Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
21(14)129(1)
gel. VB zur öffent. Anh. am
25.11.2026 - PNOG
20.11.2026

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 18.11.2026

zum Entwurf eines Gesetzes zur Neuordnung der Pflegeversicherung (Pflegeneuordnungsgesetz – PNOG)

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 5

II. Stellungnahme 10

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch) 10

Nr. 4 – § 5 Prävention in Pflegeeinrichtungen und in der häuslichen Pflege, Vorrang von Prävention und medizinischer Rehabilitation 10

Nr. 6 – § 7 Aufgaben der Pflegekassen 11

Nr. 6 – § 7a Pflege-Cockpit 12

Nr. 7 – § 7b Aufklärung und Auskunft durch die Pflegekassen 14

Nr. 8 – § 7c Pflegebegleitung 15

Nr. 8 – § 7d Angebotsstruktur und Finanzierung der Pflegebegleitung 17

Nr. 9 – § 7e Pflegestützpunkte; Verordnungsermächtigung 21

Nr. 10 – § 8 Absatz 4 Gemeinsame Verantwortung 22

Nr. 11 – § 8a Absatz 4 Gemeinsame Empfehlungen zur pflegerischen Versorgung und zu deren Sicherstellung 24

Nr. 13 – § 10 Kompetenzzentrum Digitalisierung und Pflege 26

Nr. 13 – § 11 Förderung von Innovation und Digitalisierung 28

Nr. 13 – § 12 Förderung guter Versorgung 31

Nr. 15 – § 14 Absatz 1 Begriff der Pflegebedürftigkeit 33

Nr. 16 – § 15 Ermittlung des Grades der Pflegebedürftigkeit, Begutachtungsinstrument 34

Nr. 17 – § 17 Begutachtungs-Richtlinien und Pflegebegleitungs-Richtlinien 35

Nr. 18 – § 18 Absatz 1 Satz 4 Beauftragung der Begutachtung 36

Nr. 18 – § 18 Absatz 1a Beauftragung der Begutachtung 38

Nr. 19 – § 18a Begutachtungsverfahren 39

Nr. 20 – § 18b Inhalt und Übermittlung des Gutachtens 40

Nr. 21 – § 18c Absatz 5 Entscheidung über den Antrag, Fristen 41

Nr. 22 – § 18f Beirat zur Weiterentwicklung des Pflegebedürftigkeitsbegriff, des Begutachtungsinstrumentes und des Verfahrens zur Pflegebegutachtung 42

Nr. 25 – § 30 Dynamisierung 44

Nr. 26 – § 33 Leistungsvoraussetzungen 46

Nr. 27 a) – § 34 Ruhen der Leistungsansprüche 47

Nr. 27 b) – § 34 Ruhen der Leistungsansprüche bei stationärer Versorgung in Kinder- und Jugendhospizen 48

Nr. 28 – § 35b Abtretung bei Kostenerstattung 49

Nr. 29 – § 36 Sachleistungsbudget 50

Nr. 30 – § 37 Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen 52

Nr. 31 – § 38 Kombination von Geldleistung und Sachleistung 54

Nr. 32 – § 39 Überbrückungsbudget 55

Nr. 32 – § 39a Pflegesachleistungen in pflegerischen Akutsituationen 57

Nr. 33 – § 40 Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel 59

Nr. 36 – § 41 Tagespflege und Nachtpflege 62

Nr. 37 – § 42 Kurzzeitpflege 63
Nr. 39 – § 43 Vollstationäre Pflege 64
Nr. 40 – § 44 Absatz 1 Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen 65
Nr. 41 – § 45a Angebote zur Unterstützung im Alltag 66
Nr. 41 – § 45b Sozialraumbudget 68
Nr. 42 – § 45c Förderung der Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen und des Ehrenamts, Verordnungsermächtigung 70
Nr. 43 – § 45e Fördermittel Geschäftsstelle 72
Nr. 46 – § 46 Absatz 3 Satz 1 Pflegekassen; hier: Verwaltungskosten 73
Nr. 47 – § 53e (neu) Datenbank des Medizinischen Dienstes Bund zu den Ergebnissen von Begutachtungen und Qualitätsprüfungen 74
Nr. 48 – § 55 Beitragssatz, Beitragsbemessungsgrenze 77
Nr. 49 – § 61a Bundesbeteiligung 78
Nr. 50 bis 52 – § 63 bis 65 Mittelsoll 79
Nr. 53 – § 69 Sicherstellungsauftrag 81
Nr. 54 – § 72 Zulassung zur Pflege durch Versorgungsauftrag 82
Nr. 55 – § 73a Absatz 3 Beeinträchtigungen bei Versorgungsverträgen 85
Nr. 56 – § 75 Rahmenverträge, Bundesempfehlungen und -vereinbarungen über die pflegerische Versorgung 86
Nr. 57 – § 75a Praktische Erprobung innovativer Konzepte 87
Nr. 59 – § 82 Finanzierung der Pflegeeinrichtungen 89
Nr. 60 – § 82c Wirtschaftlichkeit von Personalaufwendungen 90
Nr. 61 – § 84 Bemessungsgrundsätze 94
Nr. 62 – § 87a Berechnung und Zahlung des Heimentgelts 95
Nr. 63 – § 88b Erstattung von Vorhaltekosten bei Akut-Kurzzeitpflege 96
Nr. 69 – § 113 Absatz 1c Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität 98
Nr. 70 – § 113b Qualitätsausschuss Absätze 8 bis 11 99
Nr. 71 – § 113c Absatz 8 bis 10 Personalbemessung in vollstationären Pflegeeinrichtungen 100
Nr. 73 – § 113e Transformationsstellenanteile in vollstationären Pflegeeinrichtungen 101
Nr. 74 – § 114a Absatz 7 Satz 3, Sätze 5 und 6 Durchführung der Qualitätsprüfungen 104
Nr. 79 – § 125a Modellvorhaben zur Erprobung der Telepflege 105
Nr. 83 – § 134 Abs. 4 (neu) Verwaltung und Anlage der Mittel 106
Nr. 84 – § 135 Absatz 4 Zuführung der Mittel 107
Nr. 86 – § 142b Übergangsregelung zur Anpassung der Schwellenwerte und § 142c Übergangsregelung zu den Inhalten des Gutachtens nach § 18b Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 108
Artikel 2 (Weitere Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch) 109
Nr. 10 – § 55c neu Beitragszuschlag für familienversicherte Ehegatten und Lebenspartner 109
Nr. 12 – § 59b Beitrag des Arbeitgebers bei geringfügiger Beschäftigung 111
Artikel 3 (Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch) 113
Nr. 3 – § 28l Vergütung 113
Artikel 4 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) 114
Nr. 2 – § 20 Absatz 1 Primäre Prävention und Gesundheitsförderung 114
Nr. 3 – § 20b Absatz 3 Betriebliche Gesundheitsförderung 115
Nr. 4 – § 20c Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren 116
Nr. 5 – § 25 Gesundheitsuntersuchungen 117

Nr. 6 – § 39a - Stationäre Hospizleistungen 118
Nr. 8 Buchstabe a – § 40 Absatz 3 Satz 2 119
Nr. 8 Buchstabe b – § 40 Absatz 3 Satz 18 120
Artikel 5 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) 121
Nr. 2 – § 39 Absatz 1a Satz 12 (neu) Entlassmanagement nach Krankenhausbehandlung 121
Artikel 6 (Änderung des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch) 122
Nr. 1 – § 3 Sonstige Versicherte 122
III. Ergänzender Änderungsbedarf 123
Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch) 123
§ 5 Absatz 3 SGB XI Prävention 123
§ 25 Familienversicherung 124
§ 45h Leistungen in gemeinschaftlichen Wohnformen mit Verträgen zur pflegerischen Versorgung gemäß § 92c 125
§ 61b Liquiditätshilfe 126
§ 115 Absätze 3 und 3b 127
§ 125a Absatz 2 (neu) 128
Artikel 4 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) 129
§ 293 Abs. 8 SGB V Kennzeichen für Leistungsträger und Leistungserbringer 129

I. Vorbemerkung

Der vorliegende Gesetzentwurf adressiert sowohl die Sicherstellung einer stabilen Finanzierung als auch die Weiterentwicklung der Versorgungsstruktur der sozialen Pflegeversicherung (SPV). Der GKV-Spitzenverband begrüßt ausdrücklich, dass nunmehr ein Reformvorschlag vorliegt, mit dem die bestehenden dringenden Handlungsbedarfe und insbesondere die finanzielle Stabilisierung der SPV angegangen werden sollen.

Die SPV befindet sich seit Jahren in einer finanziell prekären Lage. Im Jahr 2025 wurde die finanzielle Stabilität der SPV ausschließlich durch ein Darlehen des Bundes von 500 Millionen Euro sichergestellt. Für das laufende Jahr 2026 erwartet der GKV-Spitzenverband ein Defizit von rund 1,2 Milliarde Euro, und dies trotz der Gewährung eines weiteren Darlehens in Höhe von 3,2 Milliarden Euro. Ohne politisches Gegensteuern besteht für das Jahr 2027 absehbar ein ungedeckter Finanzierungsbedarf von rd. 10 Milliarden Euro, einerseits zur Deckung des erwarteten Defizits (rd. 7,5 Milliarden Euro) und andererseits zur zwingend erforderlichen Aufstockung der Finanzmittel (rund 2,5 Milliarden Euro). Diese defizitäre Entwicklung erfolgt trotz mehrfacher Anhebung der Beitragssätze durch den Gesetzgeber, im Juli 2023 um 0,35 Prozentpunkte und zuletzt im Januar 2025 noch einmal um 0,2 Prozentpunkte auf inzwischen 3,6 Prozent.

Zudem werden Pflegebedürftige und ihre Angehörigen seit Langem durch steigende Eigenleistungen belastet. Dies zeigt sich im stationären Bereich bei den von den Pflegebedürftigen zu tragenden Eigenanteilen an den pflegebedingten Kosten sowie bei den Unterbringungskosten. Im Ergebnis steigt damit unaufhaltsam die Zahl derer, die auf Hilfe zur Pflege (SGB XII) angewiesen sind.

Befördert durch die demografische Entwicklung trifft ein steigender Versorgungsbedarf auf ein stagnierendes Versorgungsangebot. Dabei wird bereits heute der Großteil der Pflege in Deutschland in der eigenen Häuslichkeit durch An- und Zugehörige erbracht, vielfach ohne jegliche pflegefachliche Unterstützung. Pflegepersonen sind dabei häufig hohen körperlichen und psychischen Belastungen ausgesetzt. Es bedarf also auch relevanter Entlastungen im ambulanten Bereich und einer Stärkung der häuslichen Pflege. Angesichts des demografischen Wandels, der das Verhältnis zwischen Pflegebedürftigen und professionell und familiär Pflegenden weiter vergrößern wird, ist es geboten, präventive Ansätze zu stärken und auszubauen, um Pflegebedürftigkeit gar nicht erst entstehen zu lassen oder zumindest hinauszuzögern. Auch digitaler und technischer Fortschritt kann dabei helfen, die Pflege in Deutschland zukunftsfest zu machen.

Mit dem vorliegenden Gesetzentwurf werden zwar wichtige Weichenstellungen zur Systemstabilisierung und Präventionsstärkung sowie strukturelle Veränderungen in der Versorgung vorgenommen. Allerdings ist der Gesetzentwurf in der Belastungswirkung unausgewogen und geht einseitig zulasten von Pflegebedürftigen und Beitragszahlenden der SPV. Insbesondere kommen Bund und Länder ihren originären Finanzverpflichtungen unverändert in keiner Weise nach.

Die Finanzsituation der sozialen Pflegeversicherung bleibt weiterhin hoch angespannt. Noch in diesem Jahr werden zusätzliche Mittel benötigt, um die Finanzierung der Ausgaben bis zum Jahresende

sicherzustellen. Und auch im Jahr 2027 werden die im Gesetzentwurf enthaltenen Maßnahmen voraussichtlich nicht ausreichen, den Finanzierungsbedarf im einnahmenschwachen ersten Quartal zu decken.

Sollte der Gesetzentwurf wie vorgelegt beschlossen und zugleich keine weiteren Maßnahmen ergriffen werden, steuert die SPV unmittelbar zu Beginn des nächsten Jahres erneut auf einen Liquiditätsengpass zu. Insbesondere vor diesem Hintergrund ist nicht nachvollziehbar, warum die ursprünglich im Referentenentwurf des BMG vorgesehene Liquiditätshilfe des Bundes (§ 61b SGB XI i. d. F. RefE PNOG), eine strukturelle Regelung analog der Bundesgarantie in der Rentenversicherung, im Gesetzentwurf nicht mehr enthalten ist. Eine solche Bundesgarantie wäre ein Sicherheitsnetz, welches die SPV angesichts der angespannten Finanzsituation dringend benötigt.

Beitragssatzerhöhung belastet Beitragszahlende

Nur durch erneute Darlehen bereits im Herbst 2026 und mit der ambitionierten Erwartung, dass ein schnell folgendes Strukturreformgesetz rechtzeitig wirksam wird, kann die politische Entscheidung, auf eine allgemeine Beitragssatzanhebung zum 1. Januar 2027 zu verzichten, begründet werden – allerdings nur durch erhebliche Belastungen der Pflegebedürftigen und eines Teils der Beitragszahlenden. Mitglieder und Arbeitgeber werden zusammen jährlich mit mindestens 4 Milliarden Euro zusätzlich belastet. Umgerechnet entspricht diese Mehrbelastung einer Beitragssatzerhöhung von 0,2 Beitragssatzpunkten, ohne dass dies in der Sozialabgabenquote ersichtlich wird. Negative Auswirkungen dieser versteckten Beitragssatzerhöhung auf Wachstum, Beschäftigung und verminderte Nettoentgelte sind aber vergleichbar möglich, dies nur mit anderen sektoralen Konzentrationen (Minijobs, Beschäftigte und Selbständige mit beitragspflichtigen Einnahmen oberhalb der gegenwärtig geltenden Beitragsbemessungsgrenze). Im Vergleich zum Referentenentwurf werden Mitglieder mit hohen Einkommen und Arbeitgeber weniger stark belastet, während kinderlose Mitglieder mit 3,3 Milliarden Euro im Jahr die Hauptlast der Reform zu tragen haben.

Eine parallel zur Krankenversicherung geregelte zusätzliche Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze schafft zudem vermehrte Anreize zum Wechsel in die PKV, was GKV und SPV tendenziell schwächen wird. Die großen Herausforderungen, vor denen die Pflegeversicherung steht, fordern eine gemeinsame Kraftanstrengung. In diesem Sinne lässt der vorliegende Gesetzentwurf eine Ausgewogenheit der Lastenverteilung deutlich vermissen. Denn Bund und Länder werden weiterhin nicht zur Übernahme ihrer originären finanziellen Verantwortlichkeiten verpflichtet. Damit wird das Ziel, eine langfristig nachhaltige und faire Finanzierung in der SPV zu etablieren, verfehlt.

Gesamtgesellschaftliche Aufgaben weiterhin durch Beiträge finanziert

Die SPV ist auch deshalb in finanzieller Schieflage, weil der Bund seiner finanziellen Verantwortung für die der SPV auferlegten gesamtgesellschaftlichen Aufgaben nicht nachkommt. So bleibt er zum einen der SPV weiterhin den vollständigen Ausgleich der vorfinanzierten pandemiebedingen Ausgaben aus der Coronapandemie schuldig. Eine Rückzahlung der rund 5,2 Milliarden Euro ist dringend geboten und würde zur kurzfristigen Stabilisierung der Pflegeversicherung wesentlich beitragen. Dass der vorliegende Gesetzentwurf diese Rückzahlung erneut nicht vorsieht, sollte der Deutsche Bundestag dringend korrigieren.

Zum anderen übernimmt die SPV unverändert die Zahlung der Rentenversicherungsbeiträge für pflegende Angehörige, die als gesamtgesellschaftliche Aufgabe ebenfalls vom Bund finanziert werden müssten. Eine sachgerechte Übernahme durch den Bund würde die Beitragszahlenden in der Pflegeversicherung im Jahr 2027 um rund 5,9 Milliarden Euro und nachfolgend um einen jährlich absehbar steigenden Betrag entlasten.

Entlastung der Pflegebedürftigen bleibt aus

Die schwarz-rote Koalition hat sich in ihrem Koalitionsvertrag darauf verständigt, die Eigenanteile in der Pflege wirksam zu begrenzen. Der vorliegende Entwurf sieht jedoch keine Regelung zur Entlastung vor. Steigt die finanzielle Belastung der Pflegebedürftigen weiter unbegrenzt an, wird das auch die Inanspruchnahme der Hilfe zur Pflege weiter anwachsen lassen.

Um stationär versorgte Pflegebedürftige zu entlasten, müssten öffentliche Mittel entsprechend der Verantwortung der staatlichen Akteure eingesetzt werden. So könnte die sachgerechte Übernahme der Investitionskosten durch die Bundesländer Pflegeheimbewohnende um durchschnittlich 500 Euro pro Monat entlasten. Auch eine Übernahme der Ausbildungskosten durch die öffentliche Hand ist ordnungspolitisch geboten und würde zu einer weiteren finanziellen Entlastung nicht nur der Pflegebedürftigen, sondern auch der Kranken- und Pflegekassen führen. Denn Ausbildung ist Ländersache. Eine nachhaltig stabile Finanzierung der SPV muss die Verantwortlichkeiten auch auf der Finanzierungsseite klar zuteilen und darf nicht weiter so ausgestaltet sein, dass gesamtgesellschaftliche Aufgaben durch Beiträge und Eigenanteile quersubventioniert werden.

Kritisch ist weiterhin, dass die nach geltendem Recht für 2028 zugesicherte Steigerung der Leistungsbeträge entsprechend den kumulierten Kerninflationsraten der drei vorherigen Kalenderjahre nun doch nicht erfolgen soll. Dies führt zu einer basiswirksamen und somit dauerhaften Entwertung der Pflegeleistungen: Allein für das Jahr 2028 soll dies eine Einsparung von 4,7 Milliarden Euro bewirken, die in vollem Umfang zulasten aller Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen geht; dies widerspricht der politischen Zielrichtung, die Pflegebedürftigen finanziell nicht stärker zu belasten oder gar ihre Eigenanteile zu senken. Konsequent ist hingegen die geplante jährliche Dynamisierung der Leistungsbeträge, die schneller für einen Inflationsausgleich und damit für mehr Planungssicherheit für Pflegebedürftige und deren Angehörige sorgt. Dies wiegt die mit dem Gesetzentwurf vorgesehenen Belastungen allerdings nicht auf, insbesondere, da sie erst ab 2029 gelten soll.

Angemessene Nachjustierung der Bewertung von Pflegebedürftigkeit

Bei der Ausgestaltung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes, der 2017 mit dem zweiten Pflegestärkungsgesetz eingeführt wurde, wurden die Schwellenwerte zwischen den neugestalteten Pflegegraden entgegen damaligen wissenschaftlichen Empfehlungen unter politischen Erwägungen festgelegt. Infolge ist die Pflegeprävalenz stark gestiegen und die Anzahl von Leistungsbeziehenden in der SPV hat sich seit der Reform auf mittlerweile über 6 Millionen knapp verdoppelt. Angesichts dieser vom Gesetzgeber nicht intendierten Entwicklung ist eine Anpassung der Schwellenwerte und der Bewertungssystematik an die damals abgegebenen wissenschaftlichen Empfehlungen nachvollziehbar. Durch eine Anpassung ausschließlich bei den unteren Pflegegraden wird der Fokus wieder stärker auf besonders schwer Pflegebedürftige mit dem größten Unterstützungsbedarf gerichtet. Das ist zu begrüßen.

Flexibilisierung der Leistungsansprüche

Der hohe Ausdifferenzierungsgrad von Pflegeleistungen wird von den Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen häufig als zu komplex wahrgenommen. Der Gesetzentwurf sieht die Umgestaltung der bisherigen Leistungen in vier neue Budgets vor, wodurch die Leistungsstruktur vereinfacht werden soll. Zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel werden in die Budgets integriert, was unnötige Bürokratie für die Betroffenen abbaut und missbräuchliche Versorgungspraktiken mit vorkonfigurierten Pflegeboxen beendet. Eine größere Zielgenauigkeit der Leistungen ist aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes aber nicht unbedingt zu erwarten. Die Ausweitung der nachweisfreien Nutzung von Leistungen widerspricht darüber hinaus dem berechtigten Anliegen, den Einsatz von Beitragsmitteln bedarfsgerecht und zielgenau zu gestalten.

Pflegebegleitung zur Unterstützung von Pflege durch An- und Zugehörige

Mit dem vorliegenden Gesetzentwurf soll ein neuer Leistungsanspruch auf Pflegebegleitung eingeführt werden. Gerade zu Beginn einer Pflegebedürftigkeit muss die pflegerische Versorgung organisiert und stabilisiert werden. Hierfür können die fachliche Begleitung und Unterstützung eine gute Grundlage sein. Auch die Präventionsorientierung der Pflegebegleitung ist zu begrüßen. Die vorgesehene Fokussierung der Leistungen auf die Inanspruchnahme der Pflegebegleitung und Unterstützung zu Beginn der Pflegebedürftigkeit ist zielführend. Die Pflegebegleitung kann zu einer besseren Versorgungsqualität gerade bei Personen führen, die zuhause ausschließlich von An- und Zugehörigen ohne Nutzung von professionellen Pflegeangeboten gepflegt werden. Voraussetzung hierfür ist allerdings, dass ein entsprechendes Angebot tatsächlich aufgebaut werden kann. Den Pflegekassen ist deshalb hinreichende Flexibilität beim Aufbau der Strukturen einzuräumen und Planungssicherheit zu geben. Die gesetzlich vorgesehene umfangreiche Ausgestaltung der Pflegebegleitung im Zusammenhang mit der erforderlichen aufwendigen organisatorischen Umstrukturierung steht dabei im Widerspruch zur vorgesehenen Reduzierung der Verwaltungskosten. Die Opt-In-Regelung für Kommunen ist in diesem Sinne nicht förderlich, sie birgt die Gefahr des Aufbaus von Doppelstrukturen.

Richtige Schritte für mehr Digitalisierung

Auch in der Pflege ist die Digitalisierung ein zentraler Hebel für eine moderne, unbürokratische Versorgung mit großem Potenzial, das möglichst ausgeschöpft werden sollte. Der GKV-Spitzenverband begrüßt ausdrücklich die hierfür im Gesetzentwurf vorgesehenen Maßnahmen. Pflegeeinrichtungen brauchen weiterhin Unterstützung, die technischen und qualifikationsbezogenen Voraussetzungen für die Digitalisierung von Abläufen zu schaffen. Diese Aufgabe muss gesamtgesellschaftlich erbracht werden, deshalb ist die vorgesehene Förderung durch Bundesmittel aus dem Investitionsfonds Infrastruktur und Klimaneutralität und die anteilige Länderfinanzierung sachgerecht. Auch die Verstetigung des beim GKV-Spitzenverband angesiedelten Kompetenzzentrum Digitalisierung und Pflege ist in diesem Sinne sehr zu begrüßen. Das Kompetenzzentrum verfolgt das Ziel, die Digitalisierung in der Pflegepraxis voranzutreiben und die digitalen Kompetenzen der Pflegekräfte und Pflegeberatenden sowie der Pflegebedürftigen zu stärken.

Prävention stärken

Eine Stärkung von Prävention und geriatrischer Rehabilitation kann Pflegebedürftigkeit verhindern oder hinauszögern und zu gesundem und selbstbestimmten Altern beitragen. Der GKV-Spitzenverband begrüßt daher das Anliegen des vorliegenden Gesetzentwurfes, präventive und rehabilitative Ansätze im Bereich des SGB XI auszubauen und ein präventivorientiertes Leistungsangebot für über 60-jährige im SGB V zu verankern.

Die Kranken- und Pflegekassen tragen durch ihr Engagement bereits heute in hohem Maße dazu bei, der Prävention einen stärkeren Stellenwert zu geben. Aber die Verantwortung für Prävention geht über den Wirkungsbereich der Kranken- und Pflegekassen hinaus. Prävention ist eine Querschnittsaufgabe, die in allen gesellschaftlichen Bereichen zu verorten ist. Im Sinne des „Health in all Policies"-Ansatzes sind alle Akteure gefordert, ihr finanzielles Engagement zu intensivieren.

Für gesundes Altern benötigen Menschen Angebote in ihrem direkten Wohnumfeld. Kommunen nehmen dabei eine Schlüsselrolle ein. Sie können Lebens- und Begegnungsräume schaffen, die zur Förderung von Gesundheit, Mobilität und Selbstständigkeit im Alter beitragen. Prävention gelingt, wenn Menschen bereits frühzeitig in der nachberuflichen Lebensphase sowie zu Beginn einer Pflegebedürftigkeit oder bei niedrigen Pflegegraden erreicht und unterstützt werden, um gesundheitliche Ressourcen zu stärken, soziale Teilhabe aufrechtzuerhalten und bis ins hohe Lebensalter zu ermöglichen. Dafür braucht es gesundheitsfördernde Rahmenbedingungen wie eine altersgerechte Infrastruktur sowie Transparenz über die vielfältigen Angebote aller Akteure.

Der GKV-Spitzenverband fordert für die Stärkung von Prävention von und bei Pflegebedürftigkeit, dass auch Bund, Länder und Kommunen verbindliche – auch finanzielle – Beiträge zur Prävention leisten und den Öffentlichen Gesundheitsdienst als zentralen Akteur der Gesundheitsförderung weiter stärken.

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

II. Stellungnahme

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 4 – § 5 Prävention in Pflegeeinrichtungen und in der häuslichen Pflege, Vorrang von Prävention und medizinischer Rehabilitation

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Neueinfügung des Absatzes 4 wird der GKV-Spitzenverband beauftragt, mithilfe einer wissenschaftlichen Expertise zu untersuchen, welche Risikofaktoren auf eine bereits bestehende oder künftig drohende Pflegebedürftigkeit hinweisen. Diese Erkenntnisse sollen aktiv für Prävention und den Erhalt der Selbstständigkeit pflegebedürftiger Menschen insbesondere bei der Festlegung von Zielen der Prävention und Gesundheitsförderung, der Pflegeberatung und Pflegebegleitung (§ 7c SGB XI), der Leistungserbringung nach § 36 SGB XI (häusliche Pflegesachleistungen) sowie den Beratungsbesuchen nach § 37 Absatz 3 SGB XI genutzt werden. Weiterhin ist dem Bundesministerium für Gesundheit jährlich ein Bericht über den Erfolg der Maßnahmen zur Reduzierung der ermittelten Risikofaktoren vorzulegen sowie über deren Berücksichtigung und Erfolge in der Beratungs- und Leistungspraxis der Pflegekassen.

B) Stellungnahme

Der Vorschlag wird begrüßt, da er die Prävention von Pflegebedürftigkeit stärkt und eine evidenzbasierte Grundlage für frühzeitige Interventionen schafft. Die systematische Identifikation von Risikofaktoren ermöglicht es, präventive Maßnahmen und Beratungsangebote gezielter auszurichten und somit den Erhalt von Selbstständigkeit und Lebensqualität zu fördern. Darüber hinaus schafft die vorgesehene regelmäßige Berichterstattung Transparenz über die Wirksamkeit der Maßnahmen und unterstützt eine kontinuierliche Weiterentwicklung der Beratungs- und Leistungspraxis der Pflegekassen.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 6 – § 7 Aufgaben der Pflegekassen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die bisher in § 12 Absatz 1 und 3 SGB XI geregelten Aufgaben der Pflegekassen werden nunmehr in § 7 Absatz 1 und 2 SGB XI geregelt

B) Stellungnahme

Die Regelung wurde inhaltsgleich aus dem bisherigen § 12 Absatz 1 und 3 SGB XI übernommen. Allgemein ist darauf hinzuweisen, dass der Sicherstellungsauftrag der Pflegekassen und die gesetzlich vorgesehene Versorgungsverantwortung der Kassen (z. B. Netzwerkarbeit, kommunale Versorgungssteuerung und sektorenübergreifende Koordination) im Zusammenspiel mit den Aufgaben der Länder und Kommunen für deren regionale Versorgungsstrukturen weiterhin in den Blick genommen werden muss (Vermischung von Infrastrukturverantwortung (Land/Kommune) und Sicherstellungsauftrag (Pflegekasse)). Grundsätzlich wird in diesem Zusammenhang auch angemerkt, dass die Eingrenzung der Verwaltungskosten im Verhältnis zu den (sich stetig erweiternden) Aufgaben der Pflegekassen (ohne gesonderte Finanzierung und unter Berücksichtigung der personellen begrenzten Ressourcen) nicht sachgerecht ist.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 6 – § 7a Pflege-Cockpit

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Pflegekassen eröffnen für jede bei ihnen versicherte pflegebedürftige Person jeweils einen einheitlichen digitalen Zugang zu allgemeinen und individuellen Informationen zur Pflegeversicherung, zur Organisation der Pflege und zu bestehenden Unterstützungsmöglichkeiten für Pflegebedürftige und Pflegepersonen sowie zur Kommunikation zwischen Pflegekasse und Versicherten (Pflege-Cockpit). Die Pflegekassen sollen ihren Versicherten zudem bereits vor Feststellung einer Pflegebedürftigkeit einen digitalen Zugang zu Informationen insbesondere zu Präventionsmöglichkeiten und -angeboten und zu allgemeinen Informationen zur Pflegeversicherung sowie zu den Voraussetzungen der Stellung eines Antrags auf Feststellung von Pflegebedürftigkeit zur Verfügung stellen. Die Pflegekassen haben den digitalen Zugang zu den Informationen und Funktionen des Pflege-Cockpits gemäß Absatz 1 Satz 3 Nummer 1 bis 7 spätestens bis zum 1. Juli 2028 für ihre Versicherten zu eröffnen. Die weiteren Funktionen sind spätestens bis zum 1. Januar 2030 bereitzustellen. Der GKV-Spitzenverband evaluiert die Einführung der Pflege-Cockpits bei den Pflegekassen und legt dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 31. Dezember 2030 einen Bericht vor.

B) Stellungnahme

Absatz 1: Eine stärkere Digitalisierung im Bereich der Information und Kommunikation mit den Versicherten wird begrüßt. Über allgemeine Informationen zur Pflegeversicherung informieren die Pflegekassen auf ihren Internetseiten oder über entsprechende Apps bereits heute. Viele der Pflegekassen haben darüber hinaus bereits Portale eingerichtet, die unter anderem den vorgesehenen Funktionen eines Pflege-Cockpits entsprechen, zum Beispiel die Übersicht zu bereits in Anspruch genommenen Leistungen. Dabei wird bereits auf eine zielgruppenspezifische, verständliche Ansprache geachtet.

Bei der Ausgestaltung des vorgesehenen Pflege-Cockpits sollte den Pflegekassen daher Spielraum gegeben werden, damit vorhandene und gut funktionierende digitale Lösungen nicht eingeschränkt oder angepasst werden müssen. Einige Pflegekassen setzen bei allen Vorteilen der Digitalisierung bewusst auch weiterhin auf den persönlichen Kontakt zu den Versicherten und ihren Angehörigen, da mit einer verstärkten Digitalisierung zum Teil auch eine größere Anonymität verbunden ist. Die verschiedenen Kontaktmöglichkeiten sollten sich daher auch in Zukunft sinnvoll ergänzen.

Aufgrund der landesspezifisch geregelten Aufsichten für den Datenschutz wird eine datenschutzkonforme Umsetzung insbesondere für bundesweit aufgestellte Pflegekassen eine Herausforderung. Da der Zugriff auf die vorgesehenen Informationen für Pflegebedürftige und deren Angehörige vorgesehen ist, ist ein sicheres Management der Rollen von Nutzern und Nutzerinnen erforderlich.

Absatz 2: Die Bereitstellung eines Zugangs zum Pflege-Cockpit soll für pflegebedürftige Personen verpflichtend sein. Nach Absatz 2 sollen auch Personen vor der Feststellung einer Pflegebedürftigkeit einen digitalen Zugang zu Informationen zu Präventionsangeboten, zu allgemeinen Informationen zur Pflegeversicherung und zur Antragsstellung erhalten. Die Verknüpfung mit dem Pflege-Cockpit bleibt

unklar, da somit der digitale Zugang allen versicherten Personen zur Verfügung stehen müsste – unabhängig von der Feststellung einer Pflegebedürftigkeit.

Absatz 3: Einem geplanten Start zum 1. Juli 2028 stehen erhebliche Entwicklungsarbeiten entgegen, die erst nach Inkrafttreten des Gesetzes starten können. Ein erweiterter Zeitrahmen würde die Qualität sichern und Umsetzungsrisiken deutlich minimieren. Der erweiterte Zeitrahmen wäre ebenso auf die Evaluation der Einführung des Pflege-Cockpits anzuwenden. Zudem ist auch hier darauf hinzuweisen, dass die geplante Reduzierung der Verwaltungskostenerstattung der Pflegekassen an die Krankenkassen nicht im Einklang mit diesen neuen Aufwänden stehen.

C) Änderungsvorschlag

Siehe Stellungnahme.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 7 – § 7b Aufklärung und Auskunft durch die Pflegekassen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Inhaltlich wird § 7b SGB XI (vormals § 7 SGB XI) insofern geändert, als die Pflegekassen gemäß Absatz 2 Satz 1 die Versicherten und ihre Angehörigen und Lebenspartner in den mit der Pflegebedürftigkeit zusammenhängenden Fragen, insbesondere über die Leistungen der Pflegekassen sowie über die Leistungen und Hilfen anderer Träger zusätzlich zur Information und Aufklärung individuell zu beraten haben. Die übrigen Änderungen beinhalten redaktionelle Folgeänderungen.

B) Stellungnahme

§ 7b SGB XI richtet sich an alle Versicherten, die von der Pflegekasse ”informiert” und “aufgeklärt”, und nunmehr auch “individuell beraten” werden sollen. Gemäß der Gesetzesbegründung handelt es sich um eine Folgeänderung zur Einführung der Pflegebegleitung nach § 7c SGB XI. Es handelt sich bei § 7b SGB XI und § 7c SGB XI (NEU) um Regelungen, die sich mit unterschiedlichen Pflichten der Pflegekassen an unterschiedliche Adressaten wenden, insofern ist eine Ergänzung um eine individuelle Beratung im Rahmen des § 7b SGB XI sachgerecht.

Nach § 7b SGB XI haben die Pflegekassen alle Versicherten und ihre Angehörigen und Lebenspartner in den mit der Pflegebedürftigkeit zusammenhängenden Fragen, insbesondere über die Leistungen der Pflegekassen sowie über die Leistungen und Hilfen anderer Träger, in für sie verständlicher Weise zu informieren und darüber aufzuklären, dass ein Anspruch auf die Übermittlung des Gutachtens des Medizinischen Dienstes oder eines anderen von der Pflegekasse beauftragten Gutachters sowie der gesonderten Präventions- und Rehabilitationsempfehlung besteht. Im Ergebnis geht es um eine allgemeine Informations- und Aufklärungspflicht der Pflegekassen für alle Versicherten und ihre Angehörigen.

Nach § 7c SGB XI haben Pflegebedürftige in häuslicher Pflege und ihre pflegenden An- und Zugehörigen einen Anspruch auf die Pflegebegleitung, der auf eine präventionsorientierte, fachliche Begleitung und Unterstützung abzielt. Er umfasst unter anderem die Gestaltung eines stabilen Versorgungsarrangements unter Berücksichtigung der im Einzelfall erforderlichen Sozialleistungen und gesundheitsfördernden, präventiven, kurativen, rehabilitativen oder sonstigen medizinischen sowie pflegerischen und sozialen Hilfen. Im Ergebnis geht es unter anderem um eine individuelle Beratung für Pflegebedürftige in häuslicher Pflege und ihre pflegenden An- und Zugehörigen.

Durch die maßgebliche Änderung in Absatz 2 Satz 1, dass die Pflegekassen die Versicherten und ihre Angehörigen und Lebenspartner in den mit der Pflegebedürftigkeit zusammenhängenden Fragen, insbesondere über die Leistungen der Pflegekassen sowie über die Leistungen und Hilfen anderer Träger nunmehr auch individuell zu beraten statt lediglich zu „informieren und aufzuklären“ haben, haben auch Personen vor Eintritt einer Pflegebedürftigkeit oder Pflegebedürftige in der stationären Versorgung Zugang zu einer individuellen Beratung, für die der Anspruch nach § 7c SGB XI auf die Pflegebegleitung (noch) nicht greift.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 8 – § 7c Pflegebegleitung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Pflegebegleitung soll ab dem 1. Januar 2029 ein neuer Anspruch für Pflegebedürftige aller Pflegegrade in häuslicher Pflege und für ihre pflegenden An- und Zugehörigen auf eine präventionsorientierte, fachliche Begleitung und Unterstützung in der Pflege bestehen. Die Regelung beinhaltet auch, dass Pflegebedürftige, die Pflegegeld nach § 37 SGB XI beziehen, eine Pflegebegleitung einmal jährlich abzurufen haben. Die bisherige Pflegeberatung nach § 7a SGB XI, die Beratung in der eigenen Häuslichkeit nach § 37 Absatz 3 SGB XI sowie die Schulung in der häuslichen Umgebung des Pflegebedürftigen nach § 45 Absatz 1 Satz 3 SGB XI werden in der neuen Regelung modifiziert aufgegriffen. Der Sicherstellungsauftrag der Pflegebegleitung liegt bei den Pflegekassen, sofern die Übernahme nicht durch die Kommunen angezeigt wird (Näheres hierzu regelt § 7d SGB XI (NEU)).

B) Stellungnahme

Das Ziel des neu ausgestalteten Anspruchs auf die Pflegebegleitung, die gesundheitliche und pflegerische Situation pflegebedürftiger Menschen zu verbessern, ihre Selbstständigkeit zu erhalten, pflegende An- und Zugehörige zu unterstützen und zu entlasten sowie die häusliche Pflegesituation durch ein stabiles Versorgungsarrangement nachhaltig aufrechtzuerhalten, entspricht dem Ziel des bisher geltenden Anspruchs auf eine Pflegeberatung nach § 7a SGB XI und wird begrüßt. Begrüßt wird auch, dass der Anspruch ausdrücklich für An- und Zugehörige gilt.

Zu Absatz 1 und 2: Die Absätze regeln den Anspruch auf die Pflegebegleitung und die Zielsetzung sowie die Aufgaben der Pflegebegleitung durch eine nicht abschließende Aufzählung. Die inhaltlich sachgerechten, gesetzlich geregelten Aufgaben bilden den Sinn und Zweck der Pflegebegleitung ab und greifen unter anderem die bisherigen Inhalte der Pflegeberatung auf. Neu und zu begrüßen sind unter anderem die Ergänzungen hinsichtlich der explizit zu berücksichtigenden Belange pflegender Eltern sowie von pflegenden Kindern und Jugendlichen sowie die Unterstützung in pflegerischen Akutsituationen nach § 39 Absatz 2 SGB XI (NEU).

Zu Absatz 3 und 4: Absatz 3 regelt, dass die Pflegekasse der pflegebedürftigen Person einen konkreten Termin für eine Pflegebegleitung anzubieten hat und dass die Pflegebegleitperson und die pflegebedürftige Person weitere Termine vereinbaren können, sofern dies aus fachlicher Sicht der Pflegebegleitperson angezeigt ist. Die Regelung in Absatz 4 sieht vor, dass sich Pflegebedürftige und ihre pflegenden An- und Zugehörigen unabhängig von nach Absatz 3 vereinbarten Terminen jederzeit bei entsprechendem Bedarf an die Pflegebegleitperson wenden können. Das ist eine unkonkrete und unter Berücksichtigung der praktischen Umsetzung nicht sachgerechte Regelung. Eine während der Arbeitszeiten stetig zu gewährleistende Verfügbarkeit der Pflegebegleitperson erscheint in der Praxis nicht umsetzbar. Die Regelung wird daher abgelehnt.

