Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
21(14)129(34)
gel. VB zur öffent. Anh. am
25.11.2026 - PNOG
24.11.2026

Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. (bpa)

Stellungnahme zum

Entwurf der Bundesregierung für ein

Gesetz zur Neuordnung der Pflegeversicherung (Pflegeneuordnungsgesetz – PNOG)

Bundestags-Drucksache 21/8869

sowie zu
den Anträgen der Fraktion der AfD
Pflegeversicherung strukturell reformieren
(Bundestags-Drucksache 21/8553),
Solidität der Pflegeversicherung sichern
(Bundestags-Drucksache 21/8918),

den Anträgen der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN
Krisenresilienz in der Pflege stärken
(Bundestags-Drucksache: 21/6344),
Nachhaltige Pflegereform
(Bundestags-Drucksache: 21/8398),

den Anträgen der Fraktion Die Linke
Pflegeversicherung solidarisch und bedarfsgerecht ausrichten
(Bundestags-Drucksache: 21/5828),
Pflegende An- und Zugehörige unterstützen
(Bundestags-Drucksache: 21/6361),
Verhinderungspflege erhalten und stärken
(Bundestags-Drucksache: 21/8927),
Alltagshilfen sichern statt Leistungen kürzen
(Bundestags-Drucksache: 21/8928)

Berlin, 23. November 2026

bpa – Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V.
Bundesgeschäftsstelle, Friedrichstr. 148, 10117 Berlin
Tel. 030 – 30 87 88 60, bund@bpa.de
https://de.linkedin.com/company/der-bpa – www.bpa.de

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

Inhaltsverzeichnis

I.) Stellungnahme zum Gesetzentwurf 5

Zusammenfassung 5

Zu den Vorschriften im Einzelnen 7
§ 6 SGB XI – Rechte und Pflichten der Pflegeeinrichtungen 7

§ 7a SGB XI – Pflege-Cockpit 8

§§ 7c und 7d SGB XI – Pflegebegleitung
§ 37 Abs. 3 SGB XI – Pflegeberatungseinsätze
§ 45 SGB XI – Pflegeberatung 9

§ 8a SGB XI – Gemeinsame Empfehlungen zur pflegerischen Versorgung und zu deren Sicherstellung 14

§ 9 SGB XI – Investitionskosten 17

Digitalisierung 18

§ 10 SGB XI – Kompetenzzentrum Digitalisierung und Pflege 20

§ 11 Abs. 3 SGB XI – Einmaliger Zuschuss für Digitalisierung 22

§ 11 Abs. 4 bis 9 SGB XI – Förderung von Innovation und Digitalisierung 23

§ 30 Abs. 1 SGB XI – Dynamisierung 27

§ 35b SGB XI – Abtretung bei Kostenerstattung 30

§ 36 SGB XI – Pflegesachleistungen
§ 45a SGB XI – Angebote zur Unterstützung im Alltag
§ 45b SGB XI – Sozialraumbudget 33

§ 37 SGB XI – Pflegegeld 35

§ 39 SGB XI – Überbrückungsbudget
§ 39a SGB XI – Pflegesachleistungen in pflegerischen Akutsituationen 37

§§ 40b und 40c SGB XI – Digitale Pflegeanwendungen 42

§ 42 SGB XI – Kurzzeitpflege
§ 69 SGB XI – Sicherstellungsauftrag 44

§ 43c SGB XI – Begrenzung des Eigenanteils an den pflegebedingten Aufwendungen
§ 144 SGB XI – Bestandsschutz für bisherige Leistungszuschläge nach § 43c SGB XI 48

§ 45a SGB XI – Angebote zur Unterstützung im Alltag; Nachbarschaftshilfe 49
§ 45b SGB XI – Sozialraumbudget 49
§ 72 Abs. 3g SGB XI – Tariftreueregelung 53
§ 82c SGB XI – Wirtschaftlichkeit von Personalaufwendungen 55
§ 82 Abs. 1a SGB XI – Finanzierung der Pflegeeinrichtungen 94
§ 88b SGB XI – Erstattung von Vorhaltekosten bei Akut-Kurzzeitpflege 65
§ 113c Abs. 9 und 10 SGB XI – Personalbemessung in vollstationären Pflegeeinrichtungen 68
§ 113e SGB XI – Transformationsstellenanteile in vollstationären Pflegeeinrichtungen 70
§125a SGB XI – Modellvorhaben zur Erprobung von Telepflege 77

II.) Antrag AfD: Pflegeversicherung strukturell reformieren 79
III.) Antrag AfD: Solidität der Pflegeversicherung sichern 80
IV.) Antrag Grüne: Krisenresilienz in der Pflege stärken 81
V.) Antrag Grüne: Nachhaltige Pflegereform 83
VI.) Antrag Linke: Pflegeversicherung solidarisch ausrichten 87
VII.) Antrag Linke: Pflegende An- und Zugehörige unterstützen 89
VIII.) Antrag Linke: Verhinderungspflege erhalten und stärken 92
IX.) Antrag Linke: Alltagshilfen sichern statt Leistungen kürzen 93
X.) Weitere Änderungsvorschläge des bpa **94**

1) Finanzierung – versicherungsfremde Leistungen 94
2) Berücksichtigung der Auslastungsquote als wesentliche Geschäftsgrundlage 96
3) Angemessene Berücksichtigung von unternehmerischem Wagnis und der Möglichkeit der Gewinnerzielung 97
4) Berücksichtigung einer anlaufbedingt eingeschränkten Belegungsquote 100
5) Erweiterung der Kompetenzen der Pflegesatzkommissionen zur Verfahrensbeschleunigung 101

6) Häusliche Krankenpflege und außerklinische Intensivpflege: Gleichklang der wirtschaftlichen Angemessenheit von Personalaufwendungen in SGB V und SGB XI sowie klare Regelung von Zahlungsfristen und Verzugsfolgen für Kostenträger 103

7) Sozialhilfe: Klare Regelung von Zahlungsfristen, Verzugsfolgen und Zahlungsansprüchen für erbrachte Leistungen vor Bescheiderteilung 105

8) Kompetenzvermutung: Vereinfachung der Anerkennung der Berufsqualifikation für internationale Fachkräfte 107

9) Regelung zur Aufteilung des Finanzierungsbedarfs für Tagespflegen modifizieren 108

10) Evaluierung des Pflegeberufegesetzes 109

Nachbemerkung 110

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

Zusammenfassung

Der Kabinettsentwurf des PNOG bleibt hinter der angekündigten Strukturreform zurück und lässt offen, wie die pflegerische Versorgung in Deutschland nachhaltig gesichert werden soll.

Der bpa konzentriert seine Hinweise und Anpassungsvorschläge auf folgende pflegerelevante Regelungen des Kabinettsentwurfs:

- das Sozialraumbudget
- die Pflegebegleitung
- die Verhinderungspflege
- sowie die Ungleichbehandlung bei der Refinanzierung von Gehaltssteigerungen.

In der Kombination sind diese Maßnahmen ein beispielloser Kahlschlag an den grundlegenden Unterstützungsleistungen für Pflegebedürftige und deren Angehörige.

Mit dem neu geschaffenen **Sozialraumbudget** werden aufgebaute und gut funktionierende Strukturen in der Pflege zerschlagen. Dies führt zu einer Entlassungswelle von Personal und zwingt Pflegebedürftige in ihnen unbekannte und neue Strukturen. Kurzfristig drohen hier in doppelter Weise **gravierende Folgen für die ambulante Versorgung** von 2 Millionen Pflegebedürftigen. Mehr als 50.000 Mitarbeitende müssen noch vor Weihnachten ihre Kündigung erhalten.
Eine Pflegereform darf nicht dazu führen, dass funktionierende Versorgungsstrukturen zerschlagen werden. Das Sozialraumbudget muss deshalb **für die Tagespflege, Kurzzeitpflege, Betreuung und hauswirtschaftliche Unterstützung durch professionelle Pflegeeinrichtungen und -dienste geöffnet werden.** Alternativ schlägt der bpa vor, die Regelungen zum Entlastungsbetrag wie bisher beizubehalten!

Die neue **Pflegebegleitung**, die die bisherige Pflegeberatung ersetzen soll, gefährdet in ihrer jetzt geplanten Form bewährte Beratungsstrukturen. Über Jahre wurde die Pflegeberatung durch Pflegedienste erfolgreich aufgebaut, Viele Tausend Pflegedienste unterstützen Pflegebedürftige und Angehörige seit Jahren zuverlässig. Sie funktioniert zuverlässig und gibt den Bedürftigen Sicherheit. Mit dem PNOG werden diese Strukturen

nun zerschlagen, um sie anschließend neu bei Pflegekassen und Kommunen wieder aufzubauen.

Dass die Pflegekassen bereits bestehende Beratungsstrukturen berücksichtigen sollen, ist keine ausreichende Sicherheit für Pflegedienste, entsprechendes Personal weiter vorzuhalten. Dies ist aber nötig, um kontinuierlich die Beratungs- und Begleitungsleistung weiter anzubieten. **Pflegedienste müssen deshalb als Leistungserbringer der Pflegebegleitung im Gesetz verankert werden**.

Auch die Streichung des bewährten **Instruments der Verhinderungspflege**, die bislang flexibel und stundenweise eine wichtige Entlastung für viele Familien ermöglicht hatte, sieht der bpa kritisch. Künftig soll es dafür nur die Möglichkeit geben, einen Notdienst in der ambulanten Pflege oder eine Kurzzeitpflege zu nutzen (Überbrückungsbudget). Damit weiterhin Entlastung durch vertraute Strukturen möglich bleibt, müssen auch das neue **Sozialraumbudget bzw. der Entlastungsbetrag und das Überbrückungsbudget flexibel** in diesem Sinne **genutzt werden können**.

Die vorgesehene **Ungleichbehandlung und unzureichende Refinanzierung von Gehaltssteigerungen** lehnt der bpa ab. Der Gesetzgeber hat in den vergangenen Jahren selbst dafür gesorgt, dass alle Pflegekräfte auf Tarifniveau bezahlt werden müssen, und dafür verschiedene Wege eröffnet. Jetzt soll eine Wettbewerbsverzerrung zu Lasten der privaten Einrichtungen eingeführt werden, die sich zur Einhaltung des „regional üblichen Entlohnungsniveaus“ (rüE) verpflichtet haben. Sie werden so gegenüber tarifgebundenen Einrichtungen bei der Refinanzierung von Gehaltssteigerungen massiv schlechter gestellt und laufen in eine strukturelle Unterfinanzierung. Diese **Wettbewerbsverzerrung muss aus dem PNOG gestrichen** und eine **vollständige Refinanzierung der Gehaltssteigerungen für alle Einrichtungen weiterhin gewährleistet werden.**

Der bpa appelliert daher an die Bundesregierung und die Koalitionsfraktionen, seine Änderungsvorschläge in den parlamentarischen Beratungen umzusetzen und wird in der öffentlichen Anhörung am 25.11.2026 seine Kritik näher erläutern.

Zu den Vorschriften im Einzelnen

Artikel 1, Nr. 5
§ 6 SGB XI – Rechte und Pflichten der Pflegeeinrichtungen

Vorgeschlagene Neuregelung
In Absatz 1 sollen die Rechte und Pflichten der Pflegeeinrichtungen ergänzt werden durch die Aufgabe der Pflegeeinrichtungen, die Versicherten dabei zu unterstützen, ihre Pflegebedürftigkeit zu überwinden, zu mindern oder einer Verschlimmerung entgegenzuwirken, indem die Einrichtungen den Alltag der Pflegebedürftigen gesundheitsbewusst ausgestalten und präventiv und rehabilitativ ausgerichtete Pflegemaßnahmen ergreifen.

Stellungnahme
Der bpa stimmt mit dem Gesetzgeber überein, dass das Handeln der Pflegeeinrichtungen darauf ausgerichtet sein muss, Pflegebedürftigkeit zu mindern, zu überwinden oder einer Verschlechterung entgegenzuwirken. Um dies zu gewährleisten, leisten täglich Hunderttausende qualifizierte Pflegekräfte einen wesentlichen Beitrag. Vor diesem Hintergrund bleibt jedoch unklar, welches konkrete Ziel die geplante Ergänzung der Rechte und Pflichten verfolgt. Sofern damit neue Verpflichtungen oder zusätzliche Aufgaben verbunden sein sollen, die bis-lang aus Sicht des Gesetzgebers nicht zum Leistungsumfang der Pflegeeinrichtungen zählen, bedarf es einer eindeutigen Klarstellung sowie einer entsprechenden Refinanzierung.

Änderungsvorschläge

§ 6 Abs.1 SGB XI wird wie folgt gefasst:
(1) Inhalt und Organisation der Leistungen, die Pflegeeinrichtungen erbringen, haben eine humane und aktivierende Pflege unter Achtung der Menschenwürde jederzeit zu gewährleisten. Die Pflegeeinrichtungen pflegen, versorgen und betreuen die Pflegebedürftigen, die ihre Leistungen in Anspruch nehmen, entsprechend dem allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse. Die Pflegeeinrichtungen unterstützen die Versicherten dabei, durch **geeignete** Pflegemaßnahmen die Pflegebedürftigkeit zu überwinden, zu mindern oder einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit entgegenzuwirken.

Artikel 1, Nr. 6
§ 7a SGB XI – Pflege-Cockpit

Vorgeschlagene Neuregelung
§ 7a SGB XI führt mit dem „Pflege-Cockpit" einen einheitlichen digitalen Zugang ein, den die Pflegekassen für jede bei ihnen versicherte pflegebedürftige Person eröffnen. Über diesen Zugang erhalten Pflegebedürftige und von ihnen bevollmächtigte Personen gebündelt allgemeine und individuelle Informationen zur Pflegeversicherung, einen Überblick über die im jeweiligen Pflegegrad beanspruchbaren Leistungen und den aktuellen Leistungsbezug, die Möglichkeit, Anträge, Anfragen und Belege einzureichen und deren Bearbeitungsstatus zu verfolgen sowie Zugang zu Beratungs-, Schulungs- und Unterstützungsangeboten (Absatz 1 Nummer 1 bis 10). Die Darstellung soll einfach verständlich und barrierearm sein; bei der Weiterentwicklung wird ein zweckmäßiger Datenaustausch mit der elektronischen Patientenakte mitgedacht. Absatz 2 sieht zudem bereits bei der Feststellung einer Pflegebedürftigkeit einen digitalen Zugang zu Präventions- und Basisinformationen vor.

Stellungnahme
Der bpa regt an, das mit dieser Vorschrift verfolgte Vorhaben eng mit den weiteren Entwicklungen rund um Versicherten-Apps sowie das Frontend des Versicherten (FdV) der gematik – etwa im Kontext der elektronischen Verordnung häuslicher Krankenpflege (eVO HKP) – abzustimmen. Ziel sollte sein, einen Wildwuchs an Einzelanwendungen zu vermeiden und die wesentlichen Informationen möglichst in einem System zu bündeln, anstatt Versicherte und Pflegebedürftige auf eine Vielzahl separater Apps zu verweisen. Eine solche Bündelung erhält die Übersicht für die Nutzerinnen und Nutzer und vermeidet vermeidbaren Mehraufwand und zusätzliche Kosten. Der bpa hält es daher für sinnvoll, die Anschlussfähigkeit an bestehende und in Entwicklung befindliche Anwendungen – insbesondere das FdV der gematik – frühzeitig zu prüfen und aufeinander abzustimmen.

Änderungsvorschläge
§ 7a Absatz 1 Satz 6 SGB XI wird wie folgt gefasst:
Bei der weiteren Entwicklung des Pflege-Cockpits **werden** in der Konzeption zudem ein zweckmäßiger Datenaustausch mit der elektronischen Patientenakte nach § 341 des Fünften Buches **sowie die Anschlussfähigkeit an das Frontend des Versicherten der Gesellschaft für Telematik und an weitere Versicherten-Anwendungen** berücksichtigt**, um die wesentlichen Informationen für die Versicherten möglichst in einem System zu bündeln und eine Vielzahl separater Anwendungen zu vermeiden.**

Artikel 1, Nr. 8
§§ 7c und 7d SGB XI – Pflegebegleitung
§ 37 Abs. 3 SGB XI – Pflegeberatungseinsätze
§ 45 SGB XI – Pflegeberatung

Vorgeschlagene Neuregelung
Ab dem 1. Januar 2029 soll jede pflegebedürftige Person in häuslicher Pflege Anspruch auf die Begleitung durch eine Pflegebegleitperson haben. Die Durchführungsverantwortung wird den Pflegekassen übertragen. Diese sollen mit allen an der Versorgung beteiligten Personen eng zusammenarbeiten und sind auch verpflichtet, insbesondere ambulante Pflegedienste und anerkannte Beratungsstellen zu berücksichtigen.

Gleichzeitig sollen die heute bestehenden Ansprüche auf Beratung nach § 37 Abs. 3, nach § 7a und die individuelle Pflegeschulung nach § 45 SGB XI nur noch bis Ende 2028 gewährt werden.

Passend zu den bisherigen Ansprüchen hat sich in Deutschland seit Einführung der Pflegeversicherung eine Struktur etabliert, die die Beratung und Begleitung von Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen leistet. Ganz überwiegend ambulante Pflegedienste, aber auch unabhängige Beratungsstellen und weitere Organisationen haben viele tausend Pflegefachkräfte weitergebildet, die Menschen in deren Häuslichkeit besuchen und dort beraten, anleiten und schulen.

Stellungnahme
Die Beratungs- und Schulungsleistungen sind kein Randthema der Pflegeversicherung, sondern ein entscheidender Hebel für Versorgungssicherheit und Kostenstabilität. Beratungs- und Schulungsleistungen tragen entscheidend dazu bei, häusliche Pflege und ihre Qualität zu stabilisieren, durch Unterstützung Angehöriger deren Überforderung zu vermeiden und so eine kostenintensive vollstationäre Versorgung hinauszuzögern.

Trotz ihrer zentralen Bedeutung für die Stabilisierung häuslicher Pflege werden diese Leistungen im Berichtswesen bislang nicht ausgewiesen. Damit fehlt der Maßstab für die Bewertung dieser Beratungen, die allerdings für eine zielgerichtete Weiterentwicklung unabdingbar ist.

Obwohl die spezifischen Ausgaben bis heute nicht ausgewiesen werden, ist erkennbar, dass derzeit insbesondere die Beratungseinsätze nach § 37 Abs. 3 SGB XI sehr effizient durch Mitarbeitende in Pflegeeinrichtungen geleistet werden. Seit der Einführung der Pflegeversicherung sind Pflegedienste meistens erste Ansprechpartner für pflegebedürftige Menschen. Die bestehenden rd. 16.000 Pflegedienste in Deutschland beraten und begleiten Menschen, die nur Pflegegeld (§ 37 Abs. 3 SGB XI) erhalten, sowie

Menschen, die durch Angehörige und Pflegedienste unterstützt werden. Man kann davon ausgehen, dass im Jahr 2025 mehr als 5 Mio. pflegebedürftige Menschen von Pflegediensten beraten wurden. Zusätzlich schulen diese im Rahmen der Pflegeberatung nach § 45 SGB XI Angehörige und bieten Gruppenkurse an. Hier bleibt das Potenzial jedoch bisher aufgrund bürokratischer Hürden ungenutzt.

Diese Beratungs- und Schulungsstrukturen sollen nun ersetzt werden durch das Eingliedern in derzeit extrem ineffiziente Strukturen der Pflegekassen (§ 7a SGB XI alt). Diese Art der Pflegeberatung erreichte nur 3 % der Pflegebedürftigen, wie dem Bericht des GKV-Spitzenverbandes „Pflegeberatung nach § 7a Abs. 9 SGB XI“ vom Juni 2026 zu entnehmen ist.

Will man ernsthaft eine Idee dazu entwickeln, wie der deutlich erweiterte Aufgabenkatalog zur Pflegebegleitung erfüllt werden soll, scheitert man nicht nur an Fragen der Finanzierbarkeit, sondern auch schlicht an der Ressource Personal.

Jeder Versuch, die bislang durch Pflegedienste geleisteten sowie die vielen zusätzlichen Aufgaben sachgerecht zu erfüllen, würde zwangsläufig ein Kannibalisieren der Personalstrukturen der Pflegeeinrichtungen bedeuten.

Für die Verschiebung und Ausweitung der Beratung weg von Pflegediensten hin zu Pflegekassen oder Kommunen müssten viele tausend Pflegefachpersonen den Pflegeeinrichtungen entzogen und in Pflegestützpunkten, Pflegekassen oder kommunalen Strukturen eingestellt werden und mit Laptop, Handy, Kfz, Büromaterial etc. ausgestattet werden. Abgesehen davon ist unklar, wie dies innerhalb von zwei Jahren bewerkstelligt werden soll. Eine kostenneutrale Umsetzung ist jedenfalls kaum möglich. Zudem hätte diese erhebliche negative Auswirkungen für die Pflegebedürftigen und für die Gesellschaft insgesamt, denn

- die hohe Zahl an benötigten Pflegebegleitpersonen geht den Pflegeeinrichtungen als Pflegefachkräfte verloren. Das verschärft den Fachkräftemangel in der direkten Pflege ohne zusätzlichen erkennbaren Nutzen.

- Die Pflegebedürftigen würden nicht wie gewohnt vom großen Erfahrungsschatz von Pflegekräften profitieren, die in der ambulanten Pflege arbeiten und die betroffenen Personen zum Teil aus der täglichen Pflege kennen.

- Pflegedienste leisten auch am Wochenende und an Feiertagen. Sie können Pflegebedürftige auch freitagnachmittags (nach

plötzlicher Entlassung aus dem Krankenhaus) beraten und benötigte Hilfsmittel zur Verfügung stellen.

- Auch das Erstgespräch bei Neuaufnahme durch einen Pflegedienst ist eine weitere Situation, in der Beratung und Begleitung bereits stattfinden. Hier wird konkret geprüft, welche Leistungen von wem erbracht werden (Pflegedienst, Angehörige, Hausarzt etc.) und welche finanziellen Auswirkungen dies für die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen hat. Diese Leistung wird in jedem Fall weiter durch ambulante Pflegedienste erbracht werden müssen, da Pflegeverträge ohne vorherige ausführliche Beratung nicht geschlossen werden können. Hier wird es unweigerlich zu Doppelstrukturen und damit verbundenen Mehrkosten und Abgrenzungsproblemen kommen.

Den Wegfall der Wahlmöglichkeit des Pflegebedürftigen sieht der bpa sehr kritisch: Bisher kann der Pflegebedürftige den Pflegedienst oder die Beratungsstelle aussuchen, die ihn beraten oder schulen soll. Zukünftig soll ihm eine Pflegebegleitperson zugewiesen werden. Dies wird unweigerlich Unzufriedenheit bei den Betroffenen und Beschwerden und Auseinandersetzungen mit den Pflegekassen nach sich ziehen.

Die Einführung der Pflegebegleitung wie vorgesehen ist daher ein Irrweg.

Der bpa sieht den tatsächlichen Handlungsbedarf in der Stärkung der Beratungsstrukturen und niedrigschwelligen Schulungsangeboten, indem die bestehenden bürokratischen Hürden abgebaut werden, um die Inanspruchnahme deutlich zu erhöhen. Gegenwärtig vereinbart jede Pflegekasse für Schulungen nach § 45 SGB XI eigene Regeln mit den Verbänden der Leistungserbringer. Hier sollten stattdessen einheitliche Regeln für die Inanspruchnahme und Umsetzung in Rahmenempfehlungen vereinbart werden. Dann müssten etablierte und versichertennahe Strukturen nicht eliminiert werden.

Für den Fall, dass die Neufassung der §§ 7a bis 7d SGB XI gegenüber den bisherigen §§ 7a und 7b dennoch verfolgt wird, müssen die bestehenden pflegefachlichen Beratungs- und Schulungsstrukturen ambulanter Pflegedienste konsequent einbezogen werden. Mit der Anleitung im Pflegealltag, Vermittlung pflegerischer Fertigkeiten, Unterstützung bei Hilfs- und Pflegehilfsmitteln und Hilfe in Akutsituationen können diese auch das Ziel von mehr praktischer Unterstützung neben der informellen Beratung erreichbar machen.

Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 und 3, die Pflegegeld beziehen, sollen in den ersten drei Monaten nach erstmaligem Erhalt eines Pflegegrades bis zu zwei Beratungen in der eigenen Häuslichkeit oder per Video-

konferenz in Anspruch nehmen dürfen. Dementsprechend ist die bisherige Frist zum Online-Erbringen jeder zweiten Beratung zu löschen.

Änderungsvorschläge

§ 7c, § 7d, § 7e Abs. 1b SGB XI werden ersatzlos gestrichen.

§ 37 Abs. 3 SGB XI wird wie folgt angepasst:

(3) Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5, die Pflegegeld nach Absatz 1 beziehen, haben halbjährlich einmal eine Beratung in der eigenen Häuslichkeit abzurufen; Pflegebedürftige der Pflegegrade 4 und 5 können vierteljährlich einmal eine Beratung in der eigenen Häuslichkeit in Anspruch nehmen. Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 haben Anspruch, in den ersten drei Monaten **nach erstmaligem Erhalt eines Pflegegrades bis zu zwei zusätzliche Beratungen sowie** halbjährlich einmal eine Beratung in der eigenen Häuslichkeit abzurufen. Beziehen Pflegebedürftige von einem ambulanten Pflegedienst Pflegesachleistungen, können sie halbjährlich einmal eine Beratung in der eigenen Häuslichkeit in Anspruch nehmen. Auf Wunsch der pflegebedürftigen Person erfolgt jede zweite Beratung abweichend von den Sätzen 1 bis 3 per Videokonferenz. Bei der Durchführung der Videokonferenz sind die nach § 365 Absatz 1 Satz 1 des Fünften Buches vereinbarten Anforderungen an die technischen Verfahren zu Videosprechstunden einzuhalten. Die erstmalige Beratung nach den Sätzen 1 bis 3 hat in der eigenen Häuslichkeit zu erfolgen.

§ 45 Abs. 1 SGB XI bleibt bestehen wie bisher.

Sofern die obigen Änderungsvorschläge nicht übernommen werden, muss hilfsweise nachfolgende Änderung umgesetzt werden:

§ 7d Abs. 1 SGB XI wird wie folgt gefasst:

Die Pflegekassen stellen vorbehaltlich der Absätze 4 und 5 die Pflegebegleitung nach § 7c sicher. Sie arbeiten dabei entsprechend § 7 mit allen an der pflegerischen, gesundheitlichen und sozialen Versorgung Beteiligten eng zusammen und haben bereits bestehende, externe Beratungsstrukturen zu berücksichtigen, **insbesondere durch das Beauftragen regional verankerter ambulanter Pflegedienste**. Sie fördern zudem regionale Vernetzungsstrukturen, insbesondere durch die Integration in Pflegestützpunkte. Die Pflegekassen treffen hierfür Vereinbarungen zur bundesweiten und kassenartübergreifenden Organisation der Pflegebegleitung; hierzu gehört, dass sie einen Verantwortlichen für das Gebiet jedes Kreises und jeder kreisfreien Stadt benennen. Die Pflegekassen können diese Aufgabe auf die Landesverbände der Pflegekassen übertragen.

Sobald Verantwortliche für das Gebiet eines Kreises oder einer kreisfreien Stadt benannt sind, sind die für die Hilfe zur Pflege zuständigen Träger der Sozialhilfe nach dem Zwölften Buch oder die nach Landesrecht zu bestimmenden Stellen der Altenhilfe für das Gebiet ihrer örtlichen Zuständigkeit an der Entwicklung der Organisation der Pflegebegleitung zu beteiligen. Die Pflegekassen **sollen** die Pflegebegleitung auf **ambulante Pflegedienste** übertragen; § 80 des Zehnten Buches bleibt unberührt.

Artikel 1, Nr. 11
§ 8a SGB XI – Gemeinsame Empfehlungen zur pflegerischen Versorgung und zu deren Sicherstellung
§ 69 Abs. 3 SGB XI – Abweichen von vertrags- und vergütungsrechtlichen Anforderungen bei Feststellung eines strukturellen Versorgungsbedarfs

Vorgeschlagene Neuregelung
Bei den Empfehlungen der Landespflegeausschüsse oder der regionalen Ausschüsse zur Sicherstellung der pflegerischen Infrastruktur sollen Indikatoren für eine Feststellung von strukturellen Versorgungsbedarfen auf Ebene der Landkreise oder der kreisfreien Städte bestimmt werden. Als Indikatoren sollen insbesondere die Wartezeiten auf einen Pflegeplatz, die Anzahl der Pflegeeinrichtungen im Verhältnis zur Zahl der Pflegebedürftigen und die Qualität der Pflegeleistungen herangezogen werden. Durch Landesrecht kann bestimmt werden, welche Maßnahmen mit welcher Frist geeignet sind, einen aufgrund der Indikatoren festgestellten strukturellen Versorgungsbedarf zu beheben. Gleichzeitig werden die Pflegekassen befugt, bei Feststellung eines strukturellen Versorgungsbedarfs zur Umsetzung des Sicherstellungsauftrags befristet von bestimmten vertrags- und vergütungsrechtlichen Regelungen abzuweichen.

Stellungnahme
Der bpa begrüßt es grundsätzlich, dass sich der Gesetzentwurf des Themas der Sicherstellung der Versorgung in Ansätzen annimmt. Denn immer mehr Pflegebedürftige finden keine pflegerischen Angebote, weil ein stiller Kapazitätsabbau spürbar Versorgungsangebote verschwinden lässt. Viele vollstationäre Einrichtungen müssen ihre Belegung reduzieren und ambulante Dienste streichen ihre Touren zusammen. bpa-Mitgliedseinrichtungen haben im Jahr 2024 im Rahmen der Kampagne „Bei Anruf sorry“ erfasst, wie viele Versorgungsanfragen sie ablehnen müssen. Das Ergebnis: Jede Pflegeeinrichtung muss im Durchschnitt dreimal pro Tag "Sorry" sagen und eine dringend benötigte Versorgung ablehnen, weil das Personal fehlt oder die Refinanzierung ungeklärt ist. Die Gründe hierfür sind vielfältig, besondere Probleme liegen jedoch im derzeit bestehenden Verhandlungssystem. Darin sind zeitnahe Abschlüsse von Vergütungsvereinbarungen bei gleichzeitig verpflichtend umzusetzenden Lohnerhöhungen kaum noch möglich, während die daraus resultierende Überlastung der Schiedsstellen längst dazu geführt hat, dass dieser Konfliktlösungsmechanismus in der Praxis kaum noch greift. Die massiven Zahlungsverzögerungen, insbesondere der Sozialhilfeträger, verschärfen die Situation. Der bpa hat diverse Maßnahmen vorgeschlagen, um diese Probleme zu lösen und so zur Absicherung der Wirtschaftlichkeit der Pflegeeinrichtungen und zur Sicherstellung der Versorgung beizutragen (s. dazu die Vorschläge des bpa ab Seite 94).

Der vorliegende Gesetzesentwurf geht aber nicht an die Ursachenbekämpfung der Unterversorgung, sondern macht kleinteilige noch präzisere Vorgaben für die Feststellung der Unterversorgung auf Kreisebene. Es werden aber keine Indikatoren benötigt, um strukturelle Versorgungsbedarfe (oder Unterversorgung, wie es noch im Referentenentwurf genannt wurde) festzustellen und Empfehlungen des Landespflegeausschusses zu beschließen, sondern die Ursachen für die Unterversorgung müssen endlich angegangen werden.

Das fehlende Personal ist weiterhin das Hauptproblem, um mehr Pflegebedürftige versorgen zu können. Der bpa hat hierfür einen Lösungsvorschlag vorgelegt, der schnell und wirksam ohne zusätzliche Kosten helfen würde: die **Kompetenzvermutung**: Für dreijährig beruflich oder hochschulisch ausgebildete Fachkräfte mit den erforderlichen deutschen Sprachkenntnissen sollte ein sofortiger Einsatz als Fachkraft ermöglicht werden (zu den Einzelheiten s. Seite 107). Aus nicht nachvollziehbaren Gründen wurde diese bisher nicht umgesetzt, obwohl auch der Deutsche Pflegerat (DPR), der Verband der Ersatzkassen (vdek), der Deutsche Evangelische Verband für Altenarbeit und Pflege e.V. (DEVAP) sowie der Verband katholischer Altenhilfe in Deutschland e.V. (VKAD) diesen Vorschlag unterstützen.

Der bpa appelliert an die Bundesregierung, die Kompetenzvermutung im Zuge des Pflegeneuordnungsgesetzes umzusetzen. Die vorgesehenen Änderungen in § 8a Abs. 4 SGB XI braucht es dafür nicht.

Auch die vorgesehene Neuregelung in § 69 Abs. 3 SGB XI greift zu kurz. Zwar wird damit grundsätzlich anerkannt, dass zur Sicherstellung der pflegerischen Versorgung Abweichungen von bestehenden gesetzlichen Vorgaben erforderlich sein können. Es ist jedoch nicht nachvollziehbar, warum entsprechende Handlungsspielräume erst nach der förmlichen Feststellung eines strukturellen Versorgungsbedarfs eröffnet werden sollen. Die dringend notwendige Flexibilisierung darf weder von regional unterschiedlichen Verfahren abhängig gemacht noch auf befristete Ausnahmeregelungen beschränkt werden.

Stattdessen müssen die Pflegeeinrichtungen bundesweit durch eine grundlegende Flexibilisierung der gesetzlichen und regulatorischen Anforderungen in die Lage versetzt werden, bestehende Versorgungskapazitäten besser auszuschöpfen und zusätzliche Angebote zu schaffen. Hierzu gehören insbesondere flexiblere Personalanforderungen und ein konsequenter Abbau bürokratischer Belastungen. Pflegeeinrichtungen unterliegen bereits heute einer Vielzahl von Prüfungen durch unterschiedliche Institutionen, auch außerhalb des SGB XI. Diese binden erhebliche Ressourcen, die für die Versorgung fehlen. Notwendig sind deshalb eine deutliche Reduzierung der Prüfungen und eine konsequente Ausrichtung der Qualitätsprüfungen auf die Ergebnisqualität.

Anstatt zusätzliche Verfahren zur Feststellung von Versorgungsdefiziten zu schaffen und daran punktuelle Ausnahmemöglichkeiten zu knüpfen, müssen die Pflegeeinrichtungen dauerhaft mehr Handlungsspielräume erhalten, um flexibel auf Versorgungsbedarfe reagieren und zusätzliche Versorgungskapazitäten schaffen zu können.

Änderungsvorschläge
Die Änderungen in § 8a Abs. 4 und 4a und § 69 Abs. 3 SGB XI werden gestrichen.

Artikel 1, Nr. 12
§ 9 SGB XI – Investitionskosten und finanzielle Unterstützung der Pflegebedürftigen

Vorgeschlagene Neuregelung
In § 9 Absatz 1 SGB XI wird festgelegt, dass sich eine nach Landesrecht vorgesehene finanzielle Unterstützung der Pflegebedürftigen bei der Tragung der Investitionsaufwendungen nicht zwingend an der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit der Pflegebedürftigen orientieren muss. Aufgenommen wird außerdem die Befugnis der Länder, das Nähere zur Feststellung von strukturellen Versorgungsbedarfen zu regeln.

Stellungnahme
Der bpa lehnt diese Regelung ab.

Sie ist zum einen hinsichtlich etwaiger landesrechtlicher Gestaltungsmöglichkeiten der finanziellen Unterstützung Pflegebedürftiger überflüssig, zum anderen besteht keine Notwendigkeit, eine finanzielle Unterstützung bei wirtschaftlicher Leistungsfähigkeit zu gewähren und in der Folge durch eine landesrechtliche Bestimmung dieser Unterstützung als Förderung im Sinne von § 82 Abs. 3 SGB XI wiederum unnötigen bürokratischen Aufwand zu verursachen.

Die vorgesehene Erweiterung löst das Zustimmungserfordernis zunehmend von seinem ursprünglichen Zweck der Vermeidung konkreter Doppelfinanzierungen. Sie führt zu zusätzlichem Verwaltungsaufwand für Einrichtungen und Behörden, ohne einen erkennbaren Mehrwert für Transparenz oder Wirtschaftlichkeit zu schaffen.

Soweit die Nachvollziehbarkeit gesondert berechneter Investitionsaufwendungen gewährleistet werden soll, stellt die bestehende Mitteilungspflicht nach § 82 Abs. 4 SGB XI bereits ein geeignetes und deutlich weniger belastendes Instrument dar. Die geplante Regelung droht daher, das gesetzliche Regel-Ausnahme-Verhältnis zwischen Mitteilungs- und Zustimmungsverfahren zulasten einer sachgerechten und bürokratiearmen Ausgestaltung zu verschieben.

Auch einer Aufnahme der Befugnis der Länder, das Nähere zur Feststellung von strukturellen Versorgungsbedarfen zu regeln, bedarf es nicht, siehe die Ausführungen zu §§ 8a, 69 Abs. 3.

Änderungsvorschlag
Die Änderungen in § 9 Absatz 1 SGB XI werden gestrichen.

Digitalisierung

Der bpa begrüßt das Förderprogramm zur Digitalisierung der Pflege und die dafür bereitgestellten Mittel ausdrücklich. Digitalisierung ist keine Kür, sondern eine Notwendigkeit: Nur mit ihr wird es gelingen, angesichts des demografischen Wandels und des Fachkräftemangels mit dem vorhandenen Personal mehr pflegebedürftige Menschen zu versorgen. Der Investitionsbedarf ist hoch. Die Langzeitpflege hat hier erheblichen Nachholbedarf. Vom Krankenhauszukunftsgesetz mit 4,3 Milliarden Euro haben fast nur die Kliniken profitiert. Allein in Nordrhein-Westfalen sind 2023 rund 2,5 Milliarden Euro an 762 Krankenhäuser geflossen, im Schnitt also mehr als 3 Millionen Euro pro Haus. Die bisherige Einmalförderung nach § 8 Abs. 8 SGB XI mit bis zu 12.000 Euro je Einrichtung deckt dagegen nur einen Bruchteil der tatsächlichen Kosten. Oft fehlt schon die Grundlage: Der WLAN-Ausbau scheitert vielerorts an der Bausubstanz, an schlechter Internetanbindung im ländlichen Raum und an fehlenden Mitteln.

Damit die Mittel tatsächlich bei den Einrichtungen ankommen, sind noch zahlreiche Klarstellungen nötig. Bürokratische Hürden dürfen den Abruf nicht verhindern. Der bpa fordert, die Förderung nach § 8 Abs. 8 SGB XI in einen bundesweiten Zukunftsfonds für die Pflegedigitalisierung zu überführen. Er soll deutlich mehr Mittel bereitstellen, den Eigenanteil der Einrichtungen drastisch senken und jährliche Abrufe ermöglichen. Gefördert werden müssen nicht nur Hard- und Software, sondern auch Infrastruktur, Schulungen und Support. Hinzu kommt: Digitalisierung ist keine einmalige Anschaffung. Lizenzen, Updates, IT-Betreuung und Wartung verursachen laufende Kosten. Sie müssen als feste Posten in den Vergütungs- und Pflegesatzverhandlungen nach SGB V und SGB XI anerkannt werden. Ebenso müssen neue Stellen refinanziert werden, die als Bindeglied zwischen IT, Verwaltung und Pflege die Einführung digitaler Anwendungen in den Einrichtungen begleiten.

Die vorgesehenen Transformationsstellenanteile in vollstationären Pflegeeinrichtungen begrüßt der bpa ausdrücklich. Nicht besetzte Stellenanteile sollen in einen finanziellen Gegenwert für technische und digitale Systeme umgewidmet werden können, die das Pflege- und Betreuungspersonal entlasten. Das entspricht dem Personal-Technik-Schlüssel, den der bpa seit Langem vertritt: Personalmittel sollen flexibel für entlastende Technik und deren Betrieb eingesetzt werden können, einschließlich der wiederkehrenden Kosten. Damit greift der Entwurf ein zentrales Anliegen des bpa auf. Er erkennt an, dass digitale und technische Systeme Pflegekräfte spürbar entlasten und die Versorgung verbessern. Wie groß dieses Potenzial ist, zeigt allein die Dokumentation. Pflegekräfte verbringen laut einer Studie des Fraunhofer IML durchschnittlich 109 Minuten pro Schicht damit. KI-gestützte Sprachdokumentation spart nach Erkenntnissen der Charité im Schnitt 39 Minuten pro Schicht ein. Das sind rund 169 Stunden

pro Vollzeitkraft und Jahr. In einer Einrichtung mit 60 Pflegekräften werden damit rund fünf Vollzeitstellen für die direkte Pflege frei. Bundesweit wären es mehr als 75.000 Vollzeitstellen.

Der vorliegende Regelungsvorschlag hat aber gravierende Probleme. Die transformierbaren Anteile sind auf 10 Prozent der Korridorstellen zwischen Landes-Mindestpersonalausstattung und gesetzlicher Obergrenze begrenzt. Das führt bei der Umsetzung zu einem bundesweiten Flickenteppich und schließt in den meisten Ländern eine wirksame Finanzierung weitgehend aus. Paradoxerweise trifft es gerade die Länder am härtesten, die dem politischen Wunsch nach einer hohen Mindestpersonalausstattung nachgekommen sind. Dort ist der Korridor so schmal, dass die verfügbare Digitalisierungssumme verschwindend gering wäre. In Bayern könnte eine Muster-Einrichtung mit 100 Plätzen höchstens 0,4 Vollzeitstellen berücksichtigen. Das entspräche lediglich rund 13.450 Euro pro Jahr für die Digitalisierung. Das reicht nicht einmal für eine einzige Anwendung samt Lizenzen, Schulung und Betrieb. Das kann nicht das Ziel des Gesetzgebers sein. Hinzu kommt, dass Gesetzestext und Begründung bei der Korridorbemessung voneinander abweichen. Folgt man dem Gesetzestext, wäre die finanzierbare Summe noch einmal deutlich niedriger. Der bpa fordert deshalb, die Begrenzung auf 10 Prozent der Korridorstellen zu streichen oder sie zumindest auf eine bundeseinheitliche Bezugsgröße umzustellen. Zudem müssen Gesetzestext und Begründung eindeutig und übereinstimmend gefasst werden.

Digitalisierung entlastet nur dann, wenn die Rahmenbedingungen stimmen. Der bpa fordert daher außerdem:

- einheitliche und verpflichtende Schnittstellen und IT-Standards für Pflegedokumentationssysteme und digitale Anwendungen, damit Schnittstellen nicht länger als Geschäftsmodell genutzt werden,
- digitale Identitäten statt des Einlesens der elektronischen Gesundheitskarte alle 90 Tage,
- Zugriffsfreigaben auf die elektronische Patientenakte für die gesamte Versorgungsdauer,
- die Entfristung digitaler Angebote wie der digitalen Beratungsbesuche nach § 37 Abs. 3 SGB XI.

Artikel 1, Nr. 13
§ 10 SGB XI – Kompetenzzentrum Digitalisierung und Pflege

Vorgeschlagene Neuregelung

Das bislang in § 125b SGB XI geregelte Kompetenzzentrum Digitalisierung und Pflege wird im Ersten Kapitel in § 10 verstetigt und sein Aufgabenspektrum ausgebaut. Zu den Aufgaben zählen u. a. ein Reifegradmodell zur Analyse und Evaluation der Digitalisierung in der ambulanten und stationären Langzeitpflege (Absatz 1 Nummer 1), die Entwicklung eines standardisierten Nutzennachweises für digitale Anwendungen (Absatz 1 Nummer 3) sowie die Unterstützung der Leistungserbringer beim Anschluss an die Telematikinfrastruktur (Absatz 1 Nummer 5). Über Absatz 1 Nummer 1 ist das Kompetenzzentrum zudem mit der Erstellung des Katalogs nach § 113e Absatz 5 befasst. Für die Mittel des Kompetenzzentrums sind jährlich zwei Millionen Euro aus dem Ausgleichsfonds vorgesehen.

Stellungnahme

Der bpa begrüßt die Verstetigung des Kompetenzzentrums Digitalisierung und Pflege und den Ausbau seines Aufgabenspektrums. Es bleibt jedoch bei der grundsätzlichen Kritik, dass die Ansiedlung beim GKV-Spitzenverband schädlich sowohl für die Wahrnehmung der Aufgaben als auch für die Akzeptanz seitens der Pflegeeinrichtungen ist. In den letzten Jahren hat sich in mehreren Aufgabenpaketen gezeigt, dass die Berücksichtigung der Interessen der Pflegekassen deutlich stärker stattfindet als die der Pflegeeinrichtungen. Beispielhaft sei auf zwei Arbeitspakete verwiesen.

Bei der Digitalisierung der Pflegeberatung wurde nur die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI der Pflegekassen, nicht aber die zahlenmäßig deutlich größere Beratung nach § 37 Abs. 3 SGB XI betrachtet. Dies kann weder mit dem Bedarf noch mit der Nachfrage erklärt werden. Ein ähnliches Bild ergibt sich bei der Erhebung der Finanzierungsbedarfe der Digitalisierung der Pflegeeinrichtungen, wo seitens des Kompetenzzentrums nur eine Einbindung der Pflegesatzverhandler der Pflegekassen, nicht aber der Leistungserbringer, erfolgt ist.

Die Entwicklung eines standardisierten Nutzennachweises für digitale Anwendungen (Absatz 1 Nummer 3) ist als Orientierung – vor allem für die Kassen – sicher sinnvoll. Das Kompetenzzentrum hat die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen dabei von Beginn an und durchgängig einzubinden. Gleiches gilt für das Reifegradmodell (Absatz 1 Nummer 1):

Es sollte den Einrichtungen einen erkennbaren Eigennutzen bieten und nicht zu zusätzlichem Melde- oder Berichtsaufwand führen.

Der bpa spricht sich dafür aus, den in § 113e Absatz 5 vorgesehenen verpflichtenden Katalog vollständig entfallen zu lassen (siehe die Ausführungen und Änderungsvorschläge zu § 113e). Es entspricht dem Versprechen einer neuen Vertrauenskultur an die pflegefachliche Kompetenz der Pflegeeinrichtungen, diese selbstständig entscheiden zu lassen, welche digitalen Technologien in Ihrer Einrichtung einen entsprechenden Mehrwert bringen.

Änderungsvorschläge

§ 10 Absatz 1 Ziffer 1 SGB XI wird wie folgt gefasst:

1. Regelmäßige Analyse und Evaluation der Umsetzung digitaler Potenziale im Bereich der ambulanten und stationären Langzeitpflege anhand eines zu entwickelnden interprofessionell anschlussfähigen Modells zur Ermittlung des Reifegrades der Pflegeeinrichtungen hinsichtlich der Digitalisierung.

Artikel 1, Nr. 13
§ 11 Abs. 3 SGB XI – Einmaliger Zuschuss für Digitalisierung

Vorgeschlagene Neuregelung
Der bisher in § 8 Abs. 8 SGB XI geregelte einmalige Digitalisierungszuschuss wird in § 11 Abs. 3 SGB XI fortgeführt. Der Kabinettsentwurf sieht den Zuschuss für jede ambulante und stationäre Pflegeeinrichtung vor; damit sind auch vollstationäre Pflegeeinrichtungen weiterhin förderberechtigt. Gefördert werden bis zu 40 Prozent der verausgabten Mittel, höchstens jedoch einmalig 12.000 Euro je Pflegeeinrichtung. Förderfähig sind insbesondere digitale Anwendungen und damit verbundene Schulungen zur Betreuung, Aktivierung und sozialen Teilhabe sowie Qualifizierungen zu digitalen Kompetenzen und zum sachgerechten Umgang mit künstlicher Intelligenz in der Langzeitpflege.

Stellungnahme
Der bpa begrüßt ausdrücklich, dass der Kabinettsentwurf den im Referentenentwurf vorgesehenen Ausschluss vollstationärer Pflegeeinrichtungen vom einmaligen Digitalisierungszuschuss nicht übernimmt. Damit bleibt die Förderung für ambulante, teil- und vollstationäre Pflegeeinrichtungen erhalten. Die Forderung des bpa nach einer Einbeziehung vollstationärer Pflegeeinrichtungen wird insoweit aufgegriffen. Positiv bewertet der bpa zudem, dass Schulungen zum sachgerechten Umgang mit künstlicher Intelligenz in der Langzeitpflege ausdrücklich förderfähig sind.

Änderungsvorschlag
Kein Änderungsbedarf hinsichtlich des Kreises der förderberechtigten Pflegeeinrichtungen.

Artikel 1, Nr. 13
§ 11 Abs. 4 bis 9 SGB XI – Förderung von Innovation und Digitalisierung

Vorgeschlagene Neuregelung
Mit § 11 Absatz 4 wird für die Jahre 2027 bis 2031 ein Förderprogramm zur Digitalisierung ambulanter und stationärer Pflegeeinrichtungen in Höhe von 1,6 Milliarden Euro aus dem Sondervermögen des Bundes für Infrastruktur und Klimaneutralität eingerichtet. Damit sind auch vollstationäre Pflegeeinrichtungen einbezogen. Gefördert werden Investitionen insbesondere in sichere und interoperable digitale Infrastruktur, digitale Anwendungen und die Qualifizierung des Personals. Die Bundesmittel werden dem Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung in fünf gleich großen Jahresanteilen zugeführt, erstmals zum 1. Juli 2027 und in den Jahren 2028 bis 2031 jeweils zum 1. Januar. Die Mittelvergabe beginnt am 1. Juli 2027. Der bisherige allgemeine Vorbehalt „nach Maßgabe der verfügbaren Haushaltsmittel“ entfällt; die Bedingungen des Bundesministeriums der Finanzen für die Nutzung des Sondervermögens bleiben zu beachten.

Absatz 5 verknüpft die Mittelzuführung mit einer Kofinanzierung der Länder von insgesamt 400 Millionen Euro. Voraussetzung ist außerdem, dass das jeweilige Land seine jährliche Investitionskostenförderung mindestens auf dem Durchschnittsniveau der Haushaltsansätze der Jahre 2024 bis 2026 fortführt.

Absatz 6 regelt die Antragstellung durch zugelassene ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen bei der zuständigen Pflegekasse und den Maßnahmenkatalog. Dieser umfasst insbesondere Pflege- und Dokumentationssysteme einschließlich digitaler Verwaltungs-, Organisations- und Managementsysteme, Assistenzsysteme zur Personalentlastung oder Verbesserung der Versorgungsqualität, die Schaffung oder Anpassung von IT-Infrastruktur, Personalqualifizierung, interoperable Schnittstellen und IT-Sicherheit.

Die Förderrichtlinien sind nach Absatz 8 bis zum 30. Juni 2027 vom Spitzenverband Bund der Pflegekassen im Einvernehmen mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V., nach Anhörung der Leistungserbringerverbände und unter Beteiligung des Bundesamtes für Soziale Sicherung und der Länder zu beschließen. Sie regeln unter anderem Fördervoraussetzungen, Förderhöhe, Verfahren, den Ausschluss von Doppelfinanzierungen sowie Wirtschaftlichkeits-, Nachhaltigkeits-, Evaluations- und Verwendungsnachweise. Nicht zweckentsprechend verwendete Mittel sowie Mittel bei Nichtteilnahme an der Evaluation sind zurückzufordern.

Stellungnahme
Der bpa begrüßt das Förderprogramm zur Digitalisierung der ambulanten und stationären Pflege sowie die dafür bereitgestellten Bundesmittel ausdrücklich. Positiv ist, dass der Kabinettsentwurf auch vollstationäre Pflegeeinrichtungen einbezieht und damit die im Referentenentwurf vorgesehene Beschränkung auf ambulante und teilstationäre Einrichtungen aufgibt. Die entsprechende Forderung des bpa wird aufgegriffen.

Der bpa begrüßt ferner, dass Absatz 4 nun allgemein von „digitalen Anwendungen“ spricht. Die im Referentenentwurf angelegte Verwechslung mit den Digitalen Pflegeanwendungen nach § 40a SGB XI wird damit vermieden. Ein entsprechender Änderungsbedarf besteht insoweit nicht mehr.

Mit der ausdrücklichen Aufnahme digitaler Verwaltungs-, Organisations- und Managementsysteme in Absatz 6 Nummer 1 wird eine weitere Forderung des bpa aufgegriffen. Positiv sind zudem die Erweiterung der Assistenzsysteme um das Ziel der Verbesserung der Versorgungsqualität, die Einbeziehung der Anpassung bestehender IT-Infrastruktur und die Qualifizierung des Personals auch zum effizienten Umgang mit digitalen Technologien.

Der Wegfall des allgemeinen Vorbehalts „nach Maßgabe der verfügbaren Haushaltsmittel“ ist zu begrüßen. Gleichwohl bleiben die Bedingungen des Bundesministeriums der Finanzen für die Nutzung des Sondervermögens maßgeblich. Diese Bedingungen sowie die Kriterien und das Verfahren der Mittelvergabe müssen transparent, frühzeitig und nachvollziehbar offengelegt werden, damit die Einrichtungen verlässlich planen können.

Ein neues Risiko für den verlässlichen Förderzugang entsteht durch die Verknüpfung mit der Länder-Kofinanzierung nach Absatz 5. Die zusätzlichen Landesmittel sind grundsätzlich zu begrüßen; ebenso ist es sachgerecht, eine bloße Umschichtung der bisherigen Investitionskostenförderung zu verhindern. Die Einrichtungen dürfen jedoch nicht deshalb von der Förderung ausgeschlossen oder bei ihr verzögert werden, weil ihr Land seinen Finanzierungsanteil nicht sicherstellt. Der bpa fordert daher eine verlässliche Absicherung des Förderzugangs unabhängig von Verzögerungen oder einem Ausbleiben der Landesfinanzierung. Die vorgesehene Nachholmöglichkeit im Folgejahr beseitigt dieses Planungsrisiko nicht vollständig.

Weiterer Klarstellungsbedarf besteht bei digitalen Anwendungen zur Betreuung, Aktivierung, sozialen Teilhabe und Kommunikation sowie bei telepflegerischen und telemedizinischen Anwendungen. Diese werden im Maßnahmenkatalog des Absatzes 6 nicht ausdrücklich benannt.

Aus der offenen Formulierung „insbesondere“ und der erweiterten Assistenzsystem-Regelung folgt allerdings kein genereller Ausschluss dieser Anwendungsfelder. Der bpa regt ihre ausdrückliche Aufnahme zur Sicherung einer einheitlichen Förderpraxis an. Dabei sind die Förderung nach Absatz 3 und der Ausschluss einer Doppelfinanzierung nach Absatz 8 zu berücksichtigen.

Die Nachweis- und Evaluationsanforderungen des Absatzes 8 bleiben kritisch. Der Entwurf verlangt die Regelung von Wirtschaftlichkeits- und Nachhaltigkeitsnachweisen, der Evaluation der Investitionswirkung und der Beteiligung der Einrichtungen. Er schreibt jedoch nicht ausdrücklich einen von jeder Einrichtung vor Auszahlung zu erbringenden individuellen Wirkungsnachweis vor. Eine solche Ausgestaltung der Richtlinien wäre aus Sicht des bpa unverhältnismäßig: Belastbare Wirkungen digitaler Systeme lassen sich regelmäßig erst nach ihrer Nutzung beurteilen. Besonders kritisch ist die vorgesehene Rückforderung bei Nichtteilnahme an der Evaluation. Umfang und Zumutbarkeit der Mitwirkung müssen deshalb eindeutig und verhältnismäßig geregelt werden.

Der bpa fordert daher niedrigschwellige Nachweisverfahren. Ein individueller Wirkungsnachweis darf nicht zur Auszahlungsvoraussetzung werden. Für die Einrichtungen muss ein einfacher, zweckgebundener Mittelverwendungsnachweis genügen; ihre Mitwirkung an einer zentralen Evaluation ist auf das notwendige und zumutbare Maß zu begrenzen. Die Rückforderung zweckentsprechend verwendeter Mittel allein wegen einer Nichtteilnahme an der Evaluation wird abgelehnt. Die erforderlichen Wirtschaftlichkeits- und Nachhaltigkeitsnachweise sind bürokratiearm auszugestalten.

Änderungsvorschläge

Zu § 11 Absatz 5 SGB XI: Absicherung des Förderzugangs

Die Verknüpfung der Bundesförderung mit den Voraussetzungen der Landesfinanzierung ist so zu ändern, dass Pflegeeinrichtungen bei Verzögerungen oder einem Ausbleiben der Landesfinanzierung weiterhin verlässlichen Zugang zu den vorgesehenen Bundesmitteln erhalten. Zugleich ist sicherzustellen, dass die Länder ihre bisherige Investitionskostenförderung nicht durch Mittel dieses Programms ersetzen. Für Absatz 4 besteht hinsichtlich des Kreises der förderberechtigten Einrichtungen und des Begriffs „digitale Anwendungen“ kein weiterer Änderungsbedarf.

§ 11 Absatz 6 SGB XI wird um folgende Nummern ergänzt:

7. digitale Anwendungen zur Betreuung, Aktivierung, sozialen Teilhabe und Kommunikation der pflegebedürftigen Menschen, einschließlich assistiver und Smart-Home-Systeme,
8. telepflegerische und telemedizinische Anwendungen sowie sensorbasierte Systeme zur Vitaldatenerfassung und Sturzprävention,
9. sichere digitale Kommunikationslösungen.

§ 11 Absatz 8 Sätze 4 bis 6 SGB XI werden wie folgt gefasst:

Zudem sind die Voraussetzungen zur Investitionsförderung aus dem Sondervermögen zu beachten; die Nachweise der Wirtschaftlichkeit und Nachhaltigkeit der geplanten Investitionen sind niedrigschwellig und verhältnismäßig auszugestalten. Die Evaluation der Investitionswirkung erfolgt vorrangig zentral im Rahmen einer wissenschaftlichen Begleitung unter Einbeziehung des Kompetenzzentrums Digitalisierung und Pflege; die Mitwirkung der Einrichtungen ist auf das notwendige und zumutbare Maß zu begrenzen. Ein individueller Nachweis der Investitionswirkung ist nicht Voraussetzung der Auszahlung im Einzelfall. Die Empfänger der Fördermittel weisen die zweckentsprechende Verwendung der Mittel gegenüber der zuständigen Pflegekasse in einem einfachen Verfahren nach. Nicht zweckentsprechend verwendete Mittel sind durch die Pflegekassen zurückzufordern; eine Rückforderung allein wegen der Nichtteilnahme an der Evaluation ist ausgeschlossen.

Artikel 1, Nr. 25
§ 30 Abs. 1 SGB XI – Dynamisierung

Vorgeschlagene Neuregelung
Ab dem Jahr 2029 sollen die Leistungsbeträge der Pflegeversicherung regelmäßig erhöht werden (Dynamisierung). Berechnet wird die Erhöhung aus dem geometrischen Mittel der Kerninflationsrate der drei vorangegangenen Kalenderjahre, jedoch nicht stärker als der durchschnittliche Anstieg der Bruttolöhne im selben Zeitraum.

Stellungnahme
Die Neuregelung ist eine Mogelpackung und stellt eine erhebliche Schlechterstellung der pflegebedürftigen Menschen dar, die Pflegesachleistungen in Anspruch nehmen.

Zwar wird damit in Teilen eine langjährige Forderung des bpa umgesetzt, der seit vielen Jahren eine regelgebundene Dynamisierung für die Sach-Leistungen der Pflegeversicherung gefordert hat, damit die schleichende Entwertung gestoppt wird. Gerade in der ambulanten Pflege führt der Kaufkraftverlust durch eine ausbleibende oder nicht ausreichende Dynamisierung der Leistungen zu einem Rückgang an professioneller Pflege. Grundsätzlich und für alle Leistungsbereiche gilt: Wenn sich die Preise für die Sachleistungen insbesondere aufgrund von Lohnsteigerungen erhöhen, gleichzeitig aber die Pflegeversicherung die Steigerungen nicht übernimmt, dann steigen die Eigenanteile.

Im ambulanten und teilstationären Setting bedeutet das, dass viele Pflegebedürftige oder Angehörige die Leistungen reduzieren. Diese Entwicklung bestätigen viele ambulante Pflegedienste und Einrichtungen der Tagespflege. Das führt dazu, dass sich einerseits die pflegefachliche Versorgung immer weiter reduziert und damit die Angehörigen belastet, andererseits aber auch die Wirtschaftlichkeit für die ambulanten Pflegedienste und Tagespflegeeinrichtungen immer mehr erschwert, weil immer weniger Leistungen in einem Einsatz erbracht werden können.

Im vollstationären Setting führt dies zu immer mehr Belastungen für die Pflegebedürftigen, die immer häufiger die Hilfe zur Pflege benötigen. Bereits heute ist mehr als jeder dritte Bewohnende auf Leistungen der Sozialämter angewiesen. In Kombination mit den enormen Zahlungsrückständen der Sozialämter führt dies wieder zu erheblichen Liquiditätsproblemen der Pflegeheime (s. dazu den Regelungsvorschlag des bpa auf Seite **Fehler! Textmarke nicht definiert.**).

Deswegen ist eine regelgebundene Dynamisierung der Sachleistungen der Pflegeversicherung dringend erforderlich. Genau diesen

Zusammenhang greift die Gesetzesbegründung auf und nimmt für sich in Anspruch, dass die „eingeführte regelmäßige Dynamisierung (…) die Leistungen der Pflegebedürftigen in adäquatem Maße auf Dauer“ absichert.

Dieser Interpretation widerspricht der bpa!

Es wird zwar eine regelgebundene Dynamisierung eingeführt, aber der Kaufkraftverlust der vergangenen Jahre und der zukünftige wird dadurch nicht annähernd ausgeglichen. Um die Finanzen der Pflegeversicherung zu sanieren, darf die Bundesregierung nicht bei der Dynamisierung von Sachleistungsansprüchen sparen.

Der insbesondere in Umsetzung der Tariftreue erfolgte Kaufkraftverlust der letzten Jahre bleibt bestehen. Besonders deutlich wird das an der bisher für 2028 im Gesetz vorgesehenen Dynamisierung. Diese sah eine Erhöhung der Leistungen in Höhe der kumulierten Preisentwicklung im Zeitraum 2025 bis 2028 vor. Nun erfolgt eine sehr viel niedrigere Erhöhung. Was das konkret bedeutet, wird deutlich, wenn man Dynamisierung nach gültiger Rechtslage und nach künftiger Rechtslage gegenüberstellt (2029 erfolgt die Berechnung auf den Inflationsraten der Jahre 2026 bis 2028, in der nachfolgenden Beispielrechnung werden die Jahre 2023 bis 2025 zugrunde gelegt).

Kerninflationsrate 2023:	+5,1 %	
Kerninflationsrate 2024:	+3,0 %	
Kerninflationsrate 2025:	+2,8 %	
Gesamt:	+ 10,9 %	
Gesamt mit Zinseszins:	**+ 11,3 %**	**Kumulierter Anstieg nach gültiger Gesetzeslage**
Geometrisches Mittel:	**+3,6 %**	**Anstieg nach PNOG**

An dieser Beispielrechnung für die letzten drei Jahre wird deutlich, wie die Bundesregierung mit der Dynamisierung spart:

Anstelle eines Anstiegs um 11,3 % nach jetziger Gesetzeslage würde es aktuell nur eine Erhöhung um 3,6 % geben.

Diese Einsparungen werden die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen zu spüren bekommen. Zudem verschiebt das PNOG die Leistungsdynamisierung auch noch einmal. Derzeit ist eine Anpassung zum 1. Januar 2028 vorgesehen, nun soll sie erst zum 1. Januar 2029 greifen. Noch ein Jahr länger müssen sich die Pflegebedürftigen mit Sachleistungsansprüchen begnügen, die bereits jetzt durch die Kostenentwicklung deutlich zu niedrig sind.
Dass die Dynamisierung erheblich zu den geplanten Einsparungen beiträgt, wird an den prognostizierten Minderausgaben der

Pflegeversicherung deutlich. Dabei zeigt sich, dass durch den Kabinettsbeschluss im Vergleich zum Referentenentwurf die Einsparungen zu Lasten der Pflegebedürftigen noch einmal erhöht wurden:

Einsparungen durch die Reduzierung der Dynamisierung			
	Referentenentwurf	Kabinettsbeschluss	Differenz
2028	4,05 Mrd. Euro	4,7 Mrd. Euro	+0,65 Mrd. Euro
2029	3,42 Mrd. Euro	4,8 Mrd. Euro	+1,38 Mrd. Euro
2030	3,50 Mrd. Euro	4,9 Mrd. Euro	+ 1,4 Mrd. Euro
Summe	10,97 Mrd. Euro	14,4 Mrd. Euro	+3,43 Mrd. Euro

Die im Gesetzentwurf verankerte Kerninflationsrate blendet zudem Lebensmittel- und Energiepreise aus und liegt daher unter der gesamten Inflationsrate. Die Steigerung der Leistungen wird daher absehbar zu niedrig ausfallen im Vergleich zur Preisentwicklung.

Mit den vorgesehenen Änderungen wird gerade nicht der verlässliche Charakter der Pflegeversicherung gestärkt, sondern die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen, die die Unterstützung professioneller Dienste und Einrichtungen benötigen, werden durch die nicht ausreichende Dynamisierung immer stärker belastet oder müssen Sozialhilfe beantragen. Das ursprüngliche Ziel der Pflegeversicherung – das Risiko der Pflegebedürftigkeit sozial abzusichern und zu verhindern, dass Pflegebedürftige wegen ihrer Pflegekosten auf Sozialhilfe angewiesen sind – kann so immer weniger erreicht werden.

Änderungsvorschläge
Die vorgesehene Änderung wird gestrichen. Die Dynamisierung wird so gestaltet, dass **Sach**leistungsbeträge grundsätzlich jedes Jahr ab dem Jahr 2028 regelgebunden entsprechend der Kostenentwicklung in der Pflege dynamisiert werden.

Artikel 1, Nr. 28
§ 35b SGB XI – Abtretung bei Kostenerstattung

Vorgeschlagene Neuregelung
§ 35b SGB XI normiert ein Anzeigeverfahren für die Abtretung von bestimmten Kostenerstattungsansprüchen im SGB XI (§ 40 Abs. 4 wohnumfeldverbessernde Maßnahmen, § 40a Digitale Pflegeanwendungen und § 45b Alltagsunterstützung).

Die Wirksamkeit der Abtretung setzt voraus, dass die pflegebedürftige Person der Pflegekasse schriftlich oder elektronisch die Abtretung anzeigt. Die Anzeige muss Angaben zum Anspruchsinhaber, zum Abtretungsempfänger sowie zur Art und Höhe des abgetretenen Anspruchs enthalten. Leistet die Pflegekasse Zahlungen an den Abtretungsempfänger, hat sie dies der pflegebedürftigen Person unter Angabe der Zahlungshöhe und des verbleibenden Anspruchs schriftlich oder elektronisch mitzuteilen.

Stellungnahme
Der bpa begrüßt grundsätzlich die Einführung einer Regelung zur Abtretung von Kostenerstattungsansprüchen, da sie grundsätzlich mehr Transparenz schaffen kann und den Schutz der Pflegebedürftigen stärkt. Positiv hervorzuheben ist insbesondere die Klarstellung in der Gesetzesbegründung, wonach sich pflegebedürftige Personen bei der Anzeige einer Abtretung eines Boten oder Stellvertreters bedienen können. Hierdurch bleibt die in der Praxis bewährte Unterstützung durch Angehörige, gesetzliche Betreuer, Bevollmächtigte sowie Leistungserbringer grundsätzlich möglich. Ebenso wird die vorgesehene Möglichkeit einer schriftlichen oder elektronischen Anzeige ausdrücklich begrüßt.

Gleichzeitig bestehen erhebliche Bedenken hinsichtlich der praktischen Ausgestaltung, die ohne Nachbesserung zu Rechtsunsicherheiten und zusätzlicher Bürokratie führen wird.

Abs. 1 Vertretung und Anzeigeverfahren über das Pflege-Cockpit
§ 35b Abs. 1 SGB XI benennt die pflegebedürftige Person als anzeigepflichtig. Die Gesetzesbegründung stellt hierzu klar, dass sich Pflegebedürftige bei der Anzeige eines Boten oder Stellvertreters bedienen können. Diese Klarstellung ist wichtig. Aus Gründen der Rechtssicherheit sollte sie deshalb auch im Gesetzeswortlaut selbst verankert werden.

Die Notwendigkeit einer ausdrücklichen gesetzlichen Regelung wird insbesondere mit Blick auf die vorgesehene Digitalisierung des Anzeigeverfahrens deutlich.

Nach § 7a Abs. 1 Nr. 5 SGB XI soll das Pflege-Cockpit künftig für digitale Verwaltungsverfahren der Pflegeversicherung genutzt werden. Die Digitalisierung der Verfahren wird grundsätzlich positiv bewertet.

Gleichzeitig besteht die Gefahr, dass die in der Gesetzesbegründung ausdrücklich vorgesehene Möglichkeit der Botenschaft und Stellvertretung durch die technische Ausgestaltung digitaler Verfahren eingeschränkt wird. Sofern die Anzeige künftig über ein personalisiertes Nutzerkonto erfolgt, könnte die Wirksamkeit der Abtretung von einer persönlichen digitalen Handlung der pflegebedürftigen Person abhängig werden.

Dies stünde in einem Spannungsverhältnis zu der ebenfalls in der Gesetzesbegründung hervorgehobenen Möglichkeit der Vertretung sowie zu dem Ziel einer niedrigschwelligen und nutzerfreundlichen Verfahrensgestaltung. Gerade in der Pflegeversicherung sind viele Leistungsberechtigte aufgrund ihres Alters, gesundheitlicher Einschränkungen oder fehlender digitaler Kompetenzen auf Unterstützung durch Angehörige, Bevollmächtigte, gesetzliche Betreuer oder Leistungserbringer angewiesen.

Zur Vermeidung von Rechtsunsicherheiten und einer uneinheitlichen Verwaltungspraxis sollte daher gesetzlich klargestellt werden, dass die Anzeige sowohl in schriftlichen als auch in elektronischen Verfahren durch gesetzliche Vertreter, Bevollmächtigte oder von der pflegebedürftigen Person beauftragte Dritte vorgenommen werden kann. Gleichzeitig sollte sichergestellt werden, dass digitale Verfahren, insbesondere das Pflege-Cockpit, entsprechende Vertretungs- und Bevollmächtigtenfunktionen vorsehen.

Abs. 1 Eingangsbestätigung seitens der Pflegekasse
Da die Anzeige gegenüber der Pflegekasse Voraussetzung für die Wirksamkeit der Abtretung ist, sollte zur Stärkung der Rechtssicherheit eine Pflicht zur Eingangsbestätigung vorgesehen werden. Eine solche Bestätigung würde sowohl für pflegebedürftige Personen als auch für Anbieter Klarheit über den Zugang der Anzeige schaffen und damit die vom Gesetzgeber angestrebte Beschleunigung der Abrechnungsverfahren unterstützen.

Die Regelung erscheint auch systematisch folgerichtig. Nach § 35b Abs. 4 SGB XI ist die Pflegekasse bereits verpflichtet, die pflegebedürftige Person über erfolgte Zahlungen, deren Höhe sowie über verbleibende Leistungsansprüche zu informieren. Der Gesetzgeber geht dabei ausdrücklich von einem weitgehend automatisierten Vollzug ohne relevanten Mehraufwand aus. Vor diesem Hintergrund erscheint es sachgerecht und verhältnismäßig, auch eine automatisierte Eingangsbestätigung der Anzeige vorzusehen.

Abs. 3 Reichweite der Anzeige
Die Gesetzesbegründung betont, dass das Anzeigeverfahren die Anbieter entlasten soll, weil die Abtretung „einmalig“ angezeigt wird und nicht bei

jeder Abrechnung erneut nachgewiesen werden muss. Die Regelung lässt jedoch offen, ob eine einmalige Anzeige tatsächlich für fortlaufende oder regelmäßig wiederkehrende Leistungen ausreicht. Da der Wortlaut der Regelung Angaben zur „Höhe“ des abgetretenen Anspruchs verlangt, könnte dies in der Praxis eher für eine einzelfallbezogene Anzeige sprechen. Dies widerspricht dem Ziel des Bürokratieabbaus, insbesondere bei monatlich oder dauerhaft erbrachten Leistungen im Rahmen des Sozialraumbudgets. Ohne eine klare gesetzliche Regelung droht eine uneinheitliche Verwaltungspraxis mit erheblichem Mehraufwand für Pflegebedürftige, Anbieter und Pflegekassen.

Praxisrelevanz für professionelle Leistungserbringer gegen Null
Aufgrund der Neustrukturierung der Unterstützungsangebote nach § 45a SGB XI und der vorgesehenen Trennung zwischen professionellen Anbietern und niedrigschwelligen Angeboten wird die Abtretungsregelung für viele Leistungserbringer kaum Entlastung bringen. Professionelle Anbieter rechnen im Sachleistungssystem ab, während das Sozialraumbudget primär niedrigschwelligen Angeboten vorbehalten bleiben soll.

Änderungsvorschläge
§ 35b SGB XI wird wie folgt gefasst:
(1) Die Abtretung von Ansprüchen der pflegebedürftigen Person auf Zahlung von Geldleistungen gegen die zuständige Pflegekasse nach § 40 Absatz 4, §§ 40a und 45b wird erst wirksam, wenn die Abtretung der zuständigen Pflegekasse **angezeigt wird. Die Anzeige kann durch den Pflegebedürftigen, seinen gesetzlichen Vertreter, einen Bevollmächtigten oder einen von ihm beauftragten Dritten erfolgen. Die Pflegekasse bestätigt den Eingang der Anzeige unverzüglich in schriftlicher oder elektronischer Form.**

(2) Die Anzeige kann schriftlich oder elektronisch erfolgen.

(3) Die Anzeige hat Angaben zur pflegebedürftigen Person, zum Abtretungsempfänger sowie zur Art und Höhe des abgetretenen Anspruchs zu enthalten. **Die Anzeige kann sich auch auf künftig entstehende Ansprüche derselben Leistungsart beziehen, sofern der Umfang der Abtretung hinreichend bestimmt oder bestimmbar bezeichnet ist.**

(4) Die Pflegekasse zeigt der pflegebedürftigen Person die Zahlung an den Abtretungsempfänger in schriftlicher oder elektronischer Form an.
Die Anzeige hat Angaben zur Höhe der Zahlung und zu der Höhe des verbleibenden Anspruchs der pflegebedürftigen Person zu enthalten.

Artikel 1, Nr. 29
§ 36 SGB XI – Pflegesachleistung
Artikel 1, Nr. 41
§ 45a SGB XI – Angebote zur Unterstützung im Alltag
§ 45b SGB XI - Sozialraumbudget

Vorgeschlagene Neuregelung
Die bisher nebeneinander bestehenden Ansprüche auf Sachleistungen, Verhinderungspflege und das Budget für zum Verbrauch bestimmter Pflegehilfsmittel werden zusammengefasst. Auch hauswirtschaftliche Leistungen und Betreuungsleistungen, die bisher aus dem Entlastungsbetrag finanziert wurden, sollen, soweit sie weiter von zugelassenen Pflegeeinrichtungen erbracht werden, aus dem Sachleistungsbudget finanziert werden. Damit verringern sich die Beträge, die den Pflegebedürftigen insgesamt zur Verfügung gestellt werden, deutlich.

Bisher haben Pflegebedürftige Anspruch auf folgende ambulante Leistungen je Monat

	PG 1	PG 2	PG 3	PG 4	PG 5
Pflegesachleistung heute		796 €	1.497 €	1.859 €	2.299 €
Entlastungsleistungen	131 €	131 €	131 €	131 €	131 €
Verhinderungspflege (3.539 €/ 12)	- €	295 €	295 €	295 €	295 €
Pflegehilfsmittel zum Verbrauch	42 €	42 €	42 €	42 €	42 €
Summe Status quo	**173 €**	**1.264 €**	**1.965 €**	**2.327 €**	**2.767 €**
Sachleistungen PNOG		890 €	1.590 €	2.090 €	2.530 €
Sozialraumbudget		175 €	175 €	175 €	175 €
Summe PNOG		**1.065 €**	**1.765 €**	**2.265 €**	**2.705 €**
Differenz	**- 173 €**	**- 199 €**	**- 200 €**	**- 62 €**	**- 62 €**

Die Sachleistungsbeträge liegen neu etwas höher als bisher, kompensieren aber bei weitem nicht die Ansprüche der Versicherten, die zuvor zusammengenommen bestanden.

Stellungnahme
Die Zusammenlegung von Ansprüchen als vermeintliche Vereinfachung ist in Wahrheit eine versteckte Leistungskürzung für die betroffenen pflegebedürftigen Menschen. Für Menschen in den Pflegegraden 2 bis 5 stehen trotz Erhöhung der Pflegesachleistung nun weniger Mittel zur Verfügung als vorher. Hier wird die Pflegeversicherung auf Kosten der Betroffenen saniert.

Gerade die bisherige ambulant geprägte Nutzung der Verhinderungspflege hat in der Praxis für viele Familien eine zentrale Entlastungsfunktion erfüllt – etwa zur Überbrückung bei Krankheit, Erschöpfung, beruflichen Verpflichtungen oder Arztterminen pflegender Angehöriger. Wenn diese alltagsnahe Entlastung künftig nicht mehr in gleicher Weise verfügbar oder praktisch nutzbar ist, droht eine Rückverlagerung der Belastung auf Angehörige und Pflegebedürftige. Das führt auch hier (genau wie bei der Dynamisierung) dazu, dass sich einerseits die pflegefachliche Versorgung immer weiter reduziert und damit die Angehörigen belastet, andererseits aber auch die Wirtschaftlichkeit für die ambulanten Pflegedienste und Tagespflegeeinrichtung weiter erschwert wird, weil immer weniger Leistungen in einem Einsatz erbracht werden können bzw. der Eigenanteil bei Besuch einer Tagespflege für die Gäste teurer wird und diese weniger Tage die Einrichtung besuchen können.

Aber es werden nicht nur die finanziellen Mittel für Pflegebedürftige und die wirtschaftliche Basis für Pflegeeinrichtungen gekürzt, sondern auch die Inanspruchnahme wird für die Betroffenen erschwert, indem die geplanten Änderungen für viele Pflegebedürftige und pflegende Angehörige auch eine Umstellung bestehender Leistungslogiken bedeuten.

Insgesamt widerspricht das klar dem Anspruch, häusliche Pflege langfristig zu stabilisieren.

Der bpa fordert die Beibehaltung der bisherigen Pflegesachleistungen nach § 36, der Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI, des Entlastungsbetrags nach § 45b SGB XI, und der zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmittel nach § 40 Abs. 3 SGB V. Um die nicht ausreichende Dynamisierung der vergangenen Jahre zu kompensieren, sind die Beträge entsprechend zu erhöhen.

Änderungsvorschläge
§ 36 Abs. 1 SGB XI bleibt unverändert bestehen.

Artikel 1, Nr. 31
§ 37 SGB XI – Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen

Vorgeschlagene Neuregelung
Das Pflegegeld wird pro Pflegegrad etwas erhöht.

Stellungnahme
Aus Sicht des bpa ist es ein großes Versäumnis des Gesetzgebers, mit dem PNOG keine grundsätzlichen Änderungen beim Pflegegeld vorzunehmen. Nicht zuletzt das Institut der deutschen Wirtschaft Köln e. V. (IW Köln) hatte im Februar 2025 in einem vom bpa beauftragten Gutachten die Rolle des Pflegegeldes kritisch hinterfragt:

„Bislang wird das Pflegegeld nach Feststellung eines leistungsberechtigten Pflegegrads ausgezahlt, **ohne sicherzustellen, dass die Mittel zweckgebunden für pflegebezogene Aufwendungen eingesetzt werden**. Selbst bei einer zweckgebundenen Mittelverwendung ist bislang nicht gewährleistet, dass eine damit angestrebte pflegerische Versorgung nach Qualitätsstandards erfolgt, die bei der professionellen Pflege angelegt werden."

Gerade angesichts der finanziellen Situation der Pflegeversicherung erachtet der bpa eine grundlegende Auseinandersetzung mit der Höhe des Pflegegeldes angezeigt, die im vorliegenden Kabinettsentwurf leider gänzlich fehlt. Denn die Geldleistungen der Pflegeversicherung sind mit mittlerweile rd. 30 Prozent aller Ausgaben der größte Kostenblock, größer sogar als die vollstationären Leistungen und dreimal so hoch wie der Anteil der Pflegesachleistungen an den Gesamtausgaben. Zudem steigen die Ausgaben für das Pflegegeld stärker als die Ausgaben für die anderen Leistungen des SGB XI.

Der Gesetzentwurf nutzt die Chance nicht, grundlegende Änderungen beim Pflegegeld umzusetzen. Das Gutachten des IW hat Fragen nach der Zweckgebundenheit der Mittel, der Qualität selbst beschaffter Pflegehilfen und auch nach der finanziellen Notwendigkeit aufgeworfen. Diese Fragen wurden nicht aufgegriffen, um die finanzielle Situation der Pflegeversicherung zu verbessern. Im Gegenteil. Nicht nur, dass das Pflegegeld weitgehend unangetastet bleibt, sondern das PNOG senkt zusätzlich die Qualitätsanforderungen an die „selbst beschafften Pflegehilfen" des § 37 SGB XI: Während Pflegegeldempfänger bisher mindestens einmal halbjährlich einen Beratungsbesuch beauftragen müssen, soll die sie ersetzende Pflegebegleitung zukünftig nur noch einmal pro Jahr in Anspruch genommen werden müssen.

Wenn eine Konsolidierung der Pflegeversicherung erforderlich ist, sollten Leistungen priorisiert werden, ob sie für die Sicherstellung professioneller

Pflege unverzichtbar sind. Eine zeitlich befristete Aussetzung weiterer Pflegegelderhöhungen oder eine zielgenauere Ausgestaltung des Pflegegeldes wäre eher vertretbar als Kürzungen bei den Pflegesachleistungen, die unmittelbar die Verfügbarkeit professioneller Pflegeangebote gefährden würden. Denn regelmäßige professionelle Pflege trägt zur Qualitätssicherung bei, weil Pflegedienste Risiken für die versorgten Personen und Überforderung bei Angehörigen frühzeitig erkennen.

Änderungsvorschläge
Im weiteren parlamentarischen Beratungsverfahren sollte eine grundlegende Reform des Pflegegeldes vorgenommen werden. Das Pflegegeld muss stärker auf tatsächlich erbrachte Pflegeleistungen ausgerichtet werden. Es muss nachvollziehbar belegt werden, dass tatsächlich gepflegt wird. Missbrauch muss ausgeschlossen werden.

Artikel 1, Nr. 32
§ 39 SGB XI – Überbrückungsbudget
§ 39a SGB XI - Pflegesachleistungen in pflegerischen Akutsituationen

Vorgeschlagene Neuregelung
Der Gemeinsame Jahresbetrag nach § 42a SGB XI, mit dem pflegebedürftigen Personen bei vorübergehenden Ausfällen oder Entlastungsbedarfen in der häuslichen Versorgung ein flexibel nutzbares Gesamtbudget zur Inanspruchnahme von Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI oder Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI zusteht, soll nach dem Gesetzentwurf durch einen Anspruch auf ein Überbrückungsbudget ersetzt werden, welches für Leistungen zur Überbrückung in außergewöhnlichen Situationen (z. B. gesundheitlichen Krisen oder dem ungeplanten Ausfall der Hauptpflegeperson) dienen soll. Der Anspruch auf Verhinderungspflege als eigenständige Leistung soll entfallen.

Leistungen der Überbrückungspflege können Pflegesachleistungen eines „ambulanten Pflegenotdienstes“ oder eines „ambulanten Betreuungsnotdienstes“ sein. Vom 1. Januar bis zum 31. Dezember 2027 können auch Pflegedienste übergangsweise diese Leistungen erbringen. Ab Januar 2028 sollen Notdienste die Leistungen erbringen.

Stellungnahme
Der bpa lehnt die Ausgestaltung des neuen Überbrückungsbudgets in § 39 SGB XI ab.

Die vorgesehene Ablösung der Verhinderungspflege (§ 39 SGB XI) durch ein neues Überbrückungsbudget nach §§ 39, 39a SGB XI ist ein tiefgehender Eingriff in bewährte Unterstützungsstrukturen der häuslichen Pflege, ohne einen erkennbaren Mehrwert für die pflegebedürftigen Personen und Leistungserbringer. Die mit dem Gesetzentwurf verfolgte Fokussierung auf pflegerische Akut- und Krisensituationen greift zu kurz. Sie führt dazu, dass Pflegebedürftige und ihre Angehörigen künftig weniger flexibel auf Unterstützungsbedarfe reagieren können und hierfür geringere finanzielle Mittel zur Verfügung haben. Gerade die bisherige Flexibilität der Verhinderungspflege ist ein zentraler Stabilitätsfaktor für die häusliche Versorgung.

Die Schaffung neuer Zulassungshürden zur Erbringung von Pflegeleistungen in Akutsituationen ist zudem mit massivem weiterem Bürokratieaufbau verbunden und muss angesichts des bereits bestehenden Aufwands für Leistungserbringer dringend überdacht werden.

Weiterhin führt die vorgesehene Neuregelung faktisch zu einer erheblichen Reduzierung der verfügbaren finanziellen Mittel für Ausfall- und

Entlastungssituationen bei den pflegebedürftigen Menschen und ihren Angehörigen.

Während Pflegebedürftigen derzeit über den Gemeinsamen Jahresbetrag ein flexibel einsetzbares Budget in Höhe von 3.539 Euro jährlich zur Verfügung steht, soll das neue Überbrückungsbudget lediglich 2.285 Euro betragen. Dies bedeutet eine substanzielle Einschränkung des verfügbaren Finanzierungsrahmens für Situationen, in denen die reguläre Pflege vorübergehend nicht sichergestellt werden kann. Die Verhinderungspflege stellte bislang eine niedrigschwellige und flexibel einsetzbare Leistung dar. Sie konnte in akuten Notlagen und auch bei geplanten Abwesenheiten der Pflegeperson in Anspruch genommen werden, etwa bei Urlaub oder anderen regelmäßigen Terminen. Die Planbarkeit war für pflegende Angehörige und auch für ambulante Dienste von zentraler Bedeutung. Mit der Einführung des Überbrückungsbudgets geht diese Systematik verloren.

Gleichzeitig erfolgt kein entsprechender Ausgleich durch eine signifikante Anhebung anderer Leistungsbeträge. Insbesondere fehlt eine Anpassung des Sachleistungsbudgets, um geplante Ausfälle der Pflegeperson aufzufangen. Die Systemumstellung führt damit im Ergebnis zu einer realen Leistungskürzung und erhöht den Druck auf pflegende Angehörige erheblich.

Das Überbrückungsbudget ist nun ausdrücklich nur auf **pflegerische Akutsituationen** ausgerichtet. Und ab 2028 soll es nur für Leistungen von ***Pflegenotdiensten*** und von vollstationären Kurzzeitpflegeeinrichtungen eingesetzt werden können. Dabei sind bestehende Pflegedienste immer auch Pflegenotdienste, auch wenn sie bisher nicht so benannt werden. Denn Pflegedienste werden oft in akuten Notsituationen angefragt; Pflegebedürftigkeit stellt sich schließlich oft überraschend und unvorhergesehen ein. Hier stellt sich die Frage, was eine pflegerische Akutsituation überhaupt sein soll. Bei medizinischen Akutsituationen ist ein Arzt oder eine Klinikeinweisung erforderlich. In der Pflege sind Akutsituationen ein unvorhersehbarer Ausfall der Pflegeperson.
Das Überbrückungsbudget nach § 39 konstruiert „pflegerische Akutsituationen“, die es in der Realität gar nicht gibt.
Was es gibt, sind geplante Ausfälle der Pflegepersonen sowie wegen Krankheit oder Überforderung plötzliche und ungeplante Ausfälle. Mit der neu geschaffenen Illusion von *pflegerischen Akutsituationen*, bei denen dann „Pflegenotdienste“ tätig werden sollen, wird schlicht verschleiert, dass der gerade erst neu geschaffene *gemeinsame Jahresbetrag* von insgesamt 3.539 Euro nun um ein gutes Drittel gekürzt wird.

Um plötzliche Notsituationen abzufedern, wäre es stattdessen erforderlich, dass in Pflegediensten mehr Pflegepersonal zur Verfügung steht als bisher. Dazu wäre vor allem die vom bpa seit Jahren geforderte Kompetenzvermutung notwendig: Für dreijährig beruflich oder hochschulisch ausgebildete Fachkräfte mit den erforderlichen deutschen Sprachkenntnissen sollte ein

sofortiger Einsatz als Fachkraft ermöglicht werden (zu den Einzelheiten s. Seite 107). Die Kompetenzvermutung fehlt schmerzlich im vorgelegten Entwurf des PNOG.

Weiterhin ist nicht erkennbar, welchen Nutzen separate *Pflegenotdienste* oder *Notbetreuungsdienste* für die Gesellschaft haben können. Um in Notsituationen stets als Pflegedienst einsatzbereit zu sein, müssten „Personal-Leerzeiten“ finanziert werden. Der bpa hält es jedoch nicht für akzeptabel, Leerzeiten zur Verfügung zu stellen und zu finanzieren, wenn gleichzeitig in nahezu allen Pflegeeinrichtungen Pflegekräfte für die Regelversorgung fehlen.

Der Kabinettsentwurf schafft mit Pflege-Not-Diensten eine neue Leistungserbringerkategorie, die weitere Bürokratie aufbaut und zusätzlich den vorhandenen Personalmangel verschärft. Und statt einer Vereinfachung drohen zusätzliche Vertrags-, Dokumentations- und Organisationspflichten. Diese binden wiederum personelle Ressourcen, die in der direkten Versorgung dringend benötigt werden.

Der bpa fordert die Streichung des Überbrückungsbudgets und die Beibehaltung der Verhinderungspflege und der Kurzzeitpflege. Dabei sollte jedoch die Möglichkeit ausgeschlossen werden, dass es zu Auszahlungen kommt, ohne dass nachgewiesen werden muss, dass tatsächlich Pflege geleistet wurde.
Der bpa fordert zudem die Aufwertung der Verhinderungspflege mit einem eigenständigen Leistungsanspruch in Höhe von 3.539 Euro, entsprechend dem bisherigen gemeinsamen Jahresbetrag, aber eigenständig neben einem ebenso hohen Anspruch für die Kurzzeitpflege.

Je dramatischer sich der Personalmangel in der Langzeitpflege verfestigt, umso wichtiger ist die Stabilisierung der häuslichen Versorgung. Die Belastung der pflegenden Angehörigen nimmt weiter zu – daher sind sowohl die Verhinderungspflege als auch die Kurzzeitpflege sehr bedeutsam. Deswegen setzt sich der bpa für die Anhebung der Leistungsbeträge ein. Kürzungen von Sachleistungsansprüchen sind dagegen unbedingt zu vermeiden.

Änderungsvorschläge
Die vorgesehenen Änderungen in §§ 39 und 39a SGB XI werden gestrichen. Das Überbrückungsbudget und die Pflegesachleistungen in pflegerischen Akutsituationen werden **nicht** eingeführt.

§ 39 Abs. 2 SGB XI und § 39 Abs. 3 Satz 1 SGB XI werden wie folgt gefasst:

(2) Wird die Ersatzpflege durch andere Personen sichergestellt als solche, die mit dem Pflegebedürftigen bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert sind oder die mit ihm in häuslicher Gemeinschaft leben, dürfen

sich die Aufwendungen der Pflegekasse für die Ersatzpflegekosten je Kalenderjahr höchstens bis auf **3.539 Euro** belaufen.

(3) Wird die Ersatzpflege durch Ersatzpflegepersonen sichergestellt, die mit dem Pflegebedürftigen bis zum zweiten Grad verwandt oder verschwägert sind oder die mit ihm in häuslicher Gemeinschaft leben, dürfen sich die Aufwendungen der Pflegekasse je Kalenderjahr höchstens bis auf **3.539 Euro** belaufen, wenn die Ersatzpflege von diesen Personen erwerbsmäßig ausgeübt wird.

Sofern die obigen Änderungsvorschläge nicht übernommen werden, muss hilfsweise nachfolgende Änderung umgesetzt werden:

§ 39 Abs. 1 SGB XI wird wie folgt geändert:

Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5, die in häuslicher Umgebung gepflegt werden, haben in pflegerischen Akutsituationen sowie in sonstigen Überbrückungssituationen Anspruch auf ein Überbrückungsbudget. Das Überbrückungsbudget umfasst je Kalenderjahr einen Gesamtleistungsbetrag in Höhe von bis zu **3.539** Euro. Der Betrag ist zweckgebunden einzusetzen für Leistungen der pflegerischen Überbrückungsversorgung. Wird das Überbrückungsbudget in einem Kalenderjahr nicht ausgeschöpft, kann der nicht verbrauchte Betrag in das folgende Kalenderjahr übertragen werden.

Absätze 3, 5 und 6 sind zu streichen.

§ 39a SGB XI ist wie folgt zu ändern:

Abs. 1: Kann die häusliche Pflege in pflegerischen Akutsituationen nach Maßgabe des § 39 Absatz 2 zeitweise nicht, noch nicht oder nicht im erforderlichen Umfang sichergestellt werden, besteht für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 ab dem 1. Januar 2028 Anspruch auf Pflegesachleistungen in Akutsituationen durch einen ~~**Notdienst in der**~~ ambulanten ~~**Pflege**~~ **Pflegedienst**.

Abs. 3: Der Anspruch auf Pflegesachleistungen in pflegerischen Akutsituationen ist in der Regel auf die Dauer des Vorliegens der Akutsituation beschränkt. ~~**Dauert die Inanspruchnahme der Pflegesachleistungen in Akutsituation länger als drei Kalendertage an, hat der Notdienst in der ambulanten Pflege unverzüglich eine Einschätzung der Pflegebegleitung nach § 7c über die weitere Erforderlichkeit der Akutversorgung einzuholen und der zuständigen Pflegekasse zu übermitteln. Im Zeitraum vom 1. Januar 2028 bis zum 31. Dezember 2028 hat der Notdienst in der ambulanten Pflege abweichend von Satz 2 die Zustimmung der Pflegekasse einzuholen.**~~ Die Pflegekasse übernimmt die pflegebedingten

Aufwendungen pro Kalenderjahr höchstens bis zu einem Betrag in Höhe des Überbrückungsbudgets nach § 39 Absatz 1.

Absatz 4 ist zu streichen

§ 69 Absatz 1a SGB XI wird gestrichen.

Artikel 1, Nr. 34 und 35
§§ 40b und 40c SGB XI – Digitale Pflegeanwendungen

Vorgeschlagene Neuregelung
In § 40b Absatz 1 Nummer 2 wird der Verweis auf § 39a durch einen Verweis auf § 40c ersetzt. Der bisherige § 39a wird als § 40c mit der Überschrift „Ergänzende Unterstützung bei Nutzung von digitalen Pflegeanwendungen“ neu verortet. Nach der Gesetzesbegründung handelt es sich bei beiden Änderungen um Folgeänderungen aufgrund der Einführung des neuen § 39a zu Pflegesachleistungen in Akutsituationen. § 40c sieht weiterhin vor, dass Pflegebedürftige bei der Nutzung digitaler Pflegeanwendungen im Sinne des § 40a Anspruch auf ergänzende Unterstützungsleistungen durch nach dem SGB XI zugelassene ambulante Pflegeeinrichtungen haben. Eine Erweiterung auf teil- und vollstationäre Pflegeeinrichtungen ist nicht vorgesehen.

Stellungnahme
Der bpa begrüßt, dass Pflegebedürftige bei der Nutzung digitaler Pflegeanwendungen Anspruch auf ergänzende Unterstützungsleistungen haben. Digitale Pflegeanwendungen entfalten ihren Nutzen nur, wenn die Pflegebedürftigen bei der Handhabung verlässlich unterstützt werden; die Regelung ist daher ein sinnvoller und notwendiger Baustein.

Der bpa weist jedoch allgemein darauf hin, dass die Nutzung digitaler Pflegeanwendungen nicht allein auf den ambulanten Bereich beschränkt sein sollte. Digitale Anwendungen können ihren präventiven und unterstützenden Nutzen über alle Versorgungssettings hinweg entfalten – im häuslichen Umfeld ebenso wie in der teilstationären und vollstationären Versorgung.

Besonders deutlich wird dies bei Übergängen zwischen den Versorgungsformen: Wechselt eine pflegebedürftige Person von der ambulanten in eine teilstationäre oder vollstationäre Versorgung, verliert sie nach der derzeitigen Ausgestaltung den Anspruch auf digitale Pflegeanwendungen und die zugehörigen Unterstützungsleistungen, da dieser an die häusliche Pflege gebunden ist.

Eine einmal etablierte, sinnvolle digitale Anwendung müsste damit beim Settingwechsel abgebrochen werden. Das ist weder im Sinne der Kontinuität noch im Sinne des mit den Anwendungen verfolgten Präventions- und Stabilisierungsgedankens und kann gerade bei häufigen Versorgungswechseln zu Brüchen in der Versorgung führen.

Der bpa spricht sich daher dafür aus, digitale Pflegeanwendungen einschließlich der ergänzenden Unterstützungsleistungen Setting übergreifend und durchgehend nutzbar zu machen. Dies betrifft sowohl den Kreis der

erbringungsberechtigten Einrichtungen in § 40c als auch den zugrunde liegenden Leistungsanspruch nach den §§ 40a, 40b SGB XI.

Änderungsvorschläge

§ 40c SGB XI wird wie folgt gefasst:

Pflegebedürftige haben bei der Nutzung digitaler Pflegeanwendungen im Sinne des § 40a Anspruch auf ergänzende Unterstützungsleistungen durch nach diesem Buch zugelassene ambulante**, teilstationäre und vollstationäre** Pflegeeinrichtungen.

Ergänzend regt der bpa an, den DiPA-Leistungsanspruch in den §§ 40a und 40b SGB XI so anzupassen, dass digitale Pflegeanwendungen nicht nur in der häuslichen Pflege, sondern in allen Versorgungssettings – einschließlich der teilstationären und vollstationären Versorgung sowie der Übergänge – beansprucht werden können.

Artikel 1, Nr. 37
§ 42 SGB XI – Kurzzeitpflege i.V.m. § 69 SGB XI – Sicherstellungsauftrag

Vorgeschlagene Neuregelung
Der Anspruch auf Kurzzeitpflege wird redaktionell neu gefasst. Der bisherige Anspruch auf Kurzzeitpflege in Krisensituationen wird in einen Anspruch in pflegerischen Akutsituationen umgewandelt. Notwendige Voraussetzung hierfür ist zunächst eine pflegefachliche Einschätzung der Pflegebegleitung (ab 2029) bzw. des Notdienstes in der ambulanten Pflege über die Erforderlichkeit stationärer Versorgung und das ausreichende Vorhandensein von Leistungsbeträgen aus dem Überbrückungsbudget.

Um die Leistung erbringen zu können, müssen die vollstationären Pflegeeinrichtungen mit den Pflegekassen ergänzende Verträge abschließen (§ 69 SGB XI).

Das Budget für die Kurzzeitpflege wird gekürzt. In den Pflegegraden 2 bis 5 stehen künftig 2.285 Euro zur Verfügung.

Stellungnahme
Der Gesetzgeber möchte mit den vorgeschlagenen Regelungen die pflegerische Situation in Notsituationen sicherstellen. Dies ist zu begrüßen. Leider verfehlen die vorgeschlagenen Maßnahmen das Ziel vollkommen. Stattdessen wird die Selbstbestimmung der Pflegebedürftigen eingeschränkt, werden die zur Verfügung stehenden Leistungen rationiert und das wirtschaftliche Anbieten von Kurzzeitpflegeplätzen sabotiert.

Der Anspruch eines Pflegebedürftigen auf Leistungen in unvorhersehbaren, ungeplanten Überbrückungssituationen, insbesondere in pflegerischen Akutsituationen, ist nicht neu, sondern unter der Begrifflichkeit der „sonstigen Krisensituation“ im SGB XI derzeit abgebildet. Neu ist hingegen, dass der Pflegebedürftige nicht mehr selbst entscheiden kann, ob die Kurzzeitpflege erforderlich ist und wo er diese nutzen möchte. Stattdessen ist hierfür künftig die entsprechende Einschätzung der pflegefachlichen Begleitung bzw. des Notdienstes in der ambulanten Pflege notwendig. Es ist unverständlich, warum diese Einschätzung verlässlicher sein soll als die des Pflegebedürftigen oder der Kurzzeitpflegeeinrichtung. Zusätzliche Prüfungen durch weitere Akteure führen zu keinem relevanten Erkenntnisgewinn, verursachen jedoch zusätzlichen bürokratischen Aufwand und können die notwendige kurzfristige Inanspruchnahme der Leistung verzögern. Zudem können nur solche Pflegeheime ausgewählt werden, die gesonderte Verträge für die Akut-Kurzzeitpflege geschlossen haben.

Es bleibt auch unklar, wieso ein Pflegebedürftiger nicht schlicht sagen sollte, dass es sich um eine „sonstige Überbrückungssituation“ statt um eine „pflegerische Akutsituation“ handelt. In ersterem Fall spart er sich die Absprache mit der Pflegebegleitung und ist frei darin, den Kurzzeitpflegeplatz zu wählen. Die Selbstbestimmung des Pflegebedürftigen wird hier erheblich eingeschränkt.

Die Versorgungssituation wird überdies gegenüber dem Status Quo durch eine Reduzierung des Leistungsbudgets verschlechtert. Stehen derzeit im Rahmen des gemeinsamen Jahresbetrags 3.539 Euro pro Jahr zur Verfügung, sind dies künftig nur noch 2.285 Euro. Zwar wurde im Vergleich zum Referentenentwurf der Betrag für die Pflegegrade 2 und 3 angehoben, sodass der zur Verfügung stehende Betrag nun in allen Pflegegraden einheitlich ist. Die Kürzung ist dennoch erheblich. Es stehen 35 Prozent weniger Budget zur Verfügung. Darüber hinaus gibt es auch weiterhin keine Planungssicherheit für die Nutzung dieses Budgets aus Sicht der Kurzzeitpflege, da die Leistung auch für ambulante pflegerische Akutsituationen genutzt werden muss. Dieses Problem zeigt sich auch in § 42 Abs. 4 SGB XI, in welchem eine Anspruchsvoraussetzung ist, dass es noch Leistungsansprüche im Überbrückungsbudget gibt. Es ist jedoch nicht definiert, was passiert, wenn die Ansprüche nicht genügen, um auch nur einen einzigen Tag der Akut-Kurzzeitpflege zu bezahlen. Es wird darüber hinaus ebenfalls nicht dazu ausgeführt, welche Folgen es gibt, wenn die Pflegebegleitung eine Akut-Kurzzeitpflege für weiter erforderlich hält, es aber nach drei Tagen kein Restbudget mehr gibt.

Für alle an der Versorgung Beteiligten schaffen die vorgesehenen Neuregelungen erheblichen bürokratischen Mehraufwand. Es ist nicht nachzuvollziehen, wie dies mit den Vereinbarungen des Koalitionsvertrags in Einklang zu bringen ist.

- Die erforderliche Einschätzung der Pflegebegleitung bzw. des Notdienstes in der ambulanten Pflege, ob die Anspruchsvoraussetzungen für die Akut-Kurzzeitpflege vorliegen, stellt eine zusätzliche Zugangshürde statt niedrigschwelliger Hilfe in Krisensituationen dar. Damit wird der Prozess unnötig in die Länge gezogen.
- Vollkommen unklar sind die Konsequenzen für den Leistungsanspruch, die weitere Versorgung in der fortbestehenden Akutsituation und die Abrechnung zulasten des dem Pflegebedürftigen zustehenden Betrags des Überbrückungsbudgets, wenn es auf Wunsch des Pflegebedürftigen keine oder noch keine Pflegebegleitung gibt oder diese ihre Einschätzung nicht kurzfristig abgeben kann.
- Das Abschließen zusätzlicher Verträge nach § 69 Abs. 1a SGB XI zum Erbringen von Akut-Kurzzeitpflege ist vollkommen unnötig. Stattdessen sollte schlicht jede stationäre Pflegeeinrichtung,

welche Kurzzeitpflegeplätze anbietet, automatisch auch als Leistungserbringer für die Akut-Kurzzeitpflege gelten. Den Pflegekassen liegen die Informationen über das Vorhalten dieser Plätze bereits vor.

- Ein gesonderter Vertragsschluss ist auch nicht erforderlich, um eine Erstattung von Vorhaltekosten nach § 88b SGB XI zu ermöglichen. Die Zugangsvoraussetzungen werden ohnehin in den Richtlinien nach § 88b Abs. 2 SGB XI separat geregelt.

Das politisch gewünschte Ziel des Ausbaus der Kurzzeitpflege, zuletzt mit Verabschiedung des § 88a SGB XI untermauert, ist mit den hier vorgesehenen Regelungen nicht zu erreichen. Stattdessen wird mit enormem bürokratischem Aufwand die Versorgungssituation insgesamt verschlechtert.

Die Kurzzeitpflege ist eine wichtige Versorgungsform, die vielen Pflegebedürftigen hilft und Angehörige entlastet. Deswegen ist es notwendig, die Strukturen für die Inanspruchnahme zu verbessern, den Kaufkraftverlust auszugleichen und dafür die Leistungsbeträge deutlich zu erhöhen. Der bpa schlägt deswegen die Beibehaltung der Kurzzeitpflege in der bisherigen Form und einen eigenständigen Anspruch auf Leistungen in Höhe von 3.359 Euro vor (entsprechend der Höhe des bisherigen gemeinsamen Jahresbetrags, aber zusätzlich zum Anspruch auf Verhinderungspflege in der gleichen Höhe).

Änderungsvorschläge

Die vorgesehenen Änderungen in §§ 42 und 69 SGB XI werden gestrichen. Die bisherige Leistung der Kurzzeitpflege bleibt bestehen, ein gesonderter Anspruch auf Leistungen in pflegerischen Akutsituationen wird **nicht** eingeführt, bleibt aber durch die Nennung „sonstiger Krisensituationen“ erfüllt.

§ 42 Abs. 2 SGB XI wird wie folgt gefasst:

Der Anspruch auf Kurzzeitpflege ist auf acht Wochen pro Kalenderjahr beschränkt. Die Pflegekasse übernimmt die pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung sowie die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege pro Kalenderjahr höchstens bis zu einem Betrag **von 3.539 Euro**.

§ 42 Abs. 4 SGB XI wird gestrichen.

§ 69 SGB Abs. 1 a SGB XI wird gestrichen.

Sofern die Streichung von § 42 Abs. 4 SGB XI nicht erfolgt, muss hilfsweise nachfolgende Änderung umgesetzt werden:

(4) In pflegerischen Akutsituationen besteht ab dem 1. Januar 2028 Anspruch auf eine Akut-Kurzzeitpflege in zugelassenen vollstationären Pflegeeinrichtungen. ~~**soweit und solange eine stationäre Versorgung nach Einschätzung der Pflegebegleitung nach § 7c aus pflegefachlicher Sicht erforderlich ist. Für den Zeitraum vom 1. Januar 2028 bis zum 31. Dezember 2028 ist abweichend von Satz 1 die Einschätzung des Notdienstes in der ambulanten Pflege über die Erforderlichkeit stationärer Versorgung einzuholen.**~~ Der Anspruch nach Satz 1 setzt voraus, dass der Gesamtleistungsbetrag des Überbrückungsbudgets nach § 39 Absatz 1 Satz 2 für das maßgebliche Kalenderjahr noch nicht vollständig ausgeschöpft wurde.

Artikel 1, Nr. 41 und Nr. 86
§ 43c SGB XI – Begrenzung des Eigenanteils an den pflegebedingten Aufwendungen
§ 144 SGB XI – Bestandsschutz für bisherige Leistungszuschläge nach § 43c SGB XI

Vorgeschlagene Neuregelung
Die mit dem Referentenentwurf ursprünglich vorgesehene Verlängerung der Verweildauerstufen ist nicht mehr Gegenstand des Gesetzentwurfs. Stattdessen soll die bisherige Regelung zunächst unverändert bestehen bleiben.

Stellungnahme
Der bpa begrüßt, dass der Gesetzgeber entgegen den Vorschlägen im Referentenentwurf keine Änderung an den Zuschlagsstufen vornehmen möchte. Damit wird einer Forderung des bpa nachgekommen.

Eine Umsetzung der ursprünglich geplanten Streckung der Zuschlagsstufen um jeweils 6 Monate hätte sowohl Pflegebedürftige als auch Sozialämter erheblich belastet und zu einem weiteren Anstieg der Sozialhilfeempfänger geführt.

Schon heute schulden die Sozialämter den Pflegeeinrichtungen mehr als 500 Millionen Euro. Für die Anbieter geht dies mit Liquiditätsengpässen einher, die die dauerhafte wirtschaftliche Leistungserbringung gefährden. Eine Verlängerung der Verweildauerstufen hätte die Situation erheblich verschärft.

Gleichwohl ist davon auszugehen, dass sich im Zuge der nächsten Pflegereform, für die derzeit durch eine Strukturkommission Vorschläge erarbeitet werden, Änderungen ergeben werden. Bei der zukünftigen Ausgestaltung muss es darum gehen, eine zu starke Belastung der Pflegebedürftigen und Sozialämter zu vermeiden und mit Augenmaß vorzugehen.

Änderungsvorschlag
Keiner

Artikel 1, Nr. 44
§ 45a SGB XI – Angebote zur Unterstützung im Alltag; Nachbarschaftshilfe
§ 45b SGB XI - Sozialraumbudget

Vorgeschlagene Neuregelung
Mit den Neuregelungen der §§ 45a und 45b werden die Angebote zur Unterstützung im Alltag sowie deren Finanzierung neu strukturiert.

§ 45a SGB XI regelt weiterhin die Angebote zur Unterstützung im Alltag, insbesondere Betreuungsangebote, Angebote zur Entlastung pflegender Angehöriger sowie Angebote zur Unterstützung bei der Alltagsbewältigung und Haushaltsführung. Künftig können diese Angebote entweder nach Landesrecht oder als Nachbarschaftshilfe von den Pflegekassen anerkannt werden.

Eine gleichzeitige landesrechtliche Anerkennung als Angebot zur Unterstützung im Alltag und Zulassung als ambulanter Pflege- oder Betreuungsdienst ist ausgeschlossen. Zudem werden die Anforderungen an die landesrechtlichen Anerkennungsverfahren sowie die Anerkennung der Nachbarschaftshilfe neu geregelt.

§ 45b SGB XI ersetzt den bisherigen Entlastungsbetrag durch ein Sozialraumbudget. Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 erhalten hierfür künftig einen monatlichen Leistungsbetrag von 175 Euro, Pflegebedürftige unter 25 Jahren von 300 Euro. Das Sozialraumbudget kann ausschließlich für Leistungen von nach § 45a anerkannten Angeboten zur Unterstützung im Alltag oder anerkannter Nachbarschaftshilfe eingesetzt werden. Die bisherige Verwendung des Entlastungsbetrags für Leistungen ambulanter Pflegedienste, der Tages- und Nachtpflege sowie der Kurzzeitpflege entfällt. Gleichzeitig wird der bisherige Umwandlungsanspruch abgeschafft.

Stellungnahme
Insgesamt sieht der Gesetzentwurf eine starke Trennung zwischen anerkannten Angeboten zur Unterstützung im Alltag und zugelassenen ambulanten Pflege- und Betreuungseinrichtungen vor. Zudem wird die Finanzierung der Leistungen neu geregelt.

Während professionelle Anbieter künftig ihre Leistungen nur noch über die Sachleistungen des § 36 SGB XI erbringen sollen, wird das neu geschaffene Sozialraumbudget ausschließlich für nach Landesrecht anerkannte niedrigschwellige Angebote sowie Nachbarschaftshilfe geöffnet. Leistungen ambulanter Pflegedienste, der Tages- und Nachtpflege sowie der Kurzzeitpflege können künftig nicht mehr über das bisherige Budget nach

§ 45b finanziert werden. Gleichzeitig entfällt der bisherige Umwandlungsanspruch, der bislang die Nutzung nicht ausgeschöpfter Sachleistungsansprüche für Angebote zur Unterstützung im Alltag ermöglichte.

Durch die vorgenommene Trennung zwischen professionellen Versorgungsangeboten und niedrigschwelligen Unterstützungsleistungen entstehen erhebliche Abgrenzungsfragen. Der Kabinettsentwurf sieht vor, dass die Abgrenzung der Finanzierung künftig nicht leistungsbezogen, sondern anbieterbezogen erfolgt.

Damit schafft das PNOG zwei erhebliche negative Folgen:
Einerseits wird neue zusätzliche Bürokratie geschaffen. Es müssen neue Vereinbarungen und Richtlinien diskutiert und verfasst werden und es müssen Preise für die Leistungen des Sozialraumbudgets kalkuliert werden. Zusätzliche Prüfkriterien und Prüfinstanzen für Sozialraumbudget-Anbieter müssen geschaffen werden.
Andererseits müssen zugelassene Pflege- und Betreuungsdienste Mitarbeitende freisetzen, da ihnen ein nicht unerheblicher Umsatzanteil verloren geht. Die Befragung von 2.000 Mitgliedern des bpa, die ambulante Pflegedienste betreiben, ergab, dass mehr als 50.000 Mitarbeitende entlassen werden müssten.

Im Ergebnis erschwert dies die Inanspruchnahme für die Betroffenen. Sie müssen z.B. zunächst verstehen, dass sie das Sozialraumbudget nicht bei einem nach § 72 SGB XI zugelassenen Pflege- oder Betreuungsdienst einlösen können, sondern bei anderen separaten Anbietern, obwohl beide zum Teil identische Leistungen anbieten, sich aber in den Finanzierungsquellen unterscheiden.

Pflegedienste verfügen über die für Alltagshilfen ausgebildeten bzw. angeleiteten und erfahrenen Mitarbeitenden und konnten bisher alle für pflegebedürftige Menschen erforderlichen Hilfen aus einer Hand anbieten. Besonders kritisch sieht der bpa daher die Neuordnung des bisherigen Entlastungsbetrags hin zum neuen Sozialraumbudget. Es ist in keiner Weise nachvollziehbar und es wird auch in der Gesetzesbegründung nicht dargelegt, warum professionellen Pflegediensten und professionellen Betreuungsdiensten zukünftig verwehrt werden soll, Angebote zur Bewältigung des Alltags zu machen und über das Sozialraumbudget zu finanzieren. Schließlich sind viele Leistungen des Sozialraumbudgets identisch mit Leistungen des SGB XI: alle Betreuungsleistungen sowie Hilfen im Haushalt. Zukünftig müssen somit Pflegedienste mit Angeboten der niederschwelligen Entlastungsleistungen konkurrieren:

Denn pflegebedürftige Menschen müssen in Zukunft entscheiden, welche Hilfe sie sich von einem Pflegedienst und welche Hilfe sie sich bei einem „Sozialraum-Anbieter“ einkaufen und welche Ansprüche nach SGB XI sie wo einsetzen.

Hinzu kommt ein gravierender Strukturwiderspruch: Einerseits sollen Angebote zur Unterstützung im Alltag und sozialräumliche Versorgungsformen gestärkt werden. Tatsächlich aber besteht die Gefahr, dass mit dem Wegfall des Entlastungsbetrags für niedrigschwellige Leistungen Pflegedienste und Tagespflegeeinrichtungen wesentliche Finanzierungsgrundlagen entzogen werden. Wenn wirtschaftlich tragfähige ambulante und teilstationäre Strukturen wegbrechen, wird die Versorgung nicht modernisiert, sondern ausgedünnt.

Ebenso fehlt es an klaren Übergangsregelungen für bestehende nach Landesrecht anerkannte Anbieter, die zugleich eine Zulassung nach § 72 SGB XI oder nach § 71 Absatz 1 a haben. Das ist zwingend erforderlich, um die notwendige Rechtssicherheit zu schaffen. Anderenfalls dürfte es massive Auseinandersetzungen zwischen Pflegekassen und ambulanten Pflegediensten mit einer (noch) existierenden Anerkennung nach Landesrecht gem. § 45a SGB XI geben, wenn mit Inkrafttreten des PNOG, Pflegedienste mit Zulassung nach § 72 SGB XI Leistungen nach § 45a SGB XI nicht mehr erbringen dürfen, gleichzeitig aber noch über eine Anerkennung verfügen. Es ist im Gesetzentwurf selbst angelegt, dass die Länder zunächst ermächtigt werden sollen, die Aufhebung der Anerkennung nach Landesrecht zu regeln. Bevor eine solche Aufhebung der bestehenden Anerkennung nicht rechtswirksam erfolgt ist, kann auch ein nach § 72 SGB XI zugelassener Pflegedienst nicht von der Leistungserbringung im Rahmen der Alltagsbegleitung nach § 45a SGB XI ausgeschlossen werden. Folglich müssen unter allen Umständen entsprechende Übergangsregelungen geschaffen werden, wenn ein Ausschluss von Pflegediensten vom Sozialraumbudget erfolgt.

Änderungsvorschläge

§ 45b SGB XI in der aktuellen Fassung bleibt unverändert.

Sofern der obige Änderungsvorschlag nicht übernommen wird, müssen hilfsweise nachfolgende Änderungen umgesetzt werden:

§ 45 a SGB XI Absatz 1 Satz 3 wird wie folgt gefasst, Satz 4 und 5 werden gestrichen:

Die Angebote benötigen eine Anerkennung durch die zuständige Behörde nach Maßgabe des nach Absatz 3 erlassenen Landesrechts oder eine Anerkennung als Nachbarschaftshilfe **oder eine Zulassung als Pflege- oder Betreuungseinrichtung nach § 72 SGB XI** ~~**nach Absatz 4. Alternativ zur Anerkennung nach Satz 3 können Angebote zur Unterstützung im Alltag als ambulante Betreuungseinrichtung im Sinne des § 71 Absatz 1a nach § 72 zugelassen werden. Eine Zulassung nach § 72 schließt eine Anerkennung nach den Absätzen 3 und 4 aus.**~~

§ 45b Absatz 1 SGB XI wird wie folgt geändert:

Pflegebedürftige in häuslicher Pflege mit Pflegegrad 2 bis 5 haben Anspruch auf ein Sozialraumbudget in Höhe von monatlich 175 Euro (…) Der Betrag ist zweckgebunden einzusetzen für Leistungen von Angeboten zur Unterstützung im Alltag im Sinne des § 45a. Der Betrag kann auch für die Inanspruchnahme von Tages- oder Nachtpflege eingesetzt werden. **Die Leistung nach Satz 1 kann innerhalb des jeweiligen Kalenderjahres in Anspruch genommen werden; wird die Leistung in einem Kalenderjahr nicht ausgeschöpft, kann der nicht verbrauchte Betrag in das folgende Kalenderhalbjahr übertragen werden.**

Artikel 1, Nr. 54
§ 72 Abs. 3b Sätze 5, 6 und 7 SGB XI
Form der Entlohnung und Umsetzungsfristen für Entlohnungssteigerungen

Vorgeschlagene Neuregelung
Künftig soll nach § 72 Abs. 3b mit Zustimmung der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer von der Vorgabe abgewichen werden können, die Entlohnung im Sinne der Tariftreue ausschließlich in Geld zu zahlen. Zum anderen soll zum 1. Januar die bisherige Dreimonatsfrist für die Weitergabe tariflicher Entgeltanpassungen und von Änderungen des regional üblichen Entlohnungsniveaus entfallen; maßgeblich soll hierfür stattdessen der Abschluss der nächsten auf die Veröffentlichung nach § 82c Abs. 5 SGB XI folgenden Vergütungsvereinbarung sein.

Stellungnahme
Der bpa begrüßt die vorgesehenen Änderungen des § 72 Abs. 3b Sätze 5 bis 7 SGB XI. Die Möglichkeit, Entlohnungsbestandteile zur Einhaltung der Tariftreueregelungen künftig auch in anderer Form als durch Geldzahlungen zu gewähren, schafft zusätzliche Flexibilität für Arbeitgeber und Beschäftigte. Dadurch können im Einvernehmen mit den Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern insbesondere Beiträge in eine betriebliche Altersvorsorge und sinnvolle Sachzuwendungen in die Entlohnung einbezogen werden, die für die Beschäftigten zugleich steuerliche Vorteile mit sich bringen können.

Auch die vorgesehenen Änderungen hinsichtlich der Umsetzungsfristen werden vom bpa ausdrücklich begrüßt. Seit Einführung der Tariftreueregelungen war die bislang geltende starre Umsetzungsfrist von drei Monaten mit erheblichen Unsicherheiten für die Pflegeeinrichtungen verbunden. Bisher sind die Einrichtungen verpflichtet, die sich aus den Veröffentlichungen nach § 82c Abs. 5 SGB XI ergebenden Entgeltanpassungen innerhalb dieser Frist durch eine entsprechend höhere Entlohnung umzusetzen; eine gesicherte Refinanzierung der hierdurch entstehenden Mehrkosten zu diesem Zeitpunkt ist damit jedoch regelmäßig noch nicht gewährleistet.

Da Pflegesatz- bzw. Vergütungsverhandlungen in der Praxis regelmäßig nicht innerhalb der bisherigen Drei-Monats-Frist abgeschlossen werden können, entsteht häufig eine erhebliche Refinanzierungslücke zwischen den bereits umgesetzten Entgeltsteigerungen und deren tatsächlicher Berücksichtigung in den Vergütungsvereinbarungen.

Die bisherige Regelung führt daher zu erheblichen wirtschaftlichen Risiken und Vorfinanzierungslasten für die Pflegeeinrichtungen.

Die nun vorgesehene Regelung, wonach die angepasste Entlohnung erst mit Abschluss der entsprechenden Vergütungsvereinbarung an die Beschäftigten weiterzugeben ist, stellt vor diesem Hintergrund eine sachgerechte und dringend gebotene Entlastung der Pflegeeinrichtungen dar. Sie gewährleistet eine zeitliche Synchronisierung von Entgeltanpassung und Refinanzierung und verhindert, dass Einrichtungen Entgeltsteigerungen ohne gesicherte Gegenfinanzierung vorfinanzieren müssen. Dadurch wird ein wesentlicher Beitrag zu mehr Rechts- und Planungssicherheit für die Pflegeeinrichtungen geleistet.

Allerdings bedarf die vorgesehene Formulierung einer Klarstellung. Der im Gesetzentwurf gewählte Zeitpunkt des „Abschlusses der nächsten Vergütungsvereinbarung“ ist nicht mit dem Beginn ihrer Laufzeit gleichzusetzen. Da Vergütungsvereinbarungen auch bereits vor Beginn ihres Geltungszeitraums abgeschlossen werden können, könnte die Regelung bei wortlautgetreuer Anwendung weiterhin zu einer Verpflichtung zur Umsetzung von Entgeltsteigerungen führen, bevor deren Refinanzierung einsetzt. Um die angestrebte zeitliche Synchronisierung tatsächlich sicherzustellen, sollte daher ausdrücklich auf den Beginn der Laufzeit der nächsten Vergütungsvereinbarung abgestellt werden.

Änderungsvorschlag

§ 72 Abs. 3b Satz 6 und 7 SGB XI werden wie folgt gefasst:

Tritt im Fall von Satz 1 Nummer 1 bis 3 eine Änderung im Hinblick auf die in dem jeweiligen Tarifvertrag oder in den jeweiligen kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen vereinbarte Entlohnung ein, haben die in Satz 1 genannten Pflegeeinrichtungen die erforderlichen Anpassungen der von ihnen gezahlten Entlohnung spätestens mit ~~**Abschluss**~~ **Beginn des Vereinbarungszeitraums** der nächsten Vergütungsvereinbarung vorzunehmen, nachdem die jeweilige Änderung nach § 82c Absatz 5 veröffentlicht wurde. Erhöhen sich im Fall von Satz 1 Nummer 4 die nach § 82c Absatz 5 veröffentlichten regional üblichen Entlohnungsniveaus nach § 82c Absatz 2 Satz 2 Nummer 2 oder die nach § 82c Absatz 5 veröffentlichten regional üblichen Niveaus der pflegetypischen Zuschläge nach § 82c Absatz 2 Satz 2 Nummer 3, haben die Pflegeeinrichtungen ihren Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern, die Leistungen der Pflege oder Betreuung für Pflegebedürftige erbringen, die höhere Entlohnung jeweils spätestens mit ~~**Abschluss der nächsten Vergütungsvereinbarung nach der Veröffentlichung der Werte nach § 82c Absatz**~~ **Beginn des Vereinbarungszeitraums der nächsten auf die Veröffentlichung der Werte nach § 82c Absatz 5 folgenden Vergütungsvereinbarung** zu zahlen.

Artikel 1, Nr. 60
§ 82c SGB XI – Wirtschaftlichkeit von Personalaufwendungen

Vorgeschlagene Neuregelungen
Die im Referentenentwurf noch vorgesehene vollständige Aussetzung der Tariftreueregelungen ab dem 2. Januar 2027 greift der Kabinettentwurf nicht auf; die Einhaltung der Tariftreueregelungen mit der entsprechenden Bezahlung der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer in Pflege und Betreuung bleibt weiterhin Voraussetzung für den Abschluss und die Aufrechterhaltung eines Versorgungsvertrages nach § 72 SGB XI.

Mit dem neuen § 82c Abs. 7 SGB XI-E sollen die Wirtschaftlichkeitsmaßstäbe für die Entlohnung in der Pflege vom 2. Januar 2027 bis zum 31. Dezember 2030 teilweise grundlegend neu gefasst werden. Bei an Tarifverträge und kirchenrechtliche Arbeitsrechtsregelungen gebundene Einrichtungen bleibt es bei der uneingeschränkten Refinanzierung der sich aus diesen Bindungen ergebenden Gehälter für sämtliche Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer der Einrichtung. Für Einrichtungen, die sich an einen Tarifvertrag oder kirchliche Arbeitsrechtsregelungen anlehnen, sollen die entsprechenden Entlohnungen im Sinne von § 72 Abs. 3b S. 2 für Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer in Pflege und Betreuung weiterhin als wirtschaftlich gelten. Für Einrichtungen, die das regional übliche Entlohnungsniveau anwenden, sollen Steigerungen der Personalaufwendungen dagegen nur noch bis zur Höhe der Veränderungsrate nach § 71 Abs. 3 SGB V als wirtschaftlich anerkannt werden können. Die Möglichkeit, das regional übliche Entlohnungsniveau um 10 % zu übersteigen entfällt ebenso wie die Möglichkeit der Refinanzierung höherer Personalaufwendungen aus sachlichem Grund.

Zugleich wird die jährliche Ermittlung der regional üblichen Entlohnungsniveaus für die Jahre 2027 bis 2029 ausgesetzt. Die zum 30. September 2026 veröffentlichten Werte werden stattdessen jährlich anhand der Veränderungsrate nach § 71 Abs. 3 SGB V fortgeschrieben; die Höhe der 2026 veröffentlichten regional üblichen Niveaus der pflegetypischen Zuschläge gilt für den Aussetzungszeitraum unverändert weiter. Zugleich wird der Kreis der in der zum 30. September 2026 veröffentlichten Liste der als wirtschaftlich geltenden Tarifverträge/AVR für den Aussetzungszeitraum festgeschrieben.

Stellungnahme
Der bpa lehnt die vorgesehene Neuregelung des § 82c SGB XI-E entschieden ab. Dass ausschließlich Pflegeeinrichtungen, die ihre Mitarbeitenden nach den regional üblichen Entlohnungsniveaus bezahlen, mit der Begrenzung von Entlohnungssteigerungen auf die Veränderungsrate nach § 71 Abs. 3 SGB V zur politisch beabsichtigten Kostendämpfung beitragen

sollen, ist unfair und inakzeptabel. Eine solche gesetzlich organisierte Wettbewerbsverzerrung ist nicht hinnehmbar.

Die vorgesehene Neuregelung durchbricht die bisherige Systematik der Tariftreue- und Refinanzierungsregelungen. Diese knüpfen die Anerkennung von Personalaufwendungen als wirtschaftlich im Grundsatz unabhängig von der gewählten Entlohnungsform an die tarifliche Entlohnungsentwicklung. Diese Anknüpfung ist sachgerecht, da Pflegeeinrichtungen unabhängig von der gewählten Entlohnungsform vergleichbare Leistungen unter denselben gesetzlichen Rahmenbedingungen erbringen und im selben Wettbewerb um qualifiziertes Personal stehen. Es ist daher folgerichtig, dass für die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit ihrer Personalaufwendungen im Grundsatz vergleichbare, an der tatsächlichen tariflichen Entlohnungsentwicklung orientierte Maßstäbe gelten. Mit der vorgesehenen Begrenzung auf die Veränderungsrate nach § 71 Abs. 3 SGB V wird dieser einheitliche Referenzmaßstab für Einrichtungen, die das regional übliche Entlohnungsniveau anwenden, aufgegeben, während für tarifgebundene und tarifanlehnende Einrichtungen weiterhin die tariflichen Entgeltsteigerungen maßgeblich bleiben. Für eine solche unterschiedliche Bewertung der Wirtschaftlichkeit von Personalaufwendungen besteht angesichts des unverändert hohen Wettbewerbsdrucks um Pflegepersonal keine sachliche Rechtfertigung. Sie führt vielmehr zu einer sachwidrigen Ungleichbehandlung der Einrichtungen und droht den Wettbewerb um qualifiziertes Pflegepersonal zulasten der Anwender des regional üblichen Entlohnungsniveaus zu verzerren. Die bisherige, an der Tarifentwicklung orientierte Systematik der Wirtschaftlichkeitsanerkennung muss daher für sämtliche Entlohnungsformen erhalten bleiben.

Die vorgesehene Regelung führt zu einer strukturellen Wettbewerbsverzerrung zwischen Pflegeeinrichtungen, die unterschiedliche, aber rechtlich gleichwertige Modelle zur Erfüllung der Tariftreueregelungen gewählt haben. Die Begrenzung der wirtschaftlich anerkennungsfähigen Entgeltsteigerungen auf die Veränderungsrate wird den Realitäten des Pflegarbeitsmarktes nicht gerecht. Gerade vor dem Hintergrund des anhaltenden Fachkräftemangels müssen Pflegeeinrichtungen auch künftig in der Lage sein, auf arbeitsmarktbedingte Entwicklungen flexibel zu reagieren und ihren Beschäftigten wettbewerbsfähige Lohnsteigerungen anzubieten. Hierfür ist es erforderlich, dass Entgeltsteigerungen oberhalb der Veränderungsrate weiterhin als wirtschaftlich anerkennungs- und refinanzierungsfähig berücksichtigt werden können. Nur so bleiben faire Wettbewerbsbedingungen zwischen den verschiedenen Entlohnungsmodellen sowie ausreichende Spielräume zur Personalgewinnung und Personalbindung erhalten.

Eine Deckelung der Refinanzierung auf die Veränderungsrate nach § 71 Abs. 3 SGB V steht darüber hinaus in einem grundlegenden Spannungsverhältnis zu den politischen und gesetzlichen Zielsetzungen der vergangenen Jahre. Mit den Tariftreueregelungen hat der Gesetzgeber bewusst das Ziel verfolgt, die Entlohnung in der Pflege nachhaltig zu verbessern, die

Attraktivität des Pflegeberufs zu stärken und die Gewinnung sowie Bindung von Fachkräften zu fördern. Dieses Ziel wird jedoch konterkariert, wenn die wirtschaftliche Anerkennung von Entlohnungssteigerungen künftig an eine allgemeine Ausgabenentwicklung im Gesundheitswesen geknüpft wird, die die tatsächlichen Entwicklungen auf dem Pflegarbeitsmarkt nur unzureichend abbildet.

Die vorgesehene Deckelung sollte daher gestrichen werden. Die Finanzierung erforderlicher und nach § 82c SGB XI angemessener Entlohnungssteigerungen muss auch künftig unabhängig von der Veränderungsrate sichergestellt werden. Nur so können die Ziele der Tariftreueregelungen, die Fachkräftesicherung sowie faire Wettbewerbsbedingungen zwischen den verschiedenen Entlohnungsmodellen dauerhaft gewährleistet werden.

Anpassungsbedarfe im SGB V aufgrund unterschiedlicher Refinanzierungslogiken in SGB V und SGB XI

Diese Wertungswidersprüche zeigen sich auch in den Regelungen des SGB V. Die dort verankerte Begrenzung der Vergütungsentwicklung insbesondere der nicht tarifgebundenen Pflegedienste auf die Veränderungsrate nach § 71 Abs. 3 SGB V wird auch dort den besonderen Herausforderungen des Pflegearbeitsmarktes nicht gerecht. Der Gesetzgeber hat dies selbst erkannt, indem er für bestimmte Leistungsbereiche sowie für tarifgebundene Leistungserbringer Ausnahmen geschaffen hat. Dies verdeutlicht, dass eine starre Bindung an die Veränderungsrate den tatsächlichen Personal- und Arbeitsmarktentwicklungen vielfach nicht Rechnung trägt. Hinzu kommt, dass im SGB V dringend eine Anpassung der Refinanzierungslogik an diejenige des SGB XI erfolgen muss.

Ca. 96 % der Pflegedienste mit Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI erbringen zugleich Leistungen nach dem SGB V. Bereits die vom Bundesministerium für Gesundheit beauftragte „Evaluation der Wirkungen der Regelungen zur Entlohnung nach Tarif von Pflege- und Betreuungskräften in der Langzeitpflege“ stellt zutreffend fest: Da es „praktisch unmöglich“ sei, Pflegekräfte gleicher Qualifikation je nach Leistungsbereich ungleich zu behandeln, seien die Einrichtungen „de facto gezwungen, auch den Pflegekräften, die im SGB V-Bereich eingesetzt werden, entsprechende Lohnsteigerungen zu gewähren“. Höhere Löhne nach dem SGB XI „erfordern insofern auch eine Anpassung der Refinanzierung steigender Lohnkosten nach SGB V“. Schon vor diesem Hintergrund ist es nicht nachvollziehbar und verfassungsrechtlich mehr als bedenklich, dass Pflegedienste, die von der im SGB XI ausdrücklich vorgesehenen Möglichkeit der Tarifanlehnung Gebrauch machen, bei Tarifsteigerungen oberhalb der Veränderungsrate nach § 71 Abs. 3 SGB V im Bereich der häuslichen Krankenpflege durch die Begrenzung der Vergütungssteigerung auf die Veränderungsrate nach § 71 Abs. 3 SGB V mit Refinanzierungslücken konfrontiert werden.

Die Personalsituation wird sich in den kommenden Jahren weiter verschärfen. Angesichts der demografischen Entwicklung und des bevorstehenden Ausscheidens zahlreicher Pflegekräfte aus dem Erwerbsleben wird der Wettbewerb um qualifiziertes Personal weiter zunehmen. Der DAK-Pflegereport 2024 weist genau darauf hin: „Noch in den 2020er-Jahren wird es nicht mehr ausreichend nachrückende Absolventinnen und Absolventen von Pflegeschulen geben, um die Lücke der ausscheidenden Baby-Boomer zu schließen“, so der DAK-Pflegereport 2024 („Die Baby-Boomer und die Zukunft der Pflege – Beruflich Pflegende im Fokus“). Jede fünfte Pflegekraft geht in den nächsten 10 Jahren in Rente. Passend dazu hält auch das Statistische Bundesamt in seiner Pflegekräftevorausberechnung fest: „Somit findet die stärkste Abnahme um rund 140.000 Pflegekräfte bereits bis 2034 statt.“ Angesichts dieser Entwicklungen ist es umso wichtiger, dass Pflegeheime und Pflegedienste in die Lage versetzt werden, auch zukünftig Lohnsteigerungen über der Grundlohnsummensteigerung refinanziert zu bekommen, damit die Einrichtungen die notwendige Flexibilität bei der Personalsicherung erhalten.

Angesichts des anhaltenden Fachkräftemangels und des Wettbewerbs um qualifiziertes Pflegepersonal kann die Lösung nur darin bestehen, die Refinanzierungsregelungen des SGB V an die Vorgaben des SGB XI anzugleichen, damit die im SGB XI gesetzlich veranlassten Entlohnungssteigerungen für Pflegedienste auch im SGB V verlässlich refinanziert werden können.

Ergebnis: Beibehaltung der bisherigen Refinanzierungssystematik im SGB XI erforderlich

Die vorgesehenen Änderungen des § 82c SGB XI in Absatz 7 sind zu streichen und die geltenden Regelungen zur Wirtschaftlichkeit von Entlohnungen ohne einseitige Beschränkung der Refinanzierungsmöglichkeiten zulasten der Anwender der regional üblichen Entlohnungsniveaus unverändert fortzuführen. Ungeachtet dieser grundsätzlichen Forderung bestünde für den Fall ihrer Beibehaltung jedenfalls weiterer Änderungsbedarf. Dies betrifft insbesondere die Vermeidung von Refinanzierungslücken beim Übergang auf die Neuregelung sowie die Absicherung der Fortschreibung bislang als wirtschaftlich anerkannter Entlohnungen:

Aussetzung der Wirtschaftlichkeitsfiktion zum 2. Januar 2027 – Erforderlichkeit einer Übergangsregelung zur Vermeidung von Refinanzierungslücken bei Einhaltung der regional üblichen Entlohnungsniveaus

Die Aussetzung der Wirtschaftlichkeitsfiktion zum 2. Januar 2027 wird zu erheblichen wirtschaftlichen Problemen für alle Pflegeeinrichtungen führen, die nicht zum 1. Januar 2027 eine neue Vergütungsvereinbarung abschließen. Gerade im vollstationären Bereich werden Pflegesatzverhandlungen typischerweise als Einzelverhandlungen über das gesamte Kalenderjahr

verteilt geführt. Diese Einrichtungen sind zwar verpflichtet, ab dem 1. Januar 2027 das jeweils maßgebliche regional übliche Entlohnungsniveau einzuhalten, können jedoch die hieraus resultierenden Personalkostensteigerungen bei Vergütungsvereinbarungen mit Wirkung ab dem 2. Januar 2027 aufgrund der dann geltenden Obergrenze „Veränderungsrate“ nicht mehr im Rahmen der bisherigen Wirtschaftlichkeitsfiktion absichern. Daraus ergäbe sich eine Refinanzierungslücke, die im gesamten Aussetzungszeitraum fortgetragen würde. Beispielhaft sei auf Zahlen aus Hessen verwiesen. Nur 11 Prozent der vollstationären Einrichtungen schließen zum 1. Januar ihre Pflegesatzvereinbarung ab. 9 von 10 Pflegeheimen fielen nicht mehr unter die Wirtschaftlichkeitsfiktion in der bisherigen Fassung. Auch ambulante Pflegedienste sind hiervon betroffen. So verhandeln bspw. in Thüringen die Dienste zum 1. März ihre Entgeltvereinbarungen neu.

In den Bundesländern, in denen die Entwicklung des regional üblichen Entgeltniveaus die abgesenkte Grundlohnsummensteigerungsrate übersteigt, drohen hierdurch erhebliche Refinanzierungsdefizite. Dies kann die wirtschaftliche Stabilität einzelner Pflegeeinrichtungen erheblich beeinträchtigen. Eine gesetzliche Verpflichtung zur Einhaltung von Tariftreueregelungen setzt zwingend voraus, dass die hierdurch entstehenden Personalkosten dauerhaft und verlässlich refinanziert werden können.

Auch die Option der Neuverhandlungen nach § 87 Abs. 5 SGB XI stellt keine praktikable Lösung dar. Die hierfür erforderlichen Verhandlungen werden derzeit über das gesamte Jahr verteilt geführt. Von ungeklärten Rechtsfragen im Zusammenhang mit der Anwendung von § 87 Abs. 5 SGB XI abgesehen, erscheint es weder realistisch noch organisatorisch leistbar, sämtliche hiervon betroffenen Vergütungsverhandlungen auf die letzten Monate des Jahres 2026 zu konzentrieren. Weder die Pflegekassen noch die übrigen Verhandlungsbeteiligten verfügen über die hierfür notwendigen Kapazitäten. Die Folge wären zwangsläufig erhebliche Verzögerungen bei der Vereinbarung neuer Pflegesätze und eine zusätzliche Verschärfung der bestehenden Refinanzierungsproblematik. Hinzu kommt, dass von den Pflegeeinrichtungen nicht ernsthaft erwartet werden kann, auf Grundlage eines noch nicht verabschiedeten Gesetzes vorsorglich Vergütungsverhandlungen einzuleiten und weitreichende unternehmerische Entscheidungen zu treffen. Es ist Aufgabe des Gesetzgebers, verlässliche rechtliche Rahmenbedingungen zu schaffen, statt die Folgen einer unzureichend auf die tatsächlichen Verhandlungszyklen abgestimmten Regelung auf die Pflegeeinrichtungen abzuwälzen.

Vor diesem Hintergrund bedarf es einer gesetzlichen Übergangsregelung, die sicherstellt, dass den Pflegeeinrichtungen aus dem zeitlichen Auseinanderfallen der verpflichtenden Entlohnungsanpassungen zum 1. Januar 2027 und dem Abschluss ihrer nächsten Vergütungsvereinbarung keine Refinanzierungsnachteile entstehen. Hierzu muss die Wirtschaftlichkeitsfiktion des § 82c SGB XI für die jeweils erste Vergütungsvereinbarung, die nach der

Veröffentlichung der neuen regional üblichen Entlohnungsniveaus abgeschlossen wird, auch über den 2. Januar 2027 hinaus Anwendung finden. Nur so kann gewährleistet werden, dass die gesetzlich vorgegebenen Entlohnungssteigerungen unabhängig vom jeweiligen Verhandlungszeitpunkt vollständig refinanzierbar bleiben und keine dauerhaften Refinanzierungslücken entstehen.

Fehlende gesetzliche Absicherung der Fortschreibung bislang wirtschaftlich anerkannter Entgelte bei Einhaltung der regional üblichen Entlohnungsniveaus

Die Gesetzesbegründung geht erkennbar davon aus, dass Anwender des regional üblichen Entlohnungsniveaus, die ihren Beschäftigten bereits Entgelte oberhalb der veröffentlichten Werte zahlen und hierbei den zulässigen 10-Prozent-Spielraum ausschöpfen, diese höheren Entgelte auch künftig jedenfalls in Höhe der Veränderungsrate fortschreiben können. Nach der Begründung soll eine solche Entlohnung nicht als unwirtschaftlich beanstandet werden dürfen; vielmehr sollen Entgeltsteigerungen bis zur Höhe der Veränderungsrate anerkannt werden.

Diese Rechtsfolge findet im Gesetzeswortlaut jedoch keine hinreichend klare Grundlage. Der Entwurf enthält insbesondere keine ausdrückliche Regelung, wonach die bislang gezahlten und wirtschaftlich anerkannten Entgelte auch künftig mindestens um die Veränderungsrate fortgeschrieben werden können. Stattdessen bestimmt der Gesetzestext lediglich, dass die Veränderungsrate die „Obergrenze für die Steigerungen der Personalaufwendungen im Sinne dieser Vorschrift“ darstellt. Eine solche Obergrenze begrenzt lediglich den Umfang möglicher Steigerungen. Sie gewährleistet hingegen gerade nicht, dass Steigerungen bis zu dieser Grenze auch als wirtschaftlich anzuerkennen und entsprechend zu refinanzieren sind.

Für Einrichtungen, die von dem gesetzlich eröffneten 10-Prozent-Spielraum Gebrauch machen und bereits heute höhere Entgelte zahlen, entsteht hierdurch ein erhebliches Risiko.

Die vorgesehene Formulierung lässt vielmehr befürchten, dass bei Vergütungsverhandlungen nicht die tatsächlich gezahlten Entgelte, sondern lediglich die nach § 82c SGB XI maßgeblichen Referenzwerte einschließlich ihrer Fortschreibung berücksichtigt werden. Damit droht ausgerechnet den Einrichtungen, die von einer bislang ausdrücklich gesetzlich vorgesehenen und als wirtschaftlich anerkannten Entlohnungsmöglichkeit Gebrauch gemacht haben, eine zusätzliche faktische Begrenzung ihrer künftigen Entgeltentwicklung mit den entsprechenden Wettbewerbsnachteilen. Die bloße Festlegung einer Obergrenze bietet insoweit keinen Schutz.

Die in der Gesetzesbegründung vorgesehene Fortschreibungsmöglichkeit muss daher im Gesetzeswortlaut selbst verbindlich abgesichert werden. Es

bedarf einer ausdrücklichen Regelung, wonach die vor dem 2. Januar 2027 im Rahmen des zulässigen 10-Prozent-Spielraums gezahlten Entgelte auch künftig als wirtschaftlich anzuerkennen sind und Steigerungen dieser Entgelte bis zur Höhe der Veränderungsrate nach § 71 Abs. 3 SGB V nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden dürfen. Nur so lässt sich verhindern, dass der bisher gesetzlich gewährleistete Entlohnungsspielraum nachträglich zulasten der betroffenen Pflegeeinrichtungen entwertet wird.

„Personalaufwendungen“

Der Begriff „Personalaufwendungen im Sinne dieser Vorschrift“ begegnet ebenfalls Bedenken, auch wenn die Begründung ausführt, dass hierunter „wie auch bei der bisherigen Rechtsanwendung“ lediglich die Entlohnungen im Sinne des § 82c SGB XI zu verstehen seien. Soweit damit klargestellt werden soll, dass ausschließlich Gehälter und sonstige Entlohnungsbestandteile und nicht sämtliche Personalaufwendungen erfasst werden, erscheint dies nachvollziehbar, da § 82c SGB XI inhaltlich an die Entlohnung anknüpft.

Aus dem Gesetzeswortlaut ergibt sich diese Einschränkung jedoch nicht eindeutig. Um die in der Begründung beschriebene Wirtschaftlichkeitsfiktion im Gesetz eindeutig abzubilden, wird daher für Satz 4 ein Formulierungsvorschlag unterbreitet. Dieser stellt klar, dass Entlohnungssteigerungen für Mitarbeitende in Pflege und Betreuung bis zur Höhe der Veränderungsrate als wirtschaftlich gelten.

Änderungsvorschläge

Die vorgesehenen Änderungen des § 82c Absatz 7SGB XI sind zu streichen und die geltenden Regelungen zur Wirtschaftlichkeit von Entlohnungen ohne einseitige Beschränkung der Refinanzierungsmöglichkeiten zulasten der Anwender der regional üblichen Entlohnungsniveaus unverändert fortzuführen.

§ 82c Absatz 7 SGB XI
Hilfsweise ist gesetzlich zumindest sicherzustellen, dass die zum 1. Januar 2027 verpflichtend umzusetzenden Entlohnungssteigerungen auch bei später abgeschlossenen Vergütungsvereinbarungen nach den bisherigen Wirtschaftlichkeitsmaßstäben anerkannt werden und bereits im Rahmen des zulässigen 10-Prozent-Spielraums gezahlte Entgelte auch künftig bis zur Höhe der Veränderungsrate nach § 71 Abs. 3 SGB V als wirtschaftlich anerkannt fortgeschrieben werden können.

§ 82c Abs. 7:

(7) [1]Absatz 2 Satz 2 bis 5, Absatz 4 und Absatz 6 Satz 2 Nummer 3 sowie § 72 Absatz 3e Satz 1 und 2 sind ab dem 2. Januar 2027 bis zum Ablauf des 31. Dezember 2029 nicht anzuwenden. [2]Absatz 2 Satz 1, Absatz 2a, 2b und 3 sind ab dem 2. Januar 2027 bis zum Ablauf des 31. Dezember 2030 nicht anzuwenden. [3]Für Einrichtungen, die sich hinsichtlich der Entlohnung ihrer Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, die Leistungen der Pflege oder Betreuung für Pflegebedürftige erbringen, gemäß § 72 Absatz 3b Satz 1 Nummer 1 bis 3 maßgeblich an einem Tarifvertrag oder einer kirchlichen Arbeitsrechtsregelung orientieren, kann im Zeitraum nach Satz 2 eine Entlohnung im Sinne des § 72 Absatz 3b Satz 2 in Höhe eines der in der Liste nach Absatz 5 enthaltenen Tarifvertrags oder einer dort enthaltenen kirchlichen Arbeitsrechtsregelung nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden. [4]Für Einrichtungen, die ihren Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern, die Leistungen der Pflege oder Betreuung für Pflegebedürftige erbringen, eine Entlohnung gemäß § 72 Absatz 3b Satz 1 Nummer 4 zahlen, ~~**stellt**~~ kann im Zeitraum nach Satz 2 **bei der auf die Veröffentlichung nach Absatz 5 vom 30. September 2026 folgenden Vergütungsvereinbarung eine Entlohnung bis zur Höhe des darin veröffentlichten regional üblichen Entlohnungsniveaus nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden; im Übrigen kann im Zeitraum nach Satz 2 eine Steigerung der Entlohnung bis zur Höhe der** ~~**die**~~ durchschnittliche**n** Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 des Fünften Buches bezogen auf eine Geltungsdauer von jeweils 12 Monaten **nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden** ~~**die Obergrenze für Steigerungen der Personalaufwendungen im Sinne dieser Vorschrift dar.**~~ [5]In den Jahren 2027 bis 2029 werden die am 30. September 2026 veröffentlichten regional üblichen Entlohnungsniveaus nach Absatz 2 Satz 2 Nummer 1 und 2 jährlich um die durchschnittliche Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 des Fünften Buches fortgeschrieben; die regional üblichen Niveaus der pflegetypischen Zuschläge nach Absatz 2 Satz 2 Nummer 3 mit Stand 30. September 2026 gelten in dem Zeitraum nach Satz 2 unverändert weiter. [6]Die Werte nach Satz 5 sind in den Veröffentlichungen nach Absatz 5 auszuweisen und maßgeblich in Bezug auf § 72 Absatz 3b Satz 1 Nummer 4. [7]Die Geschäftsstelle nach Absatz 6 erstellt unter Beteiligung des Bundesministeriums für Gesundheit und des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales bis zum 30. Juni 2029 einen Bericht über die Entwicklung der Löhne in der Langzeitpflege und die Entwicklung der Pflegevergütungen.

Artikel 1, Nr. 60
§ 82 Abs. 1a SGB XI – Finanzierung der Pflegeeinrichtungen

Vorgeschlagene Neuregelung
Mit dem neuen § 82 Absatz 1a SGB XI wird klargestellt, dass Personal- und Sachaufwendungen, die den Pflegeeinrichtungen im Zusammenhang mit der Nutzung betriebsnotwendiger technischer oder digitaler Systeme entstehen, in der Pflegevergütung und in den Entgelten für Unterkunft und Verpflegung berücksichtigungsfähig sind. Erfasst sind insbesondere laufende Aufwendungen für Wartung, Schulung der Mitarbeitenden und Support.

Stellungnahme
Der bpa begrüßt die Klarstellung in § 82 Absatz 1a SGB XI ausdrücklich. Sie greift ein zentrales Anliegen auf: Digitalisierung gelingt nur, wenn neben der einmaligen Anschaffung auch die dauerhaften Betriebskosten – etwa für Wartung, Support und die Schulung der Mitarbeitenden – verlässlich finanziert werden. Die ausdrückliche Berücksichtigungsfähigkeit dieser Aufwendungen in der regulären Vergütung ist daher ein wichtiger und richtiger Schritt, um den effektiven und dauerhaften Einsatz digitaler Systeme in der Pflege abzusichern.

Der undefinierte Rechtsbegriff „betriebsnotwendig“ wird jedoch dazu führen, dass die Digitalisierungsfinanzierung nachhaltig beschädigt wird. Weder eine KI noch eine Sprach-Dokumentation oder eine digitale Dekubitusprophylaxe sind „betriebsnotwendig“. Zwar haben alle drei Beispiele erhebliche Mehrwerte für die Entlastung der Beschäftigten und die Sicherstellung der Versorgungsqualität, doch erfüllen sie nicht offenkundig diesen Terminus. Dieser muss daher gestrichen werden.

Gegenüber dem Referentenentwurf gab es zudem eine nicht zielführende Streichung. Die „Implementierung“ technischer oder digitaler Systeme soll nicht berücksichtigungsfähig sein. Der Verweis in der Begründung auf § 82 Abs. 4 SGB XI ist in diesem Zusammenhang nicht nachvollziehbar. Soweit es nur darum geht, dass Kostenbestandteile, die den Investitionskosten zuzurechnen sind, nicht im Pflegesatz finanziert werden sollen, wäre eine entsprechende Einschränkung nachvollziehbar. Implementierungskosten sind aber regelmäßig keine Investitionskosten. Wenn es bspw. darum geht Schulungen zu organisieren, die die Einführung einer Technologie ermöglichen, muss abgesichert sein, dass dies stets berücksichtigungsfähig ist. Durch die hier vorgenommene Streichung werden Kostenträger in Pflegesatzverhandlungen jedoch darauf verweisen, dass der Gesetzgeber diesen Aspekt bewusst gestrichen hat. Soll also keine derartige Einschränkung der Digitalisierungsfinanzierung erfolgen, muss hier eine Klarstellung erfolgen.

Änderungsvorschläge

§ 82 Abs. 1a SGB XI wird wie folgt geändert:

In der Pflegevergütung und in den Entgelten für Unterkunft und Verpflegung sind Personal- und Sachaufwendungen im Zusammenhang mit der **Implementierung und** Nutzung von technischen oder digitalen Systemen berücksichtigungsfähig.

Artikel 1, Nr. 63
§ 88b SGB XI – Erstattung von Vorhaltekosten bei Akut-Kurzzeitpflege

Vorgeschlagene Neuregelung
Vollstationäre Pflegeeinrichtungen, die sich zur Erbringung von Akut-Kurzzeitpflege verpflichten und hierfür fest verfügbare Plätze zur Verfügung stellen, erhalten im Zeitraum vom 1. Januar 2028 bis zum 31. Dezember 2032 für die ihnen infolge der Nichtauslastung dieser Plätze entstandenen Vorhaltekosten eine anteilige Erstattung. Freie Plätze sind von den Einrichtungen zu melden und müssen betroffenen Pflegebedürftigen zur Verfügung gestellt werden. In einer Richtlinie soll das Nähere zum Erstattungsverfahren geregelt werden.

Stellungnahme
Soweit Pflegeeinrichtungen Kurzzeitpflegekapazitäten für Akut-Fälle freihalten sollen, ist eine Erstattung der Vorhaltekosten notwendig. Der bpa begrüßt diese Regelung daher grundsätzlich.

Gleichwohl ist die hier vorgesehene Verfahrensweise nicht geeignet. Das Nähere zur Ausgestaltung sollen ausgerechnet diejenigen regeln, die die Leistung zu finanzieren haben. Den Leistungserbringern wird lediglich die Möglichkeit der Anhörung eingeräumt. Gerade vor dem Hintergrund der erheblichen praktischen Auswirkungen der Regelungen auf die Einrichtungen – insbesondere im Hinblick auf Finanzierung, Organisation und Vorhaltung von Akut-Kurzzeitpflegeplätzen – ist eine umfassende Einbindung der maßgeblichen Verbände zwingend erforderlich. Eine bloße Anhörung wird diesem Anspruch nicht gerecht.

Es ist davon auszugehen, dass die Richtlinien nicht derart gestaltet werden, dass es für einen relevanten Teil der Kurzzeitpflegeanbieter attraktiv sein wird, Plätze dauerhaft für die Akut-Kurzzeitpflege freizuhalten.

Die vorgesehene Systematik zur Finanzierung der Akut-Kurzzeitpflegeplätze, die in der Begründung zu Absatz 3 dargestellt wird, ist aus Sicht des bpa ebenfalls weder praktikabel noch ausreichend auskömmlich.
Die derzeit geplante Bemessung der initialen Vorhaltefinanzierung basiert auf einem fortgeschriebenen Tagessatz von rund 172 Euro sowie einer modellhaften Auslastungsannahme von 75 Prozent. Ergänzend sollen komplexe Bedarfsparameter – insbesondere die Zahl ambulant versorgter Pflegebedürftiger der Pflegegrade 2 bis 5 sowie deren räumliche Verteilung – herangezogen werden.

Dieses Modell erscheint aus mehreren Gründen problematisch. Es ist hochgradig komplex und administrativ aufwendig. Die zugrunde gelegten

Parameter sind für die einzelne Einrichtung nicht steuerbar und die pauschale Auslastungsannahme wird den tatsächlich stark schwankenden Belegungen in der Kurzzeitpflege nicht gerecht. Eine tragfähige Finanzierung muss daher stärker an bestehenden, etablierten Refinanzierungsmechanismen anknüpfen. Vor diesem Hintergrund schlägt der bpa vor, die Erstattung der Vorhaltekosten für Akut-Kurzzeitpflegeplätze deutlich zu vereinfachen und realitätsnäher auszugestalten. Die Höhe der Vergütung sollte sich künftig an der in der vollstationären Pflege etablierten Abwesenheitsvergütung (§ 87a SGB XI) plus vollständiger Übernahme der gesondert berechenbaren Investitionsaufwendungen nach § 82 Absatz 3 und 4 orientieren. Ohne eine Übernahme der tatsächlich anfallenden Investitionskosten kann keine Vorhaltung der Plätze erfolgen. Da eine entsprechende Finanzierung durch die Pflegekassen bis dato unüblich ist, sollte eine entsprechende Klarstellung im Gesetz erfolgen.

Eine Meldepflicht für Pflegeeinrichtungen ist unnötig. Die Pflegekassen schließen die Vereinbarung zur Finanzierung ab. Ihnen liegen alle Informationen vor.

Änderungsvorschläge

§ 88b Abs. 1 SGB XI wird wie folgt gefasst:

Den zugelassenen vollstationären Pflegeeinrichtungen, die eine vertragliche Regelung der Pflegevergütung nach § 85 abgeschlossen haben und sich verpflichten, fest verfügbare Plätze für Akut-Kurzzeitpflege nach § 42 Absatz 4 anzubieten, werden ~~**im Zeitraum vom 1. Januar 2028 bis zum 31. Dezember 2032**~~ die ihnen infolge der Nichtauslastung dieser Plätze entstandenen Vorhaltekosten ~~**anteilig**~~ **einschließlich der gesondert berechenbaren Investitionsaufwendungen nach § 82 Absatz 3 und 4 SGB XI** erstattet, soweit diese nicht bereits nach anderen Vorschriften finanziert werden. ~~**Die Pflegeeinrichtungen verpflichten sich zugleich, freie Plätze für Akut-Kurzzeitpflege zur Information nach § 39 Absatz 4 zu melden und betroffenen Pflegebedürftigen zur Verfügung zu stellen.**~~

§ 88b Abs. 2 SGB XI wird wie folgt gefasst:

Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen beschließt bis zum 31. Oktober 2027 im Einvernehmen mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. ~~**nach Anhörung**~~ **und den maßgeblichen** Verbände**n** der Leistungserbringer stationärer Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene unverzüglich in Richtlinien das Nähere für das Erstattungsverfahren nach Absatz 1. Dazu zählen insbesondere die Voraussetzungen zur Teilnahme am Erstattungsverfahren, die Höhe der erstattungsfähigen Vorhaltekosten und die Verfahrensabläufe zur Erstattung einschließlich der erforderlichen

Nachweise mit dem Ziel einer unbürokratischen Umsetzung. Die Richtlinien bedürfen der Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen berichtet dem Bundesministerium für Gesundheit ab dem Berichtsjahr 2028 jährlich bis zum 30. Juni des Folgejahres über die Ausgabenentwicklung, sowohl länderspezifisch als auch insgesamt, und über die daraus abzuleitenden Erkenntnisse für die Versorgung mit Plätzen für Akut-Kurzzeitpflege bundesweit und in den einzelnen Ländern. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen evaluiert bis zum 31. Dezember 2031 unter wissenschaftlicher Begleitung die Wirkungen dieser Regelung. Die Evaluation ist mit dem Bundesministerium für Gesundheit abzustimmen.

Artikel 1, Nr. 71
§ 113c Abs. 9 und 10 SGB XI – Personalbemessung in vollstationären Einrichtungen

Vorgeschlagene Neuregelung
Mit den neuen Absätzen 9 und 10 verfolgt der Gesetzgeber zwei Ziele:

1. Anpassung der Evaluation von Personal- und Organisationsentwicklungsmaßnahmen

Die bisher vorgesehene Erhebung der Anzahl von Pflegeeinrichtungen, die bestimmte Personal- und Organisationsentwicklungsmaßnahmen umsetzen, entfällt. Stattdessen wird der GKV-Spitzenverband beauftragt, die Verbreitung und Wirksamkeit dieser Maßnahmen zu evaluieren und darüber im Rahmen eines späteren Berichts zu informieren.

2. Prüfung und mögliche Anpassung der Personalanhaltswerte

Aufgrund der geplanten Weiterentwicklung des Begutachtungsinstruments zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit soll geprüft werden, ob die gesetzlich festgelegten Personalanhaltswerte für vollstationäre Pflegeeinrichtungen angepasst werden müssen. Darüber hinaus wird untersucht, wie zusätzliche Betreuungskräfte nach § 43b künftig vollständig in die reguläre Personalausstattung integriert werden können, ohne Pflegebedürftige oder die Pflegeversicherung finanziell stärker zu belasten. Künftige Änderungen des Pflegebedürftigkeitsbegriffs oder des Begutachtungsverfahrens sollen zudem regelmäßig auf ihre Auswirkungen auf die Personalanhaltswerte überprüft werden.

Stellungnahme
Die geplante Überprüfung der Personalanhaltswerte im Zuge der Änderungen des Begutachtungsinstruments ist grundsätzlich nachvollziehbar. Gleichzeitig handelt es sich um ein äußerst sensibles Thema, da Veränderungen bei den Pflegegraden nicht automatisch mit einer Veränderung des tatsächlichen Pflege- und Unterstützungsbedarfs einhergehen. Es darf nicht dazu kommen, dass Bewohnerinnen und Bewohner weiterhin einen Versorgungsbedarf haben, der bisher beispielsweise einem Pflegegrad 3 entsprach, aber durch eine veränderte Begutachtungspraxis auf dem Papier künftig „Pflegegrad 2“ steht. Denn damit würde auch die rechnerische Personalausstattung sinken, ohne dass der tatsächliche Pflegebedarf sinkt. Die Arbeit bliebe die gleiche, würde aber auf weniger Beschäftigte verteilt. Dies würde erhebliche Verunsicherung schaffen und die ohnehin angespannte Personalsituation in den Einrichtungen zusätzlich verschärfen.

Vor diesem Hintergrund muss die Entwicklung eng begleitet und bei Fehlsteuerungen kurzfristig nachgesteuert werden können. Die Diskussion zeigt zugleich erneut die Notwendigkeit, Pflegeeinrichtungen deutlich mehr Flexibilität beim Personaleinsatz einzuräumen.

Würden die Einrichtungen über größere Spielräume verfügen, um ihre Personalstruktur am tatsächlichen Versorgungsbedarf vor Ort auszurichten, könnten mögliche Verwerfungen infolge veränderter Pflegegrade oder Begutachtungsverfahren deutlich besser aufgefangen werden. Dies entspricht auch der langjährigen Forderung des bpa nach einer praxisgerechten und bedarfsorientierten Personalsteuerung.

Änderungsvorschlag
Keiner.

Artikel 1, Nr. 73
§ 113e SGB XI – Transformationsstellenanteile in vollstationären Pflegeeinrichtungen

Vorgeschlagene Neuregelung
Vollstationäre Pflegeeinrichtungen erhalten im Zeitraum von 2028 bis 2032 die Möglichkeit, nicht besetzte Stellen im Korridor zwischen der Mindestpersonalausstattung im Bundesland und der Maximalgrenze des § 113c Abs. 1 Nr. 2 und 3 SGB XI zur Digitalisierungsfinanzierung umzuwandeln.

Stellungnahme
Der bpa begrüßt den mit § 113e Absatz 1 verfolgten Ansatz ausdrücklich. Die Möglichkeit, nicht besetzbare Stellenanteile in einen finanziellen Gegenwert für das Pflege- und Betreuungspersonal entlastende technische und digitale Systeme umzuwidmen, entspricht unmittelbar dem vom bpa seit Langem vertretenen **Personal-Technik-Schlüssel**, der eine flexible Umwidmung von Personalmitteln zugunsten entlastender Technik ermöglicht. Damit greift der Entwurf ein zentrales Anliegen des bpa auf und erkennt an, dass digitale und technische Systeme Pflegekräfte spürbar entlasten und die pflegerische Versorgung verbessern können.

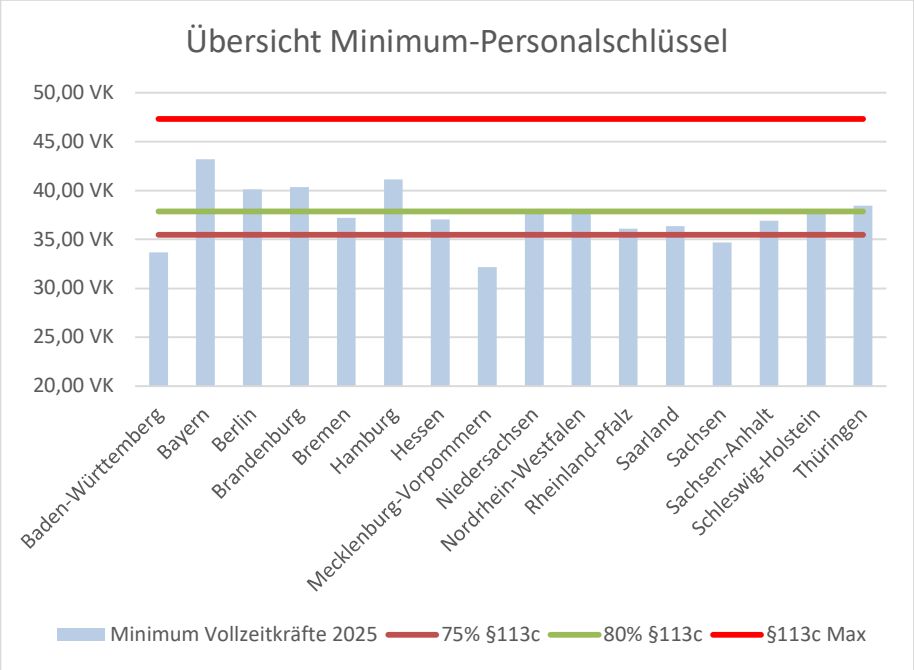
Die Möglichkeit, Transformationsstellenanteile zu vereinbaren, auf den Zeitraum 2028 bis 2032 zu befristen, entspricht allerdings nicht dem dauerhaften Bedarf an entlastender Technik. Investitionen in technische und digitale Systeme amortisieren sich erst über mehrere Jahre. Eine zeitliche Begrenzung schafft daher Planungsunsicherheit und kann Einrichtungen von sinnvollen Anschaffungen abhalten, deren Nutzen über das Jahr 2032 hinausreicht. Der bpa spricht sich dafür aus, die Regelung zu entfristen und dauerhaft auszugestalten.

<u>Absatz 2 – Bemessung transformierbarer Stellen</u>
Die Regelungen zur Bemessung der transformierbaren Stellen sind derzeit nicht sachgerecht und **müssen zwingend überarbeitet werden**. Andernfalls kann das Ziel des § 113e Abs. 1 SGB XI nicht erreicht werden.

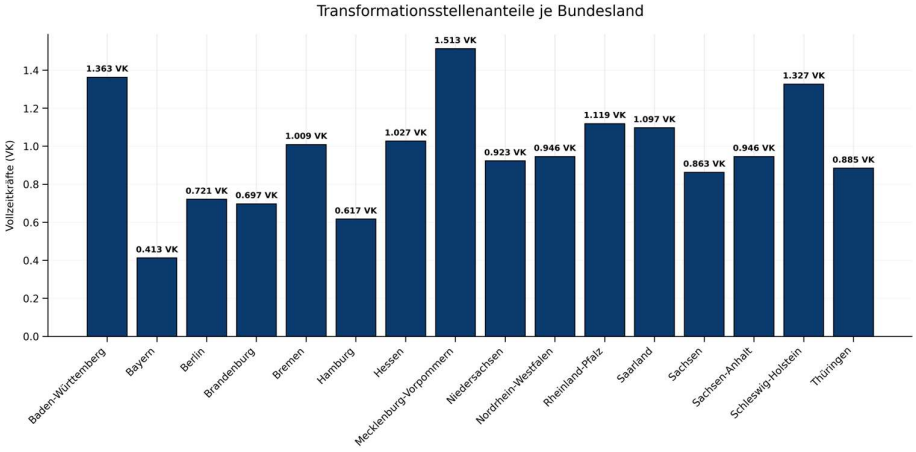
Eine Begrenzung der Transformationsstellenanteile auf 10 Prozent der im individuellen Personalkorridor mathematisch zur Verfügung stehenden Stellen wird den Finanzierungsanforderungen nicht gerecht. Die Änderungen gegenüber dem Referentenentwurf haben zudem noch erhebliche Verschlechterungen mit sich gebracht. Es soll nunmehr ausschließlich der Korridor bezogen auf die QN 3- und QN 4-Kräfte betrachtet werden. Das ist nicht nachvollziehbar und reduziert das Umwandlungspotential um etwa ein Drittel.

Die Veränderung ergibt auch in der Systematik keinen Sinn. Als Untergrenze soll die Mindestpersonalausstattung im Land fungieren. Hier sieht das Gesetz keinen Bezug auf Qualifikationsniveaus vor. Demnach würde das gesamte Personal Pflege und Betreuung leisten. Bei der Höchstgrenze wird jedoch nur das Personal in den QN 3 und 4 betrachtet. Ein Korridor stünde hier rechnerisch schlicht nicht zur Verfügung. Transformationsstellen könnten nicht vereinbart werden. Soweit es sich um einen redaktionellen Fehler handelt und bei der Mindestpersonalausstattung ebenfalls nur das QN 3 und QN 4-Personal gemeint ist, sei darauf hingewiesen, dass ein erheblicher Teil der Länder bei der Mindestpersonalausstattung nicht zwischen den QN 1 bis QN 3 differenziert. Dies hat auch eine Auswertung des GKV-Spitzenverbandes gezeigt, nach der von insgesamt 3.918 erfassten Pflegesatzvereinbarungen nur 1.415 Pflegesatzvereinbarungen eine Differenzierung nach drei Qualifikationsniveaus enthalten. In diesen Ländern wäre demnach ebenfalls keine Bemessung des Korridors für Transformationsstellen möglich.

Der Bezug auf die Mindestpersonalausstattung bestraft ausgerechnet Einrichtungen in den Ländern, in denen die politisch gewünschten hohen Mindestpersonalausstattungen vereinbart wurden. Es erzeugt überdies einen Flickenteppich der Finanzierung, der nicht erklärbar ist.



Grafik: bpa

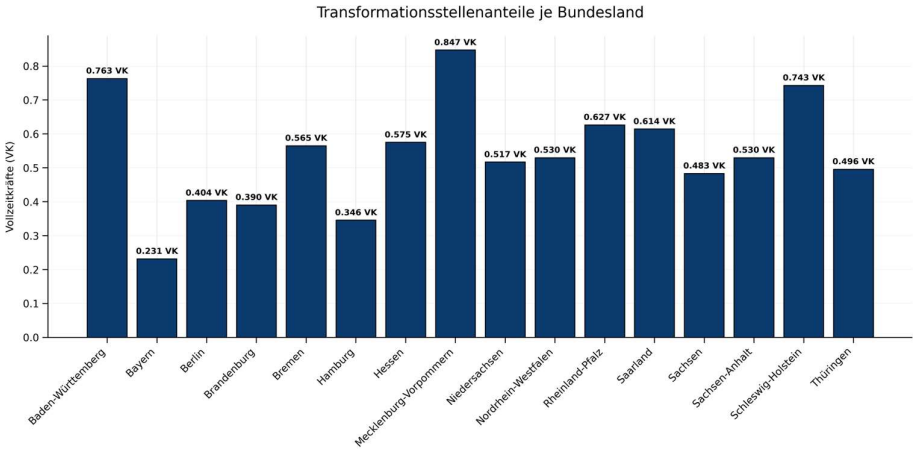


Die Grafik zeigt sehr deutlich, dass sich die Größe des Korridors zwischen der mindestens zu vereinbarenden Personalausstattung laut dem jeweiligen Landesrahmenvertrag und den Personalanhaltswerten gemäß § 113c Absatz 1 pro Land teils dramatisch unterscheidet. Die hier vorliegenden Werte basieren auf einem 100-Plätze-Pflegeheim mit der laut Pflegestatistik 2023 durchschnittlichen vollstationären Pflegegradverteilung. Dieser Korridor variiert rechnerisch in der Größe zwischen 15,13 VK in Mecklenburg-Vorpommern und 4,13 VK in Bayern. In dieser Betrachtung wären also in ersterem Fall 1,5 VK transformationsfähig, in letzterem 0,4 VK.

Hier handelt es sich um Zahlen für ein 100-Plätze-Pflegeheim. Der Durchschnitt in Deutschland liegt jedoch laut Pflegestatistik 2023 bei 70 Pflegebedürftigen pro Pflegeheim. Damit wird aus den 0,4 VK plötzlich ein Wert von lediglich 0,28 VK. Welche Digitalisierung soll hiermit finanziert werden?

Der Gesetzesentwurf verschärft es zusätzlich. Aus 0,4 VK in Bayern werden 0,26 VK im 100-Plätze-Pflegeheim, im 70-Plätze-Durchschnittsheim bleiben 0,18 VK Transformationsstellen. Soll so Digitalisierung ermöglicht werden? In NRW werden bei 100 Plätzen aus 9,5 VK Korridor nur noch 6,4 VK. Bei einer 10-prozentigen Umwandlung bleiben 0,64 VK.

Die nachfolgende Grafik zeigt die Transformationsstellenanteile pro Bundesland, die sich bei einer Umsetzung der Regelung im Gesetzentwurf rein rechnerisch auf Grundlage der Personalanhaltswerte nach § 113c Abs. 1 ergeben würden. Es wird deutlich, wie gering das tatsächlich nutzbare Transformationsvolumen ist. In vielen Einrichtungen dürfte der Gegenwert deutlich unter einer Vollzeitstelle liegen und damit kaum ausreichen, um größere Digitalisierungs- oder Technologieinvestitionen nachhaltig zu finanzieren. Hier muss dringend nachgesteuert werden, damit die vom Ansatz gut gedachte Regelung auch einen messbaren positiven Nutzen für die Einrichtungen entfaltet.



Damit das gesetzgeberische Ziel der Stärkung der Digitalisierung in den vollstationären Pflegeeinrichtungen erreicht werden kann, muss daher die vorliegende Obergrenze angepasst werden. Am sinnvollsten wäre hierfür die 10 Prozent-Regelung auf das Gesamtpersonal im Bereich Pflege und Betreuung anzuwenden. Dies schafft eine bundesweit einheitliche Bemessungsgrundlage. Da weiterhin nur Korridorstellen umgewandelt werden dürfen, bleibt die Reform kostenneutral.

Alternativ könnte die Methodik früherer Förderungen, wie die des Pflegestellenförderprogramms nach § 8 Abs. 6 SGB XI (alte Fassung), genutzt werden. Die Förderhöhe würde sich an der Platzzahl der Pflegeeinrichtung orientieren. Bis 70 Plätze könnten bis zu 2 VK, bis 120 bis zu 3 VK und darüber hinaus bis zu 4 VK vereinbarungsfähig sein. Auch dies würde ein einheitliches Agieren ermöglichen.

Absatz 3, Bemessung der Vergütungshöhe

Die Nutzung des Pflege-Mindestlohns als Vergütungshöhe ist nachvollziehbar, um so eine deutschlandweit einheitliche Vorgehensweise zu ermöglichen. Dies sollte auch in Absatz 2 berücksichtigt werden.

Unklar ist jedoch, welches Qualifikationsniveau als Grundlage genutzt wird. Soll es sich um den Pflegemindestlohn für Fachkräfte oder für Hilfskräfte handeln? Sobald Stellen in verschiedenen Qualifikationsniveaus unbesetzt sind, wird sich unmittelbar diese Frage stellen. Um Pflegesatzverhandlungen zu vereinfachen, sollte daher gesetzlich klargestellt werden, dass stets der Pflegemindestlohn einer Fachkraft Bemessungsgrundlage ist.

Absatz 5, Katalog förderfähiger Leistungen

Der bpa spricht sich dafür aus, den in § 113e Absatz 5 vorgesehenen verpflichtenden Katalog vollständig entfallen zu lassen. Es entspricht dem Versprechen des Koalitionsvertrags einer neuen Vertrauenskultur an die

pflegefachliche Kompetenz der Pflegeeinrichtungen diese selbstständig entscheiden zu lassen, welche digitalen Technologien in Ihrer Einrichtung einen entsprechenden Mehrwert bringen.

Soweit keine Streichung erfolgt, muss die erstmalige Veröffentlichung spätestens zum 30.06.2027 vorliegen. Eine Veröffentlichung zum 30.09. erlaubt den Pflegeheimen, die zum 01.01.2028 verhandeln und entsprechend im November auffordern müssen, lediglich einen Monat, um im Katalog aufgenommene Technologien zu identifizieren, im Kollegium zu besprechen, nach Möglichkeit auszuprobieren, auf technische Umsetzungsprobleme, insbesondere hinsichtlich Schnittstellen mit der eigenen Primärsoftware zu prüfen, Angebote einzuholen und schließlich auszuwählen. Das kann nicht funktionieren.

Überdies muss klargestellt werden, dass eine Technologie oder Anwendung auch dann weiterhin finanzierbar ist, wenn sie zu einem Zeitpunkt im Katalog war, später aber nicht mehr. Eine mit großem Aufwand eingeführte Technologie muss, wenn sie sich in der Pflegeeinrichtung bewährt hat, weiter einsetz- und finanzierbar sein, auch in folgenden Pflegesatzverhandlungen.

Absatz 6, Ausschlussregelungen
Die finanzierbaren digitalen und technischen Lösungen dürfen die Qualität der Pflege nicht beeinträchtigen, die Selbstbestimmung der Pflegebedürftigen nicht einschränken und die Sicherheit der Versorgung nicht gefährden. Es bleibt unklar, wieso es diese Selbstverständlichkeit als gesetzliche Regelung benötigt. Es bleibt ebenfalls unklar, ob die Pflegekassen in der Pflegesatzverhandlung eine entsprechende Bewertung vornehmen und auf welcher konkreten Grundlage eine solche erfolgen sollte. Im Sinne der Rechtsklarheit sollte die Regelung gestrichen werden. Der Schutz der Pflegebedürftigen und die Sicherstellung der Qualität der Pflege sind u.a. durch §§ 75 und 113 bereits ausreichend geregelt.

Änderungsvorschläge

§ 113e Absatz 1 SGB XI wird wie folgt gefasst:

Transformationsstellenanteile bemessen den finanziellen Gegenwert für die in Absatz 2 definierten nicht mit Personal besetzten Stellenanteile einer vollstationären Pflegeeinrichtung, der ausschließlich dazu dient, einen effizienten Personaleinsatz zu gewährleisten durch technische oder digitale Systeme, die das Pflege- und Betreuungspersonal unterstützen oder entlasten ~~**und die in dem Katalog nach Absatz 5 enthalten sind**~~.

§ 113e Absatz 2 SGB XI wird wie folgt gefasst:

Für den Korridor zwischen der mindestens zu vereinbarenden personellen Ausstattung im Sinne von § 113c Absatz 5 Satz 1 Nummer 1 und der höchstens zu vereinbarenden personellen Ausstattung im Sinne von § 113c Absatz 1 ~~**Nummer 2 und 3**~~ in einer vollstationären Pflegeeinrichtung können die Vertragspartner nach § 85 Absatz 2 im Zeitraum vom 1. Januar 2028 bis zum 31. Dezember 2032 für bis zu 10 Prozent ~~**dieser Stellenanteile**~~ **der Menge des vereinbarten Pflege- und Betreuungspersonals** Transformationsstellenanteile in der Pflegesatzvereinbarung vereinbaren. Die Transformationsstellenanteile sind in der Pflegesatzvereinbarung gesondert auszuweisen und sind gleichwertig zu regulär zu besetzender personeller Ausstattung mit Pflege- und Betreuungspersonal; insgesamt gilt als Höchstausstattung § 113c Absatz 1 ~~**Nummer 2 und 3**~~. Die entsprechenden Aufwendungen sind ausschließlich für die Finanzierung des Einsatzes von technischen oder digitalen Systemen nach Absatz 1 zu verwenden~~**, die in dem Katalog nach Absatz 5 enthalten sind**~~; insoweit gilt § 82 Absatz 2 nicht.

§ 113e Absatz 3 wird wie folgt geändert:

Finanziert werden kann der Aufwand, der sich für den jeweiligen Transformationsstellenanteil bei Anwendung des Mindestentgelts **für Pflegefachkräfte** nach der jeweils geltenden Pflegearbeitsbedingungenverordnung ergibt. Die Finanzierung kann nur erfolgen, soweit die technischen oder digitalen Systeme, die Pflege- und Betreuungspersonal unterstützen oder entlasten, nicht anderweitig finanziert werden.

§ 113e Absatz 5 SGB XI wird gestrichen.

Sofern die obigen Änderungsvorschläge nicht übernommen werden, muss hilfsweise nachfolgende Änderung umgesetzt werden:

§ 113e Absatz 5 SGB XI wird wie folgt gefasst:
Das Kompetenzzentrum Digitalisierung und Pflege nach § 10 wird beauftragt, erstmalig zum 30. ~~**September**~~ **Juni** 2027 einen Katalog von technischen oder digitalen Systemen zu erstellen und zu veröffentlichen, deren unterstützende oder entlastende Wirkung auf das Pflege- und Betreuungspersonal auf Grundlage wissenschaftlicher Erkenntnisse oder systematischer Praxisevaluationen nachgewiesen ist. Der Katalog ist quartalsweise zu aktualisieren. **Unabhängig von Satz 2 sind technische oder digitale Systeme, die im Katalog nach Satz 1 zuvor aufgenommen waren, auch dann weiter refinanzierungsfähig, wenn sie in der jeweiligen Pflegeeinrichtung weiterhin im Einsatz sind.** Unter Einbezug der Daten nach Absatz 4 evaluiert das Kompetenzzentrum Digitalisierung und Pflege erstmals bis zum 30. Juni 2030 und abschließend zum 30. Juni 2033 die Auswirkungen der Regelung.

§ 113e Absatz 6 SGB XI wird gestrichen.

Artikel 1, Nr. 79
§ 125a SGB XI – Modellvorhaben zur Erprobung von Telepflege

Vorgeschlagene Neuregelung
Der bisherige § 125a SGB XI wird durch eine neue Fassung ersetzt. Da das Modellvorhaben zur Erprobung der Telepflege laut Begründung „erfolgreich durchgeführt und abgeschlossen" ist, werden die bisherigen Absätze 1 und 2 (das Modellvorhaben samt Finanzierung) zur Rechtsbereinigung gestrichen. Der neue § 125a SGB XI beauftragt den Spitzenverband Bund der Pflegekassen, bis zum 31. Dezember 2027 – im Benehmen mit den Trägerverbänden, der Digitalwirtschaft, der Gesellschaft für Telematik sowie unter Beteiligung der Pflegeberufeorganisationen u. a. – Empfehlungen zur Umsetzung der Ergebnisse der wissenschaftlich gestützten Telepflege-Erprobung für die ambulante und die stationäre Langzeitpflege zu erarbeiten.

Stellungnahme
Der bpa begrüßt, dass die Begründung des Kabinettsentwurfs das Modellvorhaben zur Erprobung von Telepflege als „erfolgreich durchgeführt und abgeschlossen“ bezeichnet und der Entwurf den Auftrag zur Erarbeitung von Umsetzungsempfehlungen für die ambulante und stationäre Langzeitpflege beibehält. Die Ergebnisse der wissenschaftlich gestützten Erprobung sollen nun für die Weiterentwicklung der pflegerischen Versorgung genutzt werden.

Der bpa gibt jedoch zu bedenken, dass der Entwurf deutlich hinter den Möglichkeiten zurückbleibt. § 125a SGB XI wird im Wesentlichen redaktionell bereinigt, ohne dass die Erprobungsergebnisse in einen verbindlichen Versorgungs- und Vergütungsrahmen überführt werden. Der Entwurf verbleibt auf der Stufe von Empfehlungen, die bis zum 31. Dezember 2027 zu erarbeiten sind; ein konkreter Zeitplan für die Überführung in die Regelversorgung, ein Leistungsanspruch oder eine Vergütungssystematik fehlen. Damit bleibt offen, wann und ob die Telepflege Teil der Regelversorgung wird.

Vor dem Hintergrund der laut Gesetzesbegründung erfolgreich durchgeführten und abgeschlossenen Erprobung hält der bpa es für geboten, die Telepflege zügig in eine entlastende Regelversorgung zu überführen, statt sie auf der Empfehlungsebene zu belassen. Der bpa regt an,

- den Empfehlungsprozess nach § 125a mit einem verbindlichen Zeitplan und einem klaren Auftrag zur Überführung in den Leistungskatalog zu hinterlegen, damit die vorliegenden Erprobungsergebnisse nicht ohne praktische Wirkung bleiben

- frühzeitig eine Vergütungs- und Refinanzierungsregelung für telepflegerische Leistungen vorzusehen, um den Einsatz telepflegerischer Leistungen in der ambulanten und stationären Versorgung verlässlich zu ermöglichen
- die Telepflege als ergänzendes Instrument auszugestalten, das den persönlichen Kontakt sinnvoll erweitert und nicht ersetzt

Gerade angesichts des Personalmangels sollten die Ergebnisse der abgeschlossenen Erprobung zeitnah für die Versorgung nutzbar gemacht werden. Aus Sicht des bpa reicht es nicht aus, lediglich Empfehlungen bis Ende 2027 vorzusehen. Erforderlich sind vielmehr ein verbindlicher Zeitplan für die Überführung geeigneter telepflegerischer Leistungen in die Regelversorgung und eine gesicherte Vergütung.

Änderungsvorschläge

§ 125a SGB XI wird wie folgt gefasst:

Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen erarbeitet im ~~**Benehmen**~~ **Einvernehmen** mit den Verbänden der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene **und im Benehmen** mit geeigneten Verbänden der Digitalwirtschaft und mit der Gesellschaft für Telematik sowie unter Beteiligung der maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene, den auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen nach § 118 und der oder des Bevollmächtigten der Bundesregierung für Pflege bis zum 31. ~~**Dezember**~~ **März 2027** Empfehlungen zur Umsetzung der Ergebnisse der wissenschaftlich gestützten Erprobung von Telepflege zur Verbesserung der pflegerischen Versorgung in der ambulanten und in der stationären Langzeitpflege. **Die Empfehlungen umfassen auch Aussagen zur Vergütung der Leistungen.**

II.) Antrag der AfD
Pflegeversicherung strukturell reformieren – Pflege finanzieren anstatt Familien belasten

Vorgeschlagene Neuregelungen
Der Antrag fordert u.a. eine rechtsverbindliche Definition von „versicherungsfremden Leistungen“ im SGB XI einzuführen und dem Bundestag jährlich einen Transparenzbericht über alle beitragsfremden Entnahmen vorzulegen, die durch einen dynamisierten Bundeszuschuss voll zu erstatten sind.

Außerdem sollen die die Pflegeausbildung praxisnah reformiert und Personalvorgaben im Heimrecht entbürokratisiert werden.

Ferner soll die Refinanzierung im SGB XI genutzt werden, um die Pflegequalität sicherzustellen, ohne die Länderhoheit im Bildungs- und Heimrecht zu verletzen.

Stellungnahme
Zu den versicherungsfremden Leistungen in der Pflegeversicherung verweist der bpa auf seine Positionierung auf Seite 94.

Der Antrag enthält zur Forderung nach einer Reform der Pflegeausbildung keine Begründung. Es wird auch nicht ausgeführt, in welcher Art eine Ausbildungsreform erfolgen soll. Zur Position des bpa zur Pflegeausbildung wird auf die Ausführungen auf Seite 109 verwiesen.

Wie die Refinanzierung im SGB XI genutzt werden soll, um die Pflegequalität sicherzustellen, wird ebenfalls nicht näher ausgeführt. Eine Bewertung ist auf dieser Grundlage nicht möglich.

III.) Antrag der AfD
Solidität der Pflegeversicherung sichern – Kriminelle Netzwerke zerschlagen, Versicherungszweige zusammenführen und Pflegebetrug unterbinden

Vorgeschlagene Neuregelungen
Um den behaupteten Höchststand beim Abrechnungsbetrug im Gesundheitswesen zu bekämpfen, sollen u.a. die Kranken- und die Pflegeversicherung organisatorisch zusammengelegt werden.

Stellungnahme
Der Antrag behauptet, dass der Abrechnungsbetrug im Gesundheitswesen im Jahr 2024 einen historischen Höchststand erreicht habe. Als Beleg wird u.a. auf die Antwort der Bundesregierung zu der Kleinen Anfrage „Abrechnungsbetrug im Pflegewesen – Strukturelle Defizite bei Kontrolle und Missbrauchsprävention“ (Bundestags-Drucksache 21/5114) verwiesen. Darin stellt die Bundesregierung fest:

„Es liegen keine Daten dazu vor, welcher Anteil auf ambulante Pflegedienste entfällt.“

Ob es in der Pflege tatsächlich einen „massiven Anstieg der Betrugsfälle“ gegeben hat, wie in dem Antrag behauptet wird, ist daher überhaupt nicht belegt. Dennoch fordert der Antrag als zentrale Maßnahme eine Zusammenlegung von Kranken- und Pflegeversicherung. In der Begründung heißt es dazu:

„Die organisatorische Trennung von Kranken- und Pflegeversicherung stellt ein strukturelles Defizit dar. Eine Zusammenführung ist zwingend erforderlich, um eine effiziente Datennutzung zu ermöglichen.“

Der bpa lehnt diesen Vorschlag ab. Eine organisatorische Zusammenlegung von Kranken- und Pflegeversicherung ist ein sehr weitreichender Vorschlag mit erheblichen Auswirkungen. Der bpa warnt davor, grundsätzlich bewährte Sozialversicherungssysteme leichtfertig strukturell umzustellen. Unzureichend ist hier insbesondere die Datennutzung als alleinige Begründung. Das gilt umso mehr, dass der Antrag einen tatsächlichen Beleg für einen Beleg für den behaupteten Anstiege des Abrechnungsbetrugs in der Pflege schuldig bleibt. Der bpa bezweifelt auch, dass sich durch eine „rein organisatorische Zusammenführung der Träger“ die Leistungsansprüche nicht betroffen sind.

IV.) Antrag der Grünen
Krisenresilienz in der Pflege stärken – Häusliche und stationäre Pflege verlässlich auf Krisen vorbereiten

Vorgeschlagene Neuregelungen
Unter Verweis insbesondere auf den Stromausfall in Berlin im Januar 2026 fordert der Antrag, dass die pflegerische Versorgung auch unter außergewöhnlichen Bedingungen verlässlich aufrechterhalten werden muss. Dazu soll die Bundesregierung u.a. einen bundespolitischen Maßnahmenplan zur Stärkung der Krisenresilienz in der häuslichen und stationären Pflege sowie in besonderen Wohnformen der Eingliederungshilfe vorlegen. Leistungserbringer der Pflege und der Eingliederungshilfe sollen besser in kommunale und regionale Krisenstäbe, Meldewege und Lagebilder eingebunden werden. Die technische Resilienz der Pflegeinfrastruktur soll verbessert werden, indem u.a. Notstromanschlüsse, stromunabhängige Kommunikationswege und die Vorratshaltung und dezentral nutzbare Technik dauerhaft finanziert werden.

Stellungnahme
Der bpa begrüßt, dass der Antrag nicht auf Einzelmaßnahmen abzielt, sondern strukturell für eine bessere Absicherung in Krisensituationen Sorge tragen will. Positiv besonders hervorzugeben sind die Vorschläge für eine „dauerhafte Finanzierungsmaßnahmen von Resilienzmaßnahmen“ sowie die „verlässliche Finanzierungsmöglichkeiten für Krisenvorsorge“.

Pflegeeinrichtungen sind bereits jetzt einer Vielzahl an teils sehr bürokratischen Anforderungen ausgesetzt, die sehr viele personelle und finanzielle Ressourcen binden (für weitere Einzelheiten wird auf das Positionspapier des bpa zur Entbürokratisierung verwiesen). **Pflegeeinrichtungen befinden sich auch ohne Stromausfall in ganz Deutschland schon im Krisenmodus.** Deswegen darf es nicht noch weitere einseitige Belastungen durch zusätzliche Anforderungen für eine Krisenresilienz kommen.

Krisenkonzepte sind bereits Bestandteil des Qualitätsmanagements. Entscheidend sind deshalb weniger zusätzliche Vorgaben als eine verlässliche Finanzierung notwendiger technischer und organisatorischer Maßnahmen, regelmäßige Schulungen und Übungen sowie eine bessere Einbindung der Einrichtungen in die kommunalen Krisen- und Unterstützungsstrukturen.

Der Antrag greift dieses auf, indem er fordert, dass die Pflege im Bevölkerungsschutz und bei der gesundheitlichen Krisenvorsorge verbindlicher einbezogen wird. Das begrüßt der bpa.

Der Erfolg eines Maßnahmenplans zur Stärkung der Krisenresilienz in der Pflege und der Eingliederungshilfe wird davon abhängen, inwieweit die Einrichtungen dabei mit einbezogen und deren Rahmenbedingungen gestärkt werden.

Der Bund soll, so der Antrag, zusammen mit den Ländern ein bundesweit gemeingültiges Musternotfallhandbuch entwickeln soll, das „verbindliche Orientierung“ geben soll. Hierzu bleibt offen, ob das Musterhandbuch für das behördliche Handeln gelten soll, um Pflegeeinrichtungen im Krisenfall zu unterstützen, oder ob dieses auch für Pflegeeinrichtungen gelten soll. Keinesfalls sollten Bund und Länder ein Handbuch entwickeln, an deren Erstellung die Adressaten nicht beteiligt sind, aber das für diese verbindlich sein soll.

Die Beteiligung der Pflegeeinrichtungen ist unerlässlich, wenn ihre Krisenresilienz gestärkt werden soll. Deswegen begrüßt es der bpa ausdrücklich, dass Leistungserbringer der Pflege und Eingliederungshilfe in kommunale und regionale Krisenstäbe, Meldewege und Lagebilder besser eingebunden werden sollen. Das ist eine sinnvolle Maßnahme, um rechtzeitig mit allen Beteiligten Strukturen aufzubauen, die im Krisenfall ihre positiven Wirkungen entfalten können.

V.) Antrag der Grünen
Nachhaltige Pflegereform – Die soziale Pflegeversicherung zukunftsfest machen

Vorgeschlagene Neuregelungen
Der vorgelegte Antrag ist der Gegenentwurf der Grünen zum Pflegeneuordnungsgesetz der Bundesregierung. Er enthält ein grundsätzliches pflegepolitisches Bekenntnis: „Langjährige Pflegebedürftigkeit ist ein individuelles Risiko, das nur solidarisch gesamtgesellschaftlich geschultert werden kann. Unterstützung im Fall von Pflege ist zugleich ein zentrales Versprechen des deutschen Sozialstaats."

Der Antrag benennt umfassende Vorschläge zur Neuregelung sowohl der Finanzierung als auch des Leistungsrechts der Pflegeversicherung. Die Darstellung der einzelnen Maßnahmen und die Bewertung erfolgen nachfolgend zusammen.

Stellungnahme
Wichtigster Schwerpunkt ist die **Prävention**: „Die Prävention von Pflegebedürftigkeit steht im Zentrum grüner Pflegepolitik.", dafür sollen u.a. die Potentiale für KI und Robotik gehoben werden. Zur Umsetzung der diversen Maßnahmen soll es ein Bundes-Präventionsgesetz geben. Wichtigster Ansatzpunkt soll die Vermeidung von Demenz sein, die in erheblichem Maße vermeidbar oder verzögerbar sei.

Zur **Finanzierung** soll es einen Risikostrukturausgleich zwischen sozialer und privater Pflegeversicherung, Zuschüsse aus dem Bundeshaushalt, Schritte in Richtung Bürgerversicherung, eine dauerhafte Übernahme der Rentenbeiträge für pflegende Angehörige aus dem Bundeshaushalt ebenso wie Pandemiekosten der Pflegeversicherung und eine Herauslösung der Pflegeausbildungskosten aus den Eigenanteilen und ihre Finanzierung durch die hierfür zuständigen Länder geben. Die medizinische Behandlungspflege im stationären Bereich soll in die Krankenversicherung überführt werden.

Der bpa begrüßt die Vorschläge zu den versicherungsfremden Leistungen und verweist dazu auf seine Positionierung auf Seite 94.

Im Leistungsrecht sollen die **Entlastungsleistungen** für pflegende Angehörige in einem flexibel einsetzbaren Angehörigen-Entlastungsbudget gebündelt werden, das Leistungen der Tages-, Nacht-, Kurzzeit- und Verhinderungspflege sowie aufsuchende Beratungsangebote umfasst und eine flächendeckende 24/7-Pflegekrisenstruktur mit Krisenplätzen und mobilen Kriseninterventionsteams bündelt. In der Begründung heißt es, die

Entlastungsleistungen seien derzeit zu starr. Genauer dargestellt oder an Beispielen belegt, wird das nicht. Der bpa steht einer flexiblen Kombination von Leistungen offen gegenüber, warnt aber vor einer vorschnellen Auflösung der bestehenden, vielfach bewährten Leistungsstrukturen zu Gunsten eines neuen Budgets. Hierzu verweist der bpa auch auf seine Kritik an den geplanten Budgets durch das PNOG (siehe dazu Seite 49 zum Sozialraumbudget und Seite 37 zum Überbrückungsbudget). In dem Antrag wird nicht deutlich genug, wie sich die Vorschläge von denen der Bundesregierung unterscheiden.

Außerdem soll eine **primärversorgungsbasierte Pflegekoordination** etabliert werden, in der akademisch qualifizierte Pflegefachpersonen auf ärztliche oder pflegerische Verordnung hin die häusliche Pflegesituation begleiten. Kritisch daran ist aus Sicht des bpa die Fokussierung auf akademisch qualifizierte Pflegefachpersonen. Deren Anzahl ist einerseits nach wie vor sehr gering, sodass eine flächendeckende Koordination schon daran scheitern würde. Zudem werden die Kompetenzen der beruflich qualifizierten Pflegefachpersonen nicht ausreichend gewürdigt. Diese sind hunderttausendfach jeden Tag in der Häuslichkeit der Pflegebedürftigen und kennen die Versorgungssituation bestens. Sie sind fachlich in der Lage, die im Antrag beschriebenen Aufgaben der Pflegekoordination (Versorgungslücken erkennen und schließen, Mindeststandards sichern, kostspielige Drehtür-Effekte zwischen häuslicher Pflege, Notfallaufnahmen und Krankenhausversorgung vermeiden) zu erfüllen. Der Antrag weist diese Aufgabe aber ausschließlich akademisch qualifizierten Pflegefachpersonen zu – eine Begründung dafür bleibt der Antrag allerdings schuldig. Ergänzend verweist der bpa auf seine Ausführungen zur Pflegebegleitung und der Rolle der Pflegedienste bei der Pflegeberatung auf den Seiten 9 ff.

Tagespflegeangebote sollen ausgebaut werden. Das begrüßt der bpa grundsätzlich. Im Antrag wird allerdings nicht näher ausgeführt, auf welche Weise der gewünschte Ausbau erreicht werden soll.

Der Antrag will die **Wirtschaftlichkeit der Pflege** durch bessere Organisation stärken. In der Begründung heißt es dazu: „Wirtschaftlichkeit in der Pflege ist nicht das Gegenteil sozialer Sicherheit – sie ist deren Voraussetzung.“ Dieser zentrale Satz bezieht sich aber nicht auf die Stärkung der Wirtschaftlichkeit der Pflegeeinrichtungen, sondern auf organisatorische Maßnahmen, um die Effizienz zu erhöhen. Aus Sicht ist das ein Versäumnis des Antrags, dass die angespannte wirtschaftliche Situation der Pflegeheime und Pflegedienste nicht adressiert wird. Der bpa verweist dazu auf seine Vorschläge auf Seite 97.

Die Maßnahmen der vorgeschlagenen **Entbürokratisierungs-Offensive** sind grundsätzlich richtig, aber bei Weitem nicht ausreichend. Genannt werden Doppeldokumentation, fragmentierte digitale Schnittstellen sowie

redundante Begutachtungen. Das sind richtige Ansatzpunkte, für weitere verweist der bpa auf sein Positionspapier zur Entbürokratisierung.

Im Rahmen einer **Fachkräfte- und Gute-Arbeitsbedingungen-Offensive** für die ambulante und stationäre Langzeitpflege sollen u.a. mehr Anreize für eine verlässliche Dienstplanung, eine Nachschärfung der Maßnahmen zur Eindämmung der Leiharbeit in der Langzeitpflege und die zügige Anerkennung ausländischer Berufsabschlüsse mit qualitätsgesicherten Anpassungsmaßnahmen erfolgen. Eine weitere Eindämmung der Leiharbeit in der Langzeitpflege begrüßt der bpa ausdrücklich. Hinsichtlich einer verlässlichen Dienstplanung gibt es bereits sehr gute Ansätze in der Praxis; im Antrag fehlen Erläuterungen, wie eine verlässliche Dienstplanung abgesichert werden soll. Insgesamt ist der Fokus hier schwerpunktmäßig auf die inländische Fachkräftesicherung gerichtet. Die Gewinnung von ausländischen Pflegefachkräften wird lediglich als Ergänzung genannt und es wird die zügige, qualitätsgesicherte Anerkennung ausländischer Berufsabschlüsse gefordert. Das ist aus Sicht des bpa nicht ausreichend. Denn bereits 2024 hat das IAB festgestellt:

„Das Beschäftigungswachstum in der Pflege wird inzwischen ausschließlich von ausländischen Beschäftigten getragen."

Quelle: Studie des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB)

Dem trägt der Antrag nicht ausreichend Rechnung. Er greift auch nicht den Vorschlag des bpa für eine **Kompetenzvermutung** auf, durch den unmittelbar über 10.000 zusätzliche ausländische Pflegefachkräfte in der Versorgung zur Verfügung stünden. Zu den Einzelheiten wird auf die Ausführungen auf Seite 107 verwiesen.

Um Drehtüreffekte und Versorgungslücken zu vermeiden, soll u.a. eine **verbindliche kommunale Pflegestrukturplanung** eingeführt werden. Das lehnt der bpa in aller Entschiedenheit ab. Damit würden gerade nicht Ressourcen dorthin gelenkt, wo sie wirksam sind, sondern diese Pflegestrukturplanung wäre ein Einfallstor für eine Bedarfssteuerung auf kommunaler Ebene**. Abgesehen davon, dass bereits heute viele Kommunen angesichts der jetzt gegenwärtigen Aufgaben überfordert sind, ist zu befürchten, dass eine Strukturplanung** dringend notwendige Neugründungen massiv gefährden und die Entwicklung moderner und bedarfsgerechter Pflegekonzepte stoppen **würde**. Anstatt eine Pflegestrukturplanung beim Abschluss von Versorgungsverträgen zum „Prüfstein" zu erheben, sollten die Kommunen endlich ihre Verantwortung für die Altenhilfe gem. § 71 SGB XII wahrnehmen**. Für weitere Einzelheiten wird auf die Stellungnahme des bpa zum Gesetz zur Befugniserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege (BEEP) verwiesen.**

„Der gezielte Ausbau der Digitalisierung in der Pflege ist ein unverzichtbarer Bestandteil, um das Pflegepersonal in der stationären und ambulanten Pflege zu entlasten“, heißt es im Antrag. Das unterstützt der bpa. Allerdings sind die genannten Beispiele in der Begründung – KI-gestützte Sprachdokumentation und digitale Anwendungen für Angehörige zu Beobachtung des Gesundheitszustandes oder zur Kommunikation mit Gesundheitspersonal und Kassen – bei Weitem nicht ausreichend. Der weitere Hinweis auf einheitliche Schnittstellenstandards ist richtig, aber nicht detailliert genug. Dazu verweist der bpa auf sein Positionspapier zur Digitalisierung.

Der Antrag fordert eine Verankerung von ökologischer Nachhaltigkeit in der Pflegeversicherung und beschreibt das Potential der Pflege:

„Der Pflegesektor kann einen bedeuten den Beitrag zum Klimaschutz leisten. Das reicht vom Einsatz von Elektro-Autos bei ambulanten Pflegediensten über einen ressourcenschonenden Verbrauch von Hilfsmitteln bis hin zu Dämmung und Nutzung von Solarenergie bei Pflegeeinrichtungen.“

Der bpa teilt diese Einschätzung. Es fehlen allerdings Aussagen dazu, wie die Umsetzung erfolgen kann. Insbesondere gibt es keine Aussagen zur Finanzierung der notwenigen Klimaschutzmaßnahmen.

Sehr skeptisch betrachte der bpa die **Einführung eines ambulanten Vorrang-Bonus im Rahmen der Hilfe zur Pflege** nach dem SGB XII. Personen, die sich bewusst für eine ambulante oder teilstationäre Versorgung statt einer vollstationären Versorgung entscheiden, sollen einen finanziellen Bonus erhalten, sofern dadurch Kosten eingespart werden. Diese Forderung suggeriert, dass Pflegebedürftige sich bisher für eine stationäre Versorgung entscheiden, obwohl sie dieser gar nicht bedürfen. Diese Einschätzung weist der bpa zurück. Stationäre Pflege wird aufgrund der pflegerischen Notwendigkeit gewählt. Wenn eine ambulante oder teilstationäre Versorgung möglich ist, wird dieser schon heute der Vorzug gegeben.

Erst ganz am Ende ihres Antrags positionieren sich die Grünen zum Thema **Eigenanteile**. Sie fordern eine Begrenzung der Eigenanteile in der stationären Langzeitpflege unter Einbezug der Zuschläge nach § 43c SGB XI. Obwohl das der Forderung nach einem Pflegekostendeckel entspricht, wird dieser nicht so genannt. Der bpa verweist zu diesem Thema auf seine Ausführungen zu den Zuschlägen nach § 43c SGB XI auf Seite 48.

VI.) Antrag der Linken
Pflegeversicherung solidarisch und bedarfsgerecht ausrichten

Vorgeschlagene Neuregelungen
Der Antrag macht die finanziellen Schwierigkeiten der Pflegeversicherung nicht nur an den steigenden Ausgaben, sondern auch an den unzureichenden Leistungen fest: „Leistungshöhen schützen die Versicherten im Bedarfsfall nicht zuverlässig vor Altersarmut." Ausdrücklich wird auch die Unterfinanzierung in der ambulanten Pflege adressiert, die dazu führe, dass pflegende Angehörige durch Leistungen, die sie zusätzlich übernehmen müssten, belastet werden, oder dass Leistungen wegfallen würden. Als Lösung fordert der Antrag die Einführung einer „**Pflegebürgervollversicherung**".

Dabei sollen die tatsächlichen pflegebedingten Kosten in der stationären Langzeitpflege vollständig durch die soziale Pflegeversicherung übernommen werden. Im ambulanten Bereich sollen die Leistungen der sozialen Pflegeversicherung um die durchschnittlichen Eigenanteile erhöht werden. Die nicht gedeckten Eigenanteile sollen durch eine Studie ermittelt werden; bis die Ergebnisse vorliegen, soll der Leistungsanspruch in der ambulanten Pflege insgesamt um 230 Euro angehoben werden. Beitragsbemessungsgrenze und die Versicherungspflichtgrenze sollen zunächst angehoben und perspektivisch abgeschafft werden. Für Versicherte in der privaten Pflegeversicherung ist ein Übergang in die soziale Pflegeversicherung vorgesehen.

Stellungnahme
Der bpa teilt die Einschätzung, dass die Sachleistungsbeträge in der Pflegeversicherung insgesamt zu gering sind. Der Hinweis auf die Unterfinanzierung in der ambulanten Pflege und die Folgen sind richtig beschrieben. Bei steigenden Kosten in der ambulanten Pflege zahlen viele nicht den erhöhten Eigenanteil, sondern reduzieren die Leistungen. Das gefährdet auch die Wirtschaftlichkeit für die Pflegedienste, weil sich der Umsatz pro Einsatz immer weiter reduziert. Die Lösung dafür ist eine regelgebundene Dynamisierung der Sachleistungen, für die sich der bpa schon sehr lange ausspricht (s. Seite 27).

Der Antrag geht davon aus, dass die Einführung einer Pflegevollversicherung durch die vollständige Übernahme des pflegebedingten Eigenanteils die Kommunen erheblich entlasten würde, weil sich ihre Ausgaben bei der Hilfe zur Pflege drastisch reduzieren. „Diese Einsparungen können die Länder nutzen, um endlich ihrer Verpflichtung nachzukommen und die Investitionskosten in ausreichender Höhe zu tragen." Dieser Erwartung widerspricht der bpa. Genau diesen Effekt gab es bereits einmal bei der

Einführung der Pflegeversicherung, die die Kommunen finanziell erheblich entlastet hat. Dennoch haben die Kommunen damals die eingesparten Mittel nicht verwendet, um die Pflegebedürftigen durch die Übernahme der Investitionskosten zu entlasten. Angesichts der klammen kommunalen Kassen ist auf gar keinen Fall zu erwarten, dass sie sich heute anders verhalten würden als bei der Einführung der Pflegeversicherung.

VII.) Antrag der Linken
Pflegende An- und Zugehörige unterstützen – Pflegelohn einführen

Vorgeschlagene Neuregelungen
Kritisiert werden zunächst die aktuellen Rahmenbedingungen für pflegende Angehörige. Zehn Tage Freistellung im Rahmen der Pflegezeit werde dem immensen Aufwand nicht gerecht. Entlastungsangebote wie die Verhinderungspflege könnten vielerorts nicht genutzt werden, weil es an der nötigen Pflegeinfrastruktur (z. B. Kurzzeitpflegeplätze) fehle.

Um dagegen Abhilfe zu schaffen, soll das **Pflegegeld** so weiterentwickelt werden, dass Hauptpflegepersonen künftig einen Anspruch auf Geldzahlungen (**Pflegelohn**) für ihre pflegerische Tätigkeiten erhalten soll, wobei die Zahlungen nach Aufwand bemessen werde. Der Pflegelohn soll in einem zivilrechtlichen Vertrag zwischen der Pflegeperson und der Pflegeversicherung festgelegt werden.

Um den Bedarf an **Tages- und Kurzzeitpflegeplätzen** abzudecken, soll der Bund mit den Ländern in einem Dialog klären, wie mehr Investitionen in Tages- und Kurzzeitpflegeplätzen erzielt werden können. Hierbei soll zu erörtert werden, wie der Bund sich an den Kosten des Ausbaus von Pflegeplätzen beteiligen kann. Ziel sei eine flächendeckende und verlässliche Infrastruktur in der Tages- und Kurzzeitpflege.

Pflegende Angehörigen soll eine qualifizierte Pflegefachkraft zur Seite gestellt werden als Anlaufstelle für Fragen, für das Anlernen von pflegerischen Tätigkeiten und zur Orientierung im Pflegesystem. Pflegeberatungsstellen werden mit der unabhängigen Patientenberatung zusammengeführt und strukturell von den Pflegekassen entkoppelt.

Anstelle des gemeinsamen Jahresbetrags für Verhinderungs- und Kurzzeitpflege soll ein **gesetzlicher Anspruch auf achtwöchige Pflegeauszeit** eingeführt werden.

Ab Pflegegrad 4 soll ein **Anspruch auf ein Mindestmaß an professioneller Pflege als Ergänzung zur Versorgung durch Angehörige** verankert werden.

Stellungnahme
Einer Weiterentwicklung des Pflegegeldes steht der bpa offen gegenüber. Dass es bei dieser Leistung erheblichen Reformbedarf gibt, hat auch das Institut der deutschen Wirtschaft Köln in einem Gutachten festgestellt (s. dazu auch die Erläuterungen auf Seite 35). Das hier in Ansätzen

umrissene Konzept eines Pflegelohns bewertet der bpa kritisch. Offensichtlich ist vorgesehen, pflegende Angehörige zu Angestellten der Pflegekassen zu machen, die eine Basisqualifikation erwerben sollen, einen Vertrag mit der Pflegekasse haben und dafür entsprechend entlohnt werden. Ein solches Modell lehnt der bpa ab. Es wird vielen pflegenden Angehörigen nicht gerecht, die selbst entscheiden möchten, wie viel an Unterstützung sie leisten können, ohne vertraglich gebunden zu sein. Zudem sind viele pflegende Angehörige bereits im Rentenalter und würden durch den Pflegelohn im höheren oder hohen Alter faktisch Angestellte einer Pflegekasse.

In der Begründung wird der **Mangel an Plätzen in der Tagespflege und der Kurzzeitpflege** mit der „Marktlogik“ begründet:

„Das aktuelle System der sozialen Pflegeversicherung folgt primär marktorientierten Prinzipien, bei denen neben Gemeinwohlorganisationen auch profitorientierte Investoren die pflegerische Daseinsvorsorge gewährleisten sollen. Diese Marktlogik führt jedoch zu systematischen Versorgungslücken, wie der Mangel an Kurzzeitpflege plätzen zeigt (www.vdk.de/themen/pflege/vdk-pflegestudie/). Da Kurzzeit-, Tages- und Nachtpflegeplätze wirtschaftlich weniger attraktiv sind als dauerhafte Belegungen, vernachlässigen viele Einrichtungen diese Angebote.“

Diese Behauptungen weist der bpa in aller Entschiedenheit zurück!

Das Gegenteil ist richtig: durch die privaten Anbieter und ihre Investitionen waren erst viele Angebote möglich. Weder der Staat noch die Wohlfahrtseinrichtungen sind in der Lage, alleine für eine flächendeckende pflegerische Versorgung in Deutschland zu sorgen. Nur mit privaten Investitionen und privatem Engagement kann eine steigende Zahl von Pflegebedürftigen sicher und gut versorgt werden, das haben die letzten 31 Jahre seit Einführung der Pflegeversicherung eindrücklich bewiesen. Die private Pflege in Deutschland wird vor allem durch mittelständische und familiengeführte Unternehmen geprägt, die in ihrer Gemeinde fest verankert und gesellschaftlich engagiert sind. Private Unternehmerinnen und Unternehmer haben in den letzten Jahrzehnten rund 30 Milliarden Euro in die pflegerische Versorgung investiert. Mit großen persönlichen Risiken haben sie damit die Dienste und Einrichtungen – auch in der Tagespflege und der Kurzzeitpflege – geschaffen, die heute eine steigende Zahl von Pflegebedürftigen versorgen. Weitere Milliardeninvestitionen in der Zukunft können öffentliche Hand und gemeinnützige Träger nicht allein schultern. Das Engagement der Privaten ist und bleibt der Schlüssel. Die Analyse im vorliegenden Antrag ist falsch – richtig ist: nur mit einer wirksamen Stärkung der privaten Pflegeunternehmen wird es auch mehr Einrichtungen der Tagespflege und der Kurzzeitpflege geben.

Die vorgesehene **Steuerung der Pflegebedürftigen durch spezialisierte Pflegefachkräfte** auf Masterniveau lehnt der bpa ab. Das Konzept scheint dem der Vorschlag der Grünen für eine primärversorgungsbasierte Pflegekoordination zu ähneln. Es wird dazu auf die entsprechenden Ausführungen oben (Seite 84) verwiesen.

Der Antrag sieht die **Anstellung von Pflegeberaterinnen und Pflegeberatern bei den Pflegekassen** kritisch, weil dadurch eine unabhängige Beratung durch immanente Interessenskonflikte erschwert werde. Diese Einschätzung teilt der bpa. Allerdings stimmt der bpa nicht der Forderung zu, Pflegeberater künftig durch Steuermittel zu finanzieren. Es gibt bereits ein flächendeckendes System der Pflegeberatung durch ambulante Pflegedienste. Diese gilt es zu stärken und auszubauen; zu weiteren Einzelheiten wird auf die Ausführungen zur Pflegebegleitung verwiesen (s. Seite 9).

Es soll ein **gesetzlicher Anspruch auf achtwöchige Pflegeauszeit** anstelle des gemeinsamen Jahresbetrags für Verhinderungs- und Kurzzeitpflege eingeführt werden. Der bpa teilt die Einschätzung, dass pflegende Angehörige unter einer hohen psychosozialen Belastung leiden. Deshalb ist es grundsätzlich richtig, sie weitergehender zu unterstützen. Es bleibt aber offen, welche Leistungen mit der Auszeit verbunden sind. Im Antrag wird nur die Entgeltfortzahlung genannt. Offen bleibt, welche Leistungen für pflegende Angehörige vorgesehen sind, die nicht erwerbstätig sind und in welcher Form die Pflegebedürftigen während der Auszeit versorgt werden sollen, wenn Verhinderungspflege und Kurzzeitpflege dafür nicht mehr in Anspruch genommen werden können.

Völlig offen bleibt, wie der **Anspruch auf ein Mindestmaß an professioneller Pflege als Ergänzung zur Versorgung durch Angehörige** ab Pflegegrad 4 ausgestaltet werden soll. Richtig ist, dass mit steigendem Pflegegrad Komplexität und Intensität der Versorgung zu nehmen. Trotzdem ist es einerseits nicht sinnvoll, diese starre Zuordnung vorzunehmen. Andererseits besteht ohnehin die Möglichkeit, vom Pflegegeld zur Sachleistung zu wechseln oder die Kombinationsleistung zu wählen, um die notwendige professionelle Unterstützung durch ambulante Pflegedienste zu erhalten.

VIII.) Antrag der Linken
Verhinderungspflege erhalten und stärken – Vertraute Pflege sichern, Angehörige entlasten

Vorgeschlagene Neuregelungen
Der Antrag kritisiert die mit dem PNOG beabsichtigte Streichung der Verhinderungspflege und fordert deren Erhalt. Darüber hinaus soll die Verhinderungspflege künftig auch bei Pflegegrad 1 möglich sein und soll zu einem Anspruch auf vollständige Übernahme der Ersatzpflegekosten für acht Wochen ausgebaut werden.

Stellungnahme
Der bpa teilt die Einschätzung und die Forderung des Antrags weitgehend. Zu Recht heißt es:

„Die Stabilität der häuslichen Pflege setzt jedoch voraus, dass Pflegepersonen verlässlich entlastet werden und bei Urlaub, Krankheit oder anderen Verhinderungsgründen eine geeignete Ersatzpflege organisieren können. Die Verhinderungspflege ermöglicht es Pflegepersonen, zeitweise oder regelmäßig Auszeiten zu nehmen, während die Versorgung der pflegebedürftigen Person sichergestellt bleibt."

Vor dem Hintergrund der beabsichtigten Veränderungen bei der Verhinderungspflege ist es gut und richtig, diese Funktionen und Voraussetzungen noch einmal zu betonen.

Der bpa teilt auch die Kritik des Antrags: „Mit vagen Hinweisen auf ein „Missbrauchspotenzial" soll zudem die Leistungserbringung durch kurzfristig kontaktierbare Vertrauenspersonen eingeschränkt werden, da diese nur noch über das Entlastungsbudget, also das bisherige Pflegegeld, bezahlt werden können. Vertraute Personen sind aber oft Voraussetzung dafür, dass Pflege überhaupt gelingt. Besonders Familien mit pflegebedürftigen Kindern und Jugendlichen sind auf Ersatzpflege angewiesen, die individuelle Bedürfnisse, vertraute Beziehungen und eingespielte Abläufe berücksichtigt."

Der bpa fordert über den Antrag hinausgehend die Aufwertung der Verhinderungspflege mit einem eigenständigen Leistungsanspruch in Höhe von 3.539 Euro, entsprechend dem bisherigen gemeinsamen Jahresbetrag, aber eigenständig neben einem ebenso hohen Anspruch für die Kurzzeitpflege. Zu den Einzelheiten wird auf die Ausführungen auf Seite 37 ff. verwiesen.

IX.) Antrag der Linken
Alltagshilfen sichern statt Leistungen kürzen – Umwandlungsanspruch und Entlastungsbetrag erhalten

Vorgeschlagene Neuregelungen
Der Antrag kritisiert zwei Regelungen des PNOG:

- Der Umwandlungsanspruch nach § 45a Abs. 4 SGB XI, durch den bis zu 40 Prozent des Anspruchs auf ambulante Pflegesachleistungen für Angebote zur Unterstützung im Alltag, soll nach dem Willen der Bundesregierung entfallen.

- Der bisherige Entlastungsbetrag im Pflegegrad 1 soll vollständig entfallen und in den höheren Pflegegraden im neuen Sozialraumbudget aufgehen.

Der Antrag fordert, dass für beide Punkte die bisherigen Regelungen bestehen bleiben.

Stellungnahme
Es wird auf die Ausführungen zum Sozialraumbudget auf Seite 49 ff. verwiesen.

X.) Weitere Änderungsvorschläge des bpa

1.) Finanzierung

Der bpa lehnt die zahlreichen Einschnitte zu Lasten der Versicherten, der Beitragszahler und der Arbeitgeber ab. Dazu zählen die Verbeitragung der geringfügigen Beschäftigung („Mini-Job“) und die Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze. Der Gesetzgeber will dadurch das drohende Defizit der Pflegeversicherung vermeiden.

Zur Stabilisierung der Pflegefinanzen und zur Sicherung der Leistungsfähigkeit und Finanzierbarkeit der Sozialen Pflegeversicherung sollten insbesondere v**ersicherungsfremde Leistungen aus Steuermitteln finanziert werden:** Aufgaben, die nicht der Absicherung des Pflegerisikos dienen, wie die rentenrechtliche Sicherung pflegender Angehöriger, Ausbildungskosten oder pandemiebedingte Sonderausgaben, müssen vollständig aus Steuermitteln finanziert werden.

Zur Sicherstellung einer sachgerechten Finanzierungsverantwortung im Pflegebereich sollten folgende Maßnahmen umgesetzt werden:

Vollständige Finanzierung der Rentenbeiträge für pflegende Angehörige durch den Bund (ca. 4 Mrd. Euro): Durch die Zahlung von Rentenbeiträgen für pflegende Angehörige durch die Pflegekassen soll Sorgearbeit honoriert werden. Die Finanzierung einer rentenrechtlichen Absicherung ist allerdings für die Pflegeversicherung eine versicherungsfremde Leistung, die entsprechend – so wie dies bei den Rentenbeiträgen für Kindererziehungszeiten der Fall ist – aus Bundesmitteln zu finanzieren ist.

Ausgleich der zu Beginn der 2020er Jahre übernommenen pandemiebedingten Zusatzkosten durch den Bund (einmalig ca. 5 Mrd. Euro): Der Ausgleich ist erforderlich, damit die Pflegekassen die Mittel zurückerhalten, die sie aufgrund von gesetzlichen Vorgaben pandemiebedingt zusätzlich aufgewendet haben.

Finanzierung der medizinischen Behandlungspflege durch die Krankenkassen (ca. 3 Mrd. €): Die medizinische Behandlungspflege entfällt in den Zuständigkeitsbereich der Krankenversicherung und ist daher ordnungspolitisch korrekt auch von dieser zu finanzieren.

Übernahme der Ausbildungskosten durch Steuermittel: Die klaren Regelungen des dualen Berufsbildungssystems zur Finanzierungsverantwortung von Ausbildungsberufen, wonach den Ländern die Finanzierung der primär schulischen Ausbildung und der primär hochschulischen Ausbildung obliegt, müssen auch im Gesundheitswesen gelten. Die Länder

müssen auch bei der Pflegeausbildung entsprechend ihrer Zuständigkeit die vollständigen Kosten der primär schulischen Ausbildung übernehmen. Das vermeidet die ordnungspolitisch falsche Belastung der Beitragszahlenden (205 Mio. €) und Pflegeheimbewohnenden (durchschnittlich 133 € pro Monat).

Kein Beitrag für mehr Nachhaltigkeit der Sozialen Pflegeversicherung ist die vorgesehene Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze. Mit ihr würde nur die ohnehin schon hohe Beitragslast noch weiter erhöht und das Solidarprinzip in der Pflegeversicherung überstrapaziert, denn schon heute beträgt der Höchstbeitrag zur Sozialen Pflegeversicherung ein Vielfaches des Mindestbeitrags – trotz identischen Versicherungsschutzes. Es widerspräche auch dem Versicherungsprinzip, wenn der Zusammenhang zwischen Beiträgen und dadurch erworbenem Versicherungsschutz noch weiter ausgehöhlt würde und die Pflegeversicherungsbeiträge noch stärker den Charakter einer Sondersteuer auf Arbeit annähmen. Jede Erhöhung der Arbeitgeberkosten führt darüber hinaus unmittelbar zu einer Erhöhung der Pflegekosten.

2.) Berücksichtigung der Auslastungsquote als wesentliche Geschäftsgrundlage

Die Belegungssituation in den teil- und vollstationären Einrichtungen ist von unterschiedlichen Faktoren abhängig und aufgrund der mehr als angespannten Personalsituation kaum noch steuerbar. Nicht selten kommt es zu unvorhersehbaren längerfristigen Personalausfällen, die dazu führen, dass stationäre Pflegeeinrichtungen zunehmend gezwungen sind, auf die Belegung vorhandener Plätze zu verzichten. Die Auslastung der Einrichtungen sinkt zum Teil dramatisch, ohne dass hier kurzfristig wirksam gegengesteuert werden kann. Insofern stellt die Auslastung für die Pflegeeinrichtungen eine wesentliche Geschäftsgrundlage dar, die durch unvorhersehbare Veränderungen bei der personellen Besetzung zu massiven wirtschaftlichen Auswirkungen führt. Die Möglichkeit, darauf mit einer Neuverhandlung der Pflegesätze während des laufenden Pflegesatzzeitraums gem. § 85 Abs. 7 SGB XI reagieren zu können, ist für die wirtschaftliche Absicherung der stationären Pflegeeinrichtungen unabdingbar.

Änderungsvorschlag:

§ 85 Absatz 7 SGB XI wird wie folgt ergänzt:

Bei unvorhersehbaren wesentlichen Veränderungen der Annahmen, die der Vereinbarung oder Festsetzung der Pflegesätze zugrunde lagen, sind die Pflegesätze auf Verlangen einer Vertragspartei für den laufenden Pflegesatzzeitraum neu zu verhandeln. Unvorhersehbare wesentliche Veränderungen der Annahmen im Sinne des Satzes 1 liegen insbesondere bei einer erheblichen Abweichung der tatsächlichen Bewohnerstruktur**, bei einer erheblichen Abweichung der tatsächlichen Belegungsquote** sowie bei einer erheblichen Änderung der Energieaufwendungen vor. Die Absätze 3 bis 6 gelten entsprechend. Abweichend von Satz 3 in Verbindung mit Absatz 5 Satz 1 kann eine Festsetzung der Pflegesätze durch die Schiedsstelle bereits nach einem Monat beantragt werden, die binnen eines Monats erfolgen soll.

3.) Angemessene Berücksichtigung von unternehmerischem Wagnis und der Möglichkeit der Gewinnerzielung

Durch die Möglichkeit einer angemessenen Berücksichtigung des Unternehmerrisikos wird erst die Grundlage geschaffen, dass das Risiko des Betriebs einer Pflegeeinrichtung übernommen wird. Ohne eine wirtschaftliche Perspektive ist dem unternehmerischen Handeln der Boden entzogen. Dies würde nicht nur die Existenzgrundlage der privaten, sondern auch der freigemeinnützigen Träger zerstören.

Der bpa hat die Anforderungen an die Berücksichtigung des Unternehmerwagnisses bereits vor einigen Jahren wissenschaftlich untersuchen lassen. Die Studien des IEGUS-Instituts zeigen, dass sich das Unternehmerrisiko in der Pflege aus einem allgemeinen und einem betrieblich-spezifischen Risiko zusammensetzt: Das allgemeine Unternehmerrisiko umfasst die typischen, von der konkreten Einrichtung weitgehend unabhängigen wirtschaftlichen Risiken unternehmerischer Tätigkeit. Das betrieblich-spezifische Risiko ergibt sich dagegen aus den individuellen Gegebenheiten des einzelnen Pflegeunternehmens. Die betrieblich-spezifischen Einzelwagnisse können einrichtungsindividuell quantifiziert und als Kosten berücksichtigt werden; das allgemeine Unternehmerwagnis ist hingegen definitionsgemäß nicht konkret nachweisbar, sondern muss anderweitig bemessen werden.

Die im September 2026 aktualisierte Studie des IEGUS-Instituts liefert einen fundierten Orientierungsrahmen für Pflegesatz- und Vergütungsverhandlungen. Zentrales Ergebnis der Untersuchung ist, dass ein Zuschlag in Höhe von 5,5 Prozent zur angemessenen Vergütung des allgemeinen Unternehmerwagnisses sachgerecht ist. Dieser Wert gilt sowohl für ambulante Pflegedienste als auch für stationäre Pflegeeinrichtungen. Er stellt keinen garantierten Gewinn dar, sondern einen nachvollziehbaren Referenzwert für Verhandlungen und Schiedsstellenverfahren. Besonders hervorzuheben ist die konsequente Unterscheidung zwischen betrieblich-spezifischen Einzelrisiken, die über die Gestehungskosten zu berücksichtigen sind, und dem allgemeinen Unternehmerwagnis als eigenständigem Vergütungsbestandteil.

Nur so wird die Investitionsfähigkeit der Pflegeeinrichtungen erhalten, eine Finanzierung durch Banken ermöglicht und die pflegerische Versorgung zukunftsfest und abgesichert ausgerichtet. Politische Entscheidungen dürfen künftig das Finanzierungsrisiko der pflegerischen Grundversorgung nicht erhöhen, sondern müssen dieses spürbar senken.
In der Praxis wird vielfach die in der Betriebswirtschaftslehre absolut grundlegende Unterscheidung zwischen dem allgemeinen Unternehmerrisiko und konkreten betrieblich-spezifischen Einzelrisiken, die im Rahmen der Gestehungskosten zu plausibilisieren und zu berücksichtigen sind, bestritten.

In der Folge wird ein Zuschlag nur für einrichtungsspezifische, substantiiert dargelegte und quantifizierbare Risiken zuerkannt, nicht aber eine Vergütung für das allgemeine Unternehmerrisiko. Eine entsprechende gesetzliche Klarstellung zur Berücksichtigung des allgemeinen Unternehmerwagnisses in Vergütungs- und Pflegesatzverhandlungen ist daher erforderlich.

Änderungsvorschläge:

§ 84 Absatz 2 wird wie folgt geändert:

(2) Die Pflegesätze müssen leistungsgerecht sein. Sie sind nach dem Versorgungsaufwand, den der Pflegebedürftige nach Art und Schwere seiner Pflegebedürftigkeit benötigt, entsprechend den fünf Pflegegraden einzuteilen. Davon ausgehend sind bei vollstationärer Pflege nach § 43 für die Pflegegrade 2 bis 5 einrichtungseinheitliche Eigenanteile zu ermitteln; dies gilt auch bei Änderungen der Leistungsbeträge. Die Pflegesätze müssen **dem jeweiligen** Pflegeheim ermöglichen, **unter Berücksichtigung auch der betrieblich-spezifischen Einzelwagnisse** seine Aufwendungen **nach § 82c Absatz 1 bis 3 und seine bei wirtschaftlicher Betriebsführung entstehenden weiteren pflegesatzerheblichen Aufwendungen** zu finanzieren**,** ~~und~~ seinen Versorgungsauftrag zu erfüllen **und eine angemessene Vergütung seines allgemeinen Unternehmerrisikos zu erzielen**. **Bei der Bemessung der Vergütung des allgemeinen Unternehmerrisikos sind Ergebnisse wissenschaftlicher Studien angemessen zu berücksichtigen.** Überschüsse verbleiben dem Pflegeheim; Verluste sind von ihm zu tragen. Bei der Bemessung der Pflegesätze einer Pflegeeinrichtung können die **weiteren pflegesatzerheblichen Aufwendungen nach Satz 4** derjenigen Pflegeeinrichtungen, die nach Art und Größe sowie hinsichtlich der in Absatz 5 genannten Leistungs- und Qualitätsmerkmale im Wesentlichen gleichartig sind, angemessen berücksichtigt werden; Vergleichsdaten sind transparent darzustellen**.**

§ 89 Absatz 1 SGB XI wird wie folgt geändert:

(1) Die Vergütung der ambulanten Leistungen der häuslichen Pflegehilfe und der ergänzenden Unterstützungsleistungen bei der Nutzung von digitalen Pflegeanwendungen wird, soweit nicht die Gebührenordnung nach § 90 Anwendung findet, zwischen dem Träger des Pflegedienstes und den Leistungsträgern nach Absatz 2 für alle Pflegebedürftigen nach einheitlichen Grundsätzen vereinbart. Sie muss leistungsgerecht sein.

Die Vergütung muss **dem jeweiligen** Pflegedienst ermöglichen, **unter Berücksichtigung auch der betrieblich-spezifischen Einzelwagnisse** seine Aufwendungen **nach § 82c Absatz 1 bis 3 und seine bei wirtschaftlicher Betriebsführung entstehenden weiteren pflegesatz-**

erheblichen Aufwendungen zu finanzieren, seinen Versorgungsauftrag zu erfüllen **und eine angemessene Vergütung seines allgemeinen Unternehmerrisikos zu erzielen. Bei der Bemessung der Vergütung des allgemeinen Unternehmerrisikos sind Ergebnisse wissenschaftlicher Studien angemessen zu berücksichtigen.** Eine Differenzierung in der Vergütung nach Kostenträgern ist unzulässig.

4.) Berücksichtigung einer anlaufbedingt eingeschränkten Belegungsquote

Die kalkulatorische Belegungsquote ist insbesondere bei neu in Betrieb gehenden Einrichtungen ein wichtiger Faktor bei der Ermittlung der Entgelte und somit für die Finanzierung der Einrichtung. Durch die angespannte Personalsituation dauert die vollständige Belegung einer Einrichtung aktuell deutlich länger als in der Vergangenheit. Diesem Umstand kann durch die Vereinbarung einer dem Belegungsprozess angepassten Belegungsquote im Bereich der Investitionskosten Rechnung getragen werden und Anlaufverluste werden abgemildert

Änderungsvorschlag:

§ 82 Abs. 3 SGB XI wird wie folgt ergänzt:

Soweit betriebsnotwendige Investitionsaufwendungen nach Absatz 2 Nr. 1 oder Aufwendungen für Miete, Pacht, Erbbauzins, Nutzung oder Mitbenutzung von Gebäuden oder sonstige abschreibungsfähige Anlagegüter nach Absatz 2 Nr. 3 durch öffentliche Förderung gemäß § 9 nicht vollständig gedeckt sind, kann die Pflegeeinrichtung diesen Teil der Aufwendungen den Pflegebedürftigen **unter Berücksichtigung auch einer anlaufbedingt eingeschränkten Belegungsquote** gesondert berechnen.

5.) Erweiterung der Kompetenzen der Pflegesatzkommissionen zur Verfahrensbeschleunigung

Den in den Gesetzentwurf aufgenommenen Ansatz der vereinfachten Vergütungsverfahren und der Verfahrensleitlinien für die Vergütungsverhandlungen begrüßt der bpa ausdrücklich. Ein weiterer Baustein für die Beschleunigung von Verfahren ist die Erweiterung der Kompetenzen der Pflegesatzkommissionen. Durch die Regelungen zur Tariftreue sind insbesondere die Personalkosten für Pflege und Betreuung zum maßgeblichen Faktor für die Vergütungsfindungen und damit konkrete Gruppen von Einrichtungen abgrenzbar geworden (Zahlung nach Tarif, in Anlehnung an einen Tarif, Zahlung nach dem regional üblichen Entlohnungsniveau). Insofern können auch Empfehlungen für gruppenspezifische einheitliche Entgelte auf Landesebene die Zahl der Einzelverhandlungen erheblich reduzieren. Hier kann unter anderem die Stärkung der Rolle der Landespflegesatzkommissionen mit einer Sicherstellung der Ergebnisorientierung ihrer Verhandlungen mittels Schiedsstellenfähigkeit einen wesentlichen Beitrag leisten. Unabhängig davon bleibt der einzelnen Einrichtung das Recht, eine individuelle Verhandlung zu führen, unbenommen.

Änderungsvorschläge:

In § 86 SGB XI wird folgender Absatz 2a eingefügt:

Die Pflegesatzkommission kann für einen zukünftigen Zeitraum (Pflegesatzzeitraum) pauschale Veränderungen vereinbarter Pflegesätze in angemessener Höhe oder einheitliche Kalkulationsgrundlagen empfehlen. Für Pflegeheime in einer Region im Sinne von § 82c Absatz 2, für die derselbe Tarifvertrag oder dieselbe kirchliche Arbeitsrechtsregelung nach § 72 Absatz 3a oder 3b Satz 1 Nr. 1 bis 3 bindend oder maßgebend oder für die die veröffentlichte Höhe der regional üblichen Entlohnungsniveaus und der regional üblichen Niveaus der pflegetypischen Zuschläge nach § 72 Absatz 3b Satz 1 Nr. 4 maßgebend ist, empfiehlt die Pflegesatzkommission auf Antrag einer beteiligten Organisation nach Absatz 1 Satz 1 einheitliche Pflegesätze. Die Empfehlungen erfolgen gemeinsam und einheitlich mit Zustimmung der Mehrheit der beteiligten Kostenträger. § 85 Absatz 5 gilt entsprechend.

In § 85 SGB XI wird folgender Absatz 3a eingefügt:

Abweichend von Absatz 3 Satz 2 bis 5 sind auf Verlangen des Pflegeheims die von der Pflegesatzkommission nach § 86 Absatz 2a Satz 1 empfohlenen pauschalen Veränderungen oder die nach § 86 Absatz 2a Satz 2 empfohlenen Pflegesätze zu vereinbaren oder Pflegesatzvereinbarungen auf der Grundlage der von der Pflegesatzkommission empfohlenen Kalkulationsgrundlagen und Rahmenempfehlungen nach § 86 Absatz 2a

Satz 2 und Absatz 3 zu treffen. Die Verpflichtung des Pflegeheims zur Vorlage der schriftlichen Stellungnahme der nach heimrechtlichen Vorschriften vorgesehenen Interessenvertretung der Bewohnerinnen und Bewohner bleibt unberührt.

In § 89 SGB XI wird folgender Absatz 3a eingefügt:

Abweichend von Absatz 2 Satz 2 kann die Vergütung oder eine Vergütungserhöhung mit Zustimmung der betroffenen Pflegedienste einheitlich für Pflegedienste in einer Region im Sinne von § 82c Absatz 2, für die derselbe Tarifvertrag oder dieselbe kirchliche Arbeitsrechtsregelung nach § 72 Absatz 3a oder 3d bindend oder maßgebend oder für die die veröffentlichte Höhe der regional üblichen Entlohnungsniveaus und der regional üblichen Niveaus der pflegetypischen Zuschläge nach § 72 Absatz 3b Satz 1 Nr. 4 maßgebend ist, zwischen einer vertretungsberechtigten Vereinigung gleicher Träger und den Kostenträgern nach Absatz 2 vereinbart werden. Absatz 3 Sätze 1 bis 3 erster Halbsatz, § 84 Absatz 4 Satz 2 und Absatz 7, § 85 Absatz 3 Satz 1 und Absatz 4 bis 7 gelten entsprechend. § 85 Absatz 3a und § 86 bleiben unberührt.

6.) Häusliche Krankenpflege und außerklinische Intensivpflege: Gleichklang der wirtschaftlichen Angemessenheit von Personalaufwendungen in SGB V und SGB XI sowie klare Regelung von Zahlungsfristen und Verzugsfolgen für Kostenträger

Gerade in der ambulanten Pflege, einem Bereich, in dem mit Kostenträgern nach dem SGB XI und mit Kostenträgern nach SGB V über die gleichen Personal- und Sachkosten für die Leistungserbringung verhandelt wird, muss sichergestellt sein, dass die einer Vergütungsvereinbarung nach § 89 SGB XI zugrunde gelegten Personal- und Sachkosten und Kostensteigerungen auch für den Bereich des SGB V anzuerkennen sind und nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden können. Mit entsprechenden Ergänzungen der §§ 132a Abs. 4 und 132l Abs. 5 SGB V ist dies klarzustellen.

Darüber hinaus müssen angemessene Zahlungsfristen für die Kostenträger geregelt werden, die berücksichtigen, dass die Abrechnung der Leistungen mittlerweile automatisiert auf elektronischem Wege erfolgt und längere Zahlungsfristen nicht mehr erfordert. Die Aufnahme klarer und angemessener Zahlungsziele und die Verpflichtung zu einer häufig in Abrede gestellten Verzinsung entsprechend §§ 286, 288 BGB verhindert rechtliche Auseinandersetzungen und sichern die Wirtschaftlichkeit der Einrichtungen weiter ab.

Änderungsvorschläge:

§ 132a Abs. 4 SGB V wird wie folgt ergänzt:

Über die Einzelheiten der Versorgung mit häuslicher Krankenpflege, über die Preise und deren Abrechnung und die Verpflichtung der Leistungserbringer zur Fortbildung schließen die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich Verträge mit den Leistungserbringern. **Die erbrachten Leistungen werden vom Pflegedienst jeweils für einen Kalendermonat in Rechnung gestellt und sind von den Krankenkassen spätestens am 5. Werktag nach Rechnungstellung zu zahlen. §§ 286, 288 des Bürgerlichen Gesetzbuches finden Anwendung.** (…). Die Bezahlung von Gehältern bis zur Höhe tarifvertraglich vereinbarter Vergütungen sowie entsprechender Vergütungen nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen kann dabei nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden; insoweit gilt § 71 nicht. Bei nicht tarifgebundenen oder nicht an kirchliche Arbeitsrechtsregelungen gebundenen Leistungserbringern gilt § 82c Absatz 2 Satz 1 des Elften Buches entsprechend. Eine Bezahlung von Gehältern, die ihrer Höhe nach über die Höhe hinausgeht, die nach Satz 7 oder Satz 8 in Verbindung mit § 82c Absatz 2 Satz 1 des Elften Buches nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden kann, kann nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden, wenn für sie ein sachlicher Grund

besteht. Der Leistungserbringer ist verpflichtet, die entsprechende Bezahlung der Beschäftigten nach Satz 7 oder Satz 8 jederzeit einzuhalten und sie auf Verlangen einer Vertragspartei nachzuweisen. **Die einer mit dem Leistungserbringer geschlossenen Vergütungsvereinbarung nach § 89 des Elften Buches zugrunde gelegten Personal- und Sachkosten sowie Kostensteigerungen können nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden.** Im Fall der Nichteinigung wird der Vertragsinhalt durch eine von den Vertragspartnern zu bestimmende unabhängige Schiedsperson innerhalb von drei Monaten festgelegt.

§ 132l Absatz 5 SGB V wird wie folgt ergänzt:

Über die außerklinische Intensivpflege einschließlich deren Vergütung und Abrechnung schließen die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich Verträge mit zuverlässigen Leistungserbringern, die

1. eine Wohneinheit für mindestens zwei Versicherte betreiben, die Leistungen nach § 37c in Anspruch nehmen,
2. Leistungen nach § 43 des Elften Buches erbringen,
3. Leistungen nach § 103 Absatz 1 des Neunten Buches in Einrichtungen oder Räumlichkeiten im Sinne des § 43a des Elften Buches in Verbindung mit § 71 Absatz 4 des Elften Buches erbringen oder
4. außerklinische Intensivpflege an den in § 37c Absatz 2 Satz 1 Nummer 4 genannten Orten erbringen.

Die erbrachten Leistungen werden vom Pflegedienst jeweils für einen Kalendermonat in Rechnung gestellt und sind von den Krankenkassen spätestens am 5. Werktag nach Rechnungstellung zu zahlen. §§ 286, 288 des Bürgerlichen Gesetzbuches finden Anwendung. § 132a Absatz 4a gilt entsprechend. Die Bezahlung von Gehältern bis zur Höhe tarifvertraglich vereinbarter Vergütungen sowie entsprechender Vergütungen nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen kann dabei nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden. Auf Verlangen der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen oder einer Krankenkasse ist die Zahlung dieser Vergütungen nachzuweisen.

Die einer mit einem Pflegedienst getroffenen Vergütungsvereinbarung nach § 89 des Elften Buches zugrunde gelegten Personal- und Sachkosten sowie Kostensteigerungen können nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden. Die Leistungserbringer sind verpflichtet, ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement durchzuführen, das den Anforderungen des Absatzes 2 Nummer 4 entspricht, und an Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen nach § 275b teilzunehmen; § 114 Absatz 2 des Elften Buches bleibt unberührt.

7.) Klare Regelung von Zahlungsfristen, Verzugsfolgen und Zahlungsansprüchen für erbrachte Leistungen vor Bescheiderteilung

Bundesweit sind stationäre wie ambulante Pflegeeinrichtungen mit erheblichen Zahlungsrückständen der Kostenträger konfrontiert. In besonderem Maße betrifft dies den Bereich der Sozialhilfe. Nach einer Hochrechnung des bpa betragen aktuell die Außenstände der Sozialhilfeträger bei den Pflegeeinrichtungen über 500 Millionen Euro! Ämter gestehen offen ein, dass die Verfahren teilweise drei Jahre dauern. So lange lebt kaum jemand im Pflegeheim. Das gefährdet die Versorgung und belastet die Familien schon heute enorm.

Die aktuelle Praxis der Sozialhilfeträger, für einen Antragsteller die Kosten einer notwendigen Versorgung erst nach abschließender Feststellung der Sozialhilfebedürftigkeit zu übernehmen, führt bei den Einrichtungen zu erheblichen Vorfinanzierungsbeträgen, insbesondere weil die Prüfung der Einkommensverhältnisse nicht selten viele Monate in Anspruch nimmt. Aber auch bei festgestelltem sozialhilferechtlichen Hilfebedarf sind bundesweit erhebliche Zahlungsrückstände der Sozialhilfeträger zu beklagen. Auch hier liegen vielfältige Ursachen zugrunde, die allerdings eines gemeinsam haben: Sie liegen nicht im Einflussbereich der versorgenden Einrichtungen, die aber unter den aktuellen Rahmenbedingungen dennoch allein die hieraus resultierenden Lasten und finanziellen Risiken tragen müssen. Sachlich ist dies nicht gerechtfertigt und gefährdet die wirtschaftliche Stabilität der Einrichtungen und damit auch der pflegerischen Versorgung.

Durch die Klarstellung, dass bereits mit Kenntnisnahme des Hilfebedarfs der Anspruch der Einrichtung auf Vergütung erbrachter Leistungen besteht, kann diese Situation behoben werden. Es ist nicht einzusehen, dass Pflegeeinrichtungen in Vorleistung treten und ggf. nach Abschluss häufig langwieriger Prüfungen der Einkommens- und Vermögensverhältnisse durch den Sozialhilfeträger das Risiko tragen, eventuelle Zahlungsansprüche gegenüber den Pflegebedürftigen durchsetzen zu können. Die Aufnahme klarer und angemessener Zahlungsziele und die Verpflichtung zu einer häufig in Abrede gestellten Verzinsung entsprechend §§ 286, 288 BGB verhindert rechtliche Auseinandersetzungen und sichert die Wirtschaftlichkeit der Einrichtungen weiter ab.

Darüber hinaus muss die Möglichkeit des § 19 Abs. 6 SGB XII, im Fall des Todes eines versorgten Hilfeempfängers vor Bescheiderteilung die Vergütung für die erbrachten Leistungen vom Sozialhilfeträger zu fordern, auch ambulanten Diensten eingeräumt werden. § 19 Abs. 6 SGB XII begrenzt diese Möglichkeit mit der Formulierung „Leistungen für Einrichtungen“ nach Lesart des Bundessozialgerichts ausschließlich auf stationäre Leistungserbringer.
Diese unterschiedliche Behandlung ambulanter und stationärer Einrichtungen wird mit einer höheren Schutzwürdigkeit stationärer Einrichtungen begründet; nur im Einzelfall würden die Kosten einer ambulanten Pflege den Umfang der

Kosten stationärer Pflege erreichen. Diese Grundannahme ist, zumal nach Angleichung der ambulanten und stationären Leistungsbeträge im SGB XI, falsch. Zwischen ambulanten und stationären Einrichtungen bestehen im Falle des Todes eines gepflegten Menschen keine Unterschiede, die eine ungleiche Behandlung hinsichtlich eines Zahlungsanspruchs gegen den Sozialhilfeträger rechtfertigen. § 19 Abs. 6 SGB XII ist daher entsprechend anzupassen.

Änderungsvorschläge:

§§ 19, 76 und 77a SGB XII werden wie folgt ergänzt:

§ 77a Abs. 1 SGB XII:

Mit der Zahlung der vereinbarten Vergütung gelten alle während des Vereinbarungszeitraums entstandenen Ansprüche des Leistungserbringers auf Vergütung der Leistung als abgegolten. Die im Einzelfall zu zahlende Vergütung bestimmt sich **bis zur Bekanntgabe der Entscheidung des Trägers der Sozialhilfe** auf der Grundlage der jeweiligen Vereinbarung **nach den erbrachten Leistungen und ab Bekanntgabe der Entscheidung des Trägers der Sozialhilfe auf der Grundlage der jeweiligen Vereinbarung** nach dem Betrag, der dem Leistungsberechtigten vom zuständigen Träger der Sozialhilfe bewilligt worden ist. Sind Leistungspauschalen nach Gruppen von Leistungsberechtigten kalkuliert (§ 76 Absatz 3. Satz richtet sich die zu zahlende Vergütung nach der Gruppe, die dem Leistungsberechtigten vom zuständigen Träger der Sozialhilfe bewilligt wurde. **Die erbrachten Leistungen werden vom Leistungserbringer jeweils für einen Kalendermonat in Rechnung gestellt und sind vom Träger der Sozialhilfe spätestens am 10. Werktag nach Rechnungstellung zu zahlen. §§ 286, 288 des Bürgerlichen Gesetzbuches finden Anwendung.**

§ 75 Abs. 6 SGB XII

Der Leistungserbringer hat gegen den Träger der Sozialhilfe einen Anspruch auf Vergütung der gegenüber dem Leistungsberechtigten erbrachten Leistungen. **Dies gilt auch, wenn Leistungen nach diesem Buch erst beantragt sind oder der Träger der Sozialhilfe sonstige Kenntnis vom Hilfebedarf nach § 18 hat.**

§ 19 Abs. 6 SGB XII:

Der Anspruch der Berechtigten auf Leistungen für **stationäre** Einrichtungen **oder ambulante Pflegedienste** oder auf Pflegegeld steht, soweit die Leistung den Berechtigten erbracht worden wäre, nach ihrem Tode demjenigen zu, der die Leistung erbracht oder die Pflege geleistet hat.

8.) Kompetenzvermutung: Vereinfachung der Anerkennung der Berufsqualifikation für internationale Fachkräfte durch Kompetenzvermutung

Die behördlichen Berufsanerkennungsverfahren sind für den Einsatz von in Drittstaaten ausgebildeten Pflegefachkräften immer noch die größte Hürde. Für dreijährig beruflich oder hochschulisch ausgebildete Fachkräfte mit den erforderlichen deutschen Sprachkenntnissen sollte eine Kompetenzvermutung greifen, die einen sofortigen Einsatz als Fachkraft erlaubt. Der Ausgleich von im Wege von Mustergutachten ggf. bereits festgestellten wesentlichen Unterschieden im Ausbildungsstand kann in diesen Fällen auch berufsbegleitend erfolgen und den betroffenen Personen im Wege der Auflage aufgegeben werden. Dies ist ein wesentlicher Schritt zur Sicherstellung funktionierender Versorgungsstrukturen. Mit dieser Maßnahme würden auf einen Schlag viele tausend Pflegekräfte tausende pflegebedürftige Menschen zusätzlich in Pflegeeinrichtungen versorgen und Angehörige in der häuslichen Versorgung entlasten können. Denn ohne den Fachkraftstatus können Pflegeheime aktuell aufgrund der personellen Anforderungen ihre Pflegeplätze nicht vollständig belegen und ambulante Pflegedienste müssen Kunden mit besonderem behandlungspflegerischem Aufwand absagen. Die Kompetenzvermutung trägt also wirksam zur Absicherung der pflegerischen Versorgung bei und bewirkt damit spürbar etwas im Versorgungsalltag der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen.

Änderungsvorschlag:

In § 40 PflBG wird folgender Abs. 2a eingefügt:

Die Gleichwertigkeit des Ausbildungsstandes ist als gegeben anzusehen, wenn die antragstellende Person eine mindestens dreijährige Berufsausbildung in der Pflege oder ein mindestens dreijähriges Hochschulstudium in der Pflege erfolgreich abgeschlossen hat und damit im Ausbildungsstaat zur unmittelbaren Berufsausübung in der Pflege berechtigt ist (Kompetenzvermutung). Dies gilt nicht, soweit bereits ein Mustergutachten der Gutachtenstelle für Gesundheitsberufe besteht, in dem wesentliche Unterschiede nach Absatz 2 Satz 2 festgestellt wurden. In diesem Fall bereits festgestellter wesentlicher Unterschiede erfolgen die gesonderte Feststellung der Gleichwertigkeit der Berufsqualifikation im Sinne von § 43 und bei Vorliegen der Voraussetzungen nach § 2 Nummer 2 bis 4 die Erteilung der Berufserlaubnis mit der Auflage, dass die antragstellende Person eine Kenntnisprüfung oder einen Anpassungslehrgang zu absolvieren hat. Kenntnisprüfung und Anpassungslehrgang können dabei auch berufsbegleitend erfolgen. Absatz 3 Satz 2 und 3 gilt entsprechend.

9.) Regelung zur Aufteilung des Finanzierungsbedarfs für Tagespflegen modifizieren

Das Gesetz zur Befugniserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege sollte dazu genutzt werden, eine aktuelle, durch das Pflegestudiumstärkungsgesetz vom 18.11.2023 eingeführte negative Auswirkung auf die Finanzierung der teilstationären Tagespflegeeinrichtungen zu beheben. Denn mit dem Pflegestudiumstärkungsgesetz wurde auch eine Änderung der Berechnung der Ausbildungsumlage für die stationären Pflegeeinrichtungen in § 11 Abs. 3 bzw. § 12 Abs. 2 PflAFinV vorgenommen, um die Ausbildungsumlage der stationären Träger zu vereinheitlichen, was grundsätzlich sehr zu begrüßen ist.

Allerdings ist dadurch eine unverhältnismäßige Mehrbelastung der teilstationären Pflegeeinrichtungen hinzugekommen, da die vorgenannten Vorschriften aufgrund des stationären Einrichtungsbegriffs (§ 71 Abs. 2 SGB XI) auch auf diese Einrichtungen der Tages- und Nachtpflege Anwendung finden. Diese Einrichtungen haben weitaus geringere Leistungsumfänge, da sie nicht 24 Stunden versorgen, sondern in der Regel 8 Stunden am Tag. Ein Belegungstag in einer vollstationären Einrichtung bedeutet 24 Stunden Leistungen, ein Belegungstag in einer Tagespflege 8 Stunden Leistungen. Hinzu kommt, dass die Mehrzahl der Tagespflegegäste in ihrer Häuslichkeit ambulant versorgt wird, so dass die Pflegebedürftigen letztlich eine höhere Belastung erfahren als vollstationär versorgte Pflegebedürftige, obgleich sie keine 24-stündige Versorgung erfahren. Dies führt häufig zu einer Reduzierung der Inanspruchnahme von Tagespflegeleistungen, was zu einer weiteren Belastung und Benachteiligung der Tagespflegen führt.

Der Vorschlag des bpa für eine Änderung des § 12 Abs. 2 PflAFinV lautet daher:

Der auf die einzelne stationäre Einrichtung entfallende Anteil an dem nach Absatz 1 für den stationären Sektor ermittelten Betrag bemisst sich nach dem Verhältnis ihrer Belegungstage nach der Vergütungsvereinbarung zur Gesamtzahl der Belegungstage **aller Vergütungsvereinbarungen in diesem Sektor. Dabei wird bei teilstationären Pflegeeinrichtungen die Zahl der Belegungstage mit dem Faktor 0,50 multipliziert.**

10.) Evaluierung des Pflegeberufegesetzes

Der bpa fordert eine ideologiefreie Evaluierung des gesamten Pflegeberufereformgesetzes (PflBG) und eine Diskussion über die parallele Wiedereinführung einer Altenpflegeausbildung. Aus Sicht des bpa haben sich die in das Pflegeberufereformgesetz gesetzten Hoffnungen und die Erwartungen an die eingeführte generalistische Pflegeausbildung nicht erfüllt. Untermauert wird dies u.a. durch die vom Statistischen Bundesamt veröffentlichten Statistiken zur Pflegeausbildung:

- Zwar ist die Anzahl der **neu abgeschlossenen Ausbildungsverträge** zwischen 2024 und 2025 um 8 % gestiegen. Das darf aber nicht darüber hinwegtäuschen, dass die Entwicklung in den Jahren seit 2020 insgesamt schwankt. So gab es im Jahr 2022 ein Minus von 7,3 % bei den neu abgeschlossenen Ausbildungsverträgen.
- Die Quote derjenigen, die ihre **Ausbildung ohne Abschluss beenden**, ist mit 33,4 % (2024) ebenfalls ein Indiz für dringenden Handlungsbedarf.
- Dass sich im Jahr 2024 von insgesamt 37.419 Absolventen gerade einmal 78 Menschen für einen vertieften Abschluss in der Altenpflege entschieden haben, zeigt, welcher Irrweg die Generalistik ist.
- Von der generalistischen Pflegeausbildung profitieren vor allen Dingen die Krankenhäuser. Das verdeutlichen folgende Zahlen:

    - Zwischen 2007 und 2024 ist die Anzahl der Pflege-Vollzeitkräfte in Krankenhäusern um 110.000 gestiegen – bei annähernd gleich gebliebener Anzahl der Fälle. Durch die Einführung des Pflegebudgets **2019 ist es bis 2024 zu Neueinstellungen von Pflegekräften im Umfang von 63.000 zusätzlichen Vollzeitstellen in den Krankenhäusern** gekommen (Quelle: Präsentation von Johannes Wolff, Abteilungsleiter Krankenhäuser beim GKV-Spitzenverband, beim DRG-Forum am 19.03.2026).

    - **Zwischen 2018 und 2024 hat sich die Anzahl der Altenpflegerinnen und Altenpfleger in deutschen Krankenhäusern um 239 % erhöht** (von 4.333 auf 14.697) – die Anzahl der Altenpflegehelferinnen und Altenpflegehelfer in den Krankenhäusern stieg sogar um 246 % (von 551 auf 1.905). Insgesamt stieg die Zahl der Pflegevollkräfte in den Krankenhäusern um 17 % (von 284.377 auf 333.901); Quelle: Bundestags-Drucksache 21/5870.

- Das "Monitoring zur Umsetzung der Pflegeausbildungen" des BIBB belegt die Tendenz des Wechsels aus der Langzeitpflege in die Akutpflege: "Die Zu- und Abwanderungen sind für jede Einrichtungsart bereits saldiert. Es wird deutlich, dass es im Jahr 2023 einen Zustrom von Pflegeheimen und Pflegediensten in Richtung Krankenhäuser in einer Größenordnung von knapp 2.000 Auszubildenden gab, der - gemessen am Umfang der Ausbildungstätigkeit von Pflegeheimen und Pflegediensten - keine vernachlässigbare Größenordnung darstellt."

Die eigenständige Altenpflegeausbildung hat vorher zehn Jahre lang unter Beweis gestellt, dass sie einen Zuwachs von insgesamt mehr als 60 Prozent produzieren konnte. Das fehlt seit Inkrafttreten der generalistischen Ausbildung schmerzlich. Deswegen darf es keine ideologischen Scheuklappen bei der Diskussion geben. Die Wiedereinführung einer eigenständigen Altenpflegeausbildung, zusätzlich zur generalistischen Pflegeausbildung, muss ernsthaft geprüft werden.

Nachbemerkung

Der Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. (bpa) bildet mit mehr als 14.000 aktiven Mitgliedseinrichtungen die größte Interessenvertretung privater Anbieter sozialer Dienstleistungen in Deutschland. Einrichtungen der ambulanten und (teil-)stationären Pflege, der Behindertenhilfe sowie der Kinder- und Jugendhilfe in privater Trägerschaft sind systemrelevanter Teil der Daseinsvorsorge. Als gutes Beispiel für Public-private-Partnership tragen die Mitglieder des bpa die Verantwortung für rund 465.000 Arbeitsplätze und circa 23.000 Ausbildungsplätze. Die Investitionen in die pflegerische Infrastruktur liegen bei etwa 31 Milliarden Euro. Mit rund 7.400 Pflegediensten, die circa 420.000 Patienten betreuen, und 6.700 stationären Pflegeeinrichtungen mit etwa 390.000 Plätzen vertritt der bpa mehr als jede dritte Pflegeeinrichtung bundesweit. Vor diesem Hintergrund nahm der bpa Stellung.