

**Bundesverband privater Anbieter  
sozialer Dienste e.V.  
(bpa)**

Stellungnahme zum

**Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsversorgung  
in der Kommune  
(Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz – GVSG)**

Bundestags-Drucksache 20/11853

**zum Antrag der Fraktion der CDU/CSU  
Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum stärken**

Bundestags-Drucksache 20/11955

**zum Antrag der Fraktion der AfD  
Leistungsbezogene Vergütung der medizinischen Behandlungs-  
pflege statt Pauschalen – Die medizinische Behandlungspflege in  
der stationären, ambulanten und häuslichen Pflege der Finanzzu-  
ständigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung unterstellen**

Bundestags-Drucksache 20/3272

Berlin, 11. November 2024

## Inhaltsverzeichnis

<b>Vorbemerkung</b>	3
<b>Zusammenfassung</b>	3
<b>Zu dem Gesetzentwurf im Einzelnen</b>	5
Artikel 1 Nummer 10 Buchstabe I) (§ 92 Absatz 7h SGB V-E)	5
<b>Zu der Stellungnahme des Bundesrats und Gegenäußerung der Bundesregierung im Einzelnen</b>	8
Nummer 11 (Zu Artikel 1 Nummer 9 Buchstabe a1 – neu – (§ 91 Absatz 5 Satz 1 SGB V)) sowie Nummer 12 (Zu Artikel 1 Nummer 9 (§ 91 SGB V) und Nummer 10 (§ 92 SGB V))	8
<b>Zu dem Antrag der Fraktion der CDU/CSU Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum stärken</b>	10
<b>Zu dem Antrag der Fraktion der AfD Leistungsbezogene Vergütung der medizinischen Behandlungs-pflege statt Pauschalen – Die medizinische Behandlungspflege in der stationären, ambulanten und häuslichen Pflege der Finanzzuständigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung unterstellen</b>	14

## Stellungnahme zum Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz

### Vorbemerkung

Der **Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. (bpa)** bildet mit mehr als 13.000 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 395.000 Arbeitsplätze und circa 29.000 Ausbildungsplätze. Die Investitionen in die pflegerische Infrastruktur liegen bei etwa 31 Milliarden Euro. Mit rund 6.700 Pflegediensten, die circa 300.000 Patienten betreuen, und 6.300 stationären Pflegeeinrichtungen mit etwa 370.000 Plätzen vertritt der bpa mehr als jede dritte Pflegeeinrichtung bundesweit. Vor diesem Hintergrund nimmt der bpa wie folgt zu den einzelnen Maßnahmen Stellung.

### Zusammenfassung

Der bpa befürwortet ausdrücklich die Intention des Gesetzgebers, eine noch besser auf die Bedürfnisse von Patientinnen und Patienten ausgerichtete Gesundheitsversorgung unter Berücksichtigung der Interessen der an der Versorgung Mitwirkenden zu erreichen. Die Weiterentwicklung des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) bildet dafür einen von mehreren adäquaten Ansatzpunkten. Die Reform des G-BA muss nach Auffassung des bpa jedoch weitaus umfassender ausfallen als bisher mit einer auf die Berufsorganisationen der Pflegeberufe beschränkten Einführung eines Antrags- und Mitberatungsrechts vorgesehen. Der bpa fordert daher eine qualifizierte Beteiligung der maßgeblichen Organisationen der Leistungserbringer in der Pflege im G-BA.

Die Forderung der Fraktion der CDU/CSU, die Telemedizin als ergänzendes Mittel zur ärztlichen Versorgung weiter nutzbringend und nutzerorientiert auszubauen, wird begrüßt. Dies birgt erhebliche Effizienzpotentiale. Der bpa fordert jedoch ausdrücklich die Einbeziehung und Berücksichtigung der Pflege sowie eine regelhafte und nachhaltige Refinanzierung der von den Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen.

Die Aufforderung an die Bundesregierung, eine gesetzliche Regelung zu etablieren, die eine auf Planung beruhende Weiterentwicklung der Pflegeinfrastruktur zum Ziel hat, wird entschieden abgelehnt. Der damit

angestrebte Wegfall des Kontrahierungszwangs gefährdet eine qualitativ gute Versorgung pflegebedürftiger Menschen in Deutschland.