Zu Absatz 5: Absatz 5 regelt als intensive Stufe der Pflegebegleitung das Fallmanagement, das der Unterstützung bei der Organisation und Koordination der häuslichen Pflege dienen soll. Mit dem Fallmanagement (in Anlehnung an die bisherige Pflegeberatung) soll eine individuelle und umfassende Beratung und Hilfestellung bei der Auswahl sowie Inanspruchnahme von bundes- und landesrechtlich vorgesehenen Sozialleistungen und sonstigen Hilfsangeboten, die auf die Unterstützung von Menschen

mit Pflege- und Betreuungsbedarf ausgerichtet sind, durch die Pflegebegleitperson für Pflegebedürftige mit besonderem Unterstützungsbedarf zur Sicherstellung der häuslichen Versorgung zur Verfügung stehen.

Zu Absatz 6 bis 7: Dass Pflegebedürftige, die Pflegegeld nach § 37 Absatz 1 SGB XI beziehen, einmal jährlich verpflichtend eine Pflegebegleitung in der häuslichen Umgebung abzurufen haben, ist unter Berücksichtigung der Änderungen im Rahmen des § 37 Absatz 3 SGB XI (Geltung des § 37 Absatz 3 SGB XI zu den durchzuführenden Beratungsbesuchen bis zum 31. Dezember 2028) sachgerecht. Sinnvoll ist die Änderung, dass die Durchführung per Video dann nicht mehr zulässig ist, da ein einmal jährlicher Beratungstermin in der eigenen Häuslichkeit im Sinne der Sicherstellung der häuslichen Pflege als Begleitung vor Ort in der Gesamtheit aussagekräftiger erscheint und einen persönlicheren Austausch unter den Beteiligten bietet. Dass bei Nicht-Inanspruchnahme das Pflegegeld angemessen zu kürzen und im Wiederholungsfall zu entziehen ist, entspricht dem Regelungsgehalt des bisherigen in § 37 Absatz 6 SGB XI, um der Sicherung der Qualität der häuslichen Pflege sowie der regelmäßigen Hilfestellung und der praktischen pflegefachlichen Unterstützung der häuslich Pflegenden als Ziel der Beratungen zu entsprechen und dieses auch durchzusetzen. Dieses Ziel muss auch im Rahmen der Pflegebegleitung für Pflegegeldempfangende erhalten bleiben und ist daher zu begrüßen. Gesetzlich neu geregelt und im Sinne der Sicherung des häuslichen Pflegesettings zu begrüßen ist die Regelung, dass die Pflegekasse die im Rahmen der Durchführung der Pflegebegleitung erforderlichen Daten auch ohne Einwilligung der pflegebedürftigen Person verarbeiten darf, sofern die Pflege nicht sichergestellt ist. Dies dient einer gerechtfertigten Schutzfunktion und eröffnet den Pflegekassen und Pflegebegleitpersonen schnelle Handlungsmöglichkeiten zur Sicherung der häuslichen Pflege.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 8 – § 7d Angebotsstruktur und Finanzierung der Pflegebegleitung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Gemäß Absatz 1 stellen die Pflegekassen die Pflegebegleitung vorbehaltlich der Absätze 4 (Übernahme durch Pflegestützpunkte) und 5 (Übernahme durch die für die Hilfe zur Pflege zuständigen Träger der Sozialhilfe nach dem SGB XII sowie durch die nach Landesrecht zu bestimmenden Stellen der Altenhilfe) sicher. Die Pflegekassen haben mit allen an der pflegerischen, gesundheitlichen und sozialen Versorgung Beteiligten eng zusammenzuarbeiten, bereits bestehende, externe Beratungsstrukturen zu berücksichtigen und die regionalen Vernetzungsstrukturen zu fördern. Zur Umsetzung dessen sind Vereinbarungen zwischen den Pflegekassen zur bundesweiten und kassenartenübergreifenden Organisation der Pflegebegleitung zu treffen und ist ein Verantwortlicher für das Gebiet jedes Kreises und jeder kreisfreien Stadt zu benennen. Bereits ab diesem Zeitpunkt beginnt die kommunale Einbindung: Sind Verantwortliche für das Gebiet benannt, sind die für die Hilfe zur Pflege zuständigen Träger der Sozialhilfe nach dem SGB XII oder die nach Landesrecht zu bestimmenden Stellen entsprechend der Zuständigkeit an der Entwicklung der Organisation der Pflegbegleitung zu beteiligen.

Für die Pflegebegleitung haben die Pflegekassen gemäß Absatz 2 entsprechend qualifizierte Pflegebegleitpersonen einzusetzen. Zu der erforderlichen Anzahl, der Qualifikation sowie der Fortbildung der Pflegebegleitpersonen hat der GKV-Spitzenverband bis zum 30. September 2027 Empfehlungen abzugeben.

Die zur Finanzierung der Pflegebegleitung (Durchführung der Pflegebegleitung einschließlich des Fallmanagements sowie Schulung und Qualifizierung der Pflegebegleitpersonen) erforderlichen Mittel berechnen sich gemäß Absatz 3 in Höhe von 146 Euro je pflegebedürftiger Person in häuslicher Pflege mit Wohnsitz in dem jeweiligen Kreis bzw. in der jeweiligen kreisfreien Stadt und werden aus dem Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung bereitgestellt. Die Mittel je Kreis oder kreisfreier Stadt setzt der GKV-Spitzenverband im Falle der Übernahme nach den Abätzen 4 und 5 in Richtlinien fest.

Die Absätze 4 und 5 regeln die Übernahme der Pflegebegleitung durch Pflegestützpunkte oder die für die Hilfe zur Pflege zuständigen Träger der Sozialhilfe nach dem SGB XII sowie die nach Landesrecht zu bestimmenden Stellen der Altenhilfe, sofern diese die Übernahme verlangen und dies gemäß Absatz 6 dem GKV-Spitzenverband bis zum 31. Dezember2027 anzeigen. Die Pflegekasse trifft sodann eine Informationspflicht über den erstmaligen Erhalt eines Pflegegrades, sofern die pflegebedürftige Person einverstanden ist. Bis zum 01. Januar 2033 hat der GKV-Spitzenverband dem Bundesministerium für Gesundheit einen unter wissenschaftlicher Begleitung zu erstellenden Bericht zur Pflegebegleitung gemäß den Voraussetzungen nach Absatz 7 vorzulegen.

B) Stellungnahme

Zu Absatz 1: Die Regelung übernimmt inhaltlich den bisherigen § 7a Absatz 8 SGB XI, der die Organisationsstruktur nunmehr der Pflegebegleitung (vormals der Pflegeberatung) regelt. Der maßgebliche Unterschied liegt darin, dass die von den Pflegekassen zu treffenden Vereinbarungen zur bundesweiten kassenartenübergreifenden Organisation und zur Abstimmung und Zuordnung der Beratungsstrukturen zu bestimmten Einzugsbereichen nun obligatorisch zu treffen sind. Die obligatorische Einbindung der für die Hilfe zur Pflege zuständige Träger der Sozialhilfe nach dem SGB

XII sowie der nach Landesrecht zu bestimmenden Stellen der Altenhilfe an der Entwicklung der Organisationsstrukturen wird abgelehnt. Bei der Pflegebegleitung handelt es sich um eine beitragsfinanzierte Leistung der Pflegekassen. Einzelheiten zur Umsetzung ihrer Organisationsstrukturen sind daher auch durch diese maßgeblich festzulegen beziehungsweise sollte eine Einbindung und Übertragung in der Entscheidungshoheit der Pflegekassen liegen beziehungsweise auf der Grundlage kooperativer Vereinbarungen und partnerschaftlicher Zusammenarbeit erfolgen.

Gemäß der Gesetzesbegründung heißt es, dass die für die Hilfe zur Pflege zuständigen Träger der Sozialhilfe nach dem SGB XII oder die nach Landesrecht zu bestimmenden Stellen der Altenhilfe an der Entwicklung der Organisation für das Gebiet ihrer örtlichen Zuständigkeit zu beteiligen sind, „soweit ihr Interesse besteht". Unabhängig davon, dass eine obligatorische Beteiligung grundsätzlich abgelehnt wird (siehe oben), spiegelt der Wortlaut des Gesetzes nicht die entsprechende Gesetzesbegründung hierzu. Gemäß Absatz 1 Satz 6 heißt es, dass die für die Hilfe zur Pflege zuständigen Träger der Sozialhilfe nach dem SGB XII oder die nach Landesrecht zu bestimmenden Stellen der Altenhilfe für das Gebiet ihrer örtlichen Zuständigkeit an der Entwicklung der Organisationsstrukturen der Pflegebegleitung zu beteiligen sind, sobald die Pflegekassen einen Verantwortlichen für das Gebiet eines Kreises oder einer kreisfreien Stadt benannt haben. Genau genommen fehlt die Ergänzung im gesetzlichen Wortlaut, dass die Beteiligung nur greift, sofern das Interesse der für die Hilfe zur Pflege zuständigen Träger der Sozialhilfe oder der nach Landesrecht zu bestimmenden Stellen der Altenhilfe für die Übernahme der Pflegebegleitung besteht und sie die Übernahme nach Absatz 6 angezeigt haben.

Grundsätzlich ist die gesetzliche Klarstellung, dass bestehende Beratungsstrukturen zu berücksichtigen sind, sachgerecht. Dies sollte sich auf allgemeine Strukturen beziehen, die sich bewährt haben und deren Berücksichtigung einer sinnvollen Weiterentwicklung der Beratungsstrukturen im Rahmen der Pflegebegleitung dient. Inwiefern und ob die Pflegekassen konkrete Strukturen im Sinne der Einbindung ambulanter Pflegedienste oder anerkannter Beratungsstellen, die bislang die Beratung nach § 37 Absatz 3 SGB XI durchgeführt haben, berücksichtigen (so der Hinweis in der Gesetzesbegründung), ist im Rahmen der konkreten Umsetzung der neuen Pflegebegleitung zu prüfen und den Pflegekassen bzw. den die Pflegebegleitung Durchführenden zu überlassen.

Zu Absatz 2: Eine Herausforderung wird die Umsetzung der Pflegebegleitung gemäß der Ausführung in der Gesetzesbegründung, die vorsieht, die Pflegebegleitung durch multiprofessionelle Teams umzusetzen, so dass beispielsweise für Leistungsberatungen unter anderem Sozialarbeitende eingesetzt werden können und es sich nicht in jedem Fall um eine Pflegefachperson handeln muss. Die gesetzliche Ausgestaltung der Pflegebegleitung im Sinne einer präventionsorientierten, fachlichen Begleitung, Anleitung und Unterstützung insbesondere in Verbindung mit der Regelung in § 7c Absatz 4 SGB XI, dass sich Pflegebedürftige und An- und Zugehörige unabhängig von vereinbarten Terminen an die Pflegebegleitperson wenden können, führt zu der Frage, wie multiprofessionelle Teams mit unterschiedlichen Qualifikationen je Pflegebegleitung – auch unter Berücksichtigung der Organisation (regelmäßiger Wechsel der zuständigen Pflegebegleitperson je nach Anliegen), personeller Kapazitäten und entsprechender Finanzierung – vorgehalten werden können.

Zu Absatz 3: Abzuwarten bleibt, ob mit der Hälfte der bisherigen Ausgaben für den Entlastungsbetrag nach § 45b SGB XI in Pflegegrad 1 sowie Einsparungen eines Teils der bisherigen Ausgaben für die

Pflegeberatung nach § 7a SGB XI, der bisherigen Ausgaben für die Beratung nach § 37 Absatz 3 SGB XI und der bisherigen Ausgaben für die Schulungen in der häuslichen Umgebung der Pflegebedürftigen nach § 45 SGB XI, die Pflegebegleitung den Erwartungen gemäß der Gesetzesbegründung entsprechend vollständig refinanziert werden kann.

Bei einer gesetzlichen Normierung eines fixen Betrags zur Strukturfinanzierung der Pflegebegleitung ist angesichts der Kostenentwicklung in Analogie zum § 30 eine Dynamisierung vorzusehen.

Zu Absatz 4 und 5: Der Aus- und Aufbau und die Berücksichtigung kommunaler Vernetzungs- und Beratungsstrukturen sind zwar grundsätzlich und insbesondere im Sinne niedrigschwelliger und flächendeckender Strukturen zu begrüßen. Ein einseitiger Automatismus, wonach auf Verlangen der Pflegestützpunkte bzw. der Kommunen die Pflegekassen die Durchführung der Pflegebegleitung an diese abzugeben haben, ist abzulehnen. Vielmehr sollte eine gemeinsame Durchführung der Pflegebegleitung durch die Kommune und die Pflegekassen im Vordergrund stehen. Es sollte den Pflegekassen obliegen, zu entscheiden, ob sie die Pflegebegleitung als Anspruch ihrer Versicherten selbst durchführen oder delegieren. Den Pflegekassen ist hinreichend Flexibilität beim Aufbau der Strukturen gemäß ihrem gesetzlichen Sicherstellungsauftrag hinsichtlich der pflegerischen Versorgung ihrer Versicherten nach § 12 SGB XI und Planungssicherheit einzuräumen. Die Opt-In-Regelung für die Übernahme der Pflegebegleitung alleinig durch die Kommunen ist in diesem Sinne nicht sachgerecht und deshalb zu streichen.

Zu Absatz 6: Da es abgelehnt wird, dass einseitig vonseiten der für die Hilfe zur Pflege zuständigen Träger der Sozialhilfe nach dem Zwölften Buch sowie von den nach Landesrecht zu bestimmenden Stellen der Altenhilfe bestimmt werden kann, dass die Pflegebegleitung nicht in der Verantwortung der Pflegekassen liegt, kann es in Absatz 6 nicht auf die Anzeige der Übernahme durch die für die Hilfe zur Pflege zuständigen Träger der Sozialhilfe nach dem Zwölften Buch oder durch die nach Landesrecht zu bestimmenden Stellen gegenüber dem GKV-Spitzenverband ankommen. Vielmehr sollten die benannten Parteien entsprechende Vereinbarungen mit den Pflegekassen und Krankenkassen zur Übernahme treffen, die dem GKV-Spitzenverband bis zum benannten Datum vorzulegen sind.

C) Änderungsvorschlag

Absatz 1 Satz 6 wird wie folgt gefasst: „Sofern Verantwortliche für das Gebiet eines Kreises oder einer kreisfreien Stadt benannt werden, sind die für die Hilfe zur Pflege zuständigen Träger der Sozialhilfe nach dem Zwölften Buch oder die nach Landesrecht zu bestimmenden Stellen der Altenhilfe für das Gebiet ihrer örtlichen Zuständigkeit an der Entwicklung der Organisation zu beteiligen, soweit entsprechende Vereinbarungen mit den Krankenkassen und Pflegekassen zur Übernahme der Pflegebegleitung nach Absatz 4 oder 5 getroffen wurden.“

In Absatz 3 wird nach Satz 2 eingefügt: „Der Betrag nach Satz 2 erhöht sich analog den Regelungen in § 30 Absatz 1“.

Absatz 4 Satz 1 wird wie folgt gefasst: „Die für die Hilfe zur Pflege zuständigen Träger der Sozialhilfe nach dem Zwölften Buch sowie die nach Landesrecht zu bestimmenden Stellen der Altenhilfe können auf Grund landesrechtlicher Vorschriften mit den Pflegekassen und Krankenkassen eine Vereinbarung zur gemeinsamen und vollständigen Übernahme der Pflegebegleitung nach § 7c Absatz 1 durch Pflegestützpunkte nach § 7e treffen.”

Absatz 5 Satz 1 wird wie folgt gefasst: „Wird die Pflegebegleitung nicht nach Absatz 4 durch die Pflegestützpunkte erbracht, können die für die Hilfe zur Pflege zuständigen Träger der Sozialhilfe nach dem Zwölften Buch sowie die nach Landesrecht zu bestimmenden Stellen der Altenhilfe die Pflegebegleitung auf Grund landesrechtlicher Vorschriften auf der Grundlage von Vereinbarungen mit Pflegekassen und Krankenkassen übernehmen."

Absatz 6 wird wie folgt gefasst: „Sofern die für die Hilfe zur Pflege zuständigen Träger der Sozialhilfe nach dem Zwölften Buch sowie die nach Landesrecht zu bestimmenden Stellen der Altenhilfe mit den Krankenkassen und Pflegekassen Vereinbarungen zur Übernahme der Pflegebegleitung nach den Absätzen 4 oder 5 getroffen haben, sind diese dem GKV-Spitzenverband bis zum 31. Dezember 2027 vorzulegen."

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 9 – § 7e Pflegestützpunkte; Verordnungsermächtigung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit Bezug zu der möglichen Übernahme der Pflegebegleitung durch Pflegestützpunkte gemäß § 7d Absatz 4 SGB XI (NEU), sofern die für die Hilfe zur Pflege zuständigen Träger der Sozialhilfe nach dem Zwölften Buch sowie die nach Landesrecht zu bestimmenden Stellen der Altenhilfe dies bestimmt haben, wird ein neuer Absatz 1b eingefügt, der die entsprechende Anpassung der Verträge innerhalb von sechs Monaten nach der Anzeige nach § 7d Absatz 6 SGB XI regelt. Die weiteren Änderungen beruhen auf redaktionellen Folgeänderungen.

B) Stellungnahme

Entsprechend der Stellungnahme zu § 7d Absatz 4 SGB XI, in der abgelehnt wird, dass die für die Hilfe zur Pflege zuständigen Träger der Sozialhilfe nach dem Zwölften Buch sowie die nach Landesrecht zu bestimmenden Stellen der Altenhilfe den Abschluss einer Vereinbarung zur alleinigen Übernahme der Pflegebegleitung von den Pflegekassen und Krankenkassen einseitig verlangen können, ist in § 7e Absatz 1b (NEU) SGB XI die Formulierung gemäß dem Änderungsvorschlag zu § 7d Absatz 4 SGB XI folgerichtig anzupassen. Aus der Formulierung muss hervorgehen, dass die Übernahme durch die Pflegestützpunkte nicht einseitig kommunal bestimmt werden kann, siehe Änderungsvorschlag.

C) Änderungsvorschlag

§ 7e Absatz 1b SGB XI (NEU) wird wie folgt gefasst: „Haben die für die Hilfe zur Pflege zuständigen Träger der Sozialhilfe nach dem Zwölften Buch sowie die nach Landesrecht zu bestimmenden Stellen der Altenhilfe auf Grund landesrechtlicher Vorschriften durch Abschluss einer Vereinbarung zur Übernahme der Pflegebegleitung nach § 7c Absatz 1 mit den Pflegekassen und Krankenkassen geregelt, dass die Pflegebegleitung nach § 7c durch den Pflegestützpunkte durchgeführt wird, so bedarf es der Anpassung der erforderlichen Verträge innerhalb von sechs Monaten nach Abschluss der Vereinbarung.“

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 10 – § 8 Absatz 4 Gemeinsame Verantwortung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es wird geregelt, dass die Pflegekassen ihnen zur Verfügung stehende nicht personenbezogene Versorgungsdaten zur Entwicklung der regionalen pflegerischen Versorgungssituation regelmäßig den zuständigen Gebietskörperschaften zur Unterstützung bei ihren Aufgaben nach § 9 bereitstellen. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen errichtet dazu bis zum 31. Oktober 2028 eine digitale Datenplattform. Dabei sind auch relevante nicht personenbezogene Daten der Krankenkassen sowie die Informationen nach § 73a Absatz 3 zu berücksichtigen.

In Satz 1 wurde redaktionell ergänzt, dass die Pflegekassen über eine digitale Datenplattform beim Spitzenverband Bund der Pflegekassen ihnen zur Verfügung stehende nicht personenbezogene Versorgungsdaten zur Entwicklung der regionalen pflegerischen Versorgungssituation regelmäßig den zuständigen Gebietskörperschaften zur Unterstützung bei ihren Aufgaben nach § 9 bereitstellen.

B) Stellungnahme

Mit der Änderung wurde klargestellt, dass die Daten direkt durch den Spitzenverband Bund der Pflegekassen bereitgestellt werden können. Dies wird befürwortet.

Die Empfänger der Daten sind jedoch konkreter zu fassen. Der Begriff der Gebietskörperschaften ist mit Blick auf die vielfältigen länderspezifischen Regelungen zu unkonkret und führt zu einer deutlich höheren Regelungskomplexität, auch mit Blick auf datenschutzrechtliche Belange. Nach § 9 SGB XI fällt die Vorhaltung einer leistungsfähigen, zahlenmäßig ausreichenden und wirtschaftlichen pflegerischen Versorgungsstruktur in die Verantwortung der Länder. Die Lieferung der Daten ist damit auf die Länder begrenzt und die Möglichkeit der Weitergabe daher durch diese zu regeln. Nicht geregelt ist zudem weiterhin die Nutzung der Daten nach § 303b SGB V (Daten der Krankenkassen). Auf diesem Wege können Daten, die über den GKV-Spitzenverband ans Forschungsdatenzentrum Gesundheit (FDZ) geliefert werden, für den § 8 Absatz 4 SGB XI genutzt werden. Doppelerhebungen und -lieferungen könnten so vermieden werden. Darüber hinaus ist zu regeln, dass auch den Pflegekassen die Daten in entsprechender Form zur Verfügung gestellt werden.

Die Neuregelung des § 53e SGB XI sieht die Errichtung einer Datenbank des Medizinischen Dienstes Bund zu den Ergebnissen von Begutachtungen und Qualitätsprüfungen vor. Der Medizinische Dienst Bund verfügt damit, unter Einschluss der Daten der privaten Pflegeversicherung, u.a. über umfassende Daten zur Ermittlung der Pflegeprävalenz sowie zu pflegerelevanten Diagnosen. In § 53e Absatz 5 SGB XI ist zudem vorgesehen, dass der Medizinische Dienst Bund dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen Zugang zu denjenigen Daten gewährt, die für die Erfüllung ihrer jeweiligen gesetzlichen Aufgaben erforderlich sind. Hierunter ist auch der gesetzliche Auftrag zur Bereitstellung der Daten gem. § 8 Absatz 4 SGB XI zu fassen.

Wegen der Neuregelungen im PNOG ist die Frist für die Vorlage der Empfehlungen nach § 8 Abs.4 SGB XI auf den 1.März 2027 zu verschieben.

C) Änderungsvorschlag

Der § 8 Absatz 4 ist wie folgt zu fassen:

„Die Pflegekassen stellen über eine digitale Datenplattform beim Spitzenverband Bund der Pflegekassen ihnen zur Verfügung stehende nicht personenbezogene Versorgungsdaten zur Entwicklung der regionalen pflegerischen Versorgungssituation regelmäßig den Ländern zur Unterstützung bei ihren Aufgaben nach § 9 bereit. Die Pflegekassen übermitteln dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen die für diese Zwecke erforderlichen Daten. Dabei sind auch relevante nicht personenbezogene Daten der Krankenkassen sowie die Informationen nach § 73a Absatz 3 zu berücksichtigen. Der GKV-Spitzenverband kann hierfür auch Daten nach § 303b SGB V nutzen. Die nicht personenbezogenen Daten stehen über die digitale Datenplattform auch den Pflegekassen zur Aufgabenerfüllung nach § 8 Abs. 2 SGB XI zur Verfügung. Der Medizinische Dienst Bund stellt dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen für die Aufgabenerfüllung nach § 8 Abs. 4 SGB XI sowie § 9 SGB XI erforderlichen Daten gem. § 53e SGB XI zur Verfügung. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen errichtet zur Aufgabenerfüllung nach den Sätzen 1 bis 3 bis zum 1. Oktober 2028 eine digitale Datenplattform. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen, die Länder und die kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene vereinbaren unter Beteiligung der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und der Eingliederungshilfe Empfehlungen zu Umfang und Struktur der Daten, zu geeigneten Indikatoren, zum Turnus der Datenbereitstellung, zur Kostentragung und zur Datenaufbereitung. Die Empfehlungen bedürfen der Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit im Benehmen mit dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales. Die Empfehlungen sind dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 1. März 2027 vorzulegen. Die Finanzierung der digitalen Datenplattform nach Satz 4 erfolgt aus den Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung. Für die Durchführung des gesetzlichen Auftrags können Personalkosten und Sachkosten aus dem Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung finanziert werden. Das Nähere über das Verfahren zur Auszahlung der aus dem Ausgleichsfonds zu finanzierenden Mittel regeln der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und das Bundesamt für Soziale Sicherung durch Vereinbarung.“

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 11 – § 8a Absatz 4 Gemeinsame Empfehlungen zur pflegerischen Versorgung und zu deren Sicherstellung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Für die für die Feststellung von strukturellen Versorgungsbedarfen auf Ebene der Kreise oder der kreisfreien Städte als Grundlage einer Pflegestrukturplanungsempfehlung der Landespflegeausschüsse können durch landesrechtliche Vorgaben bestimmte Indikatoren (insbesondere Wartezeiten, Anzahl der Pflegeeinrichtungen, Qualität der Pflegeleistungen) herangezogen werden. Diese sollen die Eigenverantwortung der Versicherten (§ 4), die gemeinsame Verantwortung (§ 8 Absatz 1 und 2), die Aufgaben der Länder (§ 9) sowie die Aufgaben und den Sicherstellungsauftrag der Pflegekassen (§§ 7 und 69) berücksichtigen.

Neben der Gewährleistung des Sicherstellungsauftrags der Pflegekassen nach § 69 sollen durch Landesrecht nähere Bestimmungen getroffen werden können, welche Maßnahmen und mit welcher Frist geeignet sind, einen aufgrund der Indikatoren der Pflegestrukturplanungsempfehlung festgestellten strukturellen Versorgungsbedarf zu decken.

B) Stellungnahme

Das Ziel des Gesetzgebers, die regionale Pflegestrukturplanung zu stärken, wird unterstützt. Ebenso wird begrüßt, dass als Grundlage für Pflegestrukturplanungsempfehlungen der Landespflegeausschüsse strukturelle Versorgungsbedarfe festgestellt werden. Dabei muss jedoch klar sein, dass die Infrastrukturverantwortung bei den Ländern liegt. In Abgrenzung dazu bezieht sich der Sicherstellungsauftrag der Pflegekassen nach §§ 7 und 69 auf die individuelle Sicherstellung der pflegerischen Versorgung der jeweils versicherten Person und nicht auf die Vorhaltung einer leistungsfähigen, zahlenmäßig ausreichenden und wirtschaftlichen pflegerischen Versorgungsstruktur. Dies ist Aufgabe der Länder nach § 9. Der Sicherstellungsauftrag der Pflegekassen ist damit weder bei der Feststellung der Bedarfe noch bei den Pflegestrukturplanungsempfehlungen miteinzubeziehen.

Grundsätzlich ist es nachvollziehbar, dass bei einer festgestellten strukturellen Unterversorgung Maßnahmen zu deren Behebung ergriffen werden müssen. Es muss jedoch klargestellt werden, dass diese Maßnahmen nicht zulasten der Pflegeversicherung oder der Nutzerinnen und Nutzer von Pflegeeinrichtungen gehen dürfen.

Die Aufforderung in § 4, nach der Versicherte unter anderem durch gesundheitsbewusstes Verhalten und Mitwirkung an medizinischen und rehabilitativen Maßnahmen dazu beitragen sollen, Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, ist ebenfalls kein Faktor für die Bedarfsplanung von pflegerischen Angeboten und damit unerheblich für die Feststellung von Bedarfen.

C) Änderungsvorschlag

§ 8a Absatz 4 Satz 2 ist wie folgt zu fassen: „Soweit landesrechtlich geregelt, sind dabei Indikatoren für eine Feststellung von strukturellen Versorgungsbedarfen auf Ebene der Landkreise oder der kreisfreien Städte als Grundlage einer Pflegestrukturplanungsempfehlung unter Berücksichtigung der gemeinsamen Verantwortung (§ 8 Absatz 1 und 2) und der Aufgaben der Länder (§ 9) zu bestimmen.“

Absatz 4a ist wie folgt zu fassen: „Durch Landesrecht können nähere Bestimmungen getroffen werden, welche Maßnahmen und mit welcher Frist geeignet sind, einen aufgrund der Indikatoren der Pflegestrukturplanungsempfehlung festgestellten strukturellen Versorgungsbedarf zu decken. Pflegekassen und Leistungsempfangende dürfen mit den Kosten der Maßnahmen nicht belastet werden."

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 13 – § 10 Kompetenzzentrum Digitalisierung und Pflege

A) Beabsichtigte Neuregelung

Absatz 2: Aus Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung werden ab dem 1. Januar 2028 jährlich zwei Millionen Euro für die Durchführung der Aufgaben des Kompetenzzentrums Digitalisierung und Pflege zur Verfügung gestellt. Bis zum 31. Dezember 2027 stehen die nicht verbrauchten Mittel aus § 125b Absatz 2 in der am 31. Dezember 2026 geltenden Fassung zur Verfügung.

Absatz 4: Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen veranlasst im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit eine wissenschaftliche Begleitung und Auswertung der Arbeit des Kompetenzzentrums durch unabhängige Sachverständige. Die Ergebnisse legt der Spitzenverband Bund der Pflegekassen bis 2028 jährlich, ab dann alle zwei Jahre, dem Deutschen Bundestag in einen barrierefreiem Bericht vor.

B) Stellungnahme

Zu Absatz 2: Die Regelung, dass die nicht verbrauchten Mittel aus § 125b Absatz 2 in der am 31. Dezember 2026 geltenden Fassung bis zum 31. Dezember 2027 zur Verfügung stehen, wird begrüßt.

Gleichzeitig ist eine Erhöhung des jährlichen Budgets des Kompetenzzentrum Digitalisierung und Pflege von 2 auf 3 Millionen Euro unabdingbar. Dies begründet sich darin, dass die im Gesetzestext formulierten Aufgaben, wie die regelmäßige Analyse, die Ermittlung des digitalen Reifegrads der Pflegeeinrichtungen, die Erstellung eines Nutzenmodells, die Unterstützung des Wissenstransfers und Unterstützung beim Anschluss an die Telematikinfrastruktur aufwendige und komplexe Daueraufgaben darstellen und größtenteils in Eigenleistung erbracht werden. Die wissenschaftliche Evaluation des Kompetenzzentrums sowie die technische und inhaltliche Weiterentwicklung der Internetseite werden weiterhin gesetzlich erwartet. Um die gesetzlichen Aufgaben sicherstellen zu können, wird ab dem Jahr 2028 ein Ressourcenbedarf von mindestens 3 Millionen Euro jährlich erwartet.

Weiterhin verbindet sich mit den Transformationsstellen nach § 113e ein komplexer Arbeitsauftrag, für dessen sachgemäße Umsetzung in Summe weitere 4 Millionen Euro erforderlich sind.

Die im Gesetzestext nicht benannten Finanzierungstatbestände führen zu zusätzlichen, aufwendigen und wiederkehrenden Abstimmungsprozessen zwischen dem BAS und dem GKV-Spitzenverband sowie dem GKV-Spitzenverband und dem BMG. Für die zügige und effiziente Bearbeitung der gesetzlichen Aufträge ist der Finanzierungstatbestand, die (Förder-)mittel aus dem Ausgleichsfonds auch für Personal- und Sachkosten im Rahmen der Durchführung der gesetzlichen Aufträge verwenden zu können, zu ergänzen.

Zu Absatz 4: Die regelmäßige Evaluation der Arbeit des Kompetenzzentrums in engem zeitlichem Abstand war für die Einführungsphase sachgerecht, ist in der Abwägung von Kosten und Nutzen für die Verstetigung jedoch nicht mehr in dem Maße erforderlich. Nach § 10 Abs. 6 wird regelmäßig und aktuell über die Aktivitäten und Ergebnisse des Kompetenzzentrums auf der eigens dafür eingerichteten barrierefreien Internetseite berichtet. Eine weitere regelmäßige Kontrolle der Arbeitsergebnisse erfolgt

durch den Beirat, der nach § 10 Abs. 5 das Kompetenzzentrum regelmäßig bei seinen Aufgaben berät und unterstützt. Der zeitliche Abstand der Evaluation und der Berichterstattung sollte demnach ab 2028 weiter erhöht werden und nur noch alle vier Jahre, einmal je Legislaturperiode, erfolgen.

C) Änderungsvorschlag

Zu Absatz 2: § 10 Abs. 2 Satz 1 wird durch folgende Sätze 1 und 2 ersetzt:
„Aus Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung werden ab dem 1. Januar 2028 jährlich drei Millionen Euro für die Durchführung der Aufgaben des Kompetenzzentrums Digitalisierung und Pflege zur Verfügung gestellt. Bis zum 31. Dezember 2027 stehen die nicht verbrauchten Mittel aus dem § 125b SGB XI in der am 31. Dezember 2026 geltenden Fassung zur Verfügung.
Für die Durchführung der [gesetzlichen Aufträge] dürfen Personalkosten und Sachkosten aus dem Ausgleichsfonds Pflegeversicherung finanziert werden."

Zu Absatz 4: § 10 Abs. 4 Satz 4 wird durch folgenden Satz 4 ersetzt: Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen legt über das Bundesministerium für Gesundheit dem Deutschen Bundestag bis 2028 jährlich, ab dann alle vier Jahre, einen barrierefreien Bericht über die Arbeit und Ergebnisse des Kompetenzzentrums vor.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 13 – § 11 Förderung von Innovation und Digitalisierung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Absatz 1: Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen kann aus Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung mit 10 Millionen Euro im Kalenderjahr Maßnahmen durchführen und mit Leistungserbringern vereinbaren.

Absatz 2: Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen kann aus Mitteln des Ausgleichsfonds mit 10 Millionen Euro im Kalenderjahr Modellvorhaben für eine Erprobung telefonischer und digital gestützter Angebote zur bedarfsgerechten Steuerung in pflegerischen Akutsituationen durchführen und mit Leistungserbringern vereinbaren.

Absatz 3: Der bisherige Fördertatbestand des § 8 Absatz 8 SGB XI zur Förderung der Digitalisierung in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen wird aufgegriffen. Ergänzt wird die Förderung von Schulungen zum sachgerechten Umgang mit künstlicher Intelligenz in der Langzeitpflege. Unverändert bleibt der einmalig gewährte Zuschuss in Höhe von bis zu 12.000 Euro pro Pflegeeinrichtung. Gefördert werden weiterhin pro Pflegeeinrichtung bis zu 40 Prozent der durch die Pflegeeinrichtung verausgabten Mittel. Der Förderzweck umfasst nach wie vor die Verbesserung der pflegerischen Versorgung sowie die stärkere Beteiligung der Pflegebedürftigen. Vom Förderzweck der Digitalisierungsförderung nach Absatz 3 ist hingegen nicht mehr die Entlastung der Pflegekräfte umfasst. Hierzu findet sich nunmehr ein eigenständiger Regelungstatbestand in Absatz 4. Ferner wird geregelt, dass der GKV-Spitzenverband die Richtlinien zur Förderung der Digitalisierung bis zum 31. März 2027 beschließt.

Absatz 4 bis 9 sehen neue Regelungen für ein Förderprogramm Digitalisierung aus Finanzmitteln des Sondervermögens des Bundes für Infrastruktur und Klimaneutralität vor. Aus dem Sondervermögen sollen 1,6 Mrd. Euro im Zeitraum von 2027 bis 2031 für ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen zur Entlastung des Pflegepersonals und zur Verbesserung der Pflegequalität zur Verfügung gestellt werden. Vorgesehen ist eine Kofinanzierung durch die Länder. Die förderfähigen Maßnahmen der Digitalisierung in der Pflege ergeben sich aus der nicht abschließenden Aufzählung in Absatz 6. Der GKV-Spitzenverband und das Bundesamt für Soziale Sicherung vereinbaren hierzu das Nähere über das Verfahren zur Auszahlung aus dem Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung. Die Förderung kann von zugelassenen ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen bei der zuständigen Pflegekasse beantragt werden. Der GKV-Spitzenverband regelt im Einvernehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. und den Verbänden der Leistungserbringer auf Bundesebene im Rahmen einer Richtlinie das Nähere. Einmal jährlich übermittelt der GKV-Spitzenverband dem Bundesministerium für Gesundheit einen Bericht über den Stand der Mittelverwendung.

B) Stellungnahme

Zu Absatz 1: Die Erhöhung des Budgets ist zu begrüßen, insbesondere, da aus dem Programm weitere Aufgaben finanziert werden sollen.

Die im Gesetzestext nicht benannten Finanzierungstatbestände führen zu zusätzlichen, aufwendigen und wiederkehrenden Abstimmungsprozessen zwischen dem Bundesamt für Soziale Sicherung und

dem GKV-Spitzenverband sowie dem GKV-Spitzenverband und dem Bundesministerium für Gesundheit. Für die zügige und effiziente Bearbeitung der gesetzlichen Aufträge ist der Finanzierungstatbestand, die (Förder-)mittel aus dem Ausgleichsfonds auch für Personal- und Sachkosten im Rahmen der Durchführung der gesetzlichen Aufträge verwenden zu können, zu ergänzen.

Zu Absatz 2: Die neugeschaffene Fördermöglichkeit ist zu begrüßen. Damit bleibt jedoch unberücksichtigt, wie die ggf. erforderliche unterstützende pflegerische Versorgung in Akutsituationen in der Praxis gewährleitet werden kann. Aus dem vorgesehenen Fördervolumen sollten daher auch Modellvorhaben zur Weiterentwicklung von Versorgungsmodellen für pflegerische Akutsituationen ermöglicht werden.

Die im Gesetzestext nicht benannten Finanzierungstatbestände führen zu zusätzlichen, aufwendigen und wiederkehrenden Abstimmungsprozessen zwischen dem Bundesamt für Soziale Sicherung und dem GKV-Spitzenverband sowie dem GKV-Spitzenverband und dem Bundesministerium für Gesundheit. Für die zügige und effiziente Bearbeitung der gesetzlichen Aufträge ist der Finanzierungstatbestand, die (Förder-)mittel aus dem Ausgleichsfonds auch für Personal- und Sachkosten im Rahmen der Durchführung der gesetzlichen Aufträge verwenden zu können, zu ergänzen.

Zu Absatz 3: Die Erweiterung des Förderzwecks „Schulungen zum sachgerechten Umgang mit künstlicher Intelligenz in der Langzeitpflege“ wird aufgrund der Bedeutung und des Potenzials eines sachgerechten Einsatzes von KI begrüßt. Es wird davon ausgegangen, dass die bereits bestehenden und vom Bundesministerium für Gesundheit genehmigten Richtlinien zur Digitalisierungsförderung nach § 8 Absatz 8 SGB XI in der aktuellen Fassung als Grundlage zu nutzen und entsprechend anzupassen sind.

Zu Absatz 4 bis 9: Das Förderprogramm für die Digitalisierung der Pflege aus Finanzmitteln des Sondervermögens des Bundes für Infrastruktur und Klimaneutralität wird ausdrücklich begrüßt. Grundsätzlich bestehen aus dem Förderprogramm nach ehem. § 8 Absatz 7 und 8 SGB XI heraus bei den Kassen die entsprechenden Strukturen zur Antragsbearbeitung, auf die auch bei der Bearbeitung des neuen Förderprogramms zurückgegriffen werden kann. Da von einem hohen Mittelabruf auszugehen ist und parallel die anderen Förderprogramme (ehem. § 8 Abs. 7 und 8) weiterbestehen, steigt der Aufwand für die Umsetzung enorm an. Wichtig ist in diesem Zusammenhang, dass den bearbeitenden Pflegekassen für die Übernahme eine erhöhte Verwaltungskostenerstattung gewährt wird. Bei der Bearbeitung von Förderanträgen handelt es sich nicht um Massen- bzw. Routinetätigkeiten, die sonst die Verwaltungsvorgänge der Pflegekassen prägen. Vielmehr wird eine Sonderaufgabe übernommen, bei der die Pflegekassen die Rolle eines Projektträgers einnehmen. Die Pauschale nach § 46 Abs. 3 SGB XI deckt hingegen lediglich die laufende Verwaltung der eigenen Versichertenleistungen, nicht die Förderadministration eines solchen gesonderten Förderprogramms. Eine marktübliche Größenordnung für die Verwaltungs- und Betreuungsleistung von Projektträgern liegt bei 5 bis 10 Prozent des Fördervolumens. Diese Kosten begründen sich bspw. mit der erforderlichen Programmierung von Antragsportalen, spezifischem Personaleinsatz, Schulungen und Qualitätssicherung. Zudem sind insbesondere aufwendige Aufgaben im Zusammenhang mit Widersprüchen, Prüf- und Rückforderungsaufgaben sowie Durchsetzungs- bzw. Gerichtsverfahren auf Basis von § 46 Abs. 3 nicht abgedeckt und müssen daher bei der Projektträger-Vergütung eingerechnet

werden. Die Pflegekassen – welche hier freiwillig in die Rolle eines Projektträgers eintreten – sollten hinsichtlich der betreffenden kleinteiligen Aufgaben mit einem Satz von 9 Prozent vergütet werden.

