

## STELLUNGNAHME BKK DACHVERBAND E.V.

---

vom 07.10.2025

---

# **zum Entwurf eines Gesetzes der Bun- desregierung zur Befugnisserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege**

## **(BT-Drucksache 21/1511)**

# Inhalt

|   |          |
|---|----------|
| I. VORBEMERKUNG .....   | 3        |
| II. DETAILKOMMENTIERUNG .....   | 5        |
| <b>Artikel 1 Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch</b> .....  | <b>5</b> |
| Zu Nr. 2: Leistungen zur Prävention in der ambulanten Pflege (§ 5 SGB XI)   | 5        |
| Zu Nr. 8: Aufgaben der Länder (§ 9 SGB XI) und zu Nr. 11: Aufgaben der Pflegekassen (§ 12 SGB XI) und zu Nr. 40: Sicherstellungsauftrag (§ 69 SGB XI) Kommunale Pflegestrukturplanung und regionale Versorgungsdaten                        | 8        |
| Zu Nr.10b: Aufgaben der Pflegeeinrichtung (§ 11 SGB XI)   | 12       |
| Zu Nr. 16: Entscheidung über den Antrag, Fristen; Hemmung der Frist (§ 18c SGB XI)  | 12       |
| Zu Nr. 25: Empfehlungen zur Hilfsmittel- und Pflegehilfsmittelversorgung (§ 40 SGB XI)  | 15       |
| Zu Nr. 16: Eigenverantwortliche Erbringung von Leistungen durch Pflegefachpersonen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung; eigenverantwortliche Verordnung häuslicher Krankenpflege durch Pflegefachpersonen; Evaluation (§ 73d SGB V) | 18       |
| Zu Nr. 28: Sicherung der Datengrundlagen für den Risikostrukturausgleich (§ 273 SGB V)  | 23       |
| III. ERGÄNZENDER ÄNDERUNGSBEDARF .....  | 24       |
| Aufhebung der Mandatsbegrenzung für ehrenamtliche Mitglieder des Medizinischen Dienstes (§279 und §282 SGB)   | 24       |

## I. VORBEMERKUNG

Anlässlich der öffentlichen Anhörung des Ausschusses für Gesundheit zum vorliegenden Gesetzentwurf nimmt der BKK Dachverband zu ausgewählten Sachverhalten wie folgt Stellung.

Die Eröffnung von **neuen Tätigkeitsfeldern** für Pflegefachpersonen im Rahmenvertrag nach § 73d SGV (neu) wird ausdrücklich begrüßt. Dies ist ein wichtiger – von den Betriebskrankenkassen immer wieder geforderter – Zwischenschritt auf dem Weg zu einem kompetenzgestuften Pflegesystem, welches den aktuellen Herausforderungen in der Versorgung adäquat begegnet. Gemeinsam mit dem Pflegefachassistenz- und dem angekündigten Pflege- und Gesundheitsexperten-Einführungsgesetz muss daraus eine schlüssige und durchlässige Kompetenz- und Bildungsarchitektur in der Pflege resultieren. Dies schließt eine klare Definition von Rechten, Verantwortlichkeiten, sowie das professionelle Miteinander mit anderen Berufsgruppen mit ein.

Der BKK Dachverband kann grundsätzlich das Ziel nachvollziehen, mit einem neuen „**stambulanten**“ **Versorgungssektor** eine Zwischenform zu den Sektoren ambulant und stationär zu schaffen. Damit wird gesetzlich jedoch eine Versorgungsform abgebildet, die mit den bestehenden Regelungen bereits realisierbar ist. Aus den nun vorliegenden kleinteiligen, komplexen und damit bürokratischen Regelungen geht hingegen kein nachhaltiger Innovationsschub für die soziale Pflegeversicherung (SPV) hervor. Lediglich ein eng umrissenes Wohn- und Pflegemodell wird damit in die Regelversorgung gebracht, wobei das Festhalten an der strengen Sektorensystematik in der SPV die notwendige Durchlässigkeit zwischen den Sektoren verhindert. Bestehende Wohngemeinschaftsansätze bzw. neue Versorgungsansätzen, die gerade erprobt werden oder sich in älteren Modellvorhaben als zielführend erwiesen haben, profitieren von den hier vorgelegten Änderungen hingegen nicht. Im Gegenteil: Die Regelungen zu den gemeinschaftlichen Wohnformen brechen einerseits die Logik des Leistungsrechts und führen damit zu einer zunehmenden Unübersichtlichkeit und andererseits zu einem Aufwuchs an Komplexität im Vertragsrecht und damit bei der Zulassung und den Vergütungsverhandlungen. In der Praxis dürfte sich der Versorgungsmehrwert insofern marginalisieren und damit nicht bewähren. Daher lehnen wir diese Regelung als unnötig und verkomplizierend ab.

Der BKK Dachverband begrüßt ausdrücklich die Öffnung des Zugangs von **Präventionsleistungen für die häusliche Pflege**. Prävention und Gesundheitsförderung ist ein Schlüssel für

die Zukunftsfähigkeit der Pflegeversicherung. Allerdings sehen wir hier noch Ausbau-, Konkretisierungs- und Nachbesserungsbedarfe, um einerseits Synergien zwischen GKV und SPV zu heben und zudem Menschen mit dem Risiko einer drohenden Pflegebedürftigkeit in den Blick von Präventionsleistungen zu nehmen. Zudem werden verschiedene parallele Zugangswege und Ansatzpunkte, sowohl für Pflegebedürftige, als auch von Pflegebedürftigkeit bedrohten Personen benötigt. Die zielgruppengerechte Gesundheitsförderung muss im Kontext von Pflegebedürftigkeit neu justiert werden und dabei viel früher ansetzen.

Die im Gesetz angelegte Stärkung der **kommunalen Pflegestruktur- und Bedarfsplanung** ist grundsätzlich begrüßenswert. So wie im Gesetzesentwurf vorgeschlagen dürften die Regelungen ihren Zweck allerdings nicht erfüllen, weil sie den Pflegekassen u.a. keine tatsächlichen Durchgriffsmöglichkeiten geben. Der Gesetzgeber muss den Pflegekassen daher folgende Handlungsoptionen im Zulassungsgeschäft ermöglichen: Ablehnung des Zulassungsbegehrens, Umwandlung des Versorgungsvertrags oder die Ausschreibung von Versorgungsverträgen für bestimmte Angebote. Dies sieht der vorliegende Entwurf jedoch nicht vor, sodass es auf dieser Grundlage zu keiner echten Bedarfssteuerung kommen kann. Ferner ist klarzustellen, dass der Sicherstellungsauftrag bezogen auf die Infrastruktur weiterhin den Ländern obliegt und sich gleichermaßen der Sicherstellungsauftrag der Pflegekassen weiterhin auf die Sicherstellung der pflegerischen Versorgung ihrer Versicherten – und dies im Einzelfall – bezieht. Außerdem fehlt eine einheitliche Struktur der Datenerhebung und -nutzung für eine Bedarfsplanung. Sollte der Sicherstellungsauftrag es erforderlich machen, haben die Pflegekassen künftig ggf. Einzelpflegepersonen anzustellen. Der BKK Dachverband lehnt dies weiterhin ab, da der Umstand aus einer durch Leistungserbringer verursachten Unterversorgung entstehen kann.

