



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

Inhalt

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

A. Einleitung und zusammenfassende Bewertung

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

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

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

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

1. Verankerung der Heilkundenausübung

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

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

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

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

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

2. Pflegeprozessverantwortung vergütungsrechtlich absichern und Leistungsanspruch definieren

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

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

3. Entbürokratisierung der Hilfsmittelverordnung durch Pflegefachpersonen

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

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

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

5. Pflegebegutachtung durch Pflegefachpersonen in der Einrichtung auf Höherstufung konzentrieren

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

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

6. Tagespflege stärken und bessere gesetzliche Rahmenbedingungen schaffen

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

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

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

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

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

8. Vertrags- und Vergütungsverhandlungen wirksam beschleunigen

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

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

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

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

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

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

9. Qualitätsausschuss Pflege (QAP)

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

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

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

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

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

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

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

B. Zu den Regelungen im Einzelnen

Artikel 1: Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch

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

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

Weiterer Änderungsbedarf:

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

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

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

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

§ 8 Absatz 3c: Scope of Practice

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

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

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

Weiterer Änderungsbedarf:

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

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

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

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

Weiterer Änderungsbedarf:

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

§ 9: Stärkung der Rolle der Kommunen und Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen Pflegekassen und Kommunen zur Sicherstellung der Versorgung

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

Weiterer Änderungsbedarf:

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

§ 11 Absatz 1 Satz 2 (neu): Pflegeprozessverantwortung

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

Weiterer Änderungsbedarf:

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

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

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

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

Änderungsbedarf:

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

§ 17a: Richtlinien zur Empfehlung von Pflegehilfsmitteln und Hilfsmitteln

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

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

Änderungsbedarf:

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

Streichung des Präqualifizierungserfordernis in § 126 SGB V.

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

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

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

Änderungsbedarf:

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

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

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

Änderungsbedarf:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Änderungsbedarf:

§ 37 ist um folgenden Absatz 2a zu ergänzen:

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

In § 37 Absatz 3 Satz 5 ist aufzunehmen:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Weiterer Änderungsbedarf

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

§ 45e: Förderung der Zusammenarbeit in Netzwerken

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

Weiterer Änderungsbedarf

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

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

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

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

§ 72: Zulassung zur Pflege durch Versorgungsvertrag

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

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

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

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

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

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

Weiterer Änderungsbedarf

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

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

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

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

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

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

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

Weiterer Änderungsbedarf bzgl. des Meldezeitraums

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

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

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

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

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

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

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

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

§ 73a: Verfahren zu Beeinträchtigung bei Versorgungsverträgen

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

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

Änderungsbedarf:

Absatz 1

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

Absatz 2

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

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

§ 75 Rahmenverträge: Effizienzprüfung

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

Änderungsbedarf:

Der neue Absatz 1a soll wie folgt lauten:

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

§ 84 SGB XI: Bemessungsgrundsätze, hier: Externer Vergleich

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

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

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

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

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

Änderungsbedarf:

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

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

§ 85 Absatz 5: Schiedsstellenregelung

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

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

Änderungsbedarf:

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

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

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

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

Weiterer Änderungsbedarf:

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

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

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

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

Änderungsbedarf:

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

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

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

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

Weiterer Änderungsbedarf:

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

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

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

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

Vergütungsverhandlungen:

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

Abrechnungsverfahren:

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

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

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

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

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

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

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

§ 87a Absatz 1 Satz 1: Freihaltepauschalen

Freihaltepauschalen müssen gewährt werden.

Änderungsbedarf:

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

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

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

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

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

Änderungsbedarf:

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

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

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

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

Änderungsbedarf:

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

Entsprechende Umformulierung Absatz 2 Satz 1 Nummer 3:

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

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

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

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

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

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

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

Änderungsbedarf:

Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 wird wie folgt geändert:

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

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

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

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

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

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

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

Änderungsbedarf:

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

Absatz 5 ist wie folgt zu ergänzen:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Änderungsbedarf:

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

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

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

Die Unterstützung soll insbesondere erfolgen durch:

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

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

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

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

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

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

Änderungsbedarf

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

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

§ 114a Absatz 1: Erweiterung der Ankündigungsfrist von Regelprüfungen

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

Weiterer Änderungsbedarf:

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

§ 114a Absatz 3: Begrenzung des Umfangs der Pflegedokumentation

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

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

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

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

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

Änderungsbedarf:

§ 114c Absatz 3:

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

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

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

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

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

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

Weiterer Änderungsbedarf:

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

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

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

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

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

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

§ 125a: Modellvorhaben zur Telepflege

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

§ 125c: Modellvorhaben zur Erprobung digitaler Verhandlungen der Pflegevergütung

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

Änderungsbedarf:

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

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

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

Artikel 3: Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

§ 15: Ärztliche Behandlung, elektronische Gesundheitskarte

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

§ 15a: Behandlung durch Pflegefachpersonen, Pflegeprozessverantwortung

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

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

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

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

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

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

Änderungsbedarf:

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

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

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

§ 27 (Krankenbehandlung) ist wie folgt zu ergänzen:

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

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

Behandlung durch Pflegefachpersonen

Im Leistungserbringungsrecht ist ein neuer § 133 entsprechend einzufügen.

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

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

Ergänzender Änderungsbedarf:

Zu § 15a bzw. 73d:

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

Ergänzungsvorschlag für § 352 Satz 1 Nummern 9-11:

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

§ 37: Häusliche Krankenpflege

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

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

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

Änderungsbedarf:

§ 37 Absatz 2b ist wie folgt zu formulieren:

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

§ 37 Absatz 8 ist zu streichen.

§ 45: Erweiterung der Ansprüche auf Kinderkrankengeld

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

§ 119b: Ambulante Behandlung in stationären Pflegeeinrichtungen

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

Änderungsbedarf:

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

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

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

§ 132a: Versorgung mit häuslicher Krankenpflege

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

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

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

Änderungsbedarf:

§ 132a Absatz 1 Satz 4

Nummer 2a neu ist wie folgt zu fassen:

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

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

Nummer 7 ist zu streichen:

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

Nummer 8 ist wie folgt zu fassen:

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

§ 291 Elektronische Gesundheitskarte/ Absatz 9: elektronische Ersatzbescheinigung

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

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

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

Änderungsbedarf:

§ 339 Absatz 3

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

§ 339 Absatz 3a (neu, Vorschlag):

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

Sowie:

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

Artikel 4: Änderung des Pflegeberufgesetzes

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

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

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

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

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

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

Änderungsbedarf:

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

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

§ 14 ist neu zu fassen:

§ 14 Zusatzausbildung zur eigenverantwortlichen Ausübung von erweiterten heilkundlichen Tätigkeiten

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

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

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

standardisierten Module erfolgt einmalig; Änderungen bedürfen einer erneuten Genehmigung.

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

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

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

§ 37: Primärqualifizierende Ausbildung - Inhalte

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

§ 53: Fachkommission; Erarbeitung von Rahmenplänen

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

Änderungsbedarf:

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

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

Folgeänderungen:

Regelung der Kostentragung PflAuFinV

Ergänzung des § 1 Absatz 7:

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

Regelung der Ausbildungsvergütung

Ergänzung des § 19 Absatz 1 Satz 1 des Pflegeberufgesetzes:

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

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

C. Weitere Änderungsbedarfe

§ 8 Absatz 8 SGB XI: Anschubfinanzierung zur Digitalisierung

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

§ 42a SGB XI: Gemeinsamer Jahresbetrag

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

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

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

§ 45 SGB XI: Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen

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

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

Änderungsbedarf:

§ 45 SGB XI ist wie folgt anzupassen:

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

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

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

§ 113 Absatz 1 Satz 6 SGB XI: Betreuungskräftequalifizierung

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

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

Änderungsbedarf:

Ersatzlose Streichung von § 113 Absatz 1 Satz 6:

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

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

Amt der oder des Beauftragten der Bundesregierung für Pflege

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

Zeitvergütung in der ambulanten Pflege und in der häuslichen Krankenpflege

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

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

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

§ 19 Absatz 6 SGB XII: Sonderrechtsnachfolge

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

Änderungsbedarf:

§ 19 Absatz 6 wird wie folgt geändert:

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

Berlin, 02. Oktober 2025

Bundesarbeitsgemeinschaft
der Freien Wohlfahrtspflege e. V.

Evelin Schneyer
Geschäftsführerin

Kontakt:

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