Die Kostenübernahme behandlungspflegerischer Leistungen in vollstationären Pflegeeinrichtungen vollständig der Krankenkasse zuzuordnen, unterstützt der bpa. Seit vielen Jahren weist der bpa daraufhin, dass die aktuelle Rechtslage zu einer ungerechtfertigten finanziellen Benachteiligung von pflegebedürftigen Bewohnerinnen und Bewohnern vollstationärer Pflegeeinrichtungen führt, die den Anteil der medizinischen Behandlungspflege, der nicht über die Leistungsbeträge der Pflegeversicherung gedeckt ist, selbst bezahlen müssen.

## Zu dem Gesetzentwurf im Einzelnen

### Artikel 1 Nummer 10 Buchstabe I) (§ 92 Absatz 7h SGB V-E)

#### A) Beabsichtigte Neuregelung

Den Berufsorganisationen der Pflegeberufe wird ein Antrags- und Mitberatungsrecht bei den Richtlinien und Beschlüssen über die Qualitätssicherung sowie bei den Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 SGB V zur Verordnung von häuslicher Krankenpflege und außerklinischer Intensivpflege, der Richtlinie nach § 63 Absatz 3c Satz 3 SGB V und der spezialisierten ambulanten Palliativversorgungs-Richtlinie nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 14 eingeräumt. Soweit weitere Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 SGB V die Berufsausübung der Pflegeberufe berühren, erstreckt sich das Antrags- und Mitbestimmungsrecht auch auf diese. Das Antrags- und Mitberatungsrecht umfasst das Recht, Beratungsgegenstände auf die Tagesordnung setzen zu lassen und bei der Beschlussfassung anwesend zu sein. Zudem besteht ein Einvernehmensefordernis bei Entscheidungen über die Einrichtung einer Arbeitsgruppe und die Bestellung von Sachverständigen durch einen Unterausschuss. Darüber hinaus wird die Vertretung der Berufsorganisationen der Pflegeberufe zur Wahrnehmung der erweiterten Beteiligungsrechte finanziell unterstützt

#### B) Stellungnahme

Der bpa befürwortet ausdrücklich die weitergehende Einbeziehung der Pflege in die Arbeit des G-BA bei der Erstellung von Richtlinien, die die Pflege betreffen. Zugleich erneuert der bpa seine Kritik an der Zusammensetzung des G-BA. Sein Beschlussgremium ist im Wesentlichen mit Vertretenden der Krankenkassen, Krankenhäuser sowie Ärzteschaft besetzt und entscheidet über die Ausgestaltung von Regelungen, die maßgeblich auch die Belange von Leistungserbringern in den Bereichen der Hilfsmittel, der häuslichen Krankenpflege, der außerklinischen Intensivpflege, der Sozialtherapie und der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung betreffen. Den Organisationen dieser Leistungserbringer kommt jedoch bislang ausschließlich ein Stellungnahme- und Anhörungsrecht zu, obwohl die Umsetzungsverantwortung für die Beschlüsse des G-BA diese Leistungserbringer ebenso trifft, wie die mit Stimmrecht vertretenen Krankenhäuser und Ärzte. Die berufsständischen Vertretungen der Ärzte hingegen haben nach § 91 Absatz 5 SGB V lediglich ein Stellungnahmerecht.

Unter Berücksichtigung dieser Tatsache ist es in keiner Weise nachvollziehbar, dass in den benannten Leistungsbereichen den berufsständischen Vertretungen in der Pflege ein Antrags- und Mitberatungsrecht eingeräumt werden soll, den Organisationen der in der Durchführungsverantwortung

stehenden Leistungserbringer in der Pflege jedoch lediglich ein Stimmnahmerecht zugestanden wird.

Um seinem gesetzlichen Auftrag vollumfänglich nachzukommen - dafür zu sorgen, dass alle gesetzlich versicherten Patientinnen und Patienten adäquat versorgt werden können und vom medizinischen Fortschritt profitieren und zugleich gewährleistet ist, dass die Versorgung qualitätsgesichert und wirtschaftlich erfolgt - muss zukünftig eine Beteiligung der maßgeblichen Organisationen der Leistungserbringer in der Versorgung mit häuslicher Krankenpflege, außerklinischer Intensivpflege, Soziotherapie und in der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung im Beschlussgremium des G-BA mit Stimmrechten erfolgen. Nur durch diese Stimmrechte für maßgebliche Organisationen der Leistungserbringer in der Pflege können diese an den vor allem für sie und ihre Patientinnen und Patienten geltenden Vorgaben angemessen mitwirken.

