Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
21(14)129(14)
gel. VB zur öffent. Anh. am
25.11.2026 - PNOG
23.11.2026

BKK® Dachverband

BKK Dachverband e.V.
Zimmerstraße 56
10117 Berlin

TEL (030) 2700403-200
FAX (030) 2700400-191
politik@bkk-dv.de
www.bkk-dachverband.de

STELLUNGNAHME
BKK DACHVERBAND E.V.

vom 25.11.2026

zum Entwurf eines Gesetzes zur Neuordnung der Pflegeversicherung (Pflegeneuordnungsgesetz) BT-Drucksache 21/8869

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

Inhalt

I. VORBEMERKUNG _____ 5

II. DETAILKOMMENTIERUNG _____ 7

Artikel 1 _____ **7**

Zu Nr. 3: § 4 Eigenverantwortung der Pflegebedürftigen 7

Zu Nr. 4: Prävention in Pflegeeinrichtungen und in der häuslichen Pflege, Vorrang von Prävention und medizinischer Rehabilitation (§ 5 SGB XI) 8

Zu Nr. 6: Pflege-Cockpit (§7a) 11

Zu Nr. 8: Pflegebegleitung § 7c in Verbindung mit § 7d Angebotsstruktur und Finanzierung der Pflegebegleitung 13

Zu Nr. 16 und 86: Ermittlung des Grades der Pflegebedürftigkeit, Begutachtungsinstrument (§ 15) / Übergangsregelung zur Anpassung der Schwellenwerte zum 1. Januar 2027 (§ 142b Abs. 3) 16

Zu Nr. 18a: Beauftragung der Begutachtung (§ 18 Abs. 1 S. 4) 18

Zu Nr. 20: § 18b SGB XI: Reha vor Pflege 19

Zu Nr. 25: Dynamisierung 20

Zu Nr. 28: § 35b Abtretung der Kostenerstattung 20

Zu Nr. 32: § 39 SGB XI: Überbrückungsbudget in Verbindung mit § 39a Pflegesachleistungen in pflegerischen Akutsituationen sowie Nr. 53: § 69 Sicherstellungsauftrag 21

Zu Nr. 33: § 40 SGB XI: Pflegehilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen, Anpassungen 22

Zu Nr. 40: § 44 SGB XI sowie zu Artikel 6 Nr. 1 § 3 SGB VI: Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen; Rentenversicherungsbeiträge 23

§ 44 Abs. 1 Satz 2 neu SGB XI: Die Beiträge werden für die Pflegepersonen, die eine Rente wegen Alters beziehen, bis zum Ablauf des Monats vor Beginn dieser Rente gezahlt~~, in dem die Regelaltersgrenze erreicht wurde~~. 23

Zu Nr. 41: § 45a Angebote zur Unterstützung im Alltag; Verordnungsermächtigung sowie § 45b Sozialraumbudget“ 23

Zu Nr. 43: § 45 SGB XI: Pflegekurse; Streichung einzelner Sätze. 26

Zu Nr. 48: Beitragssatz, Beitragsbemessungsgrenze, Verordnungsermächtigung 27

Zu Nr. 50: § 61a SGB XI: Darlehen/Bundesmittel; Folgeänderungen. 28

Zu Nr. 51: § 61b SGB XI: neu: Liquiditätshilfe. 29

Zu Nr. 52: § 63 SGB XI: Ausgleichsfonds; Folgeanpassung. 29

Zu Nr. 53: § 64 SGB XI: Verwaltung des Ausgleichsfonds; Anteil wird von 50 Prozent auf 20 Prozent geändert. 29

Zu Nr. 54: § 65 SGB XI: Ausgleichsfonds; zusätzlicher Absatz. 30

Nr. 57 – § 75a Praktische Erprobung innovativer Konzepte 30

Zu Nr. 54: Zulassung zur Pflege durch Versorgungsvertrag: Entlohnung/Tariftreue-Regelung (§ 72 SGB XI) 31

Zu Nr. 60: Wirtschaftlichkeit von Personalaufwendungen/Tariftreue-Regelung (§ 82c SGB XI) 33

Zu Nr. 63: Erstattung von Vorhaltekosten bei Akut-Kurzzeitpflege (§ 88b [neu]) 38

Zu Nr. 73: Transformationsstellenanteile in vollstationären Pflegeeinrichtungen (§ 113e [neu]) 39

Zu Nr. 82: § 134 SGB XI: Pflegevorsorgefonds; Prüfauftrag zur Weiterentwicklung/Umbau. 41

Zu Nr. 83: § 135 SGB XI: Zuführung/Finanzierung Pflegevorsorgefonds; Anpassung der Jahresbeträge. 41

Artikel 2 _____ **42**
Zu Nr.10 und 11: Beitragszuschlag für familienversicherte Ehe-/Lebenspartner:innen 42

Weitere Änderungsbedarfe: _____ **44**
§ 293 Abs. 8 SGB V Kennzeichen für Leistungsträger und Leistungserbringer 44

I. VORBEMERKUNG

Der BKK Dachverband begrüßt ausdrücklich, dass die Regierung mit dem Kabinettsentwurf des Pflegeneuordnungsgesetzes den Mut aufbringt, die langjährig gewachsenen Strukturen der Pflegeversicherung nicht einfach fortzuschreiben, sondern auch kritisch zu reflektieren: Was hat sich bewährt und die Versorgung wirklich verbessert? Die Erfahrung der vergangenen Jahre zeigt, dass jede neue Leistungsausweitung auch aus besitzstandswahrenden Gründen von allen Beteiligten verteidigt wird. Zwingen aber Gründe, wie die Finanzierbarkeit oder fehlende Wirksamkeit, zu einer rechtlichen Neuausrichtung, werden die notwendigen Korrekturen regelmäßig als Leistungskürzungen empfunden und bekämpft. Nachhaltige Sozialpolitik zeichnet sich jedoch nicht dadurch aus, in finanziell guten Jahren möglichst viele neue Leistungsansprüche zur schaffen, sondern zukunftsgerichtet, generationengerecht und auch in schwierigen Jahren verlässlich und handlungsfähig zu bleiben.

Der Gesetzgeber ist daher in den aktuell herausfordernden Zeiten gefordert, noch kritischer als je zuvor die Zielsetzung sowie den Leistungskatalog der Sozialen Pflegeversicherung (SPV) auf den Prüfstand zu stellen. Dies mit Verantwortung gegenüber den nächsten Generationen und auch der heute erwerbstätigen Versichertengemeinschaft, welche die Systeme der sozialen Sicherung finanzieren. Der BKK Dachverband warnt ausdrücklich davor, weitere Beitragssatzsteigerungen zu riskieren und Haushaltseinkommen sowie Lohnnebenkosten weiterhin zu verteuern, ohne dabei systemische Fehlentwicklungen und Verwerfungen anzugehen. Die diskutierte Rücknahme geplanter Regelungsinhalte des Pflegeneuordnungsgesetzes muss daher immer beantworten: Wird die Versorgung verbessert und sind die Änderungen finanzierbar.

Der BKK Dachverband sieht die Pflegebegleitung als eine der bedeutendsten Strukturreformen der pflegerischen Versorgung. Erstmals wird der Versuch unternommen, die fragmentierte Beratungs- und Versorgungslandschaft zu überwinden und eine kontinuierliche Steuerung über den gesamten Pflegeverlauf hinweg zu etablieren. Die angedachte Pflegebegleitung besitzt dahingehend Potential und bietet zudem einen echten Mehrwert für die Versorgung der Pflegebedürftigen in der häuslichen Pflege. Sie nimmt dabei eine der wichtigsten Ressourcen – die pflegenden An- und Zugehörigen – erstmals konsequent systemisch mit in den Blick. Der Gesetzesentwurf muss hier aber noch nachgeschärft werden und sich von bisherigen ineffizienten Strukturen lösen, anstatt auf diesen aufzubauen. Das Projekt „Pflegebegleitung“ darf nicht an Beharrungskräften scheitern.

Der schrittweise Übergang zu einer Budgetierung von SPV-Leistungen wird befürwortet. Bereits seit Längerem vertritt der BKK Dachverband die Position, dass in der SPV zu viele Einzelleistungen unkoordiniert nebeneinanderstehen, kaum am tatsächlichen Bedarf ausgerichtet sind und in ihrer Wirkung unklar bleiben – ein Beispiel dafür ist die Verhinderungspflege. Die jetzige Ausgestaltung verfehlt aber die gewünschten Ziel- und Lenkungswirkung. Die Ausgaben für diesen Leistungsbereich werden – nach Berechnungen des BKK Dachverbandes – Ende 2026 voraussichtlich ein Volumen von über 6,4 Mrd. Euro erreichen. Angesichts begrenzter finanzieller Ressourcen muss der Gesetzgeber hier noch stärker die zielgerichtete Steuerung der verwendeten Mittel adressieren.

Aufgrund des geplanten Zeitverlaufs der Gesetzgebung mit Blick auf die Veröffentlichung im Bundesgesetzblatt und dem Inkrafttreten der Regelungen zum 01.01.2027, werden die Pflegekassen mit einer riesige Herausforderung konfrontiert, welche eine fristgerechte Umsetzung infrage stellt: Die Pflegekassen können erst nach Verkündung des Gesetzes im Bundesgesetzblatt, die Informationen zu Leistungsänderungen und -Anpassungen an ihre Versicherten weitergeben. Leistungsrechtliche Ansprüche müssen also geprüft, Bescheide erstellt oder auch zurückgenommen werden und organisatorisch Druckdienstleister beauftragt werden. Der Versand etwaiger Bescheide muss nach mit Blick auf die Zustellung den gesetzlichen Bekanntgabevorschriften entsprechend wirksam und rechtzeitig erfolgen. Erfolgt die Verkündung des Pflegneuordnungsgesetzes kurz vor den Weihnachtsfeiertagen oder gar später, drohen erhebliche Vollzugsprobleme mit der Folge, dass bisherige Leistungen aus rechtlichen Gründen über den Jahreswechsel hinaus vorläufig fortzuführen wären. Zudem werden viele Versicherte durch die kurzfristige Bekanntgabe erheblich verunsichert werden.

Kritisch sieht der BKK Dachverband darüber hinaus den an mehreren Stellen erkennbaren Bürokratieaufwuchs bei den Pflegekassen. So findet bspw. bei der Abtretungserklärung eine Verschiebung von den Leistungserbringern hin zu den Pflegekassen statt. Unnötige Meldewege, wie bei der Pflegebegleitung in Notfallsituationen, werden aufgebaut, deren versorgungspraktischer Sinn sich nicht erschließt. Der Gesetzgeber ist zudem gefordert, die Bürokratie nicht noch weiter durch Berichtspflichten aufzubauen, und zu hinterfragen, ob der Erkenntnisgewinn den Mehraufwand rechtfertigt. Aufwand und Nutzen sind vor dem Hintergrund des Fachkräftebedarfs und der notwendigen Verwaltungsausgaben kritisch zu reflektieren.

Bei einer real kalkulierten Entwicklung ist für das Jahr 2027 ein Finanzbedarf von ca. 9 Mrd. EUR zu erwarten. Im Gesetzentwurf wird hingegen nur ein Bedarf von 7,6 Mrd.

EUR ausgewiesen. Die geplanten Maßnahmen erreichen eine Entlastung von nur 6,25 Mrd. EUR. Es verbleibt von Beginn an ein ungedecktes Milliardendefizit. Eventuelle Änderungen im parlamentarischen Verfahren, wie zum Beispiel die Öffnung des Sozialraumbudgets für weitere Leistungserbringer oder Vorzieheffekte im Rahmen der Pflegebegutachtung, dürften die defizitäre Entwicklung weiter verschärfen. Der Rückzug des Bundes (Aussetzung des Bundeszuschusses) verlagert die Krisenlast vollständig auf Beitragszahler und die Zukunft.

II. DETAILKOMMENTIERUNG

Artikel 1

Zu Nr. 3: § 4 Eigenverantwortung der Pflegebedürftigen

In § 4 SGB XI wird der Versicherte dazu verpflichtet, durch gesundheitsbewusstes Verhalten sowie die Mitwirkung an Präventions-, Rehabilitations- und aktivierenden Pflegemaßnahmen dazu beizutragen, Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu verringern oder ihre Verschlimmerung zu verhindern.

Dies ist jedoch nicht ausreichend. Zwar normiert der § 4 SGB XI die Eigenverantwortung der Versicherten, jedoch fehlen verbindliche strukturelle Anreize und auch Steuerungsinstrumente, die diese Verpflichtung wirksam werden lassen. Es ist notwendig – mit einer angemessenen Übergangsphase – die Teilnahme an Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention verbindlich in das Leistungsgeschehen zu integrieren. Denkbar wäre beispielsweise, bei Gewährung von Pflegegrad 1 oder auch im Falle einer zunächst abgelehnten Pflegebedürftigkeit einen strukturierten Präventions- und Vorsorgepfad zu etablieren. Hierzu könnten geeignete Programme empfohlen und deren Teilnahme im Sinne eines Präventionsbonushefts – in Anlehnung an das zahnärztliche Bonusheft – dokumentiert werden.

Zu Nr. 4: Prävention in Pflegeeinrichtungen und in der häuslichen Pflege, Vorrang von Prävention und medizinischer Rehabilitation (§ 5 SGB XI)

Durch eine wissenschaftliche Expertise soll der GKV Spitzenverband wissenschaftlich Risikofaktoren ermitteln, die insbesondere auf eine sich abzeichnende Pflegebedürftigkeit hinweisen. Diese Erkenntnisse sollen bei verschiedenen Aufgabenerfüllungen wie zur Pflegebegleitung, Prävention sowie Pflegeberatung berücksichtigt werden. Jährlich berichtet der GKV Spitzenverband dem BMG über Umsetzung und Erfolg der Maßnahmen.

