Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
21(14)129(30)
gel. VB zur öffent. Anh. am
25.11.2026 - PNOG
24.11.2026

Stand: 23.11.2026

Stellungnahme des Arbeitgeberverbandes Pflege e.V. zur öffentlichen Anhörung des Ausschusses für Gesundheit im Deutschen Bundestag am 25.11.2026 zum Entwurf eines Gesetzes zur Neuordnung der Pflegeversicherung (Pflegeneuordnungsgesetz) BT-Drucksache: 21/8869 und den weiteren Anträgen der Fraktionen

Zusammenfassung

Die aktuelle Pflegepolitik gefährdet den sozialen Frieden und schwächt das Vertrauen in den Sozialstaat. Die Fragen der Bezahlbarkeit und Verfügbarkeit von pflegerischen Leistungen drohen die Gesellschaft zu spalten. Pflege ist ein Thema, was die Menschen jeden Tag beschäftigt, insbesondere wenn man selbst unmittelbar davon betroffen ist. Die Menschen stellen sich Fragen, wie

- ➔ Wer wird mich pflegen?
- ➔ Wo werde ich dann versorgt?
- ➔ Kann ich mir professionelle Pflege überhaupt noch leisten und wenn ja, wie lange?
- ➔ Gibt es in meinem Wohnort oder in der Nähe noch einen freien Platz, wenn es Zuhause nicht mehr geht?

Die Politik darf nicht mehr von der Seitenlinie zuschauen. Sie muss die Sorgen und Nöte der Bürgerinnen und Bürger ernst nehmen und konkret beantworten, sonst wird es unsere Demokratie und den sozialen Zusammenhalt schwächen.

Die Pflegeversicherung muss reformiert werden. Dafür wird es höchste Zeit, denn die demografische Entwicklung drängt darauf, die Pflegeversicherung so aufzustellen, dass die Leistungen für die steigende Zahl der pflegebedürftigen Menschen langfristig finanziert werden können bei einer gleichzeitig sinkenden Zahl an Beitragszahlern.
Der Titel des Gesetzes wurde clever gewählt, denn mit den vorgesehenen Anpassungen des SGB XI wird tatsächlich eine Neuordnung der Pflege vorgenommen, aber bei weitem noch nicht so, dass die Betreuung und Versorgung gestärkt werden wird.

Die ambulanten und stationären Pflegeunternehmen halten mit ihrem vielfältigen Angebot und dem breiten Spektrum an unterschiedlich qualifiziertem Pflegepersonal den Rücken tausender Betriebe in Deutschland frei.

- ✓ Sie schaffen krisensichere Arbeitsplätze und beschäftigen 1,3 Mio. Menschen.
- ✓ Sie investieren in den Bau und die Modernisierung stationärer Heime und gründen ambulante Pflegedienste, teilstationäre Angebote und Betreuungsleistungen damit die Menschen an ihrem Wunschort versorgt werden können.
- ✓ Sie investieren in die Aus- und Weiterbildung tausender Beschäftigter und zahlen attraktive Gehälter und Zusatzleistungen, die im Mittel jährlich stärker steigen als in allen anderen Branchen.
- ✓ Sie sorgen dafür, dass Millionen von Menschen in anderen Branchen zur Arbeit gehen können, weil sie die pflegebedürftigen Personen mit unterschiedlichen Bedarfen professionell versorgen.
- ✓ Sie sorgen dafür, dass Millionen an Steuern und Sozialabgaben eingezahlt werden - auch weil sie einen weiter steigenden Anteil internationaler Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter beschäftigen, die zur Bruttowertschöpfung maßgeblich beitragen.

Um das weiter leisten zu können, benötigen sie verlässliche Rahmenbedingungen, die ein gesundes Wirtschaften und eine bestmögliche Gestaltung der Arbeitsbedingungen ermöglichen. Denn fest steht: wir werden nie wieder so viel Pflegepersonal haben, wie wir aktuell beschäftigen. Das zwingt die Betriebe dazu, agil auf die sich verändernden

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

Bedingungen zu reagieren und effizientere Strukturen zu etablieren unter Einbeziehung digitaler Technik und Künstlicher Intelligenz. Dafür braucht es Gestaltungsspielräume sowohl in der Art der Leistungserbringung als auch in der Gestaltung der komplexen pflegerischen Tätigkeiten sowie verlässliche Finanzierungsgrundlagen.

Der vorgelegte Gesetzentwurf sieht jedoch keine Stärkung der pflegerischen Strukturen vor, sondern präsentiert ein Stückwerk an künftigen Regelungen, dessen Auswirkungen nicht vollends durchdacht sind:

- Massiver und unberechtigter Eingriff in die Lohnfindung und eine damit verbundene Ungleichbehandlung durch eine vorgesehene Zwei-Klassen-Refinanzierung der Lohnkosten für Pflegepersonal. Betriebe, die die gesetzlich vorgesehene Alternative zur Tarifbindung gewählt haben, werden benachteiligt und massiv verunsichert.
- Neustrukturierung ambulanter Leistungen mit neuen Verantwortlichkeiten, was dazu führt, dass bewährte Strukturen der Betreuung und Versorgung geschwächt oder zerschlagen und neue Hemmnisse im Leistungsbezug geschaffen werden.
- Beschränkung innovativer Ideen und Versorgung auf Modellprojekte und bürokratische Verfahren
- Keine Einbindung der Live-in-Betreuung als niedrigschwellige Betreuungsleistung in das SGB XI, keine Gleichstellung mit pflegenden Angehörigen und damit keine Schaffung eines rechtssicheren Rahmens.

Weiterhin auf die Laienpflege durch Angehörige zu setzen, ist eine verzweifelte Tat des Gesetzgebers, weil es bei weitem die günstigste Pflege- und Betreuung der steigenden Zahl an pflegebedürftigen Menschen ist. Pflegende Angehörige sparen dem Staat bares Geld, denn sie erbringen pflegerische Leistungen im Wert von geschätzten 234 Milliarden Euro, die nicht von den Pflegekassen oder anderen Kostenträgern finanziert werden müssen. Und das sind nach Angaben der Autoren der Studie noch konservative Schätzungen.[1] Diese Menschen stehen dem Arbeitsmarkt oft nur eingeschränkt zur Verfügung, was für Verluste bei den Einnahmen in den Sozialversicherungen, Rentenversicherung und Steuern führt. Es sind oftmals Frauen, die das Los trifft, später in die Altersarmut zu fallen, weil sie nicht genügend Rentenansprüche erwerben konnten. Böse Zungen mögen behaupten, der Staat hätte damit vielleicht schon einen Teil des zukünftigen Rentenproblems gelöst.

Der größte Schlag ins Gesicht des Pflegepersonal wird die geplante Zwei-Klassen-Regelung zur Entlohnung sein. In der Coronakrise war sich die Politik einig, was für eine großartige Arbeit die in der Altenpflege Beschäftigten leisten. Es wurde geklatscht und mit der Tarifpflicht politisch in die Lohnfindung eingegriffen, obwohl die Lohnsteigerungen seit Jahren schon über den Steigerungen aller Branchen lagen. Aber genau diese rasante Lohnentwicklung ist der Politik nun ein Dorn im Auge. Stattdessen spielt die Politik den Steigbügel für die Gewerkschaften und will nur noch Lohnsteigerungen komplett übernehmen, wenn das Unternehmen einen Tarifvertrag vorweisen kann. Doch was ist mit den Betrieben, die die gesetzliche Option der regional üblichen Entgelte gewählt hat und damit oft noch einen kleinen Wettbewerbsvorteil gegenüber den Betrieben hatte, die an Tarifverträge gebunden waren, weil noch einmal 10 Prozent mehr Lohn gezahlt werden durfte, den die Pflegekassen übernommen haben? Die müssen ihren Pflegebedürftigen künftig die Differenz in Rechnung stellen, die das Personal an Lohnsteigerung erhält, was aber nicht mehr von der Pflegekasse übernommen wird. Ergo werden die Unternehmen mit regional üblichen Entgelten bestraft, weil sie ihr Personal besser vergütet haben. Sie müssen ab 2027 ihre Preise für einen Pflegeplatz stärker erhöhen und damit pflegebedürftige Menschen stärker belasten. Damit greift der Gesetzgeber

[1] Andreas Hoff, Steffi Höse, Martin Knoll und Notburga Ott (2025): GAT Working Paper Series GAT-WP 01/2025, S. 8

nicht nur in den Wettbewerb ein, sondern forciert massiv, dass stationäre Pflege nur noch mit Zuschüssen aus der Hilfe zur Pflege zu finanzieren sein wird. Wo bleibt da der Aufschrei der Länder und Kommunen?

Für die Kostensteigerungen der Pflegeversicherung hat die Politik nur mutlose Vorschläge: wie seit jeher die Beiträge zu erhöhen, Kinderlose weiter extra zu bestrafen und noch zusätzlich bei den Arbeitgebern in die Tasche zu greifen, weil künftig auch auf geringfügige Beschäftigungen Pflegeversicherungsbeiträge fällig werden sollen. Auch hier fragt sich der AGVP, was hat das mit einer solidarischen Finanzierung zu tun? Es geht nicht mehr „nur“ um eine Reform der Pflegeversicherung, sondern um die Grundsteinlegung eines demografiefesten Staates, in dem Arbeit mit einer sozial verträglichen Abgabenlast belohnt wird.

Zur gesamtgesellschaftlichen Verantwortungsübernahme zählt allerdings auch der Staat, der sich mit dem Gesetzentwurf jedoch einen schlanken Fuß macht und keine Verpflichtungen übernehmen will. Allein die Rückerstattung versicherungsfremder Leistungen, wie z.B. aus der Corona-Pandemie, würde sechs Milliarden Euro zurückbringen für die Kernaufgabe der Pflegeversicherung, nämlich die Sicherstellung pflegerischer und wohnortnaher Versorgung.

Statt die Investitionen und das Engagement der Pflegeunternehmen wertzuschätzen und angemessene Rahmenbedingungen zu schaffen, verkennt die Politik noch immer die Bedeutung stabiler und verlässlich finanzierter Versorgungsstrukturen. Wehe dem, der auf Pflege angewiesen ist und mit Absagen oder einem Platz auf der Warteliste vertröstet werden muss.

Fakt ist: der Staat lässt lieber billig informell pflegen, anstatt für vernünftige Rahmenbedingungen zu sorgen, damit die Vielfalt der pflegerischen Angebote Hand in Hand greifen kann. Wenn man politisch die Pflegebranche unterstützen und erhalten will, muss man investieren – in diesem Fall Vertrauen in die Pflegeunternehmen und Mut zur echten Reform. Beides fehlt in dem Entwurf. Deshalb darf dieses Gesetz nur der Beginn eines dringend benötigten Reformprozesses sein, um die Pflegeversicherung auf stabile Füße zu stellen.
Es liegt nun an den gewählten Vertretern im Sinne des Volkes zu entscheiden.

Zu obigem Gesetzentwurf nimmt der Arbeitgeberverband Pflege e.V. (AGVP) zu ausgewählten Paragrafen wie folgt Stellung:

Artikel 1 Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch

Zu § 1 Abs. 4 (neu) Soziale Pflegeversicherung

Mit der Streichung des Absatzes 6 in § 1 soll die kostenfreie Mitversicherung von Familienangehörigen und eingetragenen Lebenspartnern wegfallen. Begründet wird dies durch den Gesetzgeber mit zusätzlichen Einnahmepotenzialen.
Allerdings wird im weiteren Entwurf noch einmal differenziert und einige Personen von der Streichung ausgenommen. Es ist fraglich, ob dieser Vorschlag den Regelungen des Grundgesetzes und des Gleichstellungsgesetzes standhält. Zudem wird damit nicht gerade die Erwerbstätigkeit pflegender, überwiegend weiblicher, Angehöriger gefördert, die dringend auf dem Arbeitsmarkt gebraucht werden und dadurch der Altersarmut vorbeugen können, indem sie wertvolle Rentenpunkte erwerben und in die Sozialkassen einzahlen.

Zu § 2 (neu) Vorrang der häuslichen Pflege und Art und Umfang der Leistungen

Mit dem neuen § 2 im SGB XI baut der Gesetzgeber die Maßgabe „ambulant vor stationär“ weiter aus.

Es ist nachzuvollziehen, dass pflegebedürftige Menschen gern im eigenen Zuhause alt werden wollen, doch erfordert dies insbesondere bei höheren Pflegegraden einen deutlich höheren Personalaufwand in der Versorgung als im stationären Bereich. Schon heute gibt es Regionen in Deutschland, in denen keine ambulante Versorgung oder Betreuung mehr angeboten werden kann, weil das Personal dafür fehlt oder die langen Wegezeiten bei einer niedrigen Anzahl an zu versorgenden Personen eine professionelle Versorgung unwirtschaftlich machen.

Zudem hat sich die alleinige Versorgung durch Angehörige von 2017 bis 2023 gemessen an der Gesamtzahl pflegebedürftiger Menschen um knapp 20 % erhöht. Wurden 2017 noch 51,6 % (1,76 Mio. von insgesamt 3,41 Mio.) pflegebedürftige Menschen allein durch Angehörige versorgt[2], waren es im Jahr 2023 bereits 70,1 % (knapp 4 Mio. von 5,7 Mio.) pflegebedürftige Menschen[3].

