Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
21(14)129(2)
gel. VB zur öffent. Anh. am
25.11.2026 - PNOG
20.11.2026

Stellungnahme des AOK-Bundesverbandes zur Anhörung des Gesundheitsausschusses am 25.11.2026

Entwurf eines Gesetzes zur Neuordnung der Pflegeversicherung

Bundestags-Drucksache 21/8869

Stand: 05.11.2026

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

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

AOK-Bundesverband
Die Gesundheitskasse.

Der AOK-Bundesverband ist registrierter Interessenvertreter i. S. d. Lobbyregistergesetzes

Inhaltsverzeichnis

I. Zusammenfassung ... 6

II. Stellungnahme zu einzelnen Regelungen ... 11

Artikel 1 Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch ... 11

Nr. 3 § 2 (neu) Vorrang der häuslichen Pflege und Art und Umfang der Leistungen ... 11

Nr. 3 § 3 (neu) Selbstbestimmung und Rechte der Pflegebedürftigen ... 12

Nr. 3 § 4 (neu) Eigenverantwortung der Pflegebedürftigen ... 13

Nr. 4 § 5 Prävention in Pflegeeinrichtungen und in der häuslichen Pflege, Vorrang von Prävention und medizinischer Rehabilitation ... 14

Nr. 5 § 6 Rechte und Pflichten der Pflegeeinrichtungen ... 17

Nr. 6 § 7 Aufgaben der Pflegekassen ... 18

Nr. 6 § 7a (neu) Pflege-Cockpit ... 19

Nr. 7 § 7b (neu) Aufklärung und Auskunft durch die Pflegekassen ... 20

Nr. 8 § 7c (neu) Pflegebegleitung ... 21

Nr. 8 § 7d (neu) Angebotsstruktur und Finanzierung der Pflegebegleitung ... 26

Nr. 9 § 7e (neu) Pflegestützpunkte; Verordnungsermächtigung ... 31

Nr. 10 § 8 Gemeinsame Verantwortung ... 32

Nr. 11 § 8a Gemeinsame Empfehlungen zur pflegerischen Versorgung und zu ihrer Sicherstellung ... 34

Nr. 12 § 9 Aufgaben der Länder ... 36

Nr. 13 § 10 Kompetenzzentrum Digitalisierung und Pflege ... 37

Nr. 13 § 11 Förderung von Innovation und Digitalisierung ... 39

Nr. 13 § 12 (neu) Förderung guter Versorgung ... 43

Nr. 15 § 14 Begriff der Pflegebedürftigkeit ... 45

Nr. 16 § 15 Ermittlung des Grades der Pflegebedürftigkeit, Begutachtungsinstrument ... 46

Nr. 17 § 17 Richtlinien des Medizinischen Dienstes Bund; Richtlinien der Pflegekassen ... 47

Nr. 18 § 18 Beauftragung der Begutachtung ... 48

Nr. 20 § 18b Inhalt und Übermittlung des Gutachtens ... 50

Nr. 21 § 18c Entscheidung über den Antrag, Fristen ... 52

Nr. 22 § 18f (neu) Beirat zur Weiterentwicklung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs, des Begutachtungsinstrumentes und des Verfahrens zur Pflegebegutachtung .. 54
Nr. 25 § 30 Dynamisierung ... 55
Nr. 26 § 33 Leistungsvoraussetzungen ... 56
Nr. 27 § 34 Ruhen der Leistungsansprüche ... 57
Nr. 28 § 35b (neu) Abtretung bei Kostenerstattung ... 58
Nr. 29 § 36 Pflegesachleistung ... 59
Nr. 30 § 37 Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen ... 61
Nr. 32 § 39 Überbrückungsbudget ... 63
Nr. 36 § 41 Tagespflege und Nachtpflege ... 67
Nr. 37 § 42 (neu) Kurzzeitpflege ... 68
Nr. 40 § 44 Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen ... 70
Nr. 41 § 45b (neu) Sozialraumbudget ... 73
Nr. 42 § 45c Förderung der Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen und des Ehrenamts, Verordnungsermächtigung ... 76
Nr. 43 § 45e Förderung der Zusammenarbeit in regionalen Netzwerken ... 78
Nr. 46 § 46 Pflegekassen ... 79
Nr. 47 § 53e Datenbank des Medizinischen Dienstes Bund zu den Ergebnissen von Begutachtungen und Qualitätsprüfungen ... 81
Nr. 48 § 55 Beitragssatz, Beitragsbemessungsgrenze, Verordnungsermächtigung ... 85
Nr. 49 § 61a Beteiligung des Bundes an Aufwendungen ... 87
Nr. 51 § 64 Rücklage ... 90
Nr. 52 § 65 Ausgleichsfonds ... 91
Nr. 53 § 69 Sicherstellungsauftrag ... 92
Nr. 54 § 72 Zulassung zur Pflege durch Versorgungsvertrag ... 94
Nr. 55 § 73a Beeinträchtigungen bei Versorgungsverträgen ... 96
Nr. 57 § 75a (neu) Praktische Erprobung innovativer Konzepte ... 97
Nr. 59 § 82 Finanzierung der Pflegeeinrichtungen ... 99
Nr. 60 § 82c Wirtschaftlichkeit von Personalaufwendungen ... 100
Nr. 62 § 87a Berechnung und Zahlung des Heimentgelts ... 106
Nr. 63 § 88b (neu) Erstattung von Vorhaltekosten bei Akut-Kurzzeitpflege ... 107
Nr. 71 § 113c Personalbemessung in vollstationären Pflegeeinrichtungen ... 109

Nr. 73 § 113e (neu) Transformationsstellenanteile in vollstationären Pflegeeinrichtungen ... 111
Nr. 74 § 114a Durchführung der Qualitätsprüfungen ... 113
Nr. 79 § 125a (neu) Modellvorhaben zur Erprobung von Telepflege ... 114
Nr. 83 § 134 Verwaltung und Anlage der Mittel ... 115
Nr. 84 § 135 Zuführung der Mittel ... 116
Nr. 86 § 142b (neu) Übergangsregelung zur Anpassung der Schwellenwerte zum 1. Januar 2027 ... 117
Nr. 86 § 142c Übergangsregelung zu den Inhalten des Gutachtens nach § 18b Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 ... 118
Nr. 87 § 144 Überleitungs- und Übergangsregelungen, Verordnungsermächtigung ... 119
Artikel 2 Weitere Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch ... 120
Nr. 7 § 45 Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen ... 120
Nr. 10 § 55c (neu) Beitragszuschlag für familienversicherte Ehegatten und Lebenspartner ... 121
Nr. 11 § 56 Beitragsfreiheit ... 123
Nr. 12 § 59b (neu) Beitrag des Arbeitgebers bei geringfügiger Beschäftigung ... 124
Artikel 3 Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch ... 125
Nr. 1 § 20 Aufbringung der Mittel, Übergangsbereich ... 125
Nr. 2 § 28k Weiterleitung von Beiträgen ... 126
Nr. 3 §28l Vergütung ... 127
Artikel 4 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ... 128
Nr. 2 § 20 Primäre Prävention und Gesundheitsförderung ... 128
Nr. 3 § 20b Betriebliche Gesundheitsförderung ... 129
Nr. 5 § 25 Gesundheitsuntersuchungen ... 130
Nr. 6 § 39a (neu) Pflegesachleistungen in pflegerischen Akutsituationen ... 132
Nr. 8 § 40 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation ... 133
Artikel 5 Weitere Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ... 135
Nr. 2 § 39 Krankenhausbehandlungen ... 135
Artikel 6 Änderung des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch ... 136
Nr. 1 § 3 Sonstige Versicherte ... 136
III. Zusätzlicher Änderungsbedarf aus Sicht des AOK-Bundesverbandes ... 137

§ 115 SGB XI Ergebnisse von Qualitätsprüfungen, Qualitätsdarstellung, Vergütungskürzung 137

§ 120 SGB XI Pflegevertrag bei häuslicher Pflege 138

§ 37 SGB XI Absatz 3 bis 9 Pflegegeld für selbstbeschaffte Pflegehilfen, hier: Beratungsbesuche 139

§ 45h SGB XI Leistungen in gemeinschaftlichen Wohnformen mit Verträgen zur pflegerischen Versorgung gemäß § 92c 140

§ 92c SGB XI Verträge zur pflegerischen Versorgung in gemeinschaftlichen Wohnformen 141

§ 40 SGB V Wiederherstellung der Prüf- und Steuerungsmöglichkeiten der Krankenkassen bei Leistungen zur medizinischen Rehabilitation 142

Liquiditätshilfe des Bundes an den Ausgleichsfonds der sozialen Pflegeversicherung 144

§ 4 SGB V Verwaltungskostendeckel 146

Nationale Umsetzung der Richtlinie (EU) 2026/799 zur Harmonisierung bestimmter Aspekte des Insolvenzrechts 147

I. Zusammenfassung

Leistungsfähigkeit, finanzielle Tragfähigkeit sowie die Akzeptanz für das Teilleistungssystem der sozialen Pflegeversicherung gewährleisten

Die Herausforderungen aufgrund des demografischen Wandels, der starken Zunahme pflegebedürftiger Menschen, dem Rückgang verfügbaren Personals in der Langzeitpflege, den Finanzierungsengpässen der sozialen Pflegeversicherung, den steigenden Sozialversicherungsbeiträgen insgesamt sowie der zunehmende finanzielle Druck auf die öffentlichen und privaten Haushalte erhöhen den politischen Handlungsdruck. Es bedarf einer tiefgreifenden Reform, um die nachhaltige Leistungsfähigkeit und finanzielle Tragfähigkeit der sozialen Pflegeversicherung sowie die Akzeptanz für ein Teilleistungssystem zu gewährleisten.

Pflege ist und bleibt eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Um dieser gerecht zu werden, bedarf es eines fairen Austarierens der Finanzierung zwischen Steuerzahlenden, Beitragszahlenden und pflegebedürftigen Menschen. Dies gelingt mit dem vorliegenden Gesetzentwurf in der Gesamtschau jedoch nicht. Er bietet keine Lösung für eine nachhaltige und langfristige finanzielle Tragfähigkeit der sozialen Pflegeversicherung.

Finanziell einseitige Lastenverteilung / Bundesmittel zur Finanzierung gesamtgesellschaftlicher Aufgaben fehlen weiterhin

Zentraler Kritikpunkt am vorliegenden Gesetzentwurf ist das gravierende Versäumnis des Bundes, weder die pandemiebedingten Sonderlasten noch zentrale Aufgaben wie die Rentenbeiträge pflegender Angehöriger durch Haushaltsmittel zu finanzieren. Hinzu kommt die fehlende Übernahme der Investitionskosten durch die Länder sowie die fehlende Steuerfinanzierung der Ausbildungskosten in der Pflege, durch die die Eigenanteile der Pflegebedürftigen entlastet werden könnten. Damit entziehen sich sowohl Bund als auch Länder ihrer Verantwortung für die Pflege in Deutschland sowie für die Sicherung der Daseinsvorsorge und entlasten sich auf Kosten der Betroffenen und der Beitragszahlenden.

Mit den geplanten Maßnahmen wird die bereits angespannte finanzielle Situation von pflegebedürftigen Menschen weiter verschärft. Statt die Eigenanteile wirksam zu begrenzen, werden bestehende Entlastungsmechanismen, wie die Dynamisierung der Leistungen, teilweise zurückgefahren oder gar nicht erst umgesetzt. Dadurch wird in Kauf genommen, dass pflegebedürftige Menschen zunehmend finanziell überfordert sind und auf Hilfe zur Pflege angewiesen sein werden. Das gefährdet die Akzeptanz für eine Versicherungslösung zur Abdeckung des Pflegerisikos und für die Ausgestaltung der Pflegeversicherung als Teilleistungssystem.

Dynamisierungsregelung ist unzureichend

Mit Blick auf die Entwicklung der Eigenanteile ist die vorgesehene Dynamisierung der Leistungen zu kritisieren: Die Einführung einer regelgebundenen und künftig jährlichen Dynamisierung der Versicherungsleistungen ist zwar grundsätzlich richtig, da sie ein wirksamer Mechanismus ist, um den Anstieg der Eigenanteile der Betroffenen in einem Teilleistungssystem zu dämpfen. Solange jedoch die jährliche Kerninflationsrate unterhalb der Lohnentwicklung liegt, werden die Versicherungsleistungen an Wert verlieren. Durch die Aussetzung der nach geltender Rechtslage erforderlichen Dynamisierung für das Jahr 2028 wird die Entwertung der Pflegeversicherungsleistungen und der Anstieg der pflegebedingten Eigenanteile zusätzlich beschleunigt. Damit wird das Vertrauen der Pflegebedürftigen und deren Angehörigen in die Pflegeversicherung aber auch die Akzeptanz der Beitragszahlenden für eine kollektive und solidarisch finanzierte Versicherungslösung zur Sicherstellung von Pflege- und Unterstützungsleistungen im Pflegefall weiter geschwächt.

Kostenabschätzung des Gesetzentwurfs ist intransparent

Mit dem Gesetzentwurf zeichnet sich laut Kostenschätzung des BMG im Saldo ein Defizit von 1,35 Mrd. Euro ab. Somit wäre die Pflegeversicherung selbst in der sehr kurzfristigen Reformperspektive des Gesetzentwurfes laut BMG auch im kommenden Jahr 2027 nicht vollständig ausfinanziert, weshalb die Pflegestrukturkommission ihre Vorschläge bereits Ende Januar 2027 vorlegen soll. Dabei muss berücksichtigt werden, dass die laufenden strukturellen und leistungsrechtlichen Umsetzungsprozesse aus dem PNOG nicht durch die Vorschläge der Strukturkommission gleich wieder konterkariert werden.

Ob die einzelnen Posten der Minderausgaben und Mehreinnahmen vom BMG im PNOG richtig abgeschätzt oder ob im Rahmen der Bündelung der Leistungen in Budgets die entsprechenden Leistungen ausgabenneutral übertragen worden sind, ist nicht ohne Weiteres validierbar. Im Gesetzentwurf und auch bereits im Referentenentwurf zuvor sind die Kostenwirkungen einzelner Maßnahmen nicht transparent und nachvollziehbar ausgewiesen.

Zweifel an der Kostenwirkung kommen auch auf bei der im Gesetzentwurf vorgesehenen Anpassung der Schwellenwerte bei der Begutachtungssystematik. Nach Projekti-

onen des Wissenschaftlichen Instituts der AOK werden mit der neuen Bewertungssystematik zur Eingruppierung in Pflegegrade nur die Hälfte der Minderausgaben erwartet.[1]

Darüber hinaus berücksichtigt die Kostenabschätzung im Gesetzentwurf nicht die Finanzbedarfe, die die soziale Pflegeversicherung noch im Jahr 2026 und zu Beginn des Jahres 2027 hat. Es bleibt fraglich, ob das weitere kürzlich bewilligte Darlehen in Höhe von 700 Mio. Euro des Bundes ausreicht.

Einführung eines Liquiditätsdarlehens zur Überbrückung von Liquiditätsengpässen des Ausgleichsfonds analog der GKV erforderlich

Die noch im RefE vorgesehene Einführung eines Liquiditätsdarlehens durch den Bund zur Überbrückung von Liquiditätsengpässen des Ausgleichsfonds (§ 61b SGB XI) analog zum Bundesdarlehen für den Gesundheitsfonds in der GKV ist im Gesetzentwurf leider nicht mehr enthalten. Die verbliebenen neuen Regelungen zum Finanzausgleich (§§ 63 bis 65) belassen den Pflegekassen nur 90 % einer Monatsausgabe an Betriebsmitteln und Rücklage. Damit wird der aktuelle Tiefstand mit abgesenkter Deckungsquote von 0,4 de facto festgeschrieben. Ab 2030 steigt der Wert dann auf eine Monatsausgabe an. Diese Regelung löst das Liquiditätsproblem in der SPV nicht. Bei künftigen Liquiditätsengpässen muss die Politik sofort reagieren. Um die Zahlungsfähigkeit der SPV abzusichern, muss das ursprünglich vorgesehene Liquiditätsdarlehen daher dringend wieder in den Gesetzentwurf aufgenommen werden.

Einzelne strukturelle Maßnahmen überzeugen: Gesund alt werden

Künftig wird es zur Stabilisierung der Langzeitpflege noch stärker darauf ankommen, gesund alt zu werden und Pflegebedürftigkeit zu vermeiden oder hinauszuzögern sowie die zur Verfügung stehenden finanziellen Mitteln noch effizienter einzusetzen. Insbesondere muss es mit einer Strukturreform gelingen, pflegebedürftige Menschen und ihr Umfeld in der Pflegesituation entsprechend ihrer Bedürfnisse und Bedarfe passgenau zu unterstützen. Hierfür ist es unerlässlich, die Leistungen der Pflegeversicherung einfacher, verständlicher und durchlässiger zu gestalten, pflegebedürftigen Menschen eine fachliche Begleitung und Unterstützung bei der Pflege zur Seite zu stellen und für ihre Unterstützung eine verlässliche Sorgeinfrastruktur im Sozialraum zu gewährleisten.

---

[1] WIdO e-Paper 14 (2026) Punktlandung Pflegegrad? Analysen zur Reform der Pflegebegutachtung
https://www.wido.de/fileadmin/Dateien/Dokumente/Publikationen_Produkte/e-paper/wido_ges_e-paper14_pflegebegutachtung_09_2026.pdf

Von daher ist es positiv, dass die Bundesregierung mit strukturellen Maßnahmen des PNOG wichtige Signale setzt, indem sie die pflegebedürftigen Menschen bei der Versorgung in den Mittelpunkt stellt.

Dazu gehört, konsequent die Prävention und Rehabilitation zum Erhalt der Selbstständigkeit und Lebensqualität stärker zu verankern und Sozialgesetzbuch-übergreifend auszurichten. Mit der Stärkung der Früherkennung und mit gezielter Rehabilitation können drohende Pflegerisiken frühzeitig abgewendet und der Unterstützungsbedarf zeitlich hinausgezögert werden. Es wird noch stärker darauf ankommen, gesund alt zu werden und Pflegebedürftigkeit zu vermeiden oder hinauszuzögern. Es ist daher zu begrüßen, dass mit dem vorgelegten Gesetzentwurf die Pflegeversicherung eine stärkere Ausrichtung auf Prävention und Rehabilitation erfährt und zusätzlich die Pflegestrukturkommission weitere Vorschläge erarbeiten soll.

Mehrwert durch die Einführung der Pflegebegleitung und des Pflegecockpits

Auch bieten die Pflegebegleitung sowie das digitale Pflege-Cockpit einen echten Mehrwert für pflegebedürftige Personen und ihren An- und Zugehörigen und stellen einen Meilenstein für die Weiterentwicklung der häuslichen Pflege dar. Pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen werden mit der Pflegebegleitung unterstützt, ihr Pflegearrangement mit Hilfe von individuellen Netzwerken zu stabilisieren, Selbstständigkeit, Selbstbestimmung und Selbstpflegekompetenzen der pflegebedürftigen Person zu fördern und die Pflegekompetenzen der Angehörigen zu stärken. In akuten Pflegenotfällen steuert die Pflegebegleitperson und organisiert bei Bedarf weitere Hilfen. Es wird bei der Etablierung der Pflegebegleitung als örtlich verankertes Angebot darauf ankommen, bereits etablierte, oft nebeneinanderstehende Beratungsstrukturen zu einer lokal verorteten und gesteuerten Pflegebegleitung zu entwickeln; hierfür sollten Fördermöglichkeiten aus bestehenden Fördertöpfen ermöglicht werden.

Leistungsansprüche bleiben unübersichtlich und bürokratisch

Das Ziel des Gesetzgebers, die Leistungen der Pflegeversicherung einfacher, verständlicher und passgenauer für die Bedarfslagen der pflegebedürftigen Menschen auszurichten, wird mit dem vorliegenden Entwurf nur bedingt erreicht. Zwar erkennt der Gesetzgeber an, dass vereinzelt Leistungen - beispielsweise mit der Überführung der Verhinderungspflege und der zum Verbrauch bestimmten Hilfsmittel in die Geldleistung - passgenauer auf die Bedarfslagen auszurichten sind. Das entlastet auch von der Antragsstellung. Gleichzeitig wird beispielsweise eine flexible, an die individuellen Bedarfe ausgerichtete Inanspruchnahme des Sozialraumbudgets erschwert, da das Sozialraumbudget nicht für die ambulante, teilstationäre und Kurzzeit-Pflege einsetzbar ist. Um eine passgenaue Entlastung pflegender Angehöriger sicherzustellen, muss die Verwendung des Sozialraumbudgets zwingend um zugelassene ambulante Pflegedienste und die Tages- und Nachtpflege erweitert werden.

In der Gesamtschau bleiben die Leistungsansprüche in der Pflegeversicherung unübersichtlich und teilweise sind die Prozesse bürokratisch. Die Reformansätze zur Vereinfachung des Leistungsrechts fallen damit deutlich hinter den Erwartungen zurück.

Tariftreueregelung bremst Ausgabenentwicklung nicht: Anpassung an GKV-Regelungen erforderlich

Durch den Wegfall bisher kostenbegrenzender Mechanismen in der Pflegeversicherung und die fehlende Bindung von Vergütungssteigerungen an die Grundlohnsummenentwicklung wird die Ausgabenentwicklung der Pflegeversicherung nicht gebremst, sondern beschleunigt. Die Kostenfolgen tragen alleine die Beitragszahlenden im Umfang von 46 % und pflegebedürftigen Menschen in vollstationären Pflegeeinrichtungen im Umfang von 54 %. In der ambulanten Versorgung tragen die pflegebedürftigen Menschen die Kostensteigerungen vollumfänglich über ihre Eigenanteile. Aus unserer Sicht sollten die Regelungen zur Begrenzung dieser Kostenentwicklungen aus dem GKV-Beitragsstabilisierungsgesetz auf die Pflegeversicherung übertragen werden.

Finanzierung der Vorhaltekosten für Akut-Kurzzeitpflegeeinrichtungen ist Länderaufgabe

Die vorgesehene Finanzierung der Vorhaltekosten für Akut-Kurzzeitpflegeeinrichtungen durch die Beitragszahlenden wird aus ordnungspolitischen Gründen abgelehnt. Die Länder sind im Rahmen ihrer Infrastrukturverantwortung für die Finanzierung dieser Vorhaltekosten verantwortlich.

Nachfolgend wird im Einzelnen zu den wesentlichen Regelungen des Gesetzentwurfs Stellung genommen. Darüber hinaus sind in dieser Stellungnahme AOK-Vorschläge zur weiteren Ausgestaltung des Pflegeversicherungsrechts enthalten.

II. Stellungnahme zu einzelnen Regelungen

Artikel 1 Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch

Nr. 3 § 2 (neu) Vorrang der häuslichen Pflege und Art und Umfang der Leistungen

A Beabsichtigte Neuregelung

Die bisherigen Regelungen werden neu strukturiert und die mit den Leistungen der Pflegeversicherung verbundene Zielsetzungen klarer herausgestellt.

B Stellungnahme

Die Neustrukturierung und Modernisierung ist grundsätzlich sachgerecht. Jedoch ist der Perspektivwechsel vom verrichtungsbezogenen zum ressourcenorientierten Pflegeverständnis noch nicht aufgegriffen.

Die sozialrechtliche Kategorisierung von Leistungen der Pflegeversicherung in körperbezogenen Pflegemaßnahmen, pflegerischen Betreuungsmaßnahmen und Unterstützung bei der Haushaltsführung sind zum einen einengend, denn sie greifen nicht alle relevante Lebensbereiche nach § 14 SGB XI auf (insbesondere Module 2 und 3). Zum anderen ist der Begriff der pflegerischen Betreuungsleistungen fachlich nicht hinterlegt oder beschrieben. Die Parallelität von sozialrechtlicher Kategorisierung und der Festlegung von relevanten Lebensbereichen nach § 14 führt zu Problemen in der Praxis (u. a. bei der Beschreibung von Inhalten pflegerischer Aufgaben in der Praxis, so zum Beispiel in den Rahmenverträgen nach § 75 SGB XI) und erschweren die Etablierung eines zeitgemäßen Pflegeverständnisses. Deshalb sind die Leistungen der Pflegeversicherung ausschließlich nach den in § 14 beschriebenen relevanten Lebensbereichen auszurichten.

C Änderungsvorschlag

§ 2 Absatz 1 wird wie folgt gefasst:

(1) Die Leistungen der Pflegeversicherung sind Dienst-, Sach- und Geldleistungen für den Bedarf an pflegerischen Maßnahmen in den in § 14 Absatz 2 genannten Bereichen Mobilität, kognitive und kommunikative Fähigkeiten, Verhaltensweisen und psychische Problemlagen, Selbstversorgung, Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen sowie Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte und Hilfen bei der Haushaltsführung sowie Kostenerstattung, soweit es dieses Buch vorsieht. Art und Umfang der Leistungen richten sich nach der Schwere der Pflegebedürftigkeit und danach, ob häusliche, teilstationäre oder vollstationäre Pflege in Anspruch genommen wird.

Nr. 3 § 3 (neu) Selbstbestimmung und Rechte der Pflegebedürftigen

A Beabsichtigte Neuregelung

Die bisherigen Regelungen werden neu strukturiert und die Selbstbestimmung und Rechte von pflegebedürftigen Menschen hervorgehoben.

B Stellungnahme

Die Neustrukturierung und Modernisierung sind dem Grunde nach sachgerecht. Allerdings führt der Begriff der Angemessenheit in Absatz 3 („soweit die Wünsche angemessen sind“) aufgrund fehlender Konkretisierung des Begriffs und des fehlenden Kontextes zu Missinterpretationen.

Der Pflegebedürftigkeitsbegriff und das damit einhergehende Pflegeverständnis hat auch zum Ziel, die Selbstbestimmung von pflegebedürftigen Menschen und ihren An- oder Zugehörigen zu berücksichtigen und zu stärken. Die Bedürfnisse von pflegebedürftigen Menschen sind im Rahmen der Pflege zu berücksichtigen und Fragen der Angemessenheit sind Teil des Aushandlungsprozesses zwischen pflegebedürftigem Menschen und Pflegefachperson im Rahmen des Pflegeprozesses oder im Rahmen der Durchführung der Pflegebegleitung. Dabei ist die Lebenswelt der pflegedürftigen Personen und ihrer Angehörigen zu respektieren und als gegeben zu betrachten.

Mit der bisherigen Formulierung entsteht der Eindruck, dass nur dann, wenn aus pflegefachlicher Sicht Maßnahmen angemessen sind, sie bei der Gestaltung pflegerischer Hilfen berücksichtigt werden; sofern die aus pflegefachlicher Sicht empfohlenen Maßnahmen nicht umgesetzt werden, wird damit in der Praxis auch gleichzeitig eine nicht ausreichende Pflegequalität verknüpft.

Die Rahmenvertragspartner nach § 75 legen die pflegerischen Aufgaben, die im Rahmen der Pflegeversicherung erbracht werden können, fest. Die Regelungen zur Wirtschaftlichkeit der Leistungen sind im Absatz 4 aufgegriffen und bleiben nach § 29 SGB XI unberührt.

C Änderungsvorschlag

In Absatz 3 Satz 1 ist der Halbsatz „soweit sie angemessen sind“ zu streichen.

In Absatz 3 Satz 2 ist der Halbsatz „haben nach Möglichkeit Berücksichtigung zu finden“ durch den Halbsatz „sollen Berücksichtigung finden“ zu ersetzen.

Nr. 3 § 4 (neu) Eigenverantwortung der Pflegebedürftigen

A Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Neustrukturierung verbunden ist auch die Betonung, dass zum einen Eigenverantwortung und Selbstbestimmung nicht losgelöst voneinander zu betrachten sind und zum anderen, dass auch die Versicherten eine Mitwirkungsverpflichtung zur Vermeidung bzw. Verzögerung von Pflegebedürftigkeit haben.

B Stellungnahme

Die Neustrukturierung und Betonung sind sachgerecht. Allerdings ist der Perspektivwechsel vom verrichtungsbezogenen zum ressourcenorientierten Pflegeverständnis noch nicht aufgegriffen

Der Bezug zur aktivierenden Pflege stammt aus der Zeit eines verrichtungsorientierten Pflegebedürftigkeitsbegriffs und Pflegeverständnisses. Aus diesem Grund und aufgrund fehlender pflegefachlicher und normativer Definitionen stellt der Begriff unter dem geltenden ressourcenorientierten Pflegebedürftigkeitsbegriff eine Einengung dar. Mit dem geltenden Pflegebedürftigkeitsbegriff und dem damit einhergehenden Pflegeverständnis hat die Pflege grundsätzlich zum Ziel, die Selbstständigkeit und Fähigkeiten der pflegebedürftigen Menschen zu erhalten und zu fördern.

C Änderungsvorschlag

In Absatz 2 Satz 1 sind die Wörter „der aktivierenden Pflege“ durch die Wörter „an den Ressourcen und Bedürfnissen des Menschen orientierte Pflege“ zu ersetzen.

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

A Beabsichtigte Neuregelung

Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen soll zur Erfüllung seiner Aufgabe nach § 5 Abs. 1a Satz 4 SGB XI sowie zur Unterstützung der Datenauswertung nach § 25b Abs. 1 Nr. 4 SGB V mittels einer wissenschaftlichen Expertise relevante Risikofaktoren zur Erkennung einer bestehenden oder drohenden Pflegebedürftigkeit erheben. Die gewonnenen Erkenntnisse sollen zur Entwicklung geeigneter Maßnahmen zur Reduzierung dieser Risikofaktoren herangezogen werden. Zudem sollen sie bei der Festlegung der Ziele nach § 5 Abs. 1 und 1a SGB XI, bei der Pflegebegleitung nach 7c SGB XI, bei der Leistungserbringung nach § 36 SGB XI sowie bei den Beratungsbesuchen nach § 37 Abs. 3 SGB XI berücksichtigt werden.

Darüber hinaus soll der Spitzenverband Bund der Pflegekassen dem Bundesministerium für Gesundheit jährlich über die Umsetzung und den Erfolg der auf Grundlage der ermittelten Risikofaktoren ergriffenen Maßnahmen sowie deren Berücksichtigung in der Beratungs- und Leistungspraxis der Pflegekassen berichten.

B Stellungnahme

Die Neuregelung ist teilweise sachgerecht.

Die wissenschaftliche Erhebung relevanter Risikofaktoren zur frühzeitigen Erkennung einer bestehenden oder drohenden Pflegebedürftigkeit ist ein sinnvoller Ansatz. Auch die vorgesehene Verknüpfung mit der Datenauswertung nach § 25b Abs. 1 Nr. 4 SGB V wird begrüßt. So können vorhandene Daten für die Identifikation relevanter Risikofaktoren und die Ableitung präventiver Ansätze nutzbar gemacht werden. Die vorgenommene Konkretisierung, wonach gewonnene Erkenntnisse für die Entwicklung und Umsetzung geeigneter präventiver Maßnahmen zu nutzen und in den genannten Beratungs- und Leistungsbereichen zu berücksichtigen sind, wird ebenfalls begrüßt. Hierdurch wird die Verknüpfung zwischen der Ermittlung relevanter Risikofaktoren und ihrer praktischen Nutzung gestärkt. Bei der wissenschaftlichen Erhebung ist die Heterogenität häuslicher Pflegearrangements zu beachten. Die unterschiedlichen individuellen, sozialen und pflegerischen Rahmenbedingungen erhöhen die Komplexität der Identifizierung von Risikofaktoren für negative gesundheitliche und pflegebezogene Entwicklungen.

Unklar bleibt jedoch, wie die vorgesehene Entwicklung und Umsetzung geeigneter präventiver Maßnahmen mit dem bestehenden Regelungsrahmen des § 5 Abs. 1a SGB XI verzahnt werden soll. § 5 Abs. 1a SGB XI zielt für Pflegebedürftige in der häuslichen Pflege auf den Zugang zu Leistungen der Krankenkassen zur verhaltensbezogenen Prävention nach § 20 Abs. 4 Nr. 1 SGB V ab. Der alleinige Verweis auf verhaltensbezogene Angebote der GKV greift zu kurz. Diese Angebote bilden die

spezifischen Bedarfe pflegebedürftiger Menschen nicht in jedem Fall ab. Mobilitätseinschränkungen, chronische Erkrankungen und Unterstützungsbedarfe können einer Inanspruchnahme entgegenstehen. Darüber hinaus können für pflegebedürftige Menschen in der Häuslichkeit weitere bedarfsgerechte und wohnortnahe präventive Angebote und (digitale) Unterstützungsleistungen relevant sein, die niedrigschwellig, im näheren Sozialraum und vernetzt erbracht werden, beispielsweise Angebote in kommunalen Netzwerkstrukturen sowie geeignete Angebote von Selbsthilfeorganisationen, Vereinen oder anderen gemeinnützigen Trägern.

Vor diesem Hintergrund wird die vorgesehene Ergänzung des § 20 Abs. 1 Satz 2 SGB V ausdrücklich begrüßt, da sie die Belange älterer und pflegebedürftiger Menschen künftig stärker in den Fokus rückt. Um diesem Ansatz auch im Rahmen des § 5 SGB XI Rechnung zu tragen, sollte die Beratung und Präventionsempfehlung nach § 5 Abs. 1a SGB XI jedoch nicht auf Leistungen der verhaltensbezogenen Prävention begrenzt bleiben. Vielmehr sollte entsprechend dem individuellen Bedarf auch auf andere geeignete und qualitätsgesicherte präventive Angebote hingewiesen bzw. in diese vermittelt werden können. Der Regelungsrahmen des § 5 Abs. 1a SGB XI sollte entsprechend erweitert werden.

Die Regelung erfasst mit der Erkennung einer bestehenden oder drohenden Pflegebedürftigkeit zwei grundlegend unterschiedliche Ausgangslagen. Dies zwingt zu einer differenzierten Betrachtung, sowohl bei der Identifikation der Risikofaktoren als auch bei der Entwicklung und Bewertung der daraus abgeleiteten Präventionsmaßnahmen, auch im Kontext und Abgrenzung schon bestehender sekundär- und tertiärpräventiver Leistungen außerhalb des § 20 SGB V. Zu konkretisieren sind, welche spezifischen Maßnahmen aus den wissenschaftlichen Erkenntnissen folgen und wie diese wirksam in die bestehenden Beratungs- und Leistungsstrukturen integriert werden sollen. Darüber hinaus bleiben die konkrete Datenbasis sowie die technischen und methodischen Verfahren zur Identifikation, Bewertung und Verlaufsbeobachtung der Risikofaktoren offen. Ebenso bedarf es valider Kriterien, anhand derer sich Umsetzung und Erfolg der Maßnahmen messen lassen. Vor diesem Hintergrund erscheint die Einführung einer jährlichen Berichtspflicht zum jetzigen Zeitpunkt verfrüht. Eine belastbare Evaluation setzt zwingend voraus, dass Risikofaktoren, Interventionsmaßnahmen und Evaluationskriterien vorab klar definiert und operationalisiert wurden. Zudem ist die jährliche Berichtspflicht mit erheblichem administrativem Aufwand verbunden. Im Sinne des dringend gebotenen Bürokratieabbaus sollten zusätzliche Dokumentations- und Erhebungspflichten für Pflegekassen und Leistungserbringer vermieden werden.

Zudem wird eine Anpassung des § 5 Absatz 3 SGB XI angeregt, um die zweckgebundene Verwendung nicht ausgeschöpfter Mittel für Präventionsleistungen sicherzustellen. Hierdurch könnten bürokratische Aufwände im Zusammenhang mit der erneuten Mittelverteilung reduziert werden. Die Mittel blieben dadurch für ihren ursprünglichen Verwendungszweck erhalten und könnten weiterhin bedarfsgerecht für Maßnahmen der Prävention eingesetzt werden.

C Änderungsvorschlag

§ 5 Absatz 1a wird wie folgt geändert:

In Satz 1 werden nach den Wörtern „Zugang zu den in § 20 Absatz 4 Nummer 1 des Fünften Buches genannten Leistungen der Krankenkassen zur verhaltensbezogenen Prävention“ die Wörter „sowie zu weiteren geeigneten präventiven und gesundheitsfördernden Angeboten“ eingefügt.

Satz 5 wird dementsprechend nach den Wörtern „[…] genannten Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention“ um die Wörter „sowie für weitere geeignete präventive und gesundheitsfördernde Angebote […]“ erweitert.

§ 5 Absatz 3 wird wie folgt geändert:

Satz 2 wird nach den Wörtern „Erreicht eine Pflegekasse den in Absatz 2 festgelegten Betrag in einem Jahr nicht,“ um die folgenden Wörter „so sind die nicht verausgabten Mittel im Folgejahr zusätzlich für die Wahrnehmung der Aufgaben nach Absatz 1 oder Absatz 1a zu verwenden.“ erweitert.

Dementsprechend werden die folgenden Sätze gestrichen:
[…] stellt sie die nicht verausgabten Mittel im Folgejahr dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen zur Verfügung, der die Mittel nach einem von ihm festzulegenden Schlüssel auf die Pflegekassen zur Wahrnehmung der Aufgaben nach den Absätzen 1 und 1a verteilt, die Kooperationsvereinbarungen zur Durchführung kassenübergreifender Leistungen geschlossen haben. Auf die zum Zwecke der Vorbereitung und Umsetzung der Kooperationsvereinbarungen nach Satz 2 gebildeten Arbeitsgemeinschaften findet § 94 Absatz 1a Satz 2 und 3 des Zehnten Buches keine Anwendung.

