erfolgen.

Zu Artikel 5 – Änderung des Pflegeberufgesetzes

Zu Nummer 3 (§ 4 – Vorbehaltene Aufgaben, Pflegeprozessverantwortung)

Zu Buchstabe b

Es ist grundsätzlich zu begrüßen, dass mit dem Pflegeberufegesetz erstmalig vorbehaltene Aufgaben festgelegt wurden. Allerdings beziehen die vorbehaltenen Aufgaben nicht den gesamten Pflegeprozess ein, da die Durchführung der Pflege fehlt. Für einen ganzheitlichen Pflegeprozess, in welchem sich die Qualität auch am individuell erfüllten Bedarf der Patient*innen bzw. pflegebedürftigen Menschen orientiert, ist eine grundlegende Nachbesserung dahingehend notwendig, dass die Vorbehaltsregelungen den gesamten Pflegeprozess umfassen. Das Pflegeprozessmodell stellt einen Regelkreis dar, der insgesamt eine Einheit bildet.

Wenn nicht alle Schritte des Ausbildungsziels nach § 5 Abs. 3 Nr. 1a-d PflBG unter den Vorbehalt einer Pflegefachausbildung nach dem Pflegeberufegesetz gestellt werden sollen, so müssen zumindest die Pflegeplanung, Durchführung und Dokumentation als einheitlicher Arbeitsprozess erhalten bleiben. Pflegeassistent*innen die Planung der von ihnen durchzuführenden Pflege zu untersagen, dürfte nicht zu einer Qualitätsverbesserung führen. Durch die weitere Aufteilung des Pflegeprozesses ist in der Praxis vielmehr eine weitere Hierarchisierung der Pflegeberufe zu befürchten. Die Frage ist auch, welche Auswirkungen eine weitere Ausdifferenzierung pflegerischer Tätigkeit auf die Arbeitsorganisation und die Berufszufriedenheit der Pflege(fach)personen hat.

Zu Nummer 4 (§ 4a – Eigenverantwortliche Heilkundenausübung)

ver.di begrüßt die Klarstellung, dass die Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung „Pflegefachfrau“, „Pflegefachmann“ oder „Pflegefachperson“ auch die Befugnis zur Heilkundenausübung im jeweiligen Umfang, der in der beruflichen oder hochschulischen Pflegeausbildung erworbenen Kompetenzen umfasst. Das ist ein wichtiger Schritt, um in der Praxis mehr Rechtssicherheit zu erhalten. Zu bedenken ist allerdings, dass Heilkunde nicht einheitlich definiert ist und im Heilpraktikergesetz sehr weit gefasst ist. Die ungenügende Definition gilt insbesondere für die weiteren heilkundlichen Aufgaben, da die entsprechenden standardisierten Module allein empfehlende Wirkung haben. Es muss sichergestellt werden, dass die Kompetenzen zur eigenverantwortlichen Ausübung der Heilkunde auch tatsächlich Gegenstand der Ausbildung sind. Bisher wurden sie in der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Pflegeberufe und den Curricula nur unzureichend berücksichtigt. Zudem ist in § 4a ergänzend aufzunehmen, dass die Befugnisse zur Heilkundenausübung auch die Kompetenzen im jeweiligen Umfang umfassen, die im Rahmen von Fort- und Weiterbildungen erworben werden. Klarzustellen ist, dass Pflegefachpersonen mit einer Erlaubnis nach § 1 auch Personen umfasst, die über eine Erlaubnis nach § 58 des Pflegeberufegesetzes verfügen.

Nicht sachgerecht ist, dass die Wahrnehmung von heilkundlichen Aufgaben in den Bereichen diabetische Stoffwechsellage, chronische Wunden und Demenz allein im Rahmen der hochschulischen Ausbildung nach Pflegeberufegesetz seit 1. Januar 2025 erworben werden können. Es gibt keinen fachlichen und sachlichen Grund, weshalb dies nicht entsprechend für beruflich qualifizierte Pflegefachpersonen gelten soll. Notwendig ist eine Regelung, die einen vergleichbaren Kompetenzerwerb auch für die berufliche Ausbildung in § 5 PflBG regelhaft vorsieht, ggf. unter Anpassung der zeitlichen Dauer der Ausbildung.

Zu Nummer 5 (§ 14a – Standardisierte Kompetenzbeschreibungen für heilkundliche Aufgaben)

Die standardisierten Kompetenzbeschreibungen sind regelmäßig zu prüfen und bei Bedarf zeitnah an den medizinischen und pflegewissenschaftlichen Fortschritt anzupassen. Die Formulierung „in geeigneten Abständen“ ist zu unbestimmt.

Die Genehmigung der Module, auch bei Änderungen, durch die zuständigen Ministerien ist sinnvoll und notwendig.

Zu Nummer 6 (§ 37 Ausbildungsziele)

Pflegefachpersonen müssen die Aufgaben, die zu ihrem Berufsbild gehören, selbständig und eigenverantwortlich ausüben können, und die dafür notwendigen Kompetenzen erwerben. Deshalb spricht sich ver.di dafür aus, in den Ausbildungszielen die Formulierung „der selbständigen und eigenverantwortlichen Wahrnehmung weiterer heilkundlicher Aufgaben“ zu verwenden. In Anlehnung an den DQR sind die Begriffe „selbstständig“ und „eigenverantwortlich“ im Gesetz zu definieren, um unterschiedliche Auslegungen in der Praxis zu vermeiden. Wie zu Nummer 4 ausgeführt, braucht es einen vergleichbaren Kompetenzerwerb zur Wahrnehmung von heilkundlichen Aufgaben in den Bereichen diabetische Stoffwechsellage, chronische Wunden und Demenz auch in der beruflichen Pflegeausbildung, ggf. unter Anpassung der zeitlichen Dauer der Ausbildung.

Zu Nummer 9 (§ 66e - Übergangsvorschrift für Personen, die bereits über eine Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung nach § 1 Satz 2 verfügen)

Die Möglichkeit der Nachqualifizierung darf nicht nur Personen vorbehalten sein, die eine hochschulische Pflegeausbildung nach Teil 3 des Pflegeberufgesetzes absolviert haben. Wie oben ausgeführt, spricht sich ver.di dafür aus, dass für die berufliche Pflegeausbildung im Rahmen der Ausbildungsziele nach § 5 PflBG ein vergleichbarer Kompetenzerwerb zur Wahrnehmung von heilkundlichen Aufgaben vorgesehen wird. Entsprechend dieser Regelung sollte die Möglichkeit der Nachqualifizierung auch für beruflich ausgebildete Pflegefachpersonen eröffnet werden. Die Vorschriften nach Teil 2 des Pflegeberufgesetzes sind entsprechend anzuwenden. Damit würde für diesen Personenkreis eine regelhafte Zusatzqualifikation unter gesicherten Bedingungen etabliert. Der bisher vorgesehene Weg, dass Personen mit einer beruflichen Pflegeausbildung die erforderlichen fachlichen Kompetenzen durch eine staatlich anerkannte, bundesweit einheitliche Weiterbildung erwerben können, reicht nicht aus, zumal die Voraussetzungen sowohl für die bundesweit einheitliche Weiterbildungen und die staatlichen Kompetenzfeststellungsverfahren erst noch geschaffen werden müssen.

Weiterer Regelungsbedarf mit Blick auf das Pflegeberufgesetz

Junge Menschen für die Pflegeausbildung zu gewinnen und sie dauerhaft im Beruf zu halten, ist für die Fachkräftesicherung entscheidend. Für eine nachhaltige Stärkung der Pflegeausbildung muss das Pflegeberufgesetz wie nachfolgend aufgeführt nachgebessert werden:

- Die Einführung eines Mindestumfangs zur geplanten und strukturierten Praxisanleitung im Pflegeberufgesetz war ein wichtiger Schritt. Doch es besteht dringender Handlungsbedarf, damit die Praxisanleitung quantitativ und qualitativ im erforderlichen Umfang flächendeckend umgesetzt wird. Erforderlich sind Konsequenzen bei Nichteinhaltung des Mindestumfangs, die Ausbildungsbetriebe müssen in diesem Fall sanktioniert werden. Angesichts der großen Bedeutung der Praxisanleitung für eine gelingende Ausbildung ist der Mindestumfang für Praxisanleitung von 10 Prozent auf 30 Prozent zu erhöhen. Daneben ist die situative Anleitung in alltäglichen Lernsituationen durch ständige Anwesenheit qualifizierten Fachpersonals sicherzustellen. Die Praxisanleiter*innen sind für die Erfüllung ihrer spezifischen Aufgaben inklusive der Vor- und Nachbereitungszeiten von der Pflegearbeit freizustellen.

Aufgrund bisheriger Erfahrungen in der Praxis sollte in der Finanzierungsverordnung eine Klarstellung erfolgen, dass zu den „Kosten der Praxisanleitung“ auch ein höherer als der gesetzlich

vorgeschriebene Mindestumfang zur Praxisanleitung gehören kann, wenn dies durch Länderregelungen festgelegt oder von den Tarifvertragsparteien bzw. im Rahmen von betrieblichen Vereinbarungen vereinbart worden ist.

- Das „angemessene Verhältnis“ von Fachkräften zu Auszubildenden ist im Sinne der hierzu erfolgten Rechtsprechung festzulegen.
- Die Ausbildung muss im Vordergrund stehen. Auszubildende dürfen nicht auf Stellen für ausgebildetes Personal angerechnet werden. Entsprechend der hochschulischen Ausbildung nach Pflegeberufegesetz braucht es auch für die berufliche Ausbildung eine Regelung, dass die Kosten der Ausbildungsvergütung ohne Anrechnung eines Wertschöpfungsanteils finanziert werden.
- Im Rahmen der Umsetzung der generalistischen Ausbildung besteht für die Einsätze im ambulanten Bereich dringender Handlungsbedarf. Aus der Praxis wird wiederholt berichtet, dass Auszubildende oftmals allein zu den pflegebedürftigen Menschen fahren müssen. Um dieser Praxis zu begegnen, ist eine Klarstellung im Gesetz angebracht, dass die Ausbildung immer unter Aufsicht und Anleitung einer Pflegefachperson erfolgen muss. Damit wird eine wichtige Voraussetzung geschaffen, dass die Ausbildung im Vordergrund steht.
- In der Ausbildung nach Pflegeberufegesetz scheinen aufgrund der Rückmeldungen aus der Praxis wichtige Querschnittskompetenzen, die für die Berufsausübung generell erforderlich sind, nicht in ausreichendem Umfang vermittelt zu werden. Dies betrifft insbesondere die Kompetenzfelder „Arbeits- und Tarifrecht“. Diese grundlegenden Kompetenzen könnten in Anlehnung an die Standardberufsbildpositionen der dualen Ausbildungsberufe in der Ausbildungspraxis vermittelt werden, ggf. sind sie auf die Besonderheiten der Heilberufe entsprechend anzupassen. Ergänzend sollten auch die Kenntnisse zum Berufs- und Ausbildungsrecht ausgeweitet werden. Damit könnten die Auszubildenden für ihr späteres Berufsleben gestärkt werden.
- Es gibt keinen sachlichen Grund für eine unterschiedliche Anwendung der Fehlzeitenregelung. Analog zur hochschulischen Pflegeausbildung ist auch in der beruflichen Pflegeausbildung auf die starre Fehlzeitenregelung zu verzichten. Die Berufsfähigkeit wird durch das Bestehen der abschließenden Prüfung nachgewiesen. Die Anwesenheit gemessen in Stunden ist dagegen nicht entscheidend.

Immer wieder wird von Problemen berichtet, Jugend- und Auszubildendenvertretungen auch während der theoretischen Ausbildungszeit an Pflegeschulen für ihre Aufgaben freizustellen.

Auf Grund der engen Verzahnung von theoretischem Unterricht und praktischer Ausbildung genügt es nicht, sie allein während der Praxisphasen freizustellen. Gerade bei diesen engagierten Auszubildenden führt die rigide Fehlzeitenregelung dazu, dass sie Gefahr laufen, nicht zur Abschlussprüfung zugelassen zu werden.

Stellungnahme des Spitzenverbands Digitale Gesundheitsversorgung e.V. (SVDGV) zum Entwurf eines Gesetzes zur Befugniserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege

I. Vorbemerkung

Der Spitzenverband Digitale Gesundheitsversorgung e.V. (SVDGV) ist einer der größten Branchenvertreter der Hersteller digitaler Gesundheits- und Pflegeanwendungen und gehört zum Kreis der für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildeten maßgeblichen Spitzenorganisationen der Hersteller von digitalen Gesundheits- und Pflegeanwendungen auf Bundesebene. Der SVDGV sieht seine Aufgabe darin, zentrales „Sprachrohr“ seiner Mitglieder gegenüber Politik, Behörden und anderen Playern im Gesundheitswesen im Allgemeinen, sowie bei Gesetzesvorhaben betreffend digitale Gesundheitsanwendungen im Besonderen zu sein und die Interessen seiner Mitglieder angemessen zu vertreten.

Vor diesem Hintergrund nimmt der SVDGV zum Entwurf des Gesetzes zur Befugniserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege wie folgt Stellung:

II. Kommentierung des Entwurfs und Regelungsvorschläge

Mit dem Gesetzesentwurf werden u.a. weitreichende und dringend notwendige Änderungen im Versorgungsbereich mit digitalen Pflegeanwendungen vorgenommen. Der SVDGV begrüßt insbesondere die Einführung eines Erprobungsjahrs nach dem Vorbild des DiGA-Fast-Tracks (§ 139e Abs. 4 SGB V) sowie die Ausweitung der zulässigen Anwendungen nach § 40a Abs. 1a SGB XI.

Im Übrigen erlaubt sich der SVDGV folgende Hinweise und Anmerkungen:

1. Zu § 40a Abs. 1a Satz 1 SGB XI (Art. 1 Ziff. 26 a) Entwurf)

Mit Art. 1 Ziff. 26 a) Entwurf soll § 40a Abs. 1a SGB XI geändert werden. Mit der Änderung sollen auch solche digitale Pflegeanwendungen (DiPA) zugelassen werden, „die pflegende Angehörige oder sonstige ehrenamtlich Pflegende unterstützen und entweder die häusliche Versorgungssituation des Pflegebedürftigen stabilisieren oder pflegende Angehörige oder sonstige ehrenamtlich Pflegende entlasten.“ Aus der Gesetzesbegründung geht hervor, dass - anders als bisher - DiPA für pflegende Angehörige oder sonstige ehrenamtliche Pflegepersonen nunmehr auch zulässig sein sollen, wenn sie sich auf eine entlastende Wirkung für die Pflegepersonen oder einen stabilisierenden Effekt für die häusliche Versorgungssituation der pflegebedürftigen Person beschränken, ohne dass im Einzelnen noch eine Verknüpfung zu den Modulen nach § 14 Abs. 2 SGB XI verlangt wird.

Der SVDGV begrüßt diese Erweiterung und betont, dass DiPA nicht nur den Pflegebedürftigen selbst unterstützen, sondern auch einen wichtigen Beitrag zur Entlastung von pflegenden Angehörigen und ehrenamtlichen Pflegenden leisten, was die Stabilität der häuslichen Pflege insgesamt fördert.

Der SVDGV regt jedoch an, im Zuge der Änderung des Satzes 1 auch den bisherigen § 40a Abs. 1a Satz 2 SGB XI zu ändern und klarzustellen, dass in Zukunft z.B. auch Anwendungen zur Wissensvermittlung, Information oder Kommunikation, zur Beantragung oder Verwaltung von Leistungen oder andere digitale Anwendungen, die ausschließlich auf Auskunft oder Beratung zur Auswahl und Inanspruchnahme von Sozialleistungen oder sonstigen Hilfsangeboten ausgerichtet sind, als DiPA zugelassen werden, wenn und soweit sie zu einer Stabilität der häuslichen Pflege beitragen können. Gerade solche digitalen Anwendungen tragen dazu bei, die pflegenden Angehörigen oder sonstigen ehrenamtlich Pflegenden zu unterstützen. Sie sind dadurch geeignet, die häusliche Versorgungssituation des Pflegebedürftigen insgesamt zu stabilisieren oder pflegende Angehörige oder sonstige ehrenamtlich Pflegende zu entlasten.

Vor diesem Hintergrund schlägt der SVDGV folgende Änderung vor:

geplante Fassung	Vorschlag SVDGV
§ 40a Abs. 1a SGB XI	Änderung § 40a Abs. 1a SGB XI
(1a) Digitale Pflegeanwendungen im Sinne des Absatzes 1 sind auch solche Anwendungen, die pflegende Angehörige oder sonstige ehrenamtlich Pflegende unterstützen und entweder die häusliche Versorgungssituation des Pflegebedürftigen stabilisieren oder pflegende Angehörige oder sonstige	(1a) Digitale Pflegeanwendungen im Sinne des Absatzes 1 sind auch solche Anwendungen, die pflegende Angehörige oder sonstige ehrenamtlich Pflegende unterstützen und entweder die häusliche Versorgungssituation des Pflegebedürftigen stabilisieren oder pflegende Angehörige oder sonstige

ehrenamtlich Pflegende entlasten. Keine digitalen Pflegeanwendungen im Sinne des Absatzes 1 sind insbesondere Anwendungen, deren Zweck dem allgemeinen Lebensbedarf oder der allgemeinen Lebensführung dient, sowie Anwendungen zur Arbeitsorganisation von ambulanten Pflegeeinrichtungen, zur Wissensvermittlung, Information oder Kommunikation, zur Beantragung oder Verwaltung von Leistungen oder andere digitale Anwendungen, die ausschließlich auf Auskunft oder Beratung zur Auswahl und Inanspruchnahme von Sozialleistungen oder sonstigen Hilfsangeboten ausgerichtet sind.	ehrenamtlich Pflegende entlasten. Keine digitalen Pflegeanwendungen im Sinne des Absatzes 1 sind insbesondere Anwendungen, deren Zweck dem allgemeinen Lebensbedarf oder der allgemeinen Lebensführung dient, sowie Anwendungen zur Arbeitsorganisation von ambulanten Pflegeeinrichtungen, ~~zur Wissensvermittlung, Information oder Kommunikation, zur Beantragung oder Verwaltung von Leistungen oder andere digitale Anwendungen, die ausschließlich auf Auskunft oder Beratung zur Auswahl und Inanspruchnahme von Sozialleistungen oder sonstigen Hilfsangeboten ausgerichtet sind.~~

2. Zu § 40b Abs. 1 SGB XI (Art. 1 Ziff. 27 Entwurf)

Mit Art. 1 Ziff. 27 Entwurf ist eine Neufassung des § 40b Abs. 1 SGB XI geplant. Mit der Neuregelung soll der für DiPA und ergänzende Unterstützungsleistungen (eUL) bislang einheitliche Leistungsbetrag von 50 EUR/Monat aufgeteilt und für die beiden Leistungen jeweils ein eigenständiger Leistungsbetrag geschaffen werden (für DiPA 40 EUR/Monat und für eUL 30 EUR/Monat). Der insgesamt zur Verfügung stehende Leistungsbetrag für DiPA und eUL soll sich damit nunmehr auf monatlich bis zu 70 Euro belaufen, wobei für DiPA bereitstehende Leistungsbetrag mit der Neuregelung abgesenkt würde.