Zwar ist die totale Anzahl der Menschen, die durch ambulante Dienste versorgt wurden, von 2017 (830.000) zu 2023 (931.000) gestiegen. Gemessen an der Gesamtanzahl pflegebedürftiger Menschen ist jedoch ein Rückgang in dem Betrachtungszeitraum von 24 % im Jahr 2017 auf 19 % im Jahr 2023 festzustellen.

Es wäre sinnvoll zu untersuchen, warum es diese Veränderungen gab. Haben die stetig steigenden Preise der pflegerischen Versorgung dazu beigetragen, dass sich pflegebedürftige Menschen verstärkt für die Versorgung durch Angehörige entschieden haben? Welchen Einfluss hatte die Corona-Pandemie auf die verschiedenen Versorgungsbereiche? Oder verschiebt sich die Versorgung hin zur Angehörigenpflege, weil es nicht mehr ausreichend professionelle Angebote gibt?

Die Politik setzt gerne auf die pflegenden Angehörigen, aber anders als oft behauptet sind sie nicht der größte Pflegedienst der Nation, weil ihnen die professionelle Ausbildung fehlt. Stattdessen leisten über 7 Mio. Menschen sogenannte informelle Pflege und Betreuung. Davon waren laut einer Studie des Fraunhofer-Instituts für angewandte Informationstechnik auf Basis des Sozio-ökonomischen Panels (SOEP) im Jahr 2021 5 Mio. Angehörige im erwerbsfähigen Alter und 4,1 Mio. tatsächlich erwerbstätig.[4]

Für die Politik sind jedoch genau diese Menschen enorm wertvoll bei der aktuellen Lage der Pflegeversicherung. Sie sparen dem Staat bares Geld, denn sie erbringen pflegerische Leistungen im Wert von geschätzten 234 Milliarden Euro, die nicht von den Pflegekassen oder anderen Kostenträgern finanziert werden müssen. Und das sind nach Angaben der Autoren der Studie noch konservative Schätzungen.[5] Diese Menschen stehen dem Arbeitsmarkt oft nur eingeschränkt zur Verfügung, was für Verluste bei den Einnahmen in den Sozialversicherungen, der Rentenversicherung und den Steuern führt. Es sind oftmals Frauen, die das Los trifft, später in die Altersarmut zu fallen, weil sie nicht genügend Rentenansprüche erwerben konnten. Böse Zungen mögen behaupten, der Staat hätte damit vielleicht schon einen Teil des zukünftigen Rentenproblems gelöst.

---

[2] https://www.haeusliche-pflege.net/statistik-176-millionen-menschen-werden-allein-durch-angehoerige-gepflegt/, Zugriff am 07.06.2026

[3] https://www.destatis.de/DE/Themen/Querschnitt/Demografischer-Wandel/Hintergruende-Auswirkungen/demografie-pflege.html, Zugriff am 07.06.2026

[4] Herrmann, J., Calahorrano, L., Praet, M. & Rebaudo, M. (2023): Daten zur Informellen Pflege – Pflegebedürftige und Pflegende, Fraunhofer-Institut für Angewandte Informationstechnik (FIT). https://doi.org/10.24406/publica-2186, Zugriff am 07.06.2026

[5] Andreas Hoff, Steffi Höse, Martin Knoll und Notburga Ott (2025): GAT Working Paper Series GAT-WP 01/2025, S. 8

Pflegende Angehörige – das sind nicht nur die berenteten Frauen oder Männer, die ihren Partner oder ihre Partnerin pflegen, sondern vielfach Menschen, die mitten im Berufs- und Familienleben stehen. Das Wissenschaftliche Institut der Ortskrankenkassen (WIdO) hat im Mai 2024 in einer Befragung ermittelt, dass pflegende Angehörige im Schnitt 49 Stunden pro Woche für häusliche Pflege aufwenden.[6] Und das hat Folgen für die Erwerbsarbeit. Annähernd jede vierte Person hat die eigene Erwerbstätigkeit aufgrund der Pflege Angehöriger reduziert oder sogar ganz aufgegeben, so das WIdO. Jede vierte der befragten Personen gab an, durch die häuslichen Pflegetätigkeiten stark belastet zu sein und die Pflegesituation gar nicht mehr oder nur unter Schwierigkeiten bewältigen zu können, hebt das WIdO weiter hervor. Angesichts dieser Zahlen müssen bei den Politikern die Alarmglocken laut schrillen! Doch das Gegenteil ist der Fall. Sie müsste mit Nachdruck dafür sorgen, dass professionelle Versorgungsstrukturen vor Ort gestärkt und ausgebaut werden, damit von Pflege betroffene Menschen wirklich selbstbestimmt entscheiden können, wie und wo sie versorgt werden wollen.

Fakt ist: Der Staat lässt lieber billig informell pflegen, anstatt für vernünftige Rahmenbedingungen für die professionelle Pflege zu sorgen. Lieber wird im neuen § 2 Absatz 4 noch extra betont, dass auch nur die wirklich notwendigen Maßnahmen der Fachpflege in Anspruch genommen werden sollen. So wird keine selbstbestimmte Entscheidung zum passenden Ort der pflegerischen Versorgung gefördert, sondern der mahnende Zeigefinger erhoben und pflegebedürftige Menschen, aber auch die Pflegeeinrichtungen unter Generalverdacht gestellt.

[6] Quelle: https://www.aok.de/pp/bv/pm/widomonitor-zu-pflegenden-angehoerigen/

Zu § 3 (neu) Selbstbestimmung und Rechte der Pflegebedürftigen

Um den Pflegebedürftigen eine echte Entscheidungsfreiheit bezüglich des Ortes der Versorgung zu ermöglichen, muss sich die Politik zum Erhalt und Ausbau der professionellen Strukturen bekennen und deren Finanzierung sicherstellen. Schon heute geraten immer mehr Träger unter Druck, weil sie die Differenz zwischen den Kostensteigerungen und dem mit den Pflegekassen vereinbarten Pflegesatz nicht über Monate vorfinanzieren können. Hinzu kommen die wachsenden Außenstände bei „Hilfe zur Pflege“-Zahlungen, die jedes finanzielle Polster der Pflegeunternehmen innerhalb kurzer Zeit auffressen.

In keiner anderen Branche wird politisch stillschweigend akzeptiert, dass Leistungen erbracht, aber nicht bezahlt werden und das schon seit Jahren! Im neuen Absatz 1 heißt es, dass die Leistungen der Würde des Menschen zu entsprechen haben. Dazu gehört auch, dass die Menschen zeitnah finanziell unterstützt werden müssen, die ihren Eigenanteil nicht mehr aus eigenen Mitteln zahlen können. Deshalb gibt es ja die Leistungen zur „Hilfe zur Pflege“. Zur würdevollen Pflege gehört auch, die Verantwortung für die Finanzierung für diejenigen zu übernehmen, die es selbst nicht leisten können. Zahlungsaufforderungen und Mahnungen sind weder für die Pflegeunternehmen noch für die Pflegebedürftigen und deren Angehörige angenehm. Sie setzen beide Seiten dauerhaft unter Druck und verursachen eine angespannte Beziehung im oftmals letzten Lebensabschnitt eines Menschen. Deshalb braucht es zwingend verbindliche Vorgaben und gesetzliche Regelungen, in welchem Zeitraum Anträge zur „Hilfe zur Pflege“ zu bearbeiten sind und die Verpflichtung zu monatlichen Abschlagszahlungen.

Die im neuen Absatz 2 erwähnten spezialisierten Angebote für junge pflegebedürftige Menschen sind sinnvoll, denn von ihnen gibt es tatsächlich sehr wenige in Deutschland. Oftmals müssen Angehörige mehrere hunderte Kilometer fahren, um entsprechende pflegerische Versorgung erhalten zu können. Der Ausbau solcher spezialisierten Pflegeangebote für junge Menschen setzt jedoch sowohl sichere finanzielle Rahmenbedingungen zur Finanzierung dieser Leistungen als auch attraktive Investitionsbedingungen voraus, damit überhaupt neue Angebote in dem Bereich entstehen. Aus Sicht des AGVP sind deshalb insbesondere die Länder und Kommunen, aber auch der Bund gefordert, die Rahmenbedingungen für Investitionen und eine verlässliche Finanzierung der Leistungen zu schaffen, da sonst keine neuen Pflegeplätze in diesem Bereich entstehen werden.

Zu § 4 (neu) Eigenverantwortung der Pflegebedürftigen

Grundsätzlich ist das Ansinnen, künftig verstärkt auf rehabilitative Leistungen zu setzen, um Pflegebedürftigkeit so lange wie möglich zu verhindern oder eine Verschlechterung zu verzögern, sinnvoll. Es kommt jedoch auch darauf an, ob es entsprechende Angebote wohnortnah gibt, die genutzt werden können. Pflegebedürftige oder von Pflegebedürftigkeit bedrohte Menschen werden schwer motivierbar sein, wenn sie weite Fahrten auf sich nehmen müssen, um entsprechende Reha-Maßnahmen zu nutzen. Insbesondere in Flächenregionen mit stark ausgedünntem oder nicht vorhandenem öffentlichem Nahverkehr wird es nahezu unmöglich sein, präventive Rehabilitation oder aktivierende Maßnahmen in Anspruch nehmen zu können.

Des Weiteren gibt der AGVP zu bedenken, dass es bereits heute auch in vielen urbanen Regionen nicht genügend Reha-Angebote gibt und die Inanspruchnahme oft mit längeren Wartezeiten verbunden ist.
Deshalb sollte sich der Gesetzgeber genau überlegen und vorher gemeinsam mit den Ländern und Kommunen untersuchen, ob eine solche Vorrangregelung nicht zum zusätzlichen Flaschenhals zur Inanspruchnahme pflegerischer Leistungen führt und pflegebedürftige Menschen benachteiligt werden aufgrund struktureller Hemmnisse.

Zu § 5 Abs. 4 (neu) Prävention in Pflegeeinrichtungen und in der häuslichen Pflege, Vorrang von Prävention und medizinischer Rehabilitation

Der AGVP unterstützt den Ansatz, Prävention stärker mit der Langzeitpflege zu verknüpfen. Insbesondere pflegebedürftige Menschen, die in der eigenen Häuslichkeit versorgt werden, können aufgeklärt und in den präventiven Maßnahmen stärker begleitet werden, um eine Pflegebedürftigkeit zu verhindern oder eine bestehende Pflegebedürftigkeit nicht weiter zu verschlimmern. Der AGVP gibt jedoch zu bedenken, dass das Pflegepersonal bereits eine große Menge an Tätigkeiten zu erfüllen hat und mit dem geplanten Paragraphen zusätzliche Leistungen erbracht werden, die sich auch in der Vergütung der ambulanten und stationären Pflege wiederfinden müssen.

Da die Krankenkassen mit dem Präventionsauftrag ausgestattet wurden, warnt der AGVP davor, Leistungen aus dem SGB V-Bereich in die Altenpflege zu übertragen und schlägt daher vor, stattdessen die für den Bereich der Prävention zuständigen Mitarbeitenden der Krankenkassen in den vorgesehenen Prozess einzubinden und die Beratungsleistungen durch die Mitarbeitenden der Krankenkassen zu erbringen. Denkbar wäre dies durch persönliche Begleitbesuche mit dem ambulanten Dienst, aber auch über Teleberatung.

Ob das neu zu entwickelnde Instrument sinnvoll sein wird, mit dem „relevante Risikofaktoren zur Erkennung einer noch nicht festgestellten, drohenden oder bestehenden Pflegebedürftigkeit“ erhoben werden sollen, bleibt abzuwarten. Die Anwendung bedeutet jedoch wieder Mehrarbeit für das Pflegepersonal und damit zusätzliche Aufgaben, die im Rahmen der ohnehin schon vollgepackten Arbeitszeit zu erfüllen sind. Die Erhebung bedeutet auch neue Bürokratie für die Betriebe. Deshalb appelliert der AGVP an den Gesetzgeber, eine möglichst bürokratiearme Berichterstattung damit zu verknüpfen – bestenfalls digital mit einem geringen Zeitaufwand für die Betriebe.

Zu § 6 (neu) Rechte und Pflichten der Pflegeeinrichtungen

Der AGVP begrüßt das politische Bekenntnis zur Trägervielfalt.
Die Öffnung der pflegerischen Versorgung Mitte der 90er Jahre war das Bekenntnis der Kommunen, dass der Aufbau und Ausbau der benötigten pflegerischen Infrastruktur nicht ohne privatwirtschaftliche Investitionen funktionieren. Und ohne diese Investitionen in Milliardenhöhe hätten wir nicht die Vielfalt der zahlreichen ambulanten Dienste, stationären Pflegeheime und Einrichtungen für Betreutes Wohnen.