In § 5 Absatz 4 wird der folgende Satz gestrichen:

„Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen legt dem Bundesministerium für Gesundheit jährlich einen Bericht vor über die Umsetzung und den Erfolg der Maßnahmen zur Reduzierung der nach Satz 1 ermittelten Risikofaktoren sowie über deren Umsetzung und Erfolg in der Beratungs- und Leistungspraxis der Pflegekassen.“

Nr. 5 § 6 Rechte und Pflichten der Pflegeeinrichtungen

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelungen zu den Rechten und Pflichten von Pflegeeinrichtungen werden neu gegliedert. Darüber hinaus wird hervorgehoben, dass auch die Pflegeeinrichtungen ihre Unterstützung präventiv und rehabilitativ ausrichten, um Pflegebedürftigkeit zu vermeiden oder zu verzögern.

B Stellungnahme

Die Änderungen sind sachgerecht.

Jedoch ist der Perspektivwechsel vom verrichtungsbezogenen zum ressourcenorientierten Pflegeverständnis noch nicht aufgegriffen (vgl. auch Stellungnahmen zu den §§ 2 und 4). Aus pflegefachlicher und pflegewissenschaftlicher Sicht gibt es keine pflegerischen Betreuungsleistungen. Darüber hinaus gibt es auch keinen anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse zu Betreuungsleistungen.

C Änderungsvorschlag

Absatz 1 ist wie folgt zu formulieren:

„(1) Inhalt und Organisation der Leistungen, die Pflegeeinrichtungen erbringen, haben eine humane und an den Ressourcen und Bedürfnissen des Menschen orientierte Pflege unter Achtung der Menschenwürde jederzeit zu gewährleisten. Die Pflegeeinrichtungen pflegen und versorgen die Pflegebedürftigen, die ihre Leistungen in Anspruch nehmen, entsprechend dem allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse. Die Pflegeeinrichtungen unterstützen die Versicherten dabei, durch eine gesundheitsbewusste Alltagsgestaltung und durch präventiv und rehabilitativ ausgerichtete Pflegemaßnahmen, die Pflegebedürftigkeit zu überwinden, zu mindern oder einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit entgegenzuwirken."

Nr. 6 § 7 Aufgaben der Pflegekassen

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Aufgaben der Pflegekassen werden gestrafft und gebündelt.

B Stellungnahme

Die Neustrukturierung ist grundsätzlich sachgerecht. Mit dem Verweis auf die Pflegeberatung nach § 7a in Absatz 2 wird der Übergangszeitraum geregelt. Ab dem 01.01.2029 ist es insbesondere Aufgabe der Pflegebegleitung, Versorgung und Unterstützung sozialgesetzbuchübergreifend zu organisieren und sicherzustellen.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Nr. 6 § 7a (neu) Pflege-Cockpit

A Beabsichtigte Neuregelung

Über einen einheitlichen, digitalen Zugang für jede bei der Pflegekasse versicherte pflegebedürftige Person sollen die Pflegekassen allgemeine sowie individuelle Informationen zur Pflegeversicherung, Informationen, die die Organisation der Pflege ermöglichen oder erleichtern, und Informationen zu bestehenden Unterstützungsmöglichkeiten für Pflegebedürftige und Pflegepersonen bereitstellen. Zusätzlich soll über das Pflege-Cockpit eine digitale Kommunikation zwischen der Pflegekasse und den pflegebedürftigen Personen und ihren Pflegepersonen ermöglicht werden. Die Umsetzung erfolgt in zwei Stufen. Der Start mit den wesentlichen Inhalten ist für den 01.07.2028 vorgesehen. Weitergehende Inhalte (Informationen zu vor Ort verfügbare Beratungs-, Hilfe- und Unterstützungsangebote, vor Ort verfügbare Schulungsmöglichkeiten und spezifische Informationen bestimmter Personengruppen z. B. Kinder, junge Erwachsene) sind bis spätestens 01.01.2030 in das Pflege-Cockpit aufzunehmen.

B Stellungnahme

Die Regelung ist sachgerecht. Bereits vorhandene Komponenten können in ein Pflege-Cockpit integriert werden. Die Frist 01.07.2028 ist für eine Umsetzung der ersten Stufe ausreichend bemessen. Die Frist 01.01.2030 für die weiteren Inhalte bietet ausreichend Zeit, sich mit der Bereitstellung und Integration in das Pflege-Cockpit zu befassen.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Nr. 7 § 7b (neu) Aufklärung und Auskunft durch die Pflegekassen

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Pflicht der Pflegekassen zu Auskunft und Aufklärung zu Leistungen der Pflegekasse und anderer Träger im Zusammenhang mit Pflegebedürftigkeit umfasst auch individuelle Beratung.

B Stellungnahme

Die Änderung ist nachvollziehbar. Mit der Einführung der Pflegebegleitung nach § 7c ab 2029 entfällt der bisherige Anspruch auf Pflegeberatung nach § 7a, der bereits bei Antragstellung auf Leistungen der Pflegeversicherung eintritt. Der Anspruch auf Pflegebegleitung entsteht mit der Feststellung eines Pflegegrads. Individuelle Beratung im Umfeld von Pflege vor einer Antragstellung wird somit durch die Pflegekasse weiterhin bedient; hier lassen sich Aspekte von Prävention und Gesundheitsförderung gut anschließen. Ab dem 01.01.2029 wird statt zur Pflegeberatung zur Pflegebegleitung informiert.

Mit der Ergänzung der Verweise auf die Pflegeberatung nach § 7a und den nächstgelegenen Pflegestützpunkt in Absatz 2 Satz 3 wird der Übergangszeitraum bis zum Eintritt des Anspruchs auf Pflegebegleitung geregelt.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Nr. 8 § 7c (neu) Pflegebegleitung

A Beabsichtigte Neuregelung

Ab dem 1. Januar 2029 wird ein neuer Anspruch auf präventionsorientierte, fachliche Begleitung und Unterstützung in der Pflege für Pflegebedürftige in häuslicher Pflege und ihre An- und Zugehörigen eingeführt, bezeichnet als Pflegebegleitung. Die Aufgaben der Pflegebegleitung sind vielfältig. Sie umfassen insbesondere die Ermittlung des Unterstützungsbedarfs unter Berücksichtigung der Begutachtungsergebnisse des medizinischen Dienstes und die Erstellung eines Versorgungsplanes zur Gestaltung eines stabilen Versorgungsarrangements. Ebenfalls gehört dazu die individuelle fachliche Anleitung von Pflegebedürftigen und ihren An- und Zugehörigen zur eigenständigen Durchführung der Pflege sowie die Unterstützung der Umsetzung von durch den Medizinischen Dienst empfohlenen Präventions- und Rehabilitationsempfehlungen und ebenso der Maßnahmen, die im Rahmen des Entlassmanagements nach einem Aufenthalt in einem Krankenhaus oder einer Rehabilitationseinrichtung empfohlen wurden. Ebenfalls umfasst ist die Beratung zu Hilfs- und Pflegehilfsmitteln bis hin zur Beratung der pflegenden An- und Zugehörigen zu Entlastungsmöglichkeiten und Unterstützung bei der Inanspruchnahme.

Die Pflegebegleitung soll Anlaufstelle für Pflegebedürftige und ihre An- und Zugehörigen mit Unterstützungsbedarf sein, gerade auch im Falle von pflegerischen Akutsituationen. Hier organisiert die Pflegebegleitung Hilfen und koordiniert mit Notdiensten in der ambulanten Pflege und Kurzzeitpflegeeinrichtungen, die Akut-Kurzzeitpflegeplätze vorhalten.

Bei Pflegebedürftigen mit besonderem Unterstützungsbedarf zur Sicherstellung der häuslichen Versorgung führen Pflegebegleitpersonen ein Fallmanagement durch, sofern die pflegebedürftige Person einverstanden ist.

Mit Einführung der Pflegebegleitung entsteht auch die Pflicht für Pflegegeldbeziehende, einmal im Jahr einen Termin der Pflegebegleitung in der häuslichen Umgebung abzurufen.

Bei erstmaligem Erhalt eines Pflegegrads erfolgt ein Terminangebot entweder durch die Pflegekasse, sofern sie für die Pflegebegleitung in einem Gebiet zuständig ist, oder durch die für die Hilfe zur Pflege zuständigen Träger der Sozialhilfe sowie die landesrechtlich bestimmten Stellen der Altenhilfe, soweit sie die Zuständigkeit für die Pflegebegleitung übernommen haben, unter Angabe einer Kontaktperson. Weitere Termine werden nach fachlicher Einschätzung der Pflegebegleitperson vereinbart. Alle Termine können auf Wunsch der Anspruchsberechtigten telefonisch oder durch barrierefreie digitale Anwendungen durchgeführt werden.

Die Ausgestaltung der Inhalte, des Verfahrens und der Durchführung der Pflegebegleitung werden in Richtlinien festgelegt.

Die Regelungen zur Pflegebegleitung gelten für die soziale Pflegeversicherung wie für die private Pflege-Pflichtversicherung gleichermaßen.

B Stellungnahme

Die Bündelung vorhandener Leistungsansprüche zur Beratung in der Pflege und ihre Weiterentwicklung zu einem neuen und erweiterten Leistungsanspruch der Pflegebegleitung ist sachgerecht und wird begrüßt.

Die Aufgabenbereiche, die in den Ziffern 1 bis 8 beschrieben sind, entwickeln die Inhalte der bisherigen Pflegeberatung nach § 7a sowie der Beratungsbesuche nach § 37 Absatz 3 SGB XI weiter und integrieren ebenso die Schulungen in der Häuslichkeit zur eigenständigen Durchführung der Pflege durch An- und Zugehörige, sind jedoch keine abschließende Aufzählung. Das geltende Pflegeverständnis hat als wesentliches Ziel, die Selbstbestimmung von pflegebedürftigen Menschen und ihren An- und Zugehörigen zu stärken. Dazu gehört untrennbar die Berücksichtigung der Bedürfnisse der pflegebedürftigen Menschen. Um dies in der Pflegebegleitung adäquat berücksichtigen zu können, bedarf es entsprechender Flexibilität, die hiermit gegeben ist.

Im fachlichen Diskurs der letzten Jahre über die Effektivität der Pflegeberatung einerseits und zur Notwendigkeit, Pflegegeldempfangende – also pflegebedürftige Menschen, die nur durch An- und Zugehörige und ohne Einbindung von Pflegefachpersonen gepflegt werden - besser zu unterstützen, wurde ein starker Fokus auf die allein durch An- und Zugehörigen gepflegten Menschen gerichtet. Für diese Personengruppe wurden die bisherigen Ansprüche von Pflegeberatung nach § 7a, Beratungsbesuche nach § 37 Absatz 3 und häusliche Schulungen nach § 45 als oft nicht ausreichend in ihrer Wirkung bewertet. Für diesen Personenkreis entstand die Idee einer pflegefachlichen Begleitung[2].

Für die Personen in häuslicher Pflege mit Sachleistungsbezug, in deren Versorgungssetting bereits Pflegefachpersonen eingebunden sind, wird hingegen die zusätzliche Beratung eine Doppelung darstellen. Pflegefachpersonen üben die Pflegeprozessverantwortung aus, sie steuern den Pflegeprozess. Im Prozess zur Umsetzung des aktuellen Pflegeverständnisses wurden drei Ziele festgelegt: 1. Stabilisierung des häuslichen Settings, 2. Erhalt und Stärkung der Ressourcen pflegebedürftiger Menschen und 3. Stärkung der Selbstpflegekompetenzen der pflegebedürftigen Menschen und der Pfle-

[2] siehe auch AOK-Positionen zur Weiterentwicklung der Pflege 2021 und 2024; Kuratorium Deutsche Altershilfe, Reset Pflegeversicherung: Strukturreform Pflege und Teilhabe III, 2025; Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege, Weiterentwicklung der ambulanten Pflege: Konzeptionelle Überlegungen für eine Sozialstation 2.0, 2025 sowie auch Ansätze von Leistungserbringern zur besseren Ausgestaltung der Beratungsbesuche nach § 37 Absatz 3, z.B. die INGE-App in NRW

gekompetenz der An- und Zugehörigen. Somit werden die Aufgaben, die mit dem Ersttermin und eventuellen Folgeterminen der Pflegebegleitung erfüllt werden sollen, vollumfänglich abgebildet. Um Doppelstrukturen und nicht notwendige Termine zu vermeiden, ist klarzustellen, dass sich das Angebot für einen Termin in der Häuslichkeit unmittelbar nach erstmaligem Erhalt eines Pflegegrads auf pflegebedürftige Menschen mit Pflegegeldbezug nach § 37 Absatz 1 bezieht. Bereits bei Antragstellung wird eine Entscheidung zur Art des Leistungsbezugs getroffen, unbeschadet einer möglichen Änderung zu einem späteren Zeitpunkt. Durch entsprechende Ergänzung im Artikel 3 kann dies kanalisiert werden. Auch mit dieser Einschränkung in Bezug zum Ersttermin steht Personen in häuslicher Pflege mit Einbindung von Pflegediensten Beratung durch die Pflegebegleitung zu. Sie haben das Recht, sich an die Stelle der Pflegebegleitung zu wenden, zum Beispiel in pflegerischen Akutsituationen.

Zur Stärkung der Prävention, sowohl für pflegebedürftige Personen als auch für die pflegenden An- und Zugehörigen, hat die Pflegebegleitung die Aufgabe, die Umsetzung von Präventionsempfehlungen des Medizinischen Dienstes zu begleiten und zu unterstützen. Ebenso spielen präventive und gesundheitsfördernde Ansätze als Entlastungsmöglichkeiten für Pflegepersonen eine wichtige Rolle. Im Laufe der Pflegebegleitung werden daher auch die Evaluation durchgeführter Maßnahmen und Praktiken sowie Anpassungen der bisherigen Maßnahmen Raum einnehmen.

Bei besonderem Unterstützungsbedarf kann nach Absatz 5 die Pflegebegleitung die Form eines Fallmanagements annehmen. Festlegungen zu den Voraussetzungen für ein Fallmanagement und die strukturierte Methode zur Steuerung der Pflegehilfesituation sollen in den Richtlinien nach § 17 Absatz 1a zur Pflegebegleitung festgelegt werden. Die Pflegebegleitung von pflegebedürftigen Personen mit besonderen Unterstützungsbedarfen kann nur gelingen, wenn im Rahmen der strukturierten, fallbezogenen Methode der Hilfebedarf auf Grundlage bisheriger Informationen der Pflegebegleitung festgestellt und die Umsetzung des Hilfeplans systematisch evaluiert wird. Eine Beschreibung über die Ausprägung des Fallmanagements allein in der Gesetzesbegründung ist nicht sachgerecht, es bedarf einer entsprechenden Anpassung im Absatz 5.

Um eine Gleichbehandlung desselben Sachverhalts durch alle Pflegekassen sicherzustellen, ist der Entzug des Pflegegelds bei Nicht-Inanspruchnahme des Fallmanagements im Falle von nicht sichergestellter Versorgung als verpflichtende Regelung zu gestalten.

Ein neuer Aspekt der Pflegebegleitung, welche das bisherige Aufgabenspektrum der verschiedenen Beratungsleistungen erweitert, ist die Unterstützung von pflegebedürftigen Menschen in pflegerischen Akutsituationen. Unter pflegerischen Akutsituationen sind größtenteils soziale Notsituationen zu verstehen, in denen plötzlich eine Pflegeperson aus dem Versorgungssetting ausfällt. Hier soll die Pflegebegleitung innerhalb der Bürozeiten an Werktagen Ansprechpartner sein und Unterstützung organisieren, etwa durch einen Notdienst in der ambulanten Pflege oder durch

Kurzzeitpflege in stationären Einrichtungen. Hier hat sie auch die Aufgabe, nach drei Tagen die weitere Erforderlichkeit der Versorgung durch Pflegeeinrichtungen einzuschätzen. Dies erfordert eine enge Abstimmung mit den Pflegeeinrichtungen. Offen bleibt dann die Frage nach Ansprechpartnern an Wochenenden, nachts und in den Morgen- und Abendstunden. Erkenntnisse aus Ansätzen wie dem Pflegenottelefon in Hamburg und dem Modellvorhaben „Quartiersnahe Notfallversorgung im Wuppertaler Norden - inklusive Nachtversorgung“, das bis Ende 2028 durchgeführt wird, können hier wertvolle Hinweise geben. Auf dieser Grundlage sollte im Rahmen einer Umsetzungs- und Machbarkeitsstudie geprüft werden, wie eine bedarfsgerechte und flächendeckende pflegerische Notfallversorgung, auch außerhalb der regulären Bürozeiten, sichergestellt werden kann (siehe auch Stellungnahme zu Nr. 13 § 11 Absatz 2).

Für die praktische Ausgestaltung des Terminmanagements, insbesondere zum Angebot eines erstmaligen Termins nach der Zuerkennung eines Pflegegrads, muss die zuständige Stelle für die Pflegebegleitung diese Aufgabe übernehmen. § 7d Absatz 4 und 5 regelt, dass bei Übernahme der Pflegebegleitung durch Pflegestützpunkte oder durch die für die Hilfe zur Pflege zuständigen Träger der Sozialhilfe nach dem Zwölften Buch sowie die nach Landesrecht zu bestimmenden Stellen der Altenhilfe entsprechend auch diese Stellen das Terminmanagement durchführen. Die Anforderung an die Angebotsstruktur sind gemeinsam zu gestalten und die Zuständigkeiten vertraglich und prozessual zu klären. Dabei sollten auch digitale Terminvergabelösungen berücksichtigt werden.

C Änderungsvorschlag

In Absatz 3 wird Satz 1 wie folgt formuliert:

„Die Pflegekasse hat einer pflegebedürftigen Person, die bei erstmaligem Erhalt eines Pflegegrades Pflegegeld nach § 37 Absatz 1 bezieht, unter Angabe einer Kontaktperson einen konkreten Termin für eine Pflegebegleitung in der häuslichen Umgebung anzubieten.“

In Absatz 5 wird Satz 3 durch folgende Sätze ersetzt:

„Die Aufgabe der Pflegebegleitpersonen ist die Feststellung des Hilfebedarfs auf Grundlage vorliegender Erkenntnisse, die Festlegung des Hilfeplans und bei Bedarf seine Überprüfung. Dabei unterstützt die Pflegebegleitperson:

1. bei der rechtskreisübergreifenden Beantragung von in Betracht kommenden Sozialleistungen sowie der Suche nach und der Inanspruchnahme von passenden Angeboten und
2. bei der Suche, Inanspruchnahme und Organisation weiterer unterstützender Angebote und Hilfen.“

In Absatz 6 wird Satz 8 wie folgt formuliert:

„Nimmt die pflegebedürftige Person das angebotene Fallmanagement nicht in Anspruch, hat die Pflegekasse das Pflegegeld zu entziehen."

Nr. 8 § 7d (neu) Angebotsstruktur und Finanzierung der Pflegebegleitung

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Sicherstellung der Pflegebegleitung liegt grundsätzlich bei den Pflegekassen, wobei sie ganz oder teilweise an Dritte übertragen werden kann. Bestehende externe Beratungsstrukturen werden berücksichtigt. Die Pflegebegleitung wird kassenartenübergreifend ortsbezogen organisiert. Dafür werden Vereinbarungen zur bundesweiten und kassenartenübergreifenden Organisation getroffen, Teil der Vereinbarungen ist die Benennung einer verantwortlichen Person für jeden Kreis und für jede kreisfreie Stadt. Es gibt drei Möglichkeiten, wie die Pflegebegleitung organisiert werden kann.

1. Die Pflegekassen organisieren die Anlaufstelle der Pflegebegleitung gemeinsam für einen Kreis oder eine kreisfreie Stadt. Es können Vereinbarungen mit Kommunen geschlossen werden.
2. Die Pflegebegleitung wird durch Pflegestützpunkte übernommen, wenn die für die Hilfe zur Pflege zuständigen Träger der Sozialhilfe sowie die nach Landesrecht zu bestimmenden Stellen der Altenhilfe dies verlangen.
3. Die Pflegebegleitung wird für einen Kreis oder eine kreisfreie Stadt von dem für die Hilfe zur Pflege zuständigen Träger der Sozialhilfe sowie die nach Landesrecht zu bestimmenden Stellen der Altenhilfe übernommen.

Pflegekassen sind verpflichtet, mit allen an der pflegerischen, gesundheitlichen und sozialen Versorgung Beteiligten eng zusammenzuarbeiten. Darüber hinaus sind sie verpflichtet, die regionalen Vernetzungsstrukturen zu fördern, insbesondere über Pflegestützpunkte.

Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen erhält den Auftrag, Empfehlungen zur erforderlichen Anzahl, Qualifikation und Fortbildung von Pflegebegleitpersonen zur Erfüllung der Aufgaben nach § 7c bis zum 30.09.2027 festzulegen.

Als Finanzierungsgrundlage für die Pflegebegleitung wird die Rechengröße von 146 € je pflegebedürftige Person in häuslicher Pflege herangezogen. Die Mittel werden über den Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung zur Verfügung gestellt. Bei einer Übernahme der Pflegebegleitung entweder durch Pflegestützpunkte oder durch die für die Hilfe zur Pflege zuständigen Träger der Sozialhilfe sowie die nach Landesrecht zu bestimmenden Stellen der Altenhilfe setzt der GKV-Spitzenverband jährlich die Mittel je Kreis oder kreisfreier Stadt fest, auf der Grundlage der Daten, welche die Pflegekassen jährlich bis zum 30.06. dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen mitteilen.

B Stellungnahme

Die Möglichkeit der Vernetzung der Pflegebegleitung mit Angeboten und Strukturen der kommunalen Altenhilfe oder auf Landesebene bestehenden lokalen Angeboten ist sachgerecht. Durch die örtliche Anbindung wird die Möglichkeit eröffnet, eine bessere Vernetzung der vor Ort verfügbaren Unterstützungsmöglichkeiten sowohl durch professionelle als auch durch bürgerschaftliches Engagement geschaffene

Strukturen im Sozialraum auf die Situation der pflegebedürftigen Person und ihrer An- und Zugehörigen verfügbar zu machen. Es wird bei der Etablierung der Pflegebegleitung als örtlich verankertes Angebot darauf ankommen, bereits etablierte Strukturen zu nutzen und eine kluge Kooperation und Vernetzung zu erzielen. Die Grundqualifizierung der Pflegebegleitpersonen ist unterschiedlich, in multiprofessionellen oder als weitere Entwicklungsstufe interprofessionellen Teams können verschiedene fachliche Stärken eingebracht werden. Für den Qualifizierungsbedarf sind über die Empfehlungen des GKV-Spitzenverbands zur erforderlichen Anzahl, Qualifikation und der Fortbildung der Pflegebegleitpersonen hinaus inhaltliche Konzepte zu entwickeln. Hierbei können die Teilhabeinstrumente in der Eingliederungshilfe Hinweise geben, wie dies bereits in Hamburg im Projekt „QplusAlter" der Stadt Hamburg und der Evangelischen Stiftung Alsterdorf als Unterstützungsansatz für ältere und hochaltrige Menschen umgesetzt wird.

Pflege findet vor Ort statt und baut auf den lokalen Bedingungen und Anforderungen auf, daher sind die Aushandlungsprozesse für die Ausgestaltung der passenden Strukturen für die Pflegebegleitung auch regional und lokal zu führen. Die Normierung bundesweiter Vereinbarungen zwischen den Pflegekassen kann die Umsetzung in den Ländern konterkarieren. Daher braucht es vielmehr landesspezifische Regelungen. Dies ist entsprechend anzupassen.

Die Begrenzung der kassenartenübergreifenden Organisation und Finanzierung der Pflegebegleitung auf die gesetzlichen Pflegekassen ist jedoch nicht sachgerecht. Aus der Perspektive der pflegebedürftigen Personen und ihrer An- und Zugehörigen ist es nachvollziehbar, dass das Beratungsangebot der Pflegebegleitung kassenartenübergreifend organisiert wird. Die originäre Verantwortung für die Durchführung der Pflegebegleitung liegt grundsätzlich bei den gesetzlichen Pflegekassen und den privaten Versicherungsunternehmen, die die privaten Pflege-Pflichtversicherung durchführen. Auch pflegebedürftige Personen und ihre Angehörigen, die bei privaten Versicherungsunternehmen versichert sind, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, sollen sich für die Inanspruchnahme der Pflegebegleitung an die für die Pflegebegleitung zuständige Stelle im Landkreis und kreisfreien Stadt wenden können. Daher sind die privaten Versicherungsunternehmen, die die Pflege-Pflichtversicherung durchführen, organisatorisch einzubinden (Absatz 1) und an der Strukturfinanzierung der Pflegebegleitung (Absatz 3) zu beteiligen.

Das einseitige Verlangen der zuständigen Träger der Sozialhilfe oder der nach Landesrecht zu bestimmenden Stellen der Altenhilfe auf Abschluss einer Vereinbarung zur Übernahme der Pflegebegleitung ist nicht sachgerecht. Entsprechend den Bedarfslagen von pflegebedürftigen Personen und ihren An- und Zugehörigen sind die sozialräumlichen Sorge- und Angebotsstrukturen lokal zu gestalten. Die Erfahrungen aus dem Prozess zur Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege im Rahmen des PSG III zeigten, dass das nur in gemeinsamer Verantwortung von Kommune und Pflegekassen gut gelingen kann. Nur mit einer gemeinsamen Übernahme der Verantwortung kann eine bessere Verzahnung der Beratungs- und Sicherstellungaufgaben der

Pflegekassen und im Rahmen der Daseinsvorsorge der Kommunen gelingen, insbesondere durch Abstimmungsprozesse kann mit effizientem und bedarfsgerechtem Einsatz von personellen und finanziellen Ressourcen eine deutlich engere Zusammenarbeit zwischen Kommunen und den Kranken- und Pflegekassen erreicht werden.

Eine Anzeige einer verantwortlichen Person auf Seiten der Pflegekassen für jeden Kreis oder kreisfreien Stadt ist nicht ausreichend, um eine gute Zusammenarbeit zu begründen, vielmehr müssen die Entscheidungen zu den Strukturen der Pflegebegleitung gemeinsam getroffen werden, um Tragfähigkeit zu erlangen. Dabei können die in der Mehrzahl der Bundesländer bestehenden Pflegestützpunkt-Strukturen genutzt und weiterentwickelt werden, oder aber die für die Hilfe zur Pflege zuständigen Träger der Sozialhilfe nach dem Zwölften Buch können selbst auf Grundlage von Vereinbarungen mit den Pflegekassen die Pflegebegleitung erbringen.

Ein solcher kooperativer Ansatz, wie in Absatz 1 Satz 6 vorgesehen, ist auch in den Absätzen 4 und 5 entsprechend zu verankern. Es versteht sich von selbst, dass bei der Übertragung an Dritte ebenso Vereinbarungen zu Grunde liegen, denn ohne die vorgehaltene Expertise und das qualifizierte Personal der Pflegeeinrichtungen wird eine gute Pflegebegleitung vor Ort nicht umzusetzen sein, gerade zur Vermeidung von Doppelstrukturen und mit dem Ziel des effektiven Einsatzes vorhandener Ressourcen. Für einen kooperativen Ansatz vor Ort, der darauf abzielt, durch Austausch und Gespräche zu gemeinsam getragenen Vereinbarungen zu gelangen und eine integrierte, regional gesteuerte Struktur der Pflegebegleitung zu entwickeln, entsteht ein erheblicher Koordinations- und Steuerungsaufwand, insbesondere auch bei den Kommunen und den Leistungserbringern. Der erforderliche Personalaufwand für diese Aufgaben ist in dem Betrag von 146 € nicht enthalten, zumal diese Mittel auch erst mit Beginn der Pflegebegleitung nach § 7c ab 2029 verfügbar sind. Die Weiterentwicklung der bisherigen, oft separat nebeneinanderstehenden Beratungsstrukturen, zu einer örtlich verankerten und gesteuerten Pflegebegleitung ist als Weiterentwicklung der Versorgungsstruktur zu betrachten, wie sie als Ziel der Förderung nach § 45c SGB XI festgelegt ist. Für die Entwicklung der Strukturen sollte daher auch eine Förderung nach § 45c in Anspruch genommen werden können und die Fördertatbestände entsprechend ergänzt werden.

Bei der Übernahme der Pflegebegleitung durch Pflegestützpunkte oder durch für die Hilfe zur Pflege zuständigen Träger der Sozialhilfe nach dem Zwölften Buch sowie die nach Landesrecht zu bestimmenden Stellen der Altenhilfe in bestimmten Kreisen, kreisfreien Städten oder gebietsübergreifend aufgrund von Vereinbarungen mit den Pflegekassen und dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. können die Pflegekassen selbst ihren Spitzenverband informieren, und der Verband der privaten Krankenversicherung e. V. ist bereits beim Abschluss eingebunden. Somit entfällt die Anzeigepflicht von kommunaler Seite beim GKV-Spitzenverband.

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

In den Verfahrensregeln zur Auszahlung der Mittel aus dem Ausgleichsfonds ist auch die Datengrundlage (Stichtag sowie Datenquelle der amtlichen Statistik) zu regeln. Es gilt zu vermeiden, dass aus unterschiedlichen Bundesländern unterschiedliche Datengrundlagen herangezogen werden.

C Änderungsvorschlag

In Absatz 1 wird Satz 4 erster Halbsatz wie folgt gefasst:

„Die Pflegekassen treffen gemeinsam mit dem Verband der privaten Krankversicherung e. V. hierfür Vereinbarungen zur landesweiten und kassenartenübergreifenden Organisation der Pflegebegleitung;"

In Absatz 3 werden die Sätze 1 bis 5 wie folgt gefasst:

„Die Pflegekassen stellen zur Erfüllung ihrer Verpflichtung nach § 7c für das Gebiet jedes Kreises und jeder kreisfreien Stadt jährlich finanzielle Mittel über den Ausgleichsfonds nach § 65 bereit. Diese Mittel berechnen sich anhand von 146 Euro je pflegebedürftiger Person in häuslicher Pflege, die bei der Pflegekasse versichert ist, mit Wohnsitz in dem jeweiligen Kreis oder der jeweiligen kreisfreien Stadt. Die privaten Versicherungsunternehmen, die die Pflege-Pflichtversicherung durchführen, beteiligen sich für ihre Versicherten auf der Grundlage desselben Betrags. Der Betrag nach Satz 2 erhöht sich analog der Regelungen in § 30 Absatz 1. Die Mittel je Kreis oder kreisfreier Stadt setzt der Spitzenverband Bund der Pflegekassen im Einvernehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. im Fall von Vereinbarungen nach Absatz 4 oder 5 jährlich in Richtlinien fest. Die Pflegekassen und die privaten Versicherungsunternehmen, die die Pflege-Pflichtversicherung durchführen, stellen dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen die hierfür erforderlichen Daten jährlich bis spätestens zum 30. Juni zur Verfügung."

In Absatz 3 wird Satz 6 durch folgende Sätze ersetzt:

„Im Fall von Vereinbarungen nach Absatz 4 oder 5 kann der jeweilige Finanzierungsanteil, der auf die privaten Versicherungsunternehmen fällt, von dem Verband der privaten Krankenversicherung e.V. unmittelbar an das Bundesamt für Soziale Sicherung zugunsten des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung nach § 65 geleistet werden. Näheres über das Verfahren zur Auszahlung der finanziellen Mittel aus dem Ausgleichsfonds nach § 65 regeln der Spitzenverband Bund der Pflegekassen, der Verband der privaten Krankenversicherung e.V. und das Bundesamt für Soziale Sicherung durch Vereinbarung."

In Absatz 4 wird Satz 1 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 aufgrund landesrechtlicher Vorschriften mit den Pflegekassen und dem Verband der pri-

vaten Krankenversicherung e.V. eine Vereinbarung zur gemeinsamen und vollständigen Übernahme der Pflegebegleitung nach § 7c Absatz 1 durch Pflegestützpunkte nach § 7e schließen."

In Absatz 5 wird Satz 2 wie folgt gefasst:

„Wird die Pflegebegleitung nicht nach Absatz 4 durch 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 durch den Abschluss einer Vereinbarung mit den Pflegekassen und dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. übernehmen."

Absatz 6 wird gestrichen. Absatz 7 wird zu Absatz 6.

§ 45c Absatz 1 wird wie folgt nach Nummer 3 um folgende Nummer 4 ergänzt:

„4. die regionale Steuerung der Pflegebegleitung nach § 7c, soweit für die Übernahme Strukturen nach den Absätzen 4 und 5 entwickelt werden."

Nr. 9 § 7e (neu) Pflegestützpunkte; Verordnungsermächtigung

A Beabsichtigte Neuregelung

Wenn 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 eine Übernahme der Pflegebegleitung durch Pflegestützpunkte bestimmen, müssen die Verträge, welche die Träger untereinander geschlossen haben, innerhalb von sechs Monaten nach der Anzeige der Übernahme beim GKV-Spitzenverband angepasst werden. Die Anzeige muss bis zum 31.12.2027 erfolgen.

Die Angabe „Pflegeberatung nach § 7a in Verbindung mit den Richtlinien nach § 17 Absatz 1a“ wird ergänzt durch die Angaben zum Geltungszeitpunkt der Pflegeberatung nach § 7a und den dazugehörigen Richtlinien bis zum 31.12.2028. Ab dem 01.01.2029 kann die Pflegebegleitung nach § 7c (neue Fassung) durch Pflegestützpunkte erbracht werden, sofern eine Übernahmeentscheidung getroffen wurde.

B Stellungnahme

Grundsätzlich ist die Vorgabe, dass die Rahmen- und sonstigen Verträge der Pflegestützpunkte für die Übernahme der Aufgabe der Pflegebegleitung zügig angepasst werden müssen, folgerichtig. Wie in der Stellungnahme zu § 7d ausgeführt, ist jedoch für eine effektive Zusammenarbeit zur Erbringung der Pflegebegleitung in einem Kreis oder einer kreisfreien Stadt eine gemeinsame Vereinbarung der Akteure als Voraussetzung für die Errichtung der örtlichen Strukturen der Pflegebegleitung wesentlich. Bei einer gemeinsam getroffenen Entscheidung zur Übernahme entfällt eine Anzeigepflicht beim GKV-Spitzenverband.

Die Folgeänderungen im Absatz 2 zielen darauf ab, die Gültigkeit der Regelungen für die Pflegeberatung im Übergangszeitraum bis zum 01.01.2029 zu verankern und die Übernahme ab Januar 2029 zu regeln.

C Änderungsvorschlag

Absatz 1b wird wie folgt gefasst:

„Nach Abschluss einer Vereinbarung mit den Pflegekassen oder ihren Landesverbänden sowie dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. und den für die Hilfe zur Pflege zuständigen Trägern der Sozialhilfe nach dem Zwölften Buch sowie die nach Landesrecht zu bestimmenden Stellen der Altenhilfe über die Durchführung der Pflegebegleitung nach § 7c durch den Pflegestützpunkt, sind die bestehenden Verträge innerhalb von sechs Monaten nach Abschluss der Vereinbarung anzupassen.“

Nr. 10 § 8 Gemeinsame Verantwortung

A Beabsichtigte Neuregelung

§ 8 wird neu strukturiert und verkürzt. Bisher ab Absatz 3 geregelte Modellvorhaben und Aufgaben des GKV-Spitzenverbandes werden in die Paragraphen 11 und 12 überführt, soweit sie nicht gestrichen werden.

Die bisher in § 10 Absatz 1 geregelte Berichtspflicht der Bundesregierung gegenüber Bundestag und Bundesrat wird in Absatz 3 überführt. Der einmal in jeder Legislaturperiode vorzulegende Bericht soll zukünftig erweitert werden um Informationen zur Entwicklung der Einkommen von Pflegebedürftigen der sozialen Pflegeversicherung und zur Höhe der Eigenanteile. Zudem soll über die Verbreitung privater Pflegezusatzversicherungen in der Bevölkerung berichtet werden sowie über die Entwicklung des Anteils der Pflegebedürftigen, die Hilfe zur Pflege beanspruchen.

Der bisherige § 12 Absatz 2 wird in Absatz 4 überführt. Es wird die Bereitstellung von nicht personenbezogenen Versorgungsdaten der Pflege- und Krankenkassen zur Nutzung durch die Gebietskörperschaften für die Aufgaben, die mit der Vorhaltung einer zahlenmäßig ausreichenden und wirtschaftlichen pflegerischen Versorgungsstruktur verbunden sind, geregelt; konkret Pflegestrukturplanung und Sozialraumplanung. Dies wird ergänzt durch die Regelung zur Form der Bereitstellung über eine digitale Datenplattform beim Spitzenverband Bund der Pflegekassen. Die Kosten für die Plattform werden durch den Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung getragen.

B Stellungnahme

Mit Blick auf die Anpassung der Schwellenwerte und der veränderten Leistungsansprüche pflegebedürftiger Personen gegenüber der Pflegeversicherung ist die erweiterte Berichtspflicht in Absatz 3 sachgerecht.