Der SVDGV begrüßt, dass der insgesamt zur Verfügung stehende Leistungsbetrag für digitale Pflegeanwendungen und ergänzende Unterstützungsleistungen auf 70 EUR/Monat angehoben werden soll. Allerdings ist zu betonen, dass der momentan für DiPA insgesamt vorgesehene Vergütungsbetrag i.H.v. 50 EUR/Monat schon jetzt für DiPA-Hersteller nicht auskömmlich ist. Dies gilt erst recht, wenn eine pflegebedürftige Person mehrere DiPA benötigt und der Betrag von 50 EUR/Monat deshalb aufgeteilt wird. Die Tatsache, dass zum jetzigen Zeitpunkt noch keine DiPA im DiPA-Verzeichnis gelistet ist, zeigt, dass dieser Versorgungsbereich für Hersteller wirtschaftlich herausfordernd ist. Die beabsichtigte Absenkung dieses Vergütungsbetrags auf nur noch 40 EUR/Monat dürfte diese Situation noch verschärfen, so dass zu befürchten ist, dass auch in Zukunft keine DiPA im Rahmen der §§ 40a, 78a Abs. 3 SGB XI in der gesetzlichen Pflegeversorgung zur Verfügung steht. Hochproblematisch ist für DiPA-Hersteller zudem, dass sie im Versorgungszeitpunkt nicht wissen, wie viele digitale Pflegeanwendungen ein Versicherter schon nutzt und ob das Gesamtbudget von 40 EUR/Monat schon zugunsten eines anderen DiPA-Herstellers ausgeschöpft ist (sog. Windhundprinzip).

Um diese Befürchtung auszuräumen und die Versorgung mit digitalen Pflegeanwendungen für Hersteller wirtschaftlicher zu gestalten, schlägt der SVDGV folgende Maßnahmen vor:

- Änderung der Systematik der Leistungsbegrenzung für digitale Pflegeanwendungen, so dass Versicherte **pro digitaler Pflegeanwendung** einen **Anspruch auf Erstattung von 40 EUR/Monat** haben
- Änderung der Systematik der Leistungsbegrenzung für digitale ergänzende Unterstützungsleistungen, so dass Versicherte **pro digitaler Pflegeanwendung** ein **jährliches Erstattungsbudget von insgesamt 360 EUR** haben.
- Begrenzung des Leistungsanspruchs der Versicherten auf **höchstens zwei digitale Pflegeanwendungen gleichzeitig**.

Vor diesem Hintergrund schlägt der SVDGV folgende Änderung vor:

geplante Fassung	Vorschlag SVDGV
§ 40b Abs. 1 SGB XI	Änderung § 40b Abs. 1 SGB XI
(1) Bewilligt die Pflegekasse die Versorgung mit einer oder mehreren digitalen Pflegeanwendungen, so hat die pflegebedürftige Person Anspruch auf 1. die Erstattung von Aufwendungen für digitale Pflegeanwendungen nach § 40a bis zur Höhe von insgesamt 40 Euro im Kalendermonat und 2. ergänzende Unterstützungsleistungen durch ambulante Pflegeeinrichtungen nach § 39a bis zur Höhe von insgesamt 30 Euro im Kalendermonat.	(1) Bewilligt die Pflegekasse die Versorgung mit einer oder mehreren digitalen Pflegeanwendungen, so hat die pflegebedürftige Person Anspruch auf maximal zwei digitale Pflegeanwendungen gleichzeitig und für jede digitale Pflegeaufwendung Anspruch auf 1. die Erstattung von Aufwendungen für digitale Pflegeanwendungen nach § 40a bis zur Höhe von ~~insgesamt~~ 40 Euro im Kalendermonat und 2. ergänzende Unterstützungsleistungen durch ambulante Pflegeeinrichtungen nach § 39a bis zur Höhe von insgesamt 360 Euro im Kalenderjahr .

3. Zu § 78a Abs. 4 Satz 3 Nr. 3 SGB XI (Art. 1 Ziff. 47 b) Entwurf)

Mit Art. 1 Ziff. 47 b) Entwurf ist eine Ergänzung des § 78a Abs. 4 S. 3 Nr. 3 SGB XI geplant. Dadurch soll verdeutlicht werden, dass bei einer DiPA, die allein auf die Unterstützung häuslich Pflegenden ausgerichtet ist, der Nachweis des Herstellers über den pflegerischen Nutzen entbehrlich ist und stattdessen ein Nachweis darüber verlangt wird, dass die digitale Pflegeanwendung geeignet ist, die häusliche Versorgungssituation des/der Pflegebedürftigen zu stabilisieren oder pflegende Angehörige

oder sonstige ehrenamtlich Pflegende zu entlasten.

Diese Ergänzung ist aus Sicht des SVDGV konsequent und zu begrüßen. Zur Vermeidung von Inkonsistenzen ist sie allerdings entsprechend auch auf der Ebene der DiPAV eindeutig umzusetzen. Dies gilt insbesondere für §§ 2 Abs. 1 Nr. 10 bis 13 DiPAV sowie §§ 9, 10 DiPAV.

Gegenwärtig herrscht in der digitalen Pflegeindustrie Unsicherheit, welche konkreten Nachweise zulässig und erforderlich sind, um zu belegen, dass die betreffende digitale Pflegeanwendung geeignet ist, die häusliche Versorgungssituation des/der Pflegebedürftigen zu stabilisieren oder pflegende Angehörige oder sonstige ehrenamtlich Pflegende zu entlasten. Aus Sicht des SVDGV sollten dies die in der Pflege üblichen Nachweismöglichkeiten sein (ähnlich wie bei Pflegehilfsmitteln). Insoweit regt der SVDGV an, schon in der Gesetzesbegründung zum Entwurf entsprechende Ausführungen zum Geeignetheitsnachweis aufzunehmen, um auf dieser Basis im Anschluss §§ 11, 12 DiPAV entsprechend zu ändern/ergänzen.

4. Digitale Pflegeanwendungen und ergänzende Unterstützungsleistungen finden weiterhin keine Berücksichtigung in (teil-)stationärer Versorgung

Bei dem Gesetzesentwurf fällt auf, dass der Versorgungsbereich von DiPA (inkl. ergänzende Unterstützungsleistungen) - nach wie vor - weiterhin auf den ambulanten Sektor der häuslichen Pflege beschränkt bleiben soll.

Dies ist aus Sicht des SVDGV nicht verständlich. Gerade in (teil-)stationären Pflegeeinrichtungen, wie Pflegeheimen oder Einrichtungen der Kurzzeit- und Tages-/Nachtpflege (§§ 41, 42 SGB XI) besteht ein ebenso großer Leistungsbedarf an digitalen Pflegeanwendungen, wie im ambulanten häuslichen Pflegesektor. Ohne eine entsprechende Erweiterung des Leistungsanspruchs würden Versicherte, die in (teil-)stationären Pflegeeinrichtungen untergebracht sind, von der wichtigen Versorgung mit digitalen Pflegeanwendungen ausgeschlossen. Gerade Versicherte der Kurzzeit-, Tages- und Nachtpflege könnten in diesen Einrichtungen unter Betreuung mit digitalen Pflegeanwendungen versorgt und vertraut gemacht werden und könnten die Anwendungen im Anschluss in häuslicher Pflege weiter nutzen.

Die aktuell einseitig auf den ambulanten Sektor der häuslichen Pflege beschränkte DiPA-Versorgung stellt eine nicht gerechtfertigte Ungleichbehandlung der in (teil-)stationären Einrichtungen untergebrachten Pflegebedürftigen dar, die nach Art. 3 GG verfassungsrechtlich problematisch ist. Entsprechend sollte der Anspruch auf DiPA-Versorgung auf Versicherte, die in (teil-)stationären Pflegeeinrichtungen untergebracht sind, ausgeweitet werden. Dazu wäre es sinnvoll, die Vorschriften der §§ 39a, 40a SGB XI in den zweiten Abschnitt des vierten Kapitels des SGB XI (§§ 29 bis 35a SGB

XI) zu integrieren, um deutlich zu machen, dass es sich um Leistungen handelt, die sowohl für die häusliche, als auch für die (teil-)stationäre Pflege gelten.

5. Vorschlag für eine digitale Erweiterung der Pflegebegutachtung durch den Medizinischen Dienst oder anderer unabhängiger Gutachter

Der SVDGV begrüßt die Anpassungen der Pflegebegutachtung nach §18e Abs. 6 SGB XI im vorliegenden Gesetzesentwurf, sieht aber die Potenziale durch Digitalisierung auch in diesem Bereich noch nicht ausreichend ausgeschöpft.

Die Durchführung der Begutachtung erfolgt in der Praxis noch weitgehend analog und in Präsenz (vgl. <https://www.landtag.ltsh.de/infothek/wahl20/drucks/00500/drucksache-20-00504.pdf>). Dabei könnte die Digitalisierung der Pflegebegutachtung dazu beitragen, die Begutachtung und ihre Ergebnisse transparenter, objektiver und messbarer zu gestalten. Außerdem könnte bei einem Einsatz von digitalen Mitteln zur Durchführung von Begutachtungen Ressourcen geschont werden (z.B. bezüglich des Einsatzes von Pflegefachkräften oder dem Wegfall von Anfahrtswegen). Ziel muss es sein, dass nicht nur die bislang übliche Begutachtung "nach Aktenlage" erfolgt, sondern alternative Begutachtungsformen zulässig sind und digitale Mittel dabei unterstützen können, transparente und messbare Ergebnisse zu liefern, die eine objektive und qualitativ hochwertige Einschätzung/Begutachtung auch ohne Präsenztermin zu ermöglichen.

Außerdem ist es sinnvoll, bei den Inhalten von (Pflege-)Gutachten nach §§ 18 Abs. 1, 18b SGB XI auch Empfehlungen zum Einsatz von digitalen Gesundheits- und Pflegeanwendungen vorzusehen.

Vor diesem Hintergrund schlägt der SVDGV folgende Regelung vor:

aktuelle Vorschrift	Vorschlag SVDGV
§ 18a Abs. 2 SGB XI	Änderung § 18a Abs. 2 SGB XI
(2) Der Versicherte ist in seinem Wohnbereich zu untersuchen. Erteilt der Versicherte dazu nicht sein Einverständnis, kann die Pflegekasse die beantragten Leistungen verweigern. Hinsichtlich der Grenzen der Mitwirkung des Versicherten und der Folgen fehlender Mitwirkung gelten die §§ 65 und 66 des Ersten Buches. Die Untersuchung ist in angemessenen Zeitabständen zu wiederholen [...].	(2) Der Versicherte ist vor Ort in seinem Wohnbereich oder, soweit möglich, außerhalb des Wohnbereichs ganz oder teilweise mit digitalen Mitteln zu untersuchen. Erteilt der Versicherte dazu nicht sein Einverständnis, kann die Pflegekasse die beantragten Leistungen verweigern. Hinsichtlich der Grenzen der Mitwirkung des Versicherten und der Folgen fehlender Mitwirkung gelten die §§

	65 und 66 des Ersten Buches. Die Untersuchung ist in angemessenen Zeitabständen zu wiederholen [...].
§ 18b Abs. 1 SGB XI	Änderung § 18b Abs. 1 SGB XI
Das Gutachten des Medizinischen Dienstes oder der von der Pflegekasse beauftragten Gutachterinnen oder Gutachter beinhaltet [...] 2. Feststellungen, ob und in welchem Umfang Maßnahmen zur Vermeidung, Überwindung, Minderung oder Verhinderung einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit geeignet, notwendig und zumutbar sind; Empfehlungen auszusprechen sind insbesondere zu a) Maßnahmen der Prävention, b) Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation, c) Maßnahmen zur Hilfsmittel- und Pflegehilfsmittelversorgung, d) Maßnahmen zur Heilmittelversorgung, e) anderen therapeutischen Maßnahmen, f) Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen oder gemeinsamen Wohnumfelds, g) edukativen Maßnahmen und h) einer Beratung zu Leistungen zur verhaltensbezogenen Primärprävention nach § 20 Absatz 5 des Fünften Buches.	Das Gutachten des Medizinischen Dienstes oder der von der Pflegekasse beauftragten Gutachterinnen oder Gutachter beinhaltet [...] 2. Feststellungen, ob und in welchem Umfang Maßnahmen zur Vermeidung, Überwindung, Minderung oder Verhinderung einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit geeignet, notwendig und zumutbar sind; Empfehlungen auszusprechen sind insbesondere zu a) Maßnahmen der Prävention, b) Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation, c) Maßnahmen zur Hilfsmittel- und Pflegehilfsmittelversorgung, d) digitalen Gesundheits- und Pflegeanwendungen, e) Maßnahmen zur Heilmittelversorgung, f) anderen therapeutischen Maßnahmen, g) Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen oder gemeinsamen Wohnumfelds, h) edukativen Maßnahmen und i) einer Beratung zu Leistungen zur verhaltensbezogenen Primärprävention nach § 20 Absatz 5 des Fünften Buches.

6. Vorschlag für eine Auflösung des Regionalprinzips (§ 45a SGB XI) für digitale Leistungserbringung

Aktuell ist im SGB XI an verschiedenen Stellen das sog. "Regionalprinzip" verankert, das einer bundesweit einheitlichen Digitalisierung in der Pflegeversorgung entgegensteht.

So verweist z.B. § 45a Abs. 1 SGB XI darauf, dass die "Angebote zur Unterstützung im Alltag" eine Anerkennung durch die zuständige Behörde nach Maßgabe des gemäß § 45a Abs. 3 SGB XI erlassenen Landesrechts benötigen. In § 45a Abs. 3 SGB XI ist geregelt, dass die Landesregierungen ermächtigt werden, durch Rechtsverordnung das Nähere über die Anerkennung der Angebote zur Unterstützung im Alltag zu bestimmen.

Solange es sich bei den Pflegeleistungen und Angeboten um "vor Ort"-Leistungen handelt, die in Präsenz bei den Pflegebedürftigen erbracht werden müssen, kann eine bundeslandspezifische Regelung sinnvoll sein. Sobald es sich aber um digital erbringbare Leistungen bzw. Angebote handelt, ist eine landesrechtliche Regelung nicht sinnvoll. Dies gilt erst Recht in Zeiten des aktuell bestehenden Fachkräftemangels in der Pflege. Hier sollte die Digitalisierung der Pflege darauf ausgerichtet sein, (auch) digital skalierbare Pflegeleistungen und Unterstützungsangebote zu fördern, da immer weniger Angehörige, freiwillige Helfer und professionell Pflegende zur Verfügung stehen.

Vor diesem Hintergrund schlägt der SVDGV folgende Änderungen vor:

aktuelle Vorschrift	Vorschlag SVDGV
§ 45a SGB XI	Änderung § 45a SGB XI
(1) Angebote zur Unterstützung im Alltag tragen dazu bei, Pflegepersonen zu entlasten, und helfen Pflegebedürftigen, möglichst lange in ihrer häuslichen Umgebung zu bleiben, soziale Kontakte aufrechtzuerhalten und ihren Alltag weiterhin möglichst selbständig bewältigen zu können [...]. Die Angebote benötigen eine Anerkennung durch die zuständige Behörde nach Maßgabe des gemäß Absatz 3 erlassenen Landesrechts [...]. (3) Die Landesregierungen werden ermächtigt, durch Rechtsverordnung das Nähere über die Anerkennung der Angebote zur Unterstützung im Alltag im Sinne der Absätze 1 und 2 einschließlich der Vorgaben zur regelmäßigen Qualitätssicherung der Angebote und zur regelmäßigen Übermittlung einer Übersicht über die aktuell angebotenen Leistungen und die Höhe der hierfür erhobenen Kosten zu bestimmen [...].	(1) Angebote zur Unterstützung im Alltag tragen dazu bei, Pflegepersonen zu entlasten, und helfen Pflegebedürftigen, möglichst lange in ihrer häuslichen Umgebung zu bleiben, soziale Kontakte aufrechtzuerhalten und ihren Alltag weiterhin möglichst selbständig bewältigen zu können [...]. Präsenzangebote im Sinne des Absatz 1 benötigen eine Anerkennung durch die zuständige Behörde nach Maßgabe des gemäß Absatz 3 erlassenen Landesrechts. Digitale Angebote im Sinne des Absatz 1 benötigen eine Anerkennung durch das Bundesministerium für Gesundheit nach Maßgabe der gemäß Absatz 3a erlassenen Rechtsverordnung [...]. (3) Die Landesregierungen werden ermächtigt, durch Rechtsverordnung das Nähere über die Anerkennung von Präsenzangeboten zur Unterstützung im Alltag im Sinne der Absätze 1 und 2 einschließlich der Vorgaben zur regelmäßigen Qualitätssicherung der Angebote und zur regelmäßigen Übermittlung einer Übersicht über die aktuell angebotenen Leistungen und die Höhe der hierfür erhobenen Kosten zu bestimmen [...]. (3a) Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt durch Rechtsverordnung das Nähere über die Anerkennung von digitalen Angeboten zur Unterstützung im Alltag im Sinne der Absätze 1 und 2 einschließlich der Vorgaben zur regelmäßigen Qualitätssicherung der Angebote und zur regelmäßigen Übermittlung einer Übersicht über die

	aktuell angebotenen Leistungen und die Höhe der hierfür erhobenen Kosten zu bestimmen.

7. Vorschlag für eine Vorschrift zur Förderung der digitalen Pflegekompetenz

Ähnlich wie im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung in Bezug auf die digitale Gesundheitskompetenz (§ 20k SGB V) sollte auch in der gesetzlichen Pflegeversicherung die digitale Pflegekompetenz von Versicherten gestärkt und gefördert werden. Dabei sollte es jedoch nicht in die Hände der Pflegekassen gelegt werden, ein entsprechendes Recht der Versicherten über die jeweilige Kassensatzung auszugestalten, sondern es sollte ein direkter Anspruch der Versicherten festgelegt werden. Zusätzlich weisen wir darauf hin, dass es aus unserer Sicht nicht ausreichend ist, wenn Kranken- bzw. Pflegekassen eine digitale Plattform zur Förderung der digitalen Gesundheits- bzw. Pflegekompetenz einrichten. Denn Versicherte ohne digitale Kompetenz werden kaum einen digitalen Weg wählen, um sich über die Möglichkeiten der Förderung von digitalen Kenntnissen zu informieren und entsprechende Möglichkeiten in Anspruch zu nehmen. Stattdessen ist diese Versichertengruppen auf Offline-Angebote angewiesen. Schließlich sollten Erhebungen des Spitzenverbands Bund der Pflegekassen (GKV-SV) dazu, wie und in welchem Umfang die Pflegekassen den Versicherten Leistungen zur Förderung der digitalen Pflegekompetenz gewähren, öffentlich einsehbar und zugänglich sein.