Die mit den Ausführungen einhergehende Kritik fußt auch auf verfassungsrechtlichen Bedenken hinsichtlich der aktuellen Vorgaben, insbesondere zur Legitimation des G-BA. Durch die unmittelbare Verbindlichkeit der Entscheidungen entsteht ein weitreichender Einfluss des G-BA u. a. auf die für die Leistungserbringung in der Pflege relevanten Bedingungen und Vorgaben und den Leistungsanspruch der Patientinnen und Patienten. Mangels Stimmrechte der aus Sicht des G-BA bisher externen Leistungserbringer, wie u. a. der Organisationen der Leistungserbringer in der Pflege, findet der Grundsatz der Betroffenenpartizipation als Legitimationsgrundlage für den G-BA nach Auffassung des bpa aktuell nicht ausreichende Berücksichtigung.

**Entsprechend der Bedeutung der Pflege in der Gesamtgesellschaft und der verfassungsrechtlich gebotenen Notwendigkeit fordert der bpa daher im Beschlussgremium des G-BA Stimmrechte der Organisationen der Leistungserbringer in der Pflege bei der Entscheidung über Richtlinien zur Verordnung von Hilfsmitteln, häuslicher Krankenpflege, Soziotherapie und außerklinischer Intensivpflege sowie zur spezialisierten ambulanten Palliativversorgung und, soweit vorbenannte Versorgungsbereiche betroffen sind, zur Qualitätssicherung.**

### **C) Änderungsvorschlag**

In § 91 SGB V wird ein neuer Absatz 2b eingefügt. Absatz 2b:

*„(2b) Abweichend von Absatz 2 Satz 1 besteht das Beschlussgremium bei Beschlüssen nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 über die Verordnung von Hilfsmitteln, häuslicher Krankenpflege, Soziotherapie und außerklinischer Intensivpflege sowie Nummer 13 und Nummer 14, soweit die vorgenannten Leistungen betroffen sind, neben den drei unparteiischen*

*Mitgliedern aus jeweils zwei von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, der Deutschen Krankenhausgesellschaft und den für die Wahrnehmung der Interessen der Erbringer dieser Leistungen auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen in der Pflege sowie sechs von dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen benannten Mitgliedern. Das Bundesministerium für Gesundheit kann für die Benennung der Mitglieder aufseiten der maßgeblichen Organisationen in der Pflege eine angemessene Frist setzen. Kommt bis zum Ablauf der Frist keine Einigung zustande, benennt das Bundesministerium für Gesundheit die Mitglieder.“*

Soweit den Organisationen der Leistungserbringer in der Pflege bisher ein Stellungnahmerecht zukommt, kann dieses aufgrund der Einräumung von Stimmrechten gestrichen werden. Das betrifft § 92 Absatz 7 Satz 2, Absatz 7b, Absatz 7c und 7g SGB V.

## **Zu der Stellungnahme des Bundesrats und Gegenäußerung der Bundesregierung im Einzelnen**

**Nummer 11 (Zu Artikel 1 Nummer 9 Buchstabe a1 – neu – (§ 91 Absatz 5 Satz 1 SGB V)) sowie  
Nummer 12 (Zu Artikel 1 Nummer 9 (§ 91 SGB V) und Nummer 10 (§ 92 SGB V))**

### **A) Stellungnahme des Bundesrats**

#### Nr. 11:

Der Bundesrat schlägt vor, das Stellungnahmerecht bei Beschlüssen des G-BA auf die Arbeitsgemeinschaft der Bundespflegekammer auszuweiten, soweit deren Gegenstand die Berufsausübung der Pflege betreffen.

#### Nr. 12:

Darüber hinaus bittet der Bundesrat um Prüfung,

b) ob der Profession Pflege, statt des im Gesetzentwurf der Bundesregierung vorgesehenen Antrags- und Mitberatungsrechts für die Berufsorganisationen der Pflegeberufe bei den Richtlinien und Beschlüssen, die die Pflege betreffen, ein Stimmrecht eingeräumt und

c) wie die Berücksichtigung der Bundespflegekammer bei der Ausübung der Mitwirkungsrechte der Berufsorganisationen der Pflegeberufe im G-BA in verbindlicher Form sichergestellt werden kann.