Die Berichtspflicht der Bundesregierung sollte sich auch auf die private Pflege-Pflichtversicherung erstrecken, dies ist in Satz 1 klarzustellen**.**

Ergänzend zur Einkommenssituation ist auch die Vermögenssituation der Leistungsbeziehenden aufzugreifen.

Aufgrund der Bedeutung der Informationen über die Vergütungssituation des Personals der Pflegeeinrichtungen im Zusammenhang mit Tarifsteigerungen und Lohnentwicklung ist als Teil der Berichtspflicht mit aufzunehmen, wie sich die jährlichen Tarifsteigerungen zu der jährlichen Grundlohnsumme (GLS) entwickeln.

Die Pflegestatistiken nach § 109 weisen Lücken auf hinsichtlich der in der privaten Pflegepflichtversicherung versicherten Personen, insbesondere zur Pflegeprävalenz von Beihilfeversicherten nach Alter und Geschlecht. Hier wären Ergänzungen sinnvoll,

um Transparenz für die aktuellen und perspektivisch zu erwartenden Versorgungsbedarfe und finanziellen Erfordernisse für Pflegekassen, Beihilfestellen, Bund und Ländern zu schaffen.

Wünschenswert wären darüber hinaus Berichte zur Verteilung der Anzahl der Kinder von Beitragszahlenden, Informationen zu den Pflegehaushalten und hier insbesondere zur Zahl pflegender Angehöriger, Haushaltsgröße, wie auch Informationen zu Wartezeiten für die Inanspruchnahme zugelassener Pflegeeinrichtungen, sowie die Entwicklung des Pflegepersonalbestands und des Personalbedarfs.

Die Errichtung einer digitalen Datenplattform für die zur Verfügungstellung von Routinedaten der Kranken- und Pflegekassen für die Strukturplanung der Länder und Kommunen ist sachgerecht angesichts der Tatsache, dass Datenlieferungen aller Kassen an verschiedene Plattformen, beispielsweise länderbasierte Plattformen, aufgrund der Unterschiedlichkeit der Kranken- und Pflegekassen bezogen auf regionale oder bundesweite Aufstellung, zum derzeitigen Zeitpunkt nicht oder nur mit unverhältnismäßigem Aufwand zu realisieren wären. Eine mögliche Nutzung des Forschungsdatenzentrum Gesundheit scheint ebenfalls nur mittel- oder langfristig erfolgversprechend. Mit der Finanzierung der Plattform über den Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung werden Regelungen zur Kostentragung, die in den Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes getroffen werden sollten, hinfällig.

C Änderungsvorschlag

In Absatz 3 Satz 1 werden die Wörter „der Pflegeversicherung" ersetzt durch „der sozialen Pflegeversicherung und der privaten Pflege-Pflichtversicherung".

In Absatz 3 wird im Satz 2 Nr. 1 „Einkommenssituation" durch „Einkommens- und Vermögenssituation" ersetzt.

In Absatz 3 wird im Satz 2 eine neue Nummer 5 angefügt:

„5. die Entwicklung von Löhnen und Gehältern in der Pflege sowie die Tarifbindung von zugelassenen Pflegeeinrichtungen.

In Absatz 4 Satz 5 werden die Wörter „zur Kostentragung" gestrichen.

Nr. 11 § 8a Gemeinsame Empfehlungen zur pflegerischen Versorgung und zu ihrer Sicherstellung

A Beabsichtigte Neuregelung

Der Landespflegeausschuss soll einvernehmlich Empfehlungen zur Umsetzung der Pflegeversicherung, insbesondere zur Sicherstellung der pflegerischen Versorgung, abgeben. Dies gilt insofern landesrechtlich keine Empfehlungen durch regionale Pflegeausschüsse vorgesehen sind.

Es sollen Indikatoren zur Feststellung von strukturellen Versorgungsbedarfen auf Ebene der Kreise und kreisfreien Städte bestimmt werden, soweit landesrechtliche Regelungen bestehen. Diese sollen als Grundlage von Pflegestrukturplanungsempfehlungen dienen.

Neben der Gewährleistung des Sicherstellungsauftrags der Pflegekassen nach § 69 können durch Landesrecht nähere Bestimmungen getroffen werden, wie ein aufgrund der Indikatoren der Pflegestrukturplanungsempfehlungen identifizierter struktureller Versorgungsbedarf gedeckt werden kann. Dazu sollen Maßnahmen benannt und Fristen vereinbart werden. Dabei sind die Erkenntnisse der Pflegekassen zur Evaluation der regionalen Versorgungssituation sowie Anzeigen von Pflegeeinrichtungen zur Beeinträchtigung der Leistungserbringung zu berücksichtigen.

B Stellungnahme

Die Feststellung von strukturellen Versorgungsbedarfen auf Grundlage der Pflegestrukturplanung auf Ebene des Landkreises und der kreisfreien Stadt ist sachgerecht. Eine Stärkung der kommunalen Sorgestrukturplanung wird begrüßt. Die Feststellung von strukturellen Versorgungsbedarfen auf regionaler Basis verdeutlicht so den Handlungsbedarf für die relevanten Akteure auf Landes- und kommunaler Ebene. Für diese gemeinsame Feststellung sind die Gremien nach § 8a Absatz 1 bis 3 der richtige Ort, um den in der Gesetzesbegründung hervorgehobenen kooperativen Ansatz der Akteure zu fördern.

In der Gesetzesbegründung sind beispielhaft Indikatoren aufgeführt, die zur Feststellung eines strukturelles Versorgungsbedarfs herangezogen werden können, wie Wartezeiten auf pflegerische Versorgung, die Anzahl der Pflegeeinrichtungen oder -dienste im Verhältnis zur Zahl der pflegebedürftigen Menschen sowie die Qualität der pflegerischen Versorgung entsprechend der Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität in den Festlegungen des § 113 SGB XI. Es ist allerdings wesentlich, dass Pflegestrukturplanungen auf der Ebene der Kreise und kreisfreien Städte nicht nur die Strukturen der professionellen Leistungserbringung in der Pflege in den Blick nehmen, sondern auch die Strukturen und Angebote der Altenhilfe, der Selbsthilfe und der Strukturen des bürgerschaftlichen Engagements, um auch hier aus einem Nebeneinander von Strukturen und Angeboten ein kohärentes Ganzes bilden zu können. Ansätze guter Planung gibt es bereits,

wie zum Beispiel die Seniorenpolitischen Gesamtkonzepte in Bayern, und die Ergebnisse aus dem Projekt Integrierte Alten- und Pflegeplanung (InAP), welches das Kuratorium Deutsche Altershilfe für NRW im Auftrag des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales durchgeführt hat und dessen Ergebnisse auch in anderen Bundesländern Anwendungspotenzial haben.

Nicht auflösbar aufgrund der grundsätzlich marktwirtschaftlichen Ausrichtung des SGB XI ist das Spannungsfeld zwischen Planung, Steuerung und Wettbewerb der Anbieter. Um diesen Spannungen entgegenzutreten, kann eine gute Kommunikation zwischen den für die Planung zuständigen Stellen und den Anbietern ein Mittel darstellen.

Eine Feststellung von strukturellen Versorgungsbedarfen in der Pflege als direkt relevantes Feld der Daseinsvorsoge betrifft unmittelbar die Länder und ihre Kommunen. Als Grundlage solcher Entscheidungen sind die Daten und Erkenntnisse der Pflege- und Krankenkassen unentbehrlich, die durch die Auskunftserteilung und Bereitstellung von Informationen das geforderte Zusammenwirken konkret mit Leben erfüllen, allerdings sind Kassendaten nur ein Teil einer aussagekräftigen Datengrundlage. Ebenso wichtig sind Daten aus der Hoheit der Länder zur Personalentwicklung in der Pflege sowie Ausbildungszahlen (einschl. Ausbildungsplätze) sowie Daten der Leistungserbringer. Eine Vermischung mit dem Sicherstellungsauftrag der Pflegekassen ist jedoch nicht angemessen, denn die Kompetenzen der Pflegekassen bleiben hiervon unberührt. Die Behebung von festgestellter Unterversorgung liegt grundsätzlich in der Verantwortung des Landes. Daher ist der erste Satz des neuen Absatzes 4a anzupassen.

C Änderungsvorschlag

§ 8a Absatz 4a wird wie folgt formuliert:

„Durch Landesrecht können nähere Bestimmungen getroffen werden, welche Maßnahmen im Rahmen der Zuständigkeit der Länder und mit welcher Frist geeignet sind, einen aufgrund der Indikatoren der Pflegestrukturplanungsempfehlung festgestellten strukturellen Versorgungsbedarf zu decken.“

Nr. 12 § 9 Aufgaben der Länder

A Beabsichtigte Neuregelung

Im Landesrecht können Regelungen zur kommunalen Pflegestrukturplanung getroffen werden, die den Stellenwert der Empfehlungen der regionalen Ausschüsse (Ausschüsse nach § 8a Absatz 3) festlegen, einschließlich der Feststellung von strukturellen Versorgungsbedarfen auf der Ebene der Kreise und kreisfreien Städte.

Die Investitionskostenförderung durch die Länder kann entweder als Subjektförderung (personenbezogene Förderung) erfolgen, oder als Objektförderung ausgestaltet werden. Dabei kann die finanzielle Unterstützung sich auch an der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit der pflegebedürftigen Person orientieren.

B Stellungnahme

Die kommunale Pflegestrukturplanung wird ergänzt durch die Feststellung von strukturellen Versorgungsbedarfen auf der Ebene der Kreise und kreisfreien Städte, insofern entsprechende landesrechtliche Regelungen getroffen werden. Dies stellt eine Stärkung der Rolle der regionalen Ausschüsse zur Pflege (Gremien nach § 8a Absatz 3) dar. Dies wird begrüßt.

Die Klarstellung, dass die Länder die Investitionskostenförderung nicht nur zur Steuerung der pflegerischen Versorgungsstruktur nutzen, sondern mit der Übernahme von Investitionskosten auch Maßnahmen zur Verringerung der Eigenanteile ergreifen können, ist sachgerecht. Dabei kann der Maßstab der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit herangezogen werden, ist jedoch nicht zwingend anzuwenden.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Nr. 13 § 10 Kompetenzzentrum Digitalisierung und Pflege

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelungen des bisherigen § 125b zum Kompetenzzentrum Digitalisierung und Pflege werden dauerhaft verstetigt und systematisch in § 10 neu gefasst. Ab dem 01.01.2028 erhält das Zentrum eine verlässliche und feste jährliche Finanzierung in Höhe von zwei Millionen Euro aus dem Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung, wobei sich die privaten Versicherungsunternehmen mit einem festgelegten Anteil von sieben Prozent an den Gesamtkosten beteiligen.

Mit der gesetzlichen Verstetigung geht eine wesentliche Erweiterung des Aufgabenspektrums einher. Als zentrale neue Kernaufgabe ist die Entwicklung eines standardisierten Nutzennachweises für digitale Anwendungen in der pflegerischen Versorgung hinzugekommen. Die gesetzliche Regelung schreibt hierfür vor, dass dieser Nutzennachweis als ein modularer, risikoadaptierter und settingbezogener Bewertungsrahmen auszugestalten ist, um versorgungsbezogene Wirkungen, Pflegequalität und Wirtschaftlichkeit transparent und wissenschaftlich begründet messbar zu machen.

Darüber hinaus wird dem Kompetenzzentrum die Aufgabe übertragen, einen systematischen Katalog über nachweislich entlastende und unterstützende digitale sowie technische Systeme zu erstellen und fortlaufend zu pflegen. Dieser Katalog dient den Vertragsparteien als objektive Hilfestellung bei Pflegesatzvereinbarungen mit vollstationären Pflegeeinrichtungen, um die neu eingeführten, sogenannten Transformationsstellenanteile nach § 113e sachgerecht und im vorgesehenen Umfang geltend machen zu können.

Das Kompetenzzentrum wird in diesem Zusammenhang dazu verpflichtet, die praktischen Auswirkungen und die tatsächliche Entlastungswirkung dieser Transformationsstellen in den Pflegeeinrichtungen wissenschaftlich zu evaluieren und die Ergebnisse strukturiert in Form von Zwischen- und Endberichten transparent zu machen.

Unabhängig von dieser spezifischen Überprüfung ergeht für die Gesamtarbeit des Zentrums die Verpflichtung, bis zum Jahr 2028 jährlich und im Anschluss daran im zweijährlichen Turnus einen barrierefreien Bericht über die Ergebnisse und Fortschritte über das Bundesministerium für Gesundheit an den Deutschen Bundestag zu übermitteln.

Die Struktur des beratenden Beirats wird personell durch die Besetzung dieses Gremiums um die Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene erweitert.

B Stellungnahme

Die Neuregelung ist sachgerecht. Die dauerhafte Verstetigung des Kompetenzzentrums Digitalisierung und Pflege schafft eine verlässliche fachliche Struktur, um den

digitalen Wandel in der Langzeitpflege strategischer und systematischer als bisher zu begleiten. Besonders zu begrüßen ist dabei die neue Aufgabe zur Entwicklung eines standardisierten Nutzennachweises für digitale Anwendungen in der pflegerischen Versorgung. Auch die Erweiterung des Beirates um die Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene ist folgerichtig. Da die Verbände der Pflegekassen auf Bundesebene bereits bisher im Beirat vertreten waren, stellt die Einbindung der Krankenkassen eine notwendige und sachgerechte Harmonisierung dar, die der engen Verzahnung von Kranken- und Pflegeversicherung in der Versorgungspraxis Rechnung trägt.

Der in Absatz 1 Nummer 2 weiterhin verwendete Begriff der „Pflegeberatungsstellen" kollidiert mit der neuen Systematik des Gesetzentwurfs, der über die Paragraphen 7c und 7d die regionale Pflegebegleitung als neues Kerninstrument zum 01.01.2029 einführt und hierfür völlig veränderte, teils kommunale Organisationszuständigkeiten vorsieht. Zur Vermeidung redaktioneller Missverständnisse und systematischer Widersprüche im SGB XI sollte der Gesetzgeber diesen Begriff über Artikel 2 in Verbindung mit Artikel 11 Absatz 3 an die neue, reformierte Regelungsstruktur anpassen.

C Änderungsvorschlag

In Artikel 2 wird nach der Ziffer 5 eine neue Ziffer 5a wie folgt eingefügt:

In § 10 Absatz 1 Nummer 2 werden die Wörter „für Pflegeberatungsstellen" durch die Wörter „für die für die Pflegebegleitung zuständigen Stellen" ersetzt.

Nr. 13 § 11 Förderung von Innovation und Digitalisierung

A Beabsichtigte Neuregelung

Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen wird ermächtigt, aus Mitteln des Ausgleichsfonds jährlich 10 Mio. Euro für Modellvorhaben zur Erprobung eines telefonischen und digital gestützten Angebots zur bedarfsgerechten Steuerung in pflegerischen Akutsituationen (Pflegenottelefon) bereitzustellen. Die Modellvorhaben sollen die intersektorale Vernetzung mit bestehenden telefonischen und digitalen Angeboten des Notdienstes nach § 75 Abs. 1b SGB V, der Notfallversorgung oder anderer komplementärer Dienste sicherstellen, sind auf höchstens fünf Jahre zu befristen und verpflichtend nach allgemeinen wissenschaftlichen Standards zu evaluieren. Das Auszahlungsverfahren wird per Vereinbarung zwischen dem GKV-Spitzenverband und dem Bundesamt für Soziale Sicherung geregelt.

Zudem wird ein neues, umfassendes Förderprogramm zur Digitalisierung ambulanter und stationärer Pflegeeinrichtungen für die Jahre 2027 bis 2031 im Gesamtvolumen von 1,6 Milliarden Euro verankert. Die Finanzierung erfolgt abweichend vom bisherigen Recht nicht mehr aus Mitteln der Pflegeversicherung, sondern über das Sondervermögen des Bundes für Infrastruktur und Klimaneutralität. Für die Bundesländer ist eine Kofinanzierung von insgesamt 400 Millionen Euro vorgesehen, was einem Finanzierungsanteil von 80 % durch den Bund und 20 % durch die Länder an der Gesamtfördersumme entspricht. Die Bundesmittel werden auf Basis der amtlichen Pflegestatistik verteilt, während der Länderanteil über den Königsteiner Schlüssel aufgeteilt wird.

Der förderfähige Gegenstand wird erheblich ausgeweitet und umfasst neben digitalen Pflegeanwendungen explizit auch die IT-Infrastruktur, Verwaltungs-, Organisations- und Managementsysteme, Assistenzsysteme zur Personalentlastung, interoperable Schnittstellen sowie Maßnahmen zur IT-Sicherheit. Die zugelassenen Einrichtungen können die Fördermittel im Rahmen des Programms nun jährlich anstelle einer bisherigen Einmaligkeit beanspruchen. Die konkreten Förderhöhen pro Einrichtung und das Antragsverfahren werden in Richtlinien durch den GKV-Spitzenverband im Einvernehmen mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. und unter Beteiligung der Länder geregelt. Diese Richtlinien müssen zwingend Ausschlusskriterien zur Vermeidung von Doppelfinanzierungen (etwa mit landesrechtlichen Investitionsförderungen) enthalten.

B Stellungnahme

Die vorgesehenen Änderungen hinsichtlich der Modellvorhaben zur Erprobung eines Pflegenottelefons sind nicht sachgerecht. An Stelle der unmittelbaren Förderung von Modellvorhaben ist zunächst die Durchführung einer wissenschaftlich begleiteten Umsetzungs- und Machbarkeitsstudie anzustreben. Diese sollte untersuchen,

welche bestehenden Angebote bereits vorhanden sind, welche Funktionen telefonische oder digital gestützte Angebote übernehmen können, welche fachlichen Anforderungen an die Steuerung in pflegerischen Akutsituationen bestehen und welcher Träger- und Finanzierungsverantwortung die jeweiligen Aufgaben sachgerecht zuzuordnen sind. Auf dieser empirischen Grundlage kann bewertet werden, ob und in welcher Form zusätzliche Angebote notwendig und erforderlich sind.

Dies gilt insbesondere vor dem Hintergrund der nach § 7c Absatz 2 Nummer 8 vorgesehenen Aufgaben der Pflegebegleitung, der bereits wesentliche Aufgaben der Unterstützung, Koordination und fachlichen Einschätzung in pflegerischen Akutsituationen übertragen werden. Vor diesem Hintergrund ist zu klären, welchen zusätzlichen Versorgungsauftrag das Pflegenottelefon übernehmen soll und wie dieses gegenüber den Aufgaben der Pflegebegleitung abzugrenzen oder mit ihr zu verzahnen sind.

Eine vorgelagerte Umsetzungs- und Machbarkeitsstudie könnte zugleich dazu beitragen, Versorgungslücken und einen möglichen zusätzlichen Unterstützungsbedarf zu identifizieren, den Aufbau von Parallelstrukturen zu vermeiden und eine ungesteuerte und ineffiziente Mittelverwendung zu Lasten des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung zu verhindern. Erst nach dem Nachweis eines realen, strukturellen Mehrwerts für die Versicherten sollte über die konkrete Förderung entschieden werden.

Darüber hinaus sind die Änderungen sachgerecht. Jedoch empfiehlt es sich im Rahmen des Förderprogramms für ambulante und stationäre Pflegeeinrichtung zu berücksichtigen, dass die geförderten Maßnahmen auch im Einklang mit der Personal- und Organisationsstruktur der jeweiligen Pflegeeinrichtung stehen müssen. Demnach sollten digitale Technologien nicht willkürlich zum Einsatz kommen, sondern die Pflegeeinrichtungen muss vorab in den Blick nehmen, in welchen Bereichen die Implementierung digitaler Technologien sinnvoll erscheint und dadurch das Pflegepersonal entlastet sowie die Pflegequalität verbessert wird. Im Ergebnis dürfen also nur Maßnahmen förderfähig sein, soweit die Pflegeeinrichtung nachweisen kann, dass diese effektiv und effizient in die gesamte Organisationsstruktur eingebunden werden und die notwendigen organisatorischen, interoperablen Schnittstellen für die interprofessionelle Zusammenarbeit etabliert sind.

Ergänzend wird vorgeschlagen, die in § 113e SGB XI vorgesehene Finanzierung von Transformationsstellenanteilen zunächst im Rahmen wissenschaftlich begleiteter Modellvorhaben nach § 11 zu erproben. Die Zielsetzung, durch den Einsatz technischer und digitaler Systeme das Pflege- und Betreuungspersonal zu entlasten und einen effizienteren Personaleinsatz zu fördern, wird ausdrücklich begrüßt. Die vorgesehene Gleichstellung rechnerischer Transformationsstellenanteile mit regulär zu besetzender Personalausstattung im Rahmen der Pflegesatzvereinbarungen wird jedoch kritisch bewertet. Insbesondere ist bislang nicht ausreichend geklärt, in wel-

chem Umfang technische und digitale Systeme tatsächlich zu einer messbaren Personalentlastung führen und welche Auswirkungen sich daraus auf die Personalbemessung, die Pflegequalität und die Wirtschaftlichkeit der Versorgung ergeben.

Die bereits vorgesehenen wissenschaftlichen Nachweise zur entlastenden Wirkung technischer Systeme sowie die begleitende Evaluation sind sachgerecht. Sie sollten jedoch durch eine vorgelagerte praktische Erprobung der Auswirkungen auf die Personalbemessung und Pflegevergütung ergänzt werden. Daher wird vorgeschlagen, die Regelung zu Transformationsstellenanteilen aus § 113e SGB XI herauszulösen und als eigenständiges, zeitlich befristetes Modellvorhaben in § 11 Absatz 1a (neu) SGB XI aufzunehmen. Im Rahmen der Modellvorhaben sollten insbesondere die tatsächlichen Auswirkungen auf die Personalausstattung, die Arbeitsorganisation, die Pflegequalität, die Wirtschaftlichkeit sowie die finanziellen Belastungen der Pflegebedürftigen untersucht werden. Die erforderliche Mindestpersonalausstattung ist dabei jederzeit sicherzustellen. Eine zusätzliche finanzielle Belastung der Pflegebedürftigen ist auszuschließen. Erst auf Grundlage einer unabhängigen wissenschaftlichen Evaluation sollte über eine mögliche Überführung von Transformationsstellenanteilen in die Regelversorgung entschieden werden.

C Änderungsvorschlag

Nach § 11 Absatz 1 wird folgender Absatz 1a eingefügt:

„(1a) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen führt im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit in den Jahren 2028 bis 2032 wissenschaftlich begleitete Modellvorhaben zur Erprobung von Transformationsstellenanteilen in vollstationären Pflegeeinrichtungen durch.
Ziel der Modellvorhaben ist die Untersuchung, ob und unter welchen Voraussetzungen der Einsatz technischer oder digitaler Systeme zur Unterstützung und Entlastung des Pflege- und Betreuungspersonals bei der Personalbemessung nach § 113c und der Bemessung der Pflegevergütung berücksichtigt werden kann.
Im Rahmen der Modellvorhaben können die Vertragspartner nach § 85 Absatz 2 für teilnehmende Einrichtungen zeitlich befristet Transformationsstellenanteile im Umfang von bis zu 10 % des Korridors zwischen der mindestens zu vereinbarenden Personalausstattung nach § 113c Absatz 5 Satz 1 Nummer 1 und der höchstens zu vereinbarenden Personalausstattung nach § 113c Absatz 1 Nummer 2 und 3 gesondert vereinbaren. Diese Vereinbarungen dienen ausschließlich der modellhaften Erprobung. Die gesetzlich vorgeschriebene Mindestpersonalausstattung bleibt unberührt. Die aus den Modellvorhaben entstehenden zusätzlichen Aufwendungen sind aus den Fördermitteln nach Absatz 1 zu finanzieren. Eine Doppelfinanzierung bereits anderweitig geförderter Aufwendungen sowie zusätzliche finanzielle Belastungen der Pflegebedürftigen sind auszuschließen.

Die Modellvorhaben sind unabhängig wissenschaftlich zu begleiten und zu evaluieren. Dabei sind insbesondere die Auswirkungen auf die tatsächliche Personalausstattung, die Arbeitsorganisation, die Pflegequalität, die Sicherheit und Selbstbestimmung der Pflegebedürftigen sowie die Wirtschaftlichkeit zu untersuchen.
Das Kompetenzzentrum Digitalisierung und Pflege nach § 10 ist an der fachlichen Begleitung und Auswertung zu beteiligen.
Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen legt dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 30.06.2033 einen Abschlussbericht mit Empfehlungen für eine mögliche Überführung der Ergebnisse in die Regelversorgung vor."

§ 11 Abs. 2 wird wie folgt gefasst:

(2) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen beauftragt aus Mitteln des Ausgleichsfonds nach § 65 eine wissenschaftlich begleitete Umsetzungs- und Machbarkeitsstudie zur bedarfsgerechten Unterstützung und Steuerung in pflegerischen Akutsituationen. Gegenstand der Studie ist die Untersuchung bestehender und vorgesehener Beratungs-, Unterstützungs- und Versorgungsangebote sowie deren Aufgaben, Zuständigkeiten und Schnittstellen. Dabei sind insbesondere die Aufgaben der Pflegebegleitung nach § 7c sowie die Möglichkeiten der Vernetzung mit bestehenden telefonischen und digitalen Angeboten des Notdienstes nach § 75 Absatz 1b des Fünften Buches, der Notfallversorgung und anderer komplementärer Dienste zu berücksichtigen. Die Studie soll bestehende Versorgungslücken und Unterstützungsbedarfe identifizieren und untersuchen, welche fachlichen, organisatorischen, technischen und finanziellen Voraussetzungen für eine bedarfsgerechte Steuerung in pflegerischen Akutsituationen erforderlich sind. Auf Grundlage der Ergebnisse ist ein Konzept für eine nachhaltige, sektorenübergreifend anschlussfähige und übertragbare Ausgestaltung der Unterstützung und Steuerung in pflegerischen Akutsituationen zu entwickeln. Dabei ist darzustellen, wie bestehende und vorgesehene Strukturen genutzt und miteinander verzahnt, Doppelstrukturen vermieden und Zuständigkeiten sowie Träger- und Finanzierungsverantwortung sachgerecht ausgestaltet werden können. Das Konzept soll die Grundlage für eine dauerhafte und wirtschaftliche Umsetzung bilden.

In § 11 Abs. 4 wird in Satz 2 folgendes hinzugefügt:

„...Technologien, deren effektiver und effizienter Einsatz in die gesamte Organisationsstruktur der Pflegeeinrichtung entsprechend von dieser nachzuweisen ist."

Nr. 13 § 12 (neu) Förderung guter Versorgung

A Beabsichtigte Neuregelung

Die bisherigen Förderregelungen nach § 8 Absatz 3a, 3c, 7, 9 und 10 SGB XI werden im neuen § 12 SGB XI zusammengeführt. Die Förderung von Maßnahmen zur Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf wird um Maßnahmen zur Stärkung rehabilitativer Aspekte der pflegerischen Versorgung erweitert. Künftig können Pflegeeinrichtungen insbesondere Konzepte zur Verbesserung und Wiederherstellung der Selbstständigkeit und der Fähigkeiten pflegebedürftiger Menschen sowie entsprechende Qualifizierungsmaßnahmen für Beschäftigte fördern lassen. Darüber hinaus werden die Möglichkeiten zur Erprobung innovativer Versorgungskonzepte und zur Zusammenarbeit zwischen Pflegeeinrichtungen und Wissenschaft erweitert.

B Stellungnahme

Die vorgesehenen Änderungen sind sachgerecht. Insbesondere die Erweiterung der bestehenden Fördermöglichkeiten um rehabilitative Maßnahmen ist zu begrüßen. Die gezielte Förderung entsprechender Versorgungskonzepte kann dazu beitragen, die Selbstständigkeit pflegebedürftiger Menschen länger zu erhalten, vorhandene Fähigkeiten zu verbessern und einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit entgegenzuwirken. Zugleich wird die rehabilitative Ausrichtung der pflegerischen Versorgung gestärkt. Positiv ist zudem, dass für die Erweiterung des Förderkatalogs bislang nicht ausgeschöpfte Fördermittel genutzt werden sollen und dadurch keine zusätzlichen Ausgaben entstehen. Bei der Umsetzung ist auf ein unbürokratisches Förderverfahren und eine klare Abgrenzung zu bereits finanzierten Leistungen zu achten.

Die in Absatz 4 weiterhin enthaltene Bezugnahme auf die aktivierende Pflege sollte an das geltende ressourcenorientierte Pflegeverständnis angepasst werden. Der Begriff stammt aus der Zeit eines verrichtungsorientierten Pflegebedürftigkeitsbegriffs und bildet das heutige Pflegeverständnis nicht mehr angemessen ab. Pflege orientiert sich an den Ressourcen und Bedürfnissen der pflegebedürftigen Menschen und verfolgt das Ziel, ihre Selbstständigkeit und Fähigkeiten zu erhalten und zu fördern.

Dabei ist sicherzustellen, dass die Förderung rehabilitativ ausgerichteter Maßnahmen über die bereits im Rahmen der regulären pflegerischen Versorgung zu erbringenden Leistungen hinausgeht. Eine entsprechende Präzisierung dient zugleich der Abgrenzung der förderfähigen Maßnahmen.

C Änderungsvorschlag

In § 12 Absatz 4 Satz 2 werden die Wörter „die über die aktivierende Pflege hinausgehen“ durch die Wörter „die über die im Rahmen der regulären Pflege ohnehin zu

erbringenden, an den Ressourcen und Bedürfnissen des Menschen orientierten pflegerischen Maßnahmen hinausgehen“ ersetzt.

Nr. 15 § 14 Begriff der Pflegebedürftigkeit

A Beabsichtigte Neuregelung

Der Medizinische Dienst Bund erhält den Auftrag, in den Richtlinien die Wahrscheinlichkeitsprognose für die Dauer der Pflegebedürftigkeit von mindestens sechs Monaten als Leistungsvoraussetzung unter Berücksichtigung von Therapie, Rehabilitations- und Präventionspotenzialen zu konkretisieren.

B Stellungnahme

Die Konkretisierung ist sachgerecht und ermöglicht, noch stärker auf Potenziale zur Verbesserung von Beeinträchtigungen hinzuweisen.

C Änderungsvorschlag

Keiner

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

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Schwellenwerte für die Pflegegrade 1, 2 und 3, ab denen jeweils eine Höherstufung in den nächsten Pflegegrad erfolgt, und die Modulpunkte in der Bewertungssystematik (Anlage 2) werden auf die von der Wissenschaft ursprünglich empfohlenen Schwellenwerte und Modulpunkte hochgesetzt.

B Stellungnahme

Die Anpassung in der Begutachtungssystematik ist sachgerecht und kann kurzfristig eine Dämpfung einer weiteren Zunahme der Pflegeprävalenz erzielen. Zweifel über Kostenwirkungen bestehen allerdings hinsichtlich den ausgewiesenen Einsparpotenzialen durch die Anpassung der Schwellenwerte bei der Begutachtungssystematik. Das WIdO hat bei der Bewertungssystematik zur Eingruppierung in Pflegegrade nur die Hälfte der Minderausgaben berechnet (siehe Fußnote 1 in der Zusammenfassung).

Für Personen, bei denen am 31.12.2026 bereits eine Pflegebedürftigkeit festgestellt war, wird eine umfassende Besitzstandsregelung verankert. Das ist sachgerecht (siehe Stellungnahme zu § 142b SGB XI).

C Änderungsvorschlag

Keiner

Nr. 17 § 17 Richtlinien des Medizinischen Dienstes Bund; Richtlinien der Pflegekassen

A Beabsichtigte Neuregelung

Ist eine Anpassung der Richtlinien erforderlich, hat der Medizinische Dienst Bund zu prüfen, ob und inwieweit das Begutachtungsverfahren aufgrund neuer pflegefachlicher oder medizinischer Erkenntnisse weiterentwickelt werden muss. Zudem sind Maßnahmen zur Entbürokratisierung für alle Beteiligten zu berücksichtigen und die Ergebnisse des Expertenbeirats fließen mit ein.

Der Absatz 1a wird aufgrund der neuen Regelungen zur Pflegebegleitung nach § 7c überarbeitet. Der GKV-Spitzenverband erhält unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes Bund den Auftrag, bis zum 30.09.2027 die sog. Pflegebegleitungs-Richtlinien zu erlassen.

B Stellungnahme

Die Neuregelung ist sachgerecht.

Damit die Begutachtungs-Richtlinie mit dem Stand der Wissenschaft Schritt hält, ist es zu begrüßen, dass neue pflegefachliche oder medizinische Kenntnisse unmittelbar in die Überarbeitung der Richtlinien einbezogen werden und ggf. zu einer Weiterentwicklung der Richtlinien führt.

Positiv zu bewerten ist im Zusammenhang mit der Pflegebegleitungs-Richtlinie, dass der Umfang der Richtlinie, also die Aufteilung in die Vorgaben zu den Inhalten, dem Verfahren, zur Durchführung und insbesondere zum Fallmanagement gesetzlich geregelt ist.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Nr. 18 § 18 Beauftragung der Begutachtung

A Beabsichtigte Neuregelung

Der Medizinische Dienst Bund wird dazu verpflichtet, in den Begutachtungs-Richtlinien verbindlich zu regeln, welche Unterlagen zwingend für die Durchführung einer Begutachtung erforderlich sind. Darüber hinaus hat der Medizinische Dienst Bund ein geeignetes, bundeseinheitliches Verfahren zu entwickeln, um in entsprechenden Fallkonstellationen den tatsächlichen Bedarf einer Begutachtung direkt bei den Antragstellenden zu erfragen, wobei auch die genaue Art und Weise sowie die hierfür zuständige Stelle für die Befragung normiert werden müssen.

Durch die Einführung eines neuen Absatzes 1a wird der Medizinische Dienst Bund zudem ermächtigt, im Benehmen mit dem GKV-Spitzenverband in den Richtlinien die Voraussetzungen zu regeln, unter denen eine Wiederholungsbegutachtung nach einer nachweislich erfolgreichen aktivierenden oder rehabilitativen Maßnahme gezielt auf Veranlassung der jeweiligen Pflegeeinrichtung beauftragt werden kann. Dabei soll sichergestellt werden, dass positive Effekte der aktivierenden Pflege zeitnah im System abgebildet und bestehende Fehlanreize zur Aufrechterhaltung hoher Pflegegrade abgebaut werden.

Sobald der finale Abschlussbericht des entsprechenden Modellvorhabens nach Paragraph 18e Absatz 6 vorliegt, sollen diese Richtlinien zwingend angepasst werden. Es ist verbindlich festzulegen, ob und unter welchen Voraussetzungen eine direkte Beauftragung der Begutachtung mit dem expliziten Ziel einer Rückstufung durch die in der Versorgung tätige Pflegefachperson erfolgen kann, um deren pflegefachliche Kompetenz und Urteilskraft im Begutachtungsverfahren strukturell zu stärken.

B Stellungnahme

Die in Absatz 1 vorgesehene Regelung ist abzulehnen. Die für die Begutachtung erforderlichen Unterlagen sind bereits in den geltenden Begutachtungs-Richtlinien des Medizinischen Dienstes Bund definiert. Diese Vorgaben werden von den Pflegekassen und Medizinischen Diensten in der Praxis umgesetzt, weshalb kein gesetzlicher Regelungsbedarf besteht.

Zudem fällt die Beratung der Versicherten nach den §§ 7 ff. SGB XI in den originären Aufgabenbereich der Pflegekassen. Angesichts der gesetzlichen Bearbeitungsfristen nach § 18c SGB XI liegt es im Eigeninteresse der Pflegekassen, Versicherte vor der Antragstellung umfassend zu informieren und aussichtslose Anträge zu vermeiden. Eine zusätzliche Verfahrensregelung in den Richtlinien des Medizinischen Dienstes Bund ist daher obsolet.

Die Regelung zur Wiederholungsbegutachtung ist sachgerecht. Allerdings sollte der Begriff der aktivierenden Pflege an das geltende ressourcenorientierte Pflegeverständnis angepasst werden. Maßgeblich sind pflegerische Maßnahmen, die sich an den Ressourcen und Bedürfnissen des pflegebedürftigen Menschen orientieren und zum Erhalt oder zur Verbesserung seiner Selbstständigkeit und Fähigkeiten beitragen.

C Änderungsvorschlag

In § 18 Absatz 1a werden die Wörter „erfolgreicher aktivierender oder rehabilitativer Maßnahmen“ durch die Wörter „erfolgreicher, an den Ressourcen und Bedürfnissen des Menschen orientierter pflegerischer oder rehabilitativer Maßnahmen“ ersetzt.

Die Änderung zu § 18 Absatz 1 Satz 4 ist zu streichen.

Nr. 20 § 18b Inhalt und Übermittlung des Gutachtens

A Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Neuregelung in § 18b SGB XI wird der Medizinische Dienst Bund verpflichtet, die Anforderungen an das Gutachten der Pflegebegutachtung gem. § 18 SGB XI anzupassen. Eine Empfehlung der Gutachter zu Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation ist künftig grundsätzlich auszusprechen, sofern dieser Empfehlung nichts entgegensteht. Eine Ausnahme-Regel-Umkehr als Förderinstrument für Rehabilitationsempfehlungen wird vorgenommen.