Der BKK Dachverband unterstreicht die Notwendigkeit die pflegerische Versorgung weiterzuentwickeln in Bezug auf die Infrastruktur, des Personaleinsatzes, der Versorgungssektoren usw. Nur durch eine klare Kompetenzordnung der Pflegeberufe, verbunden mit einer evidenzbasierten, wissenschaftlich fundierten Pflegeinfrastruktur- und Bedarfsplanung, kann den heutigen Herausforderungen in der ambulanten und stationären Versorgung wirksam begegnet werden. Der vorliegende Gesetzesentwurf ist dabei als Vorgriff der Bund-Länder-Arbeitsgruppe „Zukunftspakt Pflege“ zu verstehen. Dabei müssen die Versorgungsgebiete effizient gestaltet, bürokratische Hürden abgebaut und neue innovative Versorgungsmodelle gefördert werden. Die bisherigen Maßnahmen im vorliegenden Entwurf sind nur bedingt geeignet, um eine zukunftsfähige und qualitätsgesicherte Pflege nachhaltig zu gewährleisten. Dies muss also in Folgeregelungen nachgeholt werden.

## II. DETAILKOMMENTIERUNG

### Artikel 1 Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch

#### Zu Nr. 2: Leistungen zur Prävention in der ambulanten Pflege (§ 5 SGB XI)

Positiv zu bewerten ist, dass mit der Einfügung des neuen Absatz 1a inhaltlich die langjährige Forderung des BKK Dachverbandes aufgegriffen wird, das Leistungsportfolio zu Gesundheitsförderung und Prävention für ambulant versorgte Pflegebedürftige zu stärken. **Auch der konkrete rechtliche Weg, die systemischen Schnittstellen und die damit verbundenen Zugangswege zwischen SGB XI und SGB V zu schärfen, ist passend.** Diese systemübergreifende Herangehensweise soll durch die Verknüpfung des systemischen Ansatzes von § 5 SGB XI mit dem Zugang zur verhaltensbezogenen Prävention nach § 20 Absatz 4 Nr. 1 SGB V erreicht werden.

Der BKK Dachverband sieht – angesichts der demografischen Lage und den damit verbundenen Herausforderungen für die sozialen Sicherungssysteme und der Gesellschaft insgesamt – die **Notwendigkeit, den hier zugrundeliegenden (positiven) Ansatz noch konsequenter auszugestalten**, und zwar im Wesentlichen mit Blick auf drei Aspekte:

1. Auch Menschen, die 'lediglich' von Pflegebedürftigkeit bedroht sind, sollten bei diesem Ansatz und damit als Zielgruppe inkludiert werden.
2. Die Zielgruppe insgesamt, also Menschen mit drohendem und mit bereits manifesten Pflegebedarf, welche im ambulanten Setting versorgt werden, sollten konsequent in den entsprechenden rechtlichen Grundlagen der GKV zur primären Prävention und Gesundheitsförderung benannt werden.
3. Der rechtliche Brückenschlag zwischen SGB XI und SGB V muss sich folglich zwingend methodisch als systemübergreifender Ansatz in den Leitfäden der GKV und SPV zur Prävention und Gesundheitsförderung – möglichst gesamtkonzeptionell in sich ergänzender Form – abbilden.

Ziel muss es sein, möglichst frühzeitig mit Blick auf sich abzeichnende Pflegebedarfe und gleichzeitig bei neu eingetretenen bzw. sich verschlimmernden Pflegebedarfen präventiv

und gesundheitsfördernd tätig zu werden. Insofern ist es nach Ansicht des BKK Dachverbandes notwendig, eine neue SGB V und SGB XI-übergreifende Zielgruppe neu leistungsrechtlich zu definieren:

- Bestehende Ansätze der individuellen Prävention der GKV (§ 20 Absatz 4 Nr. 1 SGB V) sollten noch konsequenter als heute auf Pflegebedürftige sowie Personen, die von Pflegebedürftigkeit bedroht sind, ausgerichtet, ausgeweitet und gestärkt werden. Nach Ansicht des BKK Dachverbandes müssen auch die rechtlichen Grundlagen der GKV mit § 20 ff. SGB XI die angedachte Zielgruppe explizit benennen. Damit wäre ein Paradigmenwechsel in der heutigen Systematik der Prävention- und Gesundheitsförderung zwischen SPV und GKV verbunden. Dies vereint dann sowohl Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention als auch Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten.
- Allein die Benennung der Präventionsempfehlungen (Vgl. Artikel 3, Nr. 3 BEEP) reichen hierfür nicht. In der heutigen Ausgestaltung richten sich Leistungen zur primären Gesundheitsförderung und Prävention n. § 20 Absatz 5 SGB V systematisch nicht erstrangig an Menschen mit bestimmten diagnostizierten Erkrankungen oder gar einem multimorbiden Krankheitsgeschehen. Daher muss sich das gesamte Zugangs- und Angebotspektrum der GKV und mithin bspw. der Kommunen auf diese neue systemübergreifende Zielgruppe speziell ausrichten. Im Übrigen betrifft die eindeutige Benennung der Zielgruppe dann auch die rechtlichen Regelungen zu den Präventionsempfehlungen der GKV (§ 25 Absatz 1 Satz 2 oder § 26 Absatz 1 Satz 3 SGB V). Daher ist insgesamt festzuhalten, dass es einer vielfältigen Angebots- und Zugangsstruktur bedarf, die – wissenschaftlich gestützt – erarbeitet werden und in den einschlägigen Handlungsleitfäden von GKV und SPV gemeinsam synergetisch und nicht getrennt abgebildet sein muss.

## ÄNDERUNGSVORSCHLAG

Artikel 1 Nummer 2b wird wie folgt geändert:

*Nach Absatz 1 wird folgender Absatz 1a eingefügt:*

*„(1a) Die Pflegekassen sollen den Zugang zu den in § 20 Absatz 4 Nummer 1 und 2 des Fünften Buches genannten Leistungen der Krankenkassen zur verhaltensbezogenen Prävention und für Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten für in der sozialen Pflegeversicherung versicherte Pflegebedürftige in häuslicher Pflege unterstützen, indem sie unter Beteiligung der Pflegebedürftigen*

sowie, falls sie im Einzelfall an der Versorgung beteiligt sind, unter Beteiligung von ambulanten Pflegeeinrichtungen Vorschläge zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation und zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten der Pflegebedürftigen entwickeln sowie die Umsetzung dieser Vorschläge unterstützen. Dies umfasst eine Bedarfserhebung hinsichtlich präventiver und gesundheitsfördernder Maßnahmen, die fachliche Beratung zur Information und Sensibilisierung der Versicherten und ihrer Angehörigen sowie Pflegepersonen bezüglich der Möglichkeiten, die mittels Gesundheitsförderung und Prävention zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation und zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten bestehen, sowie eine Präventionsempfehlung durch Pflegefachpersonen oder durch gemäß § 7a Absatz 3 Satz 2 qualifizierte Pflegeberaterinnen und Pflegeberater. Im Zusammenhang mit einer Beratung nach den §§ 7a und 7c, mit einer Leistungserbringung nach § 36 oder mit einem Beratungsbesuch nach § 37 Absatz 3 kann eine Empfehlung für die in § 20 Absatz 4 Nummer 1 des Fünften Buches genannten Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention ausgesprochen werden. Die Bedarfserhebung, die Beratung und die Präventionsempfehlung sollen frühestmöglich nach Feststellung der Pflegebedürftigkeit unter Berücksichtigung der Empfehlungen nach § 18b und auch während fortbestehender Pflegebedürftigkeit erfolgen. Die Pflichten der Pflegeeinrichtungen nach § 11 Absatz 1 bleiben unberührt. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen legt unter Einbeziehung unabhängigen Sachverständigen die Kriterien für die Verfahren nach den Sätzen 1 bis 3 fest, insbesondere hinsichtlich des Inhalts, der Methodik, der Qualität, der wissenschaftlichen Evaluation und der Messung der Erreichung der mit den Maßnahmen verfolgten Ziele. **Etwaige Kriterien, Erkenntnisse und Inhalte nach Maßgabe von § 20 Absatz 2 des Fünften Buches sind hierbei zu berücksichtigen und miteinander zu verknüpfen.**