Vor diesem Hintergrund schlägt der SVDGV folgende Regelung vor:

§ 7d SGB XI Förderung der digitalen Pflegekompetenz
(1) Versicherte haben Anspruch auf Leistungen zur Förderung des selbstbestimmten pflegeorientierten Einsatzes digitaler oder telepflegerischer Anwendungen und Verfahren. Die Leistungen sollen dazu dienen, die für die Nutzung digitaler oder telepflegerischer Anwendungen und Verfahren erforderlichen Kompetenzen zu vermitteln. Die Krankenkasse legt dabei die Festlegungen des Spitzenverbands Bund der Krankenkassen nach Absatz 2 zugrunde. Die Leistungen müssen auch für Versicherte, die keinen Zugang zu digitalen Inhalten haben, geeignet sein. Pflegekassen können die Leistungen in Zusammenarbeit mit Dritten erfüllen oder erfüllen lassen. (2) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen regelt unter Einbeziehung unabhängigen, ärztlichen, psychologischen, pflegerischen, informationstechnologischen und sozialwissenschaftlichen Sachverständs das Nähere zu bedarfsgerechten Zielstellungen, Zielgruppen sowie zu Inhalt, Methodik und Qualität der Leistungen nach Absatz 1. (3) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen berichtet dem Bundesministerium für Gesundheit alle zwei Jahre, erstmals bis zum 31. Dezember 2026, wie und in welchem Umfang seine Mitglieder den Versicherten Leistungen nach Absatz 1 gewähren und veröffentlicht den Bericht

barrierefrei im Internet. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen bestimmt zu diesem Zweck die von seinen Mitgliedern zu übermittelnden statistischen Informationen über die erstatteten Leistungen sowie Art und Umfang der Übermittlung.

Berlin, 06.10.2025

STELLUNGNAHME BKK DACHVERBAND E.V.

vom 07.10.2025

zum Entwurf eines Gesetzes der Bundesregierung zur Befugniserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege

(BT-Drucksache 21/1511)

Inhalt

I. VORBEMERKUNG	3
II. DETAILKOMMENTIERUNG	5
Artikel 1 Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch	5
Zu Nr. 2: Leistungen zur Prävention in der ambulanten Pflege (§ 5 SGB XI)	5
Zu Nr. 8: Aufgaben der Länder (§ 9 SGB XI) und zu Nr. 11: Aufgaben der Pflegekassen (§ 12 SGB XI) und zu Nr. 40: Sicherstellungsauftrag (§ 69 SGB XI) Kommunale Pflegestrukturplanung und regionale Versorgungsdaten	8
Zu Nr.10b: Aufgaben der Pflegeeinrichtung (§ 11 SGB XI)	12
Zu Nr. 16: Entscheidung über den Antrag, Fristen; Hemmung der Frist (§ 18c SGB XI)	12
Zu Nr. 25: Empfehlungen zur Hilfsmittel- und Pflegehilfsmittelversorgung (§ 40 SGB XI)	15
Zu Nr. 16: Eigenverantwortliche Erbringung von Leistungen durch Pflegefachpersonen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung; eigenverantwortliche Verordnung häuslicher Krankenpflege durch Pflegefachpersonen; Evaluation (§ 73d SGB V)	18
Zu Nr. 28: Sicherung der Datengrundlagen für den Risikostrukturausgleich (§ 273 SGB V)	23
III. ERGÄNZENDER ÄNDERUNGSBEDARF	24
Aufhebung der Mandatsbegrenzung für ehrenamtliche Mitglieder des Medizinischen Dienstes (§279 und §282 SGB)	24

I. VORBEMERKUNG

Anlässlich der öffentlichen Anhörung des Ausschusses für Gesundheit zum vorliegenden Gesetzentwurf nimmt der BKK Dachverband zu ausgewählten Sachverhalten wie folgt Stellung.

Die Eröffnung von **neuen Tätigkeitsfeldern** für Pflegefachpersonen im Rahmenvertrag nach § 73d SGV (neu) wird ausdrücklich begrüßt. Dies ist ein wichtiger – von den Betriebskrankenkassen immer wieder geforderter – Zwischenschritt auf dem Weg zu einem kompetenzgestuften Pflegesystem, welches den aktuellen Herausforderungen in der Versorgung adäquat begegnet. Gemeinsam mit dem Pflegefachassistenten- und dem angekündigten Pflege- und Gesundheitsexperten-Einführungsgesetz muss daraus eine schlüssige und durchlässige Kompetenz- und Bildungsarchitektur in der Pflege resultieren. Dies schließt eine klare Definition von Rechten, Verantwortlichkeiten, sowie das professionelle Miteinander mit anderen Berufsgruppen mit ein.

Der BKK Dachverband kann grundsätzlich das Ziel nachvollziehen, mit einem neuen „**stambulanten**“ **Versorgungssektor** eine Zwischenform zu den Sektoren ambulant und stationär zu schaffen. Damit wird gesetzlich jedoch eine Versorgungsform abgebildet, die mit den bestehenden Regelungen bereits realisierbar ist. Aus den nun vorliegenden kleinteiligen, komplexen und damit bürokratischen Regelungen geht hingegen kein nachhaltiger Innovationsschub für die soziale Pflegeversicherung (SPV) hervor. Lediglich ein eng umrissenes Wohn- und Pflegemodell wird damit in die Regelversorgung gebracht, wobei das Festhalten an der strengen Sektorensystematik in der SPV die notwendige Durchlässigkeit zwischen den Sektoren verhindert. Bestehende Wohngemeinschaftsansätze bzw. neue Versorgungsansätzen, die gerade erprobt werden oder sich in älteren Modellvorhaben als zielführend erwiesen haben, profitieren von den hier vorgelegten Änderungen hingegen nicht. Im Gegenteil: Die Regelungen zu den gemeinschaftlichen Wohnformen brechen einerseits die Logik des Leistungsrechts und führen damit zu einer zunehmenden Unübersichtlichkeit und andererseits zu einem Aufwuchs an Komplexität im Vertragsrecht und damit bei der Zulassung und den Vergütungsverhandlungen. In der Praxis dürfte sich der Versorgungsmehrwert insofern marginalisieren und damit nicht bewähren. Daher lehnen wir diese Regelung als unnötig und verkomplizierend ab.

Der BKK Dachverband begrüßt ausdrücklich die Öffnung des Zugangs von **Präventionsleistungen für die häusliche Pflege**. Prävention und Gesundheitsförderung ist ein Schlüssel für

die Zukunftsfähigkeit der Pflegeversicherung. Allerdings sehen wir hier noch Ausbau-, Konkretisierungs- und Nachbesserungsbedarfe, um einerseits Synergien zwischen GKV und SPV zu heben und zudem Menschen mit dem Risiko einer drohenden Pflegebedürftigkeit in den Blick von Präventionsleistungen zu nehmen. Zudem werden verschiedene parallele Zugangswege und Ansatzpunkte, sowohl für Pflegebedürftige, als auch von Pflegebedürftigkeit bedrohten Personen benötigt. Die zielgruppengerechte Gesundheitsförderung muss im Kontext von Pflegebedürftigkeit neu justiert werden und dabei viel früher ansetzen.

Die im Gesetz angelegte Stärkung der **kommunalen Pflegestruktur- und Bedarfsplanung** ist grundsätzlich begrüßenswert. So wie im Gesetzesentwurf vorgeschlagen dürften die Regelungen ihren Zweck allerdings nicht erfüllen, weil sie den Pflegekassen u.a. keine tatsächlichen Durchgriffsmöglichkeiten geben. Der Gesetzgeber muss den Pflegekassen daher folgende Handlungsoptionen im Zulassungsgeschäft ermöglichen: Ablehnung des Zulassungsbegehrens, Umwandlung des Versorgungsvertrags oder die Ausschreibung von Versorgungsverträgen für bestimmte Angebote. Dies sieht der vorliegende Entwurf jedoch nicht vor, sodass es auf dieser Grundlage zu keiner echten Bedarfssteuerung kommen kann. Ferner ist klarzustellen, dass der Sicherstellungsauftrag bezogen auf die Infrastruktur weiterhin den Ländern obliegt und sich gleichermaßen der Sicherstellungsauftrag der Pflegekassen weiterhin auf die Sicherstellung der pflegerischen Versorgung ihrer Versicherten – und dies im Einzelfall – bezieht. Außerdem fehlt eine einheitliche Struktur der Datenerhebung und -nutzung für eine Bedarfsplanung. Sollte der Sicherstellungsauftrag es erforderlich machen, haben die Pflegekassen künftig ggf. Einzelpflegepersonen anzustellen. Der BKK Dachverband lehnt dies weiterhin ab, da der Umstand aus einer durch Leistungserbringer verursachten Unterversorgung entstehen kann.

Der BKK Dachverband unterstreicht die Notwendigkeit die pflegerische Versorgung weiterzuentwickeln in Bezug auf die Infrastruktur, des Personaleinsatzes, der Versorgungssektoren usw. Nur durch eine klare Kompetenzordnung der Pflegeberufe, verbunden mit einer evidenzbasierten, wissenschaftlich fundierten Pflegeinfrastruktur- und Bedarfsplanung, kann den heutigen Herausforderungen in der ambulanten und stationären Versorgung wirksam begegnet werden. Der vorliegende Gesetzesentwurf ist dabei als Vorgriff der Bund-Länder-Arbeitsgruppe „Zukunftspakt Pflege“ zu verstehen. Dabei müssen die Versorgungsgebiete effizient gestaltet, bürokratische Hürden abgebaut und neue innovative Versorgungsmodelle gefördert werden. Die bisherigen Maßnahmen im vorliegenden Entwurf sind nur bedingt geeignet, um eine zukunftsfähige und qualitätsgesicherte Pflege nachhaltig zu gewährleisten. Dies muss also in Folgeregelungen nachgeholt werden.

II. DETAILKOMMENTIERUNG

Artikel 1 Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch

Zu Nr. 2: Leistungen zur Prävention in der ambulanten Pflege (§ 5 SGB XI)

Positiv zu bewerten ist, dass mit der Einfügung des neuen Absatz 1a inhaltlich die langjährige Forderung des BKK Dachverbandes aufgegriffen wird, das Leistungsportfolio zu Gesundheitsförderung und Prävention für ambulant versorgte Pflegebedürftige zu stärken.

Auch der konkrete rechtliche Weg, die systemischen Schnittstellen und die damit verbundenen Zugangswege zwischen SGB XI und SGB V zu schärfen, ist passend. Diese systemübergreifende Herangehensweise soll durch die Verknüpfung des systemischen Ansatzes von § 5 SGB XI mit dem Zugang zur verhaltensbezogenen Prävention nach § 20 Absatz 4 Nr. 1 SGB V erreicht werden.

Der BKK Dachverband sieht – angesichts der demografischen Lage und den damit verbundenen Herausforderungen für die sozialen Sicherungssysteme und der Gesellschaft insgesamt – die **Notwendigkeit, den hier zugrundeliegenden (positiven) Ansatz noch konsequenter auszugestalten**, und zwar im Wesentlichen mit Blick auf drei Aspekte:

1. Auch Menschen, die ‘lediglich’ von Pflegebedürftigkeit bedroht sind, sollten bei diesem Ansatz und damit als Zielgruppe inkludiert werden.
2. Die Zielgruppe insgesamt, also Menschen mit drohendem und mit bereits manifesten Pflegebedarf, welche im ambulanten Setting versorgt werden, sollten konsequent in den entsprechenden rechtlichen Grundlagen der GKV zur primären Prävention und Gesundheitsförderung benannt werden.
3. Der rechtliche Brückenschlag zwischen SGB XI und SGB V muss sich folglich zwingend methodisch als systemübergreifender Ansatz in den Leitfäden der GKV und SPV zur Prävention und Gesundheitsförderung – möglichst gesamtkonzeptionell in sich ergänzender Form – abbilden.

Ziel muss es sein, möglichst frühzeitig mit Blick auf sich abzeichnende Pflegebedarfe und gleichzeitig bei neu eingetretenen bzw. sich verschlimmernden Pflegebedarfen präventiv

und gesundheitsfördernd tätig zu werden. Insofern ist es nach Ansicht des BKK Dachverbandes notwendig, eine neue SGB V und SGB XI-übergreifende Zielgruppe neu leistungsgerechtlich zu definieren:

- Bestehende Ansätze der individuellen Prävention der GKV (§ 20 Absatz 4 Nr. 1 SGB V) sollten noch konsequenter als heute auf Pflegebedürftige sowie Personen, die von Pflegebedürftigkeit bedroht sind, ausgerichtet, ausgeweitet und gestärkt werden. Nach Ansicht des BKK Dachverbandes müssen auch die rechtlichen Grundlagen der GKV mit § 20 ff. SGB XI die angedachte Zielgruppe explizit benennen. Damit wäre ein Paradigmenwechsel in der heutigen Systematik der Prävention- und Gesundheitsförderung zwischen SPV und GKV verbunden. Dies vereint dann sowohl Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention als auch Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten.
- Allein die Benennung der Präventionsempfehlungen (Vgl. Artikel 3, Nr. 3 BEEP) reichen hierfür nicht. In der heutigen Ausgestaltung richten sich Leistungen zur primären Gesundheitsförderung und Prävention n. § 20 Absatz 5 SGB V systematisch nicht erstrangig an Menschen mit bestimmten diagnostizierten Erkrankungen oder gar einem multimorbiden Krankheitsgeschehen. Daher muss sich das gesamte Zugangs- und Angebotsspektrum der GKV und mithin bspw. der Kommunen auf diese neue systemübergreifende Zielgruppe speziell ausrichten. Im Übrigen betrifft die eindeutige Benennung der Zielgruppe dann auch die rechtlichen Regelungen zu den Präventionsempfehlungen der GKV (§ 25 Absatz 1 Satz 2 oder § 26 Absatz 1 Satz 3 SGB V). Daher ist insgesamt festzuhalten, dass es einer vielfältigen Angebots- und Zugangsstruktur bedarf, die – wissenschaftlich gestützt – erarbeitet werden und in den einschlägigen Handlungsleitfäden von GKV und SPV gemeinsam synergetisch und nicht getrennt abgebildet sein muss.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG

Artikel 1 Nummer 2b wird wie folgt geändert:

Nach Absatz 1 wird folgender Absatz 1a eingefügt:

„(1a) Die Pflegekassen sollen den Zugang zu den in § 20 Absatz 4 Nummer 1 und 2 des Fünften Buches genannten Leistungen der Krankenkassen zur verhaltensbezogenen Prävention und für Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten für in der sozialen Pflegeversicherung versicherte Pflegebedürftige in häuslicher Pflege unterstützen, indem sie unter Beteiligung der Pflegebedürftigen

sowie, falls sie im Einzelfall an der Versorgung beteiligt sind, unter Beteiligung von ambulanten Pflegeeinrichtungen Vorschläge zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation und zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten der Pflegebedürftigen entwickeln sowie die Umsetzung dieser Vorschläge unterstützen. Dies umfasst eine Bedarfserhebung hinsichtlich präventiver und gesundheitsfördernder Maßnahmen, die fachliche Beratung zur Information und Sensibilisierung der Versicherten und ihrer Angehörigen sowie Pflegepersonen bezüglich der Möglichkeiten, die mittels Gesundheitsförderung und Prävention zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation und zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten bestehen, sowie eine Präventionsempfehlung durch Pflegefachpersonen oder durch gemäß § 7a Absatz 3 Satz 2 qualifizierte Pflegeberaterinnen und Pflegeberater. Im Zusammenhang mit einer Beratung nach den §§ 7a und 7c, mit einer Leistungserbringung nach § 36 oder mit einem Beratungsbesuch nach § 37 Absatz 3 kann eine Empfehlung für die in § 20 Absatz 4 Nummer 1 des Fünften Buches genannten Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention ausgesprochen werden. Die Bedarfserhebung, die Beratung und die Präventionsempfehlung sollen frühestmöglich nach Feststellung der Pflegebedürftigkeit unter Berücksichtigung der Empfehlungen nach § 18b und auch während fortbestehender Pflegebedürftigkeit erfolgen. Die Pflichten der Pflegeeinrichtungen nach § 11 Absatz 1 bleiben unberührt. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen legt unter Einbeziehung unabhängigen Sachverständigen die Kriterien für die Verfahren nach den Sätzen 1 bis 3 fest, insbesondere hinsichtlich des Inhalts, der Methodik, der Qualität, der wissenschaftlichen Evaluation und der Messung der Erreichung der mit den Maßnahmen verfolgten Ziele. **Etwaige Kriterien, Erkenntnisse und Inhalte nach Maßgabe von § 20 Absatz 2 des Fünften Buches sind hierbei zu berücksichtigen und miteinander zu verknüpfen.**

In § 36 wird folgender Absatz 1a ergänzt:

„Der Anspruch nach Absatz 1 umfasst auch die Erstellung einer Empfehlung für die in § 20 Absatz 4 Nummer 1 des Fünften Buches genannten Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention; durch eine Pflegefachperson nach Maßgabe von § 5 Absatz 1a dieses Buches.“

Artikel 3 Nummer 3 wird wie folgt gefasst:

§ 20 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 5 Satz 2 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

„Bei ihrer Entscheidung über eine Leistung zur verhaltensbezogenen Prävention berücksichtigen die Krankenkassen

- 1. eine Präventionsempfehlung nach § 25 Absatz 1 Satz 2 oder § 26 Absatz 1 Satz 3,*
- 2. eine Präventionsempfehlung nach § 5 Absatz 1a Satz 1 bis 4 oder § 18b Absatz 2 Satz 1 des Elften Buches, ~~oder~~*
- 3. eine im Rahmen einer arbeitsmedizinischen Vorsorge oder einer sonstigen ärztlichen Untersuchung schriftlich abgegebene Empfehlung **oder**, -*
- 4. **die Auswertungen nach § 25b Absatz 1 Nummer 5, sofern diese im Ergebnis das Risiko einer Pflegebedürftigkeit ergeben.**“*

Ergänzend erfolgen folgende Änderungen im Artikel 3:

In § 25 wird Absatz 1 durch folgenden Satz ergänzt:

„Die besonderen Bedarfe von Pflegebedürftige nach § 14 des Elften Buches und von Pflegebedürftigkeit bedrohten Versicherte bei Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention nach § 20 Absatz 5 sind zu berücksichtigen.“

**Zu Nr. 8: Aufgaben der Länder (§ 9 SGB XI) und
zu Nr. 11: Aufgaben der Pflegekassen (§ 12 SGB XI) und
zu Nr. 40: Sicherstellungsauftrag (§ 69 SGB XI)
Kommunale Pflegestrukturplanung und regionale Versorgungsdaten**

Die Länder sind nach dem Wortlaut des § 9 SGB XI dazu verpflichtet, eine ausreichende, leistungsfähige und wirtschaftliche Struktur zur Versorgung pflegebedürftiger Personen vorzuhalten. Dies umfasst die Sicherstellung der Infrastruktur bspw. durch die Übernahme der Investitionskosten. Um endlich die strukturelle Absicherung der pflegerischen Versorgung zu gewährleisten, ist es notwendig, eine entsprechende Planung vorzunehmen. Mitunter wird diese bereits im Rahmen der Altenhilfestrukturplanung verfolgt. Andernorts erarbeiten und aktualisieren die Landespflegeausschüsse Empfehlungen, die die Kommunen vor Ort in ihrer Pflegestrukturplanung unterstützen sollen. Dabei werden schon heute aktuell erforderliche Daten bei den Pflegekassen, respektive Landesverbänden angefragt und

bereitgestellt, soweit diese im Rahmen der jeweiligen gesetzlichen Aufgaben verfügbar sind und es sich nicht um personenbezogene Daten handelt.