Darüber hinaus müssen im Gutachten verpflichtend Empfehlungen zu konkreten Handlungsbedarfen für die neu eingeführte, regional verankerte Pflegebegleitung ausgesprochen werden. Das vollständige Gutachten ist der zuständigen Pflegekasse in gesicherter elektronischer Form zu übermitteln. Die für die Durchführung der Pflegebegleitung erforderlichen Informationen aus dem Gutachten sind – nach vorheriger Einwilligung der pflegebedürftigen Person – ebenfalls in gesicherter elektronischer Form an die jeweils zuständige Stelle der Pflegebegleitung weiterzuleiten.

B Stellungnahme

Die Ergänzung der Regelung zu den Empfehlungen zur medizinischen Rehabilitation wird als nicht sachgerecht abgelehnt und sollte gestrichen werden.

Die im Bericht des GKV-Spitzenverbandes nach § 18d Abs. 1 SGB XI für das Berichtsjahr 2024 dokumentierten Erfahrungen legen nahe, dass die Neuregelung zwar das formale Potenzial für Rehabilitationsempfehlungen erhöht, damit jedoch nicht zwangsläufig eine Verbesserung der tatsächlichen rehabilitativen Versorgung einhergeht. Vielmehr besteht die Gefahr, dass lediglich die statistische Empfehlungsquote steigt, ohne dass mehr Rehabilitationsmaßnahmen durchgeführt werden.

Die amtlichen Statistiken des GKV-Spitzenverbandes belegen, dass die Zahl der Rehabilitationsempfehlungen des Medizinischen Dienstes in den vergangenen zehn Jahren kontinuierlich gestiegen ist, während die reale Inanspruchnahme durch die Versicherten auf niedrigem Niveau stagniert. Die Neuregelung führt somit zu einem rein bürokratischen Mehraufwand bei der Begutachtung, ohne einen messbaren strukturellen Effekt in der tatsächlichen Versorgung zu erzielen. Das gewählte Instrument ist daher ungeeignet, um das verfolgte Ziel zu erreichen, also eine Ausweitung der Inanspruchnahme von Rehabilitationsmaßnahmen.

Unklar ist ebenfalls, warum die benannten Einsparpotenziale durch u. a. Rehabilitation im Bereich der SPV beziffert werden, Mehrausgaben in der GKV jedoch nicht ausgewiesen sind.

Die Verpflichtung zur Formulierung spezifischer Empfehlungen im Kontext der neu eingeführten Pflegebegleitung ist hingegen sachgerecht, um eine zielgerichtete ambulante Unterstützung zu gewährleisten.

C Änderungsvorschlag

Die Ergänzung in § 18b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 Buchstabe b „sofern nicht Gründe entgegenstehen, die im Gutachten für den einzelnen Fall gesondert zu erläutern sind," ist zu streichen.

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

A Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Änderung in § 18c SGB XI wird die Regelung zur Zahlung der Verzögerungsgebühr durch die Pflegekassen modifiziert. Die Neuregelung stellt klar, dass eine Pflicht zur Fortzahlung der Gebühr nach bereits abgelaufener Bearbeitungsfrist dann nicht besteht, wenn die Pflegekasse die darauffolgende, weitere Verzögerung des Verfahrens nicht zu vertreten hat.

B Stellungnahme

Die Regelung zur Zahlung einer Gebühr bei Überschreitung der Bearbeitungsfristen ist vollständig zu streichen. Angesichts des zu erwartenden signifikanten Anstiegs von Anträgen durch die Anpassung der Schwellenwerte nach § 15 SGB XI sowie im Sinne der Finanzierungsstabilität der sozialen Pflegeversicherung ist dieses Sanktionsinstrument nicht mehr sachgerecht. Beitragsmittel müssen effizient für die direkte Versorgung eingesetzt werden.

Nach § 18c Absatz 1 SGB XI haben Pflegekassen innerhalb von 25 Arbeitstagen über einen Leistungsantrag zu entscheiden. Bei Überschreitung dieser Frist ist eine wöchentliche Gebühr von 70 Euro an den Antragsteller zu zahlen, es sei denn, die Pflegekasse hat die Verzögerung nicht zu vertreten. In der Praxis haben die Pflegekassen jedoch regelmäßig Fristüberschreitungen zu verantworten, die auf der Dauer der Begutachtung durch die weisungsunabhängigen Medizinischen Dienste (MD) beruhen. Die Ursachen für längere Laufzeiten beim MD – wie ein hohes Antragsvolumen, kurzfristige Terminabsagen oder ungeplante Krankenhausaufenthalte der Antragsteller – liegen außerhalb des Einflussbereichs der Pflegekassen.

Der mit der Gebühr verbundene Vorwurf einer verzögerten Bearbeitung durch die Kassen ist unbegründet; die internen Prozesse sind bereits weitgehend optimiert und automatisiert. Die Ausnahmeregelung in Absatz 5 führt zu keinem Mehrwert für die antragstellenden Personen und widerspricht dem gesetzlichen Ziel der Entbürokratisierung, da sie zusätzlichen Prüf- und Dokumentationsaufwand darüber erzeugt, wer die jeweilige Verzögerung zu vertreten hat.

Zur umfassende Besitzstandsregelung siehe unsere Stellungnahme zu § 142b (neu).

C Änderungsvorschlag

In § 18c werden die Absätze 5 und 6 gestrichen.

Alternativ:
Nach § 18c Absatz 5 wird ein neuer Absatz 5a eingefügt:

„(5a) Liegt die Ursache der Fristüberschreitung nach Absatz 5 Satz 1 im Verantwortungsbereich des Medizinischen Dienstes, hat der Medizinische Dienst der Pflegekasse den von der Pflegekasse an den Antragsteller gezahlten Betrag wegen Fristüberschreitung zu erstatten."

Nr. 22 § 18f (neu) Beirat zur Weiterentwicklung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs, des Begutachtungsinstrumentes und des Verfahrens zur Pflegebegutachtung

A Beabsichtigte Neuregelung

Beim Medizinischen Bund wird ein Expertenbeirat mit unabhängigen Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern zur Weiterentwicklung des Begutachtungsverfahrens etabliert. Ihm obliegt die Aufgabe, regelmäßig den sozialrechtlich definierten Begriff der Pflegebedürftigkeit und das Verfahren einschließlich des Begutachtungsinstruments zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit einer wissenschaftlichen Revision zu unterziehen und Empfehlungen zu seiner Weiterentwicklung und zu gesetzlichen Anpassungen zu geben. An den Sitzungen des Beirats nehmen beratend der GKV-Spitzenverband, der Verband der Privaten Krankenversicherung e. V., das Bundesministerium für Arbeit und Soziales und eine Vertretungsperson aus den maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen von Personen mit Pflegebedarf und mit Behinderung.

B Stellungnahme

Die Etablierung eines unabhängigen Beirates beim Medizinischen Dienst Bund ist sachgerecht. Gleichermaßen wird die Festlegung der beratenden Organisationen begrüßt, denn die Empfehlungen des Beirats haben unmittelbare Auswirkungen auf die Strukturen und Prozesse der Gutachterdienste und der Pflegekassen wie auch auf den Zugang zu den Leistungen der Pflegeversicherung.

In Anbetracht der besonderen Bedeutung und des damit einhergehenden öffentlichen Interesses am Begutachtungsverfahren der Pflegeversicherung sollte der Beirat jährlich einen Bericht veröffentlichen, um dem öffentlichen Informationsbedürfnis Rechnung zu tragen.

Es empfiehlt sich, den Paragraph – in Anlehnung an bisherigen Regelungen zur Etablierung von Institutionen im Kranken- und Pflegeversicherungsrecht - zu straffen. Insbesondere für prozessuale Regelungen ist eine Ermächtigungsgrundlage für den unabhängigen Beirat auszusprechen statt einer detaillierten gesetzlichen Normierung.

C Änderungsvorschlag

In § 18f wird im Absatz 9 folgender Satz angefügt:

„Der Bericht des Beirats nach Satz 1 wird auf der Internetseite des Medizinischen Dienst Bund zum 31.03. des Folgejahres veröffentlicht.“

Nr. 25 § 30 Dynamisierung

A Beabsichtigte Neuregelung

Es wird ein regelgebundener Dynamisierungsmechanismus für die Leistungen der sozialen Pflegeversicherung ab 01.01.2029 etabliert. Danach werden die Leistungen jährlich anhand des geometrischen Mittels der Kerninflation über die drei vorausgehenden Jahre fortgeschrieben, maximal jedoch bis zur Höhe der Bruttolohn- und Gehaltssummenentwicklung je beschäftige Person.

Die mit dem PUEG gesetzliche Verpflichtung, die Leistungsbeträge im Jahr 2028 um die kumulierte Kerninflationsrate fortzuschreiben, entfällt ersatzlos.

B Stellungnahme

Eine regelgebundene künftig jährliche Dynamisierung der Pflegeversicherungsleistungen ist sachgerecht. Dies bietet insbesondere den Pflegekassen eine solide Grundlage zur Abschätzung von Ausgabenentwicklungen. Solange jedoch die jährliche Kerninflationsrate unterhalb der Lohnentwicklung liegt, werden die Versicherungsleistungen an Wert verlieren. Damit wird auch zunehmend die Akzeptanz für eine Versicherungslösung zur Abdeckung des Pflegerisikos bzw. die Pflegeversicherung als Teilleistungssystem verloren gehen.

Letztmalig wurde mit der zweiten Stufe des Pflegeunterstützungs- und Entlastungsgesetz (PUEG) im Jahr 2025 die Leistungen der Pflegeversicherung um 4,5 % angehoben. Sachgerecht wäre es gewesen, die Leistungen der Pflegeversicherung im Jahr 2028 fortzuschreiben, um den Wertverlust der Versicherungsleistungen abzumildern.

Ergänzend sind auf daraus resultierende zusätzliche Verwaltungsaufwände bei Vergütungsvereinbarungen hinzuweisen: Bei vollstationärer Pflege sind die einrichtungseinheitlichen Eigenanteile gesetzlich bedingt Bestandteil der Pflegesatzvereinbarung, die prospektiv für eine bestimmte Laufzeit geschlossen wird. Bei Änderungen der Leistungsbeträge innerhalb dieser Laufzeit müssen die Pflegekassen mit jeder vollstationären Pflegeeinrichtung darüber eine Ergänzungsvereinbarung abschließen, welches ein bürokratisch sehr aufwendiges Verwaltungsverfahren für beide Vertragsparteien darstellt.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Nr. 26 § 33 Leistungsvoraussetzungen

A Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Änderung in § 33 SGB XI werden die Kriterien für eine Befristung des Pflegegrades neu gefasst. Für die Einschätzung durch die Gutachter des Medizinischen Dienstes, ob eine Zuordnung zu einem Pflegegrad zu befristen ist, reicht es künftig aus, wenn eine argumentativ zu begründende, hohe Wahrscheinlichkeit für eine Verringerung der Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten vorliegt. Die genauen Anforderungen an diese Wahrscheinlichkeitsprognose werden in den Richtlinien nach § 17 Absatz 1 SGB XI näher konkretisiert.

B Stellungnahme

Die Regelung ist sachgerecht und nachvollziehbar. Die Präzisierung der Kriterien für eine Befristung der Pflegegradzuordnung sorgt für mehr Rechtssicherheit im Begutachtungsverfahren. Dass der bisherige unbestimmte Begriff „voraussichtlich" durch das Erfordernis einer nachzuweisenden „hohen Wahrscheinlichkeit" für eine Verbesserung der Selbstständigkeit ersetzt wird, schützt Versicherte vor unbegründeten Befristungen. Gleichzeitig werden die Gutachter des Medizinischen Dienstes durch die geplante Konkretisierung in den Richtlinien besser in die Lage versetzt, eine fundierte und argumentativ nachvollziehbare Prognose abzugeben. Dies ermöglicht eine sachgerechte und gezielte Anwendung von Befristungen in den Fällen, in denen ein tatsächliches Rehabilitationspotenzial vorliegt.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Nr. 27 § 34 Ruhen der Leistungsansprüche

A Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Änderung werden die Vorschriften zum Ruhen des Leistungsanspruchs angepasst. Bei einem Aufenthalt in einer stationären Einrichtung der Kinder- und Jugendhospizversorgung ruht der Anspruch auf das Pflegegeld, einschließlich des anteiligen Pflegegeldes, künftig für die ersten acht Wochen nicht. Das Pflegegeld ist für diesen Zeitraum in voller Höhe weiterzuzahlen.

B Stellungnahme

Die Regelung ist sachgerecht. Durch die Weiterzahlung des Pflegegeldes für einen Zeitraum von bis zu acht Wochen werden Familien mit pflegebedürftigen Kindern bei vorübergehenden Aufenthalten in stationären Kinder- und Jugendhospizen finanziell abgesichert. Da diese Aufenthalte der Entlastung der Familie dienen und die häusliche Pflegebereitschaft der Angehörigen unverändert fortbesteht, ist die Aussetzung des Ruhenstatbestands systematisch folgerichtig.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Nr. 28 § 35b (neu) Abtretung bei Kostenerstattung

A Beabsichtigte Neuregelung

Es wird ein Verfahren zur digitalen Anzeige von Abtretungserklärungen etabliert. Versicherte können eine Abtretung von Kostenerstattungsansprüchen gegenüber der Pflegekasse verbindlich anzeigen, die dort bis auf Widerruf gespeichert wird. Dies ermöglicht es dem benannten Leistungserbringer, erbrachte Leistungen direkt mit der Pflegekasse abzurechnen, ohne für jeden Abrechnungsvorgang eine erneute Abtretungserklärung vorlegen zu müssen. Die Pflegekasse ist verpflichtet, die Zahlungen an den Leistungserbringer gegenüber der pflegebedürftigen Person anzuzeigen und dabei sowohl die Höhe der jeweiligen Zahlung als auch den verbleibenden Restanspruch auszuweisen.

B Stellungnahme

Die Regelungen sind sachgerecht. Die Möglichkeit, eine Abtretungserklärung einmalig digital bei der Pflegekasse zu hinterlegen, anstatt sie jeder einzelnen Abrechnung beizufügen, führt zu einem spürbaren Bürokratieabbau für Versicherte, Leistungserbringer und Pflegekassen. Das Verfahren stärkt zudem die Transparenz, da die pflegebedürftige Person durch die verpflichtende Ausweisung der Zahlungen und der verbleibenden Restansprüche jederzeit einen präzisen Überblick über ihr Leistungsbudget behält.

Die Regelung ist im engen Zusammenhang mit dem neu zu errichtenden Pflege-Cockpit nach § 7a zu sehen. Hierfür wurde den Pflegekassen eine Umsetzungsfrist bis 01.07.2028 gegeben. Daher sollte die Anzeigepflicht nach Absatz 4 verpflichtend an den Start des Pflege-Cockpits ab 01.07.2028 gekoppelt werden.

C Änderungsvorschlag

§ 35b Absatz 4 wird wie folgt gefasst:
„(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.“

Nr. 29 § 36 Pflegesachleistung

A Beabsichtigte Neuregelung

Es wird klargestellt, dass die ambulante Sachleistung den Versicherten künftig im Umfang eines flexiblen Sachleistungsbudgets zur Verfügung steht. Zum Ausgleich für den vollständigen Wegfall der bisherigen Verhinderungspflege (alter § 39) werden die monatlichen Leistungsbeträge in den Pflegegraden 2 und 3 um 94 Euro bzw. 93 Euro und in den Pflegegraden 4 und 5 um jeweils 231 Euro angehoben. Inhaltlich umfasst die häusliche Pflegehilfe weiterhin körperbezogene Pflegemaßnahmen, pflegerische Betreuungsmaßnahmen sowie Hilfen bei der Haushaltsführung. Da die Verhinderungspflege als Einzelleistung entfällt, soll die reguläre Sachleistung künftig auch dann unbürokratisch genutzt werden, wenn die Hauptpflegeperson an der Pflege gehindert ist.

B Stellungnahme

Die Erhöhung der monatlichen Leistungsbeträge ist sachgerecht. Die Maßnahme ist für die Pflegeversicherung kostenreduzierend, da die bisherige Verhinderungspflege nach dem alten § 39 gestrichen wird und die Regelung zum Gemeinsamen Jahresbetrag aufgehoben wird. Die pflegerische Ersatzpflege durch professionelle Leistungserbringer wird damit in das reguläre Sachleistungsbudget integriert. Diese Budgetbündelung reduziert die Anzahl an Einzelleistungen und senkt den bürokratischen und administrativen Aufwand.

Die sozialrechtliche Kategorisierung von Leistungen der Pflegeversicherung in körperbezogene Pflegemaßnahmen, pflegerische Betreuungsmaßnahmen und Unterstützung bei der Haushaltsführung ist zum einen einengend, da sie nicht alle relevanten Lebensbereiche nach § 14 SGB XI abbildet (insbesondere die Module 2 und 3). Zum anderen ist der Begriff der pflegerischen Betreuungsleistungen fachlich unzureichend hinterlegt und beschrieben.

Die Parallelität von sozialrechtlicher Kategorisierung und der Festlegung von relevanten Lebensbereichen nach § 14 SGB XI führt in der Praxis zu Problemen – unter anderem bei der Beschreibung pflegerischer Aufgabeninhalte in den Rahmenverträgen nach § 75 SGB XI. Deshalb sollten die Leistungen der Pflegeversicherung ausschließlich nach den in § 14 SGB XI beschriebenen relevanten Lebensbereichen ausgerichtet und um die Unterstützung bei der Haushaltsführung ergänzt werden. Entsprechend kann im Absatz 2 auf die Ausführungen zu „pflegerischen Betreuungsleistungen“ verzichtet werden, da sie mit der Beschreibung der pflegerischen Aufgaben anhand der Lebensbereiche obsolet sind.

C Änderungsvorschlag

§ 36 Absatz 1 wird wie folgt gefasst:

„Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 haben bei häuslicher Pflege Anspruch auf häusliche Pflegehilfe als Sachleistung. Der Anspruch umfasst pflegerische Maßnahmen in den in § 14 Absatz 2 genannten Bereichen Mobilität, kognitive und kommunikative Fähigkeiten, Verhaltensweisen und psychische Problemlagen, Selbstversorgung, Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen, Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte sowie Unterstützung bei der Haushaltsführung nach § 18a Absatz 3 Satz 4 Nr. 2.“

Absatz 2 Satz 3 wird gestrichen.

Nr. 30 § 37 Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen

A Beabsichtigte Neuregelung

Es wird festgelegt, dass das Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen künftig als Budgetleistung zur Verfügung steht. Zum Ausgleich für den Wegfall der bisherigen Verhinderungspflege (alter § 39) und den Wegfall des gesonderten Leistungsanspruchs für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel (alter § 40 Absatz 2) steigen die monatlichen Beträge in den Pflegegraden 2 und 3 um 33 Euro bzw. 31 Euro und in den Pflegegraden 4 und 5 um jeweils 90 Euro. Das Pflegegeld ist somit künftig auch für die Beschaffung verbrauchbarer Pflegehilfsmittel einzusetzen. Bei einer vorübergehenden Inanspruchnahme von Kurzzeitpflege oder von Pflegesachleistungen in einer pflegerischen Akutsituation wird das Pflegegeld für bis zu acht Wochen in hälftiger Höhe weitergezahlt.

Es werden Übergangsregelungen für die Inanspruchnahme von Beratungen in der Häuslichkeit aufgenommen. Die bisherigen Regelungen gelten weiter, bis die Pflegebegleitung ab 01.01.2029 in Anspruch genommen werden kann. Die bisher geltende Regelung zum Abruf von verpflichtenden Beratungseinsätze bleiben bis zum 31.12.2028 bestehen. Neu hinzu gekommen sind bis zu zwei zusätzliche Beratungen in der eigenen Häuslichkeit oder per Videokonferenz in den ersten drei Monaten nach erstmaligem Erhalt eines Pflegegrades für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 und 3.

B Stellungnahme

Die Neuregelungen werden befürwortet. Die Klarstellung des Budgetcharakters stellt eine sachgerechte redaktionelle Anpassung dar. Die Anhebung der Leistungsbeträge ist notwendig, um den Wegfall der bisherigen Verhinderungspflege sowie der Pauschale für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel finanziell teilweise zu kompensieren. Dies stärkt die Eigenverantwortung der Versicherten bei der bedarfsgerechten Mittelverwendung.

Die Zahlung des hälftigen Pflegegeldes während einer Kurzzeitpflege entspricht der geltenden Rechtslage. Es ist systematisch folgerichtig, diese Regelung auf den Sachleistungsbezug in pflegerischen Akutsituationen zu übertragen, da beide Leistungsarten über das neu geschaffene Überbrückungsbudget nach § 39 finanziert werden.

Die sozialrechtliche Kategorisierung von Leistungen der Pflegeversicherung in körperbezogene Pflegemaßnahmen, pflegerische Betreuungsmaßnahmen und Unterstützung bei der Haushaltsführung ist zum einen einengend, da sie nicht alle relevanten Lebensbereiche nach § 14 SGB XI abbildet (insbesondere die Module 2 und 3). Zum anderen ist der Begriff der pflegerischen Betreuungsleistungen fachlich unzureichend hinterlegt und beschrieben. Die Parallelität von sozialrechtlicher Kategorisierung und der Festlegung von relevanten Lebensbereichen nach § 14 SGB XI behindert die Etablierung eines zeitgemäßen Pflegeverständnisses. Deshalb sollten die Leistungen der

Pflegeversicherung ausschließlich nach den in § 14 SGB XI beschriebenen relevanten Lebensbereichen ausgerichtet und um die Unterstützung bei der Haushaltsführung ergänzt werden. Dies gilt gleichermaßen auch für die Beschaffung eigener Hilfen im Rahmen des Pflegegeldes.

C Änderungsvorschlag

§ 37 Absatz 1 Satz 2 wie folgt gefasst:

„Der Anspruch setzt voraus, dass der Pflegebedürftige mit dem Pflegegeld dem Umfang entsprechend die erforderliche Hilfe zum Ausgleich der Beeinträchtigen in relevanten Lebensbereichen und zur Gestaltung eines stabilen, nachhaltigen Versorgungsarrangements in geeigneter Weise selbst sicherstellt."

Nr. 32 § 39 Überbrückungsbudget

A Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Regelung wird ein neues Überbrückungsbudget eingeführt. Hierfür stehen je Kalenderjahr bis zu 2.285 Euro zur Verfügung. Die Mittel sind zweckgebunden für Pflegesachleistungen in pflegerischen Akutsituationen durch einen ambulanten Notdienst sowie für die Kurzzeitpflege in vollstationären Pflegeeinrichtungen einzusetzen.

Pflegeeinrichtungen werden verpflichtet, die Leistungserbringung gegenüber den Pflegekassen unverzüglich anzuzeigen, sofern die erbrachten Leistungen nicht rechtzeitig und vertragsgerecht abgerechnet werden können.

Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen wird verpflichtet, eine bundesweite digitale Übersicht über die regional verfügbaren Angebote der pflegerischen Überbrückungsversorgung und insbesondere über freie Plätze in der Akut-Kurzzeitpflege bereitzustellen.

Da die ambulanten Notdienste sowie die spezifischen Akut-Kurzzeitpflegeplätze strukturell erst ab dem 01.01.2028 flächendeckend zur Verfügung stehen, gilt eine Übergangsregelung: Bis zum 31. 12.2027 kann das Überbrückungsbudget auch für die pflegerische Überbrückungsversorgung durch regulär zugelassene ambulante Pflege- und Betreuungsdienste beansprucht werden.

B Stellungnahme

Die Neuregelung des Überbrückungsbudgets ist sachgerecht. Pflegebedürftige erhalten weiterhin ein jährlich flexibel einsetzbares Budget, um den geplanten Ausfall einer Pflegeperson über die Kurzzeitpflege zu kompensieren. Die Erweiterung, das Budget im Falle von Akutsituationen für eine vorübergehende professionelle Überbrückungspflege zu nutzen, sichert die Versorgung in Krisen ab.

Die Reduzierung des Leistungsbetrages auf 2.285 Euro gegenüber dem bisherigen gemeinsamen Jahresbetrag von 3.539 Euro ist konsequent. Da die Verhinderungspflege systematisch in die Pflegesachleistungen und das Pflegegeld verschoben wird, ist die Absenkung an dieser Stelle rechnerisch begründet. Weil das Budget nun schlanker zugeschnitten ist, aber zusätzlich die akute Notsituation abdeckt, ist die Leistungshöhe angemessen.

Die Einführung einer Anzeigepflicht der Leistungserbringer gegenüber den Pflegekassen erhöht die Leistungstransparenz. Sie stellt sicher, dass die Pflegekassen den aktuellen Restbetrag des Budgets zeitnah prüfen und ausweisen können.

Die geplante Übersicht über freie Plätze in der Akut-Kurzzeitpflege schafft die notwendige Markttransparenz für Betroffene. Im weiteren Verfahren ist darauf zu achten, dass ein verbindlicher Meldemechanismus verankert wird, der die ständige Aktualität der freien Kapazitäten technisch gewährleistet.

Es sollte im Rahmen einer gesetzlichen Evaluation überprüft werden, ob die Zusammenführung von planbarer Kurzzeitpflege und unvorhersehbarer Akutversorgung in einem einzigen Budget praxistauglich ist. Es besteht das Risiko, dass pflegebedürftige Personen das Budget im Laufe des Jahres für reguläre Kurzzeitpflege aufbrauchen. Tritt gegen Jahresende eine unvorhersehbare Notsituation ein, ist die Akutversorgung finanziell nicht mehr unterlegt.

Die Übergangsregelung bis zum 31.12.2027 ist sinnvoll. Die temporäre Öffnung des Überbrückungsbudgets für regulär zugelassene ambulante Pflege- und Betreuungsdienste sichert die pflegerische Versorgung in Notsituationen in der Einführungsphase.

C Änderungsvorschlag

In § 39 wird eine neuer Absatz 7 eingefügt:

„Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen wird beauftragt, im Rahmen eine Evaluation die Wirksamkeit eines gemeinsamen Budgets für Kurzzeitpflege und Akutversorgung zu prüfen. Der Evaluationsbericht ist dem Bundesministerium für Gesundheit bis 01.04.2031 vorzulegen."

§ 39a Pflegesachleistungen in pflegerischen Akutsituationen

A Beabsichtigte Neuregelung

Ab dem 01.01.2028 soll ein neuer Anspruch auf Pflegesachleistungen in pflegerischen Akutsituationen geschaffen werden. Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 sollen künftig Leistungen eines ambulanten Pflegenotdienstes in Anspruch nehmen können, wenn die häusliche Pflege vorübergehend nicht oder nicht im erforderlichen Umfang sichergestellt werden kann. Der Leistungsanspruch umfasst körperbezogene Pflegemaßnahmen sowie pflegerische Betreuungsmaßnahmen und ist auf die Dauer der Akutsituation begrenzt. Bei einer Inanspruchnahme von mehr als drei Kalendertagen ist eine Einschätzung der Pflegebegleitung nach § 7c einzuholen.

Übergangsweise ist im Jahr 2028 die Zustimmung der zuständigen Pflegekasse, durch den Notdienst in der ambulanten Pflege, einzuholen. Die Kostenübernahme durch die Pflegekasse ist auf die Höhe des jährlichen Überbrückungsbudgets nach § 39 Absatz 1 SGB XI begrenzt. Die näheren Anforderungen an die Feststellung und Dokumentation der Erforderlichkeit sollen durch Richtlinien, die der Spitzenverband Bund der Pflegekassen mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. erstellt, geregelt werden.

B Stellungnahme

Die Einführung eines eigenständigen Anspruchs auf Pflegesachleistungen in pflegerischen Akutsituationen wird grundsätzlich begrüßt. Die vorgesehene Regelung kann einen wichtigen Beitrag zur kurzfristigen Sicherstellung der häuslichen Pflege leisten und Versorgungslücken bei einem unvorhergesehenen Ausfall der pflegerischen Versorgung schließen. Zu bedenken ist, dass pflegerische Akutsituationen meist unvorhergesehen auftreten und sich weder hinsichtlich ihrer Häufigkeit noch ihres Umfangs planen lassen. Es bleibt daher offen, wie die notwendige Versorgung sichergestellt werden soll, wenn das Überbrückungsbudget zum Zeitpunkt des Eintritts einer Akutsituation bereits vollständig oder weitgehend ausgeschöpft ist.

Darüber hinaus wird angeregt, die Pflegebegleitung frühzeitig in die Versorgung einzubeziehen. Nach der vorgesehenen Regelung ist eine Einschätzung der Pflegebegleitung erst bei einer Inanspruchnahme von mehr als drei Kalendertagen einzuholen. Um eine zeitnahe Organisation der weiteren pflegerischen Versorgung zu ermöglichen und Versorgungslücken zu vermeiden, sollte die Pflegebegleitung bereits zu Beginn einer Akutsituation informiert werden, sofern diese die Versorgung durch den Notdienst nicht initiiert hat. Dabei ist sicherzustellen, dass die frühzeitige Einbindung der Pflegebegleitung nicht zu einer Verzögerung der Akutversorgung führt. Die näheren Verfahrensabläufe müssen im Rahmen der nach Absatz 4 vorgesehenen Richtlinien konkretisiert werden.

Zudem ist der Begriff der pflegerischen Betreuungsleistungen fachlich nicht hinterlegt oder beschrieben. Die Parallelität von sozialrechtlicher Kategorisierung und der Festlegung von relevanten Lebensbereichen nach § 14 führt zu Problemen in der

Praxis (u. a. bei der Beschreibung von Inhalten pflegerischer Aufgaben in der Praxis in den Rahmenverträgen nach § 75 SGB XI). Deshalb sind die Leistungen der Pflegeversicherung ausschließlich nach den in § 14 beschriebenen relevanten Lebensbereichen auszurichten und um Unterstützung bei der Haushaltsführung zu ergänzen.

C Änderungsvorschlag

§ 39a Absatz 2 wird wie folgt gefasst:

„Der Anspruch auf Pflegesachleistungen in pflegerischen Akutsituationen umfasst pflegerische Maßnahmen in den in § 14 Absatz 2 genannten Bereichen Mobilität, kognitive und kommunikative Fähigkeiten, Verhaltensweisen und psychische Problemlagen, Selbstversorgung, Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen, Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte."

In § 39a Absatz 3 wird nach Satz 1 der folgende Satz eingefügt:

„Der Notdienst in der ambulanten Pflege hat ab dem 01.01.2029 die Pflegebegleitung nach § 7c unverzüglich über die Inanspruchnahme der Pflegesachleistungen in einer Akutsituation zu informieren, sofern die Pflegebegleitung die Versorgung durch den Notdienst nicht selbst initiiert hat."

Nr. 36 § 41 Tagespflege und Nachtpflege

A Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Änderung wird der Katalog der anrechnungsfreien Kombinationsleistungen bei teilstationärer Pflege angepasst. Die Leistungen der Tages- und Nachtpflege können künftig neben den Ansprüchen auf Pflegesachleistungen (§ 36) und Pflegegeld (§ 37) auch vollständig neben dem neuen Überbrückungsbudget nach § 39 beansprucht werden. Eine gegenseitige Anrechnung oder Kürzung dieser Leistungsansprüche ist ausgeschlossen.

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 durch den folgenden Absatz 3 ersetzt:

„(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.“

Nr. 37 § 42 (neu) Kurzzeitpflege

A Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Neuregelung wird der Anspruch auf Kurzzeitpflege infolge der Einführung des neuen Überbrückungsbudgets und dem damit verbundenen Wegfall des Gemeinsamen Jahresbetrags neu strukturiert. Kurzzeitpflege kann künftig für eine Übergangszeit nach einem Krankenhausaufenthalt sowie neu bei einer pflegerischen Akutsituation oder einer sonstigen Überbrückungssituation beansprucht werden.

Der zeitliche Anspruch ist weiterhin auf höchstens acht Wochen pro Kalenderjahr begrenzt; die finanzielle Deckelung erfolgt über den Gesamtbetrag des Überbrückungsbudgets nach § 39 (bis zu 2.285 Euro).

Ab dem 01.01.2028 besteht zudem ein spezifischer Anspruch auf eine Akut-Kurzzeitpflege in einer zugelassenen vollstationären Pflegeeinrichtung. Für die Inanspruchnahme dieser Akut-Pflegeplätze ist ab dem 01.01.2029 die fachliche Einschätzung der neuen Pflegebegleitung maßgeblich. In der einjährigen Übergangsphase des Jahres 2028 ist stattdessen die Einschätzung des ambulanten Notdienstes einzuholen.

B Stellungnahme

Die Regelungen zur Kurzzeitpflege sind sachgerecht. Die Weiterführung der zeitlichen Begrenzung auf acht Wochen pro Kalenderjahr sowie die Koppelung an einen finanziellen Höchstbetrag über das neue Überbrückungsbudget in Höhe von 2.285 Euro sichern die Kontinuität des Leistungsanspruchs. Die Ausweitung auf pflegerische Akutsituationen ist positiv zu bewerten.

Kritisch ist jedoch das Risiko einer Budgetkonkurrenz: Da das Überbrückungsbudget gleichzeitig für ambulante Notdienstleistungen nach § 39a (neu) verwendet werden kann, steht der Gesamtbetrag für eine notwendige vollstationäre Kurzzeitpflege unter Umständen nicht mehr im ausreichenden Umfang zur Verfügung. Eine vorzeitige Ausschöpfung des Budgets durch ambulante Akutmaßnahmen gefährdet somit die Absicherung in vollstationären Krisensituationen.

Die ab dem 01.01.2029 vorgesehene Einbindung der Pflegebegleitung zur pflegefachlichen Einschätzung der Erforderlichkeit einer Akut-Kurzzeitpflege stärkt die Steuerungsfunktion dieses Instruments nach § 7c SGB XI.

Eine Übergangsregelung auf Akut-Kurzzeitpflege ab 01.01.2028 ist hingegen nicht sachgerecht. Der Anspruch sollte unmittelbar an die Einbindung der Pflegebegleitung nach § 7c ab 01.01.2029 gebunden sein.

C Änderungsvorschlag

§ 42 Absatz 4 wird wie folgt gefasst:

„(4) In pflegerischen Akutsituationen besteht ab dem 01.01.2029 Anspruch auf eine Akut-Kurzzeitpflege in zugelassenen vollstationären Pflegeeinrichtungen soweit und solange eine stationäre Versorgung nach Einschätzung der Pflegebegleitung nach § 7c aus pflegefachlicher Sicht erforderlich ist.“

Nr. 40 § 44 Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen

A Beabsichtigte Neuregelung

Künftig werden Beiträge zur Rentenversicherung für die nicht erwerbstätigen Pflegepersonen längstens bis zum Bezug einer Rente wegen Alters und des Erreichens der Regelaltersgrenze von der Pflegeversicherung gezahlt.

B Stellungnahme

Die Begrenzung der Zahlung von Beiträgen zur gesetzlichen Rentenversicherung für nicht erwerbstätige Pflegepersonen durch die Pflegekassen längstens bis zum Bezug einer Rente wegen Alters und/oder des Erreichens der Regelaltersgrenze ist nachvollziehbar und sachgerecht.

Die Reglung stellt klar, dass Beiträge zur Rentenversicherung für nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen längstens bis zum Bezug einer Rente wegen Alters und des Erreichens der Regelaltersgrenze von der Pflegeversicherung gezahlt werden. Mit der Regelung zur Rentenversicherungspflicht von nicht erwerbsmäßig tätigen Pflegepersonen sowie der damit verbundenen Beitragspflicht soll der ggf. durch die Pflegetätigkeit entstehende Verdienstausfall und damit der geringere Erwerb von Rentenanwartschaften ausgeglichen werden.

Künftig soll mit Erreichen der Regelaltersrente bzw. dem Bezug einer Rente wegen Alters diese Kompensation des Verdienstausfalls entfallen, da ab diesem Zeitpunkt keine Nachteile in der Alterssicherung mehr entstehen können.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Nr. 41 § 45a Angebote zur Unterstützung im Alltag; Verordnungsermächtigung

A Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Neufassung des § 45a SGB XI wird die Struktur der Angebote zur Unterstützung im Alltag an die geänderte Budgetsystematik angepasst. Der bisherige Umwandlungsanspruch von bis zu 40 % der Pflegesachleistung wird gestrichen. Die Vorschrift definiert die anerkannten Alltagsangebote stattdessen als Grundlage für das neu eingeführte, eigenständige Sozialraumbudget nach § 45b SGB XI.

Die landesrechtlichen Ermächtigungen zur Anerkennung und Förderung dieser Angebote bleiben bestehen. Den Pflegekassen wird jedoch die neue Aufgabe übertragen, die Registrierung, Anerkennung und Prüfung von Einzelhelfenden und Nachbarschaftshelfern selbstständig durchzuführen.

Der GKV-Spitzenverband wird verpflichtet, bis zum 01.01.2028 bundeseinheitliche Richtlinien über die Voraussetzungen der Anerkennung, Qualitätssicherungsmaßnahmen, persönliche und fachliche Mindestanforderungen sowie Abrechnungsmodalitäten zu erlassen. Bis zum Inkrafttreten dieser Richtlinien verbleibt die Anerkennungszuständigkeit bei den nach Landesrecht bestimmten Behörden.