In § 36 wird folgender Absatz 1a ergänzt:

„Der Anspruch nach Absatz 1 umfasst auch die Erstellung einer Empfehlung für die in § 20 Absatz 4 Nummer 1 des Fünften Buches genannten Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention; durch eine Pflegefachperson nach Maßgabe von § 5 Absatz 1a dieses Buches.“

Artikel 3 Nummer 3 wird wie folgt gefasst:

§ 20 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 5 Satz 2 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

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

1. eine Präventionsempfehlung nach § 25 Absatz 1 Satz 2 oder § 26 Absatz 1 Satz 3,
2. eine Präventionsempfehlung nach § 5 Absatz 1a Satz 1 bis 4 oder § 18b Absatz 2 Satz 1 des Elften Buches, ~~oder~~
3. eine im Rahmen einer arbeitsmedizinischen Vorsorge oder einer sonstigen ärztlichen Untersuchung schriftlich abgegebene Empfehlung ~~oder~~, -
4. die Auswertungen nach § 25b Absatz 1 Nummer 5, sofern diese im Ergebnis das Risiko einer Pflegebedürftigkeit ergeben.“

Ergänzend erfolgen folgende Änderungen im Artikel 3:

In § 25 wird Absatz 1 durch folgenden Satz ergänzt:

„Die besonderen Bedarfe von Pflegebedürftige nach § 14 des Elften Buches und von Pflegebedürftigkeit bedrohten Versicherte bei Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention nach § 20 Absatz 5 sind zu berücksichtigen.“

### **Zu Nr. 8: Aufgaben der Länder (§ 9 SGB XI) und zu Nr. 11: Aufgaben der Pflegekassen (§ 12 SGB XI) und zu Nr. 40: Sicherstellungsauftrag (§ 69 SGB XI) Kommunale Pflegestrukturplanung und regionale Versorgungsdaten**

Die Länder sind nach dem Wortlaut des § 9 SGB XI dazu verpflichtet, eine ausreichende, leistungsfähige und wirtschaftliche Struktur zur Versorgung pflegebedürftiger Personen vorzuhalten. Dies umfasst die Sicherstellung der Infrastruktur bspw. durch die Übernahme der Investitionskosten. Um endlich die strukturelle Absicherung der pflegerischen Versorgung zu gewährleisten, ist es notwendig, eine entsprechende Planung vorzunehmen. Mitunter wird diese bereits im Rahmen der Altenhilfestrukturplanung verfolgt. Andernorts erarbeiten und aktualisieren die Landespflegeausschüsse Empfehlungen, die die Kommunen vor Ort in ihrer Pflegestrukturplanung unterstützen sollen. Dabei werden schon heute aktuell erforderliche Daten bei den Pflegekassen, respektive Landesverbänden angefragt und

bereitgestellt, soweit diese im Rahmen der jeweiligen gesetzlichen Aufgaben verfügbar sind und es sich nicht um personenbezogene Daten handelt.

Bestimmten die Länder schon zuvor über die Einrichtung eines Landespflegeausschusses, werden sie laut Referentenentwurf (Artikel 1 Nummer 8: § 9 SGB XI) in Zukunft ermächtigt, die Planung und Förderung durch die Bestimmung einer Pflegestrukturplanung voranzutreiben. Ob darin die Empfehlungen der Landespflegeausschüsse abgebildet werden bzw. diese als Pflegestrukturplanung bereits anzuerkennen sind, ist ihnen unbenommen.

Die Pflegekassen sind außerdem nach § 12 SGB XI dafür verantwortlich, die pflegerische Versorgung ihrer Versicherten zu gewährleisten. Bisher sollten sie dazu örtliche und regionale Arbeitsgemeinschaften bilden. Diese Regelung wird im vorliegenden Entwurf zu einer verbindlichen Pflicht. Zudem müssen die Pflegekassen, respektive die Landesverbände der Pflegekassen nun ihre Versorgungsdaten mit regionalem Bezug regelmäßig zur Verfügung stellen, damit die Datengrundlage für die kommunale Pflegestrukturplanung gesichert ist. Diese Daten sollen den regionalen Gebietskörperschaften zur Verfügung gestellt werden. Innerhalb von 9 Monaten zu erstellende Empfehlungen des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen legen den Umfang, die Struktur, den Evaluationsturnus, die Kostentragung, die Datenaufbereitung und mögliche Indikatoren der Datenerhebung fest.

Der BKK Dachverband bewertet die Bemühungen, eine Pflegeinfrastruktur- und Bedarfsplanung zu etablieren, grundsätzlich positiv. Allerdings ist zu erwarten, dass die geplanten gesetzlichen Anpassungen **ein ineffizientes und ineffektives Verfahren schaffen, das den Anforderungen einer echten Infrastrukturplanung und Bedarfserhebung nicht gerecht wird.** Dies liegt daran, dass die Länder gemäß § 9 Satz 3 SGB XI (neu) die kommunale Pflegestrukturplanung **weiterhin als optional** betrachten können. Angesichts bestehender regionaler Pflegestrukturdefizite ist dies nicht zielführend. Kritisch ist zudem, dass die Ergebnisse der heutigen Landespflegeausschüsse als Strukturplanung anerkannt werden, ohne methodische und konzeptionelle Einheitlichkeit – selbst innerhalb eines Bundeslandes – zu gewährleisten. **Somit kann jedes Bundesland und jede Kommune auf der Grundlage beliebig abgerufener und zugrundeliegender Daten eine eigene Strukturplanung vornehmen. Darüber hinaus bleibt festzuhalten, dass die Pflegestrukturplanungen ins Leere laufen werden, solange die Länder sich ihrer Aufgabe der Sicherstellung der Infrastruktur durch bspw. der Investitionskostenförderung weiterhin nicht nachkommen.**

Die in der Gesetzesbegründung erwähnten methodischen Inhalte und Konzepte einer Strukturbedarfsplanung finden sich in der gesetzlichen Regelung nicht wieder und sollten dort als verbindliche Rahmensetzung genannt werden.