Bestimmen die Länder schon zuvor über die Einrichtung eines Landespflegeausschusses, werden sie laut Referentenentwurf (Artikel 1 Nummer 8: § 9 SGB XI) in Zukunft ermächtigt, die Planung und Förderung durch die Bestimmung einer Pflegestrukturplanung voranzutreiben. Ob darin die Empfehlungen der Landespflegeausschüsse abgebildet werden bzw. diese als Pflegestrukturplanung bereits anzuerkennen sind, ist ihnen unbenommen.

Die Pflegekassen sind außerdem nach § 12 SGB XI dafür verantwortlich, die pflegerische Versorgung ihrer Versicherten zu gewährleisten. Bisher sollten sie dazu örtliche und regionale Arbeitsgemeinschaften bilden. Diese Regelung wird im vorliegenden Entwurf zu einer verbindlichen Pflicht. Zudem müssen die Pflegekassen, respektive die Landesverbände der Pflegekassen nun ihre Versorgungsdaten mit regionalem Bezug regelmäßig zur Verfügung stellen, damit die Datengrundlage für die kommunale Pflegestrukturplanung gesichert ist. Diese Daten sollen den regionalen Gebietskörperschaften zur Verfügung gestellt werden. Innerhalb von 9 Monaten zu erstellende Empfehlungen des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen legen den Umfang, die Struktur, den Evaluationsturnus, die Kostentragung, die Datenaufbereitung und mögliche Indikatoren der Datenerhebung fest.

Der BKK Dachverband bewertet die Bemühungen, eine Pflegeinfrastruktur- und Bedarfsplanung zu etablieren, grundsätzlich positiv. Allerdings ist zu erwarten, dass die geplanten gesetzlichen Anpassungen **ein ineffizientes und ineffektives Verfahren schaffen, das den Anforderungen einer echten Infrastrukturplanung und Bedarfserhebung nicht gerecht wird.** Dies liegt daran, dass die Länder gemäß § 9 Satz 3 SGB XI (neu) die kommunale Pflegestrukturplanung **weiterhin als optional** betrachten können. Angesichts bestehender regionaler Pflegestrukturdefizite ist dies nicht zielführend. Kritisch ist zudem, dass die Ergebnisse der heutigen Landespflegeausschüsse als Strukturplanung anerkannt werden, ohne methodische und konzeptionelle Einheitlichkeit – selbst innerhalb eines Bundeslandes – zu gewährleisten. **Somit kann jedes Bundesland und jede Kommune auf der Grundlage beliebig abgerufener und zugrundeliegender Daten eine eigene Strukturplanung vornehmen.** Darüber hinaus bleibt festzuhalten, dass die Pflegestrukturplanungen ins Leere laufen werden, solange die Länder sich ihrer Aufgabe der Sicherstellung der Infrastruktur durch bspw. der Investitionskostenförderung weiterhin nicht nachkommen.

Die in der Gesetzesbegründung erwähnten methodischen Inhalte und Konzepte einer Strukturbedarfsplanung finden sich in der gesetzlichen Regelung nicht wieder und sollten dort als verbindliche Rahmensetzung genannt werden.

Der BKK Dachverband ist der Auffassung, dass eine Struktur- und Bedarfsplanung zwingend auf wissenschaftlicher Grundlage entwickelt werden sollte. Dabei müssen regionale Spezifika in den jeweiligen Bundesländern berücksichtigt werden. Erst auf dieser Grundlage und wenn klar ist, welche Items für die Planung notwendig sind und wo diese bereits erhoben werden können, führt eine Auswertung und Bereitstellung durch die Pflegekassen (und Krankenkassen) bzw. der Landesverbände der Pflegekassen zum Ziel. Andernfalls besteht das Risiko, dass irrelevante Daten abgerufen werden und dass keine Einordnung und somit eine Falschinterpretation erfolgt. Wichtig ist, dass die spezifischen Daten zentral, verbindlich und automatisiert zusammengefasst und dann für die jeweiligen Regionen (Planungsbezirke, -kreise usw.) bereitgestellt oder gezielt abgerufen werden können. Dies ist notwendig, da die Kranken- und Pflegekassen regional unterschiedlich aufgestellt sind und deren Versicherte nicht gleichmäßig den Regionen zugeordnet sind, insbesondere bei bundesunmittelbaren Kassen. Erfahrungen aus Regionen – die bereits aktiv eine Pflegestrukturplanung verfolgen – zeigen, dass schon heute die Datenbereitstellung durch die Kranken- und Pflegekassen ermöglicht wird. Dabei zeigen Projekte wie SAHRA, dass es als ausreichend erscheint, die Daten von Pflege- und Krankenkassen zu nutzen, die die Mehrzahl der Versicherten in der Region aufweist und auf Grundlage dieser Zahlen eine Hochrechnung erfolgt.

Werden im Rahmen der Landespflegeplanung Versorgungsdefizite festgestellt, hat das Land bisher allein durch eigene kommunale Angebote die pflegerische Versorgung sicherzustellen (§ 9). Durch die nunmehr angedachte Neuregelung des Sicherstellungsauftrags erfolgt jetzt aber eine Vermischung der Verantwortung der jeweiligen Pflegekasse zur Sicherstellung der pflegerischen Versorgung ihrer Versicherten (s.o.) mit der Verantwortung für die zahlenmäßig ausreichende Versorgungsstruktur (Pflegeinfrastruktur) im Land. Daher wäre mindestens klarzustellen, dass der Sicherstellungsauftrag bezogen auf die Infrastruktur weiterhin den Ländern obliegt und sich gleichermaßen der Sicherstellungsauftrag der Pflegekassen weiterhin auf die Sicherstellung der pflegerischen Versorgung ihrer Versicherten – und dies im Einzelfall – bezieht. Zudem ist es wichtig, die zugrundeliegenden Daten im Zeitverlauf abzubilden, um Trends in der Bedarfs- und Strukturentwicklung analysieren zu können. Der Auftrag an die Selbstverwaltung, Empfehlungen zur Datenerhebung durch die Pflegekassen abzugeben, führt ohne vorherige wissenschaftliche Herleitung der Datenkomponenten in die Irre. Es besteht die Gefahr, dass eine Vielzahl nutzloser Daten ausgewertet wird, die nicht dem Ziel der Versorgungsplanung dienen oder nicht plausibel sind. **Die Vergabe einer wissenschaftlichen Expertise würde den Ländern und Kommunen Sicherheit bei der Datengrundlage zur Planung geben.**

Der BKK Dachverband sieht als großes Manko der angedachten Regelung, dass die Vertragspartner, insbesondere die Pflegekassen und ihre Landesverbände, die Empfehlungen vor Vertragsabschlüssen beachten müssen. **Faktisch können sie diese jedoch nur zur Kenntnis nehmen, da sie aufgrund der bisherigen und weiter als Absatz 1 (Artikel 1 Nummer 36) bestehenden Regelung zu § 69 SGB XI im Kontrahierungszwang stehen. Sie können weder den Leistungserbringer, der die Zulassung eines Angebots begehrt, abweisen noch ihn zur Anpassung seines Angebots auffordern.** Im Gegenteil, der Leistungserbringer kann den Rechtsweg beschreiten und gegen das Verhalten des Vertragspartners vorgehen.

Der Gesetzgeber muss den Pflegekassen daher folgende Handlungsoptionen im Zulassungsgeschäft ermöglichen: Ablehnung des Zulassungsbegehrens, Umwandlung des Versorgungsvertrags oder die Ausschreibung von Versorgungsverträgen für bestimmte Angebote. Dies sieht der vorliegende Entwurf jedoch nicht vor, sodass es auf dieser Grundlage zu keiner echten Bedarfssteuerung kommen kann.

Die Pflegekassen sollen auf der Grundlage der im § 12 SGB XI an die regionalen Gebietskörperschaften abgerufenen Daten eine eigene Evaluation vorsehen sowie den (sektorenübergreifenden) Landespflegeausschuss-Empfehlungen und den leistungserbringerseitigen Informationen zur Beeinträchtigung der Versorgung berücksichtigen.

Sollte der Sicherstellungsauftrag es erforderlich machen, haben die Pflegekassen ggf. Einzelpflegepersonen anzustellen. Der BKK Dachverband lehnt dies weiterhin ab, da der Umstand aus einer durch Leistungserbringer verursachten Unterversorgung entstehen kann. Mit dieser Regelung haften die Pflegekassen auch für betriebswirtschaftliches Versagen der Leistungserbringer, haben aber weiterhin keine Steuerungsmöglichkeit für den bedarfsgerechten Einsatz pflegerischer Angebote. Die flächendeckende Vorhaltung von Einzelpflegekräften, die nur im Bedarfsfall tätig werden, werden Ressourcen binden und dem Arbeitsmarkt Fachkräfte entziehen, die im Regeldienst dringend gebraucht werden und eben dort fehlen. Die Pflegekassen müssen, ähnlich wie bundesweite Leiharbeitsunternehmen, Strukturen dafür aufbauen und diese unterhalten. Dies kann nicht ohne Aufwuchs von ausreichendem Personal bei den Pflegekassen erfolgen, das zeigen bereits die bisherigen Erfahrungen mit dem Einsatz von Einzelpflegekräften. Zudem erfolgt hier ein Vorgriff auf die Arbeit der Bund-Länder-Kommission, deren Ergebnisse noch gar nicht veröffentlicht wurden. Dem Ziel eines effektiven Einsatzes von Einzelpflegekräften nach § 77 SGB XI und der Möglichkeit von Rückschlüssen für eine gesetzliche Festlegung in § 69 SGB XI widerspricht dieses Vorgehen.

Anstatt u.a. längere Anfahrten besser zu vergüten, obwohl andere Dienste in der Region ebenso versorgen, wäre eine Diskussion über die Ausschreibung von Versorgungsgebieten, das Wunsch- und Wahlrecht des Pflegebedürftigen in Bezug auf den Leistungserbringer usw. notwendig gewesen, was aber leider im Rahmen der aktuellen Gesetzgebung unterbleibt.

Zu Nr.10b: Aufgaben der Pflegeeinrichtung (§ 11 SGB XI)

Das Grundanliegen des Gesetzgebers zu Artikel 1 Nr. 10b bzgl. der Entwicklung von Delegationskonzepten ist nachvollziehbar. Um jedoch einen unverhältnismäßigen Ressourceneinsatz in jeder Einrichtung zu vermeiden, wird angeregt, dass die Organisationen nach § 118a (neu) entsprechende Muster-Delegationskonzepte entwerfen und den Einrichtungen zur Verfügung stellen. Das ohnehin verbindliche interne Qualitätsmanagement der jeweiligen Einrichtung kann diese unkompliziert und aufwandsarm an spezifische Gegebenheiten anpassen und damit zur Anwendung bringen. Das aktuell im Gesetzgebungsverfahren stehende „Pflegeassistenzgesetz“ vereinheitlicht zudem die zergliederte Landschaft der Assistenzbildungen weiter, minimiert damit etwaige Kompetenzunterschiede und ist insofern ein weiteres Argument für die o.g. Musterdelegationskonzepte.

Zu Nr. 16: Entscheidung über den Antrag, Fristen; Hemmung der Frist (§ 18c SGB XI)

Der BKK Dachverband begrüßt, dass die vielfach umstrittene zeitliche Dimension nach Wegfall von Verzögerungsgründen und die damit verbundene Hemmung der 25-Arbeitstage-Frist, welche die Pflegekasse nicht zu vertreten hat, nunmehr eindeutig rechtlich definiert werden soll. Der Gesetzentwurf sieht unter Artikel 1 Nummer 16b Doppelbuchstabe bb hierfür im Fall, dass eine erneute Terminierung der Begutachtung erfolgen muss, nunmehr eine zusätzliche Fristhemmung von 15 Arbeitstagen vor.

Mit Artikel 1 Nummer 16 b Doppelbuchstabe aa widmet sich der Gesetzentwurf zudem der Fragestellung, wann die pauschale Zusatzzahlungen nach § 18c Absatz 5 SGB XI von der Pflegekasse zu zahlen sind, die fällig werden, wenn die Pflegekasse die Übersendung des Bescheids über den Antrag auf Pflegeleistungen nicht pünktlich innerhalb von den gesetzlich vorgeschriebenen 25 Arbeitstagen nach Eingang des Antrags der Versicherten (oder innerhalb der in § 18a Absatz 5 und 6 genannten verkürzten Begutachtungsfristen) einhalten konnte und dabei den verspäteten Bescheid selbst zu vertreten hat. Letzteres ist auch der Fall, wenn der Medizinische Dienst die zugrundeliegende Begutachtung nicht rechtzeitig durchführen konnte und das Gutachten der

Pflegekasse folglich verspätet vorliegt. Bislang war es gängige und damit verwaltungs-ökonomische Praxis der Pflegekassen, die Prüfung und damit die Auszahlung der Zusatzzahlungen nach § 18c Absatz 5 SGB XI mit dem tatsächlichen **Zeitpunkt des Bescheids vorzunehmen und somit erhielten die Versicherten die ihnen zustehende 'Entschädigung' (70 €/Woche) als Gesamtbetrag.**

Dies hat den Vorteil, dass nicht nur die Summe der Zusatzzahlung abschließend ermittelt wurde. Zusätzlich kann auch jeglicher Zweifel dazu ausgeräumt werden, ob die Pflegekasse die Bescheidverzögerung tatsächlich selbst verschuldet hat. Dazu sind bspw. telefonische Ermittlungen notwendig bei den Medizinischen Diensten, bei den betroffenen Versicherten selbst und ggf. auch bei Krankenhäusern, in denen die Versicherten ggf. zwischenzeitlich versorgt werden mussten. Grund dafür ist, dass zunächst festgestellt werden muss, ob die Pflegekasse für die Überschreitung der gesetzlichen Fristen verantwortlich ist. Dies kann nicht allein anhand der 25-Arbeitstagefrist beurteilt werden, da auch die Verzögerungsgründe berücksichtigt werden, die durch den Antragstellenden entstehen (z. B. Krankenhausaufenthalt, Urlaub, Verzug). Diese werden den Pflegekassen in Regel vollständig erst bei Kenntnis des Pflegegutachtens des Medizinischen Dienstes bekannt. Das wiederum hat zur Folge, dass die Pflegekasse mangels vollends plausibler Prüfmöglichkeit vor der Bescheiderteilung dem Grunde nach nicht die Fristverletzung abschließend feststellen.

Insgesamt ist die wöchentliche Auszahlung enorm aufwändig für die Pflegekassen und kann zumeist nicht durch automatisierte technische Systeme erfolgen, welche die Pflegekassen – eigens zur schnellen Antragsbearbeitung – implementiert haben.

Der Gesetzentwurf erkennt nun die beschriebenen Aufwände der Pflegekassen tatsächlich an und dies wird vom BKK Dachverband ausdrücklich gewürdigt. Allerdings ist der gut gemeinte Lösungsansatz des Gesetzgebers, welcher den Pflegekassen zusätzlich 15 Arbeitstage für die Auszahlung der pauschalen Zusatzzahlung einräumt, **leider nicht praxistauglich** und verlagert lediglich die auch vom Gesetzgeber anerkannten bürokratischen Aufwände der Pflegekassen. Denn auch mit den zusätzlichen 15 Arbeitstagen muss die Pflegekasse einen vorgelagerten (wie oben beschrieben) aufwändigen Prozess etablieren, welcher die Prüfung der Verzögerungsursachen eruiert und die Auszahlung – ggf. noch vor der eigentlichen Bescheiderteilung – vorbereitet.

Besser wäre es aber für die Pflegekassen, wenn die bisherige Praxis, nach welcher die Auszahlung der Zusatzzahlungen (sofern sie berechtigt sind), erst mit dem Leistungsbescheid der Pflegekassen erfolgt und dies im Gesetz auch konkret so beschrieben wird.

Davon profitieren letztlich auch die pflegebedürftigen Versicherten. Denn nichts ist schlimmer für eine vertrauensvollen Zusammenspiel von Versicherten und ihrer Pflegekasse, wenn im Verlauf der aufwendigen Prüfung festgestellt wird, dass ein Anspruch auf die pauschale Zusatzzahlung nicht bestand und **bereits ausgezahlte Beträge wieder zurückgefordert werden müssen** und – im schlimmsten Fall – deshalb auch rechtliche Streitigkeiten entstehen. Auch die Versichertengemeinschaft profitiert: **Eine effiziente und unbürokratische Prüfung sowie Auszahlung der Anträge und gegebenenfalls berechtigter Zusatzzahlungen ist mit geringeren Kosten verbunden.** Der GKV-Spitzenverband hat hierzu Berechnungen durchgeführt: Die Auszahlung der pauschalen Zusatzzahlung nach § 18c Absatz 5 Satz 1 SGB XI laufend für jede begonnene Woche der Fristüberschreitung und nicht erst nach Abschluss des Verwaltungsverfahrens dürfte zu jährlichen Mehrausgaben von geschätzt jährlich ca. 74 bis 100 Mio. Euro an zusätzlichen Verwaltungskosten (§ 46 Abs. 3 Satz 1 SGB XI) führen: Im Kalenderjahr 2024 lagen bei insgesamt 2.939.000 Fällen, bei denen Fristen nach § 18c SGB XI einzuhalten waren, in ca. 639.800 Fällen eine Fristüberschreitung vor. Davon waren ca. 294.000 Fristüberschreitungen von den Pflegekassen zu vertreten. Rund 345.800 Fristüberschreitungen waren nicht von den Pflegekassen zu vertreten (vgl.: [GKV-SV](#)). Die nunmehr angedachte 15 Arbeitstagerregelung dürfte sich finanziell in einer ähnlichen Größenordnung bewegen.