Der GKV-Spitzenverband hat die Auswirkungen der Richtlinien auf die häusliche Pflegeversorgung zu evaluieren und dem Bundesministerium für Gesundheit fünf Jahre nach deren Erlass einen entsprechenden Ergebnisbericht vorzulegen.

B Stellungnahme

Die Neuausrichtung der Angebote zur Unterstützung im Alltag ist sachgerecht. Die Streichung des komplexen Umwandlungsanspruchs zugunsten einer klaren Trennung zwischen professionellen Sachleistungen und dem neuen, eigenständigen Sozialraumbudget trägt zur Vereinfachung des Leistungsrechts bei und reduziert den bürokratischen Prüfaufwand bei den Pflegekassen.

Abgelehnt werden jedoch die geplanten bundeseinheitlichen Vorgaben für Einzelhelfende und Nachbarschaftshelfer. Die Regulierung, Anerkennung und Qualitätssicherung dieser niedrigschwelligen Hilfsangebote fällt in die originäre Kompetenz der Bundesländer, die hierfür bereits seit Jahren etablierte, regional austarierte und bewährte Zulassungsverfahren über ihre jeweiligen Landesrechtsverordnungen vorhalten. Eine zusätzliche bundesrechtliche Übersteuerung dieser bestehenden Strukturen ist ordnungspolitisch nicht notwendig, erzeugt doppelten Verwaltungsaufwand und konterkariert das mit dem Gesetz verfolgte Ziel einer effektiven Entbürokratisierung.

In diesem Zusammenhang ist auch die Neuregelung in Absatz 4 strikt abzulehnen. Die beabsichtigte Übertragung des Anerkennungs- und Prüfverfahrens für Nachbarschaftshelfer auf die Pflegekassen widerspricht dem Ziel des Bürokratieabbaus. Die

Pflegekassen verfügen weder über die notwendigen regionalen Prüfstrukturen im Wohnumfeld noch über die administrativen Ressourcen für ein solches Massenverfahren. Die Aufgabe verbleibt sinnvollerweise bei den etablierten Landesbehörden, um eine Überlastung der Kassenstrukturen mit versicherungsfremden Prüfpflichten abzuwenden.

C Änderungsvorschlag

§ 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 und für die Nachbarschaftshilfe nach Absatz 4 sind, zu bestimmen."

§ 45a Absatz 4 wird wie folgt gefasst:
„Die Anerkennung von Einzelhelfenden als Nachbarschaftshilfe erfolgt durch die nach Landesrecht zuständige Behörde. Grundlage bildet die Rechtsverordnung nach Absatz 3."

§ 45a Absatz 5 wird gestrichen.

Nr. 41 § 45b (neu) Sozialraumbudget

A Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Neufassung wird der bisherige pauschale Entlastungsbetrag von bis zu 131 Euro monatlich vollständig aufgelöst. An seine Stelle tritt das neu strukturierte Sozialraumbudget, das als monatlicher, zweckgebundener Anspruch für Pflegebedürftige ab Pflegegrad 2 in häuslicher Versorgung ausgestaltet ist.

Die bisherige Entlastungsleistung für Pflegegrad 1 ist ersatzlos entfallen. Pflegebedürftige Personen mit Pflegegrad 1 werden von der Neuregelung des Sozialraumbudgets nicht mehr umfasst. Eine Besitzstandsregelung ist nicht vorgesehen.

Das Budget dient der Erstattung von Aufwendungen für anerkannte Angebote zur Unterstützung im Alltag nach § 45a SGB XI, insbesondere für ehrenamtliche Hilfen und strukturierte Nachbarschaftshilfe im direkten Wohnumfeld.

Die Abrechnung von Leistungen durch ambulante Pflegedienste sowie Leistungen der Tages- und Nachtpflege sind von der Abrechnung über dieses Sozialraumbudget künftig ausgeschlossen. Damit ist auch die Notwendigkeit entfallen, die Leistung auf den Abrechnungsbelegen eindeutig zu kennzeichnen.

Der finanzielle Rahmen beläuft sich auf monatlich bis zu 175 Euro und erhöht sich für pflegebedürftige Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene bis zum vollendeten 25. Lebensjahr auf monatlich bis zu 300 Euro. Nicht genutzte Monatsbeträge verfallen; ein Übertrag bzw. das Ansparen nicht genutzter Beträge ist ausgeschlossen.

Die Regelung hinsichtlich der Berücksichtigung bei den Fürsorgeleistungen zur Pflege sowie bei der Hilfe zur Pflege gelten in angepasster Form unverändert weiter.

Die für die Angebote zur Unterstützung im Alltag verlangte Vergütung darf auch weiterhin die Preise für vergleichbare Sachleistungen von zugelassenen Pflegeeinrichtungen nicht überschreiten. Gleiches gilt nunmehr auch für die anerkannte Nachbarschaftshilfe. Die Landesregierungen sind weiterhin ermächtigt, im Rahmen ihrer Rechtsverordnungen nähere Bestimmungen zur konkreten Ausgestaltung dieser Preisobergrenzen zu erlassen, um Preissteigerungen bei ehrenamtlichen und nachbarschaftlichen Hilfestellungen zu begrenzen. Gleiches gilt für den GKV-Spitzenverband, der in den Richtlinien über die Anerkennung der Nachbarschaftshelfer nach § 45a Absatz 4 entsprechende Regelungen aufnehmen kann.

B Stellungnahme

Die Einführung des Sozialraumbudgets ist im Grundsatz sachgerecht. Die Beschränkung des Budgets auf nach Landesrecht anerkannte Angebote zur Unterstützung im

Alltag sowie auf anerkannte Nachbarschaftshelfer sichert die zielgerichtete Nutzung im ehrenamtlichen und nachbarschaftlichen Bereich.

Das Ziel des Gesetzgebers, die Leistungen der Pflegeversicherung einfacher, verständlicher und passgenauer für die Bedarfslagen der pflegebedürftigen Menschen auszurichten, wird hier allerdings nur bedingt erreicht. Einerseits werden mit dem PNOG vereinzelt Leistungen - beispielsweise mit der Überführung der Verhinderungspflege und der zum Verbrauch bestimmten Hilfsmittel in die Geldleistung - passgenauer auf die Bedarfslagen ausgerichtet. Das entlastet auch von der Antragsstellung. Andererseits wird eine flexible, an die individuellen Bedarfe ausgerichtete Inanspruchnahme des Sozialraumbudgets erschwert, da das Sozialraumbudget für die ambulante, teilstationäre und Kurzzeit-Pflege ausgeschlossen wurde. Um eine kontinuierliche und bedarfsgerechte Entlastung pflegender Angehöriger sicherzustellen zu können, muss die Verwendung des Sozialraumbudgets zwingend um zugelassene ambulante Pflegedienste und die Tages- und Nachtpflege erweitert werden.

Denn die Entlastung pflegender Angehöriger sowie die Förderung der Selbstständigkeit und Selbstbestimmtheit der Pflegebedürftigen im Alltag werden derzeit weit überwiegend durch zugelassene ambulante Pflegedienste erbracht. Die mit der Neuregelung verbundene Streichung dieser Dienste aus dem Bereich der Entlastungsleistungen kann durch andere Leistungserbringer – insbesondere durch Angebote nach Landesrecht – strukturell nicht kompensiert werden.

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 geplante Differenzierung der Leistungshöhe nach dem Alter der pflegebedürftigen Person ist hingegen abzulehnen. 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.

Da die Landesbehörden weiterhin für die Anerkennung der Nachbarschaftshelfer nach § 45a Absatz 4 zuständig sein sollen, sind die Preisobergrenzen ebenfalls durch die zuständigen Landesbehörden festzulegen.

C Änderungsvorschlag

§ 45b Absatz 1 wird wie folgt gefasst:

„(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 oder durch die Pflegekassen,
2. Leistungen von ambulanten Pflegediensten nach § 71 Absatz 1 und ambulanten Betreuungsdiensten nach § 71 Absatz 1a, die der Betreuung, Entlastung von Pflegenden und der Entlastung im Alltag dienen,
3. Leistungen der Tages- und Nachtpflege."

Absatz 4 wird wie folgt gefasst:

„Die für die Erbringung von Leistungen nach Absatz 1 Satz 2 verlangte Vergütung darf die Preise für vergleichbare Sachleistungen von zugelassenen Pflegeeinrichtungen nicht übersteigen. Näheres zur Ausgestaltung einer entsprechenden Begrenzung der Vergütung, die für die Erbringung von Leistungen nach Absatz 1 Satz 2 verlangt werden darf, können die Landesregierungen in der Rechtsverordnung nach § 45a Absatz 3 Satz 1 bestimmen."

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

A Beabsichtigte Neuregelung

Die jährliche Fördersumme für die Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen und Versorgungskonzepte und zur Förderung ehrenamtlicher Strukturen aus den Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegekassen wird von 25 Mio. Euro je Kalenderjahr auf 125 Mio. Euro erhöht. Durch die Erhöhung des Fördervolumens aus dem Ausgleichsfonds als Hälfte der Förderung soll auch das Gesamtfördervolumen unter Einbeziehung der ergänzenden Förderung durch Länder und Kommunen von bisher 50 Mio. Euro auf 250 Mio. Euro jährlich erhöht werden können.

Der Fördertatbestand unter Nr. 1 zum Auf- und Ausbau und der Unterstützung von Angeboten im Sinne des §45a (Angebote zur Unterstützung im Alltag) wird um die Förderung von Strukturen zur Unterstützung dieser Angebote erweitert.

Die Förderung kann entweder als Projektförderung oder als dauerhafte Förderung erfolgen. Angebote der Tagesbetreuung sind mit umfasst. Die bisherigen Finanzierungszwecke von Aufwandsentschädigung sowie Fahrkosten für die ehrenamtlich tätigen Helfenden, notwendigen Personal- und Sachkosten in Verbindung mit der Koordination und Organisation der Hilfen, einer fachlichen Anleitung, Begleitung oder Supervision der Helfenden, Schulung und Fortbildung der Helfenden werden durch Aufwendungen für einen angemessenen Versicherungsschutz und der Vernetzung mit Pflegebedürftigen, Pflegepersonen oder anderen Helfenden erweitert. Im Konzept zur Qualitätssicherung des Angebots ist neben Aussagen zur angemessenen Schulung und falls notwendig, die Fortbildung einer fachlichen Begleitung nach Bedarf festzulegen.

B Stellungnahme

Die Erhöhung der Fördersumme ist folgerichtig, da niedrigschwellige Angebote zur Unterstützung im Alltag eine äußerst wichtige Rolle für die gelingende Organisation von Pflege vor Ort und der Stabilisierung häuslicher Versorgungssettings spielen. Die Anpassung wird begrüßt, ebenso wie die Ausweitung der Förderfähigkeit auf Strukturen zur Unterstützung dieser Angebote und Angebote der Tagesbetreuung. Die erweiterten Finanzierungszwecke schließen nun einen Versicherungsschutz und eine Vernetzung vor Ort mit ein. Dies erhöht die Flexibilität, die notwendig ist, um möglichst viele engagierte Personen zu gewinnen und vor Ort Angebote zu schaffen. Es ist jedoch fraglich, ob eine dauerhafte Förderung im Kontext dieser Förderung möglich ist, da es sich um eine gemeinsame Förderung der Pflegekassen und der Länder bzw. Kommunen handelt und landesrechtliche Haushaltsregelungen beachtet werden müssen.

Die Weiterentwicklung der bisherigen, oft separat nebeneinanderstehenden Beratungsstrukturen, zu einer örtlich verankerten und gesteuerten Pflegebegleitung ist als Weiterentwicklung der Versorgungsstruktur zu betrachten, wie sie als Ziel der

Förderung nach § 45c SGB XI festgelegt ist. Für die Entwicklung der Strukturen, die ab 2029 bereitstehen und ihre Arbeit aufnehmen werden, sollte daher auch eine Förderung nach § 45c in Anspruch genommen werden können und die Fördertatbestände entsprechend ergänzt werden.

C Änderungsvorschlag

§ 45c Absatz 1 wird wie folgt gefasst:

Am Ende von Nr. 3 wird der Punkt durch ein Komma ersetzt.

Nach Nummer 3 wird folgende Nummer 4 ergänzt:

„4. die regionale Steuerung der Pflegebegleitung nach § 7c, soweit für die Übernahme Strukturen nach den Absätzen 4 und 5 entwickelt werden."

Nr. 43 § 45e Förderung der Zusammenarbeit in regionalen Netzwerken

A Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Änderung wird die bisherige Staffelung der Fördermittel für die Finanzierung der Geschäftsstelle sowie für die wissenschaftliche Begleitung und Auswertung angepasst.

Das Datum für die Errichtung der Geschäftsstelle wird auf den 01.01.2027 festgelegt. Die Geschäftsstelle ist auf Veranlassung des GKV-Spitzenverbandes wissenschaftlich zu begleiten. Der GKV-Spitzenverband hat dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 31.12.2030 eine Auswertung im Hinblick auf die Erreichung der Ziele der Geschäftsstelle nach allgemein anerkannten wissenschaftlichen Standards vorzulegen.

Durch die Verschiebung des Errichtungsbeginns vom 01.10.2026 auf den 01.01.2027 erhöhen sich die Fördermittel im Jahr 2027 auf 400.000 Euro für den Aufbau und die Arbeitsaufnahme der Geschäftsstelle sowie im Jahr 2030 auf 600.000 Euro für die vertiefte wissenschaftliche Begleitung und Evaluation. Die Gesamtfördersumme für die Geschäftsstelle bleibt hierbei unverändert.

B Stellungnahme

Die Regelung ist sachgerecht. Trotz der Verschiebung des Errichtungsbeginns der Geschäftsstelle bleibt das Fördervolumen im vollen Umfang erhalten. Die Anpassung der Staffelung ermöglicht eine flexiblere Mittelbewirtschaftung, die dem tatsächlichen Mittelbedarf insbesondere in der Aufbauphase der Geschäftsstelle Rechnung trägt.

Zudem wird dem GKV-Spitzenverband durch die veränderten Fristen ein ausreichender Zeitraum eingeräumt, um die Tätigkeiten der Geschäftsstelle fundiert zu bewerten und über mögliche Nachfolgemaßnahmen zu entscheiden.

Ziel der Geschäftsstelle ist die Unterstützung von Netzwerkgründungen, die flächendeckende Etablierung von Netzwerken und ihre qualitative Weiterentwicklung. Dazu gehört auch, den Austausch der Netzwerke untereinander zu unterstützen und zum Wissensaufbau beizutragen. Hierzu ist auch die Kontaktpflege und der Austausch mit weiteren Organisationen, die mit regionalen Netzwerken im Bereich der Pflege befasst sind, für Effizienz und Vermeidung von Doppelarbeiten wesentlich, zum Beispiel mit der Netzwerkstelle Demenz der lokalen Allianzen für Menschen mit Demenz.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Nr. 46 § 46 Pflegekassen

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Verwaltungskostenerstattung wird von 3,0 % des Mittelwerts von Leistungsaufwendungen und Beitragseinnahmen auf 2,7 % dieses Werts angepasst. Begründet wird dies damit, dass die Verwaltungskostenerstattung aufgrund des dynamischen Anstiegs beider Parameter allein zwischen 2022 und 2025 um etwa 20 % angewachsen und der tatsächliche Verwaltungskostenaufwand bei den Pflegekassen keineswegs im selben Umfang angestiegen sei.

B Stellungnahme

Die Schlussfolgerung, dass der Verwaltungsaufwand weniger als die Entwicklung der Einnahmen und Ausgaben der Pflegekassen gewachsen sei, ist nicht nachvollziehbar und damit unzutreffend. Die hohe Dynamik bei den Ausgaben ist maßgeblich auf den hohen Zuwachs an Leistungsbeziehenden zurückzuführen, der einen erheblichen Verwaltungsaufwand bei den Kassen verursacht. Auch auf Seite der Beitragseinnahmen führen die neuen Nachweisverfahren zur Kinderanzahl (kinderlos, 2-Kind-Familie, Mehrfach-Kind-Familien) zu dauerhaft angestiegenem Verwaltungsaufwand.

Zusätzlich werden bei der Bewertung der Verwaltungskostenerstattung die mit diesem Gesetz neu vorgesehen Aufgaben wie das Pflege-Cockpit gem. § 7a SGB XI nicht betrachtet. Die hierfür notwendigen Aufwendungen für Personal und Technik werden ebenfalls von den Krankenassen getragen und drohen aufgrund der herabgesetzten Kostenerstattung bei diesen zu verbleiben.

Des Weiteren können Umstellungen im Leistungsrecht, unabhängig von steigenden oder sinkenden Ausgaben, Verwaltungsaufwand erzeugen. Denn geänderte Anspruchsgrundlagen und -voraussetzungen führen in der Regel auch zu geänderten Verwaltungsabläufen (bspw. Schulungen, Versichertenberatung, Softwareanpassungen) und damit neuen Aufgaben. Sehr aufwändig ist auch die Verteilung staatlicher Mittel an die Pflegeeinrichtungen, die mit einem hohen Prüfaufwand verbunden sind. Der aktuelle Gesetzesentwurf sieht dieses Verfahren z. B. für die Zahlung aus dem Sondervermögen für Infrastruktur und Klimaneutralität des Bundes (SVIK) in Höhe von 1,6 Mrd. Euro für die Digitalisierung von Einrichtungen der Langzeitpflege vor.

Da zugleich keine Vorstellungen benannt werden bei welcher Höhe ein pauschaler Verwaltungskostenersatz angemessen ist, erscheint der fortgesetzte Prozess einer Absenkung des Erstattungsfaktors willkürlich. Ursprünglich bestand der Konsens in einem Erstattungssatz von 3,5 % des Mittelwertes von Leistungsaufwand und Beitragseinnahmen. Es ist daher unklar, warum der nun um weitere 10 % auf dann 2,7 % gekürzte Erstattungsfaktor auskömmlich sein soll.

Die Absenkung bewirkt ab 2027 jährliche Minderausgaben der SPV von mindestens 200 Mio. Euro mit steigender Tendenz. Bei der GKV handelt es sich umgekehrt um Mindereinnahmen und wirkt damit negativ auf die Netto-Verwaltungskosten. Dies ist auch unter dem aktuellen Verwaltungskostendeckel in der GKV nach dem BStabG kritisch zu sehen, da dieser Rückgang der Verwaltungskostenerstattung nicht aktiv durch Verwaltungshandeln der Krankenkassen zu beeinflussen ist.

C Änderungsvorschlag

Die Änderung von § 46a Absatz 1 in Artikel 1 Nr. 50 wird gestrichen.

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

A Beabsichtigte Neuregelung

Die vorgesehene Regelung sieht die Einrichtung und den Betrieb einer bundesweiten Datenbank beim Medizinischen Dienst Bund. Die Datenbank soll Ergebnisse der Begutachtungen zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit und der Prüfungen von Leistungs- und Qualitätsanforderungen erfassen. Sie dient der einheitlichen und zeitnahen statistischen Auswertung, der Analyse der Häufigkeit und des Verlaufs von Pflegebedürftigkeit sowie der Entwicklung der Pflegequalität. Außerdem soll sie Auswertungen über mehrere Begutachtungen und Qualitätsprüfungen hinweg erlauben und regionale Unterschiede darstellen. Weitere Zwecke sind die wissenschaftliche Forschung, die Unterstützung des Expertenbeirats nach § 18f und die Planung von Gesetzgebungsvorhaben zur Weiterentwicklung der Begutachtungs- und Prüfverfahren.

Die Medizinischen Dienste sollen die dafür erforderlichen Daten übermitteln. Im Einvernehmen mit dem Verband der privaten Krankenversicherung soll auch dessen Prüfdienst entsprechende Daten übermitteln. Die Datenbank darf erforderliche Angaben aus Pflegegutachten und Qualitätsprüfungen, geografische und kommunale Merkmale, Angaben zum zuständigen Medizinischen Dienst, ein Pseudonym für Auswertungen im Zeitverlauf und weitere erforderliche Merkmale enthalten. Richtlinien und Vereinbarungen sollen Inhalt, Umfang, Format und Verfahren der Datenübermittlung sowie die Auswertung und Zusammenführung konkretisieren.

Der Medizinische Dienst Bund soll technische und organisatorische Schutzmaßnahmen treffen und das Verfahren der Pseudonymisierung sowie gegebenenfalls der Re-Identifizierung näher regeln. Er soll die Datenbank bis zum 01.01.2028 einrichten.

Das Bundesministerium für Gesundheit, die Medizinischen Dienste und der Spitzenverband Bund der Pflegekassen sollen Zugang zu den Daten erhalten, die sie für ihre gesetzlichen Aufgaben benötigen. Bei einer Datenübermittlung durch den Prüfdienst der privaten Krankenversicherung gilt dies auch für deren Verband. Die Datenbank ist fortlaufend zu aktualisieren.

Ab 2029 soll der Medizinische Dienst Bund dem Bundesministerium für Gesundheit jährlich zum 30.06. über die Auswertung berichten. Der Bericht soll insbesondere zeitliche Entwicklungen, regionale Unterschiede und Erkenntnisse aus Auswertungen im Zeitverlauf darstellen. Er soll im Einvernehmen mit dem Ministerium veröffentlicht werden. Soweit sich die Inhalte überschneiden, soll dieser Bericht zugleich die Berichtspflichten nach § 114a Absatz 6 und § 114c Absatz 3 SGB XI erfüllen. Die beteiligten Stellen sollen die Einzelheiten durch Vereinbarung regeln.

B Stellungnahme

Die mit der Regelung vorgesehene bundesweite Datenbank beim Medizinischen Dienst Bund ist in ihrer Zielsetzung sachgerecht. Die zusammengeführten Ergebnisse aus Pflegebegutachtungen und Qualitätsprüfungen sollen dazu beitragen, zeitliche Entwicklungen und regionale Unterschiede zu untersuchen und die Begutachtungs- und Prüfverfahren weiterzuentwickeln. Positiv ist auch die in Absatz 7 vorgesehene Zusammenführung von Berichtspflichten. Der neue Bericht soll die Berichtspflichten nach § 114a Absatz 6 und § 114c Absatz 3 SGB XI erfüllen, soweit sich deren Inhalte decken.

Bei der Umsetzung sollten vorhandene Datenbestände und Übermittlungsverfahren berücksichtigt werden. Dies betrifft insbesondere die Daten- und Kommunikationsplattform (DaKo). Vor deren Aufbau sollten deshalb die Datenbestände, Funktionen und Schnittstellen beider Systeme verglichen werden. Die Konkretisierung der Datenübermittlung nach § 53e Absatz 2 SGB XI sollte auf diesem Vergleich aufbauen. Ein abgestimmtes Datenkonzept sollte festlegen, welche vorhandenen Daten genutzt werden und welche zusätzlichen Angaben erforderlich sind. Mehrfache Erfassungen und Übermittlungen derselben Daten sollten vermieden werden. Der zusätzliche Aufwand sollte den Entlastungen durch die Zusammenführung von Berichtspflichten gegenübergestellt werden.

Im Absatz 2 werden bereits Datenkategorien festgelegt. Die Auswahl der einzelnen Angaben aus Pflegegutachten und Qualitätsprüfungen sowie die zulässigen Verknüpfungen bedürfen jedoch einer näheren Konkretisierung. Dies gilt besonders für die Öffnung zugunsten weiterer erforderlicher Merkmale nach Absatz 2 Satz 5 Nummer 6. Wesentliche Grenzen der Datenverarbeitung sollten im Gesetz konkret benannt werden. Ergänzend sollte die Richtlinie nach § 53d Absatz 2 Satz 1 Nummer 4 SGB XI einen verbindlichen Datenkatalog enthalten. Für jedes Merkmal sollte nachvollziehbar sein, welcher Auswertung es dient und weshalb es dafür erforderlich ist. Einheitliche Erfassungsstandards und eine gesicherte Datenqualität sind Voraussetzung für aussagekräftige Ergebnisse. Die Richtlinien nach § 53e Absatz 2 SGB XI sollten deshalb Vorgaben zur Vollständigkeit, Vergleichbarkeit und Prüfung der übermittelten Daten enthalten. Die Berichte nach Absatz 7 sollten die Datenabdeckung und methodische Grenzen erläutern.

Die Zugangsregelung sollte um den Qualitätsausschuss Pflege ergänzt werden, soweit dieser die Auswertungen für seine gesetzlichen Aufgaben benötigt. Für zusätzliche Empfänger sollten der Aufgabenbezug und der erforderliche Datenumfang konkret festgelegt werden. Zusammengefasste oder anonymisierte Auswertungen sollten Vorrang haben, soweit sie für die jeweilige Aufgabe ausreichen.

Die Regelung ist in ihrer Zielsetzung zu unterstützen. Für eine praktikable Umsetzung sollten die Abstimmung mit bestehenden Datenverfahren, die Grenzen der Datenverarbeitung und die Zugangsrechte präzisiert werden.

Schließlich bedarf der geplante Zeithorizont der Einrichtung der Datenbank bis zum 1. Januar 2028 einer realistischen Überprüfung. Da bis zu diesem Zeitpunkt sowohl die Richtlinien zum digitalen Datenaustausch finalisiert als auch komplexe Prozesse der Datenaufbereitung und -darstellung aufgesetzt werden müssen, erscheint eine Entzerrung des Zeitplans dringend geboten, um eine qualitativ hochwertige und praxistaugliche Umsetzung zu gewährleisten.

C Änderungsvorschlag

Absatz 2 Satz 5 Nummer 6 wird wie folgt gefasst:

„6. weitere Merkmale, soweit deren Verarbeitung für die Zwecke nach Absatz 1 erforderlich ist und sie in dem Datenkatalog der Richtlinie nach § 53d Absatz 2 Satz 1 Nummer 4 ausdrücklich festgelegt sind."

Dem Absatz 2 werden folgende Sätze angefügt:

„Bei der Festlegung von Inhalt, Umfang, Format und Verfahren der Datenübermittlung sind bestehende Datenbestände und Übermittlungsverfahren zu berücksichtigen. Hierzu sind die Datenbestände, Funktionen und Schnittstellen bestehender Systeme mit den Anforderungen der Datenbank abzugleichen. Bereits verfügbare Daten sind zu nutzen, soweit sie für die Zwecke nach Absatz 1 geeignet sind und ihre Nutzung zulässig ist. Mehrfache Erfassungen und Übermittlungen derselben Daten sind zu vermeiden.
Die Richtlinie nach § 53d Absatz 2 Satz 1 Nummer 4 legt die zu übermittelnden Datenmerkmale in einem verbindlichen Datenkatalog fest. Für jedes Datenmerkmal sind der Auswertungszweck und die Erforderlichkeit seiner Verarbeitung darzulegen. Die Richtlinie bestimmt außerdem die zulässigen Datenverknüpfungen sowie Anforderungen an die Vollständigkeit, Vergleichbarkeit und Prüfung der Datenqualität."

Dem Absatz 5 werden folgende Sätze angefügt:

„Der Medizinische Dienst Bund stellt dem Qualitätsausschuss nach § 113b SGB XI die für die Erfüllung seiner gesetzlichen Aufgaben erforderlichen anonymisierten Auswertungen zur Verfügung. Den nach diesem Absatz zugangsberechtigten Stellen sind vorrangig aggregierte oder anonymisierte Daten bereitzustellen, soweit diese für die Erfüllung ihrer jeweiligen gesetzlichen Aufgaben ausreichen."

In Absatz 7 wird nach Satz 2 folgender Satz eingefügt:
„Der Bericht enthält außerdem Angaben zur Abdeckung, Vollständigkeit, Vergleichbarkeit und Qualität der ausgewerteten Daten sowie zu methodischen Grenzen der Auswertung."

In Absatz 4 wird „zum 01.01.2028" durch „zum 01.01.2029" ersetzt.

Nr. 48 § 55 Beitragssatz, Beitragsbemessungsgrenze, Verordnungsermächtigung

A Beabsichtigte Neuregelung

Zu a)
Der derzeit bereits geltende Beitragssatz von 3,6 % soll zur Rechtsklarheit in das Gesetz aufgenommen werden.

Zu b)
Die außerordentliche Anpassung der Beitragsbemessungsgrenze der gesetzlichen Krankenversicherung soll zum 01.01.2027 auch in der sozialen Pflegeversicherung in gleicher Höhe vorgenommen werden.

Zu c)
Der Beitragszuschlag, den Mitglieder ohne Kinder nach § 55 Absatz 3 Satz 1 SGB XI zur sozialen Pflegeversicherung zahlen, soll von bisher 0,6 auf 0,9 Beitragssatzpunkte angehoben werden.

B Stellungnahme

Zu a)
Die Regelung ist sachgerecht.

Zu b)
Mit der Änderung wird sichergestellt, dass die Regelungen der sozialen Pflegeversicherung auch in Bezug auf die außerordentliche Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze den Vorschriften der gesetzlichen Krankenversicherung folgen; aus diesem Blickwinkel scheint die Regelung sachgerecht. Allerdings sind Versicherte und Arbeitgebende durch die erheblichen Beitragszahlungen und die Aufbringung der Kosten für vom Bund zu finanzierenden gesamtgesellschaftlichen Aufgaben (z. B. der Rentenversicherungsbeiträge für die nichterwerbstätigen Pflegepersonen) bereits in erhebliche Vorleistung gegangen, daher sind weitere Belastungen der Versicherten und Beitragszahlenden zu vermieden. Folglich wird auch diese Regelung ebenso wie Anhebung der Beitragsbemessungsgrenzen in der GKV (Siehe AOK-Stellungnahme zum BStabG) abgelehnt.

Die zusätzliche Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze in der sozialen Pflegeversicherung wirkt sich zwar positiv auf die Einnahmeseite der Pflegeversicherung aus, allerdings führt die Anhebung auch hier zu einer ungerechtfertigt hohen Belastung der Beitragszahlenden.

Die Abgabenlast der Beschäftigten und die Lohnnebenkosten der Unternehmen stellen bereits heute ein gravierendes wirtschaftliches Problem dar, das die Wettbewerbsfähigkeit Deutschlands schmälert und wirtschaftliches Wachstum hemmt. Hinzu kommt, dass die Beitragsbemessungsgrenze 2027 ohnehin bereits regulär auf ein sehr hohes Niveau anwachsen wird. Aus Sicht der AOK-Gemeinschaft ist die finanzielle Belastungsgrenze der Beitragszahlenden erreicht.

Diese unverhältnismäßige Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze setzt zudem für junge, gutverdienende Versicherte weitere Anreize in eine private Pflegeversicherung zu wechseln, da hier mit extrem niedrigen Beiträgen geworben wird.
Der Verlust dieser Mitglieder wirkt sich langfristig betrachtet nachteiliger auf die soziale Pflegeversicherung aus. Diese Wirkung bleibt bei der Bewertung völlig unberücksichtigt.

Zu c)
Durch die geplante Erhöhung des Beitragszuschlags zur sozialen Pflegeversicherung für Mitglieder ohne Kinder wird dieser Personenkreis zusätzlich einseitig belastet und die Beitragsspanne zu den Mitgliedern mit Kindern vergrößert sich immer mehr.

C Änderungsvorschlag

Zu a) Keiner

Zu b) und c) Die Regelungen sind zu streichen.

Nr. 49 § 61a Beteiligung des Bundes an Aufwendungen

A Beabsichtigte Neuregelung

Der aktuell bis Ende 2027 ausgesetzte Bundeszuschuss von 1 Mrd. Euro wird bis 2028 weiter ausgesetzt und 2029 erst mit 0,5 Mrd. Euro und ab 2030 wieder voll bereitgestellt.

Die Rückzahlung der Darlehen des Bundes wird von 2028 - 2033 auf 2035 - 2039 verschoben werden.

B Stellungnahme

Der ursprünglich mit dem Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz (GVWG) vom 11.07.2021 eingeführte Bundeszuschuss, leistet laut damaliger Gesetzesbegründung originär einen jährlichen und pauschalen Beitrag des Bundes zu den Aufwendungen der Sozialen Pflegeversicherung in Höhe von 1 Mrd. Euro. Zugleich bedurfte es schon für 2022 eines ersten und bis heute nur zur Hälfte zurückgezahlten Darlehens des Bundes.

Die bereits nach 18 Monaten mit dem Haushaltsfinanzierungsgesetz vom 22.12.2023 vorgenommene Aussetzung des Bundeszuschusses ab 2024 stellte bereits eine aus Sicht der Sozialen Pflegeversicherung nicht nachvollziehbare Maßnahme mit erratischem oder zumindest willkürlichem Charakter dar. Vor dem Hintergrund des weiter offenen Bundesdarlehens verstärkte die fehlende Begründung für die verlängerte Aussetzung des Bundeszuschusses diesen Eindruck.

In der Zwischenzeit musste der Bund der Sozialen Pflegeversicherung aufgrund der anhaltenden Defizitsituation und des ausgesetzten Bundeszuschusses in den Jahren 2025 und 2026 weitere Darlehen gewähren, um die Zahlungsfähigkeit der Pflegekassen aufrechtzuerhalten.

Der Bundeszuschuss sollte daher sofort wieder gezahlt werden und nicht nur 1 Mrd. Euro betragen, sondern mindestens die versicherungsfremden Leistungen der SPV in Höhe der Sozialversicherungsbeiträge für Pflegepersonen ausgleichen. Auch die weiterhin noch ausstehende vollständige Erstattung der versicherungsfremden Mehrausgaben der SPV in der Coronapandemie in Höhe von 5,2 Mrd. Euro muss noch ausgeglichen werden.

Zudem ist aus Sicht der SPV auch die Rückzahlung der Darlehen nicht leistbar. Der Finanzbedarf für die Rückzahlungen wird lediglich aufgeschoben und belastet damit den zukünftigen Beitragssatzbedarf. Daher sollte darauf verzichtet werden.

C Änderungsvorschlag

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

Artikel 1 Nr. 49 b) zu § 61a Absatz 2 wird durch folgenden Absatz 2 ersetzt:
„(2) Der Bund verzichtet auf die Rückzahlung der der Sozialen Pflegeversicherung in den Jahren 2022, 2025 und 2026 gewährten Darlehen."

Nr. 50 § 63 Betriebsmittel

A Beabsichtigte Neuregelung

Die bestehende Vorgabe zum Betriebsmittel-Soll in Höhe von einer Monatsausgabe der Ausgaben nach Haushaltsplan wird neu formuliert. Gleichzeitig wird mit einer Sonderregelung das Auffüllen der Betriebsmittel bis zur Sollhöhe bis zum Jahr 2028 ausgesetzt. Abgrenzungsregelungen zum Inhalt von Betriebsmitteln entfallen.

B Stellungnahme

Die Regelung ist nicht sachgerecht, denn sie führt für die Betriebsmittel faktisch zu einem Auffüllungsverbot im Jahr 2027, da das Auffüllen der Betriebsmittel gesetzlich erst ab 2028 zugelassen wird. Damit würde innerhalb des Finanzausgleiches 2027 ein Auffüllen der Betriebsmittel nicht anerkannt. Dies widerspricht der Bereithaltungspflicht für Betriebsmittel im erforderlichen Umfang nach § 63 Absatz 3 und stellt einen Konflikt der Rechtsnormen dar.

Da neben dem Auffüllverbot 2027 im Finanzausgleich erst ab 2028 Untergrenzen der Ausgabendeckungsquote des Betriebsmittelsolls fixiert werden, kann für Pflegekassen in 2027 ein Finanzierungsrisiko entstehen, da sie auf dem niedrigen Betriebsmittelbestand festgeschrieben sind und bei unterjährigen Ausgabenschwankungen ausschließlich auf die Rücklage zugreifen können.

Da die Änderung in Verbindung mit § 65 Abs. 6 SGB XI steht, siehe auch Kommentierung dort.

C Änderungsvorschlag

Die Änderung des § 63 Absatz 2 wird gestrichen

Nr. 51 § 64 Rücklage

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Rücklagenhöhe soll ab 2028 von 0,5 Monatsausgaben nach Haushaltsplan abgesenkt werden, zunächst auf 0,3 Monatsausgaben in 2028 und ab 2029 auf nur noch 0,2 Monatsausgaben.

B Stellungnahme

Die Regelung ist nicht sachgerecht und wird daher abgelehnt.

Während des Absenkungszeitraums 2028-2029 fließen die bisher bei den Pflegekassen zweckgebundenen Rücklagen in den laufenden Finanzausgleich in der Sozialen Pflegeversicherung. Es erfolgt somit eine Umwandlung des Verwendungszweckes dieser Mittel von der Sicherstellung der Leistungsfähigkeit der Pflegekasse nach § 64 SGB XI hin zum monatlichen Finanzausgleich nach § 66 SGB XI. Aus einer dauerhaft vorhandenen Reserve wird Tagesliquidität zur Verausgabung. Mit der anschließend verbleibenden Rücklagenhöhe von 0,2 Monatsausgaben sind bei den Pflegekassen nur noch Zahlungen für rechnerisch sechs Tage sichergestellt.

Da die Soziale Pflegeversicherung derzeit ausschließlich über den gesetzlich fixierten Beitragssatz und Darlehen des Bundes finanziert wird, bestehen bei zukünftiger Defizitsituation nur noch die Möglichkeiten der gesetzlich vorgesehenen sofortigen Beitragssatzerhöhung oder Darlehen des Bundes. Die Zahlungsfähigkeit der Pflegekassen hängt damit akut an diesen in politischen Verfahren abzustimmenden Maßnahmen.