Bestehende Erkenntnisse zu Prädiktoren für Pflegebedürftigkeit aus Expertisen und anderen Forschungsarbeiten - etwa. Schluttig et al. „Prävention von Pflegebedürftigkeit im ambulanten Bereich“, dem MD-Bund „Report Pflegebedürftigkeit 2025“oder dem RKI „Pflegebedürftigkeit und (informelle) Pflege in Deutschland – Status Quo“ etc.) sollten berücksichtigt werden. Maßgeblich ist dabei eine konsequente Praxistauglichkeit: Sowohl in der wissenschaftlichen Auseinandersetzung als auch in der n SGB V/XI-übergreifenden Verankerung in den Kassensystemen. Hierfür muss der gesetzliche Auftrag geschärft werden: Aus Sicht des BKK Dachverbandes muss es deshalb die Aufgabe des GKV Spitzenverbandes sein, die identifizierten Prädiktoren bestmöglich mit Routinedaten der Kassen zu verknüpfen. Im Vordergrund soll dabei die Frage stehen, welche Prädiktoren sich aus den Routinedaten der Kassen bestmöglich identifizieren lassen. Ggf. lassen sich aus den Daten auch neue Prädiktoren oder Versorgungskonstellationen verifizieren, die in Bezug auf eine drohende oder zu verzögernde Pflegebedürftigkeit eine hohe Aussagefähigkeit haben.

Wichtig ist – nicht zuletzt rechtssystematisch – die Frage, wie die vorgesehenen Erkenntnisse und hieraus dann präventive Angebote in den bestehenden Regelungsrahmen von § 5 Abs. 1a SGB XI nachhaltig und wirksam aufgehen können. § 5 Abs. 1a SGB XI widmet sich der Zielgruppe der häuslich versorgten Pflegebedürftigen und dem durch die Pflegekassen hierfür zu unterstützenden Zugang zu Leistungen der Krankenkassen zur verhaltensbezogenen Prävention n.§ 20 Abs. 4 Nr. 1 SGB V. Der dortige spezifische Verweis auf die verhaltensbezogenen Maßnahmen und Angebote der Krankenkassen limitiert deren Handlungsspielraum. Für pflegebedürftige Menschen in der Häuslichkeit können weitere bedarfsgerechte präventive Angebote wohnortnah oder auch digital als Unterstützungsleistungen relevant sein – bspw. über kommunalen

Netzwerkstrukturen oder gemeinnützige/soziale Trägerstrukturen im Sozialraum der pflegebedürftigen Menschen.

Im Kontext der begrüßenswerten Anpassung von § 20 Abs. 1 Satz 2 SGB V (Artikel 4 Nr. 2), der ausdrücklich die Belange älterer und pflegebedürftiger Menschen künftig stärker in den Fokus rückt, sollte demnach auch eine entsprechenden inhaltliche Weiterfassung – über die in § 20 Abs. 4 Nr. 1 SGB V genannten Leistungen der Krankenkassen zur verhaltensbezogenen Prävention hinaus – in § 5 Abs.1a ermöglicht werden.

Ergänzend regt der BKK Dachverband eine Anpassung von § 5 Abs. 3 SGB XI an, um die zweckgebundene Verwendung nicht ausgeschöpfter Mittel für Präventionsleistungen bürokratiearm sicherzustellen. Etwaige nicht verausgabte Mittel der Pflegekassen sollten im Folgejahr (weiterhin) zweckgebunden für Ausgaben zur Prävention zur Verfügung stehen. Allerdings sollten diese nicht mehr aufwendig über den GKV Spitzenverband umverteilt werden, sondern unmittelbar bei der jeweiligen Pflegekasse verbleiben, um dort im Folgejahr zusätzlich für Präventionsaufgaben nach § 5 Abs. 1 oder Abs. 1a SGB XI eingesetzt zu werden. Eine entsprechende Streichung dieser rechtlichen Maßgabe reduziert den Aufwand bei den einzelnen Pflegekassen und beim GKV Spitzenverband gleichermaßen. Zudem verbleiben die über den GKV Spitzenverband umverteilten Mittel heute im monatlichen Finanzausgleich der SPV nach §§ 65 ff. SGB XI faktisch nicht bei den empfangenden Kassen, sondern fließen bereits nach einem Monat wieder an den Ausgleichsfonds zurück und stehen somit nur „virtuell“ (planerisch) zur Verfügung. Darüber hinaus hat sich mit der Neueinführung von § 5 Abs. 1a SGB XI durch das BEEP eine neue leistungsrechtliche Systematik ergeben, welche nicht mehr der projektbezogenen Logik des Absatz 1 entspricht und deren Finanzierung daher nicht länger auf Kassen-Kooperationsvereinbarungen zugeschnitten sein kann.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG

Artikel 1 Nr. 5 wird wie folgt ergänzt:

> *„§ 5 Absatz 1a Satz 1 wird wie folgt gefasst:*
>
> *Die Pflegekassen sollen insbesondere den Zugang zu den in § 20 Absatz 4 Nummer 1 des Fünften Buches genannten Leistungen der Krankenkassen zur verhaltensbezogenen Prävention sowie zu weiteren geeigneten präventiven und gesundheitsfördernden Angeboten der Krankenkassen für in der sozialen Pflegeversicherung versicherte Pflegebedürftige in häuslicher Pflege unterstützen, indem*

sie Vorschläge zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation und zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten der Pflegebedürftigen entwickeln sowie die Umsetzung dieser Vorschläge unterstützen."

§ 5 Absatz 3 wird wie folgt gefasst:

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

Artikel 1 Nr. 5c wird wie folgt geändert:

„Nach Absatz 3 wird der folgende Absatz 4 eingefügt:

„(4) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen hat zur Erfüllung der Aufgabe nach Absatz 1a Satz 4 sowie zur Unterstützung der Datenauswertung nach § 25b Absatz 1 Nummer 4 des Fünften Buches im Wege einer wissenschaftlichen Expertise relevante Risikofaktoren zur Erkennung einer bestehenden oder drohenden Pflegebedürftigkeit zu erheben. Die Erkenntnisse sind für die Entwicklung und Umsetzung geeigneter präventiver Maßnahmen zu nutzen und zu berücksichtigen bei

1. der Festlegung der Ziele nach den Absätzen 1 und 1a,

2. der Pflegebegleitung der Versicherten nach § 7c,

3. einer Leistungserbringung nach § 36 und

4. einem Beratungsbesuch nach § 37 Absatz 3.

Zu berücksichtigen ist hierbei insbesondere die Verknüpfung der nach § 25b Absatz 1 Nummer 4 genutzten Daten mit den gemäß Satz 1 identifizierten Prädiktoren und deren praktischer Anwendung. Das Nähere zur Erstellung der wissenschaftlichen Expertise […].“

Zu Nr. 6: Pflege-Cockpit (§7a)

Die Pflegekassen werden zur Gewährleistung einer transparenten Information ihrer Versicherten verpflichtet. Dazu haben sie für jede bei ihnen versicherten Pflegebedürftigen ein sogenanntes Pflege-Cockpit einzurichten, welches per einheitlichem digitalem Zugang umfangreich allgemeine und individuelle Informationen im Kontext der pflegerischen Versorgung und Unterstützung bereithalten soll.

Der BKK Dachverband unterstützt das Ansinnen. Die Pflegekassen im BKK System sind an einer guten Information ihrer Versicherten interessiert und arbeiten deshalb bereits an digitalen Informationssystemen, wie sie mit dem Pflege-Cockpit nun auch konkret rechtlich normiert werden sollen. Einzelne Pflegekassen haben zudem auch bereits etwaige vergleichbare Informationssysteme implementiert, die beispielsweise eine Übersicht zu bereits in Anspruch genommenen Leistungen bieten. Insofern darf diese Regelung nicht dazu führen, dass Pflegekassen vorhandene und gut funktionierende Informationssysteme einschränken oder anpassen müssen, weshalb eine flexiblere Ausgestaltung wünschenswert wäre – auch im Sinne eines positiven Pflegekassenwettbewerbs. Dabei ist zu berücksichtigen, dass einzelne Pflegekassen bewusst auf einen persönlichen (analogen) Kontakt zu den Versicherten und auch ihren An- und Zugehörigen bei der Information setzen, da mit dem digitalen Fortschritt in der Kommunikation auch eine größere Anonymität und eine unpersönliche Zugänglichkeit verbunden sein kann. Die verschiedenen Informations- und Kontaktmöglichkeiten sollten sich daher auch in Zukunft sinnvoll ergänzen und von den Pflegekassen individuell – auch je nach Bedürfnissen der Versicherten und deren Angehörigen – gestaltbar sein.

Zu bedenken gilt es auch, dass die Umsetzung voraussetzungsvoll und damit kostenintensiv und zeitaufwendig sein wird. Der vorgesehene Start der Pflege-Cockpits bereits zum 1. Juli 2028 steht damit im Widerspruch zu den umfänglichen Entwicklungsarbeiten, weshalb ein großzügiger Zeitrahmen für die Implementierung angezeigt ist. Gerade vor dem Hintergrund der vielfältigen Informationen, die teilweise individualisiert bereitgestellt werden sollen und aus unterschiedlichen Quellen stammen. Allein die mit § 7a

Absatz 1 Satz 2 Nr. 3 angedachten individuellen Informationen über die Leistungen, die der jeweilige Pflegebedürftige bezieht, sowie den „möglichst" aktuell dargestellten Umfang ihres jeweiligen Leistungsbezugs weist darauf hin, dass dies eine möglichst tagesaktuelle Abrechnung erfordern würde. Dies steht im Spannungsfeld zwischen individuell gewählten Sach-, Geld- und Kombinationsleistungen und zusätzlichen Kostenerstattungsmöglichkeiten. Allein in diesem Umsetzungspunkt könnte es zu nicht erfüllbaren Erwartungen an die Pflegekassen kommen, da eine tagesaktuelle Abrechnung – auch unter den Bedingungen einer vollelektronischen Abrechnung – nicht umsetzbar ist. Die Darstellung des Umfangs des jeweiligen Leistungsbezugs hängt stark vom Zeitpunkt der jeweiligen Abrechnung der Leistungserbringer oder von der Einreichung der Kostenerstattungsansprüche ab und ist daher immer zeitlich nachlaufend.

Zudem werden verschiedenste Schnittstellen zu implementieren sein. Beispielsweise erfolgt bereits heute die Einbindung der Angebote zur Unterstützung im Alltag n. § 45a SGB XI (AUA-Angebote), welche nach Landesrecht zugelassen werden, in den Leistungs- und Preisvergleichslisten n. § 7 Absatz 2 SGB XI (a.F.) über die DatenClearing-Stelle (DCS) Pflege. Dies wird zum Teil auf der Basis von Exceltabellen [!] und mit 16 bundeslandbezogenen Anbindungen bewerkstelligt. Dafür war eine Empfehlung des GKV Spitzenverbandes für einen bundesweit einheitlichen technischen Standard zur elektronischen Datenübermittlung notwendig. Jeweilige Vereinbarungen gem. § 7 Absatz 4 Satz 1 SGB XI regeln das Nähere zur zugrundeliegenden elektronischen Datenübermittlung zwischen den nach Landesrecht zuständigen Stellen für die AUA-Angebote und den jeweiligen Landesverbänden der Pflegekassen. Dagegen sind beispielsweise spezifische Informationen zur Pflege, zu Austausch- und Schulungsmöglichkeiten sowie zu Selbsthilfe- und Unterstützungsangeboten, wie sie mit im § 7a Absatz 1 Satz. 2 Nr. 10 im Pflege-Cockpit zu berücksichtigen sein sollen, bislang noch gar nicht systematisch in (digitale) Meldesysteme eingebunden. Hierfür bedarf es einheitlicher Meldestrukturen und dafür einheitliche Vereinbarungsmodalitäten, auf deren Grundlage die entsprechenden Informationen letztlich in die Pflege-Cockpit-Systeme eingespielt werden. Der Gesetzgeber sollte dafür verbindlicher Grundlagen schaffen.

Nach wie vor unklar definiert ist, welche Informationen der Gesetzgeber zu vor Ort, online oder telefonisch verfügbaren Beratungs-, Hilfe- und Unterstützungsmöglichkeiten für Pflegebedürftige und Pflegepersonen jenseits der genannten Pflegebegleitung nach § 7c meint (Nummer 8). Unklar bleibt darüber hinaus welche Möglichkeiten gemeint sind, sich vor Ort oder online stattfindende Schulungsmöglichkeiten im Zusammenhang mit der Pflege anzeigen zu lassen oder solche zu suchen (Nummer 10). Gerade die Heterogenität und regionale Unterschiedlichkeit dieser Angebote dürfte gerade für

bundesunmittelbare Pflegekassen die Operationalisierung sehr erschweren. Da explizit die Sicht der Nutzerinnen und Nutzer einzubinden ist, empfiehlt es sich ohnehin, die Inhalte des Pflege-Cockpits nicht zu überfrachten und deutlicher gestuft in der Umsetzung vorzugehen.

Ergänzend sollte die Rolle der Pflegebegleitung n. § 7c (n.F.) von Beginn an digital mitgedacht werden. Wenn Pflegebegleitpersonen Versicherte fachlich beraten und bei der Koordination eines stabilen Versorgungsarrangements unterstützen sollen, brauchen sie auf Basis klarer Berechtigungen Zugang zu den Informationen, die für diese Aufgabe erforderlich sind. Dazu zählen insbesondere die Inhalte der MD-Begutachtung, Informationen zum Leistungsbezug sowie weitere versorgungsrelevante Daten, soweit sie für Beratung, Koordination und die pflegefachliche Einschätzung.