Im Zusammenhang mit der Antragsbearbeitung stellt sich zudem die Frage, ob ein Bescheid zu erstellen ist. Mit Urteil vom 18. Juni 2026 hat das Bundessozialgericht entschieden, dass Erstattungsansprüche zugelassener Pflegeeinrichtungen im Zusammenhang mit dem Corona-Rettungsschirm von den Pflegekassen nicht durch einen Verwaltungsakt abgelehnt werden durften. Das Verhältnis zwischen Pflegeeinrichtung und Pflegekasse sei ein Gleichordnungsverhältnis und die Pflegekasse handele lediglich als Zahlstelle. Aus Sicht des GKV-Spitzenverbands hat dieses Urteil auch Folgen für die Bewilligung oder Ablehnung von Förderanträgen nach § 11 Abs. 3 und Abs. 4 SGB XI durch die Pflegekassen. Der Gesetzgeber muss darauf hinwirken, dass für eine bundesweit einheitliche Verfahrensgestaltung diesbezüglich eine gesetzliche Klarstellung erfolgen muss. Der Klarstellung bedarf es gleichermaßen für die Förderung nach § 12 (ehemals § 8 Abs. 7 SGB XI).

C) Änderungsvorschlag

Zu Absatz 1: In § 11 Absatz 1 wird nach Satz 3 der folgende neue Satz 4 eingefügt:
„Für die Durchführung des gesetzlichen Auftrags dürfen Personalkosten und Sachkosten aus dem Ausgleichsfonds Pflegeversicherung finanziert werden."

Zu Absatz 2: § 11 Absatz 2 Satz 1 wird wie folgt gefasst:
„Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen kann aus Mitteln des Ausgleichsfonds nach § 65 mit 10 Millionen Euro im Kalenderjahr Modellvorhaben für eine Erprobung telefonischer und digital gestützter Angebote zur bedarfsgerechten Steuerung in pflegerischen Akutsituationen (Pflegenottelefon) sowie für praktische Erprobungen von Versorgungsmodellen zur Weiterentwicklung der Versorgung in pflegerischen Akutsituationen durchführen und mit Leistungserbringern vereinbaren."

In § 11 Absatz 2 wird nach Satz 5 der folgende neue Satz 6 eingefügt:
„Für die Durchführung des gesetzlichen Auftrags dürfen Personalkosten und Sachkosten aus dem Ausgleichsfonds Pflegeversicherung finanziert werden."

In Absatz 6 wird folgender Satz 2 eingefügt:
„Die zuständigen Pflegekassen erhalten abweichend von § 46 Abs. 3 SGB XI für ausgezahlte Fördermittel eine erhöhte Verwaltungskostenerstattung in Höhe von 9 Prozent."

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 13 – § 12 Förderung guter Versorgung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelungen der Modellprogramme zur Förderung innovativer Versorgungsansätze (ehemals § 8 Absatz 3a SGB XI) und zur Förderung wissenschaftlicher Expertisen zur konkreten Ausgestaltung und Weiterentwicklung der Heilkundeübertragung (ehemals § 8 Absatz 3c SGB XI) sind in § 12 Absatz 1 und 3 SGB XI überführt worden.

Es soll eine Konkretisierung erfolgen, dass die Kooperationsaufwendungen für die Pflegeeinrichtungen sowie die Personalaufwendungen für qualifizierte Pflegefachpersonen, die für die Zwecke der Erprobung in der Pflegeeinrichtung als Bindeglied zwischen Hochschule und Pflegeeinrichtung fungieren, aus den Fördervolumen des jeweiligen Modellprogramms (§ 11 Absatz 1 und § 12 Absatz 1) erfolgen. Laut § 12 Absatz 2 sollen Pflegeeinrichtungen mit Verträgen nach § 75a innovative Konzepte in der pflegerischen Versorgung außerhalb von Modellvorhaben nach Absatz 1 oder nach § 11 Absatz 1 praktisch erproben können. Dabei sollen die Sätze 1 bis 3 des § 12 Absatz 2 entsprechend gelten.

B) Stellungnahme

Die Konkretisierung, dass Kooperationsaufwendungen geltend gemacht werden, ist zu begrüßen. Eine gesonderte Regelung zur Möglichkeit, Personal nach Maßgaben von § 12 Absatz 2 auch im Rahmen von Modellvorhaben nach § 11 Absatz 1 zu finanzieren, ist nicht erforderlich. Bereits jetzt kann entsprechendes Personal in Übereinstimmung mit den Fördergrundsätzen im derzeitigen Modellprogramm nach § 8 Absatz 3 finanziert werden.

Die im bisherigen sowie im neuen Gesetzestext (§ 12 Absatz 1 und 3 SGB XI) nicht benannten Finanzierungstatbestände führen zu zusätzlichen, aufwendigen und wiederkehrenden Abstimmungsprozessen zwischen dem Bundesamt für Soziale Sicherung und dem GKV-Spitzenverband sowie dem GKV-Spitzenverband und dem Bundesministerium für Gesundheit. Für die zügige und effiziente Bearbeitung der gesetzlichen Aufträge ist der Finanzierungstatbestand, die (Förder-)mittel aus dem Ausgleichsfonds auch für Personal- und Sachkosten im Rahmen der Durchführung der gesetzlichen Aufträge verwenden zu können, zu ergänzen.

Die Anwendung der Sätze 1 bis 3 des § 12 Absatz 2 auch für Verträge nach § 75a SGB XI ist hingegen nicht sachgerecht. Die konkreten Anforderungen im Rahmen der Modellprogramme beziehen sich auf festgelegte Kriterien wie z. B. Fördergrundsätze. Die Vorhaben nach § 11 Absatz 1 und § 12 Absatz 2 und die geplanten Vorhaben nach § 75a unterscheiden sich demnach in ihrer Vorgehensweise, der konkreten inhaltlichen Umsetzung, der Finanzierungsgrundlage sowie den Anforderungen der Evaluation.

C) Änderungsvorschlag

§ 12 Absatz 2 Satz 1: Der Satzteil „und nach § 11 Absatz 1“ ist zu streichen.

Streichung von § 12 Absatz 2 Satz 4: „Soweit Pflegeeinrichtungen mit Verträgen nach § 75a innovative Konzepte in der pflegerischen Versorgung außerhalb von Modellvorhaben nach Absatz 1 oder nach §°11 Absatz 1 praktisch erproben, gelten die Sätze 1 bis 3 entsprechend.“

Nach § 12 Absatz 1 SGB XI ist zu ergänzen: „Für die Durchführung der Förderung innovativer Versorgungsansätze dürfen Personalkosten und Sachkosten des Spitzenverband Bund der Pflegekassen aus dem Ausgleichsfonds Pflegeversicherung finanziert werden."

Nach § 12 Absatz 3 SGB XI ist zu ergänzen: Für die Durchführung der Förderung dürfen Personalkosten und Sachkosten des Spitzenverband Bund der Pflegekassen aus dem Ausgleichsfonds Pflegeversicherung finanziert werden.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 15 – § 14 Absatz 1 Begriff der Pflegebedürftigkeit

A) Beabsichtigte Neuregelung

Nach geltender Rechtslage ist eine Voraussetzung für den Erhalt eines Grades der Pflegebedürftigkeit, dass die festgestellten Einschränkungen der Selbstständigkeit oder Fähigkeiten voraussichtlich für mindestens sechs Monate bestehen. Durch die vorgesehene Änderung, dass die festgestellten Einschränkungen ”mit hoher Wahrscheinlichkeit” sechs Monate andauern, soll diese Wahrscheinlichkeitsprognose konkretisiert werden. Dadurch soll das Potential möglicher Verbesserungen der Beeinträchtigungen durch Therapien sowie Maßnahmen der Rehabilitation oder Prävention stärker in den Blick genommen werden. In den Begutachtungs-Richtlinien des Medizinischen Dienstes Bund sollen die Anforderungen an die Wahrscheinlichkeitsprognose und die erforderlichen Ausführungen in den Pflegegutachten konkretisiert werden.

B) Stellungnahme

Durch die vorgesehene Änderung wird das Begutachtungsverfahren stärker als bisher an das Potential rehabilitativer und präventiver Maßnahmen oder Therapien ausgerichtet, um Pflegebedürftigkeit zu vermeiden oder eine Verschlechterung des Zustands hinauszuzögern. Die Gutachterinnen und Gutachter sollen bei der Begutachtung stärker in den Blick nehmen, welche Auswirkungen derartige Maßnahmen auf den Grad der Pflegebedürftigkeit haben können. Auch wenn das bei den Prognosen auf die Dauer der Pflegebedürftigkeit bereits heute berücksichtigt wird, zum Beispiel durch Empfehlungen zu Befristungen der Bescheide der Pflegekassen, wird diese Regelung begrüßt. Eine Konkretisierung der Wahrscheinlichkeitsprognosen in den Begutachtungsrichtlinien ist sinnvoll.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 16 – § 15 Ermittlung des Grades der Pflegebedürftigkeit, Begutachtungsinstrument

A) Beabsichtigte Neuregelung
Mit der vorgesehen Änderung wird der Zugang zu den Leistungen der Pflegeversicherung an den Empfehlungen des Expertenbeirats aus dem Jahre 2013 ausgerichtet.

B) Stellungnahme
Die vorgesehene Änderung kann nachvollzogen werden und geht auf die Ergebnisse der vom GKV-Spitzenverband beauftragten Studie zur Entwicklung der Pflegeprävalenzen und des Begutachtungsinstrumentes zurück, welche durch das IGES-Institut durchgeführt wurde. In der Studie wurde unter anderem festgestellt, dass der Anstieg nicht nur auf die demografische Entwicklung einer alternden Gesellschaft zurückzuführen ist. Vielmehr wurden Pflegeleistungen vermehrt von durchschnittlich jüngeren und weniger stark beeinträchtigten Personen beantragt und in Anspruch genommen. Dementsprechend steigt auch die durchschnittliche Dauer, in der Menschen Leistungen aus der Pflegeversicherung beziehen. Die Entscheidung des Gesetzgebers, bei der Reform der Pflegeversicherung 2017 (Pflegestärkungsgesetz II) von den Empfehlungen des Expertenbeirats abzuweichen, um die Schwelle des Zugangs zur Pflegeversicherung abzusenken, begünstigt diese Entwicklungen.

Als Gründe für die steigenden Antragszahlen wurden auch gesellschaftliche Veränderungen festgestellt, zum Beispiel eine bessere Informiertheit der Bevölkerung über die Leistungen der Pflegeversicherung und eine Entstigmatisierung von Pflegebedürftigkeit. Aufgrund dieser gesellschaftlichen Entwicklung und der demografischen Entwicklung ist weiterhin von einer hohen Anzahl von Anträgen auf Leistungen der Pflegeversicherung auszugehen. Auch zukünftig muss sichergestellt werden, dass diejenigen die erforderliche Unterstützung erhalten, die besonders auf Unterstützung angewiesen sind und dass das System der Pflegeversicherung finanzierbar bleibt.

§ 15 Absatz 8 SGB XI kann gestrichen werden. Der Termin zur Abgabe des Berichtes liegt vor dem Inkrafttreten des Gesetzes, sodass dieser Absatz entfallen kann.

C) Änderungsvorschlag
Streichung von § 15 Absatz 8 SGB XI.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 17 – § 17 Begutachtungs-Richtlinien und Pflegebegleitungs-Richtlinien

A) Beabsichtigte Neuregelung

Durch die Änderung soll eine kontinuierliche Weiterentwicklung des Verfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit an neue pflegefachliche oder medizinische Erkenntnisse, zum Beispiel durch vom Medizinischen Dienst Bund beauftragte Modellvorhaben, sichergestellt werden. Bei Änderungen der Begutachtungs-Richtlinien soll immer auch das Potential zur Straffung und Entbürokratisierung des Verfahrens geprüft werden. Darüber hinaus sollen bei Änderungen der Richtlinien die Vorschläge des neu geschaffenen Beirats zur Weiterentwicklung des Pflegebedürftigkeitsbegriffes, des Begutachtungsinstrumentes und des Verfahrens zur Pflegebegutachtung berücksichtigt werden.

Absatz 1a greift die bisherige Richtlinienkompetenz des GKV-Spitzenverbandes für die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI auf, die sich nunmehr auf die Erarbeitung der Richtlinien zur Pflegebegleitung nach §°7c SGB XI (NEU) bis zum 30. September 2027 bezieht. Neu ist, dass die Bevollmächtigte der Bundesregierung für Pflege zu beteiligen sowie, dass einschlägigen wissenschaftlichen Fachgesellschaften Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben ist.

B) Stellungnahme

Durch die Regelung wird gesetzlich verankert, dass die Begutachtungs-Richtlinien an den aktuellen fachlichen Erkenntnisstand anzupassen sind. Zudem wird dem neu geschaffenen Expertenbeirat zur Weiterentwicklung des Pflegebedürftigkeitsbegriffes, des Begutachtungsinstrumentes und des Verfahrens zur Pflegebegutachtung dahingehend Rechnung getragen, dass dessen Erkenntnisse und Beratungsergebnisse ebenfalls in Aktualisierungen der Begutachtungs-Richtlinien einfließen sollen.

Hinsichtlich der Pflegebegleitungs-Richtlinien gemäß Absatz 1a wird die Formulierung „einschlägige wissenschaftliche Fachgesellschaften" kritisch betrachtet. Es hat sich im Rahmen anderer Verfahren gezeigt, dass unbestimmte Rechtsbegriffe, wie zum Beispiel „einschlägig/maßgeblich/geeignet" im Rahmen von Stellungnahme-/Beteiligungsverfahren problematisch sind. Fraglich ist, wie eine Einschlägigkeit anhand welcher Voraussetzungen zu definieren und in welcher Form sowie auf welcher Grundlage hierüber zu entscheiden ist. Das umfangreiche Stellungnahme- und Beteiligungsverfahren bildet bereits ausreichreichend und breite Expertise ab. Insbesondere die schon vorgesehene Einbindung von unabhängigen Sachverständigen lässt wissenschaftliche Erkenntnisse einfließen. Insofern bedarf es keiner zusätzlichen Einbindung „einschlägiger wissenschaftlicher Fachgesellschaften", dessen Kreis im Rahmen der Pflege(-begleitung) erst noch zu eruieren und etablieren ist.

C) Änderungsvorschlag

Zu Absatz 1a Satz 4 SGB XI: „einschlägige wissenschaftliche Fachgesellschaften" wird gestrichen.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 18 – § 18 Absatz 1 Satz 4 Beauftragung der Begutachtung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Medizinische Dienst Bund soll in seinen Begutachtungs-Richtlinien regeln, welche Unterlagen zur Beauftragung der Medizinischen Dienste erforderlich sind. Des Weiteren soll – vor dem Hintergrund eines relativ hohen Anteils von Personen, bei denen nach einer Begutachtung keine Pflegebedürftigkeit festgestellt wird – ein geeignetes Verfahren zur Beratung in Situationen offensichtlich fehlender Pflegebedürftigkeit entwickelt werden, das punktuell greift und dem Antragstellenden eine realistische Einschätzung zu den Erfolgsaussichten seines Antrags vermittelt. Ziel ist es, dass derartige Anträge zurückgenommen werden können, um die Begutachtungsaufträge zu reduzieren und die Medizinischen Dienste zu entlasten. Die Maßnahme dient somit dem Ziel, Begutachtungskapazitäten effizient dort einzusetzen, wo diese im Sinne des tatsächlichen Bedarfs und der Sicherstellung der pflegerischen Versorgung benötigt werden. Das individuelle Recht auf eine Begutachtung der Versicherten bleibt dabei unangetastet.

B) Stellungnahme

Dass der Medizinische Dienst Bund in den Begutachtungs-Richtlinien festlegen soll, auf welche Weise und welche Stelle im Wege einer Evidenzkontrolle den tatsächlichen Bedarf einer Begutachtung zu erfragen hat und die antragsstellende Person über die Erfolgsaussichten berät, ist nicht sachgerecht. Bei der Annahme der Anträge auf Pflegeleistungen und ggf. der Weiterleitung eines Auftrages zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit handelt es sich um eine Aufgabe der und ein Verfahren bei den Pflegekassen. Die Medizinischen Dienste sind hier nicht involviert und haben keine Verantwortung. Es wird daher abgelehnt, dass der Medizinische Dienst Bund in den Richtlinien, bei denen der GKV-Spitzenverband lediglich ins Benehmen zu setzen ist, Vorgaben für dieses Verfahren festlegen soll. Dies gilt sowohl für die Weise, auf die diese Evidenzkontrolle durchzuführen ist, als auch für die Stelle, welche hierfür verantwortlich ist. Es ist abzulehnen, dass der MD Bund Dritte damit beauftragen kann, mit denen die Pflegekassen zur Kooperation verpflichtet wären. Hierdurch würden zusätzliche Abstimmungsprozesse und bürokratische Aufwände entstehen.

Die Effekte der beabsichtigten Neuregelung sind derzeit weitgehend nicht valide abschätzbar. So sind weder die angenommenen ressourcenbezogenen Effekte (bspw. Antragsvolumen), noch die vermuteten Auswirkungen auf die tatsächliche Leistungsbewilligung empirisch untersucht worden. Daher sollten zunächst im Rahmen einer wissenschaftlichen Studie Akzeptanz und Wirkungen der beabsichtigten Regelung abgeschätzt werden, um auf dieser Grundlage eine evidenzbasierte Entscheidung zu dauerhaften Regelungen im Sozialgesetzbuch treffen zu können.

Im Rahmen des Modellprogramms nach § 8 Absatz 3 SGB XI wurde ein wissenschaftliches Förderprojekt beauftragt, welches sich mit einem empirischen Modell der Berechnung von Wahrscheinlichkeiten für die erfolgreiche Beantragung von Pflegegraden beschäftigt. Die Ergebnisse des Modellprogramms sollten abgewartet werden und in die Neugestaltung des Verfahrens der Beauftragung von Pflegebegutachtungen einfließen.

C) Änderungsvorschlag

Die Änderung des § 18 hinsichtlich der Evidenzkontrolle und der Beratung zu den Erfolgsaussichten eines Antrags ist zu streichen. Stattdessen ist der GKV-Spitzenverband mit der Durchführung eines entsprechenden Projekts zu beauftragen, das aus Mitteln des § 11 Absatz 1 finanziert werden kann.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 18 – § 18 Absatz 1a Beauftragung der Begutachtung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Pflegeeinrichtungen soll ermöglicht werden, in bestimmten Fällen die Beauftragung der Wiederholung einer Pflegebegutachtung durch den Medizinischen Dienst zu veranlassen. Dies gilt zum Beispiel, wenn die Pflegeeinrichtungen durch aktivierende oder rehabilitative Maßnahmen der Pflegeeinrichtung zu einer höheren Selbstständigkeit der pflegebedürftigen Person beigetragen hat und eine Rückstufung des Pflegegrads angezeigt ist. Die Beauftragung des Medizinischen Dienstes erfolgt dabei weiterhin durch die Pflegekassen. In den Begutachtungs-Richtlinien soll der Medizinische Dienst Bund regeln, in welchen Fällen und unter welchen Voraussetzungen dies ermöglicht werden soll. Die Anpassung der Richtlinien soll auf Grundlage der Ergebnisse eines vom Medizinischen Dienst Bund beauftragtem Modellvorhaben erfolgen. Die Ergebnisse des Modellvorhabens sollen am 30. Juni 2028 vorliegen.

B) Stellungnahme

Mit der Regelung soll ein neuer Weg ermöglicht werden, die Pflegebegutachtung zu veranlassen. Bisher erfolgte eine Begutachtung in Folge eines Antrags durch die versicherte Person. Es ist sinnvoll, dass vor einer Anpassung der Begutachtungs-Richtlinie zunächst die Erkenntnisse des vom Medizinischen Dienstes Bund beauftragten Modellvorhaben abgewartet werden sollen, bevor eine Richtlinienanpassung erfolgt. Da diese Ergebnisse erst ab Juli 2028 vorliegen werden, soll mit dieser Regelung die Grundlage für die Anpassung der Begutachtungs-Richtlinien geschaffen werden.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 19 – § 18a Begutachtungsverfahren

A) Beabsichtigte Neuregelung

Personen, die einen Antrag auf Pflegeleistungen stellen, sollen zukünftig frühzeitig durch den Medizinischen Dienst über die Folgen einer fehlenden Mitwirkung im Rahmen des Begutachtungsverfahrens informiert werden. Die antragsstellenden Personen haben zum Beispiel Unterlagen wie Arzt- oder Krankenhausberichte vorzulegen, die den Gutachterinnen und Gutachtern des Medizinischen Dienstes eine vollumfängliche Beurteilung der Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit und der Fähigkeiten der antragstellenden Personen ermöglichen. Im äußersten Fall können die Leistungsträger die Sozialleistungen sogar versagen, sofern die antragstellende Person auf die fehlende Mitwirkung hingewiesen worden und der Mitwirkungspflicht nicht in einer vom Leistungsträger gesetzten Frist nachgekommen ist. In der Gesetzesbegründung wird darauf verwiesen, dass der Expertenbeirat zur Weiterentwicklung des Pflegebedürftigkeitsbegriffes, Begutachtungsinstrumentes und des Verfahrens zur Pflegebegutachtung unter Berücksichtigung der Ergebnisse eines vom Medizinischen Dienst Bund beauftragten Modellvorhabens (”MEET-Projekt”) bewerten soll, ob es einer Stärkung der Mitwirkungspflichten bedarf.

B) Stellungnahme

Durch die Regelung, die antragstellenden Personen frühzeitig auf die Folgen einer fehlenden Mitwirkung hinzuweisen, soll eine Beschleunigung des Begutachtungsverfahrens erreicht werden. Das Ziel dieser Regelung wird daher begrüßt. Allerdings kann der Medizinische Dienst lediglich auf die Konsequenzen fehlender Mitwirkung hinweisen, da die Umsetzung möglicher Konsequenzen in der Verantwortung der Pflegekasse liegt.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 20 – § 18b Inhalt und Übermittlung des Gutachtens

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Inhalte der Pflegegutachten sollen erweitert werden. Zum einen soll der Anteil der Empfehlungen zu einer Rehabilitation erhöht werden. Die Gutachterinnen und Gutachter sollen im Einzelfall darlegen, welche Gründe der Durchführung einer Rehabilitation entgegenstehen. Zum anderen sollen die wichtigsten Einschränkungen der Selbstständigkeit und die daraus folgenden Schwerpunkte der pflegerischen Versorgung in einem eigenen Abschnitt festgestellt werden. Des Weiteren sollen daraus Empfehlungen für die Pflegebegleitung abgeleitet werden, insbesondere zu ersten Schritten der pflegerischen Versorgung und gegebenenfalls der Einleitung eines Fallmanagements sowie zur Vermeidung einer Überlastung von Pflegepersonen. Teile des Gutachtens sollen ab 2029 durch die Pflegekasse an die Pflegebegleitung weitergeleitet werden. Die Träger der Sozialhilfe erhalten auf Verlangen von der Pflegekasse das vollständige Gutachten für die Prüfung einer bedarfsgerechten Leistungsgewährung.

B) Stellungnahme

Die Zielsetzung, die Bedeutung von Rehabilitationsempfehlungen im Begutachtungsprozess zu stärken, ist nachvollziehbar. Zu dem frühen Zeitpunkt bei Erstbegutachtungen – vor oder zu Beginn einer Pflegebedürftigkeit – können Maßnahmen der Rehabilitation bei geeigneten Voraussetzungen und im Einzelfall zur Vermeidung beziehungsweise der Verzögerung des Beginns der Pflegebedürftigkeit beitragen. Allerdings führt auch nicht jede Rehabilitationsempfehlung zur tatsächlichen Inanspruchnahme seitens des Versicherten. Dies kann unter anderem an fehlenden Einwilligungen liegen.

Ein eigener Gutachtenabschnitt mit den wesentlichen Einschränkungen der Selbstständigkeit und die voraussichtlichen Schwerpunkte der erforderlichen pflegerischen Versorgung kann dazu beitragen, den Übergang in die pflegerische Versorgungsplanung zu vereinfachen. Weitere Beteiligte, zum Beispiel die Pflegebegleitung ab 2029, erhalten wichtige und konkrete Hinweise zum Bedarf der Pflegebedürftigen und zur Entlastung pflegender An- und Zugehöriger. Eine Anpassung der Begutachtungs-Richtlinien zur Konkretisierung der neuen Inhalte des Gutachtens ist sachgerecht.

Die digitale Übermittlung der Gutachteninhalte an die Pflegebegleitung und an den Träger der Sozialhilfe werden grundsätzlich begrüßt. Der Aufbau der erforderlichen Strukturen bis 2029 stellt dennoch eine Herausforderung dar, da parallel auch die Pflegebegleitung insgesamt erst aufgebaut werden muss. Dennoch wird die Zielsetzung, hier elektronisch gesicherte Datenübermittlung einzurichten, begrüßt.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 21 – § 18c Absatz 5 Entscheidung über den Antrag, Fristen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Änderung soll klargestellt werden, dass auch nach Ablauf der Begutachtungsfristen und bei einer erneuten Verzögerung, welche weder die Pflegekasse noch der Medizinische Dienst zu vertreten haben, keine Zahlungen der wöchentlichen 70 Euro an die antragsstellende Person zu zahlen sind.

B) Stellungnahme

Die vorgesehene Änderung ist sachgerecht und wird begrüßt. Die bisherige Formulierung führte teils zu unterschiedlichen Rechtsauslegungen der Pflegekassen. Durch die Regelung erfolgt eine Klarstellung und es wird für Rechtssicherheit gesorgt. Hierdurch wird eine einheitliche Umsetzung durch die Pflegekassen sichergestellt.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 22 – § 18f Beirat zur Weiterentwicklung des Pflegebedürftigkeitsbegriff, des Begutachtungsinstrumentes und des Verfahrens zur Pflegebegutachtung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Beim Medizinischen Dienst Bund soll ein Beirat zur wissenschaftlich fundierten und bedarfsgerechten Weiterentwicklung der Instrumente und des Verfahrens zur Bestimmung des leistungsberechtigten Personenkreises der sozialen Pflegeversicherung eingerichtet werden. Der Beirat soll eigeninitiativ oder aufgrund konkreter Aufgabenzuweisung durch den Medizinischen Dienst Bund oder das Bundesministerium für Gesundheit tätig werden. Der Beirat besteht aus fünf Vertreterinnen oder Vertretern der Wissenschaft. Die Mitglieder des Beirats werden vom Medizinischen Dienst Bund im Einvernehmen mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen vorgeschlagen und für die Dauer von vier Jahren vom Medizinischen Dienst Bund mit Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit berufen. Der Beirat hat die Aufgabe, den Medizinischen Dienst Bund sowie das Bundesministerium für Gesundheit zur Weiterentwicklung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs, des Begutachtungsinstrumentes und des Verfahrens zur Pflegebegutachtung zu beraten und entsprechende Empfehlungen zu geben, sowie dem Medizinischen Dienst Bund konkrete Vorschläge zur Umsetzung der genannten Empfehlungen in seinen Richtlinien und dem Bundesministerium für Gesundheit konkrete Vorschläge zur gesetzlichen Umsetzung der genannten Empfehlungen zu unterbreiten. Zudem soll der Beirat dem Medizinischen Dienst Bund sowie dem Bundesministerium für Gesundheit jährlich über diese Tätigkeiten berichten und auf Verlangen den Medizinischen Dienst Bund und das Bundesministerium für Gesundheit über darüberhinausgehende Tätigkeiten informieren.

B) Stellungnahme

Die Einrichtung eines kontinuierlich arbeitenden Beirats zur Weiterentwicklung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs, des Begutachtungsinstrumentes und des Verfahrens zur Pflegebegutachtung wird begrüßt. Die vorgesehene Regelung entspricht einer Empfehlung der vom GKV-Spitzenverband beauftragten IGES-Studie zur Entwicklung der Pflegeprävalenzen und zum Weiterentwicklungsbedarf des Begutachtungsinstrumentes, die Zugangsvoraussetzungen regelmäßig zu überprüfen. Das Verfahren zur Bestimmung des leistungsberechtigten Personenkreises bzw. mögliche Änderungen beim Begutachtungsinstrument, dem Begutachtungsverfahren sowie den Begutachtungs-Richtlinien haben unmittelbare Auswirkungen auf die Leistungsgewährung der Pflegekassen und die durch die Pflegekassen beauftragten Durchführungen der Begutachtungen der Medizinischen Dienste. Es ist nicht nachvollziehbar, warum ausschließlich der Medizinische Dienst Bund oder das Bundesministerium für Gesundheit und nicht aber der GKV-Spitzenverband dem Beirat konkrete Aufgaben zuweisen können soll. Gleiches gilt für die Frage, warum der Beirat nur gegenüber dem Medizinischen Dienst Bund bzw. gegenüber dem Bundesministerium für Gesundheit Vorschläge und Empfehlungen zum Begutachtungsinstrument, zum Begutachtungsverfahren und zu den Begutachtungs-Richtlinien unterbreiten und über seine Tätigkeiten berichten und informieren soll.

Auch die Verankerung des Beirats und einer entsprechenden Geschäftsstelle beim Medizinischen Dienst Bund ist nicht nachvollziehbar. Die Geschäftsstelle sollte neutral beim Bundesministerium für Gesundheit verortet sein, da der Beirat unabhängig von den die Vorgaben umsetzenden Pflegekassen und Medizinischen Diensten agieren muss. Ferner müssen im Sinne einer Gleichbehandlung die

gegenüber dem Medizinischen Dienst Bund eingeräumten Rechte beziehungsweise die Pflichten des Beirates auch gegenüber dem GKV-Spitzenverband normiert werden.

C) Änderungsvorschlag

Der Beirat zur Weiterentwicklung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs, des Begutachtungsinstruments und des Verfahrens zur Pflegebegutachtung ist vom Bundesministerium für Gesundheit einzusetzen.

Hilfsweise wird § 18f Absatz 1 Satz 2 wie folgt geändert: „Er wird eigeninitiativ oder aufgrund konkreter Aufgabenzuweisung durch den Medizinischen Dienst Bund, durch den GKV-Spitzenverband oder durch das Bundesministerium für Gesundheit tätig."

§ 18f Absatz 3, Satz 1 Nummer 1 ist wie folgt anzupassen: „Der Beirat hat die Aufgabe,

1. den Medizinischen Dienst Bund, den GKV-Spitzenverband sowie das Bundesministerium für Gesundheit bei der wirkungsvollen Weiterentwicklung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs, des Begutachtungsinstrumentes und des Verfahrens zur Pflegebegutachtung zu beraten und entsprechende Empfehlungen zu geben."

§ 18f Absatz 9 Satz 1 und 3 sind wie folgt anzupassen: „Der Beirat berichtet dem Medizinischen Dienst Bund, dem GKV-Spitzenverband sowie dem Bundesministerium für Gesundheit jährlich über seine Tätigkeit nach Absatz 3."

„Der Beirat informiert den Medizinischen Dienst Bund, den GKV-Spitzenverband sowie das Bundesministerium für Gesundheit auf Verlangen über den Tätigkeitsbericht nach Satz 1 hinaus über seine Tätigkeiten."

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 25 – § 30 Dynamisierung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Nach dem vorliegenden Kabinettsentwurf soll die für den 1. Januar 2028 vorgesehene Leistungsanpassung entfallen. Stattdessen wird ein neues, dauerhaftes Dynamisierungssystem eingeführt. Danach sollen die Leistungsbeträge erstmals zum 1. Januar 2029 und danach jährlich zum 1. Januar automatisch angepasst werden. Die Anpassung soll sich am geometrischen Mittel der Kerninflationsraten der letzten drei Kalenderjahre orientieren; gleichzeitig bleibt die Anpassung auf die Entwicklung der Bruttolohn- und Gehaltssumme begrenzt.

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband sieht kritisch, dass die bereits gesetzlich zugesagte Dynamisierung 2028 anhand der kumulierten Kerninflation der letzten 3 Jahre entfällt. Der Verzicht auf die bereits gesetzlich vorgesehene Anpassung bedeutet eine reale Leistungsminderung gegenüber der geltenden Rechtslage und damit zunächst eine Verschlechterung für die Leistungsempfangenden. Nach Angaben im Kabinettentwurf führt der Wegfall der Dynamisierung 2028 zu Minderausgaben der sozialen Pflegeversicherung von rund 4,7 Mrd. Euro im Jahr 2028 sowie von rund 4,8 beziehungsweise 4,9 Mrd. Euro in den Folgejahren. Die ausgewiesene Einsparung geht damit in vollem Umfang zulasten aller Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen. Dies widerspricht der politischen Zielrichtung, die Pflegebedürftigen finanziell nicht höher zu belasten bzw. ihre Eigenanteile zu senken. Positiv ist dagegen, dass künftig ein regelhafter jährlicher Anpassungsmechanismus jeweils zum Jahresbeginn geschaffen wird.

Im Bereich der vollstationären Pflege ist die jährliche Dynamisierung bei der Bestimmung der Pflegesätze herausfordernd, da mit erhöhten Leistungsbeträgen auch der Einrichtungseinheitliche Eigenanteil (EEE) innerhalb der einzelnen Einrichtungen (gleichmäßig) abgesenkt werden muss. Da die Laufzeiten der Vereinbarungen teilweise über den Jahreswechsel hinauslaufen, kann der ab Jahreswechsel geltende EEE nur bestimmt werden, wenn Kenntnis über die neuen Leistungsbeträge besteht. Sofern die ab Jahreswechsel geltenden Leistungsbeträge zum Verhandlungszeitpunkt noch nicht feststehen, müssen die Vereinbarungen zum Jahreswechsel übergeleitet werden.

Da auch für weitere Prozesse (Versicherteninformation, Systemanpassungen) Vorlaufzeiten benötigt werden, wird eine frühzeitige Bekanntgabe der neuen Leistungsbeträge zu Ende März vorgeschlagen.

C) Änderungsvorschlag

§ 30 Absatz 1 ist wie folgt zu fassen: „Die im Vierten Kapitel dieses Buches benannten Beträge für die Leistungen der Pflegeversicherung steigen zum 01. 01. 2028 in Höhe des kumulierten Anstiegs der Kerninflationsrate in den letzten drei Kalenderjahren, für die zum Zeitpunkt der Erhöhung die entsprechenden Daten vorliegen, nicht jedoch stärker als der Anstieg der Bruttolohn- und Gehaltssumme je abhängig beschäftigten Arbeitnehmer im selben Zeitraum. Ab dem Jahr 2029 steigen die entsprechend Satz 1 gesteigerten Beträge jährlich jeweils zum 01. 01. in Höhe des arithmetischen Mittels der Kerninflationsrate der letzten drei vorangegangenen Kalenderjahre, für die zum Zeitpunkt der Erhöhung die entsprechenden Daten vorliegen, nicht jedoch stärker als der durchschnittliche

Anstieg der Bruttolohn- und Gehaltssumme je abhängig beschäftigten Arbeitnehmer im selben Zeitraum."

§ 30 Absatz 2 wird um folgenden Satz 2 ergänzt: „Die Bekanntgabe folgt jeweils bis zum 31. 03. eines Jahres"

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 26 – § 33 Leistungsvoraussetzungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Zuordnung zu einem Pflegegrad und die Bewilligung von Leistungen können befristet werden, wenn und soweit eine Verringerung der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten nach Einschätzung des Medizinischen Dienstes zu erwarten ist. Nach den aktuellen Begutachtungs-Richtlinien des Medizinischen Dienst Bund bedarf es dafür einer hohen Wahrscheinlichkeit. Ausgehend von den Daten des Medizinischen Dienst Bund wird von den Medizinischen Diensten nur in weniger als 0,1 Prozent der Begutachtungen eine Befristung des festgestellten Pflegegrades empfohlen. Mit der Neuregelung ist die Erwartung verbunden, dass in Fällen, in denen die begründete Wahrscheinlichkeit für die Verbesserung der Fähigkeiten und der Selbständigkeit besteht, das Mittel der Befristung künftig häufiger als bisher Anwendung findet. Denn eine wie bisher in den Begutachtungs-Richtlinien geforderte hohe Wahrscheinlichkeit sei nicht mehr erforderlich. Vielmehr reiche eine nicht unwesentliche Wahrscheinlichkeit, dass sich gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten der antragstellenden Person pflegegradrelevant verringern werden, aus. Der Medizinische Dienst Bund habe dazu in den Begutachtungs-Richtlinien die denkbaren Konstellationen, in denen eine Befristung in diesem Sinne nahe liegt, näher zu konkretisieren.

B) Stellungnahme

Das Ziel der Regelung, das Mittel der Befristung verstärkt einzusetzen, ist zu begrüßen. Denn gerade bei jüngeren Pflegebedürftigen dürften Potentiale zur Wiederherstellung von Fähigkeiten und Verbesserungen der Selbständigkeit vorhanden sein, die stärker als bisher im Rahmen der Begutachtung berücksichtigt werden sollten.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 27 a) – § 34 Ruhen der Leistungsansprüche

A) Beabsichtigte Neuregelung

Bei der Regelung handelt es sich zum einen um eine Folgeänderung der Neugestaltung des § 39 SGB XI und der damit entfallenden Leistung der Verhinderungspflege. Zum anderen soll geregelt werden, dass das Pflegegeld nach § 37 oder anteiliges Pflegegeld nach § 38 in den ersten acht Wochen einer stationären Versorgung in einem Kinder- oder Jugendhospiz weitergezahlt wird.

B) Stellungnahme

Bei der bisherigen Regelung zur Verhinderungspflege wurde nach § 39 Absatz 1 SGB XI geregelt, dass die Ruhensvorschrift nach § 34 Absatz 2 SGB XI nicht gilt. Mit der Neugestaltung des § 39 SGB XI ist diese Regelung entfallen. Die Änderung ist daher sachgerecht.

Die Weiterzahlung des Pflegegeldes beziehungsweise des anteiligen Pflegegeldes während der stationären Versorgung in einem Kinder- oder Jugendhospiz ist sachgerecht und trägt der speziellen Versorgungssituation von Familien mit schwerstkranken, pflegebedürftigen Kindern Rechnung. Hinsichtlich des Pflegegeldes und des anteiligen Pflegegeldes wird die Versorgung in Kinder- oder Jugendhospizen somit dem Aufenthalt in einem Krankenhaus oder in einer Rehabilitations- oder Vorsorgeeinrichtung gleichgestellt. Dies kann zu einer Entlastung der betroffenen Familien beitragen. Die Regelung wird daher begrüßt.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 27 b) – § 34 Ruhen der Leistungsansprüche bei stationärer Versorgung in Kinder- und Jugendhospizen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Durch die vorgesehene Änderung soll geregelt werden, dass die Leistungen der sozialen Sicherung für Pflegepersonen (Rentenbeiträge, zusätzliche Leistungen bei Pflegezeit oder kurzzeitiger Arbeitsverhinderung) in den ersten acht Wochen bei einem stationären Aufenthalt in einem Kinder- oder Jugendhospiz nicht ruhen.

B) Stellungnahme

Diese Regelung ist sachgerecht und wird begrüßt.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 28 – § 35b Abtretung bei Kostenerstattung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es soll ein niedrigschwelliges formalisiertes Anzeigeverfahren für Kostenerstattungsansprüche geschaffen werden. Anbieter sollen den Nachweis ihrer Anspruchsberechtigung nicht bei jeder Abrechnung erneut einreichen müssen, sondern die Abtretung soll einmalig durch den Pflegebedürftigen angezeigt werden. Die Anzeige soll schriftlich oder elektronisch erfolgen können; eine (fern)mündliche Anzeige ist hingegen ausgeschlossen. Zum Inhalt der Anzeige werden einheitliche Mindestvorgaben geschaffen. Außerdem ist eine Anzeigepflicht der Pflegekasse gegenüber den Pflegebedürftigen hinsichtlich der Zahlung an den Abtretungsempfänger, der Höhe der Zahlung und der Höhe des verbleibenden Anspruchs des Pflegebedürftigen vorgesehen.