Die Trägervielfalt hat dazu beigetragen, dass die Angebotsvielfalt entstanden ist, die den Markt prägt, und damit auch für die pflegebedürftigen Menschen und ihren Angehörigen Wahlmöglichkeiten der Versorgung bietet. Für ein selbstbestimmtes unternehmerisches Handeln braucht es jedoch auch zwingend die entsprechenden Rahmenbedingungen.
Dazu gehören

- ✓ mehr Vertrauen anstatt Misstrauen,
- ✓ eine verlässliche Finanzierung der Kosten und Kostensteigerungen anstatt monatelanger Wartezeiten,
- ✓ zügige Entscheidungen der Anträge zur „Hilfe zur Pflege“ anstatt ewiger Hinhaltetaktik und Außenstände im sechs- bis siebenstelligen Bereich bei den Unternehmen,
- ✓ Reduzierung der Personalvorgaben auf eine Mindestvorhaltung mit der Absicherung, dass Mehrpersonal jederzeit gegenfinanziert ist anstatt Personalschlüssel, die aus der Zeit gefallen sind und Versorgungskapazitäten blockieren,
- ✓ die Anerkennung von unternehmerischen Risiken in den Vergütungsverhandlungen anstatt des Festhaltens an dem Vorurteil, dass Gewinne per se nicht sein dürfen,
- ✓ mehr Mut für die Überführung von Innovationen, die aus der Branche heraus entwickelt werden in die Regelversorgung, anstatt Ideen zu blockieren und damit die Weiterentwicklung der Pflege zu blockieren,
- ✓ investitionsfreundliche Rahmenbedingungen anstatt noch mehr gesetzliche Vorschriften im Baurecht und den Landesverordnungen.

Wenn es auch in Zukunft noch professionelle Pflege in Deutschland geben soll, müssen die Pflegeunternehmen als Dienstleister an der Gesellschaft anerkannt und nicht nur in Krisensituationen beklatscht werden. Es braucht zwingend verlässliche Rahmenbedingungen und ein klares Bekenntnis für die Trägerpluralität!
Denn die Zahlen zu den Insolvenzen und Schließungen zeigen eines deutlich: Es wird sich künftig nicht die Frage stellen, wen man zur Erbringung pflegerischer Leistungen auswählen kann, sondern ob es überhaupt noch Unternehmen geben wird, die Pflegeleistungen anbieten werden. Insbesondere in ländlichen Gebieten kann die pflegerische Versorgung schon heute nicht mehr überall sichergestellt werden. Deshalb müsste der Gesetzgeber verlässliche Rahmenbedingungen für eine sichere Finanzierung und ein investitionsfreundliches Klima schaffen, damit neue Pflegeplätze errichtet und die dringend benötigte Infrastruktur aufgebaut werden können. Die Kommunen mit ihren klammen Kassen werden das nicht leisten können, sonst würden sie schon heute die getätigten Investitionen der Pflegeunternehmen über die vereinbarten Investitionskostensätze vollumfänglich finanzieren, insbesondere auch die mit den Pflegekassen vereinbarten Sätze für die Leistungen zur „Hilfe zur Pflege“.

Pflegeunternehmen müssen wirtschaften können, brauchen dafür verlässliche Rahmenbedingungen und keine überbordende Bürokratie, realitätsferne Verfahren zur Begleichung ihrer Kosten oder gesetzliche Einengungen, die sie zur Aufgabe oder in die Insolvenz treiben. Und das betrifft alle Träger gleichwohl. Die Absicherung der pflegerischen Angebote und der knapp 1,3 Mio. Arbeitsplätze muss Top-Priorität für die Bundesregierung haben! Denn ohne funktionierende Pflegeinfrastruktur wird der Aufschwung in Deutschland ausbleiben.

Zu § 7 (neu) Aufgaben der Pflegekassen

Um die entsprechenden Rahmenbedingungen zu schaffen, die auf der vorherigen Seite beschrieben wurden, ist die Partnerschaft mit den Pflegekassen unerlässlich. Allerdings muss die Partnerschaft wieder eine auf Augenhöhe werden. Die benötigten Hilfen nach § 7 Abs. 2 können von den Pflegeunternehmen nur dann auch verlässlich zur Verfügung gestellt werden.

Die finanziellen Spielräume der Pflegeunternehmen sind vielerorts mehr als erschöpft. Das zögerliche Verhalten der Pflegekassen und Sozialhilfeträger bei der Anpassung der Vergütungssätze und der Refinanzierung der erbrachten Leistungen hat dazu beigetragen, dass viele Pflegeunternehmen in eine wirtschaftlich schwierige Lage geraten sind, die sie selbst oft nicht zu verantworten haben.
Im BEEP wurden bereits einige Vereinbarungen zur Beschleunigung von Vergütungsvereinbarungen mit den Pflegekassen getroffen. Was bisher jedoch noch fehlt:

- Die Refinanzierung der Vermittlungskosten für Pflegepersonal aus dem Ausland sowie Mehrkosten für Springerpools muss gesichert sein, wenn die entstandenen Kosten nachgewiesen werden können.
- Beantragte Personalkosten der Verwaltung müssen mit entsprechenden Nachweisen als wirtschaftlich anerkannt werden. Eine gut organisierte Verwaltung trägt zum wirtschaftlichen Handeln und zur effizienten sowie effektiven Organisation und Durchführung pflegerischer Leistungen bei.
- Neue Pflegesätze müssen bei einer langen Verfahrensdauer von mehr als sechs Wochen rückwirkend gelten (zum Datum der Antragstellung), denn das wirtschaftliche Risiko der Zahlungsfähigkeit verbleibt allein bei den Pflegeunternehmen, die die gestiegenen Kosten in der Zeit vorfinanzieren müssen.
- Die Zahlung von Verzugszinsen für die Pflegekassen an die Pflegeunternehmen muss möglich werden, wenn Fristen kassenseitig oder von der Schiedsstelle nicht eingehalten werden können, da Pflegeunternehmen aktuell das alleinige finanzielle Risiko tragen und oftmals nicht über die liquiden Mittel für eine langfristige Querfinanzierung verfügen.
- Kann keine neue Pflegesatzvereinbarung nach § 85 Abs. 5 SGB XI abgeschlossen werden, obwohl das Pflegeunternehmen alle Bedingungen und Fristen erfüllt hat, gelten die beantragten Pflegesätze mit Datum der Antragstellung als genehmigt (sogenannte Genehmigungsfiktion).
- Um Bürokratie abzubauen, fordern die Pflegekassen nur Nachweise ein, wenn die Angaben des Pflegeunternehmens nicht plausibel dargestellt wurden.

Verfahrensvorschlag

Der AGVP schlägt vor, die oben genannten Punkte in den § 86a SGB XI mit aufzunehmen.

Zu § 7a (neu) Pflege-Cockpit

Der AGVP begrüßt das vorgesehene Pflege-Cockpit und die damit verbundene Transparenz der personenbezogenen Informationen zur Pflegesituation. Sinnvoll wäre es, wenn auch Angehörigen oder anderen bevollmächtigten Personen der Zugang zu dem Cockpit gewährt wird, insbesondere wenn eine Erkrankung, körperliche oder geistige Einschränkung oder andere Umstände die Nutzung des Cockpits nicht ermöglichen können. Zudem sollte das Pflege-Cockpit begleitend zu postalischen und telefonischen Informationen erfolgen und diese zum aktuellen Zeitpunkt noch nicht ersetzen, da nicht alle pflegebedürftigen Menschen über die notwendige Infrastruktur oder das erforderliche Wissen verfügen, um das digitale Pflege-Cockpit nutzen zu können. Die transparente Information der unter § 7a aufgeführten Leistungen muss auch noch auf dem klassischen Weg ermöglicht werden, um niemanden zu benachteiligen.

Zudem muss sichergestellt sein, dass die neu einzuführenden Pflegebudgets transparent und in der zeitlich angepassten Höhe abgebildet werden, damit sowohl die pflegebedürftige Person, als auch bevollmächtigte Angehörige oder ambulante Pflegedienste schnell einen Überblick über die noch zur Verfügung stehenden einzelnen Budgethöhen erfahren können. Nur wer transparent und umfänglich informiert wird, kann auch eine adäquate Entscheidung über die ihm zustehenden Leistungen treffen und diese passgenau beauftragen.

Zu § 7c (neu) Pflegebegleitung und § 7d Angebotsstruktur und Finanzierung der Pflegebegleitung

Dass pflegebedürftige Menschen beratend begleitet werden sollen, ist nachvollziehbar und deshalb wurde dies bereits vom Gesetzgeber im aktuellen SGB XI unter § 7a „Pflegeberatung“ geregelt. Es gibt zahlreiche Stellen, die oftmals nur nicht in der Fülle den betroffenen Personen bekannt sind, die bereits im Pflegefall beraten und begleiten. Auch aus der Begründung des Gesetzentwurfes geht nicht eindeutig hervor, weshalb künftig neue Personen mit ähnlichem Aufgabenprofil, wie es im § 7a zur Pflegeberatung bereits formuliert wurde, beschäftigt werden sollen.
Mit dem Ziel, die Pflegeversicherung zu reformieren, Leistungen sinnvoll auszugestalten und bestenfalls zu bündeln oder miteinander zu koppeln und dadurch Kostenspareffekte, auch im Sinne der Beitragszahlenden, zu erzielen, wäre es sinnvoll, den aktuellen § 7a SGB XI so anzupassen, dass die zusätzlichen Aufgaben der vorgesehenen neuen Pflegebegleitung auf die Pflegeberater übertragen werden. Es wäre fatal, wenn die auf Landesebene aufgebauten Strukturen wegfallen und Menschen, die sich aktuell in der Pflegeberatung engagieren, ihren Job verlieren.

Der AGVP fordert, dass auch ambulante Dienste, die bereits beratende Leistungen erbringen, diese auch künftig weiter erbringen dürfen. Es kann nicht im Sinne einer effizienten Versorgung sein, bewährte Strukturen und eingespielte Prozesse radikal zu kappen, um sie mühevoll in neuer Zusammensetzung und Verantwortlichkeit wieder aufbauen zu müssen. Ambulante Pflegedienste würden damit nicht nur Einnahmen verlieren, die sie für eine wirtschaftliche Erbringung benötigen, sondern auch den niedrigschwelligen Zugang zu den pflegebedürftigen Menschen und damit den Einblick in die individuellen Pflegebedarfe. Pflege und Beratung müssen auch künftig aus einer Hand möglich bleiben.

Zudem wäre es auch sinnvoll, dass die Pflegeberater*innen oder künftig die Pflegebegleiter*innen ebenfalls Zugriff auf das Pflege-Cockpit erhalten. Dadurch würde das Mitbringen umfassender Unterlagen vermieden und die Berater*innen hätten Zugang zu den aktuellsten personenbezogenen Informationen.

Verfahrensvorschlag

Der AGVP schlägt vor, die Regelungen aus dem aktuellen § 7a SGB XI in den neuen § 7c entsprechend zu überführen und sicherzustellen, dass die bereits existierenden Beratungsstellen und Personen, die aktuell Beratungsleistungen erbringen, auch vom neuen § 7c SGB XI umfasst werden.

Der AGVP fordert, dass auch ambulante Dienste weiter Pflegeberatung erbringen dürfen.

Des Weiteren schlägt der AGVP vor, den Pflegebegleiter*innen ebenfalls einen Zugang zum Pflege-Cockpit zu gewähren, um Zugriff zu den wichtigsten Daten zu erhalten und bestmöglich beraten und begleiten zu können. Dies kann durch die schriftliche Zustimmung der pflegebedürftigen Person ermöglicht werden. Zudem könnte der Zugang so geregelt werden, dass nur die für die Berater*innen notwendigen Funktionen freigeschaltet werden, z.B. die Beantragung von Heil- und Hilfsmitteln und Dokumentationen von Empfehlungen. Die in § 18b Absatz 4 vorgesehene Zugangsmöglichkeit kommt dem bereits nahe. Warum allerdings die pflegebedürftige oder eine bevollmächtigte Person bereits im Vorfeld die zuständige Stelle für die Pflegebegleitung nennen soll, ist fraglich. Stattdessen sollten zugelassene Stellen zur Pflegebegleitung über eine elektronische Schlüsselnummer verfügen, die ebenfalls auch den Pflegekassen und dem Medizinischen Dienst bekannt sein sollte. Mit dieser könnte sich die Pflegebegleitung jederzeit verifizieren und entsprechend einloggen.

Zu § 8 Gemeinsame Verantwortung

Der AGVP begrüßt die Berichtspflicht, die mit den neuen Absätzen 3 und 4 erfolgen soll. Mit Blick auf die demografische Entwicklung ist der Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung und den Stand der pflegerischen Versorgung absolut sinnvoll, um rechtzeitig Maßnahmen für Verbesserungen treffen zu können. Der AGVP regt an, die Daten nicht zu zeitverzögert zu veröffentlichen, sondern sich maximal auf den Vorjahreszeitraum zu beziehen. Die Daten der Pflegestatistik des Statistischen Bundesamtes werden alle zwei Jahre veröffentlicht, beziehen sich allerdings auf den Zeitraum vor zwei Jahren und sind damit schon veraltet.

Zudem geht aus dem Gesetzesentwurf nicht hervor, ob der Bericht auch der Öffentlichkeit zur Verfügung gestellt wird. Mit Blick auf die gesellschaftspolitische Bedeutung wäre dies jedoch dringend angebracht.