In diesem Zusammenhang ist zudem auf folgende Verwerfungen hinzuweisen:

Die rechtliche Maßgabe zur Zahlung der pauschalen Zusatzzahlungen bei Verfristung der Leistungsbescheide gem. § 18c SGB XI ist mittlerweile in weiten Teilen der Bevölkerung bekannt. Aus diesem Grund wird von den Pflegekassen beobachtet – da eine Verfristung der Begutachtung durch die Medizinischen Diensten grundsätzlich den Pflegekassen angelastet wird – dass sich einerseits ein vermeintlicher Mitnahmeeffekt etabliert. So nehmen Hinweise zu, dass Anträge auf Leistungen der Pflegekassen mehrfach und in kürzeren Abständen gestellt werden und eine Verfristung dabei erhofft bzw. sogar selbst verursacht wird – bspw. durch das hohe Begutachtungsaufkommen bei den Medizinischen Diensten – um die Zusatzzahlung von 70 €/Woche in jedem Fall zu erhoffen. Andererseits ist festzustellen, dass die pauschalen Zusatzzahlungen gem. § 18c SGB XI auch dann ausgezahlt werden müssen, wenn das Gutachten des Medizinischen Diensten im Ergebnis feststellt, dass kein Pflegegrad vorliegt und daher auch keine Leistungen der SPV erwartet werden können. In diesem Fall wird der Zweck der pauschalen Zusatzzahlungen – schnellere Antragsverfahren und Überbrückungsleistungen für Pflegebedürftige - ad absurdum und Bürokratie entgegen der Intention des Gesetzes aufgebaut. Zudem wird – angesichts der angespannten Finanzsituation der SPV –

ungerechtfertigte finanzielle Belastungen provoziert. Der BKK Dachverband plädiert daher ergänzend dafür, die pauschale Zusatzzahlungen für diese Fallkonstellationen auszuschließen, wofür wiederum das Ende der Verwaltungsverfahren zur Beurteilung zwingend wäre.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG:

Artikel 1 Nummer 16a Doppelbuchstabe aa wird gestrichen und durch folgende Formulierung ersetzt:

aa) Satz 1 und 2 werden wie folgt geändert:

*Erteilt die Pflegekasse den schriftlichen Bescheid über den Antrag nicht innerhalb von 25 Arbeitstagen nach Eingang des Antrags oder wird eine der in § 18a Absatz 5 und 6 genannten verkürzten Begutachtungsfristen nicht eingehalten, hat die Pflegekasse nach ~~Fristablauf~~ **Abschluss des Verwaltungsverfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit** für jede begonnene Woche der Fristüberschreitung unverzüglich 70 Euro an den Antragsteller zu zahlen. Dies gilt nicht, wenn die Pflegekasse die Verzögerung nicht zu vertreten hat oder wenn sich der Antragsteller in vollstationärer Pflege befindet und bereits bei ihm mindestens erhebliche Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten (mindestens Pflegegrad 2) festgestellt sind oder wenn die Entscheidung nach Absatz 1 ergibt, dass nicht mindestens geringe Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder Fähigkeiten (mindestens Pflegegrad 1) festgestellt wurden.*

Zu Nr. 25: Empfehlungen zur Hilfsmittel- und Pflegehilfsmittelversorgung (§ 40 SGB XI)

Pflegebedürftige haben gemäß § 40 Absatz 1 Satz 1 SGB XI Anspruch auf Versorgung mit Pflegehilfsmitteln, die zur Erleichterung der Pflege oder zur Linderung der Beschwerden des Pflegebedürftigen beitragen oder ihm eine selbstständigere Lebensführung ermöglichen. Die Aufwendungen der Pflegekassen für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel dürfen monatlich den Betrag von 42 Euro nicht übersteigen. Der GKV-Spitzenverband schließt mit den Leistungserbringern oder deren Verbänden Verträge über die Versorgung der Versicherten mit zum Verbrauch bestimmten und anderen

Pflegehilfsmitteln. Gemäß den einschlägigen Rechtsvorschriften hat jeder Leistungserbringer ein Verhandlungsrecht, wenn er einen Vertrag schließen oder einem Vertrag beitreten möchte. In Anbetracht der Vielzahl an Leistungserbringern in diesem Marktsegment (mehr als 20.000 Leistungserbringer) führt dies sowohl beim GKV-Spitzenverband, den Leistungserbringern als auch bei den Pflegekassen zu einem unverhältnismäßig hohen bürokratischen Aufwand und ist für die Versicherten ohne Mehrwert. Zudem werden – auch bei den Verbraucherzentralen – immer häufiger Fälle bekannt, wonach die Versicherten Leistungen erhalten, die sie weder beantragt haben noch benötigen. Vielfach wurden Versichertenunterschriften von Leistungserbringern gefälscht. Dies belastet die Solidargemeinschaft unnötig. Der Aufwand bei den zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln, der auf Basis der bestehenden Sachleistungsregelung mit dem Bewilligungs-, Abrechnungs- und dem Vertragsgeschäft verbunden ist, steht in keinem angemessenen Verhältnis zum Nutzen dieser Regelung. Echte Steuerungsmöglichkeiten durch Verträge bestehen in diesem Bereich nicht.

Um den Versicherten einen einfachen Zugang zu den benötigten Leistungen zu ermöglichen und Bürokratie abzubauen, wird erneut angeregt, **die bisher als Sachleistung ausgestaltete Versorgung mit zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln durch die Auszahlung eines festen pauschalen Leistungsbetrags an die Leistungsberechtigten zu ersetzen**. Da die grundsätzlichen Anspruchsvoraussetzungen unverändert bestehen bleiben, diese weiterhin zu Beginn der Versorgung geprüft werden und jeweils eine Bedarfsfeststellung erfolgt, werden Mehrausgaben infolge der neuen gesetzlichen Regelung nicht erwartet.

Mit der Umstellung auf eine pauschale Geldleistung könnten gerade auch im Interesse der Versicherten, die sich verschiedentlich bereits mit dem Wunsch nach Ermöglichung flexiblerer Bezugsmöglichkeiten an die Pflegekassen gewendet haben, die Versorgungsprozesse ohne Qualitätsnachteile entbürokratisiert und beschleunigt werden. Und darüber hinaus kostengünstigere, bedarfsgerechtere, flexiblere und wirtschaftlichere Beschaffungswege im allgemeinen Fachhandel ermöglicht werden. Dies würde den Wettbewerb intensivieren und den gesetzlich vorgesehenen Leistungsbetrag dauerhaft und nachhaltig sichern, da die vom GKV-Spitzenverband erhobenen Daten zeigen, dass auf dem Erstattungsweg eine Versorgung der Versicherten wirtschaftlicher ist als auf dem Sachleistungsweg.

Darüber hinaus regt der GKV-Spitzenverband die Angleichung der Zuzahlungsregelungen für Pflegehilfsmittel in § 40 Absatz 3 Satz 4 und 5 SGB XI an die entsprechenden Regelungen für Hilfsmittel im SGB V an. Die unterschiedlichen Zuzahlungsregelungen

führen in der Versorgungspraxis zu einem bürokratischen Mehraufwand und insbesondere bei den doppelunktionalen Hilfsmitteln im Sinne von § 40 Absatz 5 SGB XI immer wieder zu Abgrenzungsfragen. Dies könnte vermieden werden, wenn für beide Leistungsbereiche einheitliche Zuzahlungsregelungen gelten.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG:

Artikel 1 Nummer 20 wird gestrichen.

Ergänzend erfolgen folgende Änderungen im Artikel 1 Nummer 20:

§ 40 Absatz 2 SGB XI wird wie folgt gefasst:

„Zur Erfüllung des Anspruchs auf Versorgung mit zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln erhalten Pflegebedürftige als Leistung zur häuslichen Pflege, wenn die Durchführung der Pflege zumindest teilweise durch eine Pflegeperson nach § 19 SGB XI erfolgt, ab dem 01.01.2026 einen pauschalen Betrag von 42 Euro monatlich für die Selbstbeschaffung der notwendigen Pflegehilfsmittel. Der Betrag wird von der Pflegekasse erstmalig auf Antrag und nach Bewilligung der Leistung monatlich im Voraus an die pflegebedürftige Person selbst gezahlt. Der Geldbetrag wird bis zum Ende des Kalendermonats geleistet, in dem der Leistungsanspruch endet. § 118 Absatz 3 und 4 des Sechsten Buches gelten entsprechend, wenn der Betrag für die Zeit nach dem Tod des Berechtigten gezahlt wurde.“

In § 40 Absatz 3 SGB XI werden die Sätze 4 und 5 durch folgende Sätze ersetzt:

„Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, haben zu den Kosten der Pflegehilfsmittel mit Ausnahme der Pflegehilfsmittel nach Absatz 2 in entsprechender Anwendung des § 61 Satz 1 SGB V eine Zuzahlung an die abgebende Stelle zu leisten. Der Vergütungsanspruch des Leistungserbringers verringert sich um die Zuzahlung.“

§ 78 Absatz 1 SGB XI wird um folgenden Satz 4 ergänzt (Folgeänderung):

„Die Sätze 1 bis 3 gelten ab dem 01.01.2026 nicht für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel gemäß § 40 Absatz 2.“

§ 78 Absatz 2 SGB XI wird wie folgt geändert:

„Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen erstellt als Anlage zu dem Hilfsmittelverzeichnis nach § 139 des Fünften Buches ein systematisch strukturiertes Pflegehilfsmittelverzeichnis. Darin sind mit Ausnahme der zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmittel nach § 40 Absatz 2 die von der Leistungspflicht der Pflegeversicherung umfassten Pflegehilfsmittel aufzuführen, soweit diese nicht bereits im Hilfsmittelverzeichnis enthalten sind.“

Zu Nr. 16: Eigenverantwortliche Erbringung von Leistungen durch Pflegefachpersonen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung; eigenverantwortliche Verordnung häuslicher Krankenpflege durch Pflegefachpersonen; Evaluation (§ 73d SGB V)

Es wird ausdrücklich begrüßt, dass der langjährigen Forderung des BKK Dachverbandes nach der Erweiterung der Kompetenzen von Pflegenden nun mit konkreten Schritten Rechnung getragen wird. Dies ist ein Meilenstein in der Versorgung, der vor dem Hintergrund der aktuellen Herausforderungen in der Versorgung der Versicherten dringend geboten ist.

Vor allem mit Blick auf eine zügige und praktikable Umsetzung, regen wir im Folgenden einige dringliche Änderungen bzgl. der vorgelegten Regelungen an:

Wirtschaftlichkeit sicherstellen: Mit § 73d SGB V (neu) normiert der Gesetzgeber Teil einer neuen Regelversorgung. Dies unterscheidet diese Regelungen grundsätzlich von den Modellprojekten nach § 63 Abs. 3c und § 64d SGB V. Insofern gilt (da nicht anders ausgeführt) der Grundsatz der Beitragsstabilität nach § 71 SGB V. Folglich müssen die heilkundlichen Tätigkeiten, die durch Pflegefachpersonen mit entsprechender Qualifikation erbracht werden, in Bezug zur morbiditätsorientierten Gesamtvergütung (MGV) der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung gesetzt und bereinigt werden. Im vorliegenden Entwurf müssen über die Anpassung in § 87 SGB V hinaus im Vertrag konkrete Regelungen zur Bereinigung verankert werden. Auch für die Pflegefachpersonen steigt mit zunehmender Kompetenz die wirtschaftliche Verantwortung, diesem Aspekt muss ebenfalls Rechnung getragen werden (siehe Änderungsvorschlag I).

In Bezug auf die eigenverantwortliche Erbringung von Leistungen durch Pflegefachpersonen im Rahmen der Krankenhausbehandlung (zu streichender § 112a) kommt es ebenfalls durch die Übertragung von Verantwortlichkeiten zu einer Verschiebung von Personalkosten

innerhalb der Leistungserbringung. Etwaige Effekte sind bei der Abgrenzung vom Pflegebudget zum aG-DRG-System im Rahmen von Normierungsmaßnahmen verpflichtend zu berücksichtigen.

Schiedspersonenregelung: Als Konfliktlösungsmechanismus ist in Abs. 2 eine Schiedspersonenregelung vorgesehen. Dies erscheint aus Sicht des BKK Dachverbandes nicht angemessen. So ist die zur Diskussion stehende Materie hochkomplex und es handelt sich auch aus fachlicher Perspektive um völliges Neuland. Durch die Schiedsperson „gemittelte“ Kompromisse zwischen den Vertragsparteien wären für die vom Gesetzgeber beabsichtigte reibungslose Umsetzung des Rahmenvertrages und auch die Anschlussfähigkeit an die in Aussicht stehende Advanced Practice Nurse (APN) kontraproduktiv. Der BKK Dachverband regt in diesem Zusammenhang an, hierfür eine Schiedsstelle bestehend aus einem Vorsitzenden sowie zwei unparteiischen Stellvertretern (ein Stellvertreter mit explizit pflegerischer Expertise/ ein Stellvertreter mit explizit medizinischer Expertise) vorzusehen. Dies sichert auch in einer (wahrscheinlichen) Schiedssituation den Praxisbezug und die reibungslose Umsetzung der vertraglichen Regelungen. Ergänzend ist davon auszugehen, dass der Vertrag aufgrund weiterer fachlicher und/oder gesetzlicher Entwicklungen auch zukünftig entsprechend angepasst werden muss und die fachliche Kontinuität durch eine Schiedsstelle besser gewährleistet werden kann (siehe Änderungsvorschlag II).

Außerklinische Intensivpflege/ psychiatrische häusliche Krankenpflege: Entsprechend der Gesetzesbegründung können Gegenstand des Rahmenvertrages nach Abs. 1 auch Folgeverordnungen im Bereich „der Intensivversorgung und der psychiatrischen Versorgung“ sein. Im Bereich der Intensivversorgung würde diese Möglichkeit der gesetzgeberischen Regelung in § 37c Abs. 1 Satz 2 SGB V (Verordnung durch einen besonders qualifizierte/n Ärztin/Arzt sowie der enge Austausch bzgl. Therapieziel mit dem Versicherten durch die/den Ärztin/Arzt etc.) widersprechen. Insbesondere vor dem Hintergrund der Intention des IPreG, systematischen Versorgungsmängeln mit hoher fachärztlicher Expertise zu begegnen, ist eine entsprechende Übertragung dieser Tätigkeit auf die in § 73b SGB V avisierten Pflegenden nicht fachgerecht und für das angestrebte Versorgungsniveau in der außerklinischen Intensivpflege für die Versicherten äußerst kontraproduktiv.

Auch in der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege hat der G-BA nach intensiven fachlichen Beratungen aufgrund der hochkomplexen Fallkonstellationen die Verordnungsbefugnis grundsätzlich nur speziellen Facharzt- bzw. Therapeutengruppen (FA für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychotherapeuten etc.) erteilt. Hier

wäre die Übertragung auf die in § 73b SGB V adressierten Pflegenden ebenfalls nicht sachgerecht. Insofern regen wir dringend an, die beiden genannten Versorgungsbereiche in der Gesetzesbegründung zu streichen.

Streichung des § 37 Abs. 8 ff SGB V: Mit der Festlegung von Dauer und Häufigkeit der Verordnung durch speziell qualifizierte Pflegefachpersonen (§ 37 Abs. 8 ff SGB V) hat der Gesetzgeber mit dem „Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung“ einen sehr zurückhaltenden Schritt in Richtung Kompetenzerweiterung in der häuslichen Krankenpflege getan. Mit dem nun vorliegenden Gesetzentwurf hat der Gesetzgeber diesen ersten Schritt konsequent zu Ende gedacht und u.a. mit dem § 73d SGB V (neu) den Weg für eine (vollständige) Folgeverordnung in der HKP geebnet. Insofern wurde die Regelung nach § 37 Abs. 8 SGB V „überholt“.

In diesem Zusammenhang – und vor dem Hintergrund der aus den Verhandlungen nach § 73d SGB V (neu) höchstwahrscheinlich resultierenden ohnehin komplexen Qualifikations- bzw. Kompetenzmatrix – regt der BKK Dachverband an, § 37 Abs. 8 -10 zu streichen, da dieser (auch in Bezug auf die Evaluation; siehe § 73d Abs. 4 SGB V) aus unserer Sicht vollständig in der vorliegenden Regelung aufgeht.

Stationäre Pflegeeinrichtungen mitdenken: Ausweislich Absatz 2 können in stationären Pflegeeinrichtungen n. § 71 Abs. 2 SGB XI Pflegefachpersonen nur konsiliarisch durch einen Pflegedienst n. § 132a Abs. 4 heilkundlich tätig werden. Dies erscheint weder vor dem Hintergrund der Bedarfe in den stationären Pflegeeinrichtungen noch aus Effizienzgründen sinnvoll (extra Anfahrt durch den Pflegedienst vs. Pflegeperson vor Ort etc.). Auch in § 7 Abs. 1 des Rahmenvertrags n. § 64d SGB V sind die stationären Pflegeeinrichtungen explizit benannt. Insofern wären diese in Abs. 2 zu ergänzen (siehe Änderungsvorschlag III).

ÄNDERUNGSVORSCHLAG I

Artikel 2 Nummer Nr. 8 wird wie folgt gefasst:

In § 73d Abs. 1 wird folgende Ergänzung vorgenommen:

„4. Eckpunkte zur Sicherstellung einer wirtschaftlichen Leistungserbringung durch entsprechend qualifizierte Pflegende. Die Maßnahmen zur Gewährleistung der Wirtschaftlichkeit nach dem einheitlichen Bewertungsmaßstab gelten entsprechend.“

ÄNDERUNGSVORSCHLAG II

Artikel 2 Nummer Nr. 12 wird wie folgt gefasst:

In § 73d Abs. 3 werden folgende Streichungen/Änderungen vorgenommen:

„(2) Kommt der Rahmenvertrag nach Absatz 1 ganz oder teilweise nicht zustande nicht innerhalb der Frist nach Absatz 1 Satz 1 zustande, wird der Inhalt des Rahmenvertrags auf Antrag eines der können die Vertragspartner oder ~~des~~ das Bundesministerium für Gesundheit die Schiedsstelle anrufen. Sie setzt innerhalb von drei Monaten den betreffenden Rahmenempfehlungsinhalt fest. ~~durch eine von den Vertragspartnern innerhalb eines Monats zu bestimmende unabhängige Schiedsperson innerhalb von drei Monaten festgelegt.~~ Die Vertragspartner nach Absatz 1 bilden erstmals bis zum 30.06.2026 eine gemeinsame Schiedsstelle. Sie ist paritätisch aus Vertretern der Krankenkassen sowie der in Abs. 1 genannten Leistungserbringerorganisationen, so wie aus einem unparteiischen Vorsitzenden und zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern zu besetzen. Die Amtsdauer beträgt vier Jahre. Über den Vorsitzenden und die zwei weiteren unparteiischen Mitglieder sowie deren Stellvertreter sollen sich die Rahmenempfehlungspartner einigen. Einigen sich die Vertragspartner nicht fristgerecht auf eine Schiedsperson, so wird diese vom Bundesamt für Soziale Sicherung bestimmt. Die Kosten des Schiedsverfahrens tragen die Vertragspartner zu gleichen Teilen.“

ÄNDERUNGSVORSCHLAG III:

Artikel 2 Nr. 12 wird wie folgt gefasst:

In § 73d Abs. 2 wird folgende Streichungen/Änderungen vorgenommen:

*(2) Die in Absatz 1 genannten Vertragspartner haben unter Beachtung der Vorgaben von § 15a Absatz 1 in dem Vertrag auch festzulegen, auf der Grundlage welcher Kompetenzen Pflegefachpersonen die nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und 2 vereinbarten Leistungen jeweils eigenverantwortlich erbringen oder verordnen können. Pflegefachpersonen können die nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und 2 vereinbarten Leistungen bei an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringern, ~~und~~ bei Leistungserbringern nach § 132a Absatz 4 **und nach § 71 Abs. 2 SGB XI** erbringen oder verordnen. Den maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene im Sinne des § 118a Absatz 1 Satz 1 des Elften Buches und der Bundesärztekammer ist vor Abschluss des Vertrags Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; sie haben das Recht, an den Sitzungen der in Absatz 1 Satz 1 genannten Vertragspartner teilzunehmen. Die Stellungnahmen sind beim Entscheidungsprozess der in Absatz 1 genannten Vertragspartner zu berücksichtigen. Wissenschaftliche Expertisen, die nach § 8 Absatz 3c Satz 1 des Elften Buches gefördert wurden, sollen hinsichtlich der Kompetenzanforderungen und dazugehörigen Aufgaben bei der Vereinbarung der Leistungen nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und 2 berücksichtigt werden.*

ÄNDERUNGSVORSCHLAG V:

Artikel 2 Nr. 14 NEU wird ergänzt:

Nach § 87a Absatz 5 Satz 9 wird folgender Satz ergänzt:

Der Bewertungsausschuss beschließt spätestens sechs Monate nach Inkrafttreten des Vertrages nach § 73d Absatz 1 SGB V (neu) geeignete pauschalierende Verfahren zur Bereinigung des Behandlungsbedarfs in den Fällen des § 73d Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V.