Der BKK Dachverband ist der Auffassung, dass eine Struktur- und Bedarfsplanung zwingend auf wissenschaftlicher Grundlage entwickelt werden sollte. Dabei müssen regionale Spezifika in den jeweiligen Bundesländern berücksichtigt werden. Erst auf dieser Grundlage und wenn klar ist, welche Items für die Planung notwendig sind und wo diese bereits erhoben werden können, führt eine Auswertung und Bereitstellung durch die Pflegekassen (und Krankenkassen) bzw. der Landesverbände der Pflegekassen zum Ziel. Andernfalls besteht das Risiko, dass irrelevante Daten abgerufen werden und dass keine Einordnung und somit eine Falschinterpretation erfolgt. Wichtig ist, dass die spezifischen Daten zentral, verbindlich und automatisiert zusammengefasst und dann für die jeweiligen Regionen (Planungsbezirke, -kreise usw.) bereitgestellt oder gezielt abgerufen werden können. Dies ist notwendig, da die Kranken- und Pflegekassen regional unterschiedlich aufgestellt sind und deren Versicherte nicht gleichmäßig den Regionen zugeordnet sind, insbesondere bei bundesunmittelbaren Kassen. Erfahrungen aus Regionen – die bereits aktiv eine Pflegestrukturplanung verfolgen – zeigen, dass schon heute die Datenbereitstellung durch die Kranken- und Pflegekassen ermöglicht wird. Dabei zeigen Projekte wie SAHRA, dass es als ausreichend erscheint, die Daten von Pflege- und Krankenkassen zu nutzen, die die Mehrzahl der Versicherten in der Region aufweist und auf Grundlage dieser Zahlen eine Hochrechnung erfolgt.

Werden im Rahmen der Landespflegeplanung Versorgungsdefizite festgestellt, hat das Land bisher allein durch eigene kommunale Angebote die pflegerische Versorgung sicherzustellen (§ 9). Durch die nunmehr angedachte Neuregelung des Sicherstellungsauftrags erfolgt jetzt aber eine Vermischung der Verantwortung der jeweiligen Pflegekasse zur Sicherstellung der pflegerischen Versorgung ihrer Versicherten (s.o.) mit der Verantwortung für die zahlenmäßig ausreichende Versorgungsstruktur (Pflegeinfrastruktur) im Land. Daher wäre mindestens klarzustellen, dass der Sicherstellungsauftrag bezogen auf die Infrastruktur weiterhin den Ländern obliegt und sich gleichermaßen der Sicherstellungsauftrag der Pflegekassen weiterhin auf die Sicherstellung der pflegerischen Versorgung ihrer Versicherten – und dies im Einzelfall – bezieht. Zudem ist es wichtig, die zugrundeliegenden Daten im Zeitverlauf abzubilden, um Trends in der Bedarfs- und Strukturentwicklung analysieren zu können. Der Auftrag an die Selbstverwaltung, Empfehlungen zur Datenerhebung durch die Pflegekassen abzugeben, führt ohne vorherige wissenschaftliche Herleitung der Datenkomponenten in die Irre. Es besteht die Gefahr, dass eine Vielzahl nutzloser Daten ausgewertet wird, die nicht dem Ziel der Versorgungsplanung dienen oder nicht plausibel sind. **Die Vergabe einer wissenschaftlichen Expertise würde den Ländern und Kommunen Sicherheit bei der Datengrundlage zur Planung geben.**

Der BKK Dachverband sieht als großes Manko der angedachten Regelung, dass die Vertragspartner, insbesondere die Pflegekassen und ihre Landesverbände, die Empfehlungen vor Vertragsabschlüssen beachten müssen. **Faktisch können sie diese jedoch nur zur Kenntnis nehmen, da sie aufgrund der bisherigen und weiter als Absatz 1 (Artikel 1 Nummer 36) bestehenden Regelung zu § 69 SGB XI im Kontrahierungszwang stehen. Sie können weder den Leistungserbringer, der die Zulassung eines Angebots begehrt, abweisen noch ihn zur Anpassung seines Angebots auffordern.** Im Gegenteil, der Leistungserbringer kann den Rechtsweg beschreiten und gegen das Verhalten des Vertragspartners vorgehen.

Der Gesetzgeber muss den Pflegekassen daher folgende Handlungsoptionen im Zulassungsgeschäft ermöglichen: Ablehnung des Zulassungsbegehrens, Umwandlung des Versorgungsvertrags oder die Ausschreibung von Versorgungsverträgen für bestimmte Angebote. Dies sieht der vorliegende Entwurf jedoch nicht vor, sodass es auf dieser Grundlage zu keiner echten Bedarfssteuerung kommen kann.

Die Pflegekassen sollen auf der Grundlage der im § 12 SGB XI an die regionalen Gebietskörperschaften abgerufenen Daten eine eigene Evaluation vorsehen sowie den (sektorenübergreifenden) Landespflegeausschuss-Empfehlungen und den leistungserbringerseitigen Informationen zur Beeinträchtigung der Versorgung berücksichtigen.

Sollte der Sicherstellungsauftrag es erforderlich machen, haben die Pflegekassen ggf. Einzelpflegepersonen anzustellen. Der BKK Dachverband lehnt dies weiterhin ab, da der Umstand aus einer durch Leistungserbringer verursachten Unterversorgung entstehen kann. Mit dieser Regelung haften die Pflegekassen auch für betriebswirtschaftliches Versagen der Leistungserbringer, haben aber weiterhin keine Steuerungsmöglichkeit für den bedarfsgerechten Einsatz pflegerischer Angebote. Die flächendeckende Vorhaltung von Einzelpflegekräften, die nur im Bedarfsfall tätig werden, werden Ressourcen binden und dem Arbeitsmarkt Fachkräfte entziehen, die im Regeldienst dringend gebraucht werden und eben dort fehlen. Die Pflegekassen müssen, ähnlich wie bundesweite Leiharbeitsunternehmen, Strukturen dafür aufbauen und diese unterhalten. Dies kann nicht ohne Aufwuchs von ausreichendem Personal bei den Pflegekassen erfolgen, das zeigen bereits die bisherigen Erfahrungen mit dem Einsatz von Einzelpflegekräften. Zudem erfolgt hier ein Vorgriff auf die Arbeit der Bund-Länder-Kommission, deren Ergebnisse noch gar nicht veröffentlicht wurden. Dem Ziel eines effektiven Einsatzes von Einzelpflegekräften nach § 77 SGB XI und der Möglichkeit von Rückschlüssen für eine gesetzliche Festlegung in § 69 SGB XI widerspricht dieses Vorgehen.

Anstatt u.a. Länge Anfahrten besser zu vergüten, obwohl andere Dienste in der Region ebenso versorgen, wäre eine Diskussion über die Ausschreibung von Versorgungsgebieten, das Wunsch- und Wahlrecht des Pflegebedürftigen in Bezug auf den Leistungserbringer usw. notwendig gewesen, was aber leider im Rahmen der aktuellen Gesetzgebung unterbleibt.

