

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
21(14)22(6)
gel. VB zur öffent. Anh. am
08.10.2025 - Pflege
06.10.2025



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

zum Gesetzentwurf zur Befugnisenerweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege (vormals Pflegekompetenzgesetz)

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

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

**AOK-Bundesverband
Die Gesundheitskasse.**

Inhaltsverzeichnis

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

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

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

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

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

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

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

I. Zusammenfassung

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Bürokratieabbau als Voraussetzung für wirksamere Strukturen in der Pflegeversicherung

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

II. Stellungnahme zu einzelnen Regelungen

Artikel 1 Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch

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

A Beabsichtigte Neuregelung

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

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

B Stellungnahme

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

C Änderungsvorschlag

§ 5 Absatz 1a wird wie folgt formuliert.

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

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

Nr. 3 § 7a SGB XI Pflegeberatung

A Beabsichtigte Neuregelung

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

B Stellungnahme

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

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

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

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

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

C **Änderungsvorschlag**

Keiner.

Nr. 6 § 8 SGB XI Gemeinsame Verantwortung

A Beabsichtigte Neuregelung

Erweiterter Entwicklungsauftrag des Spitzenverbands Bund zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversorgung

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

Kompetenzorientierte Aufgabenbeschreibung und pflegfachliche Rollenentwicklung

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

Förderprogramm zur Personalentwicklung und Integration

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

B Stellungnahme

Erweiterter Entwicklungsauftrag des Spitzenverbands Bund zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversorgung

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

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

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

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

Kompetenzorientierte Aufgabenbeschreibung und pflegefachliche Rollenentwicklung

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

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

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

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

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

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

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

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

Förderprogramm zur Personalentwicklung und Integration

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

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

C Änderungsvorschlag

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

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

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

In § 8 Absatz 3c wird folgender Satz ergänzt:

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

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

Nr. 8 § 9 Aufgaben der Länder

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

A Beabsichtigte Neuregelung

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

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

B Stellungnahme

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

C Änderungsvorschlag

Keiner.

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

A Beabsichtigte Neuregelung

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

B Stellungnahme

Die Änderung ist sachgerecht.

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

C Änderungsvorschlag

Keiner.

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

A Beabsichtigte Neuregelung

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

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

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

B Stellungnahme

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

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

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

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

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

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

C Änderungsvorschlag

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

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

Nr. 11 § 12 SGB XI Aufgaben der Pflegekassen

A Beabsichtigte Neuregelung

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

B Stellungnahme

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

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

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

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

C Änderungsvorschlag

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

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

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

A Beabsichtigte Neuregelung

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

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

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

B Stellungnahme

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

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

C Änderungsvorschlag

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

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

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

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

A Beabsichtigte Neuregelung

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

B Stellungnahme

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

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

C Änderungsvorschlag

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

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

A Beabsichtigte Neuregelung

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

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

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

B Stellungnahme

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

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

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

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

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

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

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

C Änderungsvorschlag

Die Absätze 5 und 6 werden gestrichen.

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

A Beabsichtigte Neuregelung

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

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

B Stellungnahme

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

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

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

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

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

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

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

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Nr. 18 § 28 SGB XI Leistungen und Grundsätze

A Beabsichtigte Neuregelung

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

B Stellungnahme

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

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

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

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

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

C **Änderungsvorschlag**

Keiner.

Nr. 20 § 34 SGB XI Ruhen der Leistungsansprüche

A Beabsichtigte Neuregelung

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

B Stellungnahme

Die Änderung ist nicht nachvollziehbar und nicht sachgerecht.

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

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

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

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

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

C Änderungsvorschlag

Die Änderungen sind zu streichen.

Nr. 21 § 36 SGB XI Pflegesachleistungen

A Beabsichtigte Neuregelung

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

B Stellungnahme

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

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

C Änderungsvorschlag

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

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

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

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

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

A Beabsichtigte Neuregelung

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

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

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

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

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

B Stellungnahme

Die Neuregelung ist sachgerecht und wird begrüßt.

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

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

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

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

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

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

C Änderungsvorschlag

In Absatz 4 wird nach Satz 2 folgender Satz eingefügt:

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

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

A Beabsichtigte Neuregelung

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

B Stellungnahme

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

C Änderungsvorschlag

Keiner.

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

A Beabsichtigte Neuregelung

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

B Stellungnahme

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

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Nr. 25 § 40 SGB XI Pflegehilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen

A Beabsichtigte Neuregelung

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

B Stellungnahme

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

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

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Nr. 26 § 40a SGB XI Digitale Pflegeanwendungen

A Beabsichtigte Neuregelung

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

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

B Stellungnahme

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

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

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

C Änderungsvorschlag

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

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

A Beabsichtigte Neuregelung

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

B Stellungnahme

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

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

C Änderungsvorschlag

Keiner.

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

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelung in Absatz 1 wird dahingehend ergänzt, dass der Anspruch auf die Zuschüsse zur Kranken- und Pflegeversicherung bis zum Ende der Pflegezeit gewährt werden, auch wenn der Pflegebedürftige innerhalb der Pflegezeit verstirbt.

In Absatz 3 wird die Ausstellung der Bescheinigung über die Pflegebedürftigkeit des nahen Angehörigen und die akut aufgetretene Pflegesituation durch eine Pflegefachperson aufgenommen.

B Stellungnahme

Die Regelung ist sachgerecht. Damit wird eine gesetzliche Lücke geschlossen, die in der Praxis zum Teil im Rahmen der Auslegung von den Pflegekassen entsprechend umgesetzt wurde. Obwohl die Mitgliedschaft mit dem Tod der versicherten Person beendet wird und damit der Anspruch auf Leistungen entfällt, endet die Pflegezeit erst vier Wochen nach dem Tod der pflegebedürftigen Person. Mit der gesetzlichen Änderung wird klargestellt, dass die Zuschüsse zur Kranken- und Pflegeversicherung über den Tod hinaus bis zum Ende der Pflegezeit gezahlt werden.

Bei der Anpassung in Absatz 3 handelt es sich um eine Folgeänderung aufgrund der Änderung in § 2 Absatz 1 Pflegezeitgesetz.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Nr. 34 § 45c SGB XI Förderung der Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen und des Ehrenamts, Verordnungsermächtigung

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Förderung für die Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen im Zusammenhang mit digitalen Anwendungen kann auch für die Herstellung oder Verbesserung von Barrierefreiheit eingesetzt werden.

Im Rahmen von Modellprojekten zur Weiterentwicklung der erforderlichen Hilfen für an Demenz erkrankte pflegebedürftige Menschen und anderer Gruppen von Pflegebedürftigen werden pflegebedürftige Menschen am Lebensende und in der Sterbephase mit einbezogen. Zusätzlich werden die Weiterentwicklung und Erprobung von Möglichkeiten einer Versorgung von pflegebedürftigen Menschen über Nacht geschaffen.

Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und der Verband der privaten Krankenversicherung können weitere Festlegungen für das Förderverfahren im Benehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit und dem Bundesamt für Soziale Sicherung treffen. Zudem wird die bisher in Absatz 9 geregelte Förderung der Zusammenarbeit in regionalen Netzwerken aufgehoben und in den neuen § 45e überführt.

B Stellungnahme

Es ist bedauerlich, dass die im ersten Referentenentwurf vorgesehene Erhöhung der Fördersumme der Pflegekassen auf 60 Mio. Euro je Kalenderjahr und der Möglichkeit, eine dauerhafte Förderung für Angebote der Unterstützung im Alltag zu etablieren, im aktuellen Gesetzesentwurf nicht mehr erhalten ist. Ein Strukturaufbau und eine Verstetigung von wichtigen Unterstützungsmöglichkeiten vor Ort ist nach wie vor jedoch notwendig und ließe sich durch die Netzwerkförderung auch realisieren.

Es wird begrüßt, dass die Versorgung von pflegebedürftigen Menschen am Lebensende und in der Sterbephase explizit mit aufgenommen wird, auch die Versorgung über Nacht.

Ebenso werden die Finanzierungsströme klarer geregelt, da keine Übertragung von in einem Jahr nicht genutzten Fördermitteln zur Förderung der Zusammenarbeit in regionalen Netzwerken mehr stattfindet.

C Änderungsvorschlag

Absatz 1 wird wie folgt geändert:

In Satz 1 wird die Angabe „25“ durch die Angabe „60“ ersetzt.

In Absatz 3 wird in Satz 1 hinter dem Wort „Projektförderung“ die Formulierung „oder dauerhafte Förderung“ eingefügt.

Nr. 35 § 45d SGB XI Förderung der Selbsthilfe in der Pflege, Verordnungsermächtigung

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Vorschrift wird in sechs Absätze neu gegliedert, um die Regelungen übersichtlicher zu gestalten.

Die Fördermittel zum Auf- und Ausbau und zur Unterstützung von Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen zur Unterstützung von pflegebedürftigen Menschen und im Besonderen von pflegenden An- und Zugehörigen werden von 0,15 Euro je Versicherten auf 0,21 Euro je Versicherten erhöht. Davon werden 0,16 Euro nach dem Königsteiner Schlüssel auf die Länder aufgeteilt. Die restlichen 0,05 Euro je Versicherten (bisher 0,01 Euro) werden zur Verfügung gestellt, ohne dass es einer Mitfinanzierung durch ein Land oder eine kommunale Gebietskörperschaft bedarf.

Die Förderung über den GKV-Spitzenverband ohne Ko-Finanzierung als Gründungszuschüsse neuer Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen sowie die Förderung der bundesweiten Tätigkeiten und Strukturen dieser Organisationen wird ein eigener Mittelbestand und steht von Beginn an zur Förderung zur Verfügung. Ebenfalls wird der Bewilligungszeitraum auf drei bis fünf Jahre verlängert, wobei auch je nach Einzelfall kürzere Förderzeiten möglich sind.

Die Herstellung oder Verbesserung der Barrierefreiheit kann ebenfalls Förderzweck sein.

Der GKV-Spitzenverband kann gemeinsam mit dem PKV-Verband unter Beteiligung der Selbsthilfe-Verbände der Menschen mit Behinderungen, der pflegebedürftigen Menschen und ihrer Angehörigen und vergleichbar Nahestehenden, Kriterien zur Vergabe der Fördermittel beschließen.

Die bisherigen Regelungen hinsichtlich der Anwendung des § 45c sowie der Förderung nach § 20h SGB V gelten unverändert.

B Stellungnahme

Eine Verstärkung der Förderung von Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen in der Pflege wird begrüßt, ebenso wie die Erhöhung der zur Verfügung stehenden Mittel. Dies ermöglicht eine bessere Vernetzung der bestehenden Selbsthilfeorganisationen und -kontaktstellen, die wiederum die Selbsthilfegruppen vor Ort unterstützen, und stärkt die Arbeit der Selbsthilfegruppen zur Pflege. Der Zugang zur Selbsthilfe ist als Teil der Unterstützungsstrukturen vor Ort, die pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen benötigen, von entscheidender Bedeutung.

Neben dem Aufbau professioneller und ehrenamtlicher Strukturen vor Ort, die niedrigschwellige Hilfen wie beispielsweise Unterstützung im Haushalt bieten, sind flächendeckende Selbsthilfestrukturen in der Pflege ein wesentlicher Bestandteil, um funktionierende „Caring Communities“ im Sinne sorgender Gemeinschaften mit Leben zu erfüllen. Die Förderung der Herstellung oder Verbesserung der Barrierefreiheit aus der Selbsthilfeförderung in der Pflege wird ebenfalls begrüßt.

Die Erhöhung des nominalen Förderbetrags der Pflegeversicherung ist aufgrund der Preisentwicklung in den vergangenen Jahren sachgerecht. Die Festlegung von Vergabekriterien für Fördermittel ist ein zielführender Ansatz und kann durch Ergänzung des "Leitfadens zur Selbsthilfeförderung gemäß § 45d SGB XI" des GKV-Spitzenverbands und des Verbands der Privaten Krankenversicherung e. V. erfolgen. Einerseits wird dadurch die Antragstellung unterstützt, andererseits wird eine bessere Transparenz und ein optimiertes Controlling über die Vergabe geschaffen. Eine Beteiligung sämtlicher in der Selbsthilfe tätigen Verbände der Menschen mit Behinderungen, der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen und vergleichbar Nahestehenden an der Erarbeitung der Vergabekriterien würde jedoch zu einem unverhältnismäßig hohen Aufwand führen. Stattdessen empfiehlt es sich, die für die Wahrnehmung der Interessen der Selbsthilfe maßgeblichen Spitzenorganisationen einzu beziehen. Diese verfügen über Expertenwissen und können die Interessen der Menschen mit Behinderungen, der Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen angemessen vertreten. Als maßgebliche Spitzenorganisationen auf Bundesebene gelten die folgenden Verbände:

- Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderungen und chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e. V. (BAG SELBSTHILFE), Düsseldorf
- Der PARITÄTISCHE Gesamtverband e. V., Berlin
- Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e. V., Berlin
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V., Hamm

Um die Abrufbarkeit und intendierte Wirkung der Förderung sowie die Unterstützung der Arbeit der Selbsthilfe vor Ort sicherzustellen, ist die Implementierung einer nach Ebenen getrennten Förderung sinnvoll. Selbsthilfegruppen, Landesorganisationen und Selbsthilfekontaktstellen der Pflege haben per se keinen bundesweiten, sondern einen landesweiten und regionalen Wirkungskreis. Daher sollte ihre Förderung, sowohl die Gründungsförderung („Aufbau“) als auch die Förderung ihrer Tätigkeiten („Unterstützung“ als reguläre Pauschalförderung) auf Landesebene durch die soziale und private Pflegeversicherung sowie Länder und Kommunen erfolgen. Wesentlich für die Aktivitäten auf Landesebene und vor Ort ist jedoch, dass die Länder und/oder Kommunen ihren Förderanteil von 25 % bereitstellen, denn das ist die Voraussetzung für den Abruf der Fördermittel der Pflegeversicherung. Beim Abruf und

der Nutzung der Fördermittel der Pflegeversicherung ergeben sich große Unterschiede im Vergleich der Bundesländer: während einige die Mittel zum großen Teil ausschöpfen, werden sie in anderen nur in geringem Ausmaß genutzt. Diese Unterschiede sind nicht durch bundesrechtliche Regelungen zu lösen, sondern bedürfen der Befassung auf Länderebene und vor Ort.

Die Förderung aus Mitteln des GKV-Spitzenverbands zur Gründung und zur Förderung der Tätigkeiten von Selbsthilfeorganisationen in der Pflege sollte sich entsprechend der Förderung von Projekten mit bundesweiter Wirkung ausschließlich auf die Selbsthilfeorganisationen der Pflege auf der Bundesebene sowie auf ihre Dachorganisationen beziehen. Die Dachorganisationen und Verbände auf der Bundesebene werden dadurch in die Lage versetzt, Konzepte und Projekte zu entwickeln, die vor Ort um- und eingesetzt werden können und so dem Strukturaufbau und der Ausgestaltung der Aktivitäten der Selbsthilfe in der Pflege an den Lebensorten pflegebedürftiger Menschen und ihren An- und Zugehörigen dienen. Die vom GKV-Spitzenverband direkt zu vergebenden Mittel in Höhe von 0,05 Euro pro Versicherten, können entsprechend eine nachhaltige Wirkung entfalten.

Die vorgeschlagene klare Zweiteilung der Förderung kann durch Änderungen im Absatz 4 umgesetzt werden.

C Änderungsvorschlag

Absatz 4 Satz 1 und Satz 2 werden wie folgt gefasst:

„Von den in Absatz 1 Satz 1 genannten Fördermitteln werden Mittel im Umfang von 0,05 Euro pro Versicherten zur Verfügung gestellt, um Tätigkeiten und Strukturen von Selbsthilfeorganisationen in der Pflege auf der Bundesebene und deren Dachverbände zu fördern, sowie um Gründungszuschüsse für neue Selbsthilfeorganisationen und -kontaktstellen auf Bundesebene zu gewähren, ohne dass es einer Mitfinanzierung durch ein Land oder eine kommunale Gebietskörperschaft bedarf. Die Förderung nach Satz 1 ist von den Selbsthilfeorganisationen oder -kontaktstellen unmittelbar beim Spitzenverband Bund der Pflegekassen zu beantragen.“

Absatz 4 Satz 6 wird wie folgt gefasst:

„Im Rahmen der Entwicklung der Kriterien sind die für die Wahrnehmung der Interessen der Selbsthilfe maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene zu beteiligen.“

Nr. 35 § 45e SGB XI Förderung der Zusammenarbeit in regionalen Netzwerken

A Beabsichtigte Neuregelung

Die bisherige Regelung in § 45c Absatz 9 wird in fünf Absätzen neu gliedert und erweitert.

Die Stärkung der Prävention nach § 5 SGB XI wird als Ziel der Zusammenarbeit in regionalen Netzwerken aufgenommen.

Der pro Netzwerk maximal zur Verfügung stehende Förderbetrag wird um 20 % auf 30.000 Euro je Kalenderjahr erhöht. Die Landesverbände der Pflegekassen haben die Übersicht über die in ihrem Zuständigkeitsbereich geförderten regionalen Netzwerke künftig jährlich bis zum 30. November für das Folgejahr zu erstellen.

Statt bisher auf den Internetseiten der Landesverbände der Pflegekassen sind die Übersichten künftig durch die vom Spitzenverband Bund der Pflegekassen zu errichtender Geschäftsstelle auf einer eigenen Internetseite gebündelt zu veröffentlichen.

Die Geschäftsstelle wird für fünf Jahre errichtet. Dafür steht insgesamt jährlich maximal eine Million Euro zur Verfügung. Die Geschäftsstelle agiert bundesweit.

B Stellungnahme

Die Aufnahme von Prävention als ein Ziel der Zusammenarbeit in regionalen Netzwerken wird begrüßt, denn Ansätze zu Prävention und Gesundheitsförderung im Umfeld von Pflegebedürftigkeit brauchen einerseits die Anbindung vor Ort, profitieren aber auch von Vernetzung. Auch die Erhöhung der Netzwerkförderung wird begrüßt. Der Ausbau und die Verstetigung von Netzwerken vor Ort, die pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen unterstützen, ist ein Teil der Pflege- und Unterstützungsstrukturen vor Ort. Sie stellen einen Baustein für die Umsetzung von Caring Communities als Sorgende Gemeinschaften vor Ort dar.

Die Errichtung einer Geschäftsstelle ist abzulehnen. Die Sinnhaftigkeit einer Geschäftsstelle, die jährlich bis zu eine Million Euro aus den für die Förderung zur Verfügung stehenden Mitteln abzieht, ist nicht nachvollziehbar. Die Aufgaben der Geschäftsstelle werden heute von den Pflegekassen bzw. den Landesverbänden der Pflegekassen bereits übernommen. Die Pflegekassen sind erste Ansprechpartnerin und unterstützen bei Netzwerkgründungen und der flächendeckenden Etablierung von Netzwerken. Die Landesverbände der Pflegekassen erstellen zudem die Übersicht über die geförderten regionalen Netzwerke, aktualisieren diese mindestens einmal jährlich und veröffentlichen sie auf den eigenen Internetseiten.

Nicht nachvollziehbar ist zudem, weshalb eine wissenschaftliche Begleitung und Auswertung im Hinblick auf die Erreichung der Ziele der Geschäftsstelle nach allgemeinen wissenschaftlichen Standards erforderlich wird. Das ist ein nicht sachgerechter Einsatz von finanziellen Mitteln der Beitragszahlenden, die nicht mehr für die Förderung von Netzwerken genutzt werden können.

C Änderungsvorschlag

In Absatz 1 neu wird Satz 4 gestrichen.

Absatz 4 wird wie folgt gefasst:

„(4) Die Landesverbände der Pflegekassen erstellen jährlich bis zum 30. November für das Folgejahr eine Übersicht über die in ihrem Zuständigkeitsbereich geförderten regionalen Netzwerke und veröffentlichen sie auf einer eigenen Internetseite.“

Absatz 5 ist zu streichen.

Nr. 36 § 45f SGB XI Zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen

A Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um die bisherige Regelung des § 38a. Die Regelung wurde unverändert übernommen. Ergänzt wurde die Regelung um die bisher in § 28a enthaltene Bestimmung über die Anwendbarkeit für Pflegebedürftige des Pflegegrades 1.

B Stellungnahme

Die Verschiebung der Regelung in den Sechsten Abschnitt des Vierten Kapitels sowie die Ergänzung um die Anwendbarkeit für Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 sind sachgerecht.

Auch ambulant betreute Wohngruppen sind gemeinschaftliche Wohnformen; sie sind trotz fehlender Legaldefinition von gemeinschaftlichen Wohnformen im Pflegeversicherungsrecht von diesen leistungs- und vertragsrechtlichen Regelungen des §§ 45h und 92c ausgeschlossen. Für die Akzeptanz solcher ausdifferenzierter Leistungsansprüche in ambulanten Wohnformen mit vollstationärer Versorgungssicherheit sind Begründungszusammenhänge nachvollziehbar darzulegen.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Nr. 36 § 45g SGB XI Anschubfinanzierung zur Gründung von ambulant betreuten Wohngruppen

A Beabsichtigte Neuregelung

Nehmen Pflegebedürftige ab Pflegegrad 2, die häuslich gepflegt werden, Leistungen eines nach Landesrecht anerkannten Angebots zur Unterstützung in Anspruch, das eine regelmäßige mehrstündige Betreuung in Gruppen anbietet, können sie für die dafür angefallenen Aufwendungen bis zu 50 % des für den Pflegegrad vorgesehenen Höchstbetrags der teilstationären Pflege nach § 41 SGB XI verwenden, soweit für diesen noch keine Tagespflegeleistungen in Anspruch genommen wurden. Eine vorherige Antragstellung ist nicht erforderlich. Dazu wird ergänzend geregelt, dass eine Umwandlung des teilstationären Sachleistungsbetrags für die Erbringung von Leistungen durch Tagespflegeeinrichtungen ausgeschlossen ist.

Der Entlastungsbetrags nach § 45b SGB XI kann unabhängig in Anspruch genommen werden.

Tagespflegeeinrichtungen werden verpflichtet, auf Wunsch des pflegebedürftigen Menschen unverzüglich nach Erstellung der Abrechnung in Textform eine Mitteilung über die Höhe der zur Abrechnung eingereichten Leistungen und den Monat, auf den sich die Abrechnung bezieht, auszuhändigen oder zu übermitteln.

B Stellungnahme

Die Umwandlung des hälftigen Leistungsbetrags der Tagespflege wird begrüßt. Die Verfügbarkeit von Tagespflegeangeboten ist nicht in allen Regionen sichergestellt, mit der Folge, dass pflegebedürftige Menschen nicht immer ihren Leistungsanspruch auf Tagespflege einlösen können. Hier stellen nach Landesrecht anerkannte niedrigschwellige Gruppenangebote, die eine mehrstündige Betreuung anbieten, ein ergänzendes beziehungsweise ein alternatives Angebot dar. Um die Inanspruchnahme zu stärken und damit zu einer Entlastung der häuslichen Pflegesituation beizutragen, ist eine flexiblere Nutzung des Leistungsanspruchs sachgerecht.

Mit dem Pflegestärkungsgesetz I wurden Anreize zur Schaffung von teilstationären Pflegeangeboten geschaffen. Es ist darauf zu achten, dass pflegebedürftige Menschen auch den umgewandelten Sachleistungsanspruch für die vom Land anerkannten niedrigschwellige Gruppenangebote von Tagespflegeeinrichtungen nutzen können gleichermaßen, wie sie bereits den umgewandelten Pflegesachleistungsanspruch nach § 36 SGB XI für die vom Land anerkannten niedrigschwelligen Angebote des Pflegedienstes einsetzen können.

Die Transparenz hinsichtlich der von der Tagespflegeeinrichtung abgerechneten Leistungen sollte eigentlich eine Selbstverständlichkeit im vertrauensvollen Verhältnis zwischen Einrichtung und pflegebedürftige Menschen sein und generell gelten und nicht nur im Zusammenhang mit dem Umwandlungsanspruch.

C Änderungsvorschlag

In § 45g Absatz 2 wird Satz 5 gestrichen.

Nr. 36 § 45h SGB XI Leistungen in gemeinschaftlichen Wohnformen mit Verträgen zur pflegerischen Versorgung gemäß § 92c SGB XI

Siehe auch Stellungnahme zu Nr. 50

A Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um die bisherige Regelung des § 38a SGB XI. Die Regelung wurde unverändert übernommen. Ergänzt wurde die Regelung um die bisher in § 28a SGB XI enthaltene Bestimmung über die Anwendbarkeit für Pflegebedürftige des Pflegegrades 1.

B Stellungnahme

Die Verschiebung der Regelung in den Sechsten Abschnitt des Vierten Kapitels sowie die Ergänzung um die Anwendbarkeit für Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 sind sachgerecht.

Auch ambulant betreute Wohngruppen sind gemeinschaftliche Wohnformen; sie sind trotz fehlender Legaldefinition von gemeinschaftlichen Wohnformen im Pflegeversicherungsrecht von diesen leistungs- und vertragsrechtlichen Regelungen des §§ 45j und 92c SGB XI ausgeschlossen. Für die Akzeptanz solcher ausdifferenzierter Leistungsansprüche in ambulanten Wohnformen mit vollstationärer Versorgungssicherheit sind Begründungszusammenhänge nachvollziehbar darzulegen.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Nr. 37 § 47b neu SGB XI Aufgabenerledigung durch Dritte

A Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Einführung des neuen § 47b SGB XI wird für die Pflegekassen eine Rechtsgrundlage zur Auslagerung von Aufgaben auf private Dritte geschaffen. Insofern wird den Entscheidungen des Bundessozialgerichts vom 30.08.2023 (B 3 A 1/23 R und B 3 A 1/22 R) Rechnung getragen. Die Regelung orientiert sich dabei an § 197b SGB V und § 97 Absatz 1 Satz 1 SGB X.

Daneben bleiben die weiteren Möglichkeiten zur Auslagerung von Aufgaben wie u. a. nach § 88 SGB X an einen anderen Leistungsträger oder seinen Verband und nach § 94 SGB X an eine Arbeitsgemeinschaft unberührt.

B Stellungnahme

Die Schaffung einer gesetzlichen Grundlage zur Auslagerung von Aufgaben der gesetzlichen Pflegekassen auf private Dritte im Rahmen der gesetzlichen Konkretisierung wird ausdrücklich begrüßt.

Es wird darauf hingewiesen, dass das Bundessozialgericht mit den Entscheidungen vom 30.08.2023 (B 3 A 1/23 R und B 3 A 1/22 R) eine nähere Differenzierung, wann eine Aufgabe zu den „wesentlichen Aufgaben zur Versorgung der Versicherten“ gehört und ihre Erledigung deshalb gemäß § 197b SGB V nicht in Auftrag gegeben werden darf, unmittelbar durch den Gesetzgeber angeregt hat (Rn. 26 bzw. 27). Die Gründe, die für eine Konkretisierung von § 197b SGB V gesprochen haben, bestehen ebenso in der sozialen Pflegeversicherung. Diesem Auftrag wird der – dem Grunde nach begrüßenswerte – Entwurf noch nicht vollständig gerecht.

Vorgeschlagen wird deshalb eine gesetzliche Konkretisierung, ohne die Möglichkeiten und Grenzen einer zulässigen Aufgabenerledigung durch Dritte grundsätzlich zu verändern. Mit dem Ausschluss der Wahrnehmung von Aufgaben, die unmittelbar die Leistungsgewährung an Versicherte nach dem vierten Kapitel betreffen, wird der vom Bundessozialgericht geforderten Differenzierung Rechnung getragen. Danach dürfen qualifizierte Sachbearbeitungen, die eine inhaltliche Prüfung der versicherungs- und leistungsrechtlichen Voraussetzungen beinhalten und die Versicherten unmittelbar berühren, nicht auf Dritte übertragen werden (Rn. 28 bzw. 29). Auf diese Weise wird sichergestellt, dass die alleinige, ausschließliche und abschließende Entscheidung über zugrundeliegende Leistungsansprüche der Versicherten bei der Pflegekasse verbleibt.

Von der Änderung unberührt bleiben zum einen die weiteren Möglichkeiten zur Auslagerung von Aufgaben wie u. a. nach § 88 SGB X an einen anderen Leistungsträger oder seinen Verband und nach § 94 SGB X an eine Arbeitsgemeinschaft. Dies gilt ebenso für die bisher bestehende Möglichkeit der Beauftragung einer juristischen

Person des privaten Rechts, über die die Pflegekasse eine ähnliche Kontrolle ausübt wie über ihre eigenen Dienststellen, bleibt ebenso unberührt (vgl. § 108 GWB, i. E. ebenso LSG Hamburg vom 29.11.2012, Az.: L 1 KR 156/11 KL, Rn. 70). Eine entsprechende Klarstellung auch letztgenannter Konstellation in der Gesetzesbegründung wird als ausreichend angesehen und insofern vorgeschlagen.

C Änderungsvorschlag

Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„Aufgaben, die unmittelbar die Leistungsgewährung an Versicherte nach dem vierten Kapitel betreffen, dürfen nicht in Auftrag gegeben werden.“

Die Gesetzesbegründung wird wie folgt ergänzt:

„Es wird klargestellt, dass auch die bisher bestehende Möglichkeit der Beauftragung einer juristischen Person des privaten Rechts, über die die Pflegekasse eine ähnliche Kontrolle ausübt wie über ihre eigenen Dienststellen, ebenso unberührt bleibt (vgl. § 108 GWB, i. E. ebenso LSG Hamburg vom 29.11.2012, Az.: L 1 KR 156/11 KL, Rn. 70).“

Nr. 39 § 55 SGB XI Beitragssatz, Beitragsbemessungsgrenze, Verordnungsermächtigung

A Beabsichtigte Neuregelung

Der Gesetzentwurf enthält klarstellende Ausführungen für die Zeit nach Ende des Übergangszeitraums zur erleichterten Nachweisführung bezüglich der Elterneigenschaft sowie der Anzahl der Kinder unter 25 Jahren ab dem 01.01.2026. Der GKV-Spitzenverband hat Empfehlungen über geeignete Nachweise festzulegen. Die überwiegende Zahl von Nachweisen wird über das automatisierte Übermittlungsverfahren gemeldet und steht den beitragsabführenden Stellen zeitnah zur Verfügung. Der Gesetzesentwurf sieht vor, dass die Wirkung der Nachweise mit Beginn des Monats der Geburt bzw. ab Beginn eines vergleichbaren Ereignisses (z. B. Beginn der Beschäftigung, Bezug einer Rente, Krankenkassenwechsel oder Feststellung der Vaterschaft bzw. Adoption) eintritt. Die gleiche Wirkung entfalten Nachweise, die nicht über das automatisierte Übermittlungsverfahren, sondern in anderer geeigneter Weise gegenüber den beitragsabführenden Stellen innerhalb einer Frist von sechs Monaten nach Eintritt des Ereignisses nachgewiesen werden. Sollte der Nachweis für ein länger zurückliegendes Ereignis erfolgen, gilt der Nachweis ab Beginn des Monats, der dem folgt, in dem der Nachweis erbracht wurde.

B Stellungnahme

Die Klarstellung zur Nachweisführung nach Ablauf des Übergangszeitraums ab 01.01.2026 ist eine versichertenfreundliche Regelung und wird als sachgerecht begrüßt.

Der überwiegende Teil der Daten über die Elterneigenschaft sowie zur Anzahl berücksichtigungsfähiger Kinder erfolgt zeitnah über das digitale Verfahren. In Sachverhalten, in denen der Zeitpunkt der Übermittlung im automatisierten Verfahren verzögert erfolgt, soll dies nicht zu Lasten der Versicherten oder beitragsabführenden Stellen gehen, da dies nicht in der Verantwortung der Betroffenen liegt.

Weiter ist eine Regelung für berücksichtigungsfähige Kinder vorgesehen, die nicht im automatisierten Verfahren gemeldet werden, weshalb die Nachweisführung vom Mitglied selbst zu erfolgen hat. Die Frist zur Wirkung des Nachweises auf den Beginn des Monats des Ereignisses wird ebenfalls auf sechs Monate festgelegt, da es erfahrungsgemäß Sachverhalte gibt, bei denen eine Nachweisführung nicht ohne Weiteres kurzfristig möglich ist bzw. bei denen mit einem Zeitversatz zu rechnen ist. Die im Gesetzesentwurf vorgesehene Sechs-Monats-Frist wird insofern als sachgerecht bewertet. Der Gesetzesentwurf enthält nun auch die Berechtigung der Pflegekassen, entsprechende Nachweise beim Mitglied einzufordern.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Nr. 40 § 69 SGB XI Sicherstellungsauftrag

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Pflegekassen haben beim Abschluss von Versorgungsverträgen sowie Vergütungsvereinbarungen ihre eigenen Erkenntnisse zur Evaluation der regionalen Versorgungssituation, Empfehlungen der Landespflegeausschüsse sowie, wenn vorhanden, Empfehlungen der regionalen Pflegekonferenzen oder entsprechender regionaler Gremien als auch Anzeigen von Pflegeeinrichtungen zur Sicherstellung der pflegerischen Versorgung zu berücksichtigen.

Zur Gewährleistung des Sicherstellungsauftrages können Pflegekassen Verträge mit Einzelpflegekräften abschließen oder diese selbst anstellen.

B Stellungnahme

Die gesetzliche Neuregelung ist sachgerecht und stellt klar, dass die neu eingeführten Aufgaben der Pflegekassen, wie bspw. die Evaluation der regionalen Versorgungssituation oder Erkenntnisse aus den Anzeigen der Pflegeeinrichtungen nach § 73a SGB XI, künftig bei der Umsetzung des Sicherstellungsauftrags zu berücksichtigen sind. Dies stellt den Zusammenhang mit den Regelungen des § 12 Absatz 2 SGB XI (neu) her, über den eine engere Zusammenarbeit zwischen Pflegekassen und Kommunen bei der kommunalen Pflegestrukturplanung durch die Bereitstellung von Daten der Pflegekassen (perspektivisch der Kranken- und Pflegekassen) ermöglicht wird. Wenn wie im § 9 SGB XI (neu) vorgesehen, Empfehlungen der Ausschüsse nach § 8a Absatz 3 SGB XI (regionale Pflegekonferenzen) durch landesrechtliche Regelungen zukünftig als Bestandteil der Pflegestrukturplanung anzusehen sind und somit aufgewertet werden, dann ergibt sich daraus eine bessere Verzahnung in der Planung der Pflegeinfrastruktur zwischen den Kommunen und den Pflegekassen. Dies zählt somit auch auf die Gewährleistung des Sicherstellungsauftrages der Pflegekassen ein.

Die Pflegekassen haben bereits zur Gewährleistung des Sicherstellungsauftrags nach § 77 SGB XI umfassende Möglichkeiten, Verträge mit Einzelpflegekräften abzuschließen oder diese selbst anzustellen. Eine weitere gesetzliche Normierung mit demselben Sachverhalt beziehungsweise Sicherstellungsauftrag ist nicht sachgerecht. Der letzte Satz in Absatz 2 ist daher zu streichen.

C Änderungsvorschlag

In § 69 Absatz 2 wird Satz 2 gestrichen.

Nr. 42 § 72 SGB XI Zulassung zur Pflege durch Versorgungsvertrag

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Empfehlungen der Landespflegeausschüsse nach § 8a SGB XI sind von den Landesverbänden der Pflegekassen vor Abschluss eines Versorgungsvertrages zu berücksichtigen. Sofern vorhanden, sind auch die Empfehlungen und Zielsetzungen für die pflegerische Versorgung zu beachten, die im Rahmen der jeweiligen nach landesrechtlichen Vorgaben durchgeführten kommunalen Pflegestrukturplanung vorliegen. Davon unberührt bleibt die marktwirtschaftliche Orientierung des Vertragsrechts der sozialen Pflegeversicherung.

Zudem werden betroffenen Pflegeeinrichtungen bei Änderungen von Tarifverträgen oder kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen nach deren Veröffentlichung durch die Pflegekassen künftig drei statt bislang zwei Monate für die Umsetzung gewährt. Die Meldungen von tarifgebundenen Pflegeeinrichtungen nach § 72 Absatz 3e SGB XI sind zukünftig bis zum 31. Juli abzugeben und nicht bis zum 31. August. Für diese Meldungen können alternativ entsprechende, elektronisch verfügbare Daten aus der Lohnbuchhaltung und Personalstammdaten der Pflegeeinrichtungen genutzt werden.

Auch der Stichtag, der für die jeweils geltende Tarifvertrags oder der mitgeteilten kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen relevant ist, verschiebt sich um einen Monat nach vorne auf den 1. Juli.

Zudem soll im Rahmen der Evaluation gemäß § 72 Absatz 3f SGB XI bis spätestens 30. Juni 2026 geprüft werden, inwiefern das Verfahren und die Methode zur Ermittlung der regional üblichen Entlohnungsniveaus vereinfacht werden können.

B Stellungnahme

Unter Verweis auf die Kommentierung zu § 8a SGB XI wird die gesetzgeberische Intention begrüßt. Die neu aufgenommene Berücksichtigungspflicht ist in § 8a Absatz 5 SGB XI bereits angelegt. Intendiert ist eine bessere Verzahnung der Pflegestrukturplanung auf Landes- und kommunaler Ebene mit der Zulassung von Pflegeeinrichtungen zur Versorgung durch die Pflegekassen. Allerdings werden die Kriterien der Zulassung nicht materiell verändert und eine eventuell vorliegende Pflegestrukturplanung wird auch nicht mit der Pflicht zur Berücksichtigung zu einer verpflichtenden Planungsgrundlage verbunden.

In ihrer jetzigen Ausprägung stellt die Regelung keine Abkehr vom Kontrahierungszwang dar und wird auch keine wahrnehmbare Wirkung entfalten können.