Nr. 20 Finanzierung des Strukturfonds (§ 105 Absatz 3)

Die geplante Regelung sieht vor die Finanzierung von Fördermaßnahmen zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung so anzupassen, dass eine vermeintliche Unterfinanzierung in Folge der Entbudgetierung der Hausärzte behoben würde. Die Umsetzung der vorgeschlagenen Änderung führt zu zusätzlichen Kosten im Bereich der vertragsärztlichen Versorgung und wird daher abgelehnt.

Der BKK Dachverband hält eine Koppelung der Finanzierung des Strukturfonds an die morbiditätsorientierte Gesamtvergütung generell für nicht sachgerecht. Die Finanzierung des Strukturfonds in § 105 Absatz 1a SGB V sollte generell dahingehend reformiert werden, dass der ärzteseitige Finanzierungsanteil nicht mehr allein aus der MGV aufgebracht werden muss, sondern analog zu Verwaltungskosten in Form eines Abschlags auf die Honorarsumme im jeweiligen Honorarbescheid der Arztpraxen.

Zu Nr. 28: Sicherung der Datengrundlagen für den Risikostrukturausgleich (§ 273 SGB V)

Die Betriebskrankenkassen befürworten das Bestreben des Gesetzgebers, die Prüfverfahren zu beschleunigen. Ziel muss es sein zu einem angemessenen Verhältnis von Verfahrenssicherheit, Effektivität der Prüfungen, den Kosten, die durch die Vorhaltung der prüfrelevanten Daten entstehen, sowie zeitnahe Ausgleich von Korrekturbeträgen zu kommen.

Der nun angestrebte Zeitraum von 15 Jahren erscheint dabei zwar kaum geeignet, dieses angemessene Verhältnis zu erreichen. Allerdings erachten die Betriebskrankenkassen die Verlängerung der, in § 7 Absatz 2 Satz 4 RSAV genannten, Aufbewahrungsfrist als notwendig, um die bereits eingeleiteten Prüfungen, die nun bezogen auf der Berichtsjahr 2013 zu verjähren drohen, zu einem Abschluss zu bringen. Analoge Wirkungen entstehen dabei auch für die laufenden Prüfungen mit Bezug auf die Berichtsjahre 2014 und 2015, die dann wiederum zum Jahresende 2029 bzw. 2030 abzuschließen wären.

Die Verlängerung der Aufbewahrungsfristen bzw. Festlegung eines Prüfabschlusszeitpunktes ist zwingend erforderlich, um alle identifizierten Sachverhalte umfassend zu prüfen. So lässt sich einer Ungleichbehandlung vorbeugen, die sich beispielsweise durch eine Sanktionierung der Hausarztverträge jüngerer Jahre und einer Außerachtlassung anderer Sachverhalte, die in den Berichtsjahren 2013 bis 2015 zu sanktionieren wären, ergeben würde.

III. ERGÄNZENDER ÄNDERUNGSBEDARF

Aufhebung der Mandatsbegrenzung für ehrenamtliche Mitglieder des Medizinischen Dienstes (§279 und §282 SGB)

Die gesetzlichen Regelungen in §279 und §282 SGB V beschränken derzeit die ehrenamtliche Tätigkeit kassenseitiger Vertreterinnen und Vertreter in den Verwaltungsräten der Medizinischen Dienste auf maximal zwei Amtsperioden und erlauben ihnen nur ein weiteres Ehrenamt in der Sozialversicherung. Diese Begrenzungen gelten nicht für andere Mitgliedergruppen (z.B. Patienten- oder Berufsvertreter). Obwohl diese Regelungen ursprünglich eine ausgewogene Mandatsverteilung sichern sollten, führen sie in der Praxis zu erheblichen Nachteilen.

Die derzeitige Begrenzung der Amtszeiten führt dazu, dass erfahrene und eingearbeitete Mitglieder der Verwaltungsräte frühzeitig ausscheiden müssen. Dies hat einen Verlust an Expertise zur Folge, mindert die Kontinuität und Qualität der Entscheidungsfindung und schwächt dadurch die Selbstverwaltung insgesamt. Gleichzeitig wird der Kreis potenzieller Kandidatinnen und Kandidaten unnötig eingeschränkt, was künftig personelle Engpässe bei der Besetzung der Gremien verursachen könnte.

Vor diesem Hintergrund sollte, die Begrenzung der Anzahl der Ehrenämter sowie der Amtsperioden für kassenseitige Vertreterinnen und Vertreter in den Verwaltungsräten der Medizinischen Dienste gestrichen werden. Dies würde die Einbindung von Erfahrungen aus verschiedenen Bereichen der Sozialversicherung eine wertvolle trägerübergreifende Perspektive eröffnen, die die Qualität der Entscheidungsfindung stärkt. Eine Aufhebung der Begrenzung auf zwei Amtszeiten entspräche im Übrigen der allgemeinen Regelung der Amtszeiten der Selbstverwaltungsorgane der Sozialversicherung gemäß § 58 SGB IV, die u.a. auch für den GKV-Spitzenverband (§ 217b Absatz 1 Satz 3 SGB V) gelten.

Stellungnahme

Stellungnahme des DBRD zu den Änderungsanträgen der Abgeordneten der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN im Ausschuss für Gesundheit zum Gesetzentwurf der Bundesregierung zum Entwurf eines Gesetzes zur Befugnis Erweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege (BT-Drs. 21/1511)

Der DBRD begrüßt die Bemühungen um eine Verbesserung der rechtlichen Rahmenbedingungen für Pflegenden und Notfallsanitäter ausdrücklich. In unserer Stellungnahme wird sich der DBRD auf die für Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter relevanten Abschnitte und Regelungen fokussieren, da die Vertretung dieser Berufsgruppe die Aufgabe des DBRD ist.

Zu Art. 3 Nr. 2a – Neuregelung des § 15 b SGB V

Wir begrüßen den wichtigen und zukunftsweisenden Schritt zu mehr eigenverantwortlichen heilkundlichen Kompetenzen für Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter, schlagen aber Änderungen der Formulierung vor, um der rettungsdienstlichen Alltagssituation besser gerecht zu werden.

§ 15 b SGB V Änderungsantrag	§ 15 b SGB V -Vorschläge des DBRD	Begründung
(1) Pflegefachpersonen, die über eine besondere notfall- oder akutmedizinische Qualifikation verfügen, sowie Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter mit einer besonderen notfall- oder akutmedizinischen Qualifikation können heilkundliche Leistungen im Rahmen der Leistungserbringung nach diesem Buch eigenverantwortlich erbringen, sofern sie über die erforderlichen fachlichen Kompetenzen verfügen.	<i>(1) Pflegefachpersonen, die über eine besondere notfall- oder akutmedizinische Qualifikation verfügen, sowie Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter ~~mit einer besonderen notfall- oder akutmedizinischen Qualifikation~~ können dürfen heilkundliche Leistungen im Rahmen der Leistungserbringung nach diesem Buch eigenverantwortlich erbringen, sofern sie über die erforderlichen fachlichen Kompetenzen verfügen.</i>	Wir empfehlen die Formulierung „mit einer besonderen notfall- oder akutmedizinischen Qualifikation“ bei Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitätern zu streichen, da dies bereits im NotSanG das Ausbildungsziel ist und somit als gegeben zu betrachten ist. Ansonsten befürchten wir weitere Diskussionen um die Qualifikation. Die Formulierungsänderung „können“ in „dürfen“ macht die Erlaubnis zur Durchführung heilkundlicher Maßnahmen deutlich und stellt klarer heraus, dass es sich um einen Erlaubnistatbestand in Bezug auf § 5 HeilprG handelt.

(2) Die erforderlichen fachlichen Kompetenzen liegen insbesondere dann vor, wenn sie 1. aufgrund einer nach dem Pflegeberufegesetz oder dem Notfallsanitätergesetz vorgeschriebenen beruflichen oder hochschulischen Ausbildung, 2. aufgrund einer staatlich anerkannten, bundesweit einheitlichen Weiterbildung oder 3. aufgrund einer durch eine staatliche Kompetenzfeststellung der Länder nachgewiesenen, einer solchen Weiterbildung entsprechenden Berufserfahrung erworben wurden.	(2) Die erforderlichen fachlichen Kompetenzen liegen insbesondere dann vor, wenn sie 1. ~~aufgrund einer nach dem Pflegeberufegesetz oder dem Notfallsanitätergesetz vorgeschriebenen beruflichen oder hochschulischen Ausbildung, von Personen ausgeübt werden, die nach § 1 PflBG oder § 1 NotSanG die Erlaubnis zur Führung der jeweiligen Berufsbezeichnungen haben,~~ <u>oder</u> <u>4. aufgrund von Fort- und Weiterbildungen entsprechend § 5 Abs. 1 PflBG und § 4 Abs. 1 NotSanG im Sinne eines lebenslangen Lernens, wenn diese mit einer Prüfung abgeschlossen worden.</u>	Die Änderungen in Abs. 2 Nr. 1 greifen die gesetzlichen Regelungen nach § 1 PflBG oder § 1 NotSanG auf und fassen damit alle Regelungen und Vorschriften zusammen. Durch Einfügen des Wortes „oder“ wird die Verknüpfungskette aufgehoben. Nur so kann auf die bereits absolvierten Ausbildungsinhalte zugegriffen werden. Die Hinzunahme des Absatz 2 Nr. 4 greift Regelungen des PflBG und des NotSanG auf und stellt klar heraus, dass auch Fort- und Weiterbildungen im Sinne eines lebenslangen Lernens zu einer Kompetenzanpassung- und Erweiterung führen. Dies ist erforderlich, um nochmals klar herauszustellen, dass die eigenverantwortliche Fort- und Weiterbildung zum Erhalt eines Kenntnisstandes nach dem aktuellen Stand führt und dann auch zur Anwendung kommen darf. Diese Möglichkeit der Fortbildung ist erforderlich, um beispielsweise Änderungen in

		Leitlinien schnell umsetzbar zu gestalten und nicht auf die ausschließliche Anerkennung durch Länder oder Bund warten zu müssen. Dies ermöglicht die in der Realität erforderliche Flexibilität.
(3) Die eigenverantwortliche Erbringung heilkundlicher Leistungen nach Absatz 1 ist zulässig, wenn 1. bei einem Notfall- oder Akutpatientenzustand eine unmittelbare notfallpflegerische oder notfallsanitätsdienstliche Versorgung mindestens vorübergehend erforderlich ist und ohne diese eine unmittelbare und hinreichend wahrscheinliche Verschlechterung des Patientenzustandes angenommen oder nicht ausgeschlossen werden kann, und 2. andere geeignete Versorgungsformen nicht in angemessener Zeit zur Verfügung stehen oder einen unverhältnismäßig großen Aufwand oder zusätzliche Risiken für die Patientin oder den Patienten mit sich bringen würden.	(3) Die eigenverantwortliche Erbringung heilkundlicher Leistungen nach Absatz 1 ist zulässig, wenn 1. bei einem Notfall- oder Akutpatientenzustand eine unmittelbare notfallpflegerische oder notfallsanitätsdienstliche Versorgung mindestens vorübergehend erforderlich ist und ohne diese eine unmittelbare und hinreichend wahrscheinliche Verschlechterung des Patientenzustandes angenommen oder nicht ausgeschlossen werden kann ~~und~~ <u>oder</u> 2. andere geeignete Versorgungsformen nicht in angemessener Zeit zur Verfügung stehen oder einen unverhältnismäßig großen Aufwand oder zusätzliche Risiken <u>oder keinen erheblichen zusätzlichen Nutzen</u> für die Patientin oder den Patienten mit sich bringen würden.	Durch Änderung des Wortes „und“ zu „oder“ wird die starre Verknüpfung und damit eine Bedingungskette aufgehoben. Wir sprechen dringend uns für die Ergänzung „oder keinen erheblichen zusätzlichen Nutzen“ aus. Dies entspricht den Grundsätzen des § 12 SGB V. Das bereits mit dem NotSanG verfolgte Ziel einer Reduktion nicht erforderlicher Notarzteinätze würde so klarer herausgestellt. Dies stärkt die im NotSanG als Grundvorschrift bezeichneten Regelungen in § 4 Abs. 2 Nr. 1 lit. b) NotSanG. Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter sind mit ihren eigenverantwortlichen Versorgungsmaßnahmen in der Lage, in vielen Fällen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich zur Versorgung beizutragen. Vielfach wird allerdings zusätzlich notärztliche Hilfe in Anspruch genommen, ohne einen medizinischen Mehrwert für

	<u>3. Notfallsanitäterinnen oder Notfallsanitäter entsprechend § 4 Abs. 2 Nr. 1 lit. b) NotSanG die Versorgungsmaßnahmen aufgrund der eigenverantwortlichen Patientenbeurteilung als erforderlich beurteilen.</u>	den Patienten zu bringen. Dies verstößt unserer Ansicht nach gegen § 12 SGB V. Durch die Formulierung „oder keinen erheblichen zusätzlichen Nutzen“ wird die Notwendigkeitsprüfung und die Wirtschaftlichkeitsprüfung nach § 12 Abs. 1 SGB V erfüllt. Wir sprechen uns für die Ergänzung um eine Nr. 3 in diesem Absatz 3 aus. Dadurch wird die bereits rechtlich bestehende, aber vielerorts negierte Realität der eigenverantwortlichen Patientenbeurteilung und Maßnahmenfestlegung nochmals bundesgesetzlich fixiert. Dies führt zu einer Stärkung der eigenverantwortlichen, heilkundlichen Kompetenzen und ermöglicht eine patientenzustandszentrierte Versorgung. Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter haben hier ohnehin bereits die Entscheidungsprärogative. Dies hier aufzunehmen, unterstreicht den Willen zum Wirksamwerden des Berufsbildes.
(4) Die heilkundlichen Maßnahmen nach Absatz 1 umfassen auch solche, die über die in den nach § 73d Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und § 112a Absatz 1 vereinbarten Katalogen genannten Leistungen hinausgehen, soweit und solange dies zur Abwendung einer hinreichend wahrscheinlichen akuten Gefahr für Leben oder einer erheblichen Einschränkung der Gesundheit erforderlich ist.		
(5) Die Maßnahmen erfolgen unbeschadet der Gesamtverantwortung der Ärztinnen und Ärzte für die medizinische Versorgung.	~~- Gänzliche Streichung - (5) Die Maßnahmen erfolgen unbeschadet der Gesamtverantwortung der Ärztinnen und Ärzte für die medizinische Versorgung.~~	Wir empfehlen diesen Absatz gänzlich zu streichen. Diese Formulierungen bieten den Nährboden für weitere berufsständische Diskussionen, die letztendlich

	<i>Alternativer Vorschlag: (5) Die Maßnahmen der Pflegerinnen nach § 1 PflBG erfolgen unbeschadet der Gesamtverantwortung der Ärztinnen und Ärzte für die medizinische Versorgung.</i>	versorgungsverhindernd wirken. Sollte es aufgrund der Pflegerinnen erforderlich sein, diese Klarstellung zu belassen, sprechen wir uns für eine entsprechende Konkretisierung aus.
(6) Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates Näheres zu Inhalt, Umfang und Anerkennung der in Absatz 2 genannten Qualifikationen sowie zu Verfahren der staatlichen Kompetenzfeststellung nach Absatz 2 Nummer 3 zu regeln.		
(7) § 15b gilt ergänzend zu § 15a dieses Gesetzes und zu den Regelungen des Notfallsanitättergesetzes.“		

Die Stärkung der auch heilkundlichen Kompetenzen von Pflegepersonen und Notfallsanitätterinnen und Notfallsanitättern ist nach Ansicht des DBRD ein wesentlicher Baustein zur Konsolidierung des Akutversorgungssystems. Der Anteil der niederschweligen Hilfeersuchen an Pflegerinnen und Notfallsanitätterinnen und Notfallsanitättern nimmt immer weiter zu und führt zu erheblichen Belastungen des Gesundheitssystems. Dazu wird oftmals ärztliche Versorgung eingesetzt, ohne einen Mehrwert für den Patienten zu erzielen. Dies führt zu erheblicher Belastung der aufsuchenden Dienste der Kassenärztlichen Vereinigungen und auch zu erheblichen Belastungen der Rettungsdienste und der Notfallaufnahmestellen. Durch die vorgeschlagenen Änderungsanträge wird der Versorgungssituation und der demografischen Entwicklung Rechnung getragen, ohne die Patientensicherheit oder Versorgungsqualität einzuschränken. Vielmehr ist dadurch die Möglichkeit geschaffen, zielgerichteter Versorgung zu realisieren.

Lübeck, 06.10.2025

Für den Vorstand, Beirat und Ärztlichen Beirat

Frank Flake
1. Vorsitzender

Kontakt:



Deutscher Berufsverband Rettungsdienst e. V. (DBRD)
Maria-Goeppert-Straße 3
23562 Lübeck
Tel. 0451-30505 860
Fax 0451-30505 861
Internet: www.dbrd.de
E-Mail: info@dbrd.de

**Stellungnahme der unparteiischen Mitglieder des
Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA)
vom 08.10.2025**

zum

**Entwurf eines Gesetzes zur Befugnisenerweiterung und
Entbürokratisierung in der Pflege
(BT-Drs. 21/1511 i.V.m. BT-Drs. 21/1935)**

I. Allgemeines

Ziel des Gesetzes zur Befugnisenerweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege ist es – mit Blick auf die Herausforderungen der Akut- und Langzeitpflege und den steigenden Bedarf an pflegerischen Leistungen –, die vielfältigen Kompetenzen und Potenziale der Pflegefachpersonen stärker zu nutzen.

Der Gesetzesentwurf sieht unter anderem vor, dass Pflegefachpersonen künftig eigenverantwortlich Leistungen der ärztlichen Behandlung in der Versorgung erbringen und Folgeverordnungen für häusliche Krankenpflege-Leistungen – einschließlich der für diese Maßnahmen benötigten Hilfsmittel – veranlassen können. Die näheren Einzelheiten hierzu sollen in zwei Verträgen, einmal zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die für die Wahrnehmung der Interessen von Pflegediensten maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene und die Vereinigungen der Träger von Pflegeheimen nach § 71 Absatz 2 SGB XI, sowie zum anderen zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen, dem Verband der Privaten Krankenversicherung und der Deutschen Krankenhausgesellschaft vereinbart werden.

Wie bereits in der Stellungnahme vom 30. September 2024¹ zum Referentenentwurf zum PKG aus der vergangenen Legislaturperiode und in der Stellungnahme vom 14. Juli 2025² mitgeteilt, erachten es die hauptamtlichen unparteiischen Mitglieder des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) für sehr wichtig, die Kompetenz der Pflegefachpersonen zu erweitern und begrüßen dies ausdrücklich. Das Gesetz wird als ausgesprochen wichtiger und gelungener Meilenstein zur umfassenden Stärkung der Pflegeberufe erachtet.