### **Zu Nr.10b: Aufgaben der Pflegeeinrichtung (§ 11 SGB XI)**

Das Grundanliegen des Gesetzgebers zu Artikel 1 Nr. 10b bzgl. der Entwicklung von Delegationskonzepten ist nachvollziehbar. Um jedoch einen unverhältnismäßigen Ressourceneinsatz in jeder Einrichtung zu vermeiden, wird angeregt, dass die Organisationen nach § 118a (neu) entsprechende Muster-Delegationskonzepte entwerfen und den Einrichtungen zur Verfügung stellen. Das ohnehin verbindliche interne Qualitätsmanagement der jeweiligen Einrichtung kann diese unkompliziert und aufwandsarm an spezifische Gegebenheiten anpassen und damit zur Anwendung bringen. Das aktuell im Gesetzgebungsverfahren stehende „Pflegeassistenzgesetz“ vereinheitlicht zudem die zergliederte Landschaft der Assistenzbildungen weiter, minimiert damit etwaige Kompetenzunterschiede und ist insofern ein weiteres Argument für die o.g. Musterdelegationskonzepte.

### **Zu Nr. 16: Entscheidung über den Antrag, Fristen; Hemmung der Frist (§ 18c SGB XI)**

Der BKK Dachverband begrüßt, dass die vielfach umstrittene zeitliche Dimension nach Wegfall von Verzögerungsgründen und die damit verbundene Hemmung der 25-Arbeitstage-Frist, welche die Pflegekasse nicht zu vertreten hat, nunmehr eindeutig rechtlich definiert werden soll. Der Gesetzentwurf sieht unter Artikel 1 Nummer 16b Doppelbuchstabe bb hierfür im Fall, dass eine erneute Terminierung der Begutachtung erfolgen muss, nunmehr eine zusätzliche Fristhemmung von 15 Arbeitstagen vor.

Mit Artikel 1 Nummer 16 b Doppelbuchstabe aa widmet sich der Gesetzentwurf zudem der Fragestellung, wann die pauschale Zusatzzahlungen nach § 18c Absatz 5 SGB XI von der Pflegekasse zu zahlen sind, die fällig werden, wenn die Pflegekasse die Übersendung des Bescheids über den Antrag auf Pflegeleistungen nicht pünktlich innerhalb von den gesetzlich vorgeschriebenen 25 Arbeitstagen nach Eingang des Antrags der Versicherten (oder innerhalb der in § 18a Absatz 5 und 6 genannten verkürzten Begutachtungsfristen) einhalten konnte und dabei den verspäteten Bescheid selbst zu vertreten hat. Letzteres ist auch der Fall, wenn der Medizinische Dienst die zugrundeliegende Begutachtung nicht rechtzeitig durchführen konnte und das Gutachten der

Pflegekasse folglich verspätet vorliegt. Bislang war es gängige und damit verwaltungsökonomische Praxis der Pflegekassen, die Prüfung und damit die Auszahlung der Zusatzzahlungen nach § 18c Absatz 5 SGB XI mit dem tatsächlichen **Zeitpunkt des Bescheids vorzunehmen und somit erhielten die Versicherten die ihnen zustehende 'Entschädigung' (70 €/Woche) als Gesamtbetrag.**

Dies hat den Vorteil, dass nicht nur die Summe der Zusatzzahlung abschließend ermittelt wurde. Zusätzlich kann auch jeglicher Zweifel dazu ausgeräumt werden, ob die Pflegekasse die Bescheidverzögerung tatsächlich selbst verschuldet hat. Dazu sind bspw. telefonische Ermittlungen notwendig bei den Medizinischen Diensten, bei den betroffenen Versicherten selbst und ggf. auch bei Krankenhäusern, in denen die Versicherten ggf. zwischenzeitlich versorgt werden mussten. Grund dafür ist, dass zunächst festgestellt werden muss, ob die Pflegekasse für die Überschreitung der gesetzlichen Fristen verantwortlich ist. Dies kann nicht allein anhand der 25-Arbeitstagefrist beurteilt werden, da auch die Verzögerungsgründe berücksichtigt werden, die durch den Antragstellenden entstehen (z. B. Krankenhausaufenthalt, Urlaub, Verzug). Diese werden den Pflegekassen in Regel vollständig erst bei Kenntnis des Pflegegutachtens des Medizinischen Dienstes bekannt. Das wiederum hat zur Folge, dass die Pflegekasse mangels vollends plausibler Prüfmöglichkeit vor der Bescheiderteilung dem Grunde nach nicht die Fristverletzung abschließend feststellen.

Insgesamt ist die wöchentliche Auszahlung enorm aufwändig für die Pflegekassen und kann zumeist nicht durch automatisierte technische Systeme erfolgen, welche die Pflegekassen – eigens zur schnellen Antragsbearbeitung – implementiert haben.

**Der Gesetzentwurf erkennt nun die beschriebenen Aufwände der Pflegekassen tatsächlich an und dies wird vom BKK Dachverband ausdrücklich gewürdigt.** Allerdings ist der gut gemeinte Lösungsansatz des Gesetzgebers, welcher den Pflegekassen zusätzlich 15 Arbeitstage für die Auszahlung der pauschalen Zusatzzahlung einräumt, **leider nicht praxistauglich** und verlagert lediglich die auch vom Gesetzgeber anerkannten bürokratischen Aufwände der Pflegekassen. Denn auch mit den zusätzlichen 15 Arbeitstagen muss die Pflegekasse einen vorgelagerten (wie oben beschrieben) aufwändigen Prozess etablieren, welcher die Prüfung der Verzögerungsursachen eruiert und die Auszahlung – ggf. noch vor der eigentlichen Bescheiderteilung – vorbereitet.

Besser wäre es aber für die Pflegekassen, wenn die bisherige Praxis, nach welcher die Auszahlung der Zusatzzahlungen (sofern sie berechtigt sind), erst mit dem Leistungsbescheid der Pflegekassen erfolgt und dies im Gesetz auch konkret so beschrieben wird.

Davon profitieren letztlich auch die pflegebedürftigen Versicherten. Denn nichts ist schlimmer für eine vertrauensvollen Zusammenspiel von Versicherten und ihrer Pflegekasse, wenn im Verlauf der aufwendigen Prüfung festgestellt wird, dass ein Anspruch auf die pauschale Zusatzzahlung nicht bestand und **bereits ausgezahlte Beträge wieder zurückgefordert werden müssen** und – im schlimmsten Fall – deshalb auch rechtliche Streitigkeiten entstehen. Auch die Versichertengemeinschaft profitiert: **Eine effiziente und unbürokratische Prüfung sowie Auszahlung der Anträge und gegebenenfalls berechtigter Zusatzzahlungen ist mit geringeren Kosten verbunden.** Der GKV-Spitzenverband hat hierzu Berechnungen durchgeführt: Die Auszahlung der pauschalen Zusatzzahlung nach § 18c Absatz 5 Satz 1 SGB XI laufend für jede begonnene Woche der Fristüberschreitung und nicht erst nach Abschluss des Verwaltungsverfahrens dürfte zu jährlichen Mehrausgaben von geschätzt jährlich ca. 74 bis 100 Mio. Euro an zusätzlichen Verwaltungskosten (§ 46 Abs. 3 Satz 1 SGB XI) führen: Im Kalenderjahr 2024 lagen bei insgesamt 2.939.000 Fällen, bei denen Fristen nach § 18c SGB XI einzuhalten waren, in ca. 639.800 Fällen eine Fristüberschreitung vor. Davon waren ca. 294.000 Fristüberschreitungen von den Pflegekassen zu vertreten. Rund 345.800 Fristüberschreitungen waren nicht von den Pflegekassen zu vertreten (vgl.: [GKV-SV](#)). Die nunmehr angedachte 15 Arbeitstagerregelung dürfte sich finanziell in einer ähnlichen Größenordnung bewegen.

