

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

Stellungnahme

zum

**Entwurf
der Bundesregierung**

**für ein Gesetz zur Befugnisenerweiterung und Entbürokratisierung in
der Pflege (BEEP)**

Bundestags-Drucksache 21/1511,

**zu den Änderungsanträgen der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN
Ausschuss-Drucksache 21(14)21 und**

**zum Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN
„Priorität für Pflege – Jetzt Sofortmaßnahmen ergreifen“
Bundestags-Drucksache 21/583**

Berlin, 06. Oktober 2025

Inhaltsverzeichnis

I.) Stellungnahme zum Gesetzentwurf

Vorbemerkung	6
Zusammenfassung	6
 Zu den Vorschriften im Einzelnen:	
Prävention in der häuslichen Pflege – § 5 SGB XI	14
Wissenschaftliche Expertisen zur Ausgestaltung heilkundlicher Leistungen durch Pflegefachpersonen – § 8 Abs. 3c SGB XI	16
Maßnahmen zur betrieblichen Integration von Pflege- und Betreuungskräften aus dem Ausland – § 8 Abs. 7 Satz 4 Nr. 8 SGB XI	19
Drohende Bedarfssteuerung auf Grundlage kommunaler Pflegestrukturplanung	20
• Kommunale Pflegestrukturplanung – § 9 SGB XI • Verpflichtende Berücksichtigung von Empfehlungen der Landespflegeausschüsse beim Abschluss von Vergütungsvereinbarungen – § 8a SGB XI • Versorgungsdaten für die kommunale Pflegestrukturplanung – § 12 SGB XI • Verpflichtung für die Pflegekassen zur Berücksichtigung der Empfehlungen der Landespflegeausschüsse – § 69 SGB XI • Berücksichtigung der kommunalen Pflegestrukturplanung beim Abschluss von Versorgungsverträgen – § 72 Abs. 1a SGB XI	
Steuerung des Pflegeprozesses; Vorhaltung von Delegationskonzepten – § 11 SGB XI	26
Erfahrungsbericht zum Begutachtungsinstrument – § 15 Abs. 8 SGB XI	29
Hilfsmittel	30
• Empfehlung von Hilfsmitteln durch Pflegefachpersonen – § 40 Abs. 6 SGB XI • Richtlinien zur Empfehlung von Hilfsmitteln – § 17a SGB XI	
Modellprojekt zur Begutachtung durch Pflegefachpersonen – § 18e Abs. 6 SGB XI	33
Leistungen der ärztlichen Behandlung als Bestandteil der Pflege nach SGB XI – § 28 SGB XI	35
Kooperationen mit Anbietern haushaltsnaher Dienstleistungen – § 36 Abs. 4 SGB XI	38

Beratungseinsätze bei Pflegegeldempfängern – § 37 Abs. 3a SGB XI	39
Digitale Pflegeanwendungen – § 40a SGB XI	41
Verträge über digitale Pflegeanwendungen – § 78a SGB XI	
Leistungsanspruch für Digitale Pflegeanwendungen – § 40b SGB XI	43
Leistungen in gemeinschaftlichen Wohnformen – § 45h SGB XI	45
Frist für die Anpassung der tariflichen Entlohnung – § 72 Abs. 3b SGB XI	49
Verfahren zu Beeinträchtigungen bei Versorgungsverträgen – § 73a SGB XI	52
Effiziente Anforderungen in Rahmenverträgen – § 75 SGB XI	54
Externer Vergleich unter Berücksichtigung der Entlohnung – § 84 Abs. 2 SGB XI	56
Pflegesatzverfahren – § 85 SGB XI	59
Verfahrensleitlinien für Pflegesatzverhandlungen und -vereinbarungen – § 86a SGB XI	61
Gemeinschaftliche Wohnformen	65
• Verträge zur pflegerischen Versorgung in gemeinschaftlichen Wohnformen – § 92c SGB XI • Prüfungsregelungen für die Qualität der Leistungen in gemeinschaftlichen Wohnformen – § 113b Abs. 4 SGB XI	
Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität – § 113 SGB XI	72
Erweiterter Qualitätsausschuss – § 113b SGB XI	74
Personalbemessung in vollstationären Pflegeeinrichtungen: akademische Pflegefachkräfte – § 113c SGB XI	76
Personalbemessung in vollstationären Pflegeeinrichtungen: Organisationsentwicklung und Einbeziehung weiterer Berufsabschlüsse – § 113c Abs. 3 SGB XI	80
Geschäftsstelle zur Personal- und Organisationsentwicklung – § 113d SGB XI	84
Digitale Prüfaufträge – § 114 SGB XI	85
Prüfrhythmus – § 114 Abs. 2 SGB XI	86
Ankündigung der Qualitätsprüfungen – § 114a SGB XI	87
Anforderungen Pflegedokumentation – § 114a SGB XI	89
Richtlinien für die Qualitätsprüfungen in gemeinschaftlichen Wohnformen – § 114a SGB XI	90
Richtlinien zur Verlängerung des Prüfrhythmus in vollstationären, teilstationären und ambulanten Einrichtungen bei guter Qualität – § 114c SGB XI	91

Ergebnisse von Qualitätsprüfungen, Qualitätsdarstellung, Vergütungskürzung – § 115 SGB XI	94
Modellvorhaben zur Erprobung von Telepflege – § 125a SGB XI	96
Modellvorhaben zur Erprobung digitaler Verhandlungen der Pflegevergütung – § 125c SGB XI	98
Modellvorhaben zur Erprobung der Flexibilisierung der Leistungserbringung stationärer Pflegeeinrichtungen – § 125d SGB XI	100
Ergänzungshilfen für stationäre Pflegeeinrichtungen zum Ausgleich steigender Preise für Erdgas, Wärme und Strom – 154 SGB XI	103
Erbringung von Leistungen der ärztlichen Behandlung durch Pflegefachpersonen – § 15a SGB V	105
Modellvorhaben zur Übertragung ärztlicher Tätigkeiten – § 64d SGB	108
Eigenverantwortliche Erbringung von Leistungen durch Pflegefachpersonen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung – § 73d SGB V	110
Versorgung mit häuslicher Krankenpflege – § 132a SGB V	117
Sicherer Umgang mit Komponenten zur Authentifizierung von Leistungserbringereinrichtungen – § 340 a SGB V	118
Selbständige Heilkundenausübung – § 4a PflBG	116
Standardisierte Module für heilkundliche Aufgaben – § 14a PflBG	121
II.) Weitere Änderungsvorschläge des bpa	122
1.) Klare Regelung der wirtschaftlichen Angemessenheit von Personalaufwendungen für Mitarbeitende außerhalb von Pflege und Betreuung	122
2.) Berücksichtigung der Auslastungsquote als wesentliche Geschäftsgrundlage	124
3.) Berücksichtigung einer anlaufbedingt eingeschränkten Belegungsquote	125
4.) Erweiterung der Kompetenzen der Pflegesatzkommissionen zur Verfahrensbeschleunigung	126
5.) 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	128
6.) Sozialhilfe: Klare Regelung von Zahlungsfristen, Verzugsfolgen und Zahlungsansprüchen für erbrachte Leistungen vor Bescheiderteilung	130
7.) Kompetenzvermutung: Vereinfachung der Anerkennung der Berufsqualifikation für internationale Fachkräfte	132

8.)	Regelung zur Aufteilung des Finanzierungsbedarfs für Tagespflegen modifizieren	133
9.)	Evaluierung des Pflegeberufegesetzes	134
III.)	Stellungnahme zu den Änderungsanträgen der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN	136
1.)	Amt der Pflegebeauftragten – § 10a SGB XI	136
2.)	Streichung der Zuordnung von heilkundlichen Leistungen durch Pflegefachpersonen zur medizinischen Behandlungspflege – § 28 SGB XI	137
3.)	Streichung der längeren Ankündigungsfrist für Qualitätsprüfungen – § 114a SGB XI	139
4.)	Heilkundeübertragung an Pflegefachpersonen – § 15a SGB V	140
9.)	Stärkung der Organisationen der Pflegeberufe im Gemeinsamen Bundesausschuss – § 92 SGB V	141
10.)	Authentifizierung von Pflegepersonal – § 340a SGB V	142
IV.)	Stellungnahme zum Antrag „Priorität für Pflege – Jetzt Sofortmaßnahmen ergreifen“ der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN	144

I.) Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Befugniserweiterung und Entbürokratisierung der Pflege

Vorbemerkung

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 nimmt der bpa wie folgt Stellung.

Zusammenfassung

Der Gesetzentwurf bleibt deutlich hinter seinen Möglichkeiten zurück. Der Handlungsdruck in der Pflege ist riesengroß, aber die Chancen zur Verbesserung der Versorgung werden bei weitem nicht genutzt. Das ist besonders bedauerlich, weil nach der ersten Vorlage des Gesetzentwurfs in der letzten Legislaturperiode genügend Zeit war, die Verbesserungsvorschläge zu prüfen und zu berücksichtigen. Jetzt gibt es einen neuen Namen, aber der Gesetzentwurf wird dem nicht gerecht:

Die Entbürokratisierung findet sich zwar im Titel, aber anstatt konkrete, für die Praxis relevante Maßnahmen zu verankern, finden sich an vielen Stellen lediglich Prüfaufträge. Dieses Gesetz beseitigt keine einzige Doppelprüfung und spart keine Minute Dokumentationsaufwand. Im Gegenteil: Es ist geplant, einen dritten Versorgungssektor zu schaffen, der Verwirrung fördert, die bestehenden ambulanten Wohngruppen bedroht und den Versorgungsalltag verkompliziert. Die im Gesetzentwurf angelegte kommunale Bedarfssteuerung ist nicht nur aus der Zeit gefallen, sondern geradezu ein Bürokratieturbo, der jede Investition in den Ausbau der Versorgungsstrukturen erschwert. Die schon unzureichenden Ansätze zur Sicherung der pflegerischen Versorgung aus der letzten Legislaturperiode sind heute nur noch ein Hohn für die Einrichtungen, die tagtäglich

um die Versorgung pflegebedürftiger Menschen kämpfen. Die wirtschaftliche Absicherung der Pflegeeinrichtungen wird nicht nachhaltig angegangen, Impulse zur Personalsicherung fehlen gänzlich. Zudem überzeugt die Befugnisserweiterung nicht. Bestimmte Leistungen der ärztlichen Behandlung sollen bei stationärer Pflege nach dem SGB XI unter Missachtung der Finanzierungszuständigkeit der Krankenkassen für derartige Leistungen Teil der medizinischen Behandlungspflege sein. Es fehlen Entlastungen der Pflegeeinrichtungen und Pflegekräfte, die die Erbringung zusätzlicher Leistungen überhaupt zeitlich möglich machen.

In der Begründung heißt es: „Der Pflegeberuf ist ein Heilberuf mit eigenen beruflichen Kompetenzen.“ Auf diesen Satz haben Tausende von Pflegekräften in Deutschland lange gewartet. Damit kommt die Bundesregierung grundsätzlich dem nach, was ein Gesetz zur Befugnisserweiterung in der Pflege vermuten lässt. Die Kompetenzen der Pflegekräfte werden anerkannt und leistungsrechtlich verankert. Das begrüßt der bpa ebenso wie die Möglichkeit, dass Pflegefachpersonen künftig Leistungen, die bisher Ärzten vorbehalten sind, erbringen dürfen. Allerdings besteht aus Sicht des bpa bei diesen Leistungen eine zu weit gehende Steuerung durch den Arzt und es besteht die Gefahr, dass sie zulasten der Pflegebedürftigen in die Pflegeversicherung verschoben werden. Hier besteht dringender Korrekturbedarf, wenn die Ziele des Gesetzes hinsichtlich einer echten Befugnisserweiterung erreicht werden sollen.

Darüber hinaus beinhaltet das Gesetz zur Befugnisserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege Ansätze struktureller Veränderungen im SGB XI, die zum Teil erhebliche Auswirkungen auf bestehende Versorgungsangebote bis hin zur Existenzgefährdung bewährter Pflegeangebote mit sich bringen. Dies betrifft vor allem den Bereich der ambulanten Wohngemeinschaften – eine wichtige Versorgungsform, die sich vor allem in den letzten zehn Jahren dynamisch entwickelt und zur Absicherung der ambulanten pflegerischen Infrastruktur beigetragen hat. Die geplante Einführung eines dritten Sektors mit neuen leistungsrechtlichen und vertraglichen Anforderungen (gemeinschaftliche Wohnformen mit Verträgen gemäß § 92c SGB XI) gefährdet ohne erkennbaren Grund und Nutzen tausende Anbieter professioneller Pflegeangebote existenziell. Die politisch seit längerer Zeit in Aussicht gestellten und so wichtigen Regelungen zur wirtschaftlichen Absicherung der über 32.000 Pflegeeinrichtungen in Deutschland bleiben weit hinter den Erwartungen und Notwendigkeiten zurück – hier besteht weiterer dringender Handlungsbedarf.

Mit einem Federstrich bestehende Angebote in der Langzeitpflege in ihrer Existenz zu gefährden und gleichzeitig nicht alle politischen Anstrengungen zu unternehmen, hoch engagierte Träger von Pflegeeinrichtungen, die erhebliche wirtschaftliche Risiken tragen und einen hohen Beitrag zur nachhaltigen Versorgungssicherheit in der Pflege leisten, bei ihrer Personalsicherung zu

unterstützen, z.B. mit dem Instrument der Kompetenzvermutung (internationale Pflegefachkräfte mit Sprachkenntnis endlich als Fachkräfte arbeiten zu lassen, s. Seite 132), ist völlig unverständlich und nicht akzeptabel.

Der bpa macht seit langem sehr konkrete Vorschläge, wie dem enormen Pflegekräftebedarf im Hinblick auf die Absicherung von Ausbildungsstrukturen, Integration internationaler Pflegekräfte, Hebung inländischen Beschäftigungspotentials und Weiterentwicklung der Arbeitsbedingungen politisch begegnet werden muss, um eine zukunfts- und demografiefeste Absicherung der Langzeitpflege zu befördern, und stößt im Wesentlichen auf politisch taube Ohren. Dürften gut ausgebildete internationale Pflegefachkräfte mit entsprechenden Deutschkenntnissen sofort auch als Pflegefachkräfte in Deutschland arbeiten, könnten viele tausend pflegebedürftige Menschen zusätzlich versorgt werden und ihre Angehörigen eine spürbare Entlastung finden. Von heute auf morgen wäre dies der Fall, denn nach Berechnungen des bpa arbeiten knapp 11.000 internationale Pflegefachkräfte derzeit als Hilfskräfte in der Langzeitpflege. Deutschland begrenzt dadurch seit Jahren „künstlich“ Versorgungskapazitäten in der ambulanten und stationären Versorgung. Hier den politischen Mut und Gestaltungswillen aufzubringen, an dieser unzumutbaren Situation mit folgeschweren Wirkungen auf die Versorgungssicherheit in der Pflege endlich etwas zu ändern – das erwarten die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen und nicht zuletzt viele Pflegeeinrichtungen und ihre Mitarbeitenden von der Bundesregierung. Hierzu liefert der vorliegende Gesetzentwurf bedauerlicherweise keinerlei Antworten.

Wirtschaftlichkeit der Pflegeeinrichtungen

Der vorliegende Entwurf des Gesetzes zur Befugnisenerweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege reicht bei weitem nicht aus, um die aktuelle Krisensituation in der Pflege wirksam zu entschärfen. Damit nachhaltige Verbesserungen im Hinblick auf die wirtschaftliche Absicherung bestehender Pflegeangebote erzielt werden, muss es umfangreiche Änderungen geben. Wirksame Maßnahmen zur Stärkung der Pflegeeinrichtungen sind dringend notwendig. Dass sie monatelang auf Pflegesatzvereinbarungen oder Zahlungen von Kostenträgern warten müssen, ist ein Teil der Ursache für die fortschreitende Angebotskrise, unter der Pflegebedürftige und ihre Familien massiv leiden. Der Entwurf bemüht sich sichtbar, einige Probleme zu lösen, bleibt aber bei ersten kleinen Schritten.

Hinsichtlich der notwendigen Maßnahmen gibt es einen großen Konsens. Im Rahmen der letzten Koalitionsverhandlungen haben sich der bpa und alle anderen Verbände der Leistungserbringer gemeinsam an die Verhandlungsgruppe gewendet und einen abgestimmten [Forderungskatalog](#) vorgelegt. Auch dem Bundesministerium für Gesundheit ist dieser bekannt. Dennoch findet sich von den vorgeschlagenen Maßnahmen nur ein Bruchteil im vorgelegten Gesetzentwurf wieder. Das stößt beim bpa auf Unverständnis.

Der weitere Rückbau der pflegerischen Versorgungsstruktur muss verhindert werden.

Auch die Kostenträger sehen akuten Handlungsbedarf, denn auch die Pflegekassen werden durch bürokratische Anforderungen belastet:

„Sie können sich gar nicht vorstellen, welcher Arbeitsaufwand auf beiden Seiten heute drin steckt in diesen Pflegesatzverhandlungen, weil sie aufgeladen sind mit bürokratischen Vorschriften, die wir einhalten müssen, Nachweispflichten. Das kann man deutlich entschlacken.“

Oliver Blatt, Vorstandsvorsitzender, GKV-Spitzenverband, bei GKV Live am 11. Juli 2025

Quelle: https://www.gkv-spitzenverband.de/gkv_spitzenverband/presse/veranstaltungen/veranstaltungen.jsp

Die Maßnahmen dafür liegen auf dem Tisch und sollten mit dem Gesetz zur Befugnisenerweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege umgesetzt werden. Die vorgesehene längere Umsetzungsfrist der Tariftreue (drei statt zwei Monate) verändert bei Wartezeiten auf Abschlüsse von teils neun Monaten und mehr wenig. Die Schiedsstelle darf künftig von den Parteien gemeinsam auch schon vor Ablauf der Sechs-Wochen-Frist angerufen werden. Wichtiger wären aber effizientere Schiedsstellenverfahren. Hilfreicher ist der Auftrag an die Kostenträger, bei Verhandlungen eine verbindliche Ansprechperson zu benennen, die auch die schriftliche Vertragserklärung für alle Kostenträger abgeben kann. Die größte Wirkung können die Bundesempfehlungen für effiziente und bürokratiearme Vergütungsverfahren entfalten. Hier soll die Selbstverwaltung u. a. Empfehlungen abgeben für Vorgaben zur Darlegung und Nachweisführung der prospektiven Sach- und Personalaufwendungen.

Mit der Aufnahme der Entlohnung als Vergleichskriterium für einen externen Vergleich der Pflegesätze würde zudem ein bereits heute bestehendes Problem vervielfacht: Pflegesätze, die aufgrund als wirtschaftlich anzuerkennender höherer Personalaufwendungen höher als andere Pflegesätze in der Vergleichsgruppe sind, führen in der Praxis dazu, dass die Vergütung des Unternehmerrisikos beschnitten wird. Die Beibehaltung des externen Vergleichs auf der Grundlage der gesamten, im Wesentlichen durch die Personalkosten bestimmten Pflegesätze und seine Durchführung in nach Entlohnung zu bildenden Vergleichsgruppen übertrüge dieses Problem in jede Vergleichsgruppe und gefährdete eine angemessene Vergütung des Unternehmerrisikos zusätzlich. **Hier bedarf es dringend Veränderungen!**

Insgesamt sind die im Gesetzentwurf vorgesehenen Maßnahmen zur Stärkung der Wirtschaftlichkeit der Pflegeeinrichtungen bei Weitem nicht ausreichend.

Der bpa hat deswegen weitere Vorschläge zur wirtschaftlichen Absicherung von Pflegeeinrichtungen unterbreitet (s. Ziffer 2, Seite 122 ff).

Gemeinschaftliche Wohnformen

Der bpa lehnt die vorgesehene Schaffung dieses neuen Versorgungssektors entschieden ab. **Die Regelung muss gestrichen werden – allein schon deswegen, weil der Koalitionsvertrag vorsieht, dass die am 7. Juli 2025 eingesetzte Bund-Länder AG zur großen Pflegereform genau eine solche Versorgungsform prüfen soll. Das BEEP darf dem nicht vorgreifen! Das sieht der Bundesrat übrigens ebenso (s. [Bundesrats-Drucksache 365/25 \(Beschluss\)](#)).**

Diese neue Versorgungsform zwischen ambulant und stationär wirft vor allem Fragen auf und birgt große existenzielle Gefahren für bestehende Wohngemeinschaftsangebote. Für wen außer die Kostenträger soll die Leistung attraktiv sein? Bei prognostizierten 14.000 Euro Einsparung pro Pflegebedürftigen im Jahr für die Pflegeversicherung gegenüber der WG-Versorgung ist absehbar, dass die Kostenträger darauf drängen werden, möglichst viele Menschen so zu versorgen. Wie sollen bestehende Wohngemeinschaftsangebote daneben existieren können und wie kann die Wahlfreiheit der Pflegebedürftigen sichergestellt werden? Es bleiben zudem Fragen zur konkreten Organisationsform, der Kombination verschiedener Angebote und der Vereinbarung von Leistungen offen. Eine wirtschaftlich verlässliche Planung erscheint nicht möglich. Es ist sogar stark zu befürchten, dass mit der Neuregelung und Schaffung eines neuen Sektors mit entsprechend neu ausgerichteten Interessenlagen der Kostenträger die bisherigen WG-Strukturen, die sich in den letzten Jahren deutlich weiterentwickelt und zu einer wichtigen Säule der ambulanten Pflegeinfrastruktur geworden sind, existenziell gefährdet werden. Das würde die ambulante Versorgung nicht stärken, sondern empfindlich schwächen. Das ist der falsche Weg!

Anstatt die bestehenden Versorgungsangebote in der Pflege abzusichern, sollen mit erheblichem bürokratischem Mehraufwand neue privilegierte Angebote geschaffen werden. Statt einer Stärkung der Selbstbestimmung und der Versorgungssicherheit der Pflegebedürftigen würde so einzig eine Kostenersparnis gesetzlich vorangebracht werden. Für die seit Jahren von der Politik befürwortete WG-Versorgung ist dies im Gegenzug existenzbedrohend. Strukturen, die über viele Jahre geschaffen wurden, sowohl durch Leistungserbringer wie auch in der Selbstverantwortung der Pflegebedürftigen, werden absehbar verschwinden. Dies widerspricht der vermeintlich gewünschten Stärkung der Selbstbestimmung der Pflegebedürftigen. Nicht ohne Grund haben sich Wohngruppen in den vergangenen Jahren als eine bei den Pflegebedürftigen sehr beliebte

Versorgungsform etabliert. Der neue Versorgungssektor des § 92c SGB XI wird diese Strukturen mittelfristig zerschlagen.

Dabei gibt es gemeinschaftliche Wohnformen bereits im Rahmen der Pflegeversicherung: das sind ambulant betreute Wohngemeinschaften gem. § 38a SGB XI (bzw. § 45f SGB XI in der Fassung des Gesetzentwurfs). Diese gilt es abzusichern und zu stärken. Eine neue Versorgungsform mit einem neuen Sektor leistet keinen Beitrag zur Absicherung der pflegerischen Versorgung.

Kommunale Pflegestrukturplanung

Der bpa lehnt die im Entwurf angelegte Bedarfssteuerung auf der Grundlage der kommunalen Pflegestrukturplanungen mit aller Entschiedenheit ab!

Aus Sicht des bpa ist die der kommunalen Pflegestrukturplanung im Zusammenhang mit dem Abschluss von Versorgungsverträgen und Vergütungsvereinbarungen neu zugeordnete Rolle ein Einfallstor für eine Bedarfssteuerung auf kommunaler Ebene und auf Landesebene. Die derzeit gewährleistete flächendeckende pflegerische Versorgung darf nicht gefährdet werden. Eine Verpflichtung zur Beachtung kommunaler Pflegestrukturplanungen vor Abschluss der Verträge wäre der erste Schritt dahin, dass Pflegekassen und Kommunen das Recht bekommen, Versorgungsverträge in der Pflege zu verhindern und damit den freien Wettbewerb einzuschränken. Die verpflichtende Berücksichtigung der kommunalen Pflegestrukturplanung beim Abschluss von Versorgungsverträgen bedeutet perspektivisch eine Aufweichung des Kontrahierungszwangs. Eine Einschränkung der Handlungsspielräume durch eine zwingend anzuwendende Bedarfsplanung würde angesichts der zunehmenden Zahl der Pflegebedürftigen dringend notwendige Neugründungen massiv gefährden und die Entwicklung moderner und bedarfsgerechter Pflegekonzepte stoppen.

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: „Die Altenhilfe soll dazu beitragen, Schwierigkeiten, die durch das Alter entstehen, zu verhüten, zu überwinden oder zu mildern und alten Menschen die Möglichkeit zu erhalten, selbstbestimmt am Leben in der Gemeinschaft teilzunehmen und ihre Fähigkeit zur Selbsthilfe zu stärken.“ Kommunen könnten auf dieser Grundlage Maßnahmen ergreifen, um Pflegebedürftigkeit zu verhindern oder zu verzögern. Die wenigsten Kommunen machen davon aber Gebrauch. Der bpa fordert die Kommunen auf, die Altenhilfe gem. SGB XII umzusetzen und entsprechende Planungen aufzustellen.

Ärztliche Leistungen durch Pflegefachpersonen als Pflege nach dem SGB XI

Ein Kernelement des Gesetzes sind die Leistungen der ärztlichen Behandlung, die künftig durch Pflegefachpersonen erbracht werden können. Diese ärztlichen Leistungen werden aber in § 28 SGB XI der Pflegeversicherung zugeordnet, sofern sie in Pflegeheimen erbracht werden. Der bpa sieht keinerlei Notwendigkeit für eine solche Regelung und befürchtet, dass weitere, klar der Krankenversicherung zuzuordnende Leistungen in die Pflegeversicherung verschoben werden sollen. Es darf nicht zu einem weiteren Verschiebeparkplatz kommen, der letztlich finanziell zu Lasten der Pflegebedürftigen geht. Es besteht aus Sicht des bpa auch keine Notwendigkeit, im SGB XI die Leistungserbringung ärztlicher Leistungen der Krankenversicherung zu regeln.

Ärztliche Leistungen durch Pflegefachpersonen

Besonders wichtig ist es, dass ärztliche Leistungen nicht nur von studierten Pflegefachpersonen, sondern auch von solchen mit einer beruflichen Ausbildung erbracht werden dürfen. Das ist ein wichtiges Signal an die Mehrheit der Pflegekräfte in Deutschland, die eine berufliche Ausbildung hat. Deswegen ist die Einbeziehung der Pflegekräfte mit beruflicher Ausbildung ein wesentlicher Faktor, der zum Gelingen oder Scheitern des Gesetzes beitragen kann.

Die entscheidende Frage des Gesetzes zur Befugniserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege lautet:

Welche Leistungen der ärztlichen Behandlung dürfen Pflegefachpersonen künftig selbständig erbringen?

Der Rahmenvertrag gem. § 73d SGB V soll diese festlegen. Der bpa begrüßt, dass dabei auch ausdrücklich eine einschlägige Berufserfahrung berücksichtigt werden kann. Damit wird den Pflegefachpersonen mit beruflicher Ausbildung eine wichtige Perspektive eröffnet, die zur Attraktivität des Pflegeberufs und zum Berufsverbleib beitragen kann. Das unterstützt der bpa.

Sehr kritisch bewertet der bpa die Durchführung von ärztlichen Tätigkeiten durch Pflegefachpersonen bei Vertragsärzten. Damit würde ein Konstruktionsfehler der Regelung von § 64d SGB V fortgeführt werden. Der Gesetzgeber muss sich fragen lassen, warum er das Gesetz zur Befugniserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege umsetzt – geht es um eine Attraktivitätssteigerung der Pflegeberufe als einen wichtigen Baustein

gegen den Fachkräftemangel in der Pflege? Oder geht es um die Entlastung der Ärzte? Der bpa fordert daher eine Klarstellung im Gesetz, dass ärztliche Leistungen von Pflegefachpersonen nicht bei Vertragsärzten erbracht werden dürfen.

Auf scharfe Kritik des bpa stößt auch der faktische Ausschluss u.a. von Pflegeheimen aus dem Regelungsbereich des § 73d SGB V. Pflegefachpersonen sollen ärztliche Leistungen nur in Pflegeheimen erbringen können, wenn sie als Angestellte eines Pflegedienstes dort Hausbesuche machen oder im Rahmen einer Kooperationsvereinbarung nach § 119b SGB V. Es ist völlig unverständlich, warum u.a. die rund 245.000 Pflegefachpersonen, die in Pflegeheimen arbeiten, von einer Kernregelung des Gesetzes ausgeschlossen werden sollen. Auch die Pflegefachpersonen u.a. in den Pflegeheimen benötigen ein klares Signal der Bundesregierung, dass mit diesem Gesetz auch ihre Potenziale gehoben und ihre Kompetenzen stärker gewürdigt werden. Das Ziel des Gesetzes ist es, den Beruf noch attraktiver zu machen. Das erfordert dringend die Einbeziehung der Pflegefachpersonen in allen Einrichtungen der Langzeitpflege in den regulären Anwendungsbereich von § 73d SGB V.

Geschäftsstelle zur Begleitung und Unterstützung einer fachlich fundierten Personal- und Organisationsentwicklung

Völlig falsch ist die im Gesetzentwurf vorgesehene unabhängige qualifizierte Geschäftsstelle zur Begleitung und Unterstützung einer fachlich fundierten Personal- und Organisationsentwicklung. Diese soll u.a. bei der Wahrnehmung der Pflegeprozessverantwortung, bei der Umsetzung von Pflegedokumentationskonzepten sowie ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen bei der Umsetzung von bewohner- und kompetenzorientierten Personal- und Organisationsentwicklungsmaßnahmen unterstützen. Der bpa spricht sich entschieden gegen die Schaffung dieser neuen Institution aus. Die Pflegeeinrichtungen benötigen keine zusätzlichen Beratungen und keinen weiteren Wissenstransfer von außen, sondern eigene Ressourcen, um die Organisationsentwicklung von innen heraus entwickeln zu können. Die neue Geschäftsstelle trägt aber gerade nicht zur Ressourcenstärkung in den Einrichtungen bei, sondern würde zusätzliche Kapazitäten binden.

Zu den Vorschriften im Einzelnen

Artikel 1, Nr. 2b

§ 5 SGB XI – Prävention in der häuslichen Pflege

Vorgeschlagene Neuregelung

Die Pflegekassen sollen unter Beteiligung von ambulanten Pflegediensten Präventionsleistungen nach § 20 Abs. 4 Nr. 1 SGB V künftig auch für in der sozialen Pflegeversicherung versicherte Pflegebedürftige in häuslicher Pflege unterstützen.

Stellungnahme

Der bpa begrüßt diese Regelung grundsätzlich. Präventionsmaßnahmen tragen dazu bei, die Lebensqualität von Pflegebedürftigen zu verbessern und gesundheitliche Komplikationen zu vermeiden. Durch gezielte Maßnahmen können Krankheiten frühzeitig erkannt und behandelt werden. Damit wird das Wohlbefinden der Pflegebedürftigen gesteigert und auch die Belastung für Pflegekräfte und Angehörige reduziert. Es ist zielführend, dass u.a. im Rahmen der Leistungserbringung nach § 36 SGB XI und bei den Beratungseinsätzen nach § 37 Abs. 3 SGB XI sowie bei einer individuellen Pflegeberatung nach § 45 SGB XI entsprechende Empfehlungen ausgesprochen werden können. Damit besteht die Möglichkeit, dass viele Pflegebedürftige von den Präventionsleistungen profitieren können, wenn sie von den Pflegekassen entsprechend ausgestaltet werden.

Die Regelung trägt dazu bei, dass die Beratungsangebote für Pflegebedürftige und ihre An- und Zugehörigen ausgebaut werden, damit der Anspruch auf individuelle Beratung in der Häuslichkeit von allen Pflegebedürftigen in Anspruch genommen werden kann. Beratungsangebote sind als Basis unverzichtbar, um darin auch Empfehlungen für präventive Maßnahmen zu verankern bzw. die Beratung um die Komponente Prävention zu ergänzen.

Grundsätzlich weist der bpa darauf hin, dass die Kommunen im Rahmen der Altenhilfe einen entscheidenden Beitrag zur Prävention von Pflegebedürftigkeit leisten können. Denn die kommunale Altenhilfe soll dazu beitragen, „Schwierigkeiten, die durch das Alter entstehen, zu verhüten“ (so § 71 SGB XII). Dazu wird auf die Ausführungen auf Seite 21 verwiesen.

Es fehlt bei der Umsetzung der Neuregelung eine Regelung zur Vergütung der Beteiligung für die ambulanten Pflegedienste.

Änderungsvorschläge

§ 5 Abs. 1a SGB XI wird wie folgt gefasst:

(1a) Die Pflegekassen sollen den Zugang zu den in § 20 Absatz 4 Nummer 1 des Fünften Buches genannten Leistungen der Krankenkassen zur verhaltensbezogenen Prävention für in der sozialen Pflegeversicherung versicherte Pflegebedürftige in häuslicher Pflege unterstützen, indem sie unter Beteiligung der Pflegebedürftigen sowie, falls sie im Einzelfall an der Versorgung beteiligt sind, unter Beteiligung von ambulanten Pflegeeinrichtungen Vorschläge zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation und zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten der Pflegebedürftigen entwickeln sowie die Umsetzung dieser Vorschläge unterstützen. Dies umfasst eine Bedarfserhebung hinsichtlich präventiver und gesundheitsfördernder Maßnahmen, die fachliche Beratung zur Information und Sensibilisierung der Versicherten und ihrer Angehörigen sowie Pflegepersonen bezüglich der Möglichkeiten, die mittels Gesundheitsförderung und Prävention zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation und zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten bestehen, sowie eine Präventionsempfehlung durch Pflegefachpersonen oder durch gemäß § 7a Absatz 3 Satz 2 qualifizierte Pflegeberaterinnen und Pflegeberater. Im Zusammenhang mit einer Beratung nach den §§ 7a und 7c **oder 45**, mit einer Leistungserbringung nach § 36 oder mit einem Beratungsbesuch nach § 37 Absatz 3 kann eine Empfehlung für die in § 20 Absatz 4 Nummer 1 des Fünften Buches genannten Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention ausgesprochen werden. Die Bedarfserhebung, die Beratung und die Präventionsempfehlung sollen frühestmöglich nach Feststellung der Pflegebedürftigkeit unter Berücksichtigung der Empfehlungen nach § 18b und auch während fortbestehender Pflegebedürftigkeit erfolgen. Die Pflichten der Pflegeeinrichtungen nach § 11 Absatz 1 bleiben unberührt. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen legt unter Einbeziehung unabhängigen Sachverständigen die Kriterien für die Verfahren nach den Sätzen 1 bis 3 fest, insbesondere hinsichtlich des Inhalts, der Methodik, der Qualität, der wissenschaftlichen Evaluation und der Messung der Erreichung der mit den Maßnahmen verfolgten Ziele. **Die Vergütung für die Empfehlung der ambulanten Pflegeeinrichtung ist von der zuständigen Pflegekasse, bei privat Pflegeversicherten von dem zuständigen privaten Versicherungsunternehmen zu tragen, im Fall der Beihilfeberechtigung anteilig von dem zuständigen Beihilfeträger. Die Höhe der Vergütung für die Empfehlung durch einen zugelassenen Pflegedienst vereinbaren die Pflegekassen oder deren Arbeitsgemeinschaften in entsprechender Anwendung des § 89 Absatz 1 und 3 mit dem Träger des zugelassenen Pflegedienstes.**

Artikel 1, Nr. 6a**§ 8 Abs. 3c SGB XI – wissenschaftliche Expertisen zur Ausgestaltung und Weiterentwicklung heilkundlicher Leistungen durch Pflegefachpersonen****Vorgeschlagene Neuregelung**

Der GKV-Spitzenverband soll wissenschaftliche Expertisen zur konkreten Ausgestaltung und Weiterentwicklung der Inhalte von Leistungen nach dem SGB V und SGB XI, die durch Pflegefachpersonen jeweils abhängig von ihren Kompetenzen erbracht werden, fördern. Damit sollen insbesondere heilkundliche Leistungen beschrieben werden, die über die Regularien des Gesetzes zur Befugniserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege hinausgehen.

Stellungnahme

Der erste Satz der Begründung ist maßgeblich für den Titel des Gesetzentwurfs: „Die Kompetenzen von Pflegefachpersonen in der Versorgung werden aktuell noch nicht in dem Maße eingesetzt, wie es aus fachlicher Sicht möglich wäre.“ Diese Einschätzung teilt der bpa ausdrücklich. Pflegekräfte können mehr, als sie aktuell dürfen, und es trägt zur Attraktivität des Pflegeberufs bei, wenn Pflegekräfte künftig auch heilkundliche, bisher Ärzten vorbehaltene Aufgaben übernehmen können.

Der bpa begrüßt es insbesondere, dass bei der Beschreibung pflegerischer Aufgaben ausdrücklich auch „Pflegefachpersonen mit einer beruflichen Ausbildung“, so die Begründung, mit einbezogen werden. Die Mehrheit der Pflegekräfte in Deutschland hat eine berufliche und (noch) keine hochschulische Ausbildung. Deswegen ist die Einbeziehung der Pflegekräfte mit beruflicher Ausbildung ein wesentlicher Faktor, der zum Gelingen oder Scheitern des Gesetzes beitragen kann. Es darf nicht dazu führen, dass es nur wenige akademisch qualifizierte Pflegekräfte geben wird, die weitergehende heilkundliche Tätigkeiten durchführen können, während die Masse der Pflegefachkräfte keine Chance dazu erhält. Das Verhältnis verdeutlicht die nachfolgende Übersicht:

Berufsabschlüsse der Pflegefachkräfte in Pflegeheimen und Pflegediensten

Pflegefachkräfte mit beruflicher Ausbildung	427.343
Pflegekräfte mit pflegewissenschaftlichem Abschluss	4.397
Gesamt	431.740
Anteil der Pflegekräfte mit wiss. Abschluss	1 %

Quelle: Pflegestatistik 2023 des Statistischen Bundesamtes (als Pflegefachkräfte wurden Altenpflegekräfte, Gesundheits- und Krankenpflegerinnen, Kinderkrankenschwestern und Pflegefachfrauen zusammengezählt)

Der bpa begrüßt die geplanten Expertisen. Da diese weitreichende Auswirkungen auch auf die Pflegeeinrichtungen haben werden, ist es erforderlich, nicht nur die maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene, sondern auch die maßgeblichen Organisationen der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene einzubeziehen. Die Qualifikationen der Pflegekräfte und die darauf beruhenden Kompetenzen spielen eine zentrale Rolle bei der Vertragsgestaltung zwischen Pflege- und Krankenkassen auf der einen Seite und den Leistungserbringern der Pflege auf der anderen Seite. Pflegekräfte agieren auch bei der Übernahme heilkundlicher Tätigkeiten immer als Angestellte von Pflegeheimen und Pflegediensten – anders als Ärzte, die in der Regel freiberuflich tätig sind. Deswegen ist die Einbindung der Leistungserbringer entsprechend zu berücksichtigen.

Die Finanzierung der wissenschaftlichen Expertisen sollen mit 10 Millionen Euro aus dem Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung finanziert werden. Dafür sollen die noch nicht verausgabten Mittel für das Modellprogramm nach §125a SGB XI gekürzt werden. Das lehnt der bpa ab. Die Modellvorhaben zur Erprobung von Telepflege nach § 125a SGB XI sind ein wichtiger Baustein, um die Digitalisierung in der Pflege zu fördern. Die Telepflege hat das Potenzial Effizienzreserven zu heben und somit mehr professionelle Versorgung zu ermöglichen. Darüber hinaus kann der Pflegeberuf aufgewertet, flexible Arbeitsmodelle geschaffen und das dringend benötigte Fachkräfteangebot erweitert werden. So können ausgeschiedene Mitarbeitende – etwa während des Mutterschutzes oder im Ruhestand – durch spezialisierte digitale Rollen zurückgewonnen werden. Die Digitalisierung in der Pflege und die Übertragung von Heilkunde auf Pflegekräfte sollten nicht gegeneinander ausgespielt werden. Im Rahmen des Modellvorhabens Telepflege wurden verschiedene gute Bewerbungen nicht angenommen, andere Technologien waren in der Planungsphase noch nicht vorhanden. Da die erste Welle der Erprobungen kurz vor dem Abschluss steht, sollte eine weitere Förderwelle ermöglicht werden mit Projekten und Technologien, die bisher nicht den Schwerpunkt gebildet haben. Gleichzeitig können die im Modellvorhaben erzielten Mehrwerte nur dann nachhaltig wirken, wenn frühzeitig eine Anschlussfinanzierung über das Projektende hinaus geplant wird.

Laut Begründung ist vorgesehen, dass auch „Empfehlungen für Mindestinhalte von Weiterbildungen entwickelt werden“. Dabei sollen auch bestehende Weiterbildungen in den Blick genommen werden. Der bpa begrüßt diese Offenheit. Im Pflegebereich gibt es eine Vielzahl an Fort- und Weiterbildungen und alle Pflegeeinrichtungen kümmern sich um entsprechende Angebote für ihre Pflegekräfte. Unter anderem bietet der bpa

seinen Mitgliedern dafür jährlich in jedem Bundesland ein umfassendes Fort- und Weiterbildungsprogramm. Es ist wichtig, bei den zu formulierenden Empfehlungen von Mindestinhalten von Weiterbildungen die bestehenden Angebote und den damit verbundenen Kompetenzerwerb zu berücksichtigen.

Änderungsvorschlag

§ 8 Abs. 3c SGB XI wird wie folgt gefasst:

(3c) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen fördert gemeinsam mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen wissenschaftliche Expertisen zur konkreten Ausgestaltung und Weiterentwicklung der Inhalte von Leistungen nach diesem und nach dem Fünften Buch, die durch Pflegefachpersonen jeweils abhängig von ihren Kompetenzen erbracht werden können. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen bestimmen im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit und unter Beteiligung des Bundesministeriums für Bildung, Familie, Senioren, Frauen und Jugend nach Anhörung der maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene **und der maßgeblichen Organisationen der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene** die Dauer, Inhalte und das Nähere zur Durchführung von wissenschaftlichen Expertisen nach Satz 1. Die Beauftragung der Erstellung wissenschaftlicher Expertisen erfolgt im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit unter Beteiligung des Bundesministeriums für Bildung, Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Bei der Beauftragung der Erstellung wissenschaftlicher Expertisen sowie bei ihrer Durchführung ist sicherzustellen, dass die Auftragnehmer die fachliche Expertise der maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene **sowie die der maßgeblichen Organisationen der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene** in geeigneter Art und Weise einbeziehen. Weitere relevante Fachexpertinnen und Fachexperten sowie Fachorganisationen sollen an der Erstellung der Expertisen beteiligt werden. Für die Umsetzung der Aufgaben nach den Sätzen 1 bis 4 werden dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen aus dem Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung für die Jahre 2026 bis 2031 Fördermittel von insgesamt 10 Millionen Euro bereitgestellt. Die gesetzlichen Krankenkassen tragen an den Ausgaben für die Fördermittel einen Anteil von 50 Prozent; § 150 Absatz 4 Satz 3 und 4 gilt entsprechend. Das Nähere über das Verfahren zur Auszahlung der Mittel regeln der Spitzenverband Bund der Pflegekassen sowie der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und das Bundesamt für Soziale Sicherung durch Vereinbarung.

Artikel 1, Nr. 6c)

§ 8 Abs. 7 Satz 4 Nr. 8 SGB XI – Maßnahmen zur betrieblichen Integration von Pflege- und Betreuungskräften aus dem Ausland

Vorgeschlagene Neuregelung

Aus den Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung werden auch Maßnahmen zur betrieblichen Integration von Pflege- und Betreuungspersonal aus dem Ausland gefördert.

Stellungnahme

Der bpa begrüßt dieses Vorhaben ausdrücklich. Der bpa teilt dazu auch die Einschätzung aus der Begründung: „Das Pflege- und Betreuungspersonal aus dem Ausland leistet einen wichtigen Beitrag zur Sicherung der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung in Deutschland. Der Bedarf an Pflegepersonal aus dem Ausland steigt stetig. Die gezielte Anwerbung von Pflege- und Betreuungspersonal aus dem Ausland ist eine notwendige Ergänzung der Maßnahmen zur Fachkräftesicherung im Inland, um die Pflegequalität und Versorgungssicherheit aufrecht zu erhalten.“

Die Bedeutung der ausländischen Pflegekräfte ist durch Zahlen des [Statistischen Bundesamtes](#) eindrucksvoll dargestellt worden: Im Jahr 2023 sind 27.300 Anerkennungsverfahren in den Pflegeberufen positiv beschieden wurden – zum Vergleich: im gleichen Zeitraum (2023) wurden 33.500 Abschlüsse in der generalistischen Pflegeausbildung erlangt. Und das [Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung \(IAB\)](#) hat im Oktober 2024 festgestellt: „Das Beschäftigungswachstum in der Pflege wird inzwischen ausschließlich von ausländischen Beschäftigten getragen.“ Das verdeutlicht den großen Stellenwert, den ausländische Pflegekräfte mittlerweile in Deutschland bei der Sicherstellung der Versorgung haben. Deswegen ist es richtig, Integrationsmaßnahmen zu unterstützen.

Änderungsvorschläge

Keine.

Drohende Bedarfssteuerung auf Grundlage kommunaler Pflegestrukturplanung

Artikel 1, Nr. 7

§ 8a SGB XI – Verpflichtende Berücksichtigung von Empfehlungen der Landespflegeausschüsse beim Abschluss von Versorgungs- und Rahmenverträgen sowie Vergütungsvereinbarungen

Artikel 1 Nr. 8

§ 9 SGB XI – Kommunale Pflegestrukturplanung

Artikel 1, Nr. 11b)

§ 12 SGB XI – Versorgungsdaten für die kommunale Pflegestrukturplanung

Artikel 1, Nr. 40

§ 69 SGB XI – Verpflichtung für die Pflegekassen zur Berücksichtigung der Empfehlungen der Landespflegeausschüsse

Artikel 1, Nr. 42

§ 72 Abs. 1a SGB XI – Berücksichtigung der kommunalen Pflegestrukturplanung beim Abschluss von Versorgungsverträgen

Vorgeschlagene Neuregelung

An verschiedenen Stellen des SGB XI soll eine kommunale Pflegestrukturplanung verankert werden. Pflegekassen sollen Daten zur regionalen Versorgungssituation erheben und u.a. den Kommunen für ihre Pflegestrukturplanung zur Verfügung stellen. Vor dem Abschluss eines Versorgungsvertrags sind die Empfehlungen der Landespflegeausschüsse und die Vorgaben der kommunalen Pflegestrukturplanung zu "beachten".

Stellungnahme

Der bpa lehnt die faktische Bedarfssteuerung, die mit der vorgesehenen Regelung verbunden ist, entschieden ab!

Aus Sicht des bpa ist eine kommunale Pflegestrukturplanung, die beim Abschluss von Versorgungsverträgen Berücksichtigung finden soll, das Einfallstor für eine Bedarfssteuerung auf kommunaler Ebene und steht im Widerspruch zur bewährten wettbewerblichen Ausrichtung der Pflegeversicherung. Die derzeit gewährleistete flächendeckende pflegerische Versorgung darf nicht gefährdet werden.

In diesem Zusammenhang hat der heutige Gesundheitsminister des Landes Nordrhein-Westfalen, **Karl-Josef Laumann**, bereits 2016 festgestellt:

"Eine wichtige kommunalpolitische Aufgabe ist es, eine ausreichende Zahl an altersgerechtem Wohnraum bereitzustellen. Aber es kann nicht die Aufgabe der Kommune sein, eine verbindliche Pflegebedarfsplanung umzusetzen. Das habe ich massiv verhindert. **Nicht die Kommune, sondern die Vielfalt der Anbieter hat nach der Marköffnung in den letzten Jahren dazu beigetragen, dass neue bedarfsgerechte Angebote vor Ort entstanden sind.**" (Meldung von Care Invest vom 25. April 2016)

Aus Sicht des bpa ist die Rolle der Kommunen schon bisher ausreichend klar beschrieben. Sie sollen dafür sorgen, dass regional ein breit gefächertes pflegerisches Angebot bereitsteht und somit die pflegebedürftigen Menschen und ihre pflegenden Angehörigen das für sie passende Angebot tatsächlich auswählen können. Aufgabe der Kommunen darf dabei weder die Bedarfssteuerung der Angebote noch die Fallsteuerung der pflegebedürftigen Menschen sein. Es ist kein Risiko der Kommunen, wenn ein Dienstleister einen Pflegedienst, eine Tagespflege, eine Wohngemeinschaft oder ein Pflegeheim anbietet. Die Kommune ging und geht hier keine Auslastungsgarantie ein; das Risiko für ein bedarfsgerechtes Angebot war und bleibt beim Träger. Aufgabe der Kommunen muss es sein, Versorgungslücken zu erkennen und diese zum Wohle der Pflegebedürftigen zu schließen. Als Anbieter dieser fehlenden Leistungen müssen sie deshalb nicht auftreten. Die vergangenen Interventionen der Bundesländer und der Kommunen hatten häufig unerwünschte Nebenwirkungen – nämlich langanhaltende Wettbewerbsverzerrungen. **Die Kommunen sollten endlich ihre Verantwortung für die Altenhilfe gem. § 71 SGB XII wahrnehmen:** „Die Altenhilfe soll dazu beitragen, Schwierigkeiten, die durch das Alter entstehen, zu verhüten, zu überwinden oder zu mildern und alten Menschen die Möglichkeit zu erhalten, selbstbestimmt am Leben in der Gemeinschaft teilzunehmen und ihre Fähigkeit zur Selbsthilfe zu stärken.“ Kommunen könnten auf dieser Grundlage Maßnahmen ergreifen, um Pflegebedürftigkeit zu verhindern oder zu verzögern. Die wenigsten Kommunen machen davon aber Gebrauch. Der bpa fordert die Kommunen auf, die Altenhilfe gem. SGB XII umzusetzen und entsprechende Planungen aufzustellen.

Die der kommunalen Pflegestrukturplanung im Gesetzentwurf zugeordnete Rolle ist der erste Schritt dahin, dass Pflegekassen und Kommunen das Recht bekommen, Versorgungsverträge in der Pflege zu verhindern und damit den freien Wettbewerb einzuschränken. Es ist davon auszugehen, dass das Instrument genutzt wird, um bestehende kommunale Träger und Wohlfahrtseinrichtungen vor Wettbewerb zu schützen. Die Berücksichtigung der kommunalen Pflegestrukturplanung beim Abschluss von

Versorgungsverträgen bedeutet perspektivisch eine **Aufweichung des Kontrahierungszwangs**.

Ebenso wie der bpa setzt sich auch der Bundesrat in seiner Stellungnahme zum Gesetzentwurf dafür ein, dass die Berücksichtigung der kommunalen Pflegestrukturplanung beim Abschluss von Versorgungsverträgen gestrichen wird: „Es erschließt sich jedoch nicht, vor Abschluss eines Versorgungsvertrags unter anderem die kommunale Pflegestrukturplanung (soweit vorhanden) zu berücksichtigen, wenn weiterhin grundsätzlich Kontrahierungszwang gilt.“ (Bundesrats-Drucksache 365/25 (Beschluss))

Der Kontrahierungszwang muss weiterhin gelten. Er sichert allen Anbietern, die die grundlegenden Voraussetzungen erfüllen, den Zugang zum Markt, indem er den Pflegekassen vorschreibt, Versorgungsverträge abzuschließen. Dies hat maßgeblich dazu beigetragen, dass in Deutschland eine flächendeckende und qualitativ hochwertige Pflegeversorgung gewährleistet werden kann. Private Träger konnten dadurch in allen Regionen der Republik, von städtischen Ballungsräumen bis in die ländlichsten Gegenden, wichtige Versorgungsaufgaben übernehmen.

Eine faktische kommunale Bedarfssteuerung würde diese hart erkämpften Errungenschaften der letzten Jahrzehnte zunichtemachen und private Pflegeeinrichtungen massiv schwächen.

Sollte der Kontrahierungszwang tatsächlich weiter aufgeweicht werden, könnte dies weitreichende Konsequenzen für die Versorgungsqualität und -sicherheit haben. Besonders in ländlichen und strukturschwachen Regionen sind private Pflegeeinrichtungen oft unverzichtbar, um eine angemessene Versorgung sicherzustellen. Diese sind es, die mit innovativen Lösungen dringend notwendige Angebote geschaffen und die investiert haben, wo Kommunen und andere Träger dies nicht leisten konnten.

Private Anbieter stellen täglich unter Beweis, dass sie flexibel auf regionale Besonderheiten reagieren und individuelle Lösungen anbieten können. Eine Einschränkung ihrer Handlungsspielräume durch eine zwingend anzuwendende Bedarfsplanung würde angesichts der zunehmenden Zahl der Pflegebedürftigen dringend notwendige Neugründungen massiv gefährden und die Entwicklung moderner und bedarfsgerechter Pflegekonzepte stoppen.

Eine kommunale Bedarfsplanung scheitert regelmäßig bereits daran, den tatsächlichen Pflegebedarf in einer dynamischen und vielfältigen Gesellschaft präzise und zeitnah zu erfassen. Die Entwicklung der Pflegebedürftigkeit zu bestimmen, ist mit erheblichen Herausforderungen verbunden – sie entwickelt sich individuell und nur schwer vorhersehbar, beeinflusst durch Faktoren wie demografische Veränderungen, individuelle

Krankheitsverläufe und regionale Unterschiede. Die Prognosen des Statistischen Bundesamts oder des Bundesministeriums für Gesundheit haben in den letzten Jahren stets Entwicklungen um teils hunderttausende Pflegebedürftige pro Jahr unterschätzt. Eine kommunale Bedarfsplanung würde dies keineswegs besser machen. Stattdessen würden starre, bürokratische Vorgaben gesetzt, die den realen Bedürfnissen der Menschen nicht gerecht werden. **Der Versuch, Pflegeangebote durch eine solche Planung zu steuern, würde daher in ineffizienten Strukturen münden, die den Zugang zu notwendigen Pflegeleistungen erschweren, anstatt ihn zu verbessern.**

Zudem führt eine faktische Bedarfssteuerung zu einem Verlust an Flexibilität und Innovationskraft, die für eine qualitativ hochwertige Pflegeversorgung unerlässlich sind. Private Pflegeeinrichtungen, die bisher auf die vielfältigen und sich ändernden Bedürfnisse der Pflegebedürftigen schnell und flexibel reagieren konnten, werden durch eine Planung in ihren Handlungsspielräumen eingeschränkt. Dies hemmt nicht nur die Entwicklung neuer Pflegekonzepte, sondern gefährdet auch die Anpassungsfähigkeit des Pflegesystems. Die Pflegeversorgung würde uniformer, weniger diversifiziert und weniger an den individuellen Bedürfnissen der Menschen ausgerichtet sein. Obendrein droht die Gefahr, dass sich die Bedarfsplanung stärker an kurzfristigen Kostenüberlegungen der Kostenträger orientiert als an den tatsächlichen Bedürfnissen der Pflegebedürftigen.

Kommunen, die es schon bisher in viel zu vielen Fällen nicht schaffen, die Hilfe zur Pflege rechtzeitig auszus zahlen und Träger von Pflegeeinrichtungen dadurch in erhebliche Liquiditätsprobleme bringen, sollten nicht noch zusätzliche Aufgaben übernehmen. Stattdessen sollten sie sich zunächst einmal mit der Absicherung ihrer aktuellen Aufgaben und der Übernahme ihrer **Verantwortung für die Altenhilfe gem. § 71 SGB XII befassen**. Damit würde ein wichtiger Beitrag zur Absicherung der Pflegeinfrastruktur geleistet.

Statt immer neuer Regularien braucht es Rahmenbedingungen für Pflegeeinrichtungen, die eine konsequente Entbürokratisierung in der Pflege ermöglichen. Statt einer Bedarfssteuerung, die private Anbieter an den Rand drängt, wird eine Politik benötigt, die den Wettbewerb fördert und die Vielfalt im Pflegemarkt bewahrt. So wird auch in Zukunft eine hochwertige Pflegeversorgung für alle Menschen in Deutschland sichergestellt.

Im Übrigen wird im Gesetzentwurf en passant § 9 Satz 2, zweiter Halbsatz als neuer Satz 3 im Hinblick auf die Befugnis der Länder, eine an der finanziellen Leistungsfähigkeit der Pflegebedürftigen orientierte finanzielle Unterstützung zur Förderung einer Pflegeeinrichtung zu erklären, umformuliert. Weshalb eine solche Umformulierung erforderlich sein sollte, erschließt sich nicht und wird im Entwurf auch nicht begründet. Die Änderung ist nicht nachvollziehbar und wird vom bpa abgelehnt.

Änderungsvorschläge

- 1.) § 8a Abs. 5 SGB XI wird nicht geändert und verbleibt in seiner bisherigen Fassung:

Empfehlungen der Ausschüsse nach den Absätzen 1 bis 3 zur Weiterentwicklung der Versorgung **sind sollen** von den Vertragsparteien nach dem Siebten Kapitel beim Abschluss der Versorgungs- und Rahmenverträge und von den Vertragsparteien nach dem Achten Kapitel beim Abschluss der Vergütungsverträge **einbezogen werden zu beachten**.

- 2.) § 9 SGB XI wird nicht geändert und verbleibt in seiner bisherigen Fassung:

Die Länder sind verantwortlich für die Vorhaltung einer leistungsfähigen, zahlenmäßig ausreichenden und wirtschaftlichen pflegerischen Versorgungsstruktur. Das Nähere zur Planung und zur Förderung der Pflegeeinrichtungen wird durch Landesrecht bestimmt; ~~Die Länder können durch Landesrecht bestimmen, ob eine kommunale Pflegestrukturplanung vorzusehen ist und inwieweit die Empfehlungen der Ausschüsse nach § 8a Absatz 3, soweit diese bestehen, als Bestandteil der kommunalen Pflegestrukturplanung anzusehen sind.~~ Durch ~~durch~~ Landesrecht kann auch bestimmt werden, ob und in welchem Umfang eine im Landesrecht vorgesehene und an der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit der Pflegebedürftigen orientierte finanzielle Unterstützung

1. der Pflegebedürftigen bei der Tragung der ihnen von den Pflegeeinrichtungen berechneten betriebsnotwendigen Investitionsaufwendungen oder **eine finanzielle Unterstützung**
2. der Pflegeeinrichtungen bei der Tragung ihrer betriebsnotwendigen Investitionsaufwendungen

als Förderung der Pflegeeinrichtungen gilt. Zur finanziellen Förderung der Investitionskosten der Pflegeeinrichtungen sollen Einsparungen eingesetzt werden, die den Trägern der Sozialhilfe durch die Einführung der Pflegeversicherung entstehen.

- 3.) § 69 Abs. 2 SGB XI wird gestrichen:

~~Bei ihren Aufgaben nach Absatz 1 Satz 1 und 2 haben die Pflegekassen insbesondere Erkenntnisse aus ihrer Evaluation der regionalen Versorgungssituation aus den Empfehlungen der Ausschüsse nach § 8a Absatz 1 und, soweit diese in den Ländern bestehen, der Ausschüsse nach § 8a Absatz 2 und 3 sowie Erkenntnisse aus Anzeigen von Pflegeeinrichtungen nach § 73a Absatz 1 zu berücksichtigen. Ist es zur Gewährleistung des Sicherstellungsauftrags erforderlich, haben die Pflegekassen Verträge mit Einzelpflegekräften gemäß § 77 Absatz 1 abzuschließen oder diese gemäß § 77 Absatz 2 selbst anzustellen.~~

4.) § 72 Abs. 1a SGB XI wird gestrichen:

~~Vor Abschluss des Versorgungsvertrages sind die Empfehlungen der Ausschüsse nach § 8a Absatz 1 und, soweit diese in den Ländern bestehen, der Ausschüsse nach § 8a Absatz 2 und 3 zu beachten. Sofern vorhanden, sind auch die Empfehlungen und Zielsetzungen für die pflegerische Versorgung zu beachten, die im Rahmen der jeweiligen nach landesrechtlichen Vorgaben durchgeführten kommunalen Pflegestrukturplanung vorliegen.~~

Artikel 1, Nr. 10

§ 11 SGB XI – Steuerung des Pflegeprozesses; Vorhaltung von Delegationskonzepten

Vorgeschlagene Neuregelung

In Absatz 1 soll klargestellt werden, dass zur Pflege entsprechend dem allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse ebenso die Verpflichtung zur Steuerung des Pflegeprozesses durch Pflegefachpersonen gehört.

Es soll ein neuer Absatz 1a eingefügt werden, der die Pflegeeinrichtungen verpflichtet, die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie betriebliche Interessenvertretungen in die Entwicklung von einrichtungsspezifischen Konzepten zur Delegation von Aufgaben von Pflegefachpersonen auf Pflegeassistenten sowie auf Pflegehilfskräfte einzubeziehen. Die Mitarbeitenden sind über die Konzepte zu informieren und zu schulen.

Stellungnahme

Die Erweiterung in Absatz 1 wird abgelehnt. Die Organisation, Gestaltung und Steuerung des Pflegeprozesses durch Pflegefachpersonen ist mit Einführung der Vorbehaltsaufgaben durch Pflegefachpersonen gem. § 4 PflBG eindeutig geregelt. Eine Klarstellung zur Steuerung des Pflegeprozesses durch Pflegefachpersonen in § 11 Abs. 1 SGB XI ist damit obsolet.

Einer Verpflichtung zur Entwicklung von Delegationskonzepten im Leistungserbringungsrecht und der Einbeziehung der Mitarbeitenden bedarf es ebenso nicht. Die vorgeschlagene Regelung wird daher abgelehnt. Es existieren sowohl im Vertrags- und Ordnungsrecht wie auch im Bereich der Qualitätsvorgaben hinreichende Vorgaben zur Überprüfung und Sicherstellung, ob Pflegeeinrichtungen geeignete Kräfte entsprechend ihrer fachlichen wie materiellen Qualifikation bereitstellen und einsetzen, insbesondere mit dem Augenmerk auf behandlungspflegerische Leistungen. Eine doppelte Verortung im rechtlichen Rahmen ist im Sinne einer Entbürokratisierung der Pflege nicht angezeigt. Zudem steht es dem eigentlichen Gesetzesvorhaben, Pflegefachpersonen aufzuwerten, die Eigenständigkeit und Eigenverantwortung und damit die Professionalisierung der Pflege zu stärken, entgegen, da Delegationskonzepte letztlich die Möglichkeiten der Pflegeprozesssteuerung durch Pflegefachpersonen einschränken und damit kontraproduktiv wirken.

Die Regelung ist ein Ausdruck großen Misstrauens seitens des Gesetzgebers, sie ist bürokratisch, schafft Unsicherheit durch einen unbestimmten Rechtsbegriff und ist letztlich nicht sinnvoll.

In die Entwicklung der Delegationskonzepte sollen sowohl die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter als auch die betrieblichen Interessenvertretungen einbezogen werden. Wenn bereits die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter einbezogen werden müssen, ist die Verpflichtung zur Einbeziehung der betrieblichen Interessenvertretung überflüssig, weil diese auch aus Mitarbeitenden besteht, die ohnehin einbezogen werden sollen. Das ist eine unnötige Dopplung.

Die Mitarbeitenden sollen in die Entwicklung der Konzepte „einbezogen“ werden. Was heißt das? Durch diesen unbestimmten Rechtsbegriff sind Auseinandersetzungen hinsichtlich der Auslegung vorprogrammiert. Das bindet völlig unnötig wichtige Ressourcen der Einrichtungen, die dringender für die direkte Pflege benötigt werden.

Weiterhin besteht die Verpflichtung, die Mitarbeitenden über die Konzepte zu informieren – nachdem die Mitarbeitenden in die Entwicklung ohnehin einbezogen sind, soll nun noch einmal informiert und geschult werden. Auch das ist eine unnötige, doppelte und bürokratische Norm. Es stellt sich zudem die Frage, welches Bild der Gesetzgeber von den Pflegeeinrichtungen hat, wenn er meint, eine solche Vorschrift machen zu müssen. Wenn es Konzepte zur Delegation gibt, ist es selbstverständlich, dass die Einrichtung die betreffenden Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter darüber informiert. Das ist die Voraussetzung, um einen reibungslosen Ablauf der Pflegeprozesse zu gewährleisten und im originären Interesse eines jeden Einrichtungsträgers.

In der Begründung wird auf die Konzertierte Aktion verwiesen, in deren Rahmen Delegationskonzepte vereinbart wurden. Warum glaubt der Gesetzgeber, dass er nun diese Regelungen gesetzlich verankern muss? Hinweise darauf, dass es flächendeckend zu Problemen bei der Versorgung aufgrund fehlender Delegationskonzepte kommt, sind dem bpa nicht bekannt und werden auch nicht im Gesetzentwurf genannt.

Als besonders bedauerlich bewertet der bpa die grundsätzliche Einstellung des Gesetzgebers, die aus dieser Regelung spricht: kein Vertrauen in die Pflegeeinrichtungen, dass sie verantwortungsvoll die Prozesse in ihrer Einrichtung steuern. Der bpa hofft, dass die Worte des Bundeskanzlers aus seiner Regierungserklärung vom 14. Mai 2025 auch bei der weiteren Beratung des Gesetzes zur Befugnisweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege berücksichtigt werden:

„Aber diese einzelnen Fragen, über die ich spreche, und die Antworten, die wir darauf geben, sind Teil eines **neuen Grundverständnisses**, das wir in der Koalition miteinander vereinbaren konnten, nämlich des **Grundverständnisses, dass wir unseren Unternehmen und ihren Beschäftigten nicht mit Misstrauen und Kontrollansprüchen begegnen**,

sondern mit Vertrauen und eben mit Verantwortung. Denn auch die Unternehmen und die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, auch die Sozialpartner in den Betrieben genauso wie die Arbeitgeberorganisationen und die Gewerkschaften, sie alle tragen Verantwortung und **sie alle verdienen einen Vertrauensvorschuss, sie verdienen mehr Freiheit und Unterstützung, statt Misstrauen und immer mehr Vorschriften.**“

Auch der Koalitionsvertrag setzt sich an vielen Stellen für eine konsequente Entbürokratisierung ein. Unter anderem heißt es dazu:

„Die strukturellen Rahmenbedingungen für Unternehmen und Beschäftigte werden wir verbessern, Innovationen fördern, Bürokratie umfassend zurückbauen und Leistungsgerechtigkeit zu einem Leitprinzip machen.“

Änderungsvorschläge

§ 11 Abs. 1 SGB XI wird nicht geändert und verbleibt in seiner bisherigen Fassung:

Die Pflegeeinrichtungen pflegen, versorgen und betreuen die Pflegebedürftigen, die ihre Leistungen in Anspruch nehmen, entsprechend dem allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse. ~~Dies schließt die Pflegeprozessverantwortung von Pflegefachpersonen für die Erbringung von Leistungen nach diesem Buch ein. Pflegefachpersonen im Sinne dieses Gesetzes sind Personen, die über eine Erlaubnis nach § 1 des Pflegeberufgesetzes verfügen.~~ Inhalt und Organisation der Leistungen haben eine humane und aktivierende Pflege unter Achtung der Menschenwürde zu gewährleisten.

§ 11 Abs. 1a SGB XI wird gestrichen:

~~Die Pflegeeinrichtungen sind verpflichtet, die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie betriebliche Interessenvertretungen in die Entwicklung von einrichtungs-spezifischen Konzepten zur Delegation von Leistungen von Pflegefachpersonen auf Pflegefachassistenzpersonen sowie auf Pflegehilfskräfte und anderes Personal, das Leistungen der Pflege oder Betreuung von Pflegebedürftigen erbringt, einzubeziehen. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind über vorhandene Konzepte zu informieren und im Bedarfsfall zu schulen.~~

Artikel 1, Nr. 12

§ 15 Abs. 8 SGB XI – Erfahrungsbericht zum Begutachtungsinstrument

Vorgeschlagene Neuregelung

Der GKV-Spitzenverband soll bis zum 30. Juni 2026 einen Bericht zu den Erfahrungen der Pflegekassen und der Medizinischen Dienste mit dem Begutachtungsinstrument einschließlich der Bewertungssystematik und zu möglichen Weiterentwicklungen vorlegen. In dem Bericht ist auch die Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen seit 2017 unter Berücksichtigung insbesondere von medizinisch-pflegerischen Aspekten, demographischen Faktoren und sozioökonomischen Einflüssen auf wissenschaftlicher Grundlage zu untersuchen.

Stellungnahme

Der bpa begrüßt diese Regelung. Eine wissenschaftliche Überprüfung des Begutachtungsinstruments und eine Untersuchung zur Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen kann wichtige Impulse für die Weiterentwicklung der Pflegeversicherung hervorbringen. Der bpa empfiehlt, eine unabhängige Institution mit dem Bericht zu beauftragen, z.B. den Qualitätsausschuss Pflege.

Änderungsvorschläge

Keine.

Hilfsmittel

Artikel 1, Nr. 14

§ 17a SGB XI – Richtlinien zur Empfehlung von Hilfsmitteln

Artikel 1, Nr. 25

§ 40 Abs. 6 SGB XI – Empfehlung von Hilfsmitteln durch Pflegefachpersonen

Vorgeschlagene Neuregelung

Der Katalog der Hilfsmittel, der von Pflegefachpersonen empfohlen werden kann, soll erweitert werden. Die Richtlinien zu diesen Empfehlungen, bisher in § 40 Abs. 6 SGB XI, werden neu in § 17a SGB XI normiert.

Stellungnahme

Der bpa begrüßt die Erweiterung des Katalogs der Hilfsmittel, die von Pflegefachpersonen empfohlen werden können. Grundsätzlich ist das ein richtiges Signal, die Kompetenzen der Pflegefachkräfte bei der Auswahl der Hilfsmittel anzuerkennen. Anders als Ärzte sind die Pflegekräfte täglich oder mehrmals in der Woche bei den Pflegebedürftigen und können die Pflegesituation und die Bedarfe sehr gut einschätzen. In der bisherigen Umsetzung hat sich allerdings gezeigt, dass die auch jetzt schon im Gesetz vorgesehene Empfehlung kaum ausgesprochen wird. Nach Einschätzung des bpa liegt dieses vor allen Dingen daran, dass im Gesetz keine Vergütung für die Empfehlungen von Hilfsmitteln durch Pflegekräfte vorgesehen ist. Eine entsprechende Ergänzung sollte daher eingefügt werden. Zudem ist klarzustellen, dass nicht nur die maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene eine Gelegenheit zur Stellungnahme zu den Richtlinien erhalten dürfen, sondern auch die maßgeblichen Organisationen der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene. Die Pflegefachkräfte, die Hilfsmittel empfehlen, sind – anders als Ärzte – nicht freiberuflich tätig, sondern Angestellte der Pflegeeinrichtungen. Das in den Richtlinien auszugestaltende Verfahren zur Empfehlung berührt daher die Arbeitszeit und den Umfang der Tätigkeiten der Pflegekräfte, die in Pflegeeinrichtungen beschäftigt sind. Um Umsetzungsschwierigkeiten zu vermeiden und sicherzustellen, dass die vom Gesetzgeber gewollten Empfehlungen in der Praxis auch tatsächlich umgesetzt werden, ist die Beteiligung der Pflegeeinrichtungen an den Richtlinien zielführend.

Änderungsvorschläge

§ 17a Abs. 1 SGB XI wird wie folgt gefasst:

Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen legt bis zum 31. Dezember 2026 in Richtlinien Folgendes fest:

1. in welchen Fällen und für welche Pflegehilfsmittel und Hilfsmittel, die den Zielen von § 40 Absatz 1 Satz 1 dienen, die Notwendigkeit oder Erforderlichkeit der Versorgung mit Pflegehilfsmitteln oder Hilfsmitteln, die von Pflegefachpersonen gestaffelt nach Qualifikationsniveau, empfohlen werden, nach § 40 Absatz 6 Satz 2 vermutet wird sowie
2. das Nähere zum Verfahren der Empfehlung gemäß § 40 Absatz 6 durch die Pflegefachperson bei der Antragstellung.

Dabei ist, soweit entsprechende Qualifikationsniveaus und Hilfsmittel betroffen sind, der Inhalt des Vertrags nach § 73d Absatz 1 des Fünften Buches zu beachten. Den maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene **sowie den maßgeblichen Organisationen der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene** ist unter Übermittlung der hierfür erforderlichen Informationen innerhalb einer angemessenen Frist vor der Entscheidung über die Inhalte der Richtlinien Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen.

§ 40 Abs. 6 SGB XI wird wie folgt gefasst:

Pflegefachpersonen können im Rahmen ihrer Leistungserbringung nach § 36, nach den §§ 37 und 37c des Fünften Buches sowie der Beratungseinsätze nach § 37 Absatz 3 konkrete Empfehlungen zur Hilfsmittel- und Pflegehilfsmittelversorgung abgeben. Wird ein Pflegehilfsmittel oder ein Hilfsmittel, das den Zielen von Absatz 1 Satz 1 dient, von einer Pflegefachperson bei der Antragstellung empfohlen, werden unter den in den Richtlinien nach § 17a festgelegten Voraussetzungen die Notwendigkeit der Versorgung nach Absatz 1 Satz 2 und die Erforderlichkeit der Versorgung nach § 33 Absatz 1 des Fünften Buches vermutet. Die Empfehlung der Pflegefachperson darf bei der Antragstellung nicht älter als zwei Wochen sein. Einer ärztlichen Verordnung gemäß § 33 Absatz 5a des Fünften Buches oder einer Verordnung einer Pflegefachperson nach § 15a Absatz 1 Nummer 2 des Fünften Buches bedarf es bei Vorliegen einer Empfehlung nach Satz 1 nicht. Die Empfehlung der Pflegefachperson für ein Pflegehilfsmittel oder ein Hilfsmittel, das den Zielen des Absatz 1 Satz 1 dient, ist der Kranken- oder Pflegekasse zusammen mit dem Antrag des Versicherten in Textform zu übermitteln. In welchen Fällen und für welche Pflegehilfsmittel und Hilfsmittel je Qualifikationsniveau die Notwendigkeit oder Erforderlichkeit der Versorgung nach Satz 2 vermutet wird sowie das Nähere zum Verfahren der Empfehlung durch die Pflegefachperson bei Antragstellung bestimmt sich nach den Festlegungen in den Richtlinien des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen gemäß § 17a. **Die Höhe der**

Vergütung für die Empfehlung durch eine Pflegefachperson vereinbaren die Pflegekassen oder deren Arbeitsgemeinschaften in entsprechender Anwendung des § 89 mit dem Träger der zugelassenen Pflegeeinrichtung.

Artikel 1, Nr. 17**§ 18e Abs. 6 SGB XI – Modellprojekt zur Begutachtung durch Pflegefachpersonen****Vorgeschlagene Neuregelung**

Ein Modellprojekt soll klären, inwieweit Pflegefachpersonen, die in der Versorgung nach SGB V oder SGB XI tätig sind, Aufgaben bei der Begutachtung von Pflegebedürftigen übernehmen können.

Stellungnahme

Die vorgeschlagene Neuregelung verwundert.

Zum einen stellt sich für den bpa die Frage, warum es eines Modellvorhabens bedarf, um festzustellen, dass Pflegefachkräfte Aufgaben bei der Pflegebegutachtung übernehmen können. Bereits jetzt übernehmen in Pflegeheimen Pflegekräfte solche Aufgaben, wenn zum Beispiel die Bezugspflegefachkraft im Rahmen einer Pflegevisite bei einer Verschlechterung des Allgemeinzustandes auch das Begutachtungsassessment hinzuzieht, um zu prüfen, ob eine Erhöhung des Pflegegrades erforderlich ist. In diversen Bundesländern übersendet der Medizinische Dienst bei Höherstufungen im vollstationären Setting zudem nur noch schriftliche Abfragen an die Pflegeheime, die durch diese auszufüllen sind – eine persönliche Begutachtung findet immer seltener statt. Außerdem steht sogar in der Begründung des Gesetzentwurfs, dass es bei den Medizinischen Diensten vorrangig Pflegefachpersonen sind, die die Begutachtung durchführen. Es erschließt sich daher nicht, warum es eines Modellprojekts bedarf, um eine Frage zu klären, deren Antwort bereits vorliegt: Pflegefachpersonen können die Pflegebegutachtung durchführen. Auf Seite 2 des Gesetzentwurfs heißt es: „Die vielfältigen Kompetenzen von Pflegefachpersonen sollen daher für die Versorgung stärker als bislang genutzt werden.“ Dieses Ziel der Bundesregierung kann bei der Begutachtung ohne ein Modellprojekt erreicht werden.

Zum anderen wird im jetzigen Regelungsvorschlag der fehlende Praxisbezug deutlich. Es reicht nicht festzustellen, ob eine Pflegefachkraft Aufgaben der Begutachtung übernehmen kann. Der Gesetzgeber hat sich offenbar keine Gedanken zur praktischen Umsetzung gemacht. Wie bereits mehrfach in dieser Stellungnahme ausgeführt, sind Pflegefachpersonen in Pflegeeinrichtungen nicht freiberuflich tätig, sondern Angestellte. Deswegen ist die Einbindung der Pflegeeinrichtungen hier zwingend. Es kann keine Übertragung von zusätzlichen Aufgaben auf angestellte Pflegefachpersonen ohne Zustimmung des Arbeitgebers geben. Deswegen muss klargestellt werden, dass für die Übernahme der Begutachtung eine Beauftragung der Pflegeeinrichtung erfolgt. Zudem muss in diesem

Zusammenhang auch eine entsprechende Vergütungsregelung erfolgen. Es kann nicht sein, dass die Pflegeeinrichtungen den Medizinischen Dienst entlasten, ohne eine entsprechende Kompensation zu erhalten. Langfristig ist vorstellbar, dass die Begutachtungen grundsätzlich durch die Pflegefachpersonen der Pflegeeinrichtungen erfolgen und die bisher bei den Medizinischen Diensten beschäftigten Pflegefachpersonen zu den Pflegeeinrichtungen wechseln.

Änderungsvorschläge

§ 18e Abs. 6 SGB XI wird gestrichen.

§ 18a Abs. 10 SGB XI wird wie folgt gefasst:

Die Aufgaben des Medizinischen Dienstes werden durch **Pflegefachkräfte Pflegefachpersonen** oder Ärztinnen und Ärzte in enger Zusammenarbeit mit anderen geeigneten Fachkräften wahrgenommen. **Sie können auch von Pflegefachpersonen, die in zugelassen Pflegeeinrichtungen nach § 72 beschäftigt sind, übernommen werden. Über die Beauftragung und Vergütung schließt der Medizinische Dienst eine Vereinbarung mit der jeweiligen Pflegeeinrichtung; landesweite Vereinbarungen im Rahmen der Pflegesatzkommission nach § 86 sind zulässig. Eine Verpflichtung zum Abschluss einer entsprechenden Vereinbarung besteht für die Pflegeeinrichtung nicht.** Die Prüfung der Pflegebedürftigkeit von Kindern ist in der Regel durch besonders geschulte Gutachterinnen und Gutachter mit einer Qualifikation als Pflegefachfrau oder Pflegefachmann, als Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin oder Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger oder als Kinderärztin oder Kinderarzt vorzunehmen. Der Medizinische Dienst ist befugt, den Pflegefachkräften oder sonstigen geeigneten Fachkräften, die nicht dem Medizinischen Dienst angehören, die für deren jeweilige Beteiligung erforderlichen personenbezogenen Daten zu übermitteln.

Artikel 1, Nr. 18**§ 28 SGB XI – Leistungen der ärztlichen Behandlung in Pflegeheimen als Bestandteil der Pflege nach SGB XI****Vorgeschlagene Neuregelung**

Es wird festgelegt, dass in stationären Pflegeeinrichtungen auch die Leistungen der ärztlichen Behandlung durch Pflegefachpersonen gem. § 15a SGB V zur medizinischen Behandlungspflege gehören, soweit die Leistungen nicht im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung nach dem SGB V erbracht werden.

Stellungnahme

Aus Sicht des bpa besteht die Gefahr, dass eine weitere, klar der Krankenversicherung zuzuordnende Leistung in die Pflegeversicherung verschoben werden soll und sich so die Leistungen nach dem SGB XI für Pflegebedürftige weiter verteuern. Der bpa sieht hierin zudem eine deutliche Steuerung durch den Arzt – was im Gegensatz zur beabsichtigten Befugnisweiterung für die Pflegefachpersonen steht.

Ausweitung versicherungsfremder Leistungen

Laut Begründung soll durch diese Regelung sichergestellt werden, dass Pflegefachpersonen die Leistungen der **ärztlichen** Behandlung in stationären Pflegeeinrichtungen als medizinische Behandlungspflege erbringen. Da die medizinische Behandlungspflege in Pflegeheimen nach § 43 Abs. 2 SGB XI Bestandteil der stationären Pflegeleistungen ist, bedeutet diese Regelung, dass die ärztlichen Leistungen, die von Pflegefachpersonen erbracht werden, der Pflegeversicherung zugeordnet werden.

Bei den neuen Leistungen, die entsprechend qualifizierte Pflegefachpersonen übernehmen können, handelt es sich nach § 15a Abs. 1 SGB V ausdrücklich um „Leistungen der ärztlichen Behandlung“. Leistungen der ärztlichen Behandlung sind ausschließlich Bestandteil der gesetzlichen Krankenversicherung (SGB V) und nicht Bestandteil der sozialen Pflegeversicherung (SGB XI). Auch wenn Ärzte ihre pflegebedürftigen Patienten in Pflegeheimen mit ärztlichen Leistungen versorgen, sind diese ärztlichen Leistungen unstreitig der Krankenversicherung zugeordnet. Durch den Wohnort des Versicherten ändert sich nichts an der leistungsrechtlichen Systematik. In § 28 SGB XI soll aber nun festgelegt werden, dass diese **ärztlichen** Leistungen (SGB V) **in Pflegeheimen** im Rahmen der **Pflegesachleistungen** erbracht werden. Ärztliche Leistungen der

Pflegefachpersonen werden durch die Zuordnung zur medizinischen Behandlungspflege damit zu SGB XI-Leistungen. Als Pflegesachleistungen wären diese ärztlichen Leistungen dann nach SGB XI zu vergüten.

Aus Sicht des bpa droht durch die im Gesetzentwurf vorgesehene Neuregelung ein weiterer „Verschiebepbahnhof“, der letztlich finanziell zu Lasten der Pflegebedürftigen gehen würde. Diese systemwidrige Zuordnung lehnt der bpa ab. Durch die vorgesehene Neuregelung werden angesichts unveränderter Sachleistungsbeträge die Eigenanteile in der stationären Pflege weiter ansteigen. Bereits seit vielen Jahren sind – systemwidrig – die Kosten der medizinischen Behandlungspflege der Pflegeversicherung zugeordnet (s. § 43 Abs. 2 SGB XI). Vielmehr muss es darum gehen, die medizinische Behandlungspflege wieder der gesetzlichen Krankenversicherung zuzuordnen. Dafür setzt sich auch der Bundesrat in seiner Stellungnahme zum BEEP ein:

„Der Bundesrat bittet, im weiteren Gesetzgebungsverfahren zu prüfen, wie eine vollumfängliche Wahrnehmung der Finanzierungsverantwortung für die medizinische Behandlungspflege in vollstationären Einrichtungen durch die Gesetzliche Krankenversicherung erreicht und bürokratiearm umgesetzt werden kann.“ (Bundesrats-Drucksache 365/25 (Beschluss))

Anstatt gegenzusteuern und die versicherungsfremden systemkonform zu finanzieren, sollen die versicherungsfremden Leistungen jetzt noch ausgeweitet. Es dürfen nicht auch noch die neuen ärztlichen Leistungen der Pflegefachpersonen in die Finanzierungszuständigkeit der Pflegekassen verlagert werden. Das lehnt der bpa entschieden ab.

Steuerung durch den Arzt

Sehr kritisch bewertet der bpa auch die in der Regelung angelegte Steuerung der Leistungen durch den Arzt. Die ärztlichen Leistungen werden den Sachleistungen des SGB XI zugeordnet, „soweit die Leistungen nicht im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung nach dem Fünften Buch erbracht werden.“ Wann dieselben Leistungen nach § 15a Abs. 1 SGB V als Teil der Pflegesachleistung oder als Teil der vertragsärztlichen Versorgung nach dem SGB V erbracht werden, bleibt vollkommen unklar. Aus Sicht des bpa wird es bei diesen neuen Leistungen für die Pflegefachpersonen zu einem Arztvorbehalt neuer Art führen: Der Arzt entscheidet zunächst, ob er die Leistungen selbst erbringen möchte (oder sie durch eine bei sich angestellte Pflegefachperson erbringen lässt). Erst wenn er selbst für sich und seine Angestellten ausschließt, die Leistungen selbst zu erbringen, öffnet sich das „Tor“ für die Leistungserbringung durch Pflegefachpersonen der Pflegeeinrichtungen. Das steht im Gegensatz zum Vorhaben des Gesetzentwurfs, der die Kompetenzen der Pflegefachpersonen stärker würdigen will und betont, dass Pflegefachpersonen

eigenverantwortlich Leistungen übernehmen sollen, die bisher Ärzten vorbehalten waren. Die Eigenständigkeit bei der Durchführung der Leistungen wäre zwar in der Theorie gegeben, aber ob überhaupt die Leistung von einer Pflegefachperson durchgeführt werden darf, würde dann weiter bei den Ärzten liegen. Das konterkariert die Zielsetzung des Gesetzentwurfs und wäre eine große Enttäuschung für alle Pflegefachpersonen, da die faktische Abhängigkeit von den Ärzten weiterhin bestehen bliebe (ergänzend zu der Vorgabe, dass für diese Leistungen eine vorherige ärztliche Diagnose und Indikationsstellung erforderlich ist). Wenn der Gesetzgeber es ernst meint mit einer echten Befugniserweiterung für Pflegefachpersonen, dann muss klar sein, dass nicht der Arzt über die neuen Leistungen entscheidet, sondern die qualifizierte Pflegefachperson.

Zugleich wird deutlich, dass die Leistungen der ärztlichen Behandlung noch konkreter durch den Gesetzgeber ausgestaltet werden müssen. Zum einen muss noch geregelt werden, wie die Leistungen ausgelöst werden können, zum anderen fehlt eine Regelung zur Finanzierung für die ambulante Pflege. Es bedarf einer Regelung zur Vergütung, die in § 73d SGB V eingefügt werden sollte (s. Seite 110).

Der Gesetzgeber zielt mit der Einführung von § 15a SGB V auf eine Befugniserweiterung für Pflegefachpersonen, indem er ihnen „Leistungen der ärztlichen Behandlung“ überantwortet. Es geht also um ärztliche Leistungen – warum sollen diese ein Teil der Pflege nach dem SGB XI werden? Zu Ende gedacht könnte man dann auch die Frage stellen, ob ärztliche Leistungen, die von Ärzten in Pflegeeinrichtungen erbracht werden, auch als Teil der Pflege nach dem SGB XI zu gelten hätten.

Da die Regelung widersprüchlich ist, die Ziele des Gesetzentwurfs konterkariert, es keine sachliche Notwendigkeit für diese Regelung gibt und ein weiterer finanzpolitischer Verschiebepbahnhof zu Lasten der Pflegeversicherung und der Pflegebedürftigen droht, ist sie zu streichen. Gleichzeitig ist durch Regelungen im SGB V sicherzustellen, dass die Leistungen der ärztlichen Behandlung durch Pflegefachpersonen in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen als durch die gesetzliche Krankenversicherung zu finanzierende Leistungen regelhaft und ohne ärztliche Leistungssteuerungsfunktion Ärzte erbracht werden können.

Änderungsvorschlag

§ 28 Abs. 5 SGB XI wird nicht eingefügt.

Artikel 1, Nr. 21

§ 36 Abs. 4 SGB XI – Kooperationen mit Anbietern haushaltsnaher Dienstleistungen

Vorgeschlagene Neuregelung

Im Rahmen der häuslichen Pflegehilfe ist für den Bereich der Hilfen bei der Haushaltsführung eine Kooperation zwischen einer ambulanten Pflegeeinrichtung und einem Dienstleistungsunternehmen, das keine Zulassung nach § 72 besitzt, möglich.

Stellungnahme

Der bpa erachtet diese Regelung für überflüssig und entbehrlich. Die Erbringung haushaltsnaher Dienstleistungen wurde bislang fast ausschließlich durch die Pflegedienste selbst sichergestellt. Es besteht also keine Notwendigkeit für Kooperationen zur Sicherstellung dieser Leistungen. Die Versorgung aus einer Hand ist organisationsgerichtet für den verantwortlichen Pflegedienst deutlich einfacher sicherzustellen und für den Versicherten transparenter. Auch dürfte es im Interesse der Pflegekassen und den Versicherten sein, die Erbringung haushaltsnaher Dienstleistungen durchgehend von zugelassenen Pflegediensten, die einem eindeutigen Qualitätssicherungssystem unterliegen, vornehmen zu lassen.

Änderungsvorschläge

§ 36 Abs. 4 Satz 3 SGB XI wird gestrichen.

Artikel 1, Nr. 22**§ 37 Abs. 3, 3a und 4 SGB XI – Beratungseinsätze bei Pflegegeldempfängern****Vorgeschlagene Neuregelung**

Die Hinweise zur Beratung werden präzisiert. Es soll auf die Beratung durch Pflegestützpunkte, auf die Beratung nach § 7a SGB XI, auf die Möglichkeit von Pflegekursen sowie auf sonstige Beratungs- und Hilfsangebote hingewiesen werden. Die Beratungsperson soll der jeweiligen Pflegesituation entsprechende Empfehlungen zur Inanspruchnahme der Unterstützungsangebote aussprechen. Weiterhin soll die Verpflichtung für Pflegebedürftige mit Pflegegrad 4 und 5 zu einem vierteljährlichen Abruf der Beratung entfallen. Auch sie sollen den Beratungseinsatz zukünftig lediglich alle sechs Monate verpflichtend abrufen müssen. Der Anspruch auf eine vierteljährliche Beratung soll für diese Gruppe aber erhalten bleiben.

Die Übermittlung des Nachweisformulars soll künftig im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern erfolgen.

Stellungnahme

Der bpa begrüßt die Präzisierungen, denn der Beratungsbedarf von Pflegebedürftigen und ihren An- und Zugehörigen ist sehr groß. Insbesondere Pflegekurse für Angehörige und praxisnahe individuelle Schulungen in der Häuslichkeit sind wichtige Bausteine zur Verbesserung der Lebensqualität der Betroffenen und sie tragen zur Prävention vor einer weiteren Verschlechterung des Gesundheitszustandes der Pflegebedürftigen bei. Zudem wird einer möglichen Überforderung von Pflegepersonen frühzeitig begegnet und das Risiko verringert, selbst zu erkranken.

Die Begründung dafür, dass die Pflicht zu einem vierteljährlichen Abruf des Beratungseinsatzes in einen Anspruch auf vierteljährliche Beratung umgewandelt werden soll, ist nicht schlüssig. Die Betroffenen können nicht gleichzeitig als unbedingt unterstützenswert bewertet werden und mit derselben Begründung durch den Wegfall der Verpflichtung zur vierteljährlichen Beratung entlastet werden. Die Praxis zeigt, dass pflegende Angehörige regelhaft dazu neigen, über die eigenen physischen und emotionalen Kräfte hinaus zu gehen und ihre Gesundheit zu gefährden. Dies gilt umso mehr, je höher der Pflegegrad der zu versorgenden Person ist. Gerade bei den höheren Pflegegraden 4 und 5 kommt der vierteljährlichen Verpflichtung zur Beratung eine wichtige präventive Bedeutung zu, die unbedingt erhalten werden muss.

Eine Erweiterung hin zu flächendeckenden Beratungsangeboten durch den Abschluss von Rahmenverträgen mit allen bestehenden Pflegekassen zur Pflegeberatung nach § 45 SGB XI ist wünschenswert und durch wirtschaftlich tragfähige Refinanzierungsbedingungen sicherzustellen.

Die Übermittlung des Nachweisformulars im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern wird vom bpa begrüßt. Angesichts der knappen personellen Ressourcen ist es notwendig, alle Möglichkeiten zur Digitalisierung auszuschöpfen. Aus Sicht des bpa sollte sämtliche Kommunikation und Datenübermittlung in der Pflegeversicherung grundsätzlich digital erfolgen.

Änderungsvorschläge

§ 37 Abs. 3 SGB XI bleibt unverändert. Auch bei den Pflegegraden 4 und 5 muss damit weiterhin vierteljährlich einmal eine Beratung in der eigenen Häuslichkeit in Anspruch genommen werden.

Artikel 1, Nr. 26**§ 40a SGB XI – Digitale Pflegeanwendungen****Artikel 1, Nr. 47****§ 78a SGB XI – Verträge über digitale Pflegeanwendungen****Vorgeschlagene Neuregelung**

Die Neuregelung nach § 40a SGB XI zielt darauf ab, dass digitale Pflegeanwendungen nicht nur Pflegebedürftigen zugutekommen sollen, sondern auch eine Entlastung Angehöriger und ehrenamtlich Pflegenden durch digitale Pflegeanwendungen erwünscht ist.

Die Vergütungsverhandlungen zwischen Herstellern von digitalen Pflegeanwendungen und Kostenträgern sollen mit der Neuregelung nach § 78a SGB XI zeitgleich mit der Listung jeglicher digitaler Pflegeanwendungen im Verzeichnis für digitale Pflegeanwendungen stattfinden. Dies soll einen schnelleren Vertragsabschluss fördern. Weiterhin sollen Zulassungsverfahren für digitale Pflegeanwendungen vereinfacht werden.

Stellungnahme

Der Anspruch von Versicherten auf digitale Pflegeanwendungen ist ein positiver Beitrag zu einer modernen Versorgung. Schon heute benutzen viele pflegebedürftige Menschen Apps, die die Erkennung, Überwachung, Behandlung oder Linderung von Krankheiten unterstützen. Bereits bei der Einführung der digitalen Gesundheitsanwendungen im Digitale-Versorgung-Gesetz hat der bpa eine entsprechende Regelung auch für Anwendungen mit einem pflegerischen Schwerpunkt gefordert. Die Entlastung pflegender Angehöriger und ehrenamtlich Pflegenden ist zu begrüßen.

Darüber hinaus erschließt sich dem bpa allerdings nicht, warum stationär versorgte Pflegebedürftige weiterhin keinen Anspruch auf digitale Pflegeanwendungen haben sollten. Laut Argumentation des Bundesgesundheitsministeriums sollen digitale Pflegeanwendungen dazu beitragen, Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten von Versicherten zu mindern und einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit entgegenzuwirken. Es gibt bereits digitale Produkte, die zur Bewältigung besonderer pflegerischer Situationen, etwa im Bereich der Erhaltung der Mobilität oder bei Demenz, eingesetzt werden können. Für den bpa ist es vollkommen unverständlich, warum die oben aufgezählten positiven Aspekte Pflegebedürftigen in stationärer Versorgung nicht zustehen sollten. Es müsste für eine gesamte Entlastung des Gesundheitssystems wünschenswert sein, dass auch Pflegebedürftige in stationären Einrichtungen länger ihre Selbständigkeit bewahren. Zudem tragen mehr Selbständigkeit und Mobilität bei Pflegebedürftigen zur Entlastung des Pflegepersonals bei. Es ist auch systematisch nicht vermittelbar, wenn ein

Pflegebedürftiger in der Häuslichkeit eine DiPA nutzen kann, dann in einer Kurzzeitpflegeeinrichtung kommt und für die Dauer der Versorgung wiederum die DiPA mit den dazugehörigen Unterstützungsleistungen nicht in Anspruch nehmen kann.

§ 78a SGB XI wird vom bpa begrüßt. Schnelle Vertragsabschlüsse sowie vereinfachte Zulassungsverfahren, damit Pflegebedürftige schneller auf digitale Pflegeanwendungen zugreifen dürfen, führen zu einer schnelleren Entlastung von Pflegebedürftigen und informell Pflegenden.

Änderungsvorschläge

Eine gesetzliche Verankerung des Anspruchs auf digitale Pflegeanwendungen ist unabhängig von der Versorgungssituation erforderlich. §§ 42, 43 und 85 SGB XI werden wie folgt geändert.

§ 42 wird um folgenden Absatz 4 ergänzt:

(4) Pflegebedürftige, die Kurzzeitpflege in Anspruch nehmen, haben Anspruch auf Versorgung mit digitalen Pflegeanwendungen und ergänzenden Unterstützungsleistungen stationärer Pflegeeinrichtungen. §§ 39a, 40a und 40b gelten entsprechend.

§ 43 wird um folgenden Absatz 2a ergänzt:

(2a) Pflegebedürftige in vollstationären Einrichtungen haben Anspruch auf Versorgung mit digitalen Pflegeanwendungen und ergänzenden Unterstützungsleistungen stationärer Pflegeeinrichtungen. §§ 39a, 40a und 40b gelten entsprechend.

§ 85 Absatz 1 erhält folgende Fassung:

(1) Art, Höhe und Laufzeit der Pflegesätze sowie die Vergütung der ergänzenden Unterstützungsleistungen bei der Nutzung von digitalen Pflegeanwendungen werden zwischen dem Träger des Pflegeheims und den Leistungsträgern nach Absatz 2 vereinbart.

Artikel 1, Nr. 27**§ 40b SGB XI – Leistungsanspruch für Digitale Pflegeanwendungen****Vorgeschlagene Neuregelung**

Die Leistungsbeträge für digitale Pflegeanwendungen werden geändert. Bisher wurden insgesamt 50 Euro bewilligt, zu deren Aufteilung sich Hersteller und Pflegedienst verständigen mussten. Künftig soll der Hersteller bis zu 40 Euro und der Pflegedienst für unterstützende Leistungen bis zu 30 Euro im Monat erhalten. Der Gesamtbetrag erhöht sich dadurch um 20 Euro auf 70 Euro.

Stellungnahme

Der bpa begrüßt die Änderung grundsätzlich. In der Begründung heißt es, dass durch die Entzerrung des Anspruchs die Vergütungsverhandlungen und insbesondere die Abrechnungsprozesse vereinfacht werden sollen. Das unterstützt der bpa ausdrücklich. Allerdings ist der für die Unterstützungsleistungen durch ambulante Pflegedienste vorgesehene Betrag von 30 Euro deutlich zu gering. In der Begründung wird dazu ausgeführt, dass die Unterstützungsleistung vor allem zu Beginn eines Einsatzes einer digitalen Pflegeanwendung benötigt wird. Das erkennt die notwendigen Vorarbeiten. Der Aufwand für den Pflegedienst entsteht nicht nur bei der direkten Unterstützung des Pflegebedürftigen, sondern auch im Vorfeld. Damit die Mitarbeiterin des Pflegedienstes dem Pflegebedürftigen eine digitale Pflegeanwendung erklären und empfehlen kann, muss sie vorher geschult werden und kann in der Zeit der Schulung selbst keine Versorgung übernehmen. Durch die Ausfallzeiten und die Schulungszeiten entsteht dem Pflegedienst ein erheblicher Zeitaufwand, der durch den jetzt vorgesehenen Betrag nicht finanziert werden kann. Der bpa plädiert daher für eine Erhöhung des Betrags für die Unterstützungsleistungen.

Änderungsvorschläge

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

Bewilligt die Pflegekasse die Versorgung mit einer oder mehreren digitalen Pflegeanwendungen, so hat die pflegebedürftige Person Anspruch

1. auf die Erstattung von Aufwendungen für digitale Pflegeanwendungen nach § 40a bis zur Höhe von insgesamt 40 Euro im Kalendermonat sowie

2. auf ergänzende Unterstützungsleistungen durch ambulante Pflegeeinrichtungen nach § 39a bis zur Höhe von insgesamt **30 50** Euro im Kalendermonat.

Artikel 1, Nr. 36

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

Vorgeschlagene Neuregelung

Pflegebedürftige in gemeinschaftlichen Wohnformen mit Verträgen zur pflegerischen Versorgung gemäß § 92c SGB XI erhalten einen pauschalen Zuschuss in Höhe von 450 Euro je Kalendermonat zur Sicherstellung einer selbstbestimmten Pflege. Bei Pflegegrad 2 bis 5 werden zusätzlich noch die Sachleistungen nach § 36 SGB XI gewährt. Es bestehen keine Ansprüche auf den Entlastungsbetrag sowie auf die Verhinderungs- und die Tagespflege. Die Inanspruchnahme von Kurzzeitpflege ist nur nach einer stationären Krankenhausbehandlung möglich.

Stellungnahme

Der bpa lehnt die Regelung entschieden und sehr nachdrücklich ab. Im Zusammenspiel mit § 92c SGB XI (s. dazu die Ausführungen auf den Seiten 65 ff.) soll hier ein neuer Versorgungssektor in der Pflegeversicherung eingeführt werden, der insbesondere zu Lasten der ambulant betreuten Wohngemeinschaften geht. **Die Etablierung eines neuen Sektors in der Pflegeversicherung ist der falsche Weg!**

Die Regelung muss gestrichen werden – allein schon deswegen, weil der Koalitionsvertrag vorsieht, dass die am 7. Juli 2025 eingesetzte Bund-Länder AG zur großen Pflegereform genau eine solche Versorgungsform prüfen soll. Das BEEP darf dem nicht vorgeifen!

Der Bundesrat sieht es in seiner Stellungnahme ebenso:

„Der Bundesrat bittet jedoch im weiteren Gesetzgebungsverfahren darauf zu achten, dass keine Vorfestlegungen im Hinblick auf die Bund-Länder-AG zur Erarbeitung von Eckpunkten für eine große Pflegereform („Zukunftspakt Pflege“) erfolgen beziehungsweise Erkenntnisse aus Evaluationen und Modellprojekten in die dortigen Prozesse einfließen können. Dies betrifft unter anderem die Evaluation des Begutachtungsinstruments und insbesondere die beabsichtigten Regelungen zur Einführung neuer Versorgungsformen mit ihren etwaigen weitreichenden Auswirkungen. **Der Bundesrat schlägt daher vor, die gemeinschaftlichen Wohnformen aus dem aktuellen Gesetzentwurf herauszulösen und in der Bund-Länder-AG zu diskutieren, inwieweit statt weiterer bürokratischer Sonderregelungen im SGB XI – wie zum Beispiel zur Versorgung in gemeinschaftlichen Wohnformen – als Alternative eine bedarfsgerechte Versorgung unabhängig vom Ort der**

Leistungserbringung erfolgen kann.“ (Bundesrats-Drucksache 365/25 (Beschluss), Nr. 39b, Seite 35)

Anstatt die bestehenden pflegerischen Versorgungsangebote abzusichern und weiterzuentwickeln, sollen neue privilegierte Angebote geschaffen werden, die bewährte bestehende Pflegeangebote zerstören.

Seit mehreren Jahren weist der bpa auf die wirtschaftlichen Schwierigkeiten für bestehende Pflegeeinrichtungen hin. Die Kombination aus extremen personellen Engpässen und damit einhergehenden Erlöseinbrüchen, nicht bzw. nur unzureichend refinanzierten Mehrkosten aus der Tariftreue-erregung, einer fehlenden Vergütung des Unternehmerrisikos, steigenden Sachkosten und der ohnehin bestehenden massiven Belastung der Pflegeeinrichtungen hat zu einer toxischen Mischung geführt, die diese zunehmend in die Knie zwingt und in ihrer wirtschaftlichen Existenz gefährdet. Die Auswirkungen auf die pflegerische Infrastruktur sind offenkundig. Stationäre und ambulante Pflegeeinrichtungen müssen wegen fehlenden Personals ihre Angebote drastisch einschränken oder ihren Betrieb gänzlich einstellen. Die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen bekommen diese Situation zu spüren, weil sie immer größere Schwierigkeiten haben, einen Platz im Pflegeheim oder eine Versorgung durch einen ambulanten Pflegedienst zu erhalten. In dieser Situation ist das oberste Gebot die Absicherung der bestehenden Versorgung durch konkret wirksame Sofortmaßnahmen zur wirtschaftlichen Absicherung und Personalsicherung – der Gesetzentwurf geht einen anderen Weg und will einen neuen Sektor zu Lasten der bewährten und gut ausgebauten Pflegeinfrastruktur schaffen.

Das lehnt der bpa entschieden ab. Wenn es eines Belegs dafür bedarf, dass ein solcher Vorschlag und neuer Sektor kontraproduktiv und sogar schädlich für die pflegerische Versorgung ist, dann sind dieses die öffentlichen Reaktionen der Anbieter von bestehenden Wohngemeinschaften und ihrer Organisationen und vieler namhafter Expertinnen und Experten aus der Wissenschaft. Sie alle wenden sich nachdrücklich gegen einen neuen Sektor in der Pflege und verweisen auf die dramatischen existenziellen Folgen für bestehende Angebote in Wohngemeinschaften. Gemeinschaftliche Wohnformen gibt es bereits im Rahmen der Pflegeversicherung: das sind ambulant betreute Wohngruppen gem. § 38a SGB XI (bzw. § 45f SGB XI in der Fassung des Gesetzentwurfs). Es gilt, diese zu stärken, aber ganz sicher nicht in ihrer Existenz zu gefährden! In dieser Forderung ist sich der bpa einig mit diversen anderen Verbänden und Institutionen in ihren Stellungnahmen, z.B.:

- **GKV-Spitzenverband**: "Der Mehrwert dieser Versorgungsform für den pflegebedürftigen Menschen im Vergleich zur Versorgung in einer ambulant betreuten Wohngruppe nach geltendem Recht erschließt sich nicht. ... Weder der im Referentenentwurf

dargestellte Erfüllungsaufwand der neuen Regelung noch die prognostizierte Anzahl der Pflegebedürftigen, die diese Versorgungsform wählen werden, sind nachvollziehbar. ... Insofern sind die kalkulierten Minderausgaben in Höhe von 220 Millionen Euro durch Einführung der neuen Versorgungsform zu hinterfragen."

- **BAGFW:** "Der neue § 45h SGB XI i.V. mit § 92c SGB XI führt jedoch einen dritten Sektor ein, was wir ablehnen. Stattdessen sollten die bewährten, aber mittlerweile vielfach gefährdeten, ambulanten Wohngruppen (§ 38a SGB XI alt/jetzt § 45f SGB XI neu) besser gefördert werden durch Erhöhung des Wohngruppenzuschlags von den jetzt unzureichenden 224 Euro auf die hier für das gemeinschaftliche Wohnen angesetzte Pauschale von 450 Euro."
- **Deutsche Stiftung Patientenschutz:** "Die Schaffung einer zusätzlichen Wohnform sieht die Deutsche Stiftung Patientenschutz kritisch. Denn dadurch wird faktisch neben stationär und ambulant ein dritter Sektor geschaffen. Zudem bedeutet die Neueinführung einer weiteren Wohnform faktisch die Errichtung eines dritten Sektors. Dieser löst aber nicht die bereits vorhandenen Abgrenzungsschwierigkeiten zwischen stationär und ambulant, sondern verstärkt nur die Unsicherheiten der Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen. Zudem wird das unterschiedliche Angebot mit verschiedenen Leistungen für die Betroffenen immer undurchsichtiger."

Aus der Begründung (A VII. 3.) Nr. 2, Seite 78) wird deutlich, dass die gemeinschaftlichen Wohnformen ein Sparmodell sind, das der Pflegeversicherung 309 Millionen Euro Minderausgaben beschern soll. Die Bundesregierung erwartet, dass 45.000 Pflegebedürftige künftig die gemeinschaftlichen Wohnformen nutzen werden – 20 % davon würden zuvor in ambulant betreuten Wohnformen versorgt. Das heißt, dass sich die Bundesregierung der Steuerungswirkung sehr bewusst ist und dass sie einkalkuliert, dass 9.000 Pflegebedürftige aus ambulant betreuten Wohngemeinschaften in die neuen gemeinschaftlichen Wohnformen wechseln. Bei einer üblichen Größe von 12 Plätzen würde das einen Verlust von 750 ambulant betreuten Wohngemeinschaften bedeuten. **Hunderte von ambulant betreuten Wohngemeinschaften stünden also vor dem Aus, nur um die Pflegebedürftigen in einer anderen Wohnform günstiger zu versorgen.** Eine bewährte Versorgungsform würde vorsätzlich geschädigt, um eine neue aufzubauen, deren flächendeckende Funktionalität höchst fragwürdig ist und die nur in einem einzigen Modellprojekt erprobt wurde. Der bpa fordert die Bundesregierung entschieden auf, dieses Vorhaben zu stoppen und stattdessen die bestehenden ambulant betreuten Wohngemeinschaften zu stärken. Darüber hinaus ist es vor dem Hintergrund der großen personellen Herausforderungen und großen Bedarfe in der Pflege sinnvoll, Flexibilität und Gestaltungsräume in der

vollstationären Pflege zu schaffen, z.B. durch die Öffnung der Einrichtungen in Quartiere und Beförderung von Hausgemeinschaftsmodellen in den Einrichtungen, die z.B. über innovative Vertragskonstruktionen wie beispielsweise Gesamtversorgungsverträge unter Einschluss von ambulanten Leistungen der häuslichen Krankenpflege abgebildet werden können. Von daher sind die Modellvorhaben gem. § 125d SGB XI ein Schritt in die richtige Richtung (s. Seite 100).

Änderungsvorschläge

§ 45h SGB XI wird gestrichen. Der Leistungsbetrag für zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen gem. § 45f SGB XI (Gesetzentwurf) bzw. § 38a SGB XI (geltendes Gesetz) wird erhöht.

Artikel 1, Nr. 38b**§ 72 Abs. 3b SGB XI – Frist für die Anpassung der tariflichen Entlohnung****Artikel 1, Nr. 38c****§ 72 Abs. 3e SGB XI – Meldefrist für kollektivrechtlich gebundene Einrichtungen****Artikel 1 Nr. 48a****§ 82c Abs. 5 SGB XI – Frist für die Veröffentlichung der Übersichten zu den Entlohnungsniveaus und Zuschlägen sowie Tarifvertragswerken und kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen****Vorgeschlagene Neuregelung**

Die Fristen für die Meldung der an Tarifverträge oder kirchliche Arbeitsrechtsregelungen gebundene Einrichtungen und die Frist für die Veröffentlichung nach § 82c Abs. 5 SGB XI werden jeweils einen Monat vorgezogen. Mit einer Verlängerung der Umsetzungsfrist für Änderungen bei Tarifverträgen bzw. AVR und der regional üblichen Entlohnungsniveaus von zwei auf drei Monate jeweils zum 1. Januar soll Pflegeeinrichtungen wie Kostenträgern eine angemessenere Zeitspanne für den Abschluss angepasster Vergütungsvereinbarungen eingeräumt werden.

Stellungnahme

Die mit aktuell zwei Monaten für die Praxis viel zu knapp bemessene Frist zur Umsetzung von Tarifierhöhungen und Erhöhungen des regional üblichen Entlohnungsniveaus führt zu einer Vielzahl von Vergütungsverhandlungen innerhalb eines kurzen Zeitraums, die aufgrund vielfältig bedingter Verfahrensverzögerungen nicht innerhalb der gewünschten Frist abgeschlossen werden können. Diese Situation erzwingt für den Fall der Nichteinigung eine vorsorgliche Antragstellung bei der Schiedsstelle zum gesetzlich vorgesehenen Umsetzungstermin, um die Möglichkeit des Inkrafttretens der Vergütungsvereinbarung zu diesem Termin zu erhalten. Gleichzeitig besteht die gesetzliche Verpflichtung zur höheren Entlohnung ungeachtet des Vorliegens einer Vergütungsvereinbarung zu deren Refinanzierung; die Pflegeeinrichtungen geraten so unverschuldet in die Situation, die höheren Personalaufwendungen mitunter mehrere Monate vorfinanzieren zu müssen, was bei ohnehin angespannter wirtschaftlicher Lage existenzgefährdende Wirkungen hat.

Die Verlängerung der Umsetzungsfrist auf drei Monate begrüßt der bpa daher als einen Schritt zur Absicherung der Wirtschaftlichkeit der Einrichtungen. Dabei wird durch Beibehaltung des Umsetzungstermins jeweils zum 1. Januar eines Jahres auch vermieden, dass für Änderungen von Pflegevergütungen und Entgelten einerseits und Ausbildungsumlagen

andererseits zusätzlicher bürokratischer Aufwand für die Umsetzung im Vertragsverhältnis mit den Pflegebedürftigen anfällt. Dennoch hält der bpa die Regelung für nicht ausreichend und eine Verlängerung auf vier Monate für unabdingbar, da nur hierdurch eine spürbare Entzerrung der Verhandlungsverfahren erreicht werden kann. Dies kann erreicht werden, indem die Fristen für Meldung und Veröffentlichung jeweils einen weiteren Monat vorgezogen werden.

Änderungsvorschläge

§ 72 Abs. 3e Satz 1 und 2 SGB XI wird wie folgt geändert:

Pflegeeinrichtungen, die im Sinne von Absatz 3a an Tarifverträge oder an kirchliche Arbeitsrechtsregelungen gebunden sind, haben dem jeweiligen Landesverband der Pflegekassen bis zum Ablauf des ~~31. Juli~~ **30. Juni** jeden Jahres Folgendes mitzuteilen:

1. an welchen Tarifvertrag oder an welche kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen sie gebunden sind,
2. Angaben über die sich aus diesen Tarifverträgen oder kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen ergebende am 1. ~~Juli~~ **Juni** des Jahres gezahlte Entlohnung der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, die Leistungen der Pflege oder Betreuung von Pflegebedürftigen erbringen, soweit diese Angaben zur Feststellung des Vorliegens der Voraussetzungen nach den Absätzen 3a und 3b oder zur Ermittlung des oder der regional üblichen Entlohnungsniveaus sowie der regional üblichen Niveaus der pflegetypischen Zuschläge nach § 82c Absatz 2 Satz 2 erforderlich sind; zur Meldung der hierfür erforderlichen Angaben können die Pflegeeinrichtungen auch entsprechende, elektronisch verfügbare Daten aus ihrer Lohnbuchhaltung nutzen.

Der Mitteilung ist die jeweils am ~~1. Juli~~ **1. Juni** des Jahres geltende durchgeschriebene Fassung des mitgeteilten Tarifwerks oder der mitgeteilten kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen beizufügen.

§ 82c Absatz 5 Satz 1 SGB XI wird wie folgt geändert:

Zur Information der Pflegeeinrichtungen veröffentlicht jeder Landesverband der Pflegekassen unter Beteiligung des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e. V. im Land und der Träger der Sozialhilfe auf Landesebene jährlich unverzüglich, jedoch spätestens bis zum ~~30. September~~ **31. August** des Jahres, für das jeweilige Land

1. eine Liste der Tarifverträge und kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen, die eine Entlohnung vorsehen, die nach Absatz 2 Satz 1 nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden kann,

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

§ 72 Absatz 3b Satz 6 erhält folgende Fassung:

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 innerhalb von **drei vier** Monaten vorzunehmen, nachdem die jeweilige Änderung nach § 82c Absatz 5 veröffentlicht wurde.

Artikel 1, Nr. 43**§ 73a SGB XI – Verfahren zu Beeinträchtigungen bei Versorgungsverträgen****Vorgeschlagene Neuregelung**

Die auf die COVID-19-Pandemie konzentrierte und für deren Dauer befristete Regelung in § 150 Absatz 1 SGB XI wird in generalisierter Form ins Dauerrecht übertragen. Diese beinhaltet eine Anzeigepflicht für Pflegeeinrichtungen von wesentlichen Beeinträchtigungen der Leistungserbringung zur Umsetzung von Maßnahmen zur Sicherstellung der pflegerischen Versorgung auch durch vorübergehende Abweichung von den gesetzlichen und vertraglichen Vorgaben. Mit der neuen Regelung in § 73a SGB XI soll in absehbaren oder bereits eingetretenen Krisensituationen die Versorgung der Pflegebedürftigen besser gewährleistet werden können. Flankiert wird dies durch eine regelmäßige Berichtspflicht des GKV-Spitzenverbandes an das Bundesministerium für Gesundheit zu den Entwicklungen in den pflegerischen Versorgungsstrukturen.

Stellungnahme

Das Aufgreifen bewährter Instrumentarien aus der Pandemiebewältigung und ein Verstetigen in regulärer Gesetzgebung ist zielführend. Die Regelung wird vom bpa deshalb grundsätzlich begrüßt.

Wichtig ist es, die Zielrichtung der ursprünglichen Regelung nun ebenso deutlich beizubehalten und dies durch entsprechende Ergänzungen im Gesetzestext klarzustellen. Pflegeeinrichtungen, die sich unverschuldet in Krisensituationen befanden, sollte unbürokratisch und schnell Hilfe zu Teil werden. Insbesondere der Hinweis auf ein unbürokratisches Agieren, welcher sich derzeit noch in § 150 Abs. 1 SGB XI findet, fehlt in der vorgesehenen Neuregelung.

Ein unbürokratisches Agieren sollte zudem nicht nur in den Maßnahmen nach Absatz 2 berücksichtigt werden, sondern ab dem Zeitpunkt der Meldung. Bereits hier kann für Einrichtungen in Krisensituationen ein konkreter Mehrwert geschaffen werden, indem die Meldung an den jeweiligen Landesverband der Pflegekassen die regelmäßig aus dem landesrechtlichen Ordnungsrecht erforderliche Meldung an die Heimaufsicht ersetzt. Der Landesverband der Pflegekassen, der die Meldung entgegennimmt, sollte nicht nur wie gesetzlich bereits vorgesehen die am Vertrag beteiligten Pflegekassen und den Sozialhilfeträger informieren, sondern auch die Heimaufsicht. So würde für die Pflegeeinrichtungen zumindest eine geringfügige Bürokratieentlastung erzielt.

Die Berichtspflicht des GKV-Spitzenverbandes nach Absatz 3 ist ebenfalls zielführend. So wird der zuletzt durch das Bundesministerium für Gesundheit gegenüber den Landesverbänden der Pflegekassen erbetene einmalige Bericht über die Entwicklung der Versorgungskapazitäten zwischen dem 1. Juli 2022 und dem 1. September 2023 verstetigt. Die Daten aus diesem Monitoring sind essenziell für die Gestaltung der pflegerischen Versorgung. In diesem einmaligen Monitoring hat sich u.a. gezeigt, dass rund 18.000 vollstationäre Plätze verloren gegangen sind – bei gleichzeitigem Anstieg des Bedarfs.

Änderungsvorschläge

§ 73a Abs. 1 SGB XI wird wie folgt ergänzt:

Im Fall einer absehbaren oder bereits eingetretenen wesentlichen Beeinträchtigung der Leistungserbringung ist der Träger einer nach § 72 zugelassenen Pflegeeinrichtung verpflichtet, diese Beeinträchtigung umgehend gegenüber den Pflegekassen als seinen Vertragspartnern anzuzeigen. Es genügt die Anzeige an einen als Partei des Versorgungsvertrages beteiligten Landesverband der Pflegekassen. **Der Landesverband der Pflegekassen nach Satz 2 informiert die nach Landesrecht zu beteiligten Stellen.** Die von der Pflegeeinrichtungen versorgten Pflegebedürftigen sind hierüber zu informieren.

Artikel 1, Nr. 45**§ 75 SGB XI – Effiziente Anforderungen in Rahmenverträgen****Vorgeschlagene Neuregelung**

Bei Verhandlungen haben die Vereinbarungspartner der Landesrahmenverträge zu prüfen, inwieweit Anforderungen effizient ausgestaltet werden können. Versorgungsprozesse sollen so beschleunigt, digitalisiert, automatisiert sowie mögliche Doppelstrukturen vermieden werden. Eine Reduzierung unnötiger bürokratischer Anforderungen soll dabei auch Servicequalität für Versicherte verbessern.

Stellungnahme

Die Regelung ist wirkungslos. Sie schadet nicht, trägt aber nicht zur Erreichung der in der Begründung genannten Ziele bei.

Die offene Formulierung ist aus Sicht des Bundesgesetzgebers nachvollziehbar. In der Praxis wird es jedoch dazu führen, dass keine Wirkung in den Verhandlungen entfaltet wird. Die Kostenträger werden stets darauf beharren, dass andere gesetzliche Vorgaben oder aus ihrer Sicht notwendige Nachweise im konkreten Verhandlungsfall Vorrang haben.

Bereits die Aufträge des Pflegeunterstützungs- und Entlastungsgesetzes zur Vereinbarung von betrieblichen Ausfallkonzepten (Springerdienste) und zur Refinanzierung von Anwerbung aus dem Ausland werden systematisch sabotiert – obwohl der gesetzliche Auftrag sehr deutlich ist. Pflegekassen und Sozialhilfeträger verweigern die Kosten zu refinanzieren. Bei der Anwerbungsfinanzierung wird beispielsweise darauf verwiesen, dass es sich um gesamtgesellschaftliche Kosten handele, die nicht durch den Pflegesatz abgebildet werden könnten. Bei den Springerdiensten wird durch kleinteilige Nachweisregelungen, die Forderung der Begrenzung auf einzelne Einrichtungen, die Verweigerung der Refinanzierung von Springerzuschlägen (trotz Verweis in der Gesetzesbegründung) oder angebotenen Personalschlüsseln von 1:150 eine Umsetzung verhindert. Mehr als zwei Jahre nach Inkrafttreten hat nur Schleswig-Holstein ein ausformuliertes Verfahren für die Anwerbungsfinanzierung. Bei den Springerdiensten konnte ebenfalls nur in Schleswig-Holstein ein Verfahren vereinbart werden. In Baden-Württemberg, dem einzigen anderen Land mit grundlegenden Vorgaben im Rahmenvertrag, muss nun die Schiedsstelle angerufen werden, um weitere Details im Rahmenvertrag regeln zu können.

Eine Lösung über Rahmenverträge bedeutet auch losgelöst von diesen konkreten Beispielen erhebliche zeitliche Verzögerungen. Im Land Berlin wird beispielhaft der ambulante SGB XI-Rahmenvertrag seit 2015

verhandelt, der vollstationäre seit 2016 – bisher jeweils ohne Abschluss. Im Bereich der Tages- und Kurzzeitpflege sind die Zeiträume in den Ländern teils noch länger.

Es sei darüber hinaus auf ein weiteres Problem hingewiesen. Ebenfalls im Land Berlin gibt es die Zielstellung Pflegesatzverfahren so digital wie möglich aufzustellen. Daher soll im Rahmenvertrag geregelt werden, dass die Aufforderung zu Pflegesatzverfahren ebenfalls digital erfolgen kann. Dem steht jedoch § 85 Abs. 5 SGB XI gegenüber. Demnach wird die Schiedsstelle sechs Wochen nach schriftlicher Aufforderung zu Pflegesatzverhandlungen tätig. Nun könnten zwar die Rahmenvertragsparteien vereinbaren, dass sie einen digitalen Antrag gleichstellen, doch spätestens eine Schiedsstelle oder ein Gericht könnte hier eine Nichteinhaltung der formellen gesetzlichen Anforderungen annehmen. Hier scheitert also der gesetzliche Auftrag an unklaren gesetzlichen Regelungen.

Änderungsvorschläge

Keiner.

Artikel 1, Nr. 49**§ 84 Abs. 2 SGB XI – Externer Vergleich unter Berücksichtigung der Entlohnung****Vorgeschlagene Neuregelung**

Die Gleichartigkeit der Pflegeeinrichtungen beim sog. externen Vergleich soll die Entlohnung der Mitarbeitenden mitumfassen. Vergleichsdaten sollen dabei transparent darzustellen sein.

Stellungnahme

Der bpa begrüßt die Ergänzung zur transparenten Darstellung der Vergleichsdaten, lehnt die Regelung in der vorgesehenen Form im Übrigen jedoch ab und hält Änderungen für dringend erforderlich.

Mit der Aufnahme der Entlohnung als Vergleichskriterium für einen externen Vergleich der Pflegesätze soll unter Aufgreifen der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) die Position derjenigen Pflegeeinrichtungen gestärkt werden, die aufgrund ihrer Personalaufwendungen höhere Gesteungskosten und damit insgesamt auch höhere Pflegesätze aufweisen. Damit wird zwar gesetzlich die Einführung der Tariftreueregelung im Ansatz auch in § 84 Absatz 2 nachvollzogen, die Regelung reicht aber nicht aus, eine angemessene Vergütung des Unternehmerrisikos sicherzustellen. Sie vervielfacht das bereits heute bestehende Problem, dass im Vergleich höhere Pflegesätze aufgrund als wirtschaftlich anzuerkennender höherer Personalaufwendungen zu einer Beschneidung der Vergütung des Unternehmerrisikos führen, indem der externe Vergleich auf der Grundlage der gesamten Pflegesätze beibehalten und nun in nach Entlohnung zu bildenden Vergleichsgruppen durchgeführt werden soll. In jeder dieser Gruppen wird es personalaufwandsbedingt Einrichtungen mit Pflegesätzen am obersten Rand geben; das Problem, das gelöst werden soll, vervielfältigt sich durch die vorgegebene Gruppenbildung nach Entlohnung, wenn weiterhin Pflegesätze unter Berücksichtigung als wirtschaftlich anzuerkennender Personalaufwendungen verglichen werden.

Auf Basis der aktuellen gesetzlichen Regelungen verlangt das BSG, die Pflegesätze und Entgelte, die sich aus den als wirtschaftlich anzuerkennenden Gesteungskosten und einschließlich einer angemessenen Gewinnchance ergeben, abschließend einem externen Vergleich zu unterziehen. Was zu Zeiten der Marktpreisurteile des BSG und der nur geringen Relevanz von tatsächlichen Gesteungskosten zur Einordnung in das „Marktgefüge“ sachgerecht gewesen sein mag, gefährdet heute unter den neuen Rahmenbedingungen die Wirtschaftlichkeit derjenigen Einrichtungen, die der gesetzgeberisch vorgegebenen Zielsetzung, in der Pflege eine angemessene Entlohnung zu zahlen, mit einer Entlohnung am oberen Rand der in ihrer

Vergleichsgruppe als wirtschaftlich anzuerkennenden Personalaufwendungen nachkommen.

Der Gesetzgeber hat die Koordinaten der Pflegeversicherung für den wesentlichen Teil der vergütungserheblichen Aufwendungen, nämlich die Personalkosten, deutlich hin zu einem Selbstkostensystem verschoben. Die den Tariftreueregelungen folgende Bezahlung der Gehälter und Entlohnungen ist einzuhalten, gilt ohne weiteres als wirtschaftlich und kann insofern auch nicht einer Kürzung im Wege des externen Marktvergleichs unterliegen.

Unter diesen Umständen ist es unabhängig von der im Sinne von § 72 Absatz 3a und 3b SGB XI gewählten Entlohnung und etwaig zu bildenden entsprechenden Vergleichsgruppen vollkommen unangemessen, einen externen Vergleich auf der Grundlage der gesamten Pflegesätze und Entgelte durchzuführen, die sich vor allem aus Personalkosten zusammensetzen. Im Wege des externen Vergleichs kommt damit im Wesentlichen nur eine Kapung der an sich für angemessen befundenen Vergütung des Unternehmerrisikos in Betracht. In der Folge verblieben ausgerechnet denjenigen Trägern, die in ihrer entlohnungsbezogenen Vergleichsgruppe deshalb die höchsten Personalkosten und damit Pflegesätze und Entgelte haben, weil sie die Intention des Gesetzgebers, eine angemessene Entlohnung sicherzustellen, besonders engagiert realisieren, die geringsten oder keine Gewinnchancen. Insofern ist aus Sicht des bpa dringend eine Klarstellung geboten, dass sich die Wirtschaftlichkeitsprüfung durch externen Vergleich auf die „weiteren“ pflegesatzerheblichen Aufwendungen jenseits der Personalkosten beschränken muss, um eine angemessene Vergütung des Unternehmerrisikos realisieren zu können.

In der Praxis kommt hinzu, dass vielfach die in der Betriebswirtschaftslehre absolut grundlegende Unterscheidung zwischen dem allgemeinen Unternehmerisiko und konkreten betrieblich-spezifischen Einzelrisiken, die im Rahmen der Gestehungskosten zu plausibilisieren und zu berücksichtigen sind, bestritten wird. In der Folge wird ein Zuschlag nur für einrichtungsspezifische, substantiiert dargelegte und quantifizierbare Risiken zuerkannt, nicht aber eine Vergütung für das allgemeine Unternehmerisiko. Auch hier ist eine entsprechende gesetzliche Klarstellung erforderlich.

Die Aufhebung der Informationsasymmetrie hinsichtlich der Vergleichsdaten zu Lasten der Pflegeeinrichtungen wird begrüßt; klarzustellen ist aber, dass die Darlegungslast bei den Kostenträgern liegt, die allein über entsprechende Vergleichsdaten verfügen.

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 ~~einem dem jeweiligen Pflegeheim bei wirtschaftlicher Betriebsführung 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** ~~unter Berücksichtigung einer angemessenen Vergütung ihres Unternehmerrisikos. 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. ~~Der Grundsatz der Beitragssatzstabilität ist zu beachten.~~ Bei der Bemessung der Pflegesätze einer Pflegeeinrichtung können die **weiteren pflegesatzerheblichen Aufwendungen nach Satz 4** Pflegesätze derjenigen Pflegeeinrichtungen, die nach Art und Größe ~~und Entlohnung der Mitarbeitenden~~ sowie hinsichtlich der in Absatz 5 genannten Leistungs- und Qualitätsmerkmale im Wesentlichen gleichartig sind, angemessen berücksichtigt werden; **die Kostenträger haben die 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 ~~einem dem jeweiligen Pflegedienst bei wirtschaftlicher Betriebsführung 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.** Eine Differenzierung in der Vergütung nach Kostenträgern ist unzulässig.

Artikel 1, Nr. 50

§ 85 SGB XI – Pflegesatzverfahren

Vorgeschlagene Neuregelung

Mit der Änderung in § 85 Abs. 5 SGB XI soll die Option eingeräumt werden, die Schiedsstelle bereits vor Ablauf von sechs Wochen nach Verhandlungsaufforderung anzurufen, sofern die Vertragsparteien dies gemeinsam tun.

Stellungnahme

Wenn bei allen Vertragspartnern nach § 85 Abs. 2 SGB XI Einigkeit besteht, dass Pflegesatz- bzw. Vergütungsverhandlungen endgültig gescheitert sind, wäre es reiner Formalismus, die grundsätzlich vorgesehene Frist von sechs Wochen nach Verhandlungsaufforderung abwarten zu müssen, bevor die Schiedsstelle angerufen werden kann. Insofern kann die vorgesehene Änderung in § 85 Abs. 5 SGB XI begrüßt werden. Allerdings wird zum einen nur in absoluten Ausnahmefällen eine frühzeitige Einigkeit hinsichtlich des Scheiterns der Verhandlungen bestehen, zum anderen dürfte sich in Fällen der Nichteinigung das Interesse der Kostenträger, in Zeiten des Kostendrucks einen früheren Laufzeitbeginn von Vereinbarungen mit entsprechender Vergütungsverpflichtung herbeizuführen, in Grenzen halten. Einen wirkungsvollen Beitrag zur dringend erforderlichen Beschleunigung der Vergütungsfindung wird diese Regelung daher nicht leisten können.

In § 85 Abs. 5 SGB XI sollte hingegen im Sinne der Rechtsklarheit die Schriftform für die Aufforderung zu Pflegesatzverhandlungen gestrichen werden. Eine Festsetzung der Pflegesätze durch die Schiedsstelle setzt nach dieser Regelung voraus, dass innerhalb einer 6-Wochen-Frist nach schriftlicher Verhandlungsaufforderung keine Pflegesatzvereinbarung zustande gekommen ist. Die Formulierung „schriftlich“ führt zu Auslegungsspielräumen, die mit der gelebten Praxis nicht im Einklang stehen. In der tatsächlichen Verhandlungspraxis erfolgt die Verhandlungsaufforderung im Interesse sämtlicher Beteiligter regelmäßig auf elektronischem Weg. Um hier Unsicherheiten auszuräumen und die Verfahren verlässlich zu beschleunigen, sollte zur Klarstellung das Wort „schriftlich“ in § 85 Abs. 5 S. 1 SGB XI entfallen.

Änderungsvorschläge

§ 85 Absatz 5 Satz 1 erhält folgende Fassung:

(5) Kommt eine Pflegesatzvereinbarung innerhalb von sechs Wochen nicht zustande, nachdem eine Vertragspartei **schriftlich** zu Pflegesatzverhandlungen aufgefordert hat, setzt die Schiedsstelle nach § 76 auf Antrag einer Vertragspartei die Pflegesätze unverzüglich, in der Regel binnen drei Monaten, fest; der Antrag kann auch gemeinsam von den Vertragsparteien vor Ablauf der sechs Wochen gestellt werden.

Artikel 1, Nr. 47**§ 86a SGB XI – Verfahrensleitlinien für Vergütungsverhandlungen und -vereinbarungen****Vorgeschlagene Neuregelung**

Es soll klargestellt werden, dass Aufforderungen zu Pflegesatzverhandlungen rechtzeitig vor Beginn des Pflegesatzzeitraumes eingereicht werden sollen. Seitens der Kostenträger ist eine verbindliche Ansprechperson zu benennen, die befugt werden kann, die schriftliche Vertragserklärung mit Wirkung für und gegen die beteiligten Kostenträger abzugeben. Nachweisforderungen zur Darlegung der prospektiven Aufwendungen sind zeitnah zu stellen und zu bedienen.

Pflegesatzkommissionen oder vergleichbaren Gremien soll die Möglichkeit eröffnet werden, Empfehlungen für vereinfachte Anpassungsverfahren für die Vergütungen abzugeben. In den Pflegesatzvereinbarungen nach § 85 SGB XI sind die maßgeblichen Annahmen so zu hinterlegen, dass sie künftigen Anpassungsverfahren leichter zugänglich sind.

Die Bundesebene wird beauftragt, Empfehlungen zu Vergütungsverfahren und zum Abschluss von Vereinbarungen spätestens 9 Monate nach Inkrafttreten abzugeben.

Kommen die Empfehlungen innerhalb der Frist nicht zustande, bestellen die Vertragsparteien eine Schiedsperson.

Empfehlungen können auch in Teilen abgegeben und unverbindlich angewendet werden.

Stellungnahme

Im Hinblick auf den Zeitpunkt der Einreichung der Aufforderung zu Pflegesatzverhandlungen haben sich in der Praxis Verfahren entwickelt, die sich bewährt haben. Dabei bildet die in § 85 Abs. 5 SGB XI verankerte Frist die Grundlage. In der Regel werden die Verhandlungsaufforderungen daher spätestens sechs Wochen vor dem gewünschten Vereinbarungstermin eingereicht, um einen – auch im Falle eines notwendigen Schiedsstellenverfahrens – an den Ablauf der laufenden Vereinbarung übergangslos anschließenden Laufzeitbeginn sicherzustellen.

Mit der unbestimmten Formulierung, dass Aufforderungen zu Pflegesatzverhandlungen rechtzeitig vor Beginn des angestrebten Pflegesatzzeitraumes einzureichen sind, sind Auseinandersetzungen über die Frage der Rechtzeitigkeit zwischen den Vertragsparteien vorprogrammiert. Die damit verbundenen Verzögerungen belasten das Verhandlungsgeschehen

zusätzlich und stehen dem Ziel der Beschleunigung der Verfahren zur Vergütungsfindung entgegen. Störfaktoren dieser Art sollten vermieden werden. Die Regelung ist daher zu streichen.

Die zur Beschleunigung des Verhandlungsgeschehens vorgesehene Bestimmung einer verbindlichen Ansprechperson seitens der Kostenträger begrüßt der bpa. Ein wesentlicher Faktor für die Verzögerung einer Umsetzung und Anerkennung von Verhandlungsergebnissen ist allerdings auch die Dauer des Unterschriftenverfahrens. Die im Entwurf vorgesehene bloße Möglichkeit, die Ansprechperson zu „befugen“, die schriftliche Vertragserklärung mit Wirkung für und gegen die beteiligten Kostenträger unverzüglich nach Einigung abzugeben, besteht im Grundsatz heute schon und wird schlicht nicht genutzt. Dass die Erwähnung dieser Möglichkeit im Gesetz etwas daran ändern wird, ist nicht zu erwarten. Die dringend erforderliche Beschleunigung des Unterschriftenverfahrens kann nur mit einer verpflichtenden Bevollmächtigung der Ansprechperson zur unverzüglichen Abgabe der Vertragserklärung nach Einigung erreicht werden.

Viele Pflegeeinrichtungen lassen sich darüber hinaus bei den Verhandlungen von externen Dritten vertreten, die gemäß § 85 Abs. 4 SGB XI bevollmächtigt sind. Zur Sicherstellung eines reibungslosen Ablaufs der Verhandlungen und des weiteren Verfahrens sollten in § 86 Abs. 1 SGB XI auch die zur Vertretung der Pflegeeinrichtungen bevollmächtigten Personen als Adressaten der Mitteilung der Kostenträger hinsichtlich der verbindlichen Ansprechperson aufgenommen werden.

Die in § 86 Abs. 2 SGB XI neu aufgenommene Option von vereinfachten Anpassungsverfahren begrüßt der bpa ausdrücklich, wird damit doch einer in einigen Bundesländern bereits gelebten Vereinbarungspraxis Rechnung getragen. Die Ausgestaltung der vereinfachten Verfahren ist in den Ländern sehr unterschiedlich und beruht nicht in jedem Fall auf individuellen Festlegungen in den Vereinbarungen nach § 85 SGB XI. Um eine bewährte Praxis nicht zu gefährden, sollte ermöglicht werden, dass auch auf Landesebene oder auf Ebene von Trägergruppen vereinbarte Kalkulationsparameter z.B. anhand einer durchschnittlichen Pflegeeinrichtung Grundlage von vereinfachten Verfahren werden können. Andernfalls entsteht ein erheblicher bürokratischer Aufwand, wenn bisherige Verfahren umgestellt und auf die vorgesehene Regelung angepasst werden müssen. Dies würde dem beschriebenen Ziel der Vereinfachung von Verfahren entgegenstehen.

Auch die neu aufgenommene Verpflichtung der Bundesebene zur Abgabe einer Empfehlung zur Unterstützung effizienter und bürokratiearmer Verfahren begrüßt der bpa. Sie ist ein Beitrag zur Beschleunigung von Vergütungsverfahren und reduziert das Konfliktpotential in Verhandlungen. Wichtig ist aus Sicht des bpa, dass bei der Entwicklung der Empfehlungen

bewährte Verfahren in den Bundesländern berücksichtigt werden, damit die Umsetzung nicht zu neuem Bürokratieaufwand führt.

Soweit Absatz 3 Satz 4 vorsieht, dass die Vertragspartner nach § 75 Absatz 1 von Satz 2 abweichende Vorgaben in den Landesrahmenverträgen vereinbaren können, die Empfehlungen im Übrigen „für die Vertragspartner“ unmittelbar verbindlich seien, sollte die Formulierung zur Vermeidung unnötiger Diskussionen über die Verbindlichkeit angepasst werden. Sprachlich bezieht sich „die Vertragspartner“ im zweiten Halbsatz auf „die Vertragspartner nach § 75 Absatz 1“ im ersten Halbsatz. Sinnvollerweise und auch der Entwurfsbegründung nach sind Adressaten der Verbindlichkeit aber die in an den Pflegesatz- und Vergütungsverhandlungen beteiligten Parteien. Dies sollte in der Formulierung entsprechend klargestellt werden.

Änderungsvorschläge

§ 86a Absatz 1 erhält folgende Fassung:

(1) ~~Pflegesatzanträge sollen rechtzeitig vor Beginn des angestrebten Pflegesatzraumes bei den Kostenträgern nach § 85 Absatz 2 Satz 1 eingereicht werden.~~ Diese ~~Kostenträger nach § 85 Absatz 2~~ bestimmen ~~nach Eingang eines Pflegesatzantrages~~ umgehend eine **bevollmächtigte Person als** verbindliche Ansprechperson und teilen diese unverzüglich dem Träger der Pflegeeinrichtung **sowie einem nach § 85 Absatz 4 Satz 2 Bevollmächtigten** mit. Nachweisforderungen gemäß § 85 Absatz 3 zur Darlegung der prospektiven Aufwendungen sind zeitnah nach Antragseingang zu stellen und zu bedienen. **Die bevollmächtigte Person nach Satz 2 gibt die schriftliche Vertragserklärung mit Wirkung für und gegen die beteiligten Kostenträger unverzüglich nach der Einigung ab.**

§ 86a Absatz 2 wird wie folgt ergänzt:

(2) Die der Pflegesatzvereinbarung nach § 85 zugrunde gelegten, maßgeblichen Annahmen und Werte sind derart zu hinterlegen oder auszuweisen, dass diese künftigen Anpassungen, auch in vereinfachten Verfahren, für die Parteien leicht zugänglich sind. **Maßgebliche Annahmen und Werte im Sinne von Satz 1 können auch durch Pflegesatzkommissionen oder vergleichbare Gremien im Land vereinbarte Kalkulationsparameter, insbesondere auch unter Zugrundelegung einer durchschnittlichen Pflegeeinrichtung, sein.** Die Pflegesatzkommissionen oder vergleichbare Gremien im Land sowie die Vertragsparteien nach § 85 Absatz 2 können entsprechende Empfehlungen für pauschale Anpassungsverfahren für die Pflegevergütung beschließen.

§ 86a Absatz 3 wird wie folgt geändert:

(3) Zur Unterstützung effizienter und bürokratiearmer Verfahren mit dem Ziel des Abschlusses weitsichtiger Pflegesatz- und Pflegevergütungsvereinbarungen sind auf Bundesebene Empfehlungen nach dem Verfahren gemäß § 75 Absatz 6 bis zum [einsetzen: Datum neun Monate nach Inkrafttreten gemäß Artikel 7] abzugeben. Die Empfehlungen betreffen insbesondere:

1. die Anforderungen an die nach § 85 Absatz 3 geeigneten Nachweise zur Darlegung der voraussichtlichen Personal- und Sachaufwendungen einschließlich entsprechender Formulare zur Aufbereitung der Daten,
2. geeignete Formen zur Hinterlegung oder zum Ausweis der der Pflegesatz- oder Vergütungsvereinbarung zugrunde gelegten Personal- und Sachaufwendungen und Ausgangswerte **unter Berücksichtigung möglicher Kalkulationsparameter nach Absatz 2 Satz 2**, die bei Anschlussvereinbarungen einer Anpassung leichter zugänglich sind,
3. Methoden für vereinfachte Anpassungsverfahren bezogen auf Einzel- und Gruppenverfahren einschließlich geeigneter Parameter und Orientierungswerte bei der Vereinbarung von Pauschalen und
4. Handreichungen zum Umgang mit aktuellen Herausforderungen bei den Vereinbarungsverfahren.

In den Empfehlungen ist zu berücksichtigen, dass vereinbarte Pauschalen in Einzel- und Gruppenverfahren für jede Pflegeeinrichtung in einem angemessenen Verhältnis zur tatsächlichen Höhe von Personal- und Sachaufwendungen sowie von weiteren relevanten Positionen stehen müssen. Die Vertragspartner nach § 75 Absatz 1 in den Ländern können davon abweichende Vorgaben in ihren Rahmenverträgen vereinbaren, im Übrigen sind die Empfehlungen für die ~~Vertragspartner~~ **Vertragsparteien nach § 85 Absatz 2** unmittelbar verbindlich.

Artikel 1, Nr. 55**§ 92c SGB XI – Verträge zur pflegerischen Versorgung in gemeinschaftlichen Wohnformen****Artikel 1, Nr. 62 c****§ 113b Abs. 4 SGB XI – Prüfungsregelungen für die Qualität der Leistungen in gemeinschaftlichen Wohnformen****Vorgeschlagene Neuregelung**

Zur pflegerischen Versorgung in gemeinschaftlichen Wohnformen können ambulante Pflegeeinrichtungen mit den Kassen Verträge schließen, die ein „Basispaket“ (für Pflege, Betreuung, Hauswirtschaft und einzelne SGB V-Leistungen) und darüberhinausgehende Leistungen regeln. Es müssen mehr als zwei Pflegebedürftige zur gemeinschaftlich organisierten pflegerischen Versorgung zusammenleben. Der GKV-SV und die Verbände der Pflegeeinrichtungen sollen Empfehlungen u.a. zu den Inhalten der Verträge beschließen.

Stellungnahme

Der bpa lehnt die hier vorgesehene Schaffung eines neuen Versorgungssektors entschieden ab. Die Regelung muss gestrichen werden – allein schon deswegen, weil der Koalitionsvertrag vorsieht, dass die am 7. Juli 2025 eingesetzte Bund-Länder AG zur großen Pflegereform genau eine solche Versorgungsform prüfen soll. Das BEEP darf dem nicht vorgreifen!

Der Bundesrat sieht es in seiner Stellungnahme ebenso:

„Der Bundesrat bittet jedoch im weiteren Gesetzgebungsverfahren darauf zu achten, dass keine Vorfestlegungen im Hinblick auf die Bund-Länder-AG zur Erarbeitung von Eckpunkten für eine große Pflegereform („Zukunftspakt Pflege“) erfolgen beziehungsweise Erkenntnisse aus Evaluationen und Modellprojekten in die dortigen Prozesse einfließen können. Dies betrifft unter anderem die Evaluation des Begutachtungsinstruments und insbesondere die beabsichtigten Regelungen zur Einführung neuer Versorgungsformen mit ihren etwaigen weitreichenden Auswirkungen. **Der Bundesrat schlägt daher vor, die gemeinschaftlichen Wohnformen aus dem aktuellen Gesetzentwurf herauszulösen und in der Bund-Länder-AG zu diskutieren, inwieweit statt weiterer bürokratischer Sonderregelungen im SGB XI – wie zum Beispiel zur Versorgung in gemeinschaftlichen Wohnformen – als Alternative eine bedarfsgerechte Versorgung unabhängig vom Ort der Leistungserbringung erfolgen kann.“** ([Bundesrats-Drucksache 365/25 \(Beschluss\)](#), Nr. 39b, Seite 35)

Die im Entwurf formulierten Ziele vermag die Regelung überwiegend nicht zu erfüllen. Vielmehr konterkarieren die Vorgaben sogar die Errungenschaften der letzten Jahre. Es muss daher angenommen werden, dass statt einer Stärkung der Selbstbestimmung und der Versorgungssicherheit der Pflegebedürftigen einzig eine Kostenersparnis gesetzlich vorangebracht werden soll. Überdies wird ein erheblicher bürokratischer Mehraufwand produziert. Es müssen u.a. neue Verträge vereinbart werden – bei Kostenträgern, Leistungserbringern und Pflegebedürftigen – Qualitätssysteme entwickelt, ordnungsrechtliche Änderungen umgesetzt, Rahmenverträge neu geschrieben sowie Leistungs- und Vergütungsvereinbarungen neu geschlossen werden. Welcher versorgungspolitische Mehrwert dadurch geschaffen werden soll, bleibt unklar. Alle Ziele des Gesetzes – mit Ausnahme der vermeintlichen Kostenersparnis – können bereits mit den geltenden Möglichkeiten erreicht werden. Dies zeigt sich in der Vielzahl von Angeboten sogenannter neuer Wohnformen, sei es in Wohngemeinschaften, betreutem Wohnen oder anderen Ausgestaltungen. Diese durch den hier vorgesehenen Regelungskatalog infrage zu stellen, wirkt sich negativ auf die Versorgung aus.

Unklare Regelungsinhalte

Die Vereinbarung nach § 92c Abs. 1 SGB XI soll auch eine über das Basispaket hinausgehende Versorgung der Pflegebedürftigen mit körperbezogenen Pflegemaßnahmen, pflegerischen Betreuungsmaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung gemäß § 36 beinhalten, die zwar über die ambulante Pflegeeinrichtung zu gewährleisten ist, deren Leistungen allerdings auf Wunsch des Pflegebedürftigen auch durch Angehörige, Pflegepersonen und ehrenamtlich Tätige oder Dritte erbracht werden können. Der Gesetzgeber lässt offen, wie das praktisch umgesetzt werden kann. Bislang gibt es eine klare gesetzliche Trennung der Aufgabenzuweisung und damit einhergehender Verantwortlichkeit, soweit eine Versorgung selbstständig durch den Versicherten wahrgenommen bzw. organisiert wird. Die ambulante Pflegeeinrichtung kann Angehörige oder Ehrenamtler nicht in die Arbeitsabläufe des eigenen Betriebsgeschehens einbinden. Es besteht weder Weisungsbefugnis noch Direktionsrecht. Wie soll also die Pflegeeinrichtung unter Einbeziehung „Dritter“ die Gesamtverantwortung für die Leistungserbringung gewährleisten?

Der Gesetzgeber stellt fest, dass HKP-Leistungen als Teil des Basispakets keiner ärztlichen Verordnung bedürfen. Alle behandlungspflegerischen Leistungen der häuslichen Krankenpflege sind delegierte ärztliche Leistung. Allein der Arzt kann die medizinische Notwendigkeit solcher Leistungen feststellen und anordnen. Selbst wenn auf eine Verordnung gemäß der HKP-Richtlinie verzichtet wird und die Partner der

Empfehlungen nach Abs. 5 die Behandlungspflegeleistungen für das Basispaket festlegen, entbehrt das nicht der ärztlichen Verantwortungshoheit. Auf welche Weise soll das hier und außerhalb des Regelungskanons das SGB V sichergestellt werden? Damit verbunden sind eine ganze Reihe haftungsrechtlicher Fragen sowohl für den Arzt als auch für die ambulante Pflegeeinrichtung. Diese aber liegen weit außerhalb der Regelungshoheit der Vereinbarungspartner nach § 92c SGB XI. Darüber hinaus ist die praktische Umsetzung durch den Arzt innerhalb seines Verantwortungsbereichs nicht beschrieben. Es ist realitätsfern anzunehmen, dass die Ärzte abhängig davon, welche Leistungen im Basispaket verankert sind bzw. darüber hinausgehen, danach differenzieren, ob die Behandlungspflegerische Leistung zu verordnen ist oder eine Anordnung ausreicht. Auch an dieser Stelle führt das Geschehen zu zusätzlichem unverhältnismäßigen administrativen Aufwand, der auf massive Ablehnung in der Ärzteschaft treffen wird.

Der Gesetzentwurf lässt konkrete Aussagen zu den Grenzen der neuen Versorgungsform vermissen und schafft erhebliche Unsicherheiten über die gewünschte Ausgestaltung. Besonders exemplarisch wird dies hinsichtlich der in den Voraussetzungen des Vertragsabschlusses normierten zu versorgenden Gruppengröße. Der Gesetzestext spricht von mehr als zwei pflegebedürftigen Personen und lässt eine Obergrenze offen. Die Gesetzesbegründung spezifiziert hingegen einen „überschaubaren Kreis an Pflegebedürftigen“, damit eine individualisierte Versorgung möglich ist. Eine individualisierte Versorgung ist stets unabhängig der Gruppengröße möglich, soweit die Refinanzierung des Angebots gesichert ist. Die Bindung an den überschaubaren Personenkreis geht hingegen mit erheblichen Interpretationsproblemen einher. Wie soll eine solche Größe definiert werden? Erfolgt eine Orientierung an den Wohngemeinschaften mit bis zu 12 Plätzen? Soll in Abgrenzung dazu eine doppelt so große Zahl mit 24 versorgt werden? Erfolgt eine stärkere Anlehnung an das Modellprogramm, welches der Regelung in Teilen als Grundlage dient? Dieses hatte 56 Plätze in vier räumlich, personell, organisatorisch und wirtschaftlich miteinander verbundenen Hausgemeinschaften. Aussagen zu derlei Verbindungen trifft der Gesetzentwurf nicht. Es muss daher davon ausgegangen werden, dass stets eine solitäre vertragliche Ausgestaltung gewünscht ist. Zwar ist vorgesehen, dass die Selbstverwaltung u.a. Empfehlungen zur maximalen Personengruppengröße abgeben soll, doch ist bei derlei Grundlagen absehbar, dass kaum eine Einigungsfähigkeit möglich sein wird.

Hinsichtlich der vorgesehenen Vorgabe, komplexe Prüfkriterien zu entwickeln und diese unmittelbar nach Vorliegen erneut grundlegend zu überarbeiten, verweist der bpa auf die Ausführungen zu [§§ 114a](#) und [115 SGB XI](#). Es ist weder im Sinne einer Entbürokratisierung der Pflege noch einer qualitätsgesicherten Leistungserbringung angezeigt, neue Qualitätsvorgaben für diese Versorgungsform zu entwickeln. Sollte der Gesetzgeber

an der Einführung gemeinschaftlicher Wohnformen festhalten wollen, ist ausschließlich die bisherige Prüflogik fortzusetzen.

Ausführungen zu den ordnungsrechtlichen Auswirkungen bzw. der Vereinbarkeit mit den dortigen Regelungen trifft der Gesetzentwurf nicht. Es muss jedoch das Bewusstsein dafür geschärft werden, dass diesbezüglich in 16 Bundesländern auf Grundlage der hier vorgesehenen Veränderungen Gesetz- und Verordnungsgebungsverfahren folgen müssen.

Bürokratischer Mehraufwand ohne Zusatznutzen

Unabhängig davon, ob HKP-Leistungen innerhalb des Basispakets oder darüber hinaus im Rahmen der Vereinbarung nach § 92c Abs. 1 SGB XI geregelt werden sollen, stellt sich die Frage nach der Notwendigkeit, dies hier zusätzlich zu bestimmen. Für die Versorgung der Versicherten mit Leistungen der häuslichen Krankenpflege hat der Gesetzgeber ein ausdifferenziertes Regelungssystem innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung geschaffen. So wird in den Gesetzesmaterialien zumindest in Bezug auf die HKP-Leistungen außerhalb des Basispaketes systematisch zutreffend auf die Vorgaben der Rahmenempfehlungen nach § 132a Abs. 1 SGB V hingewiesen, die nach dem Willen des Gesetzgebers auch hier zu beachten sind. Diese Rahmenempfehlungen münden in Versorgungsverträge (§ 132a Abs. 4 SGB V), die auf Grundlage eben dieser Rahmenempfehlungen auch alle personellen und sächlichen Voraussetzungen zur Erbringung sämtlicher HKP-Leistungen regeln. Denklogisch kann im Ergebnis also in den Vereinbarungen nach § 92c Abs. 1 SGB XI nichts anderes bestimmt werden, als die Versorgungsverträge nach § 132a Abs. 4 SGB V bereits regeln. Wozu also eine zusätzliche Regelungsebene, in der unter Beachtung der Rahmenempfehlungen nach § 132a Abs. 1 SGB V nichts anderes stehen kann? Der Gesetzgeber schafft damit lediglich Parallelstrukturen für Leistungsinhalte, die längst hinreichend geregelt sind. Das verursacht lediglich weiteren Verwaltungsaufwand auf allen Seiten ohne zusätzlichen Mehrwert und läuft evident dem gesetzlich geforderten Bürokratieabbau regelrecht zuwider.

Zerschlagung bestehender Strukturen

Der Gesetzentwurf kündigt im Rahmen der Berechnung des Erfüllungsaufwandes erhebliche Einsparungen für die soziale Pflegeversicherung an. Mittelfristig wird von 309 Mio. Euro jährlich ausgegangen. Im Vergleich zur WG-Versorgung sollen pro Pflegebedürftigen pro Jahr 14.000 Euro weniger an Kosten entstehen.

Wie diese Kostenschätzungen zustande kommen, bleibt insgesamt unklar. Es überrascht zudem, dass keine Minderausgaben für die

gesetzliche Krankenversicherung dargelegt werden, obwohl durch die Basispakete absehbar Einsparungen bei den Leistungen der häuslichen Krankenpflege erfolgen sollen.

Aufgrund dieser Darlegungen ist absehbar, dass es eine erhebliche Steuerungswirkung der Kostenträger in diese Versorgungsform geben wird. Für die seit Jahren von der Politik befürwortete WG-Versorgung ist dies im Gegenzug existenzbedrohend. Strukturen, die über viele Jahre geschaffen wurden, sowohl durch Leistungserbringer wie auch in der Selbstverantwortung der Pflegebedürftigen, werden absehbar verschwinden. Dies widerspricht der vermeintlich gewünschten Stärkung der Selbstbestimmung der Pflegebedürftigen. Nicht ohne Grund haben sich Wohngruppen in den vergangenen Jahren als eine bei den Pflegebedürftigen sehr beliebte Versorgungsform etabliert. Der neue Versorgungssektor des § 92c SGB XI wird diese Strukturen mittelfristig zerschlagen. Der Auftrag des Koalitionsvertrages, das Sozialgesetzbuch XI um innovative quartiernahe Wohnformen zu ergänzen, wird klar verfehlt.

Bundesempfehlungen zum Scheitern verurteilt

Die in Absatz 5 vorgesehenen Bundesempfehlungen sind ihrer derzeitigen Ausgestaltung nicht zielführend.

Empfehlungen über vorzuhaltendes Personal sind allenfalls dann möglich, wenn sehr genaue Vorgaben zur Ausgestaltung des Leistungsangebots vorgenommen werden. Dies wiederum widerspricht dem Grundgedanken einer besonders individualisierten Versorgungsform. Gleiches gilt für konkrete Aussagen zur Vergütung und Abrechnung.

Mit der Vereinbarung über die möglichen Leistungen der häuslichen Krankenpflege als Teil des Basispakets werden die Krankenkassen versuchen, erhebliche Kosteneinsparungen ihrerseits umzusetzen. Für die Leistungserbringer gibt es hingegen kaum Anreize, derlei Leistungen im Basispaket zu verorten. Wie soll auf dieser Grundlage ein Interessenausgleich stattfinden?

Die Erfahrungen aus vergleichbaren Bundesempfehlungen wie der zu § 88a SGB XI zeigen, dass eine unmittelbare Bindungswirkung zwar pragmatisch gedacht ist, die Landespflegekassen und insbesondere die Sozialhilfeträger sich an eine solche jedoch regelmäßig nicht gebunden fühlen. Letztere verneinen regelmäßig die Bindungswirkung von Bundesempfehlungen für sich. Beispielhaft sei darauf verwiesen, dass die Bundesempfehlungen nach § 88a SGB XI zwar ausdrückliche Regelungen zu dem Auslastungsgrad der Investitionskosten treffen, diese aber flächendeckend seitens der Sozialhilfeträger nicht akzeptiert werden, mit dem Verweis auf mangelnde Beteiligung und eine vermeintliche Nichtzuständigkeit

der Selbstverwaltung im Bund. Es gibt keine Grundlage anzunehmen, dass es bezüglich dieser Bundesempfehlungen anders wäre.

Die Frist von neun Monaten ist vor dem Hintergrund dieser Problemstellungen in keinem Fall zu halten. In der Konsequenz werden auch die weiteren Regelungsinhalte, die auf der Bundesempfehlung aufbauen sollen, nicht fristgerecht vorliegen können.

Flexibilisierung vollstationärer Versorgung

Statt neue Versorgungssektoren zu schaffen und damit bewährte abgesicherte Versorgungsstrukturen zu gefährden, sollte eine Flexibilisierung der Leistungserbringung für die bestehenden Strukturen erfolgen. Für die Stärkung der WG-Versorgung verweist der bpa auf die Ausführungen zu § 45h SGB XI (siehe S. 45). Viele der vorgesehenen Maßnahmen lassen sich auf die vollstationäre Versorgung übertragen. Dieses hochregulierte Angebot muss in Anbetracht der dreifachen Herausforderungen in Form einer erheblich steigenden Nachfrage, eines geringeren Beschäftigtenpotentials und einer immer prekäreren Finanzlage Erleichterungen erfahren.

Insbesondere die personellen Anforderungen sind bereits heute flächendeckend kaum noch zu erfüllen. Der Gesetzgeber hat dies insofern bereits anerkannt, als dass vom wissenschaftlich vorgeschlagenen Mehrpersonalbedarf lediglich maximal 40 Prozent umgesetzt werden können. Die ganz überwiegende Mehrheit der Pflegeheime ist zudem von diesem Maximalwert deutlich entfernt. Immer komplexere Regulierungen des Personaleinsatzes in der Kombination aus dem Recht des Bundes und dem Ordnungsrecht der Länder führen in der Konsequenz aktuell zu einem Angebotsabbau. 18.000 vollstationäre Pflegeplätze sind im Jahr 2023 verloren gegangen – bei gleichzeitigem Nachfrageanstieg.

Der Personaleinsatz ist unmittelbar mit dem spezifischen Leistungsangebot verbunden. In den vergangenen Jahren wurden diverse Projekte erprobt, die die Möglichkeit des zielgerichteten Personaleinsatzes vorgesehen haben. Viele dieser haben sich bewährt, können aber aufgrund der bundes- und landesrechtlichen Vorgaben nicht in der Regelversorgung angewandt werden. Um den Personaleinsatz endlich effizienter, orientiert an den individuellen Gegebenheiten und zukunftsfest aufzustellen, dürfen sich die Vorgaben künftig allein aus dem Vertragsrecht ergeben. So wird eine flexible und sachgerechte Personalplanung möglich.

Im Rahmen einer Flexibilisierung der Leistungen hin zu einer noch umfangreicheren Versorgungskette für Pflegebedürftige, die in der eigenen Häuslichkeit versorgt werden, sowie einer Erweiterung der Personaleinsatzmöglichkeiten – sowohl hinsichtlich der Aufgaben wie auch der

Einsatzzeiten – sollte das Mittel der Gesamtversorgungsverträge weiter gestärkt werden.

Die Kombination von ambulanten mit teil- und vollstationären Leistungen stellt eine viel effizientere Sicherstellung der Versorgung dar, als es im neuen § 92c SGB XI angestrebt wird. Pflegeheime könnten in ihrer unmittelbaren Umgebung ambulante Leistungen anbieten, eine Tagespflege vorhalten und für diejenigen Klienten, die darüber hinaus eine umfassendere Versorgung benötigen, schließlich das vollstationäre Angebot absichern. Das ist gelebte Quartiersversorgung. Die im Gesetz geplanten Modellvorhaben nach § 125d SGB XI sind dabei ein Schritt in die richtige Richtung, aber viel zu zögerlich (s. Seite 100).

Zudem können so zusätzliche Optionen für Beschäftigte eröffnet werden. Eine größere Angebotsvielfalt bietet auch mehr Chancen für den wunschgerechten Einsatz; sei es in zeitlicher Perspektive oder in Bezug auf mehr Abwechslung im Arbeitsalltag. Das trägt dazu bei, den Teilzeitanteil zu reduzieren und einen Berufsverbleib bis zum Renteneintritt – ggf. auch darüber hinaus – zu erleichtern.

Damit das möglich ist, muss das Konstrukt des Gesamtversorgungsvertrags weiter gestärkt werden und eine Öffnung in den Leistungskatalog des SGB V erfolgen. Damit würden Gestaltungsräume eröffnet mit flexibleren Personaleinsatzmöglichkeiten für vollstationäre Pflegeeinrichtungen. Dem Bundesministerium für Gesundheit sind die vielfältigen Probleme in der Gestaltung von Gesamtversorgungsverträgen bekannt. Der ministerielle Workshop „Umsetzung der Regelung des Gesamtversorgungsvertrages – aus der Praxis für die Praxis“ hat bereits 2019 gezeigt, dass die viel zu wenigen Lösungen, die es in der Praxis tatsächlich gibt, in der Regel nur deshalb bestehen, weil in langen Prozessen sehr individuelle Einzelwege verhandelt wurden. So funktioniert aber keine flächendeckende Versorgung. Es muss daher gesetzlich eine erhebliche Entbürokratisierung erfolgen.

Änderungsvorschlag

§ 92c SGB XI wird gestrichen.

Artikel 1, Nr. 61**§ 113 SGB XI – Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität****Vorgeschlagene Neuregelung**

Die Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität sollen auf der Grundlage der Bundesempfehlungen nach § 92c Abs. 2 SGB XI um Regelungen für die gemeinschaftlichen Wohnformen nach § 92c SGB XI angepasst und ergänzt werden – bis spätestens sechs Monate nach Vorliegen der Empfehlungen nach § 92c Abs. 5 SGB XI.

Stellungnahme

Zur grundsätzlichen Bewertung der gemeinschaftlichen Wohnformen verweist der bpa auf die Ausführungen zu § 92c SGB XI (S. 65).

Als Teil der Selbstverwaltung wird der bpa an der Entwicklung der Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität nach § 113 SGB XI konstruktiv mitwirken. Irritierend ist jedoch die vom Gesetzgeber angedachte zeitliche Vorgehensweise. Es ist bereits jetzt offenkundig, dass der Zeitplan nicht einzuhalten sein wird. Grundlage sowohl für die Maßstäbe und Grundsätze nach § 113 SGB XI als auch die Qualitätsprüfungsrichtlinien nach § 114 SGB XI sind die Bundesempfehlungen nach § 92c Abs. 5 SGB XI. Diese sollen spätestens neun Monate nach Inkrafttreten des Gesetz zur Befugniserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege vorliegen. Erfahrungen aus anderen Gesetzgebungsverfahren, die die Entwicklung von Bundesempfehlungen vorsahen, haben gezeigt, dass die Verfahren – sofern man diese inhaltlich seriös und für Leistungserbringer und Kostenträger gleichermaßen handlungsleitend gestalten möchte – zeitintensiv sind. Es ist daher nicht davon auszugehen, dass die Bundesempfehlungen bereits zum gesetzlich gewünschten Zeitpunkt vorliegen. Auch für die Maßstäbe und Grundsätze muss ausreichend Zeit für die Vereinbarungspartner vorgesehen werden, die Beratungen durchzuführen und abzuschließen. Bestandteil eines solchen Prozesses unter Federführung des Qualitätsausschusses Pflege ist auch ein Beteiligungsverfahren von externen Sachverständigen. Diesen muss ebenfalls ausreichend Zeit eingeräumt werden, um die vorgesehenen Regelungen zu prüfen. Die Vereinbarungspartner müssen im Anschluss wiederum die Stellungnahmen der Sachverständigen auswerten und prüfen, ob sich daraus gegebenenfalls ein Änderungsbedarf ableiten lässt. Daran schließt sich das (schriftliche) Beschlussverfahren des Qualitätsausschusses an. Nach Vorliegen des Beschlusses muss das Bundesministerium für Gesundheit die geänderten Maßstäbe und Grundsätze nach § 113 SGB XI genehmigen, wofür ebenfalls eine gewisse Zeit berücksichtigt werden

muss. Der gesetzlich vorgesehene Zeitrahmen ist deswegen zu eng bemessen.

Sofern dem Gesetzgeber an prüfbaren Regelungen gelegen ist, die den Ansprüchen an eine hochwertige pflegerische Qualität in den gemeinschaftlichen Wohnformen genügen, muss den Vereinbarungspartnern deutlich mehr Zeit für die Beratungen eingeräumt werden.

Das angedachte Vorgehen bzw. die zeitliche Planung bezüglich des wissenschaftlichen Gutachtens (§ 113b Abs. 4 SGB XI) lässt ebenfalls große Zweifel erwachsen. Insbesondere aus den Erfahrungen bei der Entwicklung von Instrumenten zur Prüfung der Qualität und für die Qualitätsberichterstattung in der ambulanten Pflege gem. § 113b Abs. 4 S. 2 Nr. 3 SGB XI dürften dem Gesetzgeber die Herausforderungen und Schwierigkeiten bekannt sein.

Änderungsvorschläge

Der nach § 113 Abs. 1 Satz 1 SGB XI eingefügte Satz wird wie folgt gefasst:

„~~Bis zum ... [einsetzen: Datum zwölf Monate nach Inkrafttreten gemäß Artikel 7]~~ ~~müssen~~ Die Vereinbarungen nach Satz 1 **müssen sollen** auf der Grundlage der ~~Bundes~~Empfehlungen nach § 92c Absatz 5 innerhalb von ~~sechs neun~~ Monaten nach deren Vorliegen um Regelungen für die gemeinschaftlichen Wohnformen mit Verträgen zur pflegerischen Versorgung gemäß § 92c ergänzt werden.“

Artikel 1, Nr. 62b**§ 113b SGB XI – Erweiterter Qualitätsausschuss****Vorgeschlagene Neuregelung**

Die Rolle des unparteiischen Vorsitzenden des erweiterten Qualitätsausschusses soll gestärkt werden. Auf seine Initiative kann sich der erweiterte Qualitätsausschuss bis zu zweimal im Kalenderjahr mit Themen zur Qualität, Qualitätssicherung und Qualitätsdarstellung befassen, die über die konkreten gesetzlichen Aufträge hinausgehen, und hierzu Entscheidungen treffen. Der erweiterte Qualitätsausschuss soll außerdem mit einfacher Mehrheit über die Einrichtung von Arbeitsgruppen unter Leitung des unparteiischen Vorsitzenden entscheiden.

Stellungnahme

Der Qualitätsausschuss hat bisher präzise formulierte Aufgaben. Neben der Verpflichtung zur Auftragsvergabe an fachlich unabhängige wissenschaftliche Institutionen zur Sicherstellung der Wissenschaftlichkeit bei der Aufgabenwahrnehmung sind dem Qualitätsausschuss klar definierte Entscheidungen zugewiesen, die die Vertragsparteien in der Pflegeselbstverwaltung konsensual zu treffen haben. Ausdrücklich treffen die Vertragsparteien die ihnen im Einzelnen zugewiesenen Vereinbarungen, Beschlüsse und Entscheidungen durch den Qualitätsausschuss. Insofern ist dieser als ein Organ der Vertragspartner verfasst, das Entscheidungen mit Bindungswirkung auch für zugelassene Pflegeeinrichtungen trifft.

Der erweiterte Qualitätsausschuss mit einem unparteiischen Vorsitzenden hat hierbei ausschließlich die Funktion, bei fehlendem Konsens zwischen den Vertragsparteien für einzelne Entscheidungen eine Konfliktlösung mit einem Ausgleich der divergierenden Interessen zu finden und in diesem Sinne eine Schlichtung durchzuführen.

Bereits mit der Regelung des § 113b Abs. 3 S. 4 SGB XI, nach welcher der unparteiische Vorsitzende vom Bundesministerium für Gesundheit und nicht von den Vertragsparteien benannt wird, wird in den Qualitätsausschuss politischer Einfluss von außen eingebracht, der den Strukturen der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen fremd ist (vgl. Planholz/Bachem in LPK-SGB XI, § 113b Rn. 23). Nun soll das vorsitzende Mitglied „Themen zur Qualität, Qualitätssicherung und Qualitätsdarstellung“ vorgeben, „die über die konkreten gesetzlichen Aufträge hinausgehen“, und zu denen „Entscheidungen“ getroffen werden können. Mit dieser Kompetenzerweiterung, nach eigenem Gutdünken qualitätsbezogene Regelungsgegenstände des erweiterten Qualitätsausschusses zu bestimmen und Entscheidungen unklarer rechtlicher Relevanz herbeizuführen, würde nicht nur gegen das Prinzip der vorrangigen Gestaltungsbefugnis durch

die Vertragspartner in der Selbstverwaltung verstoßen, sondern verließ das vorsitzende Mitglied die Rolle des unparteiischen Schlichters hin zur Sicherung der exekutiven Einflussnahme auf vertragspartnerschaftliche Gestaltungen der Selbstverwaltung.

Eine inhaltlich tragfähige Begründung für diese Regelung gibt die Entwurfsbegründung nicht; „Themen der Pflegequalität“, die einen konkreten Regelungsauftrag für die Vertragsparteien sinnvoll machen, konnten bisher offensichtlich nicht identifiziert werden. Auch eine Begründung für eine Befugnis des erweiterten Qualitätsausschusses zur Entscheidung über die Einrichtung von Arbeitsgruppen unter Leitung des unparteiischen Vorsitzenden fehlt. Tatsächlich wird seit Jahren in nach der bestehenden Geschäftsordnung eingerichteten Arbeitsgruppen kontinuierlich und zielorientiert gearbeitet.

Nicht zuletzt wird mit dieser Regelung ein Ungleichgewicht geschaffen, indem einer einzelnen, eigentlich unparteiischen Person exklusive Rechte eingeräumt werden sollen, wohingegen alle anderen Mitglieder der Gremien lediglich ein Antragsrecht haben und für ihre Vorhaben Mehrheiten gewinnen müssen. Hiermit würden die Ausgewogenheit in der Selbstverwaltung, die Gleichbehandlung der Selbstverwaltungspartner/innen und damit die Grundlage der erfolgreichen Zusammenarbeit gefährdet.

Zutreffend wird in der Entwurfsbegründung darauf hingewiesen, dass die Vertragsparteien im Qualitätsausschuss seit vielen Jahren konstruktiv und fachlich orientiert zusammenarbeiten, so dass der erweiterte Qualitätsausschuss seit 2016 erst zweimal einberufen wurde. Auch die bisherige Klarheit der Aufgabenzuweisung liegt dem zugrunde. Eine Aufweichung hin zu unbestimmten „Themen der Pflegequalität“ und der Rolle des unparteiischen Vorsitzenden wird ohne jede sachliche Rechtfertigung zu bisher nicht eingetretenen Auseinandersetzungen führen.

Änderungsvorschläge

Die § 113b Abs. 3 SGB XI angefügten Sätze werden gestrichen.

Artikel 1, Nr. 63a und b)**§ 113c Abs. 2 SGB XI, Abs. 4 Satz 2 und 3 SGB XI – Personalbemessung in vollstationären Pflegeeinrichtungen; akademische Pflegefachkräfte****Vorgeschlagene Neuregelung**

Das Beschäftigen von akademischen Pflegefachkräften, die überwiegend Leistungen der direkten Pflege oder Betreuung von Pflegebedürftigen erbringen, wird als sachlicher Grund für das Überschreiten der Personalschlüssel nach § 113c Abs. 1 SGB XI gesetzlich benannt.

In der Bundesempfehlung nach § 113c Abs. 4 SGB XI sollen Aufgabengebiete akademisch qualifizierter Pflegefachkräfte definiert werden.

Stellungnahme

Vor dem Hintergrund einer vermeintlich nicht ausreichenden Berücksichtigung akademisch qualifizierter Pflegefachkräfte im Rahmen der wissenschaftlichen Erarbeitung des Personalbemessungsverfahrens in vollstationären Pflegeeinrichtungen sollen zusätzliche Anreize zur Beschäftigung dieses Personals geschaffen werden.

Die Vorstellungen des Gesetzgebers zur Steigerung der Pflegequalität durch einen vermehrten Theorie-Praxis-Transfer evidenzbasierter Pflege durch den Einsatz akademischer Pflegefachkräfte sind nachvollziehbar. Die Ausführungen der Gesetzesbegründung lassen jedoch nicht den Grund für die geringe Zahl der eingesetzten akademischen Pflegefachkräfte erkennen: Weder gibt es diese in annähernd ausreichender Anzahl auf dem Arbeitsmarkt noch sind die diesbezüglichen Ausbildungszahlen auf einem Niveau, dass absehbar eine flächendeckende Beschäftigung in jeder vollstationären Pflegeeinrichtung möglich wäre.

Vor diesem Hintergrund können zusätzliche Anreize geschaffen werden entsprechendes Personal einzustellen, doch die strukturellen Voraussetzungen für eine umfassende Umsetzung liegen schlicht nicht vor.

Überdies muss infrage gestellt werden, inwieweit eine zunehmende Erweiterung der Möglichkeiten zur Überschreitung der Personalanhaltswerte nach § 113c Abs. 1 SGB XI versorgungspolitisch noch zu verantworten ist. Der bpa beobachtet derzeit in den Bundesländern ein erhebliches Auseinanderdriften der Personalschlüssel. Einrichtungen, die bereits das Personal nach § 113c Abs. 1 SGB XI vorhalten, versuchen über die sachlichen Gründe noch darüber hinaus zusätzliches Personal zu vereinbaren. In Anbetracht der allgemein bekannten Beschäftigungssituation führt dies verstärkt zu einem Abwandern von Personal aus Einrichtungen mit niedrigeren Personalschlüsseln hin zu solchen mit höheren

Schlüsseln. Aus Sicht der Beschäftigten ist dies nachvollziehbar. Versorgungspolitisch ist es jedoch dramatisch. Der Gesetzgeber befördert somit ein zunehmendes Absinken der vollstationären Kapazitäten, da immer mehr Pflegeheime die Mindestpersonalschlüssel nicht erfüllen können. Die Korridorsystematik des § 113c SGB XI ist grundsätzlich zu begrüßen, da es einrichtungsindividuelle Lösungen ermöglicht. Es bedarf jedoch eines verlässlichen Personaldeckels nach unten und oben. Wenn eine Einrichtung akademisches Fachpersonal beschäftigen möchte, ist dies im Rahmen der bestehenden Personalschlüssel auch heute schon möglich. Eine Ausweitung der sachlichen Gründe um die Möglichkeit, dass vollstationäre Pflegeeinrichtungen über die geltenden Personalanhaltswerte für Pflegefachpersonen hinaus Stellen für Pflegefachpersonen mit hochschulischer Qualifikation nach § 1 Satz 2 des Pflegeberufgesetzes verhandeln können, lehnt der bpa jedoch aus den dargelegten Gründen ab.

Nicht nachvollziehbar ist zudem der Auftrag zur Definition von Aufgabebereichen für akademische Pflegefachkräfte in der Bundesempfehlung nach § 113c Abs. 4 SGB XI. Als Pflegefachkräfte werden sie qualifikationsgerecht entsprechend den jeweiligen Aufgaben und ihren individuellen Kompetenzen eingesetzt. Es ist nicht zielführend, den Eindruck zu erwecken, dass nur aufgrund einer akademischen Ausbildung ein grundsätzliches anderes Aufgabenspektrum als bei beruflich qualifizierten Pflegefachkräften anfällt. Dies wäre nicht sachgerecht im Hinblick auf die Qualifikationen und Praxiserfahrungen beruflich qualifizierter Pflegefachkräfte. Zudem muss die Frage gestellt werden, wie Aufgaben, die vermeintlich (nur) von akademischen Pflegefachkräften absolviert werden sollen, in den Pflegeeinrichtungen umgesetzt werden, in denen kein akademisches Personal eingesetzt wird.

Vor diesem Hintergrund kann es auch keinen Bezug zu den Empfehlungen der Arbeitsgruppe der Ausbildungsinitiative Pflege zu Aufgabenprofilen akademisch qualifizierter Pflegefachpersonen geben. Diese sprechen u.a. davon, dass „hochkomplexe“ Pflegefälle von akademischen Pflegefachkräften zu versorgen seien. Nicht nur fehlt eine klare Definition, wie sich solche Fälle gestalten, sondern auch jeder Hinweis, wie derlei Sachverhalte – die geübte Praxis darstellen – mit dem statistisch unbestreitbaren Fehlen akademischer Pflegefachkräfte vereinbart werden können. Es ist nicht vermittelbar politisch festzulegen, Versorgungskonstellationen bevorzugt für ein Qualifikationsniveau zu definieren, wenn eine flächendeckende praktische Umsetzung ausgeschlossen ist. Dies könnte weder den versorgten Personen und ihren An- und Zugehörigen erklärt werden noch den beruflichen qualifizierten Pflegefachkräften, die diese Aufgaben seit jeher in hoher Qualität übernommen haben.

Änderungsvorschläge

§ 113c Absatz 2 wird wie folgt geändert:

(2) Abweichend von Absatz 1 kann ab dem 1. Juli 2023 eine höhere personelle Ausstattung mit Pflege- und Betreuungspersonal vereinbart werden, wenn

1. in der bestehenden Pflegesatzvereinbarung gemäß § 84 Absatz 5 Satz 2 Nummer 2 bereits eine personelle Ausstattung vereinbart ist, die über die personelle Ausstattung nach Absatz 1 hinausgeht und diese personelle Ausstattung von der Pflegeeinrichtung vorgehalten wird, oder
2. in dem am 30. Juni 2023 geltenden Rahmenvertrag nach § 75 Absatz 1 eine höhere personelle Ausstattung für Fachkraftpersonal geregelt ist, als nach Absatz 1 Nummer 3 vereinbart werden kann, oder
3. die Pflegeeinrichtung sachliche Gründe für die Überschreitung der personellen Ausstattung nach Absatz 1 darlegen kann.

Als sachlicher Grund nach Satz 1 Nummer 3 gilt unter anderem die Vereinbarung einer personellen Ausstattung mit Pflege- und Betreuungspersonal, das

1. auf Grundlage eines entsprechenden betrieblichen Konzepts ganz oder teilweise in Personalpools oder im Rahmen vergleichbarer betrieblicher Ausfallkonzepte tätig ist, mit denen die vertragliche vereinbarte Personalausstattung bei kurzfristigen Personalausfällen oder vorübergehend nicht besetzbaren Stellen sichergestellt wird, oder
2. für die Zwecke des Modellvorhabens nach § 8 Absatz 3b beschäftigt wurde. ~~oder~~
- ~~3. die Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung nach § 1 Satz 2 des Pflegeberufgesetzes hat und überwiegend Leistungen der unmittelbar bewohnerbezogenen Pflege oder Betreuung von Pflegebedürftigen erbringt.~~

Absatz 4 wird wie folgt geändert:

(4) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene geben bis zum 30. Juni 2022 unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes Bund, des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. sowie unabhängiger Sachverständiger gemeinsam mit der Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände und der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und der Eingliederungshilfe gemeinsame Empfehlungen zu den Inhalten der Verträge nach Absatz 5 ab. ~~Die gemeinsamen Empfehlungen nach Satz 1 umfassen auch Empfehlungen zu den Aufgabebereichen für Personal nach Absatz 2 Satz 2 Nummer 3; wissenschaftliche Expertisen, die nach § 8 Absatz 3c erarbeitet wurden, sind dabei zu berücksichtigen.~~ Die Parteien nach Satz 1 arbeiten mit den maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene

sowie den auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen eng zusammen. Kommen die gemeinsamen Empfehlungen nach Satz 1 nicht zustande, wird auf Antrag einer Partei nach Satz 1 ein Schiedsgremium aus drei unparteiischen und unabhängigen Schiedspersonen gebildet. Der unparteiische Vorsitzende des Schiedsgremiums und die zwei weiteren unparteiischen Mitglieder führen ihr Amt als Ehrenamt. Sie werden vom Spitzenverband Bund der Pflegekassen und den Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene benannt. Kommt eine Einigung über ihre Benennung nicht innerhalb einer vom Bundesministerium für Gesundheit gesetzten Frist zustande, erfolgt die Benennung durch das Bundesministerium für Gesundheit im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales. Das Schiedsgremium setzt mit der Mehrheit seiner Mitglieder spätestens bis zum Ablauf von zwei Monaten nach seiner Bestellung die gemeinsamen Empfehlungen fest. Die Kosten des Schiedsverfahrens tragen der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und die Vereinigungen zu gleichen Teilen.

Artikel 1, Nr. 63b) und c)**§ 113c Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 und 2 SGB XI, § 113c Abs. 5 Satz 1 Nr. 3 SGB XI – Personalbemessung in vollstationären Pflegeeinrichtungen; Organisationsentwicklung und Einbeziehung weiterer Berufsabschlüsse****Vorgeschlagene Neuregelung**

Die Pflegeeinrichtungen sollen geeignete Maßnahmen der Personal- und Organisationsentwicklung durchführen, die sich an den Ergebnissen der Modellprojekte nach § 8 Absatz 3b orientieren.

Als QN-3-Pflegepersonal kann oberhalb des vorzuhaltenden Mindestpersonalschlüssels – zunächst befristet bis zum 31. Dezember 2026 – auch solches mit mindestens einjährigen Berufsabschlüssen außerhalb der Pflege für administrative oder pflegerische Aufgaben zur Entlastung des Fachkraftpersonals, entsprechend der jeweiligen Qualifikation, eingesetzt werden. Diese Stellenanteile können ab dem 1. Januar 2027 zusätzlich vereinbart werden.

Es wird klargestellt, dass in den Landesrahmenverträgen neben Pflegefachkräften auch andere Fachkräfte aus dem Gesundheits- und Sozialbereich (insbesondere staatlich anerkannte Hauswirtschaftler, Ergotherapeuten, Logopäden, medizinische Fachangestellte und Physiotherapeuten sowie konzeptabhängig Heilerziehungspfleger) anerkannt werden können.

Stellungnahme

Die alleinige Orientierung an den fachlichen Zielen und der Konzeption der Maßnahmen, die nach § 8 Abs. 3 entwickelt werden, lehnt der bpa ab.

Die Modellprojekte sind aus verschiedenen Gründen nicht 1:1 auf die Gesamtheit der Pflegeeinrichtungen übertragbar. So werden diese mit einem erheblich höheren Personalkörper sowie mit wissenschaftlicher und organisationstheoretischer Begleitung durchgeführt. Zudem sind deutschlandweit nur zehn Einrichtungen beteiligt. Die Voraussetzungen in den Pflegeheimen in der Fläche unterscheiden sich zum Teil erheblich von den Modelleinrichtungen. Eine Bindung an dort entwickelte Maßnahmen ist somit nicht zielführend.

Es besteht außerdem die Gefahr, dass im Zuge der noch bevorstehenden Evaluation des Modellprogramms Pflegeheime, die unterdessen ihren Personalkörper angepasst oder Umstellungen in der Einsatz- und Personalplanung vorgenommen haben oder diese nun angehen wollen, erneut Änderungen an ihren eingeführten Konzepten vornehmen müssen.

Zwar sind laut Gesetzesbegründung auch trägereigene Konzepte möglich. Aber auch diese sollen sich wiederum an den Ergebnissen der Modellprojekte nach § 8 Abs. 3c orientieren. Abweichungen sind zwar möglich, müssen aber begründet werden. Es ist somit absehbar, dass für die Pflegeeinrichtungen ein enormer Aufwand entsteht, wenn sie eigene Maßnahmen umsetzen möchten. Im Verlauf des Modellprojekts gab es erhebliche pflegefachliche Kritik an diesem. In der Konsequenz mussten die Konzepte seitens der Auftragnehmer mehrfach überarbeitet werden. Nichtsdestotrotz vermögen sie weiterhin nicht die Vielfalt der Pflege in Deutschland wiederzugeben. Überdies liegt bisher nicht einmal der Abschlussbericht des Modellprojekts vor. Die Bindung an eine Blackbox ist unverantwortlich, das Abwerten trägereigener Konzepte unter einem Vorbehalt widerspricht dem Ziel der Wertschätzung und Stärkung der Kompetenzen von Pflegefachpersonen und Einrichtungen.

Positiv ist die Klarstellung in der Begründung, dass Konzepte und Instrumentarien aus dem Modellprogramm oder der Entwicklung des Personalbemessungsinstruments weder für die Durchführung und Ahndung ordnungsrechtlicher Maßnahmen noch für die Durchführung von Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen geeignet sind. Auch der Hinweis, dass der Interventionskatalog keine isolierte, schematisch anzuwendende Grundlage für Maßnahmen der Personal- und Organisationsentwicklung darstellt, wird von bpa ausdrücklich begrüßt. Zum besseren Verständnis regt der bpa jedoch an, die Sätze inhaltlich miteinander zu verbinden.

Völlig ausgeblendet hat der Gesetzgeber leider eine strukturelle Refinanzierung der Organisationsentwicklungsmaßnahmen. Angesichts der zahlreichen wirtschaftlichen Belastungen bedarf es hierzu dringend einer gesetzlichen Regelung. Möglich wäre beispielsweise eine entsprechende Berücksichtigung im Personal- oder Verwaltungsschlüssel der Einrichtungen.

Die Ausweitungen bzw. Klarstellungen zu berücksichtigungsfähigen Berufsabschlüssen im QN 3 und 4 werden vom bpa ebenfalls ausdrücklich begrüßt. Es sei jedoch sehr deutlich darauf hingewiesen, dass Regelungen über anererkennungsfähige Abschlüsse regelhaft im Ordnungsrecht der Länder verortet sind. Ohne eine dortige Anpassung laufen die hier vorgesehenen Erleichterungen somit ins Leere. Die Formulierung der Begründung „Darüber hinaus ist zu berücksichtigen, dass es sich ausschließlich um eine leistungsrechtliche, nicht um eine ordnungsrechtliche Anrechenbarkeit handelt.“ offenbart die sehr eingeschränkte Wirkung der Regelungen.

Der Bund ist gefordert, gegenüber den Ländern sehr deutlich die Notwendigkeit einer Anpassung der ordnungsrechtlichen Regelungen nahe zu bringen. Über zwei Jahre nach Inkrafttreten der neuen Systematik des § 113c SGB XI haben viele Bundesländer noch keinerlei Angleichung des Personalverordnungen oder vergleichbarer Vorgaben an das Personalbemessungsinstrument vorgenommen. Teils wird nur per Erlass oder

sonstiger Vereinbarung sichergestellt, dass die Regelungen des § 113c SGB XI überhaupt trotz noch geltender Fachkraftquote umgesetzt werden können. Andere Länder haben zwar damit begonnen, ihr Landesrecht anzupassen, sind aber nicht bereit, der Logik des wissenschaftlichen Personalbemessungsinstruments oder der Zielsetzung des Bundesrechts in § 113c SGB XI zu folgen und halten beispielsweise an den wissenschaftlich nie begründeten gesonderten Fachkraftquoten fest.

Änderungsvorschläge

§ 113c Absatz 3, Ziffer 1 SGB XI wird wie folgt geändert:

(3) Sofern ab dem 1. Juli 2023 eine personelle Ausstattung mit Pflege- und Betreuungspersonal vereinbart wird, die über die mindestens zu vereinbarenden personelle Ausstattung im Sinne von Absatz 5 Nummer 1 hinausgeht,

1. soll die Pflegeeinrichtung geeignete Maßnahmen der Personal- und Organisationsentwicklung durchführen, die einen personenzentrierten und kompetenz-orientierten Personaleinsatz im Sinne der Ziele dieser Vorschrift gewährleisten, ~~diese sollen sich an den fachlichen Zielen und der Konzeption der Maßnahmen, die nach § 8 Absatz 3b entwickelt und erprobt wurden, orientieren,~~

Die Begründung zu Art. 1, Nr. 63 Buchstabe b wird wie folgt geändert:

Die wissenschaftlich gestützte Begleitung der Einführung und Weiterentwicklung des wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in vollstationären Pflegeeinrichtungen nach qualitativen und quantitativen Maßstäben nach § 8 Absatz 3b SGB XI verfolgt das Ziel, die Personalsituation in den Einrichtungen nachhaltig zu verbessern.

Bereits vor dem Abschluss des Modellprojekts nach § 8 Absatz 3b SGB XI werden durch den Spitzenverband Bund der Pflegekassen Informationen zur Verfügung gestellt, die der Vorbereitung von Maßnahmen der Personal- und Organisationsentwicklung dienen. Diese Nutzung dieser Informationen durch die Pflegeeinrichtungen ist freiwillig. Die den Informationen zugrundeliegenden Konzepte werden im Rahmen des Modellprojekts begleitend evaluiert. Sie sind weder für die Durchführung und Ahndung ordnungsrechtlicher Maßnahmen noch für die Durchführung von Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen geeignet. **Dies umfasst auch den sogenannten Interventionskatalog des Projekts zur Entwicklung und Erprobung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Personalbedarfsbemessung, da dieser keine isolierte, schematisch**

anzuwendende Grundlage für Maßnahmen der Personal- und Organisationsentwicklung darstellt.

Neben einer Mehrpersonalisierung soll die Personalsituation flankierend durch Personal- und Organisationsentwicklungsmaßnahmen gestärkt werden, mit denen – unter Berücksichtigung des Grundsatzes der Personzentrierung – ein kompetenzorientierter Personaleinsatz umgesetzt wird. Entsprechende Maßnahmen sollen umgesetzt werden, wenn eine Mehrpersonalisierung auf der Grundlage von § 113c Absatz 1 erfolgt.

Mit der Änderung wird klargestellt, dass hierfür nicht nur die im Rahmen des Modellprogramms nach § 8 Absatz 3b bis zum Sommer 2025 zu entwickelnden und zu evaluierenden Maßnahmen, sondern auch Maßnahmen auf Grundlage trügereigener fachlicher Konzepte verwendet werden können, die die Ziele des § 113c in vergleichbarer Weise umsetzen. ~~Diese trügereigenen Konzepte sollen sich an den Zielen und der Konzeption der Maßnahmen, die nach § 8 Absatz 3b entwickelt und erprobt wurden, orientieren. Das bedeutet, dass sie sich an der Zielsetzung einer qualifikations- und kompetenzorientierten Bezugspflege orientieren sollen. Begründete Abweichungen sind konzeptabhängig möglich.~~ Perspektivisch sind hierbei auch die Ergebnisse der wissenschaftlichen Expertisen nach § 8 Absatz 3c zu berücksichtigen. ~~Der sog. Interventionskatalog des Modellprojekts nach § 8 Abs. 3b stellt hingegen keine isolierte, schematisch anzuwendende Grundlage für Maßnahmen der Personal- und Organisationsentwicklung dar.~~

~~Die konkrete Eignung der Konzepte beinhaltet, dass a~~ Abhängig vom Umfang der Mehrpersonalisierung **können** auch abgestufte Konzepte umgesetzt werden können. Dies ist auch ein Beitrag zur Entbürokratisierung, da nicht bereits bei einer nur geringen Mehrpersonalisierung ein umfassender Personal- und Organisationsentwicklungsprozess durchgeführt werden muss, sondern schrittweise abhängig vom Personalaufbau vorgegangen werden kann. Zudem werden durch die Regelung die Umsetzung des Personalbemessungsverfahrens und seiner Wirkungen auf die Arbeitsbedingungen der beruflich Pflegenden weiter beschleunigt.

Artikel 1, Nr. 64**§ 113d Abs. 9 SGB XI – Geschäftsstelle zur Personal- und Organisationsentwicklung****Vorgeschlagene Neuregelung**

Die maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene sollen gemeinsam mit den Vertragsparteien nach § 113 Abs. 1 Satz 1 SGB XI eine unabhängige qualifizierte Geschäftsstelle zur Begleitung und Unterstützung einer fachlich fundierten Personal- und Organisationsentwicklung beauftragen. Diese soll u.a. bei der bei der fachgerechten Wahrnehmung der Pflegeprozessverantwortung, bei der Umsetzung von Pflegedokumentationskonzepten sowie ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen bei der Umsetzung von bewohner- und kompetenzorientierten Personal- und Organisationsentwicklungsmaßnahmen unterstützen.

Stellungnahme

Der bpa lehnt die Einführung dieser neu zu schaffenden Geschäftsstelle strikt ab. Als Begründungen werden u.a. eine bessere Unterstützung bei der Pflegepersonalbemessung und mehr Unterstützung für Pflegefachpersonen bei der Aufgabenverteilung genannt. Dafür bedarf es keiner neuen bürokratischen Institution, die unnötige Ressourcen binden wird. Die Pflegeeinrichtungen benötigen keine zusätzlichen Beratungen und keinen weiteren Wissenstransfer von außen, sondern eigene Ressourcen, um die Organisationsentwicklung von innen heraus entwickeln zu können. Wirksam sind Maßnahmen nur, wenn die notwendige Struktur in den Einrichtungen für die notwendigen Prozesse besteht. Die neue Institution trägt aber gerade nicht zur Ressourcenstärkung in den Einrichtungen bei, sondern würde zusätzliche Kapazitäten binden.

Das Gleiche gilt für die Umsetzung von Pflegedokumentationskonzepten. Mit der Umsetzung des sog. Strukturmodells ([EinStep](#)) sind diverse Maßnahmen zur Begleitung und Unterstützung der Pflegeeinrichtungen erfolgreich etabliert worden. Dafür bedarf es keiner neuen Institution. Der bpa fordert daher die Streichung von § 113c Abs. 9 SGB XI. Soweit der Gesetzgeber eine institutionelle Absicherung des EinSTEP-Modells wünscht, sollte dieses an die Geschäftsstelle des Qualitätsausschusses angebunden werden. Hier finden sich bestehende Strukturen, die die anfallenden Aufgaben unmittelbar umsetzen können.

Änderungsvorschläge

§ 113d SGB XI wird gestrichen.

Artikel 1, Nr. 65

§ 114 SGB XI – Digitale Prüfaufträge

Vorgeschlagene Neuregelung

Aufträge für Qualitätsprüfungen nach § 114 SGB XI sollen ab dem 1. Januar 2028 auf digitalem Wege erteilt werden.

Stellungnahme

§ 114 SGB XI wird vom bpa als sinnvolle Maßnahme erachtet. Der bpa begrüßt jegliche Digitalisierungsmaßnahmen, die zu einer effizienten und qualitativ guten Versorgung im Gesundheitswesen und in der Pflege beitragen. Die mit dieser Regelung beabsichtigte Effizienzsteigerung und Steigerung der Transparenz ist ebenfalls im Sinne des bpa.

Änderungsvorschläge

Keine.

NEU**Art. 1, Nr. 65****§ 114 Abs. 2 Satz 1 SGB XI – Prüfrhythmus****Bisherige Regelung**

Qualitätsprüfungen finden als Regelprüfungen mindestens einmal jährlich statt.

Vom bpa vorgeschlagene Neuregelung

Der Prüfrhythmus für die Regelprüfungen wird auf zwei Jahre verlängert.

Stellungnahme

Jede Prüfung bedeutet für die Pflegeeinrichtung einen erheblichen organisatorischen Aufwand – angefangen bei der Aufbereitung der Dokumente über die interne Abstimmung bis hin zur Begleitung der Prüfinstanz. In einem ohnehin angespannten Arbeitsumfeld mit gravierendem Fachkräftemangel führt dies zu einer erheblichen Belastung für Pflegekräfte und Leitungspersonal. Weniger häufige Prüfungen ermöglichen eine spürbare Entlastung und ermöglichen die Konzentration auf die direkte Versorgung und Zuwendung für die pflegebedürftigen Menschen. Auch der Medizinische Dienst arbeitet bereits an der Grenze seiner Kapazitäten. Die Ressourcen für eine flächendeckende jährliche Prüfung sind nicht vorhanden. Das zeigt sich nicht zuletzt daran, dass 2023 lediglich in 8.123 stationären Einrichtungen Regelprüfungen stattgefunden haben (siehe 8. Qualitätsbericht des Medizinischen Dienstes Bund nach § 114a Absatz 6 SGB XI, S. 24). Unter Berücksichtigung der wenigen Einrichtungen (475), die aufgrund eines verlängerten Prüfrhythmus nicht kontrolliert wurden, ergibt sich eine erschreckend niedrige Prüfquote von 68 Prozent. Ein zweijährlicher Prüfturnus schafft die Möglichkeit, die Kapazitäten der Prüfinstanzen für die gezielte Beratung einzusetzen und sich auf Einrichtungen mit Schwächen und Auffälligkeiten in der pflegerischen Versorgung im Rahmen von Anlassprüfungen zu konzentrieren.

Änderungsvorschlag

§ 114 Abs. 2 Satz 1 wird wie folgt gefasst:

Die Landesverbände der Pflegekassen veranlassen in zugelassenen Pflegeeinrichtungen ~~bis zum 31. Dezember 2010 mindestens einmal und ab dem Jahre 2011~~ regelmäßig im Abstand von ~~höchstens einem Jahr zwei Jahren~~ eine Prüfung durch den Medizinischen Dienst, den Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. oder durch von ihnen bestellte Sachverständige (Regelprüfung).

Art. 1, Nr. 66**§ 114a Abs. 1 Satz 2 SGB XI - Ankündigung der Qualitätsprüfungen****Vorgeschlagene Neuregelung:**

Qualitätsprüfungen sollen künftig zwei Tage zuvor angekündigt werden. Bisher müssen sie einen Tag vorher angekündigt werden.

Stellungnahme:

Der bpa begrüßt die vorgesehene Verlängerung der Ankündigungsfrist als Schritt in die richtige Richtung, setzt sich aber darüber hinaus dafür ein, dass Prüfungen grundsätzlich **mindestens 7 Tage** zuvor anzukündigen sind.

Bereits 2018 wurde im Abschlussbericht zur neuen QPR stationär durch die Verfasser die Empfehlung an den Qualitätsausschuss ausgesprochen, auf eine Verlängerung der Ankündigungsfrist durch eine Veränderung der gesetzlichen Bestimmung des § 114a SGB XI hinzuwirken.

Insbesondere vor dem Hintergrund, dass eine wünschenswerte Präsenz von Mitarbeiterenden von Pflegeeinrichtungen bei der Qualitätsprüfung aufgrund der zunehmenden Bedeutsamkeit des Fachgesprächs erforderlich ist sowie der Notwendigkeit der Zusammenstellung relevanter Unterlagen für die Qualitätsprüfung, sollte die Ankündigungsfrist mehr Vorlauf erhalten. Die oftmals als Begründung für eine kurzfristigere Ankündigung genannte Möglichkeit, Unterlagen zu manipulieren, verliert in den neuen Prüfverfahren sowohl ambulant als auch stationär aufgrund der reduzierten Bedeutung einer vorwiegend dokumentationsorientierten Prüfung an Bedeutung.

Der bpa appelliert an den Gesetzgeber, den Pflegeeinrichtungen das Vertrauen entgegenzubringen, das der **Bundeskanzler** in seiner Regierungserklärung am 14. Mai 2025 für die gesamte Bundesregierung angekündigt hat:

„Aber diese einzelnen Fragen, über die ich spreche, und die Antworten, die wir darauf geben, sind Teil eines **neuen Grundverständnisses**, das wir in der Koalition miteinander vereinbaren konnten, nämlich des **Grundverständnisses, dass wir unseren Unternehmen und ihren Beschäftigten nicht mit Misstrauen und Kontrollansprüchen begegnen, sondern mit Vertrauen und eben mit Verantwortung**. Denn auch die Unternehmen und die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, auch die Sozialpartner in den Betrieben genauso wie die Arbeitgeberorganisationen und die Gewerkschaften, sie alle tragen Verantwortung und **sie alle verdienen**

einen Vertrauensvorschuss, sie verdienen mehr Freiheit und Unterstützung, statt Misstrauen und immer mehr Vorschriften.“

Änderungsvorschlag

§ 114a Abs. 1 Satz 2 wird wie folgt gefasst:

Die Prüfungen sind grundsätzlich **zwei sieben Arbeits**Tage zuvor anzukündigen.

Artikel 1, Nr. 66**§ 114a Abs. 3 SGB XI – Anforderungen Pflegedokumentation****Vorgeschlagene Neuregelung**

Es soll konkretisiert werden, dass an die Pflegedokumentation nur die in den Maßstäben und Grundsätzen nach § 113 Absatz 1 Satz 2 festgelegten Anforderungen gestellt werden dürfen.

Stellungnahme

Die geplante vermeintliche Klarstellung zum Umgang mit der im Rahmen von Qualitätsprüfungen zu berücksichtigenden Pflegedokumentation durch eine unmittelbare Bezugnahme auf die in den Maßstäben und Grundsätzen nach § 113 Absatz 1 Satz 2 SGB XI festgelegten Anforderungen erscheint auf den ersten Blick sinnvoll. In der Praxis jedoch droht dieser Ansatz zu einer reinen Leerformel zu verkommen, die weder eine spürbare Entlastung für die Pflegeeinrichtungen mit sich bringt noch zu mehr Rechtssicherheit führt.

Auch wenn sich die Anforderungen formal auf die Maßstäbe und Grundsätze (MuG) beziehen sollen, verbleibt dem Medizinischen Dienst (MD) faktisch ein weiter Interpretationsspielraum. Im Zweifel wird er weiterhin zusätzliche Anforderungen damit rechtfertigen, dass sie erforderlich seien, um Sinn und Zweck der MuG-Vorgaben zu erfüllen. Damit bliebe das Problem bestehen, dass die Praxis der MD-Prüfungen nach wie vor in vielen Fällen zu überzogenen Dokumentationsanforderungen führt, die deutlich über das hinausgehen, was für die pflegerische Versorgung notwendig ist. Solange nicht eindeutig geregelt ist, dass der MD keine Anforderungen über den verbindlich festgelegten Wortlaut hinausstellen darf, bleibt die Rechtsunsicherheit bestehen. Einrichtungen stehen dann weiterhin in einem asymmetrischen Verhältnis, bei dem der MD faktisch frei definieren kann, was er für prüfrelevant hält.

Änderungsvorschläge

Keine

Artikel 1, Nr. 66**§ 114a Abs. 7 SGB XI – Richtlinien für die Qualitätsprüfungen in gemeinschaftlichen Wohnformen****Vorgeschlagene Neuregelung**

Der Medizinische Dienst Bund wird verpflichtet, Richtlinien für die Qualitätsprüfungen in gemeinschaftlichen Wohnformen mit Verträgen zur pflegerischen Versorgung gemäß § 92c SGB XI zu beschließen. Diese müssen sechs Monate nach dem Zeitpunkt vorliegen, an dem die Maßstäbe und Grundsätze nach § 113 SGB XI um Regelungen für die gemeinschaftlichen Wohnformen ergänzt wurden.

Stellungnahme

Zu den Qualitätsprüfungs-Richtlinien wird auf die Ausführungen zu [§ 113 SGB XI](#) verwiesen. Wie bei den Maßstäben und Grundsätzen zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität erscheint auch der vorgesehene Zeitplan für die Erarbeitung bzw. Anpassung der Qualitätsprüfungs-Richtlinien als zu knapp bemessen. Laut Begründung sollen die Bundesempfehlungen nach § 92c Abs. 2 SGB XI und die Maßstäbe und Grundsätze nach § 113 SGB XI als Grundlage dienen. Im Vergleich zum Referentenentwurf wurden die verschiedenen Fristen hinsichtlich der Empfehlungen nach § 92c SGB XI, den Maßstäben und Grundsätzen nach § 113 SGB XI zwar harmonisiert, offen ist aber weiterhin, welche Auswirkungen eventuelle Verzögerungen bei den Beratungen zur Bundesempfehlung auf den Prozess haben.

Änderungsvorschläge

§ 114a Abs. 7 Satz 3 SGB XI wird wie folgt gefasst:

„Die Richtlinien für gemeinschaftliche Wohnformen mit Verträgen zur pflegerischen Versorgung gemäß § 92c sind auf der Grundlage der Empfehlungen nach § 92c Absatz 5 innerhalb von ~~sechs~~ **neun** Monaten nach der Ergänzung der Vereinbarungen gem. § 113 Abs. 1 Satz 2 zu beschließen.“

Artikel 1, Nr. 67

§ 114c SGB XI – Richtlinien zur Verlängerung des Prüfrhythmus in vollstationären, teilstationären und ambulanten Einrichtungen bei guter Qualität

Vorgeschlagene Neuregelung

Mit der Änderung soll die Beteiligung der Pflegeberufe an Entscheidungsprozessen anhand der Vorgaben des § 118a SGB XI einheitlich gestaltet und gestärkt werden. Die Möglichkeit des verlängerten Prüfzeitraums auf zwei Jahre bei Vorliegen eines hohen Qualitätsniveaus soll auch auf ambulante und teilstationäre Einrichtungen ausgeweitet werden.

Stellungnahme

Der bpa begrüßt die Erweiterung der Möglichkeit des verlängerten Prüfrhythmus auch auf die ambulanten und teilstationären Pflegeeinrichtungen. Eine Beschränkung der Regelung nur auf die vollstationäre Pflege wäre nicht nachvollziehbar. Leider hat der Gesetzgeber versäumt, die Kriterien, die bisher für das „hohe Qualitätsniveau“ zu Grunde gelegt werden, zu überarbeiten, so dass zu erwarten ist, dass die Anzahl der Einrichtungen und Dienste, welche die Anforderungen erfüllen, auch künftig verschwindend gering sein wird.

Im Frühjahr 2024 hat die Daten-Clearing-Stelle (DCS) eine erste Auswertung für das Kalenderjahr 2023 zur Anzahl der Einrichtungen, welche die Kriterien für die Verlängerung des Prüfrhythmus erfüllen, vorgelegt. Das Ergebnis war ernüchternd. Lediglich 961 und somit 7,9 Prozent der bei der Datenclearingstelle (DCS) registrierten Pflegeeinrichtungen (12.222) konnten ein hohes Qualitätsniveau nach den Vorgaben der PruP-RiLi aufweisen. Bezogen auf alle vollstationären Pflegeeinrichtungen, bei denen im Jahr 2023 eine Qualitätsprüfung erfolgt ist, betrug der Anteil der Einrichtungen mit einem hohen Qualitätsniveau 12,1 Prozent. Damit bestätigt sich die Auffassung des bpa, dass die durch den Medizinischen Dienst definierten Kriterien deutlich zu restriktiv und kaum zu erfüllen sind. Ein relevanter Einrichtungskreis wird nicht erreicht. Das Ziel einer Entlastung qualitativ gut arbeitender Träger wird nicht erfüllt. Deswegen schlägt der bpa vor, in § 114 SGB XI den Prüfrhythmus auf zwei Jahre zu verlängern (s. Seite 86) und durch eine Änderung in § 114c SGB XI bei guter Qualität einen Prüfrhythmus von drei Jahren vorzusehen. In jedem Fall müssen die weiteren, hier unterbreiteten Vorschläge zur Änderung der Richtlinien umgesetzt werden.

Der Gesetzgeber sollte daher klarstellend tätig werden und Aspekte der zu berücksichtigenden Kriterien gesetzlich festschreiben. Insbesondere die bei vollstationären Einrichtungen vorgenommene Kumulation der

Anforderungen aus Ergebniserfassung und Qualitätsprüfung durch den Medizinischen Dienst sollte dabei in den Blick genommen werden. Die Anforderung, dass vollstationäre Einrichtungen immer in beiden Bereichen, also sowohl bei der Indikatorenerhebung als auch der Qualitätsprüfung, außerordentlich gute Ergebnisse vorweisen müssen, ist in der Praxis nur schwer zu erreichen, was auch die Zahlen der DCS belegen. Eine Qualitätsprüfung ist die Qualitätseinschätzung an einem Tag, die immer nur einen kleinen Ausschnitt darstellen kann und zudem durch subjektive Einschätzungen und Wahrnehmungen leicht beeinflussbar ist. Die Ergebniserfassung umfasst längere Zeitabschnitte und ist objektiver. Insofern sollten auch sehr gute Ergebnisse bei der Indikatorenerfassung ausreichen, um längere Prüfzyklen erreichen zu können. Außerdem sollten auch Einrichtungen, die vom Indikatorenverfahren ausgeschlossen sind, vom verlängerten Prüfrhythmus profitieren können, wenn sie die entsprechenden Kriterien für die Qualitätsprüfungen erfüllen. Ansonsten läge außerdem eine Ungleichbehandlung gegenüber den teilstationären und ambulanten Einrichtungen vor, bei denen das Indikatorenverfahren ebenfalls nicht zur Anwendung kommt.

Überdies sollte eine Klarstellung erfolgen, dass der verlängerte Prüfrhythmus nicht nur für die Prüfungen des Medizinischen Dienstes gilt, sondern auch für die der Heimaufsicht. Es ist nicht vermittelbar, wieso die eine Prüfung nur alle 24, die andere aber alle zwölf Monate nötig sein sollte.

Änderungsvorschläge

§ 114c Abs. 1 SGB XI wird wie folgt gefasst:

Abweichend von § 114 Absatz 2 soll eine Prüfung in einer zugelassenen vollstationären Pflegeeinrichtung ab dem 1. Januar 2023 und in einer zugelassenen teilstationären oder ambulanten Pflegeeinrichtung ab dem 1. Januar 2027 regelmäßig im Abstand von höchstens zwei Jahren stattfinden, wenn durch die jeweilige Einrichtung ein hohes Qualitätsniveau erreicht worden ist. **Dies gilt auch für Einrichtungen, die gemäß Anlage 3 der Maßstäbe und Grundsätze für die vollstationäre Pflege vom Indikatorenverfahren ausgeschlossen sind.** Die Landesverbände der Pflegekassen informieren die betroffenen Einrichtungen entsprechend den Maßgaben eines vom Spitzenverband Bund der Pflegekassen festgelegten bundeseinheitlichen Informationsverfahrens über die Verlängerung des Prüfrhythmus. Der Medizinische Dienst Bund legt im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen und unter Beteiligung des Prüfdienstes des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. in Richtlinien Kriterien zur Feststellung eines hohen Qualitätsniveaus sowie Kriterien für die Veranlassung unangemeldeter Prüfungen nach § 114a Absatz 1 Satz 3 fest. Bei der Erstellung der Richtlinien sind für

vollstationäre und teilstationäre Einrichtungen die Empfehlungen heranzuziehen, die in dem Abschlussbericht des wissenschaftlichen Verfahrens zur Entwicklung der Instrumente und Verfahren für Qualitätsprüfungen nach den §§ 114 bis 114b und die Qualitätsdarstellung nach § 115 Absatz 1a in der stationären Pflege „Darstellung der Konzeption für das neue Prüfverfahren und die Qualitätsdarstellung“ in der vom Qualitätsausschuss Pflege am 17. September 2018 abgenommenen Fassung zum indikatorengestützten Verfahren dargelegt wurden. Dabei sind die Besonderheiten der teilstationären Pflege zu berücksichtigen. Die Feststellung, ob ein hohes Qualitätsniveau durch eine vollstationäre Einrichtung erreicht worden ist, soll von den Landesverbänden der Pflegekassen auf der Grundlage der durch die Datenauswertungsstelle nach § 113 Absatz 1b Satz 3 übermittelten Daten und der Ergebnisse der nach § 114 durchgeführten Qualitätsprüfungen erfolgen. **Für vollstationäre Pflegeeinrichtungen sind die Ergebnisse der Indikatorenerhebung maßgeblich.** ~~Die Ergebnisse der Qualitätsprüfungen sind hierbei für teilstationäre Pflegeeinrichtungen allein maßgeblich.~~ Für ambulante Pflegeeinrichtungen sollen mit ihrem Wirksamwerden die Instrumente für die Prüfung der Qualität nach § 113b Absatz 4 Satz 2 Nummer 3 sowie die Ergebnisse der nach § 114 durchgeführten Qualitätsprüfungen für die Feststellung sowie für die Erstellung der Richtlinien im Übrigen maßgeblich sein. Die auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen wirken nach Maßgabe von § 118 an der Erstellung und Änderung der Richtlinien mit. Der Medizinische Dienst Bund hat die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene, die maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene, den Verband der privaten Krankenversicherung e. V., die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und der Eingliederungshilfe und die kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene zu beteiligen. Ihnen ist unter Übermittlung der hierfür erforderlichen Informationen innerhalb einer angemessenen Frist vor der Entscheidung Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen. Die Kriterien nach Satz 3 sind auf der Basis der empirischen Erkenntnisse der Datenauswertungsstelle nach § 113 Absatz 1b zur Messung und Bewertung der Qualität der Pflege in den Einrichtungen sowie des allgemein anerkannten Standes der medizinisch-pflegerischen Erkenntnisse regelmäßig, erstmals nach zwei Jahren, zu überprüfen.

Artikel 1, Nr. 68**§ 115 Abs. 1a SGB XI – Ergebnisse von Qualitätsprüfungen, Qualitätsdarstellung, Vergütungskürzung****Vorgeschlagene Neuregelung**

Mit den Ergänzungen sollen bei gemeinschaftlichen Wohnformen mit Verträgen zur pflegerischen Versorgung gemäß § 92c SGB XI die Transparenz der Qualitätsdarstellung geregelt und sogenannte Qualitätsdarstellungsvereinbarungen (QDV) beschlossen werden, welche die Form der Darstellung einschließlich einer Bewertungssystematik festlegen.

Stellungnahme

Es ist nachvollziehbar, dass der Gesetzgeber im Umgang mit den Ergebnissen von Qualitätsprüfungen und der Qualitätsdarstellung möglichst einheitliche Regelungen für alle Versorgungsformen erlassen möchte.

Wie aber bereits zu den §§ 45h und 92c SGB XI ausgeführt, gibt es nach Ansicht des bpa kein Erfordernis einen neuen Leistungssektor einzuführen, der ohne echte Verbesserung des Leistungsumfangs und -inhalts in erster Linie vor allem deutlich mehr administrativen Aufwand schafft. Das gilt gleichermaßen für den Regelungskreis des § 115a SGB XI.

Auch und gerade im Hinblick auf mögliche Qualitätsprüfungen zeigt sich sehr deutlich, dass die gemeinschaftliche Wohnform gem. § 45h SGB XI eine gänzliche neue Versorgungsform wäre, denn es würden weder die stationären noch die ambulanten Prüfrichtlinien passen. Es müssten somit neue Richtlinien erarbeitet werden. In der Folge würde neben der ambulanten und der stationären somit eine weitere Versorgungsform eingeführt, die erheblichen zusätzlichen bürokratischen Aufwand erzeugen würde:

- spezielle Rahmenverträge mit eigenen Qualitätsanforderungen
- separate Vergütungsvereinbarungen inkl. Abrechnungsmodalitäten
- ein eigenes separates Qualitätsprüfungs- und Qualitätsdarstellungssystem.

Dies wäre genau das Gegenteil der angekündigten und notwendigen Entbürokratisierung der pflegerischen Versorgung in Deutschland. Dazu heißt es im Koalitionsvertrag:

„Wir verringern Dokumentationspflichten und Kontrolllichten durch ein Bürokratieentlastungsgesetz im Gesundheitswesen massiv, etablieren eine Vertrauenskultur und **stärken die Eigenständigkeit und**

Eigenverantwortlichkeit der Professionen, statt sie mit Bürokratie aus Gesetzgebung und Selbstverwaltung zu lähmen.“

Änderungsvorschläge

Zusammen mit § 45h SGB XI und § 92c SGB XI sind auch die in § 115 SGB XI eingefügten Hinweise auf eine Qualitätsdarstellungsvereinbarung für gemeinschaftliche Wohnformen mit Verträgen nach § 92 c SGB XI ersatzlos zu streichen.

Artikel 1, Nr. 74**§ 125a SGB XI – Modellvorhaben zur Erprobung von Telepflege****Vorgeschlagene Neuregelung**

Für eine wissenschaftlich gestützte Erprobung von Telepflege zur Verbesserung der pflegerischen Versorgung von Pflegebedürftigen werden aus Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung fünf Millionen Euro im Zeitraum von 2022 bis 2025 zur Verfügung gestellt. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen erarbeitet im Benehmen mit den Verbänden der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene, geeigneten Verbänden der Digitalwirtschaft sowie der Gesellschaft für Telematik und unter Beteiligung der maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene und den maßgeblichen Selbsthilfeverbänden (oder der Pflegebevollmächtigten) bis zum 31. Dezember 2027 Empfehlungen zur Umsetzung der Ergebnisse der wissenschaftlich gestützten Erprobung von Telepflege zur Verbesserung der pflegerischen Versorgung in der ambulanten und stationären Langzeitpflege.

Stellungnahme

Das Modellvorhaben nach § 125a SGB XI umfasst gerade einmal zwölf Projekte, sodass insgesamt die Themenauswahl sehr beschränkt ist. Auf dieser Basis können Empfehlungen zur Telepflege nicht sinnvoll erstellt werden. Der bpa schlägt deswegen vor, dass die Empfehlungen zur Telepflege unabhängig vom Modellvorhaben erfolgen. Die Erfahrungen aus dem Modellvorhaben können dort mit einfließen, sie sollten aber nicht ausschließliche Grundlage für die Empfehlungen sein. Zugleich müssen die Empfehlungen auch zwingend Aussagen über die künftige Finanzierung der Telepflege enthalten, um die Umsetzung zu beschleunigen.

Änderungsvorschläge

§ 125a Abs. 3 SGB XI wird wie folgt gefasst:

Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen erarbeitet im Benehmen mit den Verbänden der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene, 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 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 **sowie deren Finanzierung.**

Artikel 1, Nr. 75**§ 125c SGB XI – Modellvorhaben zur****Erprobung digitaler Verhandlungen der Pflegevergütung****Vorgeschlagene Neuregelung**

Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen soll aus Mitteln des Ausgleichsfonds Modellvorhaben zur Erprobung digitaler Verhandlungen der Pflegevergütung durchführen, mit dem Ziel dadurch künftig Verhandlungen effizient und zügig zum Abschluss bringen zu können.

Stellungnahme

Der bpa bewertet dieses Vorhaben aus zwei Gründen kritisch. Zum einen liegt die alleinige Planungsverantwortung für die Modellvorhaben beim Spitzenverband Bund der Pflegekassen, was die Befürchtung zulässt, dass nicht alle entscheidenden Stellschrauben im Vergütungsverfahren gleichermaßen berücksichtigt werden. Zum anderen gibt es vielerorts bereits heute eine bewährte Praxis von digitalisierten Verhandlungsverfahren, die keiner Erprobung mehr bedürfen.

Anstelle von Modellvorhaben ist die Vereinfachung von Kalkulationsunterlagen mit der Möglichkeit, Daten einfacher in die Verhandlungsdateien der Vertragsparteien zu exportieren, ein effektiver Beitrag zur Beschleunigung von Verfahren, der bereits in Praxis Anwendung findet. Daher sollte die Etablierung digitaler Verfahren in die Regelungsinhalte der nach § 86a Abs. 3 SGB XI vorgesehenen Bundesempfehlungen aufgenommen werden. Weit weniger digital sind die Schiedsstellenverfahren, bei denen nach wie vor Schriftsätze in mehrfacher Ausfertigung in Papierform versendet werden müssen. Die Verordnungsermächtigung bezüglich der Ausgestaltung der Schiedsstellen liegt bei den Ländern. Diese Ermächtigung sollte um den Auftrag, die Möglichkeiten der Digitalisierung zur Verfahrensbeschleunigung in der Schiedsstelle zu nutzen, ergänzt werden. Anstelle kostenintensiver Modellprojekte, die die Mittel des Ausgleichsfonds weiter schmälern, aber nicht in absehbarer Zeit zu spürbaren Entlastungen im Verhandlungsgeschehen führen werden, sollten bereits erkannte Entlastungspotentiale so genutzt werden, dass sie flächendeckend zur Verfahrensvereinfachung beitragen können. Mit einem entsprechenden Auftrag an die Partner der Bundesempfehlungen nach § 86a SGB XI und die Landesregierungen zur Vereinfachung der Schiedsstellenverfahren kann effektiv zur Verfahrensbeschleunigung beigetragen werden.

Änderungsvorschläge

§ 86a Absatz 3 wird wie folgt ergänzt:

(3) Zur Unterstützung effizienter und bürokratiearmer Verfahren mit dem Ziel des Abschlusses weitsichtiger Pflegesatz- und Pflegevergütungsvereinbarungen sind auf Bundesebene Empfehlungen nach dem Verfahren gemäß § 75 Absatz 6 bis zum [einsetzen: Datum neun Monate nach Inkrafttreten gemäß Artikel 7] abzugeben. Die Empfehlungen betreffen **unter Berücksichtigung digitaler Verfahren** insbesondere:

1. die Anforderungen an die nach § 85 Absatz 3 geeigneten Nachweise zur Darlegung der voraussichtlichen Personal- und Sachaufwendungen einschließlich entsprechender Formulare zur Aufbereitung der Daten,
2. geeignete Formen zur Hinterlegung oder zum Ausweis der der Pflegesatz- oder Vergütungsvereinbarung zugrunde gelegten Personal- und Sachaufwendungen und Ausgangswerte **unter Berücksichtigung möglicher Kalkulationsparameter nach Absatz 2 Satz 2**, die bei Anschlussvereinbarungen einer Anpassung leicht zugänglich sind,
3. Methoden für vereinfachte Anpassungsverfahren bezogen auf Einzel- und Gruppenverfahren einschließlich geeigneter Parameter und Orientierungswerte bei der Vereinbarung von Pauschalen und
4. Handreichungen zum Umgang mit aktuellen Herausforderungen bei den Vereinbarungsverfahren.

In den Empfehlungen ist zu berücksichtigen, dass vereinbarte Pauschalen in Einzel- und Gruppenverfahren für jede Pflegeeinrichtung in einem angemessenen Verhältnis zur tatsächlichen Höhe von Personal- und Sachaufwendungen sowie von weiteren relevanten Positionen stehen müssen. Die Vertragspartner nach § 75 Absatz 1 in den Ländern können davon abweichende Vorgaben in ihren Rahmenverträgen vereinbaren, im Übrigen sind die Empfehlungen für die ~~Vertragspartner~~ **Vertragsparteien nach § 85 Absatz 2** unmittelbar verbindlich.

§ 76 Abs. 5 wird wie folgt ergänzt:

(5) Die Landesregierungen werden ermächtigt, durch Rechtsverordnung das Nähere über die Zahl, die Bestellung, die Amtsdauer und die Amtsführung, die Erstattung der baren Auslagen und die Entschädigung für Zeitaufwand der Mitglieder der Schiedsstelle, die Geschäftsführung, das Verfahren, die Erhebung und die Höhe der Gebühren sowie über die Verteilung der Kosten zu bestimmen. **Die Regelungen haben insbesondere die Möglichkeiten zur Sicherstellung eines effizienten und bürokratiearmen Verfahrensablaufs durch digitale Anwendungen zu berücksichtigen.**

Artikel 1, Nr. 75**§ 125d SGB XI – Modellvorhaben zur Erprobung der Flexibilisierung der Leistungserbringung stationärer Pflegeeinrichtungen****Vorgeschlagene Neuregelung**

Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen kann aus Mitteln nach § 8 Abs. 3 SGB XI Modellvorhaben zur Erprobung der Flexibilisierung stationärer Pflegeeinrichtungen vereinbaren. Gegenstand der Erprobung sind der dauerhafte Einbezug von An- und Zugehörigen in die vollstationäre pflegerische Versorgung und dadurch die Abwahlmöglichkeit professionell erbrachter Leistungen nach § 43 sowie die Erbringung von Leistungen häuslicher Pflegehilfe (§ 36 SGB XI) und die Versorgung mit häuslicher Krankenpflege (§ 37 SGB V) durch voll- und teilstationäre Pflegeeinrichtungen für Versicherte außerhalb der Pflegeeinrichtung.

Stellungnahme

Der bpa bewertet dieses Vorhaben in der Zielrichtung positiv. Gleichwohl ist die konkrete Ausgestaltung noch dringend verbesserungswürdig.

Dem GKV-Spitzenverband wird es freigestellt entsprechende Modellvorhaben umzusetzen („kann...vereinbaren“). Dieses optionale Vorgehen ist nicht sachlogisch. Die Option zum Durchführen besteht bereits nach der geltenden Rechtslage über die Modellvorhaben des § 8 Abs. 3 SGB XI. Die Forschungsstelle des GKV-Spitzenverbands könnte das jederzeit umsetzen. Es braucht daher die Verpflichtung zur Erfüllung des Auftrags. Leider fehlt es an einer gesonderten finanziellen Ausstattung hierfür. Das Modellprojekt nach § 8 Abs. 3b SGB XI zur PeBeM-Erprobung und Weiterentwicklung litt erheblich unter der zu geringen finanziellen Ausstattung. Eine Erprobung in lediglich 10 Pflegeheimen deutschlandweit hat von Beginn an der Legitimität und Akzeptanz geschadet. Dies wird hier absehbar umso stärker der Fall sein, da eine erhebliche umfangreichere Bandbreite an Möglichkeiten erprobt und wissenschaftlich begleitet werden sollte. Die Gestaltungsspielräume zur Flexibilisierung der Leistungserbringung in der teil- und vollstationären Versorgung sind enorm – zumal die Erprobung einer Maßnahme in lediglich ein oder zwei Fällen keine umfassende Aussagekraft mit sich bringt. Die Begründung zu Absatz 2 spricht davon, dass maximal 3 Einrichtungen pro Bundesland an der Erprobung beteiligt werden sollen. Soweit tatsächlich sichergestellt ist, dass 48 Einrichtungen sich am Modellprojekt beteiligen können, wäre dies eine gute Größe. Ohne entsprechende Mittelzuweisung scheint dies jedoch nicht vorstellbar.

Die Aufzählung an denkbaren Flexibilisierungen ist viel zu kurz gedacht. **Es geht um die Absicherung der Versorgung im stationären Setting.** Wieso werden die Weiterentwicklungen dabei auf zwei Bereiche beschränkt – zumal einer dieser mit der Einbindung der Angehörigen bereits in verschiedenen anderen Projekten betrachtet wurde und sich die Bereitschaft in der Regel sehr in Grenzen hielt? Vielmehr wäre eine Abwahl von Leistungen doch auch denkbar, wenn der Pflegebedürftige diese selbstbestimmt nicht nutzen möchte. Das gleiche gilt im Übrigen auch für eine Zuwahl von Leistungen, beispielsweise in Form einer anderen Verpflegung. Wenn Pflegebedürftige und Pflegeeinrichtungen freiwillig ihre vertraglich vereinbarten Leistungen anpassen wollen, muss ihnen diese Gestaltungsfreiheit freistehen. **In einem mutigen Modellprojekt muss ein offenes Denken und Handeln möglich sein.** Nur so kann identifiziert werden, welche Grenzen das derzeitige Leistungs- und Ordnungsrecht setzen, die eine bessere Leistungserbringung im Weg stehen. Der Katalog der zu erprobenden Leistungen darf nicht von vornherein beschränkt werden.

Es verwundert überdies, dass die am Modellprojekt teilnehmenden Einrichtungen einem insgesamt weiter sehr engen Korsett an Vorgaben unterliegen – welches vielfach hinter den Möglichkeiten des § 92c SGB XI, also neuer Regelversorgung, zurückbleibt. Vielmehr sollte doch in diesem kontrollierten Umfeld ein Abweichen vom Status Quo befördert werden.

Vollkommen unklar ist, wieso die Laufzeit der Übergangsregelung zur Flexibilisierung der Leistungen nach dem Ende des Modellprogramms an das Vorliegen der Bundesempfehlungen nach § 92c Absatz 4 SGB gekoppelt sein soll. Diese richten sich an ambulante Pflegedienste, nicht vollstationäre Pflegeeinrichtungen. Soweit die Bundesempfehlungen spätestens Ende 2027 vorliegen würden, gäbe es zudem für ein Ende 2028 auslaufendes Modellprogramm überhaupt keine Übergangsfrist. Dies scheint dem Ziel dieser Regelung offenkundig zu widersprechen.

Änderungsvorschläge

§ 125d Abs. 1 SGB XI wird wie folgt geändert:

Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen ~~kann~~ **führt** in den Jahren 2026 bis 2028 aus den Mitteln nach § 8 Absatz 3 Modellvorhaben zur Erprobung der Flexibilisierung der Leistungserbringung von zugelassenen stationären Pflegeeinrichtungen nach Satz 2 ~~vereinbaren~~ **durch**. Gegenstand der Erprobung ~~sind~~ **können sein**

1. der dauerhafte Einbezug von An- und Zugehörigen in die vollstationäre pflegerische Versorgung ~~und dadurch~~
2. die Ab- **und** Zuwahlmöglichkeit professionell erbrachter Leistungen nach § 43 ~~sowie~~
3. die Erbringung von Leistungen im Sinne des § 36 dieses Buches und die Versorgung mit häuslicher Krankenpflege gemäß § 37 des Fünften Buches durch voll- und teilstationäre Pflegeeinrichtungen für Versicherte außerhalb der Pflegeeinrichtung sowie
4. **weitere Maßnahmen zur Flexibilisierung des bestehenden Leistungsangebots.**

§ 125d Abs. 3 Satz 5 wird wie folgt geändert:

Die Flexibilisierung der Leistungserbringung der teilnehmenden Pflegeeinrichtungen zur Versorgung kann bis zu zwei Jahre nach dem Ende des Modellvorhabens ~~und bis zu zwölf Monate nach dem Vorliegen der Bundesempfehlungen nach § 92c Absatz 4~~ gültig bleiben.

Artikel 1, Nr. 78**§ 154 SGB XI – Ergänzungshilfen für stationäre Pflegeeinrichtungen zum Ausgleich steigender Preise für Erdgas, Wärme und Strom****Vorgeschlagene Neuregelung**

Soweit eine Pflegeeinrichtung, die Ergänzungshilfen nach § 154 SGB XI erhalten hat, keine Jahresabrechnung gegenüber der zuständigen Pflegekassen vorlegt, sollen die erhaltenen Ergänzungshilfen nicht mehr um 20 Prozent, sondern stattdessen um 100 Prozent gekürzt werden

Stellungnahme

Die vorliegende Neuregelung ist weder nachvollziehbar noch sachgerecht. Die Regelung ist Ausdruck der wiederholt gezeigten Misstrauenskultur, die der Gesetzgeber und die Kostenträger gegenüber den Pflegeeinrichtungen leben. Statt Unterstützung und Entlastung werden die bürokratischen Belastungen durch immer neue Vorgaben und Sanktionierungen permanent verschärft. Die Regelung zeigt überdies, wie die Ankündigung des Koalitionsvertrages zur Etablierung einer „Vertrauenskultur“ (Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD, S. 78) gelebt wird: Im ersten Pflegegesetz der Koalition wird das Gegenteil umgesetzt.

Der Gesetzgeber behauptet, dass Pflegeeinrichtungen Jahresabrechnungen nicht vorlegen würden, weil diese vermeintlich selbst bei einer Rückzahlungsverpflichtung von 20 Prozent der erhaltenen Ergänzungshilfen ein wirtschaftlich besseres Ergebnis erzielen könnten. Wie es zu dieser Einschätzung kommt, bleibt unklar. Zahlen über die Auswirkungen der Spitzabrechnung im Rahmen der Jahresabrechnungen liegen öffentlich nicht vor. Der Gesetzgeber, dem seitens des GKV-Spitzenverbandes hierzu Bericht erstattet wird, veröffentlicht ebenfalls keine Zahlen. Sollte die in der Begründung postulierte Annahme stimmen, sollte es entsprechende statistische Anzeichen geben. Es ist jedoch bekannt, dass die Inanspruchnahme der Ergänzungshilfen erheblich niedriger war, als zunächst erwartet. Die Pflegeeinrichtungen haben insbesondere durch ihre Bemühungen zum Energiesparen dazu beigetragen, dass der vorgesehene Haushaltsansatz nicht ansatzweise ausgenutzt wurde.

Nichtsdestotrotz will der Gesetzgeber nun die Sanktionierung drastisch verschärfen, um „Wettbewerbsverzerrungen“ zu verhindern. Diese Wettbewerbsverzerrungen wurden gleichwohl ursprünglich billigend in Kauf genommen, indem die Pflegeeinrichtungen, die kein leitungsgebundenes Erdgas oder keine leitungsgebundene Fernwärme nutzten, keine Ergänzungshilfen in Anspruch nehmen durften.

Dass Pflegeeinrichtungen teilweise gegebenenfalls keine Abgabe der Jahresabrechnungen vorgenommen haben, ist fast ausnahmslos mit deren Überlastung zu erklären. Immer neue Vorgaben führen dazu, dass sich Pflegeeinrichtungen kaum noch auf ihr Kerngeschäft einer qualitativ hochwertigen pflegerischen Versorgung konzentrieren können. Immer neue Nachweise, Dokumentation, Konzeptnotwendigkeiten, Hygiene- und Personalverordnungen und so weiter führen zu einer Stärkung der Arbeit am Papier und einer Schwächung der Arbeit am Menschen. Gleichzeitig muss in verschiedenen Ländern beobachtet werden, dass seitens der Kostenträger die Personalschlüssel für Verwaltungsanteile sogar noch weiter reduziert werden sollen – obwohl die Anforderungen immer weiter steigen und Erhebungen zeigen, dass Pflegeeinrichtungen bereits erheblich mehr Personal für die Verwaltung einsetzen müssen, als sie refinanziert bekommen.

Änderungsvorschläge

Die Neuregelung wird gestrichen.

Artikel 3, Nr. 2**§ 15a SGB V – Erbringung von Leistungen der ärztlichen Behandlung durch Pflegefachpersonen****Vorgeschlagene Neuregelung**

Pflegefachpersonen mit den erforderlichen Kompetenzen können bestimmte Leistungen der ärztlichen Behandlung erbringen.

Stellungnahme

Diese Regelung ist die zentrale Stellschraube, um die Kompetenzen von Pflegefachpersonen im Leistungsrecht zu verankern. Damit wird eine wirkungsvolle und rechtsverbindliche Verankerung im Leistungsrecht vorgenommen. Das begrüßt der bpa. Besonders hervorzuheben ist der erste Satz in der Begründung:

„Der Pflegeberuf ist ein Heilberuf mit eigenen beruflichen Kompetenzen.“

Auf diesen Satz haben Tausende von Pflegekräften in Deutschland lange gewartet. Damit kommt die Bundesregierung grundsätzlich dem nach, was ein Gesetz zur Befugnisserweiterung in der Pflege vermuten lässt. Die Kompetenzen der Pflegekräfte werden anerkannt und leistungsrechtlich verankert. Der bpa begrüßt, dass Pflegefachpersonen künftig auch heilkundliche Leistungen – die bisher Ärzten vorbehalten sind – erbringen dürfen.

In der Begründung heißt es weiter: „Zur Eigenverantwortlichkeit gehören die berufsrechtlich weisungsfreie Entscheidung über die Art, Dauer und Häufigkeit der Behandlung. ... Eine eigenverantwortliche Erbringung von bestimmten Leistungen der ärztlichen Behandlung bedeutet, dass die Pflegefachperson auf Grundlage ihrer vorhandenen fachlichen Kompetenzen einen eigenen fachlichen Entscheidungsbereich hat, der nicht täglich oder im Einzelfall neu festgelegt wird, sondern grundsätzlich besteht.“

Diese Sätze sind eine wichtige Botschaft an die Pflegefachpersonen. Wenn das, was dort beschrieben wird, tatsächlich in der Praxis ankommt, bedeutet das eine Abkehr von der Abhängigkeit von Ärzten und kann zu einer echten Aufwertung des Pflegeberufes führen.

Zur Wahrheit gehört allerdings auch, dass es bis zur tatsächlichen Umsetzung dessen in der Praxis noch ein langer Weg ist (s. dazu u.a. die Ausführungen zu § 73d SGB V, Seite 120).

Welche ärztlichen Leistungen von Pflegefachpersonen künftig erbracht werden können, ergibt sich u.a. aus einem noch zu schließenden Vertrag nach § 73d SGB V auf Bundesebene. Dieser soll einerseits einen Katalog entsprechender Leistungen enthalten und einen Katalog an Leistungen der häuslichen Krankenpflege, die Pflegefachpersonen eigenverantwortlich verordnen können. Bis dieser Vertrag geschlossen ist, können die Leistungen aus der Anlage des Rahmenvertrags zu den Modellvorhaben nach § 64d SGB V erbracht werden (s. dazu Seite 108).

Der bpa begrüßt, dass die Verweise auf den noch zu schließenden Vertrag nach § 73d SGB V und die Anlage zum Rahmenvertrag nach § 64d SGB V nicht abschließend sind, sondern diese nur „insbesondere“ Beispiele sind.

Besonders wichtig ist es, dass die Leistungen der ärztlichen Behandlung nicht nur von studierten Pflegefachpersonen erbracht werden dürfen, sondern auch von solchen mit einer beruflichen Ausbildung oder mit einer staatlich anerkannten, bundesweit einheitlichen Weiterbildung oder aufgrund einer solchen Weiterbildung entsprechenden Berufserfahrung, die durch eine Kompetenzfeststellung der Länder nachgewiesen wurde.

Das ist ein wichtiges Signal an die Mehrheit der Pflegekräfte in Deutschland, die eine berufliche Ausbildung hat. Deswegen ist die Einbeziehung der Pflegekräfte mit beruflicher Ausbildung ein wesentlicher Faktor, der zum Gelingen oder Scheitern des Gesetzes beitragen kann. Es darf nicht dazu führen, dass es nur wenige akademisch qualifizierte Pflegekräfte geben wird, die Leistungen der ärztlichen Behandlung durchführen können, während die Masse der Pflegefachkräfte keine Chance dazu erhält (Zahlen zum Verhältnis von beruflich qualifizierten Pflegekräften und wissenschaftlich qualifizierten Kräften siehe Seite 16).

Der bpa unterstützt auch ausdrücklich die Möglichkeit, dass Pflegefachpersonen mit einer Weiterbildung oder mit Berufserfahrung und einer Kompetenzfeststellung ärztliche Leistungen erbringen können sollen. Da die Weiterbildung in die Hoheit der Länder fällt, ist eine Anerkennung über zuständige Landesbehörden wohl unvermeidlich, auch wenn sich der bpa hier bundeseinheitliche Standards wünschen würde. Geplant ist hierzu vom Bundesministerium für Gesundheit die Initiierung einer Bund-Länder-Arbeitsgruppe – das ist ein erster Schritt in die richtige Richtung, aber es sollte zumindest geprüft werden, ob nicht gleich weitergehende Maßnahmen wie eine zentrale Stelle auf Bundesebene oder zumindest eine gemeinsame Website mit entsprechenden Übersichten möglich sind. Eine bundeseinheitliche Anerkennung der entsprechenden Weiterbildungen ist nicht nur ein wichtiges Signal für die Pflegefachpersonen, sondern aus Gründen des Patientenschutzes erforderlich, wie die Gesetzesbegründung richtigerweise feststellt. Durch die Vorschrift werden auch die

Vorbehaltstätigkeiten nach § 4 PflBG im Leistungsrecht verankert, wodurch andere Berufsgruppen diese nicht erbringen dürfen.

Außerdem wird klargestellt, dass die zu den Pflegeleistungen auch die Pflegeprozessverantwortung gehört. Hierzu wird auf die Ausführungen zu § 11 SGB XI Steuerung des Pflegeprozesses; Vorhaltung von Delegationskonzepten (s. Seite 26) verwiesen.

Änderungsvorschläge

Keine.

Artikel 3, Nr. 13**§ 64d SGB V – Modellvorhaben zur Übertragung ärztlicher Tätigkeiten****Vorgeschlagene Neuregelung**

Während die Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3b und 3c SGB V – bis auf eine Bestandsschutzregelung – gestrichen werden, bleiben die Modellvorhaben nach § 64d SGB V bestehen und werden in die Regelversorgung überführt.

Stellungnahme

Die Regelungen zur Gültigkeit der Modellvorhaben nach § 64 SGB V bedürfen der Klarstellung.

Durch § 15a Abs. 1 Nr. 3 SGB V werden die Leistungen der Anlage 1 des Rahmenvertrags nach § 64d in die Regelversorgung überführt. Das bedeutet, dass diese nach Inkrafttreten des Gesetzes am 1. Januar 2026 erbracht werden könnten. Das bestätigt auch die Begründung, in der es heißt, dass diese Leistungen „unmittelbar“ in die Regelversorgung übernommen werden. Die Gültigkeit dieser Regelung ist begrenzt „bis zum Abschluss des Vertrags nach § 73d Absatz 1 Satz 1 SGB V. Da der Vertrag nach § 73d SGB V bis zum 31. Juli 2027 zu schließen ist, würde demnach gelten, dass zwischen 1. Januar 2026 und 31. Juli 2027 die Leistungen der Anlage 1 des Rahmenvertrags nach § 64 d SGB V als Regelleistungen durch Pflegefachpersonen erbracht werden können.

In der Begründung zu § 73d Abs. 1 SGB V wird darauf verwiesen, dass möglicherweise sich noch die Notwendigkeit einer Anpassung des bisherigen Rahmenvertrags nach § 64d SGB V ergeben könnte, weil die selbständige Erbringung heilkundlicher Tätigkeiten über ein Modellprogramm erfolgt und nicht als Regelleistung. Da es nach Kenntnis des bpa kein Modellprogramm gibt, können die entsprechenden Vorschriften in § 64d SGB V und 73d SGB V zur Anpassung des Rahmenvertrags gestrichen werden.

Die Überführung der Modellvorhaben in die Regelversorgung begrüßt der bpa. Die Regelungen zu § 63 Abs. 3b und 3c SGB V sowie zu § 64d SGB V sollten gestrichen werden. Seit 2008 sollten Modellvorhaben Erkenntnisse zur selbständigen Ausübung von Heilkunde durch Pflegefachkräfte liefern. Das Verfahren wurde verzögert, es sind kaum Modellvorhaben umgesetzt worden. Aus Sicht des bpa sind die Modellvorhaben gescheitert. Deswegen ist es richtig, die entsprechenden Regelungen so bald als möglich zu streichen und die Modelle in die Regelversorgung zu überführen.

Änderungsvorschläge

§ 63 Abs. 3b SGB V und § 63 Abs. 3c SGB V werden gestrichen. § 64d SGB V wird mit Wirkung zum 1. August 2027 gestrichen.

Hilfsweise: In § 64d Abs. 1 SGB V wird die Einfügung des folgenden Satzes gestrichen: „Bis zum 31. März 2027 ist der Rahmenvertrag unter Berücksichtigung des Ergebnisses der Prüfung nach § 73d Absatz 1 Satz 2 so anzupassen, dass die in Anlage 1 des Rahmenvertrags genannten Leistungen der ärztlichen Behandlung durch Pflegefachpersonen auch in der Regelversorgung erbracht werden können.“

In § 73d Satz 2 SGB V wird gestrichen: „Bis zum 31. Dezember 2026 haben die in Satz 1 genannten Vertragspartner zu prüfen, ob Anpassungen des nach § 64d Absatz 1 Satz 4 geschlossenen Rahmenvertrags erforderlich sind, damit die in Anlage 1 des Rahmenvertrags genannten Leistungen der ärztlichen Behandlung durch Pflegefachpersonen auch in der Regelversorgung erbracht werden können.“

Artikel 3, Nr. 16**§ 73d SGB V – Eigenverantwortliche Erbringung von Leistungen durch Pflegefachpersonen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung****Vorgeschlagene Neuregelung**

Welche ärztlichen Leistungen durch Pflegefachpersonen selbständig erbracht und welche Leistungen der häuslichen Krankenpflege (und der dafür benötigten Hilfsmittel) durch Pflegefachpersonen eigenständig verordnet und zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung abgerechnet werden können, wird bis 31. Juli 2027 in einem Vertrag zwischen den Verbänden der Pflegeeinrichtungen, dem GKV-SV sowie der KBV vereinbart. Zudem sind Rahmenvorgaben zur interprofessionellen Zusammenarbeit zwischen Pflegepersonen und Ärzten zu vereinbaren.

Stellungnahme

Die entscheidende Frage des Gesetzes zur Befugniserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege lautet:

Welche Leistungen der ärztlichen Behandlung dürfen Pflegefachpersonen künftig selbständig erbringen?

Da der Gesetzgeber von einer eigenen Festlegung abgesehen hat, sollen die Antworten durch die Regelungen von § 73d SGB V erfolgen. Der bpa begrüßt diese Konstruktion grundsätzlich.

Der Vertrag soll festlegen, welche Leistungen der ärztlichen Behandlung durch Pflegefachpersonen erbracht werden können und welche Qualifikationen dafür erforderlich sind.

Vorgesehen ist, dass in den Vertrag nur Leistungen aufgenommen werden, die nicht heute bereits zu pflegerischen Aufgaben gehören. Das ist aus Sicht des bpa der richtige Ansatz, da es sich um neue, bisher Ärzten vorbehaltenen Leistungen handelt und nicht um die bisherigen pflegerische Regelleistungen.

Der bpa begrüßt, dass dabei auch ausdrücklich eine einschlägige Berufserfahrung berücksichtigt werden kann. Damit wird den Pflegefachpersonen mit beruflicher Ausbildung eine wichtige Perspektive eröffnet, die zur Attraktivität des Pflegeberufs und zum Berufsverbleib beitragen kann. Das unterstützt der bpa. Positiv ist, dass auch staatlich anerkannte Weiterbildungen als Grundlage für die Übernahme ärztlicher Leistungen anerkannt werden. Der Gesetzgeber sieht vor, dass der auf der Grundlage von § 64d

SGB V geschlossene Rahmenvertrag als vereinbart gilt, um möglichst schnell eine Umsetzung zu ermöglichen.

Obwohl im Gesetzentwurf grundsätzlich davon abgesehen wird, die heilkundlichen Tätigkeiten, die Pflegefachpersonen erbringen können, festzulegen, finden sich teilweise sehr detaillierte Hinweise dazu. Genannt werden u.a. die Anlage eines Venenverweilkatheters/einer subkutanen Kanüle und die Gabe einer physiologischen Infusionslösung bei Exsikkose, die Entscheidung über die Anlage eines transurethralen Blasenkatheters bei einem Harnverhalt sowie über dessen Entfernung. Dass Anpassungen von Insulindosen bei Blutzucker-Abweichungen, kapilläre und venöse Blutentnahmen oder eine Uringewinnung zur Routinediagnostik und Verlaufskontrolle bei Diabetes mellitus Typ 1 und 2 ausschließlich Pflegefachpersonen mit hochschulischer Ausbildung zugeordnet werden, ist aus Sicht des bpa nicht sachgerecht. Der Gesetzgeber sollte hier dem zu schließenden Vertrag nicht vorgreifen und auf Beispiele für die ärztlichen Tätigkeiten, die durch Pflegefachpersonen erbracht werden können, verzichten. Denn der Gesetzgeber hat mit der Regelung des Vertrags nach § 73d SGB V ganz bewusst davon Abstand genommen, die ärztlichen Leistungen abschließend selbst zu definieren. Der Gesetzgeber hätte anstelle der Vertragslösung auch selbst einen Katalog gesetzlich verankern können – solange er diese Aufgabe an die Vertragspartner delegiert, sollte er deren Gestaltungsspielraum auch respektieren.

Sehr kritisch bewertet der bpa die Durchführung von Leistungen der ärztlichen Behandlung durch Pflegefachpersonen bei an einem an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer. Damit würde ein Konstruktionsfehler der Regelung von § 64d SGB V fortgeführt werden. Der Gesetzgeber muss sich fragen lassen, warum er das Gesetz zur Befugnisenerweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege umsetzt – geht es um eine Attraktivitätssteigerung der Pflegeberufe als einen wichtigen Baustein gegen den Fachkräftemangel in der Pflege? Oder geht es um die Entlastung der Ärzte, die zu ganz anderen Bedingungen Pflegefachpersonen beschäftigen könnten als Pflegeeinrichtungen und damit den Personalmangel in der Langzeitpflege verschärfen würden?

Das Gesetz zur Befugnisenerweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege sollte ein Gesetz zur Stärkung der Pflegekräfte in der Pflege sein. Es besteht kein Mangel an Pflegekräften bei Ärzten, sondern in der Langzeitpflege. Die Aktion „[Bei Anruf sorry](#)“ des bpa hat im Sommer 2024 gezeigt, dass jede Pflegeeinrichtung täglich durchschnittlich dreimal „Sorry“ sagen und Versorgungsanfragen ablehnen musste. Der Grund dafür sind die fehlenden Pflegekräfte. Erinnert sei auch an die Konzertierte Aktion für Pflege. Im [Zweiten Umsetzungsbericht](#) wird ausdrücklich „eine Aufwertung der Fachkompetenz von Pflegefachpersonen, indem ihnen künftig mehr Befugnisse in der Versorgung von pflegebedürftigen Menschen eingeräumt werden“, als Ziel genannt. Es geht um die Versorgung

von pflegebedürftigen Menschen – und nicht um die Stärkung der Arztpraxen.

Die Berücksichtigung von Pflegefachpersonen, die bei Vertragsärzten angestellt sind, ist ein dramatisches Einfallstor, um den Mangel der besonders qualifizierten Pflegekräfte in der Langzeitpflege zu verschärfen. Es wird für Ärzte sehr einfach, die Pflegefachpersonen zu „Neben-Ärzten“ in ihrer Praxis zu machen. Dann dient das Gesetz zur Befugnisenerweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege in erster Linie nicht der Pflege, sondern zur Entlastung der Ärzte, die in der Regel auch noch ganz andere Rahmenbedingungen bieten können als Pflegeeinrichtungen. Es steht damit zu erwarten, dass sich eine beträchtliche Anzahl der für erweiterte heilkundliche Tätigkeiten qualifizierte Pflegefachpersonen für eine Beschäftigung in der Arztpraxis entscheiden werden und in der Langzeitpflege zusätzlich fehlen. Der Gesetzgeber muss sich entscheiden, ob er mit dem Gesetz zur Befugnisenerweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege Verbesserungen für die Pflegebedürftigen erreichen will oder Arztpraxen entlasten will. Erinnerung sei auch an die Begründung des Gesetzentwurfs (Seite 65):

„Vor dem Hintergrund des demografischen Wandels ist die Zahl der pflegebedürftigen Menschen in den letzten Jahren weiter angestiegen. ... Dies führt einerseits zu einer kontinuierlich steigenden Nachfrage nach Pflegeleistungen und andererseits **zu einem steigenden Bedarf an Pflegekräften, um eine personenzentrierte und qualitativ hochwertige Pflege für die wachsende Zahl pflegebedürftiger Menschen und für Patientinnen und Patienten zu ermöglichen.** Auch wenn die Langzeitpflege in den vergangenen Jahren zu den besonders stark wachsenden Dienstleistungsbranchen gehörte, bedarf es weiterer bundesgesetzlicher Regelungen zur Verbesserung der Rahmenbedingungen in der Pflege, um die an der Pflege beteiligten Akteure zu unterstützen, ihren gesetzlichen Auftrag einer leistungsfähigen, regional gegliederten, ortsnahe und aufeinander abgestimmten **pflegerischen Versorgung der Bevölkerung zu erfüllen.**“

Der bpa fordert daher eine Klarstellung im Gesetz, dass die Erbringung von ärztlichen Leistungen durch Pflegefachpersonen nicht bei zugelassenen Vertragsärzten möglich ist.

Auf scharfe Kritik des bpa stößt auch der faktische Ausschluss von Pflegeeinrichtungen nach § 71 Abs. 1 und 2 SGB XI aus dem Regelungsbereich von § 73d SGB V. Pflegefachpersonen sollen ärztliche Leistungen der Begründung nach nur in Pflegeheimen erbringen können, wenn sie als Angestellte eines Arztes dort Hausbesuche machen oder im Rahmen einer Kooperationsvereinbarung nach § 119b SGB V oder wenn Pflegeheime zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung ermächtigt sind.

Es ist völlig unverständlich, warum u.a. die rund 245.000 Pflegefachpersonen, die in Pflegeheimen arbeiten, von der Kernregelung des Gesetzes ausgeschlossen werden sollen. Eine Begründung dafür fehlt und ist auch nicht ersichtlich. Bei den bisherigen Modellvorhaben nach § 64d SGB V waren die Pflegeheime einbezogen, ebenso im Referentenentwurf für das Pflegekompetenzgesetz aus der letzten Legislaturperiode.

Auch die Pflegefachpersonen in den zugelassenen Einrichtungen der Langzeitpflege nach dem SGB XI benötigen ein klares Signal der Bundesregierung, dass mit diesem Gesetz auch ihre Potenziale gehoben und ihre Kompetenzen stärker gewürdigt werden. Das Ziel des Gesetzes ist es, den Beruf noch attraktiver zu machen. Das erfordert dringend die Einbeziehung der Pflegefachpersonen in zugelassenen Pflegeeinrichtungen in den regulären Anwendungsbereich von § 73d SGB V. Die in § 28 Abs. 5 SGB XI vorgesehene Regelung ist hierfür keine adäquate Lösung (s. Seite 35). Die Regelung ist widersprüchlich, konterkariert die Ziele des Gesetzentwurfs und es droht ein weiterer finanzpolitischer Verschiebeparkplatz zu Lasten der Pflegeversicherung und der Pflegebedürftigen. Stattdessen ist durch Regelungen im SGB V sicherzustellen, dass die Leistungen der ärztlichen Behandlung durch Pflegefachpersonen in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen als durch die gesetzliche Krankenversicherung zu finanzierende Leistungen regelhaft und ohne ärztliche Leistungssteuerungsfunktion Ärzte erbracht werden können.

Durch den Vertrag soll festgelegt werden, für welche Leistungen der häuslichen Krankenpflege (und dafür benötigte Hilfsmittel) Pflegefachpersonen Verordnungen und Folgeverordnungen ausstellen können. Die Begründung verweist auf die jetzt bereits möglichen Blanko-Verordnungen und nennt als darüberhinausgehende Beispiele Folgeverordnungen für Sondennahrung über eine Magensonde oder Blutzuckermessung. Der bpa nimmt diese Ausführungen zur Kenntnis. Der Gesetzgeber sollte dem Vertrag nicht vorgehen.

Für den Bereich der häuslichen Krankenpflege (HKP) gibt es ein Regelungsregime über die Erlangung der Leistung mittels Verordnung des Arztes und Genehmigung der Leistung durch die Krankenkasse gemäß HKP-Richtlinie. Hier bleibt offen, auf welcher Grundlage für die Katalogleistungen nach Nr. 1 die Pflegefachperson nach ärztlicher Diagnose und Indikationsstellung zur eigenverantwortlichen Leistungserbringung übergehen kann. Auch dieses Verfahren ist im Vertrag zu regeln.

Bereits bei den Verhandlungen zum Rahmenvertrag nach § 64d SGB V spielte die Frage der Vergütung eine Rolle. Auf Drängen des bpa wurden entsprechende Hinweise aufgenommen. Der Gesetzgeber sollte daher im neuen Vertrag nach § 73d SGB V festlegen, dass auch Rahmenvorgaben

zur Vergütung vereinbart werden müssen. Entsprechende Regelungen finden sich auch in anderen Rahmenverträgen, etwa in § 132a Abs. 1 SGB V. Wenn qualifizierte Pflegefachpersonen mit Studium und/oder entsprechender Qualifizierung ärztliche Leistungen erbringen, bedarf es gesonderter Vereinbarungen für deren Vergütung.

Änderungsvorschläge

§ 73d SGB V wird wie folgt gefasst:

(1) Die Kassenärztliche Bundesvereinigung, der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die für die Wahrnehmung der Interessen von Pflegediensten maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene und die Vereinigungen der Träger von Pflegeheimen im Sinne des § 71 Absatz 2 des Elften Buches vereinbaren bis zum 31. Juli 2027 in einem Vertrag

1. einen Katalog an Leistungen der ärztlichen Behandlung, die Pflegefachpersonen nach § 15a Absatz 1 Nummer 1 eigenverantwortlich erbringen können,
2. einen Katalog an Leistungen im Rahmen der häuslichen Krankenpflege nach § 37, einschließlich der für diese Leistungen benötigten Hilfsmittel nach § 33, die Pflegefachpersonen jeweils nach § 15a Absatz 1 Nummer 2 eigenverantwortlich verordnen können, sowie das Nähere zum Verfahren und zu der Ausgestaltung der Verordnungen,
3. Rahmenvorgaben zur interprofessionellen Zusammenarbeit zwischen Pflegefachpersonen und Ärzten bei der Erbringung der nach den Nummern 1 und 2 vereinbarten Leistungen.
4. **Rahmenvorgaben zur Übernahme der Leistung durch die Pflegefachperson und zur Leistungspflicht der Krankenkassen und**
5. **Rahmenvorgaben zur Vergütung der Leistungen nach Absatz 1 und Absatz 2.**

~~Bis zum 31. Dezember 2026 haben die in Satz 1 genannten Vertragspartner zu prüfen, ob Anpassungen des nach § 64d Absatz 1 Satz 4 geschlossenen Rahmenvertrags erforderlich sind, damit die in Anlage 1 des Rahmenvertrags genannten Leistungen der ärztlichen Behandlung durch Pflegefachpersonen auch in der Regelversorgung erbracht werden können.~~

(2) Die in Absatz 1 genannten Vertragspartner haben unter Beachtung der Vorgaben von § 15a Absatz 1 in dem Vertrag nach Absatz 1 Satz 1 auch festzulegen, auf der Grundlage welcher Kompetenzen Pflegefachpersonen die nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und 2 vereinbarten Leistungen

und Hilfsmittel jeweils eigenverantwortlich erbringen oder verordnen können. Pflegefachpersonen können die nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und 2 vereinbarten Leistungen und Hilfsmittel ~~bei an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringern und~~ bei den Leistungserbringern nach § 132a Absatz 4 sowie nach § 132I, bei ambulanten Pflegediensten gemäß § 71 Absatz 1 des Elften Buches und in stationären Pflegeeinrichtungen gemäß § 71 Absatz 2 des Elften Buches erbringen oder verordnen, ~~mit denen Verträge nach § 132a Absatz 4 Satz 1 abgeschlossen werden.~~ Den maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene im Sinne des § 118a Absatz 1 Satz 1 des Elften Buches und der Bundesärztekammer und der Deutschen Krankenhausgesellschaft ist vor Abschluss des Vertrags Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; ~~sie haben das Recht, an den Sitzungen der in Absatz 1 Satz 1 genannten Vertragspartner teilzunehmen.~~ Die Stellungnahmen sind beim Entscheidungsprozess der in Absatz 1 Satz 1 genannten Vertragspartner zu berücksichtigen. Wissenschaftliche Expertisen, die nach § 8 Absatz 3c Satz 1 des Elften Buches gefördert wurden, sollen bei der Vereinbarung der Leistungen und Hilfsmittel nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und 2 berücksichtigt werden.

(3) Kommt der Vertrag nach Absatz 1 Satz 1 nicht innerhalb der in Absatz 1 Satz 1 genannten Frist zustande, wird der Inhalt des Vertrags auf Antrag eines der in Absatz 1 Satz 1 genannten Vertragspartner oder des Bundesministeriums für Gesundheit durch eine von den in Absatz 1 Satz 1 genannten Vertragspartnern innerhalb eines Monats nach Antragstellung zu bestimmende unabhängige Schiedsperson innerhalb von drei Monaten nach ihrer Bestimmung festgelegt. Einigen sich die Vertragspartner nicht fristgerecht auf eine Schiedsperson, so wird diese vom Bundesamt für Soziale Sicherung bestimmt. Die Kosten des Schiedsverfahrens tragen die Vertragspartner zu gleichen Teilen. Klagen gegen die Bestimmung der Schiedsperson haben keine aufschiebende Wirkung. Ein Vorverfahren findet nicht statt. Klagen gegen die Festlegung des Vertragsinhalts sind gegen den Vertragspartner zu richten. Der von der Schiedsperson festgelegte Vertragsinhalt gilt bis zur gerichtlichen Feststellung der Unbilligkeit weiter.

(4) Die in Absatz 1 Satz 1 genannten Vertragspartner evaluieren die Auswirkungen der eigenverantwortlichen Erbringung von Leistungen der ärztlichen Behandlung ~~durch Pflegefachpersonen in der vertragsärztlichen Versorgung,~~ und durch Pflegefachpersonen, die in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen beschäftigt sind, im Hinblick auf die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung. Die Evaluation erfolgt im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit. Das Bundesministerium für Gesundheit beteiligt das Bundesministerium für Bildung, Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Die in Absatz 1 Satz 1 genannten Vertragspartner legen dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 31. Dezember 20230 einen Bericht über das Ergebnis der Evaluation vor.

(5) Das Bundesministerium für Gesundheit evaluiert unter Beteiligung des Bundesministeriums für Bildung, Familie, Senioren, Frauen und Jugend die Entwicklung und Umsetzung der eigenverantwortlichen Erbringung von Leistungen der ärztlichen Behandlung durch Pflegefachpersonen in der Versorgung, auch in Krankenhäusern und in Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen sowie in Pflegeeinrichtungen, soweit die eigenverantwortliche Erbringung dieser Leistungen nicht bereits Gegenstand der Evaluation nach Absatz 4 oder der Evaluation nach § 112a Absatz 4 war. Die Ergebnisse der Evaluationen nach Absatz 4 und § 112a Absatz 4 sind zu berücksichtigen. Nach Abschluss der Evaluation nach Satz 1 prüft das Bundesministerium für Gesundheit unter Beteiligung des Bundesministeriums für Bildung, Familie, Senioren, Frauen und Jugend sowie der maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene im Sinne des § 118a Absatz 1 Satz 1 des Elften Buches, ob und inwieweit die Vorgaben für die Erbringung von Leistungen der ärztlichen Behandlung durch Pflegefachpersonen in der Versorgung umgesetzt wurden und ob die bestehenden leistungsrechtlichen Regelungen zur eigenverantwortlichen Erbringung von Leistungen der ärztlichen Behandlung durch Pflegefachpersonen angepasst werden müssten oder erweitert werden können. Bei der Prüfung sind wissenschaftliche Expertisen, die nach § 8 Absatz 3c Satz 1 des Elften Buches gefördert wurden, zu berücksichtigen. Das Bundesministerium für Gesundheit berichtet den gesetzgebenden Körperschaften des Bundes unter Beteiligung des Bundesministeriums für Bildung, Familie, Senioren, Frauen und Jugend ein Jahr nachdem ihm beide Berichte nach Absatz 4 und § 112a Absatz 4 vorgelegt wurden, über das Ergebnis dieser Prüfung.

Artikel 3, Nr. 23**§ 132a SGB V – Versorgung mit häuslicher Krankenpflege****Vorgeschlagene Neuregelung**

Im Absatz 1 wird aufgenommen, dass sich die von den Rahmenempfehlungspartnern nach § 132a SGB V zu regelnden Empfehlungen zu Maßnahmen der Qualitätssicherung der Leistungserbringung auch auf die Pflegeprozessesteuerung beziehen. Mit Absatz 5 wird vorgesehen, dass Leistungen der häuslichen Krankenpflege, die von dem sogenannten Basispaket nach § 92c Absatz 1 Satz 2 Nummer 1 SGB XI umfasst sind, auf Grundlage der Verträge nach § 92c Absatz 1 des Elften Buches erbracht werden.

Stellungnahme

Die Ergänzung ist in ihrer Detailtiefe ungeeignet, um für die Rahmenvertragspartner die grundlegenden Vorgaben bundesrechtlich zu gestalten. Auf die Ausführungen zu Artikel 1, Nr. 10 zur Steuerung des Pflegeprozesses wird verwiesen (s. Seite 26).

Durch die vorgeschlagene Streichung der §§ 45h und 92c SGB XI entfällt die Anforderung des § 132a Absatz 5 SGB V an die Rahmenempfehlungspartnern entsprechend.

Darüber hinaus ist es systemwidrig, wenn der Gesetzgeber in der Gesetzesbegründung erklärt, dass die Anspruchsnorm für die HKP-Leistungen, welche im Vertrag nach § 92c SGB XI zu regeln sind, unverändert § 37 SGB V bleibt, die Vergütung dieser HKP-Leistungen sich über § 92c SGB XI aber aus der Pflegeversicherung speisen soll und damit auch das Budget der Versicherten zusätzlich schmälert.

Änderungsvorschläge

In § 132a Abs. 1 SGB V wird Nr. 2a nicht eingefügt.

In § 132a SGB V wird Abs. 5 nicht angefügt.

Artikel 3, Nr. 34**§ 340a SGB V – Sicherer Umgang mit Komponenten zur Authentifizierung von Leistungserbringerinstitutionen****Vorgeschlagene Neuregelung**

Die Komponente zur Authentifizierung von Leistungserbringerinstitutionen (z. B. die SMC-B) darf nicht unbefugt an Dritte weitergegeben werden und muss bei Aufgabe der Einrichtung unverzüglich gesperrt werden. Die Einrichtungsleitung einer ambulanten oder stationären Pflegeeinrichtung ist für die Einhaltung dieser Vorgaben verantwortlich und soll zudem sicherstellen, dass die Pflegedienstleitung oder eine andere beschäftigte Person über einen gültigen elektronischen Heilberufsausweis (eHBA) oder eine digitale Identität nach § 340 Abs. 6 SGB V verfügt.

Stellungnahme

Anders als bei Ärztinnen und Ärzten, die den eHBA regelmäßig für qualifizierte elektronische Signaturen nutzen, beschränkt sich sein Einsatz in der Pflege ausschließlich darauf, die Institutionskarte (SMC-B) für die Einrichtung zu beantragen. Ist der eHBA einmal ausgestellt, erfüllt er im Pflegealltag keine eigenständige Funktion mehr und verbleibt nicht dauerhaft in den Konnektoren, sondern bei den Karteninhaberinnen/Karteninhabern. Ein weiterer Unterschied zur Ärzteschaft besteht darin, dass in Pflegeeinrichtungen regelmäßig abhängig Beschäftigte den eHBA vorhalten, aber nicht zwingend die Inhaber der Einrichtung selbst. Eine dauerhafte Pflicht zur Vorhaltung eines eHBA in jeder Einrichtung ist aus den genannten Gründen weder sachgerecht noch praktikabel.

Bereits heute haben rund 72 % der Pflegeeinrichtungen eine SMC-B-Karte beantragt. Dabei lag nicht in jeder Einrichtung ein eigener eHBA vor. Vielmehr haben beispielsweise Geschäftsführende, die mehrere Pflegeeinrichtungen betreiben und zugleich über eine heilberufliche Qualifikation verfügen, ihren eigenen eHBA genutzt, um die SMC-B-Karten für sämtliche ihrer Einrichtungen zu beantragen. Dieses Vorgehen wurde ausdrücklich auch offiziell so kommuniziert und unterstützt. Mit der vorgesehenen Neuregelung würde ein bislang zwar wenig intuitives, aber funktionierendes Verfahren unnötig verkompliziert und durch zusätzliche Hürden belastet, ohne dass ein erkennbarer Mehrwert entsteht.

Hinzu kommt der Kostenfaktor: Ein eHBA verursacht Ausgaben von rund 500 € pro Stück. Hochgerechnet auf die bundesweit rund 32.000 Pflegeeinrichtungen entstehen allein für die Erstbeschaffung zusätzliche Kosten von etwa 16 Mio. €, die über die TI-Zuschlagspauschale des GKV-SV refinanziert werden müssten – für eine Komponente, die in der Pflege praktisch keine relevante Funktion erfüllt.

Darüber hinaus zeigt die bpa-TI-Umfrage, dass allein die Lieferung eines eHBA im Schnitt 8,3 Wochen dauert. In Kombination mit der SMC-B verlängert sich der Gesamtprozess auf rund 14 Wochen – also über drei Monate. Wenn nun alle Einrichtungen zusätzlich einen eigenen eHBA nachbeantragen müssten, würde dies nicht nur die Kosten in Millionenhöhe weiter erhöhen, sondern auch zu erheblichen zeitlichen Verzögerungen in der aktiven Nutzung der Telematikinfrastruktur führen. Diese Zeit, die im Versorgungsalltag dringend benötigt wird, würde in langwierige und unnötige Antragsverfahren gebunden. Das steht in deutlichem Widerspruch zu den Zielen des vorliegenden Entbürokratisierungsgesetzes, das hier faktisch das Gegenteil erreicht: Statt Verwaltungsaufwand zu reduzieren, wird er massiv erhöht.

Änderungsvorschläge

§ 340a SGB V wird wie folgt geändert:

(2) Die Einrichtungsleitung einer ambulanten oder stationären Pflegeeinrichtung nach dem Elften Buch ist für die Einhaltung der Vorgaben nach Absatz 1 verantwortlich. ~~Die Einrichtungsleitung hat darüber hinaus dafür Sorge zu tragen, dass die Pflegedienstleitung oder eine andere beschäftigte Person über einen gültigen elektronischen Heilberufsausweis oder eine digitale Identität für das Gesundheitswesen nach § 340 Absatz 6 verfügt.~~

Artikel 5, Nr. 4

§ 4a PflBG – Selbständige Heilkundenausübung

Vorgeschlagene Neuregelung

Pflegefachfrauen, Pflegefachmänner und Pflegefachpersonen nach § 1 PflBG sind zur selbständigen Heilkundenausübung im Rahmen der nach dem PflBG erworbenen Kompetenzen befugt.

Stellungnahme

Mit der Regelung werden die erweiterten heilkundlichen Aufgaben im Pflegeberufegesetz verankert. Das begrüßt der bpa. Es fehlen allerdings die Altenpflege- und die Kinderkrankenpflegekräfte. Diese sollten entsprechend noch ergänzt werden.

Änderungsvorschläge

§ 4a PflBG wird wie folgt gefasst:

Personen mit einer Erlaubnis nach § 1, **§ 58 oder § 64a** sind zur eigenverantwortlichen Heilkundenausübung im Rahmen der nach diesem Gesetz dazu erworbenen Kompetenzen befugt

Artikel 5, Nr. 5

§ 14a PflBG – Standardisierte Module für heilkundliche Aufgaben

Vorgeschlagene Neuregelung

Die Fachkommission nach § 53 PflBG kann mit empfehlender Wirkung standardisierte Module für die zur selbständigen Ausübung von erweiterten heilkundlichen Aufgaben erforderlichen fachlichen und personalen Kompetenzen entwickeln.

Stellungnahme

Im Gesetzestext heißt es, dass sich die standardisierten Beschreibungen „insbesondere“ auf Kompetenzen nach § 37 PflBG und damit auf die hochschulische Pflegeausbildung beziehen. Es fehlen in diesem Kompetenzkatalog die beruflich ausgebildeten Pflegefachpersonen mit Zusatzqualifikationen. Diese sollten hier noch ergänzt werden.

In der Begründung wird außerdem ausgeführt: „Die standardisierten Module sind insbesondere für die Länder nicht verbindlich, können aber als fachliche Grundlage zur Entwicklung von Lehrplänen und Curricula, auch für Weiterbildungen, genutzt werden. Von dieser Möglichkeit wurde in der Vergangenheit durch die Länder und Hochschulen regelmäßig Gebrauch gemacht.“

Der bpa hat Bedenken, dass durch neue Module der Fachkommission neue Vorfestlegungen für die selbständige Ausübung von ärztlichen Aufgaben entstehen könnten, wenn die Länder davon Gebrauch machen, wie es die Begründung vorsieht. Die Module können eine Hilfestellung bei der Umsetzung sein, sollten tatsächlich aber nur eine Orientierung sein und nicht – mit Umweg über die Länder – den Handlungsspielraum des Vertrags nach § 73d SGB V einschränken.

Änderungsvorschläge

Der bpa bittet die vorgetragenen Bedenken zu prüfen.

II.) Weitere Änderungsvorschläge des bpa

1.) Klare Regelung der wirtschaftlichen Angemessenheit von Personalaufwendungen für Mitarbeitende außerhalb von Pflege und Betreuung

In der Verhandlungspraxis kommt es bei Einrichtungen, die ihre Mitarbeitenden in Pflege- und Betreuung nach dem regional üblichen Entgeltniveau entlohnen, immer wieder zu Diskussionen, auf welcher Grundlage die Mitarbeitenden in den Sekundärbereichen (Hauswirtschaft, Verwaltung, Haustechnik usw.) vergütet werden können. Die Anlehnung an einen für den Pflegebereich einschlägigen Tarifvertrag oder eine kirchliche Arbeitsrechtsregelung wird oftmals von den Kostenträgern abgelehnt und es wird auf für diese Bereiche einschlägige Branchentarifverträge verwiesen. Da sich die Einrichtungen auch hier im Wettbewerb um Mitarbeitende befinden, ist es notwendig, den Einrichtungen die Möglichkeit zu eröffnen, die Mitarbeitenden in den o.g. Bereichen in Anlehnung an eine/n – in die Veröffentlichung nach § 82 c Absatz 5 SGB XI aufgenommene/n und damit als wirtschaftlich geltende/n – kirchliche Arbeitsrechtsregelung bzw. Tarifvertrag bezahlen zu können.

Änderungsvorschlag:

§ 82c Absatz 2a SGB XI erhält folgende Fassung:

Bei Pflegeeinrichtungen, die ihre Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, die Leistungen der Pflege oder Betreuung von Pflegebedürftigen erbringen, nach § 72 Absatz 3b Satz 1 Nummer 1, Nummer 2 oder Nummer 3 entlohnen, kann eine Bezahlung von Gehältern der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, die keine Leistungen der Pflege oder Betreuung von Pflegebedürftigen erbringen, bis zur Höhe des Tarifvertrags nach § 72 Absatz 3b Satz 1 Nummer 1 oder Nummer 2 oder der kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen nach § 72 Absatz 3b Satz 1 Nummer 3 nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden. Ist für die Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, die keine Leistungen der Pflege oder Betreuung von Pflegebedürftigen erbringen, ein anderer Tarifvertrag oder eine andere kirchliche Arbeitsrechtsregelung als nach Satz 1 zeitlich, räumlich, fachlich oder persönlich anwendbar, so können ihre Gehälter bis zur Höhe der in diesem Tarifvertrag oder dieser kirchlichen Arbeitsrechtsregelung vereinbarten Gehälter nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden. Bei Pflegeeinrichtungen, die ihre Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, die Leistungen der Pflege oder Betreuung von Pflegebedürftigen erbringen, nach § 72 Absatz 3b Satz 1 Nummer 4 entlohnen, **kann eine Bezahlung von Gehältern der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, die keine Leistungen**

der Pflege oder Betreuung von Pflegebedürftigen erbringen, bis zur Höhe eines in die Veröffentlichung nach § 82c Absatz 5 aufgenommenen Tarifvertrages oder einer in die Veröffentlichung nach § 82c Absatz 5 aufgenommenen kirchlichen Arbeitsrechtsregelung nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden ~~gelten hinsichtlich der Bezahlung von Gehältern der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, die keine Leistungen der Pflege oder Betreuung von Pflegebedürftigen erbringen, die allgemeinen Bemessungsgrundsätze nach den §§ 84 und 89.~~

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 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.) 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.

4.) Erweiterung der Kompetenzen der Pflegesatzkommissionen zur Verfahrensbeschleunigung

Den in den Gesetzentwurf aufgenommen 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 Tariffreue 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.

5.) Häusliche Krankenpflege und außerklinische Intensivpflege: Gleichklang der wirtschaftlichen Angemessenheit von Personal- und Sachkosten 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 sichert 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.

§ 132I 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.

6.) Sozialhilfe: 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.

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 dabei 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

Zahlungsanspruches 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.

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

Die behördlichen Berufsanerkenntnisverfahren sind für den Einsatz von in Drittstaaten ausgebildete 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 entlastet werden 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.

8.) Regelung zur Aufteilung des Finanzierungsbedarfs für Tagespflegen modifizieren

Das Gesetz zur Befugnisenerweiterung 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.**

9.) Evaluierung des Pflegeberufgesetzes

Der bpa fordert eine ideologiefreie Evaluierung des gesamten Pflegeberufereformgesetzes (PflBG) auf wissenschaftlicher Grundlage. Dabei müssen insbesondere die Auswirkungen auf die Ausbildungszahlen im Bereich der Altenpflege und die pflegerische Versorgungssicherheit in Deutschland in den Blick genommen werden. 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 2023 und 2024 um 8,5 % gestiegen. Das darf aber nicht darüber hinwegtäuschen, dass die Entwicklung in den Jahren seit 2020 insgesamt beinahe stagniert. So gab es im Jahr 2022 ein Minus von 7,9 % bei den neu abgeschlossenen Ausbildungsverträgen. Insgesamt gibt es zwischen 2020 und 2024 lediglich ein Plus von rund 5.800 neu abgeschlossenen Ausbildungsverträgen. Das ist viel zu wenig!
- Besonders erschreckend ist, dass sich **die Gesamtzahl der in der beruflichen Pflegeausbildung** befindlichen Personen zwischen 2023 und 2024 um rund 200 verringert hat. Notwendig wäre es, dass diese Zahl jedes Jahr stark steigt, damit die Pflegeausbildung ihren Beitrag leisten kann, um die pflegerische Versorgung in Deutschland abzusichern.
- Die Quote derjenigen, die ihre **Ausbildung ohne Abschluss beenden**, ist mit 33,4 % (2024) ebenfalls ein Indiz für dringenden Handlungsbedarf.
- Auch das sich von insgesamt 37.400 Absolventen gerade einmal 78 Menschen für einen vertieften Abschluss in der Altenpflege entschieden haben, zeigt, welcher Irrweg die Generalistik ist.

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.

Es bedarf einer grundsätzlichen Überprüfung des gesamten PflBG und nicht nur der in § 59 Abs. 2 und 3 PflBG enthaltenen Wahlregungen für die unterschiedlichen Berufsbilder der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege und Altenpflege, wie es in § 62 PflBG mit dem Bericht des BMFSFJ und BMG an den Deutschen Bundestag bis zum 31. Dezember 2025 aktuell vorgesehen ist. Der bpa schlägt dafür die folgende Gesetzesänderung vor.

§ 68 PflBG wird um einen neuen Absatz 5 wie folgt ergänzt:

Das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und das Bundesministerium für Gesundheit evaluieren bis zum 31. Dezember 2025 die Wirkungen des Pflegeberufgesetzes insbesondere auf die Entwicklung der Ausbildungszahlen in den drei verschiedenen Berufsbildern nach § 1 sowie § 58, auf den Erwerb ausreichender Kompetenzen in diesen, auf die Ausbildungszeiten beim Träger der praktischen Ausbildungsträger und auf die pflegerische Versorgungssicherheit in Deutschland auf wissenschaftlicher Grundlage.

III.) Stellungnahme zu den Änderungsanträgen der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Änderungsantrag Nr. 1 Zu Artikel 1, neue Nr. 9a (§10a SGB XI) Pflegebeauftragte

Vorgeschlagene Neuregelung

Das Amt der oder des Beauftragten der Bundesregierung für die Pflege soll gesetzlich verankert werden.

Stellungnahme

Der bpa begrüßt diesen Antrag. Er hat sich bereits in seiner Stellungnahme zum Pflegekompetenzgesetz in der letzten Legislaturperiode für die gesetzliche Verankerung der Pflegebeauftragten ausgesprochen.

Durch die gesetzliche Normierung wird die Position der/des Pflegebeauftragten gestärkt und deren/dessen Empfehlungen und Maßnahmen erhalten mehr Bedeutung. Eine gesetzlich verankerte Pflegebeauftragte oder Pflegebevollmächtigte kann sich wirksamer für die Interessen von Pflegebedürftigen, Pflegekräften und pflegenden Angehörigen einsetzen und somit zur Verbesserung der Pflegebedingungen beitragen. Für eine umfassende Interessenwahrnehmung und Beachtung der Interessen der Pflege ist dabei eine Berücksichtigung von Pflegeeinrichtungen unabdingbar, die in § 10a Abs. 2 SGB XI noch aufgenommen werden müssen. Pflegeeinrichtungen, Pflegekräfte und pflegende Angehörige arbeiten eng zusammen. Eine koordinierte Unterstützung aller Beteiligten fördert ein effektives Pflegesystem. Durch die Einbindung der Pflegeeinrichtungen wird sichergestellt, dass die Pflegepolitik umfassend und praxisorientiert gestaltet wird, was den Pflegebedürftigen, pflegenden Angehörigen und den beruflich Pflegenden zugutekommt. Insbesondere die beabsichtigte Qualitätssicherung der pflegerischen Versorgung kann mit Einbeziehen der Pflegeeinrichtungen besser und zielgerichteter erfolgen.

Änderungsvorschlag

§ 10a Abs. 2 Satz 1 SGB XI wird wie folgt gefasst:

Aufgabe der oder des Beauftragten für Pflege ist es, darauf hinzuwirken, dass die Anliegen pflegebedürftiger Menschen, ihrer An- und Zugehörigen, **und** der beruflich Pflegenden **und der Pflegeeinrichtungen** im Pflege- und Gesundheitssystem wahrgenommen und beachtet werden.

Änderungsantrag Nr. 2**Zu Artikel 1 Nummer 18 (§ 28 SGB XI)****Streichung der Zuordnung von heilkundlichen Leistungen durch Pflegefachpersonen zur medizinischen Behandlungspflege****Vorgeschlagene Neuregelung**

Durch den Gesetzentwurf werden ärztliche Leistungen, die künftig von Pflegefachpersonen in Pflegeheimen erbracht werden, der medizinischen Behandlungspflege zugeordnet. Da die medizinische Behandlungspflege in stationären Pflegeeinrichtungen Teil der stationären Pflege nach § 43 SGB XI ist, werden die ärztlichen Leistungen von Pflegefachpersonen damit der Pflegeversicherung zugeordnet. Der Änderungsantrag wendet sich gegen diese Zuordnung zur medizinischen Behandlungspflege und schlägt eine geänderte Fassung von § 28 Abs. 5 SGB XI vor.

Stellungnahme

Der bpa begrüßt die Argumentation dieses Änderungsantrags. Ebenso wie die Fraktion von BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN lehnt auch der bpa die Zuordnung der ärztlichen Leistungen von Pflegefachpersonen in Pflegeheimen zur medizinischen Behandlungspflege entschieden ab. Der Änderungsantrag verweist darauf, dass dadurch die Eigenanteile in den betroffenen Pflegeheimen steigen würden. Das ist aber nur ein Effekt. Darüber hinaus bedeutet eine solche Regelung eine weitere systemwidrige Ausweitung der versicherungsfremden Leistungen in der Pflegeversicherung und eine Steuerung durch den Arzt, die der eigentlichen Intention des Gesetzes, einer Stärkung der Kompetenzen der Pflegefachpersonen, zuwiderläuft. Zu den Einzelheiten wird zu den Ausführungen zu § 28 SGB XI auf Seite 35 ff. verwiesen.

Die im Änderungsantrag vorgelegte Formulierung für § 28 Abs. 5 SGB XI ist aus Sicht des bpa allerdings nicht geeignet, das Ziel des Änderungsantrags zu erreichen: Die Pflege nach SGB XI soll auch die ärztlichen Leistungen nach § 15a SGB V von Pflegefachpersonen, die in ambulanten oder stationären Pflegeeinrichtungen beschäftigt sind, einschließen. Damit entfällt zwar die Zuordnung zur medizinischen Behandlungspflege, aber die ärztlichen Leistungen werden damit Bestandteil der Pflegeversicherung. Das ist aber genau der falsche Ansatz. Es handelt sich um ärztliche Leistungen, die künftig auch von Pflegefachpersonen erbracht werden können. Ärztliche Leistungen sind Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung – es darf keinen Unterschied geben, ob diese „ärztlichen“ Leistungen von Ärzten oder künftig von Pflegefachpersonen erbracht werden. Sie sind Bestandteil der Krankenversicherung. Einer Zuordnung zur Pflegeversicherung bedarf es nicht. Die Regelung sollte daher gestrichen werden.

Änderungsvorschlag

§ 28 Abs. 5 SGB XI wird gestrichen.

Änderungsantrag Nr. 3

Zu Artikel 1 Nummer 66 (§ 114a SGB XI)

Streichung der längeren Ankündigungsfrist für Qualitätsprüfungen

Vorgeschlagene Neuregelung

Der Änderungsantrag sieht vor, die neue Ankündigungsfrist von zwei Tagen für Qualitätsprüfungen zu streichen und die bestehende gesetzliche Regelung von einem Tag unverändert zu lassen.

Stellungnahme

Der bpa lehnt diesen Änderungsantrag ab. Es wird auf die Ausführungen oben zu § 114a SGB XI verwiesen (s. Seite 87).

Änderungsvorschläge

Der Änderungsantrag wird gestrichen.

Änderungsantrag Nr. 4
Zu Artikel 3 Nummer 2 (§ 15a SGB XI)
Heilkundeübertragung an Pflegefachpersonen

Vorgeschlagene Neuregelung

In § 15a SGB V soll der Begriff „Leistungen der ärztlichen Behandlung“ ersetzt werden durch „heilkundliche Leistungen“. Für diese Leistungen soll die Erfordernisse einer ärztlichen Diagnose und Indikationsstellung entfallen. Pflegefachpersonen sollen ohne vorherige Verordnung durch Ärztinnen und Ärzte Erstverordnung von häuslicher Krankenpflege ausstellen können.

Stellungnahme

Der bpa begrüßt diese Vorschläge. Sie betonen die Eigenständigkeit und die Eigenverantwortlichkeit des Pflegeberufes und sind eine sinnvolle Ergänzung, um die Kompetenzen von Pflegefachpersonen zu stärken.

Es wird auf die weiteren Ausführungen des bpa zu § 15a SGB V verwiesen (s. Seite 105).

Änderungsvorschläge

Keine.

Änderungsantrag Nr. 9**Zu Artikel 3, neue Nummer 18a (§ 92 SGB XI)****Stärkung der Organisationen der Pflegeberufe im Gemeinsamen Bundesausschuss****Vorgeschlagene Neuregelung**

Die maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene sollen u.a. bei den Richtlinien zur Verordnung von häuslicher Krankenpflege und außerklinischer Intensivpflege ein Antrags- und Mitberatungsrecht im Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) erhalten. Das soll auch das Recht umfassen, Beratungsgegenstände auf die Tagesordnung setzen zu lassen.

Stellungnahme

Der Antrag begründet die Neuregelung damit, dass bei diesen Richtlinien die Berufsausübung der Pflegeberufe betroffen sei. Was sich in dem Änderungsantrag nicht findet, ist die Forderung, zumindest auch den maßgeblichen Verbänden der Pflegeeinrichtungen ein Antrags- und Mitberatungsrecht im Gemeinsamen Bundesausschuss einzuräumen. Anders als bei den selbständigen Ärzten ist bei Leistungen wie der häuslichen Krankenpflege oder der außerklinischen Intensivpflege nicht die einzelne Pflegefachperson der Leistungserbringer, sondern der ambulante Pflegedienst, bei dem die Pflegefachperson angestellt ist. Die Richtlinien zur häuslichen Krankenpflege und zur außerklinischen Intensivpflege sind vorrangig Ausgestaltungen des Leistungsrechts. Deswegen ist es erforderlich, diejenigen, die die Leistungen erbringen, gleichberechtigt im GBA zu berücksichtigen.

Änderungsvorschläge

Den maßgeblichen Organisationen der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene wird ein Antrags- und Mitberatungsrecht im GBA bei den Richtlinien eingeräumt, die die Leistungen ausgestalten, die von Pflegeeinrichtungen erbracht werden.

Änderungsantrag Nr. 10**Zu Artikel 3 Nummer 34 (§ 340a Fünftes Buch Sozialgesetzbuch)****Authentifizierung von Pflegepersonal****Vorgeschlagene Neuregelung**

§ 340a Abs. 2 SGB V soll insofern angepasst werden, dass nicht nur ein eHBA in jeder Einrichtung verfügbar sein soll, sondern dass „alle beschäftigten Personen“ über einen gültigen elektronischen Heilberufsausweis oder eine digitale Identität nach § 340 Absatz 6 SGB V verfügen müssen.

Stellungnahme

Die Forderung, dass „alle in die Versorgung einbezogenen Beschäftigten“ über einen eHBA oder eine digitale Identität verfügen sollen, ist fachlich falsch, rechtlich nicht haltbar und praktisch nicht umsetzbar. Schon die Formulierung umfasst Personen wie Hauswirtschaftskräfte, Assistenzpersonal oder Pflegehelfer*innen, die überhaupt keinen Anspruch auf einen eHBA haben. Gemäß dem Wortlaut des Änderungsantrags wären sogar Verwaltungs- und technischer Mitarbeiter umfasst.

Darüber hinaus wird der eHBA in der Pflege faktisch nicht wie in der Ärzteschaft für die tägliche Arbeit genutzt. Sein einziger Zweck besteht darin, die SMC-B-Karte für eine Einrichtung zu beantragen. Die Annahme, über eHBAs müsse jede pflegerische Handlung oder jeder Datenzugriff authentifiziert werden, verkennt die Realität in den Pflegeeinrichtungen. Die Sicherheit und Nachvollziehbarkeit ist bereits heute durch die SMC-B Karten gewährleistet, die eindeutig an die versorgenden Einrichtungen gebunden sind.

Die vorgeschlagene Regelung würde ein funktionierendes Verfahren ohne Not zerstören und durch ein bürokratisches Konstrukt ersetzen, das keinerlei Mehrwert bringt. Statt die Versorgung zu verbessern, würde es Millionen kosten (1,2 Mio. Beschäftigte × 500 € Anschaffungskosten = 600 Mio. €; selbst bei reiner Beschränkung auf Fachkräfte noch ca. 225 Mio. €) und Prozesse massiv verzögern.

Kurz gesagt: Der Antrag basiert auf einem grundlegenden Missverständnis und würde die Pflegeeinrichtungen mit enormem Aufwand und Kosten belasten – ohne dass Patient*innendaten dadurch besser geschützt wären.

Änderungsvorschläge

Wie bereits auf Seite 118 beschrieben soll § 340a SGB V wie folgt geändert werden:

(2) Die Einrichtungsleitung einer ambulanten oder stationären Pflegeeinrichtung nach dem Elften Buch ist für die Einhaltung der Vorgaben nach Absatz 1 verantwortlich. ~~Die Einrichtungsleitung hat darüber hinaus dafür Sorge zu tragen, dass die Pflegedienstleitung oder eine andere beschäftigte Person über einen~~

~~gültigen elektronischen Heilberufsausweis oder eine digitale Identität für das Gesundheitswesen nach § 340 Absatz 6 verfügt.~~

IV.) Stellungnahme zum Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN „Priorität für Pflege – Jetzt Sofortmaßnahmen ergreifen“ Bundestags-Drucksache 21/583

Vorgesehene Neuregelungen

Der Antrag fordert, dass u.a. die von der Pflegeversicherung getragenen Corona-Mehrkosten ebenso aus Steuermitteln zu erstatten sind wie die Rentenbeiträge für pflegende Angehörige.

Es sollen Maßnahmen ergriffen werden, um die steigenden Zahlen von Insolvenzen unter den Pflegeanbietern zu stoppen.

Unter anderem sollen die Pflegeanbieter an der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Erarbeitung einer Pflegereform beteiligt werden.

Stellungnahme

Der bpa unterstützt die genannten Forderungen.

Schon seit vielen Jahren setzt sich der bpa dafür ein, dass die versicherungsfremden Leistungen in der Pflegeversicherung systemkonform zugeordnet werden. Die Pflegeversicherung würde dadurch dringend benötigten finanziellen Spielraum gewinnen und die Pflegebedürftigen könnten von niedrigeren Eigenanteilen profitieren. Zu den versicherungsfremden Leistungen gehören nicht nur die im Antrag genannten Corona-Mehrkosten und die Rentenbeiträge für pflegende Angehörige, sondern auch die medizinische Behandlungspflege in stationären Pflegeeinrichtungen, Förderbeträge u.a. für Maßnahmen zur Vereinbarkeit von Pflege und Beruf und die Herausnahme der Ausbildungskosten aus den Eigenanteilen der Pflegebedürftigen. Der bpa verweist dazu auf sein [Positionspapier zur Zukunft der Pflegeversicherung](#).

Der begrüßt es sehr, dass sich die Fraktion von BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN der schwierigen wirtschaftlichen Situation der Pflegeeinrichtungen annimmt und entsprechende Maßnahmen einfordert. In dem Antrag wird die Umfrage-Aktion des bpa „[Bei Anruf sorry](#)“ erwähnt, die ergeben hat, dass jede Einrichtung durchschnittlich am Tag drei Absagen erteilen muss, weil Personal fehlt oder die Refinanzierung ungesichert ist.

Der bpa hat dazu gemeinsam mit anderen Verbänden ein umfassendes [Maßnahmenbündel](#) vorgelegt, um die Wirtschaftlichkeit der Pflegeeinrichtungen abzusichern. Zudem hat der bpa in der vorliegenden Stellungnahme konkrete Maßnahmen vorgeschlagen, die unmittelbar zur Stabilisierung der pflegerischen Versorgung beitragen (s. Ziffer II, Seiten 122ff.). Die Bundesregierung ist jetzt aufgefordert, diese umzusetzen.

Die Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Pflegereform hat ihre Arbeit aufgenommen und soll nach Medienberichten bis Mitte Oktober erste Ergebnisse vorlegen. Mitglieder der Arbeitsgruppe sind Bundesministerien, Landesministerien und die kommunalen Spitzenverbände. Die Leistungserbringer in der Pflege sind ebenso wie die Pflegekassen nicht permanente Mitglieder, sondern werden nur zu ausgewählten Workshops mit vorgegebenen Themen und Fragen eingeladen. Insofern findet zwar eine Beteiligung u.a. der Pflegeanbieter statt, aber hier wäre eine intensivere Einbindung wünschenswert, um eine erfolgreiche Umsetzung in der Praxis abzusichern und die Möglichkeit zur direkten Einbringung von Lösungsvorschlägen zu verankern.