B) Stellungnahme

Um ein einheitliches Verfahren zur Anzeige einer Kostenabtretungserklärung im Fall der Kostenerstattung zu etablieren, ist die vorgesehene Regelung des § 35b SGB XI nachvollziehbar. Das Verfahren könnte im Vergleich zur aktuellen Praxis unbürokratischer werden. Bei den Zuschüssen zu wohnumfeldverbessernden Maßnahmen nach § 40 Absatz 4 SGB XI handelt es sich aber um Leistungen, die in der Regel einmalig und damit nicht regelmäßig in Anspruch genommen werden. Die Einführung eines Anzeigeverfahrens bei dieser Leistung erscheint somit sehr bürokratisch. Dies auch vor dem Hintergrund, dass die Anzeigepflicht nach § 35b SGB XI bereits zum 1.Januar 2027 eingeführt werden soll und damit noch vor dem Start des Pflege-Cockpits. Dies führt dazu, dass die Pflegekassen bis zu dessen Einführung pflegebedürftige Personen – ggf. monatlich - über die Zahlungen und Restansprüche informieren müssen. Insofern sollte die Einführung der Anzeigepflicht nach § 35b SGB XI zum 1. Juli 2028 erfolgen.

Eine noch größere Vereinfachung und Entbürokratisierung des gesamten Abrechnungsverfahrens, insbesondere auch für die pflegebedürftige Person, wäre, die Abrechnung in § 40b SGB XI und § 45b SGB XI nicht als Kostenerstattungsverfahren, sondern als Sachleistungsverfahren auszugestalten. Pflegebedürftige Personen müssen entweder erst in Vorleistung gehen, was zunächst zu einer finanziellen Belastung führt, oder sie müssen das vorgesehene Verfahren durchführen. Für die Leistungserbringer und Pflegekassen wäre ein gesetzlich verankertes Abrechnungsverfahren in Form der Sachleistungsabrechnung einfacher.

C) Änderungsvorschlag

Die Regelung ist zu streichen. Stattdessen ist in §§ 40b SGB XI und 45b SGB XI anstelle des Kostenerstattungsverfahrens die Leistung als Sachleistung auszugestalten.

Sollte dennoch an der Einführung der Anzeigepflicht nach § 35b SGB XI festgehalten werden, so ist Absatz 4 wie folgt zu fassen:

„(4) Die Pflegekasse wird verpflichtet, spätestens ab 01.07. 2028 der pflegebedürftigen Person die Zahlung an den Abtretungsempfänger schriftlich oder elektronisch anzuzeigen. Die Anzeige hat Angaben zur Höhe der Zahlung und zu der Höhe des verbleibenden Anspruchs der pflegebedürftigen Person zu enthalten.“

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 29 – § 36 Sachleistungsbudget

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es wird ein Sachleistungsbudget eingeführt, welches für Leistungen der häuslichen Pflege eingesetzt werden kann, die durch zugelassene Leistungserbringer erbracht werden. Die Leistungsbeträge werden im Vergleich zur aktuellen Pflegesachleistung erhöht. Leistungen der wegfallenden Verhinderungspflege, die bisher in § 39 geregelt waren, können künftig über das Sachleistungsbudget nach § 36, das Entlastungsbudget nach § 37 oder das Sozialraumbudget nach § 45b bezogen werden.

B) Stellungnahme

Vorgesehen ist die Ausgestaltung eines Pflegesachleistungsbudgets durch die Zusammenlegung von Leistungsansprüchen der Pflegesachleistungen und Teilen der Verhinderungspflege und der zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmittel. Der Wegfall der bisherigen Beantragung der jeweiligen Leistungen kann zu einer Vereinfachung und Entbürokratisierung beim Pflegebedürftigen führen.

Allerdings ist fraglich, ob durch die Bildung eines Pflegesachleistungsbudgets die Komplexität der Leistungsinanspruchnahme verringert wird. Die individuelle bedarfsgerechte Ausgestaltung der Versorgung muss wie bisher geplant werden. Durch die Zusammenlegung von Leistungen steht einerseits eine höhere flexible Inanspruchnahme zur Verfügung, andererseits erfordert dies aber ein höheres Maß an selbstverantwortlicher Planung der Verwendung der Leistungen in den Grenzen des zur Verfügung stehenden Budgets. Dies zeigt sich insbesondere bei einer Versorgung der pflegebedürftigen Person bei Verhinderung der Pflegeperson. Für den Verhinderungszeitraum werden mit hoher Wahrscheinlichkeit zusätzlich umfangreichere Pflegesachleistungen in Anspruch genommen werden müssen. Sofern die pflegebedürftige Person die Pflegesachleistungen bereits weitgehend verplant hat, so stellt der Verhinderungszeitraum eine gesonderte Belastung dar, die nicht in jedem Fall über das neu vorgesehene Überbrückungsbudget in Anspruch genommen werden kann. Auch wenn ein Budget gebildet wird, so entfallen damit nicht die einzelnen Leistungen an sich. Zugleich bleiben auch die meisten der bisherigen Leistungen als eigenständige Leistungen bestehen. Es sollen sogar noch neue Leistungen hinzukommen. Es müssen auch weiterhin erforderliche und geeignete Versorgungsangebote gefunden und vertraglich vereinbart werden.

Die vorgesehene Aufhebung der Verhinderungspflege als eigenständige Leistung im Rahmen des Gemeinsamen Jahresbetrags nach § 42a SGB XI wird grundsätzlich begrüßt. In der Praxis zeigt sich, dass die Verhinderungspflege ein hohes Missbrauchspotential bietet. Künftig ist die Inanspruchnahme von Leistungen bei Verhinderung der Pflegeperson im Rahmen des Pflegesachleistungsbetrags an die Bedingungen nach Absatz 4 gekoppelt.

Die Bündelung einzelner Leistungen in einem Budget verringert jedoch die Zielgenauigkeit des Systems. Alle Pflegebedürftigen erhalten unabhängig ihres Bedarfs ein höheres Pflegesachleistungsbudget. Dies wird insbesondere diejenigen treffen, die bisher die Leistungen der Verhinderungspflege zweckbindend eingesetzt haben. Es ist davon auszugehen, dass Personen, die bisher keine Verhinderungspflege benötigten, den additiven Leistungsanspruch in das im Entlastungsbudget eingebettete Pflegegeld – also die nachweisfreie Geldleistung – umwandeln. Die neuen Leistungsbezüge sind auf Basis der

heutigen Inanspruchnahmen ermittelt. Verhaltensänderungen mit Blick auf die Wahl von Sach-, Entlastungs-, Überbrückungsbudget und deren Kombination sind dabei nicht berücksichtigt.

In der Gesamtschau überzeugt die Abwägung der Effekte nicht. Einer abnehmenden Zielgenauigkeit steht eine mögliche Vereinfachung des „Leistungsdschungels“ entgegen. Da die Pflegebegleitung parallel gestärkt wird und weiterhin eine große Relevanz haben wird, ist fraglich, ob dafür Budgets erforderlich sind.

C) Änderungsvorschlag

Vor der Einführung grundlegender Strukturveränderungen sind die Ergebnisse der Pflegestrukturkommission abzuwarten, die Ende Januar 2027 vorliegen sollen. Regelungen, die die Versorgung verändern, sind Teil des Arbeitsauftrages der Strukturkommission und sollten sich an deren Ergebnissen orientieren.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 30 – § 37 Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Das Pflegegeld soll zukünftig in ein Entlastungsbudget eingebettet werden, welches den finanziellen Rahmen vorgibt. Die Leistungsbeträge sollen im Vergleich zu den aktuell gültigen Pflegegeldbeträgen erhöht werden. Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 sollen damit über das Pflegegeld künftig in größerem Umfang als bisher die erforderlichen körperbezogenen Pflegemaßnahmen, pflegerischen Betreuungsmaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung selbst sicherstellen. Es kann insbesondere eingesetzt werden in Situationen der geplanten Abwesenheit einer Pflegeperson, in denen bisher Ersatzpflege nach § 39 gewährt wurde und für die Anschaffung von zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln. Das Pflegegeld soll während der Inanspruchnahme von Pflegesachleistungen in pflegerischen Akutsituationen oder der Kurzzeitpflege für bis zu acht Wochen in Höhe der Hälfte des Leistungsbetrages fortgewährt werden. Bis zur Einführung der Pflegebegleitung im Jahr 2029 bestehen weiterhin Regelungen zur Inanspruchnahme von Beratungsbesuchen.

B) Stellungnahme

Zu den Wirkungen der Einführung des Sach- und Entlastungsbudgets ist in § 36 SGB XI Stellung genommen. Es muss gewährleistet werden, dass das Pflegegeld im Rahmen des Entlastungsbudgets zweckgebunden für die Sicherstellung der häuslichen Versorgung der pflegebedürftigen Person verwendet wird. Insbesondere Geldleistungen bergen ein hohes Potential an Missbrauch in sich.

Die Regelungen zu den in Anspruch zu nehmenden bzw. zur Verfügung stehenden Beratungen in der eigenen Häuslichkeit in Absatz 3 bis zum 31. Dezember 2028 sind im Sinne der Sicherung des häuslichen Pflegesettings weiterhin sachgerecht. Die Durchführung von jährlichen Beratungen in der Häuslichkeit ausschließlich im Rahmen der Pflegebegleitung nach § 7c Absatz 6 SGB XI ab 1. Januar 2029 ist sodann als Folge der zeitlichen Befristung des Absatzes 3 sachgerecht. Damit werden nach Einführung der Pflegebegleitung keine Doppelstrukturen der Beratung aufrechterhalten. Zugleich wird die inhaltliche Ausgestaltung des Beratungsbesuchs nach § 7c Absatz 6 SGB XI in Anlehnung an § 37 Absatz 6 SGB XI (aktuelle Gesetzeslage) begrüßt. Diese sieht ein konkretes Vorgehen mit entsprechenden Sanktionsmöglichkeiten bei nicht sichergestellter Pflege bzw. Nichtabruf der Pflegebegleitung vor, um die Pflegesituation zu verbessern und auf die Mitwirkung der pflegebedürftigen Person beziehungsweise der pflegenden Personen hinzuwirken. In diesem Zusammenhang ist es folgerichtig, dass der Informationsaustausch zwischen der Beratungsperson und der Pflegekasse bei nicht sichergestellter Pflege gemäß § 7c Absatz 7 SGB XI auch ohne Einverständnis der pflegebedürftigen Person erfolgen kann.

Der bis zu der Einführung der Pflegebegleitung nach § 7c (neu) zum 1. Januar 2029 vorgesehene Anspruch auf zwei Beratungen in den ersten drei Monaten nach erstmaligem Erhalt eines Pflegegrades von 1 bis 3 ist sachgerecht. Gerade zu Beginn einer festgestellten Pflegebedürftigkeit und damit dem erstmaligen Bezug von Leistungen nach dem SGB XI besteht in der Regel ein erhöhter Beratungs- und Unterstützungsbedarf. Anders als Bezieher des Pflegesachleistungsbudgets wird mit dem Pflegegeld in Form eines Entlastungsbudgets die Pflege eigenständig sichergestellt.

C) Änderungsvorschlag

Vor der Einführung grundlegender Strukturveränderungen sind die Ergebnisse der Pflegestrukturkommission abzuwarten, die Ende Januar 2027 vorliegen sollen. Regelungen, die die Versorgung verändern, sind Teil des Arbeitsauftrages der Strukturkommission und sollten sich an deren Ergebnissen orientieren.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 31 – § 38 Kombination von Geldleistung und Sachleistung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Auch künftig soll es möglich sein, Sach- und Geldleistungen individuell zu kombinieren. Neu geregelt wird, dass neben der Kurzzeitpflege auch während der Inanspruchnahme von Pflegesachleistungen in pflegerischen Akutsituationen nach § 39a anteiliges Pflegegeld in Höhe der Hälfte des zuvor gewährten Pflegegeldes für bis zu acht Wochen je Kalenderjahr fortgewährt wird.

B) Stellungnahme

Es ist sachgerecht, dass an der bisherigen Kombinationsleistung zur Inanspruchnahme sowohl von Sachleistungen in Form des Pflegesachleistungsbudgets als auch Geldleistungen in Form des Entlastungsbudgets festgehalten wird, um so die flexible Inanspruchnahme beider Budgets zu ermöglichen. Wie bisher ist vorgesehen, dass die pflegebedürftige Person an der Entscheidung, in welchem Verhältnis sie Sach- und Geldleistungen in Anspruch nimmt, für die Dauer von sechs Monaten gebunden ist. Der Regelung des § 38 nach wäre die pflegebedürftige Person an dem festgelegten Verhältnis des Pflegesachleistungs- und Entlastungsbudgets auch in Monaten mit abweichenden Versorgungssituationen gebunden. In diesem Kontext wäre zu prüfen, ob an der bisherigen Regelung des § 38 Satz 3 festgehalten werden sollte.

Ergänzt werden sollte, dass auch in den Fällen der Inanspruchnahme von Pflegesachleistungen in pflegerischen Akutsituationen zur Berechnung der Leistungshöhe das Pflegegeld vor Inanspruchnahme dieser Leistung herangezogen wird.

C) Änderungsvorschlag

Vor der Einführung grundlegender Strukturveränderungen sind die Ergebnisse der Pflegestrukturkommission abzuwarten, die Ende Januar 2027 vorliegen sollen. Regelungen, die die Versorgung verändern, sind Teil des Arbeitsauftrages der Strukturkommission und sollten sich an deren Ergebnissen orientieren. Hilfsweise wird § 38 Satz 3 durch folgenden Satz ersetzt: „Anteiliges Pflegegeld wird während der Inanspruchnahme von Pflegesachleistungen in pflegerischen Akutsituationen nach § 39a und während einer Kurzzeitpflege nach § 42 für bis zu acht Wochen je Kalenderjahr in Höhe der Hälfte der vor Beginn der Inanspruchnahme von Pflegesachleistungen in Akutsituationen nach § 39a oder der Kurzzeitpflege nach § 42 geleisteten Höhe fortgewährt."

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 32 – § 39 Überbrückungsbudget

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit § 39 soll ab 2028 ein Überbrückungsbudget eingeführt werden, welches bei pflegerischen Akutsituationen (zum Beispiel kurzfristiger Ausfall der Pflegeperson) oder Überbrückungssituationen (zum Beispiel bei Urlaubsabwesenheit der Pflegeperson) in Anspruch genommen werden kann. Verwendet werden kann das Überbrückungsbudget für die Inanspruchnahme von Pflegesachleistungen in pflegerischen Akutsituationen durch einen Notdienst der ambulanten Pflege oder durch die Kurzzeitpflege. Weitere Leistungen der Verhinderungspflege, die bisher in § 39 geregelt waren, können künftig über das Sachleistungsbudget nach § 36, das Entlastungsbudget nach § 37 oder das Sozialraumbudget nach § 45b bezogen werden. Zur Transparenz über die verbrauchten Mittel des Überbrückungsbudget soll für die Leistungserbringer eine Informationspflicht unmittelbar im Anschluss an die Leistungserbringung eingeführt werden. Auch die Pflegekassen sollen die Information spätestens bis zum Ende des auf die Leistungserbringung folgenden Monats erhalten. Der GKV-Spitzenverband soll verpflichtet werden, Angebote der Überbrückungspflege im Internet zu veröffentlichen.

B) Stellungnahme

Angesichts der Aufhebung der bisher in § 39 geregelten Verhinderungspflege als eigenständige Leistung, die nunmehr Teil des Pflegesachleistungs- und Entlastungs- sowie Sozialraumbudgets ist, ist die Ausgestaltung eines eigenständigen Budgets zur Überbrückung von außergewöhnlichen Situationen sachgerecht. Hierdurch ist gewährleistet, dass auch in Krisen- und Notfallsituationen eine Versorgungssicherheit unabhängig von der Inanspruchnahme des monatlichen Entlastungs-, Pflegesachleistungs- oder Sozialraumbudgets besteht. Positiv zu bewerten ist die Beibehaltung eines Anspruchs auf Leistungen zur Inanspruchnahme der Kurzzeitpflege nach § 42. Damit können auch vorhersehbare Versorgungssituationen bei Abwesenheit der Pflegeperson oder auch im Falle einer Anschlussversorgung an einen Krankenhausaufenthalt oder bei nicht oder noch nicht sichergestellter Pflege überbrückt werden.

Zu begrüßen ist, dass in Absatz 2 zur Klarstellung eine Legaldefinition hinsichtlich einer vorliegenden Akutsituation aufgeführt ist.

Durch die zweckgebundene Verwendung des Überbrückungsbudgets in Krisen- und Überbrückungssituationen in Form von Pflegesachleistungen wird eine transparente Inanspruchnahme gewährleistet und definierte und enge Leistungsvoraussetzungen werden festgelegt. Hierdurch kann das Missbrauchspotential, welches sich in der Vergangenheit zunehmend bei der Verhinderungspflege (insbesondere durch die Ausgestaltung des Gemeinsamen Jahresbetrags) gezeigt hat, eingedämmt werden.

Anzumerken ist aber auch, dass die Möglichkeit der Inanspruchnahme des Überbrückungsbudgets stark von dem Vorhalten eines entsprechenden Überbrückungsangebots durch die in § 39a SGB XI vorgesehenen Notdienste in der ambulanten Pflege sowie ein ausreichendes Angebot an Kurzzeitpflegeplätzen abhängig sein wird. Schon jetzt zeigt sich insbesondere in ländlichen Regionen,

dass das Angebot an Kurzzeitpflegeplätzen eingeschränkt ist. Insofern ist es folgerichtig, für einen Übergangszeitraum auch die Versorgung durch einen ambulanten Pflegedienst zuzulassen.

Die Verpflichtung der Leistungserbringer, die pflegebedürftigen Personen und die Pflegekassen zeitnah über verwendete Mittel des Überbrückungsbudgets zu informieren, ist sachgerecht und zwingend erforderlich. Nur so kann sichergestellt werden, dass die pflegebedürftigen Personen über die restliche Höhe des Überbrückungsbudgets informiert sind bzw. darüber, ab wann Eigenleistungen erforderlich sind. Zumal die Pflegekassen erst drei Kalendertage nach Inanspruchnahme von Pflegesachleistungen in einer Akutsituation eingebunden werden müssen und diese die Höhe des restlichen Überbrückungsbudgets daher gegebenenfalls erst im Anschluss an die bereits erfolgte Versorgung mitteilen können.

Nicht sachgerecht ist die Regelung des Absatzes 5, wonach der GKV-Spitzenverband im Internet über die regional verfügbaren Überbrückungsleistungen und die Plätze der Akut-Kurzzeitpflege informieren soll. Vertragspartner der Überbrückungsangebote sind die Leistungserbringer einerseits und die (Landesverbände der) Pflegekassen andererseits. Es ist davon auszugehen, dass entsprechende Verträge mit bereits zugelassenen ambulanten Pflegediensten und Kurzzeitpflegeeinrichtungen abgeschlossen werden. Der GKV-Spitzenverband ist nicht Vertragspartner und verfügt daher nicht über die Kenntnisse regional verfügbarer Überbrückungsangebote. Hierzu müsste ein Austausch mit den jeweiligen Verbänden der Kassenarten auf Landes- bzw. Bundesebene erfolgen. Zugleich stellen schon heute alle Kassenarten den Versicherten entsprechende Pflegeportale mit den regionalen Versorgungsangeboten zur Verfügung. Um Synergieeffekte zu nutzen und keine Doppelstrukturen aufzubauen, sollte die Information über Überbrückungsangebote wie bisher über die Informationsportale der Pflegekassen erfolgen. Der Absatz ist daher zu streichen.

Die Schaffung eines in Absatz 6 geregelten Übergangszeitraums, in dem das Überbrückungsbudget in Akutsituationen auch von ambulanten Pflege- oder Betreuungsnotdiensten erbracht werden kann, ist nachvollziehbar. Eine zeitliche Begrenzung und Überprüfung der Notwendigkeit eines Notdienstes ist sachgerecht, um eine missbräuchliche Nutzung des Überbrückungsbudgets in Akutsituationen zu verhindern.

C) Änderungsvorschlag

Vor der Einführung grundlegender Strukturveränderungen sind die Ergebnisse der Pflegestrukturkommission abzuwarten, die Ende Januar 2027 vorliegen sollen. Regelungen, die die Versorgung verändern, sind Teil des Arbeitsauftrages der Strukturkommission und sollten sich an deren Ergebnissen orientieren.

Hilfsweise ist Absatz 5 zu streichen. Der Absatz 6 wird Absatz 5.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 32 – § 39a Pflegesachleistungen in pflegerischen Akutsituationen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Zur Unterstützung bei pflegerischen Akutsituationen sollen Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 ab dem 1. Januar 2028 einen Anspruch auf Pflegesachleistungen in Akutsituationen haben. Pflegesachleistungen in Akutsituationen sollen schnell und unbürokratisch durch professionelle Dienstleister erbracht werden, welche einen entsprechenden Auftrag zur Übernahme der Akutversorgung in der jeweiligen Region mit den Landesverbänden der Pflegekassen vertraglich erhalten haben. Anders als bei der Erbringung von klassischen Pflegesachleistungen durch zugelassene Pflege- oder Betreuungsdienste, bedarf es bei der Erbringung von Pflegesachleistungen in Akutsituationen keines Abschlusses eines Pflegevertrages nach § 120 SGB XI. Pflegesachleistungen in Akutsituationen umfassen sowohl die körperbezogenen Pflegemaßnahmen als auch pflegerische Betreuungsmaßnahmen. Ziel der Leistung ist es, dass die Pflege der pflegebedürftigen Person auch bei einem Akutereignis in der eigenen Häuslichkeit vorübergehend sichergestellt wird. Der Bezug von Pflegesachleistung in Akutsituationen ist deshalb in der Regel auf die Dauer des Vorliegens der Akutsituationen beschränkt. Dauert die Inanspruchnahme der Leistung länger als drei Kalendertage an, so soll die Pflegebegleitung nach § 7c in Wohnortnähe einschätzen, ob die Akutversorgung weiterhin erforderlich ist und die Pflegebedürftigen und deren An- und Zugehörige beraten und unterstützen. Da die Pflegebegleitung erst 2029 eingeführt wird, der Anspruch auf Pflegesachleitungen in pflegerischen Akutsituation aber bereits ab 2028 besteht, hat der Notdienst 2028 übergangsweise die Zustimmung zur weiteren Versorgung von der Pflegekasse einzuholen, sofern die Akutsituation länger als drei Tage dauert.

B) Stellungnahme

Die Einführung einer Versorgung in Akutsituationen durch ein Überbrückungsbudget ist nachvollziehbar. Vor allem pflegebedürftige Personen, deren Versorgung durch pflegende An- und Zugehörige erbracht wird und die keine Pflegesachleistungen in Anspruch nehmen, stehen in einer unvorhersehbaren Akut- und Notfallsituation vor der Aufgabe, die Versorgung anderweitig sicherzustellen. In diesen Fällen besteht eine Handlungsdringlichkeit. Die Akut- und Notfallsituation ist in dem unerwarteten Ausfall der Hauptpflegeperson begründet, so dass diese kurzfristig keine anderweitige Versorgung organisieren kann. Für die pflegebedürftige Person und für die An- und Zugehörigen ist eine unbürokratische und schnelle Versorgung erforderlich.

Die Inanspruchnahme des Überbrückungsbudgets setzt ein Angebot an ambulanten bzw. betreuerischen Notdiensten voraus. Wie bereits in der Stellungnahme zu § 39 dargelegt, zeigt sich insbesondere in ländlichen Räumen im Vergleich zu städtischen Regionen ein eingeschränktes Angebot an ambulanter Pflege. Bei dem Notdienst wird es sich voraussichtlich um ein zusätzliches Angebot zu der Regelversorgung eines ambulanten Pflegedienstes handeln, so dass zusätzliches Personal vorzuhalten ist.

Absatz 3 sieht zwar auf den ersten Blick eine bürokratiearme Leistungsinanspruchnahme vor. Dies gilt zumindest für die ersten drei Kalendertage. Dauert die Inanspruchnahme der Leistungen nach § 39a länger als drei Kalendertage an, so ist die Pflegebegleitung nach § 7c zur Einschätzung der weiteren Erforderlichkeit der Akutversorgung einzuholen und der zuständigen Pflegekasse zu übermitteln.

Dieses Verfahren erscheint jedoch deutlich bürokratischer als es der Gesetzgeber in der Begründung darstellt und es ist fraglich, ob die regelhafte Hinzuziehung der Pflegebegleitung nach drei Kalendertagen organisatorisch umsetzbar ist. Zudem setzt dieses Vorgehen voraus, dass entsprechende Pflegebegleitungen auch kurzfristig verfügbar und hinzuziehbar sind. Um ein einheitliches Vorgehen in der Beurteilung der Erforderlichkeit der Leistungsinanspruchnahme zu § 39a zu gewährleisten, sind die in Absatz 4 vorgesehenen Richtlinien zwingend erforderlich.

Es wird zudem davon ausgegangen, dass ambulante Betreuungsdienste nur zur Erbringung pflegerischen Betreuungsmaßnahmen eingeschaltet werden. Andernfalls wäre die Übernahme von körperbezogenen Pflegemaßnahmen durch ambulante Betreuungsdienste nicht zulässig. Damit stellt sich unweigerlich die Frage, wer in der Akutsituation über den Einsatz eines ambulanten Betreuungs- oder Pflegenotdienstes entscheidet.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 33 – § 40 Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel

A) Beabsichtigte Neuregelung

Durch die beabsichtigten Änderungen in § 40 Absatz 1, 2 und 3 SGB XI soll die Versorgung mit zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln aus den Regelungen für einen eigenständigen Anspruch auf Versorgung mit Pflegehilfsmitteln in § 40 SGB XI herausgenommen und in die ebenfalls in dem Gesetzentwurf vorgesehenen Sachleistungsbudgets nach § 36 SGB XI und Entlastungsbudgets nach §°37 SGB XI integriert werden.

In § 40 Absatz 1 SGB XI wird daher klargestellt, dass zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel von dem in Satz 1 dieser Vorschrift geregelten eigenständigen Anspruch der Versicherten auf Versorgung mit Pflegehilfsmitteln ausgenommen sind. § 40 Absatz 2 SGB XI, der bislang nähere Regelungen zur Versorgung mit zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln enthält, soll dementsprechend gestrichen werden. In Absatz 3 Satz 4 ist als sich hieraus ergebende Folgeänderung eine Streichung der Angabe „mit Ausnahme der Pflegehilfsmittel nach Absatz 2“ vorgesehen.

Ausweislich der Gesetzesbegründung dient die Neuregelung dazu, aufwändige und in hohem Maße bürokratische Regelungen zum Bezug von zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln durch vereinfachte leistungsrechtliche Regelungen zu ersetzen. Da zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel wie Desinfektionsmittel oder Mund-Nasen-Schutz niedrigschwellig auf dem allgemeinen Markt verfügbar sind, sollen sie von den Versicherten künftig individuell über das Entlastungsbudget bezogen werden. Auf Basis der neuen Budgets können die zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmittel von den Versicherten flexibler und unbürokratischer bezogen werden. Dies soll auch dazu beitragen, einem Missbrauchspotenzial in diesem Versorgungsbereich effektiv entgegenzuwirken.

Nach dem dargestellten Erfüllungsaufwand zur Vorgabe 4.27 soll sich eine Einsparung von rund 1,39 Mio. Euro im Jahr ergeben.

B) Stellungnahme

Die vorgesehene Regelung ist ein wichtiger Schritt zur Stärkung der Selbstbestimmung sowie zur Entlastung pflegebedürftiger Menschen von Bürokratie.

Kern der Neuregelung ist die konsequente Ausrichtung der Leistungen der Pflegeversicherung an den individuellen Bedarfen der Betroffenen. Durch die Überführung der bisherigen Sachleistung in die mit dem vorliegenden Gesetzentwurf neu vorgesehenen Sachleistungs- und Entlastungsbudgets erhalten Pflegebedürftige und ihre Angehörigen erweiterte Entscheidungsspielräume sowie wirtschaftlichere Beschaffungsmöglichkeiten. Dies ermöglicht eine flexiblere, einfachere und bedarfsgerechte Auswahl und Beschaffung der erforderlichen Pflegehilfsmittel. Die bisherige Bindung an bestimmte Versorgungsstrukturen, Leistungserbringer und Abrechnungswege wird zugunsten einer gestärkten Autonomie aufgehoben. Die vom GKV-Spitzenverband erhobenen Daten aus dem Erstattungsverfahren weisen zudem keine Auffälligkeiten auf, die auf eine Beeinträchtigung der Versorgungsqualität hindeuten. Die entsprechenden Produkte sind auch auf dem freien Markt unbedenklich und qualitativ hochwertig verfügbar.

Die neue Regelung trägt dem Umstand Rechnung, dass die Bedürfnisse im Pflegealltag sehr unterschiedlich ausgeprägt sind. Flexiblere Bezugsmöglichkeiten ermöglichen es Pflegebedürftigen, auf wechselnde Bedarfe schneller zu reagieren und selbst zu entscheiden, in welchem Umfang und bei welchen Anbietern sie notwendige Verbrauchsprodukte beziehen. Diese Form der selbstbestimmten Nutzung stärkt nicht nur die Wahlfreiheit, sondern fördert auch eine effizientere und passgenauere Versorgung.

Zugleich wirkt die Neuregelung Verwerfungen in der bisherigen Versorgungspraxis entgegen, die sich insbesondere durch das weit verbreitete Angebot vorkonfigurierter Pflegeboxen und Fälle unzulässiger Beeinflussung der Pflegebedürftigen ergeben haben. Insbesondere wurde beobachtet, dass Versicherte im Wege zielgerichteter Ansprache zum Bezug nicht benötigter Pflegehilfsmittel gedrängt werden und standardisierte Versorgungspakete (sogenannte Pflegeboxen) abgegeben werden, die nicht dem tatsächlichen Bedarf entsprechen und damit überteuert abgerechnet werden. Verbraucherzentralen haben in der Vergangenheit wiederholt auf diese Verwerfungen hingewiesen.

Durch die Stärkung der Eigenverantwortung der Leistungsberechtigten sowie die direkte Mittelverwendung wird die Transparenz erhöht und Fehlanreizen entgegengewirkt. Außerdem werden ineffiziente Strukturen abgebaut. Auch für Leistungserbringer und Pflegekassen werden Erleichterungen geschaffen, da regulatorische Hürden abgebaut werden.

Von der vorgesehenen Regelung werden wiederverwendbare saugende Bettschutzeinlagen nicht erfasst, obwohl diese derzeit ebenfalls Bestandteil der sogenannten Pflegeboxen sind. Die geplante Änderung sollte daher vollständig und konsequent umgesetzt und auf wiederverwendbare saugende Bettschutzeinlagen erstreckt werden.

Die bereits beabsichtigte Änderung trägt den wiederholt geäußerten Wünschen der Versicherten nach flexibleren Bezugsmöglichkeiten Rechnung. Sie kann zu einer Entbürokratisierung und Beschleunigung der Versorgungsprozesse beitragen, ohne dass hiermit Qualitätseinbußen verbunden sind. Zugleich eröffnet sie den Versicherten kostengünstigere und wirtschaftlichere Beschaffungsmöglichkeiten über den allgemeinen Fachhandel.

Die der Vorgabe 4.27 zugrunde gelegten Annahmen zum Erfüllungsaufwand sind für uns hingegen nicht nachvollziehbar. Weder die angegebene Zahl von 3.600 Verträgen im Jahr 2025 noch die angenommene Bearbeitungszeit von acht Stunden je Fall sind uns bekannt oder erscheinen hinreichend plausibel. Darüber hinaus enthalten die bestehenden Verträge regelmäßig auch Regelungen zu wiederverwendbaren saugenden Bettschutzeinlagen, die nicht den zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln zuzuordnen sind. Eine vollständige Beendigung oder entsprechende Reduzierung des administrativen Aufwands ist daher nicht zu erwarten.

C) Änderungsvorschlag

§ 40 wird wie folgt geändert:

a) Nach Absatz 1 Satz 4 wird der folgende Satz eingefügt: „Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel sowie wiederverwendbare saugende Bettschutzeinlagen als Pflegehilfsmittel zur Körperpflege und Hygiene sind vom Anspruch nach Satz 1 ausgenommen.“

b) Absatz 2 wird gestrichen.

c) In Absatz 3 Satz 4 wird die Angabe „mit Ausnahme der Pflegehilfsmittel nach Absatz 2“ gestrichen.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 36 – § 41 Tagespflege und Nachtpflege

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Leistungen der Tages- und Nachtpflege sollen zusätzlich zu ambulanten Pflegesachleistungen, Pflegegeld, der Kombinationsleistung oder zum Überbrückungsbudget in Anspruch genommen werden können, ohne dass eine Anrechnung auf diese Leistungen erfolgt.

B) Stellungnahme

Die Regelung ist im Grundsatz nachvollziehbar, weist jedoch einen systematischen Fehler bei den Anspruchsvoraussetzungen auf. Während ambulante und teilstationäre Leistungen ordnungsgemäß nebeneinander in Anspruch genommen werden können, umfasst das neue Überbrückungsbudget nach § 39 SGB XI auch Leistungen der vollstationären Kurzzeitpflege. Ein gleichzeitiger Bezug von vollstationärer Kurzzeitpflege und teilstationärer Pflege ist jedoch rechtlich und praktisch ausgeschlossen. Der Verweis muss zwingend auf die ambulanten Pflegesachleistungen innerhalb des Überbrückungsbudgets beschränkt werden.

C) Änderungsvorschlag

§ 41 Absatz 3 wird wie folgt gefasst:

„(3) Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 können teilstationäre Tages- und Nachtpflege zusätzlich zu ambulanten Pflegesachleistungen, Pflegegeld, der Kombinationsleistung nach § 38 oder den Pflegesachleistungen in pflegerischen Akutsituationen nach § 39a in Anspruch nehmen, ohne dass eine Anrechnung auf diese Ansprüche erfolgt.“

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 37 – § 42 Kurzzeitpflege

A) Beabsichtigte Neuregelung

In Absatz 4 ist vorgesehen, dass in pflegerischen Akutsituationen ab dem 01. Januar 2028 ein Anspruch auf eine Akut-Kurzzeitpflege in zugelassenen vollstationären Pflegeeinrichtungen besteht soweit und so lange eine stationäre Versorgung nach Einschätzung der Pflegebegleitung nach § 7c aus pflegefachlicher Sicht erforderlich ist. Bei der Akut-Kurzzeitpflege soll es sich um Versorgung über extra ausgewiesene Kurzzeitpflegeplätze handeln.

B) Stellungnahme

Grundsätzlich ist die vorgesehene Versorgung in Akutpflegesituationen nachvollziehbar. Nicht nachvollziehbar ist jedoch die Schaffung eines gesonderten Anspruchs auf eine Akut-Kurzzeitpflege. Die Kurzzeitpflege ist schon jetzt für Akutpflegesituationen, beispielswese nach einem Krankenhausaufenthalt oder bei vorübergehender Verschlechterung der Pflegesituation, ausgestaltet. Ein solcher Anspruch besteht grundsätzlich schon nach Absatz 1. Die Schaffung eines gesonderten Kontingents an Kurzzeitpflegeplätzen ist nicht nachvollziehbar, da Kurzzeitpflegeplätze auch heute schon für Akutpflegesituationen bestehen und sich damit ungeklärte Fragen der Abgrenzung der einzelnen Akutpflegesituationen ergeben würden. Aus diesem Grund ist der in Absatz 4 vorgesehene Anspruch zu streichen.

C) Änderungsvorschlag

Der Absatz 4 ist zu streichen.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 39 – § 43 Vollstationäre Pflege

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelung, dass Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 bei vollstationärer Pflege einen Zuschuss in Höhe von 131 Euro erhalten, wird gestrichen.

B) Stellungnahme

Die Regelung ist nachvollziehbar und eine Folgeänderung der präventionsorientierten Fokussierung der Leistungen in Pflegegrad 1.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 40 – § 44 Absatz 1 Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen

D) Beabsichtigte Neuregelung

Die vorgesehene Regelung sieht vor, dass Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung für Pflegepersonen, die bereits eine Rente wegen Alters beziehen, künftig nur noch bis zum Ablauf des Monats zu zahlen sind, in dem die Pflegeperson die Regelaltersgrenze erreicht.

E) Stellungnahme

Die Regelung ist sachgerecht und entspricht einer vom GKV-Spitzenverband schon seit Jahren vorgetragenen Forderung.

Hintergrund ist der Umstand, dass mit dem am 1. Januar 2017 in Kraft getretenen Gesetz zur Flexibilisierung des Übergangs vom Erwerbsleben in den Ruhestand und zur Stärkung von Prävention und Rehabilitation im Erwerbsleben (Flexirentengesetz) Gestaltungsmöglichkeiten eröffnet wurden, die in dieser Ausprägung nicht gewünscht waren und weit über die mit den ursprünglich den Arbeitsmarkt adressierten Intentionen hinausgehen. So können Pflegepersonen, die die Regelaltersgrenze erreicht haben, durch einen prozentual frei wählbaren Verzicht auf ihre Rente eine sogenannte Wunschteilrente erhalten und in der Folge die ansonsten bestehende Rentenversicherungsfreiheit vermeiden. In der Konsequenz können sie auf diese Weise volle Rentenversicherungsbeiträge von der Pflegeversicherung bis zum Ende ihrer Pflegetätigkeit erhalten. Insbesondere Rentnerinnen und Rentner, die die Regelaltersgrenze überschritten haben, haben jedoch in der Regel ihre Erwerbsbiografien bereits abgeschlossen und in der Folge durch die Übernahme der Pflegetätigkeit auch keine Nachteile in ihrer Alterssicherung. Es ist daher auch sachgerecht, dass Beiträge zur Rentenversicherung für die Pflegepersonen künftig längstens bis zum Bezug einer Rente wegen Alters und dem Erreichen der Regelaltersgrenze von der Pflegeversicherung gezahlt werden.

F) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 41 – § 45a Angebote zur Unterstützung im Alltag

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Angebote zur Unterstützung im Alltag sollen neu geordnet werden. Die landesrechtliche Anerkennung von Angeboten zur Unterstützung im Alltag soll künftig bundeseinheitlicher erfolgen. Dazu werden bestimmte Kriterien für die Verordnung nach Landesrecht vorgegeben. Professionelle Angebote zur Unterstützung im Alltag können eine versorgungsvertragliche Zulassung durch die Pflegekasse als ambulante Betreuungseinrichtung gemäß § 71 Absatz 1a erhalten und damit Leistungen im Rahmen des Sachleistungsbudgets nach § 36 erbringen. Sofern eine Zulassung nach § 72 besteht, ist eine Anerkennung als Angebot zur Unterstützung im Alltag nach Landesrecht oder als Nachbarschaftshilfe ausgeschlossen. Angebote im Alltag, die durch Einzelhelfende als Nachbarschaftshilfe organisiert sind, sollen künftig durch die Pflegekassen anerkannt werden. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen soll dazu bis zum 1. Januar 2028 in Richtlinien das Nähere regeln.

B) Stellungnahme

Zur Stärkung der häuslichen Pflege ist es sachgerecht, dass auch künftig Angebote zur Unterstützung im Alltag als Versorgungsangebot bestehen bleiben. Es wird positiv bewertet, dass die Angebote zur Unterstützung im Alltag neu geordnet und ausgebaut werden sollen und eine Trennung zwischen niedrigschwelligen Angeboten zur Unterstützung im Alltag und professionellen Betreuungsdiensten nach § 72 SGB XI erfolgen soll.