In diesem Zusammenhang ist zudem auf folgende Verwerfungen hinzuweisen:

Die rechtliche Maßgabe zur Zahlung der pauschalen Zusatzzahlungen bei Verfristung der Leistungsbescheide gem. § 18c SGB XI ist mittlerweile in weiten Teilen der Bevölkerung bekannt. Aus diesem Grund wird von den Pflegekassen beobachtet – da eine Verfristung der Begutachtung durch die Medizinischen Diensten grundsätzlich den Pflegekassen angelastet wird – dass sich einerseits ein vermeintlicher Mitnahmeeffekt etabliert. So nehmen Hinweise zu, dass Anträge auf Leistungen der Pflegekassen mehrfach und in kürzeren Abständen gestellt werden und eine Verfristung dabei erhofft bzw. sogar selbst verursacht wird – bspw. durch das hohe Begutachtungsaufkommen bei den Medizinischen Diensten – um die Zusatzzahlung von 70 €/Woche in jedem Fall zu erhoffen. Andererseits ist festzustellen, dass die pauschalen Zusatzzahlungen gem. § 18c SGB XI auch dann ausgezahlt werden müssen, wenn das Gutachten des Medizinischen Diensten im Ergebnis feststellt, dass kein Pflegegrad vorliegt und daher auch keine Leistungen der SPV erwartet werden können. In diesem Fall wird der Zweck der pauschalen Zusatzzahlungen – schnellere Antragsverfahren und Überbrückungsleistungen für Pflegebedürftige - ad absurdum und Bürokratie entgegen der Intention des Gesetzes aufgebaut. Zudem wird – angesichts der angespannten Finanzsituation der SPV –

ungerechtfertigte finanzielle Belastungen provoziert. Der BKK Dachverband plädiert daher ergänzend dafür, die pauschale Zusatzzahlungen für diese Fallkonstellationen auszuschließen, wofür wiederum das Ende der Verwaltungsverfahren zur Beurteilung zwingend wäre.

#### ÄNDERUNGSVORSCHLAG:

Artikel 1 Nummer 16a Doppelbuchstabe aa wird gestrichen und durch folgende Formulierung ersetzt:

*aa) Satz 1 und 2 werden wie folgt geändert:*

*Erteilt die Pflegekasse den schriftlichen Bescheid über den Antrag nicht innerhalb von 25 Arbeitstagen nach Eingang des Antrags oder wird eine der in § 18a Absatz 5 und 6 genannten verkürzten Begutachtungsfristen nicht eingehalten, hat die Pflegekasse nach Fristablauf Abschluss des Verwaltungsverfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit für jede begonnene Woche der Fristüberschreitung unverzüglich 70 Euro an den Antragsteller zu zahlen. Dies gilt nicht, wenn die Pflegekasse die Verzögerung nicht zu vertreten hat oder wenn sich der Antragsteller in vollstationärer Pflege befindet und bereits bei ihm mindestens erhebliche Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten (mindestens Pflegegrad 2) festgestellt sind oder wenn die Entscheidung nach Absatz 1 ergibt, dass nicht mindestens geringe Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder Fähigkeiten (mindestens Pflegegrad 1) festgestellt wurden.*

#### **Zu Nr. 25: Empfehlungen zur Hilfsmittel- und Pflegehilfsmittelversorgung (§ 40 SGB XI)**

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 Leistungserbringer) führt dies sowohl beim GKV-Spitzenverband, den Leistungserbringern als auch bei den Pflegekassen zu einem unverhältnismäßig hohen 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 zum Nutzen dieser Regelung. Echte Steuerungsmöglichkeiten durch Verträge bestehen in diesem Bereich nicht.

Um den Versicherten einen einfachen Zugang zu den benötigten Leistungen zu ermöglichen und 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.

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 gewendet haben, die Versorgungsprozesse ohne Qualitätsnachteile entbürokratisiert und beschleunigt werden. Und darüber hinaus kostengünstigere, bedarfsgerechtere, flexiblere 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.

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 doppelunktionalen Hilfsmitteln im Sinne von § 40 Absatz 5 SGB XI immer wieder zu Abgrenzungsfragen. Dies könnte vermieden werden, wenn für beide Leistungsbereiche einheitliche Zuzahlungsregelungen gelten.

#### ÄNDERUNGSVORSCHLAG:

*Artikel 1 Nummer 20 wird gestrichen.*

Ergänzend erfolgen folgende Änderungen im Artikel 1 Nummer 20:

*§ 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 01.01.2026 einen pauschalen Betrag von 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.“*

*In § 40 Absatz 3 SGB XI werden die Sätze 4 und 5 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 (Folgeänderung):*

*„Die Sätze 1 bis 3 gelten ab dem 01.01.2026 nicht für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel gemäß § 40 Absatz 2.“*

*§ 78 Absatz 2 SGB XI wird 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.“*

### **Zu Nr. 16: Eigenverantwortliche Erbringung von Leistungen durch Pflegefachpersonen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung; eigenverantwortliche Verordnung häuslicher Krankenpflege durch Pflegefachpersonen; Evaluation (§ 73d SGB V)**

Es wird ausdrücklich begrüßt, dass der langjährigen Forderung des BKK Dachverbandes nach der Erweiterung der Kompetenzen von Pflegenden nun mit konkreten Schritten Rechnung getragen wird. Dies ist ein Meilenstein in der Versorgung, der vor dem Hintergrund der aktuellen Herausforderungen in der Versorgung der Versicherten dringend geboten ist.

Vor allem mit Blick auf eine zügige und praktikable Umsetzung, regen wir im Folgenden einige dringliche Änderungen bzgl. der vorgelegten Regelungen an:

**Wirtschaftlichkeit sicherstellen:** Mit § 73d SGB V (neu) normiert der Gesetzgeber Teil einer neuen Regelversorgung. Dies unterscheidet diese Regelungen grundsätzlich von den Modellprojekten nach § 63 Abs. 3c und § 64d SGB V. Insofern gilt (da nicht anders ausgeführt) der Grundsatz der Beitragsstabilität nach § 71 SGB V. Folglich müssen die heilkundlichen Tätigkeiten, die durch Pflegefachpersonen mit entsprechender Qualifikation erbracht werden, in Bezug zur morbiditätsorientierten Gesamtvergütung (MGV) der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung gesetzt und bereinigt werden. Im vorliegenden Entwurf müssen über die Anpassung in § 87 SGB V hinaus im Vertrag konkrete Regelungen zur Bereinigung verankert werden. Auch für die Pflegefachpersonen steigt mit zunehmender Kompetenz die wirtschaftliche Verantwortung, diesem Aspekt muss ebenfalls Rechnung getragen werden (siehe Änderungsvorschlag I).

In Bezug auf die eigenverantwortliche Erbringung von Leistungen durch Pflegefachpersonen im Rahmen der Krankenhausbehandlung (zu streichender § 112a) kommt es ebenfalls durch die Übertragung von Verantwortlichkeiten zu einer Verschiebung von Personalkosten

innerhalb der Leistungserbringung. Etwaige Effekte sind bei der Abgrenzung vom Pflegebudget zum aG-DRG-System im Rahmen von Normierungsmaßnahmen verpflichtend zu berücksichtigen.