### **B) Gegenäußerung der Bundesregierung**

#### zu Nr. 11:

Die Bundesregierung lehnt den Vorschlag ab. Die Bundesregierung verweist zur Begründung darauf, dass die bislang zur Stellungnahme berechtigten Berufskammern die Interessen von selbständigen Leistungserbringern im System der GKV mit Steuerungsverantwortung vertreten, während diese Funktion der Bundespflegekammer nicht zukomme. Zugleich zweifelt die Bundesregierung die Repräsentanz der Bundespflegekammer für Pflegefachpersonen auf Bundesebene an, insbesondere da nur die Landespflegekammern Rheinland-Pfalz und Nordrhein-Westfalen zu den Mitgliedsorganisationen gehören.

#### zu Nr. 12:

b) Die Bundesregierung lehnt ein Stimmrecht der Profession Pflege im G-BA ab, da dieses ein Systembruch im Hinblick auf das Selbstverwaltungssystem der GKV bedeuten würde. Den Verbänden der Pflegeberufe

komme keine mit den Trägerorganisationen des G-BA vergleichbare Aufgabe hinsichtlich Ausgestaltung und Sicherstellung der Versorgung im System der GKV zu. Ein Stimmrecht für eine Berufsorganisation wäre nicht mit der bestehenden Organisationsstruktur des G-BA vereinbar und würde daher dessen Funktionsfähigkeit gefährden.

c) Die Bundesregierung verzichtet bewusst auf die Benennung bestimmter Organisationen und geht davon aus, dass die betroffenen Organisationen eine einvernehmliche Benennung der vertretenden Personen zum Zwecke der Ausübung des Mitberatungs- und Antragsrechts herbeiführen können.

### **C) Stellungnahme bpa**

Der bpa weist darauf hin, dass die vorgebrachten Argumente gegen die Einräumung eines Stimmrechts für die Verbände der Pflegeberufe nicht für die maßgeblichen Organisationen der Leistungserbringer in der Pflege gelten können. Diese bilden das Äquivalent für die Pflege zu den im G-BA vertretenen Verbänden der Leistungserbringer der Krankenhäuser und Kassenärzte. Insofern muss der Auffassung der Bundesregierung, ein Stimmrecht der Profession Pflege stelle einen Systembruch im Hinblick auf das Selbstverwaltungssystem der GKV dar, im Grundsatz widersprochen werden. Stattdessen würde nur eine mit einem Stimmrecht zu erreichende adäquate Beteiligung der maßgeblichen Organisationen der Leistungserbringer in der Pflege an den vor allem für sie und ihre Patientinnen und Patienten geltenden Vorgaben erst dazu führen, dass der G-BA seinem gesetzlichen Auftrag vollumfänglich nachkommt (s. o.). Die Ausgestaltung und Sicherstellung der Versorgung im System der GKV ist im Hinblick auf die Pflege im gleichen oder sogar in einem noch größeren Maße durch die maßgeblichen Organisationen der Leistungserbringer in der Pflege geprägt, wie es die Bundesregierung für die im G-BA organisierten Leistungserbringerverbände scheinbar annimmt. Aus diesem Grund wird mit Nachdruck auf die mit der Stellungnahme zu Artikel 1 Nummer 10 Buchstabe I) (§ 92 Absatz 7h SGB V-E) des Gesetzentwurfs aufgestellte Forderung nach der Einräumung eines Stimmrechts verwiesen

## **Zu dem Antrag der Fraktion der CDU/CSU Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum stärken**

### **A) Ausgewählte Forderungen des Antrags**

#### Nr. 11

Die Bundesregierung wird aufgefordert, die Telemedizin als ergänzendes Mittel zur ärztlichen Versorgung weiter nutzbringend und nutzerorientiert

auszubauen, um Vertrauen in neue, digitale Prozesse zu schaffen und dabei digitale Interoperabilität zu stärken und Entscheidungshierarchien für Standards und Plattformen festzulegen.

#### Nr. 22

Die Bundesregierung wird aufgefordert, eine gesetzliche Regelung auf den Weg zu bringen mit dem Ziel, an die lokalen Bedarfe vor Ort orientierte Leistungen durch eine auf Planung beruhende Weiterentwicklung der Pflegeinfrastruktur, insbesondere von Kurzzeit-, Langzeit-, Tages- und Nachtpflegeangeboten, bundesweit zu etablieren