Die Änderung des Zeitrahmens für die Umsetzungen bei Änderungen des entsprechenden Tarifvertrags bzw. der kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen bei den Tariftreueregelungen ist sachgerecht. Den beteiligten Akteuren wird dadurch für den etwaigen Abschluss angepasster Vergütungsvereinbarungen eine angemessenere

Zeitspanne eingeräumt. Auch die Verschiebung des Meldezeitraums für die 3e-Meldungen ist sachgerecht. Diese Maßnahme führt, unterstützt durch die entsprechende Anpassung des § 82 SGB XI unter Nr. 44, zu einer Entzerrung des Zeitraums für die Anpassungen der Vergütungs- und Pflegesatzvereinbarungen bei den Durchschnittsanwendern und zu einer allgemeinen Entspannung des Verhandlungsgeschäfts.

Die vorgesehene Regelung, im Rahmen der Evaluation nach § 72 Absatz 3f SGB XI auch die Vereinfachung des Verfahrens und der Methode zur Ermittlung der regional üblichen Entlohnungsniveaus zu prüfen, wird begrüßt. Der Wunsch, tarifgebundene Pflegeeinrichtungen bei der Meldung von Tarifinformationen zu entlasten und gleichzeitig das Verfahren effizienter zu gestalten, ist nachvollziehbar und sinnvoll.

Gleichzeitig ist aus unserer Sicht entscheidend, dass mögliche Änderungen auf einer belastbaren, methodisch fundierten Grundlage erfolgen. Die derzeit laufende Evaluation nach § 72 Absatz 3f SGB XI, an der relevante Akteure aus Tarifpartnern, Verbänden und Wissenschaft beteiligt sind, bietet hierfür den geeigneten Rahmen. Sie sollte vollständig abgeschlossen und ausgewertet sein, bevor gesetzgeberische Schritte zur Umstellung des Meldeverfahrens oder der Datenquellen erfolgen.

Im Rahmen eines Workshops mit Tarif- und Branchenexpertinnen und -experten wurden bereits konkrete Vorschläge zur Verfahrensvereinfachung eingebracht – darunter auch die Nutzung von Daten aus der Lohnbuchhaltung und den Personalstammdaten als alternative Datengrundlage. Diese Ansätze sind grundsätzlich zu begrüßen, müssen jedoch auf ihre technische Umsetzbarkeit sowie ihre Vereinbarkeit mit den geltenden gesetzlichen Anforderungen überprüft werden. Insbesondere ist sicherzustellen, dass die Vergleichbarkeit der Daten gewahrt bleibt und weiterhin ein einheitlicher Maßstab zur Ermittlung des regional üblichen Entlohnungsniveaus gegeben ist.

Die Aufnahme des Prüfauftrags zur Vereinfachung des Meldeverfahrens in den § 72 Absatz 3f SGB XI stellt insofern eine sachgerechte und differenzierte Vorgehensweise dar, da sie eine fundierte Entscheidungsgrundlage schafft. Eine gesetzliche Änderung zur Einführung alternativer Meldeverfahren oder Datenquellen sollte jedoch erst nach Vorlage der vollständigen Evaluations- und Prüfergebnisse erfolgen, um die Akzeptanz und Wirksamkeit der Tariftreueregelung langfristig sicherzustellen.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Nr. 43 § 73a SGB XI Verfahren zu Beeinträchtigungen bei Versorgungsverträgen

A Beabsichtigte Neuregelung

Aufgrund dieser gesetzlichen Neuregelung haben zugelassene Pflegeeinrichtungen im Fall einer absehbaren oder bereits eingetretenen wesentlichen Beeinträchtigung der Leistungserbringung die Verpflichtung, diese umgehend bei den Landesverbänden der Pflegekassen anzuzeigen. Damit soll die Versorgung der pflegebedürftigen Menschen in absehbaren oder bereits eingetroffenen Krisensituationen besser gewährleistet werden.

In der Konsequenz haben die Landesverbände der Pflegekassen gemeinsam mit der Pflegeeinrichtung und den weiteren Beteiligten an der pflegerischen Versorgung vor Ort Maßnahmen zur Sicherstellung der pflegerischen Versorgung für die Pflegebedürftigen zu prüfen.

Dabei können auch kurzfristige Abweichungen von zulassungsrechtlichen Vorgaben sowie den vereinbarten Leistungs- und Qualitätsmerkmalen einschließlich der Personalausstattung gewährt werden. Bei längerfristigen Beeinträchtigungen sind die bestehenden Instrumente und Mittel des Vertragsrechts anzuwenden.

Flankiert wird diese Anzeigeverpflichtung der Pflegeeinrichtungen durch eine regelmäßige Berichtspflicht des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen an das Bundesministerium für Gesundheit zu den Entwicklungen in den pflegerischen Versorgungsstrukturen. Der Bericht ist nach Bundesländern zu differenzieren und soll neben den numerischen Angaben auch Bewertungen der Pflegekassenverbände zur Versorgungssituation in den einzelnen Ländern erhalten.

B Stellungnahme

Mit dieser Neuregelung wird die auf die COVID-19-Pandemie konzentrierte und für deren Dauer befristete Vorschrift in § 150 Absatz 1 SGB XI in generalisierter Form dauerhaft gesetzlich verankert. Die Meldeverpflichtung der Pflegeeinrichtungen bei Beeinträchtigung ihrer Leistungserbringung sowie der damit zusammenhängenden Reaktionsmöglichkeiten der Landesverbände der Pflegekassen und weiterer Beteiligten ist sachgerecht und dient der Gewährleistung der pflegerischen Versorgung in absehbaren oder bereits eingetroffenen erheblichen Krisensituationen. Darüber hinaus sollten damit gleichzeitig auch Empfehlungen von den betroffenen Pflegeeinrichtungen zu möglichen Handlungsoptionen an die Landesverbände der Pflegekassen adressiert werden. Dies dient deren ergänzenden Unterstützung, um gemeinsam mit den Beteiligten notwendige Maßnahmen zur Sicherstellung der pflegerischen Versorgung zu identifizieren.

Besonders zu begrüßen ist die zusätzliche Verpflichtung der Pflegeeinrichtungen, auch interne Gegebenheiten wie bspw. wirtschaftliche Schwierigkeiten, die den weiteren Betrieb der Pflegeeinrichtung in der vertraglich vereinbarten Form gefährden,

den Landesverbänden der Pflegekassen mitzuteilen. Dadurch wird gesetzlich normiert, dass nicht nur Naturkatastrophen oder schwerwiegende Infektionsausbrüche gegenüber den Landesverbänden der Pflegekassen anzuzeigen sind, sondern auch Informationen zu wirtschaftlichen Notlagen oder drohenden Insolvenzen von Pflegeeinrichtungen.

Neben der Notwendigkeit, Maßnahmen zur Sicherstellung der pflegerischen Versorgung für die Pflegebedürftigen gemeinsam mit allen daran vor Ort beteiligten Akteuren zu prüfen, wird mit dieser Regelung den Landesverbänden der Pflegekassen zusätzlich ein erweiterter Handlungsspielraum eröffnet. Damit können diese den Pflegeeinrichtungen kurzfristige Abweichungen von zulassungsrechtlichen Vorgaben sowie den vereinbarten Leistungs- und Qualitätsmerkmalen einschließlich der Personalausstattung gewähren. Diese gesetzliche Neuregelung bietet den Landesverbänden der Pflegekassen gewisse Vertragsspielräume bei besonders herausfordernden Situationen von Pflegeeinrichtungen und ermöglicht zudem vorübergehend von bestehenden gesetzlichen Regelungen zur Sicherstellung der pflegerischen Versorgung abzuweichen. Vor dem Hintergrund der Vertragspartnerschaft der Landesverbände der Pflegekassen (§ 72 Absatz 2 Satz 1 SGB XI) sind diesen durchgängig die Aufgaben und Befugnisse dafür zu erteilen. Auch ist sicherzustellen, dass bei Bedarf, wie in der Gesetzesbegründung dargelegt, Verwaltungsakte erlassen werden können. Zur Entbürokratisierung bietet sich an, dass nur ein Landesverband der Pflegekassen für alle Landesverbände agiert.

Die Berichtspflicht des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen über die Entwicklung der Versorgungsverträge in den Bundesländern ist zu begrüßen, um regelmäßig einen bundesweiten Überblick über die Anzahl der abgeschlossenen Versorgungsverträge in der voll- und teilstationären sowie der ambulanten pflegerischen Versorgung inklusive der Anzahl der vertraglich vereinbarten Pflegeplätze in den einzelnen Versorgungsbereichen zu erhalten. Dadurch wird es den Pflegekassen ermöglicht, ein Monitoring zur aktuellen Versorgungssituation zu flankieren und damit erstmals auch Informationen über Gründe für Zulassungsrückgaben von Pflegeeinrichtungen abzubilden. Dennoch sollte sich aber bei der Berichtspflicht der Pflegekassen im Wesentlichen auf die Erhebung der Daten zur Anzahl der zugelassenen Pflegeeinrichtungen sowie auf die Übermittlung von Gründen für Zulassungsrückgaben beschränkt werden, um auch für die Pflegekassen ein ressourcenschonendes, aber dennoch aussagekräftiges Monitoring zu etablieren. Ergänzend ist die regelmäßige Analyse auf Basis der den Pflegekassen zur Verfügung stehenden Versorgungsdaten zur Entwicklung der regionalen pflegerischen Versorgung nach § 12 Absatz 2 SGB XI mit diesem Monitoring zu verknüpfen; die Informationen aus dem Monitoring stellen auch wichtige Informationen zur Erarbeitung von Empfehlungen der Ausschüsse nach §§ 8a Absatz 1 und 3 SGB XI dar (siehe auch Stellungnahme zu Art. 1 Nr. 11 § 12 SGB XI).

C Änderungsvorschlag

In Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „den Pflegekassen als“ gestrichen.

In Absatz 2 Satz 1 werden vor dem Wort „Pflegekassen“ die Wörter „Landesverbände der“ eingefügt.

In Absatz 2 Satz 3 werden vor dem Wort „Pflegekassen“ die Wörter „durch die Landesverbände der Pflegekassen oder einen von diesem benannten Landesverband der“ eingefügt sowie das Wort „hingenommen“ gestrichen und dafür das Wort „gewährt“ eingefügt.

Nr. 45 § 75 Rahmenverträge, Bundesempfehlungen und -vereinbarungen über die pflegerische Versorgung

A Beabsichtigte Neuregelung

Bei Rahmenvertragsverhandlungen haben künftig die Vereinbarungspartner nach § 75 Abs. 1 SGB XI zu prüfen, inwieweit die dort zu regelnden Anforderungen an die pflegerische Versorgung effizienter ausgestaltet werden können.

B Stellungnahme

Künftig sollen bei Rahmenvertragsverhandlungen die Versorgungsprozesse dahingehend überprüft werden, ob diese beschleunigt, digitalisiert und automatisiert werden können. Diese gesetzliche Neuregelung ist sachgerecht und stellt eine Konkretisierung für Verhandlungen der Vereinbarungspartner dar.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Nr. 47 § 78a SGB XI Verträge über digitale Pflegeanwendungen und Verzeichnis für digitale Pflegeanwendungen, Verordnungsermächtigung

A Beabsichtigte Neuregelung

Im Absatz 1 wird der Zeitpunkt, ab wann der Anspruch auf digitale Pflegeanwendungen wirksam wird, konkretisiert. Es gilt der vereinbarte Zeitpunkt für die Geltung der Vergütungsvereinbarung.

Im Absatz 4 wird die Nachweispflicht des pflegerischen Nutzens vereinfacht und ergänzt. Insofern unterstützt die digitale Pflegeanwendung die pflegenden Angehörigen oder sonstige ehrenamtlich Pflegenden dabei, dass die häusliche Versorgungssituation des Pflegebedürftigen stabilisiert wird oder pflegende Angehörige oder sonstige ehrenamtlich Pflegenden dadurch entlastet werden.

Nach Absatz 5 sind die Anträge der Hersteller abzulehnen, sofern keine vollständigen Unterlagen vorliegen und der Hersteller keine Erprobung beantragt hat.

Der Absatz 6 legt fest, dass für digitale Pflegeanwendungen, die pflegende Angehörige oder sonstige ehrenamtlich Pflegenden unterstützen, der Stabilisierung der häuslichen Versorgungssituation des Pflegebedürftigen oder der Entlastung für pflegende Angehörige oder sonstige ehrenamtlich Pflegenden dienen, in der Rechtsverordnung des Bundesministeriums für Gesundheit ergänzend Näheres als Anforderungen für digitale Pflegeanwendungen zu regeln ist. Ebenfalls dort festzulegen sind die vom Hersteller bei fehlendem Nachweis zu begründenden Erfordernissen des pflegerischen Nutzens für digitale Pflegeanwendungen, die zur Stabilisierung der häuslichen Versorgungssituation oder Entlastung der pflegenden Angehörigen dienen sowie Vorgaben zu dem beizufügenden Evaluationskonzept.

Der neue Absatz 6a ermöglicht dem Hersteller eine Erprobung der digitalen Pflegeanwendung bis zu 12 Monate und die Beantragung einer vorläufigen Aufnahme in das Verzeichnis, sofern dieser bei der Beantragung auf Zulassung einer digitalen Pflegeanwendung keinen pflegerischen Nutzen oder keine Stabilisierung der häuslichen Versorgungssituation oder keine Entlastung der pflegenden Angehörigen nachweisen kann. Dem Antrag sind eine plausible Begründung für die Wirkungen und ein von einer herstellerunabhängigen Institution erstelltes wissenschaftliches Evaluationskonzept zum Nachweis dieser Wirkungen beizufügen. Mit Ablauf der Erprobungsphase sind vom Hersteller die Nachweise für die Wirkungen der erprobten digitalen Pflegeanwendung vorzulegen. Liegen die Nachweise weiterhin nicht vor, kann der Erprobungszeitraum um weitere 12 Monate verlängert werden.

B Stellungnahme

Die Änderung im Absatz 1, dass Vergütungsverhandlungen zwischen Herstellern und Kostenträgern direkt nach Aufnahme in das Verzeichnis für digitale Pflegeanwendungen aufzunehmen sind, ist sachgerecht.

Die Änderung im Absatz 3 stellt eine notwendige Folgeänderung zu der Änderung des § 40a Absatz 1a Satz 1 dar. Die Öffnung der digitalen Pflegeanwendung für die Nutzung durch pflegende Angehörige oder ehrenamtlich Helfende für eine Stabilisierung der häuslichen Pflegesituation oder zur Entlastung der pflegenden Angehörigen ist zu begrüßen. Damit kann ein Beitrag zur Stärkung des häuslichen Pflegesettings und für das Engagement der pflegenden Angehörigen und ehrenamtlich Helfenden geleistet werden. Die Änderung führt dazu, dass Hersteller die Wahl haben, ob die Zulassung einer digitalen Pflegeanwendung mit einem Nachweis eines pflegerischen Nutzens oder mit einem Nachweis der Stabilisierung der häuslichen Versorgungssituation des Pflegebedürftigen oder der Entlastung pflegender Angehöriger oder sonstiger ehrenamtlich Pflegenden beantragt wird. Da es bisher keine zugelassene digitale Pflegeanwendung gibt, die einen pflegerischen Nutzen nachweisen kann, ist zu befürchten, dass sich mit der Öffnung für Anwendungen, die keinen pflegerischen Nutzen nachweisen müssen, auch keine Änderung einstellt. Es ist eine Konzentration auf digitale Pflegeanwendungen für pflegende Angehörige oder ehrenamtlich Helfende zu erwarten.

Bei den Anpassungen im Absatz 5 handelt es sich um eine Folgeänderung aufgrund der im Absatz 6a neu geregelten Möglichkeit einer Erprobungsphase.

Die Änderungen im Absatz 6 sind aufgrund der Anpassung des § 40a Absatz 1a Satz 1 sachgerecht. Bei der Anpassung der Rechtsverordnung ist jedoch darauf zu achten, dass die Anforderungen an die digitalen Pflegeanwendungen für die Entlastung der pflegenden Angehörigen oder zur Stabilisierung der häuslichen Versorgungssituation umfassend formuliert werden. Auch wenn kein pflegerischer Nutzen nachzuweisen ist, muss aus dem Nachweis dennoch klar ein Bezug zur pflegerischen Versorgungssituation zu erkennen sein.

Die im neuen Absatz 6a geregelte Möglichkeit einer Erprobungsphase ohne Nachweis des pflegerischen Nutzens ist nicht sachgerecht und daher abzulehnen. Gerade im Zusammenhang mit der vulnerablen Gruppe der pflegebedürftigen Menschen kann eine digitale Pflegeanwendung nicht ohne Nachweis zugelassen werden. Eine Erprobung von digitalen Anwendungen an pflegebedürftigen Menschen und pflegenden Angehörigen, die aufgrund des gedeckelten Leistungsbetrages die Mehrkosten einer digitalen Pflegeaufwendung zu zahlen haben, ist abzulehnen. Hersteller haben für diese Personengruppe eine besondere Verantwortung zu übernehmen und können diese nicht in Form einer Erprobungsphase für ihre Produkte zu Lasten der pflegebedürftigen Menschen und pflegende Angehörige aufkündigen. Da auch im Rahmen der digitalen Gesundheitsanwendungen bisher nicht nur positive

Erfahrungen mit der Erprobungsphase gemacht wurden, sind solche Öffnungsregelungen als nicht zielführend zu bewerten und besonders im Interesse der Schutzbedürftigkeit pflegebedürftiger Menschen abzulehnen.

Sollte an der Regelung festgehalten werden, dann ist eine Teilnahme pflegebedürftiger Menschen und ihrer pflegenden Angehörigen während der Erprobungsphase freiwillig und jederzeit kündbar sowie kostenfrei für die Nutzer sicherzustellen. Alle Kosten sind während der Erprobungsphase vom Hersteller zu tragen.

C **Änderungsvorschlag**

Der Absatz 6 Satz 1 Nr. 7 und der Absatz 6a sind zu streichen.

Ergänzend ist auch die Folgeänderung zu Absatz 6a im Absatz 5 zu streichen.

Nr. 48 § 82c SGB XI Wirtschaftlichkeit von Personalaufwendungen

A Beabsichtigte Neuregelung

Durch die Änderungen der Fristen in § 72 Absatz 3b und 3e SGB XI werden folglich auch die Fristen in § 82c Absatz 5 SGB XI angepasst. Die Veröffentlichung des regional üblichen Entlohnungsniveaus hat demnach bis zum 30. September zu erfolgen.

Zudem soll die Geschäftsstelle des GKV-Spitzenverbands dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 28.02.2026 berichten, unter welchen technischen Voraussetzungen Pflegeeinrichtungen die verpflichtenden Meldungen nach § 72 Absatz 3e Satz 1 auch aus den ihnen verfügbaren Daten ihrer Lohnbuchhaltung elektronisch übermitteln könnten.

B Stellungnahme

Die Änderungen sind sachgerecht und entsprechen der Änderung des § 72 Abs. 3e SGB XI. Das Verhandlungsgeschäft wird entzerrt. Es sollte jedoch bedacht werden, dass durch die Entzerrung des Meldezeitraums und des Umsetzungszeitraums ein halbes Jahr zwischen dem Zeitpunkt, der für die Tarifverträge bzw. kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen relevant ist, und dem Zeitpunkt, an dem das entsprechende regional übliche Entlohnungsniveaus umgesetzt werden muss, liegt. Dadurch kommen die Auswirkungen von Entgelterhöhungen bei Tarifabschlüssen erst zeitverzögert bei den Beschäftigten von Einrichtungen an, die sich am regional üblichen Entlohnungsniveau orientieren.

Die vorgesehene Ergänzung des § 82c Absatz 6 Satz 9 SGB XI, wonach die Geschäftsstelle des GKV-Spitzenverbands dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 28.02.2026 berichten soll, unter welchen technischen Voraussetzungen Pflegeeinrichtungen die verpflichtenden Meldungen nach § 72 Absatz 3e Satz 1 auch aus den ihnen verfügbaren Daten ihrer Lohnbuchhaltung elektronisch übermitteln könnten, wird kritisch gesehen und in der aktuellen Form abgelehnt.

Eine solche Berichtspflicht greift dem Ergebnis der derzeit laufenden Evaluation nach § 72 Absatz 3f SGB XI vor und birgt die Gefahr, dass daraus politische oder gesetzgeberische Erwartungen abgeleitet werden, bevor eine umfassende und systematische Prüfung der methodischen, rechtlichen und praktischen Auswirkungen einer alternativen Datengrundlage erfolgt ist.

Gerade weil im Rahmen der Evaluation ausdrücklich auch die Frage der Vereinfachung des Verfahrens und der Methode zur Ermittlung der regional üblichen Entlohnungsniveaus bis spätestens zum 30.06.2026 geprüft werden soll, ist es aus unserer Sicht nicht sachgerecht, parallel bereits Berichtsaufträge zur technischen Umsetzbarkeit alternativer Datenquellen zu formulieren. Die Einführung paralleler Prüf-

stränge riskiert Unklarheiten in der fachlichen Bewertung, vermeidet keine Redundanzen, sondern schafft sie, und unterminiert die notwendige inhaltliche Klarheit des Evaluationsprozesses.

C **Änderungsvorschlag**

Die Änderung des § 82c Absatz 6 Satz 9 SGB XI ist zu streichen.

Nr. 49 § 84 SGB XI Bemessungsgrundsätze

A Beabsichtigte Neuregelung

Bei der Beurteilung der Leistungsgerechtigkeit der Pflegesätze kann für die Feststellung der Gleichartigkeit von Pflegeeinrichtungen auch die angewandte Entlohnungsstruktur der Mitarbeitenden berücksichtigt werden. Hierfür sind von den Kostenträgern die Vergleichsdaten den Beteiligten transparent zur Verfügung zu stellen.

B Stellungnahme

Die Ergänzung zur Anwendung der Entlohnungsstruktur der Mitarbeitenden beim externen Vergleich ist sachgerecht, um Pflegeeinrichtungen mit höheren Gestehungskosten aufgrund gestiegener Personalaufwendungen zur Erfüllung der Zulassungsvoraussetzungen gemäß § 72 Abs. 3a und 3b SGB XI nicht zu benachteiligen.

Eine gesetzliche Klarstellung der nachvollziehbaren Darlegung von Vergleichsdaten durch die Kostenträger ist nicht notwendig, da in den Rahmenverträgen nach § 75 SGB XI oder in der Pflegesatzkommission grundsätzlich hierzu Regelungen getroffen wurden und Vergleichsdaten somit während der Verhandlung oder in Schiedsverfahren sowieso offen zu legen sind. Zudem würde diese gesetzliche Neuregelung einen bürokratischen Mehraufwand für die Kostenträger bedeuten, den es zu vermeiden gilt.

C Änderungsvorschlag

§ 84 Absatz 2 Satz 7 letzter Halbsatz ist zu streichen.

Nr. 50 § 85 SGB XI Pflegesatzverfahren

A Beabsichtigte Neuregelung

Mit dieser gesetzlichen Vorgabe wird den Vereinbarungsparteien nun die Option ermöglicht, den Antrag bei der Schiedsstelle gemeinsam auch vor Ablauf der sechs Wochen zu stellen. Dafür muss aber bereits vorzeitig das Scheitern der Vergütungsverhandlungen von den Vertragsparteien festgestellt werden.

B Stellungnahme

Eine frühzeitige Antragstellung bei der Schiedsstelle ist zu begrüßen, damit der Konfliktlösungsmechanismus bei Vergütungsverhandlungen schneller greifen kann.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Nr. 51 § 86a SGB XI Verfahrensleitlinien für die Vergütungsverhandlungen und -vereinbarungen

A Beabsichtigte Neuregelung

Zur effizienteren und einfacheren Gestaltung der Verhandlungs- und Vereinbarungspraxis werden Verfahrensleitlinien für Vergütungsverhandlungen gesetzlich verankert, um künftig Pflegeeinrichtungen zeitnah eine auskömmliche Finanzierung der Aufwendung zu sichern.

Künftig können Pflegeeinrichtungen frühzeitig vor dem angestrebten Laufzeitbeginn den zuständigen Kostenträger zu Vergütungsverhandlungen auffordern. Zudem wird auch eine zeitnahe Nachweisforderung und -darlegung geregelt. Zur Beschleunigung der Verfahren wiederum ist von den Kostenträgern umgehend nach Antragsstellung eine bevollmächtigte Ansprechperson für das Verfahren festzulegen, der eine Befugnis zur schriftlichen Vertragserklärung erteilt werden kann. Um neben Einzelverhandlungen mit den Pflegeeinrichtungen auch pauschalisierte Kollektivverfahren durchführen zu können, ermöglicht der Gesetzgeber, vereinfachte Verfahren zur Beschleunigung des Verhandlungsgeschehens auf Landesebene in der Pflegesatzkommission oder vergleichbare Gremien zu beschließen. Vorbereitend für die Etablierung von vereinfachten pauschalisierten Verfahrensabläufen sind maßgebliche Annahmen und Werte für den Abschluss der Vergütungsvereinbarung darin entsprechend auszuweisen.

Abschließend sollen der Spitzenverband Bund der Pflegekassen sowie die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene sowie weitere Beteiligte Empfehlungen zur Etablierung pauschaler Anpassungsverfahren für die Pflegevergütung für die Länder abgeben. Damit die entsprechenden Kriterien in den Pflegesatz- und Pflegevergütungsverhandlungen schnellstmöglich Anwendung finden, gelten die Bundesempfehlungen für die Pflegekassen und die zugelassenen Pflegeeinrichtungen unmittelbar verbindlich. Auf Grundlage dieser Empfehlungen überprüfen die Vertragsparteien nach § 75 Absatz 1 SGB XI in den Ländern ihre Rahmenverträge und können bei Bedarf auch davon abweichen.

B Stellungnahme

Mit Blick auf die wirtschaftliche Situation der Pflegeeinrichtungen und zur Stabilisierung des Verhandlungsgeschehens ist es zu begrüßen, dass durch Verfahrensleitlinien Perspektiven für die Entbürokratisierung der zunehmend komplexen Vergütungsverhandlungen gesetzlich flankiert werden.

Positiv hervorzuheben ist die gesetzliche Neuregelung, dass die Kostenträger eine bevollmächtigte Person als verbindliche Ansprechperson für den Verhandlungspro-

zess festlegen. Um zusätzliche Verzögerungen aufgrund der Formalitäten im Unterschriftenverfahren der Vergütungsvereinbarung zu vermeiden, ist die Möglichkeit der Befugnis einer bevollmächtigten Person zur schriftlichen Vertragserklärung besonders vorteilhaft. Auch die gesetzliche Klarstellung, dass vereinfachte und pauschalierte Verfahren in der Landespflegesatzkommission oder vergleichbaren Gremien vereinbart werden können, ist sachgerecht.

Darüber hinaus sollen künftig die maßgeblichen Annahmen und Werte, die die Grundlage für den Abschluss einer Pflegesatzvereinbarung bilden, zusätzlich in der Vergütungsvereinbarung verpflichtend ausgewiesen werden. Ziel dieser Regelung ist es, dass anschließende vereinfachte Verfahren für Vergütungsvereinbarungen dadurch ermöglicht werden. Jedoch besteht zur Etablierung von Pauschalverfahren keine Erforderlichkeit, Verhandlungsparameter in der Vereinbarung zu hinterlegen, sondern die ausschließliche Protokollierung dieser Werte in den Verhandlungstools reicht aus. Im Ergebnis würde die verpflichtende Angabe der Annahme und Werte in der Vergütungsvereinbarung das Verhandlungsgeschehen eher verkomplizieren als vereinfachen und ist daher abzulehnen.

Aufgrund der föderalen Aufstellung der Pflegekassen im Vertrags- und Vergütungsgeschäft haben sich in den Ländern sehr heterogene, aber auch bewährte Systematiken zur Ermittlung der Pflegevergütung herauskristallisiert. Zusätzlich haben sich inzwischen mehrere Bundesländer auf den Weg gemacht, mit allen Akteuren der Pflege und der Politik im jeweiligen Bundesland länderindividuelle Handlungsoptionen zu flankieren. Zugleich wurden bereits vereinfachte Verfahren für Vergütungsverhandlungen sowohl für ambulante als auch für die stationäre Pflege in mehreren Bundesländern etabliert, die inzwischen zur Stabilisierung des Verhandlungsgeschehens beigetragen haben. Daher ist eine Entwicklung der in Absatz 3 vorgesehenen Empfehlungen auf Bundesebene zur Unterstützung effizienter und bürokratiearmer Verfahren in den Ländern besonders kritisch zu bewerten. Zudem würde dadurch die Pflegeselbstverwaltung vor besondere Herausforderungen gestellt, allgemein anwendbare Verfahrensleitlinien zu entwickeln, obwohl sich bereits bestehende unterschiedliche Vorgehensweisen zur Vereinfachung von Vergütungsverfahren in den Ländern etabliert haben. Darüber hinaus besteht aufgrund der gesetzlichen Öffnungsregelung für die Rahmenvertragsparteien in den Ländern ohnehin die Möglichkeit, von den Empfehlungen abweichende Vorgaben zu vereinbaren.

Deshalb ist auch angesichts des Ziels einer bürokratischen Entlastung aller Beteiligten die Erstellung von Empfehlungen auf Bundesebene abzulehnen.

C Änderungsvorschlag

In § 86a Absatz 2 Satz 1 1. Halbsatz wird wie folgt gefasst: „Die der Pflegesatzvereinbarung nach § 85 zugrunde gelegten maßgeblichen Annahmen und Werte können derart hinterlegt oder ausgewiesen werden.“

In § 86a sind die Absätze 3 bis 5 zu streichen.

Nr. 55 § 92c SGB XI Verträge zur pflegerischen Versorgung in gemeinschaftlichen Wohnformen

A Beabsichtigte Neuregelung

Mit den Regelungen zur Etablierung von gemeinschaftlichen Wohnformen in der sozialen Pflegeversicherung schafft der Gesetzgeber leistungs- und vertragsrechtliche Sonderregelungen nach dem Vorbild der „stambulanten“ Versorgung im Haus Wyhl des Einrichtungsträgers Benevit. Künftig sollen pflegebedürftige Menschen in gemeinschaftlichen Wohnformen flexibel Leistungen wählen bzw. stapeln können, ausgehend von einer partiell abgedeckten Versorgungssicherheit im Basispaket.

Für pflegebedürftige Menschen, die aufgrund eines Vertrages nach § 92c SGB XI in einer gemeinschaftlichen Wohnform leben, wird ein neuer Leistungsanspruch geschaffen. Dabei handelt es sich weder um eine ambulante Versorgung in der eigenen Häuslichkeit und noch um eine klassische stationäre Versorgungsform. Deshalb erhalten pflegebedürftige Menschen unabhängig vom Pflegegrad nur in dieser gemeinschaftlichen Wohnform einen pauschalen Zuschuss von 450 Euro pro Monat zur Sicherstellung einer selbstbestimmten Pflege. Zudem können Pflegeberatungen, digitale Pflegeanwendungen, ergänzende Unterstützungsleistungen, Leistungen bei Pflegezeit (Pflegeunterstützungsgeld) und Pflegekurse in Anspruch genommen werden. Darüber hinaus besteht ein Anspruch auf Häusliche Krankenpflege gemäß § 37 SGB V.

Pflegebedürftige Menschen mit Pflegegrad 2 bis 5 erhalten zusätzlich Leistungen, die den Pflegesachleistungen nach § 36 entsprechen, Leistungen zur Sicherung der Pflegepersonen sowie Kurzzeitpflege im Anschluss einer stationären Behandlung.

Für die Versorgung der pflegebedürftigen Menschen in gemeinschaftlichen Wohnformen können zugelassene ambulante Pflegeeinrichtungen Verträge mit den Landesverbänden der Pflegekassen, den Trägern der Sozialhilfe und den Landesverbänden der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich abschließen. Für vollstationäre Pflegeeinrichtung oder ambulante Betreuungsdienste besteht die Möglichkeit nicht.

Die Verträge sollen ein einheitliches Basispaket bestehend aus Pflegesachleistungen im Sinne des § 36 SGB XI und einer Versorgung mit bestimmten Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V vorsehen. Eine Abwahl einzelner Leistungen in diesem Paket ist nicht möglich und die Vorhaltung sowie die Leistungserbringung hat ausschließlich von der ambulanten Pflegeeinrichtung zu erfolgen. Darüber hinaus sind eine nach Art und Inhalt hinausgehende Versorgung der Pflegebedürftigen mit Pflegesachleistungen gemäß § 36 SGB XI in den Verträgen nach § 120 SGB XI zu vereinbaren, die über die ambulante Pflegeeinrichtung oder in Kooperation mit anderen zugelassenen Einrichtungen erbracht werden können. Alternativ können

diese Leistungen Angehörige, Pflegepersonen, ehrenamtlich Tätige oder Dritte übernehmen.

Weiterhin sind vertraglich die wesentlichen Leistungs- und Qualitätsmerkmale der ambulanten Pflegeeinrichtung zur Leistungserbringung sowie Maßnahmen zur Qualitätssicherung einschließlich eines Qualitätsmanagements und der Verpflichtung zur Mitwirkung an Maßnahmen nach den §§ 114 und 114a SGB XI zu regeln. Neben der gesetzlich normierten Mindestanzahl von mindestens zwei pflegebedürftigen Menschen, die in der konkreten gemeinschaftlichen Wohnform zusammenleben, ist auch eine qualitätsgesicherte pflegerische Versorgung auf Grundlage eines Versorgungskonzeptes als Voraussetzung für den Vertragsabschluss nach § 92c SGB XI vorzulegen.

Die nähere Ausgestaltung der Vertragsinhalte soll durch Empfehlungen der Spitzenverbände Bund der Pflegekassen und Bund der Krankenkassen sowie den Trägern der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene in Zusammenarbeit mit weiteren Beteiligten erfolgen. Außerdem hat nach vier Jahren der Spitzenverband Bund der Pflegekassen unter wissenschaftlicher Begleitung über den Stand der abgeschlossenen Verträge einen Evaluationsbericht dem Bundesministerium für Gesundheit vorzulegen.

Modellvorhaben zur Erprobung der Flexibilisierung der Leistungserbringung stationärer Pflegeeinrichtungen

Ergänzend kann der Spitzenverband Bund der Pflegekassen in den Jahren 2026 bis 2028 Modellvorhaben zur Erprobung der Flexibilisierung der Leistungserbringung durch voll- und teilstationäre Pflegeeinrichtungen vereinbaren. Dabei soll erprobt werden, ob und unter welchen Rahmenbedingungen An- und Zugehörigen dauerhaft zur Übernahme vollstationärer pflegerischer Leistungen eingebunden werden können. Außerdem soll es vollstationären Pflegeeinrichtungen ermöglicht werden, ambulante Leistungen im Quartier anzubieten, ohne dafür einen eigenständigen Pflegedienst gründen zu müssen.

B Stellungnahme

Die Grundidee dieser gesetzlichen Neuregelung, nämlich eine Kombination einer klar abgesteckten Versorgungssicherheit einerseits und mehr Selbstbestimmung der pflegebedürftigen Menschen und Einbringung von An- und Zugehörigen sowie ehrenamtlich Tätigen auf der anderen Seite, ist zu begrüßen. Zudem ist es sinnvoll, in den Blick zu nehmen, wie die klassischen Versorgungssettings weiterentwickelt werden können, um auch dem langfristig manifestierten Personalengpass in der Pflege oder der Entwicklung von stetig ansteigenden Eigenanteilen in der Pflege entgegenzuwirken.

Allerdings für diese spezielle Versorgungsform eigene leistungs- und vertragsrechtliche Regelungen einschließlich Qualitätssicherungsinstrumente und Qualitätsdarstellungen zu schaffen, und damit einen dritten Sektor in der Sozialen Pflegeversicherung zu etablieren, ist nicht nur nicht sachgerecht, sondern konterkariert die eigentliche Zielsetzung der sektorenunabhängigen Versorgung und des damit verbundenen einfacheren und flexibleren Leistungsrechts für pflegebedürftige Menschen.

Die gesetzgeberische Intention, die pflegerische Versorgung in gemeinschaftlichen Wohnformen zu fördern, zielt auf die Verbesserung des Pflegesettings für pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen ab. Die Evaluation des Haus Wyhl/Benevit hat gezeigt, dass eine Versorgung mit vollstationärer Versorgungssicherheit durch einen anderen Personalmix unter Einbindung der Angehörigenpflege und ggf. durch geringere Eigenanteile möglich ist. Mit Augenmerk auf den Fachkräfteengpass und auf die Eigenanteilsentwicklung, insbesondere in der vollstationären Pflege, müssen daher alternativ auch Versorgungsformen ermöglicht werden, die diesen Herausforderungen begegnen und die Potenziale für den effizienten Einsatz von Pflegeresourcen wie auch von Ehrenamt und bürgerschaftlich Engagierten nutzt. Solche Versorgungslösungen müssen gleichermaßen in den Blick nehmen, Sektorengrenzen zu überwinden und ergänzende quartiersbezogene ambulante Versorgung zu ermöglichen.

Aber aufgrund der im Gesetzesentwurf skizzierten leistungs- und vertragsrechtlichen Sonderregelungen speziell für gemeinschaftliche Wohnformen werden nicht nur das Leistungs- und Vertragsrecht verkompliziert, sondern daraus entsteht wieder eine nicht sachgerechte Benachteiligung anderer Wohn- und Betreuungsformen, insbesondere für Pflege-Wohngemeinschaften.

Auch aus der Perspektive des pflegebedürftigen Menschen stellt diese Versorgungsform keinen besonderen Mehrwert dar. Aufgrund verschiedener Leistungsansprüche und Wahlmöglichkeiten muss der pflegebedürftige Mensch in solchen gemeinschaftlichen Wohnformen zahlreiche Verträge – für Wohnen, für das Basispaket, ggf. einen Pflegevertrag nach § 120 SGB XI und für sonstige Zusatzleistungen - teilweise mit unterschiedlichen Laufzeiten und unterschiedlichen Anbietern abschließen. Somit entsteht ein deutlich bürokratischerer Aufwand für alle Beteiligten in diesem Hausgemeinschaftsmodell als in einer klassischen vollstationären Versorgung.