Zu Nr. 8: Pflegebegleitung § 7c in Verbindung mit § 7d Angebotsstruktur und Finanzierung der Pflegebegleitung

Die Pflegebegleitung ist aus Sicht des BKK Dachverbandes eine der bedeutendsten Strukturreformen, die der Gesetzgeber in den letzten Jahrzehnten ermöglicht hat. Sie eröffnet erstmals die reale Möglichkeit, die bislang vielfach fragmentierte Beratungs- und Unterstützungslandschaft zu überwinden und eine Begleitung entlang eines durchgängigen, individuellen Versorgungspfad für pflegebedürftige Menschen und deren An- und Zugehörige aufzubauen. Die Pflegebegleitung selbst wird dazu beitragen, dass sich diese Versorgungspfade etablieren und beschritten werden.

Wir begrüßen ausdrücklich, dass der Gesetzgeber die Grenzen der bisherigen Beratungsstrukturen erkannt hat. Unterschiedliche Beratungsansprüche, wechselnde Ansprechpersonen und voneinander getrennte Zuständigkeiten haben sich gerade in komplexen Pflegesituationen vielfach nicht bewährt. In einer zunehmend digitalisierten Welt geht es nicht mehr darum, an Informationen zu gelangen, sondern die eigentliche Herausforderung ist, die notwendigen Leistungen und Hilfen in komplexen Versorgungssituationen tatsächlich zu organisieren und diese miteinander zu verzahnen. Die Pflegebegleitung deckt dabei ein weit gefasstes Spektrum ab: Bei einer einfachen Versorgungssituation als initialer und dabei beratender „Gatekeeper“, in komplexen Versorgungssituationen als „Case Manager“.

Eine strukturelle Schwäche in § 7d kann das Konzept zum Scheitern bringen: Insbesondere die Regelungen des Absatz 1 und 4 sowie die dazugehörige Gesetzesbegründung

bedingen eine weitgehende und bindende Einbindung bisheriger Leistungserbringer in die Durchführung der Pflegebegleitung und erzeugen ein Bild, nach welchem es vordergründig darum geht, alte Beratungsstrukturen aufrechtzuerhalten und sodann weiter zu finanzieren.

Die Pflegebegleitung ist keine Weiterentwicklung bestehender Beratungsangebote, sondern ein eigenständiges Instrument der Versorgungssteuerung und des Fallmanagements. Die regulatorischen Anforderungen und die personelle Qualifikation müssen diesem erweiterten Aufgabenprofil Rechnung tragen.

Die ausdrückliche Verpflichtung, bestehende externe Beratungsstrukturen zu berücksichtigen, wobei die Gesetzesbegründung insbesondere ambulante Pflegedienste und bisherige Anbieter der Beratung nach § 37 Absatz 3 SGB XI nennt, birgt die Gefahr, dass bestehende Strukturen und deren bisherige Interessenkonstellationen lediglich in das neue System der Pflegebegleitung überführt werden. **Diese rechtliche Vorgabe ist fragwürdig, da sich einerseits die bisherige Praxis nicht bewährt hat und andererseits die Pflegebegleitung inhaltlich und konzeptionell grundlegend anders aufgestellt sein muss als die bisherigen Beratungsbesuche in der Häuslichkeit** n. § 37 Absatz 3 SGB XI. Dabei entsteht der Widerspruch, dass einerseits (zurecht) der Fachkräftemangel in der Pflege beklagt wird, gleichzeitig aber (hoch) qualifizierte Pflegekräfte aus der direkten Pflegepraxis für Beratungsleistungen okkupiert werden. **Das ist politisch inkonsequent und führt zur weiteren Verschärfung des Fachkräftemangels.** Zudem sind ambulante Pflegedienste/Leistungserbringer nicht zwangsläufig eine unabhängige, am gesamten individuellen Versorgungsbedarf orientierte Anlaufstelle. Ihre zentrale Aufgabe muss die direkte Versorgung bleiben. **Wer originär Sachleistungen der Pflegeversicherung erbringt oder erbringen kann, sollte nicht zugleich die unabhängige Instanz sein, die den Bedarf ermittelt, die Auswahl der Leistungen steuert, Angebote empfiehlt und deren Umsetzung bewertet und evaluiert.**

Deshalb muss gesetzlich klargestellt werden, dass nach § 72 SGB XI zugelassene Leistungserbringer nicht selbst als unabhängige koordinierende Pflegebegleitungsstellen eingesetzt werden können. Die Beteiligung der Leistungserbringer an regionalen Netzwerken und an der Umsetzung individueller Versorgungspläne bleibt selbstverständlich unverzichtbar. Sie darf aber nicht mit der unabhängigen Koordinationsverantwortung verwechselt werden.

Der BKK Dachverband sieht die (bestehenden) Pflegestützpunkte als besonders geeignete Anknüpfungspunkte für den Aufbau einer wohnortnahen Pflegebegleitung. Dort bestehen vielfach bereits Kenntnisse über die regionalen Versorgungsstrukturen,

gewachsen Netzwerke sowie niedrigschwelliger informeller Angebote. Wo diese nicht existieren, werden kassenartenübergreifende und neutrale Strukturen benötigt, die für alle pflegebedürftigen Versicherten und deren An- und Zugehörige einer Region gleichermaßen zuständig sind – unabhängig von der Zugehörigkeit zu einer bestimmten Pflegekasse. Die im Entwurf vorgesehene bundesweite und kassenartenübergreifende Organisation bietet hierfür eine gute Grundlage. Sie muss allerdings durch verbindliche Anforderungen an Neutralität, Unabhängigkeit, Erreichbarkeit und regionale Vernetzung ergänzt werden.

Zur Sicherstellung einer bundesweit einheitlichen und qualitätsgesicherten Pflegebegleitung sollten zudem standardisierte Screening- und Assessmentinstrumente verbindlich vorgesehen werden. Dies betrifft sowohl die Belastungssituation pflegender Angehöriger als auch Risiken und Unterstützungsbedarfe der Pflegebedürftigen selbst.

Kritisch zu bewerten ist weiterhin die vorgesehene Verzahnung der Pflegebegleitung mit den im Begutachtungsverfahren vorgesehenen Beratungs- und Handlungsempfehlungen des Medizinischen Dienstes. Damit werden Elemente eines initialen Fallmanagements bereits im Begutachtungsprozess angelegt, obwohl die Ergebnisse des Modellprojekts „MEET“ zur Weiterentwicklung der Pflegebegutachtung noch nicht vorliegen. Es besteht die Gefahr von Doppelstrukturen und unklaren Verantwortlichkeiten zwischen Medizinischem Dienst und Pflegebegleitung.

Voraussetzung für eine wirksame Pflegebegleitung ist ein rechtssicherer und digital unterstützter Informationsaustausch zwischen Medizinischem Dienst, Pflegekassen, Pflegebegleitungsstellen und gegebenenfalls Pflegestützpunkten. Der Gesetzentwurf sollte daher die technischen und organisatorischen Voraussetzungen ausdrücklich adressieren.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG

Artikel 1 Nr. 8 wird wie folgt geändert:

§ 7d Absatz 1 S. 2 wird wie folgt geändert:

„Sie arbeiten dabei entsprechend § 7c mit allen an der pflegerischen, gesundheitlichen und sozialen Versorgung Beteiligten eng zusammen ~~und haben bereits~~

~~bestehende, externe Beratungsstrukturen zu berücksichtigen~~ und können bestehende externe Strukturen nutzen, solange dies den Zielen der Pflegebegleitung nicht entgegensteht.“

§ 7d Absatz 1 S. 4-6 sind zu ersetzen durch:
Die Pflegekassen sind verpflichtet, gemeinsam und kassenartenübergreifend jeweils für das Gebiet jedes Kreises und jeder kreisfreien Stadt eine bundesweit einheitliche, organisatorisch eigenständige Struktur für die Übernahme der Pflegebegleitung zu errichten. Die Struktur ist so auszugestalten, dass sie für alle anspruchsberechtigten Personen unabhängig von ihrer Kassenzugehörigkeit gleichermaßen zuständig ist und eine bedarfsgerechte und neutrale Pflegebegleitung gewährleistet.

Hierzu schließen die Pflegekassen verbindliche Vereinbarungen über Errichtung, Trägerschaft, Finanzierung und Organisation dieser Struktur. Die Pflegekassen können die Errichtung und Organisation der gemeinsamen Struktur auf ihre Landesverbände übertragen.

§ 7d Absatz 1 S. 7 ist ersatzlos zu streichen.

§ 7d Absatz 5 ist ersatzlos zu streichen.

Zu Nr. 16 und 86: Ermittlung des Grades der Pflegebedürftigkeit, Begutachtungsinstrument (§ 15) / Übergangsregelung zur Anpassung der Schwellenwerte zum 1. Januar 2027 (§ 142b Abs. 3)

Die Anpassung der Punkt- bzw. Schwellenwerte für die einzelnen Pflegegrade ist notwendig. Der BKK Dachverband hatte in der Vergangenheit bereits dafür plädiert, sich an den Empfehlungen des Expertenbeirates zu orientieren. Die Daten des MD-Bund zeigen, das bereits über ein Drittel der pflegebeantragenden Menschen bei der Erstbegutachtung direkt im Pflegegrad 2 eingestuft wird und damit die Schwelle für Leistungen aus der Pflegeversicherung zu niedrig ist. Hinzu kommt, dass in der Versorgungspraxis gerade im Pflegegrad 1 die Leistungen der Pflegeversicherung eben nicht zur Sicherstellung der Pflege, sondern für die Finanzierung anderer Dienstleistungen bzw. von laufenden Haushaltskosten genutzt wird. Diese Anpassung der Punktwerte auch bei der Begutachtung von Kindern nachzuvollziehen ist fair und sachlogisch.

Bei der Begutachtung von Kindern gibt es aus Sicht der Betriebskrankenkassen allerdings auch deutlichen Nachbesserungsbedarf, so hat sich seit 2017 die Anzahl der Begutachteten Kinder verdreifacht (dies bei einer gleichzeitig rückläufigen Anzahl von Kindern insgesamt). Mit Blick auf die pflegebegründenden Diagnosen zeigt sich, dass 56% aller pflegebedürftigen Kinder Diagnosen im Bereich Hyperkinetische Störungen (AD(H)S) und Entwicklungsstörungen haben. Hier drängt sich der Eindruck auf, dass eigentlich im Rahmen der Eingliederungshilfe anspruchsberechtigte Kinder zusätzlich auch Ansprüche in der Pflegeversicherung generieren. Diese Entwicklung muss überprüft und ggf. im Rahmen einer Anpassung der Begutachtungs-Richtlinien des Medizinischen Dienstes (MD) Bund durch eine geschärfte Abgrenzung von Pflegebedürftigkeit im Verhältnis zur Teilhabe behoben werden.

Die damit verbundenen Übergangs- bzw. Besitzstandsschutzregelungen legen fest, dass für die Feststellung der Pflegebedürftigkeit und die hieraus resultierende Rechtsfolge aus dem Begutachtungsergebnis das Datum der Antragstellung maßgeblich ist (bei Wiederholungsbegutachtungen der Tag der Begutachtung). Zudem bleibt nach § 142b Abs. 2, erster Halbsatz SGB XI (neu) die Zuordnung zu den Pflegegraden nach dem bis zum 31.12.2026 geltenden Recht *„bis zur Vornahme einer Neubegutachtung und der nachfolgenden Einstufung“* durch die Pflegekasse bestehen. Hierzu besteht hinsichtlich der Auslegung die grundsätzliche Unsicherheit, ob der betreffende Halbsatz wörtlich zu nehmen ist und demnach von einem temporären Bestandsschutz auszugehen ist und dieser demnach bis zur zweiten nachfolgenden Einstufung/Begutachtung gilt. Dies mit der Folge, dass eine rechnerische Parallelbetrachtung nach ´altem´ Recht lediglich bei der ersten nachfolgenden Begutachtung nach dem 31.12.2026 vorzunehmen wäre. Bei allen weiteren Begutachtungen wäre folglich das ab 01.01.2027 geltende Recht anzuwenden – insbesondere bzgl. der angepassten Schwellenwerte der Pflegegraden 1 bis 3. Diese Auslegung würde auch der langjährigen Kritik des Bundesrechnungshofs an den in der Vergangenheit gewährten Bestandsschutzregelungen Rechnung tragen, wonach ein lebenslanger Bestandsschutz im Einzelfall zu Leistungsinanspruchnahmen führen kann, die als nicht sachgerecht oder ungerecht wahrgenommen werden. Eine andere Auslegung – welche vom BKK Dachverband nicht geteilt wird – würde keine temporäre Ausgestaltung sondern einen dauerhaften Bestandsschutz normieren und diesen demnach nur dann nicht einräumen, wenn es auch nach ´altem´ Recht zum Verlust des Pflegegrades kommen würde. Das würde bedeuten, dass eine rechnerische Parallelbetrachtung grundsätzlich bei jeder nach dem 31.12.2026 durchgeführten Begutachtung – auch Jahrzehnte später – beispielsweise bei einer Wiederholungsbegutachtung im Jahr 2040 (z. B. bei Kindern), zusätzlich immer auch eine Parallelprüfung nach dem bis zum 31.12.2026 geltenden Recht vorgenommen werden müsste.

Hierzu bedarf es – ggf. über die Gesetzesbegründung – einer Klarstellung, um eine einheitliche leistungsrechtliche Umsetzung aller Akteure zu gewährleisten und ggf. die zusätzlichen Aufwände in den Begutachtungsverfahren zeitlich zu limitieren.

