



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-Neuausrichtungs-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.

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 Telematikinfrastuktur 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. Ergänzendes Änderungsbedarfe

§ 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