Das „stambulant“ Modell aus Wyhl/Benevit lässt sich im heutigen Leistungs- und auch Vertragsrecht über das Stapeln von ambulanten Leistungen abbilden. Solche Versorgungslösungen wurden in der Vergangenheit zahlreich kritisiert, weil sie sich für die pflegebedürftigen Menschen in der Versorgungsrealität kaum von vollstationären Einrichtungen unterscheiden, die gleichermaßen eine vollstationäre Versorgungssicherheit anbieten. Darüber hinaus sieht der Koalitionsvertrag vor, dass das „stambulant“-Modell in den Beratungen der Bund-Länder-Expert*innengruppe für

die angekündigte Pflegereform aufgegriffen werden soll. Aus diesem Grund ist es nicht nachzuvollziehen, warum schon vorzeitig gesetzliche Regelungen hierfür geschaffen werden sollen, anstatt die Ergebnisse aus diesem Gremium abzuwarten.

Mit Augenmerk auf die langfristigen Herausforderungen der sozialen Pflegeversicherung, die pflegerische Versorgung und Unterstützung auch unter Personalengpass in der Pflege sicherzustellen und zu finanzieren, muss es bei Gewährleistung einer Versorgungssicherheit vielmehr vollstationären Pflegeeinrichtungen ermöglicht werden, Personal effizient einzusetzen, sich ins Quartier zu öffnen und ehrenamtliches Engagement wie auch die Angehörigenpflege in die Versorgung einzubinden und somit mit einem anderen Personalmix als bisher klassische vollstationäre Einrichtungen zu arbeiten. Dies ist auch mit Blick auf die wirtschaftliche Situation der vollstationären Pflegeeinrichtungen dringend erforderlich.

Dies kann gelingen, wenn anstelle eines dritten Sektors für solche Hausgemeinschaftsmodelle

- eine Einbindung von Angehörigen in der Versorgung und/oder auch das Ehrenamt über § 82b Abweichungen von den Vorgaben zur personellen Ausstattung begründet,
- An- und Zugehörigenpflege auf den persönlichen Eigenanteil des pflegebedürftigen Bewohners angerechnet wird und
- ergänzend eine ambulante pflegerische Versorgung im Quartier ohne explizite Gründung eines eigenständigen Pflegedienstes ermöglicht wird.

Hierfür ist auch keine weitere Ausdifferenzierung des Leistungsrecht erforderlich, sondern die Leistungsansprüche nach den Vorschriften des §§ 43 bis 43c SGB XI finden Anwendung. Vertragsrechtlich kann dies durch die Anpassung einschlägiger Vorschriften im Pflegeversicherungsrecht, im Zulassungsrecht, in den Rahmenverträgen und in den Bemessungsgrundlagen für die Pflegesatzvereinbarung für die vollstationäre Pflege gelingen:

Um die Leistungserbringung durch bspw. An- und Zugehörige unter Anrechnung auf den persönlichen Eigenanteil zu ermöglichen, sind im ersten Schritt die Zulassungsvoraussetzungen für vollstationäre Pflegeeinrichtungen um die Angehörigeneinbindung bei der Leistungserbringung zu erweitern. Der Umfang der Abwahlmöglichkeiten von Leistungen und sowie Abweichungen von den Regelungen des § 113c SGB XI durch Einbindung der Angehörigenpflege und von Ehrenamt gemäß § 82b SGB XI sind auf Landesebene unter den Rahmenvertragsparteien nach § 75 SGB XI zu regeln. Zudem sind in der Pflegesatzvereinbarung Vergütungsabschläge auf die Angehörigenpflege in vollstationären Einrichtungen festzulegen und dieser Abschlag auf den einrichtungseinheitlichen Eigenanteil ist nach Abzug der Zuschläge nach § 43c SGB XI zwischen der Pflegeeinrichtung und dem Einrichtungsbewohner zu verrechnen.

Damit die ambulante pflegerische Versorgung im Quartier ohne explizite Gründung eines eigenständigen Pflegedienstes erbracht werden kann, sollten die bereits bestehenden Regelungen hinsichtlich des Abschlusses von Gesamtversorgungsverträgen dahingehend erweitert werden, dass es vollstationären Leistungsanbietern ohne explizite Gründung einer eigenständigen ambulanten Pflegeeinrichtung ermöglicht wird, eine Versorgung auch außerhalb der unmittelbaren Sphäre der Einrichtung zu eröffnen. Neben pflegerischen Leistungen können auch Leistungen der häuslichen Krankenpflege von den Einrichtungen analog einer ambulanten Pflegeeinrichtung erbracht werden.

Eine modellhafte Erprobung von Vorhaben zur Flexibilisierung der Leistungserbringung durch voll- und teilstationäre Pflegeeinrichtungen ist weder nachzuvollziehen noch sachgerecht, da bereits seit mehreren Jahren gleichartige Versorgungsmodelle, bspw. in Regionen Nordrhein-Westfalens, erfolgreich in der Regelversorgung pflegebedürftiger Menschen etabliert sind; die Sinnhaftigkeit eines Modells wird bezweifelt. Vielmehr brauchen die Versorgungsformen einen passenden rechtlichen Rahmen.

Im Ergebnis können mit Hilfe der Öffnung des stationären Sektors ins Quartier wesentlich unbürokratischer innovative Versorgungsformen bundesweit und regelhaft umgesetzt werden, als durch Schaffung neuer, komplexer leistungs- und vertragsrechtlicher Regelungen.

C Änderungsvorschlag

§§ 45h, 92c und 125d sind zu streichen.

Einbindung der An- und Zugehörigenpflege bzw. des Ehrenamtes nach § 82b:

In § 72 wird ein neuer Absatz 2a eingefügt:

„(2a) Im Versorgungsvertrag mit einer vollstationären Pflegeeinrichtung kann vereinbart werden, dass Leistungen der vollstationären Pflege auf Wunsch des Pflegebedürftigen durch An- und Zugehörige unter Anrechnung auf ihren zu zahlenden Eigenanteil an den pflegebedingten Aufwendungen sowie auf die Entgelte für Unterkunft und Verpflegung übernommen werden.“

In § 75 wird in Absatz 2 eine neue Nummer 1b eingefügt:

„eine Beschreibung von Leistungen der vollstationären Pflege, die durch An- und Zugehörige, ehrenamtlich Tätige oder Dritte erbracht werden können.“

In § 75 wird in Absatz 2 die Nummer 3 vor dem Komma wie folgt ergänzt:

„unter Berücksichtigung der Einbindung von An- und Zugehörigen sowie Einsatz vom Ehrenamt nach § 82b.“

In § 84 wird in Absatz 3 folgender Satz angefügt:

„Für Leistungen der vollstationären Pflege durch An- und Zugehörige sind bei Pflegeheimen mit Versorgungsvertrag nach § 72 Absatz 2a Abschläge von den Eigenanteilen an den pflegebedingten Aufwendungen sowie auf die Entgelte für Unterkunft und Verpflegung zu vereinbaren.“

In § 43c wird ein Satz 2 eingefügt:

„Bei der Bemessung des zu zahlenden Eigenanteils bleiben die Abschläge nach § 84 Absatz 3 Satz 2 unberücksichtigt.“

Öffnung vollstationärer Pflegeeinrichtung für eine ambulante Versorgung im Quartier:

In § 72 wird der Absatz 2b eingefügt:

„Zur sektorenübergreifenden Versorgung im Quartier kann im Gesamtversorgungsvertrag mit einer vollstationären Pflegeeinrichtung auch eine Versorgung von Pflegedürftigen in ihrer Wohnung mit Leistungen der häuslichen Pflegehilfe im Sinne des § 36 vereinbart werden. Zudem kann mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich die Versorgung mit Häuslicher Krankenpflege nach § 37 des Fünften Buches, die Preise und deren Abrechnung (entsprechend § 132a Absatz 4 des Fünften Buches) vereinbart werden. Im Versorgungsvertrag ist der Einzugsbereich festzulegen.

In § 75 wird der Absatz 2 Nr. 3 wie erfolgt ergänzt:

„; dabei werden im Rahmen von Versorgungsverträgen nach § 72 Absatz 2b mögliche Abweichungen zur sektorenübergreifenden Versorgung im Quartier berücksichtigt.“

In § 84 wird ein Absatz 1a eingefügt:

„Für Pflegeheime mit einem Versorgungsvertrag nach § 72 Absatz 2b ist für die Versorgung von Pflegedürftigen in ihrer Wohnung mit Leistungen der häuslichen Pflegehilfe im Sinne des § 36 zusätzlich eine Vergütungsvereinbarung nach § 89 zu vereinbaren.“

In § 89 wird ein Absatz 1a hinzugefügt:

„Mit Pflegeheimen, die einen Versorgungsvertrag nach § 72 Absatz 2b abgeschlossen haben, ist für die Versorgung von Pflegedürftigen in ihrer Wohnung mit Leistungen der häuslichen Pflegehilfe im Sinne des § 36 eine Vergütung zu vereinbaren.“

In 113c wird ein Absatz 9 ergänzt:

„Bei vollstationären Pflegeeinrichtungen mit einem Versorgungsvertrag nach § 72 Absatz 2b bleibt die vorzuhaltende Personalausstattung für die Versorgung von Pflegedürftigen in ihrer Wohnung mit Leistungen der häuslichen Pflegehilfe im Sinne des § 36 unberücksichtigt“.

Nr. 58 § 109 SGB XI Pflegestatistiken

A Beabsichtigte Neuregelung

Neben der Anpassung an die Legaldefinition der „Pflegefachperson“ wird im neuen Absatz 6 klargestellt, dass Angaben zur Art und zu den organisatorischen Einheiten der Pflegeeinrichtungen sowie zu den Entgelten der stationären Pflegeeinrichtungen von der statistischen Geheimhaltungspflicht ausgenommen sind.

B Stellungnahme

Die Änderung ist grundsätzlich sachgerecht. Bereits jetzt enthalten die Informationsangebote der Pflegekassen Angaben zur Art und Organisation der Pflegeeinrichtungen sowie zur Vergütung der Pflegeeinrichtungen. Es erschließt sich jedoch nicht, warum die Entgelte der ambulanten Pflegeeinrichtung nicht von der Geheimhaltungspflicht ausgenommen werden soll. Auch die Vergütungen für ambulante Leistungen unterliegen der Verpflichtung der Pflegekassen, darüber zu informieren. Eine Geheimhaltung ist hierfür nicht mehr erforderlich. Für die Leistungsfähigkeit und Personalausstattung einzelner Einrichtungen und für Angaben zu einzelnen Pflegebedürftigen oder den tätigen Personen besteht auch weiterhin die Pflicht zur statistischen Geheimhaltung nach § 16 BStatG.

C Änderungsvorschlag

In § 109 Absatz 6 Satz 1 werden nach dem Wort „stationären“ die Wörter „und ambulanten“ eingefügt.

Nr. 61 § 113 SGB XI Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität

A Beabsichtigte Neuregelung

Die maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene sollen an der Erarbeitung der Maßstäbe und Grundsätze beteiligt werden.

Innerhalb von 12 Monaten nach Inkrafttreten des Gesetzes müssen die Regelungen für die gemeinschaftlichen Wohnformen nach § 92c SGB XI ergänzt werden, wobei die Bundesrahmenempfehlungen nach § 92c Absatz 2 SGB XI zu berücksichtigen sind.

In die Maßstäbe und Grundsätze sollen Anforderungen an die Pflegeprozesssteuerung einfließen.

B Stellungnahme

Die Beteiligung der maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene an der Erarbeitung der Maßstäbe und Grundsätze ist sachgerecht. Ihre Position in den Gremien der gemeinsamen Selbstverwaltung wird damit gestärkt. Die Maßstäbe und Grundsätze für die stationäre Pflege sind mit Augenmerk auf Öffnung der vollstationären Pflege zur Einbindung von An- und Zugehörigenpflege wie auch von Ehrenamt nach § 82b SGB XI (vgl. Stellungnahmen zu Nr. 32 und Nr. 50 § 45h SGB XI Leistungen in gemeinschaftlichen Wohnformen mit Verträgen zur pflegerischen Versorgung gemäß § 92c, Stellungnahme zu Nr. 57 § 113b SGB XI Qualitätsausschuss) weiterzuentwickeln; eine gesetzliche Normierung resp. eine Etablierung von Qualitätsanforderungen für gemeinschaftlichen Wohnformen über Maßstäbe und Grundsätze ist nicht erforderlich. Die Änderung wird daher abgelehnt.

Die Aufnahme der Pflegeprozessverantwortung in den Maßstäben und Grundsätzen wird begrüßt, da dies die zentrale Bedeutung der Pflegeprozesssteuerung im Rahmen der Versorgung unterstreicht. Allerdings ist darauf hinzuweisen, dass die fachlichen Anforderungen an die Pflegeprozessverantwortung bereits im Pflegeberufegesetz klar geregelt sind. Pflegefachpersonen haben im Rahmen ihrer Ausbildung die Kompetenz zur eigenverantwortlichen Steuerung und Koordination des Pflegeprozesses erworben. Zusätzliche Anforderungen an die Pflegeprozessverantwortung in den Maßstäben und Grundsätzen zu definieren ist nicht sachgerecht und wird abgelehnt.

C Änderungsvorschlag

In § 113 Absatz 1 wird Satz 2 neu gestrichen.

In § 113 Absatz 1 Satz 3 werden vor dem Wort „Anforderungen“ folgende Wörter eingefügt: „die Pflegeprozessverantwortung unter Berücksichtigung der Vorbehaltsaufgaben gemäß § 4 Pflegeberufegesetz und an“

Nr. 62 § 113b SGB XI Qualitätsausschuss

A Beabsichtigte Neuregelung

Es ist vorgesehen, dass die maßgeblichen Organisationen der Vertreter der Pflegeberufe auf Bundesebene nach § 118a SGB XI berechtigt sind, Vertreter in den Qualitätsausschuss Pflege zu entsenden. Die Entscheidung darüber liegt bei den entsprechenden Organisationen. Wird ein Vertreter der Pflegeberufe auf Bundesebene im Qualitätsausschuss Pflege tätig, wird dieses Mitglied auf die Zahl der Leistungserbringer angerechnet. Die maßgeblichen Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene nach § 118a SGB XI sollen in die Geschäftsordnung des Qualitätsausschusses aufgenommen werden.

Der erweiterte Qualitätsausschuss Pflege kann zukünftig bis zu zwei Mal im Jahr Themen beraten und beschließen, die über gesetzliche Aufträge hinausgehen. Die Initiative dazu geht von der/dem unparteiischen Vorsitzenden des erweiterten Qualitätsausschusses aus. Es kann auch mit einfacher Mehrheit über die Errichtung einer Arbeitsgruppe im erweiterten Qualitätsausschuss entschieden werden. Diese wird durch die/den unparteiische/-n Vorsitzende/-n geleitet und durch die Geschäftsstelle unterstützt. Die/Der unparteiische Vorsitzende kann künftig Themen zur wissenschaftlichen Bearbeitung vorschlagen. Die Ablehnung eines Vorschlags muss schriftlich begründet und auf der Internetseite des Qualitätsausschusses veröffentlicht werden.

Es wird festgelegt, dass spezifische Regelungen zu Qualitätsprüfungen für ambulante Pflegeeinrichtungen, die gemeinschaftlichen Wohnformen nach § 92c betreiben, durch wissenschaftliche Einrichtungen oder Sachverständige erarbeitet werden sollen. In der wissenschaftlichen Expertise soll auch untersucht werden, ob ein indikatorengestütztes Verfahren anwendbar ist und Vorschläge zu dessen Ausgestaltung sollen erarbeitet werden; hierzu ist ein Abschlussbericht vorzulegen.

Die nach Absatz 4 Satz 2 Nummer 1, 2, 3 und 6 erarbeiteten Qualitätssicherungssysteme sollen entsprechend dem aktuell wissenschaftlichen und technischen Stand weiterentwickelt werden (Absatz 4a).

B Stellungnahme

Die geplante Regelung, den maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene gemäß § 118a SGB XI die Möglichkeit zu geben, Vertreter in den Qualitätsausschuss Pflege zu entsenden, ist sachgerecht und wird begrüßt. Es ist angemessen, dass die Organisationen der Pflegeberufe aktiv an der Entwicklung und Umsetzung von Qualitätsstandards in der Pflege beteiligt werden.

Die Regelung, dass der erweiterte Qualitätsausschuss Pflege auf Initiative der/des unparteiischen Vorsitzenden Themen über die konkreten gesetzlichen Aufträge hinaus aufgreifen und Entscheidungen treffen kann, wird abgelehnt. Auch wenn die/der Vorsitzende des erweiterten Qualitätsausschusses als unparteiisch gilt, stellt die Entscheidungskompetenz über zusätzliche Themenbereiche einen potenziellen Interessenkonflikt dar. Der erweiterte Handlungsspielraum könnte dazu führen, dass bestimmte Interessengruppen indirekt oder direkt Einfluss auf die Themenauswahl nehmen. Dies kann die Unparteilichkeit der/des Vorsitzenden untergraben und die Entscheidungen des Ausschusses in eine Richtung lenken, die nicht im Sinne einer neutralen, am Gemeinwohl orientierten Entscheidungsfindung ist.

Die Möglichkeit, dass der erweiterte Qualitätsausschuss Arbeitsgruppen einrichten kann, die von der/dem unparteiischen Vorsitzenden geleitet werden, ist ebenfalls kritisch zu betrachten. Die Leitung von Arbeitsgruppen durch die/den unparteiischen Vorsitzenden könnte ihre/seine unabhängige Position gefährden, da sie/er direkt in operative Entscheidungen und Prozesse eingebunden wäre. Dies könnte dazu führen, dass die/der unparteiische Vorsitzende nicht mehr nur die Moderation und Vermittlung übernimmt, sondern aktiv in die inhaltliche Arbeit eingreift, was ihre/seine Neutralität beeinträchtigen könnte.

Die vorgesehenen speziellen Regelungen zu Qualitätsprüfungen für ambulante Pflegeeinrichtungen, die gemeinschaftliche Wohnformen nach § 92c SGB XI betreiben, werden in Absatz 6 des § 113b SGB XI dargelegt. Diese werden abgelehnt (vgl. Stellungnahmen zu Nr. 32 und Nr. 50 § 45h SGB XI Leistungen in gemeinschaftlichen Wohnformen mit Verträgen zur pflegerischen Versorgung gemäß § 92c SGB XI). Statt zusätzlicher Regelungen für spezielle Versorgungsformen wäre es zielführender, ein einheitliches Qualitätssicherungssystem zu schaffen, welches sektorenübergreifend alle Pflegeeinrichtungen einbezieht. Besonders im Hinblick auf die Qualitätssicherung in der Pflege ist es entscheidend, dass diese neuen Modelle nicht nur bedarfsgerecht sind, sondern auch in die bestehenden Qualitätssicherungssysteme integriert werden, um eine gleichbleibend hohe Versorgungsqualität zu gewährleisten. In diesem Zusammenhang bedarf es einer Anpassung des § 113b SGB XI, um die wissenschaftliche Prüfung und Weiterentwicklung der Qualitätssicherung auf eine solide Basis zu stellen. Die derzeitigen Qualitätssicherungssysteme beziehen sich jedoch hauptsächlich auf klassische stationäre und ambulante Pflegeeinrichtungen.

Mit den vorgeschlagenen erweiterten Versorgungsangeboten – insbesondere der Einbindung von Angehörigen und Ehrenamtlichen und der quartiersbezogenen ambulanten Versorgung – entstehen neue Herausforderungen für die Qualitätssicherung. Um sicherzustellen, dass diese neuen Versorgungsangebote in bestehende Qualitätssicherungssysteme integriert werden, muss der § 113b SGB XI um einen klaren Auftrag zur wissenschaftlichen Prüfung ergänzt werden. Die wissenschaftli-

che Untersuchung sollte sich darauf fokussieren, wie die Qualität der Pflege in diesen Angeboten gemessen und dargestellt werden kann. Dies stellt sicher, dass auch bei flexibleren Versorgungsmodellen eine hohe Pflegequalität erhalten bleibt. Die bestehenden Prüfmechanismen nach § 114 SGB XI haben sich bewährt und bieten eine solide Grundlage zur Sicherstellung der Qualität in der Pflege. Sie gewährleisten eine kontinuierliche Überprüfung der Versorgungsstandards und sind in der Lage, flexibel auf neue Entwicklungen zu reagieren. Ein völlig neues Qualitätssicherungssystem für die alternativen Pflegeformen zu entwickeln, wäre nicht nur mit nicht gerechtfertigtem Aufwand verbunden, sondern könnte auch zu einer Fragmentierung des Pflegesystems führen. Vielmehr sollte eine wissenschaftliche Prüfung darauf abzielen, welche spezifischen Anpassungen innerhalb des bestehenden Qualitätsprüfungssystems vorgenommen werden müssen, um die Besonderheiten der neuen Versorgungsmodelle abzubilden, ohne die Prinzipien der bisherigen Qualitätskontrollen zu untergraben.

C Änderungsvorschlag

In § 113b Absatz 3 werden die Sätze 9 und 10 neu gestrichen.

In § 113b Absatz 4 wird die Neufassung der Nummer 6 gestrichen.

In § 113b SGB XI wird in Absatz 4 eine neue Nummer 7 eingefügt:

„7. zur Sicherstellung der Qualität in neuen Versorgungsangeboten wird der Qualitätsausschuss beauftragt, die Anpassung der bestehenden stationären Qualitätssysteme zu prüfen, um quartiersbezogene ambulante Versorgung für vollstationäre Einrichtungen und den Einbezug von Angehörigen und Ehrenamtlichen nahtlos einzubinden. Ziel der wissenschaftlichen Untersuchung ist es, festzustellen, welche Anpassungen notwendig sind, um diese neuen Versorgungsangebote an die bestehenden stationären Qualitätsprüfungen gemäß § 114 anzudocken. Die Ergebnisse der wissenschaftlichen Prüfung sind bis zum [Datum einsetzen] vorzulegen.“

Nr. 63 § 113c SGB XI Personalbemessung in vollstationären Pflegeeinrichtungen

A Beabsichtigte Neuregelung

Pflegefachassistentenpersonal nach dem Pflegefachassistentengesetz wird künftig bei der Personalbemessung in vollstationären Pflegeeinrichtungen berücksichtigt. Zudem soll der Einsatz von hochschulisch qualifiziertem Pflegefachpersonal in vollstationären Pflegeeinrichtungen soll gefördert und stärker in die Praxis integriert werden. Bislang wurde dieses Qualifikationsniveau in den empirisch fundierten Personalanhaltswerten nach § 113c SGB XI nicht berücksichtigt, da Hochschulabsolventen im Bereich Pflege selten in der Regelversorgung eingesetzt wurden. Vollstationäre Pflegeeinrichtungen haben bereits jetzt die Möglichkeit, akademisch ausgebildetes Personal einzustellen; der Gesetzgeber weist explizit darauf hin, dass damit verbunden die Möglichkeit besteht, diese Berufsgruppe höher zu entlohnen, wenn sie spezifische Aufgaben übernimmt. Die Intention ist die Schaffung zusätzlicher Beschäftigungsanreize: Pflegeeinrichtungen sollen über die bestehenden Personalanhaltswerte hinaus weitere Stellen für hochschulisch qualifiziertes Pflegepersonal verhandeln können, wenn diese mindestens 50 % ihrer Arbeitszeit in der direkten Pflege tätig sind. Dadurch soll der Theorie-Praxis-Transfer und die Anwendung evidenzbasierter Pflege in der Praxis gewährleistet werden.

Die Einführung eines Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in vollstationären Pflegeeinrichtungen wird wissenschaftlich im Rahmen der Modellvorhaben nach § 8 Absatz 3b SGB XI begleitet und evaluiert. Bereits vor Abschluss dieser Projekte stellt der Spitzenverband Bund der Pflegekassen freiwillige Informationen zur Verfügung, die Pflegeeinrichtungen bei der Vorbereitung von Personal- und Organisationsentwicklungsmaßnahmen unterstützen sollen. Neben den Maßnahmen, die im Rahmen des Modellprogramms entwickelt werden, können auch trägereigene Konzepte verwendet werden, sofern sie die Ziele des § 113c SGB XI erfüllen und sich an den Ergebnissen aus dem Modellprojekt nach § 8 Abs. 3b SGB XI orientieren. Dies soll zur Entbürokratisierung beitragen, indem bei einer geringfügigen Aufstockung des Personals nicht sofort umfassende Entwicklungsprozesse erforderlich sind.

Angesichts der aktuellen Herausforderungen auf dem Arbeitsmarkt, insbesondere des Fachkräfteengpasses, wird die Einbindung von Pflegeassistentenpersonen hervorgehoben. Pflegehelferinnen und Pflegehelfer sowie Assistentinnen und Assistenten, wie beispielsweise Stationsassistentinnen und -assistenten, sollen Aufgaben übernehmen, die Pflegefachpersonen entlasten, insbesondere in der administrativen Unterstützung wie bei der Pflegedokumentation.

Der Einsatz akademisch qualifizierter Pflegefachpersonen soll durch klare Aufgabenbereiche unterstützt und die Rahmenbedingungen für ihren Einsatz auf Landesebene harmonisiert werden. Hierfür sollen die Vertragspartner Aufgabenbereiche

für diese Fachpersonen erarbeiten, um eine notwendige Anpassung und Ergänzung der Rahmenverträge nach § 75 Absatz 1 SGB XI vorzubereiten. Darüber hinaus wird die ursprünglich gesetzte Frist zur Erarbeitung der Bundesempfehlungen gestrichen, um fortlaufende Weiterentwicklungen und Ergänzungen zu ermöglichen. Dies soll sicherstellen, dass die Empfehlungen flexibel an sich verändernde Anforderungen angepasst werden können. Zusätzlich wird die Beteiligung der Pflegeberufe an Entscheidungsprozessen gemäß § 118a SGB XI gestärkt.

B Stellungnahme

Die Einführung eines wissenschaftlich fundierten Personalbemessungsverfahrens und die stärkere Integration akademisch qualifizierter Pflegefachpersonen in vollstationäre Pflegeeinrichtungen stellen wichtige Schritte dar, um die Qualität der Pflege zu erhöhen und dem Fachkräfteengpass entgegenzutreten. Die Maßnahmen im Rahmen des § 113c SGB XI sowie die Modellprojekte nach § 8 Absatz 3b SGB XI zielen darauf ab, Personal effizienter und zielgerichteter einzusetzen, was den Pflegeprozess optimieren und die Pflegequalität nachhaltig verbessern kann. Jedoch ist es nicht zielführend, wenn die Modellprojektergebnisse fachlicher Maßstab für geeignete Personal- und Organisationsentwicklungsmaßnahmen werden sollen und nur im Ausnahmefall davon abgewichen werden kann. Vielmehr sollten vollstationäre Pflegeeinrichtungen eine gewisse Flexibilität bei der Auswahl dieser Maßnahmen ermöglicht werden, um einrichtungsindividuell einen Person-zentrierten und kompetenzorientierten Personaleinsatz im Sinne des § 113c SGB XI umsetzen zu können. Die Folgeänderungen aufgrund des Pflegefachassistenzgesetzes sind sachgerecht.

Besonders hervorzuheben ist der Fokus auf akademisch qualifizierte Pflegefachpersonen. Der gezielte Einsatz dieser Pflegefachpersonen soll durch die Schaffung von zusätzlichen Stellen über die bestehenden Personalanhaltswerte hinaus gefördert werden, wobei mindestens 50 % der Arbeitszeit in der direkten Pflege verbracht werden müssen. Diese Maßnahme ist ein wesentlicher Schritt, um den Theorie-Praxis-Transfer zu stärken und die Anwendung evidenzbasierter Pflege in den Pflegeeinrichtungen voranzutreiben. Die akademisch ausgebildeten Pflegefachpersonen erhalten dadurch einen klar definierten Platz in der Pflegepraxis, was nicht nur die Qualität der Versorgung verbessert, sondern auch das Berufsbild aufwertet.

Der in der Gesetzesbegründung aufgenommene Verweis, dass akademisch qualifiziertes Pflegepersonal höher zu entlohnen ist, wirkt wie ein Eingriff in die Tarifautonomie der Sozialpartner. Auch wenn Rahmenbedingungen oder Anreize für eine differenzierte Vergütung gerechtfertigt erscheinen, muss es den Tarifparteien obliegen, diese in den tariflichen Vereinbarungen auszugestalten.

Ein weiterer positiver Aspekt ist die Flexibilität, die den Pflegeeinrichtungen eingeräumt wird. Neben den im Rahmen des Modellprogramms entwickelten Maßnahmen

zur Personalentwicklung können auch trägereigene Konzepte umgesetzt werden, sofern sie die Ziele des § 113c SGB XI erfüllen. Diese Flexibilität trägt zur Entbürokratisierung bei und erleichtert es den Einrichtungen, Maßnahmen schrittweise umzusetzen, insbesondere bei einer geringfügigen Personalaufstockung.

Derzeit gibt es mehrere zentrale Ansätze zur Kompetenzorientierung und Aufgabenverteilung in der Pflege, die jedoch nicht ausreichend miteinander verbunden sind. Ein wichtiger Aspekt ist der im § 8 Absatz 3c SGB XI vorgesehene Katalog zur Aufgabenverteilung von Pflegefachpersonen, der von dem Spitzenverband der Pflegekassen und dem Spitzenverband der Krankenkassen gefördert werden soll. Dieser Katalog hat das Potenzial, eine klare und kompetenzorientierte Struktur in der Pflege zu schaffen, indem er definiert, welche Aufgaben von Pflegefachpersonen übernommen werden sollen. Gleichzeitig fordert § 11 SGB XI die Entwicklung von Delegationskonzepten, um eine klare Aufgabenverteilung zwischen Pflegefachpersonen, Pflegeassistenzpersonen und Pflegehilfskräften sicherzustellen. Diese Konzepte sind essenziell, um sicherzustellen, dass Aufgaben entsprechend der Qualifikationen delegiert werden und Pflegefachpersonen entlastet werden, indem Routineaufgaben an qualifizierte Assistenz- und Hilfskräfte übertragen werden.

Es besteht jedoch derzeit keine direkte Anknüpfung zwischen diesen Konzepten und der Arbeit der Rahmenvertragspartner, die gemäß § 75 SGB XI unter anderem für die Festlegung von Leistungsinhalten und personellen Anforderungen zuständig sind. Dies führt zu einem erheblichen Defizit in der praktischen Umsetzung. Der Katalog gemäß § 8 Absatz 3c SGB XI bleibt ohne rechtliche Verknüpfung mit den Rahmenverträgen auf einer abstrakten Ebene, ohne verbindliche Wirkung in der Praxis. Stattdessen sollen die Vertragspartner festlegen, welche Aufgaben akademisierte Pflegefachpersonen in den Pflegeeinrichtungen zu übernehmen haben. Ebenso fordert § 11 SGB XI zwar die Entwicklung von Delegationskonzepten, stellt aber keine zentralen Vorgaben oder Leitlinien bereit, um Pflegeeinrichtungen bei der Erstellung dieser Konzepte zu unterstützen (vgl. Stellungnahme zu Nr. 10 § 11 SGB XI Rechte und Pflichten der Pflegeeinrichtungen).

Insgesamt ist die fehlende Verbindung zwischen dem Katalog gemäß § 8 Absatz 3c SGB XI, den Delegationskonzepten nach § 11 SGB XI und den Rahmenverträgen nach § 75 SGB XI ein strukturelles Defizit, das sowohl die Versorgung in der Pflege als auch die Nutzung der personellen Ressourcen behindert. Eine rechtliche Verknüpfung dieser Bereiche wäre notwendig, um sicherzustellen, dass die Aufgabenverteilung und die Delegationskonzepte nicht nur als Empfehlungen bleiben, sondern in der Praxis zur Grundlage der Pflege werden. Nur so kann die pflegerische Versorgung langfristig gesichert und der Fachkräfteengpass gezielt angegangen werden.

C Änderungsvorschlag

§ 113c SGB XI wird wie folgt geändert:

In § 113c Absatz 2 wird folgender Satz 3 angefügt:

"Pflegeeinrichtungen sollen akademisch qualifizierte Pflegefachpersonen in die pflegerischen Strukturen integrieren, wobei mindestens 50 % ihrer Arbeitszeit für direkte Pflegeleistungen am Pflegebedürftigen verwendet werden müssen. Diese Stellen sind zusätzlich zu den regulären Personalanhaltswerten zu schaffen, um den Theorie-Praxis-Transfer und die evidenzbasierte Pflege zu fördern."

§ 113c Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 wird wie folgt geändert:

„soll die Pflegeeinrichtung geeignete Maßnahmen der Personal- und Organisationsentwicklung durchführen, die einen Person-zentrierten und kompetenzorientierten Personaleinsatz im Sinne des § 113c SGB XI gewährleisten.“

§ 113c Absatz 5 Satz 1 wird wie folgt geändert:

"Die Rahmenvertragspartner gemäß § 75 SGB XI haben sicherzustellen, dass der Katalog zur Aufgabenverteilung nach § 8 Absatz 3c SGB XI sowie die Delegationskonzepte nach § 11 SGB XI als Grundlage für die Vereinbarungen von Regelungen nach § 75 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 dienen."

Nr. 64 § 113d SGB XI Geschäftsstelle zur Begleitung und Unterstützung der fachlich fundierten Personal- und Organisationsentwicklung von Pflegeeinrichtungen

A Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Einführung des § 113d SGB XI soll eine Geschäftsstelle eingerichtet werden, die Pflegeeinrichtungen und Pflegefachpersonen bei der Umsetzung des Personalbemessungsverfahrens sowie bei der Entwicklung und Umsetzung fachlich fundierter Personal- und Organisationskonzepte unterstützt. Ziel ist es, die Qualität der pflegerischen Versorgung zu verbessern, die professionelle Pflegepraxis zu stärken und die im § 113c SGB XI angelegten strukturellen Weiterentwicklungen wirksam in die Praxis zu überführen.

Die Geschäftsstelle soll als zentrale Anlaufstelle fungieren und Pflegeeinrichtungen durch Fortbildungs- und Qualifizierungsangebote, insbesondere durch Multiplikator-schulungen und digitale Selbstlernformate, bei der Einführung neuer Konzepte begleiten. Darüber hinaus ist vorgesehen, dass die Geschäftsstelle Kriterien zur konzeptionellen Personal- und Organisationsentwicklung erarbeitet, die eine kompetenzorientierte und stufenweise Weiterentwicklung in allen Versorgungsbereichen ermöglichen. Die Einbeziehung der Ergebnisse aus laufenden Modellvorhaben soll die Praxisnähe und Wirksamkeit der Maßnahmen zusätzlich stärken.

B Stellungnahme

Die Einrichtung einer Geschäftsstelle zur Unterstützung der Personal- und Organisationsentwicklung in Pflegeeinrichtungen ist sachgerecht. Eine solche Einrichtung kann dazu beitragen, pflegefachliche Anforderungen zu systematisieren, praxisnahe Konzepte zu verbreiten und die Umsetzung neuer gesetzlicher Vorgaben qualitätsgesichert zu begleiten. Der vorgesehene Auftrag greift viele richtige Aspekte auf – insbesondere die Verknüpfung von Pflegeprozessverantwortung, Delegation, Kompetenzentwicklung und Dokumentationspraxis.

Es fehlt jedoch eine ausdrückliche Benennung der Rolle akademisch qualifizierter Pflegefachpersonen. Diese Zielgruppe verfügt über spezifische Kompetenzen, die für die Weiterentwicklung der Versorgungsqualität, die konzeptionelle Gestaltung von Pflegeprozessen und die nachhaltige Implementierung qualifikationsdifferenzierter Aufgabenverteilungen von hoher Bedeutung sind. Es wäre daher konsequent, die gezielte Integration dieser Qualifikationsgruppe als Bestandteil der Unterstützungsleistungen der Geschäftsstelle gesetzlich zu verankern.

C Änderungsvorschlag

§ 113d SGB XI wird in Nummer 3 wie folgt ergänzt:

Nach den Wörtern „Personal- und Organisationsentwicklungsmaßnahmen“ werden die Wörter „unter besonderer Berücksichtigung der Einbindung hochschulisch qualifizierter Pflegefachpersonen“ eingefügt.

Nr. 65 § 114 SGB XI Qualitätsprüfungen

A Beabsichtigte Neuregelung

Mit Wirkung zum 01.01.2028 sollen die Prüfaufträge zur Durchführung von Qualitätsprüfungen nicht mehr dezentral durch die Landesverbände der Pflegekassen, sondern zentral über eine vom GKV-Spitzenverband einzurichtende digitale Daten- und Kommunikationsplattform übermittelt werden. Die Plattform soll neben der Auftragsvergabe auch Informationen zur Art und Anzahl der durchgeführten Prüfungen enthalten und statistische Auswertungen ermöglichen. Die privaten Versicherungsunternehmen beteiligen sich mit 10 % an den Aufbau- und Betriebskosten der Plattform.

Darüber hinaus wird eine gesetzliche Grundlage für die flexible Durchführung von Qualitätsprüfungen in Krisensituationen geschaffen. Der Medizinische Dienst Bund wird beauftragt, im Benehmen mit dem GKV-Spitzenverband, dem Prüfdienst der PKV und im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit Regelungen zur Durchführbarkeit von Prüfungen unter besonderen Krisenbedingungen zu erarbeiten. Dabei sind wissenschaftliche und krisenbezogene Erkenntnisse zu berücksichtigen. Eine Verlängerung des Prüfrhythmus um bis zu ein Jahr wird ermöglicht. Mit der Änderung von Absatz 2 Satz 7 wird klargestellt, dass sich Regelprüfungen auch auf die Leistungen des Basispakets bei gemeinschaftlichen Wohnformen nach § 92c SGB XI erstrecken.

B Stellungnahme

Die Regelung zur Einführung einer Daten- und Kommunikationsplattform ist nicht sachgerecht und daher zu streichen. Der Aufbau neuer paralleler IT-Systeme würde erhebliche Kosten verursachen, ohne einen proportionalen Mehrwert zu garantieren.