In diesem Sachzusammenhang begrüßt der BKK Dachverband außerordentlich, dass mit Artikel Nr. 86 zu § 142b Abs. 3 SGB XI die Frist n. § 18c Abs. 1 S.1 unbeachtlich gestellt wird, insbesondere nachdem medial von Betroffenenorganisationen – vor Inkrafttreten des Pflegeneuordnungsgesetzes – zu Pflegebegutachtungen aufgerufen wird, um von etwaigen Besserstellungen bzgl. der Besitzstandsschutzregelungen profitieren zu können. Dies führt zu erheblichen Zusatzaufwänden sowohl bei den Pflegekassen als auch bei den MD. Angemerkt werden muss dazu kritisch, dass dieser Effekt bereits in vollem Gange ist, was angesichts des Zeitverlaufs bis zum Inkrafttreten am 01. Januar 2027 erklärbar ist. Daher muss angemerkt werden, dass die jetzt sinnvoll angedachte Unbeachtlichkeit der Frist n. § 18c Abs. 1 S.1 früher „scharfgestellt" werden muss. Insofern ergeht die dringliche Bitte – mittels eines Vorschaltgesetzes (Omnibus) – dieser Regelung möglichst noch vor dem 01. Januar 2027 in Kraft zu setzten.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG

Artikel 1 Nr. 86 zu § 142b Abs.2 SGB XI ist bzgl. der Dauer Besitzstandsanspruchs zu konkretisieren.

Artikel 1 Nr. 86 zu § 142b Abs. 3 SGB XI wird noch vor dem 01. Januar 2027 in Kraft gesetzt.

Zu Nr. 18a: Beauftragung der Begutachtung (§ 18 Abs. 1 S. 4)

In den Begutachtungs-Richtlinien soll der Medizinische Dienst (MD) Bund regeln, welche Unterlagen zur Beauftragung der Medizinischen Dienste bei der Pflegebegutachtung erforderlich sind. Angesichts eines verhältnismäßigen hohen Anteils von Personen, bei denen nach einer Begutachtung keine Pflegebedürftigkeit festgestellt wird, soll zudem ein Verfahren und die dafür zuständige Stelle (bundeseinheitlich) festgeschrieben werden. So soll – nach der Feststellung, dass objektiv kein Bedarf einer Pflegebegutachtung angenommen werden kann – mittels Beratung das offensichtlich Fehlen der Anspruchsvoraussetzung und die dann fehlenden Erfolgsaussichten des Leistungsantrags vermittelt werden. Ziel ist, dass auf diesem Weg derartige Anträge

zurückgenommen werden können, um die Begutachtungsaufträge zu reduzieren und die MD entsprechend zu entlasten, damit die vorhandenen Begutachtungskapazitäten effizient dort eingesetzt werden, wo diese bedarfsorientiert benötigt werden.

Es ist nicht sachgerecht, dass der MD Bund in den Begutachtungs-Richtlinien das angedachte Verfahren und die dann durchführende Stelle festlegt, nach welchen der tatsächlichen Bedarf einer Begutachtung zu bemessen ist und welche die jeweils antragsstellende Person zu den (dann nicht vorhandenen) Erfolgsaussichten berät. Originär ist es – qua Gesetz – Aufgabe der Pflegekassen als Verantwortliche des zugehörigen Verwaltungsverfahrens Anträge auf Leistungen der Pflegversicherung entgegenzunehmen und die vorgeschriebene Begutachtung zu beauftragen, auf deren Grundlage ein Leistungsbescheid der Pflegekasse ergeht. Hierbei sind die MD lediglich als begutachtende Instanz und damit als Auftragnehmer involviert. Diese tragen somit auch keine Verantwortung für das Verwaltungsverfahren an sich.

Deshalb kann es auch nicht Aufgabe des MD Bund sein, in den Begutachtungs-Richtlinien die Maßgaben für das angedachte Verfahren festlegen, welches eindeutig das Verwaltungsverfahren und die damit verbundenen Informationsverpflichtungen der Pflegekassen betrifft und bei dem der GKV-SV zugleich nur ins Benehmen zu setzen ist. Auch fachlich-inhaltlich wirft das Ansinnen Fragen auf: Nach Auffassung des BKK Dachverbandes liegen derzeit keine plausiblen (wissenschaftsbezogenen) Erkenntnisse zu den Effekten und zur Operationalisierung eines solchen Verfahrens vor, welches dann auch bei den Beteiligten die notwendige Akzeptanz findet und zu keinen zusätzlichen Aufwänden führt, welche die angedachten Effizienzsteigerungen ggf. unterminiert.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG

Artikel 1 Nr. 18a ist zu streichen und stattdessen ein entsprechendes Modellvorhaben über § 8 Abs. 3 SGB XI (neu: § 11 Abs. 1) zu normieren.

Zu Nr. 20: § 18b SGB XI: Reha vor Pflege

Mit der Ergänzung in § 18b Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 SGB XI sollen zukünftig in den Pflegegutachten Gründe erläutert werden, die einer Reha-Empfehlung bzw. einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation im einzelnen Fall im Wege stehen. Ausweislich der Gesetzesbegründung soll die Neuregelung bezwecken, dass die Aufmerksamkeit des dafür speziell geschulten Gutachters oder der Gutachterin in der Begutachtungssituation auf

die Gründe gelenkt wird, die einer Rehabilitationsempfehlung möglicherweise entgegenstehen und zu hinterfragen, ob diese wirklich durchgreifend sind.

Mit der Regelung ist augenscheinlich eine Erhöhung der Reha-Empfehlungsquote im Rahmen der Pflegebegutachtung intendiert. Dies soll den Grundsatz „Reha vor Pflege" stärken.

Aus Sicht des BKK Dachverbandes greift eine Erhöhung der Reha-Empfehlungsquote mit Blick auf das Ziel der Stärkung des Grundsatzes „Reha vor Pflege" zu kurz. Eine höhere Empfehlungsquote erhöht lediglich den Druck auf das ohnehin stark beanspruchte Versorgungssystem der geriatrischen Rehabilitation mit ihrem knappen Angebot, was unter den aktuellen Bedingungen abzulehnen ist.

Es bedarf einer Gesamtkonzeption zur geriatrischen Rehabilitation. Diese muss unter Berücksichtigung finanzieller Ressourcen und des Fachkräftemangels Lösungen für die Verfügbarkeit, Ausgestaltung und Niedrigschwelligkeit von Rehabilitationsleistungen und -angeboten sowie für eine bedarfsgerechte Überleitung in nachsorgende Strukturen anbieten. Dabei ist auch in den Blick zu nehmen und zu evaluieren, ob und inwieweit die geriatrische Rehabilitation den gesetzlichen Auftrag zur Vermeidung, Verhinderung und Verzögerung von Pflegebedürftigkeit erfüllt.

Zu Nr. 25: Dynamisierung

Der BKK Dachverband begrüßt, dass der Verzicht auf eine Dynamisierung im Jahr 2028 die Pflegekassen kurzfristig finanziell entlastet. Gleichwohl löst die vorgesehene Regelung nicht das strukturelle Problem, dass die Leistungsbeträge real zunehmend hinter der tatsächlichen Kostenentwicklung in der Pflegebranche zurückbleiben. Eine solche schrittweise Entwertung der Leistungen verschärft die finanzielle Belastung der Pflegebedürftigen und verfehlt eine nachhaltige, verlässliche Ausgestaltung der Leistungsdynamik.

Zu Nr. 28: § 35b Abtretung der Kostenerstattung

Der § 35b SGB XI regelt die Kostenerstattungsansprüche gegenüber der Pflegekasse an zugelassene Leistungserbringer abzutreten, sodass diese ihre Vergütung unmittelbar gegenüber der Pflegekasse geltend machen können.

§ 35b SGB XI-E schafft zwar erstmals ein formalisiertes Anzeigeverfahren, aber das eigentliche Problem, dass Versicherte vor unüberlegten Abtretungen geschützt werden

müssen, wird nicht behoben. Die Gesetzesbegründung stellt ausdrücklich klar, dass sich Pflegebedürftige eines Boten oder Stellvertreters bedienen können. Damit wird faktisch keiner ausgeschlossen – alle denkbaren Personen können als Abtretungsempfänger zugleich die Anzeige übermitteln oder daran mitwirken. Da zudem eine einfache E-Mail genügt, fehlt eine verlässliche Identitäts- und Willensprüfung.

Die Regelung sollte deshalb eine nachweisbar vom Pflegebedürftigen selbst autorisierte Anzeige verlangen und eine Stellvertretung bspw. durch den begünstigten Leistungserbringer ausschließen.

Auch der behauptete Bürokratieabbau überzeugt nicht. In der Praxis reichen bereits heute Leistungserbringer vielfach dauerhaft formulierte Abtretungserklärungen einmalig ein. Eine wiederholte Vorlage mit jeder Abrechnung ist damit regelmäßig nicht erforderlich und die Notwendigkeit des § 35b in Frage zu stellen. Bürokratie wird nicht abgebaut, sie fällt nur zukünftig bei den Pflegekassen durch neue Informationspflichten an.

Zu Nr. 32: § 39 SGB XI: Überbrückungsbudget in Verbindung mit § 39a Pflegesachleistungen in pflegerischen Akutsituationen sowie Nr. 53: § 69 Sicherstellungsauftrag

Das neue Überbrückungsbudget nach § 39 SGB XI ermöglicht es ambulant gepflegten Pflegebedürftigen der Pflegegrade 2 bis 5 jährlich bis zu 2.285 Euro für pflegerische Akut- und sonstige Überbrückungssituationen zu nutzen. Dabei soll das Budget zweckgebunden für (Akut)Kurzzeitpflege oder Pflegesachleistungen durch einen Notpflegedienst eingesetzt werden.

Die Einführung einer Versorgung in Akut- und Notfallsituationen wird zwar grundsätzlich begrüßt, aber die Auskoppelung von ambulanten Pflegenotdiensten ist mit erheblichen finanziellen und auch personellen Herausforderungen verbunden. Bislang liegen weder belastbare Erkenntnisse über die Häufigkeit noch den tatsächlichen regionalen Bedarf von Akut- und Notfallsituationen vor. Trotzdem müssen Strukturen aufgebaut sowie mit den Leistungserbringern Vorhaltekosten kalkuliert und verhandelt werden. Da keine Verpflichtung der nach § 72 SGB XI zugelassenen Leistungserbringer zur Beteiligung vorgesehen ist, bleibt zudem fraglich, ob überhaupt ausreichend Notdienstangebote entstehen werden. Der BKK Dachverband regt daher an, die Versorgung analog zum ärztlichen Bereitschaftsdienst zu organisieren. Statt neuer eigenständiger Strukturen könnte, unter Beteiligung aller zugelassenen Pflegeeinrichtungen, diese Strukturen aufgebaut

werden. **Durch ein rotierendes System würden alle zugelassenen Pflegedienste angemessen beteiligt, ohne dauerhaft Personal ausschließlich für potenzielle Notfalleinsätze vorhalten zu müssen.** Die entstehenden Bereitschaftskosten könnten über regional vereinbarte Notdienstpauschalen refinanziert werden.

Nicht nachvollziehbar erscheint zudem die in Absatz 3 vorgesehene Pflicht zur Übermittlung der Einschätzung der Pflegebegleitung an die Pflegekasse, sofern über die ersten drei Tage hinaus weiterer Unterstützungsbedarf besteht. Der Gesetzentwurf sieht keine eigenständige Prüf- oder Entscheidungskompetenz der Pflegekasse vor, die über die fachliche Einschätzung der Pflegebegleitung hinausgeht. Die Mitteilung erzeugt daher zusätzlichen Verwaltungsaufwand, ohne einen erkennbaren Mehrwert für die Versorgung der Betroffenen zu schaffen. Die Aufgabe der Pflegebegleitung ist es, nach § 7c Nummer 8, „(…) Pflegebedürftige in pflegerischen Akutsituationen zu unterstützen und bei Bedarf weitere Hilfen zu organisieren." Da die Pflegebegleitung in den von den Pflegekassen organisierten/unterhaltenen Strukturen angestellt ist, erfolgt ihr Einsatz im Rahmen des Sicherstellungsauftrags, der dadurch erstmals wesentlich zum Tragen kommen kann und nicht mehr nur darauf begrenzt ist Versorgungsverträge abzuschließen.

Zu Nr. 33: § 40 SGB XI: Pflegehilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen, Anpassungen

Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel werden künftig nicht mehr als eigene Sachleistung bereitgestellt, sondern unbürokratisch über das Entlastungsbudget finanziert.

Bewertung:

Der BKK DV begrüßt diese Regelung ausdrücklich, da sich dadurch der Verwaltungsaufwand reduziert und Mittel systematisch integriert werden. Die pflegebedürftige Person kann sich nun selbstständig und selbstbestimmt im Rahmen des erhöhten Pflegegeldes die notwendigen Pflegehilfsmittel bei Bedarf flexibel und bedarfsgerecht bspw. im Drogeriemarkt selbst beschaffen. Die damit einhergehende Bürokratieentlastung wird außerordentlich begrüßt und damit auch die Beseitigung eines wichtigen Fehlanreizes. Es ist davon auszugehen, dass alle nicht integren und leistungsumfangsmindernde „Pflegehilfsmittelboxen Versender" vom Markt verschwinden werden.