### **B) Stellungnahme**

#### Zu Nr. 11

Der bpa begrüßt die Aufforderung des Deutschen Bundestags, den Stellenwert der Telemedizin nutzbringend und nutzerorientiert auszubauen. Anders als die Formulierung suggeriert, sollte die Telemedizin jedoch nicht nur als ergänzendes Mittel zur ärztlichen Versorgung verstanden werden. Stattdessen muss der ganzheitliche Einsatz von Telemedizin zur Unterstützung ärztlicher aber auch z. B. (kranken-)pflegerischer Versorgungstätigkeiten bei der Umsetzung im Fokus stehen. Die (sprachliche) Beschränkung auf die ärztliche Versorgung lässt unberücksichtigt, dass ein großer Anteil von Personen im Vorfeld oder im Nachgang zur ärztlichen Versorgung auch (kranken-)pflegerisch, im Rahmen häuslicher Krankenpflege, außerklinischer Intensivpflege oder der Palliativversorgung, versorgt werden muss. Die Telemedizin bzw. Telepflege kann u. a. dazu genutzt werden, das Monitoring der Vitaldaten und Gesundheitszustände der Patienten zu erleichtern, die Kommunikation zwischen den Patienten und den an der Versorgung Beteiligten, wie Ärzten und Pflegekräften, zu vereinfachen, die Gesundheitskosten zu senken, den Zeitaufwand für die Versorgung einzusparen, die Informationsverfügbarkeit zu verbessern und damit insgesamt auch die Pflegekräfte zu entlasten. Auch der Einsatz der Telemedizin und Telepflege in der Langzeitpflege bietet erhebliches Potential zur Verbesserung der Versorgungssituation pflegebedürftiger Personen. Der bpa kritisiert, dass nach wie vor Regelungen bzw. Regelungsvorschläge zu oft von der ärztlichen Leistungserbringung und den jungen gesunden Versicherten gedacht sind. Um die mit der Aufforderung verbundenen Ziele zu erreichen, nämlich Vertrauen in neue, digitale Prozesse zu schaffen und dabei digitale Interoperabilität zu stärken, sowie die beschriebenen Potenziale zu heben, ist es unerlässlich, die Pflege bei der Umsetzung von gesetzlichen Maßnahmen zum Ausbau der Telemedizin als ergänzendes Mittel zu berücksichtigen.

Die Umstellung auf ergänzende digitale Formate zur Kommunikation mit Patienten stellt sämtliche Anwender auf Leistungserbringerseite aufgrund

der dafür notwendigen Investitionen (u. a. Anschaffung von Soft- und Hardware, Kosten für Personalschulungen) vor finanzielle Herausforderungen. Nutzbringend und nutzerorientiert kann der Ausbau der Telemedizin insgesamt nur gelingen, wenn die Finanzierung in ausreichendem Maße sichergestellt ist. Die Ärzte können eine telemedizinische Versorgung über den EBM abrechnen. Pflegeeinrichtungen erhalten für Ihre Leistungen hingegen keine gesonderte Finanzierung. Dies ist nicht länger hinnehmbar. Modellprojekte haben gezeigt, dass durch den Einsatz von Telemedizin eine signifikante Verringerung der unnötigen stationären Krankenhauseinweisungen (über 20% Reduktion) erreicht werden kann. Dies ist ein Gewinn für die pflegebedürftigen Menschen und reduziert gleichzeitig die Krankenhauskosten für die Krankenkassen erheblich.

Einzelne Krankenkassen bieten deshalb Selektivverträge an, die eine Vergütung der Telemedizin auch für die Pflegeeinrichtungen ermöglichen. Diese sind aber bürokratisch, unterfinanziert und ermöglichen nicht für jeden Pflegebedürftigen eine Versorgung. Stattdessen bedarf es einer regelhaften Finanzierung. In Anbetracht der Effizienzpotentiale wäre eine solche insgesamt mit einer Kostenreduktion für das System von Pflege- und Krankenkassen verbunden.

#### Zu Nr. 22

Die Forderung wird seitens des bpa derart verstanden, dass eine Pflegestrukturplanung auf Kommunal- oder Landesebene etabliert werden soll, die vor Kurzem der AOK-Bundesverband und weitere Kostenträger in Positionspapieren forderten und die mit dem Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit eines Gesetzes zur Stärkung der Pflegekompetenz (Pflegekompetenzgesetz – PKG) im SGB XI vorgesehen wird. Der bpa lehnt die Pflegestrukturplanung mit aller Entschiedenheit ab.

Aus Sicht des bpa ist diese ein Einfallstor für eine Bedarfsplanung auf kommunaler Ebene und auf Landesebene. Die derzeit gewährleistete flächendeckende pflegerische Versorgung darf nicht gefährdet werden.