Bei den Beauftragungen zur Durchführung von Qualitätsprüfungen kann auf etablierte und sichere technische Verfahren zum Datenaustausch zwischen den Landesverbänden der Pflegekassen und den Medizinischen Diensten und dem Prüfdienst der PKV gesetzt werden. Die Beteiligten stehen in regelmäßigem Austausch, die Verfahren sowie die Anforderungen an technische Schnittstellen zu verbessern und weiterzuentwickeln.

Die bestehenden Systeme und technischen Schnittstellen haben sich in der Praxis bewährt und werden fortlaufend verbessert. Die direkte Kommunikation zwischen Auftraggebern und Auftragnehmern ist ein gut etabliertes und funktionierendes Verfahren, das durch die Einführung einer zusätzlichen Plattform unnötig aufgebrochen wird. Dies könnte nicht nur zu einem höheren administrativen Aufwand führen, sondern auch die Effizienz in der Zusammenarbeit beeinträchtigen.

Zentral ist zudem, dass die Plattform keine neue operative Steuerung durch den GKV-Spitzenverband einführt, sondern die Verantwortung der Landesverbände als Auftraggeber unangetastet lässt.

Betrachtet man die erhebliche Anzahl und den Umfang der Prüfaufträge, kann von erheblichen Kosten für den Aufbau und den Betrieb der Plattform ausgegangen werden. Es handelt sich gegenüber dem Status quo um zusätzliche Kosten, die in keinem Verhältnis zum zu erwartenden Nutzen stehen.

Regelprüfungen für gemeinschaftliche Wohnformen werden in die bestehenden Rahmenbedingungen, die für vollstationäre Einrichtungen gelten und bereits Anwendung finden, einbezogen. Regelprüfungen sind dahingehend anzupassen, dass quartiersbezogene ambulante Versorgungsangebote von vollstationären Einrichtungen, auch unter Berücksichtigung der Einbindung von Angehörigen und Ehrenamtlichen integriert werden.

Die geplanten Regelungen zur Durchführbarkeit von Qualitätsprüfungen in Krisensituationen von nationaler und regionaler Tragweite werden begrüßt. Während der Corona-Pandemie wurden bereits Erfahrungen gesammelt und zeitlich befristete Regelungen getroffen, die als Grundlage dienen können. Krisenereignisse werden auch zukünftig auftreten und bereits vorhandene Regelungen können dann ohne Zeitverzug in Kraft gesetzt werden.

C **Änderungsvorschlag**

In § 114 SGB XI wird der Absatz 1a gestrichen.

Die neu hinzugefügten Regelungen in § 114 Absatz 2 Satz 7 werden gestrichen.

Nr. 66 § 114a SGB XI Durchführung der Qualitätsprüfungen

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Ankündigung von Regelprüfungen soll künftig zwei Arbeitstage umfassen. In Absatz 2 erfolgt eine Konkretisierung der Prüfrechte bei ambulanten Pflegeeinrichtungen, insbesondere im Hinblick auf gemeinschaftliche Wohnformen. Die Prüfinstitutionen dürfen mit Einwilligung der betroffenen Person die Pflegequalität auch in deren Wohnräumen überprüfen.

Darüber hinaus sollen auf Grundlage der Bundesempfehlungen und bestehender Regelungen für gemeinschaftliche Wohnformen sowie unter Berücksichtigung der langjährigen Expertise in der Qualitätssicherung, Anpassungen der Richtlinien für die ambulante Pflege erfolgen. Sobald die wissenschaftlichen Ergebnisse nach § 113b SGB XI vorliegen, ist der Medizinische Dienst Bund verpflichtet, die vorgeschlagenen Anpassungen unverzüglich umzusetzen.

Bei einer Unterschreitung der Prüfquote durch den Prüfdienst des PKV-Verbands übermittelt der GKV-Spitzenverband die Daten an das Bundesamt für Soziale Sicherung, das dann die Kostenermittlung vornimmt.

Der Medizinische Dienst Bund muss die Qualitätsprüfungsrichtlinien in der Pflege zukünftig dahingehend prüfen, inwieweit über ein fachlich vertretbares und wirtschaftliches Maß hinausgehende Anforderungen reduziert und Doppelprüfungen vermieden werden können.

Die maßgeblichen Organisationen der Vertreter der Pflegeberufe auf Bundesebene nach § 118a SGB XI sind künftig zu beteiligen.

B Stellungnahme

Die Erweiterung der Prüfankündigung auf zwei Arbeitstage ist sachgerecht. Sie entspricht den Empfehlungen des wissenschaftlichen Abschlussberichtes zur Anpassung der Instrumente und Verfahren für Qualitätsprüfungen nach §§ 114 ff. SGB XI und die Qualitätsdarstellung nach § 115 Abs. 1a SGB XI in der ambulanten Pflege.

Die vorgeschlagenen Anpassungen der Richtlinien für die ambulante Pflege auf Grundlage der Bundesempfehlungen und bestehender Regelungen für gemeinschaftliche Wohnformen sowie die verpflichtende Umsetzung der wissenschaftlichen Ergebnisse nach § 113b SGB XI durch den Medizinischen Dienst Bund sind abzulehnen (vgl. auch Stellungnahmen zu Nr. 36 und Nr. 55 § 45h SGB XI Leistungen in gemeinschaftlichen Wohnformen mit Verträgen zur pflegerischen Versorgung gemäß § 92c SGB XI und zu Nr. 62 § 113b SGB XI Qualitätsausschuss).

Die Anpassung der Richtlinien sollte dahingehend erfolgen, dass quartiersbezogene ambulante Versorgungsangebote für vollstationäre Einrichtungen sowie die Einbindung von Angehörigen und Ehrenamtlichen in den Pflegeprozess und in das bestehende stationäre Qualitätssicherungssystem integriert werden. Diese Erweiterung ist notwendig, um der steigenden Bedeutung flexibler und neuer Versorgungsangebote gerecht zu werden, ohne dabei die Qualitätsprüfungen unnötig zu verkomplizieren oder separate Prüfmechanismen zu schaffen.

Eine zentrale Stärke dieser Anpassung liegt darin, dass keine neuen, separaten Prüfmechanismen für die quartiersbezogene ambulante Versorgung und die Einbindung von Angehörigen und Ehrenamtlichen geschaffen werden müssen. Dies verhindert eine Zersplitterung der Qualitätsprüfungen und würde sowohl die Prüfinstitutionen als auch die betroffenen Pflegeeinrichtungen vor unnötigen administrativen Belastungen schützen. Stattdessen werden diese neuen Versorgungsformen sinnvoll und effizient in die bereits bestehenden, bewährten stationären Qualitätsprüfungen integriert. Dies fördert die Einheitlichkeit der Qualitätsstandards und ermöglicht eine sektorenübergreifende Vergleichbarkeit der Pflegequalität. Die Neuregelung zur Prüfquote des PKV-Prüfdienstes ist zu begrüßen. Das Bundesamt wird nur noch im Bedarfsfall tätig, was Verwaltungsaufwand reduziert. Die vorgesehene digitale Plattform wird hingegen wegen des Aufwands kritisch gesehen (Vgl. Stellungnahme Nr. 65 §114 SGB XI Qualitätsprüfungen).

Die Analyse von thematischen Überschneidungen zwischen Prüfungen der Medizinischen Dienste und der Heimaufsichtsbehörden, eine Bewertung dieser auf Landesebene und Vereinbarungen zur Vermeidung von doppelt geprüften Inhalten sind zu begrüßen.

Die Beteiligung der maßgeblichen Organisationen der Vertreter der Pflegeberufe auf Bundesebene nach § 118a SGB XI ist sachgerecht.

C Änderungsvorschlag

In § 114a Absatz 7 Satz 1 wird die Ergänzung gestrichen.

In § 114a wird in Absatz 7 Satz 3 gestrichen und folgender Satz 3 ergänzt:
„Die Richtlinien sind dahingehend anzupassen, dass quartiersbezogene ambulante Versorgungsangebote von vollstationären Einrichtungen unter Berücksichtigung der Einbindung von Angehörigen und Ehrenamtlichen in die bestehenden stationären Qualitätsprüfungen integriert werden. Diese neuen Versorgungsangebote sollen unter Berücksichtigung der spezifischen Anforderungen, wie die Einbindung von Angehörigen und Ehrenamtlichen in den Pflegeprozess, innerhalb des stationären Qualitätssicherungssystems geprüft und bewertet werden, ohne dass separate Prüfmechanismen geschaffen werden müssen.“

Nr. 67 § 114c SGB XI Richtlinien zur Verlängerung des Prüfrhythmus in vollstationären Einrichtungen bei guter Qualität und zur Veranlassung unangemeldeter Prüfungen; Berichtspflicht

A Beabsichtigte Neuregelung

Der Prüfrhythmus von zugelassenen teilstationären oder ambulanten Pflegeeinrichtungen kann ab dem 01.07.2027 um höchstens zwei Jahre verlängert werden, wenn ein gutes Qualitätsniveau bei der Qualitätsprüfung erreicht wurde.

Der Medizinische Dienst Bund hat die maßgeblichen Organisationen der Vertreter der Pflegeberufe auf Bundesebene nach § 118a SGB XI zu beteiligen.

Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen berichtet dem Bundesministerium für Gesundheit über die Qualitätsprüfungen nach § 114 SGB XI in allen Settings sowie im gemeinschaftlichen Wohnformen nach § 92c SGB XI. Es erfolgt eine Aufschlüsselung der Daten nach Ländern zum Stichtag 31.12.

B Stellungnahme

Es ist sachgerecht, dass die bereits bestehende Möglichkeit, den Prüfrhythmus bei guter Qualität in stationären Einrichtungen auf 2 Jahre zu verlängern, auf teilstationäre und ambulante Pflegeeinrichtungen ausgeweitet wird. Es ist davon auszugehen, dass sich der Prüfaufwand durch die Regelung sowohl für die teilstationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen als auch für die Prüfdienste reduziert.

Wichtig ist bei der Ausgestaltung der Kriterien für gute Qualität in teilstationären und ambulanten Diensten sowie bei der Umsetzung der Prüfrhythmusverlängerung, dass diese nicht mit einem unverhältnismäßigen administrativen Mehraufwand für die Landesverbände der Pflegekassen verbunden sind.

Von der Regelung gleichermaßen tangiert sind auch die Abrechnungsprüfungen in ambulanten Pflegediensten, welche seit 2016 in die Qualitätsprüfung integriert wurden und zeitgleich stattfinden. Gute Qualitätsergebnisse korrelieren jedoch nicht mit unauffälligen Abrechnungsprüfungen, auch bei guten Qualitätsergebnissen können Auffälligkeiten in den Abrechnungsprüfungen festgestellt werden. Dementsprechend sollte eine Verlängerung des Prüfrhythmus nur erfolgen, wenn bei der Qualitätsprüfung neben der Erfüllung der Qualitätskriterien keine Auffälligkeiten in der Abrechnungsprüfung festgestellt wurden. Anlassprüfungen, auch abrechnungsbezogen, müssen weiterhin möglich bleiben.

Dies trägt auch dem Umstand Rechnung, dass ein hohes Qualitätsniveau in der pflegerischen Versorgung nicht zwangsläufig mit regelkonformem Abrechnungsverhalten einhergeht. Ein ganzheitliches Bild der Qualität einer Einrichtung ergibt sich erst aus der Verknüpfung beider Prüfbereiche.

Die Erweiterung der Berichterstattung nach § 114c SGB XI ist sehr zu begrüßen. In dem zukünftig auch teilstationäre und ambulante Pflegeeinrichtungen in die Berichterstattung einbezogen werden, wird ein umfassenderer und transparenterer Überblick möglich.

Die Einführung einer gesonderten Berichtspflicht für gemeinschaftliche Wohnformen ist nicht sachgerecht und nicht erforderlich, da die bestehenden Rahmenbedingungen für vollstationäre Einrichtungen weitergelten (vgl. Stellungnahmen zu Nr. 36 und Nr. 55 § 45h Leistungen in gemeinschaftlichen Wohnformen mit Verträgen zur pflegerischen Versorgung gemäß § 92c, Nr. 62 § 113b Pflegequalitätsausschuss, Nr. 66 § 114a Durchführung von Qualitätsprüfungen).

Die Ausweitung der Berichterstattung auf teilstationäre, ambulante und vollstationäre Versorgungsformen ist zu begrüßen, da sie einen umfassenderen Überblick über das Prüfgeschehen in der Pflege ermöglicht; hierfür ist die geplante Daten- und Kommunikationsplattform beim GKV-Spitzenverband, wie sie im Rahmen der Qualitätsprüfungen nach § 114 SGB XI vorgesehen ist und abgelehnt wird (vgl. Stellungnahme zu Nr. 65 § 114 Qualitätsprüfungen) nicht erforderlich. Die eingeführte Berichtspflicht kann auch mit den bereits etablierten und bewährten technischen Verfahren zum Datenaustausch zwischen den Pflegekassen, den Medizinischen Diensten und dem Prüfdienst der PKV sichergestellt werden.

C Änderungsvorschlag

In § 114c wird Absatz 3 Satz 1 Nummer 2 wie folgt geändert:

In § 114c Absatz 1 wird ein Satz Nummer 2 und 3 eingefügt:

„Eine Verlängerung des Prüfrhythmus im Abstand von höchstens zwei Jahren für ambulante Pflegeeinrichtungen kann nur erfolgen, wenn neben dem Erreichen eines hohen Qualitätsniveaus zusätzlich keine Auffälligkeiten bei der Abrechnungsprüfung festgestellt werden. Anlassprüfungen bleiben davon unberührt.“

„2. Qualitätsprüfungen, die nach § 114 SGB XI in vollstationären, teilstationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen durchgeführt werden; die entsprechenden Daten sollen nach Ländern aufgeschlüsselt werden.“

Der in Absatz 3 angefügte Satz wird wie folgt geändert:

„Erstmals zum 31.03.2028 und danach jährlich enthält der Bericht nach Satz 1 jeweils eine statistische Datenaufstellung aufgeschlüsselt nach Ländern zum Stichtag 31.12.“

Nr. 68 § 115 SGV XI Ergebnisse von Qualitätsprüfungen, Qualitätsdarstellung, Vergütungskürzung

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Richtlinien nach § 114a Absatz 7 SGB XI sollen hinsichtlich der Durchführung von Qualitätsprüfungen in gemeinschaftlichen Wohnformen nach § 92c SGB XI angepasst werden. Es soll eine Veröffentlichung der Prüfergebnisse bzw. ein Aushang in den Einrichtungen nach § 92c SGB XI erfolgen. Die Qualitätsdarstellungsvereinbarung für Einrichtungen nach § 92c SGB XI soll auch unter Beteiligung der maßgeblichen Organisationen der Vertreter der Pflegeberufe auf Bundesebene nach § 118a SGB XI geschlossen werden. Sollten Mängel durch die Pflegekasse bei Einrichtungen nach § 92c SGB XI festgestellt werden, kann der Betrieb versagt werden. Die Pflegekasse vermittelt in diesem Falle eine Weiterversorgung der Pflegebedürftigen. Die Haftung für entstandene Kosten liegt bei der ambulanten Pflegeeinrichtung.

B Stellungnahme

Die Anpassung der Richtlinien nach § 114a Absatz 7 SGB XI in Bezug auf gemeinschaftliche Wohnformen nach § 92c SGB XI ist in der vorgeschlagenen Form abzulehnen (vgl. Stellungnahmen zu Nr. 32 Leistungen in gemeinschaftlichen Wohnformen mit Verträgen zur pflegerischen Versorgung gemäß § 92c). Der Fokus auf spezifische Sonderregelungen für gemeinschaftliche Wohnformen führt zu einer weiteren Sektorisierung der Überprüfung von Pflegequalität und erschwert eine einheitliche und vergleichbare Qualitätsprüfung über verschiedene Versorgungsformen hinweg.

Anstatt separate Prüfkriterien und Aushangpflichten für Wohnformen nach § 92c zu schaffen, sollte vielmehr das Ziel verfolgt werden, die bestehenden Qualitätsprüfungsinstrumente zu erweitern und an alle Versorgungsformen anzupassen. Die Einführung von Sonderregelungen und spezifischen Aushangpflichten für einzelne Versorgungsmodelle führt zu einer Fragmentierung des Qualitätsmanagements in der Pflege und erschwert die Vergleichbarkeit der Qualität von Pflegeeinrichtungen.

Die Richtlinien nach § 114a Absatz 7 SGB XI müssen im Hinblick auf die Durchführung von Qualitätsprüfungen an die Entwicklungen aus dem wissenschaftlichen Auftrag nach § 113b Absatz 4 Nummer 7 SGB XI angepasst werden. Es ist notwendig, dass die Richtlinien so modifiziert werden, dass die spezifischen Anforderungen dieser neuen Versorgungsangebote, wie die Beteiligung von Angehörigen und Ehrenamtlichen bei der Pflege und die Ausweitung stationärer Einrichtungen auf quartiersbezogene Pflegeleistungen, innerhalb des bestehenden Prüfrahmens erfasst werden.

Die Veröffentlichung der Prüfergebnisse sollte wie gewohnt auch für diese neuen Versorgungsangebote erfolgen, um Transparenz zu gewährleisten. Gleichzeitig muss die Qualitätsdarstellungsvereinbarung unter Einbeziehung der maßgeblichen

Organisationen der Pflegeberufe erfolgen, um sicherzustellen, dass die neuen Modelle dieselben Qualitätsstandards erfüllen wie klassische stationäre Pflegeeinrichtungen.

Sollten in den neuen Versorgungsmodellen Mängel festgestellt werden, ist es notwendig, dass die bestehenden Mechanismen zur Mängelbeseitigung und Haftung auch hier greifen. Die Anpassung der Richtlinien stellt sicher, dass diese neuen Versorgungsformen nicht nur organisatorisch in das System eingebunden werden, sondern auch denselben hohen Qualitätsanforderungen unterliegen wie die etablierten Pflegeeinrichtungen.

C Änderungsvorschlag

In § 115 wird im Absatz 1a die vorgenommene Änderung in Satz 2 gestrichen.

In § 115 wird im Absatz 1a nach Satz 2 ein neuer Satz 3 eingefügt:

„Dies gilt auch für neue Versorgungsangebote, wie quartiersbezogene ambulante Versorgung für vollstationäre Einrichtungen und der Einbindung von Angehörigen und Ehrenamtlichen, die in das stationäre Qualitätssicherungssystem integriert werden. Die Ergebnisse der Qualitätsprüfungen dieser Versorgungsmodelle sind in das bestehende stationäre Prüf- und Darstellungssystem gemäß den Richtlinien nach § 114a aufzunehmen.“

In § 115 wird im Absatz 5 die vorgenommene Änderung in Satz 1 und Satz 2 gestrichen.

In § 115 wird im Absatz 6 die vorgenommene Änderung in Satz 1 gestrichen.

Nr. 69 § 117 SGB XI Zusammenarbeit mit den nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörden

A Beabsichtigte Neuregelung

In Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 wurde die Möglichkeit geschaffen, dass Medizinische Dienste zukünftig eine Überprüfung nach heimrechtlichen Vorschriften im Auftrag der Heimaufsichtsbehörden vornehmen können. Es sind Vereinbarungen zum Prozedere und der Kostenübernahme zu treffen.

B Stellungnahme

Die Möglichkeit der Prüfung aus einer Hand durch die Medizinischen Dienste mit dem Ziel der Vermeidung von Doppelprüfungen wird grundsätzlich begrüßt. Eine Verzahnung der Prüfungen von Medizinischen Diensten und Heimaufsichtsbehörden ist sinnvoll, um vorhandene Synergien noch besser zu nutzen. Auch wenn die Ausgestaltung auf der Landesebene erfolgt, sind gemeinsame Handlungsempfehlungen auf Bundesebene sinnvoll, um einen grundsätzlichen Rahmen der Zusammenarbeit festzulegen.

Durch die Neuregelung besteht jedoch die Gefahr, dass die Medizinischen Dienste durch die Übernahme zusätzlicher Aufgaben weiter belastet werden und die flächendeckende und vollständige Sicherstellung jährlicher Regelprüfungen, eine der Kernaufgaben der Medizinischen Dienste (Ausnahme Verlängerung des Prüfrhythmus bei guter Qualität), gefährdet ist.

Um eine möglichst einheitliche, effiziente und rechtssichere Umsetzung auf Länderebene zu unterstützen, sollten auf Bundesebene Handlungsempfehlungen zur Ausgestaltung der Zusammenarbeit zwischen Medizinischem Dienst und Heimaufsichtsbehörden entwickelt werden. Diese könnten u. a. Kriterien für die Beauftragung, Mindeststandards für Abstimmungsprozesse sowie Regelungen zur Berücksichtigung der Kapazitäten des Medizinischen Dienstes enthalten. Eine bundeseinheitliche Orientierungshilfe kann dazu beitragen, erhebliche Unterschiede in der Praxis der Länder zu vermeiden, Synergien wirksam zu nutzen und Doppelprüfungen systematisch auszuschließen. Auch für die Pflegeeinrichtungen schafft dies mehr Transparenz und Planbarkeit.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Nr. 71 § 118a SGB XI Maßgebliche Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene, Verordnungsermächtigung

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelung zielt darauf ab, die Beteiligung der maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene zu vereinheitlichen. Dies betrifft die im Fünften und Elften Buch SGB vorgesehenen Beteiligungen. Da es derzeit keine Bundespflegekammer gibt und eine Vielzahl von Verbänden existiert, wird das Bundesministerium für Gesundheit ermächtigt, per Rechtsverordnung festzulegen, welche Organisationen als maßgeblich gelten und wie das Beteiligungsverfahren abläuft. Die Regelung soll sicherstellen, dass die Pflegeberufe trotz der heterogenen Verbändelandschaft angemessen in Entscheidungen einbezogen werden.

Das Bundesministerium für Gesundheit legt dabei die Voraussetzungen und das Verfahren für die Anerkennung der Organisationen per Verordnung fest. Ziel ist, die Rolle der Pflegeorganisationen zu stärken und ihre umfassende Beteiligung sicherzustellen. Zudem soll geprüft werden, wie auch landesrechtlich geregelte Organisationen beteiligt werden können.

Da viele Vertreter der Pflegeberufe ehrenamtlich tätig sind, soll die Verordnung auch regeln, unter welchen Bedingungen Reisekosten und Verdienstausschluss erstattet werden können, damit die Pflegeberufe ihre Expertise in der Erfüllung gesetzlicher Aufgaben einbringen können.

B Stellungnahme

Die Vereinheitlichung zur Beteiligung maßgeblicher Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene ist zu begrüßen. Sie stärkt die Einbindung der Pflegeberufe in Entscheidungsprozesse, insbesondere da derzeit keine Bundespflegekammer existiert. Durch die Vielzahl an Organisationen im Pflegebereich wird eine klare Definition der maßgeblichen Organisationen notwendig, um effektive Mitbestimmung sicherzustellen.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Nr. 72 § 122 SGB XI Kooperationsprojekt zu Erleichterungen in der Praxis bei der Beantragung von Leistungen der Pflegeversicherung

A Beabsichtigte Neuregelung

In einem auf die Dauer von vier Jahren ab dem 01.04.2026 befristeten Projekt soll der Spitzenverband Bund der Pflegekassen gemeinsam mit den Pflegekassen ein Gremium zur Kooperation bilden. Ziele des Projektes sind die Entwicklung von Ideen und Lösungen hinsichtlich Reduktion, Vereinfachung und Vereinheitlichung von Formularen oder anderen formalen Vorgaben, die von Pflegekassen im Rahmen der Beantragung von Leistungen der Pflegeversicherung eingesetzt werden. Zudem sollen auch Hilfestellungen bei der Antragstellung betrachtet und daraus ein Leitfaden erstellt werden.

Das Gremium kann hierbei dauerhaft oder zeitliche begrenzt und/oder fachbezogen weitere relevante Akteure beteiligen, wie bspw. Gematik, Medizinische Dienste, Interessenvertretung der pflegebedürftigen Menschen und deren An- und Zugehörigen.

Die Projektfinanzierung erfolgt aus den Mitteln nach § 8 Absatz 3 SGB XI. Die Auszahlung erfolgt aus dem Ausgleichsfonds.

B Stellungnahme

Das mit der gesetzlichen Regelung intendierte Ziel wird zwar dem Grunde nach begrüßt, die Ausgestaltung ist jedoch abzulehnen. Statt zusätzliche Mittel aus dem Ausgleichsfonds für die Dauer von vier Jahren in die Arbeit eines neu zu gründenden Gremiums zu investieren, sollten bereits bestehende und etablierte Strukturen und Gremien genutzt werden. Die Pflegekassen verfolgen insbesondere vor dem Hintergrund der Digitalisierungsbestrebungen ein starkes Eigeninteresse an der Vereinheitlichung des Antragsverfahrens. Für die Arbeit der Pflegeberatung besteht ebenfalls aus eigenen Interessen heraus der Anspruch, die Antragsformulare einheitlich, nachvollziehbar und verständlich anzubieten. Die etablierten Gremienstrukturen des GKV-Spitzenverbandes ermöglichen bereits heute eine Verständigung auf gemeinsame Verfahrensweisen, die über die Grenzen der einzelnen Kassenarten hinweg wirken. Darüber hinaus können Handlungs- und Umsetzungsempfehlungen für die Pflegekassen in den bestehenden Strukturen gemeinsam erarbeitet werden.

C Änderungsvorschlag

Die Regelung zu § 122 SGB XI ist zu streichen.

Nr. 73 § 123 SGB XI Gemeinsame Modellvorhaben für Unterstützungsmaßnahmen und -strukturen vor Ort und im Quartier

A Beabsichtigte Neuregelung

Der Förderzeitraum für gemeinsame Modellvorhaben vor Ort und im Quartier wird um ein Jahr bis 2029 verlängert. Die Finanzierung im Jahr 2029 speist sich ausschließlich aus den im Vorjahr nicht verbrauchten Mitteln.

B Stellungnahme

Die Verlängerung des Förderzeitraums, so dass Modellvorhaben mit Beginn nach 2025 auch die volle Laufzeit von vier Jahren nutzen können, wird begrüßt. Sie entspricht dem Wunsch der Länder und der weiteren Beteiligten vor Ort.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Nr. 74 § 125a SGB XI Modellvorhaben zur Erprobung von Telepflege

A Beabsichtigte Neuregelung

Die bisherige Regelung wird neu strukturiert. Statt bisher 10 Mio. Euro stehen für die laufenden Vorhaben bis Ende 2025 noch 5 Mio. Euro aus dem Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung zur Verfügung.

Neu aufgenommen wird die Verpflichtung des GKV-Spitzenverbandes, bis zum 31.12.2027 Empfehlungen zur Umsetzung der Ergebnisse der wissenschaftlich gestützten Erprobung von Telepflege zur Verbesserung der pflegerischen Versorgung in der ambulanten und stationären Langzeitpflege zu erarbeiten.

B Stellungnahme

Die Regelung ist sachgerecht. Die nicht verausgabten Mittel in Höhe von 5 Millionen Euro werden sinnvoll zur Weiterentwicklung der Leistungen der pflegerischen Versorgung im Rahmen des neu eingerichteten Modellprogramms nach § 8 Absatz 3c SGB XI eingesetzt.

Die laufenden Modellprogramme und Evaluationen können wesentliche Erkenntnisse darüber liefern, wie Telepflege in der Praxis umgesetzt werden kann und welche telepflegerischen Ansätze effektiv sind. Daher ist es sachgerecht, auf die Ergebnisse dieser wissenschaftlichen Erprobungen zu warten und auf Basis der gewonnenen Erkenntnisse Empfehlungen zu entwickeln.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Nr. 75 § 125c SGB XI Modellvorhaben zur Erprobung digitaler Verhandlungen der Pflegevergütung

A Beabsichtigte Neuregelung

In den Jahren 2026 bis 2028 wird der Spitzenverband Bund der Pflegekassen beauftragt, Modellvorhaben zur Erprobung digitaler Verhandlungen der Pflegevergütung durchzuführen. Mit dieser Neuregelung wird das Ziel verfolgt, dass Vergütungsverhandlungen künftig effizient und zügig zum Abschluss gebracht werden können. Für die Modellvorhaben ist eine wissenschaftliche Begleitung und Auswertung vorzusehen. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen bestimmt Ziele, Dauer, Inhalte und Durchführung der Modellvorhaben, die mit dem Bundesministerium für Gesundheit abzustimmen sind.

B Stellungnahme

Das Vorhaben wird begrüßt, im Rahmen von Modellvorhaben unter Federführung des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen und den am Verhandlungsverfahren beteiligten Akteuren digitale Verhandlungsprozesse für die Pflegevergütung zu erproben.

Nicht zuletzt mit der Einführung der Regelungen zur tariflichen Bezahlung im Pflegevertrags- und -vergütungsrecht haben sich die Anforderungen für zeitnahe Abschlüsse der Vereinbarungen neu sortiert. Aufgrund der daraus resultierenden, auf bestimmte Zeitpunkte im Kalenderjahr konzentrierte Verhandlungsdichte scheint es besonders vorteilhaft, bestehende Prozesse im Verhandlungsgeschäft unter wissenschaftlicher Begleitung zu bewerten und mit dem Ziel effizienter und zügiger Abschlüsse zu digitalisieren. Dabei sind aber auch bereits bestehende vereinfachte Verhandlungsverfahren aus einzelnen Bundesländern in den Blick zu nehmen und diese auf eine digitale Weiterentwicklung entsprechend hin zu überprüfen.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Nr. 75 § 125d SGB XI Modellvorhaben zur Erprobung der Flexibilisierung der Leistungserbringung stationärer Pflegeeinrichtungen

siehe Stellungnahme zu Nr. 50

Nr. 76 § 146a SGB XI Übergangsregelung zur Versorgung von pflegebedürftigen Mitgliedern geistlicher Genossenschaften, Diakonissen und ähnlichen Personen in ordensinterner Pflege

A Beabsichtigte Neuregelung

Vom 01.01.2026 bis 31.12.2035 übernehmen unter bestimmten Voraussetzungen die Pflegekassen die pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung und medizinischer Behandlungspflege für pflegebedürftige Mitglieder geistlicher Genossenschaften, Diakonissen und ähnliche Personen maximal bis zur Höhe der nach § 43 Absatz 2 Satz 2 und Absatz 3 geregelten Beträge.

B Stellungnahme

Aufgrund besonderer Gegebenheiten ist die Verortung der Übergangsregelung im zweiten Abschnitt des sechzehnten Kapitels des SGB XI sachgerecht.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Nr. 77 § 150 SGB XI Sicherstellung der pflegerischen Versorgung, Kostenerstattung für Pflegeeinrichtungen und Pflegebedürftige

A Beabsichtigte Neuregelung

§ 150 Abs. 1 SGB XI wird aufgehoben. Zudem erfolgen redaktionelle Anpassungen.

B Stellungnahme

Die Änderung ist sachgerecht und nachvollziehbar. Die entsprechende Stellungnahme findet sich unter Nr. 43.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Nr. 78 § 154 SGB XI Zulassung zur Pflege durch Versorgungsvertrag

A Beabsichtigte Neuregelung

Die bisher vorgesehene Kürzung der Ergänzungshilfen um 20 % bei nicht fristgerechter Einreichung der Jahresendabrechnung wird auf 100 % angehoben. Gleichzeitig wird die Frist zur Einreichung dieser Abrechnungen vom 31.12.2025 auf den 30.06.2026 verlängert.

B Stellungnahme

Die geplanten Änderungen sind sachgerecht. Mit der Neufassung wird ein klarer und wirksamer Sanktionsmechanismus eingeführt, der auf die bisherigen Erfahrungen und Rückmeldungen aus der Praxis reagiert.

Die Erhöhung der Rückforderung auf 100 % ist erforderlich, da Rückmeldungen der Pflegekassen deutlich gemacht haben, dass zahlreiche Einrichtungen im Antragszeitraum für Ergänzungshilfen ihre Abschläge massiv erhöht haben. Es wurden bislang jedoch erst ein Teil der verpflichtenden Jahresabrechnungen tatsächlich eingereicht. Der bisherige Mechanismus einer pauschalen Kürzung von lediglich 20 % bei fehlender Abrechnung wurde bereits im damaligen Gesetzgebungsverfahren als unzureichend kritisiert. In den Stellungnahmen wurde ausdrücklich vor den daraus resultierenden ökonomischen Fehlanreizen gewarnt. Einrichtungen konnten in der Praxis von einer faktischen Überzahlung profitieren, ohne die dafür vorgesehene Rechenschaftspflicht in Form einer vollständigen Jahresabrechnung zu erfüllen.

Mit der vorgesehenen vollständigen Rückforderung wird ein deutlicher und verhältnismäßiger Anreiz zur fristgerechten Abrechnung geschaffen. Die gleichzeitige Verlängerung der Frist zur Einreichung der Jahresabrechnungen vom 31.12.2025 auf den 30.06.2026 (neuer Satz 11) stellt sicher, dass den Einrichtungen ein ausreichend bemessener Zeitraum für die Aufbereitung und Übermittlung der erforderlichen Unterlagen zur Verfügung steht.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 3 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Nr. 1 § 15 Absatz 1 SGB V Ärztliche Behandlung, elektronische Gesundheitskarte

A Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Änderung wird das Verhältnis zwischen ärztlicher Behandlung und pflegerischer Zuständigkeit gesetzlich klargestellt. Es wird konkretisiert, dass sich der Arztvorbehalt auf die ärztliche Behandlung im Sinne des Fünften Buches Sozialgesetzbuch beschränkt. Zugleich erfolgt eine Abgrenzung zur pflegfachlichen Prozessverantwortung, die nicht Teil ärztlicher Behandlung ist. Diese Klarstellung ist im Zusammenhang mit der neuen Regelung des § 15a SGB V zu sehen, nach der bestimmte Leistungen ärztlicher Behandlung künftig auch durch Pflegefachpersonen mit entsprechender Kompetenz erbracht werden können.

In Absatz 1 Satz 1 erfolgt die Streichung des Verweises auf Modellvorhaben nach § 63 Absatz 3c SGB V.

B Stellungnahme

Die Änderung ist sachgerecht. Sie schafft eine gesetzliche Klarstellung zur Abgrenzung des Arztvorbehalts gemäß § 15 SGB V gegenüber den neuen Regelungen in § 15a SGB V. Durch die ergänzende Formulierung wird verdeutlicht, dass sich der Arztvorbehalt auf die Erbringung ärztlicher Leistungen nach dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch bezieht und nicht die pflegerische Prozessverantwortung umfasst. Letztere liegt berufsrechtlich ausschließlich bei den Pflegefachpersonen. Die Abgrenzung stärkt die Eigenverantwortung von Pflegefachpersonen im Rahmen ihrer fachlichen Zuständigkeit und ist insbesondere im Hinblick auf die eröffnete Möglichkeit zur Ausübung heilkundlicher Aufgaben durch entsprechend qualifizierte Pflegefachpersonen zu begrüßen.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Nr. 2 § 15a SGB V Behandlung durch Pflegefachpersonen, Pflegeprozessverantwortung

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Neuregelung regelt, unter welchen Voraussetzungen Pflegefachpersonen bestimmte Leistungen der ärztlichen Behandlung im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung eigenverantwortlich erbringen dürfen. Zugleich wird gesetzlich festgelegt, dass Pflegefachpersonen für die Verantwortung im Pflegeprozess zuständig sind. Der neue Paragraph schafft eine einheitliche sozialrechtliche Grundlage für die heilkundliche Tätigkeit von Pflegefachpersonen sowie für deren pflegefachliche Steuerungsverantwortung.

Pflegefachpersonen erhalten die Befugnis, bestimmte Leistungen der ärztlichen Behandlung nach ärztlicher Diagnose und Indikationsstellung selbständig und eigenverantwortlich zu erbringen. Diese Leistungen waren bislang Ärztinnen und Ärzten vorbehalten und konnten nur im Rahmen von Modellvorhaben durch Pflegefachpersonen übernommen werden. Mit der Neuregelung werden die bisherigen Modellvorhaben nach §§ 63 Abs. 3b, 3c und 64d SGB V in die Regelversorgung überführt.

Pflegefachpersonen haben im Rahmen ihrer entsprechenden Qualifikation einen eigenen fachlichen Entscheidungs- und Verantwortungsbereich. Die eigenverantwortliche Ausübung umfasst insbesondere die Entscheidung über Art, Dauer und Häufigkeit der Maßnahmen, die fachlich indizierte Einbeziehung weiterer Berufsgruppen sowie die haftungsrechtliche Verantwortung unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots.

Voraussetzung für die eigenverantwortliche Erbringung heilkundlicher Leistungen ist das Vorliegen entsprechender fachlicher Kompetenzen. Diese können erworben werden:

- im Rahmen der primärqualifizierenden hochschulischen Pflegeausbildung (§ 37 Abs. 3 PflBG),
- durch eine bundesweit einheitlich anerkannte, staatlich geregelte Weiterbildung,
- oder durch eine als gleichwertig anerkannte Qualifikation, z. B. über Berufserfahrung oder im Ausland erworbene Kompetenzen.

Die Länder sind für die staatliche Anerkennung der Weiterbildungen und Qualifikationen zuständig. Zur Sicherstellung bundesweiter Vergleichbarkeit ist vorgesehen, dass standardisierte Kompetenzbeschreibungen auf Grundlage des Pflegeberufgesetzes entwickelt und als fachlicher Referenzrahmen genutzt werden.

Die Neuregelung stellt klar, dass Pflegefachpersonen im Rahmen der Leistungen nach dem SGB V auch für die Pflegeprozessverantwortung zuständig sind. Damit

wird der pflegeberufliche Vorbehalt gemäß § 4 Pflegeberufegesetz in das Leistungsrecht übernommen.

Pflegeassistenten- und Hilfskräfte können Pflegefachpersonen bei der Durchführung pflegerischer Leistungen unterstützen, sofern dies ihrer Qualifikation entspricht. Sie übernehmen dabei eine Durchführungsverantwortung im Rahmen der von Pflegefachpersonen geplanten Maßnahmen. Die Gesamtverantwortung für die Pflegeprozessgestaltung verbleibt bei der Pflegefachperson.