Zu Nr. 40: § 44 SGB XI sowie zu Artikel 6 Nr. 1 § 3 SGB VI: Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen; Rentenversicherungsbeiträge

Die Regelung stellt sicher, dass für Pflegepersonen künftig nur dann Beiträge zur Rentenversicherung anfallen, wenn diese die Regelaltersgrenze noch nicht erreicht haben. Im Begründungsteil wird allerdings auch darauf verwiesen, dass durch den Bezug einer Altersrente der eigentliche Erfüllungszweck der sozialen Sicherung der Pflegepersonen erreicht ist. Daher sollte die Regelung nicht allein auf die Vollendung des Regelrentenalters abzielen. Vielmehr sollte auch der Bezug einer Altersrente vor Vollendung des Regelrentenalters dazu führen, dass keine weiteren Rentenversicherungsbeiträge zulasten der Pflegekassen gezahlt werden. Damit wird sichergestellt, dass für nicht-schutz-bedürftige Pflegepersonen durch die Wahl einer vorgezogenen Altersrente auch bei Teilrentenbezug keine Rentenversicherungsbeiträge zulasten der Pflegekassen gezahlt werden.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG

§ 44 Abs. 1 Satz 2 neu SGB XI: Die Beiträge werden für die Pflegepersonen, die eine Rente wegen Alters beziehen, bis zum Ablauf des Monats vor Beginn dieser Rente gezahlt~~, in dem die Regelaltersgrenze erreicht wurde~~.

Zu Nr. 41: § 45a Angebote zur Unterstützung im Alltag; Verordnungsermächtigung sowie § 45b Sozialraumbudget“

Der Gesetzgeber ist dem Druck der Interessensorganisationen erlegen, das Sozialraumbudget nicht nur für niedrigschwellige Unterstützungsangebote des ehrenamtlichen Engagements in Form von Nachbarschaftshilfe zu belassen. Angesichts des steigenden Pflegebedarfs und knapper werdender professioneller Pflegekapazitäten werden diese Angebote künftig eine noch wichtigere Rolle spielen. Deshalb wäre die Ausrichtung des Budgets exklusiv für diese Gruppe der nicht professionellen Unterstützungsleistenden wegweisend gewesen. Damit hätte deutlich mehr Unterstützungszeit ermöglicht werden können, als bei professionellen Angeboten, die aufgrund ihrer Qualifikationsvorgaben zu Recht entsprechend höhere Vergütungen erfordern. Interne Berechnungen des BKK Dachverbands ergeben bei dem erhöhten monatlichen Satz von 175 Euro eine Ausgabensteigerung von 500 Mio. auf dann 6,2 Mrd. Euro.

Kritisch ist für den BKK Dachverband jedoch die vorgesehene **Übertragung der Anerkennung von Nachbarschaftshelfenden auf die Pflegekassen. Das widerspricht dem Ziel des Bürokratieabbaus**: Insbesondere bundesunmittelbare Pflegekassen können nicht originär Anerkennungs- und Aufsichtsbehörden für ehrenamtliche Tätigkeitsstrukturen sein. Auch die administrativen Ressourcen für ein solch umfangreiches Verfahren ist bei den Pflegekassen nicht vorhanden, zumal ein aufwendiger Abgleich dazu hergestellt werden müsste, welche Hilfen von welcher Pflegekassen bereits zugelassen wurden oder ggf. (begründet) auch nicht. Die Länder sollten deshalb – bewährt – weiterhin das Anerkennungsverfahren nach dann bundeseinheitlichen Kriterien in ihrer Hand behalten.

Sollte der Gesetzgeber an der Zergliederung der Anerkennung festhalten, muss aus Sicht des BKK Dachverbandes die **Abrechnung des Sozialraumbudgets missbrauchssicher ausgestaltet werden.** Dies zum Schutz verantwortungsvoll tätiger Nachbarschaftshelfenden und um zu verhindern, dass gewerbliche Tätigkeiten unter dem Deckmantel des Ehrenamts abgerechnet werden. Erforderlich sind deshalb wirksame Kontrollmöglichkeiten bei der Leistungsabrechnung. Insofern sollte der Gesetzgeber nicht allein auf die in Absatz 4 normierten Richtlinien des GKV Spitzenverbandes verweisen, sondern bereits **gesetzlich eine eindeutige Identifizierung der Nachbarschaftshelfenden ermöglich** – bspw. über die jeweilige Sozialversicherungsnummer, die von den Nachbarschaftshelfenden bei den Pflegekassen anzugeben wären. Die Richtlinie wird mit Blick auf Datenschutzerfordernisse dies nicht sicherstellen können. Erforderlich wäre in diesem Kontext auch eine datenschutzrechtliche Grundlage für eine entsprechende Weitergabe an das Finanzamt oder einen kassenartenübergreifenden Abgleich zum Zweck der Fehlverhaltensbekämpfung im Rahmen eines Anfangsverdachts. Der BKK Dachverband verweist hier auf die Notwendigkeit im Gesetz zur Modernisierung der Hilfsmittelversorgung und Maßnahmen zum Bürokratierückbau im § 197 Abs. 3b alle Sozialleistungsträger nach dem zweiten Abschnitt, des zweiten Titels des SGB I zum Datenaustausch einzubeziehen.

Zudem muss das Sozialraumbudget auf niedrigschwellige Unterstützungsleistungen begrenzt werden, die unmittelbar der Entlastung im Pflegealltag und der Sicherstellung der grundlegenden Versorgung in der eigenen Häuslichkeit dienen. Eine allgemeine Finanzierung haushaltsnaher Dienstleistungen oder privater Grundstückspflege ist nicht Aufgabe der Pflegeversicherung. So müssen die Gartenpflege allgemeine Hausmeisterdienste sowie Schneeräum- und Streudienste ausdrücklich von der Finanzierung ausgeschlossen werden. Dies sollte zwingend in der Gesetzesbegründung klargestellt werden.

Zu beachten ist auch, dass das Sozialraumbudget selbst noch keine Versorgungsstrukturen vor Ort etabliert. So fehlt es mancherorts häufig an geeigneten Angeboten und Nachbarschaftshelfenden. Hier sind auch die Kommunen und weitere lokale Akteure beim Aufbau gefordert. Der dafür erforderliche zeitliche Vorlauf für den Aufbau dieser Angebote ist unter dem jetzigen Zeitplan nicht möglich.

Zudem fehlt eine eindeutige Übergangsregelung für nicht verbrauchte Entlastungsbeträge nach bislang geltendem Recht. Die bis zum 31. Dezember 2026 entstandenen Ansprüche (einschließlich übertragener Restbeträge) müssen weiterhin bis zum 30. Juni 2027 geltend gemacht und abgerechnet werden können. Andernfalls entstehen erhebliche Rechts- und Planungsunsicherheiten für Versicherte, Angehörige und Leistungserbringer.

Der BKK Dachverband schlägt deshalb vor, das Sozialraumbudget erst zum 1. Juli 2027 einzuführen. Dies ermöglicht den Kommunen aktiv den Aufbau von alltagsunterstützenden Diensten zu forcieren. Die Pflegekassen könnten ferner ihre Versicherten rechtzeitig über die Einführung des Sozialraumbudgets informieren sowie die Anerkennungsverfahren etablieren. Dies wäre ihnen schlicht unmöglich, wenn die Veröffentlichung des Pflegeneuausrichtungsgesetzes im Bundesgesetzblatt Mitte/Ende Dezember 2026 erfolgt und schon mit 1. Januar 2027 die ersten Hilfen über das Sozialraumbudget durch Nachbarschaftshelfende möglich sein sollen.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG

Artikel 1 Nr. 41 ist wie folgt zu ändern:

§ 45a Abs. 3 Satz 1 ist wie folgt zu ändern:

„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 ~~die nicht Nachbarschaftshilfe nach Absatz 4 sind~~ Angebote, die durch Einzelhelfende als Nachbarschaftshilfe organisiert sind, zu bestimmen.“

§ 45a Abs. 1 Nr. 3 ist wie folgt zu fassen:

„3. Angebote, die ~~dazu dienen, die Pflegebedürftigen bei der Bewältigung von allgemeinen oder pflegebedingten Anforderungen des Alltags oder im Haushalt, insbesondere bei der Haushaltsführung, oder bei der eigenverantwortlichen Organisation individuell~~

~~benötigter Hilfeleistungen zu unterstützen (Angebote zur Entlastung im Alltag).~~ unmittelbar der Sicherstellung der grundlegenden hauswirtschaftlichen Versorgung der pflegebedürftigen Person in ihrer häuslichen Umgebung dienen und erforderlich sind, um deren Verbleib in der eigenen Häuslichkeit zu ermöglichen. Hierzu zählen insbesondere die Zubereitung von Mahlzeiten, die Reinigung der unmittelbar zum Wohnen genutzten Räume, Wäschepflege sowie die Beschaffung notwendiger Gegenstände des täglichen Bedarfs. Nicht umfasst sind insbesondere Gartenpflege, sonstige Außenanlagenpflege, handwerkliche Tätigkeiten sowie Instandhaltungs- und Reparaturarbeiten. "

§ 45a Abs. 4 ist zu streichen,

§ 45b Abs. 1 S. 2 wird wie folgt gefasst:

„Der Betrag ist zweckgebunden einzusetzen für Leistungen von Angeboten zur Unterstützung im Alltag im Sinne des § 45a mit einer Anerkennung nach Landesrecht oder durch die Pflegekassen, die den Zweck nach § 45a Abs. 1 Nr. 1 bis 3 erfüllen.

Zu Nr. 43: § 45 SGB XI: Pflegekurse; Streichung einzelner Sätze.

Die Regelung sieht vor, dass zukünftig das Wunschrecht zur Durchführung der Pflegekurse in den eigenen vier Wänden nicht mehr notwendig ist und gestrichen werden kann, da die neue Pflegebegleitung nach § 7c SGB XI dies in ihrem Aufgabenspektrum mit vorsieht.
Der BKK DV weist darauf hin, dass die digitalen Pflegekurse weiterhin ein enormer Kostentreiber sind. So sind bis zu 690 Prozent Leistungsausgabensteigerung im Bereich der digitalen Pflegekurse für das erste Quartal 2026 bei einigen Pflegekassen zu verzeichnen. Diese Entwicklung ist dem Gesetzgeber seit längerem bekannt.

Zudem gibt es bisher keine Evidenz, dass die Pflegekurse sich positiv auf die Pflegesituation auswirken. Systematische Übersichtsarbeiten zeigen, dass die Effekte heterogen sind. Eine Promotion und eine systematische Übersichtsarbeit von 15 internationalen Evaluationsstudien zeigt, dass mit Pflegekursen nicht immer eine Verringerung der Belastung pflegender Angehörter einhergeht. Es kann weder eine Motivationssteigerung durch die Pflegekurse bei den Pflegenden nachgewiesen werden, noch ein Zugewinn

an Pflegequalität. Dieses Ergebnis wurde auch bei der quantitativen Evaluation des Certa-Pflegekurses 'Pflege & Bewegung' bestätigt – ein wissenschaftlich entwickeltes strukturiertes Kursanagebot zur Vermittlung praktischer Pflegekompetenzen. Die Evaluation bezog sich damals noch auf die Kurse vor Ort mit Anwesenheit der Pflegenden – unverbindliche Onlinekurse waren nicht Gegenstand der Untersuchung. Es konnte aber keine Verbesserung der Outcomes gemessen werden wie bspw. die Sturzangst und der Belastungssituation zur Vergleichsgruppe.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG

§ 45 SGB XI ist aufgrund fehlender Evidenz und Wirtschaftlichkeitsgründen ersatzlos zu streichen.

Zu Nr. 48: Beitragssatz, Beitragsbemessungsgrenze, Verordnungsermächtigung

Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze

Der Entwurf sieht die Angleichung der Beitragsbemessungsgrenze an die zum 1. Januar 2027 außerordentlich erhöhten Beitragsbemessungsgrenze der gesetzlichen Krankenversicherung vor. Die zunächst im Referentenentwurf vorgesehene Einführung einer eigenständigen Beitragsbemessungsgrenze für die Pflegeversicherung in der Höhe der allgemeinen Jahresarbeitsentgeltgrenze der gesetzlichen Krankenversicherung, die die Betriebskrankenkassen als unsachgemäß abgelehnt haben, entfällt damit.

Wie hinsichtlich der Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Krankenversicherung nach dem GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz werden die Einnahmen zwar durch diese Regelung erhöht, allerdings reduziert sich damit partiell der Konsolidierungsbedarf bei den Ausgaben.

Weitere finanzielle Belastungen für Arbeitgeber und Versicherte sind grundsächlich kritisch zu bewerten. Dennoch begrüßen die Betriebskrankenkassen die weiterhin bestehende Verknüpfung mit der Beitragsbemessungsgrenze der gesetzlichen Krankenversicherung. Zur rechtsicheren Festlegung der Rechengrößen in der Sozialversicherung für das Jahr 2027 sollten die diesbezüglichen Regelungen, die im Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung enthalten sind und dessen rechtzeitiges Inkrafttreten derzeit ungewiss ist, in das hiesige Gesetz überführt werden. Nur so wäre

sichergestellt, dass der Erlass der Verordnung über maßgebende Rechengrößen der Sozialversicherung für 2027 (Sozialversicherungsrechengrößen-Verordnung 2027) auf einer rechtssicheren Grundlage beruht.

Beitragszuschlag für Kinderlose

Der Beitragszuschlag für Kinderlose wird seit dem Jahr 2005 erhoben und betrug zunächst 0,25 %. Nach einer Anhebung in 2021 auf 0,35 % und einer weiteren in 2023 auf 0,6 % soll dieser Zuschlag nunmehr auf 0,7 % angehoben werden.

Der Beitragssatz wird augenscheinlich nach „Kassenlage" erhöht und belastet Versicherte ohne Kinder immer weiter. Das dem Beitragszuschlag zugrundeliegende Motiv, die Erziehungsleistung von Eltern zu honorieren, kann nicht als Begründung für eine stetig steigende finanzielle Belastung kinderloser Mitglieder herangezogen werden.

Zu Nr. 50: § 61a SGB XI: Darlehen/Bundesmittel; Folgeänderungen.