Hier kann auch nicht auf die bestehende Finanzhilfevereinbarung aus der Vereinbarung zur Durchführung des Finanzausgleichs nach § 66 Abs. 1 Satz 4 und 5 SGB XI zurückgegriffen werden. Denn wenn der Ausgleichsfonds nicht mehr über ausreichende Mittel zur Durchführung des Finanzausgleiches verfügt und gleichzeitig die Rücklagen bei den Pflegekassen nur noch 0,2 Monatsausgaben betragen, steht kein Geld für Finanzhilfen gegenüber einzelnen Pflegekassen zur Verfügung.

Die Maßnahme stellt eine erhebliche Schwächung der Pflegekassen dar und ist auch mit Blick auf den Grundsatz der sichergestellten pflegerischen Versorgung der Pflegekassen gem. § 69 Absatz 1 SGB XI zu kritisieren.

Da die Änderung in Verbindung mit § 65 Abs. 6 SGB XI steht, siehe auch Kommentierung dort.

C Änderungsvorschlag

Die Änderung in § 64 Absatz 2 wird gestrichen.

Nr. 52 § 65 Ausgleichsfonds

A Beabsichtigte Neuregelung

Der Mechanismus im Finanzausgleich, mit dem der Ausgleichsfonds durch ein rechnerisch abgesenktes Betriebsmittel-Soll auf die Mittel der Pflegekassen zugreifen kann (Ausgabendeckungsquote), wird aus der bisher zwischen Bundesamt für Soziale Sicherung und dem GKV-Spitzenverband bilateralen Vereinbarung nach § 66 in das SGB XI überführt.

Zugleich wird für die Ausgabendeckungsquote erstmals eine Untergrenze benannt und diese analog zur Absenkung der Rücklagenhöhe bei den Pflegekassen vom derzeitigen Stand auf 0,6 (2028), 0,7 (2029) und 0,8 (2030) Monatsausgaben schrittweise erhöht.

B Stellungnahme

Die Regelung ist nicht sachgerecht und daher abzulehnen.

Der Ausgleichsfonds erhält durch den Zufluss bisheriger Rücklagen der Pflegekassen Liquidität. Dieser Mechanismus zur Generierung von Liquidität für den Ausgleichsfonds ist nur einmal anwendbar, und stellt somit keine dauerhafte Sicherung der Liquidität des Ausgleichsfonds sicher.

Die Ausgabendeckungsquote sollte zeitnah durch Zuführung neuer Mittel wieder auf eine volle Monatsausgabe angehoben werden und nicht durch eine reine Mittelverlagerung innerhalb der Sozialen Pflegeversicherung.

Anstelle dieser rein internen und einmaligen Maßnahme ist die Zahlungsfähigkeit des Ausgleichsfonds analog den Regelungen zum Gesundheitsfonds in der Gesetzlichen Krankenversicherung dauerhaft durch die Möglichkeit einer Liquiditätshilfe des Bundes zu ergänzen. Dies war in dem Referentenentwurf dieses Gesetzes ursprünglich auch so vorgesehen.

Aufgrund des inhaltlichen Zusammenhangs mit den Änderungen zu §§ 63 und 64 siehe auch dort. Ebenso wird auf die benötigte Liquiditätshilfe des Bundes unter weiterem Änderungsbedarf verwiesen.

C Änderungsvorschlag

Die Änderung des § 65 Absatz 6 wird gestrichen.

Nr. 53 § 69 Sicherstellungsauftrag

A Beabsichtigte Neuregelung

Der Sicherstellungsauftrag der Pflegekassen wird aufgrund der Einführung der pflegerischen Überbrückungsversorgung nach § 39 entsprechend ergänzt. Demnach haben die Pflegekassen für pflegerischen Akutsituationen ergänzende Versorgungsverträge sowie Vergütungsvereinbarungen mit zugelassenen ambulanten Pflege- und Betreuungsdiensten zur Erbringung des Notdienstes in der ambulanten Pflege und mit zugelassenen vollstationären Pflegeeinrichtungen zur Erbringung der Akut-Kurzzeitpflege zu schließen.

Darüber hinaus werden die Pflegekassen verpflichtet, bei der Wahrnehmung ihres Sicherstellungsauftrags künftig auch Erkenntnisse aus der Durchführung der Pflegebegleitung nach § 7c SGB XI zu berücksichtigen. Zudem erhalten die Pflegekassen bei einem durch die zuständigen Ausschüsse festgestellten strukturellen Versorgungsbedarf die Möglichkeit, zur Sicherstellung der pflegerischen Versorgung zeitlich befristet von bestimmten vertrags- und vergütungsrechtlichen Regelungen des SGB XI abzuweichen.

B Stellungnahme

Die gesetzliche Vorgabe für die Pflegekassen, ergänzende Versorgungsverträge sowie Vergütungsvereinbarungen mit den Leistungserbringern zur Sicherstellung der pflegerischen Überbrückungsversorgung abzuschließen, erscheint grundsätzlich sachgerecht. Zudem ist es nachzuvollziehen, dass diese Leistungen insbesondere durch Notdienste in der ambulanten Pflege, aber auch durch Angebote der Kurzzeitpflege erbracht werden sollen.

Zur Vermeidung zusätzlichen bürokratischen und administrativen Aufwands sollten bestehende Vertrags- und Vergütungsstrukturen vorrangig genutzt werden. Die Einführung der pflegerischen Überbrückungsversorgung darf nicht zu unnötigen zusätzlichen Vertrags- und Vergütungsverfahren führen. Die erforderlichen Vereinbarungen sollen auf Grundlage der bestehenden gesetzlichen Regelungen erfolgen.

Die ergänzende Berücksichtigung der Erkenntnisse aus der Pflegebegleitung nach § 7c SGB XI im Rahmen des Sicherstellungsauftrags ist nachvollziehbar. Dadurch können individuelle Versorgungsdefizite frühzeitig erkannt und bei der Sicherstellung einer bedarfsgerechten pflegerischen Versorgung berücksichtigt werden. Die Regelung unterstützt die Zusammenarbeit zwischen Pflegebegleitung und Pflegekassen und trägt dazu bei, bestehende Versorgungslücken gezielt aufzugreifen.

Die vorgesehene Möglichkeit, bei festgestelltem strukturellem Versorgungsbedarf zeitlich befristet von vertrags- und vergütungsrechtlichen Vorgaben abzuweichen,

schafft zusätzliche Handlungsspielräume für die Pflegekassen. Dabei ist sicherzustellen, dass bestehende Vertrags- und Vergütungsstrukturen vorrangig genutzt und die vorgesehenen Abweichungsmöglichkeiten auf die zur Behebung des festgestellten Versorgungsbedarfs erforderlichen Maßnahmen beschränkt werden. Die Voraussetzungen und der Umfang der Abweichungen sollten klar bestimmt sein, um ein einheitliches und transparentes Vorgehen sicherzustellen.

C Änderungsvorschlag

§ 69 Absatz 1a wird um folgende Sätze ergänzt:
„Zur Sicherstellung der pflegerischen Überbrückungsversorgung sind bestehende Versorgungsverträge und Vergütungsvereinbarungen vorrangig zu ergänzen oder anzupassen, soweit die Anforderungen an die jeweilige Leistungserbringung hierdurch erfüllt werden können. Gesonderte Vertrags- und Vergütungsvereinbarungen sind auf die Fälle zu beschränken, in denen eine Anpassung bestehender Vereinbarungen zur Sicherstellung der Versorgung nicht ausreicht."

Nr. 54 § 72 Zulassung zur Pflege durch Versorgungsvertrag

A Beabsichtigte Neuregelung

Zu a)
Die Ergänzung in § 72 Absatz 3 Satz 1 stellt klar, dass bei Erfüllung der Zulassungsvoraussetzungen auch ein Anspruch auf Abschluss eines Gesamtversorgungsvertrags besteht.

Zu b)
Zudem soll mit Änderung des § 72 Absatz 3b Satz 5 ermöglicht werden, dass mit Zustimmung der betreffenden Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer die Entlohnung im Sinne des § 72 Absatz 3b SGB XI anstatt der Zahlung in Geld auch anteilig in Form von Sach- und Dienstleistungen und anderen geldwerten Leistungen, beispielsweise Beiträgen zu einer betrieblichen Altersvorsorge, erfolgen kann.

Durch Änderung des Absatzes 3b Satz 6 und 7 soll zudem ermöglicht werden, dass die Umsetzung der Anpassung von kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen, Tarifverträgen und des regional üblichen Entlohnungsniveaus bei nicht tarifgebundenen Einrichtungen nicht innerhalb von drei Monaten, sondern zur nächsten Vergütungsvereinbarung erfolgt.

B Stellungnahme

Zu a)
Die vorgesehenen Änderungen zum Anspruch auf Abschluss eines Gesamtversorgungsvertrags im Rahmen der Zulassung sind sachgerecht.

Zu b) Satz 5
Die vorgesehenen Regelungen in Satz 5 zur Umwidmung von Geld- in Dienst- und Sachleistungen oder anderer geldwerter Leistungen sind nicht sachgerecht. Sie mindern die Transparenz für die Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer und erschweren die Ermittlung der Zulassungsvoraussetzungen für alle Vertragsparteien. Bei der Einführung der Tariftreueregelungen in der sozialen Pflegeversicherung wurden Dienst- und Sachleistungen sowie sonstige geldwerte Vorteile bewusst nicht als Entlohnungsbestandteile im Sinne des § 72 Abs. 3b Satz 2 aufgenommen.

Zu b) Satz 6 und 7
Die vorgesehenen Änderungen zur Flexibilisierung des Umsetzungszeitpunktes sind sachgerecht. Sie tragen zur Entbürokratisierung sowie zur Entzerrung der Vergütungszeiträume bei.

Zusätzlich sollte das regional übliche Entlohnungsniveau für Einrichtungen, die sich an diesem Niveau orientieren, im Rahmen einer Übergangsregelung bis zum

01.01.2030 auf dem Stand vom 30.09.2026 festgeschrieben werden. Die Einführung der Tariftreueregelungen nach §§ 72 und 82c SGB XI hat in den vergangenen Jahren zu einer deutlichen Verbesserung der Vergütungssituation in der Langzeitpflege geführt. Das regional übliche Entlohnungsniveau ist bundesweit von 19,90 Euro je Stunde im Jahr 2021 auf 24,50 Euro im Jahr 2026 gestiegen und damit innerhalb von fünf Jahren um über 23 %. Das mit den Regelungen verfolgte Ziel einer deutlichen Verbesserung der Entlohnung in der Langzeitpflege ist damit erreicht. Zugleich liegen die Löhne in der Pflege inzwischen auf einem im Branchenvergleich wettbewerbsfähigen Niveau.

Vor dem Hintergrund der angespannten Finanzlage der sozialen Pflegeversicherung sollte nunmehr die finanzielle Tragfähigkeit stärker berücksichtigt und die Dynamik der Ausgabenentwicklung begrenzt werden. Hierzu ist es erforderlich, die Vergütungsregelungen des § 82c SGB XI weiterzuentwickeln. Die befristete Festschreibung des regional üblichen Entlohnungsniveaus auf dem erreichten Stand schafft hierfür einen verlässlichen Rahmen und trägt dazu bei, die Ausgabenentwicklung zu stabilisieren, ohne das erreichte Vergütungsniveau abzusenken. Zugleich bleibt durch die Fortgeltung des regional üblichen Entlohnungsniveaus als Zulassungsvoraussetzung sichergestellt, dass die Pflegeeinrichtungen weiterhin eine angemessene und wettbewerbsfähige Entlohnung ihrer Beschäftigten gewährleisten müssen.

Für den Übergangszeitraum sollte die Verpflichtung zur Umsetzung von Tariferhöhungen bei Tarifanlehnern ausgesetzt werden. Die Möglichkeit, Tariflohnerhöhungen weiterhin umzusetzen, bleibt davon unberührt. Für alle Pflegeeinrichtungen gelten dabei gleichermaßen die gesetzlichen Begrenzungen der Vergütungssteigerungen nach §§ 85 und 89 SGB XI, die sich an der Steigerungsrate der Grundlohnsumme nach § 71 SGB V orientieren.

Für Pflegeeinrichtungen, die an Tarifverträge oder kirchliche Arbeitsrechtsregelungen gebunden sind, sollte zudem im Übergangszeitraum die jährliche Übermittlung der für die Berechnung des regional üblichen Entlohnungsniveaus erforderlichen Entlohnungsinformationen entfallen. Dies reduziert den Verwaltungsaufwand für Pflegeeinrichtungen und Pflegekassen und leistet einen weiteren Beitrag zur Entbürokratisierung.

C Änderungsvorschlag

In Absatz 3b Satz 5 wird der Halbsatz „außer die Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer stimmen Abweichendem zu“ gestrichen.

Nach Absatz 3g wird folgender Absatz 3h eingefügt:
„(3h) Absatz 3b Satz 6 und Absatz 3e sind vom 01.01.2027 bis zum Ablauf des 31.12.2029 nicht anzuwenden.“

Nr. 55 § 73a Beeinträchtigungen bei Versorgungsverträgen

A Beabsichtigte Neuregelung

Die halbjährliche Auswertung über die Anzahl der Versorgungsverträge und die Platzzahlen in der vollstationären Pflegeeinrichtungen ist nicht nur nach Bundesländern, sondern auch auf Ebene der regionalen Gebietskörperschaften zu erheben.

B Stellungnahme

Die Ergänzung, dass den Ländern und ihren Kommunen im Rahmen der Erfüllung der Aufgaben nach § 8 Abs. 4 der halbjährliche Bericht über die Versorgungssituation in einer für die kommunale Pflegestrukturplanung nutzbarer Form zur Verfügung gestellt wird, ist sachgerecht.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Nr. 57 § 75a (neu) Praktische Erprobung innovativer Konzepte

A Beabsichtigte Neuregelung

Ambulante oder stationäre Pflegeeinrichtungen können mit den Kostenträgern zwischen 2027 und 2031 für einen Zeitraum von maximal drei Jahren Ausnahmen von Regelungen der Rahmenverträge nach § 75 vereinbaren. Diese Abweichungen sollen ausschließlich der zeitlich befristeten praktischen Erprobung innovativer Konzepte in der pflegerischen Versorgung dienen und werden durch den Schutzanspruch der von der Pflegeeinrichtung versorgten pflegebedürftigen Menschen begrenzt.

Bei Nichteinigung der Vertragsparteien im Rahmen des Vereinbarungsverfahrens greift der Schiedsstellenmechanismus. Die Landesverbände der Pflegekassen informieren den Spitzenverband Bund der Pflegekassen über den Abschluss von Verträgen. Dieser fordert in angemessenen zeitlichen Abständen von den Vertragsparteien einen Erfahrungsbericht über die laufenden Innovationskonzepte an. Zudem können Pflegeeinrichtungen diese Vereinbarung mit einer Frist von sechs Wochen ganz oder teilweise kündigen. Hingegen haben die Landesverbände der Pflegekassen nur die Kündigungsmöglichkeit, sofern die pflegerische Versorgung der betroffenen pflegebedürftigen Menschen gefährdet ist.

B Stellungnahme

Temporäre Abweichungen von den Vorgaben der Landesrahmenverträge nach § 75, dem bestehenden Qualitätssicherungssystem nach §§ 113 ff. sowie den gesetzlich vorgesehenen Modellprogrammen würden Widersprüche herbeiführen, die in der Konsequenz sogar die Qualität der pflegerischen Versorgung gefährden könnten.

Darüber hinaus wird insbesondere der Begriff „innovative Konzepte“ nicht näher definiert und auch nicht weiter konturiert. Das kann in der Praxis zu sehr unterschiedlichen Anwendungen führen, da nicht jedes organisatorische Entlastungsmodell bereits ein innovationswürdiges Konzept darstellt. Damit würde den Pflegeeinrichtungen ein Anspruch auf einen Vertragsabschluss zur Umsetzung von nicht näher definierten Konzepten eingeräumt werden und eine Ablehnung wäre nur durch die Schiedsstelle möglich, sofern nach deren Einschätzung der Schutz der Pflegebedürftigen als nicht gegeben gilt. Gerade im Zeichen der Entbürokratisierung würde ein solches Verfahren eher ein falsches Signal senden und zusätzliche Aufwände mit sich bringen. Zudem sind die ausschließlich für die Landesverbände der Pflegekassen eingeschränkten Kündigungsmöglichkeiten nicht nachzuvollziehen.

Im Ergebnis soll die Grundlage für die Sicherstellung der pflegerischen Versorgung der Landesrahmenvertrag nach § 75 sein. Zudem wurden bereits durch den Gesetzgeber die Möglichkeit zur Erprobung neuer Maßnahmen und Konzepte in der pflegerischen Versorgung durch Modellprojekte geschaffen, die das Ziel, diese ggf. in die Regelversorgung übertragen zu können, verfolgen. Im Rahmen dieser Modellvorhaben kann

schon heute von geltenden Vorschriften des SGB XI abgewichen werden. Durch die fachliche sowie wissenschaftliche Begleitung wird auch die Erprobung innovativer Konzepte in diesem Rahmen qualitätsgesichert durchgeführt. Daher ist die praktische Erprobung innovativer Konzepte auf Grundlage eines Vertrages nach § 75a nicht zielführend. Vielmehr sollten hierfür die geltenden Regelungen für Modellvorhaben im SGB XI Anwendung finden.

C Änderungsvorschlag

Die Neuregelung ist zu streichen.

Nr. 59 § 82 Finanzierung der Pflegeeinrichtungen

A Beabsichtigte Neuregelung

Mit dieser Ergänzung soll klargestellt werden, dass Personal- und Sachaufwendungen von Pflegeeinrichtungen im Zusammenhang mit der Implementierung und Nutzung von betriebsnotwendigen technischen oder digitalen Systemen bei Vergütungsvereinbarungen zu berücksichtigen sind.

B Stellungnahme

Bei Pflegevergütungsverhandlungen können bereits in verschiedenen Kostenpositionen Aufwendungen im Zusammenhang mit der Implementierung und Nutzung von betriebsnotwendigen technischen oder digitalen Systemen berücksichtigt sein. Um Doppelfinanzierungen auszuschließen, ist auch die Refinanzierungsmöglichkeit bestimmter Aufwendungen im Rahmen des § 8 Abs. 8 SGB XI (§ 11 SGB XI neu) mitzudenken und die Abgrenzung zu Investitionskosten vorzunehmen. Darüber hinaus können durch den Einsatz technischer oder digitaler Anwendungen auch Personalkosten eingespart und deren Aufwendungen entsprechend gegengerechnet werden. Aus diesen Gründen wird die vorgeschlagene gesetzliche Klarstellung als nicht sachgerecht angesehen. Die Berücksichtigung entsprechender Aufwendungen ist bereits im Rahmen der bestehenden Vergütungsverhandlungen möglich. Eine zusätzliche gesetzliche Regelung erscheint daher nicht erforderlich. Vielmehr ist sicherzustellen, dass eine klare Abgrenzung zu anderen Finanzierungstatbeständen erfolgt, Doppelfinanzierungen ausgeschlossen werden und mögliche Einsparungen durch den Einsatz technischer oder digitaler Systeme bei der Ermittlung der refinanzierungsfähigen Aufwendungen Berücksichtigung finden.

C Änderungsvorschlag

§ 82 Abs. 1a wird wie folgt gefasst:

„In der Pflegevergütung und in den Entgelten für Unterkunft und Verpflegung können Personal- und Sachaufwendungen im Zusammenhang mit der Implementierung und Nutzung von betriebsnotwendigen technischen oder digitalen Systemen berücksichtigt werden, sofern diese nicht bereits nach anderen Vorschriften finanziert werden."

Nr. 60 § 82c Wirtschaftlichkeit von Personalaufwendungen

A Beabsichtigte Neuregelung

Ab 2027 werden die bisherigen Vorgaben zur Wirtschaftlichkeit der Personalaufwendungen teilweise für vier Jahre ausgesetzt und durch differenzierte Regelungen für die verschiedenen Einrichtungstypen ersetzt: Bei tarifgebundenen Einrichtungen kann weiterhin eine Bezahlung von Gehältern der Beschäftigten in Pflege und Betreuung bis zur Höhe der Tarifsteigerungen nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden. Einrichtungen, die sich an einen Tarifvertrag anlehnen, können sich weiterhin an den in der Liste nach § 82c Abs. 5 ausgewiesenen Tarifverträgen bzw. kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen orientieren; eine entsprechende Entlohnung kann nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden.

Für Einrichtungen, die ihre Beschäftigten in Höhe des regional üblichen Entlohnungsniveaus entlohnen, wird hingegen die durchschnittliche Veränderungsrate nach § 71 Abs. 3 SGB V als Obergrenze für die Steigerung der Personalaufwendungen festgelegt. Der Entwurf sieht jedoch auch Ausnahmetatbestände bei strukturellen Veränderungen beim Pflegepersonal vor; daraus resultierende Personalkostensteigerungen unterliegen nicht der Grundlohnsummenbindung.

Für die Jahre 2027 bis 2029 werden zudem die zum 30.09.2026 geltenden regional üblichen Entlohnungsniveaus jährlich um diese Veränderungsrate fortgeschrieben; die pflegetypischen Zuschläge bleiben auf dem Stand vom 30.09.2026. Die fortgeschriebenen Werte werden veröffentlicht und sind für die Entlohnung nach § 72 Abs. 3b Satz 1 Nr. 4 maßgeblich. Bis zum 30.06.2029 soll ein Bericht über die Entwicklung der Löhne in der Langzeitpflege und der Pflegevergütungen erstellt werden. Auf dieser Grundlage soll anschließend die Ausgestaltung der Vorgaben ab 2031 überprüft und gegebenenfalls ein neues Verfahren entwickelt werden.

B Stellungnahme

Die vorgesehenen Änderungen werden abgelehnt. Es ist sachgerecht, die Tariftreue als Zulassungsvoraussetzung nach § 72 Absatz 3b SGB XI beizubehalten, die weitere Entwicklung der Vergütungen jedoch stärker an der allgemeinen wirtschaftlichen und gesamtgesellschaftlichen Lohnentwicklung auszurichten. Die vorgeschlagene Neuregelung steht diesem Ansatz jedoch entgegen. Sie sieht für tarifgebundene und tarifanlehnende Einrichtungen faktisch eine vollständige Refinanzierung der maßgeblichen Entlohnungsbestandteile vor. Bei tarifgebundenen Einrichtungen betrifft dies weiterhin sämtliche Bestandteile des jeweiligen Tarifvertrags, bei tarifanlehnenden Einrichtungen die in § 72 SGB XI genannten fünf Entlohnungsbestandteile. Damit entfällt für tarifanlehnende Einrichtungen zugleich die bislang bestehende Begrenzung auf 110 % des regional üblichen Entlohnungsniveaus.

Hierdurch wird ein wesentlicher kostenbegrenzender Mechanismus ersatzlos beseitigt. Zugleich besteht weiterhin die grundsätzliche Möglichkeit, dass Tarifvertragsparteien Entgeltsteigerungen vereinbaren, deren finanzielle Folgen anschließend

von der Pflegeversicherung bzw. den Pflegebedürftigen getragen werden. Eine vollständige und verbindliche Refinanzierung nimmt damit den erforderlichen Anreiz, bei Tarifabschlüssen auch die wirtschaftlichen Auswirkungen auf die Pflegeversicherung und die Pflegebedürftigen angemessen zu berücksichtigen. Die Neuregelung birgt daher die erhebliche Gefahr einer zusätzlichen Steigerung der Personalkosten und trägt damit zur Entwertung der Versicherungsleistungen bei.

Zudem stellt sich die Frage, wie mit Einrichtungen umzugehen ist, die sich an Tarifverträgen oder kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen anlehnen, die nicht in der Veröffentlichung des GKV-Spitzenverbandes nach § 82c Absatz 5 SGB XI enthalten sind, jedoch trotzdem unter 110 % des regional üblichen Entlohnungsniveaus liegen. Die vorgesehene Regelung stellt insoweit nicht hinreichend klar, ob und in welchem Umfang die dort vereinbarten Entlohnungen refinanziert werden können. Hierdurch drohen neue Abgrenzungs- und Rechtsunsicherheiten.

Besonders kritisch ist zudem, dass die vorgeschlagene Neuregelung die Vergütungssystematik zwischen SGB XI und SGB V weiter auseinanderentwickelt. Nahezu alle ambulanten Einrichtungen, die Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach dem SGB V erbringen, bieten zugleich Leistungen nach dem SGB XI an. Unterschiedliche Vorgaben für die Entwicklung der Vergütungen und insbesondere der Personalaufwendungen führen deshalb zu erheblichen Abgrenzungs- und Umsetzungsproblemen. Eine getrennte Vergütungssteuerung nach SGB V und SGB XI würde zusätzlichen Verwaltungsaufwand verursachen und die Vergütungsverhandlungen erheblich verkomplizieren.

Die Unterschiede zwischen den Regelungen des SGB V und den vorgesehenen Regelungen des SGB XI lassen sich wie folgt zusammenfassen:

Regelungen zur Finanzierung von Pflege	**§ 132a SGB V**	**§§72/ 82c SGB XI**
Unabhängig vom Einrichtungstyp	Keine Regelung	Ausnahmetatbestand: Strukturelle Veränderungen beim Personal werden refinanziert; Regelungen gelten nicht für Mitarbeitende, die nicht in Pflege und Betreuung tätig sind
Tarifgebundene Einrichtungen (einschl. dritter Weg)	Tarifsteigerungen refinanziert bis zur Höhe GLS + (Tarifsteigerung-GLS) *50 %	Tarifsteigerungen werden refinanziert. Keine Begrenzung von Lohnsteigerungen
	Vergütungssteigerung begrenzt auf GLS	Keine Begrenzung von Vergütungssteigerungen

Regelungen zur Finanzierung von Pflege	§ 132a SGB V	§§72/ 82c SGB XI
Tarifanwender	Keine Regelung	Tarifsteigerungen refinanziert; keine Begrenzung von Lohnsteigerungen (bisher 110 %)
	Vergütungssteigerungen begrenzt auf GLS	Keine Begrenzung von Vergütungssteigerungen
RÜE-Anwender	Keine Regelung	Lohnsteigerungen begrenzt auf RÜE vom 30.09.2026 + jährliche Steigerung der GLS
	Vergütungssteigerungen begrenzt auf GLS	Keine Begrenzung von Vergütungssteigerungen

Insgesamt führen die vorgesehenen Änderungen damit zu einer erheblichen Ausweitung der Bürokratie bei gleichzeitigem Wegfall wesentlicher kostenbegrenzender Mechanismen. Anstatt die Vergütungsentwicklung stärker an der allgemeinen wirtschaftlichen und gesamtgesellschaftlichen Entwicklung auszurichten und damit eine nachhaltige Finanzierbarkeit sicherzustellen, besteht die Gefahr einer weiteren Beschleunigung der Ausgabenentwicklung in der sozialen Pflegeversicherung. Dies ist insbesondere vor dem Hintergrund der bereits erheblichen finanziellen Belastungen der Pflegeversicherung sowie der pflegebedürftigen Menschen nicht sachgerecht.

Mit dem Vorschlag des AOK-Bundesverbands wird die Systematik der Vergütungsregelungen im SGB XI für den Übergangszeitraum neu geordnet und an die entsprechende Regelung des SGB V angeglichen. Dabei werden die Regelungsbereiche Zulassungsrecht, Grundsätze der Wirtschaftlichkeit von Personalaufwendungen und Vergütungsrecht klar voneinander abgegrenzt. Die Regelung des § 82c SGB XI wird demgegenüber auf die besondere wirtschaftliche Behandlung tarifvertraglicher und kirchlicher Vergütungssteigerungen konzentriert. Tariflich oder kirchlich vereinbarte Steigerungen sollen bis zum 29.07.2028 um bis zu 50 % der Differenz zwischen Tarifsteigerung und Grundlohnsummensteigerung als wirtschaftlich berücksichtigt werden können, wenn sie über die nach § 71 Absatz 3 SGB V maßgebliche durchschnittliche Veränderungsrate hinausgehen. Dies entspricht der Neuregelung des § 132a Abs. 4 SGB V.

Zugleich wird das regional übliche Entlohnungsniveau bis zum 01.01.2030 auf dem Stand vom 30.09.2026 festgeschrieben. Die vorgeschlagenen Änderungen des § 82c Absatz 5 SGB XI stellen klar, dass die jährlichen Veröffentlichungen und die Aktualisierung der Listen der Tarifverträge und kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen bis Ende 2029 ausgesetzt werden. Da in diesem Zeitraum auch die Meldungen nach § 72 Absatz 3e SGB XI entfallen, wird eine Neuberechnung des Entlohnungsniveaus

vermieden. Damit bleibt das erreichte Vergütungsniveau erhalten. Zugleich wird sichergestellt, dass Einrichtungen, die das regional übliche Entlohnungsniveau als Zulassungsvoraussetzung gewählt haben, ihren Beschäftigten weiterhin eine angemessene und wettbewerbsfähige Entlohnung zahlen müssen.

Mit der Neuregelung wird durch die Bindung von Vergütungsvereinbarungen an die Grundlohnsummenentwicklung ein kostenbegrenzender Mechanismus eingeführt. Dies soll insbesondere dazu beitragen, den Anstieg der Eigenanteile zu begrenzen und Anreize zu setzen, bei Tarifabschlüssen auch die wirtschaftlichen Auswirkungen auf die Pflegeversicherung und die pflegebedürftigen Menschen angemessen zu berücksichtigen. Das entbindet nicht von der Pflicht, der Pflegeeinrichtung der Einhaltung und Nachweisführung der der Vereinbarung zugrunde liegenden Pflegevergütung.

Ein Blick auf die bisher bekannten Grundlohnsummensteigerungen nach § 71 Absatz 3 SGB V und Tarifabschlüsse (exemplarisch dargestellt am Leittarif TVöD) kann einen Beitrag zur Versachlichung der Diskussion um die Refinanzierbarkeit von Tariflöhnen leisten.

	GLS nach § 71 SGB V	**TVöD Tabelle P**
2021	2,53 %	Ab 01.04.2021 + 1,4 %
2022	2,29 %	Ab 01.04.2022 + 1,8 %
2023	3,45 %	Nullrunde
2024	4,22 %	Ab 01.03.2024 Sockel 200€ + 5,5 %
2025	4,41 %	Ab 01.04.2025 + 3,0 %
2026	5,17 %	Ab 01.05.2026 + 2,8 %
2027	3,42%	

Im Rahmen der Evaluation nach Absatz 8 sollte geprüft werden, wie sich die jährlichen Tarifsteigerungen im Verhältnis zur Grundlohnsummenrate (GLS) entwickeln. Darüber hinaus sollte untersucht werden, wie die Regelungen zur Zulassung, zur Wirtschaftlichkeit von Personalaufwendungen und zur Begrenzung der Pflegevergütungen nach §§ 85 und 89 SGB XI anhand der Grundlohnsummenrate nach § 71 SGB V nach Ablauf des Übergangszeitraums aufeinander abgestimmt werden können. Hierfür erhält die Bundesregierung eine ergänzende Berichtspflicht zur Entwicklung von Löhnen und Gehältern in der Pflege.

C Änderungsvorschlag

Absatz 1 wird wie folgt gefasst:

„Bis zum 29.07.2028 kann die Bezahlung von Gehältern nach Satz 1 oberhalb der festgestellten durchschnittlichen Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 SGB V insoweit nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden, als die Überschreitung der festgestellten durchschnittlichen Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 SGB V 50 Prozent des Unterschieds zwischen der tarifvertraglich vereinbarten Vergütungssteigerung und der festgestellten durchschnittlichen Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 SGB V nicht übersteigt."

Absatz 5 Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„Zur Information der Pflegeeinrichtungen veröffentlicht jeder Landesverband der Pflegekassen unter Beteiligung des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e. V. im Land und der Träger der Sozialhilfe auf Landesebene bis zum 30.09.2026 und ab dem 01.01.2030 jährlich unverzüglich, spätestens jedoch bis zum 30. September des jeweiligen Jahres, für das jeweilige Land

1. eine Liste der Tarifverträge und kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen, die eine Entlohnung vorsehen, die nach Absatz 2 Satz 1 nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden kann,
2. alle weiteren Informationen, die erforderlich sind, um überprüfen zu können,
   a) ob eine Pflegeeinrichtung die Voraussetzungen nach § 72 Absatz 3a oder Absatz 3b erfüllt und
   b) ob bei einer Pflegeeinrichtung die Entlohnung nach Absatz 2 Satz 1 nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden kann.

Die Liste und die Informationen sind einmal monatlich zu aktualisieren. Zu jedem in der Liste genannten Tarifvertrag und zu jeder der in der Liste genannten kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen sind, soweit diese Angaben dem jeweiligen Landesverband der Pflegekassen vorliegen, mindestens folgende Angaben zu veröffentlichen:

1. Laufzeit des Tarifvertrags oder der kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen oder Datum, zu dem frühestens eine Kündigung erfolgen kann,
2. Angabe, ob eine Kündigung oder anderweitige Beendigung des Tarifvertrags oder der kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen erfolgt ist,
3. Angabe, zu welchem Zeitpunkt die Kündigung oder anderweitige Beendigung wirksam wird,
4. Angabe, ob eine Änderung der Entlohnung nach § 72 Absatz 3b Satz 2 für Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, die Leistungen der Pflege oder Betreuung von Pflegebedürftigen erbringen, erfolgt ist und wenn ja, zu welchem Datum diese wirksam wird.

Zu den erforderlichen Informationen nach Satz 1 Nummer 2 gehören insbesondere auch

1. das regional übliche Entlohnungsniveau im Sinne von Absatz 2 Satz 2 Nummer 1,
2. die regional üblichen Entlohnungsniveaus im Sinne von Absatz 2 Satz 2 Nummer 2 sowie

3. die regional üblichen Niveaus der pflegetypischen Zuschläge im Sinne von Absatz 2 Satz 2 Nummer 3.

Die Landesverbände der Pflegekassen stellen sicher, dass die nach § 72 Absatz 3e Satz 2 und 3 übermittelten Fassungen der Tarifverträge und der kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen den Pflegeeinrichtungen auf Wunsch zur Verfügung gestellt werden, soweit nicht zwingende betriebliche Gründe dagegensprechen."

Absatz 7 wird wie folgt gefasst:

„Die Absätze 2 Satz 1 sowie 2a bis 4 sind vom 02.01.2027 bis zum Ablauf des 31.12.2029 nicht anzuwenden.
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."

Absatz 8 wird wie folgt gefasst:

„Das Bundesministerium für Gesundheit prüft unter Beteiligung des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales und unter Einbeziehung des Berichts nach Absatz 7 Satz 2, wie die 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."

In § 84 Absatz 7 Satz 1 werden die Wörter „nach § 82c Absatz 1 oder Absatz 2a und der Entlohnung nach § 82c Absatz 2" gestrichen.

In § 85 Absatz 3 wird nach Satz 1 folgender Satz eingefügt:
„§ 71 Absätze 1 bis 3 des Fünften Buches gilt."

In § 89 Absatz 1 wird folgender Satz angefügt:
„§ 71 Absätze 1 bis 3 des Fünften Buches gilt."

Nr. 62 § 87a Berechnung und Zahlung des Heimentgelts

A Beabsichtigte Neuregelung

Pflegeeinrichtungen erhalten die Bonuszahlung künftig von Amts wegen; eine Beantragung bei der Pflegekasse ist nicht mehr erforderlich. Zudem entfällt die Verpflichtung zur Rückzahlung des Bonus bei einer erneuten Höherstufung innerhalb von sechs Monaten.

B Stellungnahme

Die Neuregelung ist dem Grunde nach zu begrüßen. Sie erweist sich für die Pflegekassen als verwaltungsarm, da eine Antragstellung und die Ursachenprüfung für die Rückstufung in einen niedrigeren Pflegegrad entfallen. Die künftige automatische Auszahlung an die Pflegeeinrichtung erfolgt ohne weiteres Prüfverfahren und leistet somit einen wirksamen Beitrag zum Bürokratieabbau.

Zur Vereinheitlichung der Begrifflichkeiten sollte auch hier der bisherige Bezug auf aktivierende Pflege an das ressourcenorientierte Pflegeverständnis angepasst werden. Die finanzielle Anerkennung sollte an erfolgreiche pflegerische oder rehabilitative Maßnahmen anknüpfen, die zur Verbesserung der Selbstständigkeit und Fähigkeiten pflegebedürftiger Menschen beitragen.

C Änderungsvorschlag

In § 87a Absatz 4 Satz 1 werden die Wörter „aktivierender oder rehabilitativer Maßnahmen“ durch die Wörter „an den Ressourcen und Bedürfnissen des Menschen orientierter pflegerischer oder rehabilitativer Maßnahmen“ ersetzt.