Für bestimmte Aufgaben – etwa im Bereich der häuslichen Krankenpflege – wird auch auf die Kompetenzen von Pflegefachassistenzpersonen Bezug genommen. Diese können in definierten Aufgabenbereichen selbständig medizinisch-pflegerische Leistungen durchführen, ohne jedoch in die pflegeberuflichen Vorbehaltsaufgaben einbezogen zu sein.

B Stellungnahme

Die Neuregelung wird ausdrücklich begrüßt. Sie trägt zur Stärkung des Pflegeberufs als eigenständigem Heilberuf bei, schafft Klarheit über die heilkundlichen Kompetenzen von Pflegefachpersonen und regelt deren Verantwortung im Pflegeprozess gesetzlich verbindlich.

Die Überführung bisheriger Modellvorhaben in die Regelversorgung ist ein notwendiger und richtiger Schritt. Die Leistungen, die Pflegefachpersonen bereits heute auf Grundlage berufsrechtlich erworbener Kompetenzen verantwortungsvoll erbringen könnten, erhalten mit der Regelung eine klare sozialrechtliche Grundlage. Die vorgesehene eigenverantwortliche Leistungserbringung orientiert sich am tatsächlichen Versorgungsgeschehen und fördert eine ressourcenschonende, qualifikationsorientierte Arbeitsteilung im Gesundheitswesen.

Die gesetzliche Verankerung der Pflegeprozessverantwortung im SGB V ist folgerichtig. Die verbindliche Anerkennung der Vorbehaltsaufgaben nach § 4 PflBG im Leistungsrecht stärkt die fachliche Verantwortung und dient zugleich der Klarstellung gegenüber anderen Berufsgruppen. Die ausdrückliche Ausnahme der Pflegeprozessverantwortung aus dem ärztlichen Behandlungsauftrag ist daher sachgerecht.

Die Regelung schafft zudem eine wichtige rechtliche Grundlage für interprofessionelle Zusammenarbeit. Indem die eigenverantwortliche Tätigkeit von Pflegefachpersonen klar von delegierten Tätigkeiten abgegrenzt wird, wird auch die Rollenverteilung zwischen Pflege und Medizin neu bestimmt – im Sinne einer kooperativen, qualifikationsbasierten Arbeitsteilung. Zu kritisieren ist die Einschränkung auf „nach ärztlicher Diagnose und Indikationsstellung“. Vor allem letzteres schränkt das Tätigkeitsfeld nicht sachgerecht ein. Außerdem steht dies im Widerspruch zu den in § 73d Abs. 1 SGB V beispielhaft genannten Aufgaben. Zu bedenken ist außerdem,

dass eine solche Regelung geplante gesetzgeberische Bestrebungen (z. B. Notfallgesetz oder Primärversorgung) konterkarieren würde. Beispielsweise würde dies den Einsatz eines digitalen Ersteinschätzungsverfahrens verhindern.

Die vorgesehenen Qualifikationswege über die hochschulische Ausbildung oder bundesweit einheitlich anerkannte Weiterbildungen sind sinnvoll. Damit wird der Zugang zur heilkundlichen Leistungserbringung nicht ausschließlich an den akademischen Abschluss gebunden, sondern auch für beruflich qualifizierte Pflegefachpersonen geöffnet. Voraussetzung ist jedoch eine transparente, standardisierte und rechtsverbindliche Anerkennungspraxis durch die Länder. Die angekündigte Bund-Länder-Arbeitsgruppe ist dafür ein geeigneter nächster Schritt.

C **Änderungsvorschlag**

In Absatz 1 Satz 1 Nr. 1 werden die Wörter „und Indikationsstellung“ gestrichen.

Nr. 3 § 20 Absatz 5 Satz 2 SGB V Primäre Prävention und Gesundheitsförderung

A Beabsichtigte Neuregelung

Der Katalog von Präventionsempfehlungen zur verhaltensbezogenen Primärprävention, welche die Krankenkasse zu berücksichtigen hat, wird erweitert durch Empfehlungen von Pflegefachpersonen. Im Rahmen der Unterstützung pflegebedürftiger Menschen, die in der Häuslichkeit gepflegt werden, sollen durch Pflegefachpersonen ausgesprochene Präventionsempfehlungen durch die Krankenkassen berücksichtigt werden. Ebenfalls sollen im Rahmen der Pflegebegutachtung festgehaltene Feststellungen zur Prävention Berücksichtigung finden.

B Stellungnahme

Pflegebedürftige Personen sind gleichzeitig auch Versicherte der Krankenversicherung und haben Anspruch auf Leistungen der Krankenkassen zur primären Prävention und Gesundheitsförderung. Bereits jetzt sehen Regelungen im SGB XI die Information und Hinleitung zu Angeboten der Prävention und Gesundheitsförderung für pflegebedürftige Menschen vor. Pflegebedürftige Menschen können schon jetzt Angebote der Primärprävention gegen Kostenerstattung bei z. B. Wohlfahrtsverbänden wahrnehmen. Die Richtlinie des GKV-Spitzenverbandes zur einheitlichen Durchführung der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI enthält bereits entsprechende Formulierungen dazu, dass Pflegeberatende Anspruchsberechtigte sowie Angehörige oder weitere Personen zu Möglichkeiten beraten sollen, Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung in Anspruch zu nehmen. Ebenfalls werden in den Begutachtungs-Richtlinien des MD Bund nach § 17 SGB XI gutachterliche Empfehlungen zu den Präventionsleistungen nach § 20 SGB V geregelt.

Gesundheitsförderung und Prävention im Umfeld von Pflegebedürftigkeit ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. In Kooperation mit weiteren verantwortlichen Akteuren in der Kommune müssen die Anstrengungen auf die Entwicklung und flächendeckende Umsetzung von Angeboten für pflegebedürftige Menschen, die in der Häuslichkeit gepflegt werden, fokussiert und verstärkt werden. Daher ist nicht die Hinleitung zu (neu zu schaffenden) Angeboten der verhaltensbezogenen Primärprävention durch Krankenkassen nach § 20 Absatz 5 SGB V anzustreben, sondern vielmehr die Verknüpfung mit § 20a SGB V Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten für die Zielgruppe der pflegebedürftigen Menschen. Dies trägt auch dem engen Zusammenhang Rechnung, der zwischen den Gegebenheiten vor Ort und der Gestaltung eines guten Lebens auch unter Bedingungen von Pflegebedürftigkeit besteht.

Bei pflegebedürftigen Menschen sind anstelle von verhaltensbezogener Primärprävention vielmehr Maßnahmen im Bereich der Sekundär- und Tertiärprävention relevant. Genau diese Zielgruppen nimmt der Ansatz der „Präventionspflege“ der AOK-

Gemeinschaft in den Blick. Die „Präventionspflege“ zielt darauf ab, die Selbstständigkeit und Lebensqualität pflegebedürftiger Personen zu stärken und ihre Autonomie so lange wie möglich zu bewahren. Zukünftig soll ein eigenständiger Anspruch auf „Präventionspflege“ im Pflegeversicherungsgesetz verankert werden (siehe auch die Kommentierung zu § 5 Absatz 1a SGB XI).

Da die Schaffung von neuen zertifizierten Kursen der Krankenkassen zur Verhaltensprävention speziell für pflegebedürftige Menschen nicht für sinnvoll erachtet wird, vielmehr die Zusammenarbeit mit anderen Akteuren in der Lebenswelt Kommune zur Gesundheitsförderung und Prävention für in der Häuslichkeit betreute pflegebedürftige Menschen im Fokus steht, ist eine Hinleitung auf solche Kurse weder durch Pflegefachpersonen, Pflegeberatungspersonen noch durch den Medizinischen Dienst zielführend. Die Ergänzung in § 20 Absatz 5 Satz 2 Nr. 2 ist daher zu streichen.

C Änderungsvorschlag

§ 20 Absatz 5 Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„Bei ihrer Entscheidung über eine Leistung zur verhaltensbezogenen Prävention berücksichtigen die Krankenkassen

1. eine Präventionsempfehlung nach § 25 Absatz 1 Satz 2 oder § 26 Absatz 1 Satz 3,
2. eine im Rahmen einer arbeitsmedizinischen Vorsorge oder einer sonstigen ärztlichen Untersuchung schriftlich abgegebene Empfehlung.“

Nach § 20a Absatz 1 Satz 5 SGB V wird folgender Satz 6 ergänzt:

„Die Belange der in der sozialen Pflegeversicherung versicherten Pflegebedürftigen in häuslicher Pflege sollen berücksichtigt werden. Bei der Erbringung von Leistungen für diese Personengruppe arbeiten die Kranken- und Pflegekassen eng mit den für die Altenhilfe nach § 71 SGB XII zuständigen örtlichen und überörtlichen Trägern der Sozialhilfe zusammen.“

Nr. 4 § 24j SGB V Mutterschaftsgeld

A Beabsichtigte Neuregelung

Für Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, die in Deutschland beschäftigt sind, aber in einem anderen Staat wohnen, in dem Mutterschaftsgeld steuerpflichtig ist, soll zur Berechnung des Mutterschaftsgeldes nicht das Nettoarbeitsentgelt (inklusive deutscher Steuerabzüge), sondern das sogenannte Regelentgelt abzüglich der Sozialversicherungsbeiträge – jedoch ohne Berücksichtigung deutscher Steuern – herangezogen werden.

Ziel dieser Regelung ist es, eine Doppelbesteuerung von Grenzgängerinnen und Grenzgängern beim Bezug von Mutterschaftsgeld zu vermeiden.

B Stellungnahme

Die bereits erwartete Gesetzesanpassung ist sachgerecht und auf Verlangen des BMG seit 2023 gelebte Krankenkassenpraxis. Mit den BSG-Urteilen vom 03.11.2021 (Az. B 11 AL 6/21 R) und vom 22.09.2022 (Az. B 11 AL 34/21 R) ist das BMG auf den GKV-Spitzenverband zugegangen und bat die GKV im Vorgriff auf eine anstehende Rechtsänderung in bestimmten Fallkonstellationen die Berechnung des Mutterschaftsgeldes auf „Bruttolohnbasis“ vorzusehen. Dies wurde von der GKV umgesetzt. Die Verfahrensbeschreibung zum DTA EEL Version 12 wurde in der Folge ab 01.01.2024 entsprechend angepasst. Die Gesetzesanpassung sorgt nun für die rechtliche Grundlage und wird aus fachlicher Sicht befürwortet.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Nr. 5 § 33 Absatz 5a SGB V Hilfsmittel

A Beabsichtigte Neuregelung

Ergänzung, dass die entsprechend der Voraussetzungen des Rahmenvertrages nach § 73d von einer Pflegefachperson ausgestellte Hilfsmittelverordnung einer vertragsärztlichen Verordnung gleichsteht.

B Stellungnahme

Die als Folgeänderung zum neu gefassten § 73d vorgesehene Ergänzung des § 33 Absatz 5a SGB V wird begrüßt.

Neben der formalen Gleichstellung der von einer Pflegefachperson ausgestellten Verordnung als leistungsrechtliche Grundlage ist aber auch noch zu bedenken, dass diese in einer Form erfolgt, die eine möglichst unbürokratische Leistungserbringung und Abrechnung erlaubt.

Die von Pflegefachpersonen ausgestellten Verordnungen müssen in bestehende und künftige Prozesse (Telematikinfrastruktur, Fachdienst, eVerordnung) integriert werden können; sie sollten daher auf den gleichen Verordnungsmustern wie im vertragsärztlichen Bereich erfolgen. Dies sollte unbedingt in den hierfür grundlegenden Regelungen hinterlegt werden. Außerdem muss jede Pflegefachperson ein valides, eindeutiges Leistungserbringerkennzeichen entsprechend einer LANR erhalten, welches auf der Verordnung anzugeben ist. Die sogenannte Beschäftigtennummer in der aktuellen Form ist hierfür ungeeignet.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Nr. 6 § 37 SGB V Häusliche Krankenpflege

A Beabsichtigte Neuregelung

Durch die Ergänzung nach dem Begriff „Wohnformen“ im Absatz 1 Satz 1 durch „gemeinschaftlichen Wohnformen mit Verträgen zur pflegerischen Versorgung gemäß § 92c des Elften Buches“ soll ein neuer Leistungsanspruch für Versicherte geschaffen werden.

Mit der Aufnahme der Zuständigkeitsregelungen nach § 15a Absatz 1 Nummer 1 und 3 SGB V in den § 37 SGB V wird geregelt, dass Pflegefachpersonen die heilkundlichen Tätigkeit im Rahmen der häuslichen Krankenpflege erbringen dürfen. Es wird klargestellt, dass für Versicherte, für die die Pflegekassen die pflegebedingten Aufwendungen nach § 146a SGB XI übernehmen, kein Anspruch auf Leistungen der häuslichen Krankenpflege besteht.

B Stellungnahme

Bezugnehmend auf die Stellungnahmen zu Nr. 36, 55 und 75 §§ 45h, 92c und 125d SGB XI werden eigene leistungs- und vertragsrechtliche Regelungen für diese spezielle Versorgungsform abgelehnt. Die ausschließliche Ergänzung in Absatz 1 Satz 1 (Krankenhausvermeidungspflege) lässt sich so interpretieren, dass es bei den Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 92c Abs. 1 Satz 2 Nummer 3 ausschließlich um diese Leistungen gehen kann. Dies wäre ggf. klarzustellen.

Die Aufnahme des Paragraphen 15 a Absatz 1 Nummer 1 und 3 SGB V ermöglicht Pflegefachpersonen die Leistungen der eigenverantwortlich heilkundlichen Tätigkeiten im Rahmen der häuslichen Krankenpflege durchzuführen und wird ausdrücklich begrüßt.

Die Klarstellung hinsichtlich des Leistungsanspruchs von Versicherten, für die die Pflegekassen die pflegebedingten Aufwendungen nach § 146a SGB XI erbringen, ist sachgerecht.

C Änderungsvorschlag

In § 37 wird im Absatz 1 Satz 1 der Einschub „gemeinschaftlichen Wohnformen mit Verträgen zur pflegerischen Versorgung gemäß § 92c des Elften Buches“ gestrichen.

Nr. 8 § 39a SGB V Stationäre und ambulante Hospizleistungen

A Beabsichtigte Neuregelung

Mit den Änderungen werden die Begriffe der Krankenschwester, des Krankenpflegers so wie der Begriff der Pflegefachkraft an die Legaldefinition der Pflegefachperson in § 15a Absatz 3 SGB V angepasst.

B Stellungnahme

Die Änderung ist folgerichtig.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Nr. 9 § 44a SGB V Krankengeld bei Spende von Organen, Geweben oder Blut zur Separation von Blutstammzellen oder anderen Blutbestandteilen

A Beabsichtigte Neuregelung

Eine Folgeänderung zu Artikel 3 Nr. 11 sowie eine inhaltlich gebotene Klarstellung zu ausgeschlossenen Ansprüchen wird vorgenommen.

B Stellungnahme

Die Änderungen werden aus fachlicher Sicht als sachgerecht und zustimmungsfähig bewertet.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Nr. 10 § 45 SGB V Krankengeld bei Erkrankung des Kindes

A Beabsichtigte Neuregelung

Der verlängerte Anspruchszeitraum für das Kinderkrankengeld gemäß § 45 Absatz 2a SGB V soll über die bisher geltenden Kalenderjahre 2024 und 2025 hinaus auch für das Jahr 2026 fortgeschrieben werden.

Eine weitere Entscheidung soll bewusst erst nach Vorlage der Empfehlungen der im Koalitionsvertrag der 21. Legislaturperiode vorgesehenen Kommission erfolgen, um deren Bewertung nicht vorwegzunehmen. Die Kommission soll unter Einbeziehung von Expertinnen und Experten sowie Sozialpartnern die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung umfassend bewerten und Empfehlungen zur Stabilisierung der Beitragssätze erarbeiten.

Darüber hinaus wird im Paragraphen eine Folgeänderung zu Artikel 3 Nr. 11 vorgenommen.

B Stellungnahme

Aus fachlicher Sicht wird die beabsichtigte Fortschreibung des verlängerten Anspruchszeitraums für Kinderkrankengeld gemäß § 45 Absatz 2a SGB V für das Kalenderjahr 2026 befürwortet.

Das gewählte Vorgehen, die Regelung bewusst befristet auszugestalten, wird ebenfalls unterstützt. Es berücksichtigt die im Koalitionsvertrag der 21. Legislaturperiode vorgesehene Einrichtung einer Kommission zur Bewertung der Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung und greift deren zukünftige Empfehlungen nicht vor. Damit wird eine sachgerechte und evidenzbasierte Entscheidungsfindung über eine mögliche dauerhafte Regelung ermöglicht.

Verbesserungen beim Anspruch auf Kinderkrankengeld, die als versicherungsfremde Leistungen im Sinne des § 221 SGB V zu qualifizieren sind, sind durch eine entsprechende Erhöhung des pauschalen Bundeszuschusses aus allgemeinen Steuermitteln auszugleichen.

Eine Gleichbehandlung von beschäftigten und arbeitslosen Eltern ist durch die analoge Anpassung in § 421d Absatz 3 Satz 1 SGB III (siehe Artikel 6) sichergestellt. Auch die Folgeänderung zu Artikel 3 Nr. 11 ist sachgerecht.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Nr. 11 § 47 SGB V Höhe und Berechnung des Krankengeldes

A Beabsichtigte Neuregelung

Für Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, die in Deutschland beschäftigt sind, aber in einem anderen Staat wohnen, in dem Krankengeld steuerpflichtig ist, soll zur Berechnung des Krankengeldes nicht das Nettoarbeitsentgelt (inklusive deutscher Steuerabzüge), sondern das sogenannte Regelentgelt abzüglich der Sozialversicherungsbeiträge – jedoch ohne Berücksichtigung deutscher Steuern – herangezogen werden.

Ziel dieser Regelung ist es, eine Doppelbesteuerung von Grenzgängerinnen und Grenzgängern beim Bezug von Krankengeld zu vermeiden.

B Stellungnahme

Die bereits erwartete Gesetzesanpassung ist sachgerecht und auf Verlangen des BMG seit 2023 gelebte Krankenkassenpraxis. Mit den BSG-Urteilen vom 03.11.2021 (Az. B 11 AL 6/21 R) und vom 22.09.2022 (Az. B 11 AL 34/21 R) ist das BMG auf den GKV-Spitzenverband zugegangen und bat die GKV im Vorgriff auf eine anstehende Rechtsänderung in bestimmten Fallkonstellationen die Berechnung des Krankengeldes auf „Bruttolohnbasis“ vorzusehen. Dies wurde von der GKV umgesetzt. Die Verfahrensbeschreibung zum DTA EEL Version 12 wurde in der Folge ab 01.01.2024 entsprechend angepasst. Die Gesetzesanpassung sorgt nun für die rechtliche Grundlage und wird aus fachlicher Sicht befürwortet.

Diese Regelung zieht folgende Folgeregelungen nach sich:

- Artikel 3 Nummer 9 - § 44a SGB V
- Artikel 3 Nummer 10 - § 45 SGB V
- Artikel 7 § 47 SGB VII

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Nr. 12 § 63 SGB V Grundsätze

A Beabsichtigte Neuregelung

Die bestehende Absätze 3b und 3c werden durch einen neuen Absatz 3b ersetzt. Der neue Absatz 3b stellt klar, dass Modellvorhaben, die auf Grundlage des § 63 Absatz 3b oder Absatz 3c SGB V in der bis zum (Inkrafttreten des Gesetzes) geltenden Fassung begonnen wurden, auf der bisherigen Rechtsgrundlage weitergeführt werden können. Neue Modellvorhaben können ab dem (Inkrafttreten des Gesetzes) nicht mehr begonnen werden, da die Überführung der Modellvorhaben in die Regelversorgung überführt werden.

Der bisherige Absatz 3d wird zu Absatz 3c.

B Stellungnahme

Die Änderung wird begrüßt.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Nr. 13 § 64d SGB V Verpflichtende Durchführung von Modellvorhaben zur Übertragung ärztlicher Tätigkeiten

A Beabsichtigte Neuregelung

Die gesetzlichen Regelungen zur eigenverantwortlichen Ausübung heilkundlicher Tätigkeiten durch Pflegefachpersonen werden in die Regelversorgung überführt. Der Rahmenvertrag ist entsprechend der neuen Vorgaben zur Prüfung gemäß § 73d SGB V anzupassen. Darüber hinaus wird der Begriff der Pflegefachkraft an die gesetzliche Definition der Pflegefachperson angeglichen, und die Rahmenvertragspartner werden begrifflich präzisiert. Ergänzend wird eine gesetzliche Verpflichtung zur Anpassung des Rahmenvertrags bis zum 31.03.2027 aufgenommen. Ziel ist es, dass die in Anlage 1 des Rahmenvertrags genannten Leistungen der ärztlichen Behandlung durch Pflegefachpersonen künftig auch im Rahmen der Regelversorgung erbracht werden können. Obsolet gewordene Fristen werden gestrichen.

B Stellungnahme

Die Änderungen werden begrüßt.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Nr. 14 § 65d SGB V Förderung besonderer Therapieeinrichtungen

A Beabsichtigte Neuregelung

Der Förderzeitraum für Modellvorhaben, in denen Leistungserbringende Menschen mit pädophilen Sexualstörungen behandeln, wird um weitere zwei Jahre bis zum 31.12.2027 verlängert. Damit verlängert sich der gesamte Förderzeitraum auf elf Jahre, ohne dass zwischenzeitlich Ergebnisse über die Wirksamkeit der Therapieangebote vorgelegt wurden.

B Stellungnahme

Die Verlängerung des Förderzeitraums sollte mit einer verbindlichen Frist für die Vorlage der Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung verbunden werden.

C Änderungsvorschlag

Einfügen einer Frist für die Vorlage der Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung.

Nr. 15 § 70 SGB V Qualität, Humanität und Wirtschaftlichkeit

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Qualität und Ausgestaltung der Versorgung müssen sich künftig nicht nur an medizinischen, sondern auch an pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen orientieren. Die Verpflichtung zur Berücksichtigung pflegewissenschaftlicher Grundlagen gilt für Krankenkassen ebenso wie für alle Leistungserbringende. Die Ergänzung betrifft damit den zentralen Maßstab für die Ausgestaltung, Bewertung und Sicherung der Versorgung im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung.

B Stellungnahme

Die vorgesehene Ergänzung um den Verweis auf „pflegewissenschaftliche Erkenntnisse“ stellt eine konsequente Weiterentwicklung des gesetzlichen Qualitätsanspruchs in der Versorgung dar und wird begrüßt. Mit der Klarstellung, dass sich die Versorgung der Versicherten nicht nur am Stand der medizinischen, sondern auch am Stand der pflegewissenschaftlichen Erkenntnisse auszurichten hat, wird die Rolle der Pflege als eigenständige, wissenschaftlich fundierte Disziplin im GKV-System gestärkt.

Die Ergänzung eröffnet die Grundlage für eine strukturelle Weiterentwicklung hin zu einer interprofessionell ausgerichteten Versorgung, bei der pflegewissenschaftliche Evidenz gleichwertig mit medizinischer Evidenz in Betracht gezogen wird.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Nr. 16 § 73d SGB V Eigenverantwortliche Erbringung von Leistungen durch Pflegefachpersonen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung; eigenverantwortliche Verordnung häuslicher Krankenpflege durch Pflegefachpersonen, Evaluation

A Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Neuregelung soll ein vertraglicher Rahmen geschaffen werden, der es qualifizierten Pflegefachpersonen ermöglicht, bestimmte Leistungen der ärztlichen Behandlung sowie Leistungen der häuslichen Krankenpflege eigenverantwortlich zu erbringen oder zu verordnen. Die bisher lediglich modellhaft erprobte Ausübung heilkundlicher Tätigkeiten durch Pflegefachpersonen wird damit in die Regelversorgung überführt. Grundlage dafür ist ein Vertrag, den die Kassenärztliche Bundesvereinigung, der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die maßgeblichen Spitzenorganisationen der Pflegedienste sowie die Vereinigungen der Träger stationärer Pflegeeinrichtungen bis zum 31.07.2027 schließen sollen. In diesem Vertrag sollen die Leistungen benannt werden, die Pflegefachpersonen auf Basis ihrer Qualifikation eigenverantwortlich erbringen können, sowie Leistungen im Rahmen der häuslichen Krankenpflege, die sie verordnen dürfen. Zudem sind Regelungen zur Ausgestaltung dieser Verordnungen sowie zur interprofessionellen Zusammenarbeit mit Ärztinnen und Ärzten festzulegen.

Ergänzend dazu ist bis Ende 2026 zu prüfen, ob der bestehende Rahmenvertrag gemäß § 64d SGB V an die neuen Anforderungen angepasst werden muss, um eine Überführung der bislang im Modell erbrachten Leistungen in die Regelversorgung zu ermöglichen. Der Vertrag muss außerdem klar definieren, auf welcher Qualifikationsgrundlage Pflegefachpersonen die vereinbarten Leistungen erbringen dürfen. Dabei ist zwischen der beruflichen und der hochschulischen Ausbildung sowie ggf. zusätzlichen staatlich anerkannten Weiterbildungen zu unterscheiden. Auch pflegewissenschaftliche Expertisen, die nach § 8 Absatz 3c SGB XI gefördert wurden, sollen berücksichtigt werden, um die Zuordnung konkreter Leistungen zu den entsprechenden Kompetenzen nachvollziehbar zu gestalten.

Die vereinbarten Leistungen können von Pflegefachpersonen erbracht oder verordnet werden, wenn sie bei einem an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer oder bei einem nach § 132a Absatz 4 SGB V zugelassenen Pflegedienst tätig sind. Ebenso ist die Tätigkeit in stationären Pflegeeinrichtungen möglich, sofern diese nach § 119b Absatz 1 Satz 3 SGB V zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung ermächtigt wurden. Den maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe sowie der Bundesärztekammer ist vor Abschluss des Vertrags Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; sie haben zudem das Recht, an den Sitzungen der Vertragspartner teilzunehmen.

Sollte der Vertrag nicht fristgerecht zustande kommen, kann ein Schiedsverfahren eingeleitet werden. Eine unabhängige Schiedsperson ist dann innerhalb von einem

Monat zu bestimmen, die wiederum innerhalb von drei Monaten den Vertragsinhalt verbindlich festzulegen hat. Nach Inkrafttreten des Vertrags haben die Vertragspartner die Auswirkungen der eigenverantwortlichen Leistungserbringung auf Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung zu evaluieren. Die Evaluation umfasst auch Leistungen in Pflegeeinrichtungen und ist spätestens vier Jahre nach Vertragsbeginn abzuschließen und dem Bundesministerium für Gesundheit vorzulegen.

Darüber hinaus führt das Bundesministerium für Gesundheit selbst eine ergänzende Evaluation durch, die sich insbesondere auf die Umsetzung in Krankenhäusern, Reha- und Vorsorgeeinrichtungen sowie auf pflegebedürftige Menschen in stationären Einrichtungen erstreckt. Dabei werden auch gesetzliche und strukturelle Voraussetzungen geprüft, die eine Umsetzung begünstigen oder behindern könnten. Die Ergebnisse dieser Prüfung sollen unter Berücksichtigung pflegewissenschaftlicher Erkenntnisse und fachlicher Gutachten in einen Bericht an Bundestag und Bundesrat münden, um gegebenenfalls gesetzliche Anpassungen im Leistungsrecht vorzunehmen.

B Stellungnahme

Die vorgesehene Regelung zur eigenverantwortlichen Erbringung und Verordnung von Leistungen durch Pflegefachpersonen eröffnet grundsätzlich neue Perspektiven für eine kompetenzorientierte und teambasierte Gesundheitsversorgung. Die Möglichkeit, dass Pflegefachpersonen heilkundliche Tätigkeiten eigenverantwortlich und auf Grundlage ihrer Qualifikation ausüben, stellt einen bedeutenden Schritt zur Weiterentwicklung ihrer beruflichen Rolle im dar. Die Überführung der bisherigen Modellvorhaben in die Regelversorgung ist daher ausdrücklich zu begrüßen. Damit wird auch eine Grundlage für die angestrebte Reform der Primärversorgung geschaffen. Diese muss interdisziplinär und teambasiert ausgerichtet werden, um die gesundheitliche und pflegerische Versorgung insgesamt effizienter, bedarfsgerechter und patientenzentrierter gestalten zu können. Mit dem neuen § 73d können zwar Pflegefachpersonen angestellt in Arztpraxen tätig werden und laut Gesetzesbegründung „hinsichtlich ihrer Eigenverantwortlichkeit mit Ärzten (z. B. mit in der vertragsärztlichen Versorgung mit angestellten Ärzten) vergleichbar“ tätig werden, allerdings hat es der Gesetzgeber bisher versäumt, weitere dafür notwendige Regelungen vorzusehen. Beispielsweise ist keine Zulassung, Qualifikationsüberprüfung oder Anrechnung in der Bedarfsplanung vorgesehen. Die Pflegefachpersonen erhalten auch keine Leistungserbringernummer und werden nicht in das Verzeichnis der vertragsärztlichen Versorgung aufgenommen, sodass für die Krankenkassen nicht ersichtlich ist, wer die Leistungen erbringt oder verordnet und ob die notwendigen Qualifikationsvoraussetzungen erfüllt sind. Auch gibt es keine Obergrenze für die Anzahl angestellter Pflegefachpersonen pro Vertragsärztin oder -arzt, wie sie beispielsweise für angestellte Ärztinnen und Ärzte sehr wohl existiert. Gerade vor diesem Hintergrund sollten auch haftungsrechtliche Vorgaben ergänzt werden.

Damit wird ein wesentlicher Beitrag geleistet, um Versorgungsstrukturen stärker kompetenzorientiert, sektorenübergreifend und im Sinne einer effektiven interprofessionellen Zusammenarbeit weiterzuentwickeln. Besonders hervorzuheben ist, dass die Neuregelung die unterschiedlichen Qualifikationswege berücksichtigt, die Rolle der hochschulisch ausgebildeten Pflegefachpersonen stärkt und eine systematische Grundlage für die Einbindung pflegewissenschaftlicher Expertise schafft.

Gleichwohl enthält die Regelung konzeptionelle Unklarheiten und strukturelle Begrenzungen. Die gesetzliche Ausgestaltung orientiert sich stark an einem technik- und tätigkeitszentrierten Verständnis. Die exemplarische Aufzählung konkreter Einzelleistungen – wie etwa die Anlage eines Katheters oder die Gabe einer Infusion – fragmentiert pflegerisches Handeln und läuft dem Anspruch des Pflegeberufegesetzes entgegen, das auf prozesshafte, kontextbezogene Handlungskompetenz und pflegfachliche Gesamtverantwortung zielt. Ein solches Vorgehen riskiert eine checklistenartige Umsetzung und erschwert die konsistente Entwicklung des pflegerischen Handlungsraums im Sinne eines „Scope of Practice“.

Unklar bleibt zudem, inwieweit Pflegefachpersonen eine klinische Ersteinschätzung selbst treffen dürfen oder ob jeder eigenverantwortlichen Maßnahme eine ärztliche Diagnose vorausgehen muss. Während der Gesetzestext Letzteres fordert, beschreibt die Begründung Tätigkeiten, die eine eigenständige Einschätzung durch Pflegefachpersonen implizieren. Diese Inkongruenz wirft rechtliche und fachpraktische Fragen auf, insbesondere im Hinblick auf Haftungssicherheit, Abgrenzung der Verantwortlichkeiten und tatsächliche Handlungsspielräume. Diese Detailliertheit steht im Widerspruch zum Grundsatz des Koalitionsvertrages, Gestaltungsspielräume der gemeinsamen Selbstverwaltung zu stärken. Statt mikroregulativer Vorgaben wäre eine klar umrissene Rahmengesetzgebung zielführender, innerhalb derer die Vertragspartner eigenverantwortlich tätig werden können – unter Einbeziehung pflegewissenschaftlicher Expertisen nach § 8 Absatz 3c SGB XI. Gerade für Pflegefachpersonen mit Berufsabschluss auf Masterniveau greift die enge Anbindung an die Vertragsärztinnen und -ärzte zu kurz. Für eine echte Teamarbeit auf Augenhöhe braucht es eine eigenständige Ausübung von Heilkunde. Perspektivisch wäre dafür ein eigener Abschnitt im SGB V einzuführen, der die Beziehungen zwischen Krankenkassen und Pflegefachpersonen definiert.

Kritisch ist auch die doppelte Evaluation anzusehen. Sowohl die Vertragspartner (nach Absatz 4) als auch das Bundesministerium für Gesundheit (nach Absatz 5) sind zur Durchführung eigener Evaluationen verpflichtet. Dies führt zu Doppelstrukturen, erschwert die Koordination und bindet Ressourcen in parallelen Prozessen. Aus Sicht der Umsetzbarkeit wäre eine einheitliche, koordinierte Evaluation unter Federführung des Bundesministeriums für Gesundheit – unter Einbeziehung des BMFSFJ – ausreichend. Eine klare Aufgabenverteilung und ein gemeinsames metho-

disches Design könnten die Aussagekraft der Ergebnisse stärken und unnötige Reibungsverluste vermeiden. Damit der Vertrag auch das Entwicklungspotenzial der Pflegefachpersonen aufgreift und stets dem aktuellen Stand entspricht, sollte er in regelmäßigen Abständen durch die Vertragspartner überprüft und angepasst werden. Die Neuregelung setzt ein wichtiges Signal für die Weiterentwicklung der Pflegeberufe und das Potenzial einer interprofessionellen Versorgung. Damit dieses Potenzial wirksam werden kann, braucht es allerdings mehr strukturelle Öffnung, sektorenübergreifende Anwendbarkeit, Vertrauen in die Selbstverwaltung und eine konsequente Ausrichtung an der pflegefachlichen Gesamtverantwortung – jenseits technischer Einzelmaßnahmen.

C Änderungsvorschlag

In § 73d wird Absatz 1 Satz 1 wie folgt geändert:

Nach dem Wort „vereinbaren“ werden die Wörter „unter Berücksichtigung pflegewissenschaftlicher Empfehlungen gemäß § 8 Absatz 3c des Elften Buches sowie auf Grundlage der definierten Kompetenzprofile“ eingefügt.

In Absatz 2 Satz 1 werden nach dem Wort „festzulegen“ die Wörter „ob und in welchen Fällen Pflegefachpersonen die fachliche Ersteinschätzung eigenverantwortlich vornehmen können“ eingefügt.

Nach Absatz 2 wird folgender neuer Absatz 3 eingefügt (der bisherige Absatz 3 wird Absatz 4, die nachfolgenden Absätze verschieben sich entsprechend):

„(3) Die Vertragspartner nach Absatz 1 legen die im Katalog nach Absatz 1 Nummer 1 und 2 enthaltenen Leistungen auf Grundlage pflegefachlich begründeter Handlungskompetenzen fest. Auf eine abschließende oder exemplarische Aufzählung einzelner Maßnahmen wird verzichtet. Die Festlegung erfolgt differenziert nach Qualifikationsniveaus unter Bezug auf die Regelungen des § 15a sowie auf die wissenschaftlichen Expertisen nach § 8 Absatz 3c des Elften Buches. Der Inhalt des Vertrages wird in regelmäßigen Abständen überprüft und angepasst.“

Der bisherige Absatz 4 wird gestrichen. Der neue Absatz 5 wird wie folgt gefasst:

„(5) Das Bundesministerium für Gesundheit evaluiert unter Beteiligung des Bundesministeriums für Bildung, Familie, Senioren, Frauen und Jugend sowie unter Einbindung der Vertragspartner nach Absatz 1 die Umsetzung und Wirkungen der in Absatz 1 vereinbarten Leistungen. Die Evaluation erfolgt unter Berücksichtigung der wissenschaftlichen Expertisen nach § 8 Absatz 3c des Elften Buches und weiterer pflegewissenschaftlicher Erkenntnisse. Das Ergebnis der Evaluation ist den gesetzgebenden Körperschaften spätestens zwei Jahre nach Ablauf eines fünfjährigen Evaluationszeitraums vorzulegen.“

Daneben gibt es weiteren Änderungsbedarf an anderen Paragraphen. Beispielsweise muss der Gemeinsame Bundesausschuss Vorgaben zur Berücksichtigung der Pflegefachpersonen in der Bedarfsplanungs-Richtlinie treffen (§ 101 SGB V) und die Pflegefachpersonen sind in das Leistungserbringerverzeichnis der vertragsärztlichen Versorgung aufzunehmen (§ 293 SGB V).

Nr. 17 § 81 SGB V Satzung

Aufgrund des inhaltlichen Zusammenhangs erfolgt zu Nr. 17 § 81 und zu Nr. 19 § 95 eine gemeinsame Stellungnahme unter Nr. 19.

Nr. 18 § 87 Absatz 2a Satz 9 SGB V Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte

A Beabsichtigte Neuregelung

Die bestehende Regelung zur Festlegung der Vergütungshöhe delegationsfähiger Leistungen im Rahmen der Erbringung in der vertragsärztlichen Versorgung im EBM wird um die neu hinzukommenden, selbständig erbrachten Leistungen durch Pflegefachpersonen nach § 73d SGB V erweitert.

B Stellungnahme

Korrekterweise muss der EBM aber auch an das Standardbewertungssystem, das die Kalkulationsgrundlage des EBM darstellt, angepasst werden, wenn weitere Professionen vertragsärztliche Leistungen erbringen, vor allem dann, wenn diese zur selbstständigen Ausübung von Heilkunde befähigt sind. Die Abrechnungsbestimmungen im EBM müssen vor dem Hintergrund des veränderten Arztvorbehaltes überprüft und Kalkulationsgrundlagen wie beispielsweise Arztminuten korrigiert werden. Sofern Ärztinnen und Ärzte Leistungen im geringeren Umfang nicht selbst erbringen, sondern angestellte Pflegefachpersonen, die in der Regel einen niedrigeren Stundenlohn erhalten, sind die Vergütungen entsprechend abzusenken. Eine gleiche Leistung kann nicht unterschiedlich vergütet werden, je nachdem, ob sie von einer Ärztin bzw. einem Arzt oder einer Pflegefachperson erbracht wird. Eine Mischkalkulation scheint angezeigt, die regelmäßig auf ihre Sachgerechtigkeit kontrolliert werden muss.