Um die Anerkennungsvoraussetzungen bundesweit einheitlich zu regeln, ist die Aufnahme von Anerkennungskriterien in § 45a, die in den jeweiligen Rechtsverordnungen zu berücksichtigen sind, folgerichtig. Jedoch lassen die in Absatz 3 vorgesehenen Kriterien einen weiten Gestaltungsspielraum für die Länder zur Umsetzung zu. Um auch länderspezifische Gegebenheiten bei der Anerkennung von Angeboten berücksichtigen zu können, bedarf es grundsätzlich eines gewissen Spielraumes. Mit dem in § 45a Absatz 3 vorgesehenen Gestaltungsspielraum ist zu erwarten, dass die vom Gesetzgeber vorgesehene stärkere Vereinheitlichung zwischen den Ländern nicht umgesetzt wird. Insbesondere sollten in Absatz 3 einheitliche inhaltliche Kriterien zu den Hilfen bei der Haushaltsführung aufgeführt werden. Hier zeigen sich in den Angebotsinhalten zwischen den Ländern teilweise erhebliche Unterschiede. Teilweise werden Angebotsinhalte zugelassen, die nicht Bestandteil der Leistungen der sozialen Pflegeversicherung sein können (z. B. Gartenarbeit, Schneeschieben).

Abzulehnen ist die in Absatz 4 vorgesehene künftige Neuregelung der Anerkennung der Nachbarschaftshilfe durch die Pflegekassen. Die Anerkennung der Nachbarschaftshilfe ist bereits in den Bundesländern vorgesehen. Ähnlich wie bei den Angeboten zur Unterstützung im Alltag sind diese nach Landesrecht und damit ggf. abweichend voreinander geregelt und somit bestehen folglich Anerkennungsverfahren und zuständige Stellen. Diese sind in der Regel in den für die Anerkennung der Angebote zur Unterstützung im Alltag zuständigen Stellen angesiedelt. Mit der Neuregelung der Anerkennung der Nachbarschaftshilfe durch die Pflegekassen wird eine neue Anerkennungsstruktur parallel zu den Zuständigkeiten der Länder nach Absatz 3 geschaffen, statt die bisherigen Strukturen auch weiterhin und bürokratiearm zu nutzen. Dies ist nicht nachvollziehbar, da Ressourcen und Verwaltungsaufwände durch die Anerkennungsverfahren bei den Pflegekassen gebunden werden.

Zugleich sieht Absatz 1 die Stärkung der Zulassung von Betreuungsdiensten nach § 72 SGB XI und in der Folge der Nutzung des Pflegesachleistungsbudgets vor. Folglich sollte es nach dem Willen des Gesetzgebers zu einer Zunahme der Zulassungen von Betreuungsdiensten nach § 72 SGB XI und damit zu einer Ressourcenbindung bei den Pflegekassen für die Zulassung von Betreuungsdiensten kommen.

Sofern durch die Anerkennung der Nachbarschaftshilfe durch die Pflegekasse aufgrund der in Absatz 4 vorgesehenen Richtlinien eine Vereinheitlichung erfolgen sollte, könnte der Gesetzgeber in Absatz 3 entsprechende Anerkennungskriterien für die Nachbarschaftshilfe regeln, die in den Rechtsverordnungen der Länder zu berücksichtigen sind. Insofern sind die Absätze 4 und 5 zu streichen.

Bezüglich der Anerkennung der Nachbarschaftshilfe sollte außerdem geprüft werden, ob diese durch die Veröffentlichungsstellen der Landesverbände der Pflegekassen veröffentlicht werden sollten. Nach § 7 Abs. 3 Satz 1 sind zugelassene Angebote zur Unterstützung im Alltag Bestandteil der Leistungs- und Preisvergleichslisten, die nach § 7 Abs.3 Satz 2 im Internet veröffentlicht werden müssen. Da es sich bei den Nachbarschaftshilfen in der Regel um Einzelhelfende handelt, die für einen begrenzten Personenkreis Unterstützungsleistungen anbieten, ist eine Veröffentlichung nicht sinnvoll.

C) Änderungsvorschlag

Nach Absatz 2 Satz 1 wird folgender Satz eingefügt.

„Im Bereich der hauswirtschaftlichen Versorgung dienen sie unmittelbar der Sicherstellung der grundlegenden hauswirtschaftlichen Versorgung der pflegebedürftigen Person in ihrer häuslichen Umgebung und sind erforderlich, um deren Verbleib in der eigenen Häuslichkeit zu ermöglichen. Hierzu zählen insbesondere die Zubereitung von Mahlzeiten, die Reinigung der unmittelbar zum Wohnen genutzten Räume, das Waschen und die Pflege der Wäsche sowie die Beschaffung notwendiger Lebensmittel und Gegenstände des täglichen Bedarfs. Nicht umfasst sind insbesondere Gartenpflege, Rasenmähen, Hecken- und Baumschnitt, Schneeräum- und Streudienste, sonstige Außenanlagenpflege, handwerkliche Tätigkeiten sowie Instandhaltungs- und Reparaturarbeiten."

§ 45a Absatz 3 Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„Die Landesregierungen werden ermächtigt, durch Rechtsverordnung das Nähere über die Anerkennung der Angebote zur Unterstützung im Alltag im Sinne der Absätze 1 und 2, die nicht nach § 72 zugelassen sind, und für die Nachbarschaftshilfe zu bestimmen."

Die Absätze 4 und 5 werden gestrichen.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 41 – § 45b Sozialraumbudget

A) Beabsichtigte Neuregelung

Pflegebedürftige in häuslicher Pflege mit Pflegegrad 2 bis 5 sollen zukünftig Anspruch auf ein Sozialraumbudget haben in Höhe von monatlich bis zu 175 Euro, sofern sie das 25. Lebensjahr vollendet haben, oder in Höhe von monatlich bis zu 300 Euro, sofern sie das 25. Lebensjahr noch nicht vollendet. Der Betrag soll zweckgebunden einzusetzen sein für Leistungen von Angeboten zur Unterstützung im Alltag im Sinne des § 45a.

B) Stellungnahme

Die Beibehaltung des bisherigen Entlastungsbetrags – nunmehr in Form des Sozialraumbudgets – ist zur Unterstützung pflegebedürftiger Personen und deren Zu- und Angehörigen sowie zu deren Entlastung positiv zu bewerten. Durch die Beibehaltung als eigenständige Leistung steht ein ergänzendes Unterstützungs- und Entlastungsangebot zur Verfügung, dessen Inanspruchnahme nicht das Pflegesachleistungs- oder Entlastungsbudget verringert. Das Pflegesachleistungs- und Entlastungsbudgets sehen von der inhaltlichen Leistungsausgestaltung vor allem die Sicherstellung der häuslichen Versorgung vor. Zu begrüßen ist, dass das Sozialraumbudget zweckgerichtet für Angebote im Alltag nach § 45a SGB XI zu verwenden ist und nicht als Geldleistung ausgestaltet ist. Damit wird die tatsächliche Inanspruchnahme von Unterstützungs- und Entlastungsleistungen sichergestellt.

Das Antragsverfahren sowie die Kostenerstattung sollen im Vergleich zum bisherigen Entlastungsbetrag unverändert bleiben. Auch weiterhin sollte ein bürokratiearmes Antragsverfahren gewährleistet sein. Dies könnte durch die direkte Abrechnung zwischen dem Angebot zur Unterstützung und der Pflegekasse der pflegebedürftigen Person deutlich vereinfacht werden.

Dass das Sozialraumbudget ausschließlich für Leistungen von Angeboten zur Unterstützung im Alltag nach § 45a SGB XI verwendet werden kann, führt einerseits zu einer Vereinfachung und Übersichtlichkeit der Leistung. Andererseits bedeutet dies eine Leistungskürzung dahingehend, dass pflegebedürftige Personen nach der aktuell geltenden Fassung des § 45b SGB XI den Entlastungsbetrag auch für Aufwendungen, die unter anderem in Zusammenhang mit den Leistungen der Tages- und Nachtpflege sowie der Kurzzeitpflege entstanden sind, einsetzen können. Das Sozialraumbudget sollte ebenfalls weiterhin im Zusammenhang mit den Leistungen der Tages- und Nachtpflege zu verwenden sein, da der bisherige Entlastungsbetrag einen wesentlichen Beitrag zur finanziellen Entlastung der pflegebedürftigen Menschen bei der Inanspruchnahme einer Tages- oder Nachtpflege geleistet hat. Ein Wegfall würde die erforderliche Versorgung gefährden.

Die Streichung des Entlastungsbetrags – bzw. des Sozialraumbudgets neu – für Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 ist vor dem Hintergrund der Einführung der Pflegebegleitung und der damit stärkeren Ausrichtung von Beratung und Prävention nachvollziehbar.

Die Erhöhung des Sozialraumbudgets auf 175 Euro beziehungsweise 300 Euro von bisher 131 Euro wird abgelehnt. Auch wenn die Zweckbindung des Sozialraumbudgets zunächst stark eingeschränkt wird, wird sich das Verhalten der Leistungsbeziehenden und Anbieter langfristig anpassen. Durch den Aufbau entsprechender Angebotsstrukturen wird die Erhöhung des Sozialraumbudgets langfristig auch

zu höheren Kosten führen. Vor dem Hintergrund der durch die Rechtsverordnungen der Länder unterschiedlich geregelten Leistungsinhalte der Angebote zur Unterstützung im Alltag kann der Entlastungsbetrag schon heute teilweise auch für pflegefremde Leistungen (zum Beispiel Schneeschieben) verwendet werden. Nach der in § 45a vorgesehenen Ausgestaltung der Angebote zur Unterstützung im Alltag ist davon auszugehen, dass dies auch künftig so sein wird (vgl. hierzu auch die Stellungnahme zu § 45a).

Zudem ist die geplante Differenzierung der Leistungshöhe nach dem Alter der pflegebedürftigen Person nicht sachgerecht. Eine altersabhängige Staffelung des Budgets lässt sich mit dem tatsächlichen, rein bedarfs- und pflegegradabhängigen Entlastungsbedarf in der häuslichen Versorgung nicht begründen. Um eine verfassungsgemäße Gleichbehandlung zu garantieren, ist eine einheitliche Ausgestaltung der Leistungshöhe unabhängig vom Alter der pflegebedürftigen Person sicherzustellen.

Wie bereits in der Stellungnahme zu § 45a ausgeführt, wird die vorgesehene Anerkennung der Nachbarschaftshilfe durch die Pflegekassen als nicht nachvollziehbar und nicht sachgerecht bewertet. Insofern ist der Absatz 1 anzupassen.

Durch den vorgesehenen Wegfall der Regelung zur Übertragbarkeit nicht verwendeter Leistungen in das Folgejahr und dem Wegfall des Anspruchs für Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 stellt sich die Frage, wie mit den im Jahr 2026 nicht verwendeten Leistungen zu verfahren ist. Es bedarf einer Regelung zum rechtssicheren Umgang in Hinblick auf eine Übertragbarkeit der Leistungen in das Jahr 2027 bzw. eines Wegfalls der im Jahr 2026 erworbenen Ansprüche im Jahr 2027.

C) Änderungsvorschlag

Vor der Einführung umfassender Strukturveränderungen sind die Ergebnisse der Pflegestrukturkommission abzuwarten, die Ende Januar 2027 vorliegen sollen. Regelungen, die die Versorgung verändern, sind Teil des Arbeitsauftrages der Strukturkommission und sollten sich an deren Ergebnissen orientieren.

Hilfsweise ist Absatz 1 wie folgt zu fassen:

„(1) Pflegebedürftige in häuslicher Pflege mit Pflegegrad 2 bis 5 haben Anspruch auf ein Sozialraumbudget in Höhe von monatlich bis zu 175 Euro. Der Betrag ist zweckgebunden einzusetzen für

1. Leistungen von Angeboten zur Unterstützung im Alltag im Sinne des § 45a mit einer Anerkennung nach Landesrecht
2. Leistungen der Tages- und Nachtpflege.“

In Absatz 4 Satz 2 sind die Wörter “sowie der Spitzenverband Bund der Pflegekassen in den Richtlinien nach § 45a Absatz 4 Satz 2” zu streichen.

Zudem ist eine Regelung zum rechtssicheren Umgang mit den im Jahr 2026 nicht verwendeten Entlastungsbeträgen zu ergänzen. Es ist klarzustellen, ob diese im Jahr 2027 verwendet werden können oder nicht. Für den Fall der Übertragbarkeit ist zudem zu regeln, für welche Leistungserbringer diese verwendet werden können.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 42 – § 45c Förderung der Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen und des Ehrenamts, Verordnungsermächtigung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Mittel zur Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen und Versorgungskonzepte sowie zur Förderung ehrenamtlicher Strukturen nach Absatz 1 sollen im Wege der Anteilsfinanzierung aus Mitteln des Ausgleichsfonds auf 125 Mio. Euro je Kalenderjahr angehoben werden.

B) Stellungnahme

Die Erhöhung des Fördervolumens um 100 Mio. Euro auf 125 Mio. Euro jährlich aus Mitteln des Ausgleichsfonds zur Kofinanzierung der Förderung zur Weiterentwicklung von den in Absatz 1 Nr. 1 bis 3 genannten Fördervorhaben wird mit Blick auf die angespannte Finanzlage der sozialen Pflegeversicherung und den Umstand, dass die Fördermittel bereits heute in einigen Ländern nicht ausgeschöpft werden, abgelehnt. Dass es sich gemäß der Gesetzesbegründung in Folge der Einführung des Sozialraumbudgets um eine ausgabenneutrale Erhöhung handelt, ist nicht nachvollziehbar. Bei den in Absatz 1 Nr. 1 bis 3 genannten Fördervorhaben handelt es sich darüber hinaus um regionale Angebote, die in den Kommunen und Quartieren angesiedelt sind. Insofern wird die Hauptverantwortung der Förderung bei den Ländern gesehen.

Die inhaltliche Ausweitung und gesetzliche Konkretisierung des Fördertatbestandes nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 mit Bezug zu § 45a SGB XI wird im Sinne der Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen und -konzepte grundsätzlich begrüßt. Über die Förderung des Auf- und Ausbaus hinaus ist nun auch eine stetige Unterstützung von Angeboten zur Unterstützung im Alltag nach § 45a SGB XI sowie die entsprechende Strukturförderung möglich. Der inhaltlich neu ausgestaltete Absatz 3 konkretisiert den Fördertatbestand nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und verweist ausdrücklich neben der Projektförderung auf die Möglichkeit einer dauerhaften Förderung. Ergänzt werden die Fördermöglichkeiten von Kosten, die verbunden sind mit einer Begleitung oder Supervision der Helfenden, mit ihrer Schulung oder Fortbildung, mit Aufwendungen für einen angemessenen Versicherungsschutz oder mit einer Vernetzung mit Pflegebedürftigen Pflegepersonen oder anderen Helfenden. Ausdrücklich als förderfähig erwähnt, wird nun auch die Tagesbetreuung.

Der GKV-Spitzenverband beschließt mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. Empfehlungen über die Voraussetzungen, Ziele, Dauer, Inhalte und Durchführung der Förderung sowie zu dem Verfahren der Auszahlung der Fördermittel gemäß § 45c Absatz 7 Satz 1. Die Verbände der Menschen mit Behinderungen, der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen und vergleichbar Nahestehender sind anzuhören. Diese in § 45c Absatz 7 Satz 1 verwendete Formulierung der anzuhörenden Verbände ist unbestimmt und führt in der Praxis zu einer Unklarheit der konkret zu beteiligenden Verbände. Um die anzuhörenden Verbände eindeutig und transparent zu bestimmen, bedarf es einer Konkretisierung in § 45c Absatz 7 Satz 1. Eine solche Bestimmtheit wird geschaffen, indem gesetzlich geregelt wird, dass die auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen nach Maßgabe der Verordnung nach § 118 Absatz 2 anzuhören sind. Diese Verbände sind im Rahmen des Qualitätsausschusses vertreten und wirken an den in § 118 Absatz 1 genannten Richtlinien,

Vereinbarungen und Beschlüssen mit. Sie vertreten damit bereits in vielfältigen Verfahren die Interessen pflegebedürftiger und behinderter Menschen.

C) Änderungsvorschlag

Die Änderungen des Fördervolumens / des Zuschusses in den Absätzen 1 und 2 sind zu streichen.

In § 45c Absatz 7 Satz 1 ist „Verbände der Menschen mit Behinderungen, der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen und vergleichbar Nahestehenden“ zu ersetzen durch „der auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen nach Maßgabe der Verordnung nach § 118 Absatz 1 SGB XI.“

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 43 – § 45e Fördermittel Geschäftsstelle

A) Beabsichtigte Neuregelung

In Absatz 4 ist eine Anpassung der bisherigen Staffelung der Fördermittel für die Finanzierung der Geschäftsstelle nach Absatz 5 vorgesehen. Zugleich ist die Übertragbarkeit nicht verwendeter Fördermittel eines Jahres in das kommende Jahr vorgesehen. Die Errichtung der Geschäftsstelle wird vom 01. Oktober 2026 auf den 01. Januar 2027 verschoben. Damit eingehergehend wird auch die Frist zur Durchführung der wissenschaftlichen Begleitung entsprechend angepasst.

B) Stellungnahme

Die vorgesehene Neuregelung wird begrüßt. Durch die Verschiebung der Errichtung der Geschäftsstelle steht anders als bisher geplant ein höheres Finanzierungsvolumen insbesondere in der Aufbauphase der Geschäftsstelle zur Verfügung. Durch die Übertragbarkeit nicht verwendeter Fördermittel in das kommende Jahr wird mehr Flexibilisierung zur Verwendung der Mittelverwendung in Bezug auf die Aufgaben der Geschäftsstelle geschaffen. Die im Gesetzestext formulierten bzw. nicht formulierten Finanzierungstatbestände sind regelmäßig Gegenstand in den Gesprächen mit dem Bundesamt für Soziale Sicherung. Hilfreich für die Erstellung der Vereinbarung zur Auszahlung der Fördermittel wäre eine Ergänzung, zumindest in der Gesetzesbegründung, dass die (Förder-)mittel aus dem Ausgleichsfonds auch für Personal- und Sachkosten im Rahmen der Durchführung der gesetzlichen Aufträge verwendet werden können.

C) Änderungsvorschlag

In § 45 e Absatz 5 wird nach Satz 5 folgender Satz ergänzt: „Für die Durchführung des gesetzlichen Auftrags dürfen Personal- und Sachkosten des GKV-Spitzenverbands aus dem Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung finanziert werden.“

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 46 – § 46 Absatz 3 Satz 1 Pflegekassen; hier: Verwaltungskosten

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Verwaltungskostenerstattung in § 46 Absatz 3 Satz 1 wird von aktuell 3,0 % des Mittelwerts von Leistungsaufwendungen und Beitragseinnahmen auf 2,7 % dieses Wertes gesenkt. Der Erstattungsbetrag für die einzelne Krankenkasse wird ferner um 7 Prozent der Aufwendungen der jeweiligen Pflegekasse für Pflegebegleitung nach § 7c und um die Aufwendungen für Zahlungen nach § 18c Absatz 5 vermindert.

B) Stellungnahme

Bei der Bewertung des Verwaltungsaufwands sollte zwischen Einnahmen und Leistungsaufwendungen unterschieden werden. Während höhere Einnahmen – beispielsweise durch eine Anhebung des Beitragssatzes – zu keinem relevant höheren Verwaltungsaufwand bei den Kassen führen, stellt sich die Situation bei den Leistungsaufwendungen anders dar. Die hohe Dynamik ist maßgeblich auf den hohen Zuwachs an Leistungsbeziehenden zurückzuführen, der einen erheblichen Verwaltungsaufwand bei den Kassen verursacht. Es ist daher nicht nachvollziehbar, warum die Erstattung der Verwaltungskosten gekürzt werden soll. Außerdem wird darauf hingewiesen, dass es sich bei der Neuregelung um keine Einsparung oder Begrenzung der realen Verwaltungskosten handelt, sondern lediglich um eine Verschiebung der Finanzierungslast von der SPV in die GKV.

Auch ist darauf hinzuweisen, dass nicht zuletzt auch mit diesem Gesetz zahlreiche neue und umfassende (Verwaltungs-)aufgaben den Pflegekassen und dem GKV-Spitzenverband zugewiesen werden.

Im Ergebnis führt die Absenkung der Verwaltungskostenerstattung auf 2,7 % des Mittelwertes von Leistungsaufwendungen und Beitragseinnahmen dazu, dass den Krankenkassen Mittel in Höhe von jährlich 200 bis 300 Mio. Euro insbesondere zur Umsetzung von politisch gewollten bzw. bereits gesetzlich vorgegebenen Digitalisierungsprozessen fehlen werden.

C) Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nummer 46 wird die Änderung von § 46 Absatz 3 erster Teilsatz gestrichen.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 47 – § 53e (neu) Datenbank des Medizinischen Dienstes Bund zu den Ergebnissen von Begutachtungen und Qualitätsprüfungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Medizinische Dienst Bund soll zum 1. Januar 2028 eine bundesweite Datenbank mit den Ergebnissen aus den Feststellungen zur Pflegebedürftigkeit und aus den Qualitätsprüfungen in der Pflegeversicherung einrichten. Ziel ist es, zuverlässige Analysen zur Entwicklung der Pflegeprävalenz und der Pflegequalität zu ermöglichen. Insbesondere sollen somit Auswertungen zum Verlauf der Pflegebedürftigkeit und der Qualitätsentwicklung im Längsschnitt ermöglicht werden. Die Datenbank soll zu einer höheren Transparenz regionaler Unterschiede beitragen. Des Weiteren sollen mit den Daten die wissenschaftliche Forschung, die Arbeit des Beirats zur Weiterentwicklung des Pflegebedürftigkeitsbegriffes und des Begutachtungsinstrumentes sowie das Ministerium bei der Planung von Gesetzesvorhaben unterstützt werden.

Die Medizinischen Dienste werden verpflichtet, dem Medizinischen Dienst Bund die entsprechenden Daten zu übermitteln. Der Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung kann im Einvernehmen mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e.V. ebenfalls Daten liefern. Inhalt und Umfang der Datenübermittlung sollen in den Statistikrichtlinien, Format und Verfahren der Übermittlung sowie ein Pseudonymisierungsverfahren in den Richtlinien zum Digitalen Datenaustausch des Medizinischen Dienstes Bund geregelt werden.

Das Bundesministerium für Gesundheit, die Medizinischen Dienste und der GKV-Spitzenverband sollen einen Zugriff auf diejenigen Daten erhalten, die zur Erfüllung ihrer gesetzlichen Aufgaben erforderlich sind. Der Medizinische Dienst Bund berichtet dem Bundesministerium für Gesundheit ab Juni 2029 über die Ergebnisse der Analysen. Im Einvernehmen mit dem BMG wird der Bericht veröffentlicht. Sofern der vorgenannte Bericht zugleich die Berichtspflichten der Berichte des MD Bund nach § 114a Absatz 6 SGB XI und die der Berichte des GKV-Spitzenverbandes nach § 114c Absatz 3 SGB XI erfüllt, sollen letztere als erfüllt gelten.

B) Stellungnahme

Die Einführung einer Datenbank wird begrüßt. Für die Weiterentwicklung von Pflegebegutachtungen und Qualitätsprüfungen sind Analysen der erhobenen Daten zwingend erforderlich. Durch die Einführung eines Pseudonyms bei den Daten zur Pflegebegutachtung werden bessere Analysen von Begutachtungsverläufen ermöglicht.

Der Zugriff des GKV-Spitzenverbands auf die Daten zur Erfüllung seiner gesetzlichen Aufgaben sollte konkretisiert werden. Es ist klarzustellen, dass auch Modellprogramme und Expertisen nach § 11 Absatz 1 SGB XI hiervon umfasst sind.

Nicht sachgerecht ist die Regelung, dass der Bericht des MD Bund gemäß Absatz 7 Satz 1 SGB XI den Bericht des GKV-Spitzenverbandes nach § 114c Absatz 3 SGB XI ersetzt. Gegenstand des Berichts nach § 114c Absatz 3 SGB XI sind die Erfahrungen der Pflegekassen mit Qualitätsprüfungen und dem indikatorengestützten Verfahren. Aus den dem MD Bund zukünftig vorliegenden Daten lassen sich die

Erfahrungen der Pflegekassen mit der Umsetzung des Qualitätssystems nicht ableiten. Ferner liegen dem MD Bund keine Daten des indikatorengestützten Verfahrens vor.

Verknüpfung mit Daten nach § 303a SGB V

Für vertiefende Analysen, z. B. zum Zusammenhang zwischen Begutachtungsergebnissen und der tatsächlichen Inanspruchnahme von sowohl SGB XI- als auch SGB V-Leistungen wäre eine Verknüpfbarkeit mit Abrechnungsdaten der gesundheitlichen Versorgung zielführend. Diese Daten liegen mit einem Pseudonym beim FDZ Gesundheit nach § 303a SGB V für Analysen zu bestimmten Zwecken bereit. Die Nutzung dieser Daten hat auch das IGES-Institut in seiner Studie zur Entwicklung der Pflegeprävalenzen angeregt. Auch hierzu müssen die Daten der neuen Datenbank beim MD Bund pseudonymisiert vorliegen. Zudem ist eine Ergänzung der Regelungen zur Datenverarbeitung im FDZ Gesundheit erforderlich. In § 303e Abs. 4a SGB V wird bereits die Verknüpfung von pseudonymisierten Daten medizinischer Register mit den im FDZ Gesundheit vorliegenden Abrechnungsdaten der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen geregelt. Es ist sachgerecht, in Satz 1 und Satz 2 dieses Absatzes die neue Datenbank des MD Bund aufzunehmen.

C) Änderungsvorschlag

§ 53e Absatz 5 wird wie folgt gefasst:

“Der Medizinische Dienst Bund gewährt dem Bundesministerium für Gesundheit, den Medizinischen Diensten und dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen Zugang zu denjenigen Daten, die für die Erfüllung ihrer gesetzlichen Aufgaben erforderlich sind. Dazu zählen auch aus Mitteln des § 11 Absatz 1 finanzierte Modellvorhaben, Studien und Expertisen nach diesem Buch. Im Fall des Absatzes 2 Satz 2 gilt dies auch für den Verband der privaten Krankenversicherung e.V.”

§ 53e Absatz 7 Satz 3 wird wie folgt gefasst:

"Die Berichtspflicht nach § 114a Absatz 6 gilt als erfüllt, soweit sich die Inhalte mit dem Bericht nach Satz 1 decken.” § 53e Absatz 7 Sätze 4 und 5 werden gestrichen.

Verknüpfung mit Daten nach § 303a SGB V

§ 53e Absatz 1 Nummer 5 wird wie folgt ergänzt:

„ein für Längsschnittanalysen **und die Verknüpfbarkeit mit Daten des FDZ Gesundheit** erforderliches Pseudonym und“

§ 303e Absatz 4a Sätze 1 und 2 SGB V werden wie folgt gefasst (Änderung hervorgehoben):

„Das Forschungsdatenzentrum kann entsprechend den Anforderungen der Nutzungsberechtigten die in Absatz 4 genannten pseudonymisierten Einzeldatensätze mit pseudonymisierten Daten **der Datenbank des Medizinischen Dienstes Bund nach § 53e SGB XI und** von gesetzlich geregelten medizinischen Registern, die unter Bundesverwaltung stehen, verknüpfen und die so verknüpften Datensätze einem Nutzungsberechtigten für die in Absatz 2 Nummer 4 genannten Zwecke bereitstellen. Eine Verknüpfung nach Satz 1 ist nur zulässig, soweit

1. die Voraussetzungen nach den Absätzen 4 und 5 erfüllt sind,

2. die Verknüpfung für die zu untersuchende Forschungsfrage erforderlich ist,
3. der Nutzungsberechtigte dem Forschungsdatenzentrum nachweist, dass die zu verknüpfenden Daten **der Datenbank des Medizinischen Dienstes Bund nach § 53e SGB XI und** des gesetzlich geregelten medizinischen Registers von dem Nutzungsberechtigten entsprechend den anwendbaren rechtlichen Anforderungen für den jeweiligen in Absatz 2 Nummer 4 genannten Zweck verarbeitet werden dürfen, und
4. schutzwürdige Interessen der betroffenen Person nicht beeinträchtigt werden oder das öffentliche Interesse an der wissenschaftlichen Forschung das Geheimhaltungsinteresse der betroffenen Person überwiegt und das spezifische Re-Identifikationsrisiko in Bezug auf die zu verknüpfenden Daten bewertet und unter angemessener Wahrung des angestrebten wissenschaftlichen Nutzens durch geeignete Maßnahmen minimiert worden ist.“

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 48 – § 55 Beitragssatz, Beitragsbemessungsgrenze

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelungen sehen – neben der gesetzlichen Fixierung des seit dem 1. Januar 2025 per Rechtsverordnung geänderten, unverändert geltenden allgemeinen Beitragssatzes in Höhe von 3,6 Prozent – eine außerordentliche Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze sowie eine signifikante Erhöhung des Beitragszuschlags für Kinderlose von derzeit 0,6 auf 0,9 Prozent vor.

B) Stellungnahme

Die Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze, die schon bislang mit der in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) geltenden Beitragsbemessungsgrenze korrespondiert, ergibt sich aus der weiterhin vorgesehenen Kopplung an die Beitragsbemessungsgrenze der GKV, die mit dem GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz eine außerordentliche Anhebung um 3.600 Euro ab dem Jahr 2027 erfahren hat.

Insgesamt ist die aus dem Gesamtgefüge resultierende finanzielle Zusatzbelastung für die Beitragszahlenden und die Arbeitgebenden erheblich. Gleichzeitig ist zu begrüßen, dass die Beitragsbemessungsgrenze – entgegen früheren Überlegungen – nicht von der in der GKV geltenden Beitragsbemessungsgrenze entkoppelt und insofern der Gleichlauf dieser Rechengrößen im Sinne des Grundsatzes „Pflege- folgt Krankenversicherung“ beibehalten wird. Insofern ist die (gleich hohe) Anhebung der Beitragsbemessungsgrenzen aus Gründen einer einheitlichen Systematik nachvollziehbar. Davon unbenommen bleiben die zusätzliche Belastung der Beitragszahlenden und die aus der Anhebung resultierenden möglichen Wechselanreize zu kritisieren.

Für eine Anhebung des Beitragszuschlags für kinderlose Mitglieder um 0,3 Beitragssatzpunkte ist – neben der Generierung von Mehreinnahmen - kein anderer Sachgrund ersichtlich, als dass diese Erhöhung keinen Niederschlag in der Abbildung der Sozialabgabenquote findet, da der Zuschlag nur vom Mitglied zu tragen ist. Solange der Bund seiner Finanzverantwortung für die versicherungsfremden Leistungen der SPV nicht nachkommt, vielmehr seinen Haushalt in den Jahren 2028 und 2029 gegenüber der geltenden Rechtslage um weitere 1,5 Mrd. Euro auf Kosten der Beitragszahlenden entlastet (siehe Artikel 1 Nummer 49), ist eine Erhöhung des Beitragszuschlags für kinderlose Mitglieder kritisch zu sehen. Dies gilt in besonderer Weise angesichts der signifikanten Erhöhung um 0,3 Beitragssatzpunkte.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 49 – § 61a Bundesbeteiligung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Aussetzung des Bundeszuschusses nach § 61a Absatz 1 Satz 1 in den Jahren 2024 bis 2027 wird um ein Jahr verlängert. Im Jahr 2029 erfolgt die Beteiligung des Bundes nur in halber Höhe von 500 Mio. Euro.

Die Rückzahlung der mit dem Haushaltsgesetz 2022 sowie in den Jahren 2025 und 2026 der sozialen Pflegeversicherung (SPV) gewährten zinslosen Darlehen des Bundes wird auf die Jahre 2035 bis 2039 verschoben.

B) Stellungnahme

Die SPV finanziert jährlich gesamtgesellschaftliche Aufgaben in Höhe von über fünf Milliarden Euro. Statt seiner Finanzierungsverantwortung nachzukommen und die versicherungsfremden Leistungen der SPV adäquat zu refinanzieren, soll hier erneut der Bundeshaushalt zu Lasten der Beitragszahlenden entlastet werden, indem der SPV Steuermittel in Höhe von 1,5 Mrd. Euro gegenüber der geltenden Rechtslage entzogen werden. Die verlängerte Aussetzung des Bundeszuschusses wird strikt abgelehnt. Stattdessen muss der Bund seiner Finanzierungsverantwortung für die Sozialversicherungsbeiträge für Pflegepersonen als versicherungsfremde Aufwendungen der Pflegekassen nachkommen. Dies sollte durch eine Direktzahlung des Bundes an die Rentenversicherung erfolgen und die Übernahme dieser Sozialversicherungsbeiträge durch die Pflegekassen aus dem Gesetz gestrichen werden.

Die Verschiebung der Rückzahlung der der SPV gewährten Darlehen entlastet diese in den Jahren 2029 bis 2033 um die ansonsten fälligen Rückzahlungsbeträge. Eine nachhaltige Entlastung erfolgt hierdurch aber nicht. Die Finanzierungslast wird nur in die Zukunft verschoben. Angesichts der weiterhin noch ausstehenden vollständigen Erstattung der versicherungsfremden Mehrausgaben der SPV in der Coronapandemie in Höhe von 5,2 Mrd. Euro stellt die Verschiebung der Rückzahlung der Bundesdarlehen keine angemessene Unterstützung der SPV und ihrer Beitragszahlenden dar.

C) Änderungsvorschlag

Die Änderung von § 61a Absatz 1 in Artikel 1 Nr. 49 wird gestrichen.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 50 bis 52 – § 63 bis 65 Mittelsoll

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Neuregelungen nach den Nummern 50 bis 52 stehen in einem engen sachlichen Zusammenhang und werden deshalb zusammenfassend dargestellt und bewertet.

Es ist vorgesehen, in § 63 Absatz 2 die bisherige Obergrenze für die Betriebsmittel in Höhe einer Monatsausgabe als gesetzliche Sollgröße zu definieren (Betriebsmittelsoll). Gleichzeitig soll in § 64 Absatz 2 das Rücklagesoll von derzeit 0,5 schrittweise auf 0,2 Monatsausgaben abgesenkt werden. Zusammengerechnet ergibt sich ab dem Jahr 2029 in Summe ein Mittelsoll von insgesamt 1,2 Monatsausgaben nach Haushaltsplänen der Pflegekassen.

Die Neuregelung in § 65 Absatz 6 ermächtigt das Bundesamt für Soziale Sicherung, bei Liquiditätsengpässen im Ausgleichsfonds Mittel der Pflegekassen heranzuziehen, indem es die Ausgabendeckungsquote im Finanzausgleich absenkt. Die Untergrenze der Ausgabendeckungsquote des Betriebsmittelsolls soll schrittweise angehoben werden und ab dem Jahr 2030 Mittel in Umfang des 0,8-Fachen einer Monatsausgabe betragen. Zusammen mit der reduzierten Rücklage beträgt die Untergrenze für das Mittelsoll der Pflegekassen somit eine Monatsausgabe.

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband begrüßt nachdrücklich, dass der Gesetzgeber mit dem vorliegenden Gesetzentwurf nicht nur das wachsende Defizit in der SPV, sondern auch die angespannte Liquiditätssituation der Pflegekassen und des Ausgleichsfonds adressiert. Die Legaldefinition des Betriebsmittelsolls auf die Höhe einer durchschnittlichen Monatsausgabe nach den Haushaltsplänen der Pflegekassen ist sachgerecht.

Ebenfalls positiv zu bewerten ist, dass die bisher nur in der Vereinbarung zwischen dem GKV-Spitzenverband und dem Bundesamt für Soziale Sicherung zur Durchführung des Finanzausgleichs nach § 66 Absatz 1 Satz 4 und 5 festgelegte und in der Praxis erprobte und bewährte Senkung der Ausgabendeckungsquote zur Liquiditätssicherung des Ausgleichsfonds nun gesetzlich verankert werden soll. Besonders wichtig ist, dass die dringend notwendige Definition einer Untergrenze für das Betriebsmittelsoll der Pflegekassen im Zuge dieser gesetzlichen Regelung erfolgt. Mittel (Betriebsmittel plus Rücklage) in Höhe einer Monatsausgabe nach Haushaltsplänen der Pflegekassen stellen in der Summe eine geeignete Untergrenze dar, um die Zahlungsfähigkeit der Pflegekassen nicht zu gefährden.

Die schrittweise Einführung der Änderungen würde im Jahr 2027 keine Änderung gegenüber der aktuellen Regelung bedeuten. Im Jahr 2028 würde das Rücklagesoll auf 0,3 Monatsausgaben abgesenkt und eine Untergrenze für das Betriebsmittelsoll in Höhe von 0,6 Monatsausgaben definiert. Die Untergrenze für das Mittelsoll würde somit 0,9 Monatsausgaben und damit dem aktuellen Status Quo entsprechen. Im Jahr 2029 würde das Rücklagesoll auf 0,2 Monatsausgaben abgesenkt und die Untergrenze für das Betriebsmittelsoll auf 0,7 angehoben werden. Somit würde die Untergrenze für das Mittelsoll weiterhin 0,9 Monatsausgaben betragen. Ab dem Jahr 2030 würde die Untergrenze für das Betriebsmittelsoll auf 0,8 Monatsausgaben angehoben werden und mit dem Rücklagesoll von

weiterhin 0,2 Monatsausgaben eine Untergrenze für das Mittelsoll in Höhe von 1,0 Monatsausgaben festlegen.

Die vorgesehenen Änderungen stellen somit keine Verschlechterung gegenüber dem Status Quo dar. Mit einer verbesserten Mittelausstattung der Pflegekassen kann aber realistisch erst ab 2030 gerechnet werden. Somit nimmt der Gesetzgeber eine Fortführung der aktuell prekären Lage, in der eine Pflegekasse dauerhaft auf Liquiditätshilfen aus dem Ausgleichsfonds angewiesen ist, bis ins Jahr 2030 in Kauf. Die sprunghafte Absenkung des Rücklagesolls von 0,5 Monatsausgaben im Jahr 2027 auf 0,3 Monatsausgaben im Jahr 2028 ist zudem nicht nachvollziehbar. Der GKV-Spitzenverband plädiert für eine gleichmäßige Absenkung des Rücklagesolls, um eine schnellere Stabilisierung der Liquiditätssituation der Pflegekassen herbeizuführen.

C) Änderungsvorschlag

In Artikel 1 Nr. 51 wird § 64 Absatz 2 durch den folgenden Absatz 2 ersetzt:

„(2) Die Rücklage beträgt im Jahr 2027 50 Prozent, im Jahr 2028 40 Prozent, im Jahr 2029 30 Prozent und ab dem Jahr 2030 20 Prozent des nach dem Haushaltsplan durchschnittlich auf den Monat entfallenden Betrages der Ausgaben (Rücklagesoll).“

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 53 – § 69 Sicherstellungsauftrag

A) Beabsichtigte Neuregelung

Im neuen Absatz 1a wird geregelt, dass die Pflegekassen zur Sicherstellung der pflegerischen Überbrückungsversorgung in pflegerischen Akutsituationen im Sinne von § 39 ergänzende Versorgungsverträge und Vergütungsvereinbarungen mit zugelassenen ambulanten Pflege- und Betreuungsdiensten für den Notdienst in der ambulanten Pflege nach § 39a und mit zugelassenen vollstationären Pflegeeinrichtungen für die Akut-Kurzzeitpflege nach § 42 Absatz 4 schließen sollen.

Im neuen Absatz 3 wird geregelt, dass im Fall der Feststellung eines strukturellen Versorgungsbedarfs die Pflegekassen zeitlich befristet von vertrags- und vergütungsrechtlichen Regelungen abweichen können.

B) Stellungnahme

Die Neuregelung in Absatz 1a entspricht nicht der bisherigen Systematik des Vertragsrechts im SGB XI. In § 71 werden die verschiedenen Arten von Pflegeeinrichtungen beschrieben, mit denen Pflegekassen Versorgungsverträge nach § 72 und Vergütungsvereinbarungen nach §§ 84 und 89 schließen können. Diese Systematik ist aus Gründen der Rechtsklarheit beizubehalten.

Mit Bezug auf die Stellungnahme zu § 42 Absatz 4 wird der neue Leistungserbringertyp vollstationäre Pflegeeinrichtungen für die Akut-Kurzzeitpflege aus fachlichen Gründen abgelehnt. Daher sind ausschließlich die ambulanten Pflege- und Betreuungsdienste für den Notdienst in der ambulanten Pflege als neue Leistungserbringertypen in § 71 aufzunehmen.