**Schiedspersonenregelung:** Als Konfliktlösungsmechanismus ist in Abs. 2 eine Schiedspersonenregelung vorgesehen. Dies erscheint aus Sicht des BKK Dachverbandes nicht angemessen. So ist die zur Diskussion stehende Materie hochkomplex und es handelt sich auch aus fachlicher Perspektive um völliges Neuland. Durch die Schiedsperson „gemittelte“ Kompromisse zwischen den Vertragsparteien wären für die vom Gesetzgeber beabsichtigte reibungslose Umsetzung des Rahmenvertrages und auch die Anschlussfähigkeit an die in Aussicht stehende Advanced Practice Nurse (APN) kontraproduktiv. Der BKK Dachverband regt in diesem Zusammenhang an, hierfür eine Schiedsstelle bestehend aus einem Vorsitzenden sowie zwei unparteiischen Stellvertretern (ein Stellvertreter mit explizit pflegerischer Expertise/ ein Stellvertreter mit explizit medizinischer Expertise) vorzusehen. Dies sichert auch in einer (wahrscheinlichen) Schiedssituation den Praxisbezug und die reibungslose Umsetzung der vertraglichen Regelungen. Ergänzend ist davon auszugehen, dass der Vertrag aufgrund weiterer fachlicher und/oder gesetzlicher Entwicklungen auch zukünftig entsprechend angepasst werden muss und die fachliche Kontinuität durch eine Schiedsstelle besser gewährleistet werden kann (siehe Änderungsvorschlag II).

**Außerklinische Intensivpflege/ psychiatrische häusliche Krankenpflege:** Entsprechend der Gesetzesbegründung können Gegenstand des Rahmenvertrages nach Abs. 1 auch Folgeverordnungen im Bereich „der Intensivversorgung und der psychiatrischen Versorgung“ sein. Im Bereich der Intensivversorgung würde diese Möglichkeit der gesetzgeberischen Regelung in § 37c Abs. 1 Satz 2 SGB V (Verordnung durch einen besonders qualifizierte/n Ärztin/Arzt sowie der enge Austausch bzgl. Therapieziel mit dem Versicherten durch die/den Ärztin/Arzt etc.) 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 § 73b SGB V avisierten Pflegenden nicht fachgerecht und für das angestrebte Versorgungsniveau in der außerklinischen Intensivpflege für die Versicherten äußerst kontraproduktiv.

Auch in der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege hat der G-BA nach intensiven fachlichen Beratungen aufgrund der hochkomplexen Fallkonstellationen die Verordnungsbefugnis grundsätzlich nur speziellen Facharzt- bzw. Therapeutengruppen (FA für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychotherapeuten etc.) erteilt. Hier

wäre die Übertragung auf die in § 73b SGB V adressierten Pflegenden ebenfalls nicht sachgerecht. Insofern regen wir dringend an, die beiden genannten Versorgungsbereiche in der Gesetzesbegründung zu streichen.

**Streichung des § 37 Abs. 8 ff SGB V:** Mit der Festlegung von Dauer und Häufigkeit der Verordnung durch speziell qualifizierte Pflegefachpersonen (§ 37 Abs. 8 ff SGB V) hat der Gesetzgeber mit dem „Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung“ einen sehr zurückhaltenden Schritt in Richtung Kompetenzerweiterung in der häuslichen Krankenpflege getan. Mit dem nun vorliegenden Gesetzentwurf hat der Gesetzgeber diesen ersten Schritt konsequent zu Ende gedacht und u.a. mit dem § 73d SGB V (neu) den Weg für eine (vollständige) Folgeverordnung in der HKP geebnet. Insofern wurde die Regelung nach § 37 Abs. 8 SGB V „überholt“.

In diesem Zusammenhang – und vor dem Hintergrund der aus den Verhandlungen nach § 73d SGB V (neu) höchstwahrscheinlich resultierenden ohnehin komplexen Qualifikations- bzw. Kompetenzmatrix – regt der BKK Dachverband an, § 37 Abs. 8 -10 zu streichen, da dieser (auch in Bezug auf die Evaluation; siehe § 73d Abs. 4 SGB V) aus unserer Sicht vollständig in der vorliegenden Regelung aufgeht.

**Stationäre Pflegeeinrichtungen mitdenken:** Ausweislich Absatz 2 können in stationären Pflegeeinrichtungen n. § 71 Abs. 2 SGB XI Pflegefachpersonen nur konsiliarisch durch einen Pflegedienst n. § 132a Abs. 4 heilkundlich tätig werden. Dies erscheint weder vor dem Hintergrund der Bedarfe in den stationären Pflegeeinrichtungen noch aus Effizienzgründen sinnvoll (extra Anfahrt durch den Pflegedienst vs. Pflegeperson vor Ort etc.). Auch in § 7 Abs. 1 des Rahmenvertrags n. § 64d SGB V sind die stationären Pflegeeinrichtungen explizit benannt. Insofern wären diese in Abs. 2 zu ergänzen (siehe Änderungsvorschlag III).

## ÄNDERUNGSVORSCHLAG I

Artikel 2 Nummer Nr. 8 wird wie folgt gefasst:

*In § 73d Abs. 1 wird folgende Ergänzung vorgenommen:*

„4. Eckpunkte zur Sicherstellung einer wirtschaftlichen Leistungserbringung durch entsprechend qualifizierte Pflegende. Die Maßnahmen zur Gewährleistung der Wirtschaftlichkeit nach dem einheitlichen Bewertungsmaßstab gelten entsprechend.“

## ÄNDERUNGSVORSCHLAG II

Artikel 2 Nummer Nr. 12 wird wie folgt gefasst:

*In § 73d Abs. 3 werden folgende Streichungen/Änderungen vorgenommen:*

*„(2) Kommt der Rahmenvertrag nach Absatz 1 ganz oder teilweise nicht zustande nicht innerhalb der Frist nach Absatz 1 Satz 1 zustande, wird der Inhalt des Rahmenvertrags auf Antrag eines der können die Vertragspartner oder ~~des~~ das Bundesministerium für Gesundheit die Schiedsstelle anrufen. Sie setzt innerhalb von drei Monaten den betreffenden Rahmenempfehlungsinhalt fest. ~~durch eine von den Vertragspartnern innerhalb eines Monats zu bestimmende unabhängige Schiedsperson innerhalb von drei Monaten festgelegt.~~ Die Vertragspartner nach Absatz 1 bilden erstmals bis zum 30.06.2026 eine gemeinsame Schiedsstelle. Sie ist paritätisch aus Vertretern der Krankenkassen sowie der in Abs. 1 genannten Leistungserbringerorganisationen, so wie aus einem unparteiischen Vorsitzenden und zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern zu besetzen. Die Amtsdauer beträgt vier Jahre. Über den Vorsitzenden und die zwei weiteren unparteiischen Mitglieder sowie deren Stellvertreter sollen sich die Rahmenempfehlungspartner einigen. Einigen sich die Vertragspartner nicht fristgerecht auf eine Schiedsperson, so wird diese vom Bundesamt für Soziale Sicherung bestimmt. Die Kosten des Schiedsverfahrens tragen die Vertragspartner zu gleichen Teilen.“*