Perspektivisch muss das Standardbewertungssystem insgesamt, welches noch primär auf den Annahmen einer Einzelarztpraxis fußt, hinsichtlich der geänderten Berufsausübung und Leistungserbringung überprüft und in dem Zusammenhang auch weitere Professionen, die die ambulante Versorgung im Team erbringen, berücksichtigt werden (z. B. Physician Assistants (PA)). Die geplante Einführung eines Primärversorgungssystems könnte hierfür der Startpunkt sein.

Ungeachtet des Anpassungsbedarfes am EBM stellt sich die Frage, inwiefern der Bewertungsausschuss „Ärzte“ das geeignete Gremium ist, Vergütungen festzulegen, die auch für eigenverantwortlich agierende Pflegefachpersonen relevant sind. Eine Entscheidungsfindung über den Bewertungsausschuss „Ärzte“ erscheint im ersten Moment vor dem Hintergrund der vertragsärztlichen Versorgung richtig. Eine Beteiligung von Interessensvertretern der Pflegefachpersonen ist damit jedoch nicht verbunden. Spätestens wenn akademisierte Pflegefachpersonen mit Masterabschlüssen auch ohne Anstellung bei Vertragsärztinnen und -ärzten agieren, muss der Gesetzgeber die Besetzung des Bewertungsausschusses ändern. Diese darf aber nicht zu Lasten des Stimmengewichts der Kostenträger gehen. Auch bei einer Beteiligung weiterer Berufsgruppen im Entscheidungsverfahren braucht es eine Stimmenparität

zwischen Kostenträgern und Leistungserbringern. Übergangsweise sollte den Interessensvertetern der Pflegefachpersonen auf Bundesebene Gelegenheit zur Stellungnahme eingeräumt werden.

Es fehlt weiterhin eine ordnungspolitische Einbettung der Pflegefachpersonen in das bestehende System der vertragsärztlichen Versorgung und dessen ordnungspolitischen Rahmen. Ohne versorgungspolitischen Überbau der Regelung droht insgesamt, dass entweder ein großer Schattenbereich (mit vielen Leistungserbringenden, die in den Daten nicht auftauchen) oder ein neu hinzukommender Versorgungszweig ohne ausreichende systemische Einbettung entsteht. Allen voran müssen die Pflegefachpersonen für die Versorgung zugelassen und in diesem Zusammenhang die Qualifikation überprüft werden. Weiter müssen Leistungserbringerkennzeichen vergeben und diese in den Leistungserbringerdaten der vertragsärztlichen Versorgung eingebettet werden. Da Pflegefachpersonen aufgrund ihrer Kompetenzen am ehesten in der entbudgetierten hausärztlichen Versorgung eingesetzt werden, ist auch zwingend eine Mengensteuerung in Form einer Anrechnung auf die Versorgungsgrade im Rahmen der Bedarfsplanung notwendig. Aus qualitäts- und haftungsrechtlichen Überlegungen heraus scheint darüber hinaus eine Begrenzung der Anstellung auf drei Pflegefachpersonen pro Vertragsärztin bzw. Vertragsarzt entsprechend der Regelung zu angestellten Ärztinnen und Ärzten geboten.

C Änderungsvorschlag

Nach § 87 Absatz 2a Satz 9 wird folgender Satz 10 eingefügt (die nachfolgenden Sätze verschieben sich entsprechend): Den maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene im Sinne von § 118a Absatz 1 Satz 1 des Elften Buches ist vor Beschlussfassung Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben.

Nr. 19 § 95 SGB V Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung

Aufgrund des inhaltlichen Zusammenhangs erfolgt zu Nr. 17 § 81 und zu Nr. 19 § 95 an dieser Stelle eine gemeinsame Stellungnahme.

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Klarstellung in § 95 SGB V beinhaltet, dass nur die Tätigkeit im vertragsärztlichen Notdienst, zu denen die Vertragsärzte auf Grund ihrer Zulassung verpflichtet sind, ein bloßer Annex zu ihrer Haupttätigkeit darstellt und somit auch in ihrer sozialrechtlichen Bewertung dieser Haupttätigkeit folgt.

§ 81 SGB V stellt klar, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen die Organisationsbefugnis hinsichtlich der Ausgestaltung des Notdienstes haben und dass Sicherstellungspauschalen in der Satzung bei Bedarf festgelegt werden können. Die Regelungen gelten für die Vertragsärzte als auch für die nach § 75 Abs. 1b Satz 5 freiwillig am Notdienst teilnehmenden Ärzte.

B Stellungnahme

Das Bundessozialgericht (BSG) hat mit seinem Urteil vom 24.10.2023 (B12 R9/21 R) entschieden, dass ein/e an der Notfallversorgung teilnehmende/r Ärztin/Arzt der Sozialversicherungspflicht unterliegen kann, sofern die im Sozialversicherungsrecht geltenden Voraussetzungen erfüllt sind. Die daraufhin vom BMAS, BMG, KBV, Kassenärztlichen Vereinigungen und Ärzteverbänden entwickelten Beurteilungsmaßstäbe für die Ausgestaltung des Notdienstes betreffen insbesondere die Abrechnung der erbrachten Leistungen, die Zahlung von Nutzungsentgelte für Räumlichkeiten sowie Vertretungsregelungen. Werden diese Voraussetzungen kumulativ erfüllt, ist bei Ärztinnen und Ärzten im vertragsärztlichen Notdienst (wieder) von einer Selbständigkeit der Tätigkeit im Notdienst auszugehen.

Die Änderungen sind klarstellend und werden begrüßt. Sie unterstützen die Umsetzung der tragfähigen Beurteilungsmaßstäbe vom BMAS, BMG, KBV, Kassenärztlichen Vereinigungen und Ärzteverbänden für die Ausgestaltung des Notdienstes. Mit der Gewährung einer Sicherstellungspauschale können Kosten für Nutzungsentgelte gegenfinanziert werden und sind sachgerecht. Weitere systempolitische bedenkliche und abzulehnende Sonderregelungen bezüglich Beitragsfreiheit von Einnahmen wie bereits für Notärztinnen und Notärzte im Rettungsdienst in § 23c Abs. 2 SGB IV können mit den Regelungen vermieden werden.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Nr. 20 § 105 Abs. 1a SGB V Förderung der vertragsärztlichen Versorgung

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelung zu den von der Kassenärztlichen Vereinigung aufzubringenden Mitteln für den Strukturfonds wird konkretisiert. Danach entscheidet die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung, aus welchen Honoraren der vertragsärztlichen Tätigkeit sie ihren Anteil am Strukturfonds finanziert.

B Stellungnahme

Die vorgesehene Ergänzung wird begrüßt.

Die Höhe des von jeder Kassenärztlichen Vereinigung bereitzustellenden Strukturfonds wird durch § 105 Abs. 1a Satz 1 SGB V bestimmt und soll zwischen 0,1 und 0,2 % der vereinbarten morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) betragen. Nach derzeitiger Rechtslage ist dieser Betrag im Rahmen der Honorarverteilung von der MGV abzuziehen. Mit der mit dem Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz (GVSG) eingeführten Entbudgetierung hausärztlicher Leistungen ab dem 1. Oktober 2025 ist zwar auch zukünftig die Berechnungsgrundlage für die Festlegung der Höhe des Strukturfonds gegeben. Allerdings wird die hausärztliche MGV dann nicht mehr zur Finanzierung zur Verfügung stehen, da nach § 87a Abs. 3c SGB V die hausärztlichen Leistungen in voller Höhe zu vergüten sind. Die Kassenärztlichen Vereinigungen werden nach jetziger Rechtslage damit gezwungen sein, den Strukturfonds aus den nicht entbudgetierten Leistungen der Hausärztinnen und Hausärzte („Rest-MGV“) zu finanzieren.

Mit der Anpassung wird es den Kassenärztlichen Vereinigungen künftig freigestellt sein, welche Honorare aus vertragsärztlicher Tätigkeit (einschließlich der Honorare für extrabudgetär vergütete Leistungen) sie zur Finanzierung des Strukturfonds heranziehen. Die bisherige paritätische Finanzierung des Strukturfonds bleibt davon unberührt und es entstehen keine Mehrkosten für die GKV.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Nr. 21 § 112a SGB V Eigenverantwortliche Erbringung von Leistungen durch Pflegefachpersonen im Rahmen der Krankenhausbehandlung

A Beabsichtigte Neuregelung

Mit dem neuen § 112a SGB V „Eigenverantwortliche Erbringung von Leistungen durch Pflegefachpersonen im Rahmen der Krankenhausbehandlung“ ist vorgesehen, dass die Vertragsparteien auf Bundesebene einen Katalog an Leistungen der ärztlichen Behandlung vereinbaren, die Pflegefachpersonen eigenverantwortlich erbringen können. Zudem sind Rahmenvorgaben zur interprofessionellen Zusammenarbeit im Krankenhaus zwischen Pflegefachpersonen und Ärzten bei der Erbringung dieser Leistungen zu vereinbaren. Den maßgeblichen Organisationen der Pflege und der BÄK ist vor Abschluss der Vereinbarung Möglichkeit zur Stellungnahme zu geben. Die Stellungnahmen sind zu berücksichtigen.

B Stellungnahme

Das Ziel der Ausweitung der Kompetenzen von Pflegefachpersonen im Krankenhaus wird vor dem Hintergrund des sich zu erwartend verschärfenden Fachkräftemangels begrüßt. Einer gesonderten Vereinbarung der Vertragsparteien auf Bundesebene bedarf es jedoch nicht, da sie mit zusätzlicher Bürokratie einhergeht, die zu vermeiden ist. Zudem wäre eine solche Vereinbarung nicht in der Lage, die unterschiedlichen Bedingungen in den Krankenhäusern hinreichend zu berücksichtigen. Der gesetzliche Auftrag einer Vereinbarung ist daher abzulehnen.

C Änderungsvorschlag

Streichung der Absätze 1 bis 4.

Nr. 22 § 119b SGB V Ambulante Behandlung in stationären Pflegeeinrichtungen

A Beabsichtigte Neuregelung

Der Begriff der Pflegekraft wird an die Legaldefinition der Pflegefachperson angepasst und die Beteiligung der Pflegeberufe vereinheitlicht und gestärkt.

B Stellungnahme

Die Regelungen sind sachgerecht.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Nr. 23 § 132a SGB V Versorgung mit häuslicher Krankenpflege

A Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Ergänzung im Absatz 1 Satz 4 Nummer 2a zur Pflegeprozessverantwortung in den leistungsrechtlichen Vorschriften werden die Rahmenvertragspartner nach § 132a SGB V verpflichtet, in ihren Empfehlungen auch Anforderungen an eine fachgerechte Wahrnehmung der Pflegeprozessverantwortung zu regeln. Eine Doppelvergütung von Leistungen derselben Steuerungsmaßnahme des Pflegeprozesses ist dabei ausgeschlossen. Zu den vergütungsfähigen Aufwänden können insbesondere Erst- und Folgegespräche sowie Aufwände für komplexe Fallsteuerungen – darunter z. B. interdisziplinäre Fallbesprechungen gehören.

Im Absatz 1 Satz 4 Nummer 8 sollen die Rahmenempfehlungspartner erstmals zum 30.04.2028 Regelungen über die Grundsätze der Vergütung für Verordnungen zu den im nach § 73d Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 vereinbarten Katalog genannten Leistungen treffen, soweit diese von Leistungserbringern nach Absatz 4 erbracht werden.

Mit dem neuen Absatz 5 wird das Verhältnis der Leistungen nach § 132a SGB V zu den neugeschaffenen Leistungen nach § 45h, 92c und 125d SGB XI in gemeinschaftlichen Wohnformen geregelt. Soweit die Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V über § 132a SGB V im Rahmen des Basispakets nach § 92c SGB XI enthalten sind, erfolgt deren Vergütung weiterhin über die Verträge nach § 37 SGB V i. V. m. § 132a SGB V.

B Stellungnahme

Die Klarstellung, dass die Pflegeprozesssteuerung als professionsspezifische Arbeitsmethode zur Gestaltung des Pflegearrangements in den leistungsrechtlichen Vorschriften aufgegriffen wird, ist nachvollziehbar und wird ausdrücklich begrüßt – auch mit Augenmerk auf die Abgrenzung zu ärztlichen Aufgaben. Auch die Präzisierung in der Gesetzesbegründung zum § 132a Absatz 2a SGB V, wonach eine Voraussetzung für eine fachgerechte Wahrnehmung der Pflegeprozessverantwortung geschaffen werden muss, damit eine qualitätsgesicherte Versorgung im Rahmen der häuslichen Versorgung nach § 132a SGB V planen können, ist sachgerecht.

Dass die Grundsätze der Vergütung für Verordnungen nach § 73d SGB V Satz 1 Nummer 2 im Rahmen der Häuslichen Krankenpflege nach § 132a SGB V verhandelt werden sollen, ist sachgerecht. Bei einer Übernahme dieser Leistungen muss jedoch sichergestellt sein, dass die in § 73d SGB V festgelegten Qualifikationsanforderungen zur eigenverantwortlichen Versorgung von Versicherten vorgehalten werden müssen.

Die vorgesehene Neuregelung des Absatz 5 zu den gemeinschaftlichen Wohnformen nach § 92c Absatz 1 Satz 2 Nr. 1 SGB XI verändert die bisherige Zusammenarbeit

zwischen Mitarbeitenden eines Pflegedienstes und den Ärztinnen und Ärzten grundlegend. Indem Leistungen der häuslichen Krankenpflege ohne ärztliche Anordnung oder Genehmigung durch die Pflegeeinrichtungen erbracht werden können, wird das bisherig bestehende System verändert. Dabei ist es pflegefachlich wie auch systematisch erforderlich, dass pflegerische Leistungen Teil eines strukturierten Prozesses bleiben und nicht losgelöst von ärztlicher Indikationsstellung und Verantwortung erfolgen. Ein klar geregeltes Zusammenspiel bleibt auch zukünftig unerlässlich, um Versorgungssicherheit und Qualität zu gewährleisten.

Bezugnehmend auf die Stellungnahmen zu Nr. 36, 55 und 75 §§ 45h, 92c und 125d SGB XI werden eigene leistungs- und vertragsrechtliche Regelungen für diese spezielle Versorgungsform abgelehnt.

C **Änderungsvorschlag**

In § 132a SGB V wird der Absatz 5 neu gestrichen.

Nr. 26 § 197b Absatz 1 Satz 1 SGB V Aufgabenerledigung durch Dritte

A Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Ergänzung dürfen auch die den Rechtsansprüchen vorgelagerten Interessen der Versicherten bei der Aufgabenübertragung nicht beeinträchtigt werden. Es soll damit ein Gleichklang mit § 97 Absatz 1 Satz 1 SGB X hergestellt werden, wonach bei einer zugelassenen Wahrnehmung von Aufgaben durch Dritte dieser die Gewähr für eine sachgerechte, die Rechte und Interessen der Betroffenen bieten muss.

B Stellungnahme

Eine Erweiterung auf die Berücksichtigung der Interessen der Versicherten wird begrüßt.

Des Weiteren wird darauf hingewiesen, dass das Bundessozialgericht mit den Entscheidungen vom 30.08.2023 (B 3 A 1/23 R und B 3 A 1/22 R) eine nähere Differenzierung, wann eine Aufgabe zu den „wesentlichen Aufgaben zur Versorgung der Versicherten“ gehört und ihre Erledigung deshalb gem. § 197b SGB V nicht in Auftrag gegeben werden darf, unmittelbar durch den Gesetzgeber angeregt hat (Rn. 26 bzw. 27). Diesem Auftrag wird der – dem Grunde nach begrüßenswerte – Gesetzesentwurf noch nicht vollständig gerecht.

Vorgeschlagen wird deshalb, in § 197b SGB V eine gesetzliche Konkretisierung vorzunehmen, ohne die Möglichkeiten und Grenzen einer zulässigen Aufgabenerledigung durch Dritte grundsätzlich zu verändern. Mit dem Ausschluss der Wahrnehmung von Aufgaben, die unmittelbar die Leistungsgewährung an Versicherte nach dem dritten Kapitel betreffen, wird die vom BSG geforderte Differenzierung umgesetzt, wonach die Versicherten unmittelbar berührende qualifizierte Sachbearbeitungen mit inhaltlicher Prüfung der versicherungs- und leistungsrechtlichen Voraussetzungen nicht an Dritte übertragen werden dürfen (Rn. 28 bzw. 29). Auf diese Weise wird sichergestellt, dass die alleinige, ausschließliche und abschließende Entscheidung über zugrundeliegende Leistungsansprüche der Versicherten bei der Krankenkasse verbleibt.

Von der Änderung unberührt bleibt die bereits bestehende Rechtslage (einschließlich der zugehörigen aufsichtsrechtlichen Praxis), dass die Übertragung von Aufgaben auf Arbeitsgemeinschaften, deren Mitglied die beauftragende Krankenkasse ist, nicht dem Anwendungsbereich des § 197b SGB V unterfällt, sondern sich ausschließlich nach § 94 SGB X richtet. Die auch bisher bestehende Möglichkeit der Beauftragung einer juristischen Person des privaten Rechts, über die die Krankenkasse eine ähnliche Kontrolle ausübt, wie über ihre eigenen Dienststellen, bleibt ebenso unberührt (vgl. § 108 GWB, i. E. ebenso LSG Hamburg vom 29.11.2012, Az.: L 1 KR 156/11 KL, Rn. 70). Eine entsprechende Klarstellung in der Gesetzesbegründung wird als ausreichend angesehen und insofern vorgeschlagen.

C Änderungsvorschlag

Satz 2 des Gesetzeswortlauts wird wie folgt geändert:

„Aufgaben, die unmittelbar die Leistungsgewährung an Versicherte nach dem dritten Kapitel betreffen, dürfen nicht in Auftrag gegeben werden.“

In die Gesetzesbegründung werden die Sätze aufgenommen:

„Es wird klargestellt, dass die Übertragung von Aufgaben auf Arbeitsgemeinschaften, deren Mitglied die beauftragende Krankenkasse ist, nicht dem Anwendungsbereich des § 197b SGB V unterfällt, sondern sich ausschließlich nach § 94 SGB X richtet. Die auch bisher bestehende Möglichkeit der Beauftragung einer juristischen Person des privaten Rechts, über die die Krankenkasse eine ähnliche Kontrolle ausübt wie über ihre eigenen Dienststellen, bleibt ebenso unberührt (vgl. § 108 GWB, i. E. ebenso LSG Hamburg vom 29.11.2012, Az.: L 1 KR 156/11 KL, Rn. 70).“

Nr. 27 § 202 Absatz 1a SGB V Meldepflichten bei Versorgungsbezügen

A Beabsichtigte Neuregelung

Durch die gesetzliche Änderung soll gewährleistet werden, dass die Zahlstellen, die Versorgungsbezüge auszahlen, künftig auch an das automatisierte Übermittlungsverfahren nach § 55a SGB XI angebunden werden können. Dieses Verfahren ermöglicht die automatische Übermittlung der Anzahl der Kinder unter 25 Jahren, die zur Berechnung des Pflegeversicherungsbeitrags benötigt werden.

B Stellungnahme

Das nunmehr auch die Zahlstellen in das elektronische Verfahren zum Abruf der Kinderanzahl einbezogen werden, wird begrüßt. Die Informationen zur Elterneigenschaft werden zentral beim Bundeszentralamt für Steuern vorgehalten und können dort von den beitragsabführenden Stellen abgerufen werden. Aufgrund technischer Einschränkungen ist eine direkte Abfrage dieser Daten nicht möglich. Daher müssen auch die Zahlstellen ihre Anfragen an die Datenstelle der Rentenversicherung richten, die die Anfragen dann an das Bundeszentralamt für Steuern weiterleitet. Liegen beim Bundeszentralamt für Steuern mitteilungsrelevante Daten vor, werden diese wiederum über die Datenstelle der Rentenversicherung an die Zahlstelle zurückgemeldet. So werden bei den Zahlstellen Verwaltungsaufwände reduziert und Medienbrüche vermieden.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Nr. 28 § 273 SGB V Sicherung der Datengrundlagen für den Risikostrukturausgleich

A Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Neuregelung wird die maximale Dauer von RSA-Prüfverfahren beider Verfahrenstypen (reguläre und anlassbezogene Prüfungen) bis zum Ablauf des fünfzehnten Kalenderjahres, das auf das Prüffahr folgt, definiert - also z. B. 31.12.2028 als letztmöglicher Abschluss für Prüfungen, die das Datenjahr 2013 betreffen. Eine explizit normierte, maximale Dauer von Prüfungen nach § 273 SGB V existiert aktuell nicht.

B Stellungnahme

Die Zielsetzung, die Verfahren zügiger durchzuführen und zu beenden, ist aus Sicht der AOK-Gemeinschaft nachvollziehbar. Allerdings löst die Gesetzesänderung keinerlei Probleme im Zusammenhang mit den RSA-Prüfungen, die bei enormen bürokratischen Aufwänden nicht rechtssicher durchzuführen und nicht zuletzt in ihrer Durchführung durch das BAS wettbewerbsverzerrend sind. Das Ziel des Gesetzgebers wird verfehlt.

Das ausufernde bürokratische RSA-Prüfverfahren führt nicht nur zu Ressourcenverschwendung, sondern erzeugt darüber hinaus gravierende Rechtsunsicherheiten für alle Beteiligten und wettbewerbsverzerrende Folgeschäden bei den betroffenen Krankenkassen. Ein ebenfalls gravierender Mangel ist die fehlende Berücksichtigung regional unterschiedlicher Markt- und Versorgungsanteile von Krankenkassen. Regional aufgestellte Krankenkassen mit einem entsprechend größeren regionalen Marktanteil erscheinen gegenüber bundesweit aufgestellten Krankenkassen mit geringerem regionalen Marktanteil statistisch auffällig, obwohl ihre Versorgungsverträge inhaltlich identisch mit denen bundesweit agierender Kassen sind. Diese Verzerrung ist eine strukturelle Benachteiligung regional aufgestellter Krankenkassen.

Die Auseinandersetzungen um die Rechtmäßigkeit der rückwirkenden Anwendung von Rechtsnormen, die erst 2017 bzw. 2020 ins SGB V eingefügt worden sind, oder der fehlenden Gleichbehandlung gleichartiger Konstellationen stehen stellvertretend für Problemfelder, die absehbar BAS, Krankenkassen und Gerichte durch viele Instanzen und über Jahre hinaus absorbieren werden, bis eine abschließende Klärung erreicht ist. Und dies bezieht sich in doppelter Hinsicht sowohl auf die Feststellung von Verstößen als auch auf die nachfolgende Festlegung des Korrekturbeitrags, zu dessen Bemessung verbindliche Normen fehlen und damit unweigerlich mit weiteren Ungleichbehandlungen einhergeht.

Die hier vorgesehene zeitliche Begrenzung der bestehenden Verfahren auf 15 Jahre löst keines der virulenten Probleme in den regulären und anlassbezogenen Prüfungen nach § 273 SGB V – es vermeidet auch kein einziges Sozialgerichtsverfahren.

Es bedarf vielmehr der gesetzlichen Verankerung einer vereinfachten – und damit unbürokratischeren, pauschalierten Lösung der anteiligen Begrenzung regional stark überdurchschnittlicher HMG-Veränderungen unter Aufhebung der wenigen bereits abgeschlossenen Prüfverfahren und Verrechnung geleisteter Korrekturbeträge. Das pauschalisierte Verfahren soll statistische Auffälligkeits- wie Einzelfallprüfungen ersetzen, ließe sich aufwandsarm realisieren und würde zudem die Gleichbehandlung aller Krankenkassen sicherstellen. Bestehende Regelungen zu Strafaufschlägen sowie die sog. Manipulationsbremse wären damit ebenfalls überflüssig und könnten entfallen.

Das Verfahren soll die bestehenden Prüfverfahren sowohl für statistische Auffälligkeiten als auch für anlassbezogene Verdachtsfälle für alle Prüfjahre ab 2013 ersetzen und kann damit den bestehenden Rückstau und die absehbar zahlreichen Rechtsstreitigkeiten sofort beseitigen bzw. verhindern. Zum Abbau der bestehenden Prüfrückstände wäre die Durchführung von drei bis vier Datenjahren pro Kalenderjahr vorzusehen. Das Verfahren kann in der perspektivischen Anwendung für künftige Ausgleichsjahre bereits mit dem Jahresausgleich erfolgen und somit einen erneuten Rückstau an Prüfaktivitäten verhindern. Die sogenannte „Manipulationsbremse“ wäre zudem überflüssig.

Basis für den Vergleichsmaßstab zur Ermittlung von rückzuführenden HMG-Zuweisungen ist eine adjustierte GKV-Veränderungsrate, wie sie grundsätzlich im Hochrechnungsverfahren nach § 21 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 RSAV zur Anwendung kommt. Allerdings bedarf es einer Erweiterung des GKV-adjustierten Referenzwerts zumindest um eine regionale Dimension, um zu verhindern, dass regionaltypische Veränderungen in der Leistungs- und Kodierungspraxis zu unsachgemäßen Rückzahlungen von HMG-Zuweisungen bei Krankenkassen mit regionalen Schwerpunkten führen.

Überschreitungen des adjustierten GKV-Wertes sollen bis zu einem bestimmten Schwellenwert unberührt bleiben. Dieser Schwellenwert oberhalb der adjustierten GKV-Veränderungsrate soll über ein etabliertes statistisches Verfahren zur Identifikation von Ausreißern ermittelt werden: die Standardabweichung. Für alle HMG-Besetzungstage oberhalb dieses Schwellenwerts ist eine anteilige Abführung der Zuweisungen im Umfang von 25 % vorzusehen.

Für Prüfjahre ab 2013 liegen bereits vereinzelt Verfahrensstände vor, in denen Krankenkassen Korrekturbeträge an das BAS abgeführt haben. Um die Gleichbehandlung der betroffenen Krankenkassen sicherzustellen, werden die geleisteten Korrekturbeträge inklusive der 25 %-Aufschläge aus dem entsprechenden Jahr zurückgenommen und mit den Ergebnissen aus dem neuen Verfahren verrechnet. Mit dem Verzicht auf die Feststellung konkreter Verstöße gegen die Vorgaben des § 267 Absatz 1 Satz 2 SGB V entfällt auch die Legitimation eines Strafaufschlags, wie er in den Verfahren nach § 273 SGB V vorgesehen ist.

C Änderungsvorschlag

Die Änderung ist zu streichen und durch nachfolgende zu ersetzen.

Mit Wirkung zum 01.01.2014 wird das fünfte Buch Sozialgesetzbuch wie folgt geändert:

1. § 266 Absatz 8 Satz 1 Nr. 6 wird wie folgt neu gefasst:

„das Verfahren und die Durchführung des Ausgleichs einschließlich der Begrenzung von Zuweisungen für Risikogruppen, die anhand der Morbidität der Versicherten gebildet werden, mit wesentlich überdurchschnittlichen Veränderungs-raten bei Krankenkassen,“

2. § 273 SGB V wird gestrichen.

3. § 428 SGB V wird wie folgt eingefügt:

§ 428

Übergangsregelung für den Risikostrukturausgleich

1. Für die Jahresausgleiche der Ausgleichsjahre 2014 bis 2020 und 2024 finden § 266 Absatz 8 Satz 1 Nr. 6 sowie § 18 Absatz 1 Satz 4 und § 19 der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung mit der Maßgabe Anwendung, dass § 266 Absatz 7 Satz 6 SGB V entsprechend anzuwenden ist, wobei das Bundesamt für Soziale Sicherung alle sich hieraus ergebenden Bereinigungen für die Ausgleichsjahre 2014 bis 2020 in zwei Schritten innerhalb der nächsten zwei Jahresausgleiche zu berücksichtigen hat.
2. Noch nicht bestandskräftige Feststellungsbescheide und Korrekturbescheide gemäß § 273 SGB V in der bis zum [Tag vor Inkrafttreten des Gesetzes] gültigen oder einer älteren Fassung werden vom Bundesamt für Soziale Sicherung mit Wirkung für die Zukunft und die Vergangenheit aufgehoben. Die Rückzahlungen von Korrekturbeträgen durch das Bundesamt für Soziale Sicherung nach dieser Vorschrift erfolgen aus dem Gesundheitsfonds und werden im nächsten Jahresausgleich bei der Ermittlung des Betrages nach § 18 Absatz 2 der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung zu dem Wert nach § 17 Absatz 2 der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung hinzugerechnet.

Mit Wirkung zum 01.01.2014 wird die Risikostruktur-Ausgleichsverordnung wie folgt geändert:

1. § 7 Absatz 2 wird wie folgt geändert:

- a. In Satz 1 wird das Komma hinter dem Wort „Risikostrukturausgleich“ durch das Wort „und“ ersetzt und werden die Wörter „und die Prüfung nach § 273 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ gestrichen.

- b. In Satz 3 werden die Wörter „bis zum Ablauf des Kalenderjahres zu speichern oder aufzubewahren, das dem Abschluss der Prüfung des Berichtsjahres nach § 273 Absatz 2 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch folgt“ durch die Wörter „zu speichern und sechs Jahre aufzubewahren; die Aufbewahrungsfrist beginnt mit dem auf das Berichtsjahr folgende Kalenderjahr“ ersetzt.
- c. Satz 4 wird wie folgt gefasst:
 „Das Bundesamt für Soziale Sicherung kann feststellen, dass die weitere Aufbewahrung für die Prüfung nach § 20 Absatz 1 Satz 1 erforderlich ist; in diesem Fall sind die Daten nach Satz 3 spätestens nach Ablauf des Kalenderjahres zu löschen, in dem der Abschluss der Prüfung des Berichtsjahres nach § 20 Absatz 1 Satz 1 erfolgt.“

2. § 18 Absatz 1 Satz 4 wird wie folgt neu gefasst:

„Bei der Ermittlung der Risikozuschläge für die in § 2 Absatz 1 Satz 2 genannten Risikomerkmale im Jahresausgleich ist die nach Maßgabe des § 19 erfolgte Begrenzung von Zuweisungen für Risikogruppen zu berücksichtigen; die Risikozuschläge für die in § 2 Absatz 1 Satz 2 genannten Risikomerkmale werden in diesem Fall proportional so erhöht, dass das Summenprodukt aus den Risikozuschlägen für alle Risikomerkmale mit Ausnahme der Risikomerkmale für den Anspruch auf Krankengeld und den zugeordneten Versichertentagen insgesamt wieder dem Niveau vor der Begrenzung nach § 19 entspricht; das Nähere bestimmt das Bundesamt für Soziale Sicherung nach Anhörung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen; abweichend hiervon kann das Bundesamt für Soziale Sicherung für Ausgleichsjahre, für die die Korrektur des Jahresausgleiches gemäß Absatz 5 bereits erfolgt ist, festlegen, dass die sich aus der nach Maßgabe des § 19 erfolgten Neuberechnung der krankenkassenindividuellen Zuweisungen ergebenden betragsmäßigen Differenzen zu dem Wert nach § 17 Absatz 2 hinzugerechnet werden.“

3. § 19 wird wie folgt gefasst:

§ 19

Begrenzung von Zuweisungen für Risikogruppen mit wesentlich überdurchschnittlichen Veränderungsraten bei Krankenkassen

1. Das Bundesamt für Soziale Sicherung ermittelt die nach § 266 Absatz 8 Satz 1 Nr. 6 des fünften Buches Sozialgesetzbuch bezogen auf einzelne Krankenkassen zu begrenzenden Zuweisungen für Risikogruppen nach § 2 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 durch das Verfahren nach den Absätzen 2 bis 5. Bezogen auf die einzelne Krankenkasse sind jeweils die Zuweisungen für Risikogruppen nach § 2 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 zu begrenzen, die auf Basis der gemäß § 7 gemeldeten Daten im Vergleich zum Durchschnitt aller am Risikostrukturausgleich teilnehmenden Krankenkassen eine wesentlich überdurchschnittliche Verände-

rungsrate der Risikogruppenbesetzung zum Vorjahr aufweisen, wobei regionale Unterschiede sowie Veränderungen in der Versichertenstruktur und -menge zu berücksichtigen sind.

2. Eine im Vergleich zum Durchschnitt aller am Risikostrukturausgleich teilnehmenden Krankenkassen wesentlich überdurchschnittliche Veränderungsrate der Besetzung einer Risikogruppe nach § 2 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 zum Vorjahr liegt vor, wenn die Veränderungsrate der einzelnen Krankenkasse unter Berücksichtigung regionaler Unterschiede sowie Veränderungen in der Versichertenstruktur und -menge oberhalb des Schwellenwerts liegt, der sich aus der Addition von Mittelwert und Standardabweichung der Veränderungsraten aller am Risikostrukturausgleich teilnehmenden Krankenkassen bei der jeweiligen Risikogruppe ergibt. Die Zuweisungen je Risikogruppe aus Veränderungsrate oberhalb des Schwellenwerts werden jeweils um 25 % der oberhalb des Schwellenwerts liegenden Zuweisungen gekürzt.
 3. Die Feststellung von Veränderungen in der Versichertenstruktur und -menge im Vergleich zum Durchschnitt aller am Risikostrukturausgleich teilnehmenden Krankenkassen erfolgt auf Basis der Veränderungen der Besetzung der Risikogruppen nach § 2 Absatz 1 Satz 2 Nummer 1 in Verbindung mit § 3.
 4. Zwecks Berücksichtigung regionaler Unterschiede bei den Veränderungsrate der Risikogruppen nach § 2 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 erfolgen die Berechnungen nach den Absätzen 2 und 3 ab dem Ausgleichsjahr 2017 separat nach Gebieten. Gebiete nach Satz 1 sind grundsätzlich die Bezirke der Kassenärztlichen Vereinigungen nach § 77 des fünften Buches Sozialgesetzbuch. Das Bundesamt für Soziale Sicherung kann die Gebiete nach Satz 2 nach Anhörung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen nach einheitlichen Kriterien weiter unterteilen. Die Zuordnung der Versicherten zu den Gebieten erfolgt ab dem Berichtsjahr 2016 auf Basis des amtlichen Gemeindegemeinschaftsschlüssels des Wohnortes gemäß § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 11 und bezogen auf das Berichtsjahr 2015 auf Basis des amtlichen Gemeindegemeinschaftsschlüssels des gemäß § 303b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 des fünften Buches Sozialgesetzbuch gemeldeten Wohnortes.
 5. Das Nähere zu den Berechnungen nach den Absätzen 1 bis 4 bestimmt das Bundesamt für Soziale Sicherung nach Anhörung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen. Das Bundesamt für Soziale Sicherung kann in diesem Rahmen auch Ausnahmeregelungen für Risikogruppen mit geringen Besetzungszahlen vorsehen.
4. § 21 RSAV wird gestrichen.

Nr. 31 § 291 SGB V Elektronische Gesundheitskarte

A Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Novellierung in Absatz 9 wird ein Rechtsrahmen für die unmittelbare Abrufung der elektronischen Ersatzbescheinigung durch Leistungserbringer der vertragsärztlichen Versorgung geschaffen. Bisher ist nur der Weg über die Versicherten mittels QR-Code und App geregelt. Die unmittelbare Abrufung wird eingeschränkt auf bekannte Patienten und Ausnahmefälle im Allgemeinen. Genauer regelt der GKV-Spitzenverband im Benehmen mit Verbänden der Leistungserbringenden.

B Stellungnahme

Die angedachte Neuregelung wird begrüßt. Sie schafft einen verbindlichen Rechtsrahmen für die unmittelbare Abrufung der elektronischen Ersatzbescheinigung durch Leistungserbringende der vertragsärztlichen Versorgung. Darauf hinzuweisen ist, dass die Einschränkung nur auf bekannte Patienten nicht sachgerecht ist. Gerade bei unbekanntem Patienten hätte der unmittelbare Abruf der elektronischen Ersatzbescheinigung den Vorteil, dass sofort geklärt wird, ob ein Versicherungsschutz besteht oder nicht. Das würde Missbrauch verhindern und Verwaltungsaufwände reduzieren.

Begrüßt wird, dass der GKV-Spitzenverband Näheres zur Verfahrensweise regelt. Unklar ist jedoch, wer mit den Verbänden der Leistungserbringer zur Benehmensherstellung gemeint ist. Hier wäre eine genaue Benennung naheliegend.

C Änderungsvorschlag

§ 291 Abs. 9 Satz 4 (neu) wird gestrichen. In Satz 5 (neu) werden die Wörter „den Verbänden der Leistungserbringer“ durch „der Kassenärztliche Bundesvereinigung und der Deutschen Krankenhausgesellschaft“ ersetzt.

Nr. 32 § 317 SGB V Beirat der Gesellschaft für Telematik

A Beabsichtigte Neuregelung

Beteiligung der Pflegeberufe an den Entscheidungsprozessen der gematik.

B Stellungnahme

Redaktionelle Änderung.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Nr. 33 § 340 SGB V Ausgabe von elektronischen Heilberufs- und Berufsausweisen sowie von Komponenten zur Authentifizierung von Leistungserbringerinstitutionen

A Beabsichtigte Neuregelung

Hilfsmittelerbringern kann eine SMC-B ausgegeben werden, ohne dass ein HBA beim Hilfsmittelerbringer vorliegen muss.

B Stellungnahme

Da ein Berufsausweis für die Anwendungsfälle bei Hilfsmittelerbringern nicht erforderlich ist, ist die Regelung folgerichtig.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Nr. 34 § 340a Sicherer Umgang mit Komponenten zur Authentifizierung von Leistungserbringerinstitutionen

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Komponente zur Authentifizierung von Leistungserbringerinstitutionen (SMC-B) darf nicht an Unbefugte weitergegeben werden und ist bei Geschäftsaufgabe unverzüglich zu sperren, um Missbrauch zu verhindern. Einrichtungsleitungen ambulanter oder stationärer Pflegedienste nach SGB XI werden verpflichtet, dafür Sorge zu tragen und sicherzustellen, dass eine dort beschäftigte Person über einen elektronischen Heilberufsausweis verfügt.