Die Verschiebung der Rückzahlungsverpflichtungen der Darlehen aus 2022, 2025 und 2026 führt zwar in 2028 zu einer Minderbelastung der SPV in Höhe von 500 Mio. EUR und in den Jahren 2029 und 2030 von je 740 Mio. EUR. Demgegenüber steht jedoch infolge der geplanten Änderungen zur Zahlung bzw. Aussetzung des Bundeszuschusses eine Mehrbelastung in 2028 von 1 Mrd. EUR und in 2029 von 500 Mio. EUR, die in der Zusammenfassung der Finanzwirkungen im Gesetzentwurf keine Erwähnung findet.

Saldiert führen die Regelungen in 2028 tatsächlich zu einer Mehrbelastung von 500 Mio. EUR und in 2029 reduziert sich die Minderbelastung auf dann nur noch 240 Mio. EUR. Wie auch bereits in der GKV mit dem GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz entzieht sich der Bund auch in der SPV seinem Beitrag zur Stabilisierung der Finanzsituation.

Darüber hinaus bleibt die Problematik der Darlehensrückzahlung grundsätzlich ungelöst. Die finanzielle Belastung daraus wird "auf die lange Bank" geschoben. Bereits für Ende 2026 ist absehbar, dass die verfügbaren Mittel der SPV nur noch aus Darlehensbeträgen bestehen. Auch unter der Erwartung positiver finanzieller Effekte aus dem vorliegenden Gesetzentwurf bleibt aus heutiger Sicht nicht absehbar, ob in den Jahren ab 2035 die SPV so solide finanziert und aufgestellt ist, dass eine Rückzahlung der insgesamt 4,2 Mrd. EUR Darlehenssumme realistisch möglich erscheint.

Zu Nr. 51: § 61b SGB XI: neu: Liquiditätshilfe.

Vor dem Hintergrund der angespannten Finanzlage der SPV und der liquiden Mittel des Ausgleichsfonds greift der Gesetzentwurf im Vergleich zum Referentenwurf eine analoge Regelung zu § 271 Abs. 3 SGB V in der GKV nicht mehr auf. Die Regelung sah vor, eine weitere Absenkung der Ausgabendeckungsquote für das Betriebsmittel-Soll im Rahmen des monatlichen Finanzausgleichs und damit eine weitere Verschärfung der angespannten Liquiditätssituation auszuschließen. Der Bund streicht somit eine Hilfe für vorübergehende Liquiditätsengpässe.

Zu Nr. 52: § 63 SGB XI: Ausgleichsfonds; Folgeanpassung.

Die beabsichtigte Regelung bekräftigt das Ziel, die Liquidität zu stabilisieren bzw. mittelfristig auf ein vernünftiges Niveau wieder aufzubauen und somit weitere Fälle von Finanzhilfen innerhalb der SPV zu verhindern. Entgegen der bisherigen Regelung ist die Ergänzung um die Verpflichtung zur Betriebsmittel-Auffüllung zu begrüßen.

Zu Nr. 53: § 64 SGB XI: Verwaltung des Ausgleichsfonds; Anteil wird von 50 Prozent auf 20 Prozent geändert.

Während mit der Änderung in § 63 i.V.m. § 65 Abs. 6 SGB XI Regelungen getroffen werden, die die Betriebsmittel der SPV stärken, werden dem System durch das Absenken des Rücklage-Soll zumindest vorübergehend Finanzmittel entzogen. Die Mittel der Pflegekassen setzen sich aus Betriebsmitteln und Rücklagen zusammen. Bisher ist hier ein Wert von bis zu 1,5 Monatsausgaben vorgesehen, der auch Puffer für unterjährige Einnahmen-/Ausgabenschwankungen beinhaltet. Selbst aktuell mit einer abgesenkten Betriebsmittel-Ausgabendeckungsquote stehen den Kassen "nur" 90 Prozent einer Monatsausgabe an Mitteln zur Verfügung. Die vorgesehenen Regelungen zu §§ 63, 64 und 65 SGB XI führen im Extremfall dazu, dass den Kassen zumindest in 2028 dann nur bis zu 80 Prozent einer Monatsausgabe zur Verfügung stehen könnten (0,6 Monatsausgaben Betriebsmittel plus 0,2 Rücklage). Ggf. böte es sich an, die Änderung des § 64 Abs. 2 SGB XI erst ab 01.01.2029 umzusetzen, ab diesem Zeitpunkt wäre in Kombination mit der Betriebsmitteluntergrenze von 0,7 einer Monatsausgabe der aktuelle Ist-Bestand gewährleistet.

Zu Nr. 54: § 65 SGB XI: Ausgleichsfonds; zusätzlicher Absatz.

Mit § 65 Abs. 6 SGB XI wird die bisherige Vereinbarungspraxis von GKV Spitzenverband und BAS zur Absenkung der Ausgabendeckungsquote gesetzlich fixiert und durch eine maximale Absenkung (0,2) sowie Untergrenzen für das Betriebsmittel-Soll ab 2028 enger gefasst. In der Finanzübersicht des Entwurfs wird jedoch lediglich die spätere Wiederanhebung der Quote als vermeintliche Entlastung verbucht – während unerwähnt bleibt, dass die Absenkung des Rücklagen-Solls den Pflegekassen dauerhaft mindestens 2 Milliarden Euro an Liquidität entzieht.

Nr. 57 – § 75a Praktische Erprobung innovativer Konzepte

Die Regelung ist nicht sachgerecht und daher abzulehnen: Der Gesetzgeber gefährdet mit dem § 75a SGB XI das Qualitätsniveau in der Pflege und setzt die Verbindlichkeit aller bisher bestehender Regelungen wie Rahmenempfehlungen, Personalbemessungen, etc. aufs Spiel. Gerade die Rahmenverträge nach § 75 SGB XI gewährleisten einheitliche fachliche und organisatorische Anforderungen an die pflegerische Versorgung. Die nun angedachte einzelvertragliche Aussetzung bringt nur die Aushöhlung von verbindlich gesetzten Qualitätsstandards mit sich.

Der BKK Dachverband sieht es ebenso als notwendig an, mehr Innovation zu ermöglichen. Mit den bestehenden Modellvorhaben nach § 8 Abs. 3 SGB XI (neu § 12 SGB XI) existiert aber ein entsprechendes Instrument, um innovative Versorgungskonzepte unter fachlicher und wissenschaftlicher Begleitung zu erproben und auszuwerten. Es ist nicht sachgerecht, einen Erprobungsraum zu schaffen, der weder Qualitätsanforderungen noch Anforderung an Nachweisführung, Kontrolle und Evaluation zu erfüllen hat.

Verbindliche Qualitätsstandards der pflegerischen Versorgung einzelvertraglich aufzuweichen, ohne eine gleichwertige Qualitätssicherung, unabhängige Kontrolle und belastbare Erfolgskontrolle sicherzustellen ist nicht innovativ. Es eröffnet eine Black Box der Leistungserbringung – auch zur Ausnutzung des sozialen Leistungsgeschehens. Rechtlich bedenklich ist zudem, dass die gesetzlichen Voraussetzungen für Abweichungen und deren Kontrolle nicht hinreichend bestimmt sind. Es wird nicht normiert, welche Kriterien überhaupt erfüllt werden müssen – außer dem Schutz der Pflegebedürftigen – was letztlich eine unterste (qualitative) Haltelinie markiert.

Zudem wird damit auch die bereits ergangene Rechtsprechung zur Erbringung von qualitätsgesicherter Pflege in Bezug auf Rahmenempfehlungen einfach ignoriert. Dies wirft Fragen im Hinblick auf das Rechtsstaatsprinzip nach Artikel 20 Absatz 3 GG auf.

Besonders kritisch ist die vorgesehene Nachweisführung: Die Einrichtungen sollen ihre Erfahrungen und Ergebnisse selbst dokumentieren und in Berichten darstellen. Eine unabhängige Überprüfung der Angaben und der tatsächlich erzielten Ergebnisse ist nicht vorgesehen. Damit bewerten diejenigen ihre Ergebnisse, die zugleich ein Interesse an deren Fortführung haben können. Damit lassen sich unvollständige oder geschönte Darstellungen nicht zuverlässig ausschließen. Es fehlen einheitliche Dokumentations- und Erhebungskriterien sowie eine verbindliche externe Validierung. Eine Vergleichbarkeit der Ergebnisse der Einrichtungen ist nicht möglich, da weder einheitliche Ausgangsbedingungen noch verbindliche Bewertungsmaßstäbe gewährleistet sind. Einrichtungen werden zudem ganz unterschiedliche Endpunkte oder gar keine wählen sondern eher „anekdotische Evidenz" liefern. Diese Feldberichte der Einrichtungen sind und können in der Nachfolge keine belastbare Grundlage für eine wissenschaftliche Bewertung durch den GKV Spitzenverband sein. Eine wissenschaftliche Begleitung kann die fehlende Objektivität und Überprüfbarkeit niemals nachträglich herstellen.

Die Regelung birgt darüber hinaus die Gefahr unterschiedlicher Qualitätsanforderungen für vergleichbare Versorgungsleistungen. Pflegebedürftige könnten künftig je nach Einrichtung unterschiedlich hohe oder gar keine Standards vorfinden oder erwarten. Beispielsweise könnte eine Einrichtung von bestehenden personellen oder organisatorischen Anforderungen abweichen, während eine vergleichbare Einrichtung diese weiterhin erfüllen muss. Das gefährdet die Einheitlichkeit und Verlässlichkeit der pflegerischen Versorgung und wirft auch Fragen der Gleichbehandlung nach Artikel 3 Absatz 1 GG auf.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG

Artikel 1 Nr. 57 wird gestrichen.

Zu Nr. 54: Zulassung zur Pflege durch Versorgungsvertrag: Entlohnung/Tariftreue-Regelung (§ 72 SGB XI)

Ermöglicht werden soll mit den hier angedachten rechtlichen Anpassungen u.a., dass die Entlohnung – mit Zustimmung der betreffenden Arbeitnehmer:innen – 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. Diese angedachten Regelungen zur Umwidmung von Geld- in Dienst- und Sachleistungen oder anderer geldwerter Leistungen sind allerdings nicht sachgerecht, **denn damit würde nicht nur die Transparenz für die betreffenden Arbeitnehmer:innen unterminiert.** Auch die Ermittlung der Zulassungsvoraussetzungen für alle Vertragsparteien würde dadurch erschwert. Bei der Einführung der Tariftreue-Regelungen in der sozialen Pflegeversicherung wurden Dienst- und Sachleistungen sowie sonstige geldwerte Vorteile bewusst nicht als Entlohnungsbestandteile im Sinne des § 72 Abs. 3b S.2 SGB XI gewertet, was sinnhafter Weise in den Zulassungs-Richtlinien n. § 72 Abs. 3a und 3b SGB XI des GKV-Spitzenverbandes konsequent nachvollzogen wurde.

Wichtig ist, im Zusammenhang mit den Tariftreue-Regelungen gemäß §§ 72 und 82c SGB XI die **Feststellung, dass diese in den Jahren seit ihrer Einführung zu einer deutlichen Verbesserung der Vergütungssituation in den Pflegeeinrichtungen geführt hat – wenn auch zu dem Preis eines deutlich gestiegenen Aufwands in den Pflegesatz- bzw. Vergütungsverhandlungen**. Das regional übliche Entlohnungsniveau ist dabei bundesweit von 19,90 €/Stunde (2021) auf 24,50 €/Stunde (2026) gestiegen. Das entspricht einer Steigerung um 23 Prozent innerhalb von fünf Jahren. Das damals vom Gesetzgeber verfolgte Ziel, eine deutliche Verbesserung der Entlohnung in der Langzeitpflege etablieren – wurde insofern erreicht. Die Löhne in der Pflege liegen in der Folge inzwischen auf einem im Branchenvergleich wettbewerbsfähigen Niveau.

Vor dem Hintergrund der aktuell angespannten Finanzlage der sozialen Pflegeversicherung – zu deren Abfederung dieses Gesetz u.a. dient – sollte die finanzielle Tragfähigkeit der Tariftreue-Regelungen jetzt stärker berücksichtigt werden und die angedeutete Dynamik der damit verbundenen Ausgabenentwicklung eingehegt werden. Dafür bedarf es einer grundlegenden Weiterentwicklung der Vergütungsregelungen des § 82c SGB XI: Die mit dem Pflegeneuordnungsgesetz angedachte befristete Festschreibung des regional üblichen Entlohnungsniveaus auf dem aktuell erreichten Stand schafft hierfür einen verlässlichen Rahmen. **Sie bremst die damit verbundene Ausgabendynamik und stabilisiert diese ohne das mittlerweile erreichte Vergütungsniveau abzusenken.** Die entsprechende Fortschreibung des regional üblichen Entlohnungsniveaus als Zulassungsvoraussetzung stellt zudem eine angemessene und wettbewerbsfähige Entlohnung der Pflegebeschäftigten sicher. **Allerdings sollte für diesen Übergangszeitraum die Verpflichtung zur Umsetzung von Tariferhöhungen bei den sog. Tarifanlehnern ausgesetzt werden.** Die Möglichkeit, Tariflohnerhöhungen grundsätzlich weiterhin

umzusetzen, bliebe davon unberührt, denn für alle betroffenen Pflegeeinrichtungen gilt dann gleichermaßen die rechtlich angedachte Begrenzung der Vergütungssteigerungen gem. §§ 85 und 89 SGB XI und damit an der Steigerungsrate der Grundlohnsumme nach § 71 SGB V. Zudem sollte im Übergangszeitraum für Pflegeeinrichtungen, welche an Tarifverträge oder kirchliche Arbeitsrechtsregelungen gebunden sind, die jährliche Übermittlung der für die Berechnung des regional üblichen Entlohnungsniveaus erforderlichen Entlohnungsinformationen entfallen, um gleichermaßen den damit verbundenen Verwaltungsaufwand für Pflegeeinrichtungen und Pflegekassen zu minimieren und damit zur Entbürokratisierung beizutragen.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG

Artikel 1 Nr. 54b wird wie folgt geändert:

„Absatz 3b Satz 5 bis 8 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:

„Die in Satz 1 genannten Pflegeeinrichtungen haben die Entlohnung im Sinne von Satz 1, soweit mit ihr die Voraussetzungen nach dieser Vorschrift erfüllt werden, in Geld zu zahlen~~, außer die Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer stimmen Abweichendem zu~~. […]“

Artikel 1 Nr. 54b wird zudem durch folgende Nr. 54c ergänzt:

„Nach Absatz 3g wird folgender Absatz 3h eingefügt:

„(3h) Absatz 3b Satz 6 und Absatz 3e sind vom 2. Januar 2027 bis zum Ablauf des 31. Dezember 2029 nicht anzuwenden.“

Zu Nr. 60: Wirtschaftlichkeit von Personalaufwendungen/Tariftreue-Regelung (§ 82c SGB XI)

Wie bereits vorangehend zu Artikel 1 Nr. 54 ausgeführt, werden ab 2027 die bisherigen Vorgaben zur Wirtschaftlichkeit (und Refinanzierung) der Personalaufwendungen im Kontext der Tariftreue-Regelungen teilweise für vier Jahre ausgesetzt und durch differenzierte Regelungen für die verschiedenen Einrichtungstypen ersetzt:

- Tarifgebundenen Pflegeeinrichtungen: Diesen kann – wie bislang – eine Bezahlung von Gehältern der Beschäftigten in Pflege und Betreuung bis zur Höhe der Tarifsteigerungen nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden.