## ÄNDERUNGSVORSCHLAG III:

Artikel 2 Nr. 12 wird wie folgt gefasst:

*In § 73d Abs. 2 wird folgende Streichungen/Änderungen vorgenommen:*

*(2) Die in Absatz 1 genannten Vertragspartner haben unter Beachtung der Vorgaben von § 15a Absatz 1 in dem Vertrag auch festzulegen, auf der Grundlage welcher Kompetenzen Pflegefachpersonen die nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und 2 vereinbarten Leistungen jeweils eigenverantwortlich erbringen oder verordnen können. Pflegefachpersonen können die nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und 2 vereinbarten Leistungen bei an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringern, ~~und~~ bei Leistungserbringern nach § 132a Absatz 4 **und nach § 71 Abs. 2 SGB XI** erbringen oder verordnen. Den maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene im Sinne des § 118a Absatz 1 Satz 1 des Elften Buches und der Bundesärztekammer ist vor Abschluss des Vertrags Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; sie haben das Recht, an den Sitzungen der in Absatz 1 Satz 1 genannten Vertragspartner teilzunehmen. Die Stellungnahmen sind beim Entscheidungsprozess der in Absatz 1 genannten Vertragspartner zu berücksichtigen. Wissenschaftliche Expertisen, die nach § 8 Absatz 3c Satz 1 des Elften Buches gefördert wurden, sollen hinsichtlich der Kompetenzanforderungen und dazugehörigen Aufgaben bei der Vereinbarung der Leistungen nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und 2 berücksichtigt werden.*

## ÄNDERUNGSVORSCHLAG V:

Artikel 2 Nr. 14 NEU wird ergänzt:

*Nach § 87a Absatz 5 Satz 9 wird folgender Satz ergänzt:*

***Der Bewertungsausschuss beschließt spätestens sechs Monate nach Inkrafttreten des Vertrages nach § 73d Absatz 1 SGB V (neu) geeignete pauschalierende Verfahren zur Bereinigung des Behandlungsbedarfs in den Fällen des § 73d Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V.***

## **Nr. 20 Finanzierung des Strukturfonds (§ 105 Absatz 3)**

Die geplante Regelung sieht vor die Finanzierung von Fördermaßnahmen zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung so anzupassen, dass eine vermeintliche Unterfinanzierung in Folge der Entbudgetierung der Hausärzte behoben würde. Die Umsetzung der vorgeschlagenen Änderung führt zu zusätzlichen Kosten im Bereich der vertragsärztlichen Versorgung und wird daher abgelehnt.

Der BKK Dachverband hält eine Koppelung der Finanzierung des Strukturfonds an die morbiditätsorientierte Gesamtvergütung generell für nicht sachgerecht. Die Finanzierung des Strukturfonds in § 105 Absatz 1a SGB V sollte generell dahingehend reformiert werden, dass der ärzteseitige Finanzierungsanteil nicht mehr allein aus der MGV aufgebracht werden muss, sondern analog zu Verwaltungskosten in Form eines Abschlags auf die Honorarsumme im jeweiligen Honorarbescheid der Arztpraxen.

### **Zu Nr. 28: Sicherung der Datengrundlagen für den Risikostrukturausgleich (§ 273 SGB V)**

Die Betriebskrankenkassen befürworten das Bestreben des Gesetzgebers, die Prüfverfahren zu beschleunigen. Ziel muss es sein zu einem angemessenen Verhältnis von Verfahrenssicherheit, Effektivität der Prüfungen, den Kosten, die durch die Vorhaltung der prüfrelevanten Daten entstehen, sowie zeitnahe Ausgleich von Korrekturbeträgen zu kommen.

Der nun angestrebte Zeitraum von 15 Jahren erscheint dabei zwar kaum geeignet, dieses angemessene Verhältnis zu erreichen. Allerdings erachten die Betriebskrankenkassen die Verlängerung der, in § 7 Absatz 2 Satz 4 RSAV genannten, Aufbewahrungsfrist als notwendig, um die bereits eingeleiteten Prüfungen, die nun bezogen auf der Berichtsjahr 2013 zu verjähren drohen, zu einem Abschluss zu bringen. Analoge Wirkungen entstehen dabei auch für die laufenden Prüfungen mit Bezug auf die Berichtsjahre 2014 und 2015, die dann wiederum zum Jahresende 2029 bzw. 2030 abzuschließen wären.

Die Verlängerung der Aufbewahrungsfristen bzw. Festlegung eines Prüfabschlusszeitpunktes ist zwingend erforderlich, um alle identifizierten Sachverhalte umfassend zu prüfen. So lässt sich einer Ungleichbehandlung vorbeugen, die sich beispielsweise durch eine Sanktionierung der Hausarztverträge jüngerer Jahre und einer Außerachtlassung anderer Sachverhalte, die in den Berichtsjahren 2013 bis 2015 zu sanktionieren wären, ergeben würde.

### III. ERGÄNZENDER ÄNDERUNGSBEDARF

#### **Aufhebung der Mandatsbegrenzung für ehrenamtliche Mitglieder des Medizinischen Dienstes (§279 und §282 SGB)**

Die gesetzlichen Regelungen in §279 und §282 SGB V beschränken derzeit die ehrenamtliche Tätigkeit kassenseitiger Vertreterinnen und Vertreter in den Verwaltungsräten der Medizinischen Dienste auf maximal zwei Amtsperioden und erlauben ihnen nur ein weiteres Ehrenamt in der Sozialversicherung. Diese Begrenzungen gelten nicht für andere Mitgliedergruppen (z.B. Patienten- oder Berufsvertreter). Obwohl diese Regelungen ursprünglich eine ausgewogene Mandatsverteilung sichern sollten, führen sie in der Praxis zu erheblichen Nachteilen.

Die derzeitige Begrenzung der Amtszeiten führt dazu, dass erfahrene und eingearbeitete Mitglieder der Verwaltungsräte frühzeitig ausscheiden müssen. Dies hat einen Verlust an Expertise zur Folge, mindert die Kontinuität und Qualität der Entscheidungsfindung und schwächt dadurch die Selbstverwaltung insgesamt. Gleichzeitig wird der Kreis potenzieller Kandidatinnen und Kandidaten unnötig eingeschränkt, was künftig personelle Engpässe bei der Besetzung der Gremien verursachen könnte.

**Vor diesem Hintergrund sollte, die Begrenzung der Anzahl der Ehrenämter sowie der Amtsperioden für kassenseitige Vertreterinnen und Vertreter in den Verwaltungsräten der Medizinischen Dienste gestrichen werden.** Dies würde die Einbindung von Erfahrungen aus verschiedenen Bereichen der Sozialversicherung eine wertvolle trägerübergreifende Perspektive eröffnen, die die Qualität der Entscheidungsfindung stärkt. Eine Aufhebung der Begrenzung auf zwei Amtszeiten entspräche im Übrigen der allgemeinen Regelung der Amtszeiten der Selbstverwaltungsorgane der Sozialversicherung gemäß § 58 SGB IV, die u.a. auch für den GKV-Spitzenverband (§ 217b Absatz 1 Satz 3 SGB V) gelten.