B Stellungnahme

Da durch diese Regelung Missbrauch verhindert werden kann, ist die Regelung zu begrüßen.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Nr. 35 § 342 Angebot und Nutzung der elektronischen Patientenakte

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Fristen für die Forschungsdatenausleitung, den elektronischen Medikationsplan und die Daten zur Prüfung der Arzneimitteltherapiesicherheit werden angepasst.

B Stellungnahme

Die Intention des Gesetzgebers, die Fristen für die Einführung der Forschungsdatenausleitung, des elektronischen Medikationsplans und der Daten zur Prüfung der Arzneimitteltherapiesicherheit zu verschieben, ist nachvollziehbar und spiegelt die Realität wider. Die Gematik ist häufig nicht in der Lage, die notwendigen Spezifikationen für die gesetzlich vorgesehenen Anwendungen fristgerecht vorzulegen. In der Vergangenheit war zu beobachten, dass unrealistische Fristen vielfach zu unausgereiften Spezifikationen und in der Folge zu ungenügenden Produkten geführt haben, die mit letztendlich höheren Kosten und unzufriedenen Nutzenden verbunden waren. Daher ist der Ansatz zu begrüßen, dass die Anwendungen eingeführt werden, wenn die technischen Voraussetzungen vorliegen. Die gleichzeitige Aufnahme einer konkreten Frist zu der die Umsetzung zu erfolgen hat, trotz ggf. fehlender technischer Voraussetzungen, ist dagegen strikt abzulehnen. Diese Fristen sollten untergesetzlich geregelt werden.

C Änderungsvorschlag

Abs. 2 Nr. 4: „... zusätzlich, sobald die hierfür erforderlichen Voraussetzungen vorliegen, ~~spätestens jedoch bis zum 31.03.2026~~, die in der elektronische Patientenakte gespeicherten Daten nach § 363 zu Forschungszwecken bereitgestellt werden können.“

Abs. 2a Nr. 1: „...sobald die hierfür erforderlichen Voraussetzungen vorliegen, ~~spätestens jedoch bis zum 31.03.2026~~, zur digitalen Unterstützung des Medikationsprozesses des Versicherten...“

Nr. 36 § 347 Übertragung von Behandlungsdaten in die elektronische Patientenakte durch Leistungserbringer sowie Nr. 37 §348 und Nr. 38 §349

A Beabsichtigte Neuregelung

Sofern erhebliche therapeutische Gründe, sonstige erhebliche Rechte Dritter oder eine Kindeswohlgefährdungen bestehen, wird die Pflicht zur Übermittlung und Speicherung von Daten in die ePA für die verschiedenen Leistungserbringergruppen aufgehoben. Die Gründe für die Ablehnung sind zu dokumentieren.

B Stellungnahme

Die Selbstbestimmung der Patientinnen und Patienten über ihre eigenen Gesundheitsdaten wird mit dieser Regelung gestärkt und ist somit zu begrüßen.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Nr. 39 § 360 Elektronische Übermittlung und Verarbeitung vertragsärztlicher elektronischer Verordnungen

A Beabsichtigte Neuregelung

Es wird weiteren Kostenträgern ermöglicht, ein E-Rezept-Frontend anzubieten.

B Stellungnahme

Die Regelung ist folgerichtig.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Nr. 40 § 361 Zugriff auf ärztliche Verordnungen in der Telematikinfrastuktur

A Beabsichtigte Neuregelung

Ein Heilberufs- oder Berufsausweis soll für den Abruf von elektronischen Verordnungen nicht erforderlich sein. Der Zugriff auf die Daten soll jedoch elektronisch protokolliert werden.

B Stellungnahme

Die Regelung ist zu begrüßen, da mit der Beschaffung von (Heil-)berufsausweisen verbundene Aufwände zukünftig eingespart werden, wenn die Ausweise nicht für bestimmte Anwendungen erforderlich sind.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Nr. 41 § 362 Nutzung von elektronischen Gesundheitskarten oder digitalen Identitäten für Versicherte von Unternehmen der privaten Krankenversicherung, der Postbeamtenkrankenkasse, der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten, für Polizeivollzugsbeamte, für sonstige heilfürsorgeberechtigte Beamte oder für Soldaten der Bundeswehr

A Beabsichtigte Neuregelung

Abs. 1: Unternehmen der privaten Krankenversicherung, die ihren Versicherten eine ePA anbieten, wird mehr Zeit eingeräumt, um ihren Versicherten TI-M anbieten zu müssen.

Abs. 2: Um eine Doppelvergabe der Krankenversicherungsnummer im Kontext eGK und ePA zu verhindern, dürfen Kostenträger nach § 362 Abs. 2 die Krankenversicherungsnummern nur verwenden, wenn ein Datenabgleich mit dem von der Vertrauensstelle nach § 290 Abs. 3 geführten Verzeichnis erfolgt.

B Stellungnahme

Abs 1: Eine Ausweitung der Nutzergruppen für die Anwendungen der Telematikinfrastruktur stellt ein großes Ziel für Akzeptanz und die Integration in die Abläufe bei den Leistungserbringerinstitutionen dar. Daher sind weit in die Zukunft reichende Einführungsfristen für bereits bestehende Telematikinfrastrukturanwendungen abzulehnen.

Die Kosten für den Betrieb der Telematikinfrastruktur werden aktuell von der GKV und der PKV getragen. Durch die Ausweitung der Nutzergruppen auf Polizeivollzugsbeamte, sonstige heilfürsorgeberechtigte Beamte oder Postbeamte, der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten, der Bundespolizei, der Landespolizeien, der Bundeswehr oder von Trägern der freien Heilfürsorge sind die hierfür verantwortlichen Träger ebenfalls anteilig an den Kosten der Telematikinfrastruktur zu beteiligen.

Abs. 2: Die Änderung dient der Sicherheit bei der Ausgabe von eGK und ePA und ist zu begrüßen.

C Änderungsvorschlag

Abs. 1:

„Werden von Unternehmen [...] sind § 291 Absatz 8 Satz 5 bis 9, § 291a Absatz 5 bis 7, die §§ 334 bis 337, 339, 341 Absatz 1 bis 4, § 342 Absatz 2 Nummer 1, **2**, 3 und 4 und bis und Absatz 3, § 343 Absatz 1 und 1a, die §§ 344, 345, 352, 353, 356 bis 359a und 361 entsprechend anzuwenden. ~~§ 342 Absatz 2 Nummer 2 ist entsprechend anwendbar mit der Maßgabe, dass die Verpflichtung ab dem 1. Januar 2028 gilt.~~ **Die Postbeamtenkrankenkasse, die Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten, die**

Bundespolizei, die Landespolizeien, die Bundeswehr und die Träger der freien Heilfürsorge sind anteilig an den Kosten für den Aufbau und den Betrieb der Telemedizininfrastruktur zu beteiligen.“

Nr. 43 § 374 SGB V Abstimmung zur Festlegung sektorenübergreifender einheitlicher Vorgaben

A Beabsichtigte Neuregelung

Stärkung der Beteiligung von Pflegeberufen an den Entscheidungsprozessen.

B Stellungnahme

Redaktionelle Änderung.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Nr. 44 § 393 SGB V Cloud-Einsatz im Gesundheitswesen

A Beabsichtigte Neuregelung

Die geplante Änderung sieht vor, die bisher geltenden, starren Übergangsfristen für C5-Testate zu lockern. Ein Cloud-Computing-Dienst, der nach dem 01.07.2025 auf den Markt kommt, muss nicht zwingend sofort ein C5-Testat Typ 2 vorweisen. Stattdessen erhält der Dienst eine Übergangsfrist von 18 Monaten ab dem Zeitpunkt des Inverkehrbringens, um das C5-Testat Typ 2 zu erlangen.

B Stellungnahme

Die Anpassung hat einen positiven Effekt für Anbieter von Cloud-Computing Diensten. So kann die Markteinführung eines Dienstes viel flexibler gestaltet werden, wodurch sich die Time-to-Market entsprechend reduziert (Steigerung der Innovationsfähigkeit).

Für die Kunden bzw. Nutzer von Cloud-Computing-Diensten im GKV-Umfeld ist ein erhöhtes Risikobewusstsein erforderlich. Im Rahmen der Nutzung von Cloud-Computing in der GKV ist es dann erforderlich, dass

- a) die Kunden/Nutzer ihre eigene Prüfpflicht erweitern müssen. Bei der Auswahl eines Cloud-Computing-Dienstes muss nicht nur sichergestellt werden, dass ein C5-Testat Typ 1 vorliegt, sondern es muss auch der Zeitpunkt der Markteinführung erfasst werden. Diesbezüglich ergeben sich neue Fragestellungen:
 - Wer bestätigt diesen Zeitpunkt?
 - Wird der Zeitpunkt zentral erfasst?
- b) zusätzlich sichergestellt werden muss, dass der Anbieter die Frist zur Erlangung eines C5-Testats Typ 2 vertraglich zusichert.
- c) die Kunden/Nutzer der Cloud-Dienste während der Übergangsfrist ein erhöhtes Sicherheitsrisiko haben. Ein C5-Testat Typ 1 hat eine geringere Aussagekraft. Es bestätigt lediglich die Planung der entsprechenden Sicherheitsmaßnahmen, nicht aber deren Wirksamkeit. Das bedeutet, dass in dieser Zeit ein höheres, bewusst zu tragendes Restrisiko besteht. Daraus ergeben sich erweiterte vertragliche Regelungen zur Einhaltung bzw. Zusicherung der entsprechenden Sicherheitsmaßnahmen.

Den Anbietern, die keine Maßnahmen gemäß der C5-GleichwV umgesetzt haben, wird etwas mehr Flexibilität eingeräumt. Dies bedeutet jedoch einen höheren Aufwand für die Krankenkassen (Nutzer).

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Nr. 45 § 399 SGB V Strafvorschriften

A Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Ergänzung werden Verstöße von Einrichtungsleitungen einer ambulanten oder stationären Pflegeeinrichtung gegen § 340a Absatz 1 SGB V unter Strafe gestellt.

B Stellungnahme

Die Regelung ist unter Verweis auf die Kommentierung zu § 340a SGB V folgerichtig und wird begrüßt.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 4 Änderung des Pflegezeitgesetzes

Nr. 1 § 2 Absatz 2 Satz 2 Kurzzeitige Arbeitsverhinderung

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelung wird dahingehend ergänzt, dass auch Pflegefachpersonen die Bescheinigung für den Arbeitgeber über die Pflegebedürftigkeit im Zusammenhang mit einer kurzzeitigen Arbeitsbefreiung ausstellen können.

B Stellungnahme

Die Änderung ist sachgerecht. Entsprechend der Kompetenzen von Pflegefachpersonen werden das Aufgabenspektrum und die Befugnisse von Pflegefachpersonen unbürokratisch und sinnvoll ausgeweitet.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 5 Änderung des Pflegeberufgesetzes

Nr. 3 § 4 Vorbehaltene Aufgaben, Pflegeprozessverantwortung

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Pflegeprozessverantwortung und die Pflegeplanung werden ausdrücklich als Vorbehaltsaufgaben festgelegt. Damit ist sichergestellt, dass diese zentralen Aufgaben ausschließlich von qualifizierten Pflegefachpersonen übernommen werden dürfen.

B Stellungnahme

Die Pflegeprozessverantwortung bildet das zentrale fachliche Steuerungselement der professionellen Pflege. Die Pflegeplanung ist dabei ein zentraler Bestandteil des Pflegeprozesses; mit dieser professionsspezifischen Arbeitsmethode wird sichergestellt, dass die Pflege individuell an die Bedarfe und Bedürfnisse der zu Versorgenden angepasst wird. Die Pflegeplanung bedarf einer fundierten fachlichen Expertise mit spezifischen pflegerischen Kompetenzen. Es ist daher sachgerecht, dass die Planung der Pflege als ein Teil der Vorbehaltsaufgaben aufgenommen wird.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Nr. 4 § 4a Eigenverantwortliche Heilkundeausübung

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung „Pflegefachfrau“, „Pflegefachmann“ oder „Pflegefachperson“ umfasst auch die Befugnis zur eigenverantwortlichen Ausübung heilkundlicher Tätigkeiten im Umfang der in der beruflichen oder hochschulischen Pflegeausbildung nach den §§ 4, 5 und 37 Pflegeberufegesetz erworbenen Kompetenzen umfasst.

Pflegefachpersonen mit einer Erlaubnis nach § 1 Satz 2 verfügen dabei gegenüber solchen nach § 1 Satz 1 über deutlich erweiterte heilkundliche Kompetenzen. Die Regelung folgt einem modernen Heilkundeverständnis und stellt eine Lex specialis zum Heilpraktikergesetz dar. Sie ermöglicht die eigenverantwortliche Ausübung von heilkundlichen Aufgaben durch Pflegefachpersonen auf Grundlage ihrer fachlichen Qualifikation – unabhängig davon, ob diese Aufgaben traditionell als „ärztlich“ oder „pflegerisch“ klassifiziert wurden.

Eine weitere systematische Bestimmung soll im Rahmen der wissenschaftlichen Expertise nach § 8 Abs. 3c SGB XI erfolgen.

B Stellungnahme

Die beabsichtigte Neuregelung zur Ausübung von heilkundlichen Tätigkeiten wird ausdrücklich begrüßt. Sie trägt dem gewachsenen Kompetenzprofil moderner Pflegeausbildungen Rechnung und stärkt die Versorgungsqualität durch eine effizientere Aufgabenverteilung.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Nr. 5 § 14a Standardisierte Kompetenzbeschreibungen für heilkundliche Aufgaben

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Fachkommission nach § 53 hat die Möglichkeit, standardisierte Module zu entwickeln, die Pflegefachpersonen die Kompetenzen vermitteln, die für die eigenständige Ausübung heilkundlicher Aufgaben erforderlich sind. Diese Module können nach Genehmigung durch das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend sowie das Bundesministerium für Gesundheit einmalig in Kraft treten; Änderungen erfordern eine erneute Genehmigung. Die Module sollen regelmäßig an den aktuellen medizinischen und pflegewissenschaftlichen Fortschritt angepasst werden. Obwohl die Entwicklung solcher Module bereits zuvor nach § 14 Absatz 4 möglich war, wird dieses Angebot nun explizit weitergeführt. Für die Länder sind die Module nicht verpflichtend, sie können jedoch als Grundlage für die Entwicklung von Lehrplänen und Curricula, auch in der Weiterbildung, herangezogen werden.

B Stellungnahme

Die Entwicklung standardisierter Module fortzusetzen und deren Anwendung in der Pflegeausbildung sowie Weiterbildung zu ermöglichen, ist insgesamt positiv zu bewerten. Die Fortführung dieser bewährten Praxis stellt sicher, dass Länder und Hochschulen eine fundierte Grundlage für die Gestaltung von Lehrplänen und Curricula erhalten.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Nr. 6 § 37 Ausbildungsziele

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Intention der Anpassung besteht darin, die Begriffe im Pflegeberufegesetz zu vereinheitlichen. Dabei wird der bisher verwendete Begriff der „Selbständigkeit“ zugunsten der Formulierung „eigenverantwortliche Wahrnehmung“ ersetzt, um eine klarere Anlehnung an den Deutschen Qualifikationsrahmen (DQR) herzustellen. Darüber hinaus wird durch die stärkere Orientierung an „Aufgaben“ statt an „Tätigkeiten“ eine systematische Weiterentwicklung der pflegeberuflichen Logik im Gesetz verfolgt.

B Stellungnahme

Die Anpassungen im Pflegeberufegesetz hinsichtlich der Vereinheitlichung der Begriffe und die stärkere Betonung auf Aufgaben anstelle von „Tätigkeiten“ werden begrüßt. Diese Klarstellungen fördern nicht nur die Transparenz, sondern auch die Rechtssicherheit in der beruflichen Praxis. Die Aufgabe der Begriffe „Selbständigkeit“ und „Tätigkeit“ zugunsten einer systematisierten Aufgabenorientierung stärkt das pflegerische Berufsbild und dessen Einordnung in die Bildungs- und Versorgungslogik.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Nr. 9 § 66e Übergangsvorschriften für Personen, die bereits über eine Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung nach § 1 Satz 2 verfügen

A Beabsichtigte Neuregelung

Es wird eine Übergangsregelung für Pflegefachpersonen geschaffen, die bereits über eine Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung nach § 1 Satz 2 verfügen. Ziel ist es, diesen Personen den Zugang zu den neuen heilkundlichen Kompetenzen nach § 37 Absatz 2 Satz 2 SGB V zu eröffnen, ohne dass sie ein vollständiges Studium nach Teil 3 absolvieren müssen. Stattdessen können sie diese Kompetenzen gesondert erwerben; die entsprechenden Vorschriften des Teils 3 finden dabei sinngemäß Anwendung. Der Erwerb wird mit einer staatlichen Prüfung abgeschlossen.

B Stellungnahme

Die vorgeschlagene Übergangsregelung ist zu begrüßen. Die Regelung verhindert eine Ungleichbehandlung zwischen bereits berufs zugelassenen Pflegefachpersonen und zukünftigen Absolventinnen und Absolventen hochschulischer Pflegeausbildungen. Durch die Anwendung der Vorschriften des Teils 3 und die staatliche Prüfung wird ein verbindlicher und standardisierter Rahmen für den Kompetenzerwerb geschaffen.

Die Regelung schafft somit eine Perspektive für bereits tätige Pflegefachpersonen, sich gezielt weiter zu qualifizieren und wirkt damit dem Fachkräftemangel entgegen.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 6 Änderung SGB III

A Beabsichtigte Neuregelung

Als Folgeänderung zu Artikel 3 Nr. 10 wird die Anzahl der Kindkranktage für das Jahr 2026 auch für arbeitslose Eltern fortgeschrieben.

B Stellungnahme

Die Änderung ist erforderlich, um die Gleichbehandlung von erwerbstätigen und arbeitslosen Eltern sicherzustellen und wird daher ausdrücklich befürwortet.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 7 Änderung SGB VII

A Beabsichtigte Neuregelung

Als Folgeänderung zu Artikel 3 Nr. 11 wird mit dem Verweis auf die Berechnungsvorschriften zum Krankengeld sichergestellt, dass für bestimmte Grenzgänger auch beim Verletztengeld eine Doppelbesteuerung unterbleibt.

B Stellungnahme

Die Folgeänderung ist aus fachlicher Sicht im Einklang mit der bisherigen Gesetzes-systematik erforderlich.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 11 Änderung Krankenhausfinanzierungsgesetz

Nr. 1 und Nr. 2 § 14b Evaluierung des Reifegrades der Krankenhäuser hinsichtlich der Digitalisierung und Begleitforschung für die digitale Transformation im Rahmen des Krankenhauszukunftsfonds

A Beabsichtigte Neuregelung

Der dritte Stichtag zur Messung der digitalen Reife der Krankenhäuser wird auf den 1. März 2026 festgelegt. Die bisher im Paragrafen enthaltene Ermächtigung des Bundesministeriums für Gesundheit zur Festlegung eines weiteren Stichtags wird in dem Zuge gestrichen.

B Stellungnahme

Eine erneute Messung des digitalen Reifegrads ist grundsätzlich zu begrüßen. Jedoch liegen zwischen dem ersten und dem zweiten Stichtag drei Jahre, die dritte Messung hingegen soll ein Jahr und acht Monate später erfolgen. Eine Begründung für dieses geänderte Intervall wird nicht angegeben. Für den Fall einer erneuten Notwendigkeit einer Reifegradmessung könnte diese mithilfe der Verordnungsermächtigung gemäß § 14b Satz 4 KHG verhältnismäßig aufwandsarm auf dem Verordnungswege terminiert werden. Die Streichung des § 14b Satz 4 entzieht dem Ministerium diese Möglichkeit.

C Änderungsvorschlag

Keine Streichung des § 14b Satz 4 KHG.

Artikel 12 Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung

A Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Neuregelung in § 7 der RSAV wird die maximale Aufbewahrung von RSA-Daten an die maximale Dauer von RSA-Prüfverfahren beider Verfahrenstypen (reguläre und anlassbezogene Prüfungen) angepasst, wie sie in Artikel 3 Nr. 28 neu geregelt werden soll: Maximal bis zum Ablauf des fünfzehnten Kalenderjahres, das auf das Prüfungsjahr folgt.

B Stellungnahme

Es handelt sich um eine Folgeänderung aus der erstmaligen Festlegung der maximalen Dauer von RSA-Prüfverfahren.

Auch wenn die Prüfungsdauer nicht unendlich sein kann, löst die Änderung keinerlei Probleme im Zusammenhang mit den RSA-Prüfungen, die bei enormen bürokratischen Aufwänden nicht rechtssicher durchzuführen und nicht zuletzt in ihrer Durchführung durch das BAS wettbewerbsverzerrend sind. Es bedarf vielmehr der gesetzlichen Verankerung einer vereinfachten, pauschalierten Lösung der anteiligen Begrenzung regional stark überdurchschnittlicher HMG-Veränderungen unter Aufhebung der wenigen bereits abgeschlossenen Prüfverfahren und Verrechnung geleisteter Korrekturbeträge. *Hier sei auf unsere Stellungnahme zu Artikel 3 Nr. 28 verwiesen.*

C Änderungsvorschlag

Hier sei auf unsere Stellungnahme zu Artikel 3 Nr. 28 verwiesen.

Artikel 13 Änderung Mutterschutzgesetz

A Beabsichtigte Neuregelung

Für Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, die in Deutschland beschäftigt sind, aber in einem anderen Staat wohnen, in dem Mutterschaftsgeld steuerpflichtig ist, soll zur Berechnung des Mutterschaftsgeldes nicht das Nettoarbeitsentgelt (inklusive deutscher Steuerabzüge), sondern das sogenannte Regelentgelt abzüglich der Sozialversicherungsbeiträge – jedoch ohne Berücksichtigung deutscher Steuern – herangezogen werden.

Ziel dieser Regelung ist es, eine Doppelbesteuerung von Grenzgängerinnen und Grenzgängern beim Bezug von Mutterschaftsgeld zu vermeiden.

B Stellungnahme

Die bereits erwartete Gesetzesanpassung ist sachgerecht und auf Verlangen des BMG seit 2023 gelebte Krankenkassenpraxis. Mit den BSG-Urteilen vom 03.11.2021 (Az. B 11 AL 6/21 R) und vom 22.09.2022 (Az. B 11 AL 34/21 R) ist das BMG auf den GKV-Spitzenverband zugegangen und bat die GKV im Vorgriff auf eine anstehende Rechtsänderung in bestimmten Fallkonstellationen die Berechnung des Mutterschaftsgeldes auf „Bruttolohnbasis“ vorzusehen. Dies wurde von der GKV umgesetzt. Die Verfahrensbeschreibung zum DTA EEL Version 12 wurde in der Folge ab 01.01.2024 entsprechend angepasst. Die Gesetzesanpassung sorgt nun für die rechtliche Grundlage und wird aus fachlicher Sicht befürwortet.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

III. Zusätzlicher Änderungsbedarf aus Sicht des AOK-Bundesverbandes

§ 275b SGB V Durchführung und Umfang von Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen bei Leistungen der häuslichen Krankenpflege und außerklinischen Intensivpflege durch den Medizinischen Dienst und Verordnungsermächtigung

Sachstand

Die Qualitätssicherung in der häuslichen Krankenpflege und der außerklinischen Intensivpflege ist ein wesentlicher Bestandteil der Versorgungssicherheit und des Schutzes der Patientinnen und Patienten. Derzeit sieht § 275b SGB V die Durchführung von Qualitätsprüfungen durch den Medizinischen Dienst vor, jedoch ohne eine Veröffentlichung der Prüfergebnisse. Die Veröffentlichung der Prüfergebnisse soll die Transparenz im Bereich der häuslichen Krankenpflege und der außerklinischen Intensivpflege erhöhen. Patientinnen und Patienten, An- und Zugehörige und interessierte Öffentlichkeit sollen durch die zugängliche Aufbereitung der Prüfberichte die Qualität von Leistungserbringern nachvollziehen und in ihre Entscheidungen einfließen lassen können.

Änderungsbedarf und Begründung

Eine Veröffentlichung der Prüfergebnisse würde den betroffenen Patientinnen und Patienten und ihren Angehörigen eine wertvolle Orientierungshilfe bieten. Sie könnten einfacher den passenden Pflegedienst auswählen und die Qualität der Pflege besser einschätzen. Die bereits im § 114a SGB XI praktizierte Veröffentlichung von Prüfergebnissen hat sich als sinnvolle Maßnahme für mehr Transparenz und Verbraucherschutz bewährt.

Um Gleichbehandlung und Konsistenz zu gewährleisten, wäre es sinnvoll, dieses Vorgehen auch auf die häusliche Krankenpflege und die außerklinischen Intensivpflege nach § 275b SGB V auszudehnen. So würde eine einheitliche Transparenz für alle Versorgungsbereiche geschaffen und alle Beteiligten hätten eine vergleichbare Informationsgrundlage.

Zudem könnte die Veröffentlichung der Prüfergebnisse dazu beitragen, dass wiederkehrende Probleme und positive Entwicklungen nicht nur intern, sondern auch öffentlich diskutiert werden. Dies würde die Weiterentwicklung von Qualitätsstandards fördern. Pflegedienste könnten außerdem von den Erfahrungen anderer Einrichtungen lernen und gezielt Maßnahmen zur Verbesserung ihrer eigenen Versorgungsqualität umsetzen.

Änderungsvorschlag

Der § 275b SGB V Absatz 3 wird um folgenden Satz 4 ergänzt:

„Die Ergebnisse der Prüfungen nach den Absätzen 1 und 2 sind in anonymisierter Form in einem für die Öffentlichkeit zugänglichen Bericht zu veröffentlichen. Die Prüfergebnisse müssen in einer leichtverständlichen Form dargestellt werden und sollen insbesondere Informationen über die Einhaltung der Qualitätsanforderungen, die festgestellten Mängel und die ergriffenen Maßnahmen zur Mängelbehebung enthalten. Bei der Veröffentlichung sind die Bestimmungen des Datenschutzes, insbesondere der Schutz personenbezogener Daten, zu beachten. § 114a Absatz 2 bis 4 des Elften Buches gilt entsprechend.“

Aufhebung der Mandatsbegrenzung für ehrenamtliche Mitglieder des Medizinischen Dienstes: Änderungsbedarf der §§ 279 und 282 SGB V

Sachstand

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

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

Änderungsbedarf und Begründung

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

Die Aufhebung dieser Begrenzungen würde die Besetzbarkeit der Gremien deutlich verbessern, da sie den Kreis potenzieller Kandidatinnen und Kandidaten erweitert und die Möglichkeit schafft, erfahrene und engagierte Mitglieder längerfristig einzubinden. Zudem ermöglicht die Aufhebung der Mandatsbegrenzungen eine trägerübergreifende Perspektive, die für die inhaltliche Arbeit in der Selbstverwaltung von großem Wert ist. Die Möglichkeit, Erfahrungen aus verschiedenen Bereichen der Sozialversicherung einzubringen, fördert die Qualität der Entscheidungsfindung und trägt zur Weiterentwicklung des Gesundheitssystems bei. Schließlich würde die Gleichbehandlung aller Mitgliedergruppen innerhalb der Verwaltungsräte hergestellt, was aus rechts- und gleichstellungspolitischer Sicht geboten erscheint.

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

Änderungsvorschlag

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

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

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

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

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

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

Satz 4 bis 9, Absatz 5 Satz 5 und Absatz 6 gelten entsprechend. Die Vertreter nach Satz 2 Nummer 3 sind nicht stimmberechtigt. Personen, die Mitglieder des Verwaltungsrates des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen sind, können nicht gewählt werden.“

§ 284 Absatz 1 SGB V Sozialdaten bei den Krankenkassen

Sachstand

Nach § 127 Absatz 6 Satz 1 SGB V haben die Krankenkassen ihre Versicherten über die zur Versorgung berechtigten Vertragspartner und über die wesentlichen Inhalte der Verträge zu informieren. Diesem gesetzlichen Auftrag ist natürlich auch die AOK-Gemeinschaft mit dem Tool/Navigator [Die AOK-Hilfsmittelsuche: Einfach den passenden Anbieter finden](#) nachgekommen.

Änderungsbedarf und Begründung

Zur Erfüllung des gesetzlichen Auftrages „§ 127 Absatz 6 Satz 1 SGB V“ nutzt das Tool/der Navigator [Die AOK-Hilfsmittelsuche: Einfach den passenden Anbieter finden](#) auch Daten, die im Kontext des § 293 Absatz 1 SGB V – Institutionskennzeichen (IK) – erhoben wurden und werden. Allerdings fokussiert sich die Nutzung der IK-Daten auf reine Abrechnungszwecke der Leistungserbringer mit den anderen Trägern der Sozialversicherung, der Bundesagentur für Arbeit und den Versorgungsverwaltungen der Länder.

Daher bedarf es einer spezifischen Legitimation, dass Krankenkassen auch in Umsetzung des § 127 Absatz 6 Satz 1 SGB V Sozialdaten erheben und speichern dürfen.

Änderungsvorschlag

Der § 284 Absatz 1 Satz 1 SGB V

Die Krankenkassen dürfen Sozialdaten für Zwecke der Krankenversicherung nur erheben und speichern, soweit dies erforderlich ist für
wird um die Nummer

24. Versicherten-Informationen über die zur Versorgung berechtigten Vertragspartner und über die wesentlichen Inhalte der Verträge

ergänzt.

§ 291a Abs. 4 SGB V Fristanpassung Versichertenstammdatenmanagement

Sachstand

Die bisherige Regelung sieht eine Einführung des neuen Versichertenstammdatenmanagements (VSDM 2) zum 01.01.2026 vor.

Änderungsbedarf und Begründung

Bei VSDM 2 handelt es sich um ein komplexes System, das die Grundlage für die TI2.0 bildet und entsprechend viele Abhängigkeiten zu anderen Prozessen innerhalb der Telematikinfrastruktur aufweist. Die anhängenden Prozesse sowie die integrativen Tests haben sich im Rahmen der Spezifikation als komplexer dargestellt, als ursprünglich gedacht. Für die Umsetzung des VSDM 2 ist die technische Grundlage durch Spezifikationen der gematik notwendig. Im Anschluss an das Vorliegen der Spezifikationen müssen die Anforderungen auf Seiten der Krankenkassen und Leistungserbringer umgesetzt bzw. beauftragt werden. Der gesetzlich vorgesehene Umsetzungszeitpunkt ist demnach unrealistisch.

Zum jetzigen Zeitpunkt hat die gematik noch keine finalen Spezifikationen zu VSDM 2 veröffentlicht. Im Vergleich zu vorherigen Roadmaps fällt auf, dass die Spezifikation für VSDM 2 wesentlich länger gedauert hat. Zeitgleich liegt die Spezifikation auf einem kritischen Pfad mit diversen Abhängigkeiten zu noch nicht vorhandenen Produkten und Spezifikationen.

Zusätzlich sind neben den Spezifikationen auch Tests und Rollout der Krankenkassen ebenso wie die Umstellung in den Primärverwaltungssystemen der Leistungserbringenden zu berücksichtigen. Es bedarf daher einer Anpassung der Einführungsfrist auf einen realistischen Zeitpunkt, um einen reibungslosen Übergang zu ermöglichen und somit eine durchgehende Versorgung in den Arztpraxen zu gewährleisten.

Änderungsvorschlag

(4) Die Angaben nach den Absätzen 2 und 3 Nummer 1 bis 4 sind auf der elektronischen Gesundheitskarte in einer Form zu speichern, die geeignet ist für eine maschinelle Übertragung auf die für die vertragsärztliche Versorgung vorgesehenen Abrechnungsunterlagen und Vordrucke nach § 295 Absatz 3 Nummer 1 und 2. Ab dem ~~1. Januar 2026~~ **1. Juli 2027** müssen die Angaben nach Satz 1 zusätzlich zur Speicherung auf der elektronischen Gesundheitskarte auch bei der Krankenkasse zum elektronischen Abruf zur Verfügung stehen.

§ 293 Absatz 8 SGB V Kennzeichen für Leistungsträger und Leistungserbringer

Sachstand

Mit dem Gesetz zum Schutz elektronischer Patientendaten in der Telematikinfrastruktur (Patientendaten-Schutz-Gesetz, PDSG, 2020) wurde der § 293 SGB V um den Absatz 8 erweitert. Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) wurde beauftragt, ein bundesweites Verzeichnis der ambulanten Pflegeeinrichtungen und Betreuungsdienste mit einem Versorgungsvertrag nach § 132a SGB V oder § 72 SGB XI sowie der dort beschäftigten Personen zu errichten.

Ziel dieses Verzeichnisses ist es, das Abrechnungsverfahren zu erleichtern und auf das Unterschriftenverfahren und die dazugehörigen Handzeichenlisten zu verzichten. Dabei dient die Vergabe der Beschäftigtennummern für die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen in Pflege oder Betreuung insbesondere als „Qualitätssicherung für die elektronische Abrechnung“.

Änderungsbedarf und Begründung

Die bisherigen Herausforderungen in der Umsetzung dieses Auftrags zeigen noch einen gesetzlichen Weiterentwicklungsbedarf. Das mit der Umsetzung verbundene Potenzial, mit Augenmerk auf die Digitalisierung und Entbürokratisierung, wird nicht vollumfänglich ausgeschöpft.

1. Zweckerweiterung

Mit dem Digital-Gesetz wurden die Zwecke, für die den Kranken- und Pflegekassen die pseudonymisierten Daten des BeVaP zur Verfügung gestellt werden sollen, konkretisiert. Die Kassen können die Daten des Verzeichnisses für die Zwecke der Abrechnung mit den Leistungserbringern, einschließlich der Prüfung der Rechtmäßigkeit und Plausibilität der Abrechnung, die Überwachung der Wirtschaftlichkeit und der Qualität der Leistungserbringung verwenden. Die Daten des Verzeichnisses dürfen dabei nur im Rahmen kassenindividueller Abrechnungsschritte Verwendung finden. Eine kassenübergreifende Überprüfung kann lediglich durch die Fehlverhaltensstellen der Kranken- und Pflegekassen vorgenommen werden. Um die Daten des BeVaP effizient nutzen zu können, sollte auch den Landesverbänden der Kranken- und Pflegekassen für den Zweck der Zulassung von Leistungserbringern zur pflegerischen Versorgung (§§ 132a Absatz 4, 132d Absatz 1 Satz 6 oder 132l Absatz 5 SGB V bzw. § 72 SGB XI) die pseudonymisierten Daten des BeVaP zur Verfügung stehen. Die für die Zulassung erforderlichen Qualifikationen, z. B. für die verantwortliche Pflegefachperson, könnten so ohne bürokratischen Aufwand anhand der Beschäftigtennummer durch die Landesverbände überprüft werden.

Mit dem vorliegenden Gesetzesentwurf ist mit Artikel 2 Nummer 2 (§ 15a Absatz 1 SGB V) vorgesehen, dass Pflegefachpersonen bestimmte Leistungen der ärztlichen

Behandlung eigenverantwortlich durchführen können. Voraussetzung für eine eigenverantwortliche Erbringung von bestimmten Leistungen ist das Vorhandensein der erforderlichen fachlichen Kompetenzen. Ein Bestandteil der ärztlichen Behandlung durch Pflegefachpersonen soll gemäß § 15a Absatz 1 Nummer 2 SGB V auch das Ausstellen von Folgeverordnungen der Häuslichen Krankenpflege sowie Verordnungen der für diese Leistungen benötigten Hilfsmittel sein. Damit die Krankenkassen die Anforderungen an die Eignung der Pflegefachpersonen, die diese Tätigkeiten vornehmen, prüfen können, sind die pseudonymisierten Daten des BeVaP den Krankenkassen auch zu diesem Zweck (§ 284 Absatz 1 Nr. 4 SGB V) zur Verfügung zu stellen.

2. *Verifizierung der Angaben*

Die Qualifikationen der Beschäftigten bei ambulanten Pflegeeinrichtungen, die im BeVaP hinterlegt sind, beruhen derzeit ausschließlich auf Selbstangaben der Leistungserbringer. Die gemeldeten Daten müssen nicht mit Berufsurkunden oder Fort- und Weiterbildungsnachweisen belegt werden. Eine belastbare Verwendbarkeit der Daten erscheint somit fraglich und stellt den originären Zweck des Beschäftigtenverzeichnisses in Frage. Die Verifizierung der Daten im Beschäftigtenverzeichnis, z. B. durch die verzeichnisführende Stelle (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte – BfArM) oder durch eine andere bestätigende Stelle, ist daher unabdingbar.

Eine zentrale (und einmalige) Verifizierung der im Beschäftigtenverzeichnis geführten Qualifikationen würde sowohl bei den Kranken- und Pflegekassen bzw. Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen als auch bei den Leistungserbringern zur Entbürokratisierung beitragen. Damit entfielen die derzeit erforderliche individuelle Überprüfung der Qualifikationen bei den Leistungserbringern durch unterschiedliche Kranken- und Pflegekassen bzw. Landesverbände der Kranken- und Pflegekassen und den Ersatzkassen.

