



Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
21(14)22(22)
gel. VB zur öffentl. Anh. am
08.10.2025 - Pflege
08.10.2025

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 06.10.2025

zum Entwurf eines Gesetzes zur Befugnisserweiterung und
Entbürokratisierung in der Pflege (BEEP)

GKV-Spitzenverband
Reinhardtstraße 28
10117 Berlin
Telefon 030 206288-0
politik@gkv-spitzenverband.de
www.gkv-spitzenverband.de

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

Inhaltsverzeichnis

I. Vorbemerkung	7
II. Stellungnahme	11
Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)	11
Nr. 2 a) – § 5	11
Nr. 2 b) – § 5 neuer Abs. 1a	12
Nr. 2 c) – § 5 Abs. 2, 3 und 4	14
Nr. 2 e) – § 5 Abs. 7	15
Nr. 3 a) – § 7a Absatz 1 Satz 8	16
Nr. 3 b) – § 7a Absatz 3	17
Nr. 3 c) – § 7a Absatz 7 Satz 4	18
Nr. 3 d) – § 7a Absatz 8	19
Nr. 4 – § 7b Absatz 1 Satz 1	20
Nr. 5 – § 7c Absatz 2 Satz 6	21
Nr. 6 a) – § 8 Absatz 3c	22
Nr. 6 c) – § 8 Absatz 7	24
Nr. 7 – § 8a Absatz 5	25
Nr. 8 – § 9 Satz 2	26
Nr. 9 – § 10 Absatz 1	27
Nr. 10 b) – § 11 Abs. 1a	28
Nr. 11 a) – § 12 Absatz 1 Satz 3	29
Nr. 11 b) – § 12 Absatz 2	30
Nr. 12 – § 15 Absatz 8	32
Nr. 13 – § 17	33
Nr. 14 – § 17a	34
Nr. 15 – § 18a Absatz 10 Sätze 1 und 3	39
Nr. 16 a) – § 18c Absatz 1 Satz 2	40
Nr. 16 b) aa) – § 18c Absatz 5 Satz 1	41
Nr. 16 b) bb) – § 18c Absatz 5 Satz 4	44
Nr. 17 a) – § 18e Absatz 1 Satz 2	45
Nr. 17 b) – § 18e Absatz 6	46
Nr. 18 c) – § 28 Abs. 5	48
Nr. 20 – § 34	49
Nr. 21 – § 36	50
Nr. 22 – § 37	51
Nr. 23 – § 38a	53
Nr. 24 – § 39a	54
Nr. 25 – § 40	56
Nr. 26 a) – § 40a Absatz 1a Satz 1	58

Nr. 26 b) Buchstabe aa) – § 40a Absatz 2 Satz 1	59
Nr. 26 b) Buchstabe bb) – § 40a Absatz 2 Satz 5	60
Nr. 27 – § 40b Absatz 1	61
Nr. 28 – § 41	62
Nr. 29 – § 43	63
Nr. 30 – § 43a	64
Nr. 31 – § 44a Absatz 1	65
Nr. 33 – § 45b	66
Nr. 34 – § 45c	67
Nr. 35 – § 45d	69
Nr. 35 – § 45e	73
Nr. 36 – § 45f	75
Nr. 36 – § 45g	76
Nr. 36 – § 45h	77
Nr. 37 – § 47b	79
Nr. 39 – § 55 Absätze 3a und 3b	80
Nr. 40 – § 69 Absatz 2	81
Nr. 42 – § 72 Absatz 1a	83
Nr. 42 – § 72 Absatz 3b	84
Nr. 42 – § 72 Absatz 3e	85
Nr. 42 – § 72 Absatz 3f	86
Nr. 43 – § 73a	87
Nr. 45 – § 75	89
Nr. 46 – § 78	90
Nr. 47 a) – § 78a Absatz 1 Satz 2	91
Nr. 47 b) – § 78a Absatz 4 Satz 3	92
Nr. 47 c) aa) – § 78a Absatz 5 Satz 3	93
Nr. 47 c) bb) – § 78a Absatz 5 Satz 6	94
Nr. 47 d) – § 78a Absatz 6	95
Nr. 47 d) – § 78a Absatz 6a (NEU)	96
Nr. 48 a) – § 82c Absatz 5 Satz 1	98
Nr. 48 b) – § 82c Absatz 9 Satz 9	99
Nr. 49 – § 84 Absatz 2 Satz 7	100
Nr. 50 – § 85 Absatz 5 Satz 1	101
Nr. 51 – § 86a	102
Nr. 52 – § 87a	104
Nr. 55 – § 92c	105
Nr. 56 – § 97	109
Nr. 58 b) – § 109 Absatz 6	110
Nr. 60 – § 112a Abs. 3 Satz 1	111
Nr. 61 – § 113 Absatz 1 Satz 2 (neu)	112
Nr. 61 – § 113 Absatz 1	113
Nr. 62 a) – § 113b Absatz 2 Satz 5 und 6	115
Nr. 62 b) – § 113b Absatz 3 Satz 8	116
Nr. 62 c) aa) – § 113b Absatz 4 Satz 2 Nummer 6	117

Nr. 62 c) bb) – § 113b Absatz 4 Sätze 3 und 4	118
Nr. 63 a) – § 113c Absatz 2 Satz 2	119
Nr. 63 b) – § 113c Absatz 3	120
Nr. 63 b) – § 113c Absatz 4	121
Nr. 63 c) – § 113c Absatz 5 Satz 1	122
Nr. 64 – § 113d	123
Nr. 65 – § 114 Absatz 1a (neu)	124
Nr. 66 a) – § 114a Absatz 1 Satz 2	126
Nr. 66 b) – § 114a Absatz 2 Sätze 2 bis 4	127
Nr. 66 c) – § 114a Absatz 3 Satz 3	128
Nr. 66 d) – § 114a Absatz 5 Sätze 2 bis 4	129
Nr. 66 e) – § 114a Absatz 7	130
Nr. 67 b) – § 114c Absatz 1	131
Nr. 67 c) – § 114c Absatz 3	132
Nr. 68 a) – § 115 Absatz 1a	133
Nr. 68 b) aa) – § 115 Absatz 5 Satz 1	134
Nr. 68 b) bb) – § 115 Absatz 5 Satz 2	135
Nr. 68 c) – § 115 Absatz 6 Satz 1	136
Nr. 69 – § 117 Absatz 1 Satz 1	137
Nr. 70 – § 118 Absatz 1 Satz 1	138
Nr. 71 – § 118a (neu)	139
Nr. 72 – § 122	140
Nr. 73 – § 123 Absatz 1	142
Nr. 73 – § 123 Absatz 2	143
Nr. 73 – § 123 Absatz 5	144
Nr. 73 – § 123 Absatz 5	145
Nr. 74 – § 125a	146
Nr. 75 – § 125c	148
Nr. 75 – § 125d	149
Nr. 76 – § 146a	150
Nr. 78 – § 154	151
Artikel 3 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)	152
Nr. 2 – § 15a	152
Nr. 3 – § 20 Absatz 5	154
Nr. 4 – § 24i	155
Nr. 5 – § 33 Absatz 5a	156
Nr. 6 – § 37	157
Nr. 9 – § 44a	158
Nr. 10 – § 45	159
Nr. 11 – § 47	161
Nr. 13 – § 64d	162
Nr. 14 – § 65d	163
Nr. 15 – § 70	164
Nr. 16 – § 73d	165
Nr. 17 – § 81	169

Nr. 18 – § 87 Absatz 2a Satz 9	170
Nr. 20 – § 105	171
Nr. 21 – 112a (neu)	172
Nr. 23 – § 132a	174
Nr. 26 – § 197b	176
Nr. 31 – § 291	177
Nr. 33 – § 340	178
Nr. 34 – § 340a	179
Nr. 35 – § 342	180
Nr. 36 – § 347	182
Nr. 37 – § 348	183
Nr. 38 – § 349	184
Nr. 39 – § 360	185
Nr. 40 a) und b) – § 361	187
Nr. 41 – § 362	188
Nr. 44 – § 393	189
Nr. 45 – § 399	190
Artikel 5 (Änderung des Pflegeberufgesetzes)	191
Nr. 3 – § 4	191
Nr. 4 – § 4a	192
Artikel 6 (Änderung des Dritten Buches Sozialgesetzbuch)	193
§ 421d	193
Artikel 7 (Änderung des Siebten Buches Sozialgesetzbuch)	194
§ 47	194
Artikel 8 (Änderung des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch)	195
§ 64k	195
Artikel 11 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)	196
Nr. 1 – § 14b Satz 3	196
Nr. 2 – § 14b Satz 4	197
Artikel 13 (Änderung des Mutterschutzgesetzes)	198
§ 20	198
III. Ergänzender Änderungsbedarf	199
Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)	199
§ 8 Absatz 3b	199
§ 18 Absatz 3	200
§ 40 und § 78	201
§ 40a Absatz 2 Satz 3 bis 5	204
§ 42b	205
§ 43c	207
Nr. 42 – § 72 Absatz 3c	208
Nr. 42 - § 72 Absatz 3e	209
Nr. 68 – § 115 Absätze 3 und 3a	211
Artikel 3 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)	212
§§ 279 und 282	212

§ 290 Absatz 3 SGB V	214
§ 291a	215
§ 291b	216
§ 293 Absatz 8	217
§ 342a	220
§ 352	221
§ 362c	222
Änderung des Pflegeberufgesetzes sowie Änderung der Pflegeberufe- Ausbildungsfinanzierungsverordnung	223
§ 30 Absatz 4 PflBG sowie § 5 Absatz 3 PflAFinV	223

I. Vorbemerkung

Die soziale Pflegeversicherung ist in besonderem Maße von den Auswirkungen der demografischen Veränderungsprozesse in Deutschland betroffen. Die wachsende und absehbar weiter steigende Pflegeprävalenz sowie ein gleichzeitig im Verhältnis zum Bedarf stagnierendes Versorgungsangebot für pflegebedürftige Menschen treffen in zunehmender Weise auf einen Fachkräftemangel, der nicht allein durch ein Mehr an finanziellen Mitteln behoben werden kann. Gleichzeitig benötigt die soziale Pflegeversicherung dringend finanzielle Stabilität.

Der GKV-Spitzenverband begrüßt die Intention des Bundesministeriums für Gesundheit, auf verschiedenen Ebenen die Rahmenbedingungen dafür zu schaffen, die Kompetenzen der Pflege besser für die Versorgung zu nutzen und damit die Attraktivität des Berufsbildes weiter zu stärken. Insbesondere im Zusammenspiel mit anderen pflegeberuflichen Gesetzesvorhaben – namentlich dem Pflegefachassistenteneinführungsgesetz und dem geplanten Pflege- und Gesundheitsexperten-Einführungsgesetz zur bundeseinheitlichen Einführung eines Pflegeberufs auf Masterniveau – ist dies ein weiterer wichtiger Schritt für eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen und der Durchlässigkeit der verschiedenen Berufe in der Pflege. Der GKV-Spitzenverband erhofft sich davon schlussendlich und insbesondere eine Verbesserung der pflegerischen Versorgung der Pflegebedürftigen.

Adressiert werden mit dem Gesetzesvorhaben darüber hinaus weitere zentrale Handlungsfelder, wie die Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention für pflegebedürftige Versicherte, die Schaffung eines breiten Spektrums an innovativen Wohnformen für Pflegebedürftige, die Verbesserungen der Zusammenarbeit von Kommunen und Pflegekassen und die Einbeziehung von Pflegefachpersonen in die ambulante Versorgung. Die gesetzliche Verankerung, nun Pflegefachpersonen regelhaft heilkundliche Aufgaben zuzuschreiben und ihre heilkundlichen Kompetenzen in die Regelversorgung zu integrieren, wird ausdrücklich begrüßt. Sie wird als wichtiger erster Schritt zur Anerkennung des Pflegeberufs gewertet. Gerade für die geplante Reform zur Primärversorgung braucht es die Kompetenzen von Pflegefachpersonen. In der Gesamtschau muss aber angemerkt werden, dass die Vielzahl an Regelungen des vorliegenden Gesetzentwurfs hinsichtlich des Ausmaßes ihrer Folgewirkungen und ihrer Implikationen für die konkrete Umsetzung in der Praxis teilweise einer Präzisierung sowie Prüfung ihrer inhaltlichen Kohärenz bedürfen. Andernfalls bestünde die Gefahr, dass richtige Gestaltungsansätze in der Praxis nicht umsetzbar sind.

Pflegekompetenz

Der vorgelegte Entwurf eines Gesetzes zur Befugnisserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege (BEEP) adressiert nachvollziehbarerweise die Frage, wie die vielfältigen Kompetenzen von Pflegefachpersonen so gestaltet werden können, dass sie für die Versorgung zielgerichteter und effizienter als bisher eingesetzt werden können. Eine aufgewertete und eigenverantwortlichere Rolle der Pflegeberufe in der Versorgung ist zeitgemäß, um das vorhandene Fachkräftepotenzial kompetenz-

und bedarfsorientiert zielgenauer als bislang einzusetzen und die Versorgung nachhaltig sicherzustellen.

Der vorgelegte Gesetzentwurf ist nach dem Pflegestudiumstärkungsgesetz gemeinsam mit dem Pflegefachassistenteneinführungsgesetz und dem geplanten Pflege- und Gesundheitsexperten-Einführungsgesetz ein weiterer Baustein der Neuausrichtung der Profession Pflege und der Erweiterung der Kompetenzen für Pflegefachpersonen. Hierzu gilt es, stabile rechtliche Voraussetzungen und Rahmenbedingungen zu schaffen. Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes sind dahingehend für die eigenverantwortliche Erbringung von Leistungen der bisher ärztlichen Behandlung durch Pflegefachpersonen dringend bundeseinheitlich gesetzlich geregelte Mindestanforderungen an die jeweiligen (Fach-) Weiterbildungen und die Kompetenzfeststellungsverfahren zu schaffen. Nur so kann eine transparente und rechtssichere Struktur für die Erlaubnis zur Durchführung dieser Tätigkeiten gelingen. Darüber hinaus ist es von besonderer Bedeutung, Transparenz, Klarheit und die notwendige Abgrenzung zwischen den verschiedenen heilkundlichen Leistungsarten zu schaffen. Die hierzu gewählte Rechtskonstruktion, diese Leistungen in einem Vertrag festzulegen, wirft allerdings Fragen auf. Dies betrifft insbesondere das Verhältnis dieses Vertrages zur gesetzlichen Normenhierarchie und zum Gemeinsamen Bundesausschuss.

Innovative Versorgungsformen

Um die Versorgung pflegebedürftiger Menschen besser an deren Bedürfnisse anzupassen, sieht der Gesetzentwurf eine neue, kombinierte Wohnform aus ambulanter und stationärer pflegerischer Versorgung vor. Dazu soll es ambulanten Pflegeeinrichtungen ermöglicht werden, im Rahmen sektorenübergreifender Verträge mit den Landesverbänden der Pflege- und Krankenkassen sowie dem jeweils zuständigen Sozialhilfeträger die pflegerische Versorgung für gemeinschaftliche Wohnformen zu übernehmen. Der GKV-Spitzenverband begrüßt Ansätze, die den individuellen Bedürfnissen und selbstbestimmten Vorstellungen Pflegebedürftiger noch besser Rechnung trägt. Jedoch ist fraglich, inwieweit sich mit den im Gesetzentwurf vorgelegten Regelungen zur Schaffung eines neuen pflegerischen Angebots in gemeinschaftlichen Wohnformen die beabsichtigte Wirkung in der Praxis entfalten kann. Die leistungsrechtlichen und vertraglichen Vorgaben für diese neue Versorgungsform sind nur so rudimentär beschrieben, dass sie zu komplexen Umsetzungsfragen und Interpretationsspielräumen führen. Angesichts der Vielzahl der noch offenen Fragen ist eine Umsetzung auf Basis der jetzigen Regelungen des Gesetzentwurfs nicht sachgerecht.

Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen Kommunen und Pflegekassen

Der Gesetzentwurf sieht vor, dass Kommunen mehr Mitgestaltungsmöglichkeiten bei der pflegerischen Versorgung vor Ort erhalten. In diesem Zusammenhang sollen die Länder nun durch Landesrecht bestimmen können, ob bzw. wie eine kommunale Pflegestrukturplanung vorzusehen ist. Auf der anderen Seite haben die Pflegekassen aber im Falle einer durch Landesrecht bestimmten kommunalen Pflegestrukturplanung kein verbindliches Mitwirkungsrecht. Das ist nicht sachgerecht. Die Umsetzung des Ziels des Gesetzgebers, die Zusammenarbeit zwischen Pflegekassen und Kommunen zu verbessern, wird damit einseitig von den Ländern definiert. Zudem sehen die gesetzlichen Neuregelungen vor, dass Pflegekassen künftig die Empfehlungen der regionalen Ausschüsse nach § 8a Absatz 3 SGB XI verbindlich bei der Zulassung von Pflegeeinrichtungen beachten müssen. Unklar bleibt

dabei, wie dies umgesetzt werden soll und wer letztlich die Verantwortung für die damit verbundenen Entscheidungen trägt.

Gesundheitsförderung und Prävention

Aufgrund der demografischen Entwicklung und damit im Zusammenhang stehender Herausforderungen (z. B. sozialräumlicher Infrastrukturmängel) wird der Zielgruppe „ältere/alte Menschen“ in der Prävention und Gesundheitsförderung bereits heute verstärkt Beachtung geschenkt. Der GKV-Spitzenverband unterstützt daher das Anliegen, Gesundheit, Lebensqualität, Selbstbestimmung, Mobilität und Selbstständigkeit möglichst bis ins hohe Alter zu erhalten und die Entstehung von Krankheit und Pflegebedürftigkeit zu vermeiden beziehungsweise hinauszuzögern.

In diesem Sinne ist der Intention des Gesetzentwurfs, die Prävention im Rahmen des SGB XI weiter auszubauen, grundsätzlich zuzustimmen. Dies soll über verbesserte Zugänge für pflegebedürftige Versicherte zu den individuellen Präventionsangeboten der Krankenkassen nach § 20 Abs. 5 SGB V und deren bessere Ausrichtung auf die Präventionsbedarfe pflegebedürftiger Menschen erfolgen. Es ist grundsätzlich sinnvoll, an bereits etablierte Beratungsstrukturen des SGB XI anzuknüpfen und keine neuen Beratungsstrukturen und -angebote für die Gesundheitsförderung und Prävention in der Pflegeversicherung zu schaffen.

GKV-Finanzierung

Die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) steht im Jahr 2026 vor finanziellen Herausforderungen. Die erheblichen Erhöhungen der Zusatzbeiträge durch die Krankenkassen zu Beginn dieses Jahres konnten die strukturelle Diskrepanz zwischen Einnahmen und Ausgaben nicht ausgleichen. Aufgrund der hohen Ausgabendynamik im Jahr 2024 und im ersten Halbjahr 2025 von rund acht Prozent wird sich die Finanzsituation weiter verschärfen. Auch für das Jahr 2026 werden in der GKV stark steigende Leistungsausgaben erwartet.

Um weitere Steigerungen des Zusatzbeitragssatzes zu Beginn des kommenden Jahres zu vermeiden und die Finanzsituation der GKV kurzfristig zu stabilisieren, sind Maßnahmen erforderlich, die bereits im Jahr 2026 Wirkung entfalten können. Vor dem Hintergrund der großen Dringlichkeit des Handlungsbedarfs spricht sich der GKV-Spitzenverband dafür aus, entsprechende Kurzfristmaßnahmen im Rahmen des vorliegenden Gesetzentwurfs zu regeln. Angesichts der gemeinsamen Verantwortung aller Vertragspartner und Leistungsanbieter im Gesundheitswesen sollten möglichst alle Leistungsbereiche einen Beitrag leisten.

Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes und der gesetzlichen Krankenkassen sind darüber hinaus grundlegende Reformen zwingend erforderlich. Diese sollten einerseits die gesamtgesellschaftliche Verantwortung des Bundes für die Stabilität der GKV berücksichtigen und andererseits auf eine einnahmenorientierte Ausgabenpolitik abzielen. So muss der Bund ausgabendeckende Beiträge für Bürgergeldbeziehende an die GKV leisten und die Bundesbeteiligung für versicherungsfremde Leistungen dynamisieren. Zudem sollte der in § 71 SGB V verankerte Grundsatz der Beitragssatzstabilität gesetzlich konkretisiert und verbindlicher ausgestaltet werden. Dadurch würde sichergestellt, dass die Krankenkassen nicht mehr ausgeben, als sie mit dem aktuellen

Beitragssatzniveau einnehmen. Preis- und Honoraranstiege müssten sich künftig an der Einnahmesituation orientieren.

Langfristig sollten diese Maßnahmen durch Strukturreformen begleitet werden, um die Finanzlage der GKV dauerhaft zu sichern und gleichzeitig eine qualitativ hochwertige Versorgung aller Versicherten zu gewährleisten.

Zu den vorgesehenen Regelungen nimmt der GKV-Spitzenverband im Einzelnen wie folgt Stellung.

II. Stellungnahme

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 2 a) – § 5

A) Beabsichtigte Neuregelung

In der Neufassung der Überschrift wird durch die Einfügung „und in der häuslichen Pflege“ der Intention des Gesetzgebers entsprochen, pflegebedürftige Menschen, die in der häuslichen Pflege von An- und Zugehörigen und /oder einem Pflegedienst versorgt werden, zielgenauer den Zugang zu den Präventionsleistungen der Krankenkassen nach § 20 Abs. 4 Nummer 1 des SGB V zu ermöglichen.

B) Stellungnahme

Die Überschrift verdeutlicht die Intention des Gesetzgebers und bedeutet eine redaktionelle Folgeänderung aufgrund der Einfügung des neuen Absatzes 1a.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 2 b) – § 5 neuer Abs. 1a

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Einführung des neuen Absatzes 1a wird beabsichtigt, den Zugang zu Präventionsleistungen für Pflegebedürftige in der häuslichen Pflege zu verbessern, indem diese eine zielgenaue Präventionsberatung durch die Pflegekassen erhalten. Damit will der Gesetzgeber erreichen, dass der Zugang von pflegebedürftigen Menschen – ob mit oder ohne ambulanten Pflegedienst versorgt – zu den Präventionsleistungen der Krankenkassen unterstützt wird. Den Pflegebedürftigen soll eine Bedarfserhebung, eine Beratung und die Empfehlung einer konkreten Maßnahme der Prävention (Präventionsempfehlung) durch die Pflegekassen ermöglicht werden. Dies kann durch eine Pflegefachperson oder durch gemäß § 7a Abs. 3 Satz 2 SGB XI qualifizierte Pflegeberaterinnen und Pflegeberater über die Leistungserbringung nach § 36 SGB XI, die Pflegeberatung nach § 7a und c SGB XI und die Beratungsbesuche nach § 37 Abs. 3 SGB XI erfolgen. Die Bedarfserhebung, Beratung und Empfehlung sollen frühestmöglich nach Feststellung der Pflegebedürftigkeit unter Berücksichtigung der Empfehlungen nach § 18b SGB XI und auch während der fortschreitenden Pflegebedürftigkeit umgesetzt werden. Die Krankenkassen sollen die Präventionsempfehlung der Pflegekassen nach § 5 Abs. 1a Satz 3 Nummer 2 und Satz 5 und 6 des SGB XI und § 18b Abs. 2 Satz 1 SGB XI aufgreifen und bei einer Entscheidung über eine verhaltensbezogene Präventionsmaßnahme nach § 20 Abs. 5 SGB V berücksichtigen.

Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen soll unter Einbeziehung unabhängigen Sachverständigen die Kriterien für die Verfahren nach dem neuen Absatz Satz 1 bis 3 festlegen, insbesondere hinsichtlich des Inhalts, der Methodik, der Qualität, der wissenschaftlichen Evaluation und der Messung der Erreichung der mit den Maßnahmen verfolgten Ziele. Im SPV-Leitfaden sollen die Voraussetzungen und Ziele der individuellen Bedarfserhebungen und Beratung von Pflegebedürftigen zur Nutzung präventiver Angebote festgelegt werden. Entsprechend den Erläuterungen zur beabsichtigten Neureglung im § 5 SGB XI soll der GKV-Spitzenverband den GKV-Leitfaden Prävention weiterentwickeln und spezifische Handlungsfelder und Kriterien für Leistungen zur primären Prävention für Pflegebedürftige in häuslicher Pflege nach § 20 Absatz 2 SGB V definieren (vgl. B. Besonderer Teil, zu Artikel 1, Nummer 2 (§ 5), zu Buchstabe b).

B) Stellungnahme

Der Intention des Gesetzgebers, die Prävention im Rahmen des SGB XI weiter auszubauen, ist grundsätzlich zuzustimmen. Dies soll über verbesserte Zugänge für pflegebedürftige Versicherte zu den individuellen Präventionsangeboten der Krankenkassen nach § 20 Abs. 4 Nr. 1 SGB V erfolgen. Für die Pflegekassen würde dies bedeuten, dass die bestehenden genannten Beratungsstrukturen dahingehend geprüft werden, ob und wie die Möglichkeit einer Präventionsempfehlung als Beratungsinhalt ggf. weiter zu präzisieren bzw. zu stärken ist und welche Prozesse hierfür ggf. von den Kranken- und Pflegekassen an den Schnittstellen anzupassen sind.

Leistungen der Primärprävention und Gesundheitsförderung nach §§ 20, 20a SGB V können auch für ältere Menschen, die pflegebedürftig sind und zu Hause von Angehörigen oder durch ambulante

Pflegedienste versorgt werden, sinnvoll sein und helfen, gesundheitliche Risiken zu reduzieren und Ressourcen zu stärken. Um die individuellen verhaltensbezogenen Leistungen der GKV noch passgenauer auf die Prävention vor und in der Pflege zu gestalten, kann eine Ergänzung von spezifischen Handlungsfeldern und Kriterien für diese Zielgruppe im GKV-Leitfaden Prävention sinnvoll sein. Ob die Weiterentwicklung dieser Angebote der individuellen verhaltensbezogenen Primärprävention und Gesundheitsförderung tatsächlich ausreichend ist, um pflegebedürftige Menschen in häuslicher Pflege bedarfsgerecht zu erreichen und zu unterstützen, oder ob zusätzliche Angebote außerhalb des SGB V erforderlich sind, muss sich jedoch erst noch zeigen.

Im Jahr 2024 förderten die Krankenkassen rund 1,96 Mio. Teilnahmen an Präventionskursen. Sowohl der zur Verfügung stehende Betrag je Versicherten für Leistungen der individuellen verhaltensbezogenen Prävention in Höhe von 2,67 Euro als auch der Ausgabenrichtwert gemäß § 20 Abs. 6 Satz 1 SGB V für die Summe aller Leistungsausgaben zur Gesundheitsförderung und Prävention im Jahr 2024 in Höhe von 9,04 Euro je Versicherten wurden mit 9,20 Euro je Versicherten bereits deutlich überschritten.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 2 c) – § 5 Abs. 2, 3 und 4

A) Beabsichtigte Neuregelung

Durch die Neufassung will der Gesetzgeber erreichen, dass die Ausgaben und das Verfahren zur Umverteilung sowie das Hinwirken auf frühzeitige Interventionen, die eine Pflegebedürftigkeit vermeiden helfen, auch für die Vorhaben nach § 5 Abs. 1a gelten.

B) Stellungnahme

Wenn der Intention des neuen Abs. 1a gefolgt wird, dann ist das folgerichtig.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 2 e) – § 5 Abs. 7

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Absatz 7 wird gestrichen.

B) Stellungnahme

Die Änderung ist sachgerecht, da die hier aufgeführten Regelungen befristete pandemiebedingte Sonderregelungen betreffen und nicht mehr aktuell sind.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 3 a) – § 7a Absatz 1 Satz 8

A) Beabsichtigte Neuregelung

In § 7a Absatz 1 soll Satz 8 gestrichen und in dem neu gefassten Absatz 8 Satz 4 verortet werden. Der Satz regelt inhaltlich unverändert, dass Pflegekassen ihnen obliegende Aufgaben der Pflegeberatung ganz oder teilweise auf Dritte übertragen können und § 80 SGB X (Verarbeitung von Sozialdaten im Auftrag) unberührt bleibt.

B) Stellungnahme

Die Verortung des Satzes 8 in Absatz 8 Satz 4 stellt eine redaktionelle Folgeänderung dar. Die Regelung bleibt dem Inhalt nach bestehen.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 3 b) – § 7a Absatz 3

A) Beabsichtigte Neuregelung

In § 7a Absatz 3 Satz 2 soll im Rahmen der Aufzählung des die Pflegeberatung durchführenden qualifizierten Personals der Begriff „Pflegefachkräfte“ durch „Pflegefachpersonen“ ersetzt werden. In Satz 3 soll die Fristangabe „bis zum 31. Juli 2018“ zur Abgabe der Empfehlungen zur erforderlichen Anzahl, Qualifikation und Fortbildung von Pflegeberaterinnen und Pflegeberatern gestrichen werden.

B) Stellungnahme

Die Anpassung des Begriffs „Pflegefachkraft“ erfolgt auf der Grundlage der in § 15a Absatz 3 SGB V geregelten Legaldefinition der Pflegefachperson und ist daher sachgerecht. Die Anpassung des Begriffs erfordert zu gegebener Zeit eine entsprechende Anpassung der Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes nach § 7a Absatz 3 Satz 3 SGB XI zur erforderlichen Anzahl, Qualifikation und Fortbildung von Pflegeberaterinnen und Pflegeberatern.

Die Streichung der Frist stellt eine redaktionelle Änderung dar, da die Empfehlungen bereits in Kraft getreten sind.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 3 c) – § 7a Absatz 7 Satz 4

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Verweis auf die Modellvorhaben nach § 123 Absatz 1 (ALT) soll gestrichen werden.

B) Stellungnahme

§ 123 SGB XI wurde mit dem Gesetz zur Unterstützung und Entlastung in der Pflege (Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz – PUEG) novelliert. Folglich ist die Streichung sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 3 d) – § 7a Absatz 8

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der neu gefassten Absatz 8 regelt weiterhin unverändert, dass sich die Pflegekassen zur Wahrnehmung ihrer Beratungsaufgaben aus ihren Verwaltungsmitteln an der Finanzierung und arbeitsteiligen Organisation von Beratungsaufgaben anderer Träger beteiligen können und dabei Neutralität und Unabhängigkeit der Beratung zu gewährleisten sind (als neuer Satz 3 in Absatz 8). Der neue Satz 1 regelt, dass die Pflegekassen eine angemessene Beratung ihrer Versicherten sicherstellen. In einem neuen Satz 2 wird ergänzt, dass die Pflegekassen zur Sicherstellung der Beratung der Versicherten im Land einheitlich und gemeinsam Vereinbarungen zur kassenartenübergreifenden Organisation der Pflegeberatung im Land und zur Abstimmung und Zuordnung der Beratungsstrukturen zu bestimmten räumlichen Einzugsbereichen treffen und diese Aufgabe auch an die Landesverbände der Pflegekassen übertragen können. Die mögliche Übertragung der Beratungsaufgaben von den Pflegekassen auf Dritte (derzeit Absatz 1 Satz 8) soll als Satz 4 angefügt werden.

B) Stellungnahme

Mit dem neuen Satz 1 wird der Auftrag der Pflegekassen, die Pflegeberatung für die Versicherten sicherzustellen, gesetzlich verankert. Die Neuerung in Satz 2, dass Pflegekassen zur Sicherstellung der Beratung einheitlich und gemeinsam Vereinbarungen zur kassenartenübergreifenden Organisation der Pflegeberatung im Land und zur Abstimmung und Zuordnung der Beratungsstrukturen zu bestimmten räumlichen Einzugsbereichen treffen können, kann unter anderem dazu beitragen, den Zugang zur Pflegeberatung und/oder zu spezifischen Beratungsangeboten für bestimmte Bedarfe zu schaffen bzw. zu verbessern. Die Evaluation der Pflegeberatung und Pflegeberatungsstrukturen gemäß der gesetzlichen Berichtspflicht nach § 7a Abs. 9 SGB XI zeigt auf, dass insbesondere Lücken bei spezifischen Beratungsangeboten geschlossen werden sollten. Im Rahmen des Evaluationsberichtes wird darauf hingewiesen, dass es nicht realistisch sei, dass alle Pflegeberaterinnen und -berater für die Bedarfe aller Zielgruppen fortgebildet sind, so dass praktikable Lösungen zur Einbindung der notwendigen Expertise gefunden werden sollten. Die Neufassung des Absatzes 8 wird daher begrüßt.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 4 – § 7b Absatz 1 Satz 1

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Änderungen in Absatz 1 Satz 1 betreffen redaktionelle Folgeänderungen. So wird § 38a (§ 45f - NEU) durch § 38 (Kombinationsleistung) sowie die Angabe § 45e (NEU: Förderung der Zusammenarbeit in regionalen Netzwerken) durch die Angabe § 45f bis § 45h (Zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen / Anschubfinanzierung zur Gründung von ambulant betreuten Wohngruppen / Leistungen in gemeinschaftlichen Wohnformen mit Verträgen zur pflegerischen Versorgung) ersetzt.

B) Stellungnahme

Die redaktionellen Folgeänderungen sind sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 5 - § 7c Absatz 2 Satz 6

A) Beabsichtigte Neuregelung

Gemäß Absatz 2 Satz 6 Nummer 1 sollen die Träger Pflegefachkräfte in die Tätigkeit der Pflegestützpunkte einbinden. Das Wort "Pflegefachkräfte" soll durch "Pflegefachpersonen" ersetzt werden.

B) Stellungnahme

Mit der Änderung wird der Begriff an die Legaldefinition "Pflegefachkraft" angepasst. Die Änderung ist sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 6 a) – § 8 Absatz 3c

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der § 8 soll um einen neuen Absatz 3c ergänzt werden. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen soll gemäß der beabsichtigten Neuregelung in den Jahren 2026 bis 2031 gemeinsam mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen wissenschaftliche Expertisen zur konkreten Ausgestaltung und Weiterentwicklung der Inhalte von Leistungen nach diesem und nach dem Fünften Buch, die durch Pflegefachpersonen jeweils abhängig von ihren Kompetenzen erbracht werden können, fördern. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen bestimmen im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit und unter Beteiligung des Bundesministeriums für Bildung, Familie, Senioren, Frauen und Jugend nach Anhörung der maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene Dauer, Inhalte und Durchführung. Zur Finanzierung stehen dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen zehn Millionen Euro aus dem Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung zur Verfügung; an den Ausgaben für die Fördermittel trägt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen 50 Prozent. Die im Modellprogramm nach § 125a zur Verfügung gestellten zehn Millionen Euro aus dem Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung werden zugleich um fünf Millionen Euro gekürzt (vgl. Nr. 66).

B) Stellungnahme

Die Einrichtung des neuen Förderprogramms gem. § 8 Absatz 3c wird begrüßt. Eine Verwendung der gekürzten Mittel aus dem Modellprogramm gemäß § 125a für die wissenschaftlichen Expertisen ist grundsätzlich sachgerecht.

Die beabsichtigte Neuregelung steht in enger Verbindung mit der beabsichtigten Neuregelung nach Artikel 3 Nr. 8 zur Schaffung eines neuen § 73d SGB V. Gemäß dieser beabsichtigten Neuregelung vereinbaren bis zum 31. Dezember 2025 die Spitzenorganisationen nach § 132a Absatz 1 Satz 1 SGB V und die Kassenärztliche Bundesvereinigung unter Beteiligung der Vereinigungen der Träger von stationären Pflegeeinrichtungen nach § 71 Absatz 2 SGB XI einen Rahmenvertrag. Das Bundesministerium für Gesundheit wird zudem bis zum 31. Dezember 2027 eine Evaluation der Entwicklung und Umsetzung der selbständigen Erbringung heilkundlicher Aufgaben durch Pflegefachpersonen in anderen Versorgungsbereichen, insbesondere im Bereich der Krankenhäuser und Vorsorge- und Rehabilitationsreinrichtungen vorlegen. Diese soll auch die im Bereich des § 8 Absatz 3c SGB XI entwickelten Empfehlungen einbeziehen. Vor diesem Hintergrund und mit Blick auf die zeitliche Überschneidung zum § 8 Absatz 3c SGB XI muss sichergestellt werden, dass auch bereits vorliegende Zwischenergebnisse in die Bewertung des Umsetzungsstands und die Identifizierung möglichen Anpassungsbedarfs einfließen.

Vor dem Hintergrund, dass es sich bei dem Auftrag gemäß der beabsichtigten Neuregelung um eine systemische Weiterentwicklung von grundsätzlicher Bedeutung für die Versorgung von Pflegebedürftigen handelt, sollte sich die Private Pflegeversicherung entsprechend der Regelung nach § 8 Absatz 9 SGB XI an den Kosten beteiligen.

C) Änderungsvorschlag

§ 8 Abs. 9 S. 1 SGB XI wird wie folgt neu gefasst: „Die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, beteiligen sich mit einem Anteil von 7 Prozent an den Kosten, die sich gemäß den Absätzen 3c, 5, 7 und 8 jeweils ergeben“.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 6 c) – § 8 Absatz 7

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die in § 8 Absatz 7 SGB XI genannten Fördermaßen sollen um die Fördermaßnahme zur betrieblichen Integration von Pflege- und Betreuungspersonal aus dem Ausland erweitert werden. Des Weiteren soll die bereits förderfähige Maßnahme zur kompetenzorientierten Personalentwicklung dahingehend ergänzt werden, dass sich die Personalentwicklung auch an den Bedarfen pflegebedürftiger Personen orientiert. Die Maßnahmen zur Personalentwicklung sollen dahingehend konkretisiert werden, dass auch die fachgerechte Wahrnehmung der Pflegeprozessverantwortung durch Pflegefachpersonen sowie Maßnahmen zu ihrer sachgerechten Umsetzung einschließlich der Durchführung von Schulungen umfasst sind. Dies soll in gleicher Weise für die Entwicklung und Umsetzung einschließlich der Durchführung von Delegationskonzepten gelten, die nach § 11 SGB XI zu entwickeln sind.

B) Stellungnahme

Die Erweiterung der Inhalte, die zu einer Personalentwicklung zählen, tragen der mit dem diesem Gesetz vorgesehenen Intention der kompetenz- und bedarfsorientierten Versorgung Rechnung. Auch Maßnahmen zur betrieblichen Integration von ausländischen Pflege- und Betreuungskräften sind sicherlich sinnvoll. Eine Förderung nach § 8 Absatz 7 SGB XI mit dem Ziel der Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf ist jedoch nicht nachvollziehbar. Es handelt sich bei den vorgesehenen erweiterten förderfähigen Maßnahmen um betriebliche Maßnahmen sowie um allgemeine Arbeitgeberpflichten, bei denen das originäre Förderziel des § 8 Absatz 7 SGB XI nicht erkennbar ist und die teilweise bereits anderweitig vergütet werden. Schon durch vergangene Gesetzgebungsverfahren hat sich das Förderprogramm zu einer Ansammlung verschiedener förderfähiger Maßnahmen ohne Bezug zur Verbesserung der Vereinbarkeit entwickelt.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 7 – § 8a Absatz 5

A) Beabsichtigte Neuregelung

Kommunale Pflegestrukturplanungen sowie die Empfehlungen der Landespflegeausschüsse und der regionalen Pflegeausschüsse nach § 8 Absätze 1 bis 3 müssen künftig beim Abschluss von Versorgungs-, Rahmen- und Vergütungsverträgen von den Vertragsparteien nach dem Siebten und Achten Kapitel beachtet werden. Die bisherige Soll-Regelung wird damit zu einer Muss-Regelung.

B) Stellungnahme

Unklar ist, wie die Regelung „Empfehlungen [...] sind [...] beim Abschluss der Versorgungs- und Rahmenverträge und [...] der Vergütungsverträge zu beachten“ konkret umgesetzt werden soll. Nicht benannt ist insbesondere, nach welchen Kriterien eine Ablehnung von Versorgungsverträgen (Nicht-Zulassung von Einrichtungen) erfolgen soll, selbst wenn alle vertraglichen Voraussetzungen erfüllt werden. Die Verantwortung hierfür sollte nicht allein den Landesverbänden der Pflegekassen übertragen werden. Diese hätten dann ggf. im Rahmen von gerichtlichen Verfahren Entscheidungen zu vertreten, an deren Grundlagen (kommunale Pflegestrukturplanung) sie im Zweifel nicht beteiligt waren. Ebenso ist unklar, wie Empfehlungen der Ausschüsse die Vergütungsfindung beeinflussen können sollen, ohne den Bemessungsgrundsatz einer leistungsgerechten Vergütung nach §§ 84 und 89 SGB XI zu verletzen.

Siehe auch Stellungnahme zu Nr. 40 - § 69 Absatz 2 und zu Nr. 42 - § 72 Absatz 1a.

C) Änderungsvorschlag

Die beabsichtigte Neuregelung ist zu streichen.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 8 – § 9 Satz 2

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Länder können durch Landesrecht bestimmen, ob eine kommunale Pflegestrukturplanung vorzusehen ist und inwieweit die Empfehlungen der regionalen Ausschüsse nach § 8a Absatz 3, soweit diese bestehen, als Bestandteil der kommunalen Pflegestrukturplanung anzusehen sind.

B) Stellungnahme

Ob und wie kommunale Pflegestrukturplanung durchgeführt wird, bleibt Ländern und Landesrecht überlassen. Im Falle einer kommunalen Pflegestrukturplanung besteht keine Gewähr, dass die Pflegekassen an der Planung beteiligt werden. Zudem können die Länder einseitig entscheiden, ob Empfehlungen im Rahmen der Planung verbindlich von den Pflegekassen zu beachten sind. Die Umsetzung des Ziels des Gesetzgebers, die Zusammenarbeit zwischen Pflegekassen und Kommunen zu verbessern, wird damit einseitig von den Ländern bestimmt.

Nach § 8a Absatz 5 müssen aber die Pflegekassen die jeweilige (regionale) Pflegestrukturplanung bei Abschluss der Versorgungsverträge beachten (§§ 69 und 72) und übernehmen damit die Verantwortung für Entscheidungen, an denen sie ggf. nicht mitgewirkt haben. Eine kommunale Pflegestrukturplanung sowie ein Mitbestimmungsrecht der Pflegekassen bei dieser Planung sind gesetzlich vorzusehen. Es bedarf ferner einer Verzahnung mit den nach § 12 Absatz 2 getroffenen gemeinsamen Empfehlungen zur Evaluation der Versorgungssituation (Siehe hierzu entsprechend § 12).

C) Änderungsvorschlag

Der neu einzufügende Satz 3 ist wie folgt zu fassen:

„Die Länder führen in Abstimmung mit den Landesverbänden der Pflegekassen eine kommunale Pflegestrukturplanung durch. Die Empfehlungen nach § 12 Absatz 2 sind zu berücksichtigen; Näheres zur Planung wird durch Landesrecht bestimmt.“

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 9 – § 10 Absatz 1

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der vierjährige Rhythmus für die Erstellung des Berichts der Bundesregierung über die Entwicklung der Pflegeversicherung und den Stand der pflegerischen Versorgung in Deutschland soll für den neunten Pflegebericht einmalig um ein Jahr, auf das Jahr 2029 verschoben werden. Mit dieser Verschiebung soll erreicht werden, dass die Pflegestatistik 2027, die voraussichtlich erst im Dezember 2028 veröffentlicht wird, im neunten Pflegebericht der Bundesregierung berücksichtigt werden kann. Für die Berichterstattung der nachfolgenden Pflegeberichte soll der bisherige Vierjahresrhythmus grundsätzlich eingehalten werden.

B) Stellungnahme

Die einmalige Verschiebung der Pflegeberichterstattung der Bundesregierung ist vor dem Hintergrund der Einbindung der Pflegestatistik 2027 nachvollziehbar.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 10 b) – § 11 Abs. 1a

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Pflegeeinrichtungen sollen einrichtungsbezogen Delegationskonzepte für pflegerische Aufgaben von Pflegefachpersonen auf Pflegeassistenzpersonen und -hilfspersonen entwickeln.

B) Stellungnahme

Die Delegation von pflegerischen Aufgaben im Rahmen des Pflegeprozesses an Pflegeassistenzpersonen sollte von der jeweiligen Einrichtung individuell geprüft werden. Da derzeit noch vielfältige Ausbildungen im Rahmen der Pflegeassistenz und Pflegehilfe mit sehr unterschiedlichen Inhalten und vermittelten Kompetenzen existieren, muss die Fähigkeit zur Durchführung von Aufgaben - vor allem im Bereich der Behandlungspflege - individuell überprüft werden.

Für die zukünftige bundeseinheitliche Pflegefachassistentenausbildung sollten allerdings die Kompetenzen im Rahmen der weiteren Rahmenverträge und Evaluationen, die aus dem Gesetz zur Befugnisserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege hervorgehen, bundeseinheitlich und sektorenunabhängig festgeschrieben werden.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 11 a) – § 12 Absatz 1 Satz 3

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die bestehende Regelung, dass die Pflegekassen zur Durchführung der ihnen gesetzlich übertragenen Aufgaben örtliche und regionale Arbeitsgemeinschaften bilden sollen, wird zu einer verbindlichen Vorgabe.

B) Stellungnahme

Es bedarf keiner verpflichtenden Vorgabe zur Bildung von örtlichen und regionalen Arbeitsgemeinschaften durch die Pflegekassen. Das derzeitige Verfahren zur Bildung von Arbeitsgemeinschaften ist etabliert und soll weiterhin auf Länderebene geregelt werden.

C) Änderungsvorschlag

Die beabsichtigte Neuregelung ist zu streichen.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 11 b) – § 12 Absatz 2

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Pflegekassen bzw. ihre Landesverbände werden verpflichtet, die ihnen zur Verfügung stehenden Versorgungsdaten zur Entwicklung der regionalen pflegerischen Versorgungssituation regelmäßig den zuständigen Gebietskörperschaften zur Unterstützung bei ihren Aufgaben nach § 9 bereitzustellen. Hierzu sind auch relevante Daten der Krankenkassen zu berücksichtigen. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und die Kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene vereinbaren unter Beteiligung der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und der Eingliederungshilfe Empfehlungen zu Umfang, Struktur, Turnus und möglichen Indikatoren der entsprechenden Datensätze.

B) Stellungnahme

Mit Blick auf den sich abzeichnenden Fachkräftemangel ist die Etablierung eines regelmäßigen Monitorings zur Entwicklung der Versorgungsangebote in den Ländern nachvollziehbar. Hierfür sollen laut Gesetzesbegründung auf regionaler Ebene geeignete strukturierte Daten zur bestehenden Versorgungssituation sowie zur voraussichtlichen Bedarfsentwicklung erhoben und bewertet werden. Die Landesverbände haben einen Überblick über die Anzahl der im Land abgeschlossenen Versorgungsverträge ambulanter und stationärer Pflegeeinrichtungen sowie über die mit stationären Pflegeeinrichtungen vereinbarten Platzzahlen. Diese können die (kommunale) Pflegestrukturplanung unterstützen. Die Pflegekassen bzw. ihre Landesverbände haben hierzu entsprechende Daten bereitzustellen. Eine Bewertung (Evaluation) durch die Pflegekasse bzw. einen Landesverband ist nicht vorgesehen. Da die zu treffenden Empfehlungen „Indikatoren“ enthalten sollen – und solche qua Definition das Erreichen von Zielen operationalisieren – ist davon auszugehen, dass eine Bewertung der Versorgungssituation gewünscht ist. Was Bedarf und damit Bedarfsgerechtigkeit in der pflegerischen Versorgung ausmacht, ist aber bisher weder wissenschaftlich noch fachpolitisch normativ diskutiert. Die heute bestehenden erheblichen regionalen Unterschiede in der pflegerischen Versorgungssituation geben einen Ausblick, wie herausfordernd die Diskussion um solche Bedarfsindikatoren werden wird. Die Empfehlung relevanter Indikatoren zur Evaluation der Entwicklung pflegerischer Versorgungssituationen unter Berücksichtigung/Hinzunahme von Daten der Krankenkassen bedarf insofern einer dezidierten Fundierung. Diese muss zunächst im Rahmen einer wissenschaftlichen Studie erarbeitet werden.

Zu korrigieren ist zwingend, dass die Pflegestrukturplanung der Länder und deren Verantwortung für die Vorhaltung einer leistungsfähigen, zahlenmäßig ausreichenden und wirtschaftlichen pflegerischen Versorgungsstruktur im Sinne des § 9 SGB XI mit den hier entwickelten Empfehlungen zur Bewertung der Versorgungssituation sowie der Bedarfsentwicklung zu verschränken sind. Die über die Empfehlungen konsentierten Bewertung der Versorgungslage mittels Indikatoren muss in der Pflegestrukturplanung berücksichtigt werden.

Laut Gesetzesbegründung sind die in den Empfehlungen bestehenden Berichtspflichten und bereits etablierte Mechanismen zum Datenaustausch sowie zur Datenaufbereitung zu berücksichtigen, um

einem etwaigen Aufbau von Doppelstrukturen vorzubeugen, Synergien in Bezug auf regional verfügbare Daten aus anderen Versorgungsbereichen zu nutzen und effiziente Planungen zu ermöglichen. Die Berichtspflicht nach §73a Absatz 3 ist insofern in den §12 zu integrieren (siehe Änderungsvorschlag dort). Um weitere bereits routinemäßig erzeugte Datensätze wie beispielsweise die PG 5 für den hiesigen Zweck nutzen zu können, braucht es jedoch einer gesetzlichen Regelung.

C) Änderungsvorschlag

Nach Satz 4 wird folgender Satz eingefügt: „Zur Empfehlung geeigneter Indikatoren können die unter Satz 4 genannten Parteien eine Studie beauftragen.“ Die Frist zur Festlegung der Empfehlungen ist bis zum 31.12.2027 zu verlängern.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 12 – § 15 Absatz 8

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit dem neuen Absatz 8 wird der Spitzenverband Bund der Pflegekassen verpflichtet, dem Bundesministerium für Gesundheit zum 30. Juni 2026 einen Bericht zu Erfahrungen und Wirkungen des Begutachtungsinstruments (§ 15) sowie zur Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen seit 2017 vorzulegen. Die Erstellung des Berichts soll auf unabhängiger wissenschaftlicher Grundlage erfolgen. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen kann hierfür Mittel nach § 8 Absatz 3 einsetzen.

B) Stellungnahme

Die wissenschaftliche Evaluation der Erfahrungen mit dem Pflegebegutachtungsinstrument und die Erarbeitung möglicher Weiterentwicklungen wird begrüßt. Der GKV-Spitzenverband führt derzeit bereits in Abstimmung mit dem Bundesministerium für Gesundheit und unter Einbeziehung des Medizinischen Dienst Bund bereits eine entsprechende Studie zu Erklärungsfaktoren für die Entwicklung der Pflegeprävalenzen seit 2017 sowie eine Bestandsaufnahme zu möglichen Weiterentwicklungsbedarfen des Begutachtungsinstruments durch.

Anzumerken ist ferner, dass auch dieser geplante gesetzliche Auftrag aus Mitteln des Modellprogramms nach § 8 Absatz 3 finanziert werden soll. In Ansehung der Tatsache, dass insgesamt vier geplante gesetzliche Aufträge bzw. Modellprogramme (§ 15 Abs. 8, §§ 122, 125c, 125d) aus diesen Mitteln finanziert werden sollen, sollten bis zum Abschluss der genannten Programme keine weiteren gesetzlichen Finanzierungsbezüge auf diese Mittel geplant werden, um die Finanzierbarkeit der Modellvorhaben nach § 8 Absatz 3 weiterhin zu gewährleisten.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 13 – § 17

A) Beabsichtigte Neuregelung

In Absatz 1 Satz 2 und Absatz 1a Satz 3 wird die Angabe „Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene“ durch die Angabe „maßgebliche Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene“ ersetzt.

B) Stellungnahme

Die Etablierung „maßgeblicher Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene“ soll die Beteiligung der Pflegeberufe an Entscheidungsprozessen stärken und mit Bezug zu den Vorgaben des § 118a einheitlich gestalten. Dies wird begrüßt.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 14 – § 17a

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der GKV-Spitzenverband hat gemäß § 40 Absatz 6 Satz 6 des Elften Buches Sozialgesetzbuch mit Wirkung zum 01.01.2022 Richtlinien zur Empfehlung von Hilfsmitteln und Pflegehilfsmitteln durch Pflegefachkräfte erlassen. In den Richtlinien ist geregelt, in welchen Fällen und für welche Pflegehilfsmittel oder Hilfsmittel nach § 40 Absatz 5 des Elften Buches Sozialgesetzbuch (doppelfunktionale Hilfsmittel) Pflegefachkräfte Empfehlungen aussprechen können mit der Folge, dass die Erforderlichkeit bzw. Notwendigkeit der Versorgung vermutet wird. In den Richtlinien ist weiterhin festgelegt, welche Eignungsvoraussetzungen die empfehlende Pflegefachkraft erfüllen muss und welches Verfahren bei der Antragstellung durch die bzw. den Pflegebedürftigen einzuhalten ist. Die Bundespflegekammer und die Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene wurden gemäß § 40 Absatz 6 Satz 8 des Elften Buches Sozialgesetzbuch an der Erstellung der Richtlinien beteiligt.

In dem vorgesehenen neuen § 17a des Elften Buches Sozialgesetzbuch werden die Vorgaben zum Inhalt und Verfahren zum Erlass der vorgenannten Richtlinien erweitert und aktualisiert. Der Begriff Pflegefachkraft soll zur Anpassung an die geänderte Legaldefinition in dem neuen § 15a Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch durch den Begriff Pflegefachperson ersetzt werden. Der GKV-Spitzenverband soll seine Richtlinien nach § 40 Absatz 6 Satz 6 des Elften Buches Sozialgesetzbuch bis zum 31.12.2026 inhaltlich überarbeiten; ausweislich der Gesetzesbegründung soll diese Überarbeitung nur die Befugnisse von Pflegefachpersonen mit einer Erlaubnis nach § 1 Satz 1 des Pflegeberufegesetzes betreffen. Für Pflegefachpersonen mit zusätzlichen Qualifikationen sind die Richtlinien erst dann zu überarbeiten, wenn der Vertrag nach § 73d Absatz 1 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vereinbart ist. Bei der Prüfung des Katalogs an Pflegehilfsmitteln und Hilfsmitteln, die von einer Empfehlung durch Pflegefachpersonen umfasst sein können, sollen zukünftig insbesondere die unterschiedlichen Qualifikationsniveaus der empfehlenden Pflegefachpersonen berücksichtigt werden. In diesem Zusammenhang wird das Beteiligungsrecht der maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene nach § 118a des Elften Buches Sozialgesetzbuch gestärkt und ein verbindliches Stellungnahmerecht etabliert. Darüber hinaus unterliegen die Richtlinien zukünftig der Genehmigungspflicht des Bundesministeriums für Gesundheit.

Damit eine dynamische Weiterentwicklung der Richtlinien nach aktuellen medizinischen und pflegerischen Standards gewährleistet ist, sollen die Richtlinien außerdem alle drei Jahre auf ihre Aktualität geprüft und angepasst werden.

Um zukünftig aussagekräftige Ergebnisse zu generieren, die eine umfassende Bewertung des festgelegten Verfahrens, der finanziellen Auswirkungen und Folgen für die Versorgung ermöglichen, werden der Umfang und die Zielrichtung der Evaluation konkretisiert. Bei der Evaluierung sind die maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene nach § 118a des Elften Buches Sozialgesetzbuch und der Medizinische Dienst Bund zu beteiligen. Der mit der Neuregelung bis zum 31. Dezember 2030 festgelegte Evaluationszeitraum soll insbesondere der notwendigen Überarbeitung der Richtlinie und der inhaltlichen Konkretisierung des Evaluationsverfahrens Rechnung tragen.

B) Stellungnahme

Gegen die Neufassung der gesetzlichen Regelungen zur Empfehlung von Hilfsmitteln und Pflegehilfsmitteln durch Pflegefachpersonen und den Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes hierzu in den §§ 17a, 40 Absatz 6 des Elften Buches Sozialgesetzbuch bestehen im Grundsatz keine Bedenken.

Im neuen § 17a Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch wird hervorgehoben, dass in den Richtlinien auch Festlegungen und Differenzierungen nach dem unterschiedlichen Qualifikationsniveau der empfehlenden Pflegefachpersonen erfolgen sollen.

Gleichzeitig sollen mit dem Gesetzentwurf im Fünften Buch Sozialgesetzbuch auch Regelungen eingeführt werden, die Pflegefachpersonen unter bestimmten Voraussetzungen und bei Vorliegen bestimmter Qualifikationen das Ausstellen von Verordnungen für Hilfsmittel ermöglichen, wobei diese Verordnungen dann gemäß der Neuregelung in § 33 a Absatz 5a Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ärztlichen Verordnungen gleichgestellt werden. Das Nähere hierzu soll im Rahmenvertrag nach § 73d des Fünften Buches Sozialgesetzbuch geregelt werden.

Dies führt künftig zu einem Nebeneinander zweier Regelungsansätze für den gleichen Personenkreis, um diesem mehr Kompetenzen bei der Versorgung mit Hilfs- und Pflegehilfsmitteln einzuräumen: zum einen die Zuerkennung einer Verordnungsbefugnis für Hilfsmittel und zum anderen die Einräumung der Möglichkeit, Empfehlungen für Pflegehilfsmittel und Hilfsmitteln nach § 40 Absatz 6 des Elften Buches Sozialgesetzbuch auszusprechen. Es ist grundsätzlich nachvollziehbar, die fachlichen Kompetenzen und Potenziale von Pflegefachpersonen in der Versorgung durch ein erweitertes Aufgabenspektrum nutzen zu wollen. Es besteht aber aufgrund der verschiedenen Regelungsstränge mit ähnlicher Zielsetzung die Gefahr von Überschneidungen und Doppelungen in den Anwendungsbereichen und – insbesondere für die Pflegefachpersonen, die dann beide Instrumente anwenden können - die Notwendigkeit einer klaren Abgrenzung beider Regelungsbereiche, zumal hiermit jeweils unterschiedliche Voraussetzungen und Folgen einschließlich Haftungsfragen verbunden sind.

Die Kompetenzerweiterung auf die Verordnung von Hilfsmitteln auch durch Pflegefachpersonen steht im Kontext der Übertragung heilkundlicher Tätigkeiten auf diesen Personenkreis und soll nach der Gesetzesbegründung nur für Folgeverordnungen von Hilfsmitteln im Rahmen der häuslichen Krankenpflege gelten. Um rechtliche Auseinandersetzungen zu vermeiden und reibungslose Abläufe zu garantieren, muss gegebenenfalls in einem späteren Schritt der legaldefinierte Hilfsmittelbegriff insofern konkretisiert werden, damit rechtlich klar ist, ob Produkte im Rahmen der häuslichen Krankenpflege auch dann Hilfsmittel sind, wenn sie unter keinen Umständen für die Laienanwendung vorgesehen sind. Die Ausstellung einer Verordnung lässt die Prüfmöglichkeiten der Krankenkassen unberührt. Die Empfehlung von pflegenahen Hilfsmitteln nach § 40 Absatz 6 des Elften Buches Sozialgesetzbuch darf demgegenüber nicht in ärztliche Therapieentscheidungen eingreifen, ist aber nicht nur auf Folgeverordnungen beschränkt und hat die Wirkung, dass die Notwendigkeit bzw. Erforderlichkeit der Versorgung vermutet wird und die weiteren Prüfmöglichkeiten der Krankenkassen beschränkt sind.

Es ist daher wichtig sicherzustellen, dass Überschneidungen und widersprüchliche Regelungen auf den beiden Regelungsebenen vermieden werden. In dem Gesetzentwurf wird insofern auf diese

Problematik eingegangen, als § 17a Absatz 1 Satz 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch eine folgerichtige Regelung enthält, wonach bei Festlegungen in den Richtlinien der Inhalt des Vertrages nach § 73d des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zu beachten ist. Während für die vertragliche Vereinbarung nach § 73d des Fünften Buches Sozialgesetzbuch im Gesetzentwurf eine Frist bis zum 31. Juli 2027 vorgesehen ist, sind die Festlegungen in den Richtlinien nach § 17a Absatz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch bereits bis zum 31. Dezember 2026 zu treffen. Die im Gesetzentwurf vorgesehene Aktualisierung der Richtlinien nach § 40 Absatz 6 (alt) beziehungsweise § 17a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (neu) kann aber insgesamt sinnvoll erst erfolgen, wenn die Festlegungen zu den Verordnungsbefugnissen von Pflegefachpersonen im Rahmenvertrag nach § 73d des Fünften Buches Sozialgesetzbuch wirksam getroffen wurden und bekannt sind. Nur auf Grundlage dieser Regelungen kann beurteilt werden, inwieweit darüber hinaus noch Regelungen zu Empfehlungen für Hilfs- und Pflegehilfsmittel in den Richtlinien nach § 17a des Elften Buches Sozialgesetzbuch unter Berücksichtigung des unterschiedlichen Qualifizierungsniveaus von Pflegefachpersonen notwendig und möglich sind. Daran ändert auch der Hinweis in der Gesetzesbegründung nichts, wonach die erste Überarbeitung der Richtlinien nur die Befugnisse von Pflegefachpersonen mit einer Erlaubnis nach § 1 Satz 1 des Pflegeberufgesetzes betreffen soll, da zwischen den verschiedenen Regelungskreisen Wechselbeziehungen bestehen.

Wie sich aus der Gesetzesbegründung ergibt, wird mit der Neufassung der gesetzlichen Regelung in den §§ 17a, 40 Absatz 6 des Elften Buches Sozialgesetzbuch das Ziel einer Erweiterung der Empfehlungsbefugnis von Pflegefachpersonen insbesondere auf Inkontinenz- und Adaptionshilfen, auf Hilfsmittel bei Tracheostoma und Dekubitus sowie auf Stomaartikel verfolgt. Gerade bei Hilfsmitteln bei Dekubitus und Tracheostoma sowie Inkontinenzhilfen kann es aber zu Überschneidungen mit der ebenfalls in dem vorliegenden Gesetzentwurf geregelten Befugnis von Pflegepersonen, zukünftig in bestimmten Fällen auch Hilfsmittelverordnungen ausstellen zu können (vgl. §§ 15 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2, 33 Absatz 5a, 73d Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch), kommen. Da es sich hierbei um die Übertragung von bisher ärztlichen Tätigkeiten handelt, die eine selbständige und eigenverantwortliche Ausübung von Heilkunde beinhalten, ist diese Verordnungsbefugnis auf Folgeverordnungen beschränkt. Die Empfehlungsbefugnis nach § 40 Absatz 6 des Elften Buches Sozialgesetzbuch ist demgegenüber nicht auf Folgeversorgungen begrenzt; gleichzeitig dürfen die entsprechenden Hilfs- und Pflegehilfsmittelversorgungen nach der Gesetzesbegründung aber nicht mit sich darauf beziehenden ärztlichen Maßnahmen oder Therapieentscheidungen verbunden sein. Die unter Beteiligung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung in dem Vertrag zu treffenden Festlegungen, welche Hilfsmittel der Verordnungsbefugnis unterfallen, ist daher in jedem Fall sowohl in inhaltlicher als auch in zeitlicher Hinsicht als vorgreiflich für mögliche Regelungen in den Richtlinien nach § 17a des Elften Buches Sozialgesetzbuch anzusehen. Eine zweimalige kurzfristig aufeinanderfolgende Überarbeitung und Erweiterung der Richtlinien mit thematischen Überlappungen würde zu einer unverhältnismäßigen Bürokratie ohne relevanten Mehrnutzen führen.

Aus diesem Grund sollte die in § 17a Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch vorgesehene Frist für die Aktualisierung der Richtlinien verschoben werden oder es sollte durch eine Anpassung der Formulierung in § 17a Absatz 1 Satz 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch klargestellt werden, dass die Festlegungen in den Richtlinien innerhalb von 18 Monaten zu treffen sind, nachdem

der Rahmenvertrag nach § 73d Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch in Kraft getreten ist; eine nach dem Kalender bestimmte Frist wäre dann entbehrlich.

Eine ausreichend lange Frist für die Aktualisierung der Richtlinien ist auch deshalb erforderlich, weil mit dem Gesetzentwurf das Beteiligungsrecht der maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene beim Erlass der Richtlinien gestärkt und ein verbindliches Stellungnahmeverfahren eingeführt werden soll, ein solches Verfahren aber mit größeren Aufwänden verbunden ist und längere Zeiträume erfordert als andere Formen der Beteiligung.

Während in der bisherigen Gesetzesfassung eine Evaluierung der in den Richtlinien festgelegten Verfahren in fachlicher und wirtschaftlicher Hinsicht geregelt ist, wird diese Formulierung in der neuen Fassung in § 17a Absatz 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch dahingehend erweitert, dass eine Evaluierung insbesondere hinsichtlich der Auswirkungen auf die Qualität und Sicherheit der Versorgung und Wirtschaftlichkeitsaspekte erfolgen soll. Unklar ist, welche Erwartungen an diese Evaluierung gestellt werden.

Sofern neben quantitativen Erhebungen zu den Empfehlungen und das mit ihrer Abgabe verbundene Verfahren sowie zu Wirtschaftlichkeitsaspekten auch die Qualität und Sicherheit der Hilfsmittelversorgung Gegenstand der Evaluation sein soll, ist zu berücksichtigen, dass diese Aspekte maßgeblich vom nichtärztlichen Leistungserbringer mitgestaltet und beeinflusst werden, der das konkrete Einzelprodukt auswählt und die Beratung und Einweisung des Versicherten durchführt. Die Verordnung kann insoweit kaum isoliert bewertet werden. Soweit mit der Qualität und Sicherheit der Versorgung nicht allein die Hilfsmittelversorgung selbst, sondern deren Einbettung in die Gesamtversorgung und die Entwicklung des gesundheitlichen und pflegerischen Gesamtzustandes des Versicherten gemeint sein sollte, ginge eine solche Zielsetzung weit über die Möglichkeiten einer Evaluierung durch den GKV-Spitzenverband hinaus und es wäre vielmehr das weite Feld der Versorgungsforschung angesprochen. Dem GKV-Spitzenverband fehlen für eine solche in den Bereich der Versorgungsforschung hineinreichende Evaluation die erforderlichen Daten; es ist – nicht zuletzt aus datenschutzrechtlichen Gründen - auch fraglich, ob er die hierfür benötigten Daten von den Kranken- bzw. Pflegekassen erhalten könnte (siehe unten). Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes sollte daher zur Vermeidung von Missverständnissen die ursprüngliche gesetzliche Formulierung zu dem Gegenstand der Evaluation beibehalten werden.

Die in den Richtlinien getroffenen Regelungen bedürfen erst der Umsetzung in der Versorgungspraxis und müssen dort zunächst allgemein Anwendung finden, bevor verlässliche Daten und Erkenntnisse zu ihnen und ihren Auswirkungen erhoben werden können. Die mit dem Gesetzentwurf voraussichtlich einhergehende Ausweitung des Kreises der Hilfsmittel, die empfohlen werden können, und die stärkere Berücksichtigung der unterschiedlichen Qualifikationsniveaus der Pflegefachpersonen erhöhen darüber hinaus den Umfang und die Komplexität der Evaluierung. Daher wäre auch die Frist für die Evaluierung erneut zu verlängern. Um Versorgungsleistungen auf Grundlage der Empfehlungen nach § 40 Absatz 6 des Elften Buches Sozialgesetzbuch datentechnisch selektieren und auswerten zu können, wird die Angabe der Beschäftigtennummer in den Empfehlungen benötigt. Ohne die Möglichkeit einer datentechnischen Auswertung wäre die gesetzlich vorgesehene Evaluierung nicht durchführbar. Es sollte daher eine Klarstellung im Gesetz erfolgen, dass auf der Empfehlung nach § 40 Absatz 6 des Elften Buches Sozialgesetzbuch zusätzlich die Beschäftigtennummer anzugeben ist. Allein die Angabe

der Beschäftigtennummer ohne Bezug zu den jeweiligen Versorgungsfällen würde nicht ausreichen, um sinnvolle Rückschlüsse aus der Evaluierung für die Versorgungspraxis ziehen zu können. Auf die Kommentierung und den entsprechenden Änderungsvorschlag zu § 40 Absatz 6 des Elften Buches Sozialgesetzbuch wird an dieser Stelle verwiesen.

C) Änderungsvorschlag

§ 17a Absatz 1 Satz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch wird wie folgt geändert:

„(1) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen legt innerhalb von 18 Monaten nach Inkrafttreten des Rahmenvertrags nach § 73d Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch in Richtlinien fest, ...“

Der Wortlaut von § 17a Absatz 3 Satz 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch wird wie folgt geändert:

„Ein Bericht über die Ergebnisse der Evaluation ist dem Bundesministerium für Gesundheit innerhalb von 30 Monaten nach Genehmigung der Richtlinien nach Absatz 1 Satz 1 vorzulegen.“

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 15 – § 18a Absatz 10 Sätze 1 und 3

A) Beabsichtigte Neuregelung

Gemäß Absatz 10 Satz 1 wird geregelt, dass die Aufgaben der Medizinischen Dienste im Rahmen des Verfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit unter anderem durch Pflegefachpersonen wahrgenommen werden können. In Satz 3 wird geregelt, dass der Medizinische Dienst an Pflegefachpersonen, die nicht dem Medizinischen Dienst angehören, bei einer Beteiligung die erforderlichen personenbezogenen Daten übermitteln darf. In beiden Sätzen soll jeweils das Wort "Pflegefachkräfte" durch "Pflegefachpersonen" ersetzt werden.

B) Stellungnahme

Mit der Änderung wird der Begriff an die Legaldefinition "Pflegefachperson" angepasst. Die Änderung ist sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 16 a) – § 18c Absatz 1 Satz 2

A) Beabsichtigte Neuregelung

Gemäß § 18a Absatz 5 SGB XI hat eine Begutachtung innerhalb von fünf Arbeitstagen nach Eingang eines Antrages auf Feststellung der Pflegebedürftigkeit zu erfolgen, wenn sich die antragstellende Person im Krankenhaus, in einer stationären Rehabilitationseinrichtung oder in einem Hospiz befindet oder palliativ versorgt wird und die Weiterversorgung nicht sichergestellt ist. Die schriftliche Entscheidung der Pflegekasse gegenüber der antragstellenden Person hat unverzüglich nach Eingang des Gutachtens zu erfolgen.

Die beabsichtigte Regelung sieht vor, dass die Pflegekasse ihre Entscheidung – soweit die Übermittlung rechtlich zulässig ist (zum Beispiel bezüglich Einhaltung des Datenschutzes) - nicht nur der antragstellenden Person unverzüglich nach Gutachteneingang zusenden soll, sondern in gesicherter elektronischer Form auch dem Krankenhaus, der stationären Rehabilitationseinrichtung oder dem Hospiz.

B) Stellungnahme

Die Regelung zielt darauf ab, die für eine Weiterversorgung wichtige Information über die Feststellung der Pflegebedürftigkeit den oben genannten Einrichtungen möglichst schnell und aufwandsarm zur Verfügung zu stellen. Der Ansatz für diese Regelung ist durchaus zu begrüßen, allerdings führt sie zu Mehraufwänden bzw. zu einem unnötigen zeitlichen Verzug. Insbesondere würde diese Regelung etablierte landesrechtliche Regelungen konterkarieren, in denen es dem Medizinischen Dienst obliegt, nicht nur die Pflegekasse, sondern – soweit eine Einwilligung der versicherten Person vorliegt – auch das Krankenhaus umgehend über die Feststellung der Pflegebedürftigkeit zu informieren (vgl. § 6 Abs. 3 der Vereinbarung zu § 5 Alten- und Pflegegesetz Nordrhein-Westfalen). Der Umweg über die Pflegekasse wird dadurch erspart und führt zu einer im Vergleich zur angedachten Regelung beschleunigten Information des Krankenhauses, der Rehabilitationseinrichtung oder des Hospizes. Die Information des Medizinischen Dienstes über die in der Regel vorläufige Einschätzung der Pflegebedürftigkeit ersetzt nicht die schriftliche Entscheidung der Pflegekasse. Jedoch zeigt die Praxis, dass die vorläufigen gutachterlichen Einschätzungen von den Pflegekassen grundsätzlich nicht in Frage gestellt werden, da in den Fällen des § 18a Absatz 5 SGB XI ohnehin eine abschließende Begutachtung nachzuholen ist (vgl. § 18a Absatz 7 Satz 2 SGB XI).

C) Änderungsvorschlag

In § 18c Absatz 1 SGB XI ist eine Regelung aufzunehmen die es den Medizinischen Diensten erlaubt, in den Fällen des § 18a Absatz 5 SGB XI das Krankenhaus, die stationäre Rehabilitationseinrichtung oder das Hospiz über die Feststellung bzw. die vorläufige Einschätzung der Pflegebedürftigkeit unverzüglich und in gesicherter elektronischer Form zu informieren.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 16 b) aa) – § 18c Absatz 5 Satz 1

A) Beabsichtigte Neuregelung

Gemäß der bisherigen Regelung in § 18c Absatz 5 Satz 1 SGB XI hat die Pflegekasse nach Fristablauf für jede begonnene Woche der Fristüberschreitung unverzüglich 70 Euro an den Antragsteller zu zahlen, soweit über den Antrag auf Feststellung der Pflegebedürftigkeit nicht innerhalb von 25 Arbeitstagen nach Eingang des Antrags schriftlich entschieden oder eine der in § 18a Absatz 5 und 6 SGB XI genannten verkürzten Fristen nicht eingehalten wird. Dies gilt gemäß Satz 2 dieser Regelung nicht, wenn die Pflegekasse die Verzögerung nicht zu vertreten hat oder wenn sich die antragstellende Person in vollstationärer Pflege befindet und bei ihr bereits mindestens der Pflegegrad 2 festgestellt wurde.

Mit der beabsichtigten Neuregelung soll den Pflegekassen nach Fristablauf noch eine Zeit von 15 Arbeitstagen zur Verfügung stehen, innerhalb derer das Verwaltungsverfahren abgeschlossen und den Gründen für die Verzögerung nachgegangen werden kann. Der Anspruch der Antragstellenden auf die pauschale Zusatzzahlung von 70 Euro je begonnene Woche der Fristüberschreitung soll zwar weiterhin unmittelbar mit Fristablauf bestehen, allerdings habe die Auszahlung erst innerhalb von 15 Arbeitstagen zu erfolgen.

B) Stellungnahme

Die Aufsichtsbehörden des Bundes vertreten nach aktueller Gesetzeslage die Auffassung, dass die Zusatzzahlung von 70 Euro unverzüglich nach dem Überschreiten der jeweiligen Frist an die antragstellende Person ausbezahlt ist. Und zwar unabhängig davon, ob zu diesem Zeitpunkt geklärt ist, ob die Fristüberschreitung von der antragstellenden Person oder von der Pflegekasse zu vertreten ist. Mit der unverzüglichen Zahlung von 70 Euro je angefangener Woche der Fristüberschreitung soll Druck auf die Pflegekasse ausgeübt werden, der antragstellenden Person schnellstmöglich eine Entscheidung zukommen zu lassen. Darüber hinaus soll die antragstellende Person mit der wöchentlichen Zahlung von 70 Euro soll bis zu einer Entscheidung über die Leistungen wirtschaftlich unterstützt werden.

Die Pflegekassen lehnen die Umsetzung der von den Aufsichtsbehörden vertretenen Auffassung ab, da diese für die meisten betroffenen Versicherten mehr Nach- als Vorteile bringt und für die Pflegekassen ein unverhältnismäßig hoher Verwaltungsaufwand entsteht. Mit einer wöchentlichen Auszahlung der Zusatzzahlung ab Fristablauf würden bei den Pflegekassen seit Jahren etablierte, automatisierte Prozesse unterbrochen. Unabhängig davon würde eine unverzügliche wöchentliche Zusatzzahlung mit zusätzlichen Kosten von ca. 70 bis 100 Mio. Euro einhergehen (Berechnungen des GKV-Spitzenverbandes). Diese Kosten würden entstehen, wenn die Pflegekassen nicht nur für die von ihnen zu vertretenen Fristverzögerungen einzustehen haben, sondern (zunächst) auch für diejenigen, für die die antragstellenden Personen verantwortlich wären (z. B. Krankenhausaufenthalt, Urlaub). Sofern die Pflegekassen erst mit der Übermittlung des Gutachtens des Medizinischen Dienstes, nach Ablauf der in § 18c Absatz 5 SGB XI genannten Fristen, von einer Verzögerung erfahren, welche die Pflegekassen nicht zu vertreten haben, müssten die Versicherten mit hohen Verwaltungsaufwänden zur Rückzahlung

der Verzögerungsgebühr aufgefordert werden. Die Rückforderungen würden den ohnehin schon sensiblen Personenkreis zusätzlich belasten und überfordern sowie Beschwerden, Widersprüche und Klagen provozieren.

Ob die Pflegekasse die Überschreitung der in § 18c Absatz 1 Satz 1 SGB XI genannten Frist zu vertreten hat, lässt sich in der Regel erst mit Vorlage des Gutachtens des Medizinischen Dienstes als Grundlage der Bescheiderteilung, also beim Abschluss des Verwaltungsverfahrens mit der notwendigen Sicherheit feststellen (so auch LSG BaWü im Urteil vom 25.02.2022 – L 4 P3924/20). Denn in der Regel liegen der Pflegekasse erst zu diesem Zeitpunkt alle zur Entscheidung notwendigen Informationen vor. Dazu gehört insbesondere das Gutachten des Medizinischen Dienstes, in dem die von Versicherten bedingten Verfahrensverzögerungen dokumentiert sind. Insoweit zahlen die Pflegekassen – soweit sie die Fristüberschreitung zu vertreten haben – die Zusatzzahlung zum Zeitpunkt der Bescheiderteilung. Diese verwaltungsarme Praxis üben die Pflegekassen seit in Kraft treten der Regelung zu den Zusatzzahlungen im Jahr 2013 aus. Einen Nachteil erleiden die antragstellenden Personen dadurch nicht, da die Zusatzzahlungen rückwirkend ab dem Zeitpunkt der Fristüberschreitung gewährt werden.

Im Rahmen seiner Stellungnahme zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Pflegekompetenz (Pflegekompetenzgesetz – PKG) vom 23.06.2025 hat der GKV-Spitzenverband einen Änderungsvorschlag zu § 18c Abs. 5 SGB XI eingebracht, der die Zahlung der Verzögerungsgebühr zum Zeitpunkt des Abschlusses des Verwaltungsverfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit vorsah. Ggf. könne auch eine Streichung der Zusatzzahlung erwogen werden.

Darauf hat der Gesetzgeber im aktuellen Entwurf eines Gesetzes zur Befugnisserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege reagiert, in dem den Pflegekassen nunmehr noch eine Zeit von bis zu 15 Arbeitstagen nach Fristablauf eingeräumt werden soll, bevor die Zuzahlung von 70 Euro je angefangene Woche zu zahlen ist.

Die beabsichtigte Regelung in § 18c Abs. 5 SGB XI geht in die richtige Richtung. Es ist davon auszugehen, dass in einer großen Zahl von Fällen Zwischenzahlungen und aufwändige Rückforderungen durch Pflegekassen entfallen werden. Davon profitieren Versicherte und Pflegekassen gleichermaßen. Allerdings wird es durch den zeitlichen Puffer von 15 Arbeitstagen nach Fristablauf weiterhin Fälle geben, in denen Pflegekassen mit unberechtigten Zahlungen und Versicherte mit einhergehenden Rückerstattungsverfahren konfrontiert wären. Dies zu vermeiden ist nach wie vor Ziel der Pflegekassen. Insoweit wird an der bisherigen Forderung festgehalten, den Zeitpunkt der Zusatzzahlung auf den Zeitpunkt des Abschlusses des Verwaltungsverfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit festzulegen.

Alternativ könnte §18c Absatz 5 SGB XI auch gänzlich gestrichen werden. Denn es besteht bei den Pflegekassen auch ohne Zusatzzahlung eine hohe Motivation, die Versicherten in ihrer herausfordernden Situation schnell, kompetent und verlässlich zu beraten und zu unterstützen. Dazu gehört auch, über den Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung zeitnah zu entscheiden. Durch die Streichung der o. g. Norm könnten jährlich in etwa 63 Mio. Euro gespart werden. Diesen Betrag haben die Pflegekassen 2024 für die Zusatzzahlungen verausgabt.

C) Änderungsvorschlag

Absatz 5 ist zu streichen.

Alternativ ist in Absatz 5 Satz 1 ist das Wort „Fristablauf“ zu streichen und durch die Wörter „Abschluss des Verfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit“ zu ersetzen.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 16 b) bb) – § 18c Absatz 5 Satz 4

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit dem Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz (PUEG) vom 19.06.2023 wurde in § 18c Abs. 5 SGB XI eine Regelung eingeführt, nach der Fälle, in denen die Verzögerung in der Bearbeitung eines Antrages auf Feststellung der Pflegebedürftigkeit nicht von der Pflegekasse zu vertreten ist, wie beispielsweise aufgrund eines Aufenthalts der antragstellenden Person im Krankenhaus oder in einer stationären Rehabilitationseinrichtung, den Lauf der Fristen nach Absatz 1 hemmt. Während der Hemmung läuft die jeweilige Frist nicht weiter, sondern wird nach ihrer Beendigung fortgesetzt. In den Fällen, in denen es aufgrund von Hemmungsgründen zu keiner Begutachtung gekommen ist, kann es problematisch sein, die Fristen einzuhalten, wenn bis zum Fristende nur noch wenige Tage für die Begutachtung bzw. Bescheidung verbleiben. Diesem Umstand soll die Neuregelung Rechnung tragen, in dem sie für Fälle, in denen eine erneute Terminierung der Begutachtung erforderlich wird, eine zusätzliche Fristhemmung von bis zu 15 Arbeitstagen vorsieht.

B) Stellungnahme

Die vorgesehene Regelung entspricht weitgehend der bisherigen Auslegung des GKV-Spitzenverbandes und der Verbände der Pflegekassen auf Bundesebene im "Gemeinsamen Rundschreiben zu den leistungsrechtlichen Regelungen des SGB XI" und wird insoweit begrüßt.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 17 a) – § 18e Absatz 1 Satz 2

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es soll klargestellt werden, dass der Medizinische Dienst Bund und die Medizinischen Dienste Vereinbarungen zur Durchführung von Modellvorhaben, Studien und wissenschaftliche Expertisen zur Weiterentwicklung der den Medizinischen Diensten nach §§ 18 bis 18b SGB XI zugewiesenen Aufgaben nicht nur mit den Pflegekassen, sondern auch mit dem Spitzenverband der Pflegekassen abschließen können.

B) Stellungnahme

Die mit der Änderung beabsichtigte Klarstellung ist grundsätzlich zu begrüßen.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 17 b) – § 18e Absatz 6

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Medizinische Dienst Bund soll bis spätestens 30. Juni 2026 fachlich unabhängige wissenschaftliche Einrichtungen oder Sachverständige mit der Durchführung eines Modellprojektes beauftragen, in dem geprüft werden soll, inwieweit, unter welchen Voraussetzungen und in welchem Umfang anstelle der Gutachterinnen und Gutachter der Medizinischen Dienste oder von der Pflegekasse beauftragte andere Gutachterinnen und Gutachter auch in der pflegerischen Versorgung tätige Pflegefachpersonen Aufgaben im Rahmen des Begutachtungsverfahrens nach den §§ 18a, 18b und § 142a SGB XI übernehmen können. Neben der Übernahme von Aufgaben soll in dem Modellprojekt auch geprüft werden, welche Voraussetzungen für eine Zusammenarbeit von Pflegefachpersonen und Medizinischen Diensten bestehen und wie die Kompetenzen von in der Versorgung tätigen Pflegefachpersonen und Effizienzpotentiale in der Zusammenarbeit mit dem Medizinischen Dienst besser genutzt werden können. Konkret geprüft werden soll, ob die Ergebnisse von durch Pflegefachpersonen in der Versorgung durchgeführte Begutachtungen und den daraus resultierenden Feststellungen und Empfehlungen nach § 18b SGB XI vergleichbar mit denen des Medizinischen Dienstes oder beauftragter Gutachterinnen und Gutachter sind, insbesondere hinsichtlich des festzustellenden Pflegegrads. Der Abschlussbericht soll dem BMG bis zum 30.06.2028 vorgelegt werden.

B) Stellungnahme

Es bedarf Maßnahmen, die zur Entlastung der Medizinischen Dienste bei der Feststellung von Pflegebedürftigkeit führen. Die anhaltend hohen Antragszahlen auf Feststellung der Pflegebedürftigkeit bzw. die Rekordzahlen bei Anträgen auf Zuerkennung eines höheren Pflegegrades führen zu einer immer stärker wachsenden Zahl von Begutachtungsaufträgen durch die Pflegekassen. Insoweit ist die im Rahmen eines Modellprojektes beabsichtigte Prüfung, ob und inwieweit eine Feststellung der Pflegebedürftigkeit durch Pflegefachpersonen im Rahmen der pflegerischen Versorgung zu gleichwertigen Begutachtungsergebnissen sowie zu einer Entlastung der Medizinischen Dienste führen, grundsätzlich zu begrüßen. Allerdings ist zweifelhaft, ob die erforderliche gutachterliche Unabhängigkeit und damit die gebotene Neutralität in der Feststellung von Pflegebedürftigkeit insbesondere bei Pflegefachpersonen in Pflegeeinrichtungen gegeben ist. Eine solche Unabhängigkeit ist grundsätzlich nicht gegeben, wenn die Pflegefachperson organisatorisch, wirtschaftlich oder personell mit ihrem Arbeitgeber verflochten ist. Vor diesem Hintergrund wird die Feststellung von Pflegebedürftigkeit durch Pflegefachpersonen in Pflegeeinrichtungen kritisch gesehen. Sofern ein Modellprogramm durchgeführt werden soll, muss die Frage, wie die Unabhängigkeit der mit der Begutachtung beauftragten Pflegefachperson sichergestellt werden kann, zentraler Bestandteil der wissenschaftlichen Betrachtung sein.

C) Änderungsvorschlag

In Absatz 6 ist nach Satz 2 Nr. 3 Buchstabe b) unter einem neuen Buchstaben c) folgender Halbsatz einzufügen:

„wie die erforderliche gutachterliche Unabhängigkeit der mit der Begutachtung beauftragten Pflegefachperson sichergestellt werden kann,“

Der bisher vorgesehene Aufzählungspunkt unter Buchstabe „c)“ ist in „d)“ zu ändern.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 18 c) – § 28 Abs. 5

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es soll geregelt werden, dass auch die Erbringung von bestimmten Leistungen nach § 15a Abs. 1 SGB V durch in den stationären Pflegeeinrichtungen beschäftigte Pflegefachpersonen von den Leistungen des SGB XI umfasst ist.

B) Stellungnahme

Mit der vorgesehenen Regelung soll qualifizierten Pflegefachpersonen auch im Bereich der stationären Langzeitpflege ein erweiterter Handlungsspielraum im Hinblick auf die Erbringung der medizinischen Behandlungspflege nach § 15a Abs.1 Nr. 1 und 3 SGB V eröffnet werden. Dies soll für Pflegefachpersonen gelten, die diese Leistungen im Rahmen der Beschäftigung bei der Pflegeeinrichtung erbringen. Es wird explizit klargestellt, dass dies nicht für Pflegefachpersonen gilt, die im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung tätig werden.

Die Regelungen sind sachgerecht und führen mit der expliziten Abgrenzung einer Leistungserbringung durch in den stationären Pflegeeinrichtungen beschäftigte Pflegefachpersonen einerseits und Leistungserbringungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung, z. B. durch in der Arztpraxis beschäftigte Pflegefachpersonen, andererseits zur notwendigen Rechtsklarheit hinsichtlich der Zuständigkeitsabgrenzung zwischen Kranken- und Pflegeversicherung. Diese Abgrenzung ist erforderlich, da die Leistungen nach dem SGB XI in stationären Pflegeeinrichtungen auch die Leistungen der medizinischen Behandlungspflege umfassen; an dieser Zuständigkeit wird durch die beabsichtigte Erweiterung der Kompetenzen von entsprechend qualifizierten Pflegefachpersonen nichts geändert.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 20 - § 34

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Fristen, ab denen die Leistungen in den in § 34 Absatz 1 bis Absatz 3 SGB XI genannten Tatbeständen ruhen, sollen künftig von sechs auf acht Wochen ausgeweitet und damit zugleich vereinheitlicht werden. Dies gilt sowohl für die Pflegeleistungen als auch für die Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegeperson.

B) Stellungnahme

Zur Vereinheitlichung der Ruhenszeiträume ist die vorgesehene Regelung nicht nachvollziehbar und nicht sachgerecht. Inwieweit die vorgesehene Regelung tatsächlich der Entbürokratisierung Rechnung trägt, ist fraglich. Die Laufzeiten der jeweiligen Fristen sind auch nach der Änderung nicht einheitlich. Einerseits gelten die Fristen je Kalenderjahr und andererseits je Aufenthalt bei Krankenhausbehandlung oder Rehabilitations- und Vorsorgemaßnahmen. Insofern liegt keine Vereinheitlichung vor. Zudem ist auch wie bisher eine Überprüfung der Ruhenszeiträume erforderlich, so dass diese Prüfung zum Zwecke der Entbürokratisierung nicht entfällt.

Auch erschließt sich nicht die Notwendigkeit, die Definition eines „vorübergehenden Auslandsaufenthaltes“ von 6 Wochen auf 8 Wochen im Kalenderjahr zu verlängern. Ein Auslandsaufenthalt sollte gerade mit Blick auf die pflegerische Versorgung die Ausnahme sein. Daher ist die Verlängerung auf 8 Wochen im Kalenderjahr abzulehnen.

Zudem würde durch die Ausweitung der Zeiträume zum Eintritt des Ruhens der Leistungen diese künftig länger als bisher gewährt, so dass mit den vorgesehenen Regelungen eine Kostensteigerung einhergehen würde.

C) Änderungsvorschlag

Die Änderungen sind zu streichen.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 21 – § 36

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Leistungsbeträge sollen an die seit 01. Januar 2025 geltende Leistungshöhe angepasst werden.

Für zugelassene ambulante Pflegeeinrichtungen soll es möglich sein, Kooperationen mit Anbietern haushaltsnaher Dienstleistungen abzuschließen.

B) Stellungnahme

Die vorgesehene Anpassung der Leistungsbeträge an die durch die „Bekanntmachung der ab dem 1. Januar 2025 geltenden benannten Leistungsbeträge der Pflegeversicherung sowie weiterer Beträge nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch“ vom 14. November 2024 (Banz AT 12.12.2024 B7) wird begrüßt.

Die vorgesehene Möglichkeit zur Kooperation mit haushaltsnahen Dienstleistungen ist sachgerecht, um das Leistungsangebot ambulanter Pflegedienste zu erweitern. Dies auch vor dem Hintergrund, dass bereits jetzt schon Kooperationen der ambulanten Pflegeeinrichtungen mit anderen Leistungserbringern, die neben pflegerischen Leistungen auch Hilfen bei der Haushaltsführung anbieten, untergesetzlich in den Maßstäben und Grundsätzen nach § 113 SGB XI verbindlich geregelt sind. Aus Transparenzgründen sollte jedoch zusätzlich geregelt werden, dass die entsprechenden Kooperationsverträge den Pflegekassen anzuzeigen sind.

C) Änderungsvorschlag

Der nach § 36 Absatz 4 Satz 2 einzufügende Satz wird wie folgt ergänzt:

„Dabei sind auch Kooperationen mit Anbietern haushaltsnaher Dienstleistungen möglich; **die Kooperationsverträge sind den Parteien des Versorgungsvertrags anzuzeigen.**“

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 22 – § 37

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Leistungsbeträge sollen an die seit 01. Januar 2025 geltende Leistungshöhe angepasst werden.

Die Intervalle zur verpflichtenden Durchführung der Beratungsbesuche sollen vereinheitlicht werden. Pflegebedürftige der Pflegegrade 4 und 5 müssen nicht mehr wie bisher einen Beratungsbesuch einmal vierteljährlich, sondern wie Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 und 3 künftig nur noch einmal halbjährlich nachweisen. Darüber hinaus besteht für Pflegebedürftige der Pflegegrade 4 und 5 ein Anspruch auf einen Beratungsbesuch auch vierteljährlich.

Die Beratungsinhalte sollen künftig gesetzlich konkretisiert werden. Zudem ist die Verpflichtung der Pflegekassen vorgesehen, die pflegebedürftigen Personen und die sie häuslich pflegenden Personen bei der Inanspruchnahme der in der Beratung empfohlenen Maßnahmen zeitnah zu unterstützen.

Das Formular zum Nachweis eines Beratungsbesuchs soll zukünftig im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern übermittelt werden. Das Nähere zum Verfahren der Übermittlung sollen der GKV-Spitzenverband und der Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. im Einvernehmen mit den Verbänden der Leistungserbringer regeln. Durch die in Absatz 3a vorgesehene Regelung zur Unterstützung der pflegebedürftigen Personen zur Umsetzung der im Beratungsbesuch festgehaltenen Empfehlungen durch die Pflegekassen sind die Richtlinien zur Aufbereitung, Bewertung und standardisierten Dokumentation einschließlich der Erkenntnisse zu der Umsetzung der Empfehlungen entsprechend anzupassen.

In Absatz 3 Satz 1 soll klargestellt werden, dass die Vergütung für die Beratungsbesuche auch die betriebsnotwendigen Investitionsaufwendungen umfasst.

B) Stellungnahme

Die vorgesehene Anpassung der Leistungsbeträge an die durch die „Bekanntmachung der ab dem 1. Januar 2025 geltenden benannten Leistungsbeträge der Pflegeversicherung sowie weiterer Beträge nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch“ vom 14. November 2024 (Banz AT 12.12.2024 B7) ist sachgerecht.

Die Vereinheitlichung und damit die Reduzierung der Beratungsintervalle für Pflegebedürftige der Pflegegrade 4 und 5 ist sachgerecht. Bei diesem Personenkreis liegt in der Regel schon seit mehreren Jahren eine Pflegebedürftigkeit vor. Der Beratungsbedarf, wie er in der Regel zu Beginn des Vorliegens der Pflegebedürftigkeit besteht, ist bei diesem Personenkreis meist nicht gegeben. Dies zeigen auch Berichte aus der Praxis, sowohl von pflegebedürftigen Personen als auch von Beratungspersonen. Durch den vorgesehenen Anspruch eines vierteljährlichen Beratungsbesuchs nach § 37 SGB XI für die Pflegegrade 4 und 5 bleibt jedoch auch weiterhin gewährleistet, dass Beratungsbesuche bei Bedarf in den bisherigen Intervallen durchgeführt werden können. Zugleich werden durch die Reduzierung der Intervalle insbesondere ambulante Pflegedienste entlastet, da davon auszugehen ist, dass nicht alle

pflegebedürftigen Personen der Pflegegrade 4 und 5 die Beratungsbesuche im bisherigen Zeitintervall in Anspruch nehmen werden.

Die gesetzliche Konkretisierung der Beratungsinhalte ist sachgerecht. Bei den vorgesehenen Beratungsinhalten handelt es sich um solche, die jetzt schon Gegenstand der Beratung sind. Damit wird ein einheitliches Verständnis über die inhaltliche Ausgestaltung der Beratung gesetzlich festgelegt. Die Verpflichtung der Pflegekassen, die pflegebedürftige Person und die sie pflegende Person bei der Inanspruchnahme der empfohlenen Maßnahmen zu unterstützen, ist im Verständnis der Beratung schon vorgesehen. Dabei ist jedoch zu berücksichtigen, dass den Pflegekassen eine Unterstützung nur insofern möglich ist, als sie Kenntnis von den empfohlenen Maßnahmen erhalten. Dies hängt von der Einwilligung der pflegebedürftigen Person ab. Erteilt sie nicht die Einwilligung zur Weiterleitung der empfohlenen Maßnahme an die Pflegekasse, so kann die Pflegekasse nicht bei der Inanspruchnahme der empfohlenen Maßnahmen unterstützen.

Die Regelung zur Übermittlung des Formulars zum Nachweis eines Beratungsbesuchs im Wege elektronischer Datenübermittlung oder maschinell verwertbaren Datenträger durch die Beratungspersonen an die Pflegekasse wird begrüßt. Damit wird die in der Stellungnahme zum PKG vom 30.09.2024 vom GKV-Spitzenverband aufgestellte Forderung einer entsprechenden Regelung aufgegriffen. Die vorgesehene Regelung schafft die vom GKV-Spitzenverband geforderte und für erforderlich gehaltenen Rechtsgrundlage zur Verpflichtung der elektronischen Übermittlung des Beratungsformulars und trägt somit zu einer Entbürokratisierung sowohl auf Seiten der Pflegekassen als auch auf Seiten der die Beratungsbesuche durchführenden Leistungserbringenden bei.

Die Ergänzung zu den von den Pflegekassen zu tragenden Investitionskosten wird abgelehnt. Der GKV-Spitzenverband vertritt die Rechtsauffassung, dass die Vergütung für einen Beratungsbesuch nach § 37 Absatz 3 SGB XI, der durch einen Pflegedienst erbracht wird, der Vergütung einer allgemeinen Pflegeleistung (Pflegevergütung) entspricht. Dies ergibt sich aus dem gesetzlichen Verweis auf § 89 Absatz 1 und 3 SGB XI in entsprechender Anwendung. Die Regelungen zur Pflegevergütung für zugelassene Pflegeeinrichtungen im 8. Kapitel des SGB XI finden unmittelbare Anwendung, so dass § 82 Absatz 1 und 2 SGB XI einschlägig ist. Danach dürfen betriebsnotwendige Investitionsaufwendungen gerade nicht Bestandteil der Pflegevergütung sein. Investitionsaufwendungen werden entweder durch das Land (mittels Förderung) getragen oder werden pflegebedürftigen Personen (gegebenenfalls anteilig nach Zustimmung durch die Landesbehörde) in Rechnung gestellt. Die nach § 82 Absatz 3 und 4 gesondert berechenbaren betriebsnotwendigen Investitionsaufwendungen werden im Übrigen nicht mit den Pflegekassen vereinbart. Es ist somit nicht sachgerecht, dass Pflegekassen Vergütungsbestandteile zu tragen haben, die entweder zwischen der zuständigen Landesbehörde und der Pflegeeinrichtung oder einseitig von der Pflegeeinrichtung festgesetzt wurden.

C) Änderungsvorschlag

Absatz 3a Satz 4 ist wie folgt zu fassen: „Die Pflegekassen sind verpflichtet, die Pflegebedürftigen und die sie häuslich Pflegenden bei der Inanspruchnahme zeitnah zu unterstützen, sofern den Pflegekassen die Einwilligung der pflegebedürftigen Person oder der gesetzlich betreuenden oder vertretenden Person zur Übermittlung der empfohlenen Maßnahmen vorliegt.“

Absatz 3c Satz 1 neu ist zu streichen.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 23 – § 38a

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelung des § 38a wird aufgehoben und findet sich in der neuen Vorschrift des § 45g wieder.

B) Stellungnahme

Keine.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 24 – § 39a

A) Beabsichtigte Neuregelung

Gemäß § 39a SGB XI haben Pflegebedürftige bei der Nutzung digitaler Pflegeanwendungen (DiPA) Anspruch auf ergänzende Unterstützungsleistungen (eUL) durch ambulante Pflegedienste. Gemäß dem Gesetzentwurf soll die derzeit gesetzlich geregelte Feststellung der Erforderlichkeit von eUL zu der jeweiligen DiPA durch das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) nach § 78a Absatz 6 entfallen.

B) Stellungnahme

Dass die gesonderte Feststellung der Erforderlichkeit einer ergänzenden Unterstützungsleistung (eUL) durch das BfArM entfallen soll, wird abgelehnt. Im Rahmen der Gesetzesbegründung wird die vorgesehene Streichung der gesonderten Feststellung der Erforderlichkeit einer eUL durch das BfArM damit begründet, dass eUL nicht nur funktions- oder konstruktionsbezogen zulässig sind, sondern generell, so dass diese auch in Anspruch genommen werden können, wenn die pflegebedürftige Person eine Bedienungshilfe benötigt. Dies soll unabhängig davon gelten, ob die Konstruktion/Konfiguration der DiPA zwingend eine Einbindung Dritter erfordert.

Die Begründung führt zu einem anderen Verständnis der bislang verwendeten Definition von eUL. Gemäß dem aktuellen DiPA-Leitfaden (Stand: 11.10.2023) handelt es sich z. B. nicht um eine eUL, wenn die pflegebedürftige Person Hilfe mit der Bedienung/Ersteinrichtung/Initialisierung benötigt. Zur Begründung wird in dem Leitfaden angeführt, dass eine geführte und durch die pflegebedürftige Person umsetzbare Einrichtung der APP grundsätzlich im Lieferumfang enthalten sein muss. So heißt es auch in § 6 Absatz 5 der Verordnung zur Prüfung der Erstattungsfähigkeit digitaler Pflegeanwendungen nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch (Digitale Pflegeanwendungen-Verordnung - DiPAV) zu der Anforderung an die Qualität einer DiPA, dass DiPA so zu gestalten sind, dass sie einer altersgerechten Nutzbarkeit Rechnung tragen. Pflegebedürftige und sonstige Nutzer müssen die DiPA leicht und intuitiv bedienen können. Sofern nun auch eine reine Bedienungshilfe eine eUL sein soll, die von ambulanten Pflegediensten durchgeführt werden muss, ist insbesondere fraglich, ob z. B. Bedienungshilfen in den originären Aufgabenbereich von ambulanten Pflegediensten fallen können/sollen.

Zudem ist fraglich, in welchem Zusammenhang die im Gesetzentwurf beschriebene neue Auslegung von eUL mit der Feststellung der Erforderlichkeit durch das BfArM steht. Es ist davon auszugehen, dass auch DiPA in das Verzeichnis aufgenommen werden, die ihren pflegerischen Nutzen nur in Verbindung mit einer eUL entfalten. Die Beurteilung hinsichtlich der Entfaltung des pflegerischen Nutzens einer DiPA in Verbindung mit einer eUL sollte unabhängig von der Einschätzung der Hersteller geprüft werden. Insofern ist auch an der gesonderten Feststellung der Erforderlichkeit einer ergänzenden Unterstützungsleistung (eUL) durch das BfArM festzuhalten.

C) Änderungsvorschlag

§ 39a SGB XI bleibt in der bisherigen Fassung bestehen, so dass „deren Erforderlichkeit das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte nach § 78a Absatz 5 Satz 6 festgestellt hat“ nicht gestrichen wird.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 25 - § 40

A) Beabsichtigte Neuregelung

In Absatz 2 wird als Folge der mit Wirkung zum 1. Januar 2025 nach § 30 des Elften Buches Sozialgesetzbuch dynamisierten Beträge für die Leistungen der Pflegeversicherung der von den Pflegekassen zu leistende monatliche Höchstbetrag für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel von 40 Euro auf 42 Euro angehoben. Ergänzend zu der beabsichtigten Neuregelung in § 17a des Elften Buches Sozialgesetzbuch zu den Richtlinien zur Empfehlung von Hilfsmitteln und Pflegehilfsmitteln (vergleiche Nummer 14) wird die in § 40 Absatz 6 des Elften Buches Sozialgesetzbuch vorgesehene Möglichkeit, wonach bei vorliegender Empfehlung einer Pflegefachperson für ein Hilfsmittel bzw. Pflegehilfsmittel die Notwendigkeit der Versorgung vermutet wird, ausgeweitet, sodass der Entscheidung der Pflegefachperson vorbehaltlich der Wirtschaftlichkeitsprüfung durch die jeweilige Pflegekasse auch für weitere Bereiche eine fachliche Letztverbindlichkeit zugesprochen wird. Insbesondere soll der Katalog der von einer Empfehlung durch Pflegefachpersonen umfassten Hilfsmittel der GKV auf für die pflegerische Versorgungspraxis notwendige und sinnvolle Hilfsmittel erweitert werden, bei denen Pflegefachpersonen aufgrund ihrer Nähe zu den Versicherten und ihrer fachlichen Expertise und Qualifikation den Bedarf feststellen können. Darunter fallen ausweislich der Gesetzesbegründung insbesondere Inkontinenz- und Adaptionshilfen sowie Hilfsmittel bei Tracheostoma und Dekubitus sowie Stomaartikel. Es wird nach wie vor klargestellt, dass es in diesen Fällen keiner weiteren vertragsärztlichen Verordnung bedarf. Mit der Hilfsmittel- oder Pflegehilfsmittelversorgung, für die die Vermutungswirkung der Erforderlichkeit oder Notwendigkeit im Sinne der Richtlinien ausgelöst werden kann, dürfen jedoch weiterhin keine sich darauf beziehenden ärztlichen Maßnahmen oder Therapieentscheidungen verbunden sein. Das Wort Pflegefachkraft wird auch hier durch das Wort Pflegefachperson ersetzt, um die Terminologie an die Legaldefinition in dem neu vorgesehenen § 15a Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch anzupassen.

B) Stellungnahme

Bei der Anhebung des monatlichen Höchstbetrags für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel handelt es sich um eine Folgeänderung zur Dynamisierung nach § 30 des Elften Buches Sozialgesetzbuch, die hier offenbar der Klarheit dienen soll.

Die Neufassung des § 40 Absatz 6 des Elften Buches Sozialgesetzbuch ist verbunden mit der Überführung der Regelungen zu den Richtlinien zur Empfehlung von Pflegehilfsmitteln und Hilfsmitteln in eine eigenständige Vorschrift. Es wird daher zunächst auf die Stellungnahme zu dem neu vorgesehenen § 17a des Elften Buches Sozialgesetzbuch verwiesen, in dem das Nähere zu diesen Richtlinien künftig geregelt ist. Wie dort bereits angemerkt wurde, ist es grundsätzlich nachvollziehbar, dass die Kompetenz von Pflegefachpersonen in der Versorgung durch ein erweitertes Aufgabenspektrum genutzt werden soll. Es besteht aber aufgrund der in dem Gesetzentwurf vorgesehenen zwei verschiedenen Regelungskreise mit ähnlicher Zielsetzung für den gleichen Personenkreis (Verordnung von Hilfsmitteln und Empfehlung von Hilfs- und Pflegehilfsmitteln durch Pflegefachpersonen) die Notwendigkeit einer klaren Abgrenzung, so dass die Frist für die Konkretisierung der Vorgaben des § 40 Absatz 6 des Elften Buches Sozialgesetzbuch in den Richtlinien

nach § 17 a des Elften Buches Sozialgesetzbuch verschoben werden sollte, damit die Festlegungen im Rahmenvertrag nach § 73d des Fünften Buches Sozialgesetzbuch hierbei Berücksichtigung finden können.

Sowohl bei den Verordnungen durch Pflegefachpersonen nach §§ 33 Absatz 5a, 73d des Fünften Buches Sozialgesetzbuch als auch den Empfehlungen nach §§ 17a, 40 Absatz 6 des Elften Buches Sozialgesetzbuch ist es zudem wichtig, ihre Einbindung in die zunehmend auch digitalisierten Versorgungsprozesse sicherzustellen. Bei dem neuartigen Instrument der Empfehlung nach § 40 Absatz 6 des Elften Buches Sozialgesetzbuch gestaltet sich diese Integration in die weiteren Prozessabläufe wesentlich schwieriger als bei der Ausstellung von Verordnungen für Hilfsmittel. Auch dieser Umstand spricht daher dafür, dass vorrangig zunächst die Regelungen zur Verordnung von Hilfsmitteln nach § 73d des Fünften Buches Sozialgesetzbuch getroffen werden und die Fristen für die Richtlinien nach § 17a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch verschoben werden, damit auf dieser Grundlage beurteilt werden kann, welcher Anwendungsbereich sich für die Empfehlungen nach § 40 Absatz 6 des Elften Buches Sozialgesetzbuch noch ergibt.

Um Versorgungen auf Grundlage der Empfehlungen nach § 40 Absatz 6 des Elften Buches Sozialgesetzbuch datentechnisch selektieren und auswerten zu können, wird die Angabe der Beschäftigtennummer in den Empfehlungen benötigt. Ohne die Möglichkeit einer datentechnischen Auswertung wäre auch die gesetzlich vorgesehene Evaluierung nicht durchführbar. Es sollte daher auch eine Klarstellung im Gesetz erfolgen, dass auf der Empfehlung nach § 40 Absatz 6 des Elften Buches Sozialgesetzbuch auch die Beschäftigtennummer anzugeben ist und vom GKV-Spitzenverband zu Evaluierungszwecken genutzt werden darf. Weitere Ausführungen enthält die Stellungnahme unter Nummer 14 zu § 17a.

C) Änderungsvorschlag

In § 40 Absatz 6 des Elften Buches Sozialgesetzbuch in der Fassung des vorliegenden Gesetzentwurfs wird hinter Satz 5 folgender Satz ergänzt:

“In der Empfehlung ist die Beschäftigtennummer der die Empfehlung abgebenden Pflegefachperson anzugeben, soweit für sie eine solche Nummer vergeben ist. Die Beschäftigtennummer darf vom Spitzenverband Bund der Kranken- und Pflegekassen zu Evaluierungszwecken genutzt werden.”

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 26 a) – § 40a Absatz 1a Satz 1

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die bisherige Regelung in Absatz 1a Satz 1 wird inhaltlich insofern übernommen, als digitale Pflegeanwendungen (DiPA) auch auf die Unterstützung Angehöriger und sonstiger ehrenamtlich Pflegenden ausgerichtet sein können. Nach der geltenden Regelung sind DiPA in diesem Fall nur zulässig, wenn sie die pflegenden Angehörigen oder sonstigen ehrenamtlichen Pflegepersonen bei ihren pflegerischen Aufgaben oder Hilfen bezogen auf die in § 14 Absatz 2 SGB XI genannten Bereiche oder bei der Haushaltsführung unterstützen. Die wesentliche Änderung in Absatz 1a Satz 1 SGB XI zielt darauf ab, dass der Bezug zu den in § 14 Absatz 2 SGB XI genannten Bereichen entfällt und somit die Verknüpfung mit den Kriterien für das Vorliegen von Pflegebedürftigkeit nicht mehr erforderlich ist. DiPA für pflegende Angehörige oder sonstige ehrenamtlichen Pflegepersonen sollen gemäß der Neuregelung nunmehr zulässig sein, wenn sie eine entlastende Wirkung für die Pflegepersonen oder einen stabilisierenden Effekt für die häusliche Versorgungssituation der pflegebedürftigen Person haben.

B) Stellungnahme

Es wird weiterhin begrüßt, dass digitale Pflegeanwendungen zulässig sind, die auf die Unterstützung Angehöriger oder sonstiger ehrenamtlich Pflegenden ausgerichtet sind. Die vorgesehene Entkopplung für DiPA für pflegende Angehörige oder sonstige ehrenamtliche Pflegepersonen von den Kriterien zur Pflegebedürftigkeit nach den in § 14 Absatz 2 SGB XI genannten Bereichen lässt für die Hersteller einen größeren Spielraum bei der Entwicklung von DiPA zu. Da auch für diejenigen DiPA, die sich an pflegende Angehörige und sonstige ehrenamtlich Pflegenden richten und eine entlastende Wirkung für die Pflegepersonen oder einen stabilisierenden Effekt für die häusliche Versorgungssituation der pflegebedürftigen Person aufweisen müssen, ein pflegerischer Nutzen nachzuweisen ist (siehe § 78a Absatz 4 Satz 3 Nummer 3 SGB XI), bestehen gegen die Änderung keine Einwände.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 26 b) Buchstabe aa) – § 40a Absatz 2 Satz 1

A) Beabsichtigte Neuregelung

Bislang regelt Absatz 2, dass der Anspruch solche DiPA erfasst, die vom BfArM in das Verzeichnis für DiPA aufgenommen sind. Der Anspruch entsteht somit ab Listung im DiPA-Verzeichnis. Dies soll nun mit der entsprechenden Ergänzung dahingehend geändert werden, dass die Wirksamkeit des Anspruchs ab dem von den Vertragsparteien nach § 78a Absatz 1 Satz 2 SGB XI vereinbarten Zeitpunkt für die Geltung der Vergütungsvereinbarung gilt.

B) Stellungnahme

Gemäß der geltenden Rechtslage hat die pflegebedürftige Person einen Anspruch auf DiPA ab Listung im DiPA-Verzeichnis des BfArM. Der Vergütungsbetrag für DiPA wird jedoch de lege lata innerhalb von drei Monaten nach Aufnahme der DiPA in das Verzeichnis verhandelt. Dies führt dazu, dass es zu Ausgleichsansprüchen kommen kann, wenn der verhandelte Vergütungsbetrag niedriger/höher als der zum Zeitpunkt der Anspruchsentstehung gelistete Abgabepreis des Herstellers ist. Mit der Änderung sollen gemäß der Begründung zum Gesetzentwurf die Zeitpunkte dadurch parallelisiert werden, indem die Vertragspartner den Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Vergütungsvereinbarung festlegen und die Entstehung des Anspruchs an diesen Zeitpunkt geknüpft wird. Dieses Ziel ist zu begrüßen, um eine etwaige Rückabwicklung zu vermeiden. In der Folge ist die Rahmenvereinbarung zwischen dem GKV-Spitzenverband und den Herstellerverbänden nach § 78a Absatz 2 SGB XI (§ 13 Ausgleichsansprüche) anzupassen.

Zu Absatz 2 wird ergänzend darauf hingewiesen, dass die Befristungsregelung in den Sätzen 3 bis 5 nicht sachgerecht ist, siehe auch Stellungnahme unter „Ergänzender Änderungsbedarf“ zu Artikel 1 §40a. Eine unbefristete Bewilligung ohne weitere Prüfung, ob die DiPA genutzt und die Zwecksetzung erreicht wird, führt voraussichtlich zu zusätzlichen Kosten für die Pflegeversicherung. Unbefristete Bewilligungen von DiPA können dazu führen, dass der Leistungsanspruch fortführend in Anspruch genommen wird, ohne dass die DiPA genutzt wird. Insbesondere und erst recht vor dem Hintergrund des durch den Gesetzentwurf geregelten Erprobungsjahres, das abgelehnt wird (siehe hierzu Stellungnahme zu § 78a SGB XI), müssen erneute Prüfungen und stets befristete Bewilligungen sowohl im Sinne der Wirtschaftlichkeit als auch zum Schutz der vulnerablen Nutzergruppe geregelt werden.

C) Änderungsvorschlag

In Absatz 2 Satz 3 wird das Wort „erstmalig“ gestrichen.

In Absatz 2 Satz 4 wird nach dem Wort „darf“ das Wort „jeweils“ eingefügt.

In Absatz 2 Satz 5 wird das Wort „unbefristete“ ersetzt durch „nochmalige“.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 26 b) Buchstabe bb) – § 40a Absatz 2 Satz 5

A) Beabsichtigte Neuregelung

Ein Verweis auf Absatz 1a wird eingefügt, der bei Einführung des Absatzes 1a unterblieben war.

B) Stellungnahme

Es handelt sich um eine erforderliche Folgeänderung.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 27 – § 40b Absatz 1

A) Beabsichtigte Neuregelung

In Absatz 1 wird mit der Neufassung klargestellt, dass der Leistungsbetrag monatlich insgesamt für die Nutzung einer digitalen Pflegeanwendung oder mehrerer digitaler Pflegeanwendungen (DiPA) zur Verfügung steht. Darüber hinaus soll der Leistungsbetrag für DiPA und ergänzende Unterstützungsleistungen (eUL) aufgeteilt werden. Demnach steht gemäß der vorgesehenen Neuregelung für DiPA ein Leistungsbetrag bis zur Höhe von 40 Euro monatlich und für eUL ein Leistungsbetrag bis zur Höhe von 30 Euro monatlich zur Verfügung. Damit übersteigt der nunmehr insgesamt zur Verfügung stehende Betrag für DiPA (neu 40 Euro) und der für eUL zur Verfügung stehende Betrag (neu 30 Euro) den bisher gesetzlich insgesamt zur Verfügung stehenden Betrag (50 Euro insgesamt für DiPA und eUL) um 20 Euro.

B) Stellungnahme

Die gesetzliche Klarstellung, dass die Ansprüche einmalig je Monat und unabhängig von der Anzahl der in Anspruch genommenen DiPA/eUL bestehen, wird begrüßt.

Die Aufteilung des Leistungsbetrages in je einen Betrag für DiPA und eUL wird ebenfalls begrüßt. So werden für die Vereinbarungspartner der Vergütungsverhandlungen der DiPA sowie für die Leistungserbringer hinsichtlich der eUL die maximal erstattungsfähigen Kosten jeweils für DiPA und eUL klarer.

Insgesamt wurde der Leistungsbetrag um 20 Euro (40 Euro DiPA und 30 Euro eUL; vormals 50 Euro insgesamt) angehoben. Eine Ausweitung des Gesamtbudgets von 50 Euro auf 70 Euro wird abgelehnt, da dies zu einer größeren Kostenbelastung für die Pflegeversicherung führt, ohne, dass Gründe für die Erhöhung der Beträge zum jetzigen Zeitpunkt ersichtlich sind.

Die Änderungen haben Anpassungen der Rahmenvereinbarung nach § 78a Absatz 2 SGB XI zur Folge.

C) Änderungsvorschlag

§ 40b Absatz 1 wird wie folgt gefasst:

„(1) Bewilligt die Pflegekasse die Versorgung mit einer oder mehreren digitalen Pflegeanwendungen, hat die pflegebedürftige Person Anspruch:

1. auf die Erstattung von Aufwendungen für digitale Pflegeanwendungen nach § 40a bis zur Höhe von insgesamt 30 Euro im Kalendermonat sowie
2. auf ergänzende Unterstützungsleistungen durch ambulante Pflegeeinrichtungen nach § 39a bis zur Höhe von insgesamt 20 Euro im Kalendermonat.“

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 28 – § 41

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Leistungsbeträge sollen an die seit 01. Januar 2025 geltende Leistungshöhe angepasst werden.

B) Stellungnahme

Die vorgesehene Anpassung der Leistungsbeträge an die durch die „Bekanntmachung der ab dem 1. Januar 2025 geltenden benannten Leistungsbeträge der Pflegeversicherung sowie weiterer Beträge nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch“ vom 14. November 2024 (Banz AT 12.12.2024 B7) ist sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 29 – § 43

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Leistungsbeträge sollen an die seit 01. Januar 2025 geltende Leistungshöhe angepasst werden.

B) Stellungnahme

Die vorgesehene Anpassung der Leistungsbeträge an die durch die „Bekanntmachung der ab dem 1. Januar 2025 geltenden benannten Leistungsbeträge der Pflegeversicherung sowie weiterer Beträge nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch“ vom 14. November 2024 (Banz AT 12.12.2024 B7) ist sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 30 – § 43a

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Leistungsbeträge sollen an die seit 01. Januar 2025 geltende Leistungshöhe angepasst werden.

B) Stellungnahme

Die vorgesehene Anpassung der Leistungsbeträge an die durch die „Bekanntmachung der ab dem 1. Januar 2025 geltenden benannten Leistungsbeträge der Pflegeversicherung sowie weiterer Beträge nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch“ vom 14. November 2024 (Banz AT 12.12.2024 B7) ist sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 31 – § 44a Absatz 1

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Ergänzung des § 44a Absatz 1 SGB XI zielt auf die Sachverhalte ab, in denen die pflegebedürftige Person während der ursprünglich zwischen dem pflegenden Angehörigen und dessen Arbeitgeber vereinbarten Pflegezeit nach dem Pflegezeitgesetz (PflegeZG) verstirbt. In diesen Fällen erlöschen mit dem Tod des Pflegebedürftigen die Ansprüche auf Leistungen und damit grundsätzlich auch der Anspruch des (bislang) pflegenden Angehörigen auf den Zuschuss zu den Beiträgen zur Kranken- und Pflegeversicherung. Sofern eine vorzeitige Beendigung der mit dem Arbeitgeber vereinbarten Pflegezeit nach dem PflegeZG nicht möglich ist und diese in der Konsequenz erst nach Ablauf von vier Wochen nach dem Tod des Pflegebedürftigen endet, soll künftig auch der Zuschuss bis zum Ablauf der Pflegezeit weitergezahlt werden. Die Weiterzahlung des Zuschusses soll sicherstellen, dass der Beschäftigte, sofern der Arbeitgeber einer vorzeitigen Rückkehr aus der Pflegezeit nicht zustimmt, seinen Beitrag zur Kranken- und Pflegeversicherung in den vier Wochen der weiterhin andauernden Pflegezeit nicht in voller Höhe selbst zu tragen hat.

B) Stellungnahme

Gegen die Ergänzung des § 44a Absatz 1 SGB XI bestehen keine Einwände. Die Regelung stellt eine einheitliche Herangehensweise der Pflegekassen sicher und stärkt die Bemühungen, die Pflegebereitschaft naher Angehöriger aufrechtzuerhalten und zu unterstützen.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 33 – § 45b

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Leistungsbeträge sollen an die seit 01. Januar 2025 geltende Leistungshöhe angepasst werden.

B) Stellungnahme

Die vorgesehene Anpassung der Leistungsbeträge an die durch die „Bekanntmachung der ab dem 1. Januar 2025 geltenden benannten Leistungsbeträge der Pflegeversicherung sowie weiterer Beträge nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch“ vom 14. November 2024 (Banz AT 12.12.2024 B7) ist sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 34 – § 45c

A) Beabsichtigte Neuregelung

Im Rahmen der Modellförderung sollen auch Möglichkeiten einer wirksamen Vernetzung erforderlicher Hilfen für pflegebedürftige Personen an ihrem Lebensende in den Blick genommen werden. Zudem sollen zu den bisherigen in Absatz 5 genannten Modellvorhaben nunmehr explizit Modellvorhaben gefördert werden können, die insbesondere Möglichkeiten einer Versorgung von Pflegebedürftigen über Nacht weiterentwickeln und erproben sollen. Die in der Förderung bereits berücksichtigten digitalen Anwendungen sollen künftig auch um eine Förderung zur Herstellung oder Verbesserung der Barrierefreiheit der digitalen Anwendung erweitert werden.

In Absatz 8 ist vorgesehen, dass der GKV-Spitzenverband im Einvernehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. und im Benehmen mit dem Bundesamt für Soziale Sicherung sowie dem Bundesministerium für Gesundheit Festlegungen für das Verfahren zur Abwicklung der Förderung beschließen. Das soll insbesondere das Verfahren zur Erteilung der Förderzusagen, zur Aufhebung von Förderentscheidungen und zur Rückforderung von Fördermitteln zugunsten des Ausgleichsfonds der Sozialen Pflegeversicherung betreffen. Die Länder sollen vor dem Beschluss der Festlegungen angehört werden und ihr Vorbringen ist beim Beschluss der Festlegungen zu berücksichtigen. Soweit Belange von Fördermittelempfängenden betroffen sind, sind die Verbände der Menschen mit Behinderungen, der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen und vergleichbar Nahestehenden auf Bundesebene vor dem Beschluss anzuhören.

Die Förderung der Zusammenarbeit in regionalen Netzwerken wird in den neuen § 45e überführt.

B) Stellungnahme

Die Erweiterung der Förderung zur Erprobung insbesondere von Möglichkeiten einer Versorgung von pflegebedürftigen Personen über Nacht ist zu begrüßen. Zwar besteht mit § 41 SGB XI bereits das Versorgungsangebot der Nachtpflege, diese wird jedoch bisher nur in geringem Umfang angeboten. Die Versorgung pflegebedürftiger Personen auch nachts ist ein wichtiger Beitrag zur Entlastung pflegender Angehöriger und zur Vereinbarkeit von Pflege und Beruf. Durch die vorgesehene Förderung entsprechender Modellvorhaben kann ein Impuls zur Entwicklung entsprechender Versorgungsstrukturen geschaffen werden. Ebenso ist die Erweiterung der Förderung von Modellvorhaben, die pflegebedürftige Personen am Lebensende in den Blick nehmen, sowie die ergänzende Förderung zur Herstellung der Barrierefreiheit der digitalen Anwendungen sachdienlich.

Die in Absatz 8 vorgesehene Festlegung für das Verfahren zur Abwicklung der Förderung wird begrüßt. Im Rahmen der Förderung nach § 45c treten immer wieder Unklarheiten über den Bestand der Förderung aus Mitteln der Sozialen Pflegeversicherung in Abhängigkeit der Förderung durch die zuständigen Stellen im Lande auf. Während die dort zuständigen Stellen – vom Einvernehmen der Verbände der Pflegeversicherung getragen – grundsätzlich auch über den Förderanteil aus Mitteln der Sozialen Pflegeversicherung bestimmen, verweigern manche der zuständigen Stellen im Falle von Rücknahme- und Widerrufsentscheidungen und damit einhergehenden Rückforderungen die

Bestimmung auch über den Förderanteil der Sozialen Pflegeversicherung, mitunter unter Verweis auf das SGB X. Das Bundesamt für Soziale Sicherung fungiert jedoch lediglich als Zahlstelle, ohne Förderrechtsverhältnis gegenüber den Fördermittelempfängern. Somit bedarf es klarstellender Regelungen. Über die Vereinbarung nach § 45c Absatz 8 Satz 2 lässt sich eine vergleichbare Bindungswirkung nicht erzeugen. Verfahrensdefizite bestehen auch dahingehend, dass einige Länder die auszahlungsbegründenden Mittelabrufe bzw. Nachweise ungleichzeitig und von verschiedenen Stellen aus übermitteln, zuweilen auch Mittelabrufe auf Basis des zugesagten, noch nicht erteilten Einvernehmens vorlegen.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 35 – § 45d

A) Beabsichtigte Neuregelung

Inhaltlich betreffen die Änderungen des § 45d SGB XI insbesondere eine Erhöhung der zur Verfügung stehenden Fördermittel, die Trennung des Fördermittelbestandes für den GKV-Spitzenverband von dem der Länder, die inhaltliche/zeitliche Neuausrichtung bzw. Erweiterung der Förderungen sowie die Ermächtigung des GKV-Spitzenverbandes, zur sachgerechten Verteilung der Fördermittel gemeinsam mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. Kriterien zur Vergabe der Fördermittel beschließen zu können.

Zu der Erhöhung der Fördermittel und zum separaten Fördermitteltatbestand für die Förderung beim GKV-Spitzenverband: Pro Kalenderjahr sollen zum Auf- und Ausbau von Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen und zur Unterstützung von Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen nunmehr Fördermittel im Umfang von 0,21 Euro pro in der sozialen Pflegeversicherung und der privaten Pflege-Pflichtversicherung Versichertem zur Verfügung gestellt werden. Damit wird der zur Verfügung stehende Betrag aus dem Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung um 0,06 Euro erhöht. Gemäß dem neuen Absatz 3 werden von den jährlich verfügbaren 0,21 Euro je Versichertem 0,16 Euro für die ko-finanzierte Förderung durch Länder oder kommunale Gebietskörperschaften sowie die soziale Pflegeversicherung und private Pflege-Pflichtversicherung zur Verfügung gestellt und nach dem Königsteiner Schlüssel auf die Länder aufgeteilt. Die Fördermittel erhöhen sich dadurch von 0,15 Euro auf 0,16 Euro je Versicherten. Hinsichtlich der Förderung durch den GKV-Spitzenverband (siehe Absatz 4 NEU) ist neu, dass die hierfür verfügbaren Fördermittel zu einem Mittelbestand zusammengefasst werden, der sich nicht mehr aus verteilten oder bei der Übertragung ausgenommenen Mitteln zusammensetzt. Zudem werden die Fördermittel von jeweils 0,01 Euro je Versicherten zugleich auf insgesamt 0,05 Euro je Versicherten und Kalenderjahr erhöht, die je nach eingehenden Anträgen für beide Zwecke verwendet werden können.

Zu der inhaltlichen und zeitlichen Ausrichtung der Förderungen: Inhaltlich ist neu, dass der GKV-Spitzenverband neben der Gründungsförderung und der Förderung bundesweiter Tätigkeiten auch für die Förderung von bundesweit ausgelegten Strukturen von Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen zuständig ist. Gesetzlich wird zudem klargestellt, dass sowohl die Länder/Kommunen als auch der GKV-Spitzenverband für die Förderung von Gründungszuschüssen von Selbsthilfegruppen, -kontaktstellen und -organisationen zuständig sind. Dies ergibt sich aus Absatz 4 (NEU), der in Satz 1 die bundesweiten Tätigkeiten und Strukturen und Gründungszuschüsse durch den GKV-Spitzenverband regelt und im zweiten Halbsatz auf „die Gewährung insbesondere von Gründungszuschüssen im Rahmen einer Förderung nach Absatz 3 [...]“ (Förderung auf Landesebene) verweist. In der bisherigen Bewilligungspraxis erfolgten Förderzusagen des GKV-Spitzenverbandes für bundesweite Tätigkeiten für ein Kalenderjahr, da die Berechnung der zur Verfügung stehenden Fördermittel aufgrund von übertragenden Mitteln im Voraus nur für ein Kalenderjahr möglich war. Durch die neue Regelung des separaten Mittelbestandes soll eine Förderung sowohl für Gründungszuschüsse als auch für bundesweite Selbsthilfetätigkeiten bzw. -strukturen durch den GKV-

Spitzenverband mindestens für drei Jahre und in der Regel für fünf Jahre bewilligt werden, es sei denn, aus dem Antrag oder den Besonderheiten des Einzelfalls ergibt sich ein kürzerer Förderzeitraum.

Kriterien zur Vergabe der Fördermittel: Gemäß Absatz 4 wird der GKV-Spitzenverband ermächtigt, zur sachgerechten Verteilung der Fördermittel gemeinsam mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. Kriterien zur Vergabe der Fördermittel beschließen zu können. Im Rahmen der Entwicklung der Kriterien sind die in der Selbsthilfe tätigen Verbände der Menschen mit Behinderungen, der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen und vergleichbar Nahestehenden zu beteiligen. Der Beschluss der Kriterien bedarf der Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit.

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband misst der Selbsthilfeförderung einen großen Stellenwert bei und setzt sich für die Förderung der Selbsthilfestrukturen ein. Die Konzipierung eines eigenen Mittelbestandes für Förderverfahren, die in die Zuständigkeit des GKV-Spitzenverbands fallen, wird begrüßt. Die inhaltliche Neuausrichtung wird jedoch nicht als zielführend angesehen. Dadurch ergeben sich für alle Beteiligten Unklarheiten hinsichtlich der Zuständigkeiten, der Förderinhalte und des Förderzeitraums sowie der Umsetzung einer schlüssigen und sinnvollen Förderpraxis.

Zu den Zuständigkeiten: Die Zuständigkeiten müssen klar abgegrenzt und definiert werden. In Bezug auf die Gründungsförderung ist fraglich, in welchem Verhältnis die Länder/Kommunen und der GKV-Spitzenverband fördern sollen. Gemäß der Gesetzesbegründung ist anzunehmen, dass der GKV-Spitzenverband vorrangig für die Förderung von Gründungen zuständig sein soll.

Zu den Förderinhalten und dem Förderzeitraum: Absatz 4 (NEU) regelt, dass eine Bewilligung der Fördermittel in der Regel jeweils für einen Zeitraum von fünf Jahren, mindestens aber für einen Zeitraum von drei Jahren erfolgen soll, es sei denn, dass sich aus dem Antrag oder den Besonderheiten des Einzelfalls ein kürzerer Förderzeitraum ergibt. Gemäß der Gesetzesbegründung gilt dies sowohl für Gründungszuschüsse als auch für die bundesweiten Tätigkeiten und Strukturen. Dass eine Gründungsförderung, die als Anschubfinanzierung definiert wird (siehe BTDRs. 19/5593) in der Regel über fünf Jahre, mindestens aber über drei erfolgen soll, ist nicht schlüssig. Sofern der Antrag auf eine Gründungsförderung (Aufbau) gerichtet ist, ist vielmehr eine Förderung als Starthilfe für ein Jahr sachgerecht. Für den Ausbau wäre sodann die Landesförderung zu nutzen.

In diesem Zusammenhang wird auch darauf hingewiesen, dass die Förderung von Selbsthilfegruppen für bundesweite Tätigkeiten bereits im derzeit geltenden Recht nicht schlüssig ist. Gruppen, die in der Region tätig sind, sind grundsätzlich nicht bundesweit aktiv. Die bundesweite Förderung kann sich demnach nur auf Selbsthilfeorganisationen und Selbsthilfekontaktstellen auf der Bundesebene beziehen.

Zu der Umsetzung: Die neu konzipierte Regelung schafft Unklarheiten hinsichtlich der Förderpraxis. Sind bundesweite Tätigkeiten im Sinne von Projekten abgrenzbar u. a. hinsichtlich des Projekt-/Förderzeitraums und der Fördersumme aufgrund eines Kostenplanes und eines anschließenden Verwendungsnachweises, umfassen allgemeine bundesweite „strukturelle Förderungen“ nunmehr eine Gesamtförderung der bundesweit ausgerichteten Selbsthilfegruppen, -organisationen oder

- kontaktstellen. Die Ergänzung einer strukturellen Förderung hebt die Anforderungen an die Projektförderung insofern aus, als alle Maßnahmen, die nicht die Kriterien einer Projektförderung erfüllen, unter „strukturelle Maßnahmen“ fallen können und somit förderfähig wären. Die Fördersummen würden dann nach entsprechendem Antrag in der Höhe, wie beantragt, ausgezahlt, bis die zur Verfügung stehenden Mittel für das Förderjahr aufgebraucht wären.

Nach der bisherigen Förderpraxis wurde die Antragsfrist für bundesweite Tätigkeiten im Sinne einer Projektförderung auf den 31.03. eines Jahres gesetzt, um allen Interessenten die Möglichkeit zur Antragstellung und Förderung zu gewähren. Da mit der Formulierung „bundesweite Tätigkeiten und Strukturen“ im Zusammenhang mit der Gesetzesbegründung voraussichtlich alle bundesweiten Vorhaben der Selbsthilfe von Selbsthilfekontaktstellen, -organisationen und -gruppen förderfähig sein werden, würde die Förderung nach dem Zufallsprinzip erfolgen. Antragsteller, die zuerst ihre Anträge einreichen, würden gefördert. Der Vielfältigkeit der Anträge, die sich im derzeitigen Förderverfahren beim GKV-Spitzenverband abbilden, wird die Neuregelung nicht gerecht.

Zu den Kriterien zur Vergabe der Fördermittel: Grundsätzlich ist die Beteiligung von einschlägigen Interessenvertretungen im Rahmen der Entwicklung der Kriterien zur Vergabe der Fördermittel sachgerecht. Jedoch gibt es eine Vielzahl von „in der Selbsthilfe tätigen Verbänden der Menschen mit Behinderungen, der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen und vergleichbar Nahestehenden“ wie z. B. zahlreiche Dach- und Landesverbände. Damit ist unklar, welche konkreten Verbände von Seiten des GKV-Spitzenverbandes einzubinden sind. Im Sinne eines klar definierten Prozesses sind daher die **auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen nach § 118 Absatz 1 Satz 1 SGB XI** zu beteiligen statt die „in der Selbsthilfe tätigen Verbände der Menschen mit Behinderungen, der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen und vergleichbar Nahestehenden“.

C) Änderungsvorschlag

Die Regelung zur Selbsthilfeförderung nach § 45d SGB XI bedarf einer grundlegenden Überarbeitung. Absatz 3 und 4 werden in der neuen Fassung abgelehnt. Hilfsweise wird die Fassung der Absätze 3 und 4, Satz 1 und Satz 6 wie folgt angeregt:

“(3) Von den in Absatz 1 Satz 1 genannten Fördermitteln werden Mittel im Umfang von 0,16 Euro pro Versichertem nach dem Königsteiner Schlüssel auf die Länder **zur Förderung des Auf- und Ausbaus von Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen** aufgeteilt, um Zuschüsse zu finanzieren, die eine Förderung durch das jeweilige Land oder die jeweilige kommunale Gebietskörperschaft ergänzen. Der Zuschuss aus den Mitteln der sozialen Pflegeversicherung und der privaten Pflege-Pflichtversicherung wird dabei jeweils in Höhe von 75 Prozent der Fördermittel gewährt, die für die einzelne Fördermaßnahme insgesamt geleistet werden. (4, Satz 1) Von den in Absatz 1 Satz 1 genannten Fördermitteln werden Mittel im Umfang von 0,05 Euro pro Versicherten zur Verfügung gestellt, um bundesweite Tätigkeiten **in Form einer Projektförderung von Selbsthilfeorganisationen und -kontaktstellen auf Bundesebene** zu fördern sowie um Gründungszuschüsse **für den Aufbau** für neue Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen zu gewähren, ohne dass es einer Mitfinanzierung durch ein Land oder durch eine kommunale Gebietskörperschaft bedarf.”

Absatz 4, Satz 6: „Im Rahmen der Entwicklung der Kriterien sind die auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen nach § 118 Absatz 1 Satz 1 SGB XI zu beteiligen.“

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 35 – § 45e

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die bisher in § 45c Absatz 9 geregelte Förderung der Zusammenarbeit in regionalen Netzwerken soll nunmehr in einem eigenständigen neuen § 45e geregelt werden.

Die inhaltliche Ausgestaltung der Förderung und der regionalen Netzwerke soll weitgehend unverändert bleiben. Jedoch ist eine Erhöhung der Fördermittel dahingehend vorgesehen, dass anders als bisher in einem Kalenderjahr nicht verwendete Fördermittel im nächsten Kalenderjahr das Fördervolumen regionaler Netzwerke erhöhen. Zugleich soll die Fördersumme je Netzwerk von bisher 25.000 auf 30.000 Euro erhöht werden. Bei einer Neugründung von regionalen Netzwerken ist eine Förderung für drei Kalenderjahre vorgesehen.

Zur Unterstützung von Netzwerkgründungen und zur qualitativen Weiterentwicklung regionaler Netzwerke soll der GKV-Spitzenverband neun Monate nach Inkrafttreten des Gesetzes zur Befugnisserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege eine Geschäftsstelle für die Dauer von fünf Jahren errichten. Die Geschäftsstelle soll im Hinblick auf die Erreichung ihrer Ziele nach allgemeinen wissenschaftlichen Standards begleitet und evaluiert werden. Dafür sollen in den Jahren 2025 bis 2031 jährlich gestaffelt insgesamt 2,4 Mio. Euro zur Verfügung stehen. Die Geschäftsstelle soll bundesweit agieren und der Unterstützung von Netzwerkgründungen, der flächendeckenden Etablierung von Netzwerken und der qualitativen Weiterentwicklung von regionalen Netzwerken dienen. Beispielhaft wird die Vermittlung an weitere bestehende Netzwerke im Rahmen einer kollegialen Beratung genannt. Im Rahmen der qualitativen Weiterentwicklung regionaler Netzwerke sollen die Faktoren eruiert werden, die für eine Gründung hinderlich sind. Die Ergebnisse sollen u. a. mit Vertretern von Ländern, Kommunen und Pflegekassen diskutiert werden.

Das Nähere zum Verfahren zur Durchführung und Abwicklung der Geschäftsstelle sollen das Bundesamt für Soziale Sicherung, der GKV-Spitzenverband und der Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. in einer Vereinbarung regeln.

B) Stellungnahme

Die Förderung regionaler Netzwerke in einer eigenständigen Regelung ist sachgerecht. Durch die Neuregelung zur Übertragung nicht verausgabter Mittel in das Folgejahr und damit der Erhöhung des Fördervolumens wird die Förderung der Zusammenarbeit in regionalen Netzwerken gestärkt. Nicht nachvollziehbar ist die Errichtung einer bundesweit agierenden Geschäftsstelle, da die Gründung und Förderung von regionalen Netzwerken richtigerweise auf regionaler Ebene erfolgt. Synergieeffekte sind nicht zu erwarten und es wird bezweifelt, dass das Ziel einer flächendeckenden Etablierung von Netzwerken über eine zentrale Geschäftsstelle ohne regionale Kenntnisse erreicht werden kann. Die Aufgaben der Geschäftsstelle werden bereits heute von den Pflegekassen bzw. den Landesverbänden der Pflegekassen übernommen. Die Pflegekassen sind erste Ansprechpartnerin und unterstützen bei Netzwerkgründungen und der flächendeckenden Etablierung von Netzwerken. Die Landesverbände der Pflegekassen erstellen zudem die Übersicht über die geförderten regionalen Netzwerke,

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

C) Änderungsvorschlag

In Absatz 1 neu wird Satz 4 gestrichen.

Absatz 4 wird wie folgt gefasst:

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

Absatz 5 ist zu streichen.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 36 – § 45f

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der bisherige § 38a SGB XI soll nunmehr in dem neuen § 45f SGB XI geregelt werden. Die inhaltliche Ausgestaltung soll unverändert bleiben.

B) Stellungnahme

Keine.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 36 – § 45g

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der bisherige § 45e SGB XI soll nunmehr in dem neuen § 45g SGB XI geregelt werden. Die inhaltliche Ausgestaltung soll unverändert bleiben.

B) Stellungnahme

Keine.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 36 – § 45h

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der vorgesehenen Regelung des § 45h soll eine neue Leistung für Pflegebedürftige in gemeinschaftlichen Wohnformen mit Verträgen zur pflegerischen Versorgung gemäß § 92c eingeführt werden. Demnach erhalten Pflegebedürftige in dieser Wohnform einen pauschalen Zuschuss in Höhe von 450 Euro je Kalendermonat zur Sicherstellung einer selbstbestimmten Pflege. Zudem erhalten Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 einen Anspruch auf körperbezogene Pflegemaßnahmen, pflegerische Betreuungsmaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung als Sachleistung entsprechend § 36. Sofern der Sachleistungsanspruch nur teilweise in Anspruch genommen wird, besteht ein Anspruch auf anteiliges Pflegegeld. Der alleinige Bezug von Pflegegeld nach § 37 ist gesetzlich nicht vorgesehen.

Des Weiteren haben Pflegebedürftige und ihre An- und Zugehörigen Anspruch auf entsprechende Leistungen einer Pflegeberatung, Pflegehilfsmittel, digitale Pflegeanwendungen einschließlich ergänzender Unterstützungsleistungen bei Nutzung digitaler Pflegeanwendungen und zusätzliche Leistungen bei Pflegezeit und kurzzeitiger Arbeitsverhinderung sowie Pflegekurse. Bei Pflegebedürftigen der Pflegegrade 2 bis 5 besteht darüber hinaus ein Anspruch auf Leistungen der sozialen Sicherung der Pflegeperson sowie auf Leistungen der Kurzzeitpflege ausschließlich für eine Übergangszeit im Anschluss an eine stationäre Krankenhausbehandlung. Ebenso sollen Pflegebedürftige Leistungen der Häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V in Anspruch nehmen können.

B) Stellungnahme

Mit der in § 45h und § 92c vorgesehenen Versorgungsform soll offensichtlich das Modellvorhaben „Benevit“ (stambulant) in die Regelversorgung als neue Versorgungsform übertragen werden. Mit der in § 45h beabsichtigten Neueinführung eines Zuschusses für gemeinschaftliche Wohnformen mit Verträgen gemäß § 92c wird der Einführung der in § 92c neu geregelten Versorgungsform leistungsrechtlich Rechnung getragen. Da die neue Versorgungsform in der in § 92c vorgesehenen Fassung grundsätzlich in Frage gestellt wird, ist auch der damit zusammenhängende Leistungsanspruch kritisch zu hinterfragen. Es wird auf die Stellungnahme zu Nr. 55 - § 92c verwiesen. Sollte der Gesetzgeber dennoch an der Umsetzung der neuen Versorgungsform festhalten, so ist zu konkretisieren, für welche der in § 92c beschriebenen Leistungen die Leistungsansprüche nach § 45h eingesetzt werden können. Unklar ist, ob die Leistungsansprüche nach § 45h gleichermaßen für das Basispaket nach § 92c Absatz 1 Satz 2 Nummern 1 und 3 sowie für die darüberhinausgehende Versorgung nach § 92c Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 eingesetzt werden können. Eine Klarstellung ist insbesondere in Bezug auf die häusliche Krankenpflege nach § 37 SGB V erforderlich. Für welche konkreten Leistungen der pauschale Zuschuss nach Absatz 1 letztendlich eingesetzt werden kann, wird von der Ausgestaltung der Verträge nach § 92c abhängen. Die Höhe des Zuschusses kann daher an dieser Stelle nicht bewertet werden.

Zu den vertragsrechtlichen Ausführungen zur Neueinführung gemeinschaftlicher Wohnformen wird auf die Stellungnahme zu Nr. 55 - § 92c verwiesen.

C) Änderungsvorschlag

Die beabsichtigte Neuregelung ist zu streichen.

Hilfsweise:

Es ist klarzustellen, für welche der in § 92c beschriebenen Leistungen die Leistungsansprüche nach § 45h eingesetzt werden können.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 37 – § 47b

A) Beabsichtigte Neuregelung

Pflegekassen können die ihnen obliegenden Aufgaben durch Arbeitsgemeinschaften oder durch Dritte mit deren Zustimmung wahrnehmen lassen.

B) Stellungnahme

Die gesetzliche Änderung wird seitens des GKV-Spitzenverbandes begrüßt.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 39 – § 55 Absätze 3a und 3b

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Neufassung des § 55 Absatz 3a SGB XI beschreibt, gegenüber wem der Nachweis der Elterneigenschaft und der Anzahl der Kinder unter 25 Jahren zu führen ist und von welchem Zeitpunkt an der Nachweis Wirkung hinsichtlich der Berücksichtigung bei der Beitragsbemessung (Stichwort: Beitragszuschlag und Beitragsabschläge) entfaltet.

Die Elterneigenschaft und die Anzahl der Kinder unter 25 Jahren müssen gegenüber der beitragsabführenden Stelle, bei Selbstzahlern gegenüber der Pflegekasse, nachgewiesen werden, sofern diesen die Angaben nicht bereits bekannt sind. Insoweit bleibt die Rechtslage unverändert. Bei der Wirkung des Nachweises wird künftig differenziert: Der Nachweis für Kinder, der über das automatisierte Übermittlungsverfahren erfolgt, entfaltet stets Wirkung, die auf das maßgebende Ereignis zurückgeht (z. B. auf den Monatsbeginn der Geburt eines Kindes). Der Nachweis für Kinder, der außerhalb des automatisierten Übermittlungsverfahrens erfolgt, entfaltet ebenfalls eine auf das Ereignis ausstrahlende Rückwirkung, allerdings nur dann, wenn er innerhalb eines Zeitraums von sechs Monaten erbracht wird, ansonsten zukunftsbezogen.

B) Stellungnahme

Gegen die Neufassung des § 55 Absatz 3a SGB XI zum 01.01.2026 bestehen keine Einwände. Schon nach gegenwärtiger Rechtslage war vorgesehen, dass die im automatisierten Übermittlungsverfahren erzeugten Nachweise für Kinder regelmäßig auf den Beginn des Monats der Geburt zurückgehen, unabhängig davon, wann sie durch das Bundeszentralamt für Steuern übermittelt werden. Für Nachweise, die ab dem Jahr 2026 außerhalb des automatisierten Übermittlungsverfahrens erbracht werden, halten wir den vorgesehenen Sechs-Monats-Zeitraum zur Vorlage bei der beitragsabführenden Stelle oder der Pflegekasse für angemessen, sofern damit eine Rückwirkung auf das jeweilige Ereignis einhergehen soll. Aus Gründen der Rechtssicherheit begrüßen wir ausdrücklich auch die aus dem bisherigen § 55 Absatz 3a übernommene Berechtigung für die beitragsabführenden Stellen und die Pflegekassen, Nachweise zur Elterneigenschaft und der Anzahl der Kinder, die nicht über das automatisierte Übermittlungsverfahren erbracht werden können, anzufordern, was auch im Zuge vorausplanenden Handelns, also beispielsweise bei Beschäftigungsbeginn, erfolgen kann.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 40 – § 69 Absatz 2

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit dem neu eingefügten Absatz 2 werden die Pflegekassen verpflichtet, zur Umsetzung ihres Sicherstellungsauftrages die aus ihrer Evaluation der regionalen Versorgungssituation stammenden Erkenntnisse nach § 12, die Empfehlungen der Ausschüsse nach § 8a Abs. 1 bis 3 sowie Erkenntnisse aus Anzeigen nach § 73a Abs. 1 zu berücksichtigen. Zudem werden sie verpflichtet, zur Gewährleistung ihres Sicherstellungsauftrages auch Verträge mit Einzelpflegefachpersonen gemäß § 77 abzuschließen oder diese selbst anzustellen.

B) Stellungnahme

Der Sicherstellungsauftrag der Pflegekassen besteht darin, die pflegerische Versorgung ihrer Versicherten zu gewährleisten. Der Auftrag wird dadurch erfüllt, dass die Pflegekassen bzw. ihre Landesverbände Versorgungsverträge und Vergütungsvereinbarungen mit Leistungserbringern abschließen. Die neue Vorgabe, dass Pflegekassen im Rahmen ihres Sicherstellungsauftrags auch die Anzeigen der Pflegeeinrichtungen nach § 73a Absatz 1 bei vorliegender wesentlicher Beeinträchtigung der Leistungserbringung zu berücksichtigen haben, ist sachgerecht und dient der Sicherstellung der pflegerischen Versorgung der jeweiligen von der Leistungsbeeinträchtigung betroffenen Versicherten.

Auch der Abschluss von Einzelverträgen nach § 77 dient der Sicherstellung der individuellen Versorgungssituation der Pflegebedürftigen einer Pflegekasse und trägt dazu bei, den pflegebedürftigen Menschen ein selbstbestimmtes Leben zu ermöglichen. Mit der bestehenden gesetzlichen Grundlage des § 77 ist der Gewährleistung der Sicherstellung der Pflege bereits ausreichend Genüge getan. Einer zusätzlichen Regelung zur Verpflichtung zum Abschluss von Einzelverträgen nach § 77 bedarf es nicht.

Die Pflegekassen sollen nun im Rahmen ihres Sicherstellungsauftrags aber auch verpflichtet werden, Empfehlungen der Landespflegeausschüsse und weiterer regionaler Gremien in Verantwortung der Länder beim Abschluss von Versorgungsverträgen umzusetzen. Damit wird die Verantwortung der Länder zur Vorhaltung einer ausreichenden Pflegeinfrastruktur auf die Pflegekassen ausgeweitet. Und dies, obwohl die Pflegekassen nicht verbindlich an der Bedarfsplanung des Landes bzw. der Kommune und damit an der Feststellung einer Unter- oder Fehlversorgung zu beteiligen sind.

Bislang sind allein die Länder verantwortlich für die Sicherstellung der Pflegeinfrastruktur (§ 9). Falls das Land Defizite bei der Versorgung (Unterversorgung) im Rahmen seiner Landespflegeplanung feststellt, hat das Land durch eigene kommunale Angebote die pflegerische Versorgung sicherzustellen.

Mit der beabsichtigten Neuregelung erfolgt eine Vermischung der Verantwortung der jeweiligen Pflegekasse zur Sicherstellung der pflegerischen Versorgung ihrer Versicherten mit der Verantwortung für die zahlenmäßig ausreichende Versorgungsstruktur (Pflegeinfrastruktur) im Land. Es ist klarzustellen, dass der infrastrukturelle Sicherstellungsauftrag weiterhin bei den Ländern liegt und sich

der Sicherstellungsauftrag der Pflegekassen auf die Sicherstellung der pflegerischen Versorgung ihrer Versicherten im Einzelfall bezieht.

Die Änderung Nr. 11 zu § 12 Abs. 2 SGB XI sieht keine Evaluation der Versorgungsdaten durch die Pflegekassen (mehr) vor, sondern ausschließlich eine Bereitstellung von Versorgungsdaten. Die Neuregelung des § 69 Abs. 2 SGB XI ist daher nicht sachlogisch.

Siehe auch Stellungnahme zu Nr. 7 - § 8a Absatz 5 und zu Nr. 42 - § 72 Absatz 1a.

C) Änderungsvorschlag

Absatz 2 ist wie folgt zu fassen:

„Bei ihren Aufgaben nach Absatz 1 Satz 1 und 2 haben die Pflegekassen auch Erkenntnisse aus Anzeigen von Pflegeeinrichtungen nach § 73a Absatz 1 zu berücksichtigen.“

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 42 – § 72 Absatz 1a

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Landesverbände der Pflegekassen werden verpflichtet, vor Abschluss von Versorgungsverträgen die Empfehlungen der Ausschüsse nach § 8a Absatz 1 und, soweit diese in den Ländern bestehen, der Ausschüsse nach § 8a Absätze 2 und 3 zu beachten. Sofern vorhanden, sind auch die Empfehlungen und Zielsetzungen für die pflegerische Versorgung zu beachten, die im Rahmen der jeweiligen, nach landesrechtlichen Vorgaben durchgeführten kommunalen Pflegestrukturplanung vorliegen.

B) Stellungnahme

Siehe Stellungnahme zu Nr. 7 - § 8a Absatz 5 und zu Nr. 40 - § 69 Absatz 2.

C) Änderungsvorschlag

Die beabsichtigte Neuregelung ist zu streichen.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 42 – § 72 Absatz 3b

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Regelung erhalten Pflegeeinrichtungen, die sich an Tarifverträge oder kirchlichen Arbeitsvertragsrichtlinien anlehnen, bei deren Änderungen drei statt bislang zwei Monate Zeit, eine Änderung nach ihrer Veröffentlichung umzusetzen.

B) Stellungnahme

Die beabsichtigte Neuregelung kann dazu beitragen, die Verfahren zum Abschluss von Vergütungsvereinbarungen zeitlich zu entzerren.

Es ist darauf hinzuweisen, dass in der Synopse darüber hinaus auch die Umsetzungsfrist für Änderungen des regional üblichen Entlohnungsniveaus nach § 82c Absatz 2 Satz 2 Nummer 2 oder der regional üblichen Niveaus der pflegetypischen Zuschläge nach § 82c Absatz 2 Satz 2 Nummer 2 vom 1. Januar auf den 1. Februar des auf die Veröffentlichung folgenden Jahres verlängert wurde. Sofern dies vom Gesetzgeber gewollt ist, müsste im Gesetzentwurf noch eine Angleichung erfolgen.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 42 – § 72 Absatz 3e

A) Beabsichtigte Neuregelung

Pflegeeinrichtungen, die im Sinne von Absatz 3a an Tarifverträge oder kirchliche Arbeitsrechtsregelungen gebunden sind, werden verpflichtet, Mitteilungen nach § 72 Absatz 3e SGB XI bereits bis zum Ablauf des 31. Juli jeden Jahres abzugeben, anstatt diese bis zum Ablauf des 31. August jeden Jahres abzugeben. Einhergehend ist damit die Anpassung des Stichtages für Entlohnungsangaben aus Tarifverträgen vom 1. August des Jahres auf den 1. Juli des Jahres.

B) Stellungnahme

Die beabsichtigte Neuregelung des Fristzeitpunkts 31. Juli jeden Jahres sowie die Verwendung der Entlohnungsangaben aus Tarifverträgen zum Stichtag 1. Juli des Jahres ist Teil der Anpassung des Zeitplans des Gesamtverfahrens zur Ermittlung des regional üblichen Entlohnungsniveaus sowie der Umsetzungsfristen der Ergebnisse der Ermittlung. Die Neuregelung zur Abgabefrist ist im Gesamtkontext nachvollziehbar. Damit verbunden wäre aber eine Verschiebung des Stichtags zur Meldung der Tarifinformationen auf Grundlage des Personalbestands auf den 1. Juni. In der Begründung wird als Erhebungsstart der 1. Mai genannt. Eine verlässliche Angabe zum Personalbestand kann aber erst frühestens zum 1. Juni erfolgen.

Es wird begrüßt, dass der Argumentation des GKV-Spitzenverbandes zur Streichung des folgenden Teilsatzes „zur Meldung der hierfür erforderlichen Angaben können die Pflegeeinrichtungen auch entsprechende, elektronisch verfügbare Daten aus ihrer Lohnbuchhaltung nutzen, die zu diesem Zweck zu pseudonymisieren sind.“ gefolgt wurde. Vielmehr wurde nun im § 82c SGB XI geregelt, dass die Geschäftsstelle Tarifliche Entlohnung in der Langzeitpflege prüfen soll, unter welchen technischen Voraussetzungen zukünftig Daten aus der Lohnbuchhaltung genutzt werden können.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 42 – § 72 Absatz 3f

A) Beabsichtigte Neuregelung

Im Zusammenhang mit dem bereits bestehenden Evaluationsauftrag zur Prüfung der Wirkungen des § 72 Abs. 3a und 3b SGB XI soll zusätzlich bis spätestens zum 30. Juni 2026 geprüft werden, inwiefern das Verfahren und die Methode zur Ermittlung der regional üblichen Entlohnungsniveaus vereinfacht werden können.

B) Stellungnahme

Die Erweiterung der Evaluationsinhalte ist zu begrüßen und der dafür vorgegebene Zeitrahmen ist nachvollziehbar. Diese bezieht sich jedoch nur ausschließlich darauf, ob es ein Verfahren zur Vereinfachung geben kann, lässt aber offen, bis wann eine geprüfte Darstellung/Beschreibung einer Alternativmethodik vorliegen und umgesetzt werden soll.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 43 – § 73a

A) Beabsichtigte Neuregelung

Pflegeeinrichtungen werden mit dem neu einzufügenden § 73a (Absatz 1) verpflichtet, im Falle einer wesentlichen Beeinträchtigung der Leistungserbringung diese gegenüber den Pflegekassen anzuzeigen. Dabei genügt die Anzeige an einen als Partei des Versorgungsvertrages beteiligten Landesverband der Pflegekassen. Bei der Art und Ursache der Beeinträchtigung kann es sich um Naturkatastrophen wie Hochwasser oder Extremwetterereignisse, schwerwiegende Ausbrüche von Infektionen oder auch um interne Gegebenheiten beim Träger wie wirtschaftliche Schwierigkeiten handeln, die den weiteren Betrieb der Pflegeeinrichtung in der vertraglich vereinbarten Form gefährden.

Die Anzeige verpflichtet die Pflegekassen, zusammen mit der Pflegeeinrichtung und den ggf. weiteren Beteiligten an der pflegerischen Versorgung vor Ort die Notwendigkeit von Maßnahmen zur Sicherstellung der pflegerischen Versorgung für die Pflegebedürftigen zu prüfen (Absatz 2). Dabei können auch kurzfristige Abweichungen von zulassungsrechtlichen Vorgaben sowie den vereinbarten Leistungs- und Qualitätsmerkmalen einschließlich der Personalausstattung gewährt werden.

Mit Absatz 3 wird ein Monitoring der pflegerischen Versorgungsstrukturen durch den GKV-Spitzenverband einschließlich einer fortlaufenden Berichterstattung gegenüber dem Bundesministerium für Gesundheit gesetzlich verankert. Der GKV-Spitzenverband soll erstmalig zum 1. März 2026 und danach halbjährlich Angaben zu den Stichtagen 1. März und 1. September zur Anzahl der abgeschlossenen Versorgungsverträge in der vollstationären, teilstationären und ambulanten pflegerischen Versorgung sowie zur Anzahl der vertraglich vereinbarten Pflegeplätze in den einzelnen Versorgungsbereichen berichten. Dabei ist eine Differenzierung nach Bundesländern vorzusehen. Neben diesen quantitativen Angaben soll der Bericht Bewertungen der Pflegekassenverbände zur Versorgungssituation in den einzelnen Ländern enthalten. Der Bericht ist vom GKV-Spitzenverband zu veröffentlichen. Mit dem Bericht soll eine weitere Grundlage zur Überprüfung auf gesetzgeberischen Handlungsbedarf geschaffen werden.

B) Stellungnahme

Die beabsichtigte Neuregelung bezogen auf die Absätze 1 und 2 entspricht der Meldeverpflichtung der Pflegeeinrichtungen bei Beeinträchtigung ihrer Leistungserbringung sowie den damit zusammenhängenden Reaktionsmöglichkeiten der Pflegekassen und weiterer Beteiligten während der Corona-Pandemie. Damit soll in absehbaren oder bereits eingetroffenen erheblichen Krisensituationen die Versorgung der Pflegebedürftigen besser gewährleistet werden. Diese Regelung trägt dazu bei, dass die Pflegekassen ihrem Sicherstellungsauftrag gemäß § 69 nach aktueller Rechtslage umfassend gerecht werden können. Da es sich jedoch bei den Vertragspartnern der Versorgungsverträge nach § 72 Abs. 2 um die Landesverbände der Pflegekassen – und nicht um die einzelnen Pflegekassen – handelt, ist die Meldung entsprechend an die betroffenen Landesverbände zu richten.

Neben der Notwendigkeit, Maßnahmen zur Sicherstellung der pflegerischen Versorgung für die Pflegebedürftigen gemeinsam mit allen daran vor Ort beteiligten Akteuren zu prüfen, wird mit dieser

Regelung den Landesverbänden der Pflegekassen zusätzlich ein erweiterter Handlungsspielraum eröffnet. Damit können diese den Pflegeeinrichtungen kurzfristige Abweichungen von zulassungsrechtlichen Vorgaben sowie den vereinbarten Leistungs- und Qualitätsmerkmalen einschließlich der Personalausstattung gewähren. Diese gesetzliche Neuregelung bietet den Landesverbänden der Pflegekassen gewisse Vertragsspielräume bei besonders herausfordernden Situationen von Pflegeeinrichtungen und ermöglicht zudem vorübergehend von bestehenden gesetzlichen Regelungen zur Sicherstellung der pflegerischen Versorgung abzuweichen. Vor dem Hintergrund der Vertragspartnerschaft der Landesverbände der Pflegekassen (§ 72 Absatz 2 Satz 1 SGB XI) sind diesen durchgängig die Aufgaben und Befugnisse dafür zu erteilen. Auch ist sicherzustellen, dass bei Bedarf, wie in der Gesetzesbegründung dargelegt, Verwaltungsakte erlassen werden können.

C) Änderungsvorschlag

Die in Absatz 3 geregelte Berichtspflicht des GKV-Spitzenverbandes über die Entwicklung der Versorgungsverträge in den Ländern bezieht sich auf die Sicherstellung der Pflegeinfrastruktur und nicht auf den Sicherstellungsauftrag der einzelnen Pflegekasse zur pflegerischen Versorgung ihrer jeweiligen Versicherten (siehe auch Stellungnahme zu Nr. 40 – § 69 Abs. 2).

Absatz 1 ist wie folgt zu fassen: „Im Fall einer absehbaren oder bereits eingetretenen wesentlichen Beeinträchtigung der Leistungserbringung ist der Träger einer nach § 72 zugelassenen Pflegeeinrichtung verpflichtet, diese umgehend gegenüber den Landesverbänden der Pflegekassen als seinen Vertragspartnern anzuzeigen. Die von der Pflegeeinrichtungen versorgten Pflegebedürftigen sind hierüber zu informieren.“

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

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

Absatz 3 ist zu streichen und in die Verpflichtung zur Datenlieferung nach § 12 zu integrieren.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 45 – § 75

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit dem neu eingefügten Absatz 1a sollen die Vereinbarungspartner der Landesrahmenverträge verpflichtet werden zu prüfen, ob Versorgungsprozesse in den Verträgen effizienter geregelt werden und bürokratische Anforderungen reduziert werden können.

B) Stellungnahme

Die Vorgabe, Versorgungsprozesse möglichst effizient zu gestalten, entspricht dem Grundsatz, alle Regelungen im Hinblick auf eine mögliche Bürokratieentlastung zu prüfen.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 46 – § 78

A) Beabsichtigte Neuregelung

In Absatz 2 Satz 8 wird der Kreis der Stellungnahmeberechtigten bei der Erstellung und Fortschreibung des Pflegehilfsmittelverzeichnisses dahingehend geändert, dass nunmehr die maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene und die Verbände der behinderten Menschen vor Erstellung und Fortschreibung des Verzeichnisses anzuhören sind.

B) Stellungnahme

Die Klarstellung, dass es sich bei den Vertretungen der Pflegeberufe um die maßgeblichen Organisationen auf der Bundesebene handelt, ist sachgerecht und steht in Einklang mit § 118a des Elften Buches Sozialgesetzbuch. Die Änderung wird begrüßt.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Zu weiteren Änderungserfordernissen des § 78 des Elften Buches Sozialgesetzbuch wird auf den ergänzenden Regelungsvorschlag zu § 78 des Elften Buches Sozialgesetzbuch in Verbindung mit § 40 des Elften Buches Sozialgesetzbuch verwiesen.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 47 a) – § 78a Absatz 1 Satz 2

A) Beabsichtigte Neuregelung

Gemäß der bestehenden Regelung entsteht der Anspruch auf eine DiPA mit der Listung im DiPA-Verzeichnis. Allerdings beginnen die Vergütungsverhandlungen auch erst ab diesem Zeitpunkt. Innerhalb von drei Monaten nach der Aufnahme einer DiPA in das Verzeichnis ist der Vergütungsbetrag zu verhandeln. Dies führt dazu, dass der Vergütungsbetrag erst nach Anspruchsentstehung feststeht. Der Vergütungsbetrag gilt dann ab dem Zeitpunkt der Aufnahme in das Verzeichnis. Mit der Umformulierung in Absatz 1 Satz 2 sollen die Vereinbarungen zum Vergütungsbetrag nicht mehr rückwirkend ab dem Zeitpunkt der Aufnahme in das Verzeichnis für digitale Pflegeanwendungen (DiPA) gelten, sondern ab dem in den Vereinbarungen vereinbarten Zeitpunkt.

B) Stellungnahme

Sinn und Zweck der Umformulierung ist gemäß der Begründung zum Gesetzentwurf die Parallelisierung von Zeitpunkten (Anspruchsentstehung / Feststehen des endgültigen Preises der DiPA). Mit der Änderung sollen die Vereinbarungspartner den Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Vergütungsvereinbarung festlegen, sodass die Entstehung des Anspruchs auf DiPA daran geknüpft ist. Um Ausgleichsansprüche zu vermeiden, ist die Änderung zu begrüßen.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 47 b) – § 78a Absatz 4 Satz 3

A) Beabsichtigte Neuregelung

In Absatz 4 Satz 3 Nummer 3 wird der Bezug des pflegerischen Nutzens zu DiPA nach § 40a Absatz 1 und Absatz 1a SGB XI konkretisiert. Danach hat der Hersteller dem Antrag Nachweise darüber beizufügen, dass die DiPA im Sinne der Rechtsverordnung einen pflegerischen Nutzen für DiPA nach § 40a Absatz 1 (Definition DiPA) oder 1a (DiPA für pflegende Angehörige oder sonstige ehrenamtlich Pflegende) aufweist.

B) Stellungnahme

Mit der Ergänzung des Verweises auf DiPA nach § 40a Absatz 1 und Absatz 1a SGB XI wird der Bezug des pflegerischen Nutzens konkretisiert. Es handelt sich um eine Klarstellung, dass ein pflegerischer Nutzen für DiPA nach § 40a Absatz 1 und DiPA nach § 40a Absatz 1a SGB XI nachzuweisen ist. Die Klarstellung wird begrüßt.

C) Änderungsvorschlag

Keiner. Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 47 c) aa) – § 78a Absatz 5 Satz 3

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die derzeit geltende Regelung, dass der Antrag auf Aufnahme der DiPA in das Verzeichnis abzulehnen ist, sofern keine vollständigen Antragsunterlagen vorliegen, soll in Absatz 5 Satz 3 dahingehend ergänzt werden, dass der Hersteller auch keine Erprobung nach Absatz 6a (NEU) beantragt hat.

B) Stellungnahme

Die Folgeänderung zu Absatz 6a (Erprobungsregelung) wird abgelehnt, da die Einführung eines Erprobungszeitraumes abgelehnt wird, siehe zur Ablehnung einer Aufnahme zur Erprobung die entsprechende Stellungnahme zu Absatz 6a.

C) Änderungsvorschlag

Die Ergänzung in Absatz 5 Satz 3 wird abgelehnt.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 47 c) bb) – § 78a Absatz 5 Satz 6

A) Beabsichtigte Neuregelung

Aufgrund der in § 39a SGB XI vorgesehenen Änderung, dass das BfArM die Erforderlichkeit einer ergänzenden Unterstützung nicht mehr feststellen soll, soll Satz 6 in Absatz 5 in der Folge diesbezüglich geändert werden. Dieser regelt bislang, dass das BfArM feststellt, welche eUL für die Nutzung der DIPA erforderlich sind und die Vertragsparteien nach § 75 Absatz 1 SGB XI, die an Rahmenverträgen über ambulante Pflege beteiligt sind, hierüber mit der Aufnahme der DIPA in das Verzeichnis informiert.

B) Stellungnahme

Da die Feststellung der Erforderlichkeit durch das BfArM bestehen bleiben sollte (siehe Stellungnahme zu § 39a SGB XI) wird die Folgeänderung abgelehnt. Dass zumindest die Informationspflicht des BfArM an die Vertragsparteien nach § 75 Absatz 1, die an den Rahmenverträgen über die ambulante Pflege beteiligt sind und u. a. den Inhalt der eUL festlegen, bestehen bleibt, ist sachgerecht. So ist sichergestellt, dass die Vertragsparteien über die Aufnahme einer DIPA + eUL informiert werden, um in der Folge entsprechende Festlegungen zu treffen.

C) Änderungsvorschlag

Satz 6 bleibt unverändert bestehen.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 47 d) – § 78a Absatz 6

A) Beabsichtigte Neuregelung

Gemäß dem derzeit geltenden Absatz 6 wird das Bundesministerium für Gesundheit ermächtigt, durch Rechtsverordnung im Benehmen mit dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales das Nähere unter anderem zu dem pflegerischen Nutzen zu regeln, siehe Absatz 6 Satz 1 Nummer 2. Die vorgesehene Ergänzung in Absatz 6 ist eine Klarstellung dahingehend, dass sich der pflegerische Nutzen auf DiPA nach § 40a Absatz 1 (Definition DiPA) oder DiPA nach § 40a Absatz 1a (DiPA für pflegende Angehörige oder sonstige ehrenamtlich Pflegende) bezieht.

Die Ergänzung der Nummer 7 in Absatz 6 steht im Zusammenhang mit der vorgesehenen Regelung zu dem Erprobungszeitraum (Absatz 6a NEU). Durch die neue Nummer 7 soll die Ermächtigungsgrundlage für die Digitale Pflegeanwendungen-Verordnung (DiPAV) im Hinblick auf die Einführung der Erprobungsregelung nach dem neuen Absatz 6a erweitert werden. In der Verordnung können nähere Vorgaben über die nach Absatz 6a Satz 2 (NEU) vom Hersteller beizufügenden Unterlagen getroffen werden.

B) Stellungnahme

Die in Absatz 6 Satz 1 Nummer 2 ergänzte Klarstellung hinsichtlich des pflegerischen Nutzens ist sachgerecht. Die Erweiterung (Absatz 6, Nr. 7 (NEU)) der Ermächtigungsgrundlage für die Digitale Pflegeanwendungen-Verordnung im Hinblick auf die Einführung der Erprobungsregelung wird abgelehnt, da die Einführung eines Erprobungsjahres abgelehnt wird, siehe Stellungnahme zu Absatz 6a (NEU).

C) Änderungsvorschlag

Absatz 6 Satz 1 Nummer 7 wird gestrichen.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch

Nr. 47 d) – § 78a Absatz 6a (NEU)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der neue Absatz 6a regelt die Aufnahme einer DiPA in das DiPA-Verzeichnis für einen Erprobungszeitraum von bis zu zwölf Monaten, sofern dem Hersteller das Erbringen der erforderlichen Nachweise nach Absatz 4 Satz 3 Nummer 3 noch nicht möglich ist. Statt der erforderlichen Nachweise hat der Hersteller eine plausible Begründung für den pflegerischen Nutzen einer DiPA und ein von einer herstellerunabhängigen Institution erstelltes wissenschaftliches Evaluationskonzept zum Nachweis des pflegerischen Nutzens beizufügen. Gemäß der Neuregelung sind die Erprobung und deren Dauer im DiPA-Verzeichnis kenntlich zu machen. Spätestens nach Ablauf des Erprobungszeitraumes soll der Hersteller dem BfArM den Nachweis des pflegerischen Nutzens der erprobten DiPA vorlegen. Das BfArM soll in der Folge über die endgültige Aufnahme der DiPA innerhalb von drei Monaten nach Eingang der vollständigen Nachweise bescheiden. Es ist die Möglichkeit einer Verlängerung des Erprobungszeitraums um bis zu zwölf Monate vorgesehen, sofern der pflegerische Nutzen zwar nicht hinreichend belegt ist, aber aufgrund der vorgelegten Erprobungsergebnisse eine überwiegende Wahrscheinlichkeit einer späteren Nachweisführung besteht. Im Falle einer Ablehnung der Aufnahme in das DiPA-Verzeichnis, hat das BfArM die zur Erprobung vorläufig aufgenommene DiPA aus dem Verzeichnis zu streichen. Eine erneute Antragstellung soll dann frühestens zwölf Monate nach dem ablehnenden Bescheid und auch nur dann zulässig sein, wenn neue Nachweise vorgelegt werden. Eine wiederholte vorläufige Aufnahme in das Verzeichnis zur Erprobung soll nicht zulässig sein.

B) Stellungnahme

Der neue Absatz 6a mit der Regelung eines Erprobungsjahres wird abgelehnt. Die Vulnerabilität der Zielgruppe der DiPA erfordert eine gesicherte Evidenzgüte der Studien und einen nachgewiesenen pflegerischen Nutzen zum Zeitpunkt der Listung und Anspruchsentstehung. Die in Absatz 6a geforderte „plausible Begründung“ sowie „ein von einer herstellerunabhängigen Institution erstelltes wissenschaftliches Evaluationskonzept“ sind hinsichtlich der Sicherheit und des Nutzens unklar. Zudem ist darauf hinzuweisen, dass der Erprobungszeitraum nicht zur Querfinanzierung der Studien aus Mitteln der Pflegeversicherung genutzt werden darf. Eine Wirtschaftsförderung zu Lasten der Beitragszahlenden wird abgelehnt. Die Aufnahme von DiPA zur Erprobung birgt darüber hinaus wirtschaftliche Risiken: Wie bei dem DiGA-Verfahren ist davon auszugehen, dass es für Ausgaben der SPV für DiPA im ersten Aufnahmejahr keine Rückzahlungsansprüche der SPV gibt. Wird eine zur Erprobung aufgenommene DiPA aus dem Verzeichnis gestrichen, weil kein pflegerischer Nutzen nachgewiesen werden konnte, hat die SPV Mittel aufgewendet, ohne dass die Versicherten davon profitieren konnten und ohne einen Rückzahlungsanspruch für die SPV. Ein vereinfachtes Zulassungsverfahren zu Gunsten der Hersteller und zu Lasten der potenziellen Nutzerinnen und Nutzer sowie der Pflegeversicherung wird abgelehnt. Ferner lässt die gesetzliche Regelung offen, wie in dem Zeitraum zwischen Ablauf des Erprobungszeitraums und der Entscheidung des BfArM über die endgültige Aufnahme der erprobten DiPA mit der Nutzung/Erstattung der Kosten für die DiPA umzugehen ist. Gemäß Absatz 6a entscheidet das BfArM über die endgültige Aufnahme innerhalb von drei Monaten nach Eingang der vollständigen Nachweise. Gleichzeitig regelt Absatz 6a, dass eine DiPA für bis zu zwölf Monate in das Verzeichnis zur Erprobung aufgenommen werden kann. Der Zeitraum,

den das BfArM zur Entscheidungsfindung nutzt, darf das Erprobungsjahr nicht unzulässig ausweiten und zu Lasten der Pflegekassen sowie der Versicherten gehen. Lediglich der Gesetzesbegründung ist hierzu zu entnehmen, dass in der Zeit zwischen dem Ablauf des Erprobungszeitraumes und der Bescheidung über die endgültige Aufnahme, die DiPA in dem Verzeichnis weiterhin gelistet bleibt und eine Streichung erst erfolgt, wenn das BfArM die endgültige Aufnahme abgelehnt hat. Im Ergebnis stehen das Gesetz („für bis zu zwölf Monate“) und die Gesetzesbegründung, die den Zeitraum ausweitet, nicht miteinander im Einklang. Die hier angeführte widersprüchliche Erläuterung in der Gesetzesbegründung zu einem längeren als im Gesetz geregelten Erprobungszeitraum ist abzulehnen.

C) Änderungsvorschlag

Der neue Absatz 6a wird nicht aufgenommen.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch

Nr. 48 a) – § 82c Absatz 5 Satz 1

A) Beabsichtigte Neuregelung

Jeder Landesverband der Pflegekassen bzw. in Verbindung mit § 82c Absatz 6 die von den Landesverbänden beauftragte Geschäftsstelle Tarifliche Entlohnung in der Langzeitpflege beim GKV-Spitzenverband ist verpflichtet, bis spätestens 30. September des Jahres anstatt der bisherigen Regelung bis spätestens 31. Oktober des Jahres eine Veröffentlichung nach § 82c Absatz 5 SGB XI bereitzustellen, die alle notwendigen Angaben zu den regional üblichen Niveaus und den festgestellten wirtschaftlichen Tarifverträgen je Bundesland enthält.

B) Stellungnahme

Die beabsichtigte Neuregelung des Fristzeitpunkts 30. September des Jahres ist Teil der Anpassung des Zeitplans des Gesamtverfahrens zur Ermittlung des regional üblichen Entlohnungsniveaus sowie der Umsetzungsfristen der Ergebnisse.

Die beabsichtigte Neuregelung kann dazu beitragen, die Verfahren zum Abschluss von Vergütungsvereinbarungen zeitlich zu entzerren.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch

Nr. 48 b) – § 82c Absatz 9 Satz 9

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Geschäftsstelle Tarifliche Entlohnung in der Landzeitpflege (GS-Tarife) soll prüfen, unter welchen technischen Voraussetzungen Pflegeeinrichtungen, die gemäß § 72 Abs. 3a SGB XI an Tarifverträge oder kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen gebunden sind, Daten ihrer Lohnbuchhaltung zur Abgabe der Meldungen nach § 72 Abs. 3e SGB XI elektronisch nutzen und übermitteln können. Über die Ergebnisse dieser Prüfung hat die GS-Tarife dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 28. Februar 2026 zu berichten.

B) Stellungnahme

Sofern es sich bei der elektronischen Übermittlung über die aktuell geltenden Erhebungsinhalte und nicht um „beliebige“ Daten (zum Beispiel Daten aus Gehaltsabrechnungen) handelt, ist der Auftrag zur Prüfung, ob Daten aus der Lohnbuchhaltung zur Abgabe der Meldungen nach § 72 Abs. 3e SGB XI genutzt werden können, nachvollziehbar.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 49 – § 84 Absatz 2 Satz 7

A) Beabsichtigte Neuregelung

Bei der Bemessung der Pflegesätze einer Pflegeeinrichtung können die Pflegesätze vergleichbarer Pflegeeinrichtungen berücksichtigt werden. Die bislang gesetzlich geregelten Kriterien werden um das Kriterium „Entlohnungsstruktur der Mitarbeitenden“ ergänzt. Darüber hinaus wird neu vorgegeben, dass die Vergleichsdaten transparent darzustellen sind.

B) Stellungnahme

Mit der Neuregelung wird klargestellt, dass die Gleichartigkeit der Pflegeeinrichtungen beim sogenannten externen Vergleich auch die angewandte Entlohnungsstruktur der Mitarbeitenden miteinschließt. Vor dem Hintergrund, dass die Höhe der Pflegesätze im Wesentlichen durch die Personalkosten bestimmt wird, ist diese Ergänzung sachgerecht.

Durch die Vorgabe, dass Vergleichsdaten nachvollziehbar darzustellen sind, soll die Transparenz beim Vergleich gleichartiger Pflegeeinrichtungen für die jeweils betroffene Pflegeeinrichtung erhöht werden. Diese Regelung ist einerseits nachvollziehbar, andererseits ist darauf hinzuweisen, dass Daten zur Entlohnungsstruktur der Mitarbeitenden anderer Pflegeeinrichtungen deren Betriebs- oder Geschäftsgeheimnisse betreffen können. Insofern sollte ergänzend eine Einschränkung der Transparenz geregelt werden.

C) Änderungsvorschlag

Der ergänzte Halbsatz in § 84 Absatz 2 Satz 7 wird wie folgt gefasst: „;Vergleichsdaten sind transparent darzustellen, **soweit keine Betriebs- oder Geschäftsgeheimnisse berührt sind**“.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 50 – § 85 Absatz 5 Satz 1

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Änderung wird den Vertragsparteien der Vergütungsvereinbarung die Option eingeräumt, auch bereits vor Ablauf der sechswöchigen Frist gemeinsam die Schiedsstelle nach § 76 anzurufen.

B) Stellungnahme

Die beabsichtigte Neuregelung kann dazu beitragen, dass bei Vergütungsverfahren der Konfliktlösungsmechanismus schneller greift und den Abschluss von Vergütungsvereinbarungen beschleunigt.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 51 – § 86a

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit dem neu eingeführten § 86a werden Regelungen zur Beschleunigung und Vereinfachung von Vergütungsverhandlungen und -vereinbarungen aufgenommen.

Gemäß Absatz 1 haben die Kostenträger nach Eingang des Pflegesatzantrages gemeinsam eine bevollmächtigte Ansprechperson zu bestimmen und diese umgehend gegenüber dem Träger der Pflegeeinrichtung zu benennen. Diese Person ist befugt, die schriftliche Vertragserklärung mit Wirkung für und gegen die beteiligten Kostenträger unverzüglich nach der Einigung abzugeben. Die Kostenträger werden zudem verpflichtet, etwaige Nachweisforderungen gemäß § 85 Abs. 3 zur Darlegung der prospektiven Aufwendungen zeitnah nach Antragsingang zu stellen. Der Träger der Pflegeeinrichtung hat diese Forderungen ebenfalls zeitnah zu bedienen.

Nach Absatz 2 sollen die maßgeblichen Annahmen und Werte, die dem Abschluss einer Pflegesatzvereinbarung nach § 85 zugrunde gelegt wurden, von den Vereinbarungsparteien hinterlegt oder in der Vereinbarung ausgewiesen werden, mit dem Ziel, dass diese bei Abschluss einer Folgevereinbarung einfacher angepasst werden können. Die Pflegesatzkommissionen oder vergleichbare Gremien in den Ländern sowie die Vertragsparteien nach § 85 Abs. 2 können entsprechende Empfehlungen für pauschale Anpassungsverfahren für die Pflegevergütung beschließen.

Zudem wird die Pflegeselbstverwaltung auf Bundesebene mit Absatz 3 verpflichtet, Empfehlungen zur Unterstützung effizienter und bürokratiearmer Vergütungsverfahren abzugeben. Die Empfehlungen sollen insbesondere die Nachweisdarlegung prospektiver Sach- und Personalaufwendungen, die Form der Hinterlegung von maßgeblichen Annahmen und Werten, die einer Vergütungsvereinbarung zugrunde gelegt wurden, sowie Methoden für vereinfachte Anpassungsverfahren betreffen. Kommen die Empfehlungen innerhalb von neun Monaten nach Inkrafttreten des Gesetzes nicht zustande, hat gemäß Absatz 4 die Pflegeselbstverwaltung auf Bundesebene eine unabhängige Schiedsperson zu bestellen, die die betreffenden Empfehlungsinhalte festsetzt.

B) Stellungnahme

Die vorgesehenen Regelungen können der Verfahrensbeschleunigung von Vergütungsverhandlungen und -vereinbarungen dienen. Verfahrensoptimierungen sind grundsätzlich zu begrüßen, um die Vergütungsverfahren effizient, einfacher und damit zügiger für alle beteiligten Vereinbarungsparteien zu gestalten. Mit der beabsichtigten Neuregelung werden zum Teil bereits etablierte Vorgehensweisen in der Praxis als neue Handlungsleitlinien gesetzlich festgelegt. Diese konnten bereits nach der aktuellen Rechtslage durch die jeweiligen Vereinbarungsparteien getroffen werden und erhalten durch die Neuregelung einen entsprechenden Rahmen. Bei der Erstellung der in Absatz 3 vorgesehenen Empfehlungen zur Unterstützung effizienter und bürokratiearmer Verfahren in den Ländern wird die Pflegeselbstverwaltung auf Bundesebene vor die Herausforderung gestellt, trotz bereits bestehender unterschiedlicher Vorgehensweisen in den Ländern, die das Ziel einer Vereinfachung von

Vergütungsverfahren verfolgen, allgemein anwendbare Verfahrensleitlinien zu entwickeln. Der vorgegebene Zeitrahmen für die Erstellung der Empfehlungen (neun Monate) ist angesichts der festzulegenden Inhalte und der einzubeziehenden Organisationen nicht realistisch. Bei dieser Zeitvorgabe ist bereits absehbar, dass die Empfehlungsparteien von der in Absatz 4 geregelten Konfliktlösung Gebrauch werden machen müssen.

C) Änderungsvorschlag

In Absatz 3 ist der Zeitrahmen für die Erstellung der Empfehlungen von neun auf mindestens zwölf Monate zu verlängern.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 52 – § 87a

A) Beabsichtigte Neuregelung

Pflegeeinrichtungen erhalten einen zusätzlichen Betrag von 3.085 Euro, wenn Pflegebedürftige durch die Durchführung aktivierender oder rehabilitativer Maßnahmen in einen niedrigeren Pflegegrad zurückgestuft werden.

B) Stellungnahme

Der zusätzliche Betrag wurde bereits per Bekanntmachung im Bundesanzeiger zum 01.01.2025 von 2.952 Euro auf 3.085 Euro erhöht. Die Änderung dient dazu, den aktuellen Betrag auch im Gesetz abzubilden. Die Änderung ist daher nachvollziehbar.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 55 – § 92c

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit Einführung des § 92c wird eine Option für zugelassene ambulante Pflegeeinrichtungen geschaffen, Verträge für die Leistungserbringung in gemeinschaftlichen Wohnformen zu schließen.

Die Verträge regeln auf der Grundlage von Empfehlungen der Selbstverwaltung auf Bundesebene:

1. Ein Basispaket mit körperbezogenen Pflegemaßnahmen, pflegerischen Betreuungsmaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung entsprechend § 36 sowie eine Versorgung mit Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V, deren Organisation eigens von der ambulanten Pflegeeinrichtung zur gemeinsamen und individuellen Leistungsanspruchnahme der Pflegebedürftigen übernommen und deren Erbringung insgesamt sichergestellt wird,
2. eine über das Basispaket in Nummer 1 nach Art und Inhalt hinausgehende Versorgung der Pflegebedürftigen mit körperbezogenen Pflegemaßnahmen, pflegerischen Betreuungsmaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung entsprechend § 36, die über die ambulante Pflegeeinrichtung gewährleistet wird; diese Leistungen können auf Wunsch des Pflegebedürftigen auch Angehörige, Pflegepersonen und ehrenamtlich Tätige oder Dritte erbringen,
3. die wesentlichen Leistungs- und Qualitätsmerkmale der ambulanten Pflegeeinrichtung zur Erbringung der Leistungen nach Nummer 1 und 2, insbesondere die Personalanhaltswerte für das im Basispaket einzusetzende Personal,
4. Maßnahmen zur Qualitätssicherung einschließlich eines Qualitätsmanagements sowie die Verpflichtung zur Mitwirkung an Maßnahmen nach den §§ 114 und 114a,
5. die Vergütung und Abrechnung der Leistungen nach Nummer 1 und 2.

Vertragsparteien sind die zugelassene ambulante Pflegeeinrichtung im Sinne des § 71 Absatz 1 und als Leistungsträger die Pflegekassen, die zuständigen Träger der Sozialhilfe sowie bezogen auf die Versorgung mit häuslicher Krankenpflege auch die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen.

Voraussetzung für den Vertragsabschluss ist, dass mehr als zwei pflegebedürftige Personen zur gemeinschaftlich organisierten pflegerischen Versorgung zusammenleben und die räumliche Gestaltung einer selbstbestimmten Versorgung entspricht. Zudem muss die pflegerische Versorgung für die Pflegebedürftigen auf Grundlage eines Versorgungskonzeptes qualitätsgesichert erfolgen sowie ein aufgaben- und kompetenzorientierter Personaleinsatz sichergestellt sein.

Mit Vertragsabschluss obliegt der ambulanten Pflegeeinrichtung die Verantwortung für die Qualität der Leistungen in der gemeinschaftlichen Wohnform, die von ihr selbst oder im Rahmen einer Kooperation von einem anderen Pflegedienst erbracht werden.

Zur (anteiligen) Finanzierung der vertraglich vereinbarten Leistungen haben die Pflegebedürftigen in der gemeinschaftlichen Wohnform einen Anspruch auf Leistungen gemäß § 45h.

Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen, der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene beschließen Empfehlungen zu den Vertragsinhalten unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes Bund und des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. gemeinsam mit der Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände und der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und der Eingliederungshilfe in Zusammenarbeit mit den Verbänden der Pflegeberufe sowie den auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen, spätestens bis zum Ablauf von neun Monaten nach Inkrafttreten des Gesetzes.

Die Empfehlungen beinhalten auch Aussagen über die erforderliche Anwesenheit und Erreichbarkeit von Personal in den gemeinschaftlichen Wohnformen und legen fest, welche Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V von dem Basispaket nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 1 umfasst sein können.

Kommen diese Empfehlungen innerhalb der neunmonatigen Frist ganz oder teilweise nicht zu Stande, bestellen die Parteien gemeinsam spätestens zum Fristablauf eine unabhängige Schiedsperson. Erfolgt die Verständigung auf eine Schiedsperson bis zum Ablauf von 28 Kalendertagen nach Feststellung der Nichteinigung nicht, erfolgt deren Bestellung durch das Bundesministerium für Gesundheit. Die Schiedsperson setzt den betreffenden Empfehlungsinhalt einschließlich der Kostentragung innerhalb von zwei Monaten nach Bestellung fest.

Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen hat dem Bundesministerium für Gesundheit einen unter wissenschaftlicher Begleitung zu erstellenden Bericht über den Stand der abgeschlossenen Verträge zur pflegerischen Versorgung in gemeinschaftlichen Wohnformen nach Ablauf von vier Jahren nach Inkrafttreten des Gesetzes vorzulegen. Der Schwerpunkt liegt insbesondere auf Zahl, Standort und Trägerschaft, Personalstruktur und Ausstattung sowie Vergütung, Leistungsausgaben und Eigenbeteiligung der Pflegebedürftigen sowie Qualität der Versorgung im Vergleich zur Versorgung in sonstiger ambulanter und in vollstationärer Pflege. Bei der Evaluation ist auch die Einbeziehung Angehöriger, sonstiger Pflegepersonen und ehrenamtlich Tätiger in die Versorgung zu berücksichtigen.

B) Stellungnahme

Innovative Versorgungskonzepte werden grundsätzlich begrüßt. Mit dem neuen pflegerischen Angebot in gemeinschaftlichen Wohnformen soll die ambulante Versorgung in der Häuslichkeit mit Elementen einer gebündelten Grundversorgung („Basispaket“) verbunden werden. Die damit verbundene Intention zielt offenbar auf die Verbesserung des Pflegesettings für pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen. Der Gesetzgeber schafft mit dieser neuen Versorgungsform einen dritten Sektor mit eigenen leistungsrechtlichen und vertraglichen Regelungen. Ob diese jedoch die beabsichtigte Wirkung in der Praxis entfalten können, ist angesichts der nur rudimentär beschriebenen Vorgaben im Gesetzentwurf fraglich.

Der Mehrwert dieser Versorgungsform für den pflegebedürftigen Menschen im Vergleich zur Versorgung in einer ambulant betreuten Wohngruppe nach geltendem Recht erschließt sich nicht. Aktuell gibt es mit dem Wohngruppenzuschlag nach § 38a SGB XI bereits eine alternative Wohnform im ambulanten Setting.

Ebenso ist fraglich, aufgrund welcher Anreize Leistungserbringer diese Versorgungsform wählen sollten. Schon heute können ambulante Pflegeeinrichtungen den Pflegebedürftigen individuelle Leistungen anbieten, die flexibel ausgestaltet und bei Bedarf durch andere Leistungen ergänzt werden können. Und dies ohne neu festzulegende Personalwerte oder Qualitätsmerkmale. Sollte der Gesetzgeber jedoch an einer Umsetzung der neuen Versorgungsform festhalten wollen, so besteht für die Pflegeselbstverwaltung auf Bundesebene die Herausforderung, die Vertragsinhalte, insbesondere die in das Basispaket einzubeziehenden Leistungen, deren Leistungsmerkmale wie die erforderliche Personalausstattung, die Vergütung und Abrechnung der einzelnen Leistungen in Form von Empfehlungen festzulegen. Die gesetzlich genannten Vorgaben hierfür sind rudimentär und führen zu komplexen Umsetzungsfragen und Interpretationsspielräumen. Dies umso mehr, da auch Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V in den Verträgen zu berücksichtigen sind.

So besteht beispielsweise Unklarheit, für welche Leistungen die in § 45h geregelten Leistungsansprüche eingesetzt werden können, insbesondere im Hinblick auf die Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V.

Zur Vermeidung langwieriger Aushandlungsprozesse sowohl zwischen den Empfehlungsparteien auf Bundesebene als auch zwischen den Vertragsparteien vor Ort, sollten die Vorgaben zur Festlegung der Leistungen im Basispaket nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 sowie deren Vergütung gesetzlich konkreter gefasst werden. Auch hinsichtlich der festzulegenden Personalanhaltswerte ist klarzustellen, an welchen Kriterien der Personaleinsatz zu bemessen ist. Auch in Bezug auf die Abrechnung der einzelnen Leistungen bestehen Umsetzungsfragen. Es sollte gesetzlich geregelt werden, welche Leistungen – ggf. über eine Abtretungserklärung – direkt zwischen dem Leistungserbringer bzw. einem kooperierenden Pflegedienst und den Pflege-/Krankenkassen abgerechnet werden und welche Leistungen die Pflegebedürftigen – ggf. mit Kostenerstattungsanspruch gegenüber ihrer Pflege- oder Krankenkasse – selbst tragen müssen.

Der gesetzlich festgelegte Zeitraum (neun Monate) zur Erstellung der Empfehlungen auf Bundesebene über die Vertragsinhalte ist angesichts der großen Verhandlungsspielräume unrealistisch und sollte – wie bereits im Referentenentwurf vorgesehen – auf mindestens zwölf Monate verlängert werden.

Damit zeitnah aktuelle Angaben über die Anzahl der in gemeinschaftlichen Wohnformen versorgten Personen sowie über die entsprechenden Leistungsausgaben der Pflege- und Krankenkassen zur Verfügung stehen, sind die entsprechenden Kontenrahmen der Pflege- und Krankenkassen durch Erlass des Bundesministeriums für Gesundheit anzupassen, um eine entsprechende Abbildung in der amtlichen Statistik sicherzustellen.

Weder der im Gesetzentwurf dargestellte Erfüllungsaufwand der neuen Regelung noch die prognostizierte Anzahl der Pflegebedürftigen, die diese Versorgungsform wählen werden, sind nachvollziehbar. Es ist nicht abzuschätzen, ob die Personen, die zukünftig diese Versorgungsform wählen, andernfalls in der eigenen Häuslichkeit mit Pflegegeld- oder Sachleistungsbezug oder in ambulant betreuten Wohngruppen oder in vollstationären Pflegeeinrichtungen versorgt würden. Insofern sind die kalkulierten Minderausgaben in Höhe von 220 Millionen Euro durch Einführung der neuen Versorgungsform zu hinterfragen.

C) Änderungsvorschlag

Die beabsichtigte Neuregelung ist zu streichen.

Hilfsweise:

In Absatz 1 sind die Vorgaben zur Festlegung der Leistungen und Vergütungen im Basispaket nach Satz 1 Nummer 1 im Zusammenspiel der Leistungen nach § 36 SGB XI und § 37 SGB V konkreter zu fassen. Zudem ist zu regeln, dass für die darüberhinausgehenden Leistungen nach § 36 SGB XI und § 37 SGB V die bestehenden Leistungs- und Vergütungsvereinbarungen nach § 89 SGB XI und § 132a Absatz 4 SGB V zugrunde zu legen sind, so dass keine weiteren Regelungen in den Empfehlungen auf Bundesebene erforderlich sind.

Hinsichtlich der festzulegenden Personalanhaltswerte ist klarzustellen, an welchen Kriterien der Personaleinsatz zu bemessen ist.

In Absatz 2 ist die Frist zur Erstellung der Empfehlungen von neun Monaten auf mindestens 12 Monate zu verlängern.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 56 – § 97

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Regelung wird klargestellt, dass der Medizinische Dienst personenbezogene Daten zur Erfüllung seiner Aufgaben im Zusammenhang mit ambulant betreuten Wohngruppen verarbeiten darf.

B) Stellungnahme

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung aufgrund der Neuverortung der Regelung für „Zusätzliche Leistungen in ambulant betreuten Wohngruppen und in gemeinschaftlichen Wohnformen“ vom § 38a (alt) zum § 45f (neu).

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 58 b) – § 109 Absatz 6

A) Beabsichtigte Neuregelung

Angaben der Pflegeeinrichtungen zu ihrer Art und den organisatorischen Einheiten sowie zu den Entgelten von stationären Pflegeeinrichtungen werden im Rahmen der Pflegestatistik grundsätzlich von der statistischen Geheimhaltungspflicht ausgenommen.

B) Stellungnahme

Der Regelungsgegenstand betrifft ausschließlich die Pflegeeinrichtungen und die statistischen Landesämter. Insofern besteht kein weiterer Kommentierungsbedarf.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 60 – § 112a Abs. 3 Satz 1

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es ist vorgesehen, die Beteiligung der Pflegeberufe an Entscheidungsprozessen zu stärken, indem die maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene nach § 118a einheitlich benannt werden.

B) Stellungnahme

Die gesetzliche Konkretisierung ist sachgerecht. Es handelt sich um eine klarstellende Änderung.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 61 – § 113 Absatz 1 Satz 2 (neu)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der neu einzufügende Satz regelt, dass die Maßstäbe und Grundsätze auf der Grundlage der Bundesempfehlungen nach § 92c Absatz 5 innerhalb von sechs Monaten nach deren Vorliegen um Regelungen für eine Qualitätssicherung gemeinschaftlicher Wohnformen mit Verträgen gemäß § 92c zu ergänzen sind.

Im Zusammenhang mit der Regelung zu gemeinschaftlichen Wohnformen gemäß § 92c erfolgt eine Klarstellung der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und der Eingliederungshilfe.

B) Stellungnahme

Die beabsichtigte Einführung einer Vereinbarung von Qualitätsanforderungen für gemeinschaftliche Wohnformen wird mit Verweis auf die Stellungnahme zu § 92c SGB XI abgelehnt.

Mit der Klarstellung wird die Beteiligung der Eingliederungshilfe einheitlich gestaltet und gestärkt.

C) Änderungsvorschlag

Die beabsichtigte Neuregelung ist zu streichen.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 61 – § 113 Absatz 1

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es ist vorgesehen, dass die Steuerung des Pflegeprozesses fachlich und bundeseinheitlich erfolgt. Die dadurch entstehenden Aufwände für die Steuerung des Pflegeprozesses sind bei den Vergütungen zu berücksichtigen. Eine Doppelvergütung derselben Maßnahmen der Steuerung des Pflegeprozesses aus Mitteln der sozialen Pflegeversicherung und der gesetzlichen Krankenversicherung sind nicht zulässig.

B) Stellungnahme

Die Aufnahme der Steuerung des Pflegeprozesses in den Maßstäben und Grundsätzen ist fachlich nachvollziehbar und wird begrüßt. Damit wird eine bundeseinheitliche Regelung geschaffen, die gewährleistet, dass die fachliche Pflegeprozesssteuerung verpflichtend in den Pflegeeinrichtungen umsetzen ist. Die verantwortliche Pflegefachperson hat die Aufgabe im Rahmen der Pflegeprozesssteuerung, die Mitarbeitenden entsprechend ihrer Kompetenz und Qualifikationen zur Durchführung der Pflege- und Betreuungsmaßnahmen einzusetzen. Damit wird eine qualitätsgesicherte Versorgung der pflegebedürftigen Menschen sichergestellt.

In der Begründung des Gesetzentwurfs wird Folgendes ausgeführt: „Zu den vergütungsrelevanten Aufwänden der Steuerung des Pflegeprozesses können insbesondere Erst- und Folgegespräche sowie Aufwände für komplexe Fallsteuerungen, beispielsweise interdisziplinäre Fallbesprechungen, die auf Wunsch des Versicherten auch unter Einbeziehung von An- und Zugehörigen erfolgen können, gehören. Eine Doppelvergütung derselben Maßnahmen der Steuerung des Pflegeprozesses aus den Mitteln der sozialen Pflegeversicherung und der gesetzlichen Krankenversicherung ist nicht zulässig.“

Pflegedienste haben in der Regel zwei Verträge – nach § 132a Abs. 4 SGB V im Rahmen der HKP und nach § 72 SGB XI im Rahmen der Pflegeversicherung. Die von den Pflegediensten versorgten Versicherten erhalten in der Regel sowohl Leistungen der HKP nach § 37 SGB V als auch Pflegesachleistungen nach § 36 SGB XI. Somit ist die Problematik des Ausschlusses einer „Doppelvergütung“ eine seit Jahren bestehende Anforderung, die grundsätzlich über die Abgrenzung der kalkulatorischen Aufwände für übergeordnete Leistungen (z. B. Anamnese, Prozesssteuerung, Fallbesprechungen) nach den jeweiligen Zuständigkeiten geregelt werden muss. Daher ist der explizite Hinweis in der Begründung, dass zu den vergütungsrelevanten Aufwänden der Steuerung des Pflegeprozesses insbesondere Erst- und Folgegespräche sowie Aufwände für komplexe Fallsteuerungen gehören können, nicht sachgerecht. Damit werden mögliche einzelne Vergütungspositionen herausgestellt, ohne den Kontext zur Vergütungssystematik insgesamt zu berücksichtigen. So sind im Bereich der HKP bestimmte Aufwände, z. B. für die Anamnese oder Fallbesprechungen, bereits in den heutigen leistungsbezogenen Vergütungspositionen in den Verträgen nach § 132a Abs. 4 SGB V kalkulatorisch berücksichtigt. Um hier Fehlinterpretationen zu vermeiden und einem Eindruck entgegenzutreten, dass losgelöst von der bisher zugrunde gelegten Vergütungssystematik zur Vermeidung von Doppelvergütungen „lediglich“ eine anteilige Kostenteilung zu bestimmten Vergütungspositionen vorzunehmen ist, sollte auf die Nennung solcher expliziter Vergütungspositionen in der Begründung verzichtet werden. Die Vorgabe des Ziels der Vermeidung von

Doppelvergütungen ist sachgerecht; der Weg zur Erreichung des Ziels muss den Vertragsparteien überlassen werden, um sachgerecht auch Bereinigungen bisheriger Vergütungsansätze vornehmen zu können.

C) Änderungsvorschlag

In der Begründung ist folgende Ausführung zu streichen: „Zu den vergütungsrelevanten Aufwänden der Steuerung des Pflegeprozesses können insbesondere Erst- und Folgegespräche sowie Aufwände für komplexe Fallsteuerungen, beispielsweise interdisziplinäre Fallbesprechungen, die auf Wunsch des Versicherten auch unter Einbeziehung von An- und Zugehörigen erfolgen können, gehören.“

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 62 a) – § 113b Absatz 2 Satz 5 und 6

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es ist vorgesehen, die Pflegeberufe am Entscheidungsprozess im Qualitätsausschuss Pflege zu stärken, indem sie einen Sitz im Qualitätsausschuss Pflege nach den Vorgaben des § 118a erhalten.

B) Stellungnahme

Bereits gegenwärtig werden die Verbände der Pflegeberufe im Qualitätsausschuss Pflege berücksichtigt. Sie verfügen über einen Sitz, der auf die Verbände der Leistungserbringer anzurechnen ist. Mit der Neuregelung in § 118a ändert sich an der Möglichkeit der Mitwirkung der Verbände der Pflegeberufe im Qualitätsausschuss Pflege nichts.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 62 b) – § 113b Absatz 3 Satz 8

A) Beabsichtigte Neuregelung

Auf Initiative des unparteiischen Vorsitzenden soll sich der erweiterte Qualitätsausschuss Pflege zweimal im Jahr mit inhaltlichen Themen befassen können, die über die gesetzlichen Aufträge hinausgehen. Zur Bearbeitung der Themen kann der erweiterte Qualitätsausschuss Pflege mit einfacher Mehrheit eine Arbeitsgruppe einrichten und vom unparteiischen Vorsitzenden geleitet wird.

B) Stellungnahme

Die Ausweitung der Aufgaben des erweiterten Qualitätsausschusses Pflege um inhaltliche Themen, die in keinem direkten Zusammenhang mit den gesetzlichen Aufgaben stehen, wird abgelehnt. Mit dieser Erweiterung der Aufgaben des unparteiischen Vorsitzenden wird seine Funktion als neutraler Konfliktlöser zwischen den Vertragsparteien in Frage gestellt. Unklar ist, welcher Konfliktlösungsmechanismus bei fehlendem Konsens der Vertragsparteien über die zu bearbeitenden Themen greifen soll.

C) Änderungsvorschlag

Die beabsichtigte Neuregelung ist zu streichen.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 62 c) aa) – § 113b Absatz 4 Satz 2 Nummer 6

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Neufassung der Nummer 6 in § 113 Absatz 4 Satz 2 soll sichergestellt werden, dass die Instrumente und Verfahren für Qualitätsprüfungen und für die Qualitätsberichterstattung gemeinschaftlicher Wohnformen wissenschaftlich entwickelt werden.

B) Stellungnahme

Die vorgesehene Regelung wird mit Verweis auf die Stellungnahme zu § 92c abgelehnt.

Sollte der Gesetzgeber an der Regelung festhalten, so ist die Einbeziehung wissenschaftlichen Sachverständigen in die Entwicklung der Instrumente und Verfahren für die Qualitätsprüfungen sowie für die Qualitätsdarstellungsvereinbarung notwendig. Damit soll sichergestellt werden, dass ein inhaltlich und methodisch aufbauendes Prüfverfahren analog den anderen Settings entwickelt wird. Der gesetzliche Zeitrahmen sieht vor, dass die Vergabe des Auftrages zur Entwicklung eines wissenschaftlichen Prüfkonzeptes vierundzwanzig Monate nach Inkrafttreten des Gesetzes in Auftrag gegeben werden soll. Zur Beauftragung des Prüfkonzeptes, das im Anschluss in die Prüfpraxis überführt werden soll, ist die Vorlage der Bundesempfehlungen nach § 92c eine zwingende Voraussetzung. Der gesetzlich vorgesehene Zeitrahmen wird daher als unrealistisch eingeschätzt und sollte angepasst werden.

C) Änderungsvorschlag

Die beabsichtigte Neuregelung ist zu streichen.

Hilfsweise:

§113b Absatz 4 Satz 2 Nummer 6 sollte wie folgt gefasst werden:

Die spezifischen Regelungen für die Prüfung der Qualität der Leistungen von ambulanten Pflegediensten und ihren Kooperationspartnern in gemeinschaftlichen Wohnformen mit Verträgen zur pflegerischen Versorgung gemäß § 92c und für die Qualitätsberichterstattung sind vierundzwanzig Monate nach Vorlage der Bundeempfehlungen nach § 92c zu entwickeln und einen Abschlussbericht vorzulegen. Dabei ist auch zu prüfen, ob ein indikatorengestütztes Verfahren zur vergleichenden Messung und Darstellung von Ergebnisqualität in gemeinschaftlichen Wohnformen anwendbar ist. Sofern dies der Fall ist, sind diesbezügliche Vorschläge zur Umsetzung vorzulegen.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 62 c) bb) – § 113b Absatz 4 Sätze 3 und 4

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Ergänzung in Absatz 4 Satz 3 soll eine institutionelle Weiterentwicklung des Qualitätsausschusses Pflege durch die Stärkung der Rolle des unparteiischen Vorsitzenden erreicht werden. Er soll damit die Möglichkeit erhalten, mit inhaltlichen Vorschlägen und fachlichen Impulsen einen aktiven Beitrag zur Weiterentwicklung in der Pflegequalität zu erhalten. Er soll ermächtigt werden, dem Qualitätsausschuss Pflege Themen zur wissenschaftlichen Bearbeitung vorzuschlagen. Bisher war dies dem Bundesministerium für Gesundheit und dem Bundesministerium für Bildung, Familie, Senioren, Frauen und Jugend vorbehalten.

Mit der Ergänzung in Absatz 4 Satz 4 soll bei Ablehnung eines vorgeschlagenen Themas eine schriftliche Begründung erfolgen, die auf der Internetseite des Qualitätsausschusses Pflege zu veröffentlichen ist.

B) Stellungnahme

Die Aufnahme des unparteiischen Vorsitzenden in Absatz 4 Satz 3 wird abgelehnt. Eine Gleichstellung des unparteiischen Vorsitzenden mit den Ministerien beim Einbringen von Vorschlägen zur Weiterentwicklung der Pflegequalität von Pflegeeinrichtungen wird kritisch gesehen. Sofern durch den unparteiischen Vorsitzenden Themen eingebracht würden, zu den unter den Vertragsparteien kein Konsens herbeigeführt werden kann, würde der unparteiische Vorsitzende allein über die von ihm eingebrachten Themen entscheiden.

Sofern die in Satz 3 vorgesehene (abgelehnte) Regelung aufgenommen wird, ist die hier vorgesehene Regelung nachvollziehbar und sachgerecht. Damit wird ein weiterer Schritt in Richtung Transparenz über die Tätigkeit des Qualitätsausschusses Pflege geschaffen.

C) Änderungsvorschlag

Die beabsichtigte Neuregelung wird abgelehnt.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 63 a) – § 113c Absatz 2 Satz 2

A) Beabsichtigte Neuregelung

Als sachlicher Grund für die Vereinbarung einer abweichend von § 113c Absatz 1 höheren personellen Ausstattung wird in der beabsichtigten Neuregelung in Absatz 2 Satz 2 Nummer 2 die Vereinbarung einer personellen Ausstattung mit Pflege- und Betreuungspersonal, das „für die Zwecke des Modellprojekts nach § 8 Absatz 3b beschäftigt **wurde**“ angeführt.

Mit der Ergänzung in Absatz 2 Satz 2 Nummer 3 wird zudem die Möglichkeit geschaffen, in vollstationären Pflegeeinrichtungen hochschulisch qualifizierte Pflegefachpersonen, die zu mindestens 50 Prozent in der direkten Pflege und Betreuung tätig sind, als sachlichen Grund über die Personalthöchstwerte nach § 113c Absatz 1 hinaus zu vereinbaren.

B) Stellungnahme

Die Umsetzung des Modellprogramms nach § 8 Absatz 3b in den beteiligten Pflegeeinrichtungen ist mittlerweile formal abgeschlossen. Insofern wird begrüßt, dass der sachliche Grund über den aktiven Zeitraum des Modellprogramms hinausgeht und auch die Zeit nach dem Ausscheiden der Einrichtungen aus dem Modellprogramm abdeckt.

Sofern die Neuregelung in Absatz 2 Satz 2 Nummer 3 dazu beitragen kann, akademisch ausgebildete Pflegefachpersonen vermehrt in die pflegerische Versorgung zu bringen, ist sie zu begrüßen.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 63 b) – § 113c Absatz 3

A) Beabsichtigte Neuregelung

In Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 wird geregelt, welche Art von Maßnahmen der Personalentwicklung und Organisationsentwicklung Pflegeeinrichtungen durchführen sollen, die eine personelle Ausstattung vereinbaren, die über die Mindestausstattung gemäß § 113c Absatz 5 Nummer 1 hinausgeht. Diese Maßnahmen sollen sich an den fachlichen Zielen und den nach § 8 Absatz 3b entwickelten und erprobten Maßnahmen orientieren.

In Absatz 3 Satz 1 Nummer 2 wird ergänzt, dass eine Pflegeeinrichtung bis 31. Dezember 2026 für die Stellenanteile der personellen Ausstattung nach Absatz 1 Nummer 2, die über die mindestens zu vereinbarende personelle Ausstattung hinausgehen, auch Personal vorhalten kann, das über eine mindestens einjährige, medizinische, soziale, hauswirtschaftliche, kaufmännische oder betriebswirtschaftliche Qualifikation verfügt und entsprechend der Qualifikation administrative oder pflegerische Aufgaben zur Entlastung des Fachkraftpersonals nach Absatz 1 Nummer 3 übernimmt.

Diese Stellen können ab dem 1. Januar 2027 zusätzlich zu den verhandelten Stellenanteilen nach § 113c Absatz 1 Nummer 2 vereinbart werden.

B) Stellungnahme

Mit der beabsichtigten Neuregelung wird der Gestaltungsspielraum der Pflegeeinrichtungen hinsichtlich Personalentwicklungsmaßnahmen und Organisationsentwicklungsmaßnahmen bei höherer Personalausstattung präzisiert. Die geplante Orientierung an den Ergebnissen des Modellprogramms nach § 8 Absatz 3b wird begrüßt, sollte aber flexibler gestaltet werden.

Zudem werden weitere Substitutionsmöglichkeiten für Personal mit landesrechtlich geregelter Helfer- oder Assistenzausbildung in der Pflege geschaffen, soweit die Anforderungen an eine Mindestpersonalausstattung für diese Qualifikationsgruppe in der jeweiligen Pflegeeinrichtung erfüllt ist. Angesichts der aktuellen Ausbildungs- und Arbeitsmarktlage wird dies begrüßt.

C) Änderungsvorschlag

Absatz 3 Satz 1 Nr. 1 ist wie folgt zu fassen:

„soll die Pflegeeinrichtung geeignete Maßnahmen der Personal- und Organisationsentwicklung durchführen, die einen personenzentrierten und kompetenzorientierten Personaleinsatz im Sinne der Ziele dieser Vorschrift gewährleisten; diese können sich an den fachlichen Zielen und der Konzeption der Maßnahmen, die nach § 8 Abs. 3b entwickelt und erprobt wurden, orientieren.“

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 63 b) – § 113c Absatz 4

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Absatz 4 wird neu gefasst und in Satz 2 wird eingefügt, dass die gemeinsamen Empfehlungen nach Satz 1 auch Empfehlungen zu den Aufgabenbereichen für Personal nach Absatz 2 Satz 2 Nummer 3 umfassen. Wissenschaftliche Expertisen, die nach § 8 Absatz 3c erarbeitet wurden, sind dabei zu berücksichtigen.

B) Stellungnahme

Folgeänderung.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 63 c) – § 113c Absatz 5 Satz 1

A) Beabsichtigte Neuregelung

In Abs. 5 Satz 1 Nummer 3 wird der Begriff „Fachkräfte aus dem Gesundheits- und Sozialbereich“ durch die Aufzählung bestimmter Berufsgruppen konkretisiert.

B) Stellungnahme

Die Ergänzung wird begrüßt.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 64 – § 113d

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der neu einzufügende § 113d SGB XI sieht die Einrichtung einer Geschäftsstelle vor, um Pflegeeinrichtungen bei einer fachlich fundierten Personal- und Organisationsentwicklung zu begleiten und zu unterstützen. Die maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene nach § 118a beauftragen hierzu gemeinsam mit den Vertragsparteien nach § 113 bis zum 31. Juli 2026 eine unabhängige qualifizierte Institution. Die Geschäftsstelle hat folgende Aufgaben:

- Unterstützung von Pflegefachpersonen und Pflegeeinrichtungen bei der fachgerechten Wahrnehmung der Pflegeprozessverantwortung,
- Unterstützung von Pflegefachpersonen und Pflegeeinrichtungen bei der Umsetzung von Pflegedokumentationskonzepten, die den Anforderungen des § 113 Absatz 1 Satz 2 bis 4 entsprechen,
- Unterstützung von Pflegeeinrichtungen bei der Umsetzung von personenzentrierten und kompetenzorientierten Personal- und Organisationsentwicklungsmaßnahmen, für vollstationäre Pflegeeinrichtungen auch nach § 113c Absatz 3 Satz 1 Nummer 1.
- Unterstützung von Pflegeeinrichtungen bei der Umsetzung pflegerischer Aufgaben auf der Grundlage der wissenschaftlichen Expertisen nach § 8 Absatz 3c sowie bei der Entwicklung und Umsetzung von Führungs- und Delegationskonzepten und
- Unterstützung von Pflegefachpersonen und Pflegeeinrichtungen bei der Umsetzung eines ganzheitlichen, personenzentrierten Pflegeverständnisses, das die Stärkung der Selbständigkeit und der Fähigkeiten der pflegebedürftigen Menschen in den Mittelpunkt stellt.

Die neu einzurichtende Geschäftsstelle soll zur Adressierung der Unterstützungsbedarfe Schulungsmaßnahmen weiterentwickeln und koordinieren und vorrangig in Multiplikatorenschulungen vermitteln. Zudem sollen beispielsweise digitale Angebote wie Assessment-Instrumente zur Selbsteinschätzung und digitale Selbstlernkonzepte zur Verfügung gestellt werden. Die Geschäftsstelle ist bis zum 2030 befristet. Die Finanzierung der Geschäftsstelle erfolgt aus Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung.

B) Stellungnahme

Die zugrundeliegende Zielsetzung einer Stärkung der Pflegefachlichkeit, die mit den Aufgaben der Geschäftsstelle verbunden ist, wird unterstützt. Jedoch erscheint die Einrichtung einer Geschäftsstelle für die Umsetzung einer bewohner- und kompetenzorientierten Personal- und Organisationsentwicklung überdimensioniert und spricht beruflich Pflegenden Teile ihrer Fachkompetenz ab. Schon gar nicht bedarf es der Einrichtung einer Geschäftsstelle für die Umsetzung von Pflegedokumentationskonzepten und die Umsetzung eines seit 2017 geltenden ganzheitlichen, personenzentrierten Pflegeverständnisses.

C) Änderungsvorschlag

Die Regelung ist zu streichen.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 65 – § 114 Absatz 1a (neu)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Ab dem 1. Januar 2028 sollen Aufträge der Landesverbände der Pflegekassen für die Durchführung von Qualitätsprüfungen auf digitalem Weg erteilt werden. Der GKV-Spitzenverband wird verpflichtet, im Einvernehmen mit dem Medizinischen Dienst Bund und dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. bis zum 31. Oktober 2027 eine digitale Daten- und Kommunikationsplattform zur Planung und Auftragsvergabe zu errichten. Dabei sind durch die Landesverbände der Pflegekassen eingesetzte digitale Formate zur Übermittlung der Prüfaufträge und der Ergebnisse der Qualitätsprüfungen zu berücksichtigen. Die privaten Versicherungsunternehmen haben sich mit zehn Prozent an den Kosten für den Aufbau und den Betrieb zu beteiligen.

Die Plattform soll tagesaktuelle, einrichtungsbezogene Daten insbesondere zur Anzahl und Art durchgeführter Prüfungen, zur Prüfquote des PKV-Prüfdienstes sowie für den vollstationären Bereich ergänzend zur Anzahl unangemeldeter Prüfungen, zur Verlängerung des Prüfrhythmus sowie weitere Daten im Zusammenhang mit Qualitätsprüfungen enthalten.

B) Stellungnahme

Die Anforderung, Prüfaufträge ausschließlich auf digitalem Wege zu erteilen, wird begrüßt.

Die gegenwärtige Planung, Beauftragung und Durchführung von Qualitätsprüfungen und die hierfür erforderlichen Abstimmungen zwischen den Landesverbänden der Pflegekassen, der von den Landesverbänden der Pflegekassen beauftragten DatenClearingStelle Pflege (DCS), den Prüfinstitutionen sowie ggf. den auf Landesebene zuständigen Heimaufsichtsbehörden wird kontinuierlich – auch in digitaler Hinsicht - weiterentwickelt. Die Prozesse für die Verlängerung des Prüfrhythmus für vollstationäre Einrichtungen, bei denen ein hohes Qualitätsniveau festgestellt wurde, wurden gerade auf aktualisierter Grundlage (Prup-RiLi) überarbeitet und werden seit Anfang 2025 umgesetzt.

Die im Entwurf angenommenen einmaligen Kosten für die Sozialversicherung in Höhe von 28.000 Euro (Ausschreibung, Implementierung) und die jährlichen Erfüllungsaufwände von 9.260 Euro für den Betrieb erscheinen jedoch deutlich zu niedrig kalkuliert, die angenommenen Effizienzgewinne in Höhe von 26.600 Euro eher hoch veranschlagt zu sein. Nach vorläufiger Einschätzung des GKV-Spitzenverbandes werden sich die Kosten für die Entwicklung und Testung der Software - abhängig von der Frage der Integrierbarkeit bestehender Systeme der Landesverbände der Pflegekassen - im sechs-, ggf. siebenstelligen Bereich bewegen. Hinzu kämen Kosten in unbekannter Höhe für die Nutzer der Plattform für die Entwicklung jeweils geeigneter Schnittstellen.

Für die Entwicklung der Plattform muss aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes gesetzlich eindeutig geregelt sein, welche Institutionen zu welchem Zweck auf Daten der digitalen

Kommunikationsplattform zugreifen dürfen. Ferner sollten die Landesverbände der Pflegekassen bzw. die von diesen im Zusammenhang mit der Planung und Beauftragung von Prüfungen beauftragte Organisationen gesetzlich zur Kooperation mit dem GKV-Spitzenverband (oder einem von ihm eingesetzten Betreiber der Daten- und Kommunikationsplattform) sowie zur Berücksichtigung der beim GKV-Spitzenverband entwickelten Datendefinitionen verpflichtet werden.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 66 a) – § 114a Absatz 1 Satz 2

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Ankündigung von Qualitätsprüfungen soll nunmehr grundsätzlich zwei Arbeitstage vor der Durchführung erfolgen. Anlassprüfungen sollen weiterhin unangemeldet erfolgen.

B) Stellungnahme

Die Regelung wird befürwortet. Mit dieser Regelung wird der Empfehlung aus dem Abschlussbericht „Entwicklung der Verfahren und Instrumente für Qualitätsprüfung und Darstellung in der ambulanten Pflege“ (2023) entsprochen. Sie soll sicherstellen, dass die Qualitätsprüfungen vor allem in ambulanten Betreuungs- und Pflegediensten reibungslos verlaufen. Um den intendierten Zweck zu erreichen, sollte eine Klarstellung bezüglich des Begriffes „Arbeitstage“ erfolgen und auf die Begrifflichkeit wie in der gültigen Rechtsgrundlage „Werktage“ abgestellt werden.

C) Änderungsvorschlag

Absatz 1 Satz 2 sollten wie folgt gefasst werden: „Die Prüfungen sind grundsätzlich zwei Werkstage zuvor anzukündigen, Anlassprüfungen sollen unangemeldet erfolgen.“

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 66 b) – § 114a Absatz 2 Sätze 2 bis 4

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es erfolgt eine Klarstellung, dass die Prüfinstitutionen berechtigt sind, Qualitätsprüfungen in gemeinschaftlichen Wohnformen nach § 92c sowohl in den Gemeinschaftsräumen als auch in den Wohnräumen der versorgten Personen durchführen zu können.

B) Stellungnahme

Die Klarstellung wird grundsätzlich begrüßt. Damit wird die Durchführung von Qualitätsprüfungen in gemeinschaftlichen Wohnformen sichergestellt.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 66 c) – § 114a Absatz 3 Satz 3

A) Beabsichtigte Neuregelung

In § 114a Absatz 3 wird neu geregelt, dass an die Pflegedokumentation nur die in den Maßstäben und Grundsätzen nach § 113 Absatz 1 Satz 2 festgelegten Anforderungen gestellt werden dürfen.

B) Stellungnahme

Die Regelung ist sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 66 d) – § 114a Absatz 5 Sätze 2 bis 4

A) Beabsichtigte Neuregelung

Anders als bisher soll der GKV-Spitzenverband dem Bundesamt für Soziale Sicherung die Prüfquote des Prüfdienstes des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. nur im Fall der Unterschreitung der Quote von zehn Prozent der in einem Jahr anfallenden Prüfaufträge übermitteln. Die Neuregelung dient der Entlastung des Bundesamtes für Soziale Sicherung.

B) Stellungnahme

Die Regelung ist sachgerecht.

Unter Bezugnahme auf die Begründung der Neuregelung sowie die Stellungnahme zu 65 (§ 114 Absatz 1a neu) sei ergänzend darauf hingewiesen, dass es für die Feststellung der Prüfquote nicht der Daten einer digitalen Daten- und Kommunikationsplattform bedarf. Die zur Feststellung der Prüfquote erforderlichen Informationen lagen dem GKV-Spitzenverband bereits in der Vergangenheit auf Grundlage existierender Statistiken vor.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 66 e) - § 114a Absatz 7

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Ergänzung in Absatz 7 Satz 4 soll der Medizinische Dienst Bund innerhalb von sechs Monaten nach der Ergänzung der Vereinbarung gemäß § 113 Richtlinien für die Qualitätsprüfungen in gemeinschaftlichen Wohnformen auf der Grundlage der Bundesempfehlungen und Verträge nach § 92c beschließen.

B) Stellungnahme

Die Erstellung von Richtlinien für Qualitätsprüfungen für gemeinschaftliche Wohnformen wird mit Verweis auf die Stellungnahme zu § 92c abgelehnt.

Der gesetzliche Zeitrahmen sieht nur sechs Monaten für die Erarbeitung der Qualitätsprüfungs-Richtlinien für gemeinschaftliche Wohnformen gemäß § 92c Absatz 5 vor. Das wird als zu kurz eingestuft. Bei der Erstellung der Qualitätsprüfungs-Richtlinien sind zudem die gesetzlich vorgesehenen Abstimmungs-, Beteiligungs- und Genehmigungsschritte zu berücksichtigen. Die gesetzlich festgelegten Fristen sollten angepasst werden.

C) Änderungsvorschlag

Die beabsichtigte Neuregelung ist zu streichen.

Hilfsweise:

§ 114a Absatz 7 nach Satz 3 wird folgender Satz 4 eingefügt:

Die Richtlinien für Qualitätsprüfungen für gemeinschaftliche Wohnformen mit Verträgen zur pflegerischen Versorgung gemäß § 92c sind auf der Grundlage der Bundesempfehlungen nach § 92c, den Maßstäben und Grundsätzen nach § 113 sowie des nach § 113b Absatz 4 Satz 2 Nummer 6 entwickelten Prüfkonzeptes zwölf Monate nach Vorlage dieses Konzeptes zu beschließen.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 67 b) – § 114c Absatz 1

A) Beabsichtigte Neuregelung

Ähnlich wie bereits gegenwärtig für den vollstationären Sektor sollen Regel-Qualitätsprüfungen in der ambulanten und in der Tagespflege ab 2027 höchstens alle zwei Jahre stattfinden, wenn durch die Pflegeeinrichtung ein hohes Qualitätsniveau erreicht worden ist. Die Kriterien hierfür hat der MD-Bund im Benehmen mit dem GKV-Spitzenverband festzulegen. Grundlage für die Bewertung des hohen Qualitätsniveaus sollen die Ergebnisse aus Qualitätsprüfungen sein.

B) Stellungnahme

Die Ausweitung der bisher nur für den vollstationären Bereich geltenden Regelung für eine Verlängerung des Prüfrhythmus auf den ambulanten und teilstationären Bereich ist grundsätzlich zu begrüßen. Vor dem Hintergrund, dass gegenwärtig bundesweit nur circa zwei Drittel aller Dienste und Einrichtungen jährlich geprüft werden, bietet diese Neuerung die Chance, in qualitativer Hinsicht gute Einrichtungen von Prüfungen zu entlasten und in der Vergangenheit in Qualitätsfragen auffällig gewordene Einrichtungen gezielt zu prüfen.

Da nur für die vollstationäre Pflege wissenschaftliche Hinweise für die Definition der Kriterien für eine Verlängerung des Prüfrhythmus vorliegen, werden die Kriterien für die anderen Settings auf Grundlage der Erfahrungen mit der Umsetzung der Qualitätsprüfungen entwickelt werden müssen. Dies ist aufgrund der bereits mehrjährigen Umsetzung des Prüfverfahrens für die Tagespflege zu Beginn des Jahres 2027 grundsätzlich möglich. Für die ambulante Pflege wäre ein Beginn der Umsetzung frühestens zu 2028 denkbar, da hier erst ab dem zweitem Quartal 2027 Erfahrungen mit der Umsetzung des neuen Prüfverfahrens und entsprechend empirische Daten zum sog. hohen Qualitätsniveau in diesem Setting gewonnen werden können.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 67 c) – § 114c Absatz 3

A) Beabsichtigte Neuregelung

Zusätzlich zur bisherigen Berichtspflicht des GKV-Spitzenverbandes gemäß § 114c Absatz 3 über die in vollstationären Pflegeeinrichtungen durchgeführten Qualitätsprüfungen ist auch über die erteilten Prüfaufträge und die durchgeführten Qualitätsprüfungen in ambulanten Pflegediensten, in teilstationären Einrichtungen und in gemeinschaftlichen Wohnformen mit Verträgen zur pflegerischen Versorgung gemäß § 92c zu berichten. Weiterhin ist für den vollstationären Bereich über die Anzahl der Verlängerungen des Prüfrhythmus und die unangemeldeten Prüfungen zu berichten. Diese entsprechenden Daten sind nach Ländern aufzuschlüsseln. Ferner ist über die Prüfquote des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e. V. zu berichten.

B) Stellungnahme

Die Erweiterung der Berichtspflicht über die vollstationären Pflegeeinrichtungen hinaus ist nachvollziehbar. Die Berichtspflicht für gemeinschaftliche Wohnformen mit Verträgen zur pflegerischen Versorgung gemäß § 92c wird mit Verweis auf die Stellungnahme zu § 92c abgelehnt.

C) Änderungsvorschlag

Nach Satz 2 wird der folgende Satz eingefügt:

„Der Bericht nach Satz 1 hat erstmals zum 31. März 2028 und danach jährlich jeweils eine statistische Datenauswertung gemäß § 114 Absatz 1a Satz 4 aufgeschlüsselt nach Ländern zum Stichtag 31. Dezember zu enthalten.“

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 68 a) – § 115 Absatz 1a

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Ergänzung im Absatz 1a Satz 2 sollen für gemeinschaftliche Wohnformen nach § 92c SGB XI hinsichtlich der Transparenz über die Qualität der Pflege die gleichen Grundsätze wie für die ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen gelten. Hierfür vereinbaren die Vertragsparteien nach § 113 SGB XI Absatz 1 unverzüglich nach Inkrafttreten der Qualitätsprüfungs-Richtlinien für diese Versorgungsform die Qualitätsdarstellungsvereinbarung.

Satz 10 ist eine Folgeänderung

B) Stellungnahme

Die Neuregelung wird mit Verweis auf die Stellungnahme zu § 92c abgelehnt.

C) Änderungsvorschlag

Die beabsichtigte Neuregelung ist zu streichen.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 68 b) aa) – § 115 Absatz 5 Satz 1

A) Beabsichtigte Neuregelung

Durch eine Ergänzung in Satz 1 soll sichergestellt werden, dass die zuständige Pflegekasse bei festgestellten schwerwiegenden Qualitätsmängeln bei der Versorgung in gemeinschaftlichen Wohnformen die weitere Versorgung der Pflegebedürftigen vorläufig untersagen darf.

B) Stellungnahme

Die Neuregelung ist mit Verweis auf die Stellungnahme zu § 92c zu streichen.

C) Änderungsvorschlag

Die beabsichtigte Neuregelung ist zu streichen.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 68 b) bb) – § 115 Absatz 5 Satz 2

A) Beabsichtigte Neuregelung

Durch eine Ergänzung in Satz 2 soll sichergestellt werden, dass die Pflegekasse dem Pflegebedürftigen bei festgestellten schwerwiegenden Qualitätsmängeln in der gemeinschaftlichen Wohnform einen anderen geeigneten Pflegedienst oder eine andere geeignete gemeinschaftliche Wohnform vermittelt.

B) Stellungnahme

Die Neuregelung wird mit Verweis auf die Stellungnahme zu § 92c abgelehnt.

Für den Fall, dass an der Neuregelung festgehalten werden sollte, ist die Übertragung der Regelungen, wie sie bereits für Fälle schwerwiegender Qualitätsmängel bei ambulanten Pflegediensten gelten, zwar nachvollziehbar. Im Fall einer Versorgung in einer gemeinschaftlichen Wohnform dürfte diese Regelung allerdings zumindest derzeit oft ins Leere laufen, da eine Versorgung in einer anderen gemeinschaftlichen Wohnform auf absehbare Zeit wegen eines geringen Angebots und fehlenden Kapazitäten in der Regel nicht realisierbar sein dürfte. Eine alternative Versorgung durch einen ambulanten Pflegedienst ist nicht ausreichend, da neben Pflegeleistungen eine Berücksichtigung der Unterbringung erforderlich ist.

C) Änderungsvorschlag

Die Neuregelung ist zu streichen.

Für den Fall, dass an der Neuregelung festgehalten werden soll, wird hilfsweise folgender Änderungsvorschlag unterbreitet:

Satz 2 bleibt unverändert.

Er wird ein neuer Absatz 6 eingefügt:

Bei Feststellung schwerwiegender, kurzfristig nicht behebbarer Mängel in einer gemeinschaftlichen Wohnform mit einem Vertrag zur pflegerischen Versorgung gemäß § 92c sind die Pflegekassen verpflichtet, den betroffenen Pflegebedürftigen eine andere geeignete Pflegeeinrichtung zu vermitteln, welche die Pflege nahtlos übernimmt.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 68 c) – § 115 Absatz 6 Satz 1

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es wird geregelt, dass gemeinschaftlichen Wohnformen gegenüber den Pflegebedürftigen und den Kostenträgern für die Kosten der Vermittlung in eine Versorgung haften, soweit die Mängel durch die gemeinschaftliche Wohnform zu vertreten sind.

B) Stellungnahme

Die Neuregelung ist mit Verweis auf die Stellungnahme zu § 92c zu streichen.

C) Änderungsvorschlag

Die Neuregelung ist zu streichen.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 69 – § 117 Absatz 1 Satz 1

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Neuregelung sieht vor, dass zum Zweck der Entlastung der Pflegeeinrichtungen zusätzlich zu bereits bestehenden Absprachen über die gemeinsame Durchführung von Prüfungen von Medizinischem Dienst und Heimaufsicht eine vollständige Übernahme der heimaufsichtsrechtlichen Prüfungen durch die Medizinischen Dienste erfolgen soll, sofern zuvor zwischen den Medizinischen Diensten und der Heimaufsicht eine Vereinbarung über die durch die Prüfung entstehenden Kosten und das Procedere der Prüfung erreicht werden kann.

B) Stellungnahme

Die Regelung wird aufgrund des damit intendierten Zwecks grundsätzlich begrüßt, da sie unter dem Vorbehalt einer entsprechenden Vereinbarung steht. Es wird darauf hingewiesen, dass seitens der Leistungsträger die Auffassung besteht, dass durch die Übernahme von heimaufsichtsrechtlichen Prüfungen die Qualitätsprüfungen nach § 114 SGB XI in Häufigkeit und Umfang nicht beeinträchtigt werden dürfen. Ferner ist neben der Feststellung über die entstehenden Kosten eine vollständige Kostenerstattung durch die Heimaufsichten erforderlich. In Absatz 5 ist eine Regelung über Verpflichtung zur Erstattung anfallender Kosten in voller Höhe aufzunehmen.

C) Änderungsvorschlag

Der Absatz 5 wird um folgenden Satz ergänzt: „Die Heimaufsicht erstattet die anfallenden Kosten durch die Übernahme der Prüfungen durch die Medizinischen Dienste.“

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 70 – § 118 Absatz 1 Satz 1

A) Beabsichtigte Neuregelung

Im Zusammenhang mit den Regelungen zu gemeinschaftlichen Wohnformen gemäß § 92c wird die Beteiligung der Verbände nach § 118 geregelt.

B) Stellungnahme

Die Neuregelung ist mit Verweis auf die Stellungnahme zu § 92c zu streichen.

C) Änderungsvorschlag

Die Neuregelung ist zu streichen.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 71 – § 118a (neu)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es werden die Beteiligung der maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe sowie das Verfahren zur Feststellung der Maßgeblichkeit geregelt.

B) Stellungnahme

Aufgrund des Fehlens einer bundesweiten Berufsorganisation oder Bundespflegekammer ist die maßgebliche Beteiligung von Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene als zentralem Ansprechpartner und Interessenvertretung vor dem Hintergrund der durch das Gesetz anstehenden Veränderungen und Kompetenzerweiterung nachvollziehbar.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 72 – § 122

A) Beabsichtigte Neuregelung

Im Rahmen eines neuen § 122 SGB XI soll ein befristetes Kooperationsprojekt zur Entbürokratisierung bei der Beantragung von Leistungen der Pflegeversicherung implementiert werden. Es soll auf Ebene des GKV-Spitzenverbandes unter Einbeziehung der Verbände der Pflegekassen auf Bundesebene ein Gremium gebildet werden, in dem die Pflegekassen im Rahmen der Selbstverwaltung zusammenkommen. Dieses Gremium soll sich für eine Reduktion, Vereinfachung und Vereinheitlichung von Formularen oder anderer formaler Vorgaben bei der Beantragung von Pflegeleistungen einsetzen. Zudem soll ein Blick darauf geworfen werden, welche Hilfestellungen bei der Antragstellung sinnvoll und adressatengerecht sein könnten. Pflegebedürftige, deren An- und Zugehörige sowie Versicherte sollen mit einbezogen werden. Das Gremium kann auch weitere Beteiligte, beispielsweise den Medizinischen Dienst Bund, mit einbeziehen. Die im Gremium erarbeiteten Ergebnisse sollen nicht erst nach Abschluss der Gremiumsarbeit umgesetzt werden, sondern fortlaufend durch die Pflegekassen im Rahmen der Selbstverwaltung, soweit eine Umsetzung möglich und sinnvoll ist. Es wird erwartet, dass sich das Gremium für eine sachgerechte Verankerung der mit dem Projekt verfolgten Ziele und Themen im Rahmen der Selbstverwaltung der Pflegekassen einsetzt. Zudem soll das Gremium auch einen Leitfaden für ein versichertengerechtes Vorgehen und eine empfehlenswerte Gestaltung von Hilfestellungen bei der Beantragung von Leistungen der Pflegeversicherung erstellen. Für das Kooperationsprojekt ist eine Laufzeit vom 01.04.2026 bis 31.07.2030 vorgesehen. Es soll im Ergebnis dazu beitragen, Bürokratie abzubauen und eine spätere Digitalisierung von Prozessen bei der Bearbeitung von Anträgen zu erleichtern. Der GKV-Spitzenverband soll bis zum 31.12.2030 dem Bundesministerium für Gesundheit einen Abschlussbericht zu dem Projekt vorlegen sowie über die absehbaren Umsetzungen und die weiteren geplanten Umsetzungen der in dem Gremium entwickelten Erkenntnisse durch die Pflegekassen berichten.

B) Stellungnahme

Das mit dieser Regelung verfolgte Ziel, die Beantragung von Leistungen der Pflegeversicherung zu vereinfachen und formale Vorgaben auf das erforderliche Maß zu reduzieren, ist grundsätzlich zu begrüßen. Allerdings ist fraglich, ob dazu ein Gremium in der vorgesehenen Größe bzw. Zusammensetzung benötigt wird bzw. ob es überhaupt einer gesetzlichen Regelung – was unzweifelhaft zunächst mit einem „Mehr“ an Bürokratie einhergeht – bedarf. Die bereits bestehenden gesetzlichen Grundlagen im SGB XI lassen in der Regel alle Formen und Möglichkeiten der Antragstellung zu. Es besteht dem Grunde nach „Formfreiheit“. So können die antragstellenden Personen in der Regel selbst entscheiden, ob sie Anträge mündlich, schriftlich oder digital stellen. Im Übrigen gehört es zu den laufenden Aufgaben einer Pflegekasse, ihre Prozesse zum Antragsgeschehen zu prüfen, wenn nötig anzupassen und auf gesetzliche Änderungen schnell zu reagieren.

Im Übrigen ist es ungewöhnlich, die Verbände der Pflegekassen auf Bundesebene im SGB zu adressieren.

Anzumerken ist ferner, dass auch dieser geplante gesetzliche Auftrag aus Mitteln des Modellprogramms nach § 8 Absatz 3 finanziert werden soll. In Ansehung der Tatsache, dass insgesamt vier geplante gesetzliche Aufträge bzw. Modellprogramme (§ 15 Abs. 8, §§ 122, 125c, 125d) aus diesen Mitteln finanziert werden sollen, sollten bis zum Abschluss der genannten Programme keine weiteren gesetzlichen Finanzierungsbezüge auf diese Mittel geplant werden, um die Finanzierbarkeit der Modellvorhaben nach § 8 Absatz 3 weiterhin zu gewährleisten.

C) Änderungsvorschlag

Die Regelung ist zu streichen.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 73 – § 123 Absatz 1

A) Beabsichtigte Neuregelung

Während sich die Durchführung von Modellvorhaben für Unterstützungsmaßnahmen und -strukturen vor Ort und im Quartier derzeit von 2025 bis 2028 erstreckt, wurde Absatz 1 Satz 1 dahingehend neu gefasst, dass der Zeitraum nun bis 2029 verlängert wurde. Satz 2, 2. Halbsatz regelt die Finanzierung und kostenneutrale Verlängerung des Förderzeitraumes. Wie bisher erfolgt die Förderung im Zeitraum von 2025 bis 2028 aus dem Ausgleichsfonds mit bis zu 30 Millionen Euro je Kalenderjahr. Fördermittel, die in einem Land im jeweiligen Kalender bis einschließlich 2028 nicht in Anspruch genommen worden sind, erhöhen im Folgejahr bis einschließlich 2029 das Fördervolumen des jeweiligen Landes (siehe auch § 123 Absatz 5 Satz 3 (NEU)).

B) Stellungnahme

Nach der Novellierung des § 123 SGB XI bedurfte es zunächst der Etablierung von Strukturen und der Festlegungen der Empfehlungen zur Umsetzung des § 123 SGB XI. Insofern ist es sachgerecht, den Zeitraum zur Durchführung der Modellvorhaben kostenneutral zu verlängern.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 73 - § 123 Absatz 2

A) Beabsichtigte Neuregelung

Absatz 2 regelt die finanzielle Beteiligung der privaten Versicherungsunternehmen. In Absatz 2 wird der Verweis auf den neuen Satz 2 zur Finanzierung aufgenommen.

B) Stellungnahme

Es handelt sich um eine schlüssige Folgeänderung.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 73 - § 123 Absatz 5

A) Beabsichtigte Neuregelung

Absatz 5 Satz 1, der die Verteilung der Fördermittel nach dem Königsteiner Schlüssel regelt, wird um den Verweis auf den die Finanzierung regelnden Absatz Satz 2 (NEU) ergänzt.

B) Stellungnahme

Die Ergänzung ist eine schlüssige Folgeänderung.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 73 - § 123 Absatz 5

A) Beabsichtigte Neuregelung

Absatz 5 Satz 3 wird insofern neu gefasst, als die kostenneutrale Verlängerung bis zum Jahr 2029 berücksichtigt wurde. Fördermittel, die in einem Land im jeweiligen Kalenderjahr bis einschließlich 2028 nicht in Anspruch genommen worden sind, erhöhen demnach im Folgejahr bis einschließlich 2029 das Fördervolumen des jeweiligen Landes.

B) Stellungnahme

Die kostenneutrale Verlängerung des Förderzeitraumes ist sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 74 – § 125a

A) Beabsichtigte Neuregelung

Im Modellprogramm nach § 125a werden derzeit verschiedene Ansätze der Telepflege erprobt und evaluiert. Unter Einbeziehung der dann vorliegenden wissenschaftlichen Evaluationsergebnisse soll der Spitzenverband Bund der Pflegekassen gemäß der beabsichtigten Neuregelung im Benehmen mit den Verbänden der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene, geeigneten Verbänden der Digitalwirtschaft sowie der Digitalagentur (ehemals Gesellschaft für Telematik) unter Beteiligung der maßgeblichen Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene nach § 118a, den auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen nach § 118 und der Bevollmächtigten der Bundesregierung für Pflege bis zum 31. Dezember 2027 Empfehlungen als Grundlage für bundesweite Vereinbarungen und Standards zum Einsatz von Telepflege in der pflegerischen Versorgung in der Langzeitpflege entwickeln und diese dem Bundesministerium für Gesundheit vorlegen. In den Empfehlungen sollen auch Vorschläge dazu gemacht werden, wie telepflegerische Leistungen in der ambulanten und stationären Langzeitpflege im Fünften und Elften Buch abgebildet werden können. Im Rahmen der wissenschaftlich gestützten Erprobung von Telepflege nach § 125a werden auch Anforderungen an die technische Ausstattung in den Pflegeeinrichtungen sowie Qualifikationsanforderungen an das Personal untersucht, die mit dem Einsatz telepflegerischer Lösungen verbunden sind. Die Ergebnisse sind mit einzubeziehen. Die Digitalagentur soll insbesondere mit Blick auf mögliche, aber nicht notwendige Schnittstellen zur Telematikinfrastruktur beteiligt werden. Bei der Auswahl der geeigneten Verbände der Digitalwirtschaft sind insbesondere solche Verbände zu beteiligen, die für die Wahrnehmung der Interessen der Industrie im Bereich der Informationstechnologie im Gesundheitswesen gebildet wurden und die dabei vorrangig die Interessen von Unternehmen vertreten, die im Bereich der Telemedizin etwa als Videodienstanbieter tätig sind.

Die Höhe der verfügbaren Mittel des laufenden Modellprogramms soll um 5 Millionen Euro reduziert werden, um die bislang nicht eingeplanten bzw. verausgabten Mittel im Rahmen des neu eingerichteten Modellprogramms nach § 8 Absatz 3c einzusetzen (vgl. Nr. 6 b).

B) Stellungnahme

Die vorgesehene Erarbeitung von Empfehlungen zur Umsetzung der Ergebnisse der wissenschaftlich gestützten Erprobung von Telepflege nach § 125a wird begrüßt. Der hierfür vorgesehene Zeitrahmen bis Ende 2027 für die Erstellung der Empfehlungen für bundesweite Vereinbarungen und Standards zum Einsatz von Telepflege in der pflegerischen Versorgung wird vor dem Hintergrund, dass das Modellprogramm erst Ende des Jahres 2025 abgeschlossen wird und angesichts der vorgesehenen umfangreichen Benehmensherstellungen und Beteiligungen der Verbände der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene, geeigneten Verbänden der Digitalwirtschaft sowie der Digitalagentur sowie der maßgeblichen Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene nach § 118a und der Bevollmächtigten der Bundesregierung für Pflege begrüßt.

Eine Verwendung der bislang nicht eingeplanten bzw. verausgabten Mittel aus dem Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung für die Zwecke des § 8 Absatz 3c ist sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 75 – § 125c

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der GKV-Spitzenverband wird gemäß der beabsichtigten Neuregelung mit der Durchführung von Modellvorhaben zur Erprobung digitaler Verhandlungen der Pflegevergütung beauftragt. Die Auswirkungen einer digitalen Verhandlung unter Nutzung der technisch und digital verfügbaren Möglichkeiten im Hinblick auf einen zeitnahen und effizienten Abschluss sollen mittels einer Vielzahl von teilnehmenden Pflegeeinrichtungen in unterschiedlichen Versorgungsumgebungen wissenschaftlich erforscht werden, um eine belastbare Grundlage für die Entscheidung über Anpassungen zum Vereinbarungsverfahren im Achten Kapitel des Elften Buches zu erhalten. Die Auswahl der teilnehmenden Pflegeeinrichtungen, Pflegekassen und Sozialhilfeträger soll dementsprechend möglichst heterogen die bestehende Versorgungslandschaft abbilden. Die Finanzierung erfolgt aus Mitteln nach § 8 Absatz 3. Der GKV-Spitzenverband bestimmt Ziele, Dauer, Inhalte und Durchführung der Modellvorhaben in Abstimmung mit dem Bundesministerium für Gesundheit und unter Beteiligung des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales.

B) Stellungnahme

Die Einrichtung von Modellvorhaben zur Erprobung digitaler Verhandlungen der Pflegevergütung wird begrüßt. Diese stehen im engen Zusammenhang mit dem gesetzlichen Auftrag nach § 86a Absatz 3, nach dem auf Bundesebene Empfehlungen zur Unterstützung effizienter und bürokratiearmer Verfahren für Pflegesatz- und Pflegevergütungsvereinbarungen abzugeben sind. Es wäre daher zielführend, die Erprobung digitaler Verhandlungen auf Grundlage der im Rahmen der Empfehlungen erarbeiteten Verfahrensleitlinien und Unterlagen aufzubauen. Die Modellvorhaben sollten daher nach Vorliegen der Empfehlungen nach § 86a Absatz 3 ab dem Jahr 2027 umgesetzt werden.

Für die Vorbereitung und Durchführung sollte aufgrund des Umfangs und der Heterogenität der einzubeziehenden Akteure und der Bedeutung der Modellvorhaben ein Zeitraum von mindestens drei Jahren vorgesehen werden.

Anzumerken ist ferner, dass auch dieser geplante gesetzliche Auftrag aus Mitteln des Modellprogramms nach § 8 Absatz 3 finanziert werden soll. In Ansehung der Tatsache, dass insgesamt vier geplante gesetzliche Aufträge bzw. Modellprogramme (§ 15 Abs. 8, §§ 122, 125c, 125d) aus diesen Mitteln finanziert werden sollen, sollten bis zum Abschluss der genannten Programme keine weiteren gesetzlichen Finanzierungsbezüge auf diese Mittel geplant werden, um die Finanzierbarkeit der Modellvorhaben nach § 8 Absatz 3 weiterhin zu gewährleisten.

C) Änderungsvorschlag

In Satz 1 wird die Angabe „2026 und 2027“ ersetzt durch die Angabe „2027 bis 2029“.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 75 – § 125d

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der GKV-Spitzenverband kann gemäß der beabsichtigten Neuregelung in den Jahren 2026 bis 2028 Modellvorhaben zur Erprobung der Flexibilisierung der Leistungserbringung von zugelassenen stationären Pflegeeinrichtungen vereinbaren. Gegenstand der Erprobung sind zum einen der dauerhafte Einbezug von An- und Zugehörigen in die vollstationäre pflegerische Versorgung und dadurch die Abwalmöglichkeit professionell erbrachter Leistungen nach § 43 sowie zum anderen die Erbringung von Leistungen im Sinne des § 36 SGB XI und die Versorgung mit häuslicher Krankenpflege gemäß § 37 SGB V durch vollstationäre und teilstationäre Pflegeeinrichtungen für Versicherte außerhalb der Pflegeeinrichtung. Die Modellvorhaben sollen die Wirkungen auf die pflegerische Versorgung umfassend, insbesondere bezüglich Planbarkeit, Verlässlichkeit, Qualität, Wirtschaftlichkeit, Inhalt der erbrachten Leistungen, Kosteneffizienz, Auswirkungen auf den Personalbedarf und auf die von den Pflegebedürftigen zu tragenden Kosten untersuchen sowie die Akzeptanz bei den Pflegebedürftigen, den Pflegepersonen und den pflegenden Angehörigen und Zugehörigen einbeziehen. Die Modellvorhaben sind mit dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) abzustimmen. Die Finanzierung erfolgt aus Mitteln der Modellvorhaben nach § 8 Absatz 3 SGB XI.

B) Stellungnahme

Die Einrichtung von Modellvorhaben zur Erprobung der Flexibilisierung der Leistungserbringung wird grundsätzlich begrüßt. Jedoch scheint eine Verortung im Kontext der mit Digitalisierungsaspekten in der Pflege befassten §§ 125 bis 125c nicht sachlogisch. Durch die zusätzliche Einbeziehung des BMAS neben dem BMG werden die erforderlichen Abstimmungsprozesse voraussichtlich deutlich zeitintensiver und aufwändiger. Vor diesem Hintergrund und vor dem Hintergrund der Komplexität der Modellvorhaben, ihres sektorenübergreifenden Charakters und der damit verbundenen Abstimmungsnotwendigkeiten sollte die Laufzeit um mindestens ein Jahr verlängert werden.

Anzumerken ist ferner, dass auch dieser geplante gesetzliche Auftrag aus Mitteln des Modellprogramms nach § 8 Absatz 3 finanziert werden soll. In Ansehung der Tatsache, dass insgesamt vier geplante gesetzliche Aufträge bzw. Modellprogramme (§ 15 Abs. 8, §§ 122, 125c, 125d) aus diesen Mitteln finanziert werden sollen, sollten bis zum Abschluss der genannten Programme keine weiteren gesetzlichen Finanzierungsbezüge auf diese Mittel geplant werden, um die Finanzierbarkeit der Modellvorhaben nach § 8 Absatz 3 weiterhin zu gewährleisten.

C) Änderungsvorschlag

In Absatz 1 Satz 1 wird die Angabe „2028“ ersetzt durch die Angabe „2029“.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 76 – § 146a

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Regelung soll eine Übergangszeit bis zum 31. Dezember 2035 geschaffen werden, in der Ordenseinrichtungen eine Umstellung auf eine Versorgung ihrer pflegebedürftigen Mitglieder nach den Grundlagen des SGB XI vornehmen. Bis dahin sollen die Angehörigen christlicher Ordensgemeinschaften innerhalb des Klausurbereiches der jeweiligen Ordenseinrichtung weiterhin die Leistungsbeträge nach § 43 für die vollstationäre Pflege erhalten.

Der GKV-Spitzenverband für die Verbände der Pflegekassen auf Bundesebene und die Vereinigungen der Ordensgemeinschaften sollen gemeinsam ein Konzept zur langfristigen pflegerischen Versorgung der pflegebedürftigen Personen entwickeln und entsprechende Maßnahmen zur Umsetzung ergreifen.

B) Stellungnahme

Zwischen dem vdek und der Deutschen Ordensobernkonferenz e.V. (DOK) besteht derzeit noch eine vertragliche Vereinbarung für die pflegerische Versorgung von Angehörigen christlicher Ordensgemeinschaften innerhalb des Klausurbereiches der jeweiligen Ordenseinrichtung (sogenannter „Kleiner Versorgungsvertrag“). Der Vertrag sieht die Leistungsgewährung der vollstationären Sachleistungsbeträge nach § 43 für die Ordensmitglieder vor. Der Vertrag wurde vom vdek zum 31. Dezember 2025 gekündigt, u.a. da dieser nicht den Vorgaben des SGB XI für eine vollstationäre Versorgung entspricht und eine nicht sachgerechte finanzielle Bevorzugung dieses Personenkreises zulasten der Beitragszahler vorsieht. Die Ordenseinrichtungen erfüllen in der Regel nicht die vertraglichen Voraussetzungen (z.B. hinsichtlich Personal, Qualifikationsanforderungen, Leistungsinhalten) für eine Zulassung zur vollstationären Pflege durch Versorgungsvertrag. Die Versorgung der Angehörigen in den Ordensgemeinschaften entspricht eher den Vorgaben für eine ambulante Versorgung, für welche das SGB XI vielfältige Gestaltungsmöglichkeiten vorsieht (u.a. Pflegegeld, Pflegesachleistungen). Es ist nicht nachvollziehbar, dass eine mit Beitragsmitteln finanzierte finanzielle Besserstellung der Angehörigen von Ordensgemeinschaften erfolgen soll.

Zudem haben bereits erfolgte Umstellungen einzelner Ordenseinrichtungen gezeigt, dass mit Unterstützung der Landesverbände der Pflegekassen und weiteren Akteuren vor Ort eine Umstellung ohne Einbußen bei der pflegerischen Versorgung gelingen kann. Die Regelung, dass der GKV-Spitzenverband gemeinsam mit den Ordensgemeinschaften ein gesondertes Konzept zur pflegerischen Versorgung der Mitglieder von Ordensgemeinschaften entwickelt, wird abgelehnt. Sofern der Gesetzgeber für diesen Personenkreis eine gesonderte Versorgung vorsieht, ist eine gesetzliche Regelung erforderlich.

Unabhängig davon ist der vorgesehene Übergangszeitraum von 10 Jahren zu großzügig bemessen.

C) Änderungsvorschlag

Die vorgesehene Regelung ist zu streichen.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 78 – § 154

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die bisher in § 154 Absatz 2 vorgesehene Frist zur Einreichung der Jahresabrechnungen über die Energieversorgung einer Pflegeeinrichtung soll vom 31. Dezember 2025 bis zum 30. Juni 2026 verlängert werden. Jahresabrechnungen, die bis zum 30. Juni 2026 nicht eingereicht werden, sollen nicht wie bisher geregelt zu einer Kürzung der bereits ausgezahlten Ergänzungshilfen um 20 Prozent, sondern um 100 Prozent für den betreffenden Zeitraum führen.

B) Stellungnahme

Die vorgesehene Regelung wird begrüßt. Der GKV-Spitzenverband sowie die Pflegekassen hatten bereits bei Einführung der Kürzungsregelung darauf hingewiesen, dass es für Pflegeeinrichtungen, deren abschlägige Vorauszahlungen zu hoch angesetzt wurden, trotz der gesetzlichen Kürzung von 20 Prozent keinen Anreiz gibt, die Jahresabrechnungen einzureichen, da sie mit der Kürzung immer noch ein für den Betrieb besseres wirtschaftliches Ergebnis erzielen können. Mit der vorgesehenen Regelung wird einer missbräuchlichen Inanspruchnahme der Ergänzungshilfen entgegnet.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 3 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 2 – § 15a

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es sollen die Grundlagen für eine eigenverantwortliche Erbringung von Leistungen der ärztlichen Behandlung durch Pflegefachpersonen geschaffen werden, welche auf Grund einer nach dem Pflegeberufegesetz vorgeschriebenen beruflichen oder hochschulischen Ausbildung, einer staatlich anerkannten, bundesweit einheitlichen Weiterbildung oder auf Grund einer solchen Weiterbildung entsprechende Berufserfahrung (Nachweis durch eine staatliche Kompetenzfeststellung der Länder) befähigt sind.

Die möglichen Leistungen der ärztlichen Behandlungen werden durch die Kataloge nach § 73 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und 2 SGB V festgeschrieben. Bis zum Abschluss des Vertrags nach § 73 Absatz 1 Satz 1 SGB V gilt die Anlage 1 des Rahmenvertrags nach § 64d SGB V als Grundlage in der Regelversorgung.

B) Stellungnahme

Die beabsichtigte Regelung soll es Pflegefachpersonen mit den vorgesehenen Qualifikationen ermöglichen, bestimmte Leistungen der ärztlichen Behandlung eigenverantwortlich zu erbringen. Zusätzlich zum Kompetenzerwerb über die berufliche oder hochschulische Ausbildung zur Erbringung solcher noch im Detail festzulegender Leistungen können ebenso staatlich anerkannte Weiterbildungen oder Kompetenzfeststellungen auf Grund von Berufserfahrung hierzu befähigen. Eine Anerkennung hat durch die Landesbehörden zu erfolgen. Derzeit sind die vielfältigen Weiterbildungsmöglichkeiten nicht gesetzlich geregelt und nicht bundeseinheitlich normiert. Laut der Begründung werden das Bundesministerium für Gesundheit und das Bundesministerium für Bildung, Familie, Senioren, Frauen und Jugend auf die Länder zugehen und das „Angebot einer Bund-Länder-Arbeitsgruppe unterbreiten“. Dies ist aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes nicht ausreichend. Es müssen zwingend bundeseinheitlich gesetzlich geregelte Mindestanforderungen an die jeweiligen (Fach-) Weiterbildungen und die Kompetenzfeststellungsverfahren geschaffen werden, um eine transparente und rechtssichere Struktur für die Erlaubnis zur Durchführung zu ermöglichen. Die vorgesehene Kompetenzzuordnung zu Leistungen, welche im Vertrag nach § 73d SGB V vorgesehen sind, bedarf einer vorherigen gesetzlichen Regelung der Zugangsmöglichkeiten in Form von Weiterbildungen.

Die Befähigung durch Weiterbildungen, wie sie von der Fachkommission nach § 53 Pflegeberufegesetz erarbeitet wurden, muss ebenso bundeseinheitlich festgeschrieben werden. Hierzu bedarf es der durch den Gesetzgeber geplanten Evaluation der Module nach § 14a Pflegeberufegesetz.

Ungeachtet dessen ist der Zugang zur Erbringung der Leistungen der ärztlichen Behandlung durch entsprechend genormte und einheitliche Weiterbildungen auf Grund der derzeit noch geringen Anzahl hochschulisch ausgebildeter Pflegefachpersonen sinnvoll und notwendig, um die Kompetenzerweiterung zukünftig umfassend in der Regelversorgung umsetzen zu können.

Hervorzuheben ist die vorgesehene, auch haftungsrechtlich relevante Klarstellung, dass sich die Pflegeprozessverantwortung auf bestimmte Leistungen der (ärztlichen) Behandlung erstreckt, sofern

sie von entsprechend qualifizierten Pflegefachpersonen erbracht wird. Somit liegt die haftungsrechtliche Verantwortung auch bei diesen Leistungen bei der durchführenden Pflegefachperson.

Grundsätzlich entspricht die Festlegung der pflegerischen Leistungen, auch im Rahmen der ärztlichen Behandlung, für die gesetzliche Krankenversicherung und die soziale Pflegeversicherung dem Pflegeberuf als Heilberuf mit eigenen beruflichen Kompetenzen. Die Leistungserbringung richtet sich nach den Qualifikationsvoraussetzungen der Pflegefachpersonen. Damit kann grundsätzlich die Attraktivität des Berufsfelds der Pflege gesteigert werden, was vom GKV-Spitzenverband ausdrücklich unterstützt wird.

C) Änderungsvorschlag

Ergänzende Fristen und eine gesetzlich verankerte Bund-Länder-Arbeitsgruppe für die Festlegung der Mindestanforderungen von Fachweiterbildungen sollten unter Beteiligung des GKV-Spitzenverbandes durch den Gesetzgeber bestimmt werden, bestenfalls vor Beginn der Verhandlungen zum Vertrag nach § 73d Absatz 1 SGB V.

Artikel 3 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 3 – § 20 Absatz 5

A) Beabsichtigte Neuregelung

Pflegefachpersonen, die Pflegebedürftige in der häuslichen Umgebung unterstützen, sollen Empfehlungen zur verhaltensbezogenen Primärprävention (Präventionsempfehlung) nach § 20 Absatz 5 SGB V geben können. Die Rolle der Pflegefachpersonen soll damit gestärkt und der Zugang Pflegebedürftiger zu Präventionsmaßnahmen verbessert werden. Zudem sollen die Krankenkassen bei ihrer Entscheidung über eine Leistung zur verhaltensbezogenen Prävention auch die Feststellungen zur Prävention im Rahmen der Pflegegutachtung berücksichtigen.

B) Stellungnahme

Die Rolle und Kompetenz der Pflegefachpersonen zu stärken, um einen bedarfs- und bedürfnisgerechten Zugang zu ermöglichen, wird begrüßt. In der Richtlinie des GKV-Spitzenverbandes zur einheitlichen Durchführung der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI vom 7. Mai 2018 ist bereits verankert, dass Pflegeberatende Anspruchsberechtigte sowie Angehörige oder weitere Personen zu Möglichkeiten beraten sollen, Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung in Anspruch zu nehmen. Die Pflegeberatenden sollen bei der Inanspruchnahme von Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung unterstützen, indem in Absprache mit der ratsuchenden Person Informationen zu geeigneten Angeboten zur Verfügung gestellt bzw. geeignete Hinweise gegeben oder Kontakte zu entsprechenden Leistungserbringern vermittelt werden.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 3 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 4 – § 24i

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es soll klargestellt werden, dass bei Versicherten mit Wohnsitz im Ausland, deren Ansässigkeitsstaat laut Doppelbesteuerungsabkommen das Besteuerungsrecht für Mutterschaftsgeld hat, die Berechnung des Mutterschaftsgeldes auf Basis des Bruttoarbeitsentgelts abzüglich der Sozialversicherungsbeiträge erfolgt. Wird das Mutterschaftsgeld im Ansässigkeitsstaat nicht besteuert, gelten die allgemeinen Berechnungsvorschriften.

B) Stellungnahme

Die geplante gesetzliche Änderung soll verhindern, dass es bei der üblichen Berechnung von Entgeltersatzleistungen – basierend auf dem Nettoarbeitsentgelt, welches sich aus dem Bruttoarbeitsentgelt abzüglich Steuern und Sozialversicherungsbeiträgen ergibt – zu einer doppelten steuerlichen Belastung kommt. Dies betrifft Versicherte mit Wohnsitz im Ausland, wenn der Wohnstaat nach einem Doppelbesteuerungsabkommen das Besteuerungsrecht für die Entgeltersatzleistung hat. Um dies zu vermeiden, soll die Entgeltersatzleistung in diesen Fällen auf Basis des um Sozialversicherungsbeiträge verminderten Bruttoarbeitsentgelts berechnet werden.

Die Änderung stärkt die Freizügigkeit innerhalb der EU und hat klarstellende Bedeutung. Sie entspricht der Praxis der Krankenkassen, die auf Grundlage entsprechender Schreiben des Bundesministeriums für Gesundheit bereits im Frühjahr 2023 – im Vorgriff auf eine gesetzliche Regelung – nach Verständigung mit der Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände sowie den weiteren Sozialversicherungsträgern umgestellt wurde.

Aus Gründen der Rechtssicherheit wird die Klarstellung zur Legitimation der aktuellen Praxis begrüßt.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 3 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 5 – § 33 Absatz 5a

A) Beabsichtigte Neuregelung

In Fällen, in denen entsprechend qualifizierte Pflegefachpersonen die zur Ausübung ihrer Tätigkeiten der häuslichen Krankenpflege erforderlichen Hilfsmittel selbstständig verordnen können, soll eine solche Verordnung der Pflegefachperson einer vertragsärztlichen Verordnung im Sinne des § 33 Absatz 5a Satz 1 SGB V gleichstehen, sodass eine gesonderte vertragsärztliche Verordnung für die Leistungserbringung und Abrechnung nicht notwendig ist.

Die neue Regelung in § 15a Absatz 1 Nr. 2 SGB V sieht in Verbindung mit dem zu verhandelnden Rahmenvertrag nach § 73d SGB V die selbstständige Entscheidung von Pflegefachpersonen über die Folgeversorgung Versicherter mit bestimmten Hilfsmitteln in Abhängigkeit von entsprechenden Qualifikationen und Weiterbildungen der Pflegefachpersonen vor. Die Änderung in § 33 Absatz 5a SGB V dient der leistungsrechtlichen Umsetzung der Wertungen aus dieser gesetzlichen Regelung und dem Rahmenvertrag.

B) Stellungnahme

Die vorgesehene Ergänzung steht in unmittelbarem Zusammenhang mit den neuen Regelungen in § 15a SGB V und § 73d SGB V und stellt klar, dass die Verordnung einer Pflegefachperson leistungsrechtlich einer vertragsärztlichen Verordnung gleichgestellt ist. Die Formulierung des Ergänzungssatzes in § 33 Absatz 5a SGB V verweist allgemein auf § 15a Absatz 1 Nr. 2 SGB V. Eine Kompetenzübertragung für Hilfsmittelverordnungen durch Pflegefachpersonen ist in § 15a Absatz 1 Nr. 2 SGB V im Kontext der Leistungen der häuslichen Krankenpflege vorgesehen. Diese Regelung bezieht sich ihrem Wortlaut nach auf Folgeverordnungen für Leistungen im Rahmen der häuslichen Krankenpflege. Im Weiteren ist dann in Bezug auf Hilfsmittel allerdings lediglich von „den für diese Maßnahmen benötigten Hilfsmitteln“ die Rede. Aus der Gesetzesbegründung ergibt sich, dass auch in Bezug auf die Verordnung von Hilfsmitteln nur Folgeversorgungen von der Regelung erfasst sein sollen. Die Intention des Gesetzgebers sollte in den gesetzlichen Regelungen klar zum Ausdruck kommen. Daher sollte in § 33 Absatz 5a SGB V klargestellt werden, dass sich die Regelung auf Folgeverordnungen von Hilfsmitteln beschränkt.

Soweit die Verordnungen einer Pflegefachperson leistungsrechtlich einer vertragsärztlichen Verordnung gleichgestellt werden, müssen erstgenannte auch in die (digitalen) Prozesse der Versorgung eingebunden werden können.

C) Änderungsvorschlag

Der in § 33 Absatz 5a SGB V vorgesehene Ergänzungssatz wird wie folgt gefasst:

„Einer vertragsärztlichen Verordnung bedarf es nicht, wenn nach einer erstmaligen ärztlichen Verordnung eine Pflegefachperson die Leistung nach § 15a Absatz 1 Nr. 2 verordnet hat.“

Artikel 3 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 6 – § 37

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Leistungsorte zur Erbringung der häuslichen Krankenpflege sollen um die gemeinschaftlichen Wohnformen mit Verträgen zur pflegerischen Versorgung nach § 92c SGB XI ergänzt werden.

Zudem soll ergänzt werden, dass Leistungen der ärztlichen Behandlung, die durch Pflegefachpersonen nach ärztlicher Diagnose und Indikationsstellung gemäß § 15a Absatz 1 Nummer 1 SGB V erbracht werden können, von den Leistungen der häuslichen Krankenpflege umfasst sind.

Außerdem soll geregelt werden, dass ein Anspruch auf häusliche Krankenpflege nicht besteht, wenn die Pflegekasse Leistungen nach §146a SGB XI (Regelung, wonach in einer Übergangszeit bis zum 31. Dezember 2035 christliche Ordenseinrichtungen eine Umstellung auf eine Versorgung ihrer pflegebedürftigen Mitglieder nach den Grundlagen des SGB XI vornehmen sollen) erbringt.

Darüber hinaus soll als redaktionelle Folgeänderung der Begriff Pflegefachperson eingefügt werden.

B) Stellungnahme

Ambulante Pflegeeinrichtungen sollen Verträge zur pflegerischen Versorgung in gemeinschaftlichen Wohnformen mit den Vertragsparteien nach § 89 Absatz 2 Satz 1 Nr.1 bis 3 SGB XI und den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich schließen können. Die Versorgung erfolgt dann zweiteilig – innerhalb und außerhalb eines Basispakets. Bestandteil des Basispakets sind u.a. auch Leistungen der Häuslichen Krankenpflege, sodass dieser Leistungsort in der Folge ergänzt werden soll. Zur ablehnenden Bewertung dieser vorgesehenen Regelungen siehe unsere Stellungnahme zu den §§ 92c und 45h SGB XI, Artikel 1 Nr. 55 und 36; vor diesem Hintergrund ist die vorgesehene Ergänzung eines Absatzes 1 Satz 1 in § 37 SGB V obsolet und sollte gestrichen werden.

Die Ergänzung des Leistungsumfangs der häuslichen Krankenpflege um Leistungen der ärztlichen Behandlung, die durch Pflegefachpersonen, abhängig von den jeweils erworbenen Kompetenzen, nach ärztlicher Diagnose und Indikationsstellung eigenverantwortlich erbracht werden können (§ 15a Abs. 1 Nummer 1 SGB V), ist sachgerecht. Dadurch wird erreicht, dass Leistungen, die in dem Katalog an Leistungen entsprechend des Vertrages nach § 73d Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V vereinbart sind, leistungsrechtlich von dem Anspruch auf häusliche Krankenpflege erfasst sind und vertragsrechtlich die Erbringung dieser Leistungen durch Pflegefachpersonen ermöglicht wird, die bei Leistungserbringern nach § 132a Abs. 4 SGB V angestellt sind.

Die Regelung in Absatz 3a als Folgeänderung zur Einführung des § 146a SGB XI ist sachgerecht, sofern an der Regelung des § 146a SGB XI festgehalten wird. Siehe Stellungnahme zu Artikel 1, Nr. 76.

C) Änderungsvorschlag

Artikel 3 Nr. 6 Buchstabe a) wird gestrichen.

Artikel 3 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 9 – § 44a

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es soll klargestellt werden, dass bei Versicherten mit Wohnsitz im Ausland, deren Ansässigkeitsstaat laut Doppelbesteuerungsabkommen das Besteuerungsrecht für das Krankengeld nach § 44a SGB V hat, die Berechnung dieses Krankengeldes auf Basis des Bruttoarbeitsentgelts abzüglich der Sozialversicherungsbeiträge erfolgt. Wird dieses Krankengeld im Ansässigkeitsstaat nicht besteuert, gelten die allgemeinen Berechnungsvorschriften.

B) Stellungnahme

Die geplante gesetzliche Änderung soll verhindern, dass es bei der üblichen Berechnung von Entgeltersatzleistungen – basierend auf dem Nettoarbeitsentgelt, welches sich aus dem Bruttoarbeitsentgelt abzüglich Steuern und Sozialversicherungsbeiträgen ergibt – zu einer doppelten steuerlichen Belastung kommt. Dies betrifft Versicherte mit Wohnsitz im Ausland, wenn der Wohnstaat nach einem Doppelbesteuerungsabkommen das Besteuerungsrecht für die Entgeltersatzleistung hat. Um dies zu vermeiden, soll die Entgeltersatzleistung in diesen Fällen auf Basis des um Sozialversicherungsbeiträge verminderten Bruttoarbeitsentgelts berechnet werden.

Die Änderung stärkt die Freizügigkeit innerhalb der EU und hat klarstellende Bedeutung. Sie entspricht der Praxis der Krankenkassen, die auf Grundlage entsprechender Schreiben des Bundesministeriums für Gesundheit bereits im Frühjahr 2023 - im Vorgriff auf eine gesetzliche Regelung - nach Verständigung mit der Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände sowie den weiteren Sozialversicherungsträgern umgestellt wurde.

Aus Gründen der Rechtssicherheit wird die Klarstellung zur Legitimation der aktuellen Praxis begrüßt.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 3 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 10 – § 45

A) Beabsichtigte Neuregelung

a) Es soll klargestellt werden, dass bei Versicherten mit Wohnsitz im Ausland, deren Ansässigkeitsstaat laut Doppelbesteuerungsabkommen das Besteuerungsrecht für das Kinderkrankengeld hat, die Berechnung des Kinderkrankengeldes auf Basis des Bruttoarbeitsentgelts abzüglich der Sozialversicherungsbeiträge erfolgt. Wird das Kinderkrankengeld im Ansässigkeitsstaat nicht besteuert, gelten die allgemeinen Berechnungsvorschriften.

b) Die verlängerte Anspruchsdauer für Kinderkrankengeld, die bereits für die Kalenderjahre 2024 und 2025 gilt, soll auch im Jahr 2026 fortgelten. Versicherte haben damit Anspruch für bis zu 15 Arbeitstage pro Kind und Elternteil (statt der Regeldauer von 10 Arbeitstagen) bzw. für bis zu 30 Arbeitstage für Alleinerziehende (statt der Regeldauer von 20 Arbeitstagen).

B) Stellungnahme

Zu a): Die geplante gesetzliche Änderung soll verhindern, dass es bei der üblichen Berechnung von Entgeltersatzleistungen – basierend auf dem Nettoarbeitsentgelt, welches sich aus dem Bruttoarbeitsentgelt abzüglich Steuern und Sozialversicherungsbeiträgen ergibt – zu einer doppelten steuerlichen Belastung kommt. Dies betrifft Versicherte mit Wohnsitz im Ausland, wenn der Wohnstaat nach einem Doppelbesteuerungsabkommen das Besteuerungsrecht für die Entgeltersatzleistung hat. Um dies zu vermeiden, soll die Entgeltersatzleistung in diesen Fällen auf Basis des um Sozialversicherungsbeiträge verminderten Bruttoarbeitsentgelts berechnet werden.

Die Änderung stärkt die Freizügigkeit innerhalb der EU und hat klarstellende Bedeutung. Sie entspricht der Praxis der Krankenkassen, die auf Grundlage entsprechender Schreiben des Bundesministeriums für Gesundheit bereits im Frühjahr 2023 - im Vorgriff auf eine gesetzliche Regelung - nach Verständigung mit der Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände sowie den weiteren Sozialversicherungsträgern umgestellt wurde.

Aus Gründen der Rechtssicherheit wird die Klarstellung zur Legitimation der aktuellen Praxis begrüßt.

Zu b): Die geplante gesetzliche Änderung des § 45 Abs. 2a SGB V führt die verlängerte Anspruchsdauer für Kinderkrankengeld befristet für das Jahr 2026 fort. Hintergrund ist ausweislich der Gesetzesbegründung, dass die Daten des Robert Koch-Instituts (RKI) für die für § 45 SGB V relevante Personengruppe der Kinder im Alter von bis zu vier Jahren bzw. von fünf bis 14 Jahren durchschnittlich deutlich erhöhte Inzidenzen von akuten respiratorischen Erkrankungen im Vergleich zu den vorpandemischen Jahren aufzeigen.

Da der Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD für die 21. Legislaturperiode die Einrichtung einer Kommission unter Beteiligung von Expertinnen und Experten und Sozialpartnern vorsieht, die Ansätze für eine Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung entwickeln und in diesem Rahmen auch die Leistungen der Krankenkassen auf ihre Zweckmäßigkeit untersuchen soll,

wird laut Gesetzesbegründung die Verlängerung der Regelung auf das Jahr 2026 begrenzt, um der Bewertung dieser Kommission zum Umfang des Kinderkrankengeldes nicht vorzugreifen. Dies kann nachvollzogen werden.

Grundsätzlich ist jedoch zu berücksichtigen, dass das Krankengeld bei Erkrankung des Kindes eine familienpolitische Leistung darstellt. Solche Leistungen gelten im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung als versicherungsfremd und unterliegen einer pauschalen Beteiligung des Bundes nach § 221 SGB V. Vor diesem Hintergrund sollte eine politisch gewollte Ausweitung entsprechender Ansprüche stets mit einer entsprechenden Kompensation einhergehen, um zusätzliche Belastungen der Beitragszahlenden der GKV für gesamtgesellschaftlich zu tragende Leistungen zu vermeiden.

C) Änderungsvorschlag

Es bedarf unbedingt einer Kompensation aus Steuermitteln für die befristet verlängerte Anspruchsdauer für Kinderkrankengeld.

Artikel 3 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 11 – § 47

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es soll klargestellt werden, dass bei Versicherten mit Wohnsitz im Ausland, deren Ansässigkeitsstaat laut Doppelbesteuerungsabkommen das Besteuerungsrecht für Krankengeld hat, die Berechnung des Krankengeldes auf Basis des Bruttoarbeitsentgelts abzüglich Sozialversicherungsbeiträge erfolgt. Wird das Krankengeld im Ansässigkeitsstaat nicht besteuert, gelten die allgemeinen Berechnungsvorschriften.

B) Stellungnahme

Die geplante gesetzliche Änderung soll verhindern, dass es bei der üblichen Berechnung von Entgeltersatzleistungen – basierend auf dem Nettoarbeitsentgelt, welches sich aus dem Bruttoarbeitsentgelt abzüglich Steuern und Sozialversicherungsbeiträgen ergibt – zu einer doppelten steuerlichen Belastung kommt. Dies betrifft Versicherte mit Wohnsitz im Ausland, wenn der Wohnstaat nach einem Doppelbesteuerungsabkommen das Besteuerungsrecht für die Entgeltersatzleistung hat. Um dies zu vermeiden, soll die Entgeltersatzleistung in diesen Fällen auf Basis des um Sozialversicherungsbeiträge verminderten Bruttoarbeitsentgelts berechnet werden.

Die Änderung stärkt die Freizügigkeit innerhalb der EU und hat klarstellende Bedeutung. Sie entspricht der Praxis der Krankenkassen, die auf Grundlage entsprechender Schreiben des Bundesministeriums für Gesundheit bereits im Frühjahr 2023 - im Vorgriff auf eine gesetzliche Regelung - nach Verständigung mit der Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände sowie den weiteren Sozialversicherungsträgern umgestellt wurde.

Aus Gründen der Rechtssicherheit wird die Klarstellung zur Legitimation der aktuellen Praxis begrüßt.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 3 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 13 – § 64d

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene und die Bundesärztekammer erhalten die Gelegenheit zur Stellungnahme vor Abschluss des Rahmenvertrages zur Heilkundeübertragung. Des Weiteren können bereits begonnene Modellvorhaben weitergeführt werden. Ab dem Tag der Verkündung des Gesetzes zur Befugnisserweiterung und Bürokratieentlastung in der Pflege ist kein Beginn neuer Modellvorhaben mehr möglich.

Bis zum 31. März 2027 ist der bisherige Rahmenvertrag anzupassen, so dass die Leistungen der Anlage 1 auch in der Regelversorgung erbracht werden können.

B) Stellungnahme

Die Umsetzung der Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3c SGB V sowie die nach § 64d SGB V gestaltet sich in der Praxis schwierig, insbesondere im Hinblick auf die Qualifizierungsmaßnahmen in den Ländern. Aufgrund der Regelungen im Pflegestudiumstärkungsgesetz, dass ausschließlich akademisch ausgebildete Pflegefachpersonen erweiterte heilkundliche Tätigkeiten übernehmen dürfen, ist die weitere Umsetzung der Modellvorhaben unrealistisch.

Eine zwischenzeitliche Überführung der durchführbaren Leistungen aus der Anlage 1 des Rahmenvertrages § 64d SGB V in die Regelversorgung dient der zügigen Kompetenzerweiterung von Pflegefachpersonen bis zum Inkrafttreten des Vertrages nach § 73d Absatz 1 SGB V.

Allerdings findet sich im Gesetzentwurf keine festgesetzte Regelung, dass die Inhalte des § 64d in der Regelversorgung durch den Vertrag nach § 73d des Fünften Buches Sozialgesetzbuch abgelöst werden und somit eine zeitliche Befristung gegeben ist. Eine gesetzliche Regelung sollte in § 73d des Fünften Buches Sozialgesetzbuch festgeschrieben werden.

C) Änderungsvorschlag

Nach Absatz 1 Satz 2 wird der folgende Satz angefügt: „Die Inhalte des Rahmenvertrages nach § 64d Absatz 1 Satz 4 werden mit Ablauf von sechs Monaten nach Inkrafttreten des Vertrages gemäß § 73d Absatz 1 durch diesen ersetzt; der Rahmenvertrag tritt mit Ablauf dieser Frist außer Kraft.“

Artikel 3 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 14 – § 65d

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der GKV-Spitzenverband fördert gemäß § 65d SGB V Modellvorhaben zur anonymen Behandlung von Patienten mit pädophilen Sexualstörungen seit 2017 mit jährlich bis zu 5 Millionen Euro; die bisherige Förderung betrug insgesamt etwa 35 Millionen Euro. Dieses Modellvorhaben soll nun abweichend von § 63 Absatz 5 Satz 2 SGB V über die maximale Höchstdauer von Modellprojekten um weitere zwei Jahre und eine jährliche Höchstförderung von 5 Millionen Euro verlängert werden.

B) Stellungnahme

Eine erneute Verlängerung des Modellprojekts gemäß § 65d SGB V ist nicht zielführend. Der Abschluss der unabhängigen Evaluation der Modellvorhaben durch die Technische Universität Chemnitz ist nach einer im Jahr 2022 ausnahmsweise erfolgten ersten Verlängerung um drei Jahre für den 30. Juni 2026 terminiert. Dem bisherigen Ausgabenvolumen von etwa 35 Millionen Euro steht eine Auswertungsstichprobe von etwa 600 Patienten gegenüber. Durch eine Verlängerung der Modellvorhaben ist kein wesentlicher zusätzlicher Erkenntnisgewinn zu erwarten. Zudem ergeben sich aus den Zwischenberichten an den GKV-Spitzenverband keine Hinweise zur Notwendigkeit einer Doppelfinanzierung der Therapie neben der bestehenden Regelversorgung unter Schweigepflicht, z. B. spezialisierten Behandlungsangeboten an Hochschulambulanzen; vielmehr werden die Bedenken gegenüber einer anonymen Behandlung durch eine sehr hohe Rate von Therapieabbrüchen (32 %) bestärkt, d. h. fast jeder dritte Teilnehmer schließt die Behandlung nicht ab.

Das Gesamtangebot der Modellvorhaben wurde vor der Finanzierung durch die GKV von verschiedenen Einrichtungen u. a. dem Bundesjustizministerium mit der Zielsetzung der Kriminalprävention gefördert; ein anonymes und damit vom Versicherungsstatus unabhängiges sowie auf Kriminalprävention ausgerichtetes Versorgungsangebot ist – als versicherungsfremde Leistung – eindeutig nicht der gesetzlichen Krankenversicherung zuzuordnen.

C) Änderungsvorschlag

Streichung der Regelung.

Artikel 3 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 15 – § 70

A) Beabsichtigte Neuregelung

In dieser allgemeinen Grundnorm für die Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung soll zum Ausdruck gebracht werden, dass die Versorgung der Versicherten neben dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse auch dem allgemein anerkannten Stand der pflegewissenschaftlichen Erkenntnisse entsprechen muss.

B) Stellungnahme

Die Ergänzung ist folgerichtig und sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 3 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 16 – § 73d

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es soll die Grundlage für die Vereinbarung eines Vertrages bis zum 31. Juli 2027 zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, dem GKV-Spitzenverband, den für die Wahrnehmung der Interessen von Pflegediensten maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene und den Vereinigungen der Träger von stationären Pflegeeinrichtungen nach § 71 Absatz 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch geschaffen werden. Beabsichtigte Inhalte des Vertrages sind ein Katalog an Leistungen der ärztlichen Behandlung, die Pflegefachpersonen eigenverantwortlich erbringen können, ein Katalog an Leistungen im Rahmen der häuslichen Krankenpflege, die Pflegefachpersonen eigenverantwortlich verordnen können und Rahmenvorgaben zur interprofessionellen Zusammenarbeit zwischen Pflegefachpersonen und Ärzten. Aufbauend auf dem Vertrag soll bis Ende 2030 eine Überprüfung erfolgen.

Ebenso ist eine Prüfung des bisherigen Rahmenvertrages für das Modellvorhaben nach § 64d des Fünften Buches Sozialgesetzbuch bis zum 31. Dezember 2026 und eine gegebenenfalls notwendige Anpassung bis 31. März 2027 vorgesehen.

Für den Fall, dass eine Einigung der Vertragspartner nicht möglich ist, soll der Inhalt des Vertrages durch eine von den Vertragspartnern bestimmte unabhängige Schiedsperson festgelegt werden.

Des Weiteren ist eine Evaluierung der Entwicklung und Umsetzung weiterer Leistungen, die noch nicht Gegenstand des Vertrages nach § 73d Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und der vorgenannten Überprüfung waren, in sämtlichen Versorgungsbereichen durch das Bundesministerium für Gesundheit unter Beteiligung des Bundesministeriums für Bildung, Familie, Senioren, Frauen und Jugend vorgesehen.

B) Stellungnahme

Die vorgesehene Regelung zur eigenverantwortlichen Erbringung und Verordnung von Leistungen durch Pflegefachpersonen eröffnet grundsätzlich neue Perspektiven für eine kompetenzorientierte und teambasierte Gesundheitsversorgung. Die Möglichkeit, dass Pflegefachpersonen heilkundliche Tätigkeiten eigenverantwortlich und auf Grundlage ihrer Qualifikation in der ambulanten Versorgung ausüben, stellt einen bedeutenden Schritt zur Weiterentwicklung ihrer beruflichen Rolle dar. Die Überführung der bisherigen Modellvorhaben in die Regelversorgung wird daher ausdrücklich begrüßt. Diese muss interdisziplinär und teambasiert ausgerichtet werden, um die gesundheitliche und pflegerische Versorgung insgesamt bedarfsgerechter, patientenzentrierter und damit effizient gestalten zu können.

Eine präzise und eindeutige Definition der Leistungen der ärztlichen Behandlung, die von Pflegefachpersonen erbracht werden können, basierend auf § 15a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (neu), ist unerlässlich. Ein mit den jeweiligen Leistungserbringern ausgehandelter Vertrag kann eine geeignete Grundlage darstellen, um Transparenz, Klarheit, Akzeptanz und die

notwendige Abgrenzung zu schaffen. Damit der Vertrag auch das Entwicklungspotential der Pflegefachpersonen aufgreift und stets dem aktuellen Stand entspricht, sollte er in regelmäßigen Abständen durch die Vertragspartner überprüft und angepasst werden.

Die Rechtskonstruktion der Festlegung der Leistungskataloge durch den beschriebenen Vertrag wirft Fragen auf. Dies betrifft insbesondere das Verhältnis dieses Vertrages zur gesetzlichen Normenhierarchie im Verhältnis zum Gemeinsamen Bundesausschuss. In diesem Zusammenhang sollte die Konfliktlösung mittels „Schiedsperson“ im Hinblick auf die Frage überprüft werden, ob gegebenenfalls die Einrichtung einer Schiedsstelle zweckmäßiger wäre.

Darüber hinaus sollte aus der Begründung klarstellend hervorgehen, dass sich die Erbringung der entsprechenden Leistungen nach § 15a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch nur auf die Versicherten bezieht, die sich in der pflegerischen Versorgung durch die Pflegefachperson befinden.

Entsprechend der Begründung des Gesetzentwurfs können Gegenstand des Vertrages nach Absatz 1 auch Folgeverordnungen im Bereich „der Intensivversorgung und der psychiatrischen Versorgung“ sein. Im Bereich der Intensivversorgung würde diese Möglichkeit der Regelung in § 37c Absatz 1 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und der untergesetzlichen Konkretisierung durch die Außerklinische Intensivpflege-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (Verordnung durch eine besonders qualifizierte Ärztin oder einen besonders qualifizierten Arzt sowie der enge Austausch bezüglich Therapieziel mit dem Versicherten durch die Ärztin oder den Arzt et cetera) widersprechen. Insbesondere vor dem Hintergrund der Intention des IPReG, systematischen Versorgungsmängeln mit hoher fachärztlicher Expertise zu begegnen, ist eine entsprechende Übertragung dieser Tätigkeit auf die in § 73d des Fünften Buches Sozialgesetzbuch avisierten Pflegefachpersonen nicht sachgerecht. Auch in der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege hat der Gemeinsame Bundesausschuss nach intensiven fachlichen Beratungen aufgrund der hochkomplexen Fallkonstellationen die Verordnungsbefugnis grundsätzlich nur speziellen Facharzt- beziehungsweise Therapeutengruppen (Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und weitere) übertragen. Auch hier wäre die Übertragung auf die in § 73d des Fünften Buches Sozialgesetzbuch adressierten Pflegefachpersonen nicht sachgerecht. In der Begründung sollten daher die genannten Versorgungsbereiche gestrichen werden.

Im Zusammenhang mit den vorgesehenen Regelungen zur eigenständigen Verordnung häuslicher Krankenpflege nach § 37 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sowie der damit einhergehenden Versorgung mit Hilfsmitteln durch Pflegefachpersonen ist auf die bestehende Regelung des § 360 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch hinzuweisen. Diese sieht die verpflichtende Ausstellung elektronischer Verordnungen (eVerordnungen) für Leistungen der häuslichen Krankenpflege und Hilfsmittel vor. Vor diesem Hintergrund erscheint es notwendig, die Pflegefachpersonen ebenfalls ausdrücklich unter die Pflicht zur Ausstellung elektronischer Verordnungen zu fassen. Eine entsprechende gesetzliche Klarstellung oder Anpassung wäre sinnvoll, um Medienbrüche zu vermeiden, den digitalen Verordnungsprozess zu vereinheitlichen und die Versorgung effizient zu gestalten.

Im Rahmen der Begründung wird klargestellt, dass die Regelungen in § 73d Absatz 2 nicht über den in der „Häuslichen Krankenpflege-Richtlinie und den in der „Hilfsmittel-Richtlinie“ des Gemeinsamen

Bundesausschusses niedergelegten Umfang des Leistungsanspruchs hinaus gehen dürfen. Der Bezugspunkt dieser und weiterer Aussagen ist unklar. Sofern sich die Aussagen auf die Leistungen der ärztlichen Behandlung nach § 15a Absatz 1 Nummer 1 beziehen, die im Rahmenvertrag nach § 73d des Fünften Buches Sozialgesetzbuch festgelegt werden, hätte dies zur Konsequenz, dass der Gemeinsame Bundesausschuss das Leistungsverzeichnis der HKP-Richtlinie entsprechend anpassen müsste. Dies würde der genannten unveränderten Normsetzungskompetenz des Gemeinsamen Bundesausschusses widersprechen. Sollten sich die Ausführungen in der Begründung jedoch lediglich auf die vorgesehenen Regelungen zur eigenständigen Verordnung häuslicher Krankenpflege nach § 37 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sowie der damit einhergehenden Versorgung mit Hilfsmitteln durch Pflegefachpersonen (§ 15a Absatz 1 Nummer 2) beziehen, müsste dies in der Begründung zur Vermeidung von Missverständnissen klargestellt werden. Insgesamt bleibt damit unklar, wie das Verhältnis zwischen dem Rahmenvertrag nach § 73d des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und der HKP-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses mit Blick auf die Übernahme der Tätigkeiten der ärztlichen Behandlung durch Pflegefachpersonen ist.

Der vorliegende Gesetzentwurf zielt darauf ab und betont mehrfach, dass eine sektoren- und professionsübergreifende Versorgung mit sektorenübergreifenden Aufgabenbeschreibungen (§ 8 Absatz 3c des Elften Buches Sozialgesetzbuch) erreicht werden soll. Dies ist aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes mit der Differenzierung zwischen den Sektoren ambulante und stationäre Pflege sowie vertragsärztliche Versorgung auf der einen Seite (§ 73d des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) und dem Krankenhaussektor auf der anderen Seite (§ 112a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) nicht möglich. Die Leistungen der ärztlichen Behandlung im Krankenhaus, die durch Pflegefachpersonen erbracht werden können, müssen ebenso Bestandteil der Vertrages nach § 73d Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sein, folglich sollte die Deutsche Krankenhausgesellschaft als zusätzlicher Verhandlungspartner benannt werden. Bezüglich weiterer Ausführungen hierzu wird auf die Stellungnahme zu Artikel 3 Nummer 21 verwiesen.

Zur weiteren Klarstellung sollte in der Gesetzesbegründung konkretisierend ausgeführt werden, dass zur Genehmigung der Erbringung und Abrechnung von Leistungen nach § 73d Absatz 1 Nummer 1 und Nummer 2 durch Pflegefachpersonen sowie zur Überprüfung der Abrechnung, die hierfür erforderlichen Qualifikationen entsprechend nachzuweisen sind und Mehrfachabrechnungen gleicher Leistungen für einen Patienten aus unterschiedlichen Vertragskonstellationen unzulässig sind. Pflegefachpersonen, welche bei einem an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer angestellt sind, sollten grundsätzlich ebenfalls in das Verzeichnis nach § 293 Absatz 8 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch aufgenommen werden, um eine entsprechende Zuordnung und Prüfung erbrachten Leistungen zu ermöglichen.

Mit der vorgesehenen Regelung sollen entsprechend qualifizierte Pflegefachpersonen in die Lage versetzt werden, vermehrt Leistungen der ärztlichen Behandlung zu erbringen. Insofern sollte diese Entwicklung gleichfalls Eingang in die Überprüfungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Anpassung und Weiterentwicklung der vertragsärztlichen Bedarfsplanung finden.

Die geplante doppelte Evaluation durch die Vertragspartner einerseits und das BMG andererseits ist kritisch zu sehen. Dies führt zu Doppelstrukturen, erschwert die Koordination und bindet Ressourcen. Eine einheitliche Evaluation unter der Federführung des BMG wäre ausreichend.

C) Änderungsvorschlag

Aufnahme der Vertragsparteien nach § 9 Absatz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes und Streichung des § 112a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.

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

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

Artikel 3 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 17 – § 81

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Satzungen der Kassenärztlichen Vereinigungen sollen Bestimmungen über die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung im Notdienstes enthalten. Darüber hinaus können die Kassenärztlichen Vereinigungen bei Bedarf in ihren Satzungen Sicherstellungspauschalen für am Notdienst teilnehmende Ärzte festlegen.

B) Stellungnahme

Es handelt sich um eine gesetzliche Klarstellung. Die Regelung wird bereits vielfach von Kassenärztlichen Vereinigungen angewendet.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 3 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 18 – § 87 Absatz 2a Satz 9

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Bewertungsausschuss erhält den Auftrag den einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen (EBM) dahingehend zu überprüfen, in welchem Umfang delegationsfähige Leistungen nach § 28 Absatz 1 und vereinbarte Leistungen nach § 73d Absatz 1 SGB V Nummer 1 durch andere Personen qualifiziert erbracht und angemessen vergütet werden können. Auf dieser Grundlage ist eine Anpassung des EBM durch den Bewertungsausschuss zu beschließen.

B) Stellungnahme

Die Regelung ist grundsätzlich nachvollziehbar, da die selbstständige Heilkundeausübung von Pflegefachpersonen in der ambulanten Versorgung zahlreiche Änderungen an der Leistungsbeschreibung und -vergütung notwendig macht.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 3 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 20 – § 105

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Kassenärztliche Vereinigung (KV) kann künftig über die Aufbringung ihres Beitrags zum Strukturfonds zur Finanzierung von Fördermaßnahmen zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung selbst entscheiden. Die Höhe ihres Beitrags beträgt unverändert mindestens 0,1 Prozent und höchstens 0,2 Prozent der vereinbarten morbiditätsbedingten Gesamtvergütung.

B) Stellungnahme

Die Regelung wird grundsätzlich begrüßt. Sie stellt klar, dass die KV ihren Anteil der in den Strukturfonds einzuzahlenden Mittel auch nach der erfolgten Entbudgetierung von Leistungen der allgemeinen hausärztlichen Versorgung weiterhin in der bisherigen Höhe selbst aufzubringen hat. Des Weiteren wird ihr durch die gesetzliche Neuregelung ermöglicht, alternative Regelungen zur Aufbringung der benötigten Mittel für den Strukturfonds festzulegen. Ausweislich der Gesetzesbegründung kann die KV z. B. auch Honorare für extrabudgetär vergütete Leistungen heranziehen. Dies ermöglicht aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes grundsätzlich eine gleichmäßige Beteiligung aller an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringenden an der Finanzierung der für den Strukturfonds erforderlichen Mittel. Die Gesetzesbegründung sollte jedoch um eine Formulierung ergänzt werden, die eine möglichst einheitliche Aufbringung der Mittel ausdrücklich als Ziel benennt. Darüber hinaus sollte in der Gesetzesbegründung ergänzend ausgeführt werden, dass zur Aufbringung der Mittel auch die Erhebung von spezifischen, eigens für diesen Zweck zu erhebenden Verwaltungskostenbeiträgen nach § 81 SGB V durch die KV vorgesehen werden kann.

C) Änderungsvorschlag

Ergänzung der Gesetzesbegründung im o. g. Sinne.

Artikel 3 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 21 – 112a (neu)

A) Beabsichtigte Neuregelung

In § 112a (neu) wird laut Gesetzentwurf die eigenverantwortliche Erbringung von Leistungen durch Pflegefachpersonen im Rahmen der Krankenhausbehandlung geregelt. Der GKV-Spitzenverband, der PKV-Verband und die Deutsche Krankenhausgesellschaft haben bis zum 31. Juli 2028 einen Katalog zu vereinbaren, welcher ärztliche Leistungen umfasst, die Pflegefachpersonen mit den dafür erforderlichen Kompetenzen eigenverantwortlich erbringen können. Zudem haben die Vertragsparteien auf Bundesebene Rahmenvorgaben zur interprofessionellen Zusammenarbeit im Krankenhaus zwischen Pflegefachpersonen und ärztlichem Personal bei der Erbringung der im Katalog enthaltenen Leistungen zu vereinbaren. Dabei haben die Vertragsparteien die Festlegungen nach § 73d Absatz 2 Satz 1 zu übernehmen, sofern keine sachlich begründeten Abweichungen für die Krankenhausbehandlung vorliegen. Bis zum 31. Dezember 2030 haben die Vertragspartner dem BMG ein Abschlussbericht zur Evaluation des Vorhabens vorzulegen.

B) Stellungnahme

Neben den Regelungen zur Behandlung durch Pflegefachpersonen im Krankenhaus nach § 112a (neu) wird ein zeitlich vorgelagertes analoges Verfahren in § 73d geregelt, wobei der vertragsärztliche Versorgungsbereich sowie die häusliche Krankenpflege (insbesondere deren Verordnung) umfasst sind. Hierbei sind auf Bundesebene bis zum 31. Juli 2027 ebenso Leistungen der ärztlichen Behandlung und der häuslichen Krankenpflege zu vereinbaren und ein Vertrag mit Rahmenvorgaben zu schließen, sodass Pflegefachpersonen mit den erforderlichen Kompetenzen diese Leistungen eigenverantwortlich und in interprofessioneller Zusammenarbeit mit Ärztinnen und Ärzten erbringen können.

Mit dem Blickwinkel auf die erforderlichen Kompetenzen von Pflegefachpersonen in Verbindung mit den eigenverantwortlich zu erbringenden Behandlungsleistungen ist eine sektorenübergreifende, gleichlaufende Befassung erforderlich. Ziel sollte es sein, einen sektorenübergreifenden pflegerischen Leistungskatalog für die Heilkundeausübung durch Pflegefachpersonen zu erarbeiten, wobei mögliche Spezifika (z. B. Verordnung von häuslicher Krankenpflege, Entlassmanagement im Krankenhaus) sektorenunabhängig und orientiert am Versorgungsverlauf der Versicherten grundlegend mitgedacht werden. Dies ginge auch mit der gesetzgeberischen Absicht einher, dass mit dem Gesetz zur Kompetenzerweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege ein sektorenübergreifender Katalog der Aufgaben von Pflegefachpersonen (vgl. § 8 Absatz 3c SGB XI) erarbeitet werden soll.

Die sektorengeteilte und nachgelagerte Bearbeitung dieses gesetzlichen Auftrages entspricht nicht den Vorstellungen des GKV-Spitzenverbandes. Die Vertragsparteien auf Bundesebene für den Krankenhausbereich sollten in der Erarbeitung des Leistungskataloges nach § 73d unmittelbar einbezogen werden und nicht nachgelagert die in § 73d getroffenen Festlegungen lediglich nochmals prüfen und übernehmen bzw. sachlich begründet davon abweichen.

Das Evaluationsvorhaben zunächst durch die Vertragsparteien auf Bundesebene im Sinne des § 9 Absatz 1 KHG bis zum 31. Dezember 2030 und nochmals nachgelagert durch das Bundesministerium

für Gesundheit nach § 73d Absatz 5 durchzuführen, wird kritisch betrachtet. Zum einen wäre das eine doppelte zeitlich verlagerte Befassung mit denselben grundlegenden Fragestellungen und zum anderen greift die vorgesehene Frist für die Vorlage eines Ergebnisberichts für die Evaluation im Krankenhaus zum 31. Dezember 2030 zu kurz. Mit geschlossenem Vertrag zum 31. Juli 2028 – also Leistungsstart – und Beginn des Evaluationsvorhabens bei einer Berichtsvorlage zum 31. Dezember 2030 bleibt kaum Zeit für die Einführung und regelhafte Umsetzung von heilkundlichen Leistungen durch Pflegefachpersonen im Krankenhaus. Mit einer solchen Heilkundeübertragung auf Pflegefachpersonen sind auch kulturelle Aspekte in der Zusammenarbeit von ärztlichem und pflegerischem Personal berührt, die eine gewisse Umstellungszeit benötigen. Der Evaluationsbericht hätte ohne ausreichende Umstellungszeit voraussichtlich nur geringe Substanz.

C) Änderungsvorschlag

Die Inhalte der §§ 73d und 112a (neu) sind in einem Paragraphen zusammenzuführen, sodass eine sektorenübergreifende Erarbeitung eines Leistungskataloges sowie der Rahmenvorgaben für die interprofessionelle Zusammenarbeit erfolgen kann. Die Erarbeitungen haben sowohl Gemeinsamkeiten als auch Spezifika der heilkundlichen Leistungserbringung von Pflegefachpersonen in der interprofessionellen Zusammenarbeit mit dem ärztlichen Personal in den verschiedenen Versorgungsbereichen zu umfassen. Die Evaluation durch die Vertragsparteien auf Bundesebene im Sinne des § 9 Absatz 1 KHG in § 112a Absatz 4 ist zu streichen und in der Evaluation durch das Bundesministerium für Gesundheit nach § 73d Absatz 5 zu umfassen.

Artikel 3 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 23 – § 132a

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Rahmenempfehlungen nach § 132a Abs. 1 SGB V zur häuslichen Krankenpflege (HKP) sollen Anforderungen an eine fachgerechte Pflegeprozesssteuerung sowie Grundsätze der Vergütung von Verordnungen von in dem Vertrag nach § 73d Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V (neu) vereinbarten Leistungen enthalten.

Außerdem soll ergänzt werden, dass die Versorgung mit Leistungen der HKP in gemeinschaftlichen Wohnformen nach Maßgabe der Verträge nach § 92c Abs. 1 SGB XI (neu) erfolgen soll.

B) Stellungnahme

Pflegeprozesssteuerung: In den Rahmenempfehlungen sollen sich die Empfehlungen zu Maßnahmen der Qualitätssicherung der Leistungserbringung auch auf die Pflegeprozesssteuerung beziehen, die die Erhebung und Feststellung des individuellen Pflegebedarfs, die Planung der Pflege, die Organisation, Gestaltung und Steuerung des Pflegeprozesses sowie die Analyse, Evaluation, Sicherung und Entwicklung der Qualität der Pflege umfasst. Dies kann nachvollzogen werden. Dabei ist zu berücksichtigen, dass sich die pflegerische Versorgung nach § 37 SGB V von der Versorgung nach § 36 SGB XI derart unterscheidet, dass es sich bei der HKP nach § 37 SGB V insbesondere um Leistungen der medizinischen Behandlungspflege handelt, wohingegen die Pflegesachleistungen nach § 36 SGB XI körperbezogene Pflegemaßnahmen und pflegerische Betreuungsmaßnahmen sowie Hilfen bei der Haushaltsführung umfassen. Leistungen der medizinischen Behandlungspflege, soweit es sich nicht um solche nach § 73d Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V (neu) handelt, sind Bestandteil des ärztlichen Behandlungsplans, sodass die Indikationsstellung für den Bedarf entsprechender Leistungen auch dann weiterhin eine ärztliche Leistung bleibt. Von daher ist die vorgesehene Regelung in § 132a Abs. 1 Satz 4 Nr. 2a SGB V (neu), wonach die „Voraussetzungen für eine fachgerechte Wahrnehmung der Pflegeprozessverantwortung im Sinne des § 4 Absatz 1 Satz 1 des Pflegeberufgesetzes unter Berücksichtigung der ärztlichen Indikationsstellung für den Bedarf an Leistungen der medizinischen Behandlungspflege“ zu regeln sind, zu begrüßen.

Grundsätze der Vergütung für Verordnungen nach § 15 Abs. 1 Nummer 2 SGB V: Gemäß Art. 3 Nr. 16 des Gesetzentwurfs soll ein Vertrag nach § 73d geschlossen werden, in dem die Einzelheiten der ärztlichen Behandlung durch Pflegefachpersonen geregelt werden sollen (vgl. unsere diesbezügliche Stellungnahme).

§ 73d Abs. 2 Satz 2 SGB V (neu) regelt zur Leistungserbringung Folgendes: „Pflegefachpersonen können die nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und 2 vereinbarten Leistungen und Hilfsmittel bei an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringern und bei den Leistungserbringern erbringen oder verordnen, mit denen Verträge nach § 132a Absatz 4 Satz 1 abgeschlossen werden“

Somit ist erkennbar nicht die Schaffung eines neuen Leistungserbringertyps beabsichtigt. Vielmehr sollen die heutigen Leistungserbringerstrukturen, in denen Pflegefachpersonen beschäftigt sind, unter

bestimmten Voraussetzungen zu einem gewissen Teil ärztliche Behandlungen übernehmen können. Dies betrifft folglich auch die heutigen Pflegedienste mit einem Vertrag nach § 132a Abs. 4 SGB V. In dem vorgesehenen Konstrukt der Festlegung des Näheren der selbständigen Erbringung von Leistungen durch Pflegefachpersonen durch einen Vertrag nach § 73d SGB V (neu), ist die Ergänzung in § 132a Abs. 1 Satz 2 Nr. 8 (neu), dass in den Rahmenempfehlungen nach § 132a Abs. 1 SGB V mit Wirkung für die Verträge nach § 132a Abs. 4 SGB V die Grundsätze der Vergütung für das Ausstellen von Verordnungen zu regeln sind, folgerichtig.

Versorgung mit Leistungen der HKP in gemeinschaftlichen Wohnformen nach § 92c Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 SGB XI (neu): Ambulante Pflegeeinrichtungen sollen Verträge zur pflegerischen Versorgung in gemeinschaftlichen Wohnformen mit den Vertragsparteien nach § 89 Absatz 2 Satz 1 Nr.1 bis 3 SGB XI und den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich abschließen können. Die Versorgung erfolgt dann zweiteilig – innerhalb eines Basispakets und außerhalb eines Basispakets. Bestandteil des Basispakets sind u.a. auch Leistungen der HKP. Zur ablehnenden Bewertung dieser vorgesehenen Regelungen siehe unsere Stellungnahme zu den §§ 92c und 45h SGB XI, Artikel 1 Nr. 55 und 36; vor diesem Hintergrund ist die vorgesehene Ergänzung eines Absatzes 5 in § 132a SGB V obsolet und sollte gestrichen werden.

C) Änderungsvorschlag

Artikel 3 Nr. 23 Buchstabe b) wird gestrichen.

Artikel 3 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 26 – § 197b

A) Beabsichtigte Neuregelung

Zusätzlich zu den Aufgaben sollen auch die Interessen der Krankenkassen durch Arbeitsgemeinschaften oder durch Dritte mit deren Zustimmung wahrgenommen werden.

B) Stellungnahme

Die gesetzliche Änderung wird seitens des GKV-Spitzenverbandes begrüßt.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 3 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 31 – § 291

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die elektronische Ersatzbescheinigung zum Nachweis der Berechtigung zur Inanspruchnahme von Leistungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung kann nunmehr auch direkt durch die Praxen über die Telematikinfrastruktur bei der Krankenkasse angefordert werden. Der GKV-Spitzenverband soll hierzu das Verfahren im Benehmen mit den Verbänden der Leistungserbringer regeln.

B) Stellungnahme

Die Regelung wird begrüßt. Sie bildet im Wesentlichen die Inhalte eines Änderungsvorschlags des GKV-Spitzenverbandes ab. Die Anforderung der Versichertenstammdaten direkt durch die Praxen erweitert den Anwendungsbereich der elektronischen Ersatzbescheinigung wesentlich.

C) Änderungsvorschlag

Es sollte klargestellt werden, welche Leistungserbringer eine elektronische Ersatzbescheinigung anfordern können. Diese sind Ärzte, Zahnärzte und Krankenhäuser.

Artikel 3 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 33 – § 340

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Änderung des Absatzes 5 wird festgelegt, dass für Hilfsmittelerbringer das Vorliegen eines Heilberufs- oder Berufsausweises nicht mehr Voraussetzung für die Ausgabe einer Komponente zur Authentifizierung von Leistungserbringerinstitutionen ist.

In den Absätzen 6 und 7 werden die Fristen für die Bereitstellung von Digitalen Identitäten, die ergänzend zu den Heilberufs- und Berufsausweisen bzw. den Komponenten zur Authentifizierung von Leistungserbringerinstitutionen ausgegeben werden können, vom 01.01.2025 auf den 01.01.2028 verschoben.

B) Stellungnahme

Die im Absatz 5 neu aufgenommene Ausnahmeregelung für Hilfsmittelerbringer ist zu begrüßen, da diese aus technischer Sicht keine qualifizierte elektronische Signatur und damit keinen elektronischen Berufsausweis benötigen.

Die Anpassung der Fristen in den Absätzen 6 und 7 ist folgerichtig, da die bestehende Frist bereits abgelaufen ist. Die neue Frist korrespondiert mit der Fristvorgabe der neugefassten eIDAS-VO für die Bereitstellung von digitalen Identitäten und Wallets auf EU-Ebene.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 3 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 34 – § 340a

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Neuregelung des Absatzes 1 wird die unbefugte Weitergabe von Komponenten zur Authentifizierung von Leistungserbringerinstitutionen verboten und eine Sperrung bei der Aufgabe einer Leistungserbringerinstitution verpflichtend vorgegeben.

Der Absatz 2 verpflichtet die Einrichtungsleitung von Pflegeeinrichtungen dazu, sicherzustellen, dass die Regelungen des Absatzes 1 eingehalten werden und dass eine beschäftigte Person über einen Heilberufsausweis oder eine entsprechende digitale Identität verfügt.

B) Stellungnahme

Die Neuregelungen werden begrüßt.

Das neu aufgenommene Verbot und die Verpflichtung im Absatz 1 sind notwendig, um künftig Angriffe, wie sie auf dem 38. Chaos Communication Congress gezeigt wurden, zu verhindern. Hier spielten weitergegebene Komponenten zur Authentifizierung von Leistungserbringerinstitutionen, die nicht gesperrt waren, eine wesentliche Rolle.

Die neue Definition für die Verantwortlichkeiten in Pflegeeinrichtungen im Absatz 2 ist erforderlich, da bei Pflegeeinrichtungen die Verantwortlichkeiten für die Komponente zur Authentifizierung der Leistungserbringerinstitution und der Heilberufsausweis meist bei unterschiedlichen Personen liegen.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 3 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 35 – § 342

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Änderung in Buchstabe a sieht vor, dass die Datenbereitstellung aus der ePA zu Forschungszwecken spätestens zum 31. März 2026 zur Verfügung zu stehen hat. Die Änderung in Buchstabe b sieht vor, dass der digitale Medikationsprozess (dgMP) in der ePA genau wie die Datenbereitstellung der Forschungsdaten spätestens zum 31. März 2026 zur Verfügung zu stehen haben.

B) Stellungnahme

Die Anpassung der gesetzlichen Termine ist aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes erforderlich, um die Gesetzgebung an die planerischen Gegebenheiten der gematik anzupassen. Allerdings ist der im Gesetzesentwurf genannte Termin 31. März 2026 mittlerweile überholt, da das zugehörige ePA-Release (ePA 3.1.3) in zwei Teilen eingeführt wird. Der erste Teil umfasst dabei unter anderem den dgMP und muss von den Krankenkassen zum 30. Juni 2026 bereitgestellt werden. Der zweite Teil umfasst unter anderem die Bereitstellung von Daten aus der ePA zu Forschungszwecken und muss zum 30. Oktober 2026 bereitgestellt werden.

Da die Änderungen an der Release-Planung der gematik sehr kurzfristig sein können, ist es aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes nicht sinnvoll, die zeitliche Planung der ePA kleinteilig im Gesetz vorzugeben. Stattdessen sollte auf die von den Gesellschaftern der gematik beschlossene Release-Planung verwiesen werden.

Hinsichtlich der erstmaligen Ausleitung von Daten zu Forschungszwecken aus der ePA sei an dieser Stelle darauf hingewiesen, dass die Krankenkassen aufgrund der ggfs. bereits jetzt über die Ombudsstelle nach § 342a SGB V eingehenden Widersprüche Zeit benötigen, diese Widersprüche in die ePA einzupflegen. Dies setzt voraus, dass die Widersprüche technisch von der ePA verarbeitet werden können. Aus diesem Grund sieht die ursprüngliche Formulierung des § 342 Absatz 2 Nummer 4 die erste Ausleitung von Daten aus der ePA zu den Forschungszwecken erst sechs Woche nach der Bereitstellung der ePA vor. Dieser Pufferzeitraum ist auch in der Neuformulierung beizubehalten, um den Krankenkassen die datenschutzrechtlich konforme Ausleitung von Daten zu Forschungszwecken zu ermöglichen.

C) Änderungsvorschlag

Buchstabe a wird wie folgt gefasst:

„4. zusätzlich, sobald die hierfür erforderlichen Voraussetzungen vorliegen, spätestens jedoch **sechs Wochen nach dem von der Gesellschafterversammlung der gematik festgelegten** Termin ~~bis zum~~ **31. März 2026**, die in der elektronischen Patientenakte gespeicherten Daten nach § 363 zu Forschungszwecken bereitgestellt werden können.“

Nummer 1 des Buchstaben b wird wie folgt gefasst:

„1. sobald die hierfür erforderlichen Voraussetzungen vorliegen, spätestens jedoch bis zu dem **31. März 2026 von der Gesellschafterversammlung der gematik festgelegten** Termin zur digitalen Unterstützung des Medikationsprozesses des Versicherten“

Artikel 3 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 36 – § 347

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der neu eingefügte Absatz 6 hebt für vertragsärztliche Leistungserbringende die Verpflichtung zur Datenspeicherung in der ePA auf, sofern der Übermittlung gewichtige Gründe wie z.B. die Gefährdung des Wohles eines Kindes oder Jugendlichen entgegenstehen würden. Die Gründe sind in der Behandlungsdokumentation der Leistungserbringenden zu dokumentieren.

B) Stellungnahme

Die Regelung ist aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes nachvollziehbar. Es ist allerdings zu bedenken, dass über die Bereitstellung der Daten zu in Anspruch genommenen Leistungen nach § 350 SGB V durch die Krankenkassen eine Überleitung der entsprechenden Leistungen in die ePA automatisiert erfolgt, sofern die Versicherten dem nicht widersprochen haben.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 3 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 37 – § 348

A) Beabsichtigte Neuregelung

Buchstabe a ändert den Verweis in Absatz 4 Satz 1 von den Absätzen 1 und 2 in Absätze 1 bis 3.

Buchstabe b fügt einen neuen Absatz 6 hinzu. Der neu eingefügte Absatz 6 hebt für in Krankenhäusern tätige Leistungserbringende die Verpflichtung zur Datenspeicherung in der ePA auf, sofern der Übermittlung gewichtige Gründe wie z. B. die Gefährdung des Wohles eines Kindes oder Jugendlichen entgegenstehen würden. Die Gründe sind in der Behandlungsdokumentation der Leistungserbringenden zu dokumentieren.

B) Stellungnahme

Die Änderung in Buchstabe a dient der redaktionellen Klarstellung. Die Bewertung der Änderung in Buchstabe b kann der Stellungnahme zu Artikel 3 Nummer 36 entnommen werden.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 3 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 38 – § 349

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der neu eingefügte Absatz 8 hebt für weitere Zugriffsberechtigte die Verpflichtung zur Datenspeicherung in der ePA auf, sofern der Übermittlung gewichtige Gründe wie z. B. die Gefährdung des Wohles eines Kindes oder Jugendlichen entgegenstehen würden. Die Gründe sind in der Behandlungsdokumentation der Leistungserbringenden zu dokumentieren.

B) Stellungnahme

Die Bewertung der Änderung kann der Stellungnahme zu Artikel 3 Nummer 36 entnommen werden.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 3 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 39 – § 360

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der neue Absatz 10 regelt zum einen, welche Akteure den Versicherten eine Komponente zum Zugriff auf die elektronische ärztliche Verordnung nach § 334 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 SGB V anbieten dürfen, zum anderen wird in diesem Absatz geregelt unter welchen Voraussetzungen diese Komponente zur Verfügung gestellt werden darf.

So darf die Bereitstellung durch die gematik, durch die Krankenkassen und durch die in § 362 Absatz 1 genannten Kostenträger erfolgen. Die Sicherheit der Komponente ist jeweils durch ein externes Sicherheitsgutachten nachzuweisen. Das externe Sicherheitsgutachten muss dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik zur Prüfung vorgelegt und durch dieses bestätigt werden.

B) Stellungnahme

Es ist folgerichtig, dass zukünftig neben den Krankenkassen nicht nur Unternehmen der privaten Krankenversicherung, sondern auch die übrigen in § 362 Absatz 1 genannten Kostenträger die E-Rezept-Funktionalität in ihrer ePA-App anbieten dürfen. Die bereits bestehende Verpflichtung der gematik, die Komponenten der Telematikinfrastruktur, die den Zugriff der Versicherten auf die elektronische ärztliche Verordnung nach § 334 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 ermöglichen, als Dienstleistung von allgemeinem wirtschaftlichem Interesse zu entwickeln und anzubieten, ist hingegen abzulehnen. Die Krankenkassen haben in ihren Apps das E-Rezept-Modul bereits integriert. Die Entwicklung und das Angebot durch die Gesellschaft für Telematik würde eine Doppelstruktur zementieren, die vollumfänglich durch die gesetzlich Krankenversicherten finanziert wird. Dies ist insbesondere vor dem Hintergrund der angespannten Finanzlage der Krankenkassen nicht mit dem Wirtschaftlichkeitsgebot vereinbar.

Es ist allerdings weiterhin geboten, dass alle Komponenten zum Zugriff auf die elektronische ärztliche Verordnung nach § 334 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 SGB V den gleichen sicherheitstechnischen Anforderungen unterliegen. Daher sind die Regeln, dass die Sicherheit der jeweiligen Komponente der Krankenkassen und weiteren Kostenträgern jeweils durch ein externes Sicherheitsgutachten nachzuweisen ist, grundsätzlich zu begrüßen. Eine Prüfung und Bestätigung des externen Sicherheitsgutachtens durch das Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik ist hingegen obsolet, wenn die Gesellschaft für Telematik nicht mehr verpflichtet wird, die Komponenten für den Zugriff der Versicherten auf die elektronische ärztliche Verordnung nach § 334 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 als Dienstleistung von allgemeinem wirtschaftlichem Interesse zu entwickeln und zur Verfügung zu stellen. Der Sinn und Zweck der Regelung, dass die gematik nicht die Sicherheit ihrer eigenen E-Rezept-App prüfen und bestätigen kann, entfällt. Für andere Anbieter ist eine doppelte Begutachtung durch die gematik und durch das Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik nicht erforderlich und daher entbehrlich.

C) Änderungsvorschlag

Der Absatz 10 wird wie folgt geändert:

Die Gesellschaft für Telematik ist verpflichtet, die Komponenten der Telematikinfrastruktur, die den Zugriff der Versicherten auf die elektronische ärztliche Verordnung nach § 334 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 ermöglichen, als Dienstleistung von allgemeinem wirtschaftlichen Interesse zu entwickeln und zur Verfügung zu stellen. Die Funktionsfähigkeit und Interoperabilität der Komponenten **der Telematikinfrastruktur, die den Zugriff der Versicherten auf die elektronische ärztliche Verordnung nach § 334 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 ermöglichen**, sind durch die Gesellschaft für Telematik sicherzustellen. Die Sicherheit der Komponenten des Systems zur Übermittlung ärztlicher Verordnungen einschließlich der Zugriffsmöglichkeiten für Versicherte ist durch ein externes Sicherheitsgutachten nachzuweisen. Dabei ist abgestuft im Verhältnis zum Gefährdungspotential nachzuweisen, dass die Verfügbarkeit, Integrität, Authentizität und Vertraulichkeit der Komponenten sichergestellt werden. Die Festlegung der Prüfverfahren und die Auswahl des Sicherheitsgutachters für das externe Sicherheitsgutachten erfolgt durch die Gesellschaft für Telematik im Benehmen mit dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik. Das externe Sicherheitsgutachten muss dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik zur Prüfung vorgelegt und durch dieses bestätigt werden. Erst mit der Bestätigung des externen Sicherheitsgutachtens durch das Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik dürfen die Komponenten durch die Gesellschaft für Telematik zur Verfügung gestellt werden. Komponenten nach diesem Absatz, für die ein externes Sicherheitsgutachten vorliegt, das gemäß Satz 6 durch das Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik bestätigt wurde, dürfen den Versicherten abweichend von Satz 7 auch durch die Krankenkassen und durch die in § 362 Absatz 1 genannten Kostenträger über die Benutzeroberfläche gemäß § 342 zur Verfügung gestellt werden. § 11 Absatz 1 und 1a des Apothekengesetzes sowie § 31 Absatz 1 Satz 5 bis 7 bleiben unberührt.

Artikel 3 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 40 a) und b) – § 361

A) Beabsichtigte Neuregelung

Zu a): Als technische Zugriffsvoraussetzung auf die elektronische Verordnung für die Leistungserbringer nach § 361 Absatz 1 SGB V wird das Vorhandensein einer Komponente zur Authentifizierung von Leistungserbringerinstitutionen oder einer entsprechenden digitalen Identität nach § 340 Absatz 7 festgelegt. Ein Heilberufs- oder Berufsausweis als weitere technische Zugriffsvoraussetzung ist damit nicht mehr für den Zugriff erforderlich. In der Leistungserbringerumgebung muss jedoch nachprüfbar elektronisch protokolliert werden, wer auf die Daten zugegriffen hat.

Zu b): Aufgrund der Ersetzung der Absätze 2 bis 4 durch den neuen Absatz 2 in a) erfolgt in Absatz 5 eine Anpassung der Referenz.

B) Stellungnahme

Zu a): Die technische Zugriffsvoraussetzung auf die elektronische Verordnung für die Leistungserbringer nach § 361 Absatz 1 SGB V von einem Heilberufs- oder Berufsausweis zu entkoppeln, wird aus Wirtschaftlichkeitsaspekten begrüßt.

Allerdings ist der Begriff in Nummer 1 „Komponente zur Authentifizierung von Leistungserbringerinstitutionen“ nicht legal definiert. Daher ist für einen Bezug und die Gewährleistung einheitlicher Regelungen eine Referenz auf die entsprechende Norm § 340 SGB V zu ergänzen, in der die Komponente zur Authentifizierung von Leistungserbringerinstitutionen und die digitale Entsprechung normiert werden.

Zu b): Die Anpassung der Referenz ist folgerichtig.

C) Änderungsvorschlag

Im neuen Absatz 2 Nummer 1 wird zur Klarstellung ergänzt:

“1. einer Komponente zur Authentifizierung von Leistungserbringerinstitutionen **nach § 340** oder“

Artikel 3 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 41 – § 362

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Ergänzung des Absatzes 1 soll der privaten Krankenversicherung und der Industrie mehr Zeit eingeräumt werden, um den TI-Messenger ihren Versicherten bereitzustellen. Dabei wird die Frist vom bereits abgelaufenen 15. Juli 2025 auf den 01. Januar 2028 verlegt.

Durch die Ergänzung des Absatzes 2 wird klargestellt, dass die von den Kostenträgern nach § 362 Absatz 2 vergebenen Krankenversichertennummern im Verzeichnis der Krankenversichertennummern nach § 290 Absatz 3 SGB V zu führen sind. Der Datenabgleich, um Mehrfachvergaben derselben Krankenversichertennummer auszuschließen oder zu korrigieren, erfolgt innerhalb des von der Vertrauensstelle nach § 290 Absatz 3 geführten Verzeichnisses.

B) Stellungnahme

Mit der beabsichtigten Neuregelung im 2. Absatz erfolgt eine folgerichtige Angleichung an das bestehende Verfahren.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 3 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 44 – § 393

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Änderung stellt eine Sonderregelung für solche informationstechnischen Systeme dar, die erstmals nach dem Stichtag nach Satz 1 in Verkehr gebracht werden. Die Regelung spiegelt die bisherigen Erfahrungswerte zur Dauer eines C5-Typ1 bzw. C5-Typ2-Testats wider, um innovativen Produkten den Markteintritt zu ermöglichen.

B) Stellungnahme

Die Änderung ist sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 3 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 45 – § 399

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Regelung wird strafbewehrt festgelegt, dass die Einrichtungsleitung einer ambulanten oder stationären Pflegeeinrichtung dafür organisatorisch verantwortlich ist, dass die Institutionskarte (SMC-B) zur Authentifizierung der Leistungserbringerinstitution nicht an Dritte weitergegeben wird, damit keine unberechtigten Personen einen Zugang zur Telematikinfrastuktur erhalten. Dies ist notwendig, da in Pflegeeinrichtungen – anders als in Arztpraxen – die organisatorisch verantwortliche Person der Leistungserbringerinstitution und die versorgende Person mit einem abgeschlossenen Heilberuf auseinanderfallen.

Zudem werden die Einrichtungsleitungen strafbewehrt verpflichtet, dafür zu sorgen, dass die Pflegedienstleitung oder eine andere in der Pflegeeinrichtung beschäftigte Person über einen gültigen elektronischen Heilberufsausweis oder eine digitale Identität des Gesundheitswesens nach § 340 Absatz 6 SGB verfügt. Hierdurch soll sichergestellt werden, dass jede ambulante oder stationäre Pflegeeinrichtung über eine verantwortliche Person mit dem für die pflegerische Versorgung erforderlichen Heilberuf verfügt und nur mit dem Heilberufsausweis entsprechende Zugriffe auf die Anwendungen der Telematikinfrastuktur erfolgen.

Für den Fall, dass der Täter in den Fällen des Absatzes 1 gegen Entgelt oder in der Absicht handelt, sich oder einen anderen zu bereichern, oder einen anderen zu schädigen, wird das Höchstmaß der Freiheitsstrafe von bis zu drei Jahre auf bis zu zwei Jahre abgesenkt.

B) Stellungnahme

Die Änderung ist sachgerecht, um den Datenschutz und die IT-Sicherheit beim Zugang zur Telematikinfrastuktur zu stärken. Die Absenkung des Höchstmaßes der Freiheitsstrafe steht in Einklang mit den Strafvorschriften der DSGVO.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 5 (Änderung des Pflegeberufgesetzes)

Nr. 3 – § 4

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die vorbehaltenen Aufgaben werden um die Angaben der „Pflegeprozessverantwortung“ und „Planung der Pflege“ im Pflegeberufgesetz konkretisiert.

B) Stellungnahme

Die Konkretisierung und Präzisierung ist nachvollziehbar.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 5 (Änderung des Pflegeberufgesetzes)

Nr. 4 – § 4a

A) Beabsichtigte Neuregelung

Personen, die die Erlaubnis zum Tragen der Berufsbezeichnung „Pflegefachperson“ besitzen, sind zur selbständigen Ausübung von Heilkunde nach den jeweiligen Kompetenzen befugt.

B) Stellungnahme

Diese Änderung im Pflegeberufgesetz ist folgerichtig und nachvollziehbar.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 6 (Änderung des Dritten Buches Sozialgesetzbuch)

§ 421d

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die in § 45 Absatz 2a SGB V vorgesehene Verlängerung des erweiterten Anspruchs auf Kinderkrankengeld für das Jahr 2026 (siehe Artikel 3 Nr. 10) soll für die Leistungsfortzahlung des Arbeitslosengeldes in gleicher Weise gelten.

B) Stellungnahme

Es handelt sich um eine sachgerechte Folgeregelung.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 7 (Änderung des Siebten Buches Sozialgesetzbuch)

§ 47

A) Beabsichtigte Neuregelung

Durch einen veränderten Verweis auf das SGB V soll klargestellt werden, dass bei Versicherten mit Wohnsitz im Ausland, deren Ansässigkeitsstaat laut Doppelbesteuerungsabkommen das Besteuerungsrecht für das Verletztengeld hat, die Berechnung des Verletztengeldes auf Basis des Bruttoarbeitsentgelts abzüglich Sozialversicherungsbeiträge erfolgt. Wird das Verletztengeld im Ansässigkeitsstaat nicht besteuert, gelten die allgemeinen Berechnungsvorschriften.

B) Stellungnahme

§ 47 SGB VII verweist hinsichtlich der Höhe des Verletztengeldes auf die Berechnungsvorschriften des § 47 SGB V. Durch die vorgesehene Anpassung der Verweisregelung wird die durch Artikel 3 Nr. 11 vorgesehene Regelung zur Vermeidung einer steuerlichen Doppelbelastung in bestimmten Fallkonstellationen auch auf das Verletztengeld der gesetzlichen Unfallversicherung übertragen; dies ist sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 8 (Änderung des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 64k

A) Beabsichtigte Neuregelung

§ 64k regelt in der derzeit geltenden Fassung, wie auch § 39a SGB XI, dass Pflegebedürftige bei der Nutzung von DiPA einen Anspruch auf erforderliche ergänzende Unterstützungsleistungen (eUL) haben, die das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte festgelegt hat.

B) Stellungnahme

Die Streichung ist eine redaktionelle Folgeänderung aufgrund der in § 39a SGB XI sowie in § 78a Absatz 5 Satz 6 SGB XI vorgesehenen Streichung, dass die gesonderte Feststellung der Erforderlichkeit der eUL durch das BfArM entfallen soll. Mit Verweis auf die Stellungnahme zu § 39a SGB XI wird die Folgeänderung abgelehnt.

C) Änderungsvorschlag

Die vorgesehene Streichung wird abgelehnt.

Artikel 11 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

Nr. 1 – § 14b Satz 3

A) Beabsichtigte Neuregelung

Für die Evaluation des digitalen Reifegrades von Krankenhäusern gibt es verschiedene Messzeitpunkte, welche bisher auf den 30. Juni 2021 und den 30. Juni 2024 datiert sind. Mit der Änderung in § 14b KHG soll nun ein dritter Messzeitpunkt – 30. September 2025 - festgelegt werden, um Entwicklungen in der digitalen Reife noch weiter abbilden zu können.

B) Stellungnahme

Die Erhebung zu einem weiteren Zeitpunkt ist sinnvoll.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 11 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

Nr. 2 – § 14b Satz 4

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Gesetzgeber hatte sich die Option zur Festlegung eines weiteren Stichtags in § 14b Satz 4 vorbehalten.

B) Stellungnahme

Die Streichung des Satzes 4 bei Festlegung eines weiteren Evaluationszeitpunktes ist folgerichtig.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 13 (Änderung des Mutterschutzgesetzes)

§ 20

A) Beabsichtigte Neuregelung

Durch eine Ergänzung des Mutterschutzgesetzes soll geregelt werden, dass bei Versicherten mit Wohnsitz im Ausland, deren Ansässigkeitsstaat laut Doppelbesteuerungsabkommen das Besteuerungsrecht für den Zuschuss zum Mutterschutzgesetz hat, die Berechnung des Zuschusses auf Basis des Bruttoarbeitsentgelts abzüglich Sozialversicherungsbeiträge erfolgt. Wird der Zuschuss zum Mutterschaftsgeld im Ansässigkeitsstaat nicht besteuert, gelten die allgemeinen Berechnungsvorschriften.

B) Stellungnahme

Die Regelung steht im Kontext der Regelung zur Berechnung des Mutterschaftsgeldes nach § 24i SGB V (s. Artikel 3 Nr. 4) und ist sachgerecht, da sie sicherstellt, dass für den ggf. vom Arbeitgeber zu zahlenden Zuschuss zum Mutterschaftsgeld dieselben Berechnungsregelungen gelten wie für das Mutterschaftsgeld.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

III. Ergänzender Änderungsbedarf

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 8 Absatz 3b

A) Neuregelungsbedarf

Die Bearbeitung des Modellprogramms zur wissenschaftlich gestützten Weiterentwicklung der Personalbemessung für die stationäre Pflege wird im Jahr 2026 abgeschlossen sein. Allerdings besteht daneben gemäß § 8 Absatz 3b ein gesetzlicher Auftrag, für die ambulante Pflege neue Modelle der Arbeitsorganisation für eine wohnortnahe ambulante pflegerische Versorgung mit einem veränderten, kompetenz- und qualifikationsorientierten Personalmix zu entwickeln und einzuführen. Ziel ist die wissenschaftlich gestützte Weiterentwicklung der ambulanten Pflege. Zwei Expertisen in diesem Zusammenhang sind gegenwärtig in der Umsetzung. Erst nach deren Abschluss und auf Grundlage ihrer Erkenntnisse kann anschließend über die konkrete weitere Ausgestaltung des Modellprogramms für die ambulante Pflege befunden werden. Dies wäre unter der derzeitigen Laufzeit bis Ende des Jahres 2026 nicht möglich. Insofern ist eine Verlängerung des Modellprogramms bis mindestens Ende 2028 dringend erforderlich, um dem gesetzlichen Auftrag in angemessener Weise Rechnung tragen zu können. Das beschriebene Vorgehen hat der GKV-Spitzenverband im Dezember 2023 mit dem BMG und dem BMBFSFJ abgestimmt.

B) Änderungsvorschlag

In § 8 Absatz 3b Satz 5 wird die Angabe „2026“ ersetzt durch die Angabe „2028“.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 18 Absatz 3

A) Neuregelungsbedarf

Die mit dem Pflegeeneuausrichtungsgesetz (PNG) vom 30. Oktober 2012 in § 18 Abs. 3a SGB XI (ab 01. Dezember 2023 § 18 Abs. 3 SGB XI) eingeführte Beauftragung unabhängiger Gutachterinnen und Gutachter hat zum Ziel, den Pflegekassen bessere Möglichkeiten zu eröffnen, innerhalb der gesetzlich verankerten Fristen ihre Entscheidung über die Pflegebedürftigkeit zu treffen und der bzw. dem Betroffenen mitzuteilen. Insoweit sollen Gutachtenaufträge durch die Pflegekassen, insbesondere in den Fällen drohender Fristüberschreitungen, nicht nur an den Medizinischen Dienst, sondern auch an andere unabhängige Gutachterinnen und Gutachter vergeben werden können. Soweit unabhängige Gutachterinnen und Gutachter mit der Prüfung beauftragt werden sollen oder wenn innerhalb von 20 Arbeitstagen ab Antragstellung keine Begutachtung erfolgt ist, erhält die Antragstellerin oder der Antragsteller durch die Pflegekasse das Angebot zur Auswahl einer anderen unabhängigen Gutachterin bzw. eines anderen unabhängigen Gutachters aus mindestens drei Vorschlägen.

Die mit der Regelung beabsichtigte Verfahrensbeschleunigung ist nicht eingetreten. Nach den praktischen Erfahrungen der Pflegekassen sind in den Fällen, in denen unabhängige Gutachterinnen und Gutachter mit der Feststellung von Pflegebedürftigkeit beauftragt wurden, keine gegenüber den Medizinischen Diensten bessere Laufzeiten zu beobachten. In den Fällen nach § 18 Abs. 3 Satz 1 Nr. 2 SGB XI ist in der Regel das Gegenteil der Fall.

Nach den von den Pflegekassen im Rahmen des achten Pflegeberichts der Bundesregierung erhobenen Daten wurden von den Pflegekassen in den Jahren 2020 bis 2023 im Jahresdurchschnitt lediglich 44 Begutachtungsaufträge an unabhängige Gutachterinnen und Gutachter erteilt. Dies zeigt, dass der Einsatz von unabhängigen Gutachterinnen und Gutachtern durch die Pflegekassen bei der Feststellung von Pflegebedürftigkeit de Facto keine Rolle spielt.

Eine Regelung, die nicht gelebt wird, läuft ins Leere. Insoweit ist die Regelung in § 18 Abs. 3 SGB XI zur Beauftragung unabhängiger Gutachterinnen und Gutachter zu streichen.

B) Änderungsvorschlag

Die Regelung in § 18 Absatz 3 SGB XI ist ersatzlos zu streichen. In der Folge sind entsprechende Regelungen in anderen Paragraphen, die Hinweise auf unabhängige Gutachterinnen und Gutachter enthalten, anzupassen. Der bisherige Absatz 4 wird zu Absatz 3.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 40 und § 78

A) Neuregelungsbedarf

Pflegebedürftige haben gemäß § 40 Absatz 1 Satz 1 SGB XI Anspruch auf Versorgung mit Pflegehilfsmitteln, die zur Erleichterung der Pflege oder zur Linderung der Beschwerden des Pflegebedürftigen beitragen oder ihm eine selbstständigere Lebensführung ermöglichen. Die Aufwendungen der Pflegekassen für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel dürfen monatlich den Betrag von 42 Euro nicht übersteigen. Der GKV-Spitzenverband schließt mit den Leistungserbringern oder deren Verbänden Verträge über die Versorgung der Versicherten mit zum Verbrauch bestimmten und anderen Pflegehilfsmitteln. Gemäß den einschlägigen Rechtsvorschriften hat jeder Leistungserbringer ein Verhandlungsrecht, wenn er einen Vertrag schließen oder einem Vertrag beitreten möchte. In Anbetracht der Vielzahl an Leistungserbringern in diesem Marktsegment (mehr als 20.000) führt dies sowohl bei dem GKV-Spitzenverband, den Leistungserbringern als auch bei den Pflegekassen zu einem unverhältnismäßigen bürokratischen Aufwand und ist für die Versicherten ohne Mehrwert. Zudem werden – auch bei den Verbraucherzentralen – immer häufiger Fälle bekannt, wonach die Versicherten Leistungen erhalten, die sie weder beantragt haben, noch benötigen. Vielfach wurden Versichertenunterschriften von Leistungserbringern gefälscht. Dies belastet die Solidargemeinschaft unnötig. Der Aufwand bei den zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln, der auf Basis der bestehenden Sachleistungsregelung mit dem Bewilligungs-, Abrechnungs- und dem Vertragsgeschäft verbunden ist, steht in keinem angemessenen Verhältnis zu einem etwaigen Nutzen dieser Regelung. Echte Steuerungsmöglichkeiten durch Verträge bestehen in diesem Bereich nicht. Die Regelungen führen häufig eher zu Überversorgungen, da die Produkte in vorkonfigurierten Pflegeboxen angeboten werden und der Bedarf nicht im Einzelnen überprüft werden kann.

Um dem Gebaren der Leistungserbringer entgegenzuwirken und den Versicherten einen einfachen Zugang zu den benötigten Leistungen ermöglichen, aber auch um Bürokratie abzubauen, wird erneut angeregt, die bisher als Sachleistung ausgestaltete Versorgung mit zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln durch die Auszahlung eines festen pauschalen Leistungsbetrags an die Leistungsberechtigten zu ersetzen. Da die grundsätzlichen Anspruchsvoraussetzungen unverändert bestehen bleiben, diese weiterhin zu Beginn der Versorgung geprüft werden und jeweils eine Bedarfsfeststellung erfolgt, werden Mehrausgaben infolge der neuen gesetzlichen Regelung nicht erwartet. Sofern hierfür die Erforderlichkeit gesehen wird, könnte die vorgeschlagene Neuregelung auch mit ergänzenden Prüfmöglichkeiten verbunden werden, die eine zweckgerechte Mittelverwendung sicherstellen.

Mit der Umstellung auf eine pauschale Geldleistung könnten gerade auch im Interesse der Versicherten, die sich verschiedentlich bereits mit dem Wunsch nach Ermöglichung flexiblerer Bezugsmöglichkeiten an die Pflegekassen gewandt haben, die Versorgungsprozesse ohne Qualitätsnachteile entbürokratisiert und beschleunigt sowie kostengünstigere und wirtschaftlichere Beschaffungswege im allgemeinen Fachhandel ermöglicht werden. Dies würde den Wettbewerb intensivieren und den gesetzlich vorgesehenen Leistungsbetrag dauerhaft und nachhaltig sichern, da die vom GKV-Spitzenverband erhobenen Daten zeigen, dass auf dem Erstattungsweg eine Versorgung

der Versicherten wirtschaftlicher ist als auf dem Sachleistungsweg. Angesichts der weiter ansteigenden Anzahl der Pflegebedürftigen, die ambulant versorgt werden, und der finanziellen Situation der Pflegekassen ist dies ebenfalls ein wichtiger Gesichtspunkt. Gleichzeitig liegen keinerlei Hinweise vor, wonach die Qualität der Versorgung auf dem Erstattungsweg beeinträchtigt wird. Es handelt sich überwiegend um Produkte, die auf dem Privatzahlermarkt bedenkenlos und günstig zur Verfügung gestellt werden.

Darüber hinaus regt der GKV-Spitzenverband die Angleichung der Zuzahlungsregelungen für Pflegehilfsmittel in § 40 Absatz 3 Satz 4 und 5 SGB XI an die entsprechenden Regelungen für Hilfsmittel im SGB V an. Die unterschiedlichen Zuzahlungsregelungen führen in der Versorgungspraxis zu einem bürokratischen Mehraufwand und insbesondere bei den doppelfunktionalen Hilfsmitteln im Sinne von § 40 Absatz 5 SGB XI immer wieder zu Abgrenzungsfragen. Dies könnte vermieden werden, wenn für beide Leistungsbereiche einheitliche Zuzahlungsregelungen gelten.

Erklärtes Ziel in dem Problemaufriss des Gesetzentwurfes ist es, „auch wichtige Schritte zu unternehmen, um die pflegerischen Versorgungsstrukturen zu optimieren und Effizienzpotenziale zu heben“. Dazu würde die vorgeschlagene Regelung einen deutlichen Beitrag leisten.

B) Änderungsvorschlag

§ 40 Absatz 2 SGB XI wird wie folgt gefasst:

„Zur Erfüllung des Anspruchs auf Versorgung mit zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln erhalten Pflegebedürftige als Leistung zur häuslichen Pflege, wenn die Durchführung der Pflege zumindest teilweise durch eine Pflegeperson nach § 19 SGB XI erfolgt, ab dem 01. Januar 2027 einen pauschalen Betrag von höchstens 42 Euro monatlich für die Selbstbeschaffung der notwendigen Pflegehilfsmittel. Der Betrag wird von der Pflegekasse erstmalig auf Antrag und nach Bewilligung der Leistung monatlich im Voraus an die pflegebedürftige Person selbst gezahlt. Der Geldbetrag wird bis zum Ende des Kalendermonats geleistet, in dem der Leistungsanspruch endet. § 118 Absatz 3 und 4 des Sechsten Buches gelten entsprechend, wenn der Betrag für die Zeit nach dem Tod des Berechtigten gezahlt wurde.“

§ 40 Absatz 3 SGB XI wird wie folgt geändert:

Die Sätze 4 und 5 werden durch folgende Sätze ersetzt:

„Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, haben zu den Kosten der Pflegehilfsmittel mit Ausnahme der Pflegehilfsmittel nach Absatz 2 in entsprechender Anwendung des § 61 Satz 1 SGB V eine Zuzahlung an die abgebende Stelle zu leisten. Der Vergütungsanspruch des Leistungserbringers verringert sich um die Zuzahlung.“

§ 78 Absatz 1 SGB XI wird um folgenden Satz 4 ergänzt, wobei es sich um eine Folgeänderung handelt:

„Die Sätze 1 bis 3 gelten ab dem 01. Januar 2027 nicht für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel gemäß § 40 Absatz 2.“

§ 78 Absatz 2 Sätze 1 und 2 SGB XI werden wie folgt geändert:

„Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen erstellt als Anlage zu dem Hilfsmittelverzeichnis nach § 139 des Fünften Buches ein systematisch strukturiertes Pflegehilfsmittelverzeichnis. Darin sind mit Ausnahme der zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmittel nach § 40 Absatz 2 die von der Leistungspflicht der Pflegeversicherung umfassten Pflegehilfsmittel aufzuführen, soweit diese nicht bereits im Hilfsmittelverzeichnis enthalten sind.“

Der konkrete Gesetzesvorschlag kann auch mit ergänzenden Prüfmöglichkeiten verbunden werden (s.o.).

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 40a Absatz 2 Satz 3 bis 5

A) Neuregelungsbedarf

Die Befristungs-Regelung im Absatz 2 Satz 3 bis 5 ist nicht sachgerecht und wird in der derzeit geltenden Fassung abgelehnt. Im Sinne der Wirtschaftlichkeit muss nicht nur die erstmalige Bewilligung befristet werden, sondern stets eine befristete Bewilligung nach entsprechender Prüfung erteilt werden. Eine unbefristete Bewilligung ohne weitere Prüfung, ob die DiPA genutzt und die Zwecksetzung erreicht wird, führt mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit zu unnötigen Kosten für die Pflegeversicherung. Dies lässt sich durch eine regelmäßige Prüfung und Befristung vermeiden. Insbesondere und erst recht vor dem Hintergrund des durch den Gesetzentwurf geregelten Erprobungsjahres, das abgelehnt wird (siehe hierzu Stellungnahme zu § 78a SGB XI), sollten erneute Prüfungen und stets befristete Bewilligungen auch zum Schutz der vulnerablen Nutzergruppe geregelt werden.

B) Änderungsvorschlag

In Absatz 2 Satz 3 wird das Wort „erstmalig“ gestrichen.

In Absatz 2 Satz 4 wird nach dem Wort „darf“ das Wort „jeweils“ eingefügt.

In Absatz 2 Satz 5 wird das Wort „unbefristete“ ersetzt durch „nochmalige“.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 42b

A) Neuregelungsbedarf

Durch das Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz wurde in § 42b SGB XI ein Anspruch auf Versorgung pflegebedürftiger Personen bei Aufenthalt der Pflegeperson in einer zugelassenen Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung eingeführt. Pflegebedürftige Personen haben demnach einen Anspruch auf Mitaufnahme in eine Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung, wenn die pflegerische Versorgung in der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung für die Dauer der Leistungen zur stationären Vorsorge oder zur medizinischen Rehabilitation der Pflegeperson sichergestellt ist. Leistungen nach dieser Vorschrift werden nur erbracht, wenn kein Anspruch auf Versorgung des Pflegebedürftigen nach § 40 Abs. 3a Satz 1 SGB V besteht. § 40 Abs. 3a Satz 1 SGB V regelt, dass Pflegepersonen bei einer stationären Rehabilitation auch Anspruch auf die Versorgung der Pflegebedürftigen haben, wenn diese in derselben Einrichtung aufgenommen werden. In diesen Fällen muss demnach die Krankenkasse der Pflegeperson im Rahmen der Rehabilitationsleistungen für die Pflegeperson auch die zusätzlichen Aufwendungen für die in dieselbe Rehabilitationseinrichtung mitaufgenommene pflegebedürftige Person tragen; ein Anspruch der pflegebedürftigen Person nach § 42b SGB XI besteht nicht.

Anders verhält es sich bei stationären medizinischen Vorsorgeleistungen der Krankenkasse und bei stationären medizinischen Rehabilitationsleistungen anderer Rehabilitationsträger, insbesondere der Rentenversicherung, für Pflegepersonen, wenn die pflegebedürftige Person in dieselbe Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung mitaufgenommen wird. In diesen Fallkonstellationen haben die pflegebedürftigen Personen bei Mitaufnahme Ansprüche nach § 42b SGB XI gegen ihre zuständige Pflegekasse oder das zuständige private Krankenversicherungsunternehmen.

Diese Differenzierung des Anspruchs auf Versorgung Pflegebedürftiger bei Inanspruchnahme von Rehabilitationsleistungen durch die Pflegeperson nach § 42b SGB XI je nach zuständigem Rehabilitationsträger ist weder systematisch konsistent noch im Interesse der Versorgung und Transparenz der Anspruchsgrundlagen sachgerecht. Sie führt auch aus der Perspektive der Rehabilitationseinrichtungen zu zusätzlichem Umsetzungsaufwand und unterschiedlichen Versorgungsgrundlagen, da sich die Anforderungen an die Versorgung der pflegebedürftigen Personen und deren Vergütung entweder aus den Regelungen des § 42b SGB XI oder den Verträgen nach § 111 SGB V ergeben.

Im Interesse konsistenter gesetzlicher Zuständigkeitszuordnungen für die Versorgung pflegebedürftiger Personen, einheitlicher und klarer Anforderungen an die Voraussetzungen und Inhalte der Versorgung durch die Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen sowie des Abbaus von Bürokratie insbesondere auf Seiten der Rehabilitationseinrichtungen durch einheitliche vertragliche Grundlagen wird vorgeschlagen, auch bei medizinischen Leistungen zur Rehabilitation für Pflegepersonen in Zuständigkeit der Krankenkassen den pflegebedürftigen Personen bei Mitaufnahme in derselben Einrichtung Ansprüche nach § 42b SGB XI einzuräumen.

B) Änderungsvorschlag

Änderungen im SGB XI:

§ 42b Abs. 1 Satz 2 wird gestrichen.

In § 42b Abs. 6 Satz 1 sind die Wörter „oder § 40 Absatz 3a Satz 1 des Fünften Buches“ zu streichen.

Änderungen im SGB V:

§ 40 Abs. 3a SGB V wird gestrichen.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 43c

A) Neuregelungsbedarf

Vor dem Hintergrund der Prüfung des Bundesrechnungshofes über das Abrechnungsverfahren zur Begrenzung des Eigenanteils an den pflegebedingten Aufwendungen soll ein automatisiertes Verfahren für die Berechnung und Zahlung der Leistungszuschläge ohne Rechnungslegung durch die Pflegeeinrichtung geregelt werden. Einer solchen Regelung steht jedoch der aktuelle Gesetzeswortlaut in § 43c SGB XI entgegen.

B) Änderungsvorschlag

§ 43c Satz 6 wird wie folgt gefasst:

„Die Pflegekasse berechnet den Leistungszuschlag auf Grundlage der von der vollstationären Pflegeeinrichtung, die den Pflegebedürftigen versorgt, übermittelten Informationen. Art und Umfang der zu übermittelnden Informationen werden im Rahmen der Festlegungen nach § 105 Absatz 2 Satz 1 bestimmt. Die Pflegekasse entrichtet den berechneten Leistungszuschlag gegenüber der Pflegeeinrichtung; die Pflegeeinrichtung stellt dem Pflegebedürftigen den verbleibenden Eigenanteil in Rechnung.“

§ 43c Satz 7 wird gestrichen.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 42 – § 72 Absatz 3c

A) Neuregelungsbedarf

Wenn eine Pflegeeinrichtung nicht nur vorübergehend die Zulassungsvoraussetzungen nach § 72 Absatz 3a oder Absatz 3b nicht erfüllt, ist als Sanktionsmöglichkeit derzeit nur eine Kündigung des Versorgungsvertrags vorgesehen (§ 74 Absatz 1). Vor dem Hintergrund des Grundprinzips der Verhältnismäßigkeit sollten ergänzend auch weniger weitreichende Sanktionsmöglichkeiten, wie sie auch für die Nichterfüllung der Meldepflichten gelten, gesetzlich vorgesehen werden (vgl. § 72 Absatz 3c Sätze 2 und 3 SGB XI).

B) Änderungsvorschlag

§ 72 Absatz 3c Satz 2 wird wie folgt gefasst:

“In den Richtlinien ist auch festzulegen, welche Folgen eintreten, wenn eine Pflegeeinrichtung **die Zulassungsvoraussetzung weder nach Absatz 3a noch nach Absatz 3b erfüllt oder** ihre Mitteilungspflicht nach Absatz 3d Satz 2 oder Absatz 3e nicht, nicht richtig, nicht vollständig oder nicht rechtzeitig erfüllt.“

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 42 - § 72 Absatz 3e

A) Neuregelungsbedarf

Die Mitteilungen gemäß § 72 Abs. 3e SGB XI, die tarif- oder an kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen gebundene Pflegeeinrichtungen einmal jährlich abgeben müssen, enthalten unter anderem Informationen über tatsächlich gezahlte Entlohnungen, differenziert nach gesetzlich vorgegebenen Entlohnungsbestandteilen (z. B. Tabellenentgelte, Jahressonderzahlungen und pflegetypische Zulagen).

Bei diesen Daten handelt es sich um sensible Sozialdaten, die Dritten einen Einblick in die wirtschaftliche Ausrichtung, die Kosten- und Personalstruktur sowie die Größe der Pflegeeinrichtung gewähren können. Daraus kann der Einfluss auf den Versorgungsmarkt jeder einzelnen Pflegeeinrichtung abgeleitet werden. Somit gilt es die Daten, die Aussagen zu den Betriebs- und Geschäftsgeheimnissen machen, besonders zu schützen.

Um diese sensiblen Sozialdaten schützen zu können, ist es aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes notwendig, diesen besonderen Datenschutz direkt im Gesetzestext aufzunehmen. Von der gesetzlichen Anpassung unberührt bleiben die Regelungen zur Berichtspflicht gegenüber dem Bundesministerium für Gesundheit gemäß § 82c Abs. 6 SGB XI.

B) Änderungsvorschlag

§ 72 Absatz 3e SGB XI wird wie folgt gefasst: „Pflegeeinrichtungen, die im Sinne von Absatz 3a an Tarifverträge oder an kirchliche Arbeitsrechtsregelungen gebunden sind, haben dem jeweiligen Landesverband der Pflegekassen bis zum Ablauf des 31. August jeden Jahres Folgendes mitzuteilen:

1. an welchen Tarifvertrag oder an welche kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen sie gebunden sind,
2. Angaben über die sich aus diesen Tarifverträgen oder kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen ergebende am 1. August des Jahres gezahlte Entlohnung der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, die Leistungen der Pflege oder Betreuung von Pflegebedürftigen erbringen, soweit diese Angaben zur Feststellung des Vorliegens der Voraussetzungen nach den Absätzen 3a und 3b oder zur Ermittlung des oder der regional üblichen Entlohnungsniveaus sowie der regional üblichen Niveaus der pflegetypischen Zuschläge nach § 82c des Elften Buches Sozialgesetzbuch erforderlich sind.

Der Mitteilung ist die jeweils am 1. August des Jahres geltende durchgeschriebene Fassung des mitgeteilten Tarifvertrags oder der mitgeteilten kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen beizufügen. Tritt nach der Mitteilung nach Satz 1 eine Änderung im Hinblick auf die Wirksamkeit oder den Inhalt des mitgeteilten Tarifvertrags oder der mitgeteilten kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen ein, haben die in Satz 1 genannten Pflegeeinrichtungen dem jeweiligen Landesverband der Pflegekassen diese Änderung unverzüglich mitzuteilen und dem jeweiligen Landesverband der Pflegekassen unverzüglich die

aktuelle, durchgeschriebene Fassung des geänderten Tarifvertrags oder der geänderten kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen zu übermitteln. **Die in den Sätzen 1 – 3 genannten Angaben werden vertraulich übermittelt und unterliegen der Vertraulichkeit. Die zugrunde liegenden Daten dürfen ausschließlich zu den in den §§ 72 und 82c ausdrücklich genannten Zwecken verarbeitet werden. Andere Verarbeitungen sind unzulässig.“**

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 68 – § 115 Absätze 3 und 3a

A) Neuregelungsbedarf

Das vorgegebene Verfahren der Vergütungskürzung bei Nichtbezahlung der der Vergütungsvereinbarung zugrunde gelegten Gehälter ist äußerst aufwändig. Sowohl die Vereinbarung eines Kürzungsbetrags als auch die Ermittlung und Erstattung der jeweiligen Rückzahlungsbeträge an die betroffenen Pflegebedürftigen oder ggf. ihrer Erben sind langwierig und binden erhebliche Ressourcen. Das Verfahren ist zu erleichtern und zudem sollten alternative Verrechnungsmöglichkeiten vorgesehen werden.

B) Änderungsvorschlag

§ 115 Absatz 3 Satz 1 wird wie folgt gefasst:

“Hält die Pflegeeinrichtung ihre gesetzlichen oder vertraglichen Verpflichtungen, insbesondere ihre Verpflichtungen zu einer qualitätsgerechten Leistungserbringung aus dem Versorgungsvertrag (§ 72) ganz oder teilweise nicht ein, sind die nach dem Achten Kapitel vereinbarten Pflegevergütungen für die Dauer der Pflichtverletzung durch die Pflegekassen entsprechend zu kürzen.”

In § 115 Absatz 3 sind die Sätze 2 bis 4 zu streichen.

In § 115 Absatz 3a wird Satz 3 wie folgt gefasst:

“Die Pflegekassen können nach Ermessen den Kürzungsbetrag gemäß Absatz 3 Satz 1 auch im Rahmen der folgenden Vergütungsvereinbarung verrechnen.”

Artikel 3 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

§§ 279 und 282

A) Neuregelungsbedarf

Die gesetzlichen Regelungen zur Wahrnehmung von Selbstverwaltungsmandaten im Medizinischen Dienst Bund sehen derzeit für kassenseitige Vertreterinnen und Vertreter in den Verwaltungsräten eine Begrenzung der Anzahl der Ehrenämter (nur ein weiteres Ehrenamt in der Sozialversicherung) sowie eine Begrenzung ihrer Tätigkeit auf maximal zwei Amtsperioden vor. Diese Regelungen gelten nicht für andere Mitglieder der Verwaltungsräte, wie etwa Patienten- oder Berufsvertreter. Diese Begrenzungen führen zu erheblichen Schwierigkeiten bei der Besetzung der Gremien, insbesondere mit ehrenamtlich engagierten Personen, und erweisen sich somit als wenig praxistauglich.

Vor diesem Hintergrund wird vorgeschlagen, die Begrenzungen der Anzahl der Ehrenämter sowie der Amtsperioden für kassenseitige Vertreterinnen und Vertreter in den Verwaltungsräten der Medizinischen Dienste aufzuheben oder zumindest zu flexibilisieren. Die entsprechenden Regelungen in § 279 Abs. 4 und 6 SGB V sollten gestrichen oder so angepasst werden, dass eine gleichberechtigte Amtsausübung aller Mitgliedergruppen in der Selbstverwaltung möglich ist.

Die Aufhebung dieser Begrenzungen würde die Besetzbarkeit der Gremien deutlich verbessern, da sie den Kreis potenzieller Kandidatinnen und Kandidaten erweitert und die Möglichkeit schafft, erfahrene und engagierte Mitglieder längerfristig einzubinden.

Zudem ermöglicht die Aufhebung der Mandatsbegrenzungen eine trägerübergreifende Perspektive, die für die inhaltliche Arbeit in der Selbstverwaltung von großem Wert ist. Die Möglichkeit, Erfahrungen aus verschiedenen Bereichen der Sozialversicherung einzubringen, fördert die Qualität der Entscheidungsfindung und trägt zur Weiterentwicklung des Gesundheitssystems bei. Schließlich würde die Gleichbehandlung aller Mitgliedergruppen innerhalb der Verwaltungsräte hergestellt, was aus rechts- und gleichstellungspolitischer Sicht geboten erscheint.

B) Änderungsvorschlag

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

„(4) 16 Vertreter werden von den Verwaltungsräten oder Vertreterversammlungen der Landesverbände der Orts-, Betriebs- und Innungskrankenkassen, der landwirtschaftlichen Krankenkasse, der Ersatzkassen und der BAHN-BKK gewählt. Die Krankenkassen haben sich über die Zahl der Vertreter, die auf die einzelne Kassenart entfällt, zu einigen. Kommt eine Einigung nicht zustande, entscheidet die für die Sozialversicherung zuständige oberste Verwaltungsbehörde des Landes. Als Vertreter nach Satz 1 sind je zur Hälfte Frauen und Männer zu wählen. Jeder Wahlberechtigte nach Satz 1 wählt auf der Grundlage der von der oder dem Vorsitzenden des Verwaltungsrates erstellten Bewerberliste eine Frau und einen Mann. Die acht Bewerberinnen und acht Bewerber mit den meisten Stimmen sind gewählt. Eine Wahl unter Verstoß gegen Satz 4 ist nichtig. Ist nach dem dritten Wahlgang die Vorgabe nach Satz 4 nicht erfüllt, gelten nur so viele Personen des Geschlechts, das nach dem Ergebnis der Wahl mehrheitlich vertreten ist, als gewählt, wie Personen des anderen Geschlechts gewählt wurden; die

Anzahl der Vertreter nach Absatz 4 reduziert sich entsprechend. Das Nähere zur Durchführung der Wahl regelt die Satzung. ~~Die Amtszeit der Vertreter nach Satz 1 darf zwei Amtsperioden nicht überschreiten. Personen, die am 1. Januar 2020 bereits Mitglieder im Verwaltungsrat eines Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung sind, können einmalig wiedergewählt werden.~~"

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

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

§ 282 Absatz 2 Satz 7 wird als Folgeänderung aufgrund der vorgeschlagenen Streichung in § 279 Absatz 4 wie folgt angepasst:

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

Artikel 3 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 290 Absatz 3 SGB V

A) Neuregelungsbedarf

Die derzeitigen Regelungen des § 290 Absatz 3 SGB V sehen in den Sätzen 4 und 5 vor, dass das Krankenversichertennummernverzeichnis ausschließlich zum Ausschluss und zur Korrektur von Mehrfachvergaben derselben Krankenversichertennummer genutzt werden darf. In diesem Zusammenhang ist auch die Richtung des Datenflusses zwischen dem Verzeichnis und den Krankenkassen bzw. den weiteren Kostenträgern nach § 362 SGB V abschließend geregelt.

Im Zusammenhang mit der Einführung der widerspruchsbasierten ePA hat sich gezeigt, dass zusätzlich zu den auf der gesetzlichen Grundlage etablierten Prozessen weitere Maßnahmen zur Sicherung der Konsistenz der Bestände zwischen dem Verzeichnis der Krankenversichertennummer und den Beständen der Kostenträger sachdienlich sind. Darüber hinaus wird deutlich, dass im Zusammenhang mit der Einführung von Diensten der TI, die Datenbestände mit der KVNR verknüpfen, das Verzeichnis der Krankenversichertennummern die entscheidende Rolle zur Sicherstellung der Eineindeutigkeit der KVNR in der TI spielt.

Die vorgeschlagenen Neuregelungen haben die Anpassung der bestehenden gesetzlichen Grundlage des Verzeichnisses an die sich aufgrund der Digitalisierung des Gesundheitswesens weiterentwickelnden Erfordernisse zum Ziel.

B) Änderungsvorschlag

§ 290 Absatz 3 wird wie folgt geändert:

In Satz 4 wird das Wort „ausschließlich“ durch das Wort „nur“ ersetzt und nach den Wörtern „Ausschluss und Korrektur von Mehrfachvergaben derselben Krankenversichertennummer“ die Wörter „sowie zur Sicherstellung der Eindeutigkeit in der Telematikinfrastruktur“ hinzugefügt.

Nach Satz 5 wird folgender Satz hinzugefügt: „Darüber hinaus darf das Verzeichnis zur Konsolidierung mit den Beständen der Krankenkassen und der weiteren Kostenträgern nach § 362 Absatz 1 genutzt werden.“

Artikel 3 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 291a

A) Neuregelungsbedarf

In § 291a Absatz 2 Nummer 1 ist die Bezeichnung der ausstellenden Krankenkasse, einschließlich eines Kennzeichens für die Kassenärztliche Vereinigung, in deren Bezirk der Versicherte seinen Wohnsitz hat, geregelt.

Durch den direkten Online-Abwurf der Versichertenstammdaten entfällt die Online-Aktualisierung der elektronischen Gesundheitskarte. Daher hatte der Gesetzgeber im Krankenhauspflegeentlastungsgesetz (KHPfLEG) vorgesehen, dass die Versichertenstammdaten auf der elektronischen Gesundheitskarte auf die Daten reduziert werden, die auch auf der elektronischen Gesundheitskarte aufgedruckt sind, um den Austausch der elektronischen Gesundheitskarte weitestgehend zu minimieren. Der § 291a Absatz 2 Nummer 1 regelt jedoch neben der Bezeichnung der ausstellenden Krankenkasse auch das Kennzeichen für die Kassenärztliche Vereinigung, in deren Bezirk der Versicherte seinen Wohnsitz hat. Dieses Kennzeichen („WOP“) unterliegt häufigen Änderungen, so dass die elektronische Gesundheitskarte immer dann ausgetauscht werden muss, wenn der Versicherte in einen anderen WOP-Bezirk umzieht. Da die Leistungserbringenden die Versichertenstammdaten zukünftig online abrufen, ist es insbesondere aus wirtschaftlichen Gründen sinnvoll, dass das WOP-Kennzeichen ebenfalls ausschließlich online abgerufen wird und damit ein Tausch der elektronischen Gesundheitskarte vermieden wird.

Dieser Neuregelungsbedarf war bereits im Gesetzentwurf der Bundesregierung eines Gesundheits-Digitalagentur-Gesetzes (GDAG) zur Umsetzung enthalten.

B) Änderungsvorschlag

§ 291a Absatz 2 Nummer 1 wird wie folgt gefasst:

„1. Die Bezeichnung der ausstellenden Krankenkasse,“

In § 291a Absatz 2 wird folgende neue Nummer 12 aufgenommen:

„12. das Kennzeichen für die Kassenärztliche Vereinigung, in deren Bezirk der Versicherte seinen Wohnsitz hat.“

Artikel 3 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 291b

A) Neuregelungsbedarf

Vertragsärzte haben aktuell nur bei der erstmaligen Inanspruchnahme ihrer Leistungen durch einen Versicherten im Quartal die Leistungspflicht der Krankenkasse durch die Nutzung der Dienste der Telematikinfrastruktur zu prüfen. Bei jeder weiteren Inanspruchnahme haben die Partner des Bundesmantelvertrages geregelt, dass der Versicherte verpflichtet ist, seine elektronische Gesundheitskarte dem Vertragsarzt vorzulegen, damit die Identität des Versicherten anhand des Lichtbildes überprüft werden kann. Der Vertragsarzt ist jedoch nicht verpflichtet, bei einem weiteren Besuch im selben Quartal eine erneute Prüfung der Leistungspflicht durch die Dienste der Telematikinfrastruktur vorzunehmen. Mit einer einmaligen Überprüfung der Leistungspflicht im Abrechnungsquartal ist die jeweilige Krankenkasse auch dann leistungspflichtig, wenn ihre Leistungspflicht innerhalb des jeweiligen Abrechnungsquartals beendet wird oder ruht. Diese Regelung ist vor dem Hintergrund der gemäß § 291b Absatz 2 Satz 3 SGB V ab dem 1. Januar 2026 zu erfolgenden Prüfung der Leistungspflicht durch einen elektronischen Abruf der bei der Krankenkasse vorliegenden Daten nach § 291a Absatz 2 und 3 SGB V (Versichertenstammdatenmanagement 2.0) nicht mehr sachgerecht.

Die Krankenkassen müssen nunmehr neben den Daten nach § 291a Absatz 2 SGB V auch die Daten nach § 291a Absatz 3 SGB V (bspw. Informationen zum Ruhen des Leistungsanspruchs, zum eingeschränkten Leistungsanspruch nach § 16 Absatz 3a SGB V) verpflichtend für den elektronischen Abruf zur Prüfung der Leistungspflicht bereitstellen. Diese Informationen müssen aus Sicht der Krankenkassen dem Arzt bei jeder Inanspruchnahme seiner Leistungen in aktueller Form vorliegen, da sie abrechnungsrelevant sind.

Mit der jeweils aktuellen elektronischen Verfügbarkeit der Informationen bspw. zum eingeschränkten Leistungsanspruch nach § 16 Absatz 3a SGB V könnten die Krankenkassen auf eine Einziehung oder Sperrung der eGK bzw. der digitalen Identität verzichten. Bei den Krankenkassen als auch den Arztpraxen kann auf diese Weise der bürokratische Aufwand reduziert werden, da zum einen die Krankenkasse bspw. keine neue eGK oder keinen papiergebundenen Nachweis zur Befreiung von Zuzahlungen nach § 62 SGB V ausstellen müssten und zum anderen der behandelnde Arzt seiner Verpflichtung nach § 347 Absatz 1 SGBV nachkommen könnte und keine Versichertendaten händisch erheben müsste.

B) Änderungsvorschlag

§ 291b Abs. 2 Satz 1 SGB V wird wie folgt geändert:

Die Wörter „der erstmaligen“ werden durch das Wort „jeder“ ersetzt.

Artikel 3 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 293 Absatz 8

A) Neuregelungsbedarf

Im Aufbauprozess des Beschäftigtenverzeichnisses für die ambulante Pflege (BeVaP) wurde folgender weiterer Entwicklungsbedarf festgestellt:

1. Zweckerweiterung

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

Mit dem vorliegenden Entwurf eines Gesetzes zur Befugnisserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege ist mit Artikel 3 Nummer 2 (§ 15a Abs. 1 SGB V) vorgesehen, dass Pflegefachpersonen bestimmte Leistungen der ärztlichen Behandlung eigenverantwortlich durchführen können. Voraussetzung für eine eigenverantwortliche Erbringung von bestimmten Leistungen ist das Vorhandensein der erforderlichen fachlichen Kompetenzen. Ein Bestandteil der ärztlichen Behandlung durch Pflegefachpersonen soll gemäß § 15a Abs. 1 Nummer 2 SGB V auch das Ausstellen von Folgeverordnungen der Häuslichen Krankenpflege sowie Verordnungen der für diese Leistungen benötigten Hilfsmittel sein. Damit die Krankenkassen die Anforderungen an die Eignung der Pflegefachpersonen, die diese Tätigkeiten vornehmen, prüfen können, sind die pseudonymisierten Daten des BeVaP den Krankenkassen auch zu diesem Zweck (§ 284 Abs. 1 Nr. 4 SGB V) zur Verfügung zu stellen.

2. Verifizierung der Angaben

Die Qualifikationen der Beschäftigten bei ambulanten Diensten, die im BeVaP hinterlegt sind, beruhen derzeit ausschließlich auf Selbstangaben der Leistungserbringer. Die gemeldeten Daten müssen nicht mit Berufsurkunden oder Fort- und Weiterbildungsnachweisen belegt werden. Eine belastbare Verwendbarkeit der Daten erscheint somit fraglich und stellt den originären Zweck des Beschäftigtenverzeichnisses in Frage. Die Verifizierung der Daten im Beschäftigtenverzeichnis, z. B.

durch die verzeichnisführende Stelle (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte – BfArM) oder durch eine andere bestätigende Stelle, ist daher unabdingbar. Ein Konzept, in dem die Prozesse der Verifizierung, die Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten festgelegt werden, ist zwischen BfArM, dem Bundesministerium für Gesundheit und dem GKV-Spitzenverband abzustimmen und umzusetzen.

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

3. Sicherung der Datenqualität

Als Voraussetzung dafür, dass die Beschäftigtennummern des BeVaP effizient für die gesetzlich bestimmten Zwecke genutzt werden können, sind Maßnahmen zur Vermeidung einer mehrfachen Vergabe von Beschäftigtennummern für eine Person vorzusehen. Zur eindeutigen Identifizierung einer Person ist daher zusätzlich die Angabe der persönlichen lebenslangen Identifikationsnummer gesetzlich zu regeln. Außerdem ist es zwingend erforderlich, dass die einzelnen Mitarbeitenden in einem Pflegedienst ihre jeweilige lebenslange Beschäftigtennummer kennen und diese bei einem Arbeitgeberwechsel dem neuen Arbeitgeber mitteilen. Die versehentliche Beantragung einer neuen (weiteren) Beschäftigtennummer für eine Person kann damit verhindert werden. Bislang sind die Leistungserbringer nicht gesetzlich verpflichtet, die Beschäftigtennummer an die jeweilige beschäftigte Person weiterzugeben. Auch die Beschäftigten sind bislang nicht gesetzlich verpflichtet, ihre Beschäftigtennummer bei einem Arbeitgeberwechsel dem neuen Arbeitgeber mitzuteilen. Des Weiteren muss bei einem Arbeitgeberwechsel der neue Arbeitgeber das Recht erhalten, die im BeVaP hinterlegten Daten der beschäftigten Person einsehen zu können, damit die Qualifikationen nicht mehrfach erfasst werden müssen.

B) Änderungsvorschlag

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

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

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

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

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

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

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

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

„Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte übermittelt den Kranken- und Pflegekassen **und deren Landesverbänden sowie den Ersatzkassen** die Daten nach Satz 4 Nummer 1, 4 und 5 sowie nach Satz 5 zur Erfüllung ihrer in § 284 Absatz 1 Satz 1 Nummer **4**, 8 und 9 und in § 94 Absatz 1 Nummer 5 und 6 des Elften Buches genannten Aufgaben sowie für den Abschluss der Verträge nach §§ 132a Absatz 4, 132d Absatz 1 Satz 6 oder 132l Absatz 5 bzw. **für den Abschluss von Versorgungsverträgen nach § 72 Absatz 3 des Elften Buches** über den Spitzenverband Bund der Krankenkassen und den Spitzenverband Bund der Pflegekassen im Wege der elektronischen Datenübertragung als pseudonymisierten Gesamtdatensatz.“

In § 293 Abs. 8 SGB V werden nach Satz 12 (alt) folgende Sätze eingefügt:

„Die in Satz 1 Nummer 1 genannten Leistungserbringer sind verpflichtet, den Personen nach Satz 1 Nummer 2 ihre jeweilige Beschäftigtennummer zur Verfügung zu stellen. Bei einem Arbeitgeberwechsel haben die Personen nach Satz 1 Nummer 2 ihre jeweilige Beschäftigtennummer dem neuen Arbeitgeber, sofern es sich hierbei um einen in Satz 1 Nummer 1 genannten Leistungserbringer handelt, anzugeben. Der neue Arbeitgeber hat das Recht, die bereits hinterlegten Daten zu der Beschäftigtennummer einzusehen.“

Artikel 3 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 342a

A) Neuregelungsbedarf

Die Ombudsstellen sollen befugt werden, zusätzlich zu ihren bisherigen Aufgaben, auf Antrag der Versicherten das Einrichten, Löschen oder Ändern von Vertretungsberechtigungen in der ePA zu übernehmen.

B) Änderungsvorschlag

§ 342a wird wie folgt geändert:

Folgender Absatz 1 wird neu hinzugefügt: „Die Ombudsstellen haben Anträge der Versicherten für das Einrichten, Ändern und Löschen von Vertretern gemäß § 342 Absatz 2 Nummer 1 Buchstabe p) für deren elektronische Patientenakte entgegenzunehmen und in diesen Fällen technisch zu gewährleisten, dass die Rechte der Versicherten in Vertretung nach § 342 Absatz 2 Nummer 1 Buchstabe p) durchgesetzt werden können.“

In Absatz 6 wird der Verweis auf Absatz 2 durch den Verweis auf Absatz 1a ersetzt.

In Absatz 7 wird der Verweis auf Absatz 2 durch den Verweis auf Absatz 1a ersetzt.

In Absatz 8 wird der Verweis auf Absatz 2 durch den Verweis auf Absatz 1a ersetzt.

Artikel 3 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 352

A) Neuregelungsbedarf

Die Krankenkassen können gemäß § 25b SGB V die datengestützte Erkennung individueller Gesundheitsrisiken durchführen. Gemäß § 352 Absatz 4 Satz 5 h SGB V haben die Krankenkassen Hinweise über etwaige Gesundheitsrisiken in die ePA einzustellen. Bislang können Leistungserbringer aufgrund fehlender gesetzlicher Regelungen in § 352 SGB V nicht auf diese Daten zugreifen. Der GKV-Spitzenverband schlägt daher vor, dass die Zugriffsberechtigungen in § 352 SGB V erweitert werden, um den in § 25b Absatz 4 Satz 2 genannten Leistungserbringern den Zugriff auf in die ePA eingestellte Hinweise der Krankenkassen zu ermöglichen.

B) Änderungsvorschlag

§ 352 SGB V wird wie folgt geändert:

In Nummer 1 wird nach der Angabe „Daten nach § 341 Absatz 2“ der folgende Teil ergänzt: „und Hinweisen nach § 25b Absatz 4 Satz 5“.

In Nummer 2 wird nach der Angabe „Daten nach § 341 Absatz 2“ der folgende Teil ergänzt: „und Hinweisen nach § 25b Absatz 4 Satz 5“.

In Nummer 7 wird nach der Angabe „Daten nach § 341 Absatz 2“ der folgende Teil ergänzt: „und Hinweisen nach § 25b Absatz 4 Satz 5“.

In Nummer 9 wird nach der Angabe „Daten nach § 341 Absatz 2 Nummer 1 bis 11 “ der folgende Teil ergänzt: „und Hinweisen nach § 25b Absatz 4 Satz 5“.

In Nummer 10 wird nach der Angabe „Daten nach § 341 Absatz 2 Nummer 1 bis 11 “ der folgende Teil ergänzt: „und Hinweisen nach § 25b Absatz 4 Satz 5“.

In Nummer 11 wird nach der Angabe „Daten nach § 341 Absatz 2 Nummer 1 bis 11 “ der folgende Teil ergänzt: „und Hinweisen nach § 25b Absatz 4 Satz 5“.

Artikel 3 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 362c

A) Neuregelungsbedarf

Bei vielen Verordnungen ist eine Einbindung der Krankenkasse im Abgabeprozess der Leistung vorgesehen. So bedürfen bspw. Leistungen der häuslichen Krankenpflege, der außerklinischen Intensivpflege und der Soziotherapie einer Genehmigung durch die Krankenkasse. Daneben existieren für diese und auch für andere Verordnungen gesetzliche Beratungsverpflichtungen der Krankenkassen zu den Leistungen und der Leistungsanspruchnahme. Für die Durchführung dieser Aufgaben ist eine Kenntnis der Verordnungen und deren Inhalts für die Krankenkassen erforderlich. Um die dafür notwendigen Zugriffe auf elektronische Verordnungen zu ermöglichen, ist die unten aufgeführte neue gesetzliche Regelung zu schaffen.

B) Änderungsvorschlag

Als neue Nummer 41 b) wird im Artikel 3 der nachfolgende neue § 362c SGB V aufgenommen.

§ 362c SGB V: Zugriff auf ärztliche Verordnungen in der Telematikinfrastuktur

(1) Krankenkassen, gesetzliche Unfallversicherung, Beihilfe sowie Kostenträger der Versicherten gemäß § 362 Abs. 1 SGB V dürfen zum Zwecke der Beratung, Leistungsentscheidung sowie Kostenerstattung elektronischer Verordnungen nach § 360 auf elektronische Verordnungen der Versicherten zugreifen.

(2) Im Rahmen des Zugriffs nach Absatz 1 darf nicht in die ärztliche Therapiefreiheit eingegriffen oder die Wahlfreiheit der Versicherten beschränkt werden.

Änderung des Pflegeberufgesetzes sowie Änderung der Pflegeberuf-Ausbildungsfinanzierungsverordnung

§ 30 Absatz 4 PflBG sowie § 5 Absatz 3 PflAFinV

A) Neuregelungsbedarf

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

B) Änderungsvorschlag

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

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

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

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