Nr. 63 § 88b (neu) Erstattung von Vorhaltekosten bei Akut-Kurzzeitpflege

A Beabsichtigte Neuregelung

Mit dieser Regelung wird vom Gesetzgeber für die Jahre 2028 bis 2032 ein zeitlich befristetes Erstattungsverfahren für Vorhaltekosten bei Akut-Kurzzeitpflege eingeführt. Ziel dabei ist es, vollstationären Pflegeeinrichtungen eine finanzielle Sicherheit zu bieten, damit diese festen Plätze für pflegerische Akutsituationen reservieren, auch wenn diese zeitweise nicht belegt werden können. Im Gegenzug werden die Pflegeeinrichtungen dazu verpflichtet, freie Kapazitäten transparent zu melden. Weiterhin werden durch die Ausgestaltung in Form eines von der Pflegeversicherung finanzierten Erstattungsverfahrens finanzielle Belastungen der Pflegebedürftigen vermieden.

Der Anspruch auf Erstattung von anteiligen Vorhaltekosten bei Akut-Kurzzeitpflege besteht für vollstationäre Pflegeeinrichtungen, die einen Versorgungsvertrag sowie eine entsprechende Vergütungsvereinbarung abgeschlossen haben. Sofern eine vollstationäre Pflegeeinrichtung in der Akut-Kurzzeitpflege Nichtauslastungen unterhalb ihrer vertraglich vereinbarten Auslastungsquote zu verzeichnen hat, bekommt diese die Vorhaltekosten anteilig erstattet. Doppelfinanzierungen sind dabei auszuschließen. Die Finanzierung der Vorhaltekosten hat aus Mitteln des Ausgleichsfonds der sozialen Pflegeversicherung zu erfolgen, an dem die privaten Versicherungsunternehmen entsprechend zu beteiligen sind.

Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen beschließt im Benehmen mit den Bundesvereinigungen der Träger stationärer Pflegeeinrichtungen in Richtlinien bis 31.12.2027 Einzelheiten zu diesem Erstattungsverfahren, die vom Bundesministerium für Gesundheit zu genehmigen sind. Zudem wird eine Berichtspflicht und eine Evaluation unter wissenschaftlicher Begleitung durch den Spitzenverband Bund der Pflegekassen eingeführt.

B Stellungnahme

Die Vorhaltung einer leistungsfähigen, zahlenmäßig ausreichenden und wirtschaftlichen pflegerischen Versorgungsstruktur liegt nach der Systematik des SGB XI wesentlich in der Verantwortung der Länder. Daher ist diese Regelung eines befristeten Erstattungsverfahrens für Vorhaltekosten bei Akut-Kurzzeitpflege nicht sachgerecht und abzulehnen.

Die Gesetzesbegründung spricht selbst an, dass die Evaluation prüfen soll, welche Einsparungen sich für die Länder ergeben, wenn die Pflegeversicherung Vorhaltekosten finanziert, für die die Länder im Rahmen ihrer Strukturverantwortung nach § 9 Abs. 1 grundsätzlich verantwortlich sind. Damit entsteht ein systematischer Bruch: Die Pflegeversicherung finanziert Vorhaltekosten zur Strukturentwicklung, obwohl die

Sicherstellung der pflegerischen Infrastruktur nicht allein Aufgabe der Pflegeversicherung ist. Infolgedessen ist eine Vorhaltevergütung im Rahmen der Daseinsvorsorge zu verorten und ausschließlich von den Ländern zu finanzieren.

Darüber hinaus bestehen bereits leistungsrechtliche Möglichkeiten zur Inanspruchnahme von Kurzzeitpflege, die in den bestehenden Strukturen, deren Optimierungspotenzial zu evaluieren wäre, genutzt werden können. Viele der Inanspruchnahmen sind bereits heute auf Notfallsituationen zurückzuführen. Die fehlende Abgrenzung zwischen pflegerischen, medizinischen und sozialen Notfällen kann zu Unklarheiten führen und birgt Steuerungs- und Finanzierungsrisiken.

Nach den geltenden Bestimmungen ist bei der Bemessung der Pflegevergütung davon auszugehen, dass mit dieser der Pflegeeinrichtung es bei wirtschaftlicher Betriebsführung ermöglicht wird, ihre Aufwendungen zu finanzieren. Daher ist es nicht nachzuvollziehen, warum in der Finanzierung und Vergütungsbemessung zwischen den Pflegeeinrichtungen mit den neu vorgesehenen Akut-Kurzzeitpflegeplätzen 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 vorgehalten und entsprechend finanziert werden. Unterschiedliche Vorgehensweisen sind demnach nicht zielführend, da bereits in den Empfehlungen nach § 88a entsprechende Regelungen geschaffen wurden, um neue Kurzzeitpflegeeinrichtungen den Einstieg in die Versorgung zu erleichtern. Hierfür sehen die Empfehlungen vor, dass sich der kalkulatorische Auslastungsgrad an der tatsächlichen Auslastung der letzten Jahre orientieren soll und besondere Regelungen bei Neuzulassungen greifen.

Im Ergebnis wird mit dem vorgesehenen Erstattungsverfahren eine retrospektive Vergütung geregelt, wodurch die Pflegeeinrichtung in Vorleistung gehen muss und somit ein Anreiz zur Schaffung neuer Angebote entfällt. Effektiver wäre dagegen eine sachgerechte Bemessung der Pflegesätze, die die besonderen finanziellen Risiken miteinbezieht. Da dieser Aspekt bereits bei der Bemessung der regulären vorzuhaltenden Kurzzeitpflegeplätze erfolgt, sollte es auch im Gleichklang für die Vergütungsbemessung der Akut-Kurzzeitpflege gelten. Da das mit der Neuregelung verfolgte Ziel, zu einem flächendeckenden Angebot der Akut-Kurzzeitpflege im Rahmen der pflegerischen Überbrückungsversorgung beizutragen, nicht erfüllt werden kann, ist das angestrebte Vorgehen der Finanzierung von Vorhaltekosten zur Schaffung von Akut-Kurzzeitpflege abzulehnen.

C Änderungsvorschlag

Die Neuregelung ist zu streichen.

Nr. 71 § 113c Personalbemessung in vollstationären Pflegeeinrichtungen

A Beabsichtigte Neuregelung

Ab der nächsten Legislaturperiode prüft das Bundesministerium für Gesundheit einmal in jeder Legislaturperiode eine Anpassung der Personalanhaltswerte nach Abs. 1 und ob die Voraussetzungen für die Einführung einer bundeseinheitlichen, mindestens zu vereinbarenden personellen Ausstattung vorliegen. Dabei sind die Erkenntnisse aus dem Bericht des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen nach Abs. 8 und die Arbeitsmarkt- und Ausbildungssituation im Pflegebereich zu berücksichtigen. Außerdem legt das Bundesministerium für Gesundheit künftig einmal in jeder Legislaturperiode Zielwerte für eine bundeseinheitliche, mindestens zu vereinbarende personelle Ausstattung fest. Die Berichtspflicht des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen zur Personalbemessung in vollstationären Pflegeeinrichtungen nach Abs. 8 wird auf eine einmalige Erhebung je Legislaturperiode reduziert.

Darüber hinaus wird der Spitzenverband Bund der Pflegekassen verpflichtet, die Verbreitung und Auswirkungen von Personal- und Organisationsentwicklungsmaßnahmen wissenschaftlich zu evaluieren. Zudem prüft das Bundesministerium für Gesundheit eine Anpassung der Personalanhaltswerte unter Berücksichtigung der Änderungen des Begutachtungsinstruments sowie der vorgesehenen kostenneutralen Überführung zusätzlicher Betreuungskräfte nach § 43b SGB XI in die reguläre Personalausstattung.

B Stellungnahme

Die vorgesehenen Änderungen werden teilweise begrüßt. Insbesondere die Berücksichtigung der Arbeitsmarkt- und Ausbildungssituation sowie die ergänzenden Prüf- und Evaluationsaufträge nach den Absätzen 9 und 10 sind sachgerecht.

Kritisch bewertet wird hingegen die Reduzierung der Berichtshäufigkeit auf einmal je Legislaturperiode. Die bisherigen Erkenntnisse zur Umsetzung der Personalbemessung zeigen, dass weiterhin erhebliche Herausforderungen bestehen. Nach dem ersten Bericht zur Umsetzung des § 113c SGB XI sehen 64 Prozent der erhobenen Pflegesatzvereinbarungen keine Differenzierung nach den drei vorgesehenen Qualifikationsniveaus vor. Angesichts dieser Umsetzungsdefizite erscheint eine regelmäßige Überprüfung weiterhin erforderlich.

Die vorgesehene Berücksichtigung der Arbeitsmarkt- und Ausbildungssituation ist zu begrüßen, sollte jedoch hinsichtlich der tatsächlichen Umsetzungsbedingungen weiter konkretisiert werden. Insbesondere sind die Verfügbarkeit der erforderlichen Qualifikationen, die Ausbildungskapazitäten für Pflegefachassistenzpersonen sowie die praktische Umsetzbarkeit des vorgesehenen Qualifikationsmixes in den Pflegesatzvereinbarungen systematisch zu untersuchen.

Die ergänzenden Evaluationsaufträge können hierzu wichtige Erkenntnisse liefern. Entscheidend ist jedoch, dass die strukturellen Ursachen bestehender Umsetzungsdefizite frühzeitig erkannt und bei der Weiterentwicklung der Personalbemessung berücksichtigt werden.

Eine Reduzierung der Berichtspflichten ist nur dann sachgerecht, wenn weiterhin eine ausreichende Datengrundlage zur Bewertung des Umsetzungsstandes und zur Identifizierung notwendiger Anpassungen gewährleistet bleibt.

C Änderungsvorschlag

§ 113c Absatz 7 Satz 2 Nummer 2 wird wie folgt gefasst:

„die Arbeitsmarkt- und Ausbildungssituation im Pflegebereich, insbesondere die Verfügbarkeit der für die Umsetzung der Personalanhaltswerte erforderlichen Qualifikationsniveaus sowie die bestehenden Ausbildungs- und Qualifizierungsstrukturen."

Nr. 73 § 113e (neu) Transformationsstellenanteile in vollstationären Pflegeeinrichtungen

A Beabsichtigte Neuregelung

Im Zeitraum von 2028 bis 2032 können vollstationäre Pflegeeinrichtungen in der Pflegesatzvereinbarung Transformationsstellenanteile für bis zu 10 % der Stellen im Korridor zwischen der Mindestpersonalausstattung gemäß Landesrahmenvertrag und den gesetzlichen Personalhöchstwerten für Pflegeassistenz- und Pflegefachpersonen vereinbaren. Hierbei wird für die Anschaffung und den Einsatz von Pflegepersonal unterstützenden bzw. entlastenden technischen oder digitalen Systemen ein anteiliger finanzieller Gegenwert berücksichtigt. Voraussetzung ist, dass es sich um solche technischen oder digitalen Systeme handelt, die in dem vom Kompetenzzentrum Digitalisierung und Pflege erstellten Katalog enthalten sind. Bei der Vereinbarung haben die Pflegeeinrichtungen darzulegen, welche technischen oder digitalen Lösungen finanziert werden sollen und welche Wirkung durch deren Anwendung konkret erwartet wird.

Darüber hinaus werden die Landesverbände der Pflegekassen 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 jährlich Aussagen über die Anzahl der vereinbarten Transformationsstellenanteile und die zugrunde gelegten Aufwendungen beinhalten soll. Unter Einbezug dieser Daten hat das Kompetenzzentrum Digitalisierung und Pflege die Auswirkungen dieser Regelung auf die pflegerische Versorgung und deren Finanzierung zu evaluieren.

B Stellungnahme

Die Zielsetzung, den Einsatz technischer und digitaler Systeme zur Unterstützung und Entlastung des Pflege- und Betreuungspersonals zu fördern, wird ausdrücklich begrüßt.

Die vorgesehene Finanzierung technischer und digitaler Systeme über Transformationsstellenanteile wird in der vorgeschlagenen Form abgelehnt. Die Gleichstellung rechnerischer Transformationsstellenanteile mit regulär zu besetzender Personalausstattung wirft grundlegende Fragen zur Personalbemessung, zur Pflegevergütung und zur Sicherstellung der Versorgungsqualität auf. Insbesondere fehlen hinreichend konkrete Vorgaben zur Feststellung nicht besetzter Stellenanteile sowie zum Nachweis eines quantifizierbaren Zusammenhangs zwischen dem Einsatz technischer Systeme und der tatsächlichen Personalentlastung. Darüber hinaus sind mögliche Auswirkungen auf die Vergütungsregelungen nach §§ 84, 85 und 115 Absatz 3 SGB XI zu berücksichtigen.

Ferner weist die gesetzliche Neuregelung erhebliche bürokratische Aufwände bei der Umsetzung auf. Dies konterkariert zudem mit dem gesetzlichen Auftrag gemäß § 86a die Pflegesatz- und Vergütungsverfahren zu entbürokratisieren und zu beschleunigen. Nach dem Bericht des Spitzenverband Bund der Pflegekassen zur Umsetzung des Personalbemessungsverfahrens gem. § 113c Abs. 1 haben nur ca. ein Drittel der vollstationären Pflegeeinrichtungen eine Differenzierung nach drei Qualifikationsgruppen bei der Personalausstattung vereinbart. Daher bestehen schon erste Herausforderungen, um überhaupt Transformationsstellenanteile einrichtungsindividuell zu ermitteln. Zudem sind die durch die fiktiven Stellenanteile zur Verfügung stehenden Finanzmittel 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, würden die Vorgaben des § 115 Abs. 3 Anwendung finden. In der Folge sind die sehr aufwändigen Verfahren der Vergütungskürzung und der Rückzahlung an die betroffenen Pflegebedürftigen sowie weiterer Leistungsträger durchzuführen.

Außerdem ist der zentrale Begriff der „nicht besetzten Stellenanteile" weder im Gesetzestext noch in der Begründung inhaltlich definiert. Somit fehlt es an jeglichen Kriterien, ab wann eine Stelle als nicht besetzbar gilt. Weder die Dauer erfolgloser Rekrutierungsbemühungen noch der Umfang oder die Dokumentationspflicht solcher Bemühungen sind geregelt. In der Praxis bedeutet dies, dass jede vollstationäre Pflegeeinrichtung, deren Personalausstattung innerhalb des zulässigen Korridors nach § 113c liegt, Transformationsstellenanteile vereinbaren kann, ohne nachweisen zu müssen, dass sie aktiv und erfolglos versucht hat, die Stellen zu besetzen. Diese Regelungslücke schafft erhebliche Missbrauchspotenziale und konterkariert das erklärte Ziel, Technik als Ergänzung zum Personal einzusetzen, nicht als Ersatz dafür.

Abschließend werden die vorgesehenen wissenschaftlichen Nachweise zur entlastenden Wirkung technischer Systeme und die begleitende Evaluation begrüßt. Sie ersetzen jedoch keine systematische Erprobung der konkreten Auswirkungen auf die Personalbemessung, die Arbeitsorganisation und die Wirtschaftlichkeit der Pflegeeinrichtungen. Im Ergebnis sind vor einer regelhaften Berücksichtigung von Transformationsstellenanteile in Vergütungsverfahrensprozessen zuerst Nutzen, Wirtschaftlichkeit, Auswirkungen auf die Versorgungsqualität, auf die Entlastung von pflegenden Personen sowie möglichen Folgekosten nachzuweisen. Daher wird vorgeschlagen, Transformationsstellenanteile zunächst im Rahmen wissenschaftlich begleiteter Modellvorhaben nach § 11 SGB XI unter klar definierten Voraussetzungen zu erproben. Erst auf Grundlage der Evaluationsergebnisse sollte über eine Überführung in die reguläre Personalbemessung und Pflegevergütung entschieden werden.

C Änderungsvorschlag

Die Neuregelung ist zu streichen.

Nr. 74 § 114a Durchführung der Qualitätsprüfungen

A Beabsichtigte Neuregelung

Für die Qualitätsprüfungs-Richtlinien für gemeinschaftliche Wohnformen mit Verträgen zur pflegerischen Versorgung nach § 92c SGB XI wird der Zeitpunkt des Beschlusses neu festgelegt. Die Richtlinien sind innerhalb von sechs Monaten nach Vorlage des Abschlussberichts gemäß § 113b Absatz 4 Satz 2 Nummer 6 SGB XI zu beschließen. Grundlage sind die Empfehlungen nach § 92c Absatz 5 SGB XI und die Ergänzung der Vereinbarungen nach § 113 Absatz 1 Satz 2 SGB XI.
Bis zum Inkrafttreten dieser Richtlinien gelten für die Prüfung der erbrachten Leistungen und ihrer Qualität nach § 114 SGB XI die Richtlinien für die ambulante Pflege. Diese sind bis zum 30.06.2027 entsprechend anzupassen. Pflegebedürftige Personen in gemeinschaftlichen Wohnformen sollen in die Prüfungsstichprobe einbezogen werden.

B Stellungnahme

Die vorgesehenen Änderungen zur Qualitätsprüfung in gemeinschaftlichen Wohnformen nach § 92c SGB XI wird begrüßt. Die zeitliche Verknüpfung des Beschlusses der Qualitätsprüfungs-Richtlinien mit der Vorlage des Abschlussberichts nach § 113b Absatz 4 Satz 2 Nummer 6 SGB XI ist sachgerecht. Sie erlaubt, die wissenschaftlichen Erkenntnisse bereits bei der erstmaligen Entwicklung der Richtlinien zu berücksichtigen. Dadurch lässt sich der Aufwand einer kurzfristigen Überarbeitung für die beteiligten Stellen und die Leistungserbringer reduzieren.

Auch der Rückgriff auf die entsprechend angepassten Qualitätsprüfungs-Richtlinien für die ambulante Pflege während der Übergangszeit ist zu begrüßen. Damit besteht bereits bis zum Inkrafttreten der besonderen Richtlinien eine Grundlage für die Prüfung der erbrachten Leistungen und ihrer Qualität. Die Einbeziehung der Pflegebedürftigen in gemeinschaftlichen Wohnformen in die Prüfungsstichprobe unterstützt die Qualitätssicherung. Erfahrungen aus diesen Prüfungen können zudem in die Entwicklung der Richtlinien einfließen.

Die vorgesehene Frist von sechs Monaten nach Vorlage des Abschlussberichts betrifft den Beschluss der Richtlinien. Ihr Inkrafttreten erfolgt nach § 114a Absatz 7 Satz 4 SGB XI gleichzeitig mit der entsprechenden Qualitätsdarstellungsvereinbarung. Die Erarbeitung beider Regelwerke sollte deshalb zeitlich abgestimmt erfolgen, damit die besonderen Prüfungsrichtlinien und die zugehörige Qualitätsdarstellung ohne vermeidbare Verzögerungen eingeführt werden können.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Nr. 79 § 125a (neu) Modellvorhaben zur Erprobung von Telepflege

A Beabsichtigte Neuregelung

Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen wird bis zum 31.12.2027 beauftragt, Empfehlungen zur Umsetzung der Ergebnisse der wissenschaftlich gestützten Erprobung von Telepflege zur Verbesserung der pflegerischen Versorgung in der ambulanten und in der stationären Langzeitpflege zu entwickeln. Dabei ist das 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 und der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen nach § 118 SGB XI und der oder des Bevollmächtigten der Bundesregierung für Pflege herzustellen.

B Stellungnahme

Die vorgesehene Erarbeitung von Empfehlungen zur Umsetzung der Ergebnisse der wissenschaftlich gestützten Erprobung von Telepflege wird begrüßt. Die Übertragung dieser Aufgabe auf den Spitzenverband Bund der Pflegekassen ist sachgerecht. Die gewonnenen Erkenntnisse sollen dazu beitragen, den Einsatz von Telepflege in der ambulanten und stationären Langzeitpflege weiterzuentwickeln und die pflegerische Versorgung zu verbessern.

Die Beteiligung geeigneter Verbände der Digitalwirtschaft war im Rahmen der Durchführung der Modellvorhaben sachgerecht. Bei der Erarbeitung der Empfehlungen zur Umsetzung der Ergebnisse ist ihre Einbindung jedoch aufgrund möglicher wirtschaftlicher Eigeninteressen kritisch zu bewerten. Es ist sicherzustellen, dass die Empfehlungen zur Verbesserung der pflegerischen Versorgung in der ambulanten und stationären Langzeitpflege unabhängig von wirtschaftlichen Interessen erarbeitet werden. Darüber hinaus bleibt unklar, nach welchen Kriterien die Geeignetheit der Verbände der Digitalwirtschaft beurteilt wird, wer diese Bewertung vornimmt und auf welcher Grundlage die Auswahl erfolgt.

C Änderungsvorschlag

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

Nr. 83 § 134 Verwaltung und Anlage der Mittel

A Beabsichtigte Neuregelung

Das Bundesministerium für Gesundheit erhält einen Prüfauftrag zur Weiterentwicklung oder zum Umbau des Pflegevorsorgefonds bis Mitte nächsten Jahres.

B Stellungnahme

Die Regelung ist sachgerecht und wird begrüßt. Der Auftrag an das BMG, geeignete Maßnahmen zur Weiterentwicklung des Pflegevorsorgefonds zu prüfen, um dessen Konzeption, Anlagestruktur, Rendite-Risiko-Struktur und zeitlichen Horizont zu optimieren, ist dringend notwendig.

Der Prüfauftrag bietet die Chance, den Pflegevorsorgefonds gemäß seiner ursprünglichen Intention, die besondere zukünftige Belastung der sozialen Pflegeversicherung insgesamt abzufedern, wenn nach 2035 die geburtenstarken Jahrgänge in die Altersgruppen mit erhöhtem Pflegerisiko hineinwachsen, auszustatten.

Um das Leistungsniveau in der Pflegeversicherung demografiefest abzusichern und die zukünftigen Beitragszahler zu entlasten, sollte der Kapitalstock im bereits etablierten Pflegevorsorgefonds deutlich ausgebaut und auf Dauer angelegt werden.
In die Pflegeversicherung sollten zusätzlich zu den bereits eingebrachten Beitragszahlungen Steuermittel investiert und langfristig am Kapitalmarkt angelegt werden.

Nach den Erfahrungen der letzten Jahre bedarf der Pflegevorsorgefonds einer doppelt langfristigen Absicherung. Zum einen muss das eingelegte Kapital in Zukunft besser vor politischem Zugriff gesichert werden. Hierfür muss das aufzubauende Kapital mit einer festen Zweckbindung für die gesamte Anlagedauer eigentumsähnlich geschützt sein. Zum anderen muss die Anlagestrategie bei grundsätzlicher Renditeorientierung ein ausreichendes Sicherungsniveau gegen Verluste gewährleisten.
Hierzu kann auf vielfältige internationale Erfahrungen zurückgegriffen werden[3].

C Änderungsvorschlag

Keiner

[3] Siehe AOK-Positionen zur Weiterentwicklung der Pflege vom 20.06.2024
https://www.aok.de/pp/fileadmin/bereiche/unternehmenskommunikation/Agenda/Qualitaet_in_der_Pflege/Positionspapier_Pflege_010824_01.pdf

Nr. 84 § 135 Zuführung der Mittel

A Beabsichtigte Neuregelung

Zum Ausgleich für den ausgesetzten Bundeszuschuss wurde mit dem PUEG von 2024 bis 2027 die Zuführung der Mittel an den Pflegevorsorgefonds auf jährlich 700 Mio. Euro begrenzt. Diese Regelung wird bis 2028 verlängert, 2029 wird diese Zuführung auf einen Betrag in Höhe von 1,2 Mrd. Euro erhöht und erst ab 2030 wieder in die in Abs. 1 vorgesehene Zuführung zurückgekehrt.

B Stellungnahme

Die Regelung ist nicht sachgerecht und daher abzulehnen.

Die Kürzung der Zuführung widerspricht dem ursprünglichen Zweck der Bildung eines Fonds zur Abfederung der zukünftigen besondere Belastung der sozialen Pflegeversicherung, wenn nach 2035 die geburtenstarken Jahrgänge in die Altersgruppen mit erhöhtem Pflegerisiko hineinwachsen und sollte daher nicht verlängert werden.

C Änderungsvorschlag

Die Änderung des § 135 wird gestrichen.

Nr. 86 § 142b (neu) Übergangsregelung zur Anpassung der Schwellenwerte zum 1. Januar 2027

A Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Übergangsregelung wird festgelegt, dass für die Feststellung der Pflegebedürftigkeit und die rechtliche Beurteilung des Begutachtungsverfahrens das Datum der Antragstellung maßgeblich ist.

Für Personen, bei denen am 31.12.2026 bereits eine Pflegebedürftigkeit festgestellt war, wird eine umfassende Besitzstandsregelung verankert. Eine Überprüfung oder Neubegutachtung bestehender Einstufungen darf nicht allein auf Basis der gesetzlichen Neuregelungen und der veränderten Schwellenwerte nach § 15 SGB XI initiiert werden. Ein automatisierter Verlust des bestehenden Pflegegrades durch die Rechtsänderung ist somit ausgeschlossen.

Um eine Gleichbehandlung bei Eilverfahren zu sichern, wird der Spitzenverband Bund der Pflegekassen verpflichtet, bundesweit einheitliche Kriterien für das Vorliegen eines besonders dringlichen Entscheidungsbedarfs zu definieren. Für den Übergangszeitraum vom 01.01.2027 bis zum 30.04.2027 werden die gesetzlichen Fristen nach § 18c modifiziert: Die reguläre 25-Arbeitstage-Frist, innerhalb derer die Pflegekassen über einen Antrag entschieden haben müssen, wird für diesen Viermonatszeitraum ausgesetzt, um eine temporäre Überlastung abzufangen.

B Stellungnahme

Die Übergangsregelungen sind sachgerecht. Die gesetzliche Verankerung des Antragsdatums als maßgebliche Rechtsgrundlage schafft die notwendige Transparenz und beugt Rechtsstreitigkeiten bei der Verfahrensumstellung vor. Auch die verankerte Besitzstandsregelung für Altfälle ist notwendig, um einen administrativen Mehraufwand durch unbegründete Neubegutachtungen zu verhindern.

Die temporäre Aussetzung der Fristen vom 01.01.2027 bis zum 30.04.2027 ist erforderlich. Aufgrund der Änderungen der Schwellenwerte ab dem Jahr 2027 ist im Vorfeld des Stichtags mit einem Anstieg der Antragszahlen zu rechnen. Die Verpflichtung zur Entwicklung bundeseinheitlicher Kriterien für besonders dringliche Entscheidungsbedarfe ermöglicht es den Pflegekassen und den Medizinischen Diensten, Anträge in der Übergangsphase nach Priorität und Transparenzvorgaben abzuarbeiten, bis sich das Antragsvolumen normalisiert hat.

Im Übrigen verweisen wir auf unsere Stellungnahme zu § 18c.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Nr. 86 § 142c Übergangsregelung zu den Inhalten des Gutachtens nach § 18b Absatz 1 Satz 1 Nummer 3

A Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Übergangsregelung wird ein zeitlicher Gleichlauf zwischen dem Begutachtungsverfahren und dem Aufbau der neuen Versorgungsstrukturen hergestellt. Die Vorschrift stellt klar, dass in der Begutachtung durch die Medizinischen Dienste erst ab dem 01.01.2029 eine gesetzliche Pflicht besteht, spezifische Empfehlungen zu den Handlungsbedarfen der Pflegebegleitung in das Gutachten aufzunehmen. Damit wird dem Umstand Rechnung getragen, dass der gesetzliche Anspruch auf die Pflegebegleitung nach § 7c erst zu diesem Stichtag in Kraft tritt.

B Stellungnahme

Die Regelung ist sachgerecht. Die Gewährung dieser Übergangsfrist für den Medizinischen Dienst ist systematisch notwendig, da der gesetzliche Anspruch auf die neue Pflegebegleitung nach § 7c planmäßig erst zum 01.01.2029 in Kraft tritt.

Zugleich erhält der Medizinische Dienst Bund ausreichend Zeit, die Begutachtungs-Richtlinien anzupassen und die Ergebnisse des Modellprojekts nach § 18e SGB XI zu berücksichtigen. Die Übergangsfrist ermöglicht darüber hinaus die erforderliche Vorbereitung und Schulung der Gutachterinnen und Gutachter zur Umsetzung der neuen Gutachteninhalte.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Nr. 87 § 144 Überleitungs- und Übergangsregelungen, Verordnungsermächtigung

A Beabsichtigte Neuregelung

Es wird der Übergang von der bisherigen Pflegeberatung zur neuen, gestuften Versorgungsstruktur geregelt. Da der gesetzliche Anspruch auf die neue regionale Pflegebegleitung nach § 7c SGB XI planmäßig erst zum 01.01.2029 vollständig in Kraft tritt, stellt die Neuregelung klar, dass die bisherigen Vorschriften zur Pflegeberatung nach § 7a und § 7b in der am 31.12.2026 geltenden Fassung für die Übergangszeit uneingeschränkt fortgelten.

Weiterhin wird eine Übergangsregelung aufgenommen, wonach die Bestimmungen für die Abwicklung der Förderung oder Verwertung der Ergebnisse der Studien, Modellprojekte und wissenschaftlichen Expertisen in der Fassung am 31.12.2026 weitergelten, solange und soweit dies erforderlich ist.

Es wird eine spezifische Besitzstandsregelung für den vollstationären Bereich verankert. Im Zuge der Streichung des bisherigen Entlastungsbetrags bei Pflegegrad 1 entfällt ab dem 01.01.2027 der monatliche Zuschuss von 131 Euro für vollstationäre Pflegeeinrichtungen nach § 43 Absatz 3 bei Neuzugängen. Die Neuregelung stellt klar, dass pflegebedürftige Personen mit Pflegegrad 1, die diesen Zuschuss bereits im Jahr 2026 bezogen haben und weiterhin vollstationär versorgt werden, die Leistung zum Schutz ihres Besitzstandes unverändert fortgezahlt bekommen, sofern die Anspruchsvoraussetzungen im Übrigen unverändert fortbestehen.

B Stellungnahme

Da der Anspruch auf Pflegebegleitung erst ab dem 01.01.2029 geltend gemacht werden kann, ist es unumgänglich, die Vorschriften zur Pflegeberatung temporär bis 31.12.2028 fortzuführen.

Die Besitzstandregelungen für pflegebedürftige Menschen mit Pflegegrad 1, die bereits in vollstationären Pflegeeinrichtungen leben und den Zuschuss erhalten, ist sachgerecht. Der bereits bestehende Anspruch bleibt erhalten. Der Besitzstand für diesen Personenkreis entfällt künftig nur aufgrund einer Änderung des Pflegegrades.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Artikel 2 Weitere Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch

Nr. 7 § 45 Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen

A Beabsichtigte Neuregelung

Ab dem 01.01.2029 gehen die individuellen häuslichen Schulungen, die dem Ziel dienen, soziales Engagement im Bereich der Pflege zu fördern und zu stärken, Pflege und Betreuung zu erleichtern und zu verbessern sowie pflegebedingte körperliche und seelische Belastungen zu mindern und ihrer Entstehung vorzubeugen, in den Aufgabenbereich der Pflegebegleitung über. Die Angabe dazu entfällt ab dem 01.01.2029. Gruppenpflegekurse in der Verantwortung der Pflegekassen bleiben nach wie vor bestehen.

B Stellungnahme

Die Streichung ist sachgerecht und folgt den neuen Aufgabenbereichen der Pflegebegleitung, die ab Januar 2029 beginnt. Die Pflegebegleitung fasst die in unterschiedlichen Paragraphen geregelten Beratungsansprüche zusammen und entwickelt sie zu einem umfassenderen Anspruch weiter.

C Änderungsvorschlag

Keiner

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

A Beabsichtigte Neuregelung

Auch in der sozialen Pflegeversicherung soll ein Beitragszuschlag für mitversicherte Ehegatten äquivalent zum Beitragszuschlag in der gesetzlichen Krankenversicherung eingeführt werden. Der Beitragszuschlag in der sozialen Pflegeversicherung soll 0,52 Prozentpunkte betragen.

B Stellungnahme

Es handelt sich um eine Regelung äquivalent zur Neuregelung des § 242 b SGB V durch das BStabG. Diese Regelung wird, wie auch bereits die Regelung im BStabG, von der AOK-Gemeinschaft abgelehnt.

Der Beitragszuschlag von 0,52 Prozentpunkten für bislang kostenfrei mitversicherte Ehegatten und Lebenspartner stellt für AOK-Versicherte eine höhere Belastung dar als in der übrigen sozialen Pflegeversicherung. Die von der Neuregelung der beitragspflichtigen Mitversicherung überdurchschnittlich betroffenen AOK-Haushalte haben insgesamt ein geringeres durchschnittliches Haushaltsnettoeinkommen im Vergleich zu den Versicherten in der übrigen sozialen Pflegeversicherung. Zudem leben die AOK-Versicherten überwiegend in größeren Haushalten mit mehreren Kindern unter 16 Jahren (Ehegatten/Lebenspartner mit Kindern unter 7 Jahren sind hierbei bereits herausgerechnet). Der Beitragszuschlag für familienversicherte Ehegatten und Lebenspartner wird daher auch für die soziale Pflegeversicherung abgelehnt. Deshalb ist die Regelung zu streichen.

Die neue Regelung erfordert im Falle der Umsetzung zudem zusätzliche und erweiterte Mitwirkungs- und Meldepflichten und führt nicht zur Entbürokratisierung, sondern erhöht durch den manuellen Mehraufwand bei der Prüfung der Sachverhalte vielmehr die Verwaltungskosten auf Seiten der Kranken-/Pflegekassen. So sind die Informationen zur Prüfung der Familienversicherung regelmäßig vom Mitglied einzuholen und das Mitglied hat die Kranken-/Pflegekasse über Änderungen zu informieren. Erst nach Erfüllung der Mitwirkungspflicht des Mitglieds kann der Beitragszuschlag für den familienversicherten Ehegatten oder Lebenspartner nach § 242b Satz 2 SGB V und § 55 Absatz 3a SGB XI erhoben oder korrigiert werden. In der Folge kann der Beitragszuschlag für familienversicherte Ehepartner für beide Versicherungszweige erst zeitversetzt, in der Regel rückwirkend, vom Mitglied eingefordert werden. Dies führt wiederum zu zahlreichen Rückrechnungen bei den beitragsabführenden Stellen.

Ferner ist der entstehende manuelle Aufwand für diese Prüfungen in den Erfüllungsaufwänden im Gesetzentwurf des PNOG ebenso wie im BStabG ungenügend berücksichtigt.

C Änderungsvorschlag

Die Änderung ist zu streichen.

Nr. 11 § 56 Beitragsfreiheit

A Beabsichtigte Neuregelung

Ebenso wie in der gesetzlichen Krankenversicherung sind Kinder auch in der sozialen Pflegeversicherung für die Dauer der Familienversicherung weiterhin beitragsfrei. Für mitversicherte Ehegatten und Lebenspartner werden künftig jedoch Beiträge erhoben.

B Stellungnahme

Da die AOK-Gemeinschaft die Einführung des Beitragszuschlages für familienversicherte Ehegatten ablehnt - vergleiche Stellungnahme zu Artikel 2 Nummer 10 - ist diese Änderung überflüssig und wird ebenfalls abgelehnt.

C Änderungsvorschlag

Die Änderung ist zu streichen.

Nr. 12 § 59b (neu) Beitrag des Arbeitgebers bei geringfügiger Beschäftigung

A Beabsichtigte Neuregelung

Bei geringfügig entlohnten Beschäftigungen sowie bei Beschäftigten in Privathaushalten soll künftig auch in der sozialen Pflegeversicherung ein Beitrag in Höhe von 3,6 % bzw. 1,5 % durch die Arbeitgebenden gezahlt werden. Die Regelung folgt damit den bestehenden beitragsrechtlichen Regelungen in der gesetzlichen Krankenversicherung.

B Stellungnahme

Die Regelung ist zwar sachgerecht und folgerichtig zur Anpassung der Beitragshöhe aus geringfügigen Beschäftigungen im Rahmen des GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetzes, verteuert allerdings den Faktor Arbeit weiter.

Die Erhebung von Beiträgen zur sozialen Pflegeversicherung, die allein von den Arbeitgebenden zu tragen sind, wirken sich zwar positiv auf die Einnahmenseite der Pflegeversicherung aus, allerdings führt die Anhebung auch hier zu einer ungerechtfertigt hohen Belastung der Beitragszahlenden. Die Abgabenlast und die Lohnnebenkosten der Unternehmen stellen bereits heute ein gravierendes wirtschaftliches Problem dar, das die Wettbewerbsfähigkeit Deutschlands schmälert und wirtschaftliches Wachstum hemmt. Aus Sicht der AOK-Gemeinschaft ist daher die finanzielle Belastungsgrenze der Beitragszahlenden erreicht.

C Änderungsvorschlag

Die Regelung ist zu streichen.

Artikel 3 Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch

Nr. 1 § 20 Aufbringung der Mittel, Übergangsbereich

A Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Neuregelung des Beitragssatzes bei geringfügiger Beschäftigung in § 59b SGB XI. Bei der Ermittlung der beitragspflichtigen Einnahme im Übergangsbereich ist der vorgenannte Beitragssatz ebenfalls zu berücksichtigen. Damit soll weiterhin sichergestellt werden, dass die Beitragsbelastung bei Arbeitnehmenden im Übergangsbereich nicht sprunghaft ansteigt.

B Stellungnahme

Die Regelung ist sachgerecht. Die Änderung des § 20 Absatz 2a Satz 2 SGB IV sollte auch die Änderungen in der Gesetzesnorm berücksichtigen, die zum 01.01.2027 durch das Beitragssatzstabilisierungsgesetz aufgenommen wurden.