3. *Sicherung der Datenqualität*

Als Voraussetzung dafür, dass die Beschäftigtennummern des BeVaP effizient für die gesetzlich bestimmten Zwecke genutzt werden können, sind Maßnahmen zur Vermeidung einer mehrfachen Vergabe von Beschäftigtennummern für eine Person vorzusehen. Zur eindeutigen Identifizierung einer Person ist daher zusätzlich die Angabe der persönlichen lebenslangen Identifikationsnummer gesetzlich zu regeln. Außerdem ist es zwingend erforderlich, dass die einzelnen Mitarbeitenden in einer Pflegeeinrichtung ihre jeweilige lebenslange Beschäftigtennummer kennen und diese bei einem Arbeitgeberwechsel dem neuen Arbeitgeber mitteilen. Die versehentliche Beantragung einer neuen (weiteren) Beschäftigtennummer für eine Person kann damit verhindert werden. Bislang sind die Leistungserbringer nicht gesetzlich verpflichtet, die Beschäftigtennummer an die jeweilige beschäftigte Person weiterzugeben. Auch die Beschäftigten sind bislang nicht gesetzlich verpflichtet, ihre Be-

schäftigtennummer bei einem Arbeitgeberwechsel dem neuen Arbeitgeber mitzuteilen. Des Weiteren muss bei einem Arbeitgeberwechsel der neue Arbeitgeber das Recht erhalten, die im BeVaP hinterlegten Daten der beschäftigten Person einsehen zu können, damit die Qualifikationen nicht mehrfach erfasst werden müssen.

Änderungsvorschlag

§ 293 Absatz 8 Satz 4 SGB V wird wie folgt gefasst:

“Das Verzeichnis nach Satz 1 enthält für die Personen nach Satz 1 Nummer 2 und für die Pflegekräfte nach Satz 1 Nummer 3 folgende Angaben:

die Beschäftigtennummer (unverschlüsselt),

1. den Vornamen und den Namen,
2. das Geburtsdatum,
3. die Identifikationsnummer nach § 139b der Abgabenordnung (AO)
4. die Bezeichnung der abgeschlossenen Berufsausbildungen und das Datum des jeweiligen Abschlusses sowie
5. die Bezeichnung abgeschlossener Zusatzqualifikationen und das Datum des jeweiligen Abschlusses.“

§ 293 Absatz 8 Satz 7 SGB V wird wie folgt gefasst:

“Die in Satz 1 Nummer 1 genannten Leistungserbringer und die in Satz 1 Nummer 3 genannten Pflegekräfte sind verpflichtet, dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte die Angaben nach Satz 4 Nummer 2 bis 6 und den Sätzen 5 und 6 zu übermitteln sowie unverzüglich jede Veränderung dieser Angaben mitzuteilen.“

In § 293 Absatz 8 SGB V wird nach Satz 7 folgender Satz eingefügt:

“Die Angaben nach Satz 4 Nummer 5 und 6 sind durch geeignete Maßnahmen zu verifizieren. Die verzeichnisführende Stelle legt hierzu die Einzelheiten im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen fest.“

§ 293 Absatz 8 Satz 9 (alt) SGB V wird wie folgt gefasst:

„Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte übermittelt den Kranken- und Pflegekassen und deren Landesverbänden sowie den Ersatzkassen die Daten nach Satz 4 Nummer 1, 4 und 5 sowie nach Satz 5 zur Erfüllung ihrer in § 284 Absatz 1 Satz 1 Nummer 4, 8 und 9 und in § 94 Absatz 1 Nummer 5 und 6 des Elften Buches genannten Aufgaben sowie für den Abschluss der Verträge nach §§ 132a Absatz 4, 132d Absatz 1 Satz 6 oder 132l Absatz 5 bzw. für den Abschluss von Versorgungsverträgen nach § 72 Absatz 3 des Elften Buches über den Spitzenverband

Bund der Krankenkassen und den Spitzenverband Bund der Pflegekassen im Wege der elektronischen Datenübertragung als pseudonymisierten Gesamtdatensatz.“

In § 293 Absatz 8 SGB V werden nach Satz 12 (alt) folgende Sätze eingefügt:

„Die in Satz 1 Nummer 1 genannten Leistungserbringer sind verpflichtet, den Personen nach Satz 1 Nummer 2 ihre jeweilige Beschäftigtennummer zur Verfügung zu stellen. Bei einem Arbeitgeberwechsel haben die Personen nach Satz 1 Nummer 2 ihre jeweilige Beschäftigtennummer dem neuen Arbeitgeber, sofern es sich hierbei um einen in Satz 1 Nummer 1 genannten Leistungserbringer handelt, anzugeben. Der neue Arbeitgeber hat das Recht, die bereits hinterlegten Daten zu der Beschäftigtennummer einzusehen.“

§ 18 Absatz 3 SGB XI - Beauftragung unabhängiger Gutachterinnen und Gutachter

Sachstand

Die Pflegekassen sind verpflichtet, insbesondere in den Fällen drohender Fristüberschreitungen unabhängige Gutachter/innen zu beauftragen.

Änderungsbedarf und Begründung

Die Erfahrungen seit Einführung der Regelung mit dem Pflegeneuausrichtungsgesetz (2012) zeigen, dass die Beauftragung externer Gutachterinnen und Gutachtern nicht greift. Es gibt keine ausreichende Zahl von unabhängigen Gutachterinnen und Gutachtern, die von den Pflegekassen im Zusammenhang mit der Feststellung von Pflegebedürftigkeit beauftragt werden können. Dies wird auch nach den Angaben des Medizinischen Dienstes Bund bestätigt. Seit mehreren Jahren gibt es keine Gutachten von unabhängigen Gutachterinnen und Gutachtern, die in das Qualitätssicherungsverfahren der Medizinischen Dienste hätten einbezogen werden können (vgl. § 53a Abs. 2 Nr. 4 SGB XI i. V. m. Nr. 6 der UGu-Rili). Vor diesem Hintergrund ist die Regelung zu streichen.

Änderungsvorschlag

In § 18 wird Absatz 3 gestrichen.

In der Folge sind entsprechende Regelungen in anderen Paragraphen anzupassen (z. B. § 31). Die Absätze 4 und 5 bisher werden zu den Absätzen 3 und 4.

§ 89 SGB XI Grundsätze der Vergütungsregelung

Sachstand

In der ambulanten Pflege ist die Vereinbarung einer Pflegevergütung nach zeitlichem Aufwand bisher nicht als vorrangig anzuwendendes Vergütungsmodell gesetzlich normiert. Bisher besteht eine Gleichrangigkeit zwischen den beiden Vergütungsmodellen. In der Praxis werden aber fast ausschließlich unabhängig vom Zeitaufwand nach dem Leistungsinhalt des jeweiligen Pflegeeinsatzes Komplexleistungen vereinbart.

Änderungsbedarf und Begründung

Bei der Leistungsvergütung in der ambulanten Pflege wird deutlich, dass das Vergütungsmodell der Leistungskomplexsystematik (auch mit Zeithinterlegung) nicht die Umsetzung eines Person-zentrierten Pflegeverständnisses unterstützt. Um den Fokus auf die pflegerischen Aufgaben zu legen, ist es nicht mehr sinnvoll, die zu erbringenden Hilfen als Einzelmaßnahmen aufzugliedern. Eine Vergütungsform, die sich nach dem realen Zeitaufwand oder nach Art der pflegerischen Hilfen ausrichtet, unterstützt vielmehr eine ressourcenorientierte Sichtweise auf den zu pflegenden Menschen.

Folglich kann in der ambulanten Pflege vielmehr eine Zeitvergütung dazu beitragen, eine flexible, passgenaue und individuell bedarfsgerechte Versorgung zu erreichen. Gleichzeitig können mit diesem Vergütungsmodell die anderen Formen pflegerischer Hilfen besser abgebildet werden. Aus diesen Gründen ist nun auch gesetzlich die Vorrangigkeit zur Vereinbarung einer ambulanten Pflegevergütung nach zeitlichem Aufwand klarzustellen.

Änderungsvorschlag

In Absatz 3 wird Satz 1 wie folgt formuliert:

„Die Vergütungen sind je nach Versorgungsziel der pflegerischen Aufgaben zur Unterstützung in den in § 14 Absatz 2 genannten Bereichen nach Zeitaufwand oder nach Art der pflegerischen Hilfen im jeweiligen Pflegeeinsatz und nur in Ausnahmefällen nach Komplexleistungen oder nach Einzelleistungen zu bemessen; sonstige pflegerische Hilfen, die der Unterstützung in den § 18 Absatz 5a Satz 3 Nummer 1 und 2 genannten Bereichen dienen oder Fahrkosten können auch mit Pauschalen vergütet werden.“

§ 120 SGB XI Pflegevertrag bei häuslicher Pflege

Sachstand

In dem Pflegevertrag bei häuslicher Pflege sind mindestens Art, Inhalt und Umfang der Leistungen einschließlich der dafür vereinbarten Vergütungen für jede Leistung oder jeden Leistungskomplex einschließlich ergänzender Unterstützungsleistungen bei der Nutzung von digitalen Pflegeanwendungen gesondert zu beschreiben.

Änderungsbedarf und Begründung

Aufgrund des geltenden Pflegebedürftigkeitsbegriffs und des damit verbundenen Person-zentrierten Pflegeverständnisses ist es notwendig, auch im Pflegevertrag die Versorgungsziele pflegerischen Handelns vereinbaren zu können. Aufgrund der aktuellen gesetzlichen Bestimmungen werden aber in der ambulanten Pflege nur tätigkeits- bzw. verrichtungsbezogene Leistungen vertraglich vereinbart. Dies gilt es nun zu beseitigen.

Änderungsvorschlag

In Absatz 3 wird Satz 1 wie folgt formuliert:

„In dem Pflegevertrag sind mindestens die pflegerischen Hilfen einschließlich der dafür mit den Kostenträgern nach § 89 vereinbarten Vergütungen einschließlich ergänzender Unterstützungsleistungen bei der Nutzung von digitalen Pflegeanwendungen zu vereinbaren.“

§ 42b SGB XI und § 40 Absatz 3a SGB V - Versorgung Pflegebedürftiger bei Inanspruchnahme von Vorsorge- oder Rehabilitationsleistungen durch die Pflegeperson

Änderungsbedarf und Begründung

Die aktuellen Regelungen zur Mitaufnahme pflegebedürftiger Angehörige bei stationärer Rehabilitation sind unbefriedigend und teilweise widersprüchlich.

§ 42 b Satz 1 SGB XI sieht einen Anspruch für Pflegebedürftige in zugelassenen Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen vor, wenn dort gleichzeitig Leistungen zur medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation einschließlich der erforderlichen Unterkunft und Verpflegung nach § 23 Absatz 4 Satz 1 des Fünften Buches, nach § 40 Absatz 2 Satz 1 des Fünften Buches oder nach § 15 Absatz 2 des Sechsten Buches oder eine vergleichbare stationäre Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme von einer Pflegeperson des Pflegebedürftigen in Anspruch genommen werden.

Der Anspruch setzt nach § 42 b Abs. 2 SGB XI voraus, dass die pflegerische Versorgung der Pflegebedürftigen in der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung für die Dauer der Leistungen zur stationären Vorsorge oder zur medizinischen Rehabilitation sichergestellt ist. Der Umfang der Leistungen ist in § 42 b Abs. 3 SGB XI beschrieben.

Ausgeschlossen ist der Anspruch des Pflegebedürftigen allerdings, wenn die Pflegeperson selbst einen Anspruch auf Versorgung des Pflegebedürftigen in der stationären Rehabilitationseinrichtung zu Lasten der Krankenversicherung nach § 40 Abs. 3a Satz 1 SGB V hat.

Mit diesem Ausschluss kommt es zu unterschiedlichen Versorgungen für Pflegebedürftige: Der Umfang der zu erbringenden Leistungen hängt davon ab, welcher Reha-Träger für die stationäre Rehabilitation zuständig ist. Die Ansprüche der Pflegepersonen nach § 40 Abs. 3a SGB V auf Versorgung der Pflegebedürftigen sind nicht identisch mit den in § 42 b Abs. 3 SGB XI beschriebenen Leistungen. Diese Unterscheidung ist nicht sachgerecht. Es ist nicht ersichtlich, warum die zu erbringenden pflegerischen Leistungen von dem Umstand abhängen sollen, ob die Pflegeperson eine stationäre Rehabilitation zu Lasten der GKV, der DRV oder von einem anderen Träger oder als Privatleistungen erbracht werden. Weder aus Versichertenperspektive, noch aus Träger- oder Leistungserbringersicht, ist diese Unterscheidung sachlich begründbar. Vielmehr erscheint es sinnvoll, die pflegerischen Leistungen unabhängig vom Träger der stationären Rehabilitation unter den gleichen Voraussetzungen als Leistung der SPV zu erbringen.

Auch die unterschiedliche Behandlung von Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen kann nicht überzeugen. Lediglich für den Fall einer stationären Rehabilitation hat nach der geltenden Rechtslage die Pflegeperson einen Anspruch auf Versorgung der

pflegbedürftigen Person in derselben Einrichtung, eine gleichlautende Vorschrift für die stationäre Versorgung im SGB V gibt es nicht.

Änderungsvorschlag

Die gesetzlichen Vorschriften sind dahingehend anzupassen, die dargestellten Ungleichbehandlungen und Verwerfungen der geltenden Rechtslage zu vermeiden. Folgende gesetzliche Änderungen sind erforderlich:

1. § 42 b Abs. 1 Satz 2 SGB XI wird gestrichen.
2. § 40 Abs. 3a Satz 1 SGB V wird gestrichen.
3. In § 42 b Abs. 6 Satz 1 sind die Wörter „oder § 40 Absatz 3a Satz 1 des Fünften Buches“ zu streichen.

§ 45f SGB XI - Anspruch auf Umwandlung des ambulanten Sachleistungsbetrags

Sachstand

Die Umwandlungsanspruch ist bisher in § 45a Absatz 4 geregelt. Der maximale Betrag für die Umwandlung beträgt bisher 40 % des jeweiligen Höchstleistungsbetrags nach § 36 und kann im Rahmen des Umwandlungsanspruchs als Teil des Leistungsbetrags, der für den jeweiligen Pflegegrad in § 36 für den Bezug von ambulanten Pflegesachleistungen vorgesehen ist, in einen Kostenerstattungsanspruch zugunsten von Leistungen von nach Landesrecht anerkannten Angeboten zur Unterstützung im Alltag umgewandelt werden.

Änderungsbedarf und Begründung

Um die Regelung zu vereinfachen und die Möglichkeiten zum zielgerichteten Bezug niedrigschwelliger Unterstützungsleistungen im Alltag auszubauen, wird die Regelung neu strukturiert. Der maximale Betrag für die Umwandlung wird von bisher 40 % auf 50 % des jeweiligen Höchstleistungsbetrags nach § 36 erhöht. Durch die damit verbundene höhere Flexibilität der Nutzung der Leistungsbeträge auch für passgenaue niedrigschwellige Alltagsangebote und die Transparenz über den noch zur Verfügung stehenden Sachleistungsanspruch unterstützen pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen bei einer passgenauen und stabilen Gestaltung des Versorgungssettings.

Pflegeeinrichtungen, die Leistungen nach § 36 abrechnen, werden zudem verpflichtet, auf Wunsch der Pflegebedürftigen unverzüglich nach Erstellung der Abrechnung in Textform eine Mitteilung über die Höhe der zur Abrechnung eingereichten Leistungen und den Monat, auf den sich die Abrechnung bezieht, auszuhändigen oder zu übermitteln. Hiermit wird die Transparenz und Nachvollziehbarkeit erhöht.

Im Zusammenhang mit der Neuregelung des Anspruchs auf Umwandlung des teilstationären Sachleistungsbetrags gemäß § 45g wird klargestellt, dass beide Ansprüche nebeneinander und ohne gegenseitige Anrechnung genutzt werden können, jedoch nicht für dasselbe Unterstützungsangebot.

Änderungsvorschlag

Der bisherige § 45f verschiebt sich entsprechend. Es wird ein neuer § 45f wie folgt gefasst:

§ 45f SGB XI - Anspruch auf Umwandlung des ambulanten Sachleistungsbetrags

(1) Beziehen Pflegebedürftige mit mindestens Pflegegrad 2, die häuslich gepflegt werden, Leistungen eines nach Landesrecht anerkannten Angebots zur Unterstützung im Alltag, können sie für den Kalendermonat, in dem sie die Leistungen des Angebots bezogen haben, für die dafür angefallenen Aufwendungen eine Kostenerstattung unter Anrechnung auf ihren Anspruch nach § 36 erhalten (Umwandlungsanspruch). Die Umwandlung des ambulanten Sachleistungsanspruchs in einen Kostenerstattungsanspruch nach Satz 1 ist möglich, soweit in dem jeweiligen Kalendermonat für den Leistungsbetrag nach § 36 keine ambulanten Pflegesachleistungen bezogen worden sind. Der je Kalendermonat für die Kostenerstattung nach Satz 1 verwendete Betrag darf 50 % des für den jeweiligen Pflegegrad vorgesehenen Höchstleistungsbetrags nach § 36 nicht überschreiten. Im Rahmen der Kombinationsleistung nach § 38 gilt die Erstattung der Aufwendungen nach Satz 1 als Inanspruchnahme der dem Anspruchsberechtigten nach § 36 Absatz 3 zustehenden Sachleistung. Ist vor der Auszahlung der Kostenerstattung nach Satz 1 für den jeweiligen Kalendermonat bereits mehr Pflegegeld oder anteiliges Pflegegeld an den Pflegebedürftigen ausgezahlt worden, als er nach Berücksichtigung des Betrags der zu erstattenden Aufwendungen beanspruchen kann, wird der Kostenerstattungsbetrag insoweit mit dem bereits ausgezahlten Pflegegeldbetrag verrechnet. Beziehen Anspruchsberechtigte die Leistung nach Satz 1, findet § 37 Absatz 3 bis 5 und 7 bis 9 Anwendung; § 37 Absatz 6 findet mit der Maßgabe entsprechende Anwendung, dass eine Kürzung oder Entziehung in Bezug auf die Kostenerstattung nach Satz 1 erfolgt.

(2) Zur Inanspruchnahme des Umwandlungsanspruchs nach Absatz 1 bedarf es keiner vorherigen Antragstellung. Die Anspruchsberechtigten erhalten die Kostenerstattung nach Absatz 1 von der zuständigen Pflegekasse oder dem zuständigen privaten Versicherungsunternehmen sowie im Fall der Beihilfeberechtigung anteilig von der Beihilfefestsetzungsstelle bei Beantragung der dafür erforderlichen finanziellen Mittel gegen Vorlage entsprechend aussagekräftiger Belege über die Aufwendungen, die ihnen für die Leistungen des Angebots zur Unterstützung im Alltag entstanden sind. Die Vergütungen für ambulante Pflegesachleistungen nach § 36 sind vorrangig abzurechnen. Pflegeeinrichtungen, die Leistungen nach § 36 abrechnen, haben den Pflegebedürftigen auf deren Wunsch unverzüglich nach Erstellung der Abrechnung in Textform eine Mitteilung über die Höhe der zur Abrechnung eingereichten Leistungen und den Monat, auf den sich die Abrechnung bezieht, auszuhändigen oder zu übermitteln. Dies gilt, bis die Pflegebedürftigen den Wunsch nach Mitteilung der Informationen widerrufen. Eine Umwandlung des ambulanten Sachleistungsbetrags nach Absatz 1 für die Erbringung von Leistungen durch Pflegeeinrichtungen, die entsprechende Leistungen auch als Sachleistungen erbringen oder erbringen könnten, ist ausgeschlossen.

(3) Eine Umwandlung des ambulanten Sachleistungsbetrags nach Absatz 1 und des teilstationären Sachleistungsbetrags nach § 45g für eine Leistungserbringung

durch dasselbe Angebot zur Unterstützung im Alltag ist ausgeschlossen. Die Inanspruchnahme des Umwandlungsanspruchs nach Absatz 1 und die Inanspruchnahme des Entlastungsbetrags nach § 45b erfolgen unabhängig voneinander.

§ 45g SGB XI - Anspruch auf Umwandlung des teilstationären Sachleistungsbetrags

Sachstand

Eine Umwandlung des teilstationären Sachleistungsbetrages für Leistungen eines nach Landesrecht anerkannten Angebots zur Unterstützung im Alltag ist bisher nicht geregelt.

Änderungsbedarf und Begründung

Die Verfügbarkeit von Tagespflegeangeboten ist nicht in allen Regionen sichergestellt, mit der Folge, dass pflegebedürftige Menschen nicht immer ihren Leistungsanspruch auf Tagespflege einlösen können. Hier stellen nach Landesrecht anerkannte niedrigschwellige Gruppenangebote, die eine mehrstündige Betreuung anbieten, ein ergänzendes beziehungsweise ein alternatives Angebot dar. Um die Inanspruchnahme zu stärken und damit zu einer Entlastung der häuslichen Pflegesituation beizutragen, ist eine flexiblere Nutzung des Leistungsanspruchs zu schaffen. Nehmen Pflegebedürftige ab Pflegegrad 2, die häuslich gepflegt werden, Leistungen eines nach Landesrecht anerkannten Angebots zur Unterstützung in Anspruch, das eine regelmäßige mehrstündige Betreuung in Gruppen anbietet, können sie für die dafür angefallenen Aufwendungen bis zu 50 % des für den Pflegegrad vorgesehenen Höchstbetrags der teilstationären Pflege nach § 41 verwenden, soweit für diesen noch keine Tagespflegeleistungen in Anspruch genommen wurden. Eine vorherige Antragstellung ist nicht erforderlich. Dazu wird ergänzend geregelt, dass eine Umwandlung des teilstationären Sachleistungsbetrags für die Erbringung von Leistungen durch Tagespflegeeinrichtungen ausgeschlossen ist.

Der Entlastungsbetrags nach § 45b kann unabhängig in Anspruch genommen werden.

Tagespflegeeinrichtungen werden zudem verpflichtet, auf Wunsch des pflegebedürftigen Menschen unverzüglich nach Erstellung der Abrechnung in Textform eine Mitteilung über die Höhe der zur Abrechnung eingereichten Leistungen und den Monat, auf den sich die Abrechnung bezieht, auszuhändigen oder zu übermitteln. Hiermit wird die Transparenz und Nachvollziehbarkeit erhöht.

Änderungsvorschlag

Der bisherige § 45g verschiebt sich entsprechend. Es wird ein neuer § 45g wie folgt gefasst:

(1) Beziehen Pflegebedürftige mit mindestens Pflegegrad 2, die häuslich gepflegt werden, Leistungen eines nach Landesrecht anerkannten Angebots zur Unterstützung im Alltag im Sinne des § 45a Absatz 1 Satz 2 Nummer 1, das eine regelmäßige

mehrstündige Betreuung in Gruppen anbietet, können die Pflegebedürftigen für den Kalendermonat, in dem sie die Leistungen des Angebots bezogen haben, für die dafür angefallenen Aufwendungen eine Kostenerstattung unter Anrechnung auf ihren Anspruch nach § 41 erhalten (Umwandlung für Tagesbetreuung). Die Umwandlung des teilstationären Sachleistungsanspruchs in einen Kostenerstattungsanspruch nach Satz 1 ist möglich, soweit in dem jeweiligen Kalendermonat für den Leistungsbetrag nach § 41 keine teilstationären Sachleistungen der Tagespflege oder Nachtpflege bezogen worden sind. Der je Kalendermonat für die Kostenerstattung nach Satz 1 verwendete Betrag darf 50 % des für den jeweiligen Pflegegrad vorgesehenen Höchstleistungsbetrags nach § 41 Absatz 2 Satz 2 nicht überschreiten.

(2) Zur Inanspruchnahme der Umwandlung für Tagesbetreuung nach Absatz 1 bedarf es keiner vorherigen Antragstellung. Die Anspruchsberechtigten erhalten die Kostenerstattung nach Absatz 1 von der zuständigen Pflegekasse oder dem zuständigen privaten Versicherungsunternehmen sowie im Fall der Beihilfeberechtigung anteilig von der Beihilfefestsetzungsstelle bei Beantragung der dafür erforderlichen finanziellen Mittel gegen Vorlage entsprechend aussagekräftiger Belege über die Aufwendungen, die ihnen für die Leistungen des Angebots zur Unterstützung im Alltag entstanden sind. Die Vergütungen für teilstationäre Sachleistungen nach § 41 sind vorrangig abzurechnen. Pflegeeinrichtungen, die Leistungen nach § 41 abrechnen, haben den Pflegebedürftigen auf deren Wunsch unverzüglich nach Erstellung der Abrechnung in Textform eine Mitteilung über die Höhe der zur Abrechnung eingereichten Leistungen und den Monat, auf den sich die Abrechnung bezieht, auszuhändigen oder zu übermitteln. Dies gilt, bis die Pflegebedürftigen den Wunsch nach Mitteilung der Informationen widerrufen.

(3) § 45f Absatz 3 Satz 1 findet Anwendung. Die Inanspruchnahme der Umwandlung für Tagesbetreuung nach Absatz 1 und die Inanspruchnahme des Entlastungsbetrags nach § 45b erfolgen unabhängig voneinander.

§ 89 SGB XI Grundsätze der Vergütungsregelung

Sachstand

In der ambulanten Pflege ist die Vereinbarung einer Pflegevergütung nach zeitlichem Aufwand bisher nicht als vorrangig anzuwendendes Vergütungsmodell gesetzlich normiert. Bisher besteht eine Gleichrangigkeit zwischen den beiden Vergütungsmodellen. In der Praxis werden aber fast ausschließlich unabhängig vom Zeitaufwand nach dem Leistungsinhalt des jeweiligen Pflegeeinsatzes Komplexleistungen vereinbart.

Änderungsbedarf und Begründung

Bei der Leistungsvergütung in der ambulanten Pflege wird deutlich, dass das Vergütungsmodell der Leistungskomplexsystematik (auch mit Zeithinterlegung) nicht die Umsetzung eines Person-zentrierten Pflegeverständnisses unterstützt. Um den Fokus auf die pflegerischen Aufgaben zu legen, ist es nicht mehr sinnvoll, die zu erbringenden Hilfen als Einzelmaßnahmen aufzugliedern. Eine Vergütungsform, die sich nach dem realen Zeitaufwand oder nach Art der pflegerischen Hilfen ausrichtet, unterstützt vielmehr eine ressourcenorientierte Sichtweise auf den zu pflegenden Menschen.

Folglich kann in der ambulanten Pflege vielmehr eine Zeitvergütung dazu beitragen, eine flexible, passgenaue und individuell bedarfsgerechte Versorgung zu erreichen. Gleichzeitig können mit diesem Vergütungsmodell die anderen Formen pflegerischer Hilfen besser abgebildet werden. Aus diesen Gründen ist nun auch gesetzlich die Vorrangigkeit zur Vereinbarung einer ambulanten Pflegevergütung nach zeitlichem Aufwand klarzustellen.

Änderungsvorschlag

In Absatz 3 wird Satz 1 wie folgt formuliert:

„Die Vergütungen sind je nach Versorgungsziel der pflegerischen Aufgaben zur Unterstützung in den in § 14 Absatz 2 genannten Bereichen nach Zeitaufwand oder nach Art der pflegerischen Hilfen im jeweiligen Pflegeeinsatz und nur in Ausnahmefällen nach Komplexleistungen oder nach Einzelleistungen zu bemessen; sonstige pflegerische Hilfen, die der Unterstützung in den § 18 Absatz 5a Satz 3 Nummer 1 und 2 genannten Bereichen dienen oder Fahrkosten können auch mit Pauschalen vergütet werden.“

§ 120 SGB XI Pflegevertrag bei häuslicher Pflege

Sachstand

In dem Pflegevertrag bei häuslicher Pflege sind mindestens Art, Inhalt und Umfang der Leistungen einschließlich der dafür vereinbarten Vergütungen für jede Leistung oder jeden Leistungskomplex einschließlich ergänzender Unterstützungsleistungen bei der Nutzung von digitalen Pflegeanwendungen gesondert zu beschreiben.

Begründung und Änderungsbedarf

Aufgrund des geltenden Pflegebedürftigkeitsbegriffs und des damit verbundenen Person-zentrierten Pflegeverständnisses ist es notwendig, auch im Pflegevertrag die Versorgungsziele pflegerischen Handelns vereinbaren zu können. Aufgrund der aktuellen gesetzlichen Bestimmungen werden aber in der ambulanten Pflege nur tätigkeits- bzw. verrichtungsbezogene Leistungen vertraglich vereinbart. Dies gilt es nun zu beseitigen.

Änderungsvorschlag

In Absatz 3 wird Satz 1 wie folgt formuliert:

„In dem Pflegevertrag sind mindestens die pflegerischen Hilfen einschließlich der dafür mit den Kostenträgern nach § 89 vereinbarten Vergütungen einschließlich ergänzender Unterstützungsleistungen bei der Nutzung von digitalen Pflegeanwendungen zu vereinbaren.“

§ 124 SGB XI Wissenschaftliche Begleitung und Auswertung der gemeinsamen Modellvorhaben für Unterstützungsmaßnahmen und -strukturen vor Ort und im Quartier

Sachstand

Für jedes Modellvorhaben nach § 123 ist eine wissenschaftliche Begleitung und Auswertung vorzusehen.

Änderungsbedarf und Begründung

Im Austausch der Landesbehörden mit den Pflegekassen als auch der Länder untereinander sowie in der ersten Sitzung des vom Bundesministerium für Gesundheit initiierten Begleitgremiums Modellvorhaben §§ 123 f. SGB XI am 28.04.2025 wurde thematisiert, dass Möglichkeiten zur wissenschaftlichen Begleitung von mehreren Modellvorhaben gemeinsam, auch bundesländerübergreifend, eröffnet werden sollen. Hierzu wird eine Ergänzung des § 124 Wissenschaftliche Begleitung und Auswertung der gemeinsamen Modellvorhaben für Unterstützungsmaßnahmen und -strukturen vor Ort und im Quartier vorgeschlagen.

Änderungsvorschlag

Nach Absatz 1 Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:

„Für mehrere Modellvorhaben kann eine gemeinsame wissenschaftliche Begleitung vereinbart werden, insofern sich thematische oder regionale Zusammenhänge ergeben.“

§ 154 SGB XI Ergänzungshilfen für stationäre Pflegeeinrichtungen zum Ausgleich steigender Preise für Erdgas, Wärme und Strom

Sachstand

Um ökonomische Fehlanreize beim Einreichen der Jahresabrechnungen im Rahmen der Abwicklung der Ergänzungshilfen für stationäre Pflegeeinrichtungen zum Ausgleich steigender Preise für Erdgas, Wärme und Strom zu verhindern, wurde bisher gesetzlich eine Kürzung der an die Pflegeeinrichtungen ausgezahlten Ergänzungshilfen in Höhe von 20 % für den betreffenden Zeitraum vorgesehen. Die praktische Umsetzung zeigt nunmehr, dass einige Pflegeeinrichtungen, deren abschlägige Vorauszahlungen durch diese selbst oder durch den Versorger augenscheinlich deutlich zu hoch angesetzt wurden, trotz der gesetzlich vorgesehenen Kürzung der ausgezahlten Ergänzungshilfen in Höhe von 20 % keine Jahresabrechnung einreichen, weil sie mit dieser Vorgehensweise für den eigenen Betrieb ein wirtschaftlich besseres Ergebnis erreichen können.

Änderungsbedarf und Begründung

Um Wettbewerbsverzerrungen zwischen den Pflegeeinrichtungen zu verhindern und eine missbräuchliche Inanspruchnahme der aus Steuermitteln finanzierten Ergänzungshilfen zu unterbinden, ist statt einer bisher nur geringfügigen Kürzung in Höhe von 20 % eine vollständige Kürzung (100 %) der an die Pflegeeinrichtungen ausgezahlten Ergänzungshilfen angemessen und aus den genannten Gründen auch dringend erforderlich. Die Anhebung des Prozentsatzes der Kürzung ist darüber hinaus verhältnismäßig, weil sie auch noch nach Inkrafttreten der Neuregelung durch eine Einreichung der Jahresrechnung des Versorgers bis Ende 2025 vermieden werden kann.

Änderungsvorschlag

In § 154 Absatz 2 Satz 13 SGB XI wird die Angabe „20 %“ durch die Angabe „100 %“ ersetzt.

§ 275b SGB V Durchführung und Umfang von Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen bei Leistungen der häuslichen Krankenpflege und außerklinischen Intensivpflege durch den Medizinischen Dienst und Verordnungsermächtigung

Sachstand

Die Qualitätssicherung in der häuslichen Krankenpflege und der außerklinischen Intensivpflege ist ein wesentlicher Bestandteil der Versorgungssicherheit und des Schutzes der Patientinnen und Patienten. Derzeit sieht § 275b SGB V die Durchführung von Qualitätsprüfungen durch den Medizinischen Dienst vor, jedoch ohne eine Veröffentlichung der Prüfergebnisse. Die Veröffentlichung der Prüfergebnisse soll die Transparenz im Bereich der häuslichen Krankenpflege und der außerklinischen Intensivpflege erhöhen. Patientinnen und Patienten, An- und Zugehörige und interessierte Öffentlichkeit sollen durch die zugängliche Aufbereitung der Prüfberichte die Qualität von Leistungserbringern nachvollziehen und in ihre Entscheidungen einfließen lassen können.

Änderungsbedarf und Begründung

Eine Veröffentlichung der Prüfergebnisse würde den betroffenen Patientinnen und Patienten und ihren Angehörigen eine wertvolle Orientierungshilfe bieten. Sie könnten einfacher den passenden Pflegedienst auswählen und die Qualität der Pflege besser einschätzen. Die bereits im § 114a SGB XI praktizierte Veröffentlichung von Prüfergebnissen hat sich als sinnvolle Maßnahme für mehr Transparenz und Verbraucherschutz bewährt.

Um Gleichbehandlung und Konsistenz zu gewährleisten, wäre es sinnvoll, dieses Vorgehen auch auf die häusliche Krankenpflege und der außerklinischen Intensivpflege nach § 275b SGB V auszudehnen. So würde eine einheitliche Transparenz für alle Versorgungsbereiche geschaffen, und alle Beteiligten hätten eine vergleichbare Informationsgrundlage.

Zudem könnte die Veröffentlichung der Prüfergebnisse dazu beitragen, dass wiederkehrende Probleme und positive Entwicklungen nicht nur intern, sondern auch öffentlich diskutiert werden. Dies würde die Weiterentwicklung von Qualitätsstandards fördern. Pflegedienste könnten außerdem von den Erfahrungen anderer Einrichtungen lernen und gezielt Maßnahmen zur Verbesserung ihrer eigenen Versorgungsqualität umsetzen.

Änderungsvorschlag

Der § 275b SGB V Absatz 3 wird um folgenden Satz 4 ergänzt:

„Die Ergebnisse der Prüfungen nach den Absätzen 1 und 2 sind in anonymisierter Form in einem für die Öffentlichkeit zugänglichen Bericht zu veröffentlichen. Die

Prüfergebnisse müssen in einer leichtverständlichen Form dargestellt werden und sollen insbesondere Informationen über die Einhaltung der Qualitätsanforderungen, die festgestellten Mängel und die ergriffenen Maßnahmen zur Mängelbehebung enthalten. Bei der Veröffentlichung sind die Bestimmungen des Datenschutzes, insbesondere der Schutz personenbezogener Daten, zu beachten. § 114a Absatz 2 bis 4 des Elften Buches gilt entsprechend.“

Änderungsvorschlag zu einer Begriffsbestimmung „komplexer Pflegesituationen“ im Pflegeberufegesetz (PflBG)

Sachstand

Das Pflegeberufegesetz (PflBG) verwendet an zentralen Stellen den Begriff der „komplexen Pflegesituation“ – etwa im Zusammenhang mit den vorbehaltenen Aufgaben (§ 4 PflBG) – sowie den Begriff der „hochkomplexen Pflegesituation“ im Kontext der hochschulischen Pflegeausbildung (§ 37 Abs. 3 PflBG) und der praktischen Abschlussprüfung (§ 18 Abs. 2 PflAPrV). Beide Begriffe sind jedoch gesetzlich nicht definiert.

Diese begriffliche Unschärfe führt in der beruflichen Praxis, in Ausbildung und Prüfung sowie im Rahmen rechtlicher Zuständigkeiten zu erheblichen Umsetzungsproblemen. Pflegewissenschaftlich existieren zwar verschiedene Konzepte zur Beschreibung von Komplexität in der Pflege, eine einheitliche, operationalisierte Definition der Begriffe „komplex“ und „hochkomplex“ liegt jedoch nicht vor. Der Begriff „hochkomplex“ wird im fachlichen Diskurs lediglich als qualitative Steigerung verstanden. Die Unterscheidung ist in der Praxis kaum trennscharf möglich.

Rechtlich gesehen handelt es sich um einen klassischen Fall normativer Unschärfe: Der Grad der Komplexität einer Pflegesituation ist entscheidend dafür, ob eine Aufgabe einer Pflegefachperson vorbehalten ist (§ 4 Abs. 2 PflBG) oder delegiert werden kann. Ohne klare Begriffsbestimmung ist eine rechtssichere Anwendung des Gesetzes erschwert.

Änderungsbedarf und Begründung

Aus fachlicher, rechtlicher und praktischer Sicht ist eine gesetzliche Begriffsbestimmung dringend erforderlich. Die Einschätzung des Komplexitätsgrads muss eindeutig der pflegefachlichen Verantwortung zugewiesen werden, da sie Grundlage für die Aufgabenverteilung und die Sicherstellung der Versorgungsqualität ist – insbesondere in multiprofessionellen Teams mit unterschiedlichen Qualifikationsniveaus. Die vorgeschlagene Anpassung stellt sicher, dass die Entscheidungsverantwortung dort verortet ist, wo das notwendige Prozesswissen liegt – bei der Pflegefachperson. Sie schafft Klarheit in der Anwendung des Gesetzes, stärkt die berufliche Rolle der Pflegefachpersonen und fördert eine verlässliche interprofessionelle Zusammenarbeit.

Änderungsvorschlag

Im Pflegeberufegesetz (PflBG) wird § 37 Absatz 3 wie folgt geändert:
Das Wort „hochkomplexer“ wird durch das Wort „komplexer“ ersetzt.

In der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Pflegeberufe (PflAPrV) wird § 18 Absatz 2 wie folgt geändert:

In Satz 1 wird das Wort „hochkomplexen“ durch das Wort „komplexen“ ersetzt.

In Satz 2 wird das Wort „hochkomplexe“ durch das Wort „komplexe“ ersetzt.