Mit dem vorliegenden Referentenentwurf wurde verschiedenen Hinweisen aus der oben genannten Stellungnahme nachgekommen. Jedoch ist weiterhin vorgesehen, die Kompetenzerweiterung der Pflegefachpersonen ausschließlich in einem Vertrag auf Ebene der Vertragspartner zu regeln, und nicht in den einschlägigen Richtlinien durch den G-BA. Um kompetenzrechtliche Abgrenzungsschwierigkeiten und inhaltliche Überschneidungen mit den etablierten Richtlinien-Regelungen des G-BA von vornherein zu vermeiden, bedarf es noch weiterer regelungstechnischer Anpassungen.

¹ Stellungnahme der hauptamtlichen unparteiischen Mitglieder des G-BA vom 30.09.2024 zum Referentenentwurf des BMG für ein Gesetz zur Stärkung der Pflegekompetenz, abrufbar unter: https://www.g-ba.de/downloads/17-98-5767/2024-09-30_PA_BMG_G-BA_Stellungnahme_PKG.pdf (zuletzt abgerufen am 07.07.2025)

² Erneute Stellungnahme der hauptamtlichen unparteiischen Mitglieder des G-BA vom 14.07.2024 zum Referentenentwurf des BMG für ein Gesetz zur Stärkung der Pflegekompetenz, abrufbar unter: https://www.g-ba.de/downloads/17-98-5935/2025-07-14_PA_BMG_G-BA_Stellungnahme_Pflegekompetenzgesetz.pdf (zuletzt abgerufen am 07.10.2025)

Die hauptamtlichen unparteiischen Mitglieder des G-BA nehmen entsprechend der Betroffenheit des G-BA zu dem zugrundeliegenden Referentenentwurf im nachfolgenden Umfang Stellung. Zu weiteren Aspekten wird aufgrund einer allenfalls mittelbaren Betroffenheit des G-BA auf eine Stellungnahme verzichtet.

II. Einzelbemerkungen

Zu Artikel 3 „Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“

Zu Nummer 2

Nach § 15 wird der folgende § 15a eingefügt:

„§ 15a

Behandlung durch Pflegefachpersonen, Pflegeprozessverantwortung

(1) Pflegefachpersonen, die über die erforderlichen fachlichen Kompetenzen aufgrund einer nach dem Pflegeberufegesetz vorgeschriebenen beruflichen oder hochschulischen Ausbildung, aufgrund einer staatlich anerkannten, bundesweit einheitlichen Weiterbildung oder aufgrund einer solchen Weiterbildung entsprechenden Berufserfahrung, die durch eine staatliche Kompetenzfeststellung der Länder nachgewiesen wurde, verfügen, können insbesondere die folgenden Leistungen der ärztlichen Behandlung im Rahmen der Leistungserbringung nach diesem Buch unter den folgenden Voraussetzungen eigenverantwortlich erbringen:

- 1. nach ärztlicher Diagnose und Indikationsstellung die in dem nach § 73d Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und § 112a Absatz 1 vereinbarten Katalogen genannten Leistungen,*
- 2. nach einer erstmaligen ärztlichen Verordnung die Verordnung der in dem nach § 73d Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 vereinbarten Katalog genannten Leistungen der häuslichen Krankenpflege, einschließlich der Verordnung der in diesem Katalog als für diese Leistungen benötigt genannten Hilfsmittel nach § 33, und*
- 3. bis zum Abschluss des Vertrags nach § 73d Absatz 1 Satz 1 die in Anlage 1 des nach § 64d Absatz 1 Satz 4 geschlossenen Rahmenvertrags genannten Leistungen der ärztlichen Behandlung. [...]“*

Bewertung zu § 15a Absatz 1 Satz 1 Nummer 1:

Die Kompetenzerweiterung der Pflegefachpersonen auf Leistungen der ärztlichen Behandlung wird ausdrücklich begrüßt. Aufgrund ihrer systematischen Stellung sowie ausweislich der Gesetzesbegründung (siehe BT-Drs. 21/1511, S. 115) gilt diese Regelung überall dort, wo die ärztliche Behandlung im Fünften Buch Sozialgesetzbuch geregelt wird.

Ausdrücklich klargestellt werden sollte, dass der in §§ 135 Absatz 1, 137c SGB V geregelte Methodenbewertungsvorbehalt auch bei von Pflegefachpersonen erbrachten Leistungen gilt. Etwas anderes kann sich auch aus der Systematik des Methodenbewertungsregimes und der Gesetzeskonstruktion nicht ergeben. Es sollte klargestellt werden, dass die im Rahmen der Methodenbewertung erlassenen Vorgaben zur Qualitätssicherung (QS) in den Richtlinien des G-BA, insbesondere der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung (MVV-RL) sowie den

sektorenübergreifenden QS-Richtlinien aus dem Bereich der Methodenbewertung, wie beispielsweise der QS-Richtlinie Liposuktion oder der QS-Richtlinie zur interstitiellen LDR-Brachytherapie beim lokal begrenzten Prostatakarzinom, in den Verträgen nach § 73d SGB V und § 112a SGB V berücksichtigt werden müssen. Für bestimmte Methoden hat der G-BA beispielsweise Qualifikationsvorgaben wie bestimmte Facharzttitel oder darüberhinausgehende Qualifikationen für erforderlich erachtet, die Mindestanforderungen für die Erbringung dieser Methoden darstellen (so beispielsweise bezüglich der Durchführung der Vakuumversiegelungstherapie zum Wundverschluss in Anlage I Nr. 33 § 3 MVV-RL). Es wird deshalb ein Verweis auf § 135 Absatz 1 SGB V in § 73d sowie eine Ergänzung in der Gesetzesbegründung angeregt.

Sollte anlässlich der dem Bundesrat zugesagten Prüfung durch die Bundesregierung, in welchen Bereichen Pflegefachpersonen eigenverantwortlich – also ohne ärztliche Diagnose und Indikationsstellung – Heilkunde ausüben können (siehe BT-Drs. 21/1935, S. 26 und S. 38), ermöglicht werden, dass Pflegefachpersonen zukünftig auch ohne ärztliche Diagnose und Indikationsstellung ärztliche Leistungen erbringen können, wäre auch hierbei der Methodenbewertungsvorbehalt des G-BA zu beachten.

Änderungsvorschlag:

Siehe hierzu die Empfehlung zu Nummer § 73d und § 112a SGB V.

Bewertung zu § 15a Absatz 1 Satz 1 Nummer 2:

Die Kompetenzerweiterung der Pflegefachpersonen bezüglich der Verordnung von häuslicher Krankenpflege und Hilfsmitteln wird ebenfalls ausdrücklich begrüßt.

Es bedarf jedoch einer Klarstellung im Hinblick auf die Erst- oder Folgeverordnung von Hilfsmitteln. Im Vergleich zu der Regelung im Erstentwurf wird im aktuellen Entwurf deutlicher, dass Pflegefachpersonen Folgeverordnungen von häuslicher Krankenpflege (HKP) einschließlich der Verordnungen von für diese Leistungen benötigten Hilfsmitteln ausstellen können. Insofern wurde der Anregung der hauptamtlichen unparteiischen Mitglieder des G-BA gefolgt. Jedoch bestehen nach wie vor Unklarheiten. Die Gesetzesänderung ist laut ihrem Wortlaut eher so zu verstehen, dass für Hilfsmittel, die in Zusammenhang mit einer HKP-Leistung stehen, bereits die Erstverordnung durch die Pflegefachperson erfolgen kann und folglich überhaupt keine vertragsärztliche Verordnung mehr erforderlich ist. Jedoch scheint die Gesetzesbegründung nach wie vor davon auszugehen, dass auch die Hilfsmittelverordnung eine ärztliche Erstverordnung voraussetzt (siehe BT-Drs. 21/1511, S. 168 zweiter Absatz). Insofern ist eine gesetzliche Klarstellung erforderlich, dass sich dies nur auf Folgeverordnungen bezieht.

Sollte anlässlich der dem Bundesrat zugesagten Prüfung durch die Bundesregierung im Raum stehen, eine erstmalige Verordnung durch Pflegefachpersonen für HKP-Leistungen und Hilfsmittel zu ermöglichen, wäre dies problematisch. Die Gefahr der unterschiedlichen Konkretisierung des Leistungsanspruchs würde erheblich verschärft und hierdurch zwei nebeneinander bestehende, voneinander unabhängige Leistungssysteme geschaffen.

Die Formulierung „insbesondere“ führt ferner dazu, dass die anschließenden Aufzählungen einschließlich der Ordnungsrechte unter 2. als nicht abschließend zu verstehen sind. Diese Intention ist auch der Gesetzesbegründung zu entnehmen. Ohne korrespondierende leistungserbringungsrechtliche Regelung in den Vorgaben zu den Verträgen (§§ 73d und 112a SGB V) führt diese Systemoffenheit jedoch zu Rechtsunsicherheiten, da sich die Frage stellt, welche weiteren Leistungen noch eigenverantwortlich von Pflegefachpersonen erbracht oder verordnet werden können und ob bzw. wo dies zu regeln ist.

Zu den kompetenzrechtlichen Abgrenzungsschwierigkeiten und inhaltlichen Überschneidungen mit den etablierten Richtlinien-Regelungen des G-BA siehe Ausführungen zu § 73d SGB V.

Änderungsvorschlag:

„§ 15a

Behandlung durch Pflegefachpersonen, Pflegeprozessverantwortung

(1) Pflegefachpersonen, die über die erforderlichen fachlichen Kompetenzen aufgrund einer nach dem Pflegeberufegesetz vorgeschriebenen beruflichen oder hochschulischen Ausbildung, aufgrund einer staatlich anerkannten, bundesweit einheitlichen Weiterbildung oder aufgrund einer solchen Weiterbildung entsprechenden Berufserfahrung, die durch eine staatliche Kompetenzfeststellung der Länder nachgewiesen wurde, verfügen, können insbesondere die folgenden Leistungen der ärztlichen Behandlung im Rahmen der Leistungserbringung nach diesem Buch unter den folgenden Voraussetzungen eigenverantwortlich erbringen:

- 1. nach ärztlicher Diagnose und Indikationsstellung die in dem nach § 73d Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und § 112a Absatz 1 vereinbarten Katalogen genannten Leistungen,*
- 2. nach einer erstmaligen ärztlichen Verordnung die Verordnung der in dem nach § 73d Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 vereinbarten Katalog genannten Leistungen der häuslichen Krankenpflege, einschließlich der **Folge**verordnung der in diesem Katalog als für diese Leistungen benötigt genannten Hilfsmittel nach § 33, und*
- 3. bis zum Abschluss des Vertrags nach § 73d Absatz 1 Satz 1 die in Anlage 1 des nach § 64d Absatz 1 Satz 4 geschlossenen Rahmenvertrags genannten Leistungen der ärztlichen Behandlung. [...]*

Zu Nummer 5

§ 33 SGB V

Hilfsmittel

§ 33 Absatz 5a wird wie folgt geändert:

a) Nach Satz 1 wird der folgende Satz eingefügt:

„Einer vertragsärztlichen Verordnung nach Satz 1 bedarf es nicht, wenn eine Pflegefachperson die Leistung nach § 15a Absatz 1 Nummer 2 verordnet hat.

[...]“

Bewertung:

Die hauptamtlichen unparteiischen Mitglieder des G-BA begrüßen, dass die bislang in § 40 Absatz 6 Satz 6 SGB XI normierte Empfehlungsbefugnis von Pflegefachkräften für bestimmte Hilfs- und Pflegehilfsmittel um die Kompetenz der Pflegefachpersonen, Hilfsmittel in der häuslichen Krankenpflege zu verordnen, erweitert wird. Siehe zum Erfordernis einer Klarstellung bezüglich Folgeverordnungen die Ausführungen zu § 15a SGB V.

Zu Nummer 6

§ 37

Häusliche Krankenpflege

§ 37 wird wie folgt geändert:

[...]

b) Absatz 2b Satz 1 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

„Die häusliche Krankenpflege nach den Absätzen 1 und 2 umfasst auch die ambulante Palliativversorgung sowie die nach § 15a Absatz 1 Nummer 1 und 3 von Pflegefachpersonen erbrachten Leistungen.“

Bewertung:

Durch diese Regelung könnte ein Widerspruch zur bisherigen Regelungssystematik sowie zum gesetzgeberischen Willen entstehen, wie er in der Gesetzesbegründung formuliert ist. Siehe hierzu die Ausführungen zu § 73d SGB V. Durch den Verweis auf § 15a Absatz 1 Nummer 1 SGB V stellt sich außerdem die Frage, ob auch Leistungen nach § 112a SGB V mitumfasst sein sollen. Dies dürfte nicht der Fall sein, da die häusliche Krankenpflege als ambulante Leistung von der Krankenhausbehandlung abzugrenzen ist und sollte mithin klargestellt werden. Es wird empfohlen, einen Verweis auf § 73d Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V aufzunehmen.

Änderungsvorschlag:

§ 37 wird wie folgt geändert:

[...]

b) Absatz 2b Satz 1 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

*„Die häusliche Krankenpflege nach den Absätzen 1 und 2 umfasst auch die ambulante Palliativversorgung sowie die nach § 15a Absatz 1 Nummer 1 und 3 **in Verbindung mit § 73d Absatz 1 Satz 1 Nummer 1** von Pflegefachpersonen erbrachten Leistungen.“*

Siehe ferner die Empfehlung zu § 73d SGB V.

Zu Nummer 16

Nach § 73c wird der folgende § 73d eingefügt:

„§ 73d

Eigenverantwortliche Erbringung von Leistungen durch Pflegefachpersonen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung; eigenverantwortliche Verordnung häuslicher Krankenpflege durch Pflegefachpersonen, Evaluation

(1) Die Kassenärztliche Bundesvereinigung, der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die für die Wahrnehmung der Interessen von Pflegediensten maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene und die Vereinigungen der Träger von Pflegeheimen im Sinne des § 71 Absatz 2 des Elften Buches vereinbaren bis zum 31. Juli 2027 in einem Vertrag

1. einen Katalog an Leistungen der ärztlichen Behandlung, die Pflegefachpersonen nach § 15a Absatz 1 Nummer 1 eigenverantwortlich erbringen können,

2. einen Katalog an Leistungen im Rahmen der häuslichen Krankenpflege nach § 37, einschließlich der für diese Leistungen benötigten Hilfsmittel nach § 33, die Pflegefachpersonen nach § 15a Absatz 1 Nummer 2 eigenverantwortlich verordnen können, sowie das Nähere zum Verfahren und zu der Ausgestaltung der Verordnungen,

3. Rahmenvorgaben zur interprofessionellen Zusammenarbeit zwischen Pflegefachpersonen und Ärzten bei der Erbringung der nach den Nummern 1 und 2 vereinbarten Leistungen. [...]“

Bewertung:

Im neuen § 73d Absatz 1 Satz 1 SGB V erhalten die Kassenärztliche Bundesvereinigung, der Spitzenverband Bund der Krankenkassen sowie die für die Wahrnehmung der Interessen von Pflegediensten maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene unter Beteiligung der Vereinigungen der Träger von Pflegeheimen nach § 71 Absatz 2 SGB XI die Kompetenz, in einem Rahmenvertrag weitreichende Regelungen zur Ausübung und Verordnung von Leistungen durch Pflegefachpersonen zu regeln. Neben der Frage, welche Leistungen der ärztlichen Behandlung nach ärztlicher Diagnose und Indikationsstellung selbstständig von Pflegefachpersonen erbracht werden können, soll insbesondere geregelt werden, welche häusliche Krankenpflege-Leistungen einschließlich der im Rahmen der häuslichen Krankenpflege benötigten Hilfsmittel von den Pflegefachpersonen eigenverantwortlich verordnet werden können.

Wie bereits in den Stellungnahmen vom 30. September 2024 und vom 14. Juli 2025 ausgeführt, besitzt der G-BA die vom Gesetzgeber eingeräumte Regelungskompetenz für die Voraussetzungen und Inhalte der Verordnung von häuslicher Krankenpflege und Hilfsmitteln im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung. Seine Richtlinien sind

als untergesetzliche Normen für alle Akteure der gesetzlichen Krankenversicherung verbindlich. Nach ständiger höchstrichterlicher Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) obliegt es dem G-BA, im Interesse der Gleichbehandlung der Versicherten sowie der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung im Rahmen einer beitragsfinanzierten Zwangsversicherung einheitlich für das ganze Bundesgebiet den abstrakten gesetzlichen Leistungsanspruch der Versicherten nach den §§ 27 ff SGB V näher zu konkretisieren (siehe etwa bereits BSG, Urteil vom 16.12.1993 – 4 RK 5/92, juris, Rn. 40ff; BSG, Urteil vom 06.05.2009 – B 6 A 1/08 R, juris, Rn. 44f.).

Die bereits in den Stellungnahmen vorgetragenen Bedenken zu Abgrenzungsschwierigkeiten oder inhaltlichen Überschneidungen mit den Richtlinien-Regelungen des G-BA bleiben bestehen. Zwar zeigt die neue Gesetzesbegründung, dass diese Abgrenzungsschwierigkeiten bekannt sind (siehe BT-Drs. 21/1511, S. 169). Die beiden Regelungswerke seien voneinander abgrenzbar, indem diese unterschiedliche Regelungsgegenstände betreffen und an unterschiedliche Normadressaten gerichtet seien. Dies wird jedoch aus der vorgesehenen Gesetzeskonzeption nicht hinreichend rechtsklar.

Gemäß § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 SGB V beschließt der G-BA Richtlinien über die Verordnung von Hilfsmitteln und häuslicher Krankenpflege, wobei es sich hierbei um eine berufsgruppenoffene Formulierung handelt. In der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie (HKP-RL) hat er insbesondere gemäß § 92 Absatz 7 Satz 1 SGB V die Verordnung der häuslichen Krankenpflege sowie Inhalt und Umfang der Zusammenarbeit des verordnenden Vertragsarztes mit dem jeweiligen Leistungserbringer und dem Krankenhaus zu regeln. Die HKP-RL enthält unter anderem Regelungen über Inhalte, Ziele und Umfang der häuslichen Krankenpflege, die Verordnung häuslicher Krankenpflege, die Dauer der Verordnung und die Zusammenarbeit zwischen Vertragsarzt, Vertragspsychotherapeut, Krankenhäusern und Pflegediensten. Der Leistungsanspruch auf HKP-Leistungen wird durch den Leistungskatalog in der Anlage der Richtlinie weiter konkretisiert.

Indem § 73d Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V vorsieht, dass auf Vertragsebene ein Katalog an Leistungen geregelt werden soll, die durch Pflegefachpersonen eigenverantwortlich erbracht werden können und § 37 Absatz 2b Satz 1 SGB V regelt, dass sämtliche in diesem Katalog vereinbarten Leistungen HKP-Leistungen sind, besteht die Gefahr, dass Inhalt und Umfang des Leistungsanspruchs auf HKP-Leistungen durch die vertraglichen Regelungen ausgeweitet werden. Hiermit würden neue HKP-Leistungen quasi „durch die Hintertür“ in die HKP-Versorgung gelangen. Zu befürchten ist, dass die Bejahung des leistungsrechtlichen Anspruchs für Versicherte

davon abhängig wäre, ob eine Pflegefachperson oder eine Ärztin bzw. ein Arzt die Leistung veranlasst. Diese sich zwangsläufig ergebende Ungleichbehandlung kann nicht vom Gesetzgeber gewollt sein.