C Änderungsvorschlag

In § 20 Absatz 2a Satz 2 wird nach der Angabe ~~„entstanden ist“~~ **„§ 242a des Fünften Buches“** die Angabe ~~„; bei der Berechnung des Faktors F ist der Wert, der durch den Gesamtsozialversicherungsbeitragssatz geteilt wird, um den Wert des Beitragssatzes nach § 55 Absatz 1 Satz 1 des Elften Buches zu erhöhen“,~~ **„des Beitragssatzes nach § 55 Absatz 1 Satz 1 des Elften Buches“** eingefügt.

Nr. 2 § 28k Weiterleitung von Beiträgen

A Beabsichtigte Neuregelung

Es soll eine Regelung für die Weiterleitung der Beiträge zur sozialen Pflegeversicherung durch die Minijob-Zentrale der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See an den Ausgleichsfonds nach § 65 SGB XI beim Bundesamt für Soziale Sicherung geschaffen werden.

B Stellungnahme

Die Regelung ist sachgerecht und folgerichtig zur Erhebung eines Beitrags des Arbeitgebenden zur Pflegeversicherung bei geringfügiger Beschäftigung sowie bei Beschäftigung in Privathaushalten.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Nr. 3 §28l Vergütung

A Beabsichtigte Neuregelung

Aufgrund des zukünftigen Einzugs von Beiträgen zur sozialen Pflegeversicherung durch die Minijob-Zentrale der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See soll diese ermächtigt werden, die ihr infolgedessen zu erstattende Einzugskostenvergütung für den Einzug von Beiträgen zur sozialen Pflegeversicherung mit den an den Ausgleichsfonds weiterzuleitenden Beiträgen zur Pflegeversicherung für geringfügige Beschäftigungen aufzurechnen. Die Höhe und die Verteilung der Einzugskostenvergütung regeln die Träger in einer Vereinbarung.

B Stellungnahme

Die Regelung ist sachgerecht und folgerichtig zur Erhebung eines Beitrags des Arbeitgebenden zur Pflegeversicherung bei geringfügiger Beschäftigung sowie bei Beschäftigung in Privathaushalten.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Artikel 4 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Nr. 2 § 20 Primäre Prävention und Gesundheitsförderung

A Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Neuregelung wird der § 20 SGB V Primäre Prävention und Gesundheitsförderung, um die Belange von älteren und pflegebedürftigen Menschen ergänzt.

B Stellungnahme

Die Regelung ist sachgerecht. Neben kind- und jugendspezifischen Belangen soll die primäre Prävention und Gesundheitsförderung auch auf ältere und pflegebedürftige Menschen fokussiert werden. Aufgrund der demografischen Herausforderungen einer älter werdenden Gesellschaft und des Lebensphasenansatzes ist diese Neuregelung sachgerecht.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Nr. 3 § 20b Betriebliche Gesundheitsförderung

A Beabsichtigte Neuregelung

Es wird im Rahmen der Koordinierungsstellen betrieblicher Gesundheitsförderung nach § 20b SGB V Abs. 3 die Förderung von regionalen, überbetrieblichen Netzwerken in Form von Projektförderung eingeführt.

B Stellungnahme

Die Neuregelung ist nicht sachgerecht. Das Ziel, die Förderung überbetrieblicher Netzwerke zu verbessern, ist zu begrüßen. Dafür auf der Ebene der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassengrundsätze zu Inhalten und Umfang der Förderung zu vereinbaren, ebenfalls. Problematisch ist, dass diese Förderung „in Form von Projektförderung“ erfolgen soll.

Während ein abgestimmtes und koordiniertes Vorgehen der Sozialversicherungen und Krankenkassenverbände die Zielgenauigkeit der Maßnahmen verbessern kann, darf die übergreifende Zusammenarbeit keinen Selbstzweck darstellen. Mit gemeinschaftlichen Aufgaben gehen nicht nur Vorteile einher, sondern auch ein erhöhter Koordinierungs- und Verwaltungsaufwand, der Ressourcen bindet und Innovation gefährden kann – das gilt insbesondere bei der gemeinsamen operativen Durchführung konkreter Präventionsangebote. Mit der vorgeschlagenen Neuordnung „in Form von Projektförderung“ wären unnötige Doppelstrukturen verbunden. Die gemeinschaftlichen Aufgaben sollten eine verbesserte Koordination und Abstimmung, aber nicht die Umsetzung konkreter Präventionsprogramme umfassen. Die Durchführung konkreter Projekte zur Gesundheitsförderung sollte weiterhin krankenkassenindividuell erfolgen. Die Regelung widerspricht dem gesetzlichen Ziel der Entbürokratisierung.

C Änderungsvorschlag

Streichung der Worte „in Form von Projektförderung“.

Nr. 5 § 25 Gesundheitsuntersuchungen

A Beabsichtigte Neuregelung

Mit dem neu vorgesehenen § 25 Absatz 2a SGB V erhalten Versicherte ab Vollendung des 60. Lebensjahres im Rahmen der Gesundheitsuntersuchung nach Absatz 1 einen Anspruch auf eine altersbezogene Erfassung und Bewertung gesundheitlicher Risiken und Belastungen, die zu einem Verlust von Selbstständigkeit oder zum Eintritt von Pflegebedürftigkeit beitragen können. Die Untersuchung soll die Erhebung von Befunden sowie eine präventionsorientierte Beratung zum Erhalt der Selbstständigkeit, zur Vermeidung von Funktionsverlusten und zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit umfassen. Die nähere Ausgestaltung erfolgt durch den Gemeinsamen Bundesausschuss in Richtlinien nach § 92 SGB V.

B Stellungnahme

Die gegenüber dem Referentenentwurf vorgenommene Neuausrichtung der Regelung wird begrüßt. Auf die Einführung einer zusätzlichen, von der bestehenden Gesundheitsuntersuchung losgelösten Untersuchung wird verzichtet und die altersbezogene Erfassung und Bewertung gesundheitlicher Risiken und Belastungen nunmehr in die bestehende Gesundheitsuntersuchung nach § 25 SGB V integriert. Damit wird der Gefahr von Doppelstrukturen und zusätzlichem bürokratischem Aufwand entgegengewirkt.

Zu begrüßen ist zudem die stärkere inhaltliche Ausrichtung auf den Erhalt der Selbstständigkeit sowie die Vermeidung von Funktionsverlusten und Pflegebedürftigkeit. Dadurch erhält die Gesundheitsuntersuchung einen stärker präventiven und pflegevermeidenden Fokus. Ebenfalls sachgerecht ist, dass die nähere Ausgestaltung der altersbezogenen Erfassung und Bewertung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss auf Grundlage der verfügbaren Evidenz erfolgt.

Zu berücksichtigen ist, dass mit der angedachten Änderung ein veränderter Leistungsanspruch einhergeht, der zu Anpassung der Vergütungshöhen der Gesundheitsuntersuchung führen kann. Etwaige Mehrbelastungen der GKV durch solche Anpassungen müssen insgesamt berücksichtigt werden.

Daneben empfehlen wir in der Gesetzesbegründung zu Nr. 5 §25 in Absatz 8 die Sätze: *„Dezidierte Nachweise zur Wirksamkeit präventiver Maßnahmen ergaben sich im Rahmen des Projekts „Wege – Analysen von Versorgungsverläufen älterer AOK-Versicherter im Vorfeld einer Pflegebedürftigkeit“ ..... in Anspruch genommen hatten“* zu streichen. Das Innovationsfondsprojekt WEGE hatte anhand von AOK-Abrechnungsdaten mögliche Prädiktoren für zukünftige Pflegebedürftigkeit identifiziert. Diese umfassten u. a. die vermehrte Inanspruchnahme von Krankenhausleistungen, haus- und fachärztlichen Leistungen sowie Heil- und Hilfsmitteln innerhalb von fünf Jahren vor Eintritt von Pflegebedürftigkeit. Eine Intervention zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit erfolgte in dem Projekt nicht, sodass auch nicht die Wirksamkeit präventiver Maßnahmen abgeleitet werden kann.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Nr. 6 § 39a (neu) Pflegesachleistungen in pflegerischen Akutsituationen

A Beabsichtigte Neuregelung

Mit der beabsichtigten Regelung sollen Eltern von Kindern und Jugendlichen mit lebenslimitierenden Erkrankungen finanziell entlastet werden, wenn die Kinder oder Jugendlichen aufgrund einer akuten Verschlechterung des Gesundheitszustandes kurzfristig intermittierend in einer stationären Hospizeinrichtung aufgenommen werden müssen. Die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung wurden bislang unter Anrechnung der Leistung des elften Sozialgesetzbuch gewährt. Dies konnte zur Folge haben, dass das den Eltern zur Sicherstellung der häuslichen Pflege zur Verfügung stehende Pflegegeld während der stationären Hospizversorgung ganz oder teilweise entfiel.

Mit der Neuregelung soll die Anrechnung der Leistungen nach dem SGB XI künftig entfallen. Die Kosten für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen in stationären Hospizen sollen damit vollständig von der gesetzlichen Krankenversicherung getragen werden. Dadurch sollen die Eltern finanziell entlastet und die Besonderheiten der Versorgungssituation berücksichtigt werden.

Die Aufnahme in ein stationäres Hospiz erfolgt insbesondere bei akuten Verschlechterungen des Gesundheitszustandes und ist somit für Familien nur eingeschränkt planbar. Die Regelung ist ausschließlich für Kinder und Jugendliche vorgesehen.

B Stellungnahme

Die geplante Regelung ist nachvollziehbar und wird zur Unterstützung und finanziellen Entlastung der Angehörigen von Kindern und Jugendlichen mit einer Lebenslimitierenden Erkrankung betroffenen Kindern und Jugendlichen mitgetragen. Die vorgesehene Entlastung der Familien ist sachgerecht.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Nr. 8 § 40 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

A Beabsichtigte Neuregelung

Zu a)
Für die Ausgestaltung von geriatrischer Rehabilitation erfolgt eine Konkretisierung des Rehabilitationsziels nun auch im § 40 Abs. 3 SGB V. Dort wird die Verringerung oder Verzögerung von Pflegebedürftigkeit adressiert.

Zu b)
Die Berichtspflicht des GKV-Spitzenverbandes an das Bundesministerium für Gesundheit soll einmalig für das Jahr 2027 wieder aufgelegt werden. Ziel ist es, die Hürden in der Inanspruchnahme stationärer, ambulanter und mobiler geriatrischer Rehabilitationsleistungen zu ermitteln. Die geriatrische Fallzahl sei hinter den Erwartungen des BMG zurückgeblieben. Es sollen strukturelle Defizite, organisatorische Hindernisse oder individuelle Barrieren detektiert werden.

B Stellungnahme

Zu a)
Die Neureglung ist sachgerecht. Eine Aufführung der Rehabilitationsziele in der geriatrischen Rehabilitation ist in Ergänzung der Regelungen im § 11 SGB V und § 5, § 31 SGB IX nachvollziehbar. Die Regelung hat klarstellenden Charakter.

Zu b)
Die Neuregelung wird kritisch betrachtet. Bereits in den Jahren 2021 bis 2023 wurden die neu eingeführten IPReG-Regelungen zur Verordnung geriatrischer Rehabilitation durch eine regelmäßige Berichterstattung des GKV-Spitzenverbandes gegenüber dem Bundesministerium für Gesundheit begleitet. Die Berichte gingen dabei neben quantitativen und qualitativen Auswertungen auch auf Informationen zur tatsächlichen Inanspruchnahme geriatrischer Rehabilitationsleistungen sowie zu möglichen Ursachen für eine verzögerte oder ausbleibende Leistungsaufnahme ein.

Vor diesem Hintergrund ist nicht dargelegt, welchen zusätzlichen Erkenntnisgewinn eine erneute Berichtspflicht erzielen soll. Gleichzeitig ist die Erstellung weiterer Berichte mit einem erheblichen administrativ-bürokratischen Aufwand für die Krankenkassen verbunden.

Zudem greift die Fokussierung auf formale Zugangsvoraussetzungen zu kurz. Die tatsächliche Inanspruchnahme geriatrischer Rehabilitation wird, wie bereits in den vorangegangenen Berichten dargelegt, maßgeblich durch die verfügbaren Kapazitäten der Rehabilitationseinrichtungen sowie die dadurch entstehenden Wartezeiten beeinflusst. Diese Herausforderung hat sich in den letzten Jahren verstärkt. Darüber hinaus wirken sich die angespannte Fachkräftesituation und die allgemeinen Herausforderungen am Arbeitsmarkt auf die Leistungserbringung aus.

Angesichts dieser Rahmenbedingungen ist eine weitere Erhebung von Daten nicht zwingend notwendig. Es ist vielmehr angeraten, die Krankenkassen wieder in die Lage zu versetzen, ihre Prüfungs- und Steuerungsaufgaben sachgerecht wahrzunehmen. Siehe dazu den Zusätzlichen Änderungsbedarf unten.

C Änderungsvorschlag

Zu a)
Keiner

Zu b)
Keiner

Artikel 5 Weitere Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Nr. 2 § 39 Krankenhausbehandlungen

A Beabsichtigte Neuregelung

Im Rahmenvertrag des GKV-Spitzenverbandes zum Entlassmanagement nach § 39 Absatz 1a Satz 11 SGB V ist durch die Vertragspartner zu regeln, dass Informationen zum Zweck der Pflegebegleitung mit Einverständnis des Patienten an die zuständige Pflegekasse für die Weitergabe an die jeweils zuständige Stelle für die Pflegebegleitung übermittelt werden können. Die Übermittlung findet in gesicherter elektronischer Form statt. Dieser ergänzende Regelungsauftrag gilt über den Verweis in § 40 Absatz 2 Satz 6 auch für die Vertragspartner des Reha-Entlassmanagements.

B Stellungnahme

Ab dem 01.01.2029 greift ein neuer Anspruch der Pflegebegleitung für pflegebedürftige Personen mit einem festgestellten Pflegegrad. Bei der Anschlussversorgung von pflegebedürftigen Menschen kontaktieren die Mitarbeitenden des Entlassmanagements eines Krankenhauses derzeit häufig die Pflegeberatenden nach §7a der Pflegekassen, oder zum Teil auch die Pflegestützpunkte, zu deren Aufgaben die Pflegeberatung zählt. Im Rahmenvertrag sind derzeit keine Regelungen zum Datenaustausch enthalten. Mit der bis 2029 als flächendeckend anzunehmenden Nutzung der TI-Infrastruktur ist es folgerichtig, dass Informationen zur Nutzung für die Pflegebegleitung in gesicherter elektronischer Form an die Pflegekasse übermittelt werden.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Artikel 6 Änderung des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch

Nr. 1 § 3 Sonstige Versicherte

A Beabsichtigte Neuregelung

Nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen, die eine Rente wegen Alters beziehen, sind künftig nach Ablauf des Monats, in dem sie die Regelaltersgrenze erreicht haben, nicht mehr nach Satz 1 Nummer 1a versicherungspflichtig.

B Stellungnahme

Die Regelung ist sachgerecht. Es handelt sich um eine Folgeänderung zum neuen § 44 Absatz 1 Satz 2 SGB XI.

C Änderungsvorschlag

Keiner

III. Zusätzlicher Änderungsbedarf aus Sicht des AOK-Bundesverbandes

§ 115 SGB XI Ergebnisse von Qualitätsprüfungen, Qualitätsdarstellung, Vergütungskürzung

Sachstand

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

Änderungsbedarf und Begründung

Das Verfahren ist zu vereinfachen und es sollten alternative Verrechnungsmöglichkeiten vorgesehen werden. Dadurch wird ein signifikanter Beitrag zur Entbürokratisierung, Verwaltungsvereinfachung und -entlastung geleistet.

Änderungsvorschlag

115 SGB XI Absatz 3 wird wie folgt geändert:
Satz 1 wird wie folgt gefasst:
„Hält die Pflegeeinrichtung ihre gesetzlichen oder vertraglichen Verpflichtungen, insbesondere ihre Verpflichtungen zu einer qualitätsgerechten Leistungserbringung aus dem Versorgungsvertrag (§ 72) ganz oder teilweise nicht ein, sind die nach dem Achten Kapitel vereinbarten Pflegevergütungen für die Dauer der Pflichtverletzung durch die Pflegekassen entsprechend zu kürzen."

Die Sätze 2 bis 7 werden gestrichen.

Absatz 3a Satz 3 wird wie folgt gefasst:
„Die Pflegekassen können nach Ermessen den Kürzungsbetrag gemäß Absatz 3 Satz 1 auch im Rahmen der folgenden Vergütungsvereinbarung verrechnen."

§ 120 SGB XI Pflegevertrag bei häuslicher Pflege

Sachstand

Pflegebedürftige Menschen in häuslichen Settings haben die Möglichkeit, bei Inanspruchnahme von Pflegeleistungen einer ambulanten Pflegeeinrichtung insbesondere zwischen Leistungskomplexen und Zeitvergütung zu wählen und in einem Pflegevertrag zu vereinbaren. In der Praxis zeigen sich in der Anwendung der gesetzlichen Regelung Umsetzungsprobleme.

Änderungsbedarf und Begründung

Mit der Regelung soll klargestellt werden, dass bei unterschiedlichen Vergütungsmodellen für dieselbe Pflegeleistung der Pflegedienst die Pflegebedürftigen wirtschaftlich über die Vor- und Nachteile informieren muss. Das Wahlrecht zwischen den Vergütungsformen liegt bei den Pflegebedürftigen, um ihre Selbstbestimmung zu stärken.

Da ein jederzeitiger Wechsel des Vergütungsmodells in der Praxis zu erheblichen Planungsproblemen und Mehrkosten geführt hat, soll die Wahlentscheidung künftig für eine bestimmte Zeit bindend sein. Ein späterer Wechsel des Vergütungsmodells lässt den Pflegevertrag im Übrigen unberührt und berechtigt den Pflegedienst nicht zu einer außerordentlichen Kündigung.

Änderungsvorschlag

§ 120 Abs. 3 SGB XI wird wie folgt geändert

„In dem Pflegevertrag sind mindestens Art, Inhalt und Umfang der Leistungen einschließlich der dafür mit den Kostenträgern nach § 89 Absatz 3 Sätze 1 bis 3 vereinbarten Zeitvergütungen und der vom Zeitaufwand unabhängigen vereinbarten Vergütung für jede Leistung oder jeden Leistungskomplex einschließlich ergänzender Unterstützungsleistungen bei der Nutzung von digitalen Pflegeanwendungen gesondert zu beschreiben. Der Pflegedienst hat den Pflegebedürftigen vor Vertragsschluss und bei jeder wesentlichen Veränderung in der Regel schriftlich über die voraussichtlichen Kosten zu unterrichten. Soweit der Pflegedienst gemäß § 89 Absatz 3 für Leistungen sowohl eine Zeitvergütung als auch eine vom Zeitaufwand unabhängige Vergütung vereinbart hat, ist der Pflegebedürftige vor der ersten Inanspruchnahme über die unterschiedlichen Vergütungsformen zu unterrichten und ihm die Wahl der Vergütungsform zu ermöglichen; die Wahlentscheidung ist im Pflegevertrag zu dokumentieren. An die Wahlentscheidung ist der Pflegebedürftige [für die Dauer von [•] Monaten] gebunden. Die Informationen nach den Sätzen 2 und 3 erfolgen in der Regel in Textform. Bei der Vereinbarung des Pflegevertrages ist zu berücksichtigen, dass der Pflegebedürftige Leistungen von mehreren Leistungserbringern in Anspruch nimmt.“

§ 37 SGB XI Absatz 3 bis 9 Pflegegeld für selbstbeschaffte Pflegehilfen, hier: Beratungsbesuche

Sachstand

Mit der Einführung der Pflegebegleitung nach § 7c und § 7d ab Januar 2029 gehen die Beratungsbesuche in der eigenen Häuslichkeit in der Pflegebegleitung auf. Sie werden zu Terminen der Pflegebegleitung, die von Pflegegeldempfängern im Prinzip einmal jährlich abzurufen sind, jedoch auch darüber hinaus auf Wunsch der pflegebedürftigen Person vereinbart werden können. Für den Zeitraum zwischen Januar 2027 bis Ende Dezember 2028 gelten die bisherigen Regelungen des § 37 Absatz 3 bis 9 fort. Im Entwurf eines Gesetzes zur Neuordnung der Pflegeversicherung wird die Gültigkeit der bisherigen Regelungen bis zum 31.12.2028 durch einen dem bisherigen § 37 Absatz 3 angefügten Satz verdeutlicht.

Änderungsbedarf und Begründung

Um Klarheit zu den geltenden Regelungen ab 2029 herzustellen, ist eine rechtstechnische Bereinigung durch eine Streichung der Regelungen für Beratungsbesuche im § 37 Absatz 3 bis 9 ab 2029 notwendig.

Änderungsvorschlag

Im Artikel 2 „Weitere Änderungen des Elften Buches Sozialgesetzbuch" wird nach Nr. 6 eine neue Nummer 7 wie folgt eingefügt und die Nummern 7 bis 10 werden zu Nummern 8 bis 11.

„7. § 37 Absatz 3 bis 9 wird gestrichen."

Artikel 11 „Inkrafttreten" wird wie folgt gefasst:

„(3) Artikel 2 Nummer 2 bis 10 und Nummer 14 sowie Artikel 5 treten am 01.01.2029 in Kraft."

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

Sachstand

Bei den Leistungen in gemeinschaftlichen Wohnformen mit Verträgen zur pflegerischen Versorgung gemäß § 92c wird auf körperbezogene Pflegemaßnahmen, pflegerische Betreuungsmaßnahmen und Unterstützung bei der Haushaltsführung Bezug genommen.

Änderungsbedarf und Begründung

Die sozialrechtliche Kategorisierung von Leistungen der Pflegeversicherung in körperbezogene Pflegemaßnahmen, pflegerische Betreuungsmaßnahmen und Unterstützung bei der Haushaltsführung ist zum einen einengend, da sie nicht alle relevanten Lebensbereiche nach § 14 SGB XI abbildet (insbesondere die Module 2 und 3). Zum anderen ist der Begriff der pflegerischen Betreuungsleistungen fachlich unzureichend hinterlegt und beschrieben.

Zudem führt die Parallelität von sozialrechtlicher Kategorisierung und der Festlegung von relevanten Lebensbereichen nach § 14 SGB XI in der Praxis zu Problemen – unter anderem bei der Beschreibung pflegerischer Aufgabeninhalte in den Rahmenverträgen nach § 75 SGB XI. Deshalb sollten die Leistungen der Pflegeversicherung ausschließlich nach den in § 14 SGB XI beschriebenen relevanten Lebensbereichen ausgerichtet und um die Unterstützung bei der Haushaltsführung ergänzt werden.

Änderungsvorschlag

§ 45h Absatz 2 Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 haben Anspruch auf pflegerische Maßnahmen in den in § 14 Absatz 2 genannten Bereichen Mobilität, kognitive und kommunikative Fähigkeiten, Verhaltensweisen und psychische Problemlagen, Selbstversorgung, Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen, Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte sowie Unterstützung bei der Haushaltsführung nach § 18a Absatz 3 Satz 4 Nr. 2.“

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

Sachstand
In der Regelung zu Verträgen zur pflegerischen Versorgung in gemeinsamen Wohnformen wird auf körperbezogene Pflegemaßnahmen, pflegerische Betreuungsmaßnahmen und Unterstützung bei der Haushaltsführung Bezug genommen.

Änderungsbedarf und Begründung
Die sozialrechtliche Kategorisierung von Leistungen der Pflegeversicherung in körperbezogene Pflegemaßnahmen, pflegerische Betreuungsmaßnahmen und Unterstützung bei der Haushaltsführung ist zum einen einengend, da sie nicht alle relevanten Lebensbereiche nach § 14 SGB XI abbildet (insbesondere die Module 2 und 3). Zum anderen ist der Begriff der pflegerischen Betreuungsleistungen fachlich unzureichend hinterlegt und beschrieben.

Deshalb sollten die Leistungen der Pflegeversicherung ausschließlich nach den in § 14 SGB XI beschriebenen relevanten Lebensbereichen ausgerichtet und um die Unterstützung bei der Haushaltsführung ergänzt werden.

Änderungsvorschlag
§ 92c Absatz 1 Satz 2 wird wie folgt gefasst:
„Die Verträge regeln auf der Grundlage der Empfehlungen nach Absatz 5 und unter entsprechender Anwendung von § 89
1. ein Basispaket von Leistungen gemäß § 36, das pflegerische Maßnahmen in den in § 14 Absatz 2 genannten Bereichen Mobilität, kognitive und kommunikative Fähigkeiten, Verhaltensweisen und psychische Problemlagen, Selbstversorgung, Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen, Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte nach § 18a Absatz 3 Satz 4 Nr. 2 umfasst, und dessen Organisation eigens von der ambulanten Pflegeeinrichtung zur gemeinsamen und individuellen Leistungsinanspruchnahme der Pflegebedürftigen übernommen und deren Erbringung insgesamt sichergestellt wird,
2. eine über das Basispaket in Nummer 1 nach Art und Inhalt hinausgehende Versorgung gemäß § 36 der Pflegebedürftigen mit pflegerischen Maßnahmen in den in § 14 Absatz 2 genannten Bereichen Mobilität, kognitive und kommunikative Fähigkeiten, Verhaltensweisen und psychische Problemlagen, Selbstversorgung, Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen, Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte sowie Unterstützung bei der Haushaltsführung nach § 18a Absatz 3 Satz 4 Nr. 2, die über die ambulante Pflegeeinrichtung gewährleistet wird; diese Leistungen können auf Wunsch des Pflegebedürftigen auch Angehörige, Pflegepersonen und ehrenamtlich Tätige oder Dritte erbringen."

§ 40 SGB V Wiederherstellung der Prüf- und Steuerungsmöglichkeiten der Krankenkassen bei Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

Sachstand

Mit dem GKV-IPReG wurden im Bereich der medizinischen Rehabilitation nicht nur vergütungsbezogene Änderungen vorgenommen, sondern auch die Prüf- und Steuerungsmöglichkeiten der Krankenkassen eingeschränkt. Nach geltender Rechtslage gem. § 40 Abs. 3 S. 2 ff. SGB V wird bei einer vertragsärztlich verordneten geriatrischen Rehabilitation unter den gesetzlichen Voraussetzungen nicht mehr überprüft, ob diese medizinisch erforderlich ist. Zudem wurde gem. § 40 Abs. 3 S. 10 SGB V der Gemeinsame Bundesausschuss beauftragt, festzulegen, in welchen Fällen Anschlussrehabilitationen ohne vorherige Überprüfung der Krankenkasse erbracht werden können. Ziel der Regelung war es, den Zugang zur Rehabilitation zu erleichtern und Verzögerungen im Genehmigungsverfahren zu vermeiden. Dieses Ziel bleibt grundsätzlich nachvollziehbar und angemessen.

Die Entwicklungen seit Inkrafttreten des IPReG zeigen jedoch, dass der tatsächliche Zugang zur Rehabilitation nicht durch eine breite Fallzahlausweitung abzulesen ist. In der Anschlussrehabilitation sind die Fallzahlen den amtlichen Statistiken zufolge von 2019 bis 2025 rückläufig. In der Geriatrie zeigt sich ein differenziertes Bild: in der medizinischen Rehabilitation sind die Zahlen deutlich gestiegen, in der Anschlussrehabilitation sind die Zahlen rückläufig. Gleichzeitig sind die Kosten und insbesondere die Wartezeiten im Rehabilitationsbereich deutlich gestiegen. Diese Entwicklungen machen deutlich, dass nicht allein durch den Abbau von Prüfschritten der Zugang zur Rehabilitation verbessert wird. Maßgeblich ist vielmehr, ob die vorhandenen Reha-Kapazitäten zielgenau, bedarfsgerecht und wirtschaftlich eingesetzt werden können.

Änderungsbedarf und Begründung

Die geltende Regelung führt zu einem strukturellen Missverhältnis: Die Krankenkassen tragen weiterhin Finanzierungs- und Mitverantwortung für die rehabilitative Versorgung, können aber in den betroffenen Fallgruppen nicht mehr ausreichend prüfen, ob die beantragte Leistung medizinisch erforderlich ist, ob die gewählte Indikation zutrifft und ob die beantragte Versorgungsform im Einzelfall geeignet ist. Damit fallen Verantwortung und Steuerungsmöglichkeit auseinander. Gerade bei langen Wartezeiten, begrenzten Kapazitäten und steigenden Ausgaben ist eine fachliche Einzelfallsteuerung erforderlich. Fehlsteuerungen können knappe Reha-Kapazitäten binden und den Zugang für Versicherte erschweren, die eine bestimmte Rehabilitationsleistung tatsächlich und zeitnah benötigen. Die Wiederherstellung der Prüfmöglichkeiten ist daher nicht als pauschale Zugangshürde zu verstehen.

Ziel ist vielmehr, den Zugang zu medizinisch erforderlicher Rehabilitation durch eine passgenaue Steuerung zu sichern. Die Krankenkassen müssen wieder in die Lage

versetzt werden, die medizinische Erforderlichkeit, die zutreffende Indikation und die geeignete Versorgungsform im Einzelfall zu prüfen. Dies stärkt eine bedarfsgerechte Versorgung, vermeidet Fehlallokationen, unterstützt das Wirtschaftlichkeitsgebot nach § 12 SGB V und leistet einen Beitrag zur finanziellen Stabilisierung der GKV, ohne das Leistungsniveau für Versicherte mit medizinisch erforderlichem Rehabilitationsbedarf einzuschränken. Die durch das IPReG eingeführten Einschränkungen in § 40 Absatz 3 SGB V sollten daher zurückgenommen werden. Folgeanpassungen in der Rehabilitations-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses sind anschließend vorzunehmen.

Änderungsvorschlag

§ 40 Absatz 3 SGB V wird wie folgt geändert:

Die Sätze 2 bis 10 werden aufgehoben. Im bisherigen Satz 12, künftig Satz 3, wird die Angabe „Satz 11“ durch die Angabe „Satz 2“ ersetzt. Im bisherigen Satz 13, künftig Satz 4, wird die Angabe „Satz 11“ durch die Angabe „Satz 2“ ersetzt. Der bisherige Satz 18 wird aufgehoben.

Liquiditätshilfe des Bundes an den Ausgleichsfonds der sozialen Pflegeversicherung

Sachstand
Ursprünglich enthielt der Referentenentwurf des Pflegeneuordnungsgesetzes (PNOG) die Möglichkeit, dass der Bund dem Ausgleichsfonds eine Liquiditätshilfe zur Verfügung stellen kann, um den Finanzausgleich innerhalb der SPV auch bei fehlenden Mitteln zu gewährleisten. Dies sollte sicherstellen, dass die Pflegekassen jederzeit ihren Zahlungsverpflichtungen nachkommen können.

Diese Regelung ist mit dem aktuellen Gesetzentwurf entfallen.

Änderungsbedarf und Begründung
Eine Liquiditätsabsicherung des Ausgleichsfonds durch vorläufige Mittel des Bundes sollte analog den Regelungen für den Gesundheitsfonds in der GKV auch für den Ausgleichsfonds in der SPV eingerichtet werden.

Die aktuell mit dem PNOG geplante Verlagerung von Rücklagen bei den Pflegekassen hin zum Ausgleichsfonds (Regelungen zu den §§ 63, 64 und 65 SGB XI) stellt lediglich eine Einmalmaßnahme dar. In einer erneuten Defizitsituation der SPV würde der Mittelbedarf des Ausgleichsfonds aufgrund der abgesenkten Rücklagehöhe bei den Pflegekassen auf 0,2 Monatsausgaben intern nicht mehr zu decken sein. Bis zum Eintreten von Zahlungsschwierigkeiten einzelner Pflegekassen verbliebe nur noch eine sehr kurze politische Reaktionszeit, um zusätzliche Finanzmittel bereitzustellen.
Da die SPV neben dem gesetzlich festgelegten einheitlichen Beitragssatz, dem zeitweise ausgesetzten Bundeszuschuss - und aktuell gewährten Darlehen des Bundes über keine weitere Finanzierungsquelle verfügt, ist bei einer Rücklagenhöhe von nur noch 0,2 Monatsausgaben dringend eine Absicherung über vorübergehende externe Mittel notwendig. Das würde auch den verbleibenden Reaktionszeitraum für das BMG verbessern. Dies auch vor dem Hintergrund, dass laut PNOG-Finanztableau des BMG schon das Jahr 2027 mit dem vorliegenden Gesetzentwurf nicht ausfinanziert ist. Liquiditätsengpässe sind somit schon vorprogrammiert.

Änderungsvorschlag
Der im Referentenentwurf des PNOG enthalte § 61b SGB XI zur Liquiditätshilfe des Bundes sollte beibehalten werden.

„§ 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 zurück-zuzahlen, 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."

§ 4 SGB V Verwaltungskostendeckel

Sachstand

Die Verwaltungskostenerstattung der SPV an die GKV wird von 3,0 % des Mittelwerts von Leistungsaufwendungen und Beitragseinnahmen auf 2,7 % dieses Werts angepasst.

Änderungsbedarf und Begründung

Die Absenkung bewirkt ab 2027 jährliche Minderausgaben der SPV von mindestens 200 Mio. Euro mit steigender Tendenz. Bei der GKV handelt es sich umgekehrt um Mindereinnahmen und wirkt damit negativ auf die Netto-Verwaltungskosten. Dies ist unter dem aktuellen Verwaltungskostendeckel in der GKV nach dem BStabG kritisch zu sehen, da dieser Rückgang der Verwaltungskostenerstattung nicht aktiv durch Verwaltungshandeln der Krankenkassen zu beeinflussen ist.

Daher sollte die Wirkung der Absenkung des Verwaltungskostenfaktors analog zu den Aufwendungen zum Schutz der kritischen Infrastruktur im Bereich Sicherheit der Informationstechnik (KRITIS) sowie den Aufwendungen, die für die Durchführung der Sozialversicherungswahlen als Online-Wahl entstehen, von der ab 01.01.2027 geltenden Ausgabenbegrenzung der Verwaltungsausgaben nach § 4 Abs. 5 SGB V ausgenommen werden sollen.

Änderungsvorschlag

§ 4 Absatz 5 SGB V wird wie folgt gefasst:

„(5) Ab dem Haushaltsjahr 2027 dürfen sich die Verwaltungsausgaben einer Krankenkasse mit Ausnahme der Verwaltungsausgaben der landwirtschaftlichen Krankenkasse und der knappschaftlichen Krankenversicherung im Verhältnis zu ihren Verwaltungsausgaben im jeweils vorangegangenen Haushaltsjahr nur nach Maßgabe der für das jeweilige Kalenderjahr nach § 71 Absatz 3 Satz 5 veröffentlichten durchschnittlichen Veränderungsrate je Versicherten erhöhen. Die Begrenzung nach Satz 1 gilt nicht für Aufwendungen zum Schutz der kritischen Infrastruktur im Bereich Sicherheit der Informationstechnik sowie für Aufwendungen, die für die Durchführung der Sozialversicherungswahlen als Online-Wahl entstehen **und Änderungen infolge der Absenkung der Verwaltungskostenerstattung durch die SPV in Folge der Absenkung des gesetzlichen Erstattungsfaktors.** Für die Verwaltungsausgaben der knappschaftlichen Krankenversicherung gilt § 18a Absatz 2 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte entsprechend."

Nationale Umsetzung der Richtlinie (EU) 2026/799 zur Harmonisierung bestimmter Aspekte des Insolvenzrechts

Sachstand
Nach derzeit geltender Rechtslage sind die Sozialversicherungsträger in Deutschland in Insolvenzverfahren den einfachen Insolvenzgläubigern gleichgestellt. Dies führt dazu, dass bereits gezahlte Sozialversicherungsbeiträge im Wege der Insolvenzanfechtung von Insolvenzverwaltern zurückgefordert und der Insolvenzmasse zugeführt werden können. Durch diese Insolvenzanfechtungen werden den Kranken- und Pflegekassen (und damit auch den AOKs) und den übrigen deutschen Sozialversicherungsträgern insgesamt jährlich Beitragsmittel in Höhe von mehreren 100 Mio. Euro zweckentfremdend und zur Aufstockung der Insolvenzmasse entzogen.

Änderungsbedarf und Begründung
Die langjährige Forderung der deutschen Sozialversicherung, dass Sozialversicherungsbeiträge, die von später insolventen Unternehmen gezahlt wurden, von der Anfechtung durch Insolvenzverwalter ausgenommen werden können, fand nun Eingang in die EU-Richtlinie zur Harmonisierung bestimmter Aspekte des Insolvenzrechts.

Mit der Veröffentlichung der neuen EU-Insolvenz-Richtlinie im EU-Amtsblatt besteht nun die Möglichkeit, die in Artikel 7 Absatz 3 der Richtlinie formulierte Ausnahme in deutsches Recht umzusetzen. Die Richtlinie eröffnet die Möglichkeit, Zahlungen an Sozialversicherungsträger von der Insolvenzanfechtung auszunehmen oder bevorzugt zu behandeln und damit den Sozialversicherungsträgern und damit auch den Kranken- und Pflegekassen zur Verfügung zu stellen.

Dieser Gestaltungsspielraum muss genutzt werden, um die Finanzierung der sozialen Sicherungssysteme zu stabilisieren.