Die durch Absatz 3 vorgesehene Möglichkeit der Pflegekassen, im Rahmen ihres Sicherstellungsauftrags zur Umsetzung von Pflegestrukturempfehlungen Abweichungen vom Zulassungs- und Vergütungsrecht sowie Abweichungen von den Landesrahmenverträgen befristet zu vereinbaren, wird abgelehnt. Die Infrastrukturverantwortung und damit die Umsetzung von Maßnahmen zur Deckung struktureller Versorgungsbedarfe liegt bei den Ländern. In Abgrenzung dazu bezieht sich der Sicherstellungsauftrag der Pflegekassen auf die individuelle Sicherstellung der pflegerischen Versorgung der jeweils versicherten Person und nicht auf die Vorhaltung einer leistungsfähigen, zahlenmäßig ausreichenden und wirtschaftlichen pflegerischen Versorgungsstruktur. Dies ist Aufgabe der Länder nach § 9. Der Sicherstellungsauftrag der Pflegekassen ist damit weder bei den Pflegestrukturplanungsempfehlungen noch bei deren Umsetzung miteinzubeziehen.

C) Änderungsvorschlag

Absatz 1a ist zu streichen. Stattdessen sind in § 71 als neue Leistungserbringerart ambulante Pflege- und Betreuungsdienste für den Notdienst in der ambulanten Pflege zu ergänzen.

In § 71 wird damit Absatz 1b neu eingefügt: „ambulante Pflege- und Betreuungsdienste für den Notdienst in der ambulanten Pflege sind Pflegedienste nach Absatz 1 und Betreuungsdienste nach Absatz 1a, die Pflegesachleistungen in pflegerischen Akutsituationen nach § 39a erbringen.“

Absatz 3 ist zu streichen.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 54 – § 72 Zulassung zur Pflege durch Versorgungsauftrag

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Ergänzung in Absatz 3 Satz 1 soll klargestellt werden, dass bei Erfüllung der Zulassungsvoraussetzungen auch ein Anspruch auf Abschluss eines Gesamtversorgungsvertrages besteht.

Mit der Änderung in Absatz 3b Satz 5 soll ermöglicht werden, dass mit Zustimmung der betreffenden Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer die Entlohnung anstatt der Zahlung in Geld auch anteilig in Form von Sach- und Dienstleistungen und anderen geldwerten Leistungen wie beispielsweise Beiträge in eine betriebliche Altersvorsorge möglich ist.

Darüber hinaus sollen mit den Änderungen in Absatz 3b Satz 6 und 7 die starren Umsetzungsfristen bei der Anpassung der Entlohnung von Mitarbeitenden aufgrund von geänderten kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen und Tarifverträgen und des regional üblichen Entlohnungsniveaus wegfallen.

Zukünftig haben Pflegeeinrichtungen, die sich einem Tarifvertrag oder einer kirchlichen Arbeitsrechtsregelung anlehnen, eine Anpassung der Entlohnung der Mitarbeitenden spätestens mit Abschluss der auf die Veröffentlichung der angepassten Tarifverträge bzw. kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen folgenden Vergütungsvereinbarung vorzunehmen. Für Pflegeeinrichtungen, die das regional übliche Entlohnungsniveaus anwenden, erfolgt eine Anpassung der Entlohnung der Mitarbeitenden erst mit Abschluss der auf die Veröffentlichung der angepassten regional üblichen Entlohnungsniveaus folgenden Vergütungsvereinbarung.

B) Stellungnahme

Im Vergleich zum Referentenentwurf sollen die Zulassungskriterien in Bezug auf die Entlohnung der Mitarbeitenden in der Pflege oder Betreuung weiterhin bestehen bleiben. Diese Regelung steht im direkten Zusammenhang mit den gesetzlichen Vorgaben zur Wirtschaftlichkeit der Personalaufwendungen nach § 82c. Die gesetzlichen Vorgaben nach §§ 72 und 82c zur Entlohnung der Beschäftigten in der Pflege wären damit nicht kompatibel mit den entsprechenden Vorgaben in § 132a SGB V zur Entlohnung von Beschäftigten von Pflegediensten, die Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V erbringen. Diese Nichtvereinbarkeit führt dazu, dass im Rahmen von Vergütungsverfahren für einen Pflegedienst unterschiedliche Wirtschaftlichkeitsmaßstäbe anzulegen sind, je nachdem, ob die Beschäftigten Leistungen nach dem SGB XI oder SGB V erbringen. Dies ist weder sachgerecht und noch praktisch umsetzbar. Es wird auf die entsprechende Stellungnahme zu § 82c verwiesen. Ein Gleichklang der gesetzlichen Vorgaben zur Entlohnung und zur Refinanzierung der Löhne von Mitarbeitenden in der Pflege oder Betreuung im SGB XI und SGB V ist zwingend herzustellen.

In der gesetzlichen Krankenversicherung hat sich der Gesetzgeber auf das Prinzip einer einnahmenorientierten Ausgabenpolitik fokussiert. Dementsprechend wurden durch das Gesetz zur Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung die Regelungen zur Entlohnung von Beschäftigten in der Pflege und zur Refinanzierung der entsprechenden Löhne

geändert. Ein ähnlicher Ansatz für die Regelungen im SGB XI spiegelte sich auch im Referentenentwurf, jedoch nicht mehr im vorliegenden Gesetzentwurf wider.

In dem vorliegenden Gesetzentwurf soll weiterhin an den Regelungen zur tariflichen Entlohnung als Zulassungsvoraussetzung und grundsätzlich auch am Wirtschaftlichkeitsmaßstab festgehalten werden. Das führt jedoch dazu, dass von dem Ziel Abstand genommen wird, die Preissteigerungen in der ambulanten und stationären Langzeitpflege wie im Bereich des SGB V grundsätzlich an die gesamtgesellschaftliche Lohnentwicklung anzupassen und dadurch auch die Pflegebedürftigen hinsichtlich der Eigenanteile zu entlasten.

Die Einführung der Regelungen nach §§ 72 und 82c SGB XI zur Entlohnung von Beschäftigten in Pflegeeinrichtungen in Tarifhöhe hat in den vergangenen Jahren zu einer deutlichen Verbesserung der Vergütungssituation in der Langzeitpflege geführt. Das mit den Regelungen verfolgte Ziel ist damit erreicht.

Für den Übergangszeitraum 02. Januar 2027 bis 31. Dezember 2030 sollten damit die Zulassungsvoraussetzungen in § 72 Absätze 3a und 3b entfallen. An die Stelle der Zulassungsvoraussetzungen sollte eine Bestandsregel treten, nach der Entlohnungen, die zum 01. Januar 2027 vertraglich vereinbart sind, nicht abgesenkt werden dürfen. Für Neuzulassungen ab dem 02. Januar 2027 soll geregelt werden, dass eine Entlohnung nach den regional üblichen Entlohnungsniveaus mit Stand vom 30.09.2026 nicht unterschritten werden darf. Durch die Bestandsregelung und Zulassungsvoraussetzung für Neuzulassungen bleibt sichergestellt, dass die Pflegeeinrichtungen weiterhin eine angemessene und wettbewerbsfähige Entlohnung ihrer Beschäftigten gewährleisten müssen.

Für Pflegeeinrichtungen, die an Tarifverträge oder kirchliche Arbeitsrechtsregelungen gebunden sind, sollen zudem im Übergangszeitraum 02. Januar 2027 bis 31. Dezember 2029 die jährliche Übermittlung der für die Berechnung des regional üblichen Entlohnungsniveaus erforderlichen Entlohnungsinformationen sowie die kontinuierliche Mitteilung über Änderungen in den Tarifverträgen oder kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen entfallen. Damit wird ein Beitrag zur Entbürokratisierung geleistet.

C) Änderungsvorschlag

§ 72 Absatz 3g wird wie folgt gefasst:

„Die Absätze 3c und 3e sind vom 02. 01. 2027 bis zum Ablauf des 31. 12. 2029 nicht anzuwenden. Die Absätze 3a, 3b und 3d sind vom 02. 01. 2027 bis zum Ablauf des 31. 12. 2030 nicht anzuwenden. Absatz 3 Satz 1 Nummer 2 ist in dem Zeitraum nach Satz 2 ohne die Erfüllung der Vorgaben nach den Absätzen 3a und 3b anzuwenden. In dem Zeitraum nach Satz 2 dürfen am 01. 01. 2027 zugelassene Pflegeeinrichtungen die Gehälter und Entlohnungen, die zum Zeitpunkt 01. 01. 2027 an die Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer gezahlt wurden, nicht wegen der Nichtanwendung nach Satz 2 unterschreiten. Mit nicht an Tarifverträgen oder kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen gebundenen Pflegeeinrichtungen dürfen neue Versorgungsverträge im Zeitraum nach Satz 2 nur abgeschlossen werden, wenn diese Pflegeeinrichtungen ihren Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern der in § 82c Absatz 2 Satz 4 genannten Qualifikationsgruppen jeweils im Durchschnitt eine Entlohnung zahlen, die hinsichtlich der Entlohnungsbestandteile im Sinne von Absatz 3b Satz 2 Nummer 1 bis 5 die Höhe der

jeweiligen regional üblichen Entlohnungsniveaus nach § 82c Absatz 2 Satz 2 Nummer 2 und hinsichtlich der pflegetypischen Zuschläge nach Satz 2 Nummer 6 die Höhe der regional üblichen Niveaus der pflegetypischen Zuschläge nach § 82c Absatz 2 Satz 2 Nummer 3, jeweils in der nach § 82c Absatz 5 am 30.09.2026 veröffentlichten Höhe, nicht unterschreitet. Die nicht an Tarifverträge oder kirchliche Arbeitsrechtsregelungen gebundenen Pflegeeinrichtungen haben die Entlohnung in Geld zu zahlen.“

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 55 – § 73a Absatz 3 Beeinträchtigungen bei Versorgungsverträgen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Daten des seit 2026 halbjährlich durch den Spitzenverband Bund der Pflegekassen zu erstellenden Berichts nach § 73a Absatz 3 SGB XI über die Anzahl der abgeschlossenen Versorgungsverträge sowie der Pflegeplätze sollen auch auf Ebene der regionalen Gebietskörperschaften zur Verfügung gestellt werden können.

B) Stellungnahme

Die Neuregelung wird befürwortet.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 56 – § 75 Rahmenverträge, Bundesempfehlungen und -vereinbarungen über die pflegerische Versorgung

A) Beabsichtigte Neuregelung

In Absatz 1a wird die Vorgabe ergänzt, dass die Vereinbarungspartner der Rahmenverträge die Pflegestrukturplanungsempfehlungen im Sinne des § 8a Absatz 4 sowie sich daraus ergebende Feststellungen struktureller Versorgungsbedarfe zu berücksichtigen haben.

B) Stellungnahme

Die vorgesehene Verpflichtung der Vereinbarungspartner, in den Landesrahmenverträgen die jeweiligen Pflegestrukturplanungsempfehlungen der Landespflegeausschüsse sowie festgestellte strukturelle Versorgungsbedarfe zu berücksichtigen, ist nicht nachvollziehbar. Es ist unklar, wie Empfehlungen zur Umsetzung einer regionalen Pflegestrukturplanung konkret in einem Landesrahmenvertrag, der insbesondere Leistungsmerkmale für Pflegeeinrichtungen im gesamten Bundesland regelt, berücksichtigt werden sollen.

Auch die Gesetzesbegründung gibt keine Anhaltspunkte für ein besseres Verständnis zur konkreten Umsetzung der gesetzlichen Regelung. Die Gesetzesbegründung beschreibt lediglich die beabsichtigte Zielwirkung, dass die Vorgabe zu einer praxisgerechten und zu den jeweiligen Verhältnissen im Bundesland passenden Weiterentwicklung der Rahmenverträge, zu einer besseren Verzahnung mit der Pflegestrukturplanung und zu einer möglichst langfristigen und nachhaltigen Deckung struktureller Versorgungsbedarfe dienen soll. Aber auch diese Zielrichtung ist nicht nachvollziehbar. Die Feststellung struktureller Bedarfe kann immer nur auf einen bestimmten Zeitraum bezogen sein. Strukturelle Versorgungsbedarfe werden sich im Zeitverlauf ändern. Eine langfristige und nachhaltige Deckung von Bedarfen, die zu einem Zeitpunkt festgestellt wurden, ist gegebenenfalls im weiteren Zeitverlauf nicht mehr anzustreben. Die Landesrahmenverträge müssten kontinuierlich angepasst werden.

C) Änderungsvorschlag

Die Neuregelung ist zu streichen.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 57 – § 75a Praktische Erprobung innovativer Konzepte

A) Beabsichtigte Neuregelung

Pflegeeinrichtungen und Kostenträgern soll befristet zwischen dem 1. Januar 2027 und dem 31. Dezember 2031 für einen Zeitraum von maximal drei Jahren erlaubt werden, Ausnahmen von Regelungen der Rahmenverträge nach § 75 zu vereinbaren, soweit der Schutz der Pflegebedürftigen dem nicht entgegensteht.

B) Stellungnahme

Die vorgesehene Neuregelung, mit der es Pflegeeinrichtungen vertraglich ermöglicht werden soll, von geltenden fachlichen Vorgaben abzuweichen und Teile der rahmenvertraglich vereinbarten Regelungen nach § 75 außer Kraft zu setzen, wird abgelehnt. Diese Regelung steht den Landesrahmenverträgen nach § 75, dem bestehenden Qualitätssicherungssystem nach §§ 113 ff. sowie den gesetzlich vorgesehenen Modellprogrammen entgegen und gefährdet die Qualität der pflegerischen Versorgung. Der Gesetzgeber eröffnet die Möglichkeit, von verbindlichen fachlichen und qualitätssichernden Regelungen der Rahmenverträge nach § 75 SGB XI abzuweichen, ohne gleichzeitig ein hinreichend verbindliches und überprüfbares Verfahren zur Kontrolle dieser Abweichungen und ihrer Auswirkungen vorzusehen.

Mit der Neuregelung wird das Ziel verfolgt, prüfen zu können, ob rechtliche Vorgaben für die Zukunft angepasst werden sollten. Hierfür hat der Gesetzgeber bereits die Möglichkeit durch § 8 Absatz 3 und Absatz 3a, neu § 11 Absatz 1 und § 12 Absatz 1, geschaffen, Modellvorhaben zur Entwicklung neuer qualitätsgesicherter Versorgungsformen für Pflegebedürftige durchzuführen. Im Rahmen dieser Modellvorhaben kann von geltenden Vorschriften des SGB XI abgewichen werden. Im Unterschied zu den Abweichungsmöglichkeiten auf Grundlage von Verträgen nach § 75a gibt es jedoch im Rahmen der Modellvorhaben sowohl eine fachliche Begleitung durch den GKV-Spitzenverband als auch eine wissenschaftliche Begleitung. Die Erprobung innovativer Konzepte im Rahmen von Modellvorhaben erfolgt damit qualitätsgesichert.

Der Rahmen der Abweichungsmöglichkeiten nach § 75a soll gesetzlich durch den Schutzanspruch der von der Pflegeeinrichtung versorgten Pflegebedürftigen begrenzt werden. Dieser Schutzanspruch umfasst insbesondere die Wahrung der Selbstbestimmung der Pflegebedürftigen, der Qualität der Pflege und der Sicherheit der Versorgung insgesamt. Es ist jedoch gesetzlich nicht geregelt, durch welche Maßnahmen der Schutz der Pflegebedürftigen überprüft werden kann. Da rechtliche Leistungs- und Qualitätsvorgaben durch § 75a ausgehebelt werden, ist insoweit auch das Qualitätssicherungssystem nach §§ 113ff. außer Kraft gesetzt.

Mit der Neuregelung wird Pflegeeinrichtungen damit ein Anspruch auf einen Vertragsabschluss zur Umsetzung von nicht näher definierten Konzepten unter Aussetzung rechtlich geltender Anforderungen eingeräumt. Eine Ablehnung ist nur durch die Schiedsstelle möglich, sofern nach deren Einschätzung der Schutz der Pflegebedürftigen als nicht gegeben gilt.

Der Erfolg einer erprobten und nach § 75a vertraglich vereinbarten Abweichung geltender Vorschriften soll ausschließlich auf der Grundlage von nicht wissenschaftlichen, durch die Einrichtungen erstellten

Erfahrungsberichten bewertet werden. Hierbei handelt es sich nicht um eine Evaluation im wissenschaftlichen Sinne, aus der belastbare Schlussfolgerungen über eine mögliche Überführung in die Regelversorgung gezogen werden können. Eine Überprüfung der belastbaren und validen Berichtsinhalte und dargestellten Ergebnisse ist nicht möglich. Die Erfahrungsberichte können daher auch nicht als Grundlage eines unter wissenschaftlicher Begleitung zu erstellenden Berichts des GKV-Spitzenverbandes über die Anwendung der Regelungen nach § 75a SGB XI herangezogen werden. Damit widerspricht die vorgesehene Neuregelung allen wissenschaftlichen Standards.

C) Änderungsvorschlag

Die Neuregelung ist zu streichen.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 59 – § 82 Finanzierung der Pflegeeinrichtungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit dem neuen Absatz 1a soll klargestellt werden, dass Personal- und Sachaufwendungen, die den Pflegeeinrichtungen im Zusammenhang mit der Nutzung von betriebsnotwendigen technischen oder digitalen Systemen entstehen, bei der Vergütungsvereinbarung berücksichtigungsfähig sind.

B) Stellungnahme

In der Gesetzesbegründung werden als Beispiele für solche Aufwendungen Kosten für Wartung, Schulungen der Mitarbeitenden und Support genannt. Damit ist klar, dass es sich nur um laufende Kosten für den Betrieb technischer und digitaler Systeme handeln kann. Mit dem Verweis auf § 82 Absatz 2 Nummer 4 SGB XI wird in der Gesetzesbegründung verdeutlicht, dass der Ausschluss von Aufwendungen für den Anlauf oder die innerbetriebliche Umstellung von Pflegeeinrichtungen in der Pflegevergütung und in den Entgelten für Unterkunft und Verpflegung davon unberührt bleibt. Diese Rechtssicherheit fehlt jedoch im Gesetzestext. Deshalb wird empfohlen, den Verweis zum § 82 Absatz 2 Nummer 4 SGB XI im Gesetzestext entsprechend zu übernehmen.

C) Änderungsvorschlag

§ 82 Absatz 1a wird um den folgenden Halbsatz ergänzt: „, soweit diese nicht unter Absatz 2 Nummer 4 fallen".

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 60 – § 82c Wirtschaftlichkeit von Personalaufwendungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelungen zur Finanzierung der Geschäftsstelle Tarifliche Entlohnung in der Langzeitpflege (Geschäftsstelle Tarife) sollen aus dem § 8 Absatz 5a SGB XI gleichlautend in den neuen Satz 11 im Absatz 6 verschoben werden.

Mit dem neu gefassten Absatz 7 soll die Ermittlung des regional üblichen Entlohnungsniveaus nach dem bisherigen Verfahren von 2027 bis 2029 ausgesetzt werden. In diesem Zeitraum sollen die tariflich bzw. kirchenarbeitsrechtlich gebundenen Pflegeeinrichtungen der Geschäftsstelle nur noch bei Änderungen die aktuelle, durchgeschriebene Fassung des geänderten Tarifvertrags oder der geänderten kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen übermitteln.

Für einen Zeitraum von 2027 bis 2030 sollen die bisherigen Regelungen zur Refinanzierung von Aufwendungen für Mitarbeitende, die zwar in der Pflege und Betreuung tätig, aber nicht bei der Pflegeeinrichtung beschäftigt sind und für Mitarbeitende, die nicht in der Pflege oder Betreuung tätig sind, ausgesetzt werden.

Zudem soll geregelt werden, dass bei Pflegeeinrichtungen, die sich gemäß § 72 Absatz 3b Satz 1 Nummer 1 bis 3 SGB XI an einen wirtschaftlichen Tarifvertrag oder kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen anlehnen, die Entlohnung der Mitarbeitenden in der Pflege und Betreuung nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden kann.

Bei den Pflegeeinrichtungen, die bei der Bezahlung ihrer Mitarbeitenden die regional üblichen Entlohnungsniveaus anwenden, wird Bezug auf das GKV-BStabG genommen. Für diese Pflegeeinrichtungen soll künftig die Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 SGB V als Obergrenze für Steigerungen der Personalaufwendungen bezogen auf eine Geltungsdauer von jeweils 12 Monate gelten.

In den Jahren 2027 bis 2029 soll die Ermittlung der regional üblichen Entlohnungsniveaus nicht nach dem bisherigen Verfahren erfolgen. Stattdessen sollen die am 30. September 2026 veröffentlichten regional üblichen Entlohnungsniveaus nach Absatz 2 Satz 2 Nummer 1 und 2 jährlich um die durchschnittliche Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 SGB V fortgeschrieben werden. Die Geschäftsstelle Tarife soll die entsprechenden Werte anhand der jeweils bis zum 15. September eines Jahres vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) im Bundesanzeiger veröffentlichten Veränderungsrate gemäß § 71 Absatz 3 SGB V fortschreiben und bis zum 30. September eines Jahres veröffentlichen. Die erstmalige Ermittlung soll im Jahr 2027 erfolgen. Die regional üblichen Niveaus der pflegetypischen Zuschläge nach Absatz 2 Satz 2 Nummer 3 mit Stand 30. September 2026 sollen von 2. Januar 2027 bis zum Ablauf des 31. Dezember 2030 unverändert weitergelten.

Des Weiteren soll die Geschäftsstelle Tarife einen Bericht über die Entwicklung der Löhne in der Langzeitpflege und die Entwicklung der Pflegevergütungen erstellen. Dabei sollen auch die Beschäftigtenzahlen der Mitarbeitenden in der Pflege und der Auszubildenden in den Pflegeberufen dargestellt werden. Das BMG soll unter Beteiligung des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales

(BMAS) und unter Einbezug der Ergebnisse des Berichtes über die Entwicklung der Löhne in der Langzeitpflege und die Entwicklung der Pflegevergütungen prüfen, wie die Vorgaben hinsichtlich der Gehälter und Entlohnungen der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer in der Pflege und Betreuung ab dem 1. Januar 2031 ausgestaltet werden können. Dazu kann die Geschäftsstelle beim GKV-Spitzenverband mit der Entwicklung eines Verfahrens zur künftigen Umsetzung der Regelungen beauftragt werden.

B) Stellungnahme

Mit dem Ende Juli 2026 in Kraft getretenen Gesetz zur Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung – GKV-BStabG hat sich der Gesetzgeber auf das Prinzip einer einnahmenorientierten Ausgabenpolitik in der gesetzlichen Krankenversicherung fokussiert. Dementsprechend wurden die Regelungen zur Entlohnung von Beschäftigten in der Pflege und zur Refinanzierung der entsprechenden Löhne geändert. Ein ähnlicher Ansatz für die Regelungen im SGB XI spiegelte sich auch im Referentenentwurf, jedoch nicht mehr im vorliegenden Gesetzentwurf wider.

In diesem soll weiterhin an den Regelungen zur tariflichen Entlohnung als Zulassungsvoraussetzung und grundsätzlich auch am Wirtschaftlichkeitsmaßstab festgehalten werden. Das führt jedoch dazu, dass von dem Ziel Abstand genommen wird, die Preissteigerungen in der ambulanten und stationären Langzeitpflege wie im Bereich des SGB V grundsätzlich an die gesamtgesellschaftliche Lohnentwicklung anzupassen und dadurch auch die Pflegebedürftigen hinsichtlich der Eigenanteile zu entlasten.

Bei tarifgebundenen oder an kirchliche Arbeitsrechtsregelungen gebundenen Pflegeeinrichtungen soll weiterhin eine Bezahlung von Gehältern der Beschäftigten bis zur Höhe der aus dieser Tarifbindung resultierenden Vorgaben nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden können. Auch bei der Refinanzierung der Gehälter von Mitarbeitenden, die bei einer Pflegeeinrichtung beschäftigt sind, die sich einem wirtschaftlichen Tarifvertrag anlehnt, soll es keine Änderungen zur bisherigen Praxis geben. Ausschließlich bei „Durchschnittsanwendern“ stellt vorübergehend die Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 SGB V eine Obergrenze für die Steigerungen der Personalaufwände dar. Selbst diese Regelung könnte bei erheblichen Sachkostensteigerungen oberhalb der Veränderungsrate dazu führen, dass die prozentuale Vergütungssteigerung oberhalb der Veränderungsrate liegt und somit die Ausgaben die Einnahmen in der Pflegeversicherung übersteigen würden.

Diese Regelungen stehen nicht im Einklang mit den Regelungen des SGB V. Unterschiedliche Regelungen zur Refinanzierung von Löhnen und zu deren Wirtschaftlichkeitsbetrachtung haben regelhaft erhebliche Auswirkungen auf Vergütungsverhandlungen mit Pflegeeinrichtungen, die sowohl Leistungen des SGB V, beispielsweise häusliche Krankenpflege oder außerklinische Intensivpflege, als auch pflegerische Leistungen nach dem SGB XI anbieten. Eine Differenzierung der Personalkosten ist jedoch allein deshalb nicht möglich, weil die Mitarbeitenden grundsätzlich in beiden Versorgungsbereichen tätig sein können und ihre Entlohnung nicht davon abhängig gemacht werden kann.

Aus diesem Grund ist zwingend ein Gleichklang der gesetzlichen Vorgaben zur Entlohnung von Beschäftigten in der Pflege sowie zur Refinanzierung der Personalkosten einschließlich des Wirtschaftlichkeitsmaßstabs zwischen den Regelungen des SGB V und SGB XI herzustellen. Daher sollten die Vorgaben im SGB XI zur Wirtschaftlichkeit von Personalaufwendungen für einen Übergangszeitraum vom 02. Januar 2027 bis 31. Dezember 2030 ausgesetzt und stattdessen die

Vorgaben des SGB V angewendet werden. Dabei sind jedoch die bis zum 1. Januar 2027 geltenden Vorgaben zu berücksichtigen, die regeln, dass Durchschnittsanwender die regional üblichen Entlohnungsniveaus und die pflegetypischen Zuschläge bis zum 1. Januar 2027 und Pflegeeinrichtungen, die sich an einen Tarifvertrag oder kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen anlehnen, die Änderungen spätestens nach drei Monaten bei der Entlohnung ihrer Mitarbeitenden umsetzen müssen. Das bedeutet jedoch nicht, dass mit Umsetzung dieser Regelungen auch zwingend zeitgleich eine neue Vergütungsvereinbarung abgeschlossen ist. In der Praxis kann es vorkommen, dass die Laufzeit der neuen Vergütungsvereinbarung erst nach dem Beginn der Zahlung höherer Entgelte liegt. Zur Sicherstellung der Refinanzierung dieser Personalaufwendungen ist eine bis zum 31. März 2027 befristete Übergangsregelung, in der die zum 1. Januar 2027 gezahlten Entlohnungen berücksichtigt werden, gesetzlich zu verankern.

Im Rahmen des Übergangszeitraums soll geprüft werden, ob eine Bindung der Vergütungsentwicklung an die Grundlohnsummenrate nach § 71 Absatz 3 SGB V ab 2031 dauerhaft ausgestaltet und mit den jeweiligen Regelungen zur Zulassung von Leistungserbringern sowie zur wirtschaftlichen Berücksichtigung von Personalaufwendungen in Einklang gebracht werden kann. Dabei sind die Regelungen des SGB V und SGB XI gemeinsam in den Blick zu nehmen und aufeinander abzustimmen.

Die Vorgabe zur jährlichen Ermittlung und Veröffentlichung der regional üblichen Entlohnungsniveaus und der wirtschaftlichen Tarifverträge soll entfallen. Stattdessen soll die Veröffentlichung des regional üblichen Entlohnungsniveaus mit Stand 30. September 2026 weiterhin bestehen bleiben, um die neu in § 72 vorgesehene Zulassungsvoraussetzung überprüfbar zu machen.

Es ist geplant, dass die Geschäftsstelle Tarife unter Beteiligung des BMG und des BMAS einen Bericht über die Entwicklung der Löhne in der Langzeitpflege und der Pflegevergütungen bis zum 30. Juni 2029 erstellen soll. Zur Umsetzung dieser Evaluation wird eine valide Datengrundlage benötigt, die aktuell jedoch nicht vorliegt. Es bedarf einer gesetzlichen Regelung, dass die Geschäftsstelle Tarife für die Evaluation über die Entwicklung der Löhne in der Langzeitpflege und der Pflegevergütungen die entsprechend erforderlichen Daten bei den Pflegeeinrichtungen und bei den Landesverbänden der Pflegekassen anfordern darf. Zudem müssen Regelungen zu Art und Umfang der Datenübermittlung festgelegt werden.

Zudem ist vorgesehen, dass die Geschäftsstelle Tarife bei der Entwicklung eines Verfahrens zur künftigen Umsetzung der Regelungen zur Erhebung der Entlohnungsbestandteile vom BMG und BMAS einbezogen werden kann. Bei der Entwicklung eines neuen Verfahrens sollen die Erkenntnisse aus dem von der Geschäftsstelle Tarife zum 30. Juni 2029 zu erstellenden Bericht berücksichtigt werden. Das bedeutet, dass für die fachliche Entwicklung eines neuen Verfahrens maximal 1,5 Jahre zur Verfügung stehen. Für die technische Umsetzung ist ein zusätzlicher Zeitrahmen einzuplanen.

C) Änderungsvorschlag

§ 82c Absatz 7 wird wie folgt gefasst:

„Absatz 2 Satz 2 bis 5, Absätze 4 und 5 sowie Absatz 6 Sätze 2 bis 11 sind vom 02. 01 2027 bis zum Ablauf des 31. 12. 2029 nicht anzuwenden. Im Zeitraum nach Satz 1 sind von der Geschäftsstelle nach Absatz 6 die am 30. September 2026 veröffentlichten regional üblichen Entlohnungsniveaus im Sinne von Absatz 2 Satz 2 Nummer 2 sowie die am 30. 09. 2026 veröffentlichten regional üblichen Niveaus

der pflegetypischen Zuschläge im Sinne von Absatz 2 Satz 2 Nummer 3 weiterhin im Internet auszuweisen."

§ 82c Absatz 8 wird wie folgt gefasst:

„Absatz 1, Absatz 2 Satz 1, Absatz 2a, 2b und 3 sind ab dem 2. Januar 2027 bis zum Ablauf des 31. 12. 2030 nicht anzuwenden. § 84 Absatz 2 Satz 4 und § 89 Absatz 1 Satz 3 sind in dem Zeitraum nach Satz 1 mit der Maßgabe anzuwenden, dass für Vergütungssteigerungen die durchschnittliche Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 des Fünften Buches die Obergrenze darstellt. Vom 02. 01. 2027 bis zum 29. 07. 2028 kann abweichend von Satz 2 bei an Tarifverträgen oder kirchlichen Arbeitsrechtsregegelungen gebundenen Pflegeeinrichtungen die Bezahlung von Gehältern oberhalb der festgestellten durchschnittlichen Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 des Fünften Buches insoweit nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden, als die Überschreitung der festgestellten durchschnittlichen Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 des Fünften Buches 50 Prozent des Unterschieds zwischen der tarifvertraglich vereinbarten Vergütungssteigerung und der festgestellten durchschnittlichen Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 des Fünften Buches nicht übersteigt. Bei nicht an Tarifverträge oder kirchliche Arbeitsrechtsregelungen gebundenen Pflegeeinrichtungen, die die zum 30. 09. 2026 veröffentlichten regional üblichen Entlohnungsniveaus und pflegetypischen Pflegezuschläge oder die Änderungen an Tarifverträgen oder kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen gemäß § 72 Absatz 3b Satz 6 noch nicht bis zum 01. 01. 2027 in den Vergütungsvereinbarungen gemäß §§ 84 und 89 SGB XI berücksichtigt haben, können dies bis spätestens zum 31. 03. 2027 ohne Anwendung des Satzes 2 nachholen. "

Nach § 82c Absatz 8 wird folgender Absatz 9 angefügt:

„Die Geschäftsstelle nach Absatz 6 erstellt unter Beteiligung des Bundesministeriums für Gesundheit und des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales bis zum 30. 06. 2029 einen Bericht über die Entwicklung der Löhne in der Langzeitpflege und die Entwicklung der Pflegevergütungen. Die Geschäftsstelle bestimmt in Abstimmung mit dem Bundesministerium für Gesundheit zu diesem Zweck die von den Pflegeeinrichtungen und Landesverbänden der Pflegekassen zu übermittelnden Informationen über die Löhne in der Pflege oder Betreuung und die Pflegevergütungen. Dafür legt die Geschäftsstelle Art und Umfang der Informationen fest und entwickelt zur Übermittlung dieser Daten ein technisches Verfahren. Die dafür notwendigen Mittel gelten als Kosten der Geschäftsstelle und werden nach Absatz 6 Satz 12 finanziert."

Nach Absatz 9 wird folgender Absatz 10 eingefügt:

"Das Bundesministerium für Gesundheit prüft unter Beteiligung des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales und unter Einbeziehung des Berichts nach Satz 1, ob eine Bindung der Vergütungsentwicklung an die Grundlohnsummenrate nach § 71 des Fünften Buches ab dem 01. 01. 2031 dauerhaft ausgestaltet und mit den jeweiligen Regelungen zur Zulassung von Leistungserbringern sowie zur wirtschaftlichen Berücksichtigung von Personalaufwendungen in Einklang gebracht werden kann. Dabei sind die Regelungen des Fünften und des Elften Buches gemeinsam in den Blick zu nehmen und aufeinander abzustimmen. Zur Entwicklung eines Verfahrens zur künftigen Umsetzung dieser Regelungen kann die Geschäftsstelle nach Absatz 6 beauftragt werden."

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 61 – § 84 Bemessungsgrundsätze

A) Beabsichtigte Neuregelung
Mit der Überarbeitung des Absatzes 7 sollen redaktionelle Anpassungen erfolgen, die sich aus den geänderten Regelungen zu den § 82c Absatz 7 und den §§ 72 sowie 82c SGB XI und redundante zeitliche Bezüge ergeben. Zudem wird der bisherige Verweis auf § 72 Absatz 3c Satz 5 und 6 durch die gleichlautende Ausformulierung des Gesetzestextes ersetzt.

B) Stellungnahme
Die redaktionellen Anpassungen sind nachvollziehbar.

C) Änderungsvorschlag
Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 62 – § 87a Berechnung und Zahlung des Heimentgelts

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die finanzielle Anerkennung im Rahmen der Anstrengungen der Pflegeeinrichtungen im Bereich der aktivierenden Pflege und der Rehabilitation soll künftig von Amts wegen von der Pflegekasse gezahlt werden, ohne dass es eines gesonderten Antrags dafür bedarf. Zugleich soll die bisherige Rückzahlungsverpflichtung für den Fall einer erneuten Höherstufung des Pflegebedürftigen in einen höheren Pflegegrad innerhalb von sechs Monaten ab dem Tag der Zurückstufung entfallen.

B) Stellungnahme

Das Ziel der Regelung, die Verfahren zur Zahlung und Rückzahlung von Bonusbeträgen zu vereinfachen und damit zum Bürokratieabbau beizutragen, wird unterstützt.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 63 – § 88b Erstattung von Vorhaltekosten bei Akut-Kurzzeitpflege

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es wird eine Regelung für ein befristetes Erstattungsverfahren für Vorhaltekosten von Akut-Kurzzeitpflegeplätzen eingeführt. Der Anspruch auf Erstattung von anteiligen Vorhaltekosten bei Akut-Kurzzeitpflege besteht für vollstationäre Pflegeeinrichtungen, die eine Vergütungsvereinbarung gemäß § 85 für eine vereinbarte Anzahl von dauerhaft, ausschließlich zur Akut-Kurzzeitpflege zur Verfügung stehender Plätze abgeschlossen haben. Sofern eine Einrichtung in der Akut-Kurzzeitpflege nach § 42 Absatz 4 Nichtauslastungen unterhalb ihrer vertraglich vereinbarten Auslastungsquote zu verzeichnen hat, werden ihr die Vorhaltekosten im Zeitraum vom 1. Januar 2028 bis zum 31. Dezember 2032 anteilig erstattet.

Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen beschließt im Benehmen mit den Bundesvereinigungen der Träger stationärer Pflegeeinrichtungen bis 31. Oktober 2027 in Richtlinien das Nähere für das Erstattungsverfahren. Dazu zählen insbesondere die Voraussetzungen zur Teilnahme am Erstattungsverfahren, die Höhe der erstattungsfähigen Vorhaltekosten und die Verfahrensabläufe zur Erstattung einschließlich der erforderlichen Nachweise mit dem Ziel einer unbürokratischen Umsetzung. Dabei sollen Erkenntnisse aus vorangegangenen Erstattungsverfahren berücksichtigt werden.

Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen berichtet dem Bundesministerium für Gesundheit ab dem Berichtsjahr 2028 jährlich bis zum 30. Juni des Folgejahres über die Ausgabenentwicklung. Auf dieser Grundlage evaluiert er bis zum 31. Dezember 2031 unter wissenschaftlicher Begleitung die Wirkungen dieser Regelung. Die Finanzierung der Vorhaltekosten erfolgt aus finanziellen Mitteln der sozialen und privaten Pflegeversicherung.

B) Stellungnahme

Den Trägern von vollstationären Pflegeeinrichtungen soll mit der beabsichtigten Neuregelung ein sofort wirksames Instrument an die Hand gegeben werden, um sie von den mit der Bereitstellung von festen Akut-Kurzzeitpflegeplätzen einhergehenden besonderen finanziellen Risiken zu entlasten und Hemmnisse bei der Schaffung der entsprechenden Plätze abzubauen. Weiterhin werden durch die Ausgestaltung in Form eines von der Pflegeversicherung finanzierten Erstattungsverfahrens finanzielle Belastungen der Pflegebedürftigen vermieden.

Sofern eine Einrichtung in der Akut-Kurzzeitpflege nach § 42 Absatz 4 Nichtauslastungen unterhalb ihrer vertraglich vereinbarten Auslastungsquote zu verzeichnen hat, soll sie aufgrund der Neuregelung die Vorhaltekosten im Zeitraum vom 1. Januar 2028 bis zum 31. Dezember 2032 anteilig über ein Erstattungsverfahren aus Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung und der privaten Versicherungsunternehmen im Nachhinein finanziert bekommen. Diese Regelung eines befristeten Erstattungsverfahrens für Vorhaltekosten bei Akut-Kurzzeitpflege ist nicht sachgerecht und wird abgelehnt.

Es ist nicht nachvollziehbar, warum in der Finanzierung und Vergütungsbemessung zwischen den neu vorgesehenen Akut-Kurzzeitpflegeeinrichtungen und den bislang schon bestehenden solitären

Kurzzeitpflegeeinrichtungen und Plätzen in vollstationären Pflegeeinrichtungen, die ausschließlich für die Kurzzeitpflege zur Verfügung stehen, unterschieden wird. In beiden Kurzzeitpflegeformen müssen Plätze für kurzfristig erforderliche und ungeplante Aufenthalte vorgehalten und entsprechend finanziert werden. Unterschiedliche Vorgehensweisen bei der Finanzierung wären nicht sachgerecht.

Die Neuregelung widerspricht zudem der in § 84 geregelten Vergütungsbemessung, nach der die Pflegesätze einer Pflegeeinrichtung so bemessen sein müssen, dass sie es ihr bei wirtschaftlicher Betriebsführung ermöglichen, ihre Aufwendungen zu finanzieren. In diesem Zusammenhang hatte der Gesetzgeber die Pflegeselbstverwaltung durch § 88a beauftragt, in Empfehlungen die Sicherstellung einer wirtschaftlich tragfähigen Vergütung in der Kurzzeitpflege zu regeln. In diesen gemeinsamen Empfehlungen ist daher bestimmt, dass sich der kalkulatorische Auslastungsgrad an der tatsächlichen Auslastung der letzten Jahre orientieren soll. Dabei sind auch besondere Regelungen bei Neuzulassungen berücksichtigt.