Zudem sieht § 73d Absatz 1 Nummer 2 und 3 SGB V n.F. vor, dass die Rahmenvertragspartner das Nähere zum Verfahren und der Ausgestaltung der Folgeverordnungen regeln und Vorgaben für die interprofessionelle Zusammenarbeit zwischen Pflegefachpersonen und Ärztinnen oder Ärzten machen. Die Regelungsgegenstände der HKP-RL und des vorgesehenen Rahmenvertrages überschneiden sich mithin inhaltlich.

Ferner ist darauf hinzuweisen, dass die Aufspaltung der Versorgungsbereiche auf Richtlinie und Vertragsebene auch die Sicherstellung der Versorgungskontinuität gefährden kann. Im Unterschied zu der bisherigen Rechtslage wird nunmehr mit dem Gesetzentwurf erstmals ein Wechsel im Ordnungsverfahren ausdrücklich vorgesehen, den es bisher in der ambulanten Versorgung in diesem Umfang nicht gab. Dieser Wechsel tritt danach regelmäßig nach der Erstverordnung ein und betrifft drei verschiedene Aspekte: die Person der oder des Verordnenden, deren oder dessen Profession (Ärztin oder Arzt einerseits, Pflegefachperson andererseits) sowie die rechtlichen Vorgaben, an denen sich die oder der Verordnende halten muss (Richtlinien des G-BA einerseits, Vertrag nach § 37d SGB V andererseits). Die Kontinuität der Versorgung ist entscheidend davon abhängig, dass die drei Aspekte harmonisiert werden. Das Auseinanderfallen der (kompetenz-)rechtlichen Zuordnungen führt dazu, dass als einziger gemeinsamer Bezugspunkt in der Ordnungskontinuität zwischen Erst- und Folgeverordnung nur noch das SGB V bleibt. Um Ordnungskontinuität zu gewährleisten, müssen also die Regelungen, an denen sich die Pflegefachpersonen orientieren, kompatibel sein mit denen, an denen sich verordnende Ärztinnen und Ärzte orientieren. Die ärztliche Erstverordnung von häuslicher Krankenpflege (und ggf. auch von Hilfsmitteln, siehe oben) gilt im vorliegenden Entwurf als Voraussetzung für eine Folgeverordnung der Pflegefachkraft. Deshalb wäre es konsequent und vorzugswürdig, wenn die Gesetzesänderung vorsähe, dass die vertraglichen Regelungen nach § 73d SGB V sich an den G-BA-Richtlinien zu orientieren haben, soweit sie nicht tatsächlich unabhängige Regelungsgebiete betreffen. Zuletzt ist noch darauf hinzuweisen, dass im Rahmen der Ordnungen der HKP auch sogenannte Blankoverordnungen möglich sind, bei denen in der ärztlichen Verordnung die Dauer und Häufigkeit der verordneten HKP-Leistung unbestimmt bleibt und die Pflegefachperson diese entsprechend der HKP-Richtlinie selbst bestimmen kann. Für welche Leistungen der häuslichen Krankenpflege dies bislang gilt, hat der G-BA im Leistungsverzeichnis der HKP-Richtlinie festgelegt. Vor diesem Hintergrund wäre zu überlegen, ob das Verhältnis zwischen dem

eigenverantwortlichen Verordnungsrecht der Pflegefachpersonen einerseits und den Regelungen der Blankverordnung andererseits deutlicher abgegrenzt werden sollte. Dies betrifft insbesondere die Konstellation, dass die ärztliche Erstverordnung als Blankverordnung ausgestellt wurde. Soll also die ärztliche Erstverordnung nicht zugleich eine Blankverordnung sein, sollte dies im Gesetzestext klargestellt werden.

Abschließend ist festzuhalten, dass der Versuch, eine Abgrenzung zwischen den Richtlinien des G-BA und dem Rahmenvertrag vorzunehmen, zwar erkennbar ist, jedoch noch nicht ausreicht. Vielmehr ist eine gesetzliche Klarstellung erforderlich, die besagt, dass die Rahmenvertragspartner die Richtlinien des G-BA beachten müssen. Dies gilt neben den Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V auch für alle anderen Richtlinien des G-BA, die die ärztliche Behandlung regeln und konkretisieren.

Änderungsvorschlag:

„§ 73d

Eigenverantwortliche Erbringung von Leistungen durch Pflegefachpersonen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung; eigenverantwortliche Verordnung häuslicher Krankenpflege durch Pflegefachpersonen, Evaluation

(1) Die Kassenärztliche Bundesvereinigung, der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die für die Wahrnehmung der Interessen von Pflegediensten maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene und die Vereinigungen der Träger von Pflegeheimen im Sinne des § 71 Absatz 2 des Elften Buches vereinbaren bis zum 31. Juli 2027 in einem Vertrag

*1. einen Katalog an Leistungen der ärztlichen Behandlung, die Pflegefachpersonen nach § 15a Absatz 1 Nummer 1 eigenverantwortlich erbringen können; **§ 135 Absatz 1 SGB V gilt entsprechend,***

2. einen Katalog an Leistungen im Rahmen der häuslichen Krankenpflege nach § 37, einschließlich der für diese Leistungen benötigten Hilfsmittel nach § 33, die Pflegefachpersonen nach § 15a Absatz 1 Nummer 2 eigenverantwortlich verordnen können, sowie das Nähere zum Verfahren und zu der Ausgestaltung der Verordnungen;

3. Rahmenvorgaben zur interprofessionellen Zusammenarbeit zwischen Pflegefachpersonen und Ärzten bei der Erbringung der nach den Nummern 1 und 2 vereinbarten Leistungen.

Hierbei sind die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zu beachten. [...]

Zu Nummer 21

Nach § 112 wird der folgende § 112a eingefügt:

„§ 112a

Eigenverantwortliche Erbringung von Leistungen durch Pflegefachpersonen im Rahmen der Krankenhausbehandlung

(1) Die Vertragsparteien auf Bundesebene nach § 9 Absatz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes vereinbaren bis zum 31. Juli 2028 in einem Vertrag

1. einen Katalog an Leistungen der ärztlichen Behandlung, die Pflegefachpersonen nach § 15a Absatz 1 Nummer 1 in zugelassenen Krankenhäusern im Sinne des § 108 eigenverantwortlich erbringen können,

2. Rahmenvorgaben zur interprofessionellen Zusammenarbeit im Krankenhaus zwischen Pflegefachpersonen und Ärzten bei der Erbringung der nach Nummer 1 vereinbarten Leistungen.

[...]“

Bewertung:

Auch für die eigenverantwortliche Erbringung von Leistungen durch Pflegefachpersonen im Rahmen der Krankenhausbehandlung stellen sich kompetenzrechtliche Abgrenzungsschwierigkeiten und inhaltliche Überschneidungen mit den etablierten Richtlinien-Regelungen des G-BA (siehe Ausführungen zu § 73d SGBV). Insofern ist auch hier eine gesetzliche Klarstellung erforderlich.

Darüber hinaus ist nach dem Gesetzeswortlaut nicht ersichtlich, dass sich diese Regelungen auch auf das Entlassmanagement beziehen, insbesondere wird in § 112a Absatz 1 Nummer 1 nicht § 15a Absatz 1 Nummer 2 SGB V in Bezug genommen, sodass unklar ist, ob in dem Vertrag nach § 112a SGB V auch die Verordnung im Rahmen des Entlassmanagements geregelt werden kann. Ausweislich der Gesetzesbegründung (siehe BT-Drs. 21/1511, S. 172) kann der Katalog jedoch auch Aufgaben im Rahmen des Entlassmanagements umfassen.

Es sollte darüber hinaus klargestellt werden, dass die Qualitätsvorgaben in Richtlinien des G-BA zu beachten sind (siehe hierzu die Ausführungen zu § 15a SGB V).

Änderungsvorschlag:

„§ 112a

Eigenverantwortliche Erbringung von Leistungen durch Pflegefachpersonen im Rahmen der Krankenhausbehandlung

(1) Die Vertragsparteien auf Bundesebene nach § 9 Absatz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes vereinbaren bis zum 31. Juli 2028 in einem Vertrag

1. einen Katalog an Leistungen der ärztlichen Behandlung, die Pflegefachpersonen nach § 15a Absatz 1 Nummer 1 in zugelassenen

*Krankenhäusern im Sinne des § 108 eigenverantwortlich erbringen können;
§ 137c SGB V gilt entsprechend,*

2. einen Katalog an Leistungen im Rahmen der häuslichen Krankenpflege nach § 37, die Pflegefachpersonen nach § 15a Absatz 1 Nummer 2 im Rahmen des Entlassmanagements eigenverantwortlich verordnen können, sowie das Nähere zum Verfahren und zu der Ausgestaltung der Verordnungen,

23. *Rahmenvorgaben zur interprofessionellen Zusammenarbeit im Krankenhaus zwischen Pflegefachpersonen und Ärzten bei der Erbringung der nach Nummer 1 vereinbarten Leistungen.“*

Prof. Josef Hecken

(Unparteiischer Vorsitzender)

Karin Maag

(Unparteiisches Mitglied)

Dr. med. Bernhard van Treeck

(Unparteiisches Mitglied)

Stellungnahme der DGINA Deutschen Gesellschaft für Notfallmedizin zum

Entwurf eines Gesetzes zur Befugniserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege“ (BT-Drs. 21/1511)

Berlin, 08.10.2025

Einleitung

Die DGINA Deutsche Gesellschaft für Notfallmedizin begrüßt die Initiative der Bundesregierung, sich im Rahmen der anstehenden Reformen detaillierter mit der Befugniserweiterung von Pflegefachpersonen auseinanderzusetzen. Aus Sicht der Notfallmedizin ist dieser Schritt nicht nur fachlich geboten, sondern gesundheitspolitisch überfällig – insbesondere mit Blick auf die dynamischen Anforderungen in der Notfallversorgung (1). Als wissenschaftliche Fachgesellschaft mit Kernexpertise in der Notfallmedizin möchte die DGINA zur Diskussion um die zukünftige Ausgestaltung der notfallmedizinischen Versorgung nicht nur aus Sicht der Pflege, sondern auch weiterer beteiligter Gesundheitsfachberufe im Kontext der Notfallversorgung beitragen.

Änderungsanträge:

Die DGINA befürwortet die eingebrachten Änderungsanträge Nr. 4 und 5 der Ausschussdrucksache 21(14)21, da sie Schwachstellen des derzeitigen Gesetzentwurfes adressieren:

- Mit Änderungsantrag Nr. 4 wird klargestellt, dass Behandlungen durch Pflegefachpersonen als eigenständige heilkundliche Leistungen zu definieren sind. Diese Klarstellung würdigt das hohe Kompetenzniveau der Pflegeberufe und stärkt ihre berufliche Eigenständigkeit im Sinne des Pflegeberufgesetzes. Damit wird auch die Richtung des ursprünglichen Referentenentwurfs zum Pflegekompetenzgesetz konsequent weitergeführt.
- Die Streichung der ärztlichen Diagnose und Indikationsstellung für eigenverantwortliche Pflegeleistungen adressiert derzeitige Ineffizienzen und ermöglicht die moderne Ausgestaltung von Pflege (bspw. Advanced Practice Nurse).
- Die Einführung eines neuen § 15b SGB V analog Änderungsantrag Nr. 5 stellt eine sinnvolle und notwendige Ergänzung zu § 15a SGB V dar, indem sie qualifizierten Pflegefachpersonen und Notfallsanitäter:innen eine eigenverantwortliche Heilkundeausübung in klar definierten Notfallsituationen ermöglicht. Die DGINA verspricht sich hiervon eine Stärkung der Handlungssicherheit in akutmedizinischen Lagen, insbesondere im Rettungsdienst, in ländlichen Räumen und in unterversorgten Strukturen, eine Erhöhung der Patientensicherheit, wenn ärztliche Versorgung nicht zeitgerecht zur Verfügung steht, und einen Beitrag zur evidenzbasierten Weiterentwicklung interprofessioneller Versorgungsmodelle. Entscheidend ist, dass hierdurch eine gesetzliche Grundlage gestaltet wird, um medizinische Expertise kompetenzbasiert zur Anwendung kommen zu lassen. Die eigenverantwortliche Ausübung heilkundlicher Maßnahmen wird an nachweisbare Qualifikationen geknüpft – etwa über Fachweiterbildungen oder spezifische Kompetenzfeststellungen für Notfallsanitäter:innen. Damit wird ein belastbarer, rechtssicherer Rahmen geschaffen, insbesondere im Hinblick auf zukünftig vermehrte gemeinsame Schnittmengen von notfallmedizinischen Versorgungsformen.

- Die Möglichkeit, in Notfallsituationen auch über bestehende Leistungskataloge hinaus Maßnahmen zu ergreifen, entspricht der realen Versorgungsdynamik in Notaufnahmen und präklinischen Szenarien. Sie schließt eine kritische Versorgungslücke, ohne dabei den Schutzrahmen für Patient: innen zu verlassen.

Skill- und Grademix: Realität und Handlungsbedarf

Die DGINA erhebt regelmäßig Daten aus Notaufnahmen in Deutschland (2, 3, 4) Dabei zeigt sich, dass die notfallmedizinische Versorgung auf eine gelebte Praxis des Skill- und Grademix angewiesen ist.

Neben Pflegefachpersonen mit dreijähriger Ausbildung sind bspw. auch Fachpflegepersonen für Notfallpflege, Pflegefachpersonen mit primärqualifizierendem Studium, Notfallsanitäter: innen, Rettungssanitäter: innen, operationstechnische und anästhesietechnische Assistent: innen, medizinische Fachangestellte sowie Hilfskräfte ohne grundständige Ausbildung in der klinischen Notfallversorgung tätig.

In dieser multiprofessionellen Zusammensetzung fehlt es derzeit an klaren Delegations- und Kompetenzregelungen. Diese Unsicherheit birgt Risiken für die Versorgung und hemmt die interprofessionelle Zusammenarbeit.

Fachweitergebildete Notfallpflegefachpersonen werden innerhalb Ihrer Weiterbildung mit umfassenden und für die Akut- und Notfallpflege spezifischen Kompetenzen ausgestattet, die wesentlich zu einer professionellen und sicheren Patientenversorgung in Notaufnahmen beitragen. Die DGINA befürwortet daher ausdrücklich die angestoßene Initiative zur Kompetenzerweiterung der Pflegeberufe. Mit Blick auf Europa erscheint dies als eine längst überfällige Maßnahme. Eine Kompetenzerweiterung wurde zudem bereits durch das vierte Gutachten der Regierungskommission empfohlen - unter besonderer Berücksichtigung fachweitergebildeter Notfallpflegefachpersonen (5).

Hohe Verantwortung und strukturelle Defizite

Alle genannten Berufsgruppen leisten einen zentralen Beitrag zur Patientensicherheit in deutschen Notaufnahmen. Sie sind oftmals erste medizinische Ansprechpersonen, tragen Verantwortung für die Überwachung von Vitalparametern, die Durchführung pflegerischer, diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen sowie die Steuerung der Kommunikation im interprofessionellen Team.

Trotz dieses hohen Verantwortungsniveaus bestehen derzeit massive strukturelle Defizite, auf die seitens der DGINA bereits in der Vergangenheit hingewiesen wurde:

- Es existieren keine verbindlichen Pflegepersonaluntergrenzen für Notaufnahmen, obwohl die Notfallpflege nachweislich ein hochsensibler, pflegesensitiver Bereich ist.
- Der Mangel an Pflegepersonal führt regelmäßig zu kritischen Unterbesetzungen, was die Versorgungssicherheit gefährdet.
- Die steigende Anzahl der Notfallpatient: innen mit komplexen Krankheitsbildern – nicht zuletzt durch den demografischen Wandel – verschärft die Situation zusätzlich.

Internationale Perspektive und berufspolitische Chance

Im europäischen Vergleich ist Deutschland hinsichtlich der erweiterten pflegerischen Kompetenzen und deren gesetzlicher Verankerung im Rückstand. Eine konsequente Umsetzung der Kompetenzerweiterung würde nicht nur die Versorgung verbessern, sondern auch:

- Die Attraktivität des Pflegeberufs steigern,
- Berufliche Perspektiven erweitern,
- Zur Bekämpfung des Fachkräftemangels beitragen.

Die DGINA sieht hierin eine Doppelchance: Für die Systemstabilität und für die berufliche Aufwertung eines unverzichtbaren Berufsstandes.

Forderung: Pflegepersonaluntergrenzen jetzt verankern

Die Einführung von verbindlichen Pflegepersonaluntergrenzen in Notaufnahmen ist aus Sicht der DGINA unverzichtbar, um strukturell die Patientensicherheit zu gewährleisten (6):

- Die DGINA empfiehlt in Übereinstimmung mit der DIVI einen Personalschlüssel von 1 VK Pflegekraft pro 1.200 Patientenkontakte/Jahr, ergänzt durch eine Fachpflegequote von mindestens 30% (7).
- Darüber hinaus wird spezifisches Personal für administrative Aufgaben und die Ersteinschätzung gefordert, um die pflegerische Versorgung zu entlasten.

Solange eine gesetzliche Regelung fehlt, sind Fehlanreize zu erwarten, wie die Abberufung von Notfallpflegepersonal auf bettenführende Stationen zur Einhaltung der PpUGV – zum Nachteil der Versorgung in der Notaufnahme.

Quellenangaben

1. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/Stellungnahmen_WP20/PKG/DGINA_Stellungnahme_Pflegekompetenzgesetz_RefE.pdf
2. Uwe Janssens, Torben Brod, Florian Hoffmann, Martin Pin, Christian Wrede, Christian Karagiannidis, Felix Walcher, Thomas van den Hooven, Gernot Marx Christian Waydhas: Bestandsaufnahme der Personalstrukturen und Ausstattung in 176 deutschen Notaufnahmen
3. A. Hüfner, H. Dormann, R. Schäfer, R. Marohl, H. Kudlich, J. G. Steenberg M. Pin: Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft Interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin (DGINA) zu Überlastungssituationen der Notfallabteilungen
4. [DGINA zum Status quo der Weiterbildung Notfallpflege in Deutschland - DGINA Deutsche Gesellschaft für Notfallmedizin](#) (abgerufen am 06.10.2025)
5. Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung: Vierte Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung Reform der Notfall- und Akutversorgung in Deutschland Integrierte Notfallzentren und Integrierte Leitstellen
6. https://www.dgina.de/images/downloads/stellungnahmen/sn_dgina_ppug_10_23.pdf (abgerufen am 06.10.2025)
7. Brod T., Bernhard M., Blaschke S., Dodt C., Dormann P., Drynda S., Dubb R., Gries A., Hoffmann F., Janssens U., Kaltwasser A., Markewitz A., Möckel M., Pedersen V., Pin M., Walcher F., Wrede C.: Empfehlungen der DGINA und DIVI zur Struktur und Ausstattung von Notaufnahmen 2024