Die Bundesländer sollen ermächtigt werden, eine kommunale Pflegestrukturplanung einzuführen. Ob alle Bundesländer davon überzeugt sind, darf infrage gestellt werden, denn bereits 2016 hat der heutige Gesundheitsminister des Landes Nordrhein-Westfalen, Karl-Josef Laumann, 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 Marktöffnung 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 kommunale Pflegestrukturplanung 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**.

Der Kontrahierungszwang aber 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 kommunale Pflegestrukturplanung 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 kommunale Bedarfsplanung 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.

Die Pläne zur Einführung einer flächendeckenden Bedarfsplanung und zur Aufweichung des Kontrahierungszwangs lehnt der bpa ab. Kommunen, die es schon bisher in viel zu vielen Fällen nicht schaffen, die Hilfe zur Pflege rechtzeitig auszuführen 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 Bedarfsplanung, 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.

## **Zu dem Antrag der Fraktion der AFD Leistungsbezogene Vergütung der medizinischen Behandlungspflege statt Pauschalen – Die medizinische Behandlungspflege in der stationären, ambulanten und häuslichen Pflege der Finanzaufsicht der gesetzlichen Krankenversicherung unterstellen**

### **A) Forderungen des Antrags**

Mit dem Antrag wird die Bundesregierung aufgefordert, die Schlechterstellung von pflegebedürftigen Heimbewohnenden bei der Finanzierung von medizinisch pflegerischen Leistungen zu beenden. Während im Bereich der häuslichen Pflege die gesetzliche Krankenkasse alle Leistungen der medizinischen Behandlungspflege übernimmt (§ 37 SGB V), trägt für Pflegebedürftige in vollstationären Einrichtungen die gesetzliche Pflegekasse die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege (§ 43 Absatz 2 Satz 1 SGB XI). Da die Pflegekassen jedoch nur die gesetzlich festgelegten Pauschalbeträge je Pflegegrad zahlen, trägt der gesetzlich versicherte Heimbewohner einen großen Teil der medizinisch verordneten pflegerischen Leistungen selbst.

## **B) Stellungnahme**

Der bpa fordert, dass die Kosten der medizinischen Behandlungspflege in Pflegeheimen vollständig von der gesetzlichen Krankenversicherung finanziert werden.

Die zuletzt mit dem Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz (GVWG) in § 37 Absatz 2a SGB V normierte Beteiligung der gesetzlichen Krankenversicherung an den Kosten der medizinischen Behandlungspflege in vollstationären Pflegeeinrichtungen mit einem jährlichen Pauschalbetrag in Höhe von 640 Millionen EUR war und ist in keiner Weise dazu geeignet gewesen, die Heimbewohnerinnen und -bewohner finanziell zu entlasten, u. a. da im Gegenzug die Sonderregelung zu den Vergütungszuschlägen nach § 8 Absatz 6 SGB XI entfiel und die Kosten für die zusätzlichen Pflegekräfte in die Pflegesätze einbezogen werden müssen. Die Kosten der Behandlungspflege werden zudem auf deutlich mehr als zwei Milliarden Euro geschätzt.

Der bpa weist darauf hin, dass die Behandlungspflege ursprünglich nur übergangsweise Bestandteil der Leistungen bei vollstationärer Pflege sein sollte. Die Rechtfertigung für die dauerhafte Zuordnung, die oben beschriebene pauschale Kostenbeteiligung der gesetzlichen Krankenversicherung, ist angesichts des dargestellten Missverhältnisses von Beteiligungsbetrag und tatsächlichen Kosten, nicht nachvollziehbar. Die aktuelle Rechtslage führt zu einer ungerechtfertigten finanziellen Benachteiligung von pflegebedürftigen Bewohnerinnen und Bewohnern vollstationärer Pflegeeinrichtungen, die den Anteil der medizinischen Behandlungspflege, der nicht über die Leistungsbeträge der Pflegeversicherung gedeckt ist, selbst bezahlen müssen.

Die Kosten machen eine erhebliche systemwidrige Mehrbelastung nicht nur der Bewohnenden, sondern auch der Sozialhilfeträger aus. Diese systematische Ungleichbehandlung muss beendet werden. Wie bei allen anderen Versicherten auch, muss die Krankenversicherung die Kosten der medizinischen Behandlungspflege in Pflegeheimen vollständig tragen.