- Pflegeeinrichtungen, die sich an einen Tarifvertrag anlehnen (Tarifanlehner): Diese können sich weiterhin an den in der Liste n. § 82c Abs. 5 SGB XI ausgewiesenen Tarifverträgen bzw. kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen orientieren (veröffentlicht von der *Geschäftsstelle Tarifliche Entlohnung in der Langzeitpflege*). Eine entsprechende Entlohnung kann gleichwohl nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden.

- Pflegeeinrichtungen, die in Höhe des regional üblichen Entlohnungsniveaus entlohnen: Bei diesen Einrichtungen wird hingegen – im Vergleich zu den beiden erstgenannten – die durchschnittliche Veränderungsrate n. § 71 Abs. 3 SGB V (Grundlohnsummenbindung) als Obergrenze für die Steigerung der Personalaufwendungen festgelegt. Der Gesetzentwurf sieht jedoch auch Ausnahmetatbestände bei strukturellen Veränderungen beim Pflegepersonal vor; daraus resultierende Personalkostensteigerungen unterliegen nicht der Grundlohnsummenbindung.

Zudem sollen für die Jahre 2027 bis 2029 die zum 30. September 2026 geltenden regional üblichen Entlohnungsniveaus jährlich um diese Veränderungsrate fortgeschrieben werden, während die pflegetypischen Zuschläge auf dem Stand vom 30. September 2026 festgeschrieben werden. Diese fortgeschriebenen Werte werden – wie bislang – veröffentlicht und sind für die Entlohnung n. § 72 Abs. 3b Satz 1 Nr. 4 maßgeblich. Bis zum 30. Juni 2029 soll von der *Geschäftsstelle Tarifliche Entlohnung in der Langzeitpflege* ein Bericht über die Entwicklung der Löhne in der Langzeitpflege und der Pflegevergütungen erstellt werden, auf dessen Grundlage die Ausgestaltung dieser Vorgaben ab 2031 überprüft und gegebenenfalls ein neues Verfahren entwickelt werden soll.

Der BKK Dachverband lehnt diese rechtlichen Änderungen ab: Die Tariftreue als Zulassungsvoraussetzung n.§ 72 Absatz 3b SGB XI auszusetzen und in gewissem Maße die weitere Entwicklung der Vergütungen stärker an der allgemeinen wirtschaftlichen und gesamtgesellschaftlichen Lohnentwicklung auszurichten, ist durchaus sachgerecht. Jedoch steht die mit dem Pflegeneuordnungsgesetz angedachte Neuregelung in seiner Ausgestaltung genau diesem Ansinnen entgegen. Denn für tarifgebundene Pflegeeinrichtungen und Tarifanlehner wird faktisch eine vollständige Refinanzierung der maßgeblichen Entlohnungsbestandteile vorgesehen. Bei tarifgebundenen Pflegeeinrichtungen betrifft dies – wie bislang – sämtliche Bestandteile des jeweils zugrundeliegenden gültigen Tarifvertrags. Bei Tarifanlehnern finden die in § 72 SGB XI genannten fünf Entlohnungsbestandteile Berücksichtigung, während zugleich die bestehende Deckelung

der Refinanzierung auf 110 Prozent des regional üblichen Entlohnungsniveaus entfällt. **Damit entsteht der Widerspruch, dass ein wesentlicher kostenbegrenzender Mechanismus – durch ein Gesetz mit dem Ziel der SPV-Finanzstabilisierung – ersatzlos beseitigt wird.**

Zugleich bleibt die grundsätzliche Möglichkeit bestehen, dass Tarifvertragsparteien Entgeltsteigerungen vereinbaren, deren finanzielle Folgen anschließend von der SPV-Versichertengemeinschaft bzw. den jeweils betroffenen Pflegebedürftigen getragen werden. **Der Wirtschaftlichkeitsaspekt bei Tarifabschlüssen und dessen angemessene Würdigung mit den entsprechenden Auswirkungen auf die SPV wird damit unterminiert. Die Gefahr einer zusätzlichen Steigerung der Personalkosten trägt insofern – auch unter Berücksichtigung der verschobenen Dynamisierungsregelung in das Jahr 2029 – zur Entwertung der Pflegeversicherungsleistungen bei.** Ein weiteres Problem sind dabei Pflegeeinrichtungen, welche sich an Tarifverträge oder kirchliche Arbeitsrechtsregelungen anlehnen, die nicht in der Veröffentlichung der *Geschäftsstelle Tarifliche Entlohnung in der Langzeitpflege* n. § 82c Absatz 5 SGB XI enthalten sind und unter 110 % des regional üblichen Entlohnungsniveaus liegen. Insofern lässt die hier angedachte Regelung offen, ob und in welchem Umfang die dort vereinbarten Entlohnungen refinanziert werden können, weshalb neue Abgrenzungs- und Rechtsunsicherheiten entstehen.

Außerordentlich kritisch ist zudem anzumerken, dass die Vergütungssystematik bzw. die Refinanzierungsregelungen zur Entlohnung zwischen dem SGB XI und SGB V in der häuslichen Versorgung weiter auseinanderdriften. Hintergrund ist, dass der überwiegende Teil der ambulanten Pflegeeinrichtungen gleichzeitig Leistungen der häuslichen Krankenpflege (HKP) n. SGB V erbringen und zugleich zur Versorgung nach dem SGB XI zugelassen sind. **Die unterschiedlichen Vorgaben für die Entwicklung der Vergütungen und insbesondere der Personalaufwendungen, die sich zuletzt aus dem GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz und dem hier vorliegenden Gesetzentwurf ergeben, führen deshalb zu erheblichen neuen Abgrenzungs- und Umsetzungsproblemen.** Die somit getrennte Vergütungssteuerung nach SGB V und SGB XI verursacht zusätzlichen und unnötigen Verwaltungsaufwand und verkompliziert die Vergütungsverhandlungen erheblich, zumal diese eigentlich – qua Gesetz – zuletzt vereinfacht werden sollten.

Insofern kann der bürokratie- und kostensteigernde Effekt dieser Regelungen nicht im Sinne des Gesetzgebers sein, welche gerade mit dem Pflegeneuordnungsgesetz eine kostenkonsolidierende Wirkung erzielen will, welche dem Anspruch eines effizienten Mitteleinsatzes folgen soll.

Der BKK Dachverband schlägt – gleichlautend und im Schulterschluss mit den weiteren Kassenartenbundesverbänden – eine Systematik der Vergütungsregelungen im SGB XI für den Übergangszeitraum mit einer Neuordnung und Annäherung an die entsprechende Regelung des SGB V vor. Es werden die Regelungsbereiche *Zulassungsrecht*, *Grundsätze der Wirtschaftlichkeit von Personalaufwendungen* und *Vergütungsrecht* klar voneinander abgegrenzt.

Die Regelung zur *Wirtschaftlichkeit von Personalaufwendungen* n. § 82c SGB XI wird auf die besondere wirtschaftliche Behandlung tarifvertraglicher und kirchlicher Vergütungssteigerungen fokussiert: tarifliche oder kirchlich vereinbarte Steigerungen sollen bis zum 29. Juli 2028 um bis zu 50 % der Differenz zwischen Tarifsteigerung und Grundlohnsummensteigerung als wirtschaftlich berücksichtigt werden können, wenn sie über die n. § 71 Absatz 3 SGB V maßgebliche durchschnittliche Veränderungsrate hinausgehen. Dies entspricht der Neuregelung in §132a Abs. 4 SGB V durch das GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz. Parallel festgeschrieben wird das regional übliche Entlohnungsniveau bis zum 1. Januar 2030 auf dem Stand vom 30. September 2026. Zudem sollte durch Änderungen von 82c Abs. 5 SGB XI klargestellt werden, dass die jährlichen Veröffentlichungen und Aktualisierung der Listen der Tarifverträge und kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen bis Ende 2029 ausgesetzt werden. Eine Neuberechnung des Entlohnungsniveaus wird dadurch vermieden, da in diesem Zeitraum auch die Meldungen n. § 72 Abs. 3e SGB XI entfällt, um somit das erreichte Vergütungsniveau aufrechtzuerhalten. Sichergestellt wird zudem, dass die Pflegeeinrichtungen, welche sich bzgl. der Zulassungsvoraussetzung am regional übliche Entlohnungsniveau orientieren, ihren Beschäftigten weiterhin eine angemessene und wettbewerbsfähige Entlohnung zahlen müssen. Auf diesem Weg der Koppelung von Vergütungsvereinbarungen an die Grundlohnsummenentwicklung wird ein kostenbegrenzender – und dabei SGB V/XI-übergreifender – Mechanismus implementiert mit dem Effekt, dass für die Pflegebedürftigen die Eigenanteilsdynamik in Teilen gebremst wird und gleichzeitig Anreize geschaffen werden, bei Tarifabschlüssen auch die wirtschaftlichen Auswirkungen auf die SPV im Blick zu behalten. Zugleich sei angemerkt, dass die bekannten Grundlohnsummensteigerungen n. § 71 Absatz 3 SGB V der letzten Jahre mitunter höher ausgefallen sind als etwaige Tariflohnentwicklungen im vergleichbaren Zeitraum. Damit dürfte den Befürchtungen, dass etwaige Tarifsteigerung zukünftig nicht mehr vollständig refinanziert werden – zumindest retrospektiv betrachtet – begegnet werden können.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG

Artikel 1 Nr. 60 wird gestrichen.

Stattdessen wird folgender neuer Artikel 1 Nr. 60 eingefügt:

„82c wird wie folgt geändert:

Absatz 1 wird wie folgt gefasst:

„Bis zum 29. Juli 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. September 2026 und ab dem 1. Januar 2030 jährlich unverzüglich, spätestens jedoch bis zum 30. September des jeweiligen Jahres, für das jeweilige Land […]“

Nummer 1 und 2 einschließlich der Buchstaben a und b bleiben unverändert.

Absatz 7 wird wie folgt gefasst:

„Die Absätze 2 Satz 1 sowie 2a bis 4 sind vom 2. Januar 2027 bis zum Ablauf des 31. Dezember 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. Juni 2029 einen Bericht über die Entwicklung der Löhne in der Langzeitpflege und die Entwicklung der Pflegevergütungen.“

Absatz 7 wird wie folgt gefasst:

„Die Absätze 2 Satz 1 sowie 2a bis 4 sind vom 2. Januar 2027 bis zum Ablauf des 31. Dezember 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. Juni 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 1. Januar 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.""

Ergänzend werden – im Sachzusammenhang – folgende Änderungen im Gesetzentwurf eingearbeitet:

„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."

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

Ermöglicht werden soll für die Jahre 2028 bis 2032 ein zeitlich befristetes Erstattungsverfahren für Vorhaltekosten bei der mit dem Gesetz neu geschaffenen Akut-Kurzzeitpflege. Vollstationären Pflegeeinrichtungen soll so eine finanzielle Sicherheit geschaffen

werden, damit diese entsprechend für pflegerische Akutsituationen Plätze freihalten, die damit nicht regulär belegt werden können. Diese stat. Pflegeeinrichtungen werden verpflichtet, freie Kapazitäten transparent zu melden. Neu ist dabei das Vorgehen über ein direktes Erstattungsverfahren über die Pflegeversicherung (Ausgleichsfonds).

Diese Regelung ist nicht sachgerecht: In der Systematik der Pflegversicherung obliegt die Vorhaltung einer leistungsfähigen, zahlenmäßig ausreichenden und wirtschaftlichen pflegerischen Versorgungsstruktur im Wesentlichen in der Verantwortung der Länder (Strukturverantwortung n. § 9 Abs. 1 SGB XI). Insofern ist – allein aus rechtssystematischen Gründen – diese Regelung abzulehnen.

So wird in der zugehörigen Gesetzesbegründung auch ausgeführt, dass die gleichwohl zu dieser Regelung vorgesehenen Evaluation ergründen soll, ob und welche Einsparungen sich durch die Finanzierung der Vorhaltekosten durch die Pflegversicherung für die Länder ergeben, für welche sie im Rahmen der Strukturverantwortung grundsätzlich verantwortlich sind.