Ferner ist darauf hinzuweisen, dass das mit der Neuregelung verfolgte Ziel, zu einem flächendeckenden Angebot der Akut-Kurzzeitpflege im Rahmen der pflegerischen Überbrückungsversorgung beizutragen, nicht erfüllt werden kann. Den Trägern von vollstationären Pflegeeinrichtungen soll durch die Neuregelung ein sofort wirksames Instrument an die Hand gegeben werden, um sie von den mit der Bereitstellung von festen Akut-Kurzzeitpflegeplätzen einhergehenden besonderen finanziellen Risiken zu entlasten und Hemmnisse bei der Schaffung der entsprechenden Plätze abzubauen. Dabei wird verkannt, dass mit dem vorgesehenen Erstattungsverfahren eine retrospektive Vergütung geregelt wird und die Einrichtung in Vorleistung gehen muss. Ein Anreiz zur Schaffung neuer Angebote entsteht dadurch nicht. Effektiver wäre dagegen eine sachgerechte Bemessung der Pflegesätze, die die besonderen finanziellen Risiken miteinbezieht. Dies erfolgt bereits bei der Bemessung der regulären vorzuhaltenden Kurzzeitpflegeplätze und sollte im Gleichklang auch für die Vergütungsbemessung der Akut-Kurzzeitpflege gelten, sofern der Gesetzgeber an der neuen Leistungsform Akut-Kurzzeitpflege festhält. Zur fachlichen Bewertung der Einführung von Akut-Kurzzeitpflegeplätzen wird auf die Stellungnahme zu § 42 Absatz 4 verwiesen.

Sollte der Gesetzgeber dennoch an dem Erstattungsverfahren für Vorhaltekosten von Akut-Kurzzeitpflegeplätzen festhalten, sind vor dem Hintergrund der bisherigen Bundessozialgerichtsrechtsprechung Fristen für die Antragsstellung und Auszahlung gesetzlich festzulegen, um für alle Beteiligten Rechtssicherheit zu schaffen.

C) Änderungsvorschlag

Die Neuregelung ist zu streichen.

Hilfsweise sind gesetzliche Fristen für die Verfahrensabläufe zur Erstattung der Vorhaltekosten vorzusehen.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 69 – § 113 Absatz 1c Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität

A) Beabsichtigte Neuregelung
Mit dem neuen Absatz 1c werden die gegenwärtig in § 8 Absatz 5 getroffenen Regelungen zur Finanzierung der fachlich unabhängigen Institution nach § 113 Absatz 1b sinngleich in den § 113 verschoben.

B) Stellungnahme
Die redaktionelle Folgeänderung ist sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag
Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 70 – § 113b Qualitätsausschuss Absätze 8 bis 11

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Neufassung des Absatzes 8 wird klargestellt, dass die Vertragsparteien nach § 113 das Bundesministerium für Gesundheit unverzüglich informieren sollen, wenn absehbar ist oder festgestellt wird, dass Fristen zur Umsetzung gesetzlicher Aufträge voraussichtlich oder tatsächlich überschritten werden.

Mit dem neuen Absatz 11 werden die gegenwärtig in § 8 Absatz 4 getroffenen Regelungen zur Finanzierung der qualifizierten Geschäftsstelle nach § 113b Absatz 6 sinngleich in den § 113b verschoben.

Die übrigen Änderungen im Rahmen des § 113b SGB XI beinhalten redaktionelle Folgeänderungen.

B) Stellungnahme

Die Änderung im Absatz 8 wird begrüßt. Dadurch wird die Transparenz hinsichtlich des Umsetzungsstandes der gesetzlichen Aufträge gestärkt und eine frühzeitige Information über mögliche Verzögerungen ermöglicht. Die weiteren Änderungen sind sachgerecht und werden ebenfalls begrüßt.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 71 – § 113c Absatz 8 bis 10 Personalbemessung in vollstationären Pflegeeinrichtungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Absatz 8: Die bisherigen Absätze 7 und 8 werden durch die Absätze 7 bis 10 ersetzt. Die bisher nach Absatz 8 im zweijährigen Turnus vorgesehene Erhebung zur Überprüfung bundesweit einheitlicher (aber unverbindlicher) Zielwerte für eine Mindestpersonalausstattung soll zukünftig einmal pro Legislaturperiode erfolgen.

Absatz 9: Die bisher in die Erhebung nach §113c Absatz 8 SGB XI integrierte Frage nach der Verbreitung von Personal- und Organisationsentwicklungsmaßnahmen, die im Modellprojekt nach § 8 Absatz 3b SGB XI entwickelt und erprobt wurden oder die sich an den Zielen und der Konzeption des Modellprojekts nach § 8 Absatz 3b orientieren, soll im Rahmen einer wissenschaftlichen Evaluation in der 22.°Legislaturperiode untersucht werden. Die Evaluation ist aus Fördermitteln nach §11 Absatz 1 SGB XI zu finanzieren.

Absatz 10: Das Bundesministerium für Gesundheit prüft eine Anpassung der Personalanhaltswerte nach Absatz 1 vor dem Hintergrund der Anpassung des Begutachtungsinstruments nach § 15 Absatz 3 Satz 4 und Absatz 7 und der Anlage 2 zu § 15 sowie mit dem Ziel der kostenneutralen Übertragung der personellen Ausstattung für zusätzliche Betreuung und Aktivierung nach § 43b in die Pflegesätze nach §°84 Absatz 1 und die Leistungs- und Qualitätsmerkmale nach § 84 Absatz 5. Hierzu beauftragt der GKV-Spitzenverband aus Fördermitteln des § 11 Absatz 1 SGB XI wissenschaftliche Expertisen.

B) Stellungnahme

Die Änderungen werden begrüßt.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 73 – § 113e Transformationsstellenanteile in vollstationären Pflegeeinrichtungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Im Zeitraum 2028 bis 2032 soll es vollstationären Pflegeeinrichtungen ermöglicht werden, innerhalb des Korridors zwischen der Mindestpersonalausstattung gemäß Landesrahmenvertrag und den Personalhöchstwerten gemäß § 113c Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 und 3 für Stellenanteile, die nicht zur personellen Ausstattung für Pflege- und Betreuungspersonal vereinbart werden, alternativ fiktive Transformationsstellenanteile als finanziellen Gegenwert zu vereinbaren. Dieser finanzielle Gegenwert wird in die Pflegesätze eingepreist und soll zur Finanzierung von technischen oder digitalen Systemen, die in einem zu veröffentlichenden Katalog gelistet werden sollen, zur Entlastung des vorhandenen Pflege- und Betreuungspersonals eingesetzt werden.

Die Landesverbände der Pflegekassen werden verpflichtet, Daten zu den vereinbarten Transformationsstellenanteilen zu erfassen. Diese dienen als Grundlage für die Berichterstattung des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen gegenüber dem Bundesministerium für Gesundheit, die erstmals zum Stichtag 1. Juli 2028 und danach jährlich Aussagen über die Anzahl der vereinbarten Transformationsstellenanteile und die zugrunde gelegten Aufwendungen beinhalten soll.

Das Kompetenzzentrum Digitalisierung und Pflege nach § 10 wird in Absatz 5 beauftragt, erstmalig zum 30. September 2027 einen Katalog von technischen oder digitalen Systemen zu erstellen und zu veröffentlichen, deren unterstützende oder entlastende Wirkung auf das Pflegepersonal auf Grundlage wissenschaftlicher Erkenntnisse oder systematischer Praxisevaluationen nachgewiesen ist. Der Katalog ist quartalsweise zu aktualisieren. Unter Einbezug der Daten nach Absatz 4 evaluiert das Kompetenzzentrum Digitalisierung und Pflege erstmalig bis zum 30. Juni 2030 und abschließend bis zum 30. Juni 2033 die Auswirkungen dieser Regelung auf die pflegerische Versorgung und deren Finanzierung.

B) Stellungnahme

Digitale Technologien dürfen nicht pauschal als Ersatz für nicht besetzte Personalstellen angesetzt werden. Vor einer regelhaften Berücksichtigung in Vergütungs- oder Refinanzierungsprozessen sind Nutzen, Wirtschaftlichkeit, Auswirkungen auf die Versorgungsqualität, Entlastung von pflegenden Personen sowie Folgekosten nachzuweisen. Die vielfältigen offenen Fragen sprechen für eine Erprobung, idealerweise durch Einrichtungen, die die Förderung von Digitalisierung in der Pflege durch das Sondervermögen des Bundes nach §11 Absatz 4 und 5 SGB XI nutzen. Die Erprobungsphase sollte mit der Dauer der Förderung nach § 11 Absatz 4 SGB XI harmonisiert werden.

Die Fördermöglichkeit, wie aktuell formuliert, lässt zu viele Fragen offen: Es ist nicht nachvollziehbar, warum Investitionen zur Digitalisierung zu Lasten der Pflegebedürftigen in den Pflegesätzen berücksichtigt werden sollen. Dies widerspricht § 82 Absatz 2, wonach Aufwendungen für abschreibungsfähige Anlagegüter nicht in der Pflegevergütung berücksichtigt werden dürfen. Außerdem ist unklar, warum digitale Technologien, die zur Entlastung des Personals dienen, nicht in die Fördermaßnahmen nach § 11 Absatz 3 und 4 eingeschlossen werden sollen. Eine Abgrenzung zu diesen Förderungen ist herausfordernd, aber zwingend erforderlich, um Doppelfinanzierungen zu vermeiden.

Zudem haben Einrichtungen abhängig von ihrer vereinbarten Personalausstattung unterschiedliche Förderansprüche. Einrichtungen, die weniger Personal vorhalten, haben die Möglichkeit, höhere Transformationsstellenanteile zur Finanzierung technischer Lösungen zu vereinbaren. Einrichtungen mit einer Mindestpersonalausstattung haben damit die größten Förderansprüche. Dagegen ist eine Pflegeeinrichtung für eine Förderung ausgeschlossen, soweit sie die gesetzlich geregelte Personalhöchstausstattung vereinbart. Damit werden Fehlanreize für den Personaleinsatz gesetzt und das wissenschaftlich entwickelte Personalbemessungsverfahren, an das sich die gesetzliche Regelung in § 113c Absatz 1 anlehnt, in Frage gestellt.

Des Weiteren ist kritisch anzumerken, dass die Einrichtung ihre Personalausstattung entsprechend der Qualifikationsgruppen nach § 113c Absatz 1 vereinbaren muss, um überhaupt einen Förderanspruch zu erhalten. Andernfalls könnte nicht die Differenz zwischen der Mindestpersonalausstattung gemäß Landesrahmenvertrag und den Personalhöchstwerten gemäß § 113c Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 und 3 für die Transformationsstellenanteile ermittelt werden. Entsprechend dem aktuellen Bericht des GKV-Spitzenverbands nach § 113c Absatz 8 verfügen nur rund ein Drittel der vollstationären Einrichtungen über eine solche differenzierte Vereinbarung der Personalausstattung.

Hinzu kommt, dass in den Regelungen bisher kein kausaler und kein quantitativer Zusammenhang zwischen Entlastungswirkung der Digitalisierungsmaßnahme und der nicht mehr zu besetzenden Personalstelle hergestellt wird. Ebenso wird nicht differenziert, auf welchen Qualifikationsstufen die Entlastung stattfindet und welche Stellenarten durch die Transformationsstellen ersetzt werden können.

In der jetzigen Ausgestaltung sind ferner erhebliche bürokratische Aufwände bei der Umsetzung anzuführen. Die durch die fiktiven Stellenanteile zur Verfügung stehenden Finanzmittel sind zweckgebunden zur Finanzierung bestimmter, in einem Katalog gelisteter Systeme einzusetzen. Dies bedeutet, dass die Pflegekassen ein eigenes Nachweisverfahren etablieren müssen. Sollte die Zweckbindung nicht nachgewiesen werden können, greift § 115 Absatz 3. In der Folge sind die sehr aufwändigen Verfahren der Vergütungskürzung und der Rückzahlung an die betroffenen Pflegebedürftigen und weitere Kostenträger durchzuführen.

Dagegen wird grundsätzlich die Zielrichtung des Gesetzgebers mit Absatz 5 begrüßt, auf wissenschaftlicher Grundlage den Zusammenhang zwischen Technologie- und Personaleinsatz zu untersuchen und entsprechende Nachweise erbringen zu lassen. Ebenso sind Auswirkungen auf die Qualität der Versorgung, die Entlastungen aber auch Belastungen des Pflegepersonals sowie die Entwicklung der Besetzung von Personalstellen zu evaluieren. Die Forschungsstelle Pflegeversicherung sollte daher Konzepte zu Transformationsstellen evaluieren und das Kompetenzzentrum daraus einen entsprechenden Katalog solcher Systeme entwickeln. Erst auf dieser Grundlage sollte geprüft werden, ob beziehungsweise inwieweit nachgewiesene Effizienzgewinne durch digitale Technologien bei der Bemessung der Pflegevergütungen zu berücksichtigen sind.

C) Änderungsvorschlag

Die Neuregelung ist zu streichen und durch folgende Regelung zu ersetzen:

„Das Kompetenzzentrum Digitalisierung und Pflege nach § 10 wird beauftragt, bis zum 30. 09. 2031 sowohl ein Verfahren zur Ermittlung eines Korridors für die Anrechnung von Personal und Technologie

als auch einen Katalog von technischen oder digitalen Systemen zu erstellen. Hierfür kann das Kompetenzzentrum Digitalisierung und Pflege bis 30. 09. 2031 Konzepte zu Transformationsstellen in der Praxis evaluieren. Hierfür werden 4 Mio. Euro zur Verfügung gestellt. Die unter § 11 Absatz 3 und 4 SGB XI genannten förderfähigen Maßnahmen der Digitalisierung sind nicht förderfähig im Sinne des § 113e SGB XI. Voraussetzung für die Aufnahme eines technischen oder digitalen Systems im Katalog ist neben dem Nutzennachweis auch ein Wirtschaftlichkeitsnachweis mit bezifferbaren Effizienzgewinnen. Das Bundesministerium für Gesundheit prüft auf Grundlage des Verfahrens und Katalogs, inwieweit nachgewiesene Effizienzgewinne durch digitale Technologien bei der Bemessung der Pflegevergütungen nach § 84 und § 89 zu berücksichtigen sind und gibt entsprechende Empfehlungen ab.“

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 74 – § 114a Absatz 7 Satz 3, Sätze 5 und 6 Durchführung der Qualitätsprüfungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Änderung des Absatzes 7 Satz 3 wird geregelt, dass der Medizinische Dienst Bund innerhalb von sechs Monaten nach Ergänzung der Vereinbarung zur Qualität in der ambulanten Pflege gemäß §°113 sowie nach Vorlage des Abschlussberichtes zur Entwicklung spezifischer Regelungen für die Prüfung der Qualität bei ambulanten Pflegediensten mit einem Vertrag gemäß § 92c Richtlinien zur Durchführung von Qualitätsprüfungen in gemeinschaftlichen Wohnformen beschließen soll.

Mit der Neuregelung in Absatz 7 Sätze 5 und 6 soll der Medizinische Dienst Bund die Qualitätsprüfungs-Richtline für die ambulante Pflege bis zum 30. Juni 2027 dahingehend anpassen, dass die Durchführung von Qualitätsprüfungen in gemeinschaftlichen Wohnformen bis zum Inkrafttreten der Richtlinien nach Satz 3 sichergestellt ist.

B) Stellungnahme

Die maßgebliche Änderung in Absatz 7 Satz 3 wird grundsätzlich begrüßt. Die Anpassung des gesetzlichen Zeitrahmens stellt sicher, dass die Erarbeitung der Qualitätsprüfungs-Richtlinien für gemeinschaftliche Wohnformen auf der Grundlage eines wissenschaftlich entwickelten Qualitätsprüfkonzeptes erfolgt. Dadurch wird die Voraussetzung geschaffen, ein fachlich fundiertes Qualitätssystem für gemeinschaftliche Wohnformen zu entwickeln, das sich an den Vorgehensweisen in den anderen Versorgungssettings orientiert.

Mit den neuen Sätzen 5 und 6 in Absatz 7 wird eine Übergangsregelung für die Durchführung von Qualitätsprüfungen in gemeinschaftlichen Wohnformen geschaffen. Dadurch wird sicherstellt, dass die Qualität in gemeinschaftlichen Wohnformen bis zur Vorlage eines wissenschaftlich fundierten Prüfkonzeptes geprüft werden kann.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 79 – § 125a Modellvorhaben zur Erprobung der Telepflege

A) Beabsichtigte Neuregelung

Aufgrund der erfolgten Durchführung des Modellvorhabens wurden die Absätze 1 und 2 gestrichen. §°125a SGB XI regelt nunmehr ausschließlich, dass der GKV-Spitzenverband bis zum 31. Dezember 2027 Empfehlungen zur Umsetzung der Ergebnisse der wissenschaftlich gestützten Erprobung von Telepflege zur Verbesserung der pflegerischen Versorgung in der ambulanten und der stationären Langzeitpflege erarbeitet. Dies hat im Benehmen mit den Verbänden der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene, mit geeigneten Verbänden der Digitalwirtschaft und mit der Gesellschaft für Telematik sowie unter Beteiligung der maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene, den auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen nach § 118 und der oder des Bevollmächtigten der Bundesregierung für Pflege zu erfolgen.

B) Stellungnahme

Gemäß der Gesetzesbegründung zum Gesetz zur Befugniserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege (BEEP) sollen in den Empfehlungen zur Verbesserung der pflegerischen Versorgung in der ambulanten und in der stationären Langzeitpflege unter anderem Vorschläge unterbreitet werden, wie telepflegerische Leistungen in der ambulanten und stationären Langzeitpflege im Fünften und Elften Sozialgesetzbuch abgebildet werden können. Die Empfehlungen sind daher unbedingt unabhängig von wirtschaftlichen Interessen zu erarbeiten. Insofern ist die Beteiligung der Verbände der Digitalwirtschaft abzulehnen. Darüber hinaus ist fraglich, wie „geeignete Verbände der Digitalwirtschaft“ zu definieren sind und wer über die Geeignetheit entscheidet, beziehungsweise in welcher Art und Weise die Entscheidung getroffen wird.

C) Änderungsvorschlag

In § 125a SGB XI wird „mit geeigneten Verbänden der Digitalwirtschaft“ gestrichen.

Die Überschrift von § 125a wird wie folgt gefasst: „Empfehlungen zur Umsetzung der Telepflege“.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 83 – § 134 Abs. 4 (neu) Verwaltung und Anlage der Mittel

A) Beabsichtigte Neuregelung

Das Bundesministerium für Gesundheit prüft bis zum 30. Juni 2027 Möglichkeiten zur Weiterentwicklung oder zum Umbau des Pflegevorsorgefonds, insbesondere hinsichtlich Änderungen der Einzahlungs- und Auszahlungsphase, Aspekten der Generationengerechtigkeit sowie zur Optimierung der Anlagestruktur unter Berücksichtigung der Rendite-Risiko-Struktur.

B) Stellungnahme

Wiederholte gesetzliche Regelungen zur partiellen Aussetzung der Zuführungen in den Pflegevorsorgefonds haben deutlich gemacht, dass die gesetzlich zugesicherten jährlichen Zuführungen in den Vorsorgefonds diskretionär als finanzielle Manövriermasse verwendet werden, um akute Finanzlücken in der Pflegeversicherung zu schließen. Eine Weiterentwicklung des Pflegevorsorgefonds muss auch zum Ziel haben, diesen besser vor politischen Zugriffsmöglichkeiten zu schützen.

C) Änderungsvorschlag

In Artikel 1 Nummer 83 wird der folgende Absatz 4 eingefügt:

„Das Bundesministerium für Gesundheit prüft bis zum 30. 06. 2027 Möglichkeiten zur Weiterentwicklung oder zum Umbau des Pflegevorsorgefonds, insbesondere hinsichtlich Änderungen der Einzahlungs- und Auszahlungsphase, Aspekten der Generationengerechtigkeit sowie zur Optimierung der Anlagestruktur unter Berücksichtigung der Rendite-Risiko-Struktur. Ferner soll der Pflegevorsorgefonds besser vor politischen Zugriffsmöglichkeiten geschützt werden.“

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 84 – § 135 Absatz 4 Zuführung der Mittel

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die 2024 bis 2027 angewendete Absenkung der Zuführung von Mitteln an den Pflegevorsorgefonds auf jährlich 700 Millionen Euro wird bis 2028 verlängert, 2029 wird diese Zuführung auf einen Betrag in Höhe von 1,2 Milliarden Euro erhöht und erst ab 2030 wieder zur in Abs. 1 vorgesehenen Zuführung zurückgekehrt.

B) Stellungnahme

Die gekürzte Zuführung widerspricht dem ursprünglichen Zweck der Bildung eines Fonds zur Abfederung der zu erwartenden Belastungen der SPV, wenn die Babyboomer ab 2035 pflegebedürftig werden, und sollte daher nicht verlängert werden.

C) Änderungsvorschlag

Die Änderung von § 135 Abs. 4 wird gestrichen.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 86 – § 142b Übergangsregelung zur Anpassung der Schwellenwerte und § 142c Übergangsregelung zu den Inhalten des Gutachtens nach § 18b Absatz 1 Satz 1 Nummer 3

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Regelung soll klargestellt werden, wie mit Begutachtungen im Zeitraum des Übergangs zur neuen Begutachtungssystematik umgegangen werden soll. Es soll außerdem ein Bestandsschutz geregelt werden, durch welchen sichergestellt werden soll, dass pflegebedürftige Personen nicht aufgrund der Änderungen der Bewertungssystematik herabgestuft werden dürfen. Bei Neubegutachtungen sollen aber Rückstufungen möglich sein, sofern sich die Einschränkung der Selbstständigkeit tatsächlich verringert hat. Da aufgrund der Anhebung der Schwellenwerte mit einem erhöhtem Begutachtungsaufkommen zum Ende des Jahres 2026 gerechnet wird, sollen die Zahlungen der Pflegekassen im Falle von Überschreitungen vom 1. Januar 2027 bis 30. April 2027 ausgesetzt werden. Dies soll nicht für Fälle mit einem besonders dringlichen Entscheidungsbedarf gelten.

B) Stellungnahme

Die vorgesehenen Regelungen zum Übergang und zum Bestandsschutz sind sachgerecht und tragen zur Rechtssicherheit bei dem Übergang in die neue Bewertungssystematik bei. Eine vergleichbare Bestandsschutzregelung gab es bei der Einführung der aktuellen Begutachtungssystematik durch das Zweite Pflegestärkungsgesetz. Dort wurde jedoch zusätzlich geregelt, dass der Besitzstand auch bei einem Wechsel der Kranken- und Pflegekasse gilt. Dies sollte auch bei der jetzigen Bestandsschutzregelung ergänzt werden, um die Rechtssicherheit noch weiter zu erhöhen.

Die vorübergehende Aussetzung der Fristen nach § 18c Absatz 1 Satz 1 SGB XI bis auf die Anträge mit besonders dringendem Entscheidungsbedarf ist sachgerecht und wird begrüßt. Aufgrund der vorgesehenen Anpassung der Schwellenwerte sind Vorzieheffekte und damit ein erhöhtes Begutachtungsaufkommen zu erwarten. Auch wenn die Pflegekassen im Sinne einer schnellstmöglichen Leistungsgewährung für ihre Versicherten an einer schnellen Bescheiderteilung interessiert sind, können hier Überschreitungen der Fristen, die aber nicht in der Verantwortung der Pflegekassen liegen, nicht ausgeschlossen werden.

C) Änderungsvorschlag

Ergänzung § 142b SGB XI Satz 2: „Satz 1 gilt auch bei einem Erlöschen der Mitgliedschaft im Sinne von §°35 ab dem 01. 01. 2027, wenn die neue Mitgliedschaft unmittelbar im Anschluss begründet wird. Die Pflegekasse, bei der die Mitgliedschaft beendet wird, ist verpflichtet, der Pflegekasse, bei der die neue Mitgliedschaft begründet wird, die bisherige Einstufung des Versicherten rechtzeitig schriftlich mitzuteilen. Entsprechendes gilt bei einem Wechsel zwischen privaten Krankenversicherungsunternehmen und einem Wechsel von sozialer zu privater sowie von privater zu sozialer Pflegeversicherung.“

Artikel 2 (Weitere Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 10 – § 55c neu Beitragszuschlag für familienversicherte Ehegatten und Lebenspartner

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es wird ein Beitragszuschlag für die nach § 25 bislang beitragsfrei mitversicherten Ehegattinnen/Ehegatten bzw. Lebenspartnerinnen/Lebenspartner von Mitgliedern eingeführt. Die vorgesehene Regelung vollzieht damit die für die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) bereits mit dem GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz vorgesehene Regelung nach. Der Beitragszuschlag beträgt 0,52 % der beitragspflichtigen Einnahmen des Mitglieds und soll somit dessen wirtschaftliche Leistungsfähigkeit abbilden. Der Beitragszuschlag fällt deutlich niedriger aus als der Beitrag, der bei Wegfall der beitragsfreien Familienversicherung und Begründung einer freiwilligen Mitgliedschaft des Ehegatten oder Lebenspartners in der GKV und der damit verbundenen Pflichtversicherung in der sozialen Pflegeversicherung (SPV) auf Basis der Mindestbemessungsgrundlage zu zahlen wäre.

Die Regelung verweist im Wesentlichen auf die mit dem GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz vorgesehene Regelung des § 242b SGB V. Es gelten somit die gleichen Ausnahmen, bei deren Vorliegen für Ehegatten und Lebenspartner kein Beitragszuschlag anfällt. Die Ausnahmetatbestände sollen Konstellationen abbilden, in denen Ehegatten oder Lebenspartner im familiären Kontext Aufgaben wahrnehmen, die im Regelfall der Aufnahme einer Beschäftigung entgegenstehen.

B) Stellungnahme

Durch die Erhebung des Beitragszuschlags entstehen – jenseits der zusätzlichen Aufwände bei den Kranken- bzw. Pflegekassen – unzweifelhaft erhöhte Bürokratieaufwände auch bei den Arbeitgebenden und den übrigen beitragsabführenden Stellen; die Einführung bereits zum 1. Januar 2028 stellt die Kranken- und Pflegekassen sowie die weiter beteiligten Institutionen vor große Herausforderungen.

Neben Fragen der fachlichen Umsetzung stellt sich auch die Frage nach der finanziellen Wirkung. Die Maßnahme bewirkt entweder Mehreinnahmen durch den Beitragszuschlag von 0,52 % auf die beitragspflichtigen Einnahmen des Mitglieds oder durch Aufnahme einer mehr als geringfügigen Beschäftigung. Frauen in den Altersgruppen von 55 bis 65 Jahren weisen gemäß der amtlichen Statistik KM 6 den höchsten Anteil an beitragsfrei Versicherten auf. Im Falle geringer oder durch Zeitverlauf nicht mehr nachgefragter beruflicher Qualifikation ist hier eine Beschäftigung vor allem im Niedriglohnsektor zu erwarten. Mehreinnahmen für die soziale Pflegeversicherung sind dabei in geringerem Umfang zu erwarten, falls es zur Verdrängung von Minijobs kommt, wenn also die gleiche Arbeit lediglich durch andere Personengruppen erbracht wird. Die vorgesehene Erhöhung des Arbeitgeberbeitrags schafft zusätzlich Anreize, nach Mindestlohn vergütete Arbeit aus dem Bereich Minijob in den Übergangsbereich nach § 20 SGB IV zu verlagern.

Darüber hinaus ergibt sich im Zeitverlauf eine abnehmende Finanzwirkung, weil aus der besonders betroffenen Altersgruppe der über 55-Jährigen immer mehr Frauen die Regelaltersgrenze der Rentenversicherung erreichen und damit wieder Zugang zur beitragsfreien Familienversicherung erlangen.

Die vorgeschlagene Maßnahme zielt insoweit nicht darauf ab, einen aufwachsenden Beitrag zur Stabilisierung der finanziellen Situation der sozialen Pflegeversicherung zu leisten.

Angesichts der Mehraufwände bei den beitragsabführenden Stellen wird die vorgesehene Regelung, auch wenn sie letztlich mit den für die GKV bereits durch das GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz eingeführten Regelungen korrespondieren, insgesamt kritisch bewertet, zumal strukturelle Probleme der sozialen Pflegeversicherung nicht im ausreichenden Maß angegangen werden und Bund und Länder eine angemessene Bereitschaft zur Übernahme ihrer Verantwortung für die finanzielle Zukunft der sozialen Pflegeversicherung mit diesem Gesetzentwurf nicht ausreichend erkennen lassen.

Ergänzend wird nachstehend auf eine Besonderheit hingewiesen, die sich aus dem angestrebten und im Grundsatz auch nachvollziehbaren Gleichklang der Regelungen in der Kranken- und Pflegeversicherung ergibt:

Die vorgesehene Regelung des § 55c Satz 2 SGB XI verweist unter anderem auf die Regelung in § 242b Absatz 3 SGB V. Danach gelten die Regelungen zum Beitragszuschlag sowie zu den Ausnahmetatbeständen entsprechend für Mitglieder, von denen die Versicherung eines Ehegatten, eines Lebenspartners oder eines Elternteils nach zwischen- oder überstaatlichem Recht abgeleitet wird. Dies macht auch Sinn, da die betreffenden Familienangehörigen ungeachtet ihres ständigen Aufenthaltes im Ausland Leistungen zu Lasten der GKV in Anspruch nehmen können. Für den Bereich der sozialen Pflegeversicherung ergibt sich jedoch ein differenzierteres Bild. Sofern sich die Versicherung eines Ehegatten, eines Lebenspartners oder eines Elternteils nach zwischenstaatlichem Recht ableitet, ist – im Gegensatz zu den Sachverhalten, bei denen sich eine Versicherung nach überstaatlichem Recht ableitet – eine Leistungsinanspruchnahme zu Lasten der sozialen Pflegeversicherung nicht möglich, da die sachlichen Geltungsbereiche der diesbezüglich bestehenden Abkommen über Soziale Sicherheit die Pflegeversicherung nicht einschließen. Sowohl die Inanspruchnahme von Sachleistungen im Rahmen der Sachleistungsaushilfe als auch der Export von Geldleistungen der Pflegeversicherung sind somit ausgeschlossen. Gleichwohl wären angesichts des vorgesehenen Regelungsrahmens mit seiner starren Verweisung auf § 242b Absatz 3 SGB V auch in derartigen Sachverhalten Beitragszuschläge zu zahlen.

Es erscheint zumindest fraglich, ob diese Rechtsfolge tatsächlich gewünscht ist. Gegebenenfalls wäre eine dem § 242b Absatz 3 SGB V inhaltsgleiche Regelung mit der Maßgabe vorzusehen, dass hiervon ausschließlich Sachverhalte nach überstaatlichem Recht erfasst werden.

C) Änderungsvorschlag

§ 55c wird wie folgt formuliert:

„Die Pflegekassen erheben von Mitgliedern für einen nach § 25 versicherten Ehegatten oder Lebenspartner einen Beitragszuschlag in Höhe von 0,52 Beitragssatzpunkten. § 242b Absatz 1 Satz 2 bis 6 sowie die Absätze 2, 4 und 5 des Fünften Buches gelten entsprechend. Die Sätze 1 und 2 gelten entsprechend für Mitglieder, von denen die Versicherung eines Ehegatten, eines Lebenspartners oder eines Elternteils nach überstaatlichem Recht abgeleitet wird. Satz 1 findet keine Anwendung auf mitversicherte Ehegatten und Lebenspartner von landwirtschaftlichen Unternehmern und von mitarbeitenden Familienangehörigen.“

Artikel 2 (Weitere Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 12 – § 59b Beitrag des Arbeitgebers bei geringfügiger Beschäftigung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die vorgesehene Neuregelung zielt darauf ab, dass bei geringfügig entlohnten Beschäftigungen sowie Beschäftigten in Privathaushalten künftig auch in der sozialen Pflegeversicherung Beiträge durch den Arbeitgeber zu leisten sind. Die Regelung folgt damit den beitragsrechtlichen Regelungen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), die eine Beitragspflicht in den vorgenannten Beschäftigungen schon gegenwärtig vorsehen.

B) Stellungnahme

Grundsätzlich kann die vorgesehene Regelung geeignet sein, das Stellenangebot für sozialversicherungspflichtige Beschäftigung zu Lasten von Minijobs zu fördern. Von der Regelung betroffene Arbeitgeber erhalten einen Anreiz, bisherige Minijobs zu einer Beschäftigung mit größerem Stundenumfang und mindestens einem Entgelt im Übergangsbereich nach § 20 SGB IV (aktuell mit regelmäßigen monatlichen Arbeitsentgelten zwischen 603,01 Euro und 2.000,00 Euro) auszuweiten, um somit – bei einem allmählich bis zur Parität ansteigenden Arbeitnehmeranteil am Beitrag zur sozialen Pflegeversicherung – den Arbeitgeberanteil in seiner relativen Höhe im Verhältnis zum Arbeitsentgelt zu senken.

Die durch die Anhebung des Arbeitgeberbeitrags für Minijobber resultierende Erhöhung der Lohnnebenkosten dürfte die in Arbeitsstunden nachgefragte Arbeitsmenge im Niedriglohnsektor verringern. Diese sprunghafte Mehrbelastung der Arbeitgeber kann durch Ausweitung der Beschäftigung im unteren und mittleren Übergangsbereich und den damit verbundenen zunehmenden Beitragsanteilen der Beschäftigten aller Voraussicht nach nicht umfassend kompensiert werden. Die durchschnittlich gezahlten Beiträge für gewerbliche Minijobs zeigen, dass in geringfügiger Beschäftigung im Durchschnitt nur in geringem Stundenumfang gearbeitet wird. Dies setzt den Möglichkeiten, durch die gleichen Personengruppen Midijobs (Übergangsbereich nach § 20 SGB IV) mit deutlich erhöhtem Stundenumfang anzunehmen, praktische Grenzen bzw. wird zu Verdrängungseffekten zwischen den Gruppen führen. Es erscheint daher zumindest zweifelhaft, ob sich die prognostizierten Mehreinnahmen in Höhe von 1,4 Milliarden Euro tatsächlich generieren lassen.

Ungeachtet dessen sind die finanziellen Belastungen der Arbeitgeber erheblich. Gegenüber dem gegenwärtigen Status quo, bei dem Arbeitgeber neben dem Pauschalbeitrag zur gesetzlichen Rentenversicherung in Höhe von regelmäßig 15 Prozent ausschließlich einen pauschalen Beitrag zur GKV in Höhe von 13 Prozent zu zahlen haben, weitet sich der Arbeitgeberbeitrag zur GKV sowie zur sozialen Pflegeversicherung (SPV) bei geringfügigen Beschäftigungen auch unter Berücksichtigung der mit dem GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz einhergehenden Steigerungen in Summe auf einen Beitrag in Höhe von 21,1 Prozent (einschließlich des durchschnittlichen Zusatzbeitrages von 2,9 Prozent) aus. Insgesamt wird der Arbeitgeberbeitrag bei geringfügiger Beschäftigung – eine Befreiung von der Rentenversicherungspflicht unterstellt – künftig 36,1 Prozent betragen. Angesichts dieser deutlich ansteigenden finanziellen Belastungen der Arbeitgeber wird die Regelung kritisch bewertet.

Aus rechtstechnischer Sicht ist auf eine Unschärfe hinzuweisen. Die Regelung zum neuen Arbeitgeberbeitrag zur Pflegeversicherung bei Ausübung einer geringfügigen Beschäftigung stellt

darauf ab, dass der versicherte Arbeitnehmer in dieser Beschäftigung versicherungsfrei oder nicht versicherungspflichtig ist. Die Regelung ist erkennbar der inhaltsgleichen Vorschrift des § 249b SGB V für den Arbeitgeberbeitrag zur Krankenversicherung nachgebildet. Im Unterschied zum Versicherungsrecht der gesetzlichen Krankenversicherung kennt das Versicherungsrecht der sozialen Pflegeversicherung den Begriff der Versicherungsfreiheit jedoch nicht. Geringfügig beschäftigte Arbeitnehmer, die in dieser Beschäftigung in der Krankenversicherung nach § 7 Absatz 1 Halbsatz 1 SGB V in Verbindung mit den §§ 8, 8a SGB IV versicherungsfrei sind, sind in der sozialen Pflegeversicherung nicht versicherungspflichtig. Insofern sollte der Rechtsbegriff „versicherungsfrei“ sowohl in Satz 1 als auch in Satz 2 gestrichen werden.

C) Änderungsvorschlag

In § 59b Satz 1 und Satz 2 sind jeweils die Worte „versicherungsfrei oder“ zu streichen.

Artikel 3 (Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 3 – § 28l Vergütung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelung sieht vor, dass die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See ermächtigt wird, die ihr von den Pflegekassen zustehende Vergütung mit den an den Ausgleichsfonds weiterzuleitenden Beiträgen zur Pflegeversicherung für geringfügige Beschäftigungen aufzurechnen.

B) Stellungnahme

Die Regelung wird abgelehnt; sie ist weder sachgerecht noch geeignet, die eigentlich im Raum stehende Frage nach einer vermeintlich notwendigen (weiteren) Vergütung zu beantworten. Darüber hinaus greift sie in einen Bereich ein, der bislang ausschließlich der Vereinbarungskompetenz der Verfahrensbeteiligten zugeordnet ist.

Die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See erhält bislang für den Einzug und die Weiterleitung der Beiträge zur Kranken- und Rentenversicherung bei geringfügiger Beschäftigung eine Einzugskostenvergütung; die von der GKV zu leistende Einzugskostenvergütung erhält die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See durch Aufrechnung mit den an den Gesundheitsfonds weiterzuleitenden Beiträgen.

Gegenwärtig erhält die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See bereits eine Gesamtvergütung in Höhe von 70,5 Millionen Euro. Die Höhe der vereinbarten Vergütung geht zurück auf eine 2017 zwischen den am Beitragseinzug beteiligten Organisationen geeinten Vereinbarung nach § 28l Absatz 1 Satz 4 SGB IV, die zum Abschluss einer entsprechenden Vereinbarung explizit aufgefordert sind.

Der mit dem Pflegeneuordnungsgesetz vorgesehene Arbeitgeberbeitrag bei geringfügiger Beschäftigung auch zur sozialen Pflegeversicherung rechtfertigt aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes zunächst keine zusätzliche Einzugskostenvergütung. Letztlich werden die bei der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See bestehenden und von der GKV bereits vergüteten Prozesse des gegenwärtigen Einzugs der Beiträge und ihrer Weiterleitung unverändert 1:1 genutzt; es entstehen durch einen zusätzlichen, jedoch unter den exakt gleichen Ablaufprozessen durchzuführenden Beitragseinzug also keine erkennbaren Mehraufwände.

Es liegt an den Vereinbarungspartnern, im Rahmen von ergänzenden Verhandlungen gegenüber den übrigen Beteiligten darzulegen, ob und gegebenenfalls in welcher Größenordnung etwaige Nachjustierungen der bis dahin geeinten Vergütungshöhe erfolgen sollten. Die vorgesehene Regelung greift diesem Prozess jedoch vor, impliziert und präjudiziert einen dem Grunde nach bestehenden Anspruch der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See auf eine erweiterte Vergütung – und dies, ohne dass vermeintliche Mehraufwände dargelegt oder substantiiert wären.

C) Änderungsvorschlag

Artikel 3 Nummer 3 wird gestrichen.

Artikel 4 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 2 – § 20 Absatz 1 Primäre Prävention und Gesundheitsförderung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Krankenkassen werden verpflichtet, bei der Erbringung von Leistungen zur primären Prävention und Gesundheitsförderung die spezifischen Belange älterer Menschen und Pflegebedürftiger zu berücksichtigen und den GKV-Leitfaden Prävention entsprechend anzupassen.

B) Stellungnahme

Der Intention des Gesetzgebers, die Prävention von und bei Pflegebedürftigkeit zu stärken, ist grundsätzlich zu begrüßen. 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. Ob die Weiterentwicklung dieser Angebote der individuellen verhaltensbezogenen Primärprävention und Gesundheitsförderung tatsächlich ausreichend ist, um pflegebedürftige Menschen bedarfsgerecht zu erreichen und zu unterstützen, oder ob zusätzliche Angebote außerhalb des SGB V erforderlich sind, muss sich jedoch erst noch zeigen.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 4 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 3 – § 20b Absatz 3 Betriebliche Gesundheitsförderung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sollen verpflichtet werden, einheitliche und gemeinsame Grundsätze zu Inhalten und Umfang der Förderung von regionalen, überbetrieblichen Netzwerken in Form von Projektförderung zu vereinbaren. Dies soll u. a. auch Krankenhäusern, Pflegebetrieben und kleinen und mittleren Unternehmen zugutekommen, denen die Angebote der regionalen Koordinierungsstellen für betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) oft nicht bekannt sind.