Ergänzungsvorschlag

Der AGVP schlägt vor, den neuen Absatz 3 um folgende Formulierung zu ergänzen:

„Die Bundesregierung berichtet den gesetzgebenden Körperschaften des Bundes ab der 22. Legislaturperiode des Deutschen Bundestages einmal in jeder Wahlperiode des Deutschen Bundestages über die Entwicklung der Pflegeversicherung und den Stand der pflegerischen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland und veröffentlicht den Bericht nach der Unterrichtung auf der Website des Bundesgesundheitsministeriums […]“

Zu § 9 (neu) Aufgaben der Länder

Der AGVP begrüßt die Anpassungen im § 9, insbesondere die Berichtspflicht der Länder über Art und Umfang der finanziellen Förderung der Pflegeeinrichtungen.
Mit der Einführung der Pflegeversicherung im Jahr 1995 hatten sich Bund und Länder eigentlich darauf geeinigt, dass Einsparungen, die den Ländern als Träger der Sozialhilfe durch die Einführung der Pflegeversicherung entstehen, zur Investitionskostenfinanzierung von Pflegeeinrichtungen herangezogen werden sollten. Die eingesparten Summen bewegen sich in einer Größenordnung von etwa fünf Milliarden Euro, so das BMG. Die Höhe der Fördersumme aller Länder beträgt jedoch etwas über 800 Mio. Euro (Stand: 2021) und das trotz steigender Investitionskosten, die auf die Pflegebedürftigen umgelegt werden müssen, weil die Länder diese nicht finanzieren.

Würden die Länder den Anteil der Investitionskosten, die pflegebedürftige Personen in der stationären Pflege zahlen müssen, übernehmen, würden die Pflegebedürftigen pro Monat dadurch zwischen 318 Euro (Bremen) und 646 Euro (Nordrhein-Westfalen) weniger für ihren stationären Pflegeplatz zahlen müssen. Das wäre eine deutliche Entlastung für die pflegebedürftigen Menschen, die sie sofort spüren würden und die die stationäre Versorgung wieder bezahlbarer machen würde.

Zudem kommt das Problem, dass die Sozialhilfeträger bei „Hilfe zur Pflege“-Leistungen den anfallenden Betrag der Investitionskosten nur zum Teil oder gar nicht übernehmen. Dadurch fühlen sich pflegebedürftige Menschen, die finanzielle Unterstützung benötigen, als Menschen zweiter Klasse und sie werden auch noch strukturell benachteiligt, weil es keine Verpflichtung gegenüber dem Sozialhilfeträger gibt, die vollen Kosten zu übernehmen.

> Ergänzungsvorschlag
> Eine hochwertige Versorgung und eine bezahlbare Altenpflege können zukünftig nur durch die stärkere finanzielle Verpflichtung der Kommunen und Länder erfüllt werden, denn diese profitieren von gut funktionierenden Pflegestrukturen vor Ort. Daher fordert der AGVP die Länder auf, ihren Investitionskostenverpflichtungen aus dem § 82 SGB XI nachzukommen und die Pflegebedürftigen von den permanent steigenden Eigenanteilen zu entlasten sowie bei „Hilfe zur Pflege“-Empfängern die Investitionskosten in voller Höhe zu übernehmen.

Zu § 10 (neu) Kompetenzzentrum Digitalisierung und Pflege

Mit dem neuen § 10 soll das Kompetenzzentrum Digitalisierung und Pflege den Sprung vom Modellvorhaben in die Verstetigung erhalten. Grundsätzlich ist dies zu begrüßen, da die digitale Transformation in der Pflege sich noch am Anfang befindet. Bereits im aktuellen § 125b ist unter Abs. 4 festgehalten, dass eine wissenschaftliche Begleitung und Auswertung der Arbeit des Kompetenzzentrums durch unabhängige Sachverständige vom GKV-Spitzenverband zu veranlassen ist.
Dem Bericht, der für das Jahr 2025 vorliegt, sind viele positive Aspekte zu entnehmen. Insbesondere der Wissenspool zur Telematikinfrastruktur ist sehr wertvoll für die Pflegeeinrichtungen und ambulanten Dienste. Der AGVP hätte sich gewünscht, dass auch Pflegeunternehmen in die Befragung zum Kompetenzzentrum eingebunden worden wären, denn diese sind die eigentliche Nutzerzielgruppe, bevor über eine Verstetigung der Institution entschieden wird.

Im neuen Absatz 2 ist vorgesehen, dem Kompetenzzentrum jährlich 2 Mio. Euro für die Ausübung der Aufgaben zur Verfügung zu stellen. Es ist jedoch nicht enthalten, ob Finanzmittel, die nicht im Geschäftsjahr genutzt wurden, auf das Folgejahr übertragen oder für die Mittelbewilligung für das kommende Jahr angerechnet werden. Mit Blick auf die Wirtschaftlichkeit und die knappe Finanzlage sowohl des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung als auch der Pflegekassen, sollten nicht genutzte Finanzmittel in das Folgejahr übertragen und auf die Gesamtsumme von 2 Mio. Euro angerechnet werden.

Ergänzungsvorschlag

Entsprechend der aufgeführten Argumentation schlägt der AGVP vor, den Absatz 2 um folgende Formulierung nach dem Satz 1 zu ergänzen:
„[…] Nicht genutzte Finanzmittel des laufenden Geschäftsjahres werden in das Folgejahr übertragen und auf die vom Ausgleichsfond zur Verfügung zu stellenden zwei Millionen Euro angerechnet. […]“

Verfahrensvorschlag

Zudem regt der AGVP an, bei der in Absatz 4 vorgesehenen wissenschaftlichen Begleitung auch eine regelmäßige repräsentative Befragung von Pflegeunternehmen vorzusehen, um die Stimmen aus der Praxis zu hören und die Hauptnutzergruppe mit in die Bewertung und Entwicklung des Kompetenzzentrums einzubinden.

Zu § 11 (neu) Förderung von Innovation und Digitalisierung

Der neue § 11 ist einer der wenigen Lichtblicke im PNOG. Auch wenn die Regelung nur als Modellvorhaben und auf maximal fünf Jahre begrenzt sein wird, bietet sie Pflegeunternehmen die Chance, von Rahmenverträgen, Bundesempfehlungen und -vereinbarungen abweichen zu können, um neue Versorgungsformen zu erproben. Die Freude wird allerdings gedämpft, weil der Spitzenverband Bund der Pflegekassen Ziele, Dauer, Inhalte und die Durchführung bestimmen soll. Nun eröffnet der Gesetzgeber schon die Möglichkeit, von dem strengen Korsett der gesetzlichen Vorgaben abweichen zu können und will den Unternehmen Gestaltungsfreiheit übertragen, beweist aber nicht durchgängig den Mut, sondern schaltet die Bürokratie vor. Damit wird jegliche Innovation wieder im Keim erstickt. Das zeigt kein Vertrauen in die Unternehmen, verantwortungsvoll mit den eigentlich gewollten Spielräumen umgehen zu dürfen und echte innovative Konzepte und damit die dringende Weiterentwicklung von Versorgung zu unterstützen. Bereits heute sehen wir mit der Entwicklung der Empfehlungen zu Vertragsinhalten und Vertragsvoraussetzung nach § 92c Abs. 5 SGB XI, dass Innovationen geblockt werden. Die Beteiligten zögern die Entwicklung heraus, es kann sich auf keine Inhalte geeinigt werden und Arbeitgeberverbände wie der AGVP werden systematisch rausgehalten, obwohl sie diejenigen vertreten, die die Ideen haben und in der Praxis umsetzen wollen – die Arbeitgeber in der Pflege.

Die Bürokratie lähmt sich selbst, aber vor allem die Weiterentwicklung der Branche. Es gibt keine andere Branche, in der eine übergeordnete Bundesinstitution, Körperschaft oder anderweitige Interessenorganisation zur Entwicklung von Produkten oder Dienstleistungen zustimmen muss. Wenn es um die dauerhafte Zulassung geht, müssen gesetzliche Vorgaben erfüllt oder bei erfolgreich nachgewiesenem Einsatz auch angepasst werden. Das ist noch nachvollziehbar. Aber bei der Entwicklung des Elektro-Autos wurde doch auch nicht der Staat oder das Verkehrsministerium oder die Industrie- und Handelskammer darum gebeten, entsprechende Regularien für die Entwicklung festzulegen. Stattdessen hat der Staat nach der erfolgreichen Entwicklung sogar entschieden, die Zulassung zu fördern. So geht man nicht mit innovativen Unternehmen um und erstickt deren Entwicklergeist und Bereitschaft zur Weiterentwicklung und Investitionen mit unnützen Vorschriften. Warum muss das in der Pflegebranche sein? Unternehmergeist und die Bereitschaft zu investieren, muss belohnt und nicht bestraft werden, wenn wir zukunftsfähige Konzepte aus der Branche heraus entwickeln wollen, die effizient sind und die Bedarfe der pflegebedürftigen Menschen berücksichtigen. Nur so kann Pflege auch wieder bezahlbar werden.

> Änderungsvorschlag
> Entsprechend der aufgeführten Argumentation schlägt der AGVP vor, im **Absatz 1** folgende Passage zu streichen:
> ~~*„[…] Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen bestimmt Ziele, Dauer, Inhalte und Durchführung der Maßnahmen; dabei sind auch regionale Modellvorhaben einzelner Länder zu berücksichtigen. Die Maßnahmen sind mit dem Bundesministerium für Gesundheit abzustimmen. Soweit finanzielle Interessen einzelner Länder berührt werden, sind diese zu beteiligen. […]“*~~

Zum Notfalltelefon, welches in **Absatz 2** aufgenommen wurde, hatte sich der AGVP bereits geäußert, als die Ergebnisse der Bund-Länder-AG vorgestellt wurden.
Die Bereitstellung eines Pflegenotfalltelefons klingt vermutlich für Betroffene gut und es gab bereits Ausgestaltungsvorschläge im Ergebnispapier. Glücklicherweise hat sich der Gesetzgeber für die Modellerprobungsvariante entschieden. Es wird schwer zu definieren sein, wann ein rein medizinischer und wann ein Pflegenotfall vorliegt, insbesondere wenn keine oder kaum Informationen über die pflegebedürftige Person vorhanden sind. Aus Verbrauchersicht wird ein solches Notfalltelefon sehr wahrscheinlich zu einer deutlichen Verunsicherung führen. Schon heute ist vielen Menschen nicht klar, wann sie den

bereitschaftsärztlichen Notdienst mit der 116117 wählen sollen und wann den klassischen Notruf der 112. Einen weiteren Notdienst für pflegerische Notfälle zu installieren, verursacht mehr Verwirrung, anstatt zu helfen. Die bereits vorhandenen Notfall- und Notrufsysteme müssten verbraucherfreundlicher gestaltet und gezielt darüber aufgeklärt werden, wann welche Nummer zu wählen ist, um in echten Notfällen zielgerichtet helfen zu können.
Es bleibt abzuwarten, wie die Berichte der wissenschaftlichen Begleitung ausfallen.

Die im neuen **Absatz 3** vorgesehene Förderung eines einmaligen Zuschusses zur Digitalisierung ist nicht neu und läuft bereits seit vielen Jahren – allerdings eher schleppend. Es gibt zwei Gründe, die uns immer wieder genannt werden:

1. der geringe Zuschuss von maximal 12.000 Euro pro Pflegeeinrichtung und
2. der damit verbundene hohe bürokratische Aufwand zur Beantragung dieser Summe.

Warum jetzt allerdings festgelegt werden soll, dass für weitere Auszahlungen Richtlinien durch den GKV-SV und den Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. (PKV) bis zum 31.03.2027 zu erarbeiten sind, ist für den AGVP nicht nachvollziehbar. Das geht auch nicht aus der Begründung hervor.

> Verfahrensvorschlag
> Im Sinne der unbürokratischen Umsetzung und Weiterführung schlägt der AGVP vor, die Richtlinie des GKV-SV nach § 8 Abs. 8 SGB XI auf die neue gesetzliche Grundlage anzupassen. Bereits beantragte Förderung darf davon nicht betroffen sein und muss Bestandsschutz erhalten.

Die in den **Absätzen 4 bis 7** festgelegten Regelungen zum Förderprogramm aus Finanzmitteln des Sondervermögens des Bundes für Infrastruktur und Klimaneutralität für ambulante und teilstationäre Einrichtungen sind erfreulich. Noch erfreulicher ist es, dass künftig auch stationäre Pflegeeinrichtungen davon profitieren dürfen. Im Referentenentwurf waren diese noch ausgeschlossen.

> Ergänzungsvorschlag
> Sinnvoll wäre es, die Nutzung der Förderprogramme nach den Absätzen 3 bis 7 wissenschaftlich von einem unabhängigen Institut evaluieren zu lassen, um zu lernen, ob und wie solche Förderprogramme wirksam sind und welchen Weiterentwicklungs- oder Anpassungsbedarf es für kommende Programme gibt.

Zu § 12 (neu) Förderung guter Versorgung

Der neue § 12 ist eine weitere begrüßenswerte Änderung des SGB XI. Zwar ist auch im § 12 die Dauer des Modellvorhabens auf maximal fünf Jahre begrenzt. Dennoch erhalten auch mit der Regelung Pflegeunternehmen die Chance, von Rahmenverträgen, Bundesempfehlungen und -vereinbarungen abweichen zu können, um neue Versorgungsformen unter Berücksichtigung der kompetenzorientierten Pflege zu erproben.

Allerdings hat der Gesetzgeber auch in § 12 als Grundlage gesetzt, dass der Spitzenverband Bund der Pflegekassen Ziele, Dauer, Inhalte und die Durchführung bestimmen soll. Wie bereits zum § 11 ausgeführt, lehnt der AGVP eine solche Einengung der unternehmerischen Spielräume strikt ab. Es kann nicht sein, dass die Durchführung am Ende von zu erstellenden bürokratischen Vorgaben abhängt, bei denen jedem Unternehmen die Lust an der Umsetzung vergeht.

> Änderungsvorschlag
> Entsprechend der aufgeführten Argumentation schlägt der AGVP vor, im **Absatz 1** folgende Passage zu streichen:
> ~~*„[…] Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen bestimmt Ziele, Dauer, Inhalte und Durchführung der Maßnahmen; dabei sind auch regionale Modellvorhaben einzelner Länder zu berücksichtigen. Die Maßnahmen sind mit dem Bundesministerium für Gesundheit abzustimmen. Soweit finanzielle Interessen einzelner Länder berührt werden, sind diese zu beteiligen. […]“*~~

Erfreulich ist, dass die Maßnahmen zur Förderung der Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf ebenfalls bis 2030 laut **Absatz 4** weitergeführt werden sollen.
Allerdings hält die Bürokratie verbunden mit den niedrigen Förderbeträgen viele Unternehmen davon ab, die Förderung zu beantragen. Auch hier gilt es, die bereits bestehende Richtlinie des GKV-SV bürokratiearm anzupassen und bestehende Förderzusagen dem Bestandsrecht zu unterwerfen.

> Verfahrensvorschlag
> Im Sinne der unbürokratischen Umsetzung und Weiterführung schlägt der AGVP vor, die Richtlinie des GKV-SV nach § 8 Abs. 7 SGB XI auf die neue gesetzliche Grundlage anzupassen. Bereits beantragte Förderung darf davon nicht betroffen sein und muss Bestandsschutz erhalten.

> Ergänzungsvorschlag
> Wie bereits unter § 11 aufgeführt, wäre es auch in diesem Paragraphen sinnvoll, die Nutzung der Förderung nach dem Absatz 4 wissenschaftlich von einem unabhängigen Institut evaluieren zu lassen, um zu lernen, ob und wie solche Förderprogramme wirksam sind und welchen Weiterentwicklungs- oder Anpassungsbedarf es für kommende Programme gibt.

Zu § 15 Ermittlung des Grades der Pflegebedürftigkeit, Begutachtungsinstrument

Wie der Begründung zu entnehmen ist, soll das Instrument der Pflegebegutachtung nun weiterentwickelt werden. Dies geschieht auch unter dem Druck der verfügbaren Mittel der Pflegekassen und die rasant wachsende Anzahl pflegebedürftiger Menschen. Die neue Einstufung wird allerdings erst bei einer mindestens sechsmonatigen Beeinträchtigung greifen, so steht es in der Begründung. Wohl dem, der das Kleingedruckte liest.

Welche Auswirkungen die neue Einstufungssystematik nach Absatz 3 Satz 4 (neu) haben wird, lässt sich zum heutigen Zeitpunkt nur erahnen. Für wiederzubegutachtende Personen wird es unter Umständen schwerer, den nächsthöheren Pflegegrad zu erreichen. Aber oft sind diese Personen versorgt, sei es durch Angehörige oder professionelle Pflege.

Für erstzubegutachtende Personen wird es vermutlich die größten Hürden geben, überhaupt zeitnah einen Pflegegrad und damit den Anspruch auf finanzierte Unterstützung zu erhalten. Der AGVP befürwortet, dass der Sechsmonatszeitraum bis zum erstmaligen Leistungsbezug gestrichen wurde.

Zu § 17 Richtlinien des Medizinischen Dienstes Bund; Richtlinien der Pflegekassen

Die in Absatz 1 nach Satz 7 vorgesehene Anpassung und damit auch der Abbau überflüssiger Bürokratie im Begutachtungsverfahren begrüßt der AGVP ausdrücklich.

Mit der neu zu erstellenden Richtlinie zur einheitlichen Umsetzung der Pflegebegutachtung im neuen Absatz 1a sollte darauf geachtet werden, nicht neue Bürokratie aufzubauen, sondern die Ausgestaltung möglichst schlank und praxisnah zu gestalten.

Zu § 28 Leistungsarten, Grundsätze

Werden die vorgeschlagenen Regelungen dazu beitragen, dass neue Angebote und damit neue Kapazitäten für die pflegerische Versorgung entstehen, die so dringend gebraucht werden? Der AGVP befürchtet nein, denn bewährte wohnortnahe ambulante Pflege- und Betreuungsstrukturen werden geschwächt, indem neue Budgets mit neuen Verantwortlichen zur Ausführung etabliert werden sollen. Sind diese Budgets so gestaltet, dass pflegebedürftige Menschen ihren Leistungsanspruch künftig einfacher überblicken und verstehen und dann auch unbürokratisch in Anspruch nehmen können? Die aktuell vorgesehenen Gesetzesänderungen zeigen dies nicht. Warum soll dafür künftig ein eigener Sozialdienst notwendig werden, was neue Bürokratie, finanzielle Unsicherheiten und personelle Schwierigkeiten bedeuten würde?

Zu § 30 Dynamisierung

Im neu vorgeschlagenen § 30 soll nicht mehr ab 2029 die Höhe des kumulierten Anstiegs der Kerninflationsrate in den letzten drei Kalenderjahren gelten, sondern das arithmetische Mittel, welches dann eine jährliche Steigerung zur Folge hätte. Somit wird die Höhe der Dynamisierung für das Jahr 2029 geringer ausfallen als mit der ursprünglichen Regelung vorgesehen. In den folgenden Jahren würde diese geringe Steigerungsrate durch die regelhafte Erhöhung sehr wahrscheinlich wieder ausgeglichen. Mit Blick auf die Einnahmenseite der Pflegeversicherung ist verständlich, dass die Steigerung begrenzt werden muss. Für die Leistungsempfänger bedeutet dies jedoch ein geringerer Anstieg der Leistung der Pflegeversicherung und damit wahrscheinlich eine höhere Belastung durch einen stärker steigenden Eigenanteil, wenn die Regelungen insbesondere zur Refinanzierung der Tarifpflicht so kommen, wie sie vorgeschlagen werden.

Zu § 36 Sachleistungsbudget

Die geplante Änderung des § 36 unterstützt das Ansinnen des Gesetzgebers, den Grundsatz „ambulant vor stationär“ weiter zu stärken. Es sollen die Sachleistungsbudgets angehoben und dadurch mehr Leistungen je nach bewilligtem Pflegegrad ermöglicht werden.
Wenn die Stärkung der Versorgung in der eigenen Häuslichkeit politisch gewollt ist, sollten Pflegebedürftige sowie deren An- und Zugehörige deutlich mehr Entscheidungsfreiheit darüber erhalten, wie die zur Verfügung stehenden Mittel eingesetzt werden. Die Realität häuslicher Versorgung und tatsächlicher Bedarfe ist vielfältig und individuell. Was in einem Haushalt großen Nutzen stiftet, kann in einem anderen Fall völlig ungeeignet sein. Die starre Aufteilung der Leistungen tragen dieser Vielfalt nur unzureichend Rechnung.

Aus Sicht des AGVP müsste ein stärker auf die individuellen Bedarfe gefasster Ansatz gewählt werden, bei dem Pflegebedürftige gemeinsam mit ihren Angehörigen sowie unter Einbeziehung von Pflegebegleitern/Pflegeberatern und Pflegediensten selbst entscheiden können, welche Unterstützungsleistungen im konkreten Einzelfall benötigt werden und wie die verfügbaren Mittel eingesetzt werden sollen.

Dazu sollten insbesondere folgende Grundsätze in den Blick genommen werden:

- Mehr Wahlfreiheit statt weiterer Zweckbindungen einzelner Budgets,
- Vertrauen in die Eigenverantwortung von Pflegebedürftigen und Angehörigen bei der Entscheidungsfindung,
- Unbürokratische und schnelle Verfügbarkeit von Leistungen,
- Individuelle Gestaltung der Versorgung entsprechend der tatsächlichen Lebenssituation und regional verfügbaren Angebote,
- Entlastung der Familien von Verwaltungsaufwand und Bürokratie.

Nicht Misstrauen und Vorabkontrollen sollten das System prägen, sondern Vertrauen in die richtige Entscheidungsfindung der Betroffenen und in den sachdienlichen Umgang mit dem zur Verfügung gestellten Budgets. Die Prüfung der sachgerechten Mittelverwendung kann weiterhin durch die Pflegekassen erfolgen – jedoch nachgelagert und risikoorientiert. Dies würde Familien ermöglichen, notwendige Unterstützung schnell und bedarfsgerecht zu organisieren, anstatt wertvolle Zeit in Antragsverfahren, Genehmigungen und Abstimmungsprozessen zu investieren.

Erst seit dem 1. Januar 2026 erlaubt das Gesetz ausdrücklich die Kooperation ambulanter Pflegedienste mit Anbietern haushaltsnaher Dienstleistungen. Diese Regelung war auch im Referentenentwurf des PNOG noch enthalten. Im Kabinettsentwurf wurde sie hingegen gestrichen. Damit würde eine erst wenige Monate zuvor geschaffene gesetzliche Grundlage für die Zusammenarbeit unterschiedlicher Anbieter wieder entfallen. Das steht im Widerspruch zum Ziel, die häusliche Versorgung zu stärken und vorhandene Ressourcen besser zu nutzen.

Insbesondere im ländlichen Raum, wo ambulante Pflegedienste häufig mit begrenzten personellen Kapazitäten arbeiten und zusätzliche Anbieter nicht flächendeckend verfügbar sind, können Kooperationen einen wesentlichen Beitrag zur Versorgungssicherheit leisten.
Darüber hinaus sehen die bundesweiten Maßstäbe und Grundsätze nach § 113 SGB XI ausdrücklich Kooperationen zugelassener ambulanter Pflegedienste mit anderen Leistungserbringern vor, die pflegerische Aufgaben und/oder Hilfen bei der Haushaltsführung übernehmen. Die Verantwortung für Leistung und Qualität verbleibt dabei beim beauftragenden Pflegedienst.

Die Voraussetzungen für die Anerkennung von Angeboten zur Unterstützung im Alltag unterscheiden sich zwischen den Bundesländern teilweise erheblich. Für bundesweit tätige

Anbieter führt dies zu unterschiedlichen Anforderungen und Verwaltungsverfahren. Für Pflegebedürftige hängt der Zugang zu bestimmten Unterstützungsleistungen damit nicht allein von ihrem Bedarf, sondern auch von ihrem Wohnort ab.

Wir unterstützen grundsätzlich die angestrebte Vereinheitlichung der Anerkennungsvoraussetzungen. Sie darf jedoch nicht zu zusätzlichen Anforderungen führen, durch die bereits bestehende, qualitätsgesicherte Angebote ihre Anerkennung verlieren. Entscheidend müssen die Qualität der tatsächlich erbrachten Leistungen, angemessene Qualifikationsanforderungen und eine verlässliche fachliche Begleitung sein, nicht die Organisationsform des Anbieters.

Ergänzungsvorschlag

Entsprechend der Ausführungen fordern wir, die seit Januar 2026 geltende Kooperationsregelung in § 36 Abs. 4 SGB XI ausdrücklich beizubehalten und die rechtssichere Zusammenarbeit mit qualitätsgesicherten externen Leistungserbringern weiter zu stärken. Dies sollte auch geeignete selbstständige Einzelunternehmer und pflegerische Betreuungsmaßnahmen umfassen.

Zudem fordern wir bundesweit vergleichbare, transparente und praxistaugliche Anerkennungsvoraussetzungen sowie angemessene Übergangsregelungen für bestehende Angebote zur Unterstützung im Alltag.

Zu § 37 Entlastungsbudget

Der Gesetzgeber sieht vor, auch das Pflegegeld – neu dann Entlastungsbudget – je Pflegegrad zu erhöhen. Einschnitte wird die vorgesehene Regelung in Absatz 2 bringen. Diese sieht vor, dass in den ersten drei Monaten der erstmaligen Erteilung der Pflegegrade 2 und 3 jeweils nur die Hälfte des Entlastungsbudgets zur Verfügung stehen wird. Das bedeutet, dass entweder professionelle Unterstützung aus eigenen Mitteln der Pflegebedürftigen finanziert werden muss oder die betroffenen Personen mit Leistungseinbußen rechnen müssen, weil sie weniger Leistungen beauftragen können. Es bleibt abzuwarten, ob dieser Leistungseinschnitt nicht zu einer Beschleunigung der Pflegebedürftigkeit führen wird, weil finanzielle Eigenmittel nicht in dem Umfang zur Verfügung stehen, um Leistungen entsprechend der Bedarfe beauftragen zu können. Das bedeutet aber auch, dass Angehörige sehr wahrscheinlich einspringen und diese Leistungslücke schließen müssen. Damit wären Freistellungen oder Arbeitszeitkürzungen für mindestens drei Monate verbunden und damit auch Einnahmeverluste der Pflegekassen zu verbuchen.

Zu § 39 Überbrückungsbudget und § 39a Pflegesachleistungen in pflegerischen Akutsituationen

Die geplante Neuregelung eines Überbrückungsbudgets ist grundsätzlich nachvollziehbar und in Teilen zu begrüßen. Insbesondere die stärkere Fokussierung auf tatsächliche Akut- und Krisensituationen adressiert Bereiche, in denen es in der Vergangenheit zu Fehlanwendungen gekommen ist. Auch die Differenzierung der Leistungsbeträge nach Pflegegraden erscheint sachgerecht.

Die vorgesehene Verpflichtung, bereits ab dem vierten Tag der anhaltenden Akutsituation eine Pflegebegleitung einbinden zu müssen sowie entsprechende Meldungen an die Pflegekasse vorzunehmen, erscheint mit Blick auf die fehlende Übersichtlichkeit entsprechender Stellen zur Pflegebegleitung und damit verbundener bürokratischer Aufwände wenig praxisnah. In der Realität lassen sich viele Versorgungslücken nicht innerhalb weniger Tage schließen. Die Suche nach geeigneten Ersatzlösungen benötigt häufig deutlich mehr Zeit.

§ 45b Sozialraumbudget

Der Gesetzentwurf sieht vor, den bisherigen Umwandlungsanspruch nach § 45a SGB XI abzuschaffen und den Entlastungsbetrag durch ein neues Sozialraumbudget zu ersetzen. Pflegebedürftige mit Pflegegrad 1 sollen ihren bisherigen Entlastungsbetrag vollständig verlieren. Diese Änderungen betrachten unsere Mitglieder mit großer Sorge.

Über Jahre haben sich in der häuslichen Versorgung funktionierende Strukturen entwickelt. Pflegebedürftige Menschen und ihren Angehörigen haben ihre Versorgung auf die bestehenden Leistungsansprüche ausgerichtet. Ambulante Pflegedienste und anerkannte Unterstützungsangebote erbringen Leistungen, die im Alltag fest eingeplant sind und auf die sich die Betroffenen verlassen. Der Wegfall bestehender Finanzierungsmöglichkeiten gefährdet diese Versorgung.

Was auf dem Papier wie eine Vereinfachung des Leistungsrechts aussieht, kann in der Praxis bedeuten, dass vertraute Betreuungspersonen nicht mehr finanziert werden können, eingespielte Abläufe wegbrechen und Angehörige zusätzliche Aufgaben übernehmen müssen. Besonders problematisch ist dies im ländlichen Raum. Dort stehen häufig nur wenige Anbieter zur Verfügung. Fallen bestehende Angebote weg, lassen sie sich nicht ohne Weiteres ersetzen.

Auch zugelassene ambulante Pflegedienste müssen weiterhin die Möglichkeit haben, ihre bisherigen Betreuungs- und Entlastungsleistungen über die bestehenden Leistungsansprüche anzubieten und abzurechnen. Eine Neustrukturierung der Finanzierung darf nicht dazu führen, dass bewährte Angebote für Pflegebedürftige faktisch nicht mehr zugänglich sind.

Beim bisherigen Entlastungsbetrag können nicht genutzte Beträge in das nächste Kalenderhalbjahr übertragen werden. Ob Restbeträge von 2026 auf 2027 übertragbar sein werden, ist aus dem Gesetzentwurf nicht ersichtlich.
Zudem ist beim geplanten Sozialraumbudget eine solche Übertragung des nicht genutzten Budgets bisher nicht vorgesehen. Wer das monatliche Budget nicht vollständig ausschöpft, verliert mit dem Beginn des neuen Jahres den übrigen Betrag. Dies kann nicht im Sinne einer bedarfsorientierten und effizienten Gestaltung pflegeversicherungsfinanzierter Leistungen sein.

Ergänzungsvorschläge

Wie bereits ausgeführt müssen künftig auch zugelassene ambulante Pflegedienste weiterhin die Möglichkeit haben, ihre bisherigen Betreuungs- und Entlastungsleistungen über die bestehenden Leistungsansprüche anzubieten und abzurechnen. Eine Neustrukturierung der Finanzierung darf nicht dazu führen, dass bewährte Angebote für Pflegebedürftige faktisch nicht mehr zugänglich sind.

Des Weiteren muss ein Übertrag des nicht vollständig ausgeschöpften Sozialraumbudgets in des nächste Kalenderjahr möglich werden.
Zudem muss eine Übergangsregelung definiert werden, die Restbeträge des bisherigen Entlastungsbetrags als „Übergangsbudget“ zusätzlich zum neuen Sozialraumbudget zur Verfügung gestellt wird.

Zu § 55 Beitragssatz, Beitragsbemessungsgrenze, Verordnungsermächtigung

Der Gesetzgeber steht vor der dringend zu lösenden Herausforderung, die Pflegeversicherung auf zukunftsfeste Füße zu stellen. Was können Leistungsempfänger und/oder deren Angehörige aus finanziellen Eigenmitteln für Pflegedienstleistungen zukünftig zahlen und wie werden sich die Zahlungsmöglichkeiten, aber auch die Bereitschaft und das Bewusstsein verändern (müssen), um zukünftig hochwertige Pflegeleistungen durch qualifizierte Pflegekräfte am Ort der Wahl in Anspruch nehmen zu können? Bereits jetzt steht Deutschland im Vergleich aller OECD-Staaten an der Spitze mit der höchsten Steuer- und Sozialabgabenlast. So wichtig die Refinanzierung von zusätzlichem Personal, steigenden Löhnen und neuen Versorgungsformen in der Altenpflege ist, so wichtig ist auch zu klären, wie der ausufernden Abgabenlast mit Blick auf die demografische Entwicklung und die stetigen Leistungsausweitungen der Pflegeleistungen Einhalt geboten werden kann.

Aber der Gesetzgeber wählt leider eine völlig mutlose Entscheidung, die Kostensteigerungen in der Pflegeversicherung zu bewerkstelligen: die Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze und der Erhöhung des Beitrags für Kinderlose.

Bereits in den letzten vier Jahren musste der Beitrag zur Pflegeversicherung mehrfach angehoben werden, weil sowohl die Pflegeleistungen der Pflegeversicherung ausgeweitet wurden und die Löhne der Pflegekräfte gestiegen sind. Dies belastet nicht nur Arbeitnehmende, sondern auch die Arbeitgeber – und dies branchenübergreifend. Wenn sich die Wirtschaft endlich erholen soll, dann nicht, indem die Abgabenlast weiter steigt und erneut vor allem kinderlose, aber auch gutverdienende Arbeitnehmende zur Kasse gebeten werden sollen.

Der aktuelle Referentenentwurf findet keine generationengerechte Lösung, die die sinkende Zahl der Arbeitnehmenden im Vergleich zur überproportional steigenden Anzahl pflegebedürftiger Menschen berücksichtigt. Kinderlose Personen sind oft auch Berufsanfänger*innen, die in der Regel in die untersten Lohnstufen eingruppiert sind und bereits heute überproportional hohe Pflegeversicherungsbeiträge zahlen müssen. Ein schlüssiges Gesamtkonzept zur zukünftigen Finanzierung der Pflegeversicherung ohne permanent anzupassender Pflegeversicherungsbeiträge konnte bisher von der Regierung nicht vorgelegt werden.

Der AGVP lehnt die in § 55 vorgesehenen Regelungen und damit die einseitige Belastung kinderloser Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer ab.

Zu § 61b Liquiditätshilfe

Wie bereits in der Zusammenfassung ausgeführt, ist es an der Zeit, dass auch der Staat seiner Verantwortung gerecht wird und seine Verpflichtungen übernimmt. Dazu gehört die Rückerstattung versicherungsfremder Leistungen aus der Corona-Pandemie. Das würde sechs Milliarden Euro[7] zurückbringen für die Finanzierung der Leistungen, für die sie auch gedacht sind, nämlich der Sicherstellung pflegerischer Versorgung. Das Einbehalten wäre verfassungswidrig, so die Juristin. Bräuchte es nur Betroffene, die den Mut und das Durchhaltevermögen haben, auf dem Klageweg dagegen vorzugehen, sollten diese Leistungen vom Bund nicht in die Pflegeversicherung zurückgeführt werden.

Zudem dürfen die Krankenkassenbeiträge für Bürgergeldempfänger nicht mehr von der Pflegeversicherung übernommen werden.

Im Referentenentwurf war der Gesetzgeber mutig und hat auch die Rentenversicherungsbeiträge von pflegenden Angehörigen aus dem SGB XI gestrichen, denn auch diese sind eine versicherungsfremde Leistung, die aus Steuermitteln zu finanzieren ist. Im vorgelegten Gesetzentwurf hat sich der Gesetzgeber dem Druck der Bevölkerung gebeugt und den Vorschlag gestrichen. Dennoch muss langfristig eine andere Finanzierung dafür vereinbart werden, da dies nicht originäre Aufgabe der Pflegeversicherung ist.

Ergänzungsvorschlag

Wie bereits ausgeführt, schlägt der AGVP vor, den § 61b um die Absätze 3 und 4 zu ergänzen und die oben genannten Punkte

- Rückführung der Ausgaben versicherungsfremder Leistungen während der Corona-Pandemie an die Pflegekassen
- Streichung der Übernahme der Krankenkassenbeiträge für Bürgergeldempfänger

im Sinne einer echten Liquiditätsverbesserung in der Pflegeversicherung aufzunehmen und in den entsprechenden Gesetzen Anpassungsänderungen vorzunehmen.

Mit dem Vorliegen der Ergebnisse der Pflegestrukturkommission muss auch die Finanzierung der Rentenbeiträge pflegender Angehöriger neu geregelt werden.

[7] Rechtsgutachten der Hamburger Juristin Dagmar Felix im Auftrag der Krankenkasse DAK

Zu § 72 Zulassung zur Pflege durch Versorgungsvertrag und § 84 Abs. 7 Bemessungsgrundsätze

Die mit dem neuen Absatz 3g geplante Zwei-Klassen-Behandlung in der Pflege Beschäftigter grenzt an Absurdität. Warum soll beschäftigtes Pflegepersonal in Unternehmen, die regionl übliche Entgelte plus 10 % Gehaltszuschlag zahlen, dem Gesetzgeber künftig weniger wert sein als tarifgebundene Beschäftigte?

Der Gesetzgeber macht sich zum Steigbügel der Gewerkschaften, indem künftig nur noch die Lohnsteigerungen in vollem Umfang finanzierungsfähig sein sollen, die in tarifgebundenen Unternehmen gezahlt werden. Doch mit welchem Recht werden Tarifverträge und deren Refinanzierung künftig über die gleichwertige Möglichkeit der Zahlung und Finanzierung regional üblicher Entgelte gestellt? Damit werden die Betriebe abgestraft, die bisher mehr Entscheidungsspielräume in der Lohngestaltung gewählt und damit attraktive Vergütungsmodelle geschaffen haben. Oftmals hatten sie sogar einen Wettbewerbsvorteil gegenüber den Betrieben, die an Tarifverträge gebunden waren, weil noch einmal bis zu 10 Prozent mehr Lohn gezahlt werden durfte, den die Pflegekassen übernommen haben. Die Eigenanteile für Pflegeplätze der Unternehmen mit regional üblichen Entgelten werden künftig stärker steigen, weil die Refinanzierung stark begrenzt wird.

Bezahlst du deine Mitarbeiter gut, wirst du als Betrieb künftig doppelt abgestraft: die Lohnsteigerungen werden nur noch in Höhe der Veränderungsrate von der Pflegekasse bezahlt und deine Pflegebedürftigen müssen künftig tiefer in die Tasche greifen, um bei dir versorgt zu werden. Die Politik hat die Lohnsteigerungen per Gesetz bestellt und will nun die Zeche prellen. Sollen doch die pflegebedürftigen Menschen und deren Angehörige die Kostensteigerungen künftig übernehmen. Aber die Einkommens- und Vermögenssituation gibt dies insbesondere in den neuen Bundesländern, aber auch in vielen Regionen der alten Bundesländer nicht mehr her. Das zeigen die steigenden Zahlen der Anträge zur „Hilfe zur Pflege“. Pflegebedürftige Menschen, die ihren Pflegeplatz heute noch aus der eigenen Tasche zahlen können, könnten im nächsten Jahr schon damit konfrontiert werden, zum Sozialhilfefall zu werden. Was für eine Demütigung am Lebensende und das nur, weil der Staat seiner Verantwortung nicht gerecht werden will.

Mit der geplanten ungleichen Refinanzierung für gleiche Leistung und gleiche Qualifizierung würde für die Unternehmen, die nach regional üblichen Entgelten zahlen, massive finanzielle Unsicherheiten beginnen. Sie müssen weiterhin die vertraglich hohen Löhne zahlen, denn dazu bleiben sie nach dem neuen Absatz 7 des § 84 gesetzlich verpflichtet, finden sich dann aber auf dem Verhandlungsbasar mit den Pflegekassen wieder ohne Garantie, dass diese Löhne und deren Steigerungen auch weiter von den Pflegekassen übernommen werden. Mit fatalen Folgen für die pflegebedürftigen Menschen, denn ihre zu zahlenden Eigenbeiträge werden stark steigen, sollte die Regelung so kommen. Professionelle Pflege würde damit zur absoluten Luxusdienstleistung aufsteigen und die „Hilfe zur Pflege“-Anträge dürften sprunghaft in die Höhe schnellen. Die Kommunen und Länder ächzen schon heute unter der gestiegenen Antragsflut, verzögern die Bearbeitung, weil die Kassen schlichtweg leer sind und bescheren den Pflegeunternehmen dadurch Außenstände in sechs- und sogar siebenstelligen Höhen. Welches Unternehmen soll das aushalten? Und warum will der Gesetzgeber die Pflegeunternehmen in solch eine prekäre Lage bringen?

Damit greift der Gesetzgeber nicht nur in den Wettbewerb ein, sondern forciert massiv, dass stationäre Pflege nur noch mit Zuschüssen aus der Hilfe zur Pflege zu finanzieren sein wird. Wo bleibt da der Aufschrei der Länder und Kommunen?

Wenn es auch in Zukunft noch professionelle Pflege in Deutschland geben soll, müssen die Pflegeunternehmen als Dienstleister an der Gesellschaft anerkannt und nicht nur in Krisensituationen, wie in der Corona-Zeit, beklatscht werden. Es braucht zwingend verlässliche Rahmenbedingungen und dazu gehört die volle Übernahme der Löhne für diejenigen, die Pflege überhaupt ermöglichen und tagtäglich erbringen – ohne Differenzierung.

Wer investiert künftig noch, um neue Pflegeplätze zu schaffen, und dass mit Blick auf die steigende Anzahl pflegebedürftiger Menschen, die spätestens ab dem Pflegegrad 4 nur noch schwer zuhause zu versorgen sind?
Wir brauchen den Ausbau der stationären Versorgung und sogar Professor Rothgang hat darauf hingewiesen, dass die stationäre Versorgung die effizienteste Form der pflegerischen Versorgung sei. Doch die Politik verschließt weiter die Augen vor der Realität und ist nicht bereit, die pflegerischen Strukturen insgesamt zu stärken.
Wie hatte Thilo Sarrazin sein 2010 erschienenes Buch genannt: Deutschland schafft sich ab. Mit den vorgesehenen Regelungen des § 72 und § 84 wäre die Regierung damit auf dem besten Weg dazu.

Änderungsvorschlag
Wie bereits ausgeführt, lehnt der AGVP die geplanten Änderungen der §§ 72 und 84 SGB XI komplett ab. Es darf keine Zwei-Klassen-Finanzierung der Beschäftigten geben.

Zu § 75a Praktische Erprobung innovativer Konzepte

Grundsätzlich ist jede Unterstützung zur Erprobung innovativer Konzepte und Ansätze begrüßenswert, denn wer, als die Branche selbst, kennt die Bedarfe am besten und kann dementsprechende Konzepte und Ideen zur Verbesserung entwickeln. Leider ist das vorgeschlagene recht aufwändig und unter Umständen sogar die Schiedsstelle hinzuzuziehen, wenn ein Vertrag nach § 75a nicht innerhalb von acht Wochen nach Antragstellung zustande kommt. Da die Schiedsstellen bekanntermaßen sehr gut bis überlastet sind, ist die Ergänzung, dass innerhalb von drei Monaten eine Entscheidung zu treffen sei, sinnvoll.

Was passiert jedoch, wenn eine Schiedsstelle im Land nicht besetzt ist? Auch das kam bereits vor und die Schiedsstelle war nicht geschäftsfähig. Somit konnten die Vertragspartner nicht von ihrem Recht Gebrauch machen und die Schiedsstelle anrufen.

Ergänzungsvorschlag

Gemäß der aufgeführten Begründung schlägt der AGVP vor, den § 75a Abs. 2 um folgenden Satz zu ergänzen:

„Ist die Schiedsstelle nach § 76 nicht geschäftsfähig, tritt das zuständige Ministerium für Pflege im jeweiligen Bundesland als Vermittlungsinstitution an deren Stelle.“

Zu § 88b Erstattung von Vorhaltekosten bei Akut-Kurzzeitpflege

Der AGVP begrüßt die geplante Regelung, zugelassenen vollstationären Pflegeeinrichtungen eine Vorhaltepauschale ab dem 1.1.2028 für fünf Jahre für das Vorhalten von Akut-Kurzzeitpflegeplätzen zu gewähren. Hintergrund ist, dass für freigehaltene Betten trotzdem Betriebs- und Sachkosten anfallen und auch Personal zur Verfügung stehen, welches im Fall der kurzfristigen Belegung versorgen kann.

Der AGVP appelliert jedoch an den Gesetzgeber und den GKV-SV, die in Absatz 2 vorgesehenen Richtlinien möglichst schlank und bürokratiearm zu halten, damit eine zeitnahe Auszahlung der Vorhaltepauschale möglich wird. Von der Krankenhausreform sollte gelernt und die dortigen Fehler nicht auf die Altenpflege übertragen werden.

Zu § 113c Personalbemessung in vollstationären Pflegeeinrichtungen

Es wäre zu begrüßen, wenn mit dem neuen Absatz 7 tatsächlich eine Reduktion der Personalquote auf eine Mindestpersonalmenge zu verstehen sei. Dem ist leider nicht so, es wird weiter der bekannte Ansatz der neuen Personalbemessung (PeBeM) verfolgt und in der Begründung zudem erwähnt, dass bisher nur ein Teil der Pflegeeinrichtungen PeBeM bereits umgesetzt hat. Demzufolge soll die Prüfung durch das BMG nur einmal je Legislaturperiode stattfinden anstatt wie bisher alle zwei Jahre. Damit können zwar Kosten eingespart werden, aber viel effektiver und effizienter wäre die Umsetzung der Empfehlung der Bund-Länder-AG gewesen, künftig Mindestpersonalvorgaben zu vereinbaren, die die Pflegeeinrichtungen dann hätten bedarfsgerecht ausgestalten können.

Ergänzungsvorschlag

Der AGVP schlägt vor, die Ergebnisse aus der Bund-Länder-AG in den § 113c aufzunehmen und entsprechende Regelungen zu vereinbaren:

- Doppelregelungen im Landesheimrecht zur Fachkraftquote sollen zugunsten von Mindestpersonalvorgaben entfallen
- Best-Practice-Beispieleinrichtungen sollen identifiziert und zur Überarbeitung der pauschalen Erhöhung der finanzierbaren Personalobergrenzen nach § 113c SGB XI zugrunde gelegt werden
- Reduktion von Beauftragten

Den Unternehmen und dem Pflegepersonal muss endlich mehr Vertrauen geschenkt werden, dass sie über die Kompetenzen verfügen und über die benötigte Personalmenge mit der entsprechenden Qualifikation selbst entscheiden und damit auch die Marktgegebenheiten, aber auch die Entwicklung der Digitalisierung mitberücksichtigen können.

Zu § 113e Transformationsstellenanteile in vollstationären Pflegeeinrichtungen

Der Vorschlag des Gesetzgebers, künftig Personalstellen als sogenannte digitale Mitarbeiter anerkennen und damit auch refinanzieren lassen zu können, ist grundsätzlich zu begrüßen. Der AGVP setzt sich schon seit mehreren Jahren für die Anerkennung digitaler Technik und die Anerkennung der Übernahme standardisierbarer Aufgaben aus der Pflege im Zuge des digitalen Transformationsprozesses ein.

Die Digitalisierung und neue Technologien rücken die Betreuungszeit zurück in den Fokus. Die Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (baua:) hat sehr eindrücklich dargestellt, warum Technologien überhaupt in der Pflege eingesetzt werden (siehe Abbildung 1).



Abbildung 1: Ziel des Technologieeinsatzes in der Pflege; Quelle: https://www.baua.de/DE/Forschung/Schwerpunkt-Digitale-Arbeit/Taetigkeiten-im-digitalen-Wandel/Personenbezogene-Taetigkeiten/Forschung-Pflege-Digitalisierung

Wie hatte es die ehemalige Pflegebeauftragte, Claudia Moll, sehr treffend 2023 formuliert: „Wir werden nie wieder so viele Pflegekräfte haben wie jetzt, aber sicher mehr Menschen mit Pflegebedarf!“[8]

Allein schon aufgrund der demografischen Entwicklung wird Pflegepersonal in Rente gehen, welches zahlenmäßig in der Menge nicht ersetzt werden kann. Insbesondere die Altenpflege steht vor der Herausforderung, die steigende Anzahl pflegebedürftiger Menschen mit der vorgeschriebenen Qualität weiter versorgen zu können. Das wird jedoch nur funktionieren, wenn die Arbeit effizienter gestaltet wird. Dazu gehört auch der Einsatz von Technologien und intelligenten Systemen. Wie auch in anderen Branchen gibt es bereits heute Aufgabenbereiche, in denen die Künstliche Intelligenz (KI) Aufgaben von Menschen übernimmt und deutlich schneller und fehlerfrei ausführen kann. Warum soll diese Aufgabentransformation nicht auch in der Vergütung und in den Stellenvorgaben abgebildet werden können?

Allerdings ist nicht nachvollziehbar, warum der Gesetzgeber diese Transformationsstellenanteile nur denen gewähren will, die PeBeM bereits umsetzen, und

[8] Claudia Moll, Pflegebeauftragte der Bundesregierung, am 1.12.2023 gegenüber der Rheinischen Post

zwar nicht nur mit der Mindestpersonalvorgabe. Das ist nach Einschätzung des AGVP praxisfern und auch aus der Begründung geht nicht hervor, warum nicht alle Pflegeeinrichtungen profitieren sollen, die bereits in technische und intelligente Systeme investiert haben und diese zur Entlastung des Pflegepersonals einsetzen. Schließlich wird damit ein Mehrwert für die Beschäftigten und die Pflegebedürftigen generiert, der sich nicht danach bemisst, ob PeBeM gleichzeitig umgesetzt wird.

Zudem ist das vorgesehene System zur Geltendmachung der Transformationsstellen extrem kompliziert gestaltet und wird neue bürokratische Aufwände bei den Pflegeeinrichtungen verursachen.

Aufgrund der kurzen Rückmeldefrist zum Gesetzentwurf war es dem AGVP nicht möglich, die geplanten Regelungen des § 113e im Detail durchzuspielen.

Änderungsvorschlag

Der AGVP schlägt vor, den Absatz 2 zu ändern und die Geltendmachung der Transformationsstellenanteile allen Pflegeunternehmen zugänglich zu machen, die bereits in Technik und Digitalisierung investiert haben. Im geplanten Förderprogramm nach § 11 Abs. 4 bis 7 wird der Zugang für ambulante und teilstationäre Einrichtungen nicht derart eingeschränkt.

Alternativ besteht die Möglichkeit, den stationären Pflegeeinrichtungen, die nicht nach § 113e förderfähig sind, den Zugang zur Förderung nach § 11 Abs. 4 zu gewähren.

Zu § 125a Modellvorhaben zur Erprobung von Telepflege

Die Digitalisierung in der Altenpflege zu fördern, ist wichtig, um die Akzeptanz im täglichen Einsatz zu erhöhen und die Potenziale aufzuzeigen, die die Digitalisierung mitbringt. Des Weiteren ist die Vernetzung der unterschiedlichen Akteure auch über die reine Fachpflege hinaus wichtig, um die sektorübergreifende Zusammenarbeit auch endlich in die Praxis umzusetzen und Synergien der multiprofessionellen Zusammenarbeit für die Verbesserung der pflegerischen Versorgung, aber auch zur Entlastung und zum Bürokratieabbau zu nutzen.

Der AGVP begrüßt daher die Absicht der Verstetigung telepflegerischer Versorgung im SGB XI.

Der AGVP ist davon überzeugt, dass mit der Vernetzung weiterer Versorgungsbereiche (Apotheken, Therapeuten, ärztliche Versorgung) ein gesamtgesellschaftlich bedeutsamer Lösungsansatz zur Sicherung der öffentlichen Daseinsvorsorge geliefert werden kann. Die Aufnahme telemedizinischer und telepflegerischer Dienste ist wichtig, um vor allem in ländlichen Regionen die pflegerische und ärztliche Komplexversorgung zukunftsfähig aufzustellen. In der Dermatologie zeigen Apps wie Skinive, Dermanostic etc., wie Patienten schnell und fachärztlich validiert im Kontakt mit KI-Systemen bzw. telemedizinischen Zentren behandelt werden können. Die dermatologische Diagnostik und Therapiekontrolle verbessert die Qualität (auch der Dokumentation), löst das Problem des Facharztmangels und gibt den Pflegefachpersonen die Möglichkeit, den zu Pflegenden fachgerecht und abgesichert zu helfen.

Mit Blick auf die Entwicklung der Zahl pflegebedürftiger Menschen und den sich gleichzeitig verschärfenden Fachkräftemangel müssen die Möglichkeiten der Telepflege daher schnell als Regelversorgung etabliert werden. Insbesondere wenn man den Aspekt der erweiterten heilkundlichen Leistungen mit einbezieht, die künftig von Pflegefachpersonen ausgeführt werden können, gibt es viel Potential, das noch nicht oder unzureichend berücksichtigt wird. Daher unterstützt der AGVP gern bei der Erarbeitung der Empfehlungen zur Umsetzung der Ergebnisse aus den Modellvorhaben in die pflegerische Versorgung und bittet um entsprechende Aufnahme in der Aufzählung des § 125a.

Weitere Vorschläge für Anpassungen, die bisher nicht im Pflegeneuordnungsgesetz enthalten sind

Ausbildungskosten aus den Eigenanteilen der Pflegebedürftigen lösen

Der AGVP gibt zu bedenken, dass noch immer die Ausbildungskosten anteilig von den Pflegebedürftigen in der Altenpflege zu tragen sind. Bisher wurde dazu noch nichts auf den Weg gebracht. Verbesserungen der Pflegeausbildungen wirken sich auch auf die Eigenanteile der Pflegebedürftigen aus, denn i.d.R. geht eine Verbesserung der Qualifizierung des Personals mit einem Anstieg der Kosten einher. Mit Blick auf die permanent steigenden Zuzahlungen für die Pflegebedürftigen sieht es der AGVP nun geboten, endlich die Ausbildungskosten aus den Eigenanteilen herauszulösen.

Steuerfreiheit für Zuschläge für in der Pflege beschäftigte Personen

Ein weiteres Vorhaben der Vorgängerregierung wurde bisher ebenfalls noch nicht umgesetzt: Steuererleichterungen für in der Altenpflege Beschäftigten. Es ist an der Zeit, die Zuschläge für in der Pflege Beschäftigte regelhaft steuerfrei zu stellen, damit die Beschäftigten sofort mehr Netto und damit auch die Wertschätzung der anstrengenden Tätigkeiten erhalten. Änderungen in § 3 im Lohnsteuer-Handbuch (LStH) sind im Omnibusverfahren im PNOG zu ergänzen.

Diabetes-Management

Die Selbstverwaltungspartner sollen verbindlich aufgefordert werden, folgende Leistungen als Pflegeleistung aufzunehmen:

- das Diabetes-Management per CGM-Systemen (Kontinuierliche Glukosemessung)
- die Begleitung aufwändiger Insulinpumpensysteme und
- das Diabetesmanagement in besonders aufwändigen Situationen (hier typisch: Schulkinder).

Aktuell wird die Blutzuckermessung herkömmlich über den Stich in den Finger gemessen, weil die moderne Diagnostik nicht oder nicht umfänglich refinanziert wird. Des Weiteren werden aufwändige Insulinpumpensysteme bei fehlender Eigenmanagementkompetenz entzogen, weil dem Pflegepersonal nicht die Zeit vergütet wird, entsprechend die Betroffenen zu schulen und aufzuklären und der erhebliche Aufwand finanziell nicht abgedeckt ist. Zudem muss die Versorgung in besonderen Situationen (z.B. in der Schule) abgelehnt werden, weil diese Versorgung nicht annähernd refinanziert wird. Oft bleibt nur eine aufwändige, langwierige Einzelfall-Preis-Verhandlung. Daher plädiert der AGVP für die Aufnahme dieser genannten Leistungen in das Vergütungssystem der Pflegekassen, insbesondere in die Leistungskomplex-Kataloge für die ambulante Pflege.

Anerkennung der Pflege- und Betreuungsangebote in der häuslichen Betreuung (Live-In-Betreuung)

Der AGVP setzt sich dafür ein, dass die professionellen Betreuungsdienstleistungen in privaten Haushalten als Teil der Versorgungskette in Deutschland anerkannt werden. Es muss endlich politisch anerkannt werden, welch wertvolle Arbeit durch professionelle Betreuungspersonen in der häuslichen Pflege geleistet wird. Die verfügbaren ambulanten, stationären und kommunalen Angebote können diese Bedarfe bereits jetzt nicht flächendeckend erfüllen.

Deshalb wächst der Pflegemarkt der professionellen häuslichen Betreuungsleistungen (sog. Live-In) aufgrund der zunehmenden Nachfrage von Pflegebedürftigen und Angehörigen stark. Branchenangaben von ca. 400.000 privaten Haushalten, die von ca. 700.000 Betreuungskräften innerhalb eines Jahres versorgt werden, zeugen davon, wie wichtig diese Form der Betreuung als Unterstützung für Menschen ist, die gern und bewusst eins zu eins in ihrem Zuhause versorgt werden wollen. Dabei bietet diese Versorgungsform bei den Betroffenen meist die einzige Möglichkeit, um in der Häuslichkeit zu verbleiben.

Professionelle Betreuungsdienstleistungen bilden den niedrigschwelligen Einstieg in die häusliche Betreuung und sind, ähnlich wie die Betreuung und Pflege durch Angehörige, eine wichtige Möglichkeit zur Begleitung hilfe- und pflegebedürftiger Menschen in Deutschland. Vor allem in den Regionen, in denen die Versorgungsangebote der professionellen Pflege bereits sehr knapp oder nicht vorhanden sind, ermöglichen die Betreuungsdienstleistungen in der Häuslichkeit eine wichtige Grundversorgung. Nichtsdestotrotz gilt die Versorgung über Betreuungsdienste im häuslichen Umfeld als sogenannte rechtliche Grauzone, was die Betroffenen und Angehörigen verunsichert.

Die Anerkennung der bereits existierenden und nachgefragten Pflege- und Betreuungsangebote ist aus Sicht des AGVP essenziell, um

- den Pflegebedürftigen die Wahlfreiheit der Versorgung auch zukünftig zu ermöglichen und damit die individuellen Versorgungswünsche zu akzeptieren,
- die Wirtschaftlichkeit der Pflegeleistungen zu gewährleisten und damit auch die finanzielle Belastung für Pflegebedürftige, Angehörige und Sozialhilfeträger zu minimieren,
- einen gesunden Wettbewerb und damit auch Weiterentwicklung, Investitionen und Innovationen zu fördern.

Dem AGVP ist sehr daran gelegen, sowohl den dienstleistungserbringenden Unternehmen als auch den betroffenen Haushalten eine rechtssichere Grundlage zu schaffen, die nicht die Dienstleistungserbringung so massiv erschwert oder noch weiter verteuert, dass die Mehrzahl der Haushalte sich die wichtige Form der Versorgung nicht mehr leisten kann. Um dies umzusetzen, schlagen wir folgende vier Punkte vor:

1. **Professionelle Betreuungsdienstleistungen in häuslicher Umgebung müssen als eigenständiger Sektor in der gesamtpflegerischen Versorgung anerkannt werden.**
   Im SGB V und SGB XI sind bereits die Betreuung und Pflege in der Häuslichkeit durch zugelassene Pflegedienste und Angehörige geregelt – nur noch nicht die Leistungen der professionellen Betreuungskräfte inkludiert, obwohl diese quasi wie Zugehörige behandelt werden. Die wesentlichen Aufgaben der Betreuungskräfte umfassen neben der Grund- und Körperpflege auch Aufgaben der hauswirtschaftlichen Versorgung und Alltagsbegleitung. Eine entsprechende Ergänzung des SGB XI, z.B. in den §§ 3, 4, 8 Abs. 2 SGB XI und damit auch die Anerkennung und Abrechenbarkeit der häuslichen Betreuung durch professionelle Betreuungskräfte sind längst überfällig.

   Der AGVP schlägt weiter vor, dies mit einem eigenen Kapitel „Professionelle häusliche Betreuung“ in das Sozialgesetzbuch XI zu integrieren oder ein eigenes Hausbetreuungsgesetz zu verabschieden. Die pflegebedürftige Person soll selbst entscheiden, welche Leistungen mit dem nach dem Pflegegrad zustehenden Pflegegeld finanziert werden. Dazu muss auch die Finanzierung des Vertrags mit einer professionellen Betreuungskraft, bzw. mit einem auf die Erbringung dieser Dienstleistungen spezialisierten Unternehmen, möglich werden. Ähnlich dem

Betreuungsgeld für die Betreuung von Kindern in der Häuslichkeit, welches 2015 in die Länderverantwortung überging, wäre auch ein Betreuungsgeld für die häusliche Betreuung denkbar, z.B. wenn eine Betreuung durch Angehörige nicht oder nicht ausreichend sichergestellt werden kann.

2. **Die Kooperation mit fachpflegerischen Angeboten und damit auch die Abrechnung der Betreuungsleistungen über die Pflegekassen muss möglich werden.**
   Die Kombination von professionellen Betreuungsdienstleistungen in der Häuslichkeit und der professionellen Fachpflege muss endlich möglich werden, um eine ganzheitliche bedarfsgerechte und individuelle pflegerische Versorgung entsprechend den Wünschen der Pflegebedürftigen anbieten und abrechnen zu können.

   Es sollten Schnittstellen mit der ambulanten Pflege geschaffen werden, um die häusliche Betreuung durch fachpflegerische Angebote ergänzen und abrechnen zu können. Fachliche Kompetenzen der Betreuungskräfte können mit regelmäßigen Schulungen und Weiterqualifizierung ausgebaut werden und für die Abstimmung der Versorgung der Pflegebedürftigen mit ambulanten Diensten sehr nützlich sein, um eine Hand-in-Hand-Versorgung sicherstellen zu können. Pflegefachkräfte können sich dann stärker auf ihre Kernkompetenzen konzentrieren. Denkbar wäre auch, die Beratungsmöglichkeiten nach § 37 Abs. 3 SGB XI für die Beratung und Anleitung der Betreuungskräfte zu nutzen.

   In Nordrhein-Westfalen wurde bereits ein erprobtes System entwickelt, dass die Leistungen auf Landesebene anerkennt. Um dies im SGB XI zu verankern, hatte der Gesetzgeber schon eine Formulierung im Arbeitsentwurf zur Pflegereform vom 15.03.2021 zum § 45f SGB XI ab Seite 37 ff. vorgeschlagen. Doch zur Verabschiedung kam es dann nicht mehr. Der AGVP fordert den Gesetzgeber daher auf, den Entwurf des § 45f SGB XI in das PKG aufzunehmen und zu beschließen. Die Bundesländer könnten durch Rechtsverordnungen das Nähere über die Anerkennung der Angebote von Leistungen zur Unterstützung in der häuslichen Betreuung regeln. Eine bundeseinheitliche Lösung mit identischen Zugangsvoraussetzungen sollte bevorzugt werden, um einen Flickenteppich unterschiedlicher Regelungen zu vermeiden und den bundesweit tätigen Unternehmen einheitliche Rahmenbedingungen zu ermöglichen.

3. **Die Beschäftigung von professionellen Betreuungskräften in privaten Haushalten muss arbeitsrechtlich in Deutschland anerkannt werden.**
   In der häuslichen Betreuung werden seit vielen Jahren verschiedene Betreuungsmodelle angewandt. Diese Vielfalt muss anerkannt werden. Beratungs- und Betreuungsdienstleister vermitteln seit Jahren Betreuungspersonal über die Entsendung oder selbständige Betreuungspersonen.

   Für alle Modelle ist es essenziell, dass diese für die Betroffenen bezahlbar bleiben müssen. Sinnvoll ist daher, rechtssichere Rahmenbedingungen zur Erbringung von Dienstleistungen in der Häuslichkeit zu schaffen und die Ausgestaltung den Vertragspartnern zu überlassen, die diese Dienstleistungen in Anspruch nehmen möchten. Es macht keinen Sinn, eine Maximalregelung anzustreben und damit die Dienstleistungen soweit zu verteuern, dass sie sich nur noch die finanziell wohlhabenden Menschen leisten können. Das ist in der Mehrheit nicht die Zielgruppe, die solche Betreuungsleistungen beauftragt. Aktuell zahlen die Haushalte je nach Leistungsumfang und Qualifikation der Betreuungskraft zwischen 2.600 und 4.000 Euro pro Monat für die häuslichen Betreuungsdienstleistungen. Zudem würde eine Maximalregelung die Leistungen so stark verteuern (z.B. wie es in dem

Modellprogramm vorgesehen war, welches die ehemalige Pflegebeauftragte der Bundesregierung, Claudia Moll, und das BMAS erarbeitet hatten), dass der AGVP befürchtet, dass genau der gegenteilige Effekt eintreten würde – die Betreuungspersonen wechseln in die Schwarzarbeit und den Privathaushalten wäre damit gar nicht geholfen.

Für entsendetes Betreuungspersonal ist die Schaffung einer arbeitsrechtlichen Regelung wichtig, sodass Arbeitszeiten klar definiert werden und von Bereitschaftszeiten, wie bspw. Rufbereitschaft, abgegrenzt werden. Für die Bereitschaftszeit muss eine Sonderregelung geschaffen werden. Hintergrund ist, dass bei der Betreuung im häuslichen Umfeld zwar die Arbeitszeit festgelegt werden kann. Eine Differenzierung zwischen Bereitschaftszeiten und Ruhezeit, bzw. Freizeit, ist hingegen aufgrund der gemeinsamen Wohnsituation nicht oder nur eingeschränkt möglich. Denkbar wäre daher die Aufnahme in den § 14 Abs. 2 Punkt 2 des Vierten Abschnitts ArbZG. Alternativ kann der Bund eine Rechtsverordnung nach dem § 15 Abs. 2 und 2a ArbZG erlassen, mit der eine für den Bereich der häuslichen Betreuung speziellen Arbeitszeitverordnung Rechtssicherheit geschaffen werden kann, die im Einklang mit der europäischen Entsenderichtlinie steht. Als weitere Alternative ist die räumliche Trennung eine Option. Das würde bedeuten, dass die Betreuungskräfte gar nicht in der Häuslichkeit mit der pflegebedürftigen Person zusammenwohnen, sondern in einer eigenen Unterkunft untergebracht sind, um dadurch auch Arbeitszeit und Ruhezeit klarer trennen zu können.

Auch für selbständige Betreuungskräfte müssen Mindeststandards sichergestellt sein: Sie müssen umfassend geschult und informiert sein und wissen, wie sie sich selbst vor Entgrenzung des Arbeitsaufwands schützen. Sie müssen ihre Ruhe- und Freizeiten selbst planen und bei Abweichungen entsprechenden Ausgleich einfordern oder weitere Dienstleister mit in das Pflegesetting integrieren. Auf Basis eines Bedarfsprofils sollte der Aufgabenbereich der Betreuungskraft dokumentiert und ein Arbeitsplan skizziert werden, der einer Entgrenzung Einhalt gebieten und nötige Erholungszeiten sicherstellen kann. Wenn sich zudem zwei Betreuungskräfte regelmäßig abwechseln, ist eine weitere Regelung zur besseren Vereinbarung von beruflicher Tätigkeit gesetzt und die Betreuungsqualität nachhaltiger gesichert.