Zudem muss darauf verwiesen werden, dass bereits mit 88a SGB XI und den hieraus resultierenden Empfehlungen eine Grundlage für eine tragfähige und wirtschaftliche Refinanzierung von Kurzzeitpflegeeinrichtungen insgesamt besteht, die zudem der prospektiven Vergütungsfindung der Pflegeversicherung entspricht. Die hier neu angedachte Finanzierungs-/Vergütungssystematik folgt allerdings einem prospektiven Vorgehen und würde damit einen weiteren Bruch (auch in der jeweiligen Gesamtfinanzierungsbemessung bei der Vergütungsfindung von stat. Pflegeeinrichtungen) darstellen.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG

Artikel 1 Nr. 63 wird gestrichen.

Zu Nr. 73: Transformationsstellenanteile in vollstationären Pflegeeinrichtungen (§ 113e [neu])

Für vollstationäre Pflegeeinrichtung soll – im Kontext der Personalbemessung n. § 113c SGB XI – im Rahmen der Pflegesatzvereinbarung die Möglichkeit eröffnet werden, für nicht besetzte Stellenanteile in der Pflege und Betreuung (Differenz zwischen Mindestpersonalausstattung n. § 113c Abs. 5 und höchstens mögliche zu vereinbarende Personalausstattung gem. § 113c Abs. 1) einen finanziellen Gegenwert vereinbaren zu

können. Dieser soll ausschließlich dazu dienen, einen effizienten Personaleinsatz durch unterstützende oder entlastende technische bzw. digitale Systeme zu gewährleisten. Letztere müssten inhaltlich noch bestimmt werden.

Der Ansatz ist – angesichts der Umsetzungsschwierigkeiten der Personalbemessung n. § 113c SGB XI – nachvollziehbar, mit fortschreitender Digitalisierung Effizienzen und damit wertvolle Arbeitszeit für die beruflich Pflegenden heben zu wollen. Grundsätzlich sachgerecht wäre auch, dass diese neue Refinanzierungsmöglichkeit zunächst befristet und evaluativ ausgestaltet wird, um Nutzen, Kosten und Steuerungswirkungen belastbar zu prüfen.

Unklar ist aber, wie sich dieser neue Ansatz in das Wesen der grundsätzlich prospektiv angelegten Pflegesatzverhandlungen einfügt, zumal § 115 Abs. 3 SGB XI eine Vergütungskürzung (des vereinbarten Pflegesatzes) für die Kostenträger insb. für den Fall einräumt, wenn das vereinbarte Personal (nicht nur vorrübergehend) nicht vorgehalten wird. Zudem bleibt unklar, wie es sich auf die Versorgungsqualität auswirkt, wenn rein rechnerische Transformationsstellen genauso gewertet werden wie regulär besetzte Stellen – denn das lässt sich in der Praxis kaum verlässlich messen. Offen bleibt auch, nach welchen Kriterien der Katalog und die Evaluation der eingesetzten Tools vom Kompetenzzentrum Digitalisierung und Pflege bewertet und ausgestaltet werden sollen.

Die Abgrenzung der refinanzierungsfähigen Kosten müsste auch deutlicher gefasst werden: Die Regelung schließt zwar aus, dass anderweitig finanzierte Systeme einbezogen werden. Sie lässt jedoch offen, welche Kostenbestandteile konkret über den neuen § 113e SGB V verhandelt werden können und wie eine Doppelfinanzierung sicher verhindert wird – etwa, wenn zusätzliches Personal später regulär in die Pflegesatzverhandlungen eingebracht wird. Zudem dürfte der hohe Prüf- und Verhandlungsaufwand rund um die komplexen transformativen Stellenanteile dem gesetzlichen Auftrag aus § 86a SGB XI widersprechen, nach dem Pflegesatzverfahren eigentlich entbürokratisiert und beschleunigt werden sollen.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG

Artikel 1 Nr. 73 wird gestrichen.

Zu Nr. 82: § 134 SGB XI: Pflegevorsorgefonds; Prüfauftrag zur Weiterentwicklung/Umbau.

Laut Darstellung des BMG in der Finanzübersicht der SPV beträgt der Mittelbestand des PFL-Vorsorgefonds zum 31.12.2025 rund 16,2 Mrd. EUR. Zugeführt wurden an Mitteln der SPV bis dahin knapp 14,5 Mrd. EUR. Dies sind bereits rund 2,2 Mrd. EUR weniger, als in der ursprünglich 2015 geplanten Finanzierungsplanung vorgesehen. Vor der dynamischen Entwicklung der Leistungsbeziehenden auch neben der demographischen Entwicklung scheint absehbar, dass der Effekt zum Ausgleich des Ausgabenanstiegs durch die geburtenstarken Jahrgänge ab 2035 nicht in dem Ausmaß erfolgen wird, wie ursprünglich angenommen. Eine Überprüfung von Weiterentwicklungsmöglichkeiten ist zu begrüßen.

Zu Nr. 83: § 135 SGB XI: Zuführung/Finanzierung Pflegevorsorgefonds; Anpassung der Jahresbeträge.

Bereits infolge der Corona-Pandemie wurde die Zuführung zum PFL-Vorsorgefonds eingeschränkt. Aus den bisherigen Anpassungen erfolgt bis 2033 bereits eine um rd. 4,8 Mrd. EUR verminderte Zuführung. Die nun angedachte Anpassung des § 135 SGB XI führt zu einer weiteren Reduzierung um zusätzliche rd. 2,4 Mrd. EUR – insgesamt dann rd. 7,2 Mrd. EUR. Dies bedeutet für die Auszahlungsphase ab 2035 stehen zum Ausgleich der demographiebedingten Mehrbelastungen jährlich rd. 365 Mio. EUR weniger zur Verfügung. In Kombination mit den ab 2035 anstehenden Darlehensrückzahlungen schmilzt der Verfügungsrahmen weiter dahin.

Eine weitere Reduktion der Zuführungsbeträge sollte unterbleiben.

Artikel 2

Zu Nr.10 und 11: Beitragszuschlag für familienversicherte Ehe-/Lebenspartner:innen

Die Familienversicherung soll analog der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem 1. Januar 2028 dahingehend begrenzt werden, dass Ehe- und Lebenspartner:innen bei Vorliegen diverser sozial gerechtfertigter Ausnahmen weiterhin kostenfrei versichert werden. Für alle anderen familienversicherten Ehe- und Lebenspartner:innen hat das Mitglied künftig einen Beitragszuschlag in Höhe von 0,52 Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen zahlen.

Die Betriebskrankenkassen haben bereits die Einführung des Beitragszuschlags für familienversicherte Ehe-/Lebenspartner:innen in der gesetzlichen Krankenversicherung durch das GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz abgelehnt und darauf verwiesen, dass der Umsetzungsaufwand die aus dem Zuschlag erhofften Beitragsmehreinnahmen nicht rechtfertigt.

Durch die hiesige Änderung wird ein Gleichklang mit den Regelungen der gesetzlichen Krankenversicherung hergestellt. Allerdings zeigt sich bereits bei der zurzeit laufenden Umsetzung des GKV-Beitragszuschlags durch die Krankenkassen und die beitragsabführenden Stellen (z.B. Arbeitgeber), dass dadurch massiver zusätzlicher Verwaltungsaufwand aufgebaut wird, was mit dem Ziel des Gesetzgebers und der Bundesregierung, Bürokratie abzubauen, unvereinbar ist. Unternehmen, Versicherte und Kranken- und Pflegekassen werden durch den Beitragszuschlag mit erheblichen zusätzlichen Aufgaben belastet. Zudem wird die Attraktivität der privaten Versicherung im Wettbewerb gestärkt.

In diesem Zusammenhang und weil im Bereich der Familienversicherung beständig zunehmenden Verwaltungsaufwände zu beobachten sind, plädieren die Betriebskrankenkassen dafür, den Bereich deutlich zu entbürokratisieren. Insbesondere das Verfahren der Bestandsprüfung bietet sich dafür an.

Nr. 12 Beiträge für Minijobs § 59b SGB XI, Art. 2

Die Regelung sieht vor, dass gewerbliche Arbeitgeber von geringfügig entlohnten Beschäftigten künftig einen Beitrag zur Pflegeversicherung in Höhe des regulären

Beitragssatzes von derzeit 3,6 % zu tragen haben. Bei Arbeitgebern in Privathaushalten soll der Beitragssatz für geringfügig Beschäftigte künftig 1,5 % betragen.

Die Betriebskrankenkassen sprechen sich gegen Beitragssatzsteigerungen und die Einführung neuer Beitragspflichten aus. Bereits durch die Anhebung der Pauschsteuer und des Pauschalbeitrags für geringfügig Beschäftigte in der gesetzlichen Krankenversicherung werden Minijobs für Arbeitgeber äußerst unattraktiv. Die finanzielle Mehrbelastung von Unternehmen im Minijob-Bereich ist bereits besorgniserregend hoch. Die neue Beitragspflicht soll vom Gesetzgeber selbst verursachte Ausgabensteigerungen kompensieren und ist Folge der aktuellen „Kassenlage".

Losgelöst von der Frage der finanziellen Mehrbelastung ist mit der Einführung dieser neuen Beitragspflicht der Umstand verbunden, dass die Arbeitgeber bundesweit sämtliche geringfügig Beschäftigten ab- und unter Verwendung eines bislang nichtexistierenden Beitragsgruppenschlüssels wieder anmelden müssen. Auch dies sorgt für zusätzliche Bürokratie und birgt die Gefahr von Störungen des Beitragseinzugs, was die finanzielle Leistungsfähigkeit der gesamten Sozialversicherung beeinträchtigen könnte.

Weitere Änderungsbedarfe:

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

Bereits zum 01.01.2023 war das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) dazu verpflichtet, dem GKV Spitzenverband und dieser wiederum den Kranken- und Pflegekassen ein Verzeichnis zu übermitteln, dass die Kassen in die Lage versetzt ihre gesetzlichen normierten Verpflichtungen (Abrechnungsprüfung, Fehlverhaltensbekämpfung etc.) mit Hilfe des Beschäftigungsverzeichnisses noch wirksamer umzusetzen. Bis dato konnte das BfArM jedoch kein Verzeichnis vorlegen, was die dafür notwendigen Anforderungen insbesondere qualitativer und struktureller Art erfüllt. Dies hängt sowohl mit einem überbürokratischen Arbeitsverständnis, fehlender fachspezifischen Kompetenz und auch dem Fehlen einer dafür notwendigen leistungsfähigen IT-Infrastruktur beim BfArM zusammen. Um die in Abs. 8 vorgesehenen Beitragsmitteln nun endlich wirkungsvoll und zielgerichtet einzusetzen, regen wir dringlich an das Beschäftigtenverzeichnis im Rahmen einer Geschäftsstelle durch den GKV Spitzenverband realisieren zu lassen. Dieser hat im Rahmen der „Tarifgeschäftsstelle“ bereits einschlägige Erfahrung mit entsprechenden Aufgaben und die dafür notwenige Fachkenntnis und IT-Infrastruktur. Sobald die Pflegenden eine den anderen in § 293 normierten Verzeichnissen entsprechende bundesweite Struktur (KBV, KZBV, DKG) etabliert haben, gehen die Aufgaben der Verzeichnisstelle an diese Struktur über.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG:

§ 293 Abs. 8 Satz 7 ff werden wie folgt geändert

„Die in Satz 1 Nummer 1 genannten Leistungserbringer und die in Satz 1 Nummer 3 genannten Pflegekräfte sind verpflichtet, dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen ~~Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte~~ die Angaben nach Satz 4 Nummer 2 bis 5 und den Sätzen 5 und 6 zu übermitteln sowie unverzüglich jede Veränderung dieser Angaben mitzuteilen. ~~Die Kosten für die Führung des Verzeichnisses trägt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen. Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte übermittelt den Kranken- und Pflegekassen die Daten nach Satz 4 Nummer 1, 4 und 5 sowie nach Satz 5 zur Erfüllung ihrer in § SGB_XI § 284 Absatz SGB_XI § 284 Absatz 1 Satz 1 Nummer 8 und 9 und in § SGB_XI § 94 Absatz SGB_XI § 94 Absatz 1~~

~~Nummer 5 und 6 des Elften Buches genannten Aufgaben über den Spitzenverband Bund der Krankenkassen und den Spitzenverband Bund der Pflegekassen im Wege der elektronischen Datenübertragung als pseudonymisierten Gesamtdatensatz~~. Dieser Gesamtdatensatz ist den Kranken- und Pflegekassen zur Erfüllung ihrer in § SGB XI § 284 Absatz SGB XI § 284 Absatz 1 Satz 1 Nummer 8 und 9 und in § SGB XI § 94 Absatz SGB XI § 94 Absatz 1 Nummer 5 und 6 des Elften Buches genannten Aufgaben über den Spitzenverband Bund der Krankenkassen und den Spitzenverband Bund der Pflegekassen im Wege der elektronischen Datenübertragung als pseudonymisierten Gesamtdatensatz mindestens monatlich zu übermitteln. Für andere Zwecke dürfen die Daten nicht verwendet werden. Das ~~Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte~~ Spitzenverband Bund der Krankenkassen stellt den in Satz 7 genannten Leistungserbringern und den Pflegekräften nach Satz 1 Nummer 3 die Beschäftigtennummer zur Verfügung. Die Beschäftigtennummer ist für die Abrechnung der von der Person nach Satz 1 Nummer 2 oder der Pflegekraft nach Satz 1 Nummer 3 erbrachten Leistungen zu verwenden. ~~Die Kranken- und Pflegekassen haben bis zum 31. August 2024 die erforderlichen technischen Voraussetzungen zur Übermittlung der Daten nach Satz 9 zu schaffen.~~ Das Verzeichnis wird solange durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen geführt, bis die Pflegenden einen entsprechend legitimierten Zusammenschluss auf Bundesebene etabliert haben, der die Aufgaben der Verzeichnisstelle übernimmt."