B) Stellungnahme

Die Intention, verstärkt regionale, überbetriebliche Netzwerke über die regionalen BGF-Koordinierungsstellen zu unterstützen, um die betriebliche Gesundheitsförderung damit stärker im lokalen Sozialraum zu verankern, ist grundsätzlich zu begrüßen. Vor dem Hintergrund der bereits etablierten, gemeinsamen Fördergrundsätze besteht kein Bedarf für eine gesetzliche Regelung. Im Interesse einer schlanken und effizienten Gesetzgebung ist auf nicht erforderliche Regelungen zu verzichten.

C) Änderungsvorschlag

Artikel 4 Nummer 3 wird gestrichen.

Artikel 4 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 4 – § 20c Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Krankenkassen sollen verpflichtet werden, mit den Trägern der gesetzlichen Rentenversicherung bei ihren Präventionsaufgaben eng zusammenzuarbeiten (vgl. § 20c Absätze 1 und 2 neu SGB V). Ergeben sich im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) Hinweise auf eine Gefährdung der Erwerbsfähigkeit, sollen die betroffenen Versicherten auf die Leistungen der gesetzlichen Rentenversicherung zur Sicherung der Erwerbsfähigkeit nach § 14 SGB VI hingewiesen werden.

B) Stellungnahme

Mit den Bundesrahmenempfehlungen nach §20d Absatz 3 SGB V haben die Träger der Nationalen Präventionskonferenz – Kranken-, Unfall-, Renten- und soziale Pflegeversicherung – durch die gemeinsame Festlegung von Zielen und Handlungsfeldern bereits eine wesentliche Grundlage für die Stärkung der Zusammenarbeit zwischen den Sozialversicherungsträgern geschaffen. Durch die Neuregelung wird die Kooperation zwischen Kranken- und Rentenversicherung nun verbindlich ausgestaltet. Die Sozialgesetzbücher VI und VII sind im Sinne einer kohärenten Rechtslage so anzupassen, dass auch die Krankenkassen bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben zur Prävention nach § 20 Absatz 4 SGB V unterstützt werden.

Die vorgesehene Verpflichtung, gesundheitlich beeinträchtigte Versicherte gezielt auf Leistungen zur Sicherung der Erwerbsfähigkeit nach § 14 SGB VI hinzuweisen, berücksichtigt die Rahmenbedingungen der betrieblichen Gesundheitsförderung nicht. Die Unterstützung von Unternehmen erfolgt ausschließlich auf Grundlage aggregierter Erkenntnisse, beispielsweise aus Gesundheitsberichten oder Mitarbeiterbefragungen. Weder Krankenkassen noch Unternehmen erhalten hierbei individuelle Gesundheitsdaten der Beschäftigten, die eine gezielte Identifikation und Ansprache ermöglichen würden. Durch die Beschränkung auf Erkenntnisse, die die Krankenkassen im Rahmen der BGF erheben, ist die vorgesehene Regelung nicht umsetzbar. Eine allgemeine Information über Präventionsleistungen der Rentenversicherung ist in der BGF bereits heute Praxis.

C) Änderungsvorschlag

Artikel 4 Nummer 4 bb) wird wie folgt geändert:

„Sofern die Krankenkasse ~~**im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung**~~ Erkenntnisse erlangt, die darauf hinweisen, dass bei einem Versicherten erste gesundheitliche Beeinträchtigungen vorliegen, die die ausgeübte Beschäftigung gefährden könnten, weisen sie diese Versicherten auf die Möglichkeit der Inanspruchnahme von durch die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung zu erbringenden Leistungen zur Sicherung der Erwerbsfähigkeit nach § 14 des Sechsten Buches hin.“

Artikel 4 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 5 – § 25 Gesundheitsuntersuchungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Gemeinsame Bundesausschuss soll einen erweiterten Anspruch für Versicherte ab dem 60. Lebensjahr in der Gesundheitsuntersuchungen-Richtlinie schaffen, der sich insbesondere auf Prävention von Pflegebedürftigkeit und Früherkennung von altersassoziierten Risiken und Erkrankungen richtet. Die Regelung soll bis zum 31. Dezember 2028 getroffen worden sein. Zudem soll eine Verknüpfung zu Hinweisen nach § 25b SGB V erfolgen.

B) Stellungnahme

Die Gesundheitsuntersuchungen stehen bereits heute für Versicherte ab dem 60. Lebensjahr zur Verfügung und die Untersuchungs- und Beratungsinhalte richten sich durch ihren Schwerpunkt im Bereich der Herz-Kreislauf-Erkrankungen auch heute schon auf wesentliche Faktoren zur Prävention von Pflegebedürftigkeit. Grundsätzlich ist es zu begrüßen, dem GBA einen Prüfauftrag zu geben, ob es weitere evidenzbasierte Maßnahmen gibt, die dieses Ziel unterstützen.

Weiterhin ist anzumerken, dass der Begriff „Belastungen“ in der medizinischen Wissenschaft zu unbestimmt ist. Es wird als ausreichend klar angesehen, nur auf Risiken und Erkrankungen abzustellen.

C) Änderungsvorschlag

Einfügung eines neuen Absatzes 2a): „Der Gemeinsame Bundesausschuss prüft, ob für Versicherte, die das 60. Lebensjahr vollendet haben, ein ergänzender Anspruch auf medizinische Leistungen zur Früherkennung und Prävention altersbedingter gesundheitlicher Risiken und Erkrankungen zu formulieren ist. Ziel ist insbesondere die Erhebung von Befunden, die geeignet sind, das Risiko des Eintritts von Pflegebedürftigkeit frühzeitig zu erkennen, sowie die Beratung zu Maßnahmen, die der Vermeidung von Pflegebedürftigkeit und der Erhaltung einer eigenständigen Lebensführung dienen. Hinweise gemäß § 25b Absatz 1 und 4 sind bei den Untersuchungen zu berücksichtigen.“

Artikel 4 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 6 – § 39a - Stationäre Hospizleistungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der vorgesehenen Änderung soll geregelt werden, dass bei der Versorgung in Kinder- und Jugendhospizen das Pflegegeld nach § 37 SGB XI, das anteilige Pflegegeld nach § 38 SGB XI sowie Leistungen der Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI (neu) in Verbindung mit § 39 SGB XI (neu) nicht auf den Leistungsbetrag der Krankenkasse nach § 39a Abs. 1 SGB V angerechnet werden.

B) Stellungnahme

Kinder und Jugendliche mit einer lebensverkürzenden Erkrankung sowie ihre Familien können bereits ab Diagnosestellung Leistungen eines stationären Kinder- und Jugendhospizes in Anspruch nehmen. Die Aufenthalte erfolgen typischerweise intermittierend im Krankheitsverlauf. Die häusliche Versorgung und Betreuung bleibt dabei regelmäßig der vorrangige Lebensmittelpunkt der betroffenen Kinder und Jugendlichen.

Mit der vorgesehenen Neuregelung soll geregelt werden, dass bei der Versorgung in stationären Kinder- und Jugendhospizen das Pflegegeld nach § 37 SGB XI, das anteilige Pflegegeld nach § 38 SGB XI sowie Leistungen der Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI (neu) in Verbindung mit § 39 SGB XI (neu) nicht auf den Leistungsbetrag der Krankenkasse angerechnet werden. Die Nichtanrechnung dieser Leistungen verfolgt das Ziel, das Überbrückungsbudget nach dem SGB XI für Familien von Kindern und Jugendlichen mit lebensverkürzenden Erkrankungen auch nach einem Aufenthalt in einem Kinder- und Jugendhospiz für Unterstützungsleistungen in der Häuslichkeit zu erhalten. Dadurch wird dem Umstand Rechnung getragen, dass die Versorgung der betroffenen Kinder und Jugendlichen auch während wiederkehrender Hospizaufenthalte weiterhin überwiegend im häuslichen Umfeld erfolgt. Diese Intentionen können aus der Perspektive der betroffenen Familien nachvollzogen werden.

Folgerichtig werden Leistungen der vollstationären Pflege nach § 43 SGB XI von der Regelung nicht erfasst, sodass diese weiterhin auf den Leistungsbetrag der Krankenkasse anzurechnen sind.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 4 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 8 Buchstabe a – § 40 Absatz 3 Satz 2

A) Beabsichtigte Neuregelung

Durch die Ergänzung in § 40 Absatz 3 Satz 2 letzter Halbsatz soll die Bedeutung der Zielsetzung einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation bei einer geriatrischen Indikation hervorgehoben werden. Diese soll das Rehabilitationsziel der Vermeidung, Verringerung oder Verzögerung von Pflegebedürftigkeit besonders berücksichtigen. Dadurch soll den spezifischen Bedarfen älterer, häufig morbider Versicherter, bei denen der Erhalt oder die Wiedererlangung von Selbständigkeit von besonderer Bedeutung ist, Rechnung getragen werden.

B) Stellungnahme

Die mit der Ergänzung in § 40 Absatz 3 Satz 2 letzter Halbsatz einhergehende Zielsetzung, die Bedeutung der Leistung einer geriatrischen Rehabilitation für ältere multimorbide Versicherte mit Blick auf den Erhalt oder die Wiedererlangung der Selbständigkeit hervorzuheben, ist nachvollziehbar. Die Regelung schließt an die in § 11 Absatz 2 Satz 1 SGB V definierte Zielsetzung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation an. Diese erfolgen, um Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern. Diese Zielsetzung wird auch bei der vertragsärztlichen Verordnung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation berücksichtigt (§ 1 Absatz 1 Reha-RL). Somit erfolgt durch die vorgesehene Ergänzung bei der Leistung zur geriatrischen Rehabilitation keine Neuausrichtung des Rehabilitationsauftrages der gesetzlichen Krankenversicherung, der insgesamt und nicht nur bei der Leistungsausführung auf die Vermeidung, Verringerung oder Verzögerung von Pflegebedürftigkeit gerichtet ist. Maßgeblich hierfür sind die mit den Rehabilitanden vereinbarten Rehabilitationsziele. Die gesetzliche Änderung hat allein klarstellenden Charakter mit Blick auf die Leistung der geriatrischen Rehabilitation.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 4 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 8 Buchstabe b – § 40 Absatz 3 Satz 18

A) Beabsichtigte Neuregelung

Durch die Ergänzung in § 40 Absatz 3 Satz 18 soll die durch das „Gesetz zur Stärkung von intensivpflegerischer Versorgung und medizinischer Rehabilitation in der gesetzlichen Krankenversicherung“ (Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz, GKV-IPReG) auf die Jahre 2021 bis 2023 begrenzte Berichtspflicht des GKV-Spitzenverbandes zu den Erfahrungen mit der vertragsärztlichen Verordnung von geriatrischer Rehabilitation einmalig wiederaufgelegt werden. Der Bericht soll qualitativ um die Hürden der Inanspruchnahme geriatrischer Rehabilitation ergänzt werden. Hierzu sollen unter anderem strukturelle Defizite (z. B. regionale Versorgungsunterschiede), organisatorischer Hindernisse (z. B. Antragsverfahren, Schnittstellenprobleme) oder individuelle Barrieren (z. B. Informationsdefizite, soziale Faktoren) zählen. Auch die Hürden in der Inanspruchnahme mobiler geriatrischer Rehabilitation sollen in den Blick genommen werden. Der Bericht für das Jahr 2027 soll dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 30. September 2028 vorgelegt werden.

B) Stellungnahme

Mit dem Ziel, Transparenz zur Umsetzung der Neuregelung der Verordnung geriatrischer Rehabilitationen durch Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz zu schaffen, hat der GKV-Spitzenverband bereits für die Jahre 2021 bis 2023 einen jährlichen Bericht an das Bundesministerium für Gesundheit übermittelt. Dieser Bericht umfasste neben den gesetzlich geforderten quantitativen und qualitativen Angaben zusätzlich auch Aussagen zur Inanspruchnahme von geriatrischer Rehabilitation. Hierzu wurden die Gründe für eine ausbleibende oder nicht zeitnahe Inanspruchnahme der vertragsärztlich verordneten Leistung zur geriatrischen Rehabilitation aufgezeigt. Somit umfasste der Bericht des GKV-Spitzenverbandes für die genannten Berichtsjahre bereits Angaben zu möglichen Hürden bei der Inanspruchnahme geriatrischer Rehabilitation.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 5 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 2 – § 39 Absatz 1a Satz 12 (neu) Entlassmanagement nach Krankenhausbehandlung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit dem Pflegeneuordnungsgesetz soll unter anderem ein neuer Leistungsanspruch der Pflegebegleitung eingeführt werden. Hierfür haben die Vertragspartner, Deutsche Krankenhausgesellschaft, Kassenärztliche Bundesvereinigung und GKV-Spitzenverband, im Rahmenvertrag Entlassmanagement nach § 39 Absatz 1a zu regeln, dass die erforderlichen Informationen nach Einwilligung der Patientinnen und Patienten in gesicherter elektronischer Form an die zuständige Pflegekassen zum Zweck der Weiterleitung an die für die Pflegebegleitung nach den §§ 7c und 7d SGB XI zuständige Stelle übermittelt werden können.

B) Stellungnahme

Es handelt sich um eine inhaltlich sachgerechte Folgeänderung aufgrund der Neuregelung nach den §§ 7c und 7d SGB XI, wonach die Pflegebegleitung bei der Umsetzung von Maßnahmen, die im Rahmen des Entlassmanagements nach einem Aufenthalt im Krankenhaus bekannt werden, unterstützen soll. Wichtige Informationen aus dem Krankenhaus über den gesundheitlichen Zustand pflegebedürftiger Patientinnen und Patienten, aber insbesondere auch über Potenziale zur möglichen Verbesserung bestehender Beeinträchtigungen sollen dem Erhalt und der Wiedererlangung von Fähigkeiten von Pflegebedürftigen dienen.

Um die nach einem Krankenhausaufenthalt erforderliche Organisation der Anschlussversorgung auch aufseiten der Krankenkassen zu verbessern, wäre die Einführung einer kurzen Entlassmitteilung sinnvoll. Die in der Vereinbarung zum Datenaustausch nach § 301 geregelte Entlassungsanzeige wird zumeist erst mit der Schlussrechnung übermittelt. Dies ist adäquat für Abrechnungsbelange, führt aber oft zu verzögerter Meldung, die eine gute Anschlussversorgung gefährdet, und zu unnötiger bürokratischer Abstimmung zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen. Eine kleine Entlassmitteilung, die lediglich Informationen zum Entlasstag und -grund enthält, kann die rechtzeitige, effiziente und effektive Koordination der weiteren Versorgung ermöglichen.

Das Entlassmanagement nach § 39 Absatz 1a dient dazu, den Übergang von der Krankenhausbehandlung in die weitere Versorgung koordiniert, sicher und lückenlos zu gestalten. Insofern böte es sich zur Einführung einer solchen Entlassmitteilung an.

C) Änderungsvorschlag

§ 39 Absatz 1a Satz 5 wird wie folgt ergänzt:

„Der Versicherte hat gegenüber der Krankenkasse einen Anspruch auf Unterstützung des Entlassmanagements nach Satz 1; **diese erhält spätestens am Tag der Entlassung oder Verlegung des Versicherten vom Krankenhaus eine elektronisch übermittelte Information zum Entlassdatum und Entlassungs-/Verlegungsgrund;** soweit Hilfen durch die Pflegeversicherung in Betracht kommen, kooperieren Kranken- und Pflegekassen miteinander.“

Artikel 6 (Änderung des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 1 – § 3 Sonstige Versicherte

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelung sieht vor, dass nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen, die eine Rente wegen Alters beziehen, nach Erreichen der Regelaltersgrenze nicht als Pflegeperson in der Rentenversicherung versicherungspflichtig werden. Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung für Pflegepersonen, die bereits eine Rente wegen Alters beziehen, sind künftig nur noch bis zum Ablauf des Monats zu zahlen, in dem die Pflegeperson die Regelaltersgrenze erreicht.

B) Stellungnahme

Die Regelung ist sachgerecht und entspricht einer vom GKV-Spitzenverband schon seit Jahren vorgetragenen Forderung.

Auf die Stellungnahme zu Artikel 1 Nummer 40 (zu § 44 Absatz 1 SGB XI) wird verwiesen.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

III. Ergänzender Änderungsbedarf

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 5 Absatz 3 SGB XI Prävention

A) Neuregelungsbedarf

Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes sollten nicht verausgabte Mittel für Prävention den Pflegekassen im Folgejahr (weiterhin) zweckgebunden für Ausgaben zur Prävention zur Verfügung stehen, jedoch nicht mehr umverteilt werden an die Pflegekassen, die Kooperationsvereinbarungen eingehen.

Die Streichung führt zur Bürokratieentlastung (Aufwand bei den einzelnen Pflegekassen und beim GKV-Spitzenverband für das Umlageverfahren wird eingespart), da die Mehrheit der Pflegekassen Kooperationsvereinbarungen untereinander umsetzen. Die im monatlichen Finanzausgleich der Pflegeversicherung/Pflegekassen nach § 65 ff. SGB XI jeweils an die betreffenden einzelnen Pflegekassen ausgezahlten nicht verbrauchten finanziellen Mittel nach § 5 Absatz 3 SGB XI bleiben den Pflegekassen faktisch nicht erhalten. Die mit viel Verwaltungsaufwand abgeführten und wieder ausgeschütteten, nicht verbrauchten Mittel werden im nachfolgenden Monat wieder an den Ausgleichsfonds abgeführt und stehen den betreffenden Pflegekassen nur „virtuell“ (planerisch) zur Verfügung. Kooperationsvereinbarungen sind als Verfahren für die Umsetzung einer kassenübergreifenden Kooperation inzwischen etabliert. Für die Umsetzung des § 5 Absatz 1a SGB XI ist eine kassenübergreifende Kooperation nicht notwendig oder zielführend, da die zu vermittelnden Leistungen der individuellen Primärprävention immer auf den einzelnen Versicherten ausgerichtet sind

B) Änderungsvorschlag

Im § 5 Absatz 3 SGB XI soll der Satz 2 teilweise gestrichen und ergänzt werden um die Formulierung der zweckgebundenen Verausgabung. Der Satz 3 soll vollständig gestrichen werden.

Vorschlag für eine Neuformulierung: „Bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben nach den Absätzen 1 und 1a sollen die Pflegekassen zusammenarbeiten und kassenübergreifende Leistungen zur Prävention erbringen. Erreicht eine Pflegekasse den in Absatz 2 festgelegten Betrag in einem Jahr nicht, so sind die nichtverausgabten Mittel im Folgejahr zusätzlich für die Wahrnehmung der Aufgaben nach Absatz 1 oder Absatz 1a zu verwenden).“

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 25 Familienversicherung

A) Neuregelungsbedarf

Das Elfte Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI) sieht bislang keine eigene Legitimation der Pflegekassen zur Erhebung der für die Feststellung des Beitragszuschlags in der sozialen Pflegeversicherung notwendigen Informationen entsprechend § 10 Absatz 6 SGB V vor. Im Regelfall ist das aufgrund der korrespondierenden Regelungen von Kranken- und Pflegeversicherung auch nicht zwingend erforderlich. Es zeichnet sich allerdings ab, dass in der Praxis auch Sachverhaltskonstellationen auftreten werden, in denen die beitragsrechtlichen Konsequenzen in der Kranken- und Pflegeversicherung aufgrund unterschiedlicher Regelungsrahmen auseinanderfallen. Es erscheint daher – auch um im Einzelfall etwaigen Rechtsunsicherheiten in der Umsetzungspraxis begegnen zu können – sachgerecht, wenn eine der Regelung des 10 Absatz 6 SGB V inhaltsgleiche Regelung auch im SGB XI etabliert wird; hierfür bietet sich naheliegend eine Ergänzung von § 25 SGB XI an.

B) Änderungsvorschlag

§ 25 wird wie folgt geändert:

Nach Absatz 1 Satz 2 wird der folgende Satz eingefügt:

„§ 10 Absatz 6 des Fünften Buches gilt entsprechend.“

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 45h Leistungen in gemeinschaftlichen Wohnformen mit Verträgen zur pflegerischen Versorgung gemäß § 92c

A) Neuregelungsbedarf

Durch das Gesetz zur Befugniserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege (BEEP) haben Pflegebedürftige in gemeinschaftlichen Wohnformen mit Verträgen zur pflegerischen Versorgung gemäß § 92c SGB XI einen Anspruch auf einen pauschalen Zuschuss in Höhe von 450 Euro je Kalendermonat zur Sicherstellung einer selbstbestimmten Pflege. Der pauschale Zuschlag kann gemäß der Gesetzesbegründung zum BEEP sowohl für pflegerische, betreuerische hauswirtschaftliche Leistungen im Basispaket nach § 92c Absatz 1 Satz 2 Nr. 1 SGB XI als auch für die darüberhinausgehende pflegerische Versorgung im Sinne des § 92c Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 SGB XI verwendet werden. Der pauschale Zuschuss darf jedoch nicht für die in der gemeinschaftlichen Wohnform anfallenden Kosten, die nicht der Sicherstellung einer selbstbestimmten Pflege dienen, verwendet werden. Dies sind beispielsweise Kosten für Unterkunft und Verpflegung. Mit der vorgesehenen Regelung des § 45h SGB XI erfolgt eine Zahlung der Pflegekasse an die pflegebedürftige Person.

Zwar bestimmt § 45h Absatz 1 SGB XI die Verwendung des pauschalen Zuschusses für eine selbstbestimmte Pflege, nicht aber, dass dieser für das Basispaket oder die darüberhinausgehenden Kosten einer pflegerischen Versorgung zu verwenden sind. Lediglich die Verwendung für Kosten der nichtpflegerischen Versorgung ist ausgeschlossen. Nach derzeitiger Rechtslage kann zum einen nicht sichergestellt werden, dass die pflegebedürftige Person den ihr ausgezahlten pauschalen Zuschuss nicht für Unterkunft und Verpflegung einsetzt. Dies ist nicht prüfbar für die Pflegekassen. Zugleich lässt die Regelung des § 45h SGB XI sowie die des § 92c SGB XI die Inanspruchnahme des vollständigen Sachleistungsbetrags nach § 36 SGB XI zur Finanzierung der Leistungen des Basispakets und der darüberhinausgehenden Versorgung zu. Eine Regelung, dass der pauschale Zuschuss vorrangig einzusetzen ist, fehlt. Um der aus der Gesetzesbegründung dargelegten Intention des Gesetzgebers Rechnung zu tragen, sollte der pauschale Zuschuss mit der konkreten Zweckbindung zur Verwendung für das Basispaket ausgestaltet werden, mit der Folge, dass der pauschale Zuschuss nach § 45h SGB XI direkt an den Betreiber der gemeinschaftlichen Wohnform nach § 92c SGB XI gezahlt wird.

B) Änderungsvorschlag

§ 45h Absatz 1 SGB XI ist wie folgt zu fassen: „Pflegebedürftige in gemeinschaftlichen Wohnformen mit Verträgen zur pflegerischen Versorgung gemäß § 92c haben einen Anspruch auf einen pauschalen Zuschuss in Höhe von 450 Euro je Kalendermonat. Der dem Pflegebedürftigen zustehende Zuschuss ist von seiner Pflegekasse mit befreiender Wirkung unmittelbar an die ambulante Pflegeeinrichtung, die einen Vertrag zur pflegerischen Versorgung in gemeinschaftlichen Wohnformen nach § 92c abgeschlossen hat, zu zahlen.“

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 61b Liquiditätshilfe

A) Neuregelungsbedarf

Die Finanzsituation der sozialen Pflegeversicherung bleibt weiterhin angespannt. Noch in diesem Jahr werden zusätzliche Mittel benötigt, um die Finanzierung der Ausgaben bis zum Jahresende sicherzustellen. Und auch im Jahr 2027 werden die im Gesetzentwurf enthaltenen Maßnahmen voraussichtlich nicht ausreichen, den Finanzierungsbedarf im einnahmenschwachen ersten Quartal zu decken.

Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes unterstreicht die gegenwärtige Situation erneut die Notwendigkeit, ein geordnetes Verfahren zur Sicherstellung der Zahlungsfähigkeit der SPV gesetzlich zu regeln. Die vorgeschlagene Einführung einer Liquiditätshilfe, im Sinne einer Bundesgarantie nach dem Vorbild der Regelung für die Rentenversicherung (dort: § 214 SGB VI), wird für die SPV als zwingend notwendig bewertet. Wie in der Rentenversicherung gilt auch in der Sozialen Pflegeversicherung ein für alle Pflegekassen einheitlicher Beitragssatz (§ 55 Absatz 1 und 3 SGB XI). Die Pflegekassen haben daher keine Möglichkeit, ihre Ausgabenüberschüsse selbstständig auszugleichen und ihre Zahlungsfähigkeit eigenständig sicherzustellen. Die Festlegung des Beitragssatzes liegt in der Hand des Gesetz- bzw. Verordnungsgebers und damit auch die Verantwortung, etwaige Finanzierungslücken durch Anhebung des Beitragssatzes oder durch Mittel des Bundes zu schließen. Die beabsichtigte Neuregelung trägt aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes dazu bei, das Vertrauen in die Leistungsfähigkeit der sozialen Pflegeversicherung auch in schwierigen Zeiten zu wahren.

B) Änderungsvorschlag

Nach § 61a wird der folgende § 61b eingefügt:

„§ 61b Liquiditätshilfe

(1) Reicht der Mittelbestand der sozialen Pflegeversicherung absehbar nicht aus, um die Zahlungsverpflichtungen der Pflegekassen und des Ausgleichsfonds zu erfüllen, leistet der Bund dem Ausgleichsfonds ein nicht zu verzinsendes Liquiditätsdarlehen in Höhe der fehlenden Mittel.

(2) Die vom Bund als Liquiditätshilfe zur Verfügung gestellten Mittel sind zurückzuzahlen, sobald und soweit sie innerhalb des laufenden Kalenderjahres zur Erfüllung der Zahlungsverpflichtungen nicht mehr benötigt werden, spätestens jedoch bis zum 31. Dezember des auf die Darlehensvergabe folgenden Jahres.“

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 115 Absätze 3 und 3b

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. ihre Erben sind langwierig und binden erhebliche Ressourcen. Das Verfahren ist zu erleichtern und zudem sollten alternative Verrechnungsmöglichkeiten vorgesehen werden.

B) Änderungsvorschlag

In § 115 Absatz 3 wird Satz 1 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 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 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 125a Absatz 2 (neu)

A) Neuregelungsbedarf

In § 7c Absatz 3 und Absatz 5 und § 37 Absatz 3 SGB XI wird hinsichtlich der Nutzung von Video im Kontext der pflegerischen Versorgung auf die nach § 365 Absatz 1 SGB V vereinbarten Anforderungen an die technischen Verfahren zu Videosprechstunden verwiesen. Es existieren bislang für die zentralen Berufsgruppen Ärzte, Zahnärzte, Physiotherapie, Ernährungstherapie, Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie, Ergotherapie sowie für Hebammen mit den jeweiligen Vertragspartnern vereinbarte Anforderungen an die technischen Verfahren zu Videosprechstunden.

Im Modellprogramm zur Erprobung der Telepflege wurde der Einsatz dieser Videodienste evaluiert und ein Ergebnis ist, dass die Videodienste nach § 365 Absatz 1 SGB V nicht auf die Bedarfe der pflegerischen Versorgung ausgerichtet sind.

Für die zentrale Berufsgruppe Pflege bedarf es einer auf die Bedarfe der pflegerischen Versorgung zusätzlich ausgerichteten eigenen Vereinbarung zu den technischen Anforderungen. Vergleichbar mit den §§ 366 und 367 SGB V sollte ein weiterer Paragraf aufgenommen werden, der die Vereinbarung über technische Verfahren zur Erbringung von Videokommunikation regelt.

B) Änderungsvorschlag

Der Wortlaut des mit Artikel 1 Nummer 79 neu eingeführten § 125a wird zu § 125a Absatz 1. Nach Absatz 1 wird folgender Absatz 2 angefügt:

„(2) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen vereinbart mit den Verbänden der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene, den maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene, mit der oder dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit, dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik und mit der Gesellschaft für Telematik die Anforderungen an die technischen Verfahren zur Videokommunikation, insbesondere Einzelheiten hinsichtlich der Qualität und der Sicherheit, und die Anforderungen an die technische Umsetzung. Bei der Fortschreibung der Vereinbarung ist vorzusehen, dass für die Durchführung von Videokommunikation ergänzend auch Dienste der Telematikinfrastruktur genutzt werden können, sobald diese zur Verfügung stehen. § 630e des Bürgerlichen Gesetzbuchs ist zu beachten. Kommt die Vereinbarung nach Absatz 1 nicht zustande, so ist auf Antrag eines der Vereinbarungspartner ein Schlichtungsverfahren nach § 370 des Fünften Buches bei der Schlichtungsstelle nach § 319 des Fünften Buches einzuleiten.“

Artikel 4 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 293 Abs. 8 SGB V Kennzeichen für Leistungsträger und Leistungserbringer

A) Neuregelungsbedarf

Das Beschäftigtenverzeichnis dient ausschließlich der Wahrnehmung gesetzlicher Aufgaben der Kranken- und Pflegekassen, insbesondere der Abrechnungsprüfung und der Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen. Vor diesem Hintergrund erscheint es folgerichtig, dass der GKV-Spitzenverband nicht nur die Finanzierung, sondern auch die Umsetzung des Verzeichnisses zu verantworten hat.

In § 293 Abs. 8 Satz 1 SGB V sollte geregelt werden, dass der Spitzenverband Bund der Kranken- und Pflegekassen den Aufbau und das Verfahren zur Errichtung des Beschäftigtenverzeichnisses operativ zu regeln hat. Das Beschäftigtenverzeichnis ist dabei bei einer vom GKV-Spitzenverband räumlich, organisatorisch und personell getrennten Stelle, zu errichten. Gleichzeitig ermöglicht die Administration des Verzeichnisses über den IT-Dienstleister des GKV-Spitzenverbands Synergien mit weiteren gesetzlichen Datenmeldungen. Die Zusammenlegung von Steuerungs- und Finanzierungsverantwortung sichert einen wirtschaftlichen Mitteleinsatz.

Die Kranken- und Pflegekassen erhalten weiterhin ausschließlich den pseudonymisierten Gesamtdatensatz. Die Zwecke der Datennutzung bleiben unverändert die Verbände der ambulanten Pflege- und Betreuungsdienste sind unverändert einzubeziehen. Eine Übergangsfrist stellt sicher, dass bei Übergang des Verzeichnisses an die zuständige Stelle der laufende Betrieb aufrechterhalten wird. Die Migration des Verzeichnisses und die vollständige Übernahme des Betriebs durch die zuständige Stelle ist bis spätestens 31. Dezember 2027 abzuschließen. Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte stellt dem GKV-Spitzenverband rechtzeitig und vollständig alle für die technische und fachliche Übernahme, Migration, Weiterentwicklung und Betrieb erforderlichen Informationen, Daten und Unterlagen sowie Quellcode einschließlich technischer und fachlicher Dokumentation zur Verfügung und gewährleistet den für die Übernahme erforderlichen Wissenstransfer.

Weiterhin bedarf es der gesetzlichen Klarstellung, dass zur ordnungsgemäßen Erfassung der Qualifikation auch die Erfassung des Bundeslandes erforderlich ist, in dem die Qualifikation erworben wurde. Bereits heute werden die Bezeichnung der abgeschlossenen Berufsausbildungen sowie der abgeschlossenen Zusatzqualifikationen im Verzeichnis erfasst. Da in den Bundesländern unterschiedliche Pflegeweiterbildungen bestehen und bisher auch Pflegeassistenzausbildungen bundeslandspezifisch geregelt waren, sind Berufsbezeichnungen und Qualifikationsinhalte ohne Angabe des Bundeslandes des Erwerbs der Berufsbezeichnung nicht immer unmittelbar eineindeutig. Aus diesem Grund wird die Information bereits heute im Beschäftigtenverzeichnis erfasst. Zur gesetzlichen Klarstellung sollte insofern das Bundesland als Angabe ergänzt werden.

B) Änderungsvorschlag

§ 293 Abs. 8 Satz 1 SGB V wird wie folgt gefasst:

~~Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte errichtet~~ „**Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Spitzenverband Bund der Pflegekassen regeln** im Benehmen mit ~~dem~~

~~Spitzenverband Bund der Krankenkassen, dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen und~~ den für die Wahrnehmung der Interessen der Träger von ambulanten Pflegediensten und Betreuungsdiensten nach § 71 Absatz 1a des Elften Buches maßgeblichen Vereinigungen auf Bundesebene **den Aufbau eines** ~~ein~~es bundesweiten Verzeichnisses

1. Der Leistungserbringer
    a. mit denen die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen Verträge nach § 132a Absatz 4 Satz 1 abgeschlossen haben,
    b. mit denen die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen Verträge nach § 132l Absatz 5 Satz 1 abgeschlossen haben,
    c. die Leistungen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung nach § 37b Absatz 1 und 2 erbringen, oder
    d. bei denen es sich um zugelassene ambulante Pflegeeinrichtungen im Sinne des § 72 Absatz 1 Satz 1 des Elften Buches handelt,
2. der Personen, die durch die in Nummer 1 genannten Leistungserbringer in der pflegerischen Versorgung beschäftigt oder bei diesen in der pflegerischen Versorgung tätig sind, und eine der folgenden Leistungen erbringen:
    a. häusliche Krankenpflege nach § 37,
    b. spezialisierte ambulante Palliativversorgung nach § 37b Absatz 1 und 2,
    c. außerklinische Intensivpflege nach § 37c oder
    d. Leistungen der häuslichen Pflegehilfe im Sinne des § 36 Absatz 1 des Elften Buches, sowie
3. der Pflegekräfte, mit denen die Pflegekassen Verträge nach § 77 Absatz 1 des Elften Buches abgeschlossen haben."

§ 293 Abs. 8 Satz 2 bis 6 SGB V wird wie folgt neu eingefügt:

„Das Verzeichnis ist von einer von den Kranken- und Pflegekassen und ihren Verbänden räumlich, organisatorisch und personell getrennten Stelle zu errichten. [3]Diese Stelle wird durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen und den Spitzenverband Bund der Pflegekassen beauftragt. [4]Die im Zusammenhang mit der Einrichtung und dem Betrieb der Stelle anfallenden Verwaltungskosten werden vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen finanziert. [5]Die beauftragte Stelle ist für die im Rahmen der Nutzung des Verzeichnisses zu verarbeitenden Daten Verantwortlicher im Sinne des Artikels 4 Nummer 7 der Verordnung (EU) 2016/679. [6]Die beauftragte Stelle unterliegt bei der Wahrnehmung der Aufgabe, das Verzeichnis bereitzustellen, dem Sozialgeheimnis nach § 35 Absatz 1 des Ersten Buches."

§ 293 Abs. 8 Satz 7 bis 19 wird wie folgt neu gefasst:

~~Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte~~ [7]**Die zuständige Stelle** legt hierbei für jede in das Verzeichnis aufzunehmende Person nach Satz 1 Nummer 2 und Pflegekraft nach Satz 1 Nummer 3 eine Beschäftigtennummer fest. [8]Die Beschäftigtennummer folgt in ihrer Struktur der Arztnummer nach Absatz 4 Satz 2 Nummer 1. [9]Das Verzeichnis nach Satz 1 enthält für die Personen nach Satz 1 Nummer 2 und für die Pflegekräfte nach Satz 1 Nummer 3 folgende Angaben:

1. die Beschäftigtennummer (unverschlüsselt),

2. den Vornamen und den Namen,
3. das Geburtsdatum,
4. die Bezeichnung der abgeschlossenen Berufsausbildungen und das Datum des jeweiligen Abschlusses,
5. die Bezeichnung abgeschlossener Zusatzqualifikationen und das Datum des jeweiligen Abschlusses sowie
6. **das Bundesland der abgeschlossenen Berufsausbildungen und der abgeschlossenen Zusatzqualifikationen**

[10]Für die Personen nach Satz 1 Nummer 2 enthält das Verzeichnis zusätzlich zu den Angaben nach Satz **9**

1. das Kennzeichen des Arbeitgebers oder des Trägers des Leistungserbringers nach Satz 1 Nummer 1,

2. das Kennzeichen des Leistungserbringers nach Satz 1 Nummer 1, in dem die Person beschäftigt ist, oder, wenn ein solches nicht vorhanden ist, ersatzweise die Anschrift des Leistungserbringers, bei dem die Person beschäftigt ist, und

3. den Beginn und das Ende der Tätigkeit beim Leistungserbringer nach Nummer 2.

[11]Für die Pflegekräfte nach Satz 1 Nummer 3 enthält das Verzeichnis zusätzlich zu den Angaben nach Satz **9**

1. die Anschrift der Pflegekraft und

2. den Beginn und das Ende des mit der Pflegekasse geschlossenen Vertrages.

„[12]Die in Satz 1 Nummer 1 genannten Leistungserbringer und die in Satz 1 Nummer 3 genannten Pflegekräfte sind verpflichtet, ~~dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte~~ **der zuständigen Stelle** die Angaben nach Satz **9** Nummer 2 bis **6** und den Sätzen **10** und **11** zu übermitteln sowie unverzüglich jede Veränderung dieser Angaben mitzuteilen. [13]Die Kosten für die Führung des Verzeichnisses trägt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen. [14]**Die zuständige Stelle** übermittelt den Kranken- und Pflegekassen die Daten nach Satz **9** Nummer 1, 4 und 5 sowie nach Satz **10** zur Erfüllung ihrer in § 284 Absatz 1 Satz 1 Nummer 8 und 9 und in § 94 Absatz 1 Nummer 5 und 6 des Elften Buches genannten Aufgaben über den Spitzenverband Bund der Krankenkassen und den Spitzenverband Bund der Pflegekassen im Wege der elektronischen Datenübertragung als pseudonymisierten Gesamtdatensatz. [15]Dieser Gesamtdatensatz ist den Kranken- und Pflegekassen über den Spitzenverband Bund der Krankenkassen und den Spitzenverband Bund der Pflegekassen mindestens monatlich zu übermitteln. [16]Für andere Zwecke dürfen die Daten nicht verwendet werden. ~~Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte~~ [17]**Die zuständige Stelle** stellt den in Satz 7 genannten Leistungserbringern und den Pflegekräften nach Satz 1 Nummer 3 die Beschäftigtennummer zur Verfügung. [18]Die Beschäftigtennummer ist für die Abrechnung der von der Person nach Satz 1 Nummer 2 oder der Pflegekraft nach Satz 1 Nummer 3 erbrachten Leistungen zu verwenden. [19]Die Kranken- und Pflegekassen haben bis zum 31. August 2024 die erforderlichen technischen Voraussetzungen zur Übermittlung der Daten nach Satz **14** zu schaffen.“

§ 293 Abs. 8 Satz 20 – 24 wird wie folgt angefügt:

„In dem Übergangszeitraum vom 01.01.2027 bis zum 31.12.2027 erfolgt die Errichtung und Führung des Verzeichnisses nach § 293 Abs. 8 nach Maßgabe der Sätze 21 - 24. [21]Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Spitzenverband Bund der Pflegekassen übernehmen ab 01.01.2027 die Steuerungsverantwortung. [22]Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte übermittelt dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen bis spätestens 31.01.2027 alle projektrelevanten Unterlagen einschließlich des vollständigen und aktuellen Quellcodes sowie die für die Übernahme, Weiterentwicklung und den Betrieb des Verzeichnisses erforderliche technische und fachliche Dokumentation. [23]Der zuständigen Stelle übermittelt das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte bis spätestens 31.03.2027 den aktuellen Datenbestand einschließlich der für dessen Migration und Weiterverarbeitung erforderlichen Informationen. [24]Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte stellt bis zur vollständigen Übernahme des Betriebs den ordnungsgemäßen und sicheren Betrieb des Verzeichnisses einschließlich der Datenlieferungen gemäß § 293 Abs. 8 Sätze 9 und 